

CUORE & Salute

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2013

CUORE & Salute



Fred e Ginger

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2013

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

XXXI

ANNO

Ogni mese una **Newsletter** sulla salute del tuo cuore? **www.centrolottainfarto.it**



 Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

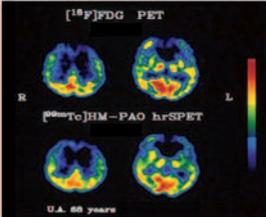
Capire per prevenire

 **Newsletter** *Giugno 2013*
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

 di Antonella Labellarte

DABIGATRAN:
Il nuovo anticoagulante orale appena "promosso"

[¹⁸F]FDG PET



E' di questi ultimi giorni di giugno la notizia: l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato la rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale del dabigatran etexilato (questo il nome del principio attivo) per la prevenzione dell'ictus nei pazienti affetti da fibrillazione atriale non valvolare.

PERCHÉ FUMARE FA MALE
di David PERRY

COMPAGNO CIBO AMORE DEL CUORE
di Ivan BACCICA

LA GINNASTICA DEL MESE

CALENDIO OMNIBUS

IL VIDEO DEL MESE
CLI su YouTube

VALUTAZIONE I TUOI RISCHI
CACCEMAGGIOLARI

DONA ORA

DIVENTA SOCIO DEL CLI

Sostieni il CLI con il tuo **5X1000**

Di che ti occupa la nostra **RICERCA**

ARCHIVIO

PER RICEVERE LA NEWS LETTER OGNI MESE CLICCA QUI

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma
Tel 063230178 Fax 063221068 - email: info@centrolottainfarto.it
Se non desideri più ricevere le nostre newsletter CLICCA QUI

LA NOSTRA RICERCA FA PROGRESSI MA HA SEMPRE BISOGNO DEL TUO SOSTEGNO

Il miglioramento della prevenzione e della terapia dell'infarto è parte fondamentale del programma di ricerca della nostra Fondazione.

Prosegue con buoni risultati il nostro studio per acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio. Se infatti restano validi quelli tradizionali - fumo, obesità addominale, colesterolo alto, pressione alta, diabete, stress - è tuttavia necessario andare oltre e scoprire perché soggetti fortemente a rischio non sono colpiti da infarto, mentre altri, apparentemente non a rischio, lo sono. Proprio questo è l'obiettivo dello **studio Opposites** attualmente in corso **che si prefigge di chiarire i meccanismi che causano un attacco di cuore.**

La nostra ricerca continua inoltre ad avvalersi delle **più moderne tecniche di imaging coronarico** al fine di **identificare la cosiddetta "placca vulnerabile"** quella ad **elevato rischio di infarto**, la cui identificazione precoce potrebbe permettere **mirate misure di prevenzione.** Infine, sempre con le stesse tecniche, sono in corso studi finalizzati a **valutare l'efficacia dei farmaci ed a guidare la durata dei trattamenti farmacologici.**

La conoscenza di fattori di rischio oggi non evidenti e l'individuazione di nuovi e specifici strumenti di prevenzione e terapia ci consentirà, in un futuro non lontano, di dare un importante contributo alla riduzione della mortalità cardiovascolare.



Sostieni la nostra ricerca

Puoi farlo con un semplice versamento intestato a **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, tramite:

- **c/c postale** n. 64284003
- **bonifico bancario:** IBAN IT 56Y 01005 03213 000000012506
Banca Nazionale del Lavoro - Ag. 13 - Viale B. Buozzi 54, 00197 Roma
- **assegno non trasferibile**
- **carta di credito** (circuito VISA) comunicando alla nostra segreteria il numero e la scadenza.

Vantaggi fiscali:

In quanto Onlus, ogni donazione a favore della Fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto è fiscalmente deducibile ai sensi della legge 80/2005, fino al 10% del reddito complessivo del donatore, per un massimo di 70.000 euro l'anno. Ai fini fiscali, è necessario conservare la ricevuta del versamento.

Per maggiori informazioni: www.centrolottainfarto.it

Grazie di cuore

Ci stai a cuore!

La salute è il nostro bene più prezioso, da preservare con un corretto stile di vita, una adeguata attività fisica, una sana alimentazione e tanta prevenzione.

Questa regola vale anche nella lotta contro l'infarto e le altre malattie cardiache.

“Ogni 6 minuti un italiano è colpito da infarto. Tu puoi evitarlo!”

Affidati a controlli periodici, regolari e scrupolosi.

Per tale motivo abbiamo sostenuto la creazione di un Centro dove, a condizioni particolarmente vantaggiose si possano effettuare tutti gli accertamenti cardiologici, dall'elettrocardiogramma fino alla Tac delle coronarie, in sintonia con i principi della Fondazione.

È così nata l'**Associazione Professionale CLI** dove personale altamente qualificato può fornirti una valutazione rapida e personalizzata del tuo profilo di rischio e di come tu possa modificarlo grazie alle più moderne metodologie, tecniche e strumentazioni.



ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE CLI

L'**I**nnovazione al **S**ervizio della **T**ua **S**alute

Qualità, **C**ortesia, **T**empestività e **P**untualità
a prezzi molto competitivi

Via Ennio Quirino Visconti 4/a - Roma

Tel/Fax: 06.3207554 • email: cli@centrolottainfarto.it

www.prevenzioneinfarto.it





Every second counts.
Every choice matters.
Every move deliberate.

MORE CONTROL. LESS RISK.

St. Jude Medical is focused on reducing risk by continuously finding ways to put more control into the hands of those who save and enhance lives.

SJMprofessional.com



ST. JUDE MEDICAL™

MORE CONTROL. LESS RISK.

n. 7-8-9 **sommario** 2013

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

Redazione
Filippo Altilia
Vito Cagli
Bruno Domenichelli
Antonella Labellarte
Salvatore Milito
Mario Motolese
Massimo Pandolfi
GianPietro Sanna
Luciano Sterpellone

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Viale Bruno Buozzi, 60 - Roma

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

Realizzazione impianti e stampa
Varigrafica Alto Lazio Srl - Nepi (VT)

Anno XXXI
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2013
*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 € 20,00 - Estero € 35,00

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

Amministrazione
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003



Il decalogo del buon paziente Filippo Stazi 197

Personaggi da non dimenticare
Gianni Brera Franco Fontanini 199

La lunga storia della scossa che salva il cuore 203
Eligio Piccolo

• Fino a che punto gli antinfiammatori sono pericolosi per i cardiopatici e gli ipertesi [V.C.] 206

Stili di vita
Estetica del bere vino - La pre-gustazione 207
Bruno Domenichelli

Fred e Ginger. Shall we dance, ma non si amaronò 210
Eligio Piccolo

• Il trapano del dentista [F.S.] 213

La palla di Tiche
**Madame de Stael, grande romantica,
odiata da Napoleone** 214
Paola Giovetti

• L'obesità è una malattia? [E.P.] 217

Primati Presidenziali Franco Fontanini 218

Qualche secondo di buon umore 222

A Cuba si vive quanto negli Stati Uniti 2.0 223
Eligio Piccolo

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2013
**L'impiego della TAC nel triage del dolore toracico:
Presente o Futuro?** 224
Intervista di Filippo Stazi a Claudio Cavallini

• La pressione cambia, il paziente migliora, ma... [E.P.] 228



p. 199

Sones e l'errore da cui nacque la coronarografia 229

Filippo Stazi

La ricerca del CLI 232

Lettere a Cuore e Salute 234

- *Cardiomiopatia peripartum*, Eligio Piccolo
- *Ormoni e cuore*, Filippo Stazi

Conoscere e Curare il Cuore 2014 237

Quaderno a Quadretti 241

- *Sassuolo alle stelle*, Mario Pelati
- *Quarantamila abitanti di serie A*, Franco Fontanini
- *Serie A, ma non solo*, Mario Pelati

Francois Rabelais: il medico che inventò Gargantua e Pantagruel Luciano Sterpellone 246

Storia di un fantasma Massimo Pandolfi 249

News Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 252

Pillole di saggia follia Miró e l'allegria: una ricetta esistenziale 253

Bruno Domenichelli

Aforismi 254



p. 229

p. 241

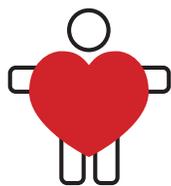


Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, nato nel 1982 come Associazione senza fini di lucro, dopo aver ottenuto, su parere del Consiglio di Stato, il riconoscimento di personalità giuridica con decreto del 18 ottobre 1996, si è trasformato nel 1999 in Fondazione, ricevendo in tale veste il riconoscimento governativo. È iscritto nel registro Onlus.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, pubblica l'*Almanacco del Cuore* e la rivista mensile **Cuore e Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

Altri campi d'interesse della Fondazione sono le indagini epidemiologiche e gli studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare negli ultimi anni ha partecipato con il "Gruppo di ricerca per la stima del rischio cardiovascolare in Italia" alla messa a punto della "Carta del Rischio Cardiovascolare", la "Carta Riskard HDL 2007" ed i relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

La Fondazione ha inoltre avviato un programma di ricerche sperimentali per individuare i soggetti più inclini a sviluppare un infarto miocardico. Il programma si basa sull'applicazione di strumentazioni d'avanguardia, tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), e di marker bioematici.

Infine, in passato, la Fondazione ha istituito un concorso finalizzato alla vincita di borse di studio destinate a ricercatori desiderosi di svolgere in Italia un programma di ricerche in ambito cardiovascolare, su temi non riguardanti farmaci o argomenti di generico interesse commerciale.

Si ringrazia la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.

Il decalogo del buon paziente

di Filippo Stazi

In estrema sintesi una visita medica non è altro che una relazione a due ed il buon esito di ogni rapporto tra due esseri umani non può mai dipendere solo da una delle due parti in gioco. Il medico deve mettere in campo tutto quello che ha: esperienza, professionalità, competenza, pazienza, buona volontà, umanità ma anche il paziente deve sentirsi responsabilizzato e capire che quello che più gli sta a cuore, il miglioramento del suo stato di salute, dipende anche da lui e dal suo mettere il medico nelle migliori condizioni per esercitare il suo mestiere.

Le persone escono spesso deluse e scontente dalla visita medica ma la colpa di ciò può dipendere anche dalla mancata preparazione del paziente a tale appuntamento. Per tale motivo nelle poche righe che seguiranno cercheremo di fornire suggerimenti utili a far fruttare al massimo il tempo della visita.

1. Recatevi all'appuntamento bene organizzati. Decidete per tempo quello che vi preme raccontare e schematizzate-lo per iscritto. Ma ricordatevi: siate brevi! La capacità di concentrazione di ogni ascoltatore (non solo del medico) è inversamente proporzionale alla durata del discorso che è costretto ad ascoltare. Non divagate, soffermatevi solo su ciò che è veramente importante. I malanni di amici e conoscenti in genere non lo sono.
2. Preparatevi una lista dei farmaci che assumete e segnatevene anche i dosaggi. Evitate di dire che prendete la pillola piccola verde e quella grande rossa ed evitate anche di portare l'intero campionario delle scatole di tutti i farmaci. Una lista scritta



- con ordine è più che sufficiente.
3. Siate puntuali anche se, purtroppo, in genere i medici non lo sono (tanto possono sempre dire che un'urgenza li ha trattiene...)
 4. Cercate di stare attenti alle domande del medico e di rispondere a quello che effettivamente chiede. Siate precisi. Ad esempio alla domanda "Quanto è durato il dolore?" cercate di non rispondere "abbastanza" oppure "un po'". Sono espressioni soggettive che non chiariscono affatto le idee al medico. Quando riferite i vostri problemi descrivete i sintomi, non suggerite, almeno inizialmente una vostra diagnosi.
 5. Evitate di essere inconsapevolmente dispettosi. Alla domanda "Avete l'affanno quando salite le scale?" è inutile rispondere "Non lo so. A casa ho l'ascensore!"
 6. Siate sinceri. Non ha senso dichiarare meno sigarette di quelle effettivamente fumate o meno kilogrammi di quelli veramente denunciati dalla bilancia. Il medico non è lì per giudicarvi mentre la completezza e l'affidabilità delle informazioni gli è indispensabile. Ancor di più è inutile affermare di prendere regolarmente medicine che invece si sono autonomamente sospese da tempo.
 7. Se qualcosa che il medico dice non vi è chiaro o non trova il vostro consenso non fate finta di niente ma fateglielo notare. Fate domande, tutte quelle che volete purché pertinenti. È della vostra salute che si sta parlando quindi ne avete tutto il diritto.
 8. Lasciate però al medico il tempo di ragionare. Non interrompetelo prima di lasciarlo completare il suo ragionamento. Non parlategli eccessivamente mentre scrive e, soprattutto, concedetegli il tempo di acquisire tutti i dati che gli sono necessari prima di formulare la faticosa domanda "...allora!?"
 9. Portate con voi ogni volta tutta la documentazione precedente anche se non ve la chiede mai nessuno. È inutile dire "sono stata ricoverata qui quindi la documentazione dovrete avercela voi...!" È noto che gli ospedali non brillano per organizzazione informatica. Se avete fatto delle analisi del sangue portatevele dietro. Non è sufficiente dire che il colesterolo è alto ma non tanto o che lo zucchero del sangue è come la volta scorsa. Segnatevi regolarmente i valori di pressione arteriosa e mostrateli al medico. Dire solo che la pressione è ballerina, a volte alta, a volte bassa confonde solo le idee.
 10. Se vi è possibile sceglietevi un medico caratterialmente affine a voi: semplificherà le cose. Non guardate tanto al nome ma alla disponibilità, attenzione, contattabilità ed umanità che può offrire. Infine, siate indulgenti. La vostra malattia è per voi il centro del vostro mondo. Per il vostro medico, fortunatamente per voi, no!

Gianni Brera

di Franco Fontanini

Diceva di non avere paura di nulla, solo dell'infarto e di essere stato in gioventù un paracadutista temerario, anche se a detta dei suoi avversari, aveva fatto in tutto tre o quattro lanci nei dintorni di Gallarate.

Preferiva inventare cose nuove anziché ripeterne di vecchie; a Bianciardi, in una notte a Budapest, bevendo tokai, inventò una brillante storia dell'Ungheria, patria di una sua nonna. Nell'inventare storie e farle passare per vere si sentiva superato solo da Gian Carlo Fusco, il quale scrisse pagine toccanti sulla sua odissea di guerra in Russia, senza esserci mai stato.

Fusco asseriva di essere stato campione toscano o italiano, secondo i casi, dei welters, anche se dagli annali non risulta, Brera di essere stato un promettente centrocampista con un tocco di palla ammirato anche da Rivera, al tempo dei primi battibecchi, quando la pancia era ancora sotto controllo.

Inventava e si sentiva la bocca della verità, amava i colori violenti, le metafore, i toni alti, le spericolate escursioni storiche, biologiche, psicologiche, ma nel fondo conservava l'ingenuità sapida del lombardo della Bassa. Le bugie gli servivano a dar colore, a divertire, a dimostrare che aveva ragione: era capace di tutto meno che di malafede.

Amava il calcio sopra ogni cosa, ripeteva che il calcio non è una questione di vita o di morte ma una cosa molto più seria. Oggi non lo direbbe più, forse non metterebbe più piede in uno stadio.

Temeva solo l'infarto: "Un giorno o l'altro,



Brera e Rivera

diceva, verrà il mio turno, lo sento che è vicino, quasi tutti i miei colleghi sono morti presto, sempre più spesso in tribuna stampa, al loro posto, c'è un mazzo di fiori. Col lavoro che faccio da quarant'anni è difficile farla franca”.

Era un uomo che sprizzava cordialità a patto di essere dalla sua parte ma prediligeva quelli che non la pensavano come lui, parlava come se fosse forzato ad un lavoro che detestava e che invece l'appassionava.

Forse dentro di sé sognava di andare a vivere nelle colline dell'oltre Po pavese, dove tutti i vitigni crescevano vigorosi e scrivere qualche romanzo sui Lombardi del suo tempo, cosa che a suo avviso, nessuno finora aveva saputo fare.

“Ho tutto quello che occorre per l'infarto,

proseguiva, quaranta sigarette, troppo fofolo in umido, troppo budè culà, come lo fanno solo a Pianariva, dove l'Olonza confluisce nel Po, troppi vini piemontesi, renani, ungheresi, toscani, niente moto dopo l'abbandono della caccia ridotta a tirassegno, e la pancia è diventata un'enorme ernia. “Scrivo più di cinquanta cartelle a settimana, guardo con rancore la macchina da scrivere, sono un frignone coatto, senza più entusiasmi”, confessava tutto l'opposto della verità.

“La mia settimana di lavoro finisce alle ore piccole della domenica, quando da Milano posso raggiungere l'osteria dei miei vecchi, con la differenza che loro si sbronzavano con barbacarlo e con barbera e lui col miglior barbaresco, in compagnia di vecchi amici o di qualche giovane collega che pendeva dalle sue labbra, finché non arrivavano i giornali freschi d'inchiostro e si mettevano alla caccia delle balordaggini sue e altrui che lo facevano sorridere con rabbia “Mi piace sempre meno l'ambiente del calcio”; confessava la nostalgia del tempo di Pozzo che al momento di lasciare disse: “nella mia vita ho conosciuto grandi uomini e grandi canaglie, ho l'impressione che queste ultime si accingano a prevalere”. Aveva cenato sul Garda costretto dalla nebbia, dopo Brescia-Inter o Brescia-Milan. In quel periodo ce l'aveva con Beccalossi che, a suo avviso, faceva di tutto per non diventare un fuori-classe e ci riuscì.

Brera morì un mese dopo quella cena per un incidente stradale, di notte, a Codogno. Aveva settantatré anni e da poco aveva cominciato a scrivere la saga padana che so-



Gianni Brera

gnava da qualche decennio.

Ha inventato un linguaggio nuovo, pieno di neologismi che dai giornali sportivi si prefiggeva di portare nel giornalismo e nella letteratura perché tutti capissero meglio quello che dicevano e quello che leggevano.

Affermava di aver imparato l'italiano in scuole dove non si insegnava il linguaggio dei giornali sportivi e che aveva dovuto crearlo, traducendolo dal Redefossi, il vecchio canale che da Porta Romana va al Lambro, che Umberto Eco definì "gaddismo per il popolo, un linguaggio indispensabile per comunicare il messaggio sportivo in maniera immediata": centrocampista, libero, pallagol, catenaccio, tornante, stopper, goleada, sono termini suoi entrati nei dizionari.

Dopo che era diventato famoso i cattedratici di filologia gli chiedevano chiarimenti.

Era l'italiano dell'Olonza meridionale, spiegava, un segno di ribellione al Manzoni che anziché nell'Adda, disse di aver risciacquato i suoi panni nell'Arno.

Brera, grande buongustaio, fu il primo a segnalare che Milano era la sola città ad avere una trentina di ristoranti a livello europeo e a considerarla capitale morale d'Italia. Era anche a suo modo razzista, chiamava Palombo, l'altro grande giornalista sportivo del tempo, napoletano, capo dei servizi sportivi del Corriere della Sera, Bianco del Sud, dette il via "all'epica agonistica della lombardità", oggi, molto probabilmente sarebbe con Bossi e con Maroni.

I giornalisti sportivi all'inizio erano una sottospecie composta da letterati velleitari che non capivano niente di sport e venivano guardati dall'alto in basso dai colleghi. Nes-



suna persona di un livello culturale appena discreto avrebbe accettato di scrivere cronache sportive alle quali era destinato poco spazio nelle ultime pagine. Negli stadi gli spettatori erano poche migliaia, i calciatori, giovanotti quasi tutti senza mestiere, volenterosi, che si allenavano qualche ora alla settimana.

Giocavano maluccio, diventarono campioni del mondo con un commissario unico, ex ufficiale degli alpini, compensato con i rimborsi dei viaggi; quando la squadra scendeva in campo, diceva loro che il premio era l'onore di rappresentare il nostro paese e il ricordo che avrebbero lasciato ai figli.

In questo ambiente arrivò come un ciclone Gianni Brera che si presentava dicendo di essere nato nel dicembre 1919 a San Zenone Po, in una camera nella quale l'acqua gelava nel lavandino.

Il padre sarto riuscì a mandarlo all'università, gli sarebbe piaciuto dedicarsi a Molière, raccontare tante belle storie che aveva in mente, ma non poté permetterselo. "In Italia, per scrivere uno deve essere ricco, oppure disposto alla miseria", voleva che suo padre finalmente si riposasse e con

smaccata impudenza confessò che era stufo di fare il povero e di bere scadente barba all'osteria.

Si laureò andando a discutere la tesi sull'utopia di Tommaso Moro in divisa da paracadutista con tanto di pugnale in cintura. È stato inimitabile in tutto.

Avrebbe preferito dedicarsi a Voltaire, Baudelaire, Sartre, ma scelse di occuparsi di Zoff, Trapattoni, Maldini e della staffetta Mazzola-Rivera. Con Rivera, che aveva soprannominato "Abatino", sfoggiò il meglio della vis polemica. Sapeva scegliere l'antagonista che doveva essere alla sua altezza. Diceva che era un finto, che non possedeva potenza né impegno, uno stilista, un giocatore da amichevoli. In Rivera trovò il talento, ma non il carattere, come negli italiani in genere: è un furbo, malizioso, intelligente e senza impegno, perciò "Rivera rappresenta un bellissimo tipo di italiano: è la ragione per cui è tanto amato dalle folle che si riconoscono in lui". Nessuno è mai riuscito a capire fino a che punto fosse sincero.

Inventò il giornalismo sportivo facendone un business editoriale, fu un ideologo del difensivismo, propugnava la concezione scientifica del calcio che diventò geometria euclidea. Sostenne Rocco il quale dimostrò, a Padova, che con undici scartine e con il catenaccio, si può fare zero a zero nelle partite più difficili e vincere il campionato. Si diceva che Brera era bravo perché nessuno come lui riusciva ad imporre idee completamente sbagliate: un vero leader.

Il catenaccio aveva, secondo lui, motivazioni antropologiche: noi italiani siamo una razza di rapinatori, dobbiamo praticare il gioco difensivo stando sempre pronti a scattare per rapinare il risultato. Herrera che lo seguì per primo, vinse tutto.

Alcune sue polemiche sono ancora vive. La modestia non era il suo forte, neppure agli inizi. Ad una colazione con Gianni Agnelli tenne banco per tre ore ininterrotte. L'Avvocato alla fine gli chiese: "Ma lei dove scrive?" Per giorni Brera si tormentò: "Non è possibile che non mi legga!"

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

- *in ricordo di Edda, l'amica Paola Lamieri di Bologna*



Foto di V.G.

La lunga storia della scossa che salva il cuore

di Eligio Piccolo



Iniziò casualmente, come la mela sulla testa di Newton, ma al pari di tutte le grandi scoperte accadde non senza quelle conoscenze scientifiche che fanno scattare l'intuizione geniale. Era il 1947 quando in un piccolo ospedale durante un intervento di appendicectomia un giovane non cardiopatico fu colpito da arresto cardiaco per fibrillazione ventricolare, forse dovuta all'anestetico. Gli fu subito massaggiato il cuore, ma senza risultato, e a quel punto, perso per perso, a un assistente venne l'idea di collegare un filo elettrico tra una presa di corrente e il viscere, che ripartì con il suo battito regolare. Da allora la tecnica si mise all'opera per costruire apparecchi da utilizzare in simili evenienze, come durante un infarto acuto, le operazioni più rischiose e le mille altre situazioni che possono scatenare l'aritmia fatale. Perché, come tutti sanno, se il cuore non ripiglia entro pochissimi minuti la sopravvivenza diventa impossibile o precaria. Ed è stata questa angosciata limitazione di tempo, specie dopo la morte improvvisa di un suo caro maestro e amico, a far entrare nella mente di Mieczyslaw Mirowski l'idea di costruire una specie di pacemaker che potesse intervenire come un defibrillatore anche quando quello degli ospedali non era a portata di mano. Eravamo ancora ai tempi in cui quest'ultimo era uno scatolone piuttosto ingombrante, sicché pensare di ridurlo a una scatoletta sembrava piuttosto un sogno che una tecnologia realizzabile.



Pacemaker defibrillatore



Mirowski, quando lo conobbi alla fine degli anni cinquanta nell'Istituto di Cardiologia del Messico, era un giovane intelligente e inquieto. Viveva negli Stati Uniti, ma era cittadino di Israele, dove era giunto dalla Francia dopo la laurea. Aveva perso la famiglia nei lager della sua Polonia, mentre lui era sopravvissuto emigrando in Ucraina. Diventammo amici e collaborammo in ricerche di elettrocardiografia con il maestro Cabrera. Ricordo ancora le discussioni tra noi sulle guerre che Israele stava allora intraprendendo per la sua affermazione e sopravvivenza, che per lui erano sante, ma per noi solo politiche. Lo rividi a un congresso a Tokio nel 1976, portava le prime sperimentazioni sul cane, un defibrillatore collegato in permanenza al cuore dell'animale. A molti sembrava ancora un'impresa enorme quella di riuscire a ridurre le dimensioni di quell'ingombrante marchingegno. Ma lui, come sempre, nonostante le difficoltà e anche le perplessità di chi lo stava finanziando, non ave-

va dubbi. E ha avuto ragione perché quattro anni dopo, nel 1980, l'industria riuscirà a immettere nel mercato il primo defibrillatore impiantabile. Ancora piuttosto pesante, imperfetto e costoso, ma che già dopo pochi anni era diventato più semplice e accettabile. Oggi è poco più grande di un pacemaker, facile da innestare e quasi perfetto nella efficienza e nella tollerabilità. Ma soprattutto si è diffuso in tutto il mondo e sta salvando la vita a milioni di pazienti. Peccato che l'amico Michel, come lo chiamava la moglie francese, non abbia potuto godere per molto tempo i successi, ma soprattutto la grande diffusione della sua scoperta, vissuta con tanto impegno e determinazione. Chiuderà la sua vita nel 1990 a 66 anni, vinto da un grave mieloma.

Elencare le malattie di cuore che attualmente beneficiano dell'ICD, l'Implantable Cardioverter Defibrillator, sarebbe troppo lungo perché si va dai molti casi di aritmie pericolose conseguenti a infarti o a cardiomiopatie fino alle malattie rare, spesso genetiche, che colpiscono in modo subdolo persone giovani, addirittura bimbi o adolescenti. Ai quali è sempre difficile spiegare che devono convivere con questo salvavita artificiale, controllarsi periodicamente, evitare certe attività fisiche e non spaventarsi se potranno avvertire una piccola scossa. Le prospettive fortunatamente si sono rivelate migliori delle preoccupazioni di molti medici e delle apprensioni dei famigliari. I pazienti si abituano rapidamente, non ci pensano quasi mai, vivono la loro "novità" come si trattasse di una qualsiasi terapia. Forse a risvegliare qualche recondito pensiero si intromet-

tono inavvertitamente le commissioni che rilasciano le patenti, le quali spesso non distinguono i diversi casi e davanti a un ICD diventano automaticamente restrittive. Ed è a questa distinzione che i medici dovrebbero dedicarsi con maggiore impegno e valutare bene le diverse situazioni cliniche onde consigliare ai pazienti quali attività fisica e quale stile di vita possono seguire. Credo invece che se interpellassimo molti medici, anche gli stessi cardiologi che impiantano l'ICD, sulla possibilità che quei pazienti possano svolgere attività sportiva, addirittura agonistica, risponderebbero negativamente. Anche se a loro stringe il cuore pensare che un ragazzo debba sentirsi emarginato dai compagni che sono liberi di farla. Ma ecco la sorpresa che ancora una volta ci arriva dagli Stati Uniti: uno studio policentrico diretto dalla dottoressa Lampert, coinvolgente molte università e cliniche famose, ha sottoposto a una rigorosa valutazione 372 portatori di ICD, di età fra i 10 e i 60 anni, ma perlopiù giovani (media 33) e affetti da differenti malattie causa di quell'impianto, permettendo loro di svolgere sport di vario tipo, dal baseball al basketball, dal ciclismo alla marcia, dal calcio al tennis, e per alcuni (60 pazienti) anche di tipo agonistico. Naturalmente dopo

aver escluso con accuratezza i casi la cui cardiopatia era ad alto rischio. Ebbene, in quelli che furono ritenuti "abili" non si è verificata alcuna grave complicazione a causa dell'attività sportiva, la quale solo nel 10% ha provocato l'insorgenza della scossa, peraltro innocua e che si era verificata anche nell'8% durante altre attività minori e nel 6% a riposo.

Quando mai questo studio sarebbe stato possibile nel nostro paese, dove l'apprensione è il sentimento dominante, dove da oltre 30 anni fa testo una legge unica al mondo che obbliga il medico a caricarsi della responsabilità di quanto possa accadere all'atleta, con avvocati e giudici pronti a far rispettare quella legge, con turbe di giornalisti alla ricerca spasmodica della notizia e con un popolo che ha scarsa fiducia nella scienza, ma è disposto a credere nei Di Bella e nelle promesse più assurde? Quando mai sarebbe stato possibile dare una speranza a questi malati, che diventano sempre più numerosi, specie nell'età in cui la speranza è più importante dei paletti che piantiamo per non sconfinare là dove la responsabilità ci impegnerebbe troppo e la libertà nell'esercizio della medicina potrebbe privarci di certe comode sicurezze e magari assumere un significato politico di parte?

Fino a che punto gli antinfiammatori sono pericolosi per i cardiopatici e gli ipertesi?

I FANS, o Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei (cioè diversi dai cortisonici), sono di comune impiego in molte situazioni dolorose dell'apparato osteoarticolare, ma anche in numerose altre (dal mal di testa, al mal di denti alle coliche renali ecc.) ma, come del resto tutti i farmaci, non sono privi di effetti collaterali. Anche per quelli più moderni che inibiscono selettivamente soltanto i mediatori dell'infiammazione, cioè le prostaglandine infiammatorie, e rispettano quelle fisiologiche (prostaglandine protettive) sono state segnalate conseguenze avverse non trascurabili tra cui quelle sull'apparato cardiovascolare.



Un lavoro di Bavry AA et al, comparso su "The American Journal of Medicine", ha ripreso in esame l'argomento. Gli autori hanno riesaminato i dati dello studio INVEST su una casistica di ipertesi con malattia coronarica stabile trattati con un calcio-antagonista (Verapamil) o con un beta bloccante. Hanno diviso i pazienti in un gruppo che faceva abitualmente uso di FANS e in un altro che invece non li assumeva.

Un primo risultato, piuttosto sorprendente, è stato che mediamente la pressione sistolica e quella diastolica di coloro che

assumevano FANS era inferiore rispetto a quella rilevabile in quanti non ne assumevano. Vi era invece un aumento di circa una volta e mezza del rischio di infarto del miocardio tra coloro che consumavano FANS.

Si concludeva pertanto che l'opinione corrente secondo cui i FANS produrrebbero un aumento della pressione arteriosa non risulta provata, mentre esiste un aumento del rischio di eventi coronarici associati all'uso di tali farmaci, il cui impiego pertanto in questi pazienti, ma anche in soggetti con ipertensione grave, dovrebbe essere particolarmente cauto.

V.C.

Estetica del bere vino

La pre-gustazione

di Bruno Domenichelli



Afferma Salvador Dalí che: “i veri intenditori non bevono vino, degustano segreti”.

Ma non dobbiamo trascurare quel valore aggiuntivo al piacere di bere un bicchiere di buon vino che potremmo definire come “pre-gustazione”. Lo compongono fattori culturali e psicologici che nel loro complesso oserei definire antropologici: esperienze personali, immaginari che evocano i riti ancestrali collettivi della vendemmia e della pigiatura, conoscenze culturali che vanno dalla storia alla filosofia.

Un piacere anzitutto estetico. Gustare una coppa di vino implica infatti l'intervento dei cinque sensi, ma il godimento del vino come “oggetto estetico” precede l'avvicinamento delle labbra al bicchiere e va ben oltre il semplice approccio sensoriale. Già alla vista, la fantasia del sommelier si sfrena in un tripudio di aggettivi. Ed ecco il vino apparire limpido, trasparente, paglierino, ambrato, rosato e attingere tutta la gamma dei rossi, fino al rubino e al topazio. Guardato controluce può mostrare riflessi imprevedibili che ne nobilitano l'aspetto.

Infiniti sono poi gli aggettivi usati per descriverne il gusto: vivace o tranquillo, giovane o maturo, fresco o corposo, dolce o aspro, amabile



Velasquez, particolare



o amarognolo; e poi: armonico, intenso, rotondo, elegante, equilibrato, strutturato, robusto o fruttato, fra mille sfumature impercettibili di profumi, sentori e retrogusti. Sul palato il vino può scorrere liscio o frizzante, tannico o asprigno, morbido o vellutato e destare sensazioni di freschezza o di matura corposità. Il vino può essere “di pronta beva”, bevuto fresco e dissetante all’ombra delle “fraschette” o essere “vino da meditazione”, come un maturo Barolo o un Brunello d’annata.

Se il vino è rosso, pregustazione è innanzitutto indulgere ad osservare il getto del vino versato dalla bottiglia, che si attorce in vortici rutilanti di riflessi, in una dinamica spirale che accompagnerà il vino a riposare nella coppa di cristallo, quasi alla ricerca del calore del palmo della mano. Il lento roteare del bicchiere farà poi sprigionare sentori e profumi che costituiscono il segreto dei

grandi vini. Carezze olfattive come approccio preliminare al primo sorso. Gestualità antiche che richiedono raccoglimento o la compagnia degli amici.

Associazioni sinestesiche che preludono al contatto gustativo del fluire liscio del vino sul palato. Accordi preliminari di orchestra che preparano l’esplosione delle prime note di una sinfonia sensoriale.

Pre-gustazioni diverse accompagnano il vino bianco. Conoscere il vitigno di origine è già un primo viatico culturale alla pregustazione. D’estate, poi, il calice sottile si appanna di un velo traslucido di umidità catturata all’aria dalla freschezza del vino. Da versare con leggerezza, per non lasciarne sfuggire gli aromi, protetti dall’imbocco ristretto del bicchiere. Le dita allora sostengono con cura il gambo del calice, per non contaminare l’imperlatura del cristallo.

E se il bianco è “mosso”, o se ti incanti ad osservare lo spumante che vive la sua canzone nella flute, lo sguardo insegue il fine perlage che dal fondo del bicchiere svolge la sua allegra processione di bollicine di cui, nel silenzio, ti sembra quasi di percepire il sottile fruscio musicale.

L’estetica del bere si amplia considerando valori aggiunti ambientali che impreziosiscono la fruizione della “bevanda degli dei”, come le apparecchiature raffinate e fastose delle tavole, lo splendore grafico ammiccante delle etichette d’autore, la temperatura ideale dei locali di degustazione. E, non ultimo, il servizio inappuntabile dei coppieri. Sarà gradito un sommesso sottofondo musicale, lo stormire delle foglie del pergolato che om-

breggia le tavole e il profumo di una siepe di gelsomini. Erano raffinatezze ben conosciute da Orazio: “Ordina di portare qui i vini e gli unguenti e i boccioli troppo effimeri della rosa”.

Le porte del paradiso ora sono quasi aperte. Il sorriso di una fanciulla bionda dai lunghi capelli le spalancherebbe del tutto! Ma in mancanza della fanciulla, l'elemento ambientale che integra compiutamente l'estetica del bere è la presenza di amici con cui condividere il godimento del bere e dell'ozio. Sono le parole scambiate, stimolate dall'incipiente inebriamento, le risate col-

lettive, via via più fitte, la condivisione dell'amicizia. “Amicizia è un bicchiere di buon vino, centellinato insieme, senza parole, di fronte a un caminetto acceso e le caldarroste calde sotto la brace”.

Una dimensione, quella della pre-gustazione, la cui realtà fisiologica è innegabile, dimostrata da quel positivo presentimento salivare di gradimento gustativo che inumidisce la bocca al semplice pensiero di accostarsi ad un “bicchiere d'autore”. Se bere vino è “degustare segreti”, “pre-gustarlo” aggiunge sottili piaceri a un rito antico, intessuto di sacro e di profano.

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

- *in ricordo di Ida Bassignani Esposito di Roma: gli amici*



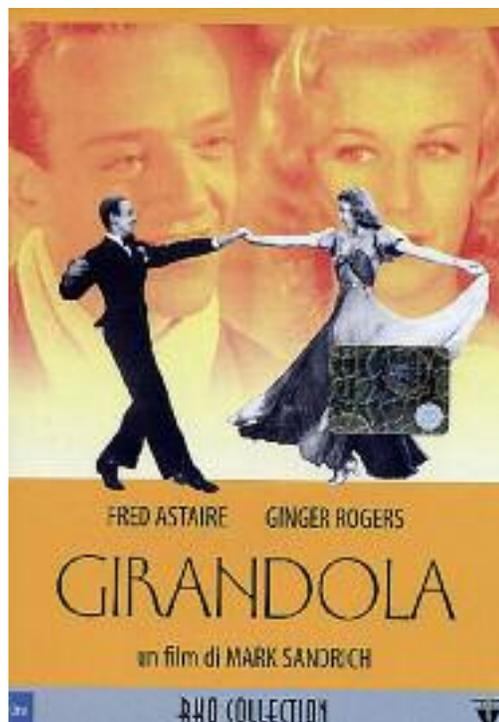
Foto di V.G.

Fred e Ginger.

Shall we dance, ma non si amarono

di Eligio Piccolo

Recentemente scorrendo la TV mi è capitato di guardare *Cappello a cilindro* e, a parte il piacere di rivedere le evoluzioni danzanti della famosa coppia, mi ha fatto sorridere l'ingenua trama che si svolgeva in parte in una Venezia surreale, ma più mi ha colpito l'inespressività affettiva di lei, Ginger Rogers. Già allora, ricordo, si diceva non ci fosse mai stata fra loro un'attrazione amorosa, anzi pare si detestassero, nonostante i numerosi film assieme, con trame romantiche e spesso equivoche, avessero la giusta differenza di età e fossero entrambi etero-sessualmente orientati. Ginger venne addirittura descritta come molto passionale e i suoi cinque mariti, iniziati all'età di 17, con altrettanti divorzi a distanza di pochi anni fra la marcia nuziale e la rottura, lo fanno sospettare. Anche Fred ebbe tre consorti, ma le sue separazioni furono dovute a cause naturali; l'ultima la sposò all'età di 80 e gli rimase accanto nei restanti otto. Ginger quando convolò con l'ultimo marito, il quinto, un produttore poi alcolizzato e fallito, aveva raggiunto l'età della menopausa, lo mollò ai 60 mentre lei cominciava ad aderire al Christian Scientist. Katharine Hepburn, l'indimenticabile attrice di allora, disse: "lui ha classe, lei gli aggiunge il sex appeal". Pare infatti che come maschio Fred non attirasse molto, si diceva correggesse la calvizie con una specie di parrucchino. Il famoso produttore di *Via col vento* David O. Selznick, noto anche come talent-scout, diceva che Fred Astaire, nonostante le orecchie enormi e il brutto mento, aveva uno charme così *tremendous* da su-



perare anche i test più disastrosi. Mentre l'attore inglese David Niven, suo amico, lo descrive come "un tipo timido, di buon cuore e tendente agli scherzi da scolareto". La coppia danzante più ammirata del mondo, tuttavia, aveva anche molte cose in comune. Proveniva da famiglie borghesi e benestanti, ma solo per quel tanto che non li obbligava a una scelta di vita tradizionale, bensì libera. Entrambi infatti poterono esprimersi nella loro vocazione naturale, la danza. Fred trovò, ancora fanciullo, in Adele, la sorella più grande, una partner professionale perfetta con cui recitò nei cabaret e nei teatri per oltre 25 anni e solo il matrimonio di lei determinerà la loro separazione. Ginger, dal canto suo, ebbe nella madre Lela, fondatrice dell'Hollywood Playhouse, una valida promoter e anche una grande amica per tutta la vita. Sia Fred che Ginger poi cambiarono il nome di origine in quello d'arte: a lui che nasceva Frederick Austerlitz, fu consigliato di non associarsi alla famosa battaglia napoleonica e di ridurlo nell'onomatopeico Fred Astaire; mentre lei, nata Virginia Katherine McMath, fu indotta subito a cambiarlo perché il piccolo cugino non riusciva a pronunciare quello originale, mentre per il cognome lei stessa preferì quello del patrigno. Ma è soprattutto nella realizzazione artistica che i due attori dimostrarono di avere un grande talento e una perfetta armonia, sia negli spettacoli diretti tipo musical a Broadway che nei film, tanto nei danzanti che in quelli drammatici. L'incontro fra i due non fu di quelli folgoranti, né per empatia e tanto meno per amo-

re, fu, come certi matrimoni, combinato. E in questo senso anche riuscito, direi addirittura perfetto se pensiamo alla lunga collaborazione, ma soprattutto ai molti successi, da *Carioca* a *Follie d'inverno*, da *Voglio danzare con te* a *Girandola*. Ebbero perfino una specie di revival nel 1949 dopo 10 anni di separazione con un ultimo film, *I Barkleys di Broadway*. Si raccontano anche molti dissapori, specie da parte di lei, che lamentava di essere pagata molto meno di lui e di essere considerata da qualcuno come una specie di controfigura. Mentre in verità sia i critici dell'epoca che quelli postumi riconosceranno a Ginger una personalità artistica di tutto rispetto e anche di danzatrice, che si armonizzava bene con il geniale re del tip-tap. Una piccola rivincita la Rogers se la prese quando le fu conferito l'Oscar nel 1940, mentre aveva già chiuso la collaborazione con Fred; riconoscimento mai conseguito da lui se non come attore non protagonista, ma è probabile che lui stesso proprio per carattere non l'abbia nemmeno preteso posto che di sé diceva: "non ho mai raggiunto il 100% e tuttavia non penso di essere così male". A lui certamente bastavano e avanzavano i giudizi lusinghieri di Rudolf Nureyev e soprattutto di George Balanchine che lo paragonò a Bach, definendolo come "il più interessante, il più inventivo, il più elegante danzatore di tutti i tempi".

Fred Astaire era in fondo un autodidatta o, come dicono laggiù, un *self made man*. Aveva rifiutato ogni lezione di ballo, mentre si era cimentato da solo anche al pianoforte e al clarinetto, un po' come il nostro Ren-



Marcello Mastroianni e
Giulietta Masina

zo Arbore, il fantasioso interprete della canzone napoletana. Aveva assorbito e seguito negli anni giovanili la nuova musica di Cole Porter e di George Gershwin, che interpretò anche con la voce. Sulla qualità di questa però Gershwin aveva molte riserve, mentre altri pur definendola debole la ammiravano per il lirismo e la dizione. La Rogers non fu l'unica ballerina con cui egli si esibì, ancorché la più riuscita. Lo filmarono in diversi periodi della sua carriera con la messicana Dolores Del Rio, con Joan Crawford, Eleonor Powell, Rita Hayworth e perfino con Paulette Goddard. Si può dire che danzò per ottant'anni e non certo perché si propose o impose, come certi nostri intramontabili che si tingono i capelli per non apparire diversi, ma perché era proprio il pubblico che lo richiedeva e forse anche perché lui stesso vi si divertiva.

Verso la fine della loro lunga vita furono risvegliati dal film di Fellini *Ginger e Fred*, che per il grande regista italiano era un misto di amarcord e di critica alle pause pubblicitarie che "interrompevano le emozioni". Mentre invece per molti quell'originale re-

vival trasmetteva il suggestivo pessimismo di fondo che Marcello Mastroianni e Giulietta Masina espressero nell'interpretare la loro dolce e malinconica storia d'amore. E chissà, forse fu proprio questa storia d'amore, che non si era mai realizzata fra gli attori originali, ancorché sognata dal pubblico, a determinare in lei, Ginger Rogers, donna reattiva, instabile, che viveva sola e inferma nel nuovo ranch californiano, una reazione, forse poco meditata, perché "si sentì lesa nel suo diritto alla privacy" e perché "il film italiano la dipingeva sotto una falsa luce". Fece istruire una causa legale, che perse poiché la Corte d'Appello statunitense affermò che "il regista Federico Fellini aveva il diritto di esercitare la propria espressione artistica". Fred Astaire non prese parte alla contesa perché morì prima dell'uscita del film negli Stati Uniti ma è presumibile che, sia per carattere oltre che per cultura, non ne avrebbe visto la ragione.

Non conosciamo granché sulla salute e sullo stile di vita dei due nostri personaggi, che avevano superato senza particolari pro-

blemi gli ottanta. Entrambi certamente avevano beneficiato del ballo, considerato da tutti l'attività fisica più benefica e salutare, data la sua armonizzazione con la musica. Lui, Fred, sempre magro, agile e con alcuni tratti ipertiroidici sembrava predisposto a una lunga vita. Lo si vedeva fumare qualche sigaretta ma più per esibire il portasigarette d'argento che faceva scivolare con noncuranza nelle tasche del suo frac che per godersi l'aspirazione a fondo della nicotina. Forse, come Coppi, sfruttava anche una frequenza cardiaca bassa, che gli consentiva di raggiungere la massima du-

rata del suo travolgente tip-tap. Lasciò questo mondo agli 88, vinto da una delle complicazioni più frequenti alla fine di una vita serena e senza acciacchi, la polmonite. Ginger, che era più giovane di 11 anni, aveva qualche fattore di rischio in più, forse la familiarità da un padre morto giovane, di certo il carattere reattivo e volubile e un possibile colesterolo all'altezza dei suoi ormoni sessuali. È possibile che le sue arterie si fossero logorate scatenando dapprima l'ictus, che la costrinse nella sedia a rotelle, e infine un infarto che agli 83 le fermò il cuore.

Il trapano del dentista

Andare dal dentista, si sa, non piace a nessuno. Dolore a parte alla sgradevolezza del luogo contribuisce non poco il rumore del trapano che già da solo evoca sofferenza e disagi. Alcuni studiosi inglesi stanno mettendo a punto un sistema per annullare tale fastidioso suono. Il dispositivo prende lo spunto dalle cuffie già esistenti che eliminano i rumori ma, grazie ad un microfono ed ad un chip che analizza le onde sonore in entrata, è finalizzato a filtrare proprio le frequenze emesse dal trapano dentistico. I pazienti potranno collegare il sistema al loro i-pod al posto delle cuffie e così avranno modo di rilassarsi sentendo la loro musica preferita mentre il dispositivo bloccherà completamente il suono del trapano e delle attrezzature di aspirazione pur permettendo, invece, l'ascolto di ciò che viene detto dall'odontoiatra e dai suoi collaboratori.

F.S.





La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

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

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

Madame de Stael, grande romantica, odiata da Napoleone

di **Paola Giovetti**

All'inizio di dicembre del 1803 a Weimar, la città della Turingia dove vivono Johann Wolfgang Goethe e Friedrich Schiller, arriva Benjamin Constant, giovane letterato amico e amante di Madame de Stael, che la signora, che sta raccogliendo materiale per un libro sulla Germania, ha mandato in avanscoperta. Goethe è nella vicina città di Jena, dove è solito trascorrere lunghi periodi per occuparsi della locale università e scrivere in silenzio e solitudine le sue opere; lo riceve Christiane Vulpius, sua compagna da anni e madre di suo figlio August, la quale ne ha un'impressione curiosa. Scrive infatti a Goethe: "Mi sembra un francese e un pazzo...Tornerà, ma che devo fare io da sola con un pazzo? Viene a nome di Madame de Stael che mi prega di farle sapere quando tornerai. Scrivimi che cosa devo dirle".

Anne Louise Germaine de Stael, gran dama del bel mondo e della letteratura, era figlia di Jacques Necker, ministro francese delle finanze prima della rivoluzione; a vent'anni aveva sposato il barone de Stael-Holstein, ambasciatore svedese presso il governo francese; un ma-



Madame de Stael

trimonio combinato e molto conveniente, che le diede piena libertà di movimento, possibilità della quale approfittò in maniera totale; nemica giurata di Napoleone, era stata da lui bandita dalla Francia. Lei allora si era stabilita sul lago di Ginevra dove aveva creato un famoso salotto letterario. Viaggiò molto raccogliendo sollecitazioni letterarie per le sue opere. A Parigi tornò soltanto nel 1814, dopo la fine della parabola di Napoleone.

Corpulenta e originale, dotata di notevole ingegno e di una inarrestabile e velocissima parlantina, Madame de Stael prima che a Weimar era stata a Francoforte, dove aveva incontrato Katharina Elizabeth, la madre di Goethe, donna tranquilla ma ironica e di grande spirito, che viene travolta dall'eloquenza e dall'invadenza della grandama francese che da lei vuole sapere tutto del celebre autore del *Werther*. Dopo la partenza della signora, Katharina Elizabeth scrive al figlio:

“La presenza di Madame de Stael mi ha oppresso come se avessi avuto una macina di mulino al collo. Ho evitato tutte le occasioni di incontro e da quando se ne è andata respiro più liberamente. Che cosa vuole da me?”

Germaine de Stael arriva a Weimar col suo seguito il 14 dicembre. Goethe, che non ama essere disturbato mentre lavora e che intanto ha ricevuto la lettera della madre, esita a tornare a Weimar; a ricevere la grandama e a presentarla a corte e a tutta l'alta società del ducato c'è Friedrich Schiller, grande amico di Goethe e molto celebre come drammaturgo, che fa a Madame de

Stael una grande impressione. Madame si ferma molte settimane a Weimar, che a ragione considera la capitale della cultura tedesca: oltre a Schiller, vuole conoscere a fondo Goethe, famosissimo ben oltre i confini della Germania nonché ministro del duca di Weimar.

Madame conosce solo poche parole di tedesco, ma la cosa non crea problemi perché a quell'epoca tutte le persone colte parlavano francese. Dopo i primi incontri Schiller il 21 dicembre scrive a Goethe: “La sua bella intelligenza ha a volte qualcosa di geniale. Vuole spiegare tutto, misurare tutto, non accetta nulla che per lei non sia limpido: ciò che non riesce a illuminare con la sua fiaccola per lei non esiste. Ha orrore della filosofia idealista che secondo lei porta al misticismo e alla superstizione. Per quella che noi chiamiamo poesia non ha alcuna comprensione”.

Finalmente Goethe ritorna a Weimar e la vigilia di Natale riceve in casa sua Madame di Stael, Benjamin Constant, i coniugi Schiller, sua Serenità il duca Carl August. A quel primo incontro ne seguirono parecchi altri. A quanto si sa, si trattò di conversazioni in punta di fioretto, interessanti ma fortemente impegnative. L'incredibile volubilità, la loquacità, lo spirito combattivo, l'instancabile capacità di stimolare e provocare della grandama sfiniscono gli ospiti. Quando finalmente all'inizio di marzo del 1804 Madame de Stael parte, Schiller scrive a Goethe: “Dopo la partenza della nostra amica, ho come l'impressione di aver superato una grave malattia”. E Charlotte von Stein, la donna che Goethe aveva amato per molti anni e che

come dama di corte aveva preso parte a vari incontri, dopo la partenza della signora scrisse l'8 marzo al figlio Friedrich, non senza un pizzico di malignità nei confronti della rivale, donna notoriamente semplice, poco colta ma devotissima a Goethe e capace di rendergli facile e serena la vita: "Per la gran gioia che la de Stael sia partita, Goethe ha portato a spasso sulla slitta per due giorni di seguito la sua molto più comoda *donna* per tutte le strade della città..."

Da Weimar Madame de Stael andò a Berlino, dove fu accolta festosamente a corte e conobbe i letterati che vivevano in quella città, in particolare i filosofi Fichte e

Schlegel: quest'ultimo accettò il suo invito di divenire precettore dei suoi figli e la seguì per undici anni nelle sue peregrinazioni, che da esiliata la portarono in Russia, Finlandia, Svezia, Svizzera, Italia dove parteggiò per il movimento patriottico e liberale.

Madame di Stael ebbe grande ammirazione per la letteratura tedesca e inglese e sollecitò a più riprese i suoi connazionali a tradurre in francese le opere più interessanti. Dalla visita a Weimar rimase molto impressionata e ciò che poi ne scrisse in seguito nel suo libro *De l'Allemagne*, che ebbe uno straordinario successo e contribuì in maniera determinante a far conoscere all'estero la letteratura tedesca, in particolare il romanticismo, dimostra che aveva visto con finezza e capito molto.

La sua salute intanto andava declinando; trascorse gli ultimi tempi tra la Svizzera e Parigi, dove si spense ad appena 51 anni, probabilmente per attacco cardiaco. Lei stessa scrisse in un ultimo saggio la sintesi della sua esistenza e della sua filosofia: *Nella vita non ci sono altro che inizi*.

Lei stessa non si era mai risparmiata né tirata indietro, e pur con tutti i suoi difetti di carattere aveva continuato a stimolare gli animi e a suscitare intorno a sé passioni e nuove idee.



L'obesità è una malattia?

Se uno pensa a Giuliano Ferrara, il grande giornalista e opinionista che da sempre si porta dietro con intelligente serenità la sua stazza, non ha dubbi sulla disfunzione, ma se uno guarda, che so, la cantante catalana Montserrat-Caballé, che con felice disinvoltura accetta le conseguenze della buona tavola e dell'aumento dei kilogrammi, deduce che per lei è solo un problema di dieta. Quando stavo per concludere il mio curriculum per la laurea nella Clinica Medica di Padova portavano a termine uno studio sulle obesità, che non erano ancora quelle da superalimentazione (eravamo troppo vicini al dopoguerra), ma dovute alle varie disfunzioni ipofisarie, diencefaliche, tiroidee, surrenali, che fortunatamente non costituivano un problema epidemiologico. Quale invece è oggi quello da eccesso di cibo e da scarsa attività fisica che grava su tutte le sanità occidentali, specie negli Stati Uniti dove ben 78 milioni di adulti e 12 milioni di bambini, il 30% del totale della popolazione,

soffrono di obesità. Il sovrappeso e soprattutto l'obesità, quella il cui indice di massa corporea supera i 30, lo sanno tutti, forse anche i pastori della Maremma che ne sono immuni, costituiscono un fattore di rischio, non solo per la pressione alta, l'ictus e le coronarie, ma anche per il diabete e per le povere ossa, costrette a reggere, spesso decalcificate, un peso maggiorato.

Naturalmente l'obesità di per sé non è una malattia, ma lo diventa nel momento in cui induce quelle complicazioni e la Sanità deve pagare le malattie conseguenti, i ricoveri, i farmaci e il sedile doppio sui mezzi pubblici. Ed è per questo che l'American Medical Association degli USA si è decisa recentemente a dichiararla malattia a tutti gli effetti perché, scrive, "...è uno stato patologico su base multimetabolica e ormonale", causa di molte malattie.

L'Italia non ha certo le incidenze e l'onere sanitario degli Stati Uniti, ma vi si sta avviando, a meno che gli avvertimenti dei media e dei medici, oltre alle ristrettezze per la crisi economica non facciano riflettere e invertire la rotta.



E.P.

Primati presidenziali

di Franco Fontanini

Per i Presidenti della nostra non veneranda Repubblica, sin dall'inizio entrò in vigore una graduatoria del tutto spontanea, fatta tacitamente dai cittadini in base alla simpatia e alla popolarità della loro immagine. Ovviamente era una classifica opinabile, priva di ogni valore, ma decisiva ogni sette anni, al momento della nomina del Presidente. Non è neppure impeccabile perché può derivare da episodi singoli, aneddotici, come nel caso di De Nicola, il primo Presidente, che fu oggetto di giudizi negativi e di facile ironia a causa della frequenza con cui rassegnava le dimissioni.

Primatista stabile dei giudizi favorevoli è stato Sandro Pertini, considerato un amabile socialista d'altri tempi, un patetico Don Chisciotte con la pipa spenta in bocca. Montanelli lo trovò addirittura odoroso di pulito, in stanze che al tempo di Gronchi sapevano di postribolo e di affaristica. Pur essendo stato in parlamento per quarant'anni non aveva assunto le maniere del politico professionista, altra cosa che piaceva molto alla gente; il personale diceva che in tutto quel tempo non si era neppure appropriato di un tubetto di dentifricio.

Possedeva qualche sfumatura demagogica che non disturbava e non nascondeva l'orgoglioso compiacimento per la carica ricoperta, né la soddisfazione per la straripante fiumana di persone che lo seguiva sempre con la speranza di avvicinarlo, toccarlo, baciargli le mani, a rischio dell'incolumità del suo seguito dove vi fu più di un ferito.

Non amava gli obblighi del protocollo, e quando si spo-



Sandro Pertini

sò, poiché la giovane consorte non voleva saperne della parte di first lady, andarono ad abitare in affitto in una soffitta-attico sopra la Fontana di Trevi. Non volevano la scorta, mi basta la borsa della spesa, diceva la moglie.

Sebbene fosse un conversatore piacevole con qualche overdose di resistenza, non ci ha lasciato battute né aneddoti, salvo l'inesorabile invito a chi lo intervistava: "mi chiamo Pertini e voglio domande impertinenti."

Non era un ideologo, altra caratteristica gradita, non era praticante, ma si comportava da cristiano, in più circostanze venne invocato come taumaturgo.

Era amato soprattutto, come scrisse il "Times", perché era la prima volta che si sentiva dire da una persona del Colle le stesse cose che dicevano i vicini di casa.

La popolarità di Pertini è stata plebiscitariamente ritenuta ineguagliabile e lo stesso Pertini divenne consapevole di essere il Presidente più amato dagli italiani e che la sua leadership non sarebbe mai stata messa in discussione perché nessuno possedeva altrettanto acume nel fiutare i sentimenti e le aspirazioni della gente, cose tutte che gli procuravano grande soddisfazione.

Montanelli, che in precedenza non si era mai interessato ai Presidenti, scriveva quasi ogni giorno colonne di elogi su di lui che contribuirono a renderlo ancor più simpatico e amabile di quanto già non fosse per natura. Né De Gasperi né Einaudi hanno suscitato tanto entusiasmo e tanta fiducia.



Era stato eletto nel '79 mentre perduravano gli effetti del '68, della tragedia di Piazza Fontana, il maoismo premeva, l'invadenza dei sindacati condizionava tutto, il consenso dei dipendenti della FIAT non raggiungeva il trenta per cento, la disaffezione dalla politica era sempre crescente. Solo Pertini in quel periodo ebbe il coraggio di accettare la designazione e forse ne era intimamente felice, al punto da rimproverare Amedeo d'Aosta che gli inviò una lettera indirizzandola all'on. Pertini anziché al Presidente della Repubblica.

La graduatoria dei Presidenti poco popolari ha anch'essa un primatista stabile, Oscar Luigi Scalfaro, nonostante qualche suo seguace lo chiamasse "Mosé del Colle".

Ebbe una carriera rapida e in costante ascesa grazie alla legge, appositamente approvata e tuttora discussa, che consentiva ai magistrati di entrare in politica, conservando il posto. Trasferitosi a Roma divenne subito Presidente del Tribunale, sottosegretario, infine Presidente della Repubblica, traguardo che in precedenza nessuno avrebbe previsto. Non amava il Quirinale e si consolava dicendo che ogni giorno che passava era uno di meno da trascorrervi.

I suoi agiografi, per giustificare tanti rapidi avanzamenti, dovettero far ricorso alla Madonna, sua grande protettrice. La prima, per ricordare gli eventi più importanti, fu la Madonna di Lourdes, che intervenne quando diventò sottosegretario, successivamente la Vergine Santissima della Neve che l'assisté quando entrò al Viminale, infine la Madonna di Fatima all'ingresso al Quirinale.

Anche Scelba, suo grandissimo amico, l'aiutò in più circostanze a realizzare i progetti che dividevano.

Scalfaro è stato un rigoroso conservatore cattolico, sempre coerente con i suoi principi, che si comportava come un parroco e parlava come un presule, tanto che qualcuno lo chiamò monsignor Presidente. Fu sempre leale amico anche di Craxi e di Panella, entrambi assai dissimili da lui.

Vedovo a venticinque anni, non avvicinò mai altre donne, ebbe al fianco costantemente la figlia Marianna che l'accompagnò

come una first lady per tutto il settennato. Non era antifemminista come molti pensavano anche se gli agenti di Scelba in quel periodo, andavano sulle spiagge con il metro da sarto per controllare i centimetri del due pezzi.

Fu lui ad ammettere le donne in magistratura e a creare la polizia femminile.

Non era certo un cordialone, il suo "non ci sto" non fu molto gradevole, faceva venire voglia di non starci.

Aveva fiducia nella Divina Provvidenza, convinto che la giusta guida ci venisse sempre dal Cielo. Frequentava pochissime persone e moltissime parrocchie, andava a messa ogni mattina.

Le cronache extrapolitiche si interessarono a lui la prima volta per un incidente in una trattoria di via della Vite, a Roma, dove rifilò un ceffone ad una bella signora consorte di un ufficiale di aviazione, che era rimasta indifferente al suo perentorio invito a rimettere il boalerino che si era tolta per la ca-



lura, mettendo in mostra un vistoso décolleté, violenza insolita che divise l'opinione pubblica in un'esigua minoranza favorevole e in una larga maggioranza di contrari. Ancor più negativa per la sua immagine fu l'approvazione dell'ultima condanna a morte, anche se dichiarò tutta la sua sofferenza e di aver pregato a lungo per l'anima del condannato.

Perennemente serio, fece vietare una fotografia in cui era sorridente, vietò i baci in pubblico e un gran numero di film.

È morto nella casa di Novara lasciando di sé un ricordo controverso e un buon consiglio: "sopra ogni cosa non tradire la verità".

L'indice di gradimento di Pertini resterà a lungo il più alto e probabilmente ineguagliato. L'attuale presidente Giorgio Napolitano, eletto nel 2006, è un quasi novantenne, della specie straordinaria che Madame de Stael paragonava a certi fiori che emanano i migliori profumi a sera.

Eletto in un periodo di crisi economica senza precedenti, è totalmente diverso da Pertini che più non si può. Fisicamente autorevole, vagamente rassomigliante a re Umberto, l'ultimo regnante dei Savoia, ha un aspetto estremamente gradevole e possiede un'eccezionale cultura internazionale, soprattutto economica, mentre quella di Pertini era modestissima al punto che c'è chi dice di averlo visto leggere solamente l'"Intrepido" al confino, ma più probabilmente è una critica maliziosa di qualcuno che lo considerava senza grinta.

Il padre di Napolitano era un noto giurista liberale, quello di Pertini un piccolo proprietario terriero, Pertini amava la gente, Na-

politano la solitudine, Pertini è sempre stato comunista, Napolitano si iscrisse al PC nel dopoguerra, ma divenne militante a tempo pieno, abbandonando le sue passioni giovanili, la musica classica e il cinema.

La sua carriera politica è stata lenta e costante. Andò a vivere a Roma in una sola stanza dove invitava a cena spesso una giovane attivista marchigiana di nome Clio, l'attuale sua moglie. "L'ho presa per fame", ama dire.

Divenne responsabile della politica economica del partito dichiarandosi ammiratore di Keynes, l'autore di "Conseguenze economiche di Winston Churchill".

Il suo maggior impegno di economista è sempre stato quello di studiare come rendere possibile la piena occupazione, convinto che questo sia reso possibile da un'accorta politica economica.

La popolarità di Giorgio Napolitano appare sempre più diffusa, è divenuto per tutti Re Giorgio, ha continuativamente riscosso lenti e silenziosi favori che si sono manifestati chiaramente dopo l'offensivo blog di Beppe Grillo che Crimi, per attenuarli, ha impudentemente paragonato al *cornuto* che un tempo veniva rivolto agli arbitri di calcio, e che ha fatto auspicare a molti il codice penale.

Nell'occasione si sono fatti sentire assai numerosi anche coloro che avvertono un inizio del recupero della fiducia nelle istituzioni nonché di coloro che amano le larghe intese e vedrebbero favorevolmente il presidenzialismo.

Staremo a vedere, Montanelli sarebbe entusiasta.

Qualche secondo di buonumore

Sapete come si dice quando un uomo ha due donne?

- Bigamia.

E quando un uomo ha più donne?

- Poligamia.

E quando ha una sola donna?

- Monotonia.

Un rapinatore sale su un autobus a Napoli e grida: "Fermi, questa è una rapina!"

Un signore si alza e dice: "Maronn' mia, che spavento, pensavo fosse 'o controllore!"

Nel 1848 Dracula si sfamava solo con donne vergini... nel 2010 è morto di fame...

La moglie trova un bigliettino con scritto il nome di una donna nella giacca del marito.

Alla sera, come il marito mette piede in casa, la moglie gli sferra una padellata in testa.

Il marito:

- Uhè, Marì, ma che fai? Si 'isciuta pazz'?

- Ah i so' pazz'?!? Agg' truvato nù bigliett' ind a' giacca!

Il marito, elaborando velocemente:

- Ma no, Marì, che bai penzann! È o nomme dò cavallo che io e l'amici miei avimme fatt' na scommessa... mica è na femmena!

La moglie dispiaciuta:

- Ah scusa Pasquà, nun vuleve... ò sai comm'è a' gelosia!

Il giorno dopo il marito torna a casa, apre la porta e subito dopo gli arriva un'altra padellata in testa.

- Marì, nata vota?! Ma mo, che e' succiess?

- PASQUA', T'HA TELEFUNAT' O CAVALL!

Dopo 25 anni di matrimonio, ho guardato mia moglie e le ho detto:

"Cara, 25 anni fa, avevamo un piccolo appartamento, una vecchia auto, si dormiva su un divano, guardavamo la tv in bianco e nero su un televisore 10 pollici ma io dormivo con una bella e giovane bionda di 25 anni.

Ora abbiamo una casa da 500.000 euro, una BMW da 50.000 euro, un letto ad acqua, un televisore al plasma da 50 pollici, ma io dormo con una vecchia di 50 anni".

Mia moglie è stata rapidissima nel rispondermi e mi ha detto:

"Non hai che da trovarti una giovane bionda di 25 anni ed io farò in modo che tu ti ritrovi in un piccolo appartamento con una vecchia auto e che tu dorma sul divano guardando la tv in bianco e nero da 10 pollici".

Le donne sono incredibili!!! Ti guariscono subito dalla tua crisi esistenziale...

Un signore entra in un bar e chiede al barista: quanto costa un cornetto? Il barista risponde: 2 euro. Il signore:

E le briciole? Il barista: Zero.

Il signore chiede al barista: Allora mi sbricioli un cornetto?

Il suo nome?

Pie pie pietro Rossi

È balbuziente?

Lo era mio padre e trovò un impiegato dell'anagrafe cretino.



A Cuba si vive quanto negli Stati Uniti 2.0

Alcuni commenti relativi all'articolo del prof. Piccolo pubblicato sul numero dell'aprile scorso della rivista cui sono da molti anni abbonata: 1) Chavez si e' fatto curare a L'Avana e non a Parigi per ragioni (oltre che topografiche di vicinanza) ideologiche, ricorda che Togliatti (il Migliore) si fece curare a Mosca? 2) la sopravvivenza media a Cuba uguale a quella degli USA (ma notoriamente più bassa della nostra), è senz'altro in relazione, a causa della situazione economica del Paese, ad una dieta sana, non ipercalorica nè iperproteica, ed al moto fisico necessario vista la scarsa motorizzazione, oltre che alla prevenzione 3) la sovrabbondanza di medici da noi è considerato un difetto... a Cuba un pregio...

4) l'alfabetizzazione così alta, come la riduzione della mortalità infantile sono l'obiettivo risultato positivo di un regime socialista (era così anche in URSS) ma ciò non giustifica la negazione delle necessità elementari tipo libertà di parola, associazione e voto

5) contrapporre l'educazione sanitaria obbligatoria all'ora di religione obbligatoria è espressione di anticlericalismo ammuflito, ricordo che in Italia esistono gli insegnamenti obbligatori di scienze e biologia per insegnare "a cosa servono il cervello, il cuore ecc".

Sono sorpresa e irritata, da ex sessantottina con un passato di voto e militanza di sinistra, che ha visto di persona e toccato con mano cosa erano i Paesi del socialismo reale (e anche Cuba visitata 3 anni fa). Non credevo che ancora si potessero scrivere dei simili peana. I cubani sono andati all'estero non solo come medici ma anche come soldati e addestratori per le rivoluzioni in Africa, non ricorda? Tanto poi allo sfacelo economico (del cui inizio è senz'altro responsabile l'embargo statunitense) provvedeva mamma URSS. Scusate la lungaggine ma ho con piacere sentito conferenze del prof. e letto suoi articoli di argomento cardiologico, avrei preferito non leggere questo che è l'estrinsecazione di un sogno mai tramontato di un Eden socialista.

Cordiali saluti.



Maria Francesca V.S., Roma

Gentile Dottoressa,

mi verrebbe da risponderle "non buttiamola in politica" ma non voglio sottrarmi alle sue giuste osservazioni. Se Lei da "ex sessantottina" è così critica nei riguardi del socialismo reale si figuri io che allora facevo il primario e dovevo subire le assemblee sproloquanti e un infermiere sindacalista con barba di ordinanza che pretendeva si prendessero decisioni operative sui malati a maggioranza fra medici e infermieri, lasciando però la responsabilità medica e legale al primario. L'articolo che ho scritto non voleva certo inneggiare alla medicina cubana come esempio assoluto e tanto meno al regime dittatoriale, aveva solo il proposito di richiamare l'attenzione di noi dei paesi sviluppati, che abbiamo molti meriti ma anche parecchi difetti, sui seguenti tre punti:

1) Il fatto che una rivista prestigiosa come il NEJM, per di più statunitense, riconoscesse alcuni meriti e certi risultati ottenuti nell'isola caraibica "nemica".

2) Che fare il medico non vuol solo dire affidarsi alla migliore tecnologia, ma anche dialogare con il malato, seguire con frequenza e umanità l'evoluzione della malattia, spiegarli cosa gli sta succedendo, senza l'assillo dei diritti personali e della critica alla Sanità.

3) Mettere in evidenza che se non insegniamo a scuola le nozioni mediche fondamentali avremo sempre davanti a noi malati sordi e sgomenti. Le scienze insegnate alle medie, come lei ben sa, sono altra cosa.

Spero voglia perdonare la mia "proiezione giornalistica", oltre all'uzzolo utopistico che non riesco a togliermi di dosso, e continui con benevolenza a leggere Cuore & Salute.

Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2013



L'impiego della tac nel triage del dolore toracico: presente o futuro?



Intervista di **Filippo Stazi**

Claudio Cavallini,
U.O. di Cardiologia - Azienda Ospedaliera di Perugia

Prof. Cavallini negli ultimi anni la gestione del dolore toracico acuto (DTA) in pronto soccorso si è radicalmente modificata: l'approccio clinico-strumentale è diventato molto più rapido ed efficace mentre quello organizzativo ha visto nelle strutture più avanzate la costituzione delle Chest Pain Unit / Osservazioni Brevi Intensive. Quali sono i fattori che hanno indotto quest'evoluzione?

Questo sforzo organizzativo è stato necessario per diversi motivi: 1) il progressivo aumento del numero di accessi nei dipartimenti di emergenza (DEA); in Italia, infatti, il DTA di origine non traumatica costituisce il 5-7% di tutti gli accessi al PS ed esita in ricovero in una percentuale variabile tra il 20 e il 40%; 2) la consapevolezza che il DTA può sottendere una condizione a rischio di vita in cui la diagnosi precoce ed il trattamento tempestivo sono cruciali; 3) la constatazione che solo il 40-50% dei casi si presenta con una sintomatologia tipica e una diagnosi certa al momento dell'osservazione mentre la rimanente quota di pazienti necessita di una ulteriore valutazione.

Esistono dei punti di criticità nella gestione del DTA?

Si e sono rappresentati da: 1) la variabilità nella percezione del sintomo, essendo la qualità e l'intensità dello stesso predittori non affidabili di patologia e/o di complicanze; 2) la normalità del tracciato ECGrafico e della troponina che, al momento dell'osservazione in pronto soccorso, può essere riscontrato in circa un terzo dei pazienti che svilupperanno poi infarto miocardico acuto (IMA); 3) il ritardo nella formulazione della diagnosi nei pazienti a rischio intermedio/basso e osservazione negativa, i quali vengono dimessi con programmazione di test provocativi di imaging; 4) la possibilità infine che, in una piccola percentuale di casi (0,4-4%) la diagnosi di IMA sfugga, la dimissione sia impropria e la mortalità elevata (2-4%).

Come si può ovviare a questi problemi?

Negli ultimi anni sono comparsi in letteratura "position paper" e "linee-guida" di comportamento internazionali, nazionali e regionali con lo scopo di fornire uno strumento programmatico di corretta gestione di questa sindrome che è considerata la più insidiosa nel paziente in pronto soccorso. Le linee-guida si riferiscono prevalentemente al DTA di origine cardiaca dal momento che 1/3 dei pazienti in pronto soccorso ha una sindrome coronarica acuta (SCA), il 2% una tromboembolia polmonare (TEP) e lo 0,5% una sindrome aortica (SA).

L'integrazione dei dati ottenuta dalla probabilità pre-test di malattia, dall'attenta valutazione dei sintomi, del tracciato EC-

Grafico, e dei biomarcatori rappresentano i passaggi consigliati che indirizzano verso il sospetto di malattia.

Il percorso diagnostico prevede che i pazienti emodinamicamente instabili e quelli con tracciato ECGrafico modificato o biomarcatori aumentati vengano indirizzati a ricovero in UTIC mentre quelli con forte sospetto di TEP o SA debbono essere inviati nei reparti di rispettiva competenza.

Per la popolazione a probabilità intermedia e bassa di SCA, con ECG basale normale o non diagnostico e prima troponina negativa è necessario un periodo di osservazione, di 24 ore, per la monitorizzazione del tracciato ECGrafico e della troponina. L'introduzione nella pratica clinica corrente di troponine ultrasensibili, permette, in virtù di un elevato potere predittivo negativo, di accorciare sensibilmente i tempi di osservazione che possono essere ridotti a 3-6 ore.

Quale può essere l'applicazione della TC multi slice (TCMS) nel DTA?

Nonostante gli sforzi organizzativi, il DTA rappresenta una sfida considerando che, se da una parte l'85% di questi pazienti non ha una SCA, dall'altra la mancata diagnosi è gravata da un'elevata mortalità. Per questo motivo sarebbe auspicabile un percorso diagnostico ancora più rapido ed efficace.

Tra tutte le cause di dolore toracico rivestono particolare importanza per il medico dell'urgenza, quelle che, nella letteratura anglosassone vengono definite "the big five": la SCA, la SA, la TEP, il pneumotorace iperteso e la rottura dell'esofago. Come già

sottolineato le caratteristiche cliniche del dolore toracico hanno un bassissimo potere predittivo, l'ECG basale ha una sensibilità del 76% ed una specificità del 86% per la diagnosi di ischemia cardiaca acuta, i biomarcatori hanno un'altissima specificità per IMA e ottima sensibilità quando misurati ad intervalli seriati, ma nessuno di questi è in grado di identificare in modo attendibile i pazienti affetti da angina instabile senza necrosi miocardica; l'ecocardiografia basale o da stress e la scintigrafia perfusoriale anche se indagini accurate, non sono utilizzabili in un contesto di emergenza-urgenza ed inducono un ritardo diagnostico. La TCMS, pertanto, potrebbe teoricamente essere utilizzata in tutti i DEA per consentire un efficace roulet-out dei pazienti con DTA.

Quale è il ruolo della TCMS nelle singole patologie?

Nelle SA la TCMS è tecnica di scelta per l'elevata accuratezza diagnostica e la breve durata dell'esame ed il suo ruolo è ormai accertato e definito dalle linee-guida. Nella TEP la TCMS con mezzo di contrasto è l'indagine gold standard che consente la valutazione dei rami principali, lobari e segmentari delle arterie polmonari, la valutazione del cuore (rapporto ventricolo destro\ventricolo sinistro) e, estendendo la scansione all'addome e alla pelvi, della sede della trombosi venosa origine degli emboli. Nei pazienti avviati all'angioTC per il sospetto di una SA o di TEP, se preparati come per l'esecuzione di un'angioTC coronarica,

l'acquisizione volumetrica del cuore *senza mezzo di contrasto*, con gating cardiaco, consente anche la valutazione del calcium score. L'elevato valore predittivo negativo di un calcium score basso consente di escludere una coronaropatia ostruttiva. Il tempo di esecuzione molto breve (con tempi di acquisizione brevissimi), la non necessità di iniezione di m.d.c., la bassa dose media di radiazioni (1-2 mSV), la propongono nel percorso diagnostico del DTA nei soggetti a rischio clinico intermedio. Un calcium score =0 esclude una CAD ed indirizza alla dimissione senza ulteriori test; al contrario, un calcium score > 400 seleziona i pazienti ad alto rischio che dovrebbero effettuare anche uno studio angiografico (coronarografia); resta un'area grigia nei soggetti con calcium score intermedio (1-400) nei quali è indicato un breve periodo di osservazione per il dosaggio seriato dei biomarcatori o per l'esecuzione di un test di imaging o provocativo o eventuale TC coronarica con mezzo di contrasto.

Così, la presenza in un DEA di TCMS-ECG-gated, potrebbe consentire uno studio angiografico completo dei vasi toracici ed un triplo rule-out. È superfluo sottolineare gli enormi vantaggi clinici che la metodica, se bene utilizzata, può arrecare in medicina d'urgenza; l'esclusione al pronto soccorso delle patologie potenzialmente fatali potrebbe ridurre drasticamente il numero dei ricoveri e i costi delle procedure diagnostiche eseguite in regime di ricovero. La criticità di questo approccio è legata alla scelta del tempo di somministrazione del mez-

zo di contrasto e alla necessità della presenza di un radiologo esperto di patologia cardiaca, polmonare, vascolare e mediastinica.

Sbaglio però nel dire che come sempre non è tutto rose e fiori?

L'utilizzo della TC in pronto soccorso può rivestire un ruolo importante nei pazienti a rischio intermedio di malattia coronarica fornendo informazioni utili e rapide sullo stato del circolo coronarico tuttavia, non possono essere dimenticati alcuni limiti e difficoltà tecniche della metodica:

- il suo utilizzo nei pazienti ad elevato rischio pre-test di malattia coronarica risulta poco efficace nel ridurre le coronarografie perché il suo risultato non influenza significativamente le scelte successive e, nei pazienti a basso rischio di malattia, una TC falsamente positiva potrebbe solo aumentare significativamente il numero delle indagini invasive successive.
- La sensibilità diagnostica della coronaroTC è ottenuta utilizzando esclusivamente apparecchiature con almeno 64 slices; un esame accurato può essere effettuato solo con pazienti clinicamente stabili, senza allergia nota al mezzo di contrasto e/o insufficienza renale, con un indice di massa corporea non elevato (< 30), con una buona compliance sia nel controllo dei movimenti che del respiro (apnea prolungata per 5-10 secondi); la frequenza cardiaca deve essere inferiore ai 60 bpm (spontanea o indotta dal betablocco) e con un rit-

mo cardiaco conservato. Da ultimo va ricordato che, anche se l'evoluzione tecnologica tende a ridurre drasticamente l'esposizione radiante, questa rappresenta ancora un limite all'utilizzo estensivo della metodica.

- Al momento attuale solo poco più di 50 centri hanno pubblicato esperienze con TCMS > 64 slices; la popolazione studiata è ancora limitata e in assenza di dettagli clinici rilevanti e di target diagnostici omogenei, la refertazione della coronaroTC è spesso frutto di una consensus tra 2-3 operatori.
- Sul piano logistico-operativo, infine, l'analisi delle scansioni e la ricostruzione dei vari segmenti coronarici appare ancora piuttosto lunga e indaginosa: i tempi per la sua esecuzione mal si conciliano con l'esigenza di una diagnosi tempestiva all'interno di un DEA

Quali conclusioni possiamo comunque trarre da questa nostra chiacchierata?

In conclusione, la TCMS è sicuramente uno strumento diagnostico utilissimo per una diagnosi accurata di coronaropatia; tuttavia i tempi di esecuzione relativamente lunghi ne limitano attualmente l'utilizzo all'interno dei DEA.

Ciononostante l'impiego della TCMS nel triplo rule-out può avere una indicazione nei DEA, soprattutto quando un'origine coronarica del DTA deve essere messa in diagnosi differenziale con la SA e la TEP. In pazienti "critici" con sintomatologia dubbia, ad elevato rischio non solo di SCA ma an-

che di SA e TEP, la TCMS può escludere molto rapidamente queste ultime patologie e può (dopo un tempo di analisi più lungo) consentire anche lo studio del circolo coronarico.

In questo senso il “futuro” della TC coronarica nel DEA è già nel “presente”. Cioè un’angioTC con gating cardiaco eseguita in pazienti selezionati per escludere una patologia vascolare polmonare/aortica permette di avere (*a costo zero*) preziosissime

informazioni anche sul circolo coronarico. L’utilizzo in acuto della metodica mirato specificamente ed esclusivamente allo studio del paziente con sospetta coronaropatia appare invece non indicato.

In un prossimo futuro l’aumento della confidenza ed esperienza dei radiologi dedicati, unitamente al progressivo affinamento tecnologico potranno consentire un utilizzo più estensivo della metodica anche all’interno dei DEA.

La pressione cambia, il paziente migliora, ma...

Dal 1970 ad oggi tutto è cambiato. Siamo più vecchi, ossia la vita s’è allungata, e siamo anche più ipertesi. Contemporaneamente la terapia per abbassare la pressione alta ha proposto sempre nuove soluzioni: ai diuretici e betabloccanti si sono aggiunti gli ACE-inibitori e i sartanici, oltre ad altri farmaci particolari. Ma è mutata perfino la misurazione della pressione, non solo perché gli apparecchi a mercurio stanno sempre più cedendo il passo a quelli digitali, ma anche perché l’OMS ha cambiato le carte in tavola, ossia la definizione dei valori normali oltre i quali si può diagnosticare una persona ipertesa: dai 160/95 siamo passati ai 130/85.

Però cosa dicono le statistiche, ossia gli studi epidemiologici? Almeno quelli degli USA, così ben

congegnati, che portano le sigle NHANES documentano che tra gli 11.000 soggetti dai 25 ai 74 anni reclutati fra il 1970 e il ‘75 e i 12.000 reclutati fra il 1988 e il ‘94, seguiti rispettivamente durante 17 e 14 anni, la mortalità era non solo e ovviamente più alta negli ipertesi che in quelli con pressione normale, ma anche più negli ipertesi uomini che nelle ipertese, più negli ipertesi di razza nera che nei bianchi; e soprattutto che la mortalità era del 19 per mille negli ipertesi degli anni ‘70 e del 14 per mille in quelli degli anni novanta. A significare che i progressi medici intercorsi tra quei due periodi hanno salvato più persone in tutte le categorie (in particolare nei maschi e nei neri).

C’è tuttavia un piccolo codicillo che va preso nella dovuta considerazione ed è che gli ipertesi e anche i normotesi

degli anni ‘70 avevano meno diabete rispetto a quelli degli anni ‘90. Tale malattia, così insidiosa nello sviluppare complicazioni cardiovascolari, si è quasi raddoppiata e ciò evidentemente va messo nel conto dell’aumento del peso e della minore attività fisica nelle nuove generazioni. C’è bisogno di messaggi o raccomandazioni? Direi proprio di no, lo fanno già tutti i media, tranne quelli che allestiscono in diretta TV succulenti piatti di primo, secondo e dessert.

E.P.



Sones e l'errore da cui nacque la coronarografia

di Filippo Stazi

...“Porca miseria.. cos’ho combinato!” Non riuscì a trattenere l’imprecazione strozzata anche se sapeva che avrebbe potuto spaventare il giovane paziente che era steso sul lettino sotto di lui. Lo sguardo dell’assistente si volse immediatamente verso i suoi occhi con l’aria spaventata di chi sta cadendo nel vuoto. L’attività della sala fino a quel momento frenetica restò come sospesa a mezz’aria ed il silenzio avvolse immediatamente tutti. Il catetere che il dottor Sones aveva posizionato in aorta per eseguire l’aortografia di un paziente di 26 anni affetto da valvulopatia reumatica mitro-aortica era scappato al suo controllo proprio nel momento dell’iniezione del mezzo di contrasto e si era infilato dentro la coronaria destra. 40 millilitri di sostanza radioopaca, una quantità congrua per lo studio di una grossa arteria come l’aorta ma molto sproporzionata per un’arteria di più piccole dimensioni, erano finite all’interno della coronaria destra. Tutti si prepararono alla comparsa di una fibrillazione ventricolare ma a sorpresa, invece, il paziente presentò una fase di asistolia che regredì prontamente quando il ragazzo tossì spontaneamente senza avere neanche il tempo di perdere conoscenza o capire il rischio corso. Frank Mason Sones, il sudore raggeato sotto il camice di piombo,



condusse rapidamente a termine l'esame ed ancora sconvolto dall'accaduto si lasciò sprofondare sulla poltroncina della sua scrivania trattenendo a fatica una lacrima. Il suo stato d'animo in quel limpido mattino di ottobre del 1958 era diviso tra l'angoscia di aver quasi ucciso un ragazzo e il sollievo per lo scampato pericolo.

Quando la sera tornò a casa cercò di comunicare i suoi pensieri alla moglie, quella donna che amava ma con cui da troppo tempo non era più in sintonia. Troppo distratto lui dal suo lavoro, troppo bisognosa di conferme lei per accettare di non essere l'unico sole nell'esistenza del compagno. Ci provò a spiegarle cos'aveva provato quella mattina ma successe qualcosa, non ricordava neanche cosa, probabilmente banale, che ancora una volta impedì la comunicazione tra loro.

Per molti giorni e molte notti Frank ebbe sempre davanti agli occhi quella scena maledetta, quei secondi, quella linea piatta dell'elettrocardiogramma; la paura, l'impotenza e poi la ripresa del battito, il sollievo, il rilassarsi dei muscoli inconsapevolmente contratti.

Frank Mason Sones era un uomo in gamba, solido, nato a Noxapater, Mississippi, nel 1918,

aveva 40 anni quando il catetere gli era scappato dalle mani. Tutta la sua vita aveva lavorato sodo ed era arrivato a dirigere il laboratorio di emodinamica della Cleveland Clinic solo grazie ai suoi sforzi ed alle sue capacità. Figlio di un meccanico era riuscito a completare le scuole superiori ed a laurearsi presso la Maryland Medical School. Dopo la laurea si era dedicato alla cardiologia ed in particolare allo studio delle cardiopatie congenite per le quali si cominciavano a sviluppare le prime soluzioni cardiocirurgiche. Dal 1950 era alla Cleveland Clinic dove si era dedicato con tutto il suo impegno allo sviluppo del cateterismo cardiaco nonostante lo scetticismo del suo capo, Carlton Ernstene, che, con la miopia che purtroppo a volte si trova in chi ricopre le posizioni di comando, riteneva che la metodica non avrebbe mai acquisito un ruolo primario nella diagnostica cardiologica.

Furono anni intensi, chiuso nel suo sotterraneo Sones si impegnò innanzitutto nel migliorare le apparecchiature utilizzate che all'epoca erano piuttosto rudimentali. Delle sue qualità due soprattutto gli furono sempre di aiuto. La prima era la capacità di fare squadra e collaborare con chiunque. Insieme agli ingegneri della Philips lavorò sugli intensificatori dell'immagine fluoroscopica sviluppandone modelli utilizzabili in laboratorio cosa che divenne infine possibile a partire dal 1955. Con Eastman Kodak, invece, modificò le pellicole fotografiche adattandole alle caratteristiche degli studi angiografici. Il secondo punto di forza era invece il suo saper sempre cogliere il lato positivo della realtà. Fu così anche questa volta.

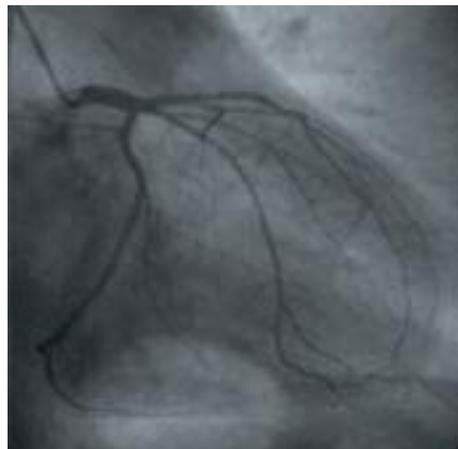


Melvin Judkins e Frank Mason Sones

Una notte di tre settimane dopo Frank si svegliò all'improvviso riprovando le emozioni di quel mattino. Non riuscendo a riprendere sonno si alzò per andare a bere un bicchiere di acqua in cucina. Mentre gironzolava nell'oscurità della sua casa nella sua mente divampò la luce: "Se il cuore di quel ragazzo ha tollerato l'iniezione di una dose massiva di mezzo di contrasto perché non provare a fare delle angiografie selettive delle arterie coronarie impiegando piccole quantità di contrasto diluito?" Si domandò Sones eccitato. Il possibile disastro diventava l'evento che gli indicava la strada per arrivare lì dove da molto voleva giungere. Era nata la coronarografia.

Il successivo cammino fu abbastanza rapido. Per dimostrare la sicurezza della metodica si sottopose egli stesso ad una coronarografia che evidenziò che le sue coronarie erano sane come poterono constatare i molti cardiologi che visionarono le immagini in numerosi congressi e dibattiti. Nonostante le resistenze di chi non vedeva il risvolto pratico di quest'esame Sones andò avanti con testardaggine e nel 1962 pubblicò, superando le ritrosie che aveva nello scrivere, i risultati della sua casistica di 1000 casi eseguiti. Nel 1961 aveva addirittura tentato, senza riuscirci, di dilatare una coronaria destra che si era chiusa acutamente.

Nel 1962 sbarcò alla Cleveland Clinic un giovane medico argentino, Renè Favaloro. Ancora una volta la capacità di Sones di lavorare in sinergia con altri diede i suoi frutti. In pochi anni, infatti, Favaloro, avvalendosi delle competenze angiografiche di



Sones, mise a punto la tecnica del by-pass aortocoronarico che eseguì per la prima volta nel 1967. La coronarografia aveva trovato la sua ricaduta pratica e divenne l'esame fondamentale in previsione dell'intervento cardiocirurgico.

Sones divenne una celebrità. Se possibile lavorò ancora di più. Il suo matrimonio andò a rotoli. Si separò, si risposò ma, sempre troppo focalizzato sulla sua attività, si separò di nuovo. Alla fine come in una favola si risposò per la terza volta, con la donna che aveva sempre amato e che era già stata la sua prima moglie. Forse lui riuscì a pensare un po' di più alla famiglia, forse lei aveva maturato maggiore sicurezza. Il risultato fu che questa volta il matrimonio durò.

La tecnica di Sones che prevedeva come porta di accesso per l'introduzione dei cateteri la preparazione chirurgica dell'arteria brachiale venne semplificata in maniera decisiva da Melvin Judkins, un radiologo, che nel 1967 introdusse la tecnica percutanea in cui i cateteri vengono introdotti tramite una semplice puntura dell'arteria femorale. I due divennero amici, collaborarono e fondarono insieme la "Society for cardiac angiography" di cui Sones fu il primo presidente e Judkins il secondo.

Morirono entrambi nello stesso anno. Il 1985.

La RICERCA del *Centro per la Lotta contro l'Infarto* - *Fondazione Onlus*

Implant and long-term evaluation of atrial signal amplification in a single-lead ICD

Pacing And Clinical Electrophysiology (PACE) 2012; 35: 1119-1125



L'aggiunta di un sensore atriale migliora la funzione dei defibrillatori monocamerale

Filippo Stazi, Massimo Mampieri, Mario Cardinale, M.Teresa Laudadio, Alessio Gargaro, Giovanni Battista Del Giudice

Intervista di **Francesco Prati**

Caro Filippo è stato recentemente pubblicato su PACE un tuo articolo sui defibrillatori. Ci puoi innanzitutto spiegare cosa sono e a che servono questi apparecchi?

I defibrillatori sono dei dispositivi impiantabili che, una volta posti all'interno dell'organismo, monitorizzano continuamente il ritmo cardiaco del paziente. Nel caso che il battito del paziente dovesse rallentare eccessivamente o fermarsi essi entrano in funzione, al pari dei comuni pacemaker, assicurando la preservazione di un'ottimale frequenza cardiaca. Questi dispositivi, però, hanno soprattutto la funzione di prevenire la morte improvvisa grazie alla capacità di riconoscere ed interrompere le aritmie ventricolari maligne (tachicardia ventricolare e fibrillazione ventricolare) che se non trattate immediatamente possono condurre a morte il paziente.



Filippo Stazi

Quali sono i pazienti candidati all'impianto di defibrillatore?

Schematizzando al massimo la risposta possiamo dire che ci sono due gruppi di pazienti. Da un lato coloro che hanno già presentato un'aritmia ventricolare maligna e ne sono in qualche modo sopravvissuti ossia i soggetti cosiddetti in prevenzione secondaria. La maggioranza dei pazienti sono invece quelli in prevenzione primaria cioè quelli che non hanno ancora sperimentato eventi aritmici maggiori ma che per le loro condizioni cardiache di base sono ritenuti ad elevato rischio di morte improvvisa.

Tutti i defibrillatori sono uguali?

No, esistono tre differenti tipi di apparecchi a seconda del numero di elettrocateri (ossia di fili elettrici) che vengono posizionati all'interno del cuore. In tutti i casi l'elettrocateri responsabile della funzione di defibrillazione è sempre solo quello posizionato nel ventricolo destro. A questo elettrocateri possono però esserne associati altri due, uno in atrio destro ed uno che stimola la parete del ventricolo sinistro.

Ai differenti tipi di defibrillatori corrispondono differenti tipi di pazienti?

Non necessariamente. Solo il dispositivo con tre elettrocateri (la cosiddetta resincronizzazione cardiaca o pacemaker biventricolare) è infatti riservato ad una ben precisa tipologia di pazienti mentre la popolazione che riceve gli apparecchi con uno o due elettrocateri (rispettivamente detti monocamerale e bicamerale) non è ben differenziata.

E cos'è meglio: un elettrocateri o due?

Una risposta chiara purtroppo non c'è salvo nei casi in cui la concomitante presenza di una bradicardia fa propendere per il sistema bicamerale. La maggior parte degli studi in prevenzione primaria sono stati fatti con i defibrillatori monocamerale. D'altro canto questi tipi di dispositivi non registrando in alcun modo l'attività atriale presentano un aumentato rischio di erogare terapie inappropriate generalmente dovute ad episodi di fibrillazione atriale ad elevata frequenza cardiaca er-

roneamente interpretate come aritmie ventricolari. I sistemi bicamerale che hanno anche un elettrocateri in atrio riducono questo rischio però la procedura d'impianto è leggermente più lunga e complessa, i costi sono maggiori e l'incidenza di complicanze superiore.

E proprio in questa diatriba, se non sbaglio, si inserisce il tuo studio...

Esatto. Noi riteniamo che una buona soluzione alternativa sia ai comuni sistemi monocamerale che a quelli bicamerale è il ricorso ad un dispositivo che si avvalga di un solo elettrocateri da posizionare in ventricolo destro che però abbia a livello dell'atrio un sensore capace di registrare l'attività elettrica anche di quella camera cardiaca. Nel nostro studio abbiamo appunto dimostrato che il sistema è fattibile e capace di sentire con affidabilità l'attività atriale sia al momento dell'impianto che a distanza di mesi.

Quale potrà essere la ricaduta pratica di questo studio?

Un sistema come quello su cui stiamo lavorando ha le potenzialità per coniugare i vantaggi dei sistemi monocamerale (rapidità d'impianto, costi inferiori, minori complicanze) con le qualità dei dispositivi bicamerale (migliore capacità di riconoscimento delle aritmie) e potrebbe quindi rappresentare la classica quadratura del cerchio. Ovviamente ulteriori dati clinici sono necessari per confermare tale ipotesi.

Lettere a Cuore e Salute

D. **Cardiomiopatia peripartum**

Cari amici di *Cuore & Salute*, sono una mamma un po' attempata (38 anni), che finalmente dopo tentativi di anni ha avuto una bellissima bambina. Oggi sono felice, ma ho avuto un periodo difficile perché sia nel mese prima del parto che dopo ho sofferto di mancanza di fiato, anche per fare pochi metri, e di gonfiore alle gambe. I medici sono stati bravi, ma mi hanno diagnosticato una "cardiomiopatia peripartum" che oggi a distanza di sei mesi sarebbe quasi completamente scomparsa. Io infatti mi sento bene, allatto, prendo ancora qualche medicina, ma mi preoccupa il termine cardiomiopatia, che spesso si legge sui giornali come malattia seria. Non ho capito bene in cosa consista anche se i medici mi hanno assicurato che non avrò conseguenze, però dicono che non dovrei affrontare altre gravidanze. Mio marito ed io vorremmo non lasciare la bambina figlia unica. Sarei graditissima di un vostro parere sia sulle conseguenze future per me che sulla possibilità di altri figli. Complimenti per la rivista che mi fa capire tante cose e mi diverte pure, grazie mille e distinti saluti.



Ornella G., Pavia

R. Cara Ornella, grazie per le gentili parole, ma non so se riuscirò a darle una risposta esauriente perché mi mancano molti elementi, che si possono dedurre solo dagli esami che le sono stati fatti in tutti questi mesi. Credo tuttavia che i giudizi dei colleghi che l'hanno seguita siano corretti e aggiornati. La cardiomiopatia peripartum si chiama così proprio perché avviene a cavallo tra gli ultimi mesi di gravidanza e il dopo parto.

È una cardiopatia molto rara dalle nostre parti, che interessa il muscolo del cuore, non le valvole né le coronarie, il quale si dilata a causa del maggiore flusso di sangue (aggravato da quello del feto) che deve pompare, facilitato il tutto da una maggiore frequenza e pressione spesso presenti. Fortunatamente dopo il parto e con il sostegno delle cure per alleviare il sovraccarico del cuore il muscolo cardiaco nel giro di pochi mesi ritorna normale in quasi tutte le puerpere. Il quasi è d'obbligo perché c'è anche qualche caso che mantiene un certo grado di dilatazione. La mortalità nella fase acuta è comunque molto bassa e anche le conseguenze a distanza non danno sorprese. Da quanto ci riferisce ritengo che il suo cuore sia tornato normale, ma forse lei si domanda perché in alcune donne il cuore non regge all'impegno della gravidanza. Se lo chiedono anche gli esperti, i quali non danno una risposta precisa. Il fatto che le gravidanze successive, come le è stato detto, conservino un certo rischio di riprodurre la malattia, fa pensare a una "debolezza" congenita o acquisita del miocardio. E qui siamo giunti alla sua ultima domanda su ulteriori gravidanze. Gli esperti dicono che non sono proscritte a condizione che il cuore abbia recuperato totalmente la sua configurazione e funzione (valutate con l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma) e che la paziente venga seguita con controlli ravvicinati durante la nuova gravidanza. Le faccio i migliori auguri e saluto cordialmente.

Eligio Piccolo

D. Ormoni e cuore

Gentile *Cuore & Salute*,

sono una 48enne affezionata lettrice della vostra rivista. Da un po' di tempo ho una domanda che mi gira nella testa, alla quale il mio ginecologo non ha saputo rispondere con precisione. Arrivo al dunque: soffrendo di pressione alta, (valori intorno ai 160/110), al mattino assumo da tempo una pasticca e mezza di Procaptan 5 mg. Ora in questa fase della mia vita ho anche degli sbalzi umorali con lieve depressione e ciclo mestruale ballerino, mi è stato detto che assumendo la pillola potrei risolvere abbastanza questi miei problemi ma allo stesso tempo mi è stata sconsigliata a causa dell'ipertensione di cui soffro. È vero tutto ciò? Nonostante i nuovi ritrovati in campo ginecologico a basso dosaggio? Ringrazio fin da ora se vorrete rispondermi, cordiali saluti.

Marina A., Roma

R.

Gentile Sig.ra Marina

La Sua lettera è quanto mai pertinente dato che tocca un punto che è stato ampiamente dibattuto negli ultimi anni all'interno del mondo cardiologico. Come è

noto le donne, durante il loro periodo fertile, appaiono meno esposte degli uomini al rischio di sviluppare una cardiopatia ischemica e ciò sembra dipendere dalla funzione protettiva svolta dagli ormoni femminili. Partendo da questo presupposto si è quindi ipotizzato che una terapia di supplementazione, avviata precocemente a partire dalla menopausa e che compensasse il calo fisiologico di tali ormoni potesse prolungare tale condizione di ridotto rischio. I numerosi studi condotti al riguardo hanno prodotto risultati spesso discordanti tra loro ma che, nel complesso, non hanno confermato l'ipotesi formulata.

Di conseguenza è stata abbandonata la prassi di somministrare una terapia ormonale sostitutiva come forma di prevenzione cardiologica. Ciò nonostante rimane il valore di tale terapia per il controllo dei disturbi connessi con la menopausa. È vero, come Lei ha giustamente sottolineato, che tale intervento può indurre un ulteriore incremento della pressione arteriosa ma in genere esso è ben gestibile con l'aggiustamento del trattamento ipotensivo e non è tale da precludere il ricorso a tale terapia qualora il ginecologo la ritenesse realmente necessaria.

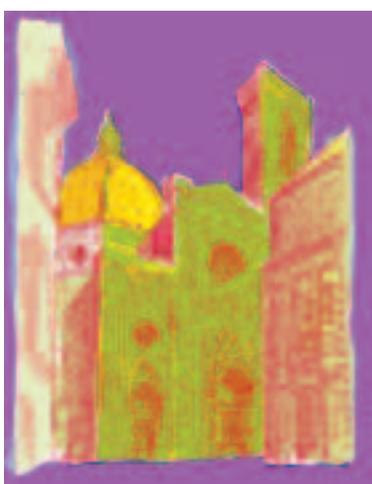
Cordiali saluti.

Filippo Stazi



PROGRAMMA PRELIMINARE

CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



**XXXI Congresso di Cardiologia del
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**

*Firenze, Palazzo dei Congressi
21 - 22 - 23 marzo 2014*

VENERDÌ 21 MARZO

I SESSIONE

MODERATORI: Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*
Mario Motolese, *Roma*

- 9.00** **Cardiomiopatia dilatativa: tempo per una nuova classificazione?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 9.15** **Ridurre il rischio cardiovascolare per abbassare il rischio di cancro.**
Massimo Volpe, *Roma*
- 9.30** **Terapia di resincronizzazione e QRS stretto: opposti inavvicinabili?**
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*
- 9.45** **L'angioplastica nel paziente scoagulato. I pro e contro della tripla terapia antitrombotica.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 10.00** **Discussione**
- 10.30** **Intervallo**

11.00 - 11.30 **LETTURA MAGISTRALE**
"Vecchi credi non più attuali: la cardiologia che cambia"
Roberto Ferrari, *Ferrara*
Introduzione di Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

II SESSIONE

MODERATORI: Gian Franco Gensini, *Firenze*
Fabrizio Tomai, *Roma*

- 11.30** **I nuovi anticoagulanti nelle sindromi coronariche acute: una nuova era?**
Leonardo De Luca, *Roma*
- 11.45** **Il puzzle del forame ovale pervio. L'incertezza dei trial sul trattamento percutaneo.**
Achille Gaspardone, *Roma*
- 12.00** **La stenosi aortica paradossa con basso gradiente e ridotta area valvolare: un riscontro frequente.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 12.15** **Prognosi nel soggetto con scompenso cardiaco. Che ruolo ha l'insufficienza della tricuspide?**
Antonello Gavazzi, *Bergamo*
- 12.30** **Discussione**

III SESSIONE

MODERATORI: Alessandro Distante, *Pisa*
Gianfranco Parati, *Milano*

- 15.00** **Come prevenire le recidive nella malattia tromboembolica venosa?**
Giancarlo Agnelli, *Perugia*
- 15.15** **È più difficile curare l'iperteso con obesità?**
Paolo Verdecchia, *Assisi*
- 15.30** **Jogging, statine e mortalità cardiovascolare. Forse Jim Fixx aveva ragione?**
Pier Luigi Temporelli, *Pavia*
- 15.45** **Fibrillazione atriale e scompenso: il ruolo dell'ablazione.**
Fiorenzo Gaita, *Torino*
- 16.00** **Discussione**
- 16.30** **Intervallo**

IV SESSIONE

MODERATORI: Francesco Musumeci, *Roma*
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

- 17.00** **Scompenso cardiaco con frazione d'eiezione conservata. La diagnosi rimane difficile.**
Maria Frigerio, *Milano*
- 17.15** **Quanto è importante rivascolarizzare l'ischemia silente?**
Claudio Cavallini, *Perugia*
- 17.30** **La tachicardia sinusale inappropriata: cause, diagnosi, prognosi e cura.**
Riccardo Cappato, *San Donato Milanese*
- 17.45** **Ha ancora senso che il cardiocirurgo impieghi una protesi valvolare meccanica?**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 18.00** **Discussione**

SABATO 22 MARZO

V SESSIONE

MODERATORI: Diego Ardissino, *Parma*
Piera Angelica Merlini, *Milano*

9.00 **Se i trial sono deludenti perché spesso si preferisce l'angioplastica al by-pass nel paziente diabetico?**

Francesco Prati, *Roma*

9.15 **Come va curata l'ipercolesterolemia familiare?**

Alberto Zambon, *Padova*

9.30 **La gestione dello scompenso cardiaco acuto in terapia intensiva.**

Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*

9.45 **La cardiopatia attinica e da chemioterapici.**

Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

10.00 **Discussione**

10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **FOCUS SU**

"Dubbi all'elettrocardiogramma"

Introduzione di Claudio Cavallini, *Perugia*

11.00 **Ripolarizzazione precoce: la possiamo ancora considerare una condizione benigna?**

Filippo Stazi, *Roma*

11.15 **L'onda T invertita: normale o minacciosa?**

Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

SIMPOSIO

"OLTRE I FATTORI DI RISCHIO. LE CAUSE DELL'INFARTO"

MODERATORI: Filippo Crea, *Roma*
Attilio Maseri, *Firenze*

11.30 **Oltre i fattori di rischio: lo studio CAPIRE.**

Marco Magnoni, *Milano*

11.45 **Le infezioni batteriche come causa dell'infarto del miocardio. Una ipotesi che si ripropone?**

Raffaele De Caterina, *Chieti*

12.00 **Comprendere le cause e le conseguenze dell'infarto. Le potenzialità della risonanza magnetica.**

Sabino Iliceto, *Padova*

12.15 **Il revival del vasospasmo.**

Mario Marzilli, *Pisa*

12.30 **Discussione**

VI SESSIONE

MODERATORI: Bruno Trimarco, *Napoli*
Francesco Versaci, *Roma*

15.00 **Dopo i risultati deludenti della niacina, quali farmaci abbinare alle statine?**

Gian Francesco Mureddu, *Roma*

15.15 **L'endocardite infettiva: frustrazione del cardiologo.**

Francesco Bovenzi, *Lucca*

15.30 **Da una tienopiridina all'altra: quando e come fare lo "switch".**

Stefano Savonitto, *Reggio Emilia*

15.45 **Settant'anni di digitale. Va ancora impiegata nella fibrillazione atriale?**

Claudio Borghi, *Bologna*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

VII SESSIONE

MODERATORI: Cesare Greco, *Roma*
Luigi Padeletti, *Firenze*

17.00 **La pericardite idiopatica recidivante. Esistono nuove ipotesi eziopatologiche?**

Massimo Uguccioni, *Roma*

17.15 **Anche nella rivascolarizzazione dell'ictus non si può perdere tempo: il door-to-needle time.**

Danilo Toni, *Roma*

17.30 **La ricostruzione del ventricolo sinistro dopo l'infarto. Esistono casi in cui consigliarla? Rivisitiamo lo STICH trial.**

Lorenzo Menicanti, *San Donato Milanese*

17.45 **L'insufficienza mitralica importante. È preferibile l'intervento riparativo precoce?**

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

18.00 **Discussione**

DOMENICA 23 MARZO

VIII SESSIONE

MODERATORI: Fulvio Camerini, Trieste
Gaetano Thiene, Padova

9.15 Il problema della rivascularizzazione incompleta dopo angioplastica.

Antonio Colombo, *Milano*

9.30 Gli Omega-3 in cardiologia: luci ed ombre.

Aldo Pietro Maggioni, *Firenze*

9.45 La correzione della insufficienza mitralica nelle forme dilatative con l'intervento di MitralClip.

Corrado Tamburino, *Catania*

10.00 Aterosclerosi nelle mummie e nuovi scenari fisiopatologici: non è solo un problema di dieta.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

10.15 Impiego dei betabloccanti nello scompenso cardiaco: non sono tutti uguali.

Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*

10.30 Perché la cardiochirurgia senza circolazione extracorporea non ne migliora i risultati?

Giovanni Casali, *Roma*

10.45 Diagnosi e terapia della miocardite.

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

11.00 Discussione

Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su: **“Congresso Conoscere e Curare il Cuore”**

Segreteria Organizzativa e Prenotazioni Alberghiere: Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl
Viale Bruno Buozzi, 60 • 00197, Roma • Tel. 06 3218205 - 06 3230178 • Fax 06 3221068
email: clicon@tin.it • www.centrolottainfarto.it

Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

Sassuolo alle stelle

Con un gol segnato da Missiroli al 95' (ma un pareggio sarebbe bastato) allo stadio "Braglia" di Modena nell'ultimo campionato (18 maggio), il Sassuolo ha raggiunto per la prima volta nella sua storia la serie A.

La squadra allenata dall'ex centrocampista Eusebio Di Francesco, 43 anni, 12 presenze, un gol in Nazionale e uno scudetto con la Roma nel 2001, ha strameritato la promozione, essendo rimasta in testa dalla prima all'ultima delle 42 giornate. Dopo 15 anni di B, la cittadina modenese di soli 40.000 abitanti (la più piccola dal dopoguerra) approda alla massima serie. Sicuramente un'anomalia, come quella che la vede governata da un'amministrazione di centro-destra in una delle regioni storicamente più "rosse" d'Italia.

Oltre al valore dei calciatori e di tutto lo staff, alla base del grande successo ci sono la straordinaria solidità economica e la minuziosa organizzazione della proprietà, che fa capo alla Mapei e al suo titolare, il dottor Giorgio Squinzi, attuale presidente di Confindustria.

Ma come mai Squinzi, milanese e acceso milanista da sempre, si è interessato a un'entità calcistica minore che non era mai andata oltre la serie C2? Per lui - lo ha sempre detto chiaramente - si è trattato di un business, di un investimento, dato che il distretto ceramico che fa capo a Sassuolo è da decenni all'avanguardia nel mondo per la produzione di piastrelle da pavimento e da rivestimento. Non per niente il presidente del Sassuolo, Carlo Rossi, è da anni l'uomo di fi-



ducia di Squinzi alla locale Mapei. Azienda che è un autentico colosso nel campo degli articoli per l'edilizia. Basta citare questi dati dall'agenda aziendale del 2013: 2.1 miliardi di euro di fatturato totale; 65 stabilimenti nei 5 continenti in 30 nazioni diverse; più di 1.400 prodotti per l'edilizia; 7.500 dipendenti; più di 20.000 tonnellate di prodotti spediti ogni giorno; più di 55.000 clienti in tutto il mondo.

Mario Pelati

Quarantamila abitanti di serie A

Hanno ragione i sostenitori, e non sono pochi, convinti che a Sassuolo niente è impossibile.

Che una cittadina con appena quarantamila abitanti, carattere immutabilmente provinciale, priva di tradizioni calcistiche, con un campo sportivo parrocchiale, vinca a costo zero un campionato arduo come il nostro, fra i più ricchi del mondo, sa di miracolo, e si capisce che ci sia qualcuno che la sera, al bar Carani, parli di Europa league. Bisogna risalire ad un secolo fa per trovare un altro

caso, in provincia di Alessandria, quando il Casale Football Club, squadra di un paesone di dodicimila abitanti, conosciuto solo per il barbera, grignolino e freisa, divenisse campione d'Italia superando la Lazio sia a Casale che a Roma.

A quel tempo il calcio era tutt'altra cosa rispetto ad oggi, c'erano tre gironi, uno al nord e due al centro sud, questi ultimi con eliminatória regionale.

Non molti anni prima, il campionato si era concluso in una domenica: semifinali il mattino, finali al pomeriggio, ritorno a casa in serata.

Nel 1914, quando vinse il Casale, le condizioni dell'Italia erano ancor peggiori delle odierne, tirava aria di guerra da ogni parte. Nel mese di agosto la Germania dichiarò guerra alla Russia, due giorni dopo l'Inghilterra alla Germania, l'Austria-Ungheria alla Russia, a Ferragosto il minuscolo Montenegro entrò in conflitto con l'Austria-Ungheria che negli stessi giorni dichiarò guerra alla Francia. Dopo pochi giorni di tregua, la schizofrenia bellica arrivò in Giap-

pone che entrò in guerra anche lui con la Germania. Noi eravamo già in guerra con l'impero Austro-Ungarico dopo che uno studente nazionalista serbo aveva ucciso a revolverate l'Arciduca ereditario e sua moglie Sofia. È mutato profondamente anche il ruolo sociale ed economico del calcio, a quel tempo assistevano alle partite poche centinaia di tifosi, cinquanta



centesimi l'ingresso, una lira con la seggiola, i dirigenti erano appassionati disinteressati. Oggi si parla di miliardi, la maggioranza degli italiani ha immensa considerazione per i presidenti delle società ammirati assai più dei politici. I calciatori, un tempo semidilettanti, oggi sono azionisti di grosse società, e acquistano nel tempo libero appartamenti a Miami e Dubai.

A Sassuolo, nell'anteguerra, il calcio era di là da venire, le condizioni di vita non erano delle migliori, gli abitanti sì e no dodicimila.

La risorsa economica principale era l'emigrazione in maggioranza stagionale, in qualche caso senza ritorno. I più erano i taglialegna che andavano in Corsica, in Canada, fino in Australia, in Sudamerica, al mattino della domenica i gruppi di emigranti sassolesi affollavano i sagrati rurali.

Forse ancor più numerosa l'emigrazione delle donne che andavano a servizio in Toscana e in Lombardia. Prevalse Milano perché pagavano un po' di più. Dall'Appennino molte giovani spose facevano un figlio poi andavano a fare le balie.

Diveniva status symbol la famiglia presso cui lavoravano, vengono ricordate le famiglie di giornalisti e di politici: Montauti, Ciano, Gillo, Volta, Pontecorvo, Benedetti, Sforza. È stata a lungo ricordata con stima una donna di servizio di nome Zanni che si licenziò dalla casa del ministro Togni, quando venne coinvolto nello scandalo di Fiumicino. Nei paesi e nella montagna restavano solo i vecchi per accudire all'orto e alla vacca che faceva un vitello all'anno che vendevano e costituiva la loro principale risorsa.



Negli anni sessanta a Sassuolo si organizzò il primo torneo di calcio che venne chiamato delle piastrelle, anziché dei bar come in tutti gli altri paesi. Anche qui primeggiavano le aziende di Marazzi e della signora Giacobazzi proprietaria della Ragno. La finale era un evento di cui si parlava per tutto l'anno.

Il calcio dilettantistico si concluse negli anni ottanta, dopo l'arrivo a Sassuolo di Giorgio Squinzi, un imprenditore già celebre fra gli sportivi per aver vinto tutto quello che si poteva vincere nel ciclismo. Milanese, tifoso del Milan, amico di Berlusconi, in cinque anni portò la squadra dalla divisione D alla A, durante i quali forse già pensava di battere il Milan e l'Inter. In quegli anni probabilmente scoprì che Sassuolo era la sua terra.

Con l'arrivo nella massima divisione nacque il problema dello stadio che fino a quel momento era stato risolto con l'ospitalità di Modena, ma tutti si resero conto che al Braglia non potevano giocare una domenica i giallo blu modenesi tra i cadetti e l'altra i nero-verdi sassolesi nella massima divisione. Non era solo questione di prestigio campanilistico, ma anche di soldi, basti pensare che in venti partite il Sassuolo attirava a Modena oltre centomila tifosi, che volevano dire come minimo più di duecento



milioni di euro, che facevano gola ai modenesi e ai sassolesi, gente che ha grande considerazione e rispetto per i soldi.

Lo stadio di Reggio Emilia, moderno, elegante, vacante dopo la crisi della “Giglio”, che aveva cambiato il nome in “Città del Tricolore”, potrebbe cambiare ancora e divenire “Mapei Arena”.

Il sindaco di Sassuolo, pur tifoso della squadra della sua città, ha dichiarato che non è il momento di spendere soldi in uno stadio, e i tifosi nella quasi totalità hanno pensato a Reggio Emilia, idea che non dispiace al dottor Squinzi il quale sta facendo i conti se sia più vantaggioso l'affitto o l'acquisto. Attualmente prevale l'idea dell'acquisto ed è probabile che gli piacerebbe ospitarvi Moratti e magari batterlo: anche i grandi imprenditori possono fare sogni. A Sassuolo tutto può verificarsi: mezzo secolo fa, in tempi ancora duri, accadde un episodio unico nel suo genere che sa di miracolo e merita di essere divulgato. Questa ci sembra l'occasione più idonea.

Un parroco dalla fede fervente, dalla mente illuminata, perennemente alle prese con i debiti, prudenzialmente confinato a Fon-

tanaluccia dalla Curia, dove creò la prima delle sue case della Carità, che si sono poi riprodotte anch'esse miracolosamente (sono una ventina in Italia e alcune all'estero fino all'India, al Madagascar, al Brasile, la più recente è sorta in Albania) si trovò in un momento di acute e insuperabili difficoltà economiche.

Un suo fedele amico benefattore, divenuto il maggior produttore di piastrelle, non appena lo seppe gli inviò tramite un suo amministratore, un cospicuo assegno proponendogli di farlo periodicamente per evitare il ripetersi di frangenti tanto drammatici. Don Mario quando vide l'insolita offerta fece a pezzi l'assegno e lo rimandò al mittente, spiegandogli che quello non è il modo di fare la carità. Così si pagano le tasse, precisò.

Prima della notte, arrivò a Fontanaluccia un camion carico di abiti e vivande inviato da un benefattore rimasto sempre anonimo. Altre iniziative che fanno di miracolo, sono accadute a Sassuolo e meriterebbero di essere rievocate.

In questa sede ci limitiamo ad augurare l'undicesimo posto nella classifica del Sassuolo nel prossimo campionato di serie A, che secondo qualcuno addentro alle vicende calcistiche sembra essere il desiderio recondito del general manager, anche se la grande maggioranza degli italiani auspica ancor prima qualche sua vittoria contro il principale nemico delle imprese e dei lavoratori, il fisco, che ha sempre definito “punitivo e di intensità unica al mondo”. Speriamo che vinca anche lì.

Franco Fontanini

Serie A, ma non solo

Assieme al calcio e alla ceramica, Sassuolo ha saputo assurgere negli ultimi decenni a fama non solo nazionale, grazie a numerosi personaggi illustri nei campi più disparati.

Si tratta di giornalisti, autori di best-seller internazionali, uomini di Chiesa, politici e cantanti di musica leggera.

Il più famoso nel mondo è indubbiamente il giornalista e scrittore Messori.

Nel 1976 pubblicò presso la SET il best-seller "Ipotesi su Gesù", tradotto in 28 lingue e venduto a milioni di copie in tutto il mondo. In ben 53 lingue venne poi tradotta nel 1994 la famosa intervista con Giovanni Paolo II "Varcare la soglia della speranza". Di Messori si può dire molto di più, ma lo spazio non lo consente.

Per rimanere nell'ambito della religione, altro personaggio eminente nato a Sassuolo è giusto un'eminenza, il cardinale Camillo Ruini, uno dei prelati più in vista degli

ultimi decenni. Ruini fu eletto alla porpora nel 1991 e fu presidente della Conferenza Episcopale Italiana dal 1991 al 2007.

In campo politico, ricordiamo Giuseppe Medici, eletto per sei volte senatore e ministro per undici in sette dicasteri.

Ma è nel campo della musica leggera che Sassuolo ha dato al Paese almeno tre artisti di rilevanza non solo nazionale. La prima fu Caterina Caselli, il celeberrimo "Cascio d'oro", la ragazza del Piper, per la prima volta a Sanremo nel 1966 con "Nessuno mi può giudicare". Lasciata la carriera canora, si sposò nel 1970 con l'imprenditore Piero Sugar per diventare un'affermata industriale discografica, lanciando fra gli altri il tenore Bocelli e un altro grande talento sassolese, il cantautore Pierangelo Bertoli, nato nella Rocca, il quartiere più popolare di Sassuolo, incise il suo primo album ufficiale "Eppure soffia" nel '76, proprio con la sponsorizzazione della Caselli. Il culmine della sua brillante carriera fu la presenza a Sanremo nel 2001 con la canzone "Spunta la luna dal monte" assieme al gruppo sardo "I tazenda".

Ultimo prodotto della fertile musica leggera sassolese è Filippo Neviani, in arte Nek che nel '97 partecipò a Sanremo con "Laura non c'è", che lo consacrò in via definitiva.

Ma qualcosa di "serie A" Sassuolo la vanta anche in campo artistico. Dalla grigia distesa di capannoni che caratterizzano la città industriale, si eleva la meraviglia del Palazzo Ducale, uno degli esempi più splendidi del barocco architettonico emiliano. Mirabili gli affreschi del Boulanger.

Mario Pelati



François Rabelais: il medico che inventò Gargantua e Pantagruel

di Luciano Sterpellone



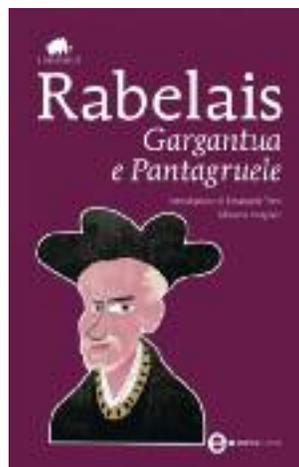
La sola cosa certa che si sa di un medico-scrittore come François Rabelais, che fu anche medico del Vaticano e presso la Corte di Principi, è che nacque nella cittadina francese di Chinon nei primi anni del 1500.

I genitori volevano farne un seguace di San Francesco, suo omonimo, ma lui non ne voleva sapere; e più volte fuggì dai Conventi dove lo mandavano a studiare. Le sue vere passioni erano la Botanica e la Medicina; solo verso i quarant'anni si iscrisse alla Facoltà Medica di Montpellier, stupendo maestri e studenti per la sua vivacità e preparazione.

Ma François già manifesta il suo irresistibile spirito di burlone inventando una "cerimonia" rimasta in uso sino alla fine del '700: il candidato "promosso" riceve la toga romea (detta appunto *rabelais*) e sale in cattedra accanto ai Maestri; indi viene fatto accedere nella cosiddetta "Sala del Conclave" ove i compagni l'attendono ... con una gragnola di botte.

A Lione, il giovane medico inventa due strumenti per l'esame del paziente: il *glossocomio* per retrarre la lingua, e il *siringotomo*, un bisturi per incidere le fistole. La sua fama si estende rapidamente a tal punto che il cardinale Du Bellay se lo porta a Roma come medico personale presso Clemente VII. E nella Città Santa egli trova anche il tempo di occuparsi di archeologia, di letteratura e di scienze naturali. Con Papa Paolo III regolarizzerà la sua posizione di sacerdote che vive un po' a modo suo e con apposita bolla viene autorizzato ad esercitare la professione di medico *entro i limiti ammessi dalla Chiesa* cioè sino "all'uso del fuoco e del ferro escluso" (la Chiesa del tempo tollera nei religiosi l'esercizio della medicina ma non della chirurgia).

Ma non ha perduto il suo spirito goliardico: e si diverte ora a mettere in burletta la sua stessa scienza: così ad esempio, parla del processo della digestione:



Bretagna: qui, si dice,
vissero Gargantua e Pantagruel

L'appetito, nello stomaco, per mezzo di un po' di malinconia [bile nera] acidula prestatagli dalla milza, ammonisce che bisogna infornare cibo. La lingua l'assaggia, i denti lo masticano, lo stomaco lo riceve, digerisce e chilifica. Le vene mesenteriche ne succhiano ciò che è buono e idoneo, e trasmettono la parte al fegato, il quale ne fa sangue. I reni ne traggono l'acquosità.

Ma la vera grande passione di Rabelais è quella di scrivere. Ha già pubblicato l'opera che lo renderà immortale: la vita e le prodezze di due giganti, Gargantua e suo figlio Pantagruel, una lunga serie di avventure semicomiche e stravaganti. La firma dapprima con il suo anagramma Alcofribas Nasier, poi con il suo vero nome seguito pomposamente dalla qualifica di medico. Come dirà il suo editore, ne verranno vendute più copie in un mese, che della Bibbia in nove anni. La materia medica è per lo più usata in maniera burlesca, talora con un fondo di buon senso, il più delle volte semplicemente per far ridere tra una selva di citazioni erudite e di termini strampalati che servono a rafforzare la comicità. Né viene trascurata la dietetica. Gargantua fa colazione con trippa fritta, grossi pezzi di carne alla graticola, prosciutti, arrostiti, non senza abbondanza di zuppe (da ricordare che si tratta di un gigante al cui allattamento provvidero 17.913 mucche). E quando il suo pedagogo gli dice che non è igienico bere vino dopo il sonno pomeridiano, il bravo gigante risponde che lui dorme "salato": e poiché dormire è come mangiare prosciutto ci vuole del vino per disetarsi... Sostiene poi che, se bisogna tenersi leggeri a pranzo, a cena bisogna mangia-



re finché se ne ha voglia, checché ne dicano "alcuni medicastri arabi".

Così a cena Gargantua si sedeva a tavola e cominciava con qualche dozzina di prosciutti, di lingue di bue affumicato, di co-techini e di altri cibi che ben si sposavano con il vino... Nel contempo quattro servitori gli fornivano incessantemente della mostarda. Poi beveva un fiume di vino bianco; dopo di che prendeva bevande varie a seconda della stagione e smetteva di mandar giù roba solo quando si sentiva la pancia tesa come la pelle di un tamburo.

Dalle pagine di Rabelais emergono anche delle curiose ricette. È vero che il caldo fa bene ai reumatismi, ma un personaggio sostiene addirittura di essere guarito dalla sciatica mentre i turchi cercavano di arrostitirlo allo spiedo!... E la stitichezza si cura...con una forte paura.

Quintessenza, è una signora dai poteri miracolosi, che - antesignana della musicoterapia - guarisce i malati suonando delle canzoni; suona un organo con le canne di cassia, il registro di guaiàco, i pedali di rabbarbaro, la tastiera di scammonèa (tutte piante medicinali in voga al tempo). Le sue damigelle curano la sifilide toccando tre volte le vertebre cervicali o anche la gotta sem-



plícemente facendo chiudere al paziente gli occhi e la bocca o la tubercolosi facendo vivere il paziente con i frati per tre mesi. C'è anche chi fonde le donne vecchie per farne delle giovani.

Interessante è infine questo passo in cui Rabelais indica il metodo di cura per il mal di stomaco di Pantagruel:

Furono approntate diciassette grandi pale di rame, combinate sì da poterle aprire e chiudere con una molla. Nella prima entrò un uomo con una lanterna e una torcia accesa e Pantagruel la ingoiò come una pillolina. In altre cinque entrarono dei contadini con una pala appesa al collo. Nelle altre sette presero posto altre sette porta-ceste e Pantagruel le ingoiò come altrettante pillole. Giunte nello stomaco, ognuno fece scattare la molla e tutti uscirono fuori dalle nicchie. Scandagliarono così per oltre mezza lega in una buca orribile, maleodorante e infetta. Poi tastando e annusando, arrivarono nei pressi del ventre e finalmente trovarono il mar-

cio. Allora gli zappatori lo sgretolarono, e gli altri, con le pale, ne riempirono le ceste. Poi, ripulito tutto per bene, ciascuno rientrò nella propria palla...Allora Pantagruel mise due dita in gola e provvide così al "recupero" dei lavoratori...

L'opera di Rabelais, che a tutt'oggi riscuote il successo di allora, è ricca di satira soprattutto nei confronti di medici e malati. Resta però una satira scritta da un medico non per la Medicina: scherza solo sui medici poco bravi e pieni di boria, che "incombono talvolta ai malati più pericolosamente delle malattie... e che dal canto loro si tengono lontani dai medicinali e non li prendono mai". Nel 1553 Rabelais muore. La leggenda vuole che egli chieda di essere vestito con una di quelle lunghe vestire dette *dòmino*, spiegando con un gioco di parole di voler ossequiare così il detto *Beati qui in domino moriuntur*. Si dice anche che il testamento sia stato questo: "Io non ho il becco di un quattrino e sono pieno di debiti. Lascio il resto ai poveri".

Da bravo medico François Rabelais ha osservato il mondo malato, ha visto dove stanno i suoi mali e ne ha voluto indicare la cura. Le avventure dei suoi giganti insegnano ancora molte cose a chi sa leggere tra le righe. Il suo libro ha fatto tanto bene alla gente. Dichiara lo stesso Autore:

C'è stata gente che essendo terribilmente tormentata dal mal di denti, dopo aver speso invano un patrimonio per i medici, non ha trovato rimedio più efficace che mettere le cronache di Gargantua e Pantagruel tra due pannolini ben caldi ed applicarli sulla parte dolorante a mo' di impacco senapato...

Storia di un fantasma

di Massimo Pandolfi



L'Ospedale Serristori, per chi arriva dal paese, salendo la salita comunemente chiamata "Senice" (la discesa) non offre a prima vista l'aspetto asettico di tanti luoghi di cura ma conserva lo stato antico di villa padronale, sulla piccola collina dominante il paese a cui offre i propri servizi sanitari. Nella sua parte più vecchia le stanze rispecchiano una architettura antica, dagli alti solai alle soglie in pietra, alle lapidi che raccontano eventi accaduti in settecento anni di storia. L'infermiera uscì dal turno del pomeriggio, passando per l'ampio atrio, privo di illuminazione. Dall'esterno arrivava la fioca luce di un lampione e, passando davanti allo scalone che conduce alle stanze del piano superiore dell'antica villa, vide la figura di donna, immobile sul pianerottolo, avvolta in una lunga camicia che le arrivava ai piedi. Svoltò l'angolo e immediatamente tornò sui suoi passi, pensando che potesse essere una ricoverata che si era persa, ma l'ombra non c'era più. Il giorno dopo, sul muro immacolato, l'impronta di un piede femminile, scalzo. L'infermiera, concitata, chiedeva spiegazioni alle impiegate che, incuriosite, avevano fatto capannello. Il cardiologo, chiamato da una di queste che una volta ne aveva parlato con lui, sorrise e cominciò a raccontare....



Impronta del piede scalzo sospettato essere del fantasma

L'uomo si teneva la testa tra le mani, scosso dai singhiozzi. Davanti a lui, nella cesta, macchia rossa sulla camicia immacolata, stava la testa recisa della sua amata. Le labbra che aveva baciato erano livide ed esangui, mai più aperte al sorriso che lo aveva incantato la prima volta che l'aveva vista.

I ricordi continuavano a scorrere nella sua mente, intramezzati da lampi istantanei della sua vita, fino ad allora apparentemente perfetta.

Si rivide accanto alla megera, il giorno del suo matrimonio nella cattedrale di Massa. Era stato un accordo tra i padri, la famiglia Salviati avrebbe trovato indubbi benefici dall'unione tra il proprio rampollo e Veronica, la figlia del principe di Massa.

E poi l'incontro con la bella Caterina, finalmente l'amore vero per il suo ardore giovanile, gli incontri dapprima segreti e poi, nell'empito della passione, la voglia matta di gridare a tutti quanto non potevano fare a meno l'uno dell'altra.

E Caterina lo aveva fatto, la notte di Natale, trovandosi davanti la rivale e sentendosi aggredita da questa. "Io gli darò il figlio che tu non hai potuto dargli" era stata l'ultima provocazione. L'ultima, perché Veronica non aveva perdonato e ora... Il frutto della vendetta era davanti ai suoi occhi e per lui la felicità non sarebbe più stata terrena.

Sguainò la spada ma, mentre stava per precipitarsi dalla moglie per fare giustizia, la fortuna volle che tornasse per un attimo in sé. Vide chiaramente quale sarebbe stata la conseguenza del suo gesto e decise di vivere, senza di lei. Cacciò la moglie dalla sua vista e dalla sua vita, per sempre.

La donna si strinse nel mantello, una volta superato l'enorme portone. L'atrio era freddo, come le pietre del pavimento. Qua e là, pozze d'acqua lastricate di ghiaccio ricordavano che era inverno e non certo uno dei più clementi.

Salì la grande scalinata, sperando di trovare da scaldarsi, almeno le mani. Sapeva che nessun fuoco avrebbe mai sciolto il ghiaccio che le avvolgeva il cuore, che dalla sua mente non sarebbe mai scomparso il ricordo di quello che era successo.

Lo sguardo di Jacopo le aveva fatto capire che non ci sarebbe mai stato perdono, che lo aveva perso per sempre; il rimorso poi, sarebbe stato il suo compagno durante le lunghe ore del giorno e la causa della sua insonnia. Fu dopo la terza apparizione che decise di scappare, di andare lontano, a Roma, tra la gente. Non avrebbe sopportato di rivedere l'odiat rivale in vita, figuriamoci dopo morta.

Veronica trovò la pace e forse la rivale in amore molti anni dopo, alla veneranda età di 86 anni: le sue spoglie mortali tornarono alla città dove era stata generata, nella tomba dei Cybo Malaspina.

Passarono gli anni e la villa di San Cerbone passò ancora di mano: dai Salviati ai Caprara, agli Ademollo, ai Lambruschini: fu dopo la morte dell'ultimo di questi, Giuseppe, che il vecchio casiere si decise a parlare e a raccontare quello che accadeva nei locali della villa in certe notti senza luna: due sagome femminili che si rincorrevano nei corridoi, spaventando il personale anche non superstizioso della villa e talvolta lo stesso abate, il celebre Raffaello Lambruschini.

Ma nessuno gli prestò la dovuta attenzione, tanto meno il Conte Umberto che, riacquistata la dimora dei suoi avi, ne fece un moderno Ospedale, togliendo dalla piazza quello che Ser Ristoro aveva inaugurato più di cinquecento anni prima.

Nessuno sa quando cominciarono le apparizioni. Forse la paura di essere presi per visionari, forse le due guerre che in rapida successione mutilarono l'umanità, fecero da scudo alla leggenda.

Forse il primo fu il Dottor Ori, chirurgo ginecologo "residente" nella villa di San Cerbone e soprattutto il suo cane. La povera bestia in certe notti non chiudeva occhio: con il pelo arruffato ringhiava contro la porta, mentre nel corridoio dell'attuale Amministrazione ombre bianche si muovevano, simili a spirali di fumo immacolato.

Cominciarono così i racconti delle infermiere, delle suore, dei pazienti e dei loro parenti. Un uomo, mentre aspettava l'esito dell'operazione a cui era stato sottoposto il figlio più piccolo, fu confortato da una bella infermiera, stranamente vestita, con i capelli biondi sciolti al di fuori della consuetudine di allora di indossare la veletta.

Sospiri, rumori di passi nei locali dove di notte non c'era nessuno, impronte di piedi nudi sul muro appena imbiancato.

Un altro aveva lasciato il figlioletto in pe-

diatria, all'ultimo piano. Aveva parlato con il medico, che lo aveva tranquillizzato. La febbre era scesa e appena completate le analisi il bambino sarebbe stato rimandato ai suoi giochi e all'amore dei genitori.

Scendendo, passò davanti alla grande porta che divide il corridoio dal convento, davanti all'antica spezieria. Era tutto buio, ma nell'angolo c'era una figura femminile, in abito lungo. Pensò che fosse una ricoverata e, cercando a tastoni un interruttore, la avvertì di stare attenta a dove metteva i piedi. La voce che sentì risuonare nella mente era nitida "Qui non c'è alcuna luce". Rabbrivì e tentò di illuminare il corridoio con l'accendino. Tre volte lo accese e tre volte un soffio alitato lo spense. Non si mise a correre ma avvertì i capelli drizzarsi. Tentò di uscire dalla porta sull'atrio, davanti alla sala gessi, ma era chiusa, buio l'androne. Si voltò ansioso ma la donna non c'era più. Con un sospiro trovò l'uscita e finalmente "tornò a riveder le stelle".

In quel momento non se ne era reso conto, ma quella volta, come il divin poeta, era entrato in contatto con il mondo dei trapassati, mondo che forse, nei bui corridoi dell'antica villa di San Cerbone, alcuni giorni dell'anno, apre una porta a coloro che in vita non hanno espiato abbastanza le loro colpe mortali.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi

Protesi valvolari aortiche negli anziani: meglio meccaniche o meglio biologiche?: In letteratura non sono disponibili dati di confronto a lungo termine tra la sostituzione valvolare aortica con protesi meccanica o biologica nei soggetti anziani. Per tale motivo gli autori dello studio hanno analizzato retrospettivamente i risultati di 14.789 pazienti trattati con protesi meccanica e di 24.410 soggetti che hanno invece ricevuto una protesi biologica. Tutti i soggetti erano di età compresa tra 65 e 80 anni. Dopo un follow up medio di 12 anni i tassi di reintervento (4%) ed endocardite (1,9%) sono complessivamente risultati bassi mentre il rischio di morte (65%), stroke (14,1%) e sanguinamento (17,9%) si è mostrato elevato. Il gruppo trattato con protesi biologica rispetto ai pazienti con protesi meccanica ha presentato un analogo rischio di morte (HR 1.04), un maggior rischio di reintervento (HR 2,55), specialmente nel sottogruppo con età compresa tra 65 e 69 anni, ed endocardite (HR 1,6) ma una ridotta probabilità di stroke (HR 0.87) ed eventi emorragici (HR 0.66). (*Circulation* 2013; 127: 1647-1655)

Gravidanze infelici e rischio di malattia aterosclerotica: Le gravidanze ad esito infausto e la malattia aterosclerotica sembrano essere tra loro connesse. Gli autori di questo studio hanno perciò valutato se un aborto o la nascita di un feto morto sia in grado di aumentare il successivo rischio di infarto del miocardio, infarto cerebrale o di ipertensione renovascolare. A tal fine sono state analizzate le donne con almeno una gravidanza tra il 1977 ed il 2008 e tra queste sono state identificate quelle in cui la gravidanza non si è conclusa felicemente. 1.031.279 donne sono state seguite per 15.928.900 anno/persona e si sono osservati 2.798 infarti miocardici, 4.053 infarti cerebrali e 1.269 casi di ipertensione renovascolare. Le donne che avevano partorito un bimbo morto avevano un aumentato rischio delle tre patologie rispettivamente di 2.69, 1.74 e 2.42 volte rispetto a chi aveva dato alla luce un neonato vivo. La storia di aborto aumentava invece il rischio di 1.13, 1.16 e 1.2 volte. L'aumento del rischio era però dose dipendente ed ogni ulteriore aborto aumentava la probabilità delle malattie di un ulteriore 9%, 13% e, rispettivamente, 19%. L'associazione tra esito della gravidanza e malattia aterosclerotica era più significativa nelle donne con meno di 35 anni. Rimane ancora da chiarire se tale associazione dipende da una comune eziologia o se è invece l'evoluzione negativa della gravidanza ad indurre l'attivazione di processi che aumentano la probabilità di comparsa della malattia aterosclerotica. (*Circulation* 2013; 127: 1775-1782)

Miró e l'allegria: una ricetta esistenziale

di Bruno Domenichelli

“Inizio i miei quadri sotto l'effetto di uno shock... La mia pittura è sempre nata da uno stato di allucinazione” (J.Miró)

“Allucinazioni” creative, quelle di Miró, che, lungi dall'esprimere una condizione di follia, costituiscono vere e proprie *illuminazioni*, squarci di visibile nell'invisibile.

È grazie a queste *allucinazioni* che Miró inventa un microcosmo di simpatici esserini zoomorfi, che popolano i suoi quadri, creature discese da inesistenti pianeti, che danzano per noi arcobaleni di allegria capace di inondare l'anima e che ci trasmettono la loro gioia di vivere, antidoto magico contro la tristezza esistenziale.

Immagini di un mondo di sogno, che ci propongono viaggi nel profondo dell'inconscio, per recuperare l'energia vitale usurata in un'estenuante routine.

Respirare l'atmosfera che circola nei quadri di Miró si fa così terapia per l'anima, antidoto per le malattie dello spirito. Ne era consapevole lo stesso Miró: *“Più che il quadro in sé stesso, quello che conta è ciò che sparge nell'ambiente, quello che diffonde”*. Un'atmosfera ludica che si fa ricetta antistress, capace di influire sulla mente, con l'efficacia serenizzante di una terapia psicoanalitica.

Un effetto “terapeutico”, individuale e collettivo, che la critica d'arte aveva da tempo intuito: Il surrealismo - affermava G.C Argan (1970) - *“libera l'individuo e la società dalla repressione della ragione, per restituirlo all'autenticità degli istinti, alla capacità di vivere un cammino mitico-magico col mondo”*.

Le divertenti creature di Miró ci invitano ad entrare nei quadri, per unirci ai loro giochi. Lasciamoci allora contagiare dalla loro allegria! Ondate di endorfine percorreranno i nostri circuiti cerebrali, fuggendo il malumore quotidiano e cancellando la vital exhaustion e il pessimismo che caratterizzano la nostra epoca e che la moderna ricerca psicosomatica ha individuato come potenziale causa del peggioramento del destino dei malati di cuore.

E il cerchio fra arte e salute si chiude così, in chiave di sogno.



La scala a pioli della fuga



Notturmo

aforismi

Il momento migliore per conoscere veramente il carattere di una persona è quando prende malamente uno scherzo.

> **G.C. Lichetemberg**

L'audacia è la principale qualità dell'uomo che si trova al sicuro.

> **A. Bierce**

Il mio concetto di persona piacevole è quello di una persona che è sempre d'accordo con me.

> **B. Disraeli**

Conosco persone che vorrebbero attaccare al muro il pittore anziché un suo quadro.

> **F. Fontanini**

Si dice che la fortuna dei poveri sono i figli, quella dei ricchi sono i genitori.

> **M. Troisi**

Requisito essenziale per la fortuna di un artista è la morte.

> **O. Wilde**

L'aquila non prende mai le mosche.

> **Proverbio**

La vita è come il tram: c'è chi viaggia seduto, chi si siede al capolinea quando deve scendere e chi gli corre dietro senza riuscire a prenderlo.

> **Detto popolare**

L'intelligenza è un patrimonio che va speso con intelligenza.

> **G. Prezzolini**

Si dice che la più grande tragedia è quando il padre sopravvive al figlio. Questo non l'ho capito, ad essere sincero io ci vedo solo lati positivi.

> **G. Michelone**

Un intelletto molto acuto si redime solo con l'umiltà, quando capisce i suoi limiti.

> **M. Vassalle**

Se proprio devi dire la verità, dilla in modo divertente, in modo che tutti rideranno e ti perdoneranno quello che dici.

> **B. Wilder**

Nessun tradimento è così grave da non poter essere ripetuto.

> **R. Gervaso**

Il meno importante degli uomini, quando ha l'infarto si sente al centro del mondo.

> **F. Fontanini**

Non esco di casa, i gatti neri mi guardano in cagnesco.

> **Totò**

Non amiamo la stima per la stima, ma per i vantaggi che ci procura.

> **C.A. Hedelvetius**

La speranza è ottima come prima colazione, ma è pessima come cena.

> **F. Bacone**

Gli uomini vanno e vengono, i nemici rimangono.

> **A. Block**

Apparteniamo ad un'epoca dove la cultura rischia di essere affondata dagli strumenti di cultura.

> **F. Nietzsche**

Si occupano dell'eternità coloro che hanno tempo da perdere.

> **P. Valery**

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 € 20.00.
- ☺ 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 IT 56 Y 01005 03213 000000012506

c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - AG.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

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 presenti nel database del *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: *Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma*.