

Cuore e Salute

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2016

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

CUORE e SALUTE • N.7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2016

ANNO XXXIV • 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

E il calcio cambiò

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

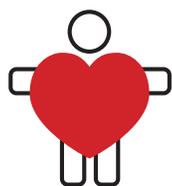
Integre del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

Firma Mario Rossi
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e delle università

Firma Mario Rossi
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - 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, ha pubblicato l'*Almanacco del Cuore* e pubblica 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.

S O M M A R I O

n. 7-8-9/2016

166 • **Medicina e Società**
Pannella ci aiuta a capire Eligio Piccolo

168 • *Pillole di romanesca saggezza [F.S.]*

169 • **La palla di Tiche**
E il calcio cambiò Filippo Stazi

178 • **Il vecchio cuore** Anna Alice Mazzola

182 • *Niente di nuovo sotto il sole [F.S.]*

183 • **Quaderno a Quadretti**
Le ghiandole di Napoleone Franco Fontanini

188 • **Qualche secondo di buon umore**

189 • **Arte più misera. Arte più rotta ...**
Il medico condotto Massimo Pandolfi

191 • **L'occhio clinico** Eligio Piccolo

193 • *Classifica mondiale di longevità: Italia quinta tra gli uomini e sesta tra le donne [F.S.]*

194 • **L'occhio clinico e "u rintra fuora"** Ferdinando Cataliotti del Grano

196 • **La vignetta di Cip**

p. 166



p. 169



p. 178



p. 189



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXIV
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2016
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



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

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

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



197 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi

199 • **Lettere a Cuore e Salute**

- Sesso dopo l'infarto, Eligio Piccolo

- Quale apparecchio della pressione acquistare nei pazienti con aritmie?, Vito Cagli

201 • **Berlusconi si riabilita [E.P.]**

202 • **Pillole di saggia follia**

"Guernica": una profezia rifiutata Bruno Domenichelli



p. 199

206 • **Angelo Fortunato Formiggini, editore modenese,**

"uno dei meno noiosi uomini del suo tempo" Paola Giovetti

210 • **Dammi il 5 [F.S.]**

211 • **Smog: non solo polveri fini e ozono ma anche**

biossido di azoto Aldo Di Giulio



p. 206

214 • **Le terapie del cuore**

Il pace-maker Filippo Stazi

218 • **Conoscere e Curare il Cuore 2017**

222 • **Il ricco vive più del povero [E.P.]**



p. 214

223 • **Il cuore in cucina**

Insalata di pollo e verdure Valentina Girola

224 • **Aforismi** Franco Fontanini



p. 134

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.



di Eligio Piccolo

Pannella ci aiuta a capire

Da questo numero inizia una nuova rubrica intitolata **MEDICINA E SOCIETÀ**, curata da Eligio Piccolo e mirata ad esplorare il difficile rapporto tra i progressi della medicina (cardiologia nel nostro caso) e il come questi vengono recepiti dal pubblico. (F.S.)

Non l'ho mai conosciuto, se non attraverso le sue settantennali battaglie politiche, spesso criticate perché aggressive o scomposte, i suoi atteggiamenti provocatori, gli interminabili discorsi alla Radio Radicale, i digiuni e i tanti pettegolezzi, dai quali appariva un comune denominatore, Narciso. Quasi una nemesi con l'altro fiore, il Giacinto, che gli era stato imposto al fonte battesimale, ma che lui ha voluto cambiare con Marco.

Narcisista sì, ma non involuto come il primigenio figlio della ninfa Liriope che si affogò nel proprio specchio d'acqua; ma generoso, proiettato verso il prossimo, pronto a donarsi e a rischiare. Più vicino, mi verrebbe da dire, a Oscar Wilde, a D'Annunzio o a Sgarbi, che a Ca-



vallotti o a Mussolini, che finirono uccisi. *Ceteris paribus*, si capisce, anche perché molti erano ego dipendenti di natura, ce l'avevano nel proprio DNA, mentre altri lo diventarono con l'idolatria, senza generosità. Del leader radicale, in particolare, si potrebbe dire che da un lato soggiogasse gli altri nel seguirlo e nel dividerne il rischio, e dall'altro inducesse tutti, compreso sé stesso, ad affrontare le battaglie con ironia, con visione lontana, e anche con fede nelle idee.

La natura gli aveva dato, oltre quel carattere personale e l'intelligenza privilegiata, anche un fisico forte e una vitalità sempre in avanzo, forse bisognosa di essere sedata dallo sfogo dialettico, dalla nicotina e, come hanno scritto i bene informati, dal contatto fisico. Si aveva l'impressione che su tutto prevalessero un ottimismo e uno "stop and go", che gli facevano superare tutti gli ostacoli, le delusioni nella lotta politica, ma anche la superbia nelle vittorie. Un ottimismo e una filosofia del possibile che, alla luce delle moderne conoscenze scientifiche, sembrano spiegarci anche il logorio e le riprese del suo fisico con l'età e con l'evoluzione delle patologie



che si sono manifestate. Apparentemente Pannella faceva pensare alla personalità tipo A, che gli esperti attribuiscono agli arrivisti, agli ambiziosi e aggressivi, quelli che amano il sorpasso e corrono più facilmente verso l'infarto. Forse lui non era così ansioso e combattuto, bensì combattente, sapeva aspettare con lungimiranza che ogni cosa avesse il suo punto di arrivo. Certo di fattori di rischio ne aveva tanti, in particolare il fumo, che gli logorarono le coronarie, ma superò con disinvoltura la fase acuta della sua cardiopatia, quando un'aritmia avrebbe potuto chiudergli l'esistenza. Forse l'aritmia grave, quella che i cardiologi definiscono maligna, cerca soggetti che non sanno guardare lontano, quelli che si chiudono troppo nel loro particolare e che non elaborano di-

fese, prima e dopo la rivascolarizzazione. Egli ha potuto così passare alla fase cronica della malattia ischemica quando, secondo molti studi, si può continuare a star bene e a lungo, senza nuovi interventi di bypass o di stent, purché, raccomandano i medici, ci si adegui a un migliore stile di vita e all'uso di farmaci. Pannella però non dava molte assicurazioni in questo senso e l'abbiamo rivisto lottare e fumare quasi più di prima. Si aveva l'impressione che la sigaretta o il sigaro venissero talvolta ostentati come una bandiera contro il proibizionismo piuttosto che essere un bisogno della sua astinenza. Mi ricordava un caro amico, deputato di altra parte politica, che ostile da una vita alle raccomandazioni della medicina ufficiale aumentava, quando gli ero presente, l'avvicinarsi delle si-



garette, mentre sfoderava un sorrisetto ironico; riuscì a superare gli 80 ad onta dei bypass, dei tumori, della cirrosi e della bronchite cronica, quasi che l'avversione contro i censori dei nostri vizi "naturali" e la soddisfazione di dimostrare il possibile contrario fossero uno stimolo vivificante in questa sacrosanta e generosa

lotta. Il sacrosanta ovviamente è una mia interpretazione. Pannella oltretutto beneficiava dei famosi digiuni, che per lui erano anche una specie di Ramadan a correzione delle sue intemperanze e forse, chissà, utili ad allungargli la vita. Il ché purtroppo non gli ha impedito che la sua immunità, venuta meno con gli anni e messa alla prova da tanti stimoli, potesse impedire ad alcune cellule di impazzire. Anche in questa nuova "avventura" oncologica il suo pensiero è rimasto però limpido, l'umore sereno e proiettato piuttosto a consolare gli altri che a meditare sulla propria malattia. Con lo spirito orientato alle "egregie cose", o come ha scritto lui a Papa Francesco, con quella calligrafia da scolarotto che non si era voluta adeguare a quella dei grandi: *"...dalla mia stanza all'ultimo piano- vicino al cielo..."*.

“ Pillole di romanesca saggezza

"Lassa fa", se fece arubbà la moje
La sora Camilla, tutti la vonno e nessuno la pija
La moje se compra co la libbertà
Fiore de mensa, piagne la vedovella la vedovansa, piagne er marito morto e ar vivo pensa
Si la Nera nun je dasse da bbeve, l'acqua nun ce sarebbe drento ar tevere

F.S.

”

La palla di Tiche



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

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

E il calcio cambiò



di **Filippo Stazi**

Dei mondiali tedeschi del 1974 ho una vaga memoria, mi ricordo il record d'imbattibilità di Zoff, le polemiche su Chinaglia, mi ricordo le figurine dell'album, in una era scritto "forza Italia, vento in coppa, conquistiam la grande coppa!" Mi ricordo di mio padre arrabbiato con Rivera non so più per quale motivo. Mi ricordo la delusione finale e poco altro. Dell'Olanda e del suo calcio totale all'epoca non capivo praticamente nulla. Quattro anni dopo nel mondiale argentino il calcio riempiva una buona parte del mio mondo. Del football sapevo molto in quel periodo ma una cosa non riuscivo a capire: perché quell'Olanda che, nonostante molti la dessero in crisi, era comunque arrivata in finale, complice anche i tiri da lontano che avevano beffato Zoff, fosse priva di quello che tutti definivano uno dei più grandi giocatori della storia: Johan Cruyff, il profeta del gol. Non mi era chiaro perché quel giocatore così forte non facesse parte del mondiale, la maggiore competizione di calcio del pianeta. Nessuno all'epoca me lo seppe spiegare chiaramente e da quel momento il personaggio mi ha sem-





pre incuriosito anche in virtù di quella sua personalità particolare sempre in bilico tra arroganza e genio.

Cruyff è stato un rivoluzionario, il primo calciatore a essere non più solo un atleta ma un personaggio e, soprattutto, una macchina per fare soldi. Nasce ad Amsterdam, la capitale della mercantile Olanda il 25 aprile del 1947 e il mercanteggiare è stata la nota di fondo di tutta la sua vita per lo meno di quella professionale, influenzata forse dalle umili origini e dall'aver sposato la bella figlia di un mercante di diamanti.

Cresce nel Watergraafsmeer un quartiere orientale di Amsterdam conosciuto anche come Beetondorp, villaggio di cemento. Il De Meer, il vecchio stadio dell'Ajax era diviso da Beetondorp

solo da una strada, la middenweg, ossia via di mezzo e così il piccolo Johan poteva raggiungere l'impianto a piedi in soli 5 minuti. All'inizio però Cruyff gioca per strada in mezzo al pavè, al cemento, alle pietre e in seguito dichiarerà che "giocare su terreni così malmessi e in spazi poco appropriati mi ha costretto a velocizzare pensiero e azione".

A otto anni appare nei cinema di tutta Olanda come testimonial, insieme ad altri 9 ragazzi, di una marca di sigari. Un episodio profetico sia del suo futuro di uomo immagine che di accanito fumatore.

A dodici anni Johan perde il padre stroncato da un attacco cardiaco, la madre cede allora il negozio di frutta e verdura che apparteneva alla famiglia da tre generazioni e che gestiva insieme al marito e viene assunta come addetta alle pulizie e cameriera al bar dell'impianto sportivo vicino casa, quello dell'Ajax. Il nuovo lavoro della madre apre quindi al futuro profeta del gol le porte della squadra più prestigiosa di Olanda. Johan diviene il beniamino del magazziniere che aiuta a tracciare le linee del campo e ad ingrassare le scarpe dei giocatori. Comincia a giocare nelle giovanili dell'Ajax nonostante il suo fisico apparente-

mente gracile non faccia presagire nulla di buono. Ha i piedi piatti e le caviglie deformi, specie la sinistra, e per questo motivo verrà esentato dal servizio militare. A 15 anni quando batteva i calci d'angolo il pallone non superava il primo palo anche quando tirava più forte che poteva. Ma Vic Buckingham, l'allenatore di quel periodo dell'Ajax, intuisce il suo valore e studia per lui un programma specifico per rinforzarne il fisico, pesi alle caviglie, esercizi di potenziamento della muscolatura delle gambe, lunghe sessioni ad allenare il sinistro. All'esordio in prima squadra a 17 anni contro il Groningen Cruyff si ritrova solo davanti al portiere, tira prontamente ma invece di una bordata gli esce una specie di passaggio che lemme lemme termina tra le braccia del portiere, senza che questi abbia neanche la necessità di tuffarsi. Cruyff si vergognerà a lungo di tale episodio. Col tempo però il lavoro e il talento faranno di lui il secondo miglior calciatore del XX secolo, dietro Pelè, nella classifica stilata dall'International Football Federation of History & Statistics (IFFHS).

Nel gennaio del 1965 l'Ajax è vicino alla zona retrocessione, Buckingham viene esonerato e

al suo posto arriva Rinus Michels, ex centravanti trentottenne dei lancieri nonché della nazionale olandese. Per Cruyff e l'Ajax è l'inizio di una nuova era, quella del calcio totale, in cui i giocatori cambiano regolarmente posizione in modo che i ruoli tattici della squadra risultino sempre coperti ma non necessariamente dalla stessa persona. Si tratta di un concetto rivoluzionario che sconvolge il calcio giocato fino allora. David Winner nel libro "Brilliant Orange" scrive "Cruyff e Michels insieme hanno ripensato il calcio come un abile e vorticoso competizione di spazi. Chi sarebbe riuscito a creare e controllare gli spazi limitati del campo avrebbe vinto. In questo hanno inconsciamente raccolto l'eredità di tutta la cultura olandese. Per secoli gli olandesi hanno dovuto cercare nuovi modi di pensare, sfruttare e controllare gli spazi in una terra affollata e mangiata dal mare. Questa sensibilità è chiara nei dipinti di Vermeer, Saenredam e Mondrian ed è presente anche nell'architettura e nella gestione del territorio. Serviva un piccolo passo per renderla parte anche del calcio". Dopo aver evitato la retrocessione la squadra avvia un ciclo caratterizzato da tre vittorie

consecutive in campionato e una in coppa d'Olanda. Pur non essendo un attaccante puro, Cruyff, che oggi sarebbe definito *falso nueve*, segna con regolarità. Nel 1969 arriva per gli ajacidi la prima finale di coppa dei campioni, persa 1-4 contro il Milan di Nereo Rocco. Due anni dopo, però, gli olandesi si rifanno e vincono la loro prima coppa dei campioni battendo in finale per 2-0 il Panathinaikos. A fine anno Cruyff viene premiato con il suo primo Pallone d'oro. Nella stagione 1971-1972 la squadra ottiene il *treble*, ovvero la vittoria in campionato, coppa nazionale e coppa dei campioni, cui si aggiunge poi anche la coppa intercontinentale. La stagione successiva i lancieri vincono ancora il campionato e, per la terza volta consecutiva, la coppa dei campioni battendo la Juventus. Complessivamente tra il 1965 e il 1973 Cruyff e l'Ajax vincono sei campionati, tre coppe dei campioni, una coppa intercontinentale e la neonata supercoppa UEFA.

Nel frattempo nel 1967, al matrimonio di un compagno di squadra, Cruyff rimane folgorato dalla bellezza di Diana Margareta "Danny" Coster, fotomodella e figlia di Cor Coster. La sposa l'anno successivo e con lei avrà tre figli, Chantal, Susila e Jordi. È difficile stabilire se nella vita del giocatore abbia influito più la mo-



glie o il suocero ma è certo che sia stato quest'ultimo a renderlo un uomo ricco. Cor Coster è un self-made man, ha iniziato vendendo orologi nei bar e nei mercatini delle pulci di Amsterdam, nascondendo nel serbatoio della sua auto la merce che importava dalla Svizzera ed è diventato uno dei più ricchi mercanti dei Paesi Bassi. Coster è forse il primo procuratore moderno. Quando viene a sapere che il giocatore ha una relazione con la sua splendida figlia la prima cosa che gli chiede è l'entità del suo conto in banca. Cruyff dopo l'incontro con i Coster non sarà più lo stesso. La moglie gli cura il look, il suocero lo introduce alla religione del denaro. È il suocero che si inventa le interviste a pagamento, lo sfruttamento dell'immagine, il contratto stipulato con il *De Telegraaf* al quale viene venduto un pacchetto che prevede dichiarazioni esclusive a fine partita ed una colonna fissa sul quotidiano. È sempre Coster che chiede all'Ajax il 10% dell'incasso di un'amichevole perché "gli spettatori sono venuti allo stadio per vedere Cruyff". È grazie al suocero che il giocatore olandese è stato il primo a calzare scarpe da gioco firmate da uno sponsor

diverso da quello ufficiale della squadra o il primo calciatore a giocare a gettone, con la maglia del Levante. Ai mondiali del 1974 Johan, che è testimonial della Puma, è costretto ad indossare la maglia dell'Adidas, sponsor ufficiale della nazionale olandese, ma pretende che la sua invece delle tre solite bande ne abbia solo due, creando peraltro un pezzo unico da cui molti trassero beneficio economico.

La favola dell'Ajax finisce però nell'estate del 1973 durante il ritiro precampionato. I giocatori dell'Ajax ad ogni inizio stagione votano per eleggere il capitano. Dall'urna non esce il nome di Cruyff, il favorito, ma quello di Piet Keizer, il compagno al cui matrimonio Johan aveva incontrato Danny. Il messaggio è chiaro. La sera Johan alza il telefono e chiama il suocero "telefona a Barcellona, io da qui me ne vado!"

In realtà Real Madrid e Ajax si sono già accordati per il trasferimento del giocatore ma Cruyff vuole il Barcellona. L'olandese si dichiara pronto a lasciare il calcio se non si realizza il suo trasferimento in Catalogna. Il presidente dei lancieri, cerca di giocare al rialzo il più possibile, e Cruyff deve iniziare la stagione in Olanda. A fine agosto la trattativa però si concretizza e Johan si trasferisce per la cifra di tre milioni di fiorini olandesi, poco più di un miliardo di lire dell'epoca. Il suo ingaggio ammonta a un miliardo e trecento milioni di lire. Il Barcellona si cautela assicurando con i Lloyd's di Londra le gambe di Cruyff per due miliardi e mezzo.



Da sinistra: Cor Coster, Cruyff e la moglie

Il Barcellona non vince la Liga da quattordici anni. L'inizio di stagione è quello tipico di un'annata di transizione ma poi arrivano 10 vittorie di fila e un totale di 26 partite senza sconfitte. Il 22 dicembre 1973 Cruyff con una rovesciata di tacco segna un gol indimenticabile nella partita contro l'Atletico Madrid, conquistandosi il soprannome di "Olandese volante". Il 16 febbraio 1974 i blaugrana nel *classico* battono al Bernabeu gli odiati rivali del Real Madrid con un netto 5-0. A fine anno arriva la tanto attesa vittoria della Liga.

L'estate del '74 è quella dei mondiali tedeschi, l'Olanda incanta il mondo. È la sua prima apparizione ad un mondiale ed è la prima volta che una matricola arriva fino all'ultima partita. L'Olanda dei capelli lunghi e delle lunghe basette, delle magliette fuori dai calzoncini, delle tante sigarette e dei ritiri aperti a mogli e fidanzate. Gli olandesi fumano tutti e Cruyff è tra quelli che fumano di più e fumerà per molti anni ancora; nonostante che il triste destino del padre dovrebbe ispirargli maggiore giudizio è difficile vederlo senza una sigaretta tra le mani. Quella nazionale più che una squadra sembra un complesso rock ma quando l'arbitro



fischia il calcio d'inizio gli *orange* giocano il calcio degli angeli. Il vento del '68 nel football si è tradotto nel calcio totale dell'Ajax e della nazionale olandese. Quelle squadre, quel gioco, che cambiarono il calcio per sempre, non potevano che nascere in quel momento e solo in quello. Il calcio totale non è altro che la combinazione di individualismo e collettivismo. Un'utopia sociale più che calcistica. Col tempo il collettivismo è affondato con il comunismo mentre l'individualismo è degenerato nell'edonismo, solo Cruyff è stato la perfetta sintesi delle due cose. Il 7 luglio si gioca la finale Germania Ovest-Olanda. L'inizio della partita è indimenticabile. Cruyff batte il calcio d'inizio e l'Olanda comincia a fare girare la palla. Dopo 14 passaggi fra i tulipani la sfera torna a Cruyff che accelera e entra in area di rigore saltando Vogts. Hoeness può

solo atterrarlo. Neeskens trasforma il calcio di rigore portando l'Olanda in vantaggio senza che i tedeschi siano riusciti a toccare palla. Alla fine però vincono i tedeschi e l'Olanda imita l'Ungheria del '54, entrambe squadre capaci di trasformare il modo di giocare ma non di vincere un mondiale.

Ai mondiali successivi, quelli del '78, come abbiamo detto, Cruyff non va. La sua assenza viene attribuita variamente a contrasti personali con la federazione olandese sugli sponsor della nazionale, a una protesta contro la giunta militare di estrema destra che governava allora l'Argentina, all'indebita influenza di sua moglie. La verità si saprà, forse, solo 30 anni dopo quando l'olandese dichiara di non essere andato in Argentina a seguito di un tentativo di rapimento che aveva subito nel 1977 quando giocava e viveva a Barcellona. Una sera vari rapinatori armati erano pe-

netrati nella villa di Cruyff, gli avevano puntato un fucile alla testa e legato lui e la moglie davanti ai loro tre bambini. Il giocatore si era liberato con modalità non ben chiarite, il rapimento era fallito ma da quel giorno la vita non gli era sembrata più la stessa. I figli andavano a scuola accompagnati dalla polizia, i poliziotti dormirono a casa sua per diver-

glie il campionato americano, dapprima con i Cosmos di New York, esperienza che termina dopo la disputa di due sole amichevoli e in seguito con gli Aztecs di Los Angeles con i quali, nel 1979, firma un contratto da 3 miliardi e mezzo di lire, più le percentuali sugli incassi. L'anno successivo si trasferisce invece nei Diplomats. Dopo due stagioni

coppa d'Olanda. È la sua ultima stagione ed al termine dice addio definitivamente al calcio giocato. Nel 1982, con la maglia dell'Ajax, batte un rigore in maniera indiretta, passando cioè la palla ad un compagno invece di tirare direttamente in porta. Nessuno lo aveva mai fatto prima. Nella mente di tutti la sua maglia è la numero 14. Sul perché avesse scelto proprio quel numero le versioni sono discordanti. Gerrie Mühren rivelò che un giorno la sua maglia non si trovava, Cruyff allora gli cedette la 9, che usualmente utilizzava, e prese l'unica maglia libera, quella col numero 14; quel giorno l'Ajax vinse facile e Johan si tenne stretto il 14. Secondo altri la scelta derivava dal fatto che il giocatore aveva vinto il suo primo campionato a 14 anni. Cruyff raccontò invece un'altra storia secondo la quale nel 1970 l'Ajax, anticipando ancora una volta quello che sarebbe successo nel resto del mondo molti anni dopo, aveva deciso di impiegare una numerazione personalizzata. Tutti i giocatori avrebbero avuto in tutte le partite sempre lo stesso numero; il giorno della distribuzione delle maglie Johan non era però presente perché infortunato, quando rientrò l'unico numero rimasto disponibile



si mesi e lui andava alle partite scortato dalle guardie del corpo. “Queste cose” dichiarò “cambiano il tuo punto di vista su molte cose. Volevo fare una vita diversa, pensai che fosse venuto il momento di lasciare il calcio e per questo decisi di non giocare ai mondiali in Argentina”.

Il ritiro dal calcio dura in realtà poco; investimenti sbagliati e i consigli del suocero gli impongono il ritorno per il quale sce-

torna però in Europa per vestire la maglia del Levante, società della seconda divisione spagnola, con cui, pagato a gettone, disputa solo dieci partite.

Nel 1981 è di nuovo a casa, all'Ajax con cui disputa altre due stagioni vincendo altrettanti campionati e una coppa, prima di passare nell'estate seguente ai rivali del Feyenoord dove, schierato nell'inedito ruolo di difensore centrale, vince campionato e

era il 14 e quello fu il motivo della scelta. Fatto sta che il 14 per Cruyff è stato veramente il numero portafortuna, Cruyff è nato alle ore 14, viveva al civico 14, la targa della sua auto era 14-14-TS, il suo numero di telefono iniziava e terminava col numero 14. Quando arrivò a Barcellona, poichè la federazione spagnola non consentiva la personalizzazione dei numeri di maglia, dovette ripiegare sul 9, ma sotto la divisa ufficiale continuò a portare una maglia con il numero 14. Nel 2007, in occasione del sessantesimo compleanno del giocatore, l'Ajax ha ufficialmente ritirato la maglia n. 14. Cruyff era famoso anche per il modo di parlare, un po' perché lo scarso impegno scolastico degli anni giovanili si traduceva in una grammatica alquanto approssimativa, un po' perché era solito addentrarsi in lunghi monologhi cui era sottesa una logica contorta che lo portava invariabilmente a concludere di avere ragione indipendentemente da cosa l'interlocutore del momento pensasse o dicesse. Molte sono le sue frasi celebri, che aiutano a capire la personalità del giocatore, la sua intelligenza ma anche la sua presunzione. Una volta disse "non penso che arriverà il giorno in

cui quando si parlerà di Cruyff la gente non saprà di cosa si sta parlando". Ha avuto ragione se pensiamo che perfino un pianeta (il numero 14282) è stato battezzato con il suo nome. In un'altra occasione affermò che "prima di commettere un errore evito di farlo". Ad alcuni giornalisti che gli chiedevano "Ti è mai capitato di dire a qualcuno che aveva ragione?" rispose "e a chi avrei dovuto dirlo?" Anche i

sempre. Cruyff in campo fa sentire la sua personalità, agita le mani, protesta, parla; a un certo punto mentre l'olandese è impegnato nell'ennesima discussione con l'arbitro, Valdano non resiste più, gli si avvicina e gli dice "perché non ti porti il pallone a casa e ce ne lasci un altro così noi continuiamo la partita in pace?" Cruyff, tra il sorpreso e l'irritato, chiede all'argentino quanti anni abbia. Valdano ri-



rapporti con compagni ed avversari non sono mai stati facili, celeberrime le liti in nazionale con Wim Van Hanegem o l'episodio del febbraio del 78 al Camp Nou quando si gioca il quarto di finale della Coppa del Re tra Barcellona e Alaves. È la partita d'esordio dell'argentino Jorge Valdano che diventerà poi uno dei più grandi attaccanti di

sponde "Venti" e l'olandese lo riddarguisce aspramente: "a venti anni quando ci si rivolge a Cruyff si deve usare il lei". Le sue affermazioni, però, spiegano anche la sua filosofia del calcio, "il football è un gioco in cui si gioca con il cervello. Bisogna trovarsi nel posto giusto nel momento giusto, né troppo tardi, né troppo presto" o ancora "è



dimostrato statisticamente che in una partita di 90 minuti ciascun giocatore in realtà ha la palla tra i piedi in media per tre minuti. La cosa più importante, quindi, è cosa fai durante gli 87 minuti in cui non hai il pallone” e infine, quasi un manifesto, “la velocità e l’intuizione vengono spesso confuse, sembro veloce perché inizio a correre prima che gli altri se ne accorgano”.

La sua capacità di pensare calcio lo porta inevitabilmente a una carriera da allenatore. Nel 1985, dopo sei mesi dal definitivo ritiro dall’attività agonistica, Cruyff, che ancora non ha un patentino da allenatore, viene chiamato dall’Ajax per sostituire Leo Beenhakker. In realtà le sue potenzialità di tecnico si erano già intraviste alcuni anni prima, nel 1980, quando, mentre si trovava ad allenarsi con l’Ajax nella pausa del campionato statunitense, scese dagli spalti durante un incontro di campionato e iniziò a dare consigli non richiesti sempre al povero Beenhakker. In quel momento i lancieri stavano perdendo tre a uno contro il Twente e finirono per vincere 5 a 3. Nei due anni in cui Johan è l’allenatore dei lancieri la squadra vince due coppe d’Olanda consecutive, nel 1986 e nel 1987, nonché la coppa delle coppe conquistata nel 1987. Erano quattordici anni, dall’ultima coppa dei campioni del Cruyff giocatore, che la squadra ajacide non coglieva un trionfo europeo.

Ripetendo il viaggio che aveva già fat-

to da calciatore Cruyff lascia l’Ajax e si va a sedere sulla panchina del Barcellona che inizia a ricostruire dalle fondamenta. Negli otto anni alla guida dei blaugrana, dal 1988 al 1996, i catalani ottengono risultati mai raggiunti prima, vincono per quattro volte consecutive la Liga e si assicurano anche una coppa del Re, una coppa delle coppe e soprattutto la loro prima coppa dei campioni. In quegli otto anni Cruyff mostra tutto il suo repertorio: genialità, sapienza tattica, amore per un calcio offensivo e spettacolare ma anche accuse, liti e feroci polemiche un po’ con tutti, giornalisti, allenatori, presidenti, giocatori.

Il 23 febbraio del 1991 Cruyff non ha ancora 44 anni. È in pulman con il Barcellona che torna da una trasferta a Valladolid. È più stanco del solito, ha appena finito il suo ennesimo pacchetto di sigarette quando sente un



dolore al petto. Dura 10 minuti. Sul momento si preoccupa, sa che suo padre è morto d'infarto, sa che suo zio ha avuto la stessa malattia, sa che ha fumato un numero infinito di sigarette ma il dolore passa e lui fa finta di niente, attribuendo il disturbo a un transitorio mal di stomaco. Il martedì successivo finito l'allenamento va a fare shopping con la moglie. Il dolore torna questa volta più forte, più opprimente, irradiato anche al braccio sinistro, gli toglie il respiro. Questa volta non ci sono più dubbi. L'ambulanza lo porta di corsa alla clinica Sant Jordi di Barcellona. La coronarografia mostra una lesione dell'arteria discendente anteriore, la più importante delle coronarie. Due giorni dopo il campione entra in sala operatoria e si sottopone a due bypass aortocoronarici. L'intervento va bene, il decorso è regolare e Cruyff, che amerà dire da quel momento in poi di essere entrato nei tempi supplementari della sua vita, abbandona definitivamente le sigarette. Se prima lo si vedeva sempre con un mozzicone tra le labbra o tra le dita adesso la sua immagine tipica diviene quella con un chupa chups in bocca. L'olandese



si dedica a campagne antifumo, lo slogan di quella di maggior successo recita “nella mia vita ho avuto solo due vizi, uno, il calcio, mi ha dato tutto. L'altro, il fumo, mi stava per togliere tutto”. Gli errori del passato però inevitabilmente chiedono prima o poi il conto. Sopravvissuto all'infarto ed al successivo bypass, a ottobre 2015 si sparge la notizia che Cruyff ha un tumore ai polmoni. Anche questo figlio delle tante sigarette fumate. Il 13 febbraio 2016 fa la prima dichiarazione pubblica da malato di cancro. Il giorno seguente Messi e Suarez contro il Celta Vigo imitano il suo gesto di 34 anni prima e battono un rigore a due. Molti vedono nel gesto semplice sbruffoneria, a

pochi viene in mente che quello era invece un omaggio al campione malato.

Il profeta del gol combatte la sua ultima battaglia e questa volta la perde. Il 24 marzo del 2016 il triste annuncio fa il giro del mondo. Johan Cruyff, il pelè bianco, come lo chiamava Gianni Brera, è morto. È morto a 68 anni. Ha giocato meno di quanto avrebbe potuto, ha vinto molto meno, almeno in nazionale, di quanto avrebbe dovuto. A livello di club invece ha fatto incetta di campionati e coppe sia da giocatore che da allenatore. La sua grandezza risiedeva nei piedi e nel cervello e questo è quello che ha fatto la differenza. Giocare a calcio è facile ma giocare un calcio facile è molto difficile.



di Anna Alice Mazzola

Il vecchio cuore



Lavoro in un laboratorio di ecocardiografia di uno storico ospedale milanese.

Il lavoro è tanto e gli esami da eseguire e completare nell'arco della giornata sono numerosi; ma non per questo non riesco a trovare sempre e comunque il tempo per

riflettere e soffermarmi a pensare quanto grande ed affascinante possa essere la varietà umana supportata dalla sua macchina perfetta: il cuore. Ci tengo a precisare che di pazienti "modalità George Clooney o Brad Pitt o Angelina Jolie" a dir la verità se ne vedono raramente; quando un giovane si affaccia al mio laboratorio appare un po' come una sorta di creatura in estinzione, una specie protetta, difficile da incontrare nei corridoi di un ospedale; e in quell'occasione domando con aria sorniona e incuriosita: "Scusi... cosa ci fa qua lei?".

Di frequente quando chiedo la data di nascita all'inizio di un esame ecocardiografico, mi sorprendo a dire "... 1934 ...cavoli giovane..."; ma poi abbasso lo sguardo e incontro quello del paziente signore che mi guarda stranito, forse pensando di trovarsi di fronte ad un medico burlone.

Certo... se faccio due conti, mi rendo conto che sottrarre 1934 primavera a 2016 primavera fa un totale di 82 anni.

Tengo sempre delle caramelle nel mio laboratorio; mi piace; mi piace essere ospitale in un ospedale, soprattutto con chi non è come George Clooney o Brad Pitt e soprattutto con chi di primavera ne porta tante, acciacchi compresi.

“Vuole una caramella?” chiedo; spesso mi ricambiano con sorrisi buffi o frasi come “grazie.... almeno rimedio qualcosa... rimedio un pezzo di vita...”; frase meravigliosa che mi porta a pensare e a riflettere mentre mi cimento con il mio ecografo a circumnavigare nel cuore della persona e a curiosare nella sua storia clinica districandomi tra le numerose primavere.

Rifletto sulla popolazione degli anziani ai tempi di oggi.

Concludo saggiamente che dall’inizio del secolo fino ad oggi si è verificato, nelle nazioni industrializzate, un progressivo incremento numerico della popolazione anziana: il miglioramento delle condizioni igieniche, dell’alimentazione, del sistema sanitario ed il maggior controllo delle malattie infettive, hanno aumentato la probabilità che l’individuo, dall’età neonatale, possa raggiungere nella vita adulta l’età avanzata, instaurando una società in cui la popolazione degli anziani

sarà sempre più numerosa fino a costituirne la parte preponderante. Da quanto letto e studiato so che,

in base ad un criterio anagrafico, possiamo distinguere tre categorie di anziani: i più giovani che vengono definiti “young old” e sono individui di età compresa tra 65 e 75 anni, dotati per lo più di completa autonomia, con pochi sintomi, con limitazioni scarse o assenti all’attività fisica; i “middle-old”, individui con età compresa tra 75 e 85 anni, con progressiva riduzione dell’autonomia e della capacità di svolgere attività fisica e con necessità crescente di assistenza nelle attività quotidiane; infine i “very-old” o “oldest old” o, mi piace dire, “grandi vecchi”, individui di età superiore a 85 anni spesso con gravi disabilità che necessitano di assistenza continua.

“...Vede qualcosa dottoressa? Vede i dispiaceri? Quanto camperò? Sa... ho perso una figlia e il marito...”; il cuore è il fulcro vitale, il motore paziente ed instancabile delle numerose primavere, l’organo in cui forse è appoggiata e soggiorna l’anima. Sorrido e rispondo con cortesia “no, non vedo niente, non posso vedere il passato o il presente o il futuro nonostante la tecnologia; ma il cuore va bene...funziona bene...”.

Mentre numeri e misure e calcoli avvolgono i miei occhi e mentre stampo un po’ distratta una sequenza di fotografie, ricomincio a pensare e rifletto su come invecchia il nostro cuore, il nostro paziente ed instancabile motore, anch’esso non immune al trascorrere del tempo.

Il cuore è l’organo centrale dell’apparato cardiovascolare; è un organo muscolare cavo, situato fra i polmoni, in una loggia denominata mediastino; la sua funzione principale (e scusate se è poco !) è quella di “pompare” il sangue attraverso tutto l’apparato circolatorio; è contenuto in un sacco fibro-sieroso, il pericardio, che lo fissa al diaframma isolandolo al contempo dagli organi vicini; il suo volu-





me varia in funzione del sesso, dell'età e delle condizioni del soggetto: nel maschio adulto, il suo peso è compreso tra 280 e 340 g mentre nella femmina tra 230 e 280 g.

Il cuore si suddivide in quattro "camere" cardiache: atrio destro, atrio sinistro, ventricolo destro e ventricolo sinistro; ciascun atrio comunica con il ventricolo sottostante attraverso l'orifizio atrio-ventricolare, mentre i due atri e i due ventricoli sono fra loro separati per mezzo di due sepimenti, di differente spessore e costituzione, detti rispettivamente setto interatriale e setto interventricolare. I due orifizi atrio-ventricolari, destro e sinistro, sono provvisti di valvole, rispettivamente la valvola tricuspide e la valvola mitrale, che permettono il passaggio del sangue dalle cavità atriali a quelle ventricolari e si oppo-

gono invece al reflusso; il cuore contraendosi consente la "spremitura" e quindi il transito del sangue in tutto l'apparato circolatorio attraverso l'aorta e il tronco polmonare, provvisti anch'essi di valvole, la valvola aortica e la valvola polmonare.

Il sistema di conduzione dello stimolo elettrico del cuore è situato nelle pareti cardiache; è la sede dove insorgono gli impulsi che determinano la contrazione e costituisce una via preferenziale di conduzione, stabilendo una connessione tra la muscolatura degli atri e quella dei ventricoli

Meccanicamente, paragonando in modo estremamente semplicistico e grossolano il cuore ad un palloncino che si svuota e si riempie, le fasi essenziali del lavoro cardiaco consistono in una fase di contrazione e svuotamento delle camere cardiache de-

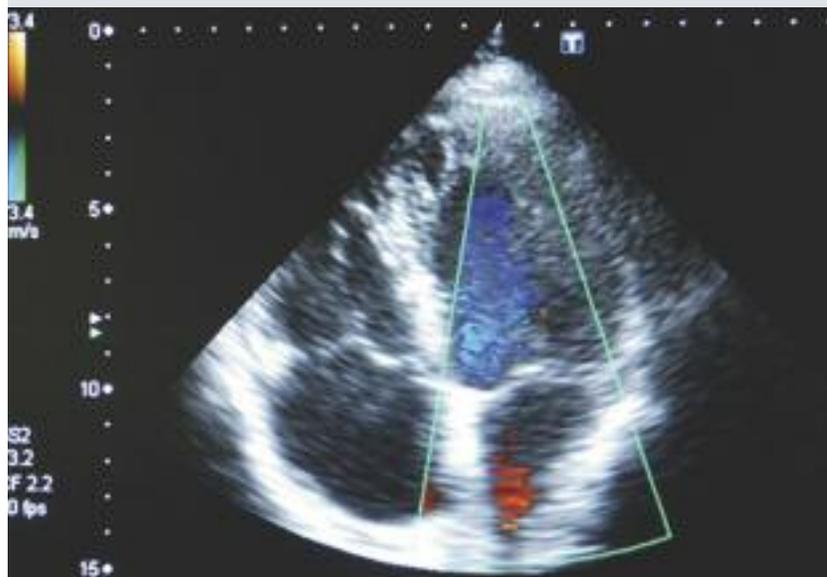
finita "sistole" e in una fase di rilassamento, riempimento e distensione delle camere cardiache definita "diastole".

Mentre stampo imperterrita fotografie piene di numeri ed equazioni, la mia mente torna alla riflessione di origine del mio girovagare di pensieri: quali sono le modificazioni fisiologiche che si susseguono con l'andar delle primavere?

Numerosi scritti in letteratura medica hanno descritto l'invecchiamento fisiologico dell'apparato cardiovascolare definendo "presbocardia" quell'insieme di alterazioni strutturali, vascolari e cardiache che avvengono durante la senescenza.

Le alterazioni strutturali del cuore senile riguardano aspetti macroscopici e microscopici e coinvolgono tutte le strutture. Macroscopicamente gli studi autoptici hanno documentato dall'età dei 30 anni un incremento del peso del cuore di 1-1,5 g/anno fino a raggiungere un valore superiore ai 350 g nelle donne ed ai 400 g negli uomini; questa modificazione è conseguenza dell'aumento della massa cardiaca totale e dell'ispessimento del miocardio, processo prevalente a livello del sepimento che separa i ventricoli.

Microscopicamente le cellule



muscolari del miocardio ventricolare si modificano, sviluppano fibrosi e si irrigidiscono; come conseguenza della riduzione dell'elasticità cellulare il ventricolo diventa meno distensibile e questa è la principale modificazione delle proprietà meccaniche del cuore senile.

L'atrio sinistro s'ingrandisce sia in conseguenza della perdita di elasticità di parete sia in risposta all'incrementato lavoro che deve svolgere per "spremere" il sangue nel ventricolo sinistro che, diventato più rigido, gli oppone maggior resistenza.

Il processo dell'invecchiamento coinvolge anche le valvole cardiache: l'orifizio atrio-ventricolare, l'apparato valvolare e i lembi valvolari s'ispessiscono con maggiori infiltrati di calcio, lipidi e cellule fibrose; da queste alterazioni degenerative originano le malattie valvolari e i

soffi cardiaci tipici dell'anziano. I fenomeni degenerativi senili interessano anche le fibre e le cellule specializzate del tessuto di conduzione che diminuiscono, diventano più rarefatte e vengono sostituite da cellule fibrose; queste modificazioni strutturali sono alla base delle aritmie e dei disturbi di conduzione dello "stimolo elettrico" del cuore senile, con i conseguenti interventi terapeutici necessari come il più noto "pacemaker". Le arterie di grosso e medio calibro si dilatano e aumentano lo spessore parietale per incremento del tessuto connettivo e collagene; l'ispessimento e l'aumento delle aree calcifiche determinano la perdita dell'elasticità di parete ed una riduzione della intrinseca capacità di dilatarsi; tutto ciò rende ragione del fatto dell'aumento della pressione sistolica arte-

riosa nell'anziano.

Dal punto di vista meccanico, nel fisiologico processo di invecchiamento, la funzione sistolica o contrattile sostanzialmente non si modifica; in condizioni di riposo la capacità del miocardio di contrarsi e sviluppare tensione non varia e il cuore è in grado di mantenere un normale stato di efficienza mentre durante lo sforzo fisico è in grado di mettere in atto e sfruttare al meglio meccanismi di compenso come l'aumento dei volumi nella fase finale del riempimento che, pur in presenza di un ridotto incremento della frequenza cardiaca, consentono di mantenere una "gettata cardiaca" adeguata.

Per contro la funzione ventricolare diastolica o di riempimento subisce modificazioni di rilevanza clinica, conseguenza come già descritto dell'irrigidimento del miocardio e secondarie a modificazioni delle miocellule, dei canali intracellulari e di spostamenti più lenti del calcio cellulare.

In conclusione per non arrivare a diagnosi affrettate ed errate ritengo sia necessario andare oltre a misure e numeri standardizzati e considerare con maggior attenzione i rapporti tra l'invecchiamento e la funzione



cardiaca ...un vecchio e un cuore vecchio non s'improvvisano, per farne uno occorrono anni. Ernest Hemingway disse: "Quando s'invecchia tutto sembra più piccolo"; a me non sembra osservando quei grandi occhi, laghi immensi che scrutano me e il mio ecografo sperando di trovare risposte a domande spesso irrisolte. "Vuole una caramella...?" .. grazie.... almeno rimedio qualcosa... rimedio un pezzo di vita ..". E Seneca scrisse: " ...Nessuno è tanto vecchio da non poter sperare in un altro giorno di vita; e un solo giorno è un momento della vita".

“ Niente di nuovo sotto il sole

Alzi la mano chi non è mai entrato in un centro benessere. Negli ultimi anni l'attenzione alla cura del proprio corpo è talmente cresciuta che per molti ormai un albergo senza SPA è poco più di un ostello. Ancora una volta, però, non stiamo che ripetendo quanto già fatto molti secoli prima di noi. Le terme dell'antica Roma erano infatti centri benessere ante litteram senza nulla da invidiare a quelli cui siamo oggi abituati. Le prime terme pubbliche furono quelle di Agrippa, costruite tra il 25 e il 19 a.C. da Marco Vipsanio Agrippa, genero dell'Imperatore Augusto, ed alimentate dall'Acqua



Vergine che formava anche, all'interno dell'edificio termale, uno specchio d'acqua (lo stagnum Agrippae) utilizzato per il nuoto. Alla sua morte Agrippa lasciò le terme in eredità al popolo romano.

Lo stabilimento misurava complessivamente tra 80 e 100 metri in larghezza e 120 in lunghezza ed era riccamente adornato di affreschi, mosaici e statue, fra cui il celebre Apoxiomenos (atleta che si lava) di Lisippo. I frequentatori si spogliavano nel apodyterium, si riscaldavano nel caldarium e passavano quindi nel laconicum, caldissimo perché circondato da pareti cave in cui circolava aria calda. Chi voleva faceva poi una breve sosta in palestra (spheristerium) prima di raggiungere i più pigri nel tepidarium dove ci si iniziava a rinfrescare prima delle immersioni nella fredda acqua del frigidarium. La fine del percorso prevedeva il rilassamento nella sala massaggi, l'intervento dei tensores che si prendevano cura di barba e capelli e una sosta nella ricca biblioteca del complesso. Passano i millenni, si modificano le forme ma la sostanza rimane sempre la stessa.



Apoxiomenos

F.S.



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Le ghiandole di Napoleone

Secondo i patobiografi tutte le ghiandole endocrine di Napoleone Bonaparte, dall'ipofisi in giù, funzionavano poco.

Non è stato trovato accordo sulla causa della sua morte, il celebre 5 maggio, moltissime pubblicazioni invece concordano sulla diagnosi di sindrome adiposo-genitale, fatta oltre un secolo dopo, con la quale molti credettero di spiegare i suoi caratteri somatici e l'origine di molti suoi comportamenti della giovinezza e della maturità.

Napoleone, con suo sommo dispiacere, era piuttosto piccolo, grassoccio, con tessuto adiposo che tendeva ad accumularsi sull'addome e alla radice degli arti. Presentava inoltre un modesto diabete insipido, nonché, particolare da tutti sottolineato, modeste dimensioni degli organi sessuali.

Il presunto ipogonadismo però mal si concilia con molte altre notizie sulla sua vita.

Va ricordato che quando Napoleone, prigioniero degli inglesi, cominciò a star male chiese un medico e il cardinale Fesch, suo zio, gli spedì Francesco Antomarchi, uno strano individuo che restò a Sant'Elena per due anni. Era un corso senza laurea in medicina, molto ignorante, che non solo non capì niente della malattia di Napoleone, ma prendeva con leggerezza i suoi disturbi ritenendoli un pretesto per essere lasciato più libero.

Prescriveva terapie a casaccio e, quando si aggravò, non si rese conto che stava per morire.

Alcuni anni dopo la morte di Napoleone pubblicò le sue memorie piene di falsità che confusero più che mai le idee sulle sue condizioni di salute. Anche la maschera mortuaria in suo possesso risultò falsa per cui venne condannato.

Agli inizi Napoleone era molto timido e impacciato nei rapporti col sesso femminile. Ebbe scarsa fortuna con le donne al punto da prendere in



considerazione il matrimonio con una ricca ultrasessantenne che gli sarebbe stata di aiuto nella carriera. Col passare degli anni cambiò radicalmente e divenne mano a mano più aggressivo, fino alla prepotenza. Non ammetteva che nessuna donna, di qualunque censo, gli si negasse, e si comportava come se fosse spinto da un desiderio di rivalsa e di vendetta. Non ci mise molto a convincersi che con le donne tutto gli era permesso e le trattò come subordinati. Non si faceva alcun scrupolo a ricorrere, all'occorrenza, alla sua autorità. Se l'eventuale marito si opponeva,



trovava il modo per fargli cambiare parere, oppure, se era un ufficiale lo destinava a mansioni in regioni lontane, spesso pericolose.

Estese il suo modo di comportarsi a tutti i militari, di qualunque grado, che godettero della totale impunità per ogni genere di abusi e di violenze. Napoleone considerava la libertà sessuale il mezzo migliore per far arruolare i giovani che, in quel periodo, erano molto renitenti alla vita militare come dimostrano i centosesantamila condannati, nel 1810, perché disertori o imboscati. Era inoltre convinto che un vero soldato dovesse essere un amatore avido e aggressivo e un cacciatore di donne inesauribile che non rinuncia mai alla preda. Anche in questo si prefiggeva di essere d'esempio ai suoi soldati.

Le cronache parigine del tempo sono ricche di episodi di vio-

lenza e di sadismo compiuti da militari, tutti invariabilmente impuniti. Ne "La vita quotidiana al tempo di Napoleone" è riportato, fra i tanti, il caso raccapricciante di una donna stuprata da sei soldati e buttata nella Senna.

Napoleone trattò sempre male le sue donne, smise di usare l'autorità e l'arroganza solo quando, dopo essersi nominato imperatore, divenne il padrone assoluto della Francia e non ne ebbe più bisogno. La schiera delle aspiranti alla sua alcova divenne spontaneamente grandissima e sempre in crescita, formata da donne di ogni censo.

Si offrivano a lui per vanità, per ambizione, per esibizionismo, per ottenere favori e soldi. Genitori e mariti collaboravano con impegno.

Secondo gli psicanalisti, Napoleone provava identico piacere nel dominare gli uomini e le donne.



Maria Walewska

Le amanti sono state così numerose che l'elenco completo è impossibile da compilare anche se Napoleone amava molto raccontare le sue avventure con dovizia di particolari.

È probabile che spesso esagerasse. Si vantava infatti di aver avuto, per parecchi anni, ogni notte una donna diversa a fianco. Detestava invece le orge tanto di moda durante l'*ancien régime* e sotto il Direttorio. Nei rapporti era spesso violento e prepotente, ma non crudele e non è mai incorso in comportamenti sadici. Al contrario, non raramente, si compiaceva di atteggiamenti romantici, addirittura adolescenziali, come scalare nella notte il balcone dell'amante di turno. Sovente amava parlare a lungo, nella notte, confidenzialmente, anche con partners occasionali, dimostrandosi gentile e dolce, come per convincersi che il successo era il frutto delle sue arti seduttive. Il dubbio che le donne, specialmente se nobili, gli si concedessero per la sua posizione o per trarne vantaggi, gli guastava il piacere della conquista. Quand'era su di morale, cercava di riuscire brillante e divertente, e riusciva ad essere molto spiritoso.

Secondo gli psicologi questo derivava dal fatto di essere cosciente della sua limitata avvenenza. In altre occasioni, per rendersi gradito, si compiaceva di ostentare un'esuberante virilità, atteggiandosi a gladiatore del sesso.

Se la partner lo toccava affettivamente, come nel caso di Maria Walewska, veniva colto da attacchi di "ansia da prestazione", anche se non ammise mai *defaillances* che invece sarebbero state non rarissime.

Nell'elenco delle donne amate da Napoleone vengono incluse, non senza qualche fondamento, anche la bella sorella Paolina nonché Ortensia, la figlia di primo letto di Giuseppina, somigliantissima alla madre. L'incesto era proibito dal codice che

porta il suo nome, ma Napoleone non era tipo da badare a queste cose.

In vista del matrimonio con Maria Luisa d'Asburgo Napoleone si fece impartire dal suo medico personale Corvisart, l'"archiatra dell'Impero", lezioni di tecnica del sesso. Era ossessionato dal sogno di avere un erede al trono e non era certo di poter avere figli.

Per questo aveva divorziato da Giuseppina, la vedova del generale de Beauharnais di sei anni più vecchia, per la quale aveva perso la testa subito dopo essere stato nominato generale di brigata. L'aveva sposata civilmente con una curiosa cerimonia. Giuseppina era rimasta perplessa fino all'ultimo. Tutti, parenti, amiche, persino il suo notaio, le sconsigliavano quel matrimonio con un ufficialetto giudicato senza avvenire.

Il certificato di matrimonio è zeppo di falsità. Lo sposo si cresce l'età e viene indicato senza un domicilio fisso, la sposa se la cala. Uno dei suoi testimoni non ha l'età richiesta, lo sposo arrivò con due ore di ritardo e svegliò l'ufficiale di Stato Civile che nell'attesa si era addormentato. "Presto, presto,



Maria Luisa D'Asburgo e Napoleone



sposateci!”, gli gridò entrando di corsa nella stanza.

I dodici anni di matrimonio con Giuseppina erano stati sterili, mentre Giuseppina aveva una figlia dal precedente matrimonio. Questo aveva ingenerato in Napoleone molti dubbi sulla ambita paternità. Inoltre nessuna delle tante amanti era mai rimasta incinta. C’era stata solo la moglie di un suo maresciallo, in galera per truffa, che aveva asserito di aver avuto un figlio da lui. Napoleone non le credette e, assai dubbioso, nominò il ragazzo conte, ma non lo riconobbe. Solo la Walewska gli aveva dato un figlio quasi certamente suo.

Napoleone aveva amato cantanti d’opera, attrici, ballerine,

ragazze di vita, dame di corte, ma mai una principessa come Maria Luisa, appartenente ad una delle più importanti case regnanti d’Europa.

Era giovanissima e l’aveva vista solamente in un ritratto in cui gli appariva fredda e distaccata. Sapeva anche che probabilmente non provava alcun sentimento di simpatia nei suoi confronti. Il ma-

trimonio era stato deciso da Metternich il quale detestava Napoleone, ma gli riconosceva grandi qualità. Approfittando delle titubanze dello zar Alessandro di fronte all’eventualità di un matrimonio di Napoleone con sua figlia Alessandra, Metternich colse la palla al balzo e, per prevenire un’alleanza franco-russa, concluse il contratto di matrimonio di Napoleone con Maria Luisa, figlia dell’imperatore Francesco d’Austria, con la rapidità “con cui si consegna una tonnellata di aringhe”.

Il matrimonio organizzato con tanta fretta, quasi a sua insaputa, e la paura di non poter avere figli, erano fonte di ansia per l’imperatore, il quale accolse Maria Luisa, già sposata per

procura, con l’agitazione di un giovane innamorato. Consumò senza indugi il matrimonio la sera stessa dell’arrivo, nel Castello di Compiègne, prima delle cerimonie civili e religiose.

Non ebbe riservatezza neppure in questa circostanza e, al mattino, visibilmente soddisfatto, confidò al suo aiutante di campo: “Sposate una tedesca, mio caro, sono le migliori donne del mondo, buone, ingenuie, fresche come una rosa”.

Gli ammaestramenti di Corvisart dettero buoni frutti perché presto anche il figlio arrivò: il “Re di Roma”, l’infelice Aiglon. L’ingenuità di Maria Luisa fu di breve durata. Quando Napoleone era esiliato all’Elba ebbe un figlio da un generale di cavalleria, che l’accompagnava durante un viaggio, e non si rividero più.

Nell’Isola d’Elba Napoleone ebbe tre amanti in cento giorni e non si calmò neppure a Sant’Elena. Nonostante l’amarezza, i problemi e i guai fisici sedusse, per prima, la figlia quindicenne del padrone di casa ed ebbe successivamente svariate amanti occasionali col ritmo di sempre.

Molti si sono chiesti dove trovasse l’energia per una così intensa attività amorosa, per concentrarsi nell’amministrazione

dello Stato e per organizzare le continue campagne militari. Si vantava di dormire pochissimo, diceva che due o tre ore per notte, gli erano sufficienti per mantenersi in forma perfetta.

A Bautzen, nell'attesa di attaccare il nemico, fece stendere in terra un mantello e si coricò dicendo che lo svegliassero dopo due ore. Dormì nonostante il tuonar dei cannoni, e quando venne svegliato, imperturbabile, salì a cavallo e disse: "Fra un'ora avremo vinto".

Non sempre era così. Racconta Mademoiselle Gorge, brillante attrice della Comédie Française, che passò in sua compagnia molte notti, che Napoleone amava parlare e sovente si addormentava "tranquillo come un bambino con la testa appoggiata al suo seno", svegliandosi solo al mattino.

Dalle tante biografie riesce difficile credere che Napoleone



presentasse disfunzioni ormonali. Avrà presentato un'adiposità fisiologica prepuberale particolarmente accentuata, non sarà stato un maggiorato sessuale, ma riesce difficile credere all'ipogonadismo. Si può sospettare, come vogliono gli psicoanalisti, che la sua aggressività sessuale celasse una recondita voglia di umiliare il sesso femminile, in particolare se appartenente all'alta borghesia o alla nobiltà per vendicarsi della timidezza, della povertà, delle umiliazioni giovanili e del complesso di insicurezza

derivante dalla bassa statura. È verosimile che amasse dominare le donne, allo stesso modo di come dominava gli uomini, più che amarle. Altre ipotesi psicanalitiche possono essere avanzate, persino quella che fosse un sessuomane, ma certamente non era carente di testosterone. Fu sicuramente un forte amatore, un Don Giovanni non privo di romanticismo.

Si dice che in punto di morte abbia detto: "Lascio a Maria Luisa il mio cuore come prova che l'ho teneramente amata e non ho mai cessato di amarla".

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

- *I colleghi ricordano Pasquale Truncellito, papà di Giovanna*



Foto di Giorgia Magnoni

Qualche secondo di buonumore

Come dimagrire in due mosse:

1. Muovi la testa a destra!
2. Muovi la testa a sinistra!

Ripeti questi movimenti 3 o 4 volte quando qualcuno ti offre da mangiare!

- Amore mio, se stai sorridendo mandami il tuo sorriso, se stai dormendo mandami il tuo sogno, se stai piangendo mandami le tue lacrime...Ti Amo!!!
- Sono al cesso, che ti mando????

Donna...a 15 anni fa la dieta, a 20 anni fa la dieta, a 30 anni si sposa e ancora a dieta...a 40 divorzia e cosa vuole??? GLI ALIMENTI!!!! Ka...o ma non stavi a dieta???

La ruota gira per tutti ... la mia credo si sia bucata!!!!

- Ho la sensazione di essere già stato qui.
- Come fai a saperlo?
- Il wi-fi mi si è collegato automaticamente.
- Tesò, dimmi una parola dolce.
- Zucchero
- Sciocchino, una parola dolce che mi mandi in estasi.
- Zucchero di canna.





di Massimo Pandolfi

Arte più misera. Arte più rotta ... Il medico condotto

L'uomo singhiozzava, il volto bagnato dalle lacrime e dalla pioggia, pioggia che non sembrava aver mai fine, in quella maledetta primavera. Il fiume era gonfio e l'ora tarda, ma ... la donna aveva deciso di partorire proprio allora. Il giovane medico era rientrato da poco, nella speranza di un pasto caldo e un po' di riposo. Ne aveva bisogno anche il suo cavallo che tutto il giorno aveva trotolato nel fango. Prese la borsa con un sospiro: l'uomo avrebbe fatto il tragitto più lungo e più sicuro, con il suo carretto e l'asino, attraverso il grande ponte. Lui avrebbe preso la via più breve e anche se il fiume era in piena sapeva dove guadarlo, senza pericolo. Lo aveva fatto altre volte e anche a notte fonda. Ma quella volta un amaro destino era in agguato: un tronco spaventò il povero animale e il giovane cadde tra i flutti. Sapeva nuotare ma la corrente era troppo forte. Il suo corpo fu ritrovato all'alba. Unica consolazione al suo ardentissimo spirito un vagito che, dalla capanna in riva al fiume, salutò il nuovo giorno e la nuova vita. Per uno che se ne va, un altro arriva.

Così perse la vita il giovane Giovanni Marabotti, medico condotto ad Incisa Valdarno. Era la notte del 1 giugno 1837. Una lapide marmorea, nel sagrato della chiesa del Vivaio, ne ricorda il silenzioso eroismo.

Dura la vita per i medici allora: non c'erano macchine,



Medico condotto sull'asino

né ambulanze fiammanti. Il medico era tutto, sostituiva il 118, spesso anche le forze dell'ordine. Era un conforto, un aiuto, un amico nei momenti terribili della malattia e del bisogno. La paga era bassa e il lavoro infinito, talora grande la soddisfazione ma frequenti i momenti di sconforto.

“Arte più misera, arte più rotta, non c'è del medico che va in Condotta!

Come la libera luce del sole ciascun ti cerca, ciascun ti vuole! Col mattutino canto del gallo balzi dal letto, monti a cavallo. E senza tregua, senza respiro come la Posta sei sempre in giro” Alcune strofe, ma esplicative, che Arnaldo Fusinato dedicava all'amico Leonzio Sartori nel 1845. Sembra impossibile, guardando gli indubbi vantaggi orari dell'attuale professione medica, che ci sia stata un'epoca in cui il povero sanitario, malpagato, veniva sottoposto a un lungo periodo di prova per avere un posto che solo a partire dal 1888 dette comunque diritto a una pensione poco più che decorosa. Aggiungete a questo che i farmaci erano scarsi e spesso pre-

parati dallo stesso condotto, che gli Ospedali erano pochi e lontani e che spesso occorreva combattere i pregiudizi della gente e dei colleghi più anziani, sospettosi e riottosi ad accogliere le novità che i più giovani avrebbero potuto propugnare. La condotta fu una pesante eredità di Napoleone: ogni 3 anni Provincia, Distretto e Comune sceglievano il medico. La decisione era presa dai cittadini più abbienti che, in cambio di uno stipendio fisso, consegnavano al malcapitato le chiavi della vita e della morte di un certo numero di assistiti. In cambio il giovane medico rinunciava ad ogni momento del suo tempo libero.



Indubbiamente lo facevano volentieri e non certamente per il denaro. Il senso del dovere, che durante la Grande Guerra spinse migliaia di giovani nelle trincee, tra i campi minati, oltre il filo spinato ad essere falciati dalle mitragliatrici probabilmente era lo stesso che animava chi doveva svolgere questa altrettanto difficile professione, a combattere la malattia e la morte con armi per lo più spuntate.

Oggi è senz'altro più facile, più soddisfacente sul piano dei risultati. Gli antibiotici sono un'arma potente, molti mali sono stati vinti grazie ad un enorme sviluppo della farmacologia clinica. Ma forse l'affezione per la figura del medico ha avuto un percorso inverso; quanto maggiore diventava la capacità curativa, tanto minore diventava la considerazione della professione.

Tutto questo insegna che la perfezione non appartiene alle umane cose e che tanto si guadagna, tanto si perde, nel complesso cammino dell'uomo, verso una agognata perfezione che probabilmente non si può raggiungere nel regno della materialità.

L'occhio clinico

Nell'antichità e nei tribalismi attuali l'esercizio dell'arte medica era ed è una miscellanea di osservazioni pratiche e di sovrannaturale. Conosciamo poco o forse non abbiamo prestato sufficiente attenzione all'altra faccia del pianeta, quella che i francesi allegroni ricordavano andando alla toilette con la boutade "téléphoner aux chinois"; mentre c'è tutta una letteratura sulla medicina della nostra faccia, dalla egizia alla ellenica e alla romana. Erodoto definiva gli egizi un popolo di supersani, grazie al loro avanzatissimo sistema sanitario, provvisto di medici per ogni malattia. Come dire che avevano già scoperto la specializzazione e, inoltre, conoscendo l'anatomia e il concetto di diagnosi, si presuppone avessero anche la consapevolezza del difficile cammino per arrivare alla genesi delle patologie. Stiamo parlando di quasi 3000 anni a.C., e poi, durante la loro quarta dinastia, scopriamo oggi anche la presenza del primo medico donna, Peseshet, soprattutto ginecologa. Altro che le "ben venute dottoresse", con le quali si scusava il compianto Pier Luigi Prati, scoperte da noi nell'ultimo secolo, mentre ancora si sta parlando di quote rosa e buona parte del mondo islamico relega le sue ad essere solo "angeli del focolare". Ippocrate, il grande medico della Grecia antica, al quale dobbiamo anche i principi etici della nostra professione, trasmetteva ai suoi discepoli di Coo proprio i fondamenti della medicina e della chirurgia appresi dai papiri egizi. Naturalmente aggiornati con le sue numerose osservazioni e con quello spirito di umiltà che gli veniva dalla consapevolezza dei limiti che questa arte-scienza aveva. Quei limiti che inducevano molti ad appellarsi agli Dei, men-



L'imprenditore dall'occhio clinico (Mario Rizzo)



tre lui cercava attraverso l'osservazione paziente sul malato di capirne di più. Anche la medicina romana si mantenne su questa traccia, secondo il principio del "Grecia capta". Nei secoli successivi, specie in quelli bui delle invasioni barbariche, il progresso scientifico basato sull'empirismo, sull'osservazione, si arrestò. O meglio, da un lato il monachesimo, chiuso nella sua meditazione e nella rivalutazione dei testi classici, continuò una certa pratica botanica ad uso medico, dall'altro i più spericolati medicastri sperimentarono certe combinazioni chimiche alla ricerca di intrugli che non avevano nulla di scientifico e molto di magico. Solo dal rinascimento ricomincerà lo studio serio del corpo umano, delle sue funzioni e poi finalmente quello delle cause delle malattie e dei loro rimedi. Una ricerca finalmente scientifica, che durerà quattro secoli. Per giungere alla fine dell'ottocento e primi novecento quando si tirarono molte fila ad opera di tanti autorevoli medici, in parte giustamente orgogliosi dei progressi conseguiti, ma in parte non ancora completamente liberi dal fascino della magia. Specie quella che veniva loro attribuita dal paziente, il quale, dopo la vi-

sita, ascoltava con trepidazione la diagnosi, spesso riferita senza la dovuta empatia. Si racconta che il grande Murri, osservando in treno una ragazza pallida, le facesse diagnosi di tbc e le consigliasse il ricovero. Naturalmente aveva visto giusto, e così, da questo e da altri fantasiosi aneddoti tardoromantici nacque nell'immaginario collettivo il famoso concetto di occhio clinico, ossia di quella particolare capacità di sintesi o di intuito che solo i privilegiati avevano. E che non era nemmeno così facile da razionalizzare, tanto che molti si divertivano a corbellare quelli che presumevano di averlo. Nelle nostre Cliniche patavine rimase celebre la battuta di un collega toscano cui, alla notizia della perdita di un occhio di un professore durante un incidente di caccia, uscì di getto "mioddio, speriamo 'n sia quello clinico". Una risposta a questa difficile de-

finizione dell'occhio clinico la diede oltre sessant'anni fa un famoso professore di medicina di Padova, noto invece per le sue lezioni che ne testimoniavano la negazione. Egli dissertando sul malato durante sei ore di lezione accademica, scaglionate in tre giorni, dispiegava il suo ragionamento attraverso tutta una serie di ipotesi diagnostiche ben argomentate che, come in una piramide, venivano progressivamente scartate per giungere a quella vera, che non poteva essere che quella. Un impeccabile metodo aristotelico, il quale aveva anche il pregio di creare una suspense nell'uditorio, attratto dal finale come in un perfetto Maigret. Era così convinto della giustezza dei suoi ragionamenti, gli unici capaci di consentire una diagnosi corretta, che, chiamato a consulto su un paziente con grave dolore addominale, per il quale un suo assistente aveva fatta diagnosi di infarto intestinale, mentre lui optava per una colecistite, somministrò al suo collaboratore una severa ramanzina per aver fatto un ragionamento fisiopatologico non corretto benché il riscontro chirurgico gli avesse in realtà dato ragione.

Da allora la medicina e in parti-

colare la cardiologia hanno fatto passi enormi. La tecnologia ha messo a disposizione del medico accertamenti che sempre meglio avvicinano alla diagnosi vera e alla terapia più efficace. Oggi siamo in grado di individuare quasi tutte le cardiopatie che hanno una qualche origine genetica e direi tutte quelle che si manifestano dopo, dalle miocardiche alle valvolari e alle coronariche. La morte improvvisa, quasi sempre cardiovascolare, è sempre meglio prevista e tutelata. E per restare nell'ambito della malattia più incidente, la coronarica con il suo temuto infarto, gli accertamenti clinici sono attualmente così specifici e numerosi da doverli selezionare

attentamente onde evitare il terrore psicologico e lo spreco. E così, alla stregua di quel clinico che nelle sue lezioni procedeva dalla base della piramide conoscitiva, oggi alcuni ricercatori (JACC, marzo 2016) hanno segnalato che non solo gli esami mirati sul cuore, ma anche la presenza di lesioni nelle arterie periferiche del collo e soprattutto delle gambe, spesso asintomatiche ma tuttavia indicative di arteriosclerosi, specie se associate al riscontro di calcio nelle coronarie, ci mette in guardia sull'aumentato rischio di infarto e di mortalità cardiovascolare, che, in presenza di tali lesioni, si incrementa rispettivamente del 52 e del 70 per cento.

Ma che fine ha fatto il nostro fantomatico occhio clinico? Sarebbe ingiusto cassarlo brutalmente. In fondo fa parte della storia della medicina, ma soprattutto è l'espressione di quella particolare capacità di sintesi che i cervelli più dotati e allenati sono in grado di realizzare. Auspicabile anche oggi nell'affrontare quella valanga di informazioni, che spesso ci disorienta, nel valutarle meglio, nel ridurre il numero a seconda dei casi, ma soprattutto nell'arrivare prima a curare il nostro malato. Ed è in questo "arrivare prima", che a volte segna la differenza tra la vita e la morte, che riaffiora senza appello e con il suo fascino misterioso il nostro occhio ineffabile clinico.

“

Classifica mondiale di longevità: Italia quinta tra gli uomini e sesta tra le donne

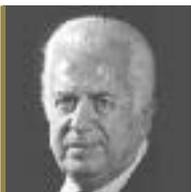
L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha reso noti i dati relativi al 2015 su speranza di vita alla nascita e attesa di vita in buona salute nei 194 Paesi per i quali sono disponibili statistiche sanitarie. A livello mondiale la speranza di vita è aumentata di cinque anni nel quindicennio 2000-2015, l'incremento maggiore dal 1960, raggiungendo 71,4 anni. Il dato statistico, come Trilussa insegna, nasconde però grandi disparità con una prospettiva che supera gli 80 anni nei paesi ad alto reddito mentre scende sotto i 60 nell'Africa subsahariana. Le signore giapponesi (vita media di 86,8 anni) sono gli esseri umani che possono sperare di vivere più a lungo mentre i maschi più longevi sono gli svizzeri (81,3 anni). I più sfortunati sono invece gli abitanti della Sierra Leone (speranza media 50,8 anni per le donne e 49,3 anni per gli uomini).

I dati italiani sono invariati rispetto a quelli del 2014 e pongono il nostro paese al sesto posto della classifica di longevità con una media (maschi e femmine) di 82,7 anni. Le donne, come noto, vivono più dei maschi (84,8 vs 80,5) ma nella classifica per sesso i maschietti si piazzano meglio delle loro compagne (quinto posto per gli uni e sesto per le altre).

F.S.

”





di Ferdinando Cataliotti del Grano

L'occhio clinico e "u rintra fuora"

Sull'occhio clinico esiste una vastissima tradizione orale quasi mai però corredata da puntuali documentazioni.

Va chiarito comunque che per occhio clinico è da intendere la capacità per un medico di formulare una diagnosi di malattia, attingendo unicamente ai classici reperti semeiologici ispettivi rilevati sul paziente, quali specificando: lo stato nutrizionale, la mimica facciale o facies che dir si voglia, l'aspetto degli occhi, il colorito della cute e delle mucose visibili, la idratazione, il tipo di respirazione e, se presente, il tipo di tosse, la postura e, quando possibile, la deambulazione ed il colore delle urine.

Tutto ciò ovviamente, sempre inquadrato con gli elementi scaturiti da una corretta anamnesi, sia remota che recente.

In genere l'occhio clinico era di impiego abituale per il medico condotto di un tempo, che conosceva i suoi pazienti per generazioni e malattie familiari.

Nelle cliniche universitarie poi, l'occhio clinico era appannaggio esclusivo del professore che, abitualmente in corsia sempre scortato da un codazzo di assistenti, elargiva il suo sapere al letto dell'ammalato.

Le vicende narrate risalgono all'inizio del secolo scorso e si svolgono in un istituto universitario di clinica medica, allora allocato in un vecchio ospedale palermitano non più esistente "La concezione". La scienza radiologica faceva allora i suoi primi passi, passi che sarebbero poi diventati, negli anni successivi, corsa tumultuosa.



Comunque il professore, assolutamente convinto della totale affidabilità della semeiologia clinica e soprattutto del suo occhio, prendeva bonariamente in giro il suo giovane radiologo, che aveva iniziato a cimentarsi con le prime radiografie dello scheletro, dell'apparato respiratorio, di quello digerente utilizzando il bario quale mezzo di contrasto.

Parlando quindi di un determinato paziente, per il quale riteneva di avere già formulato una diagnosi esatta, a prescindere dai suddetti reperti strumentali, stimolava il radiologo ad esprimersi: "Rimmi, rimmi, tu chi hai u rintra fuora chinni pensi?"¹.

Un giorno il professore si fermò davanti al letto di un vecchio paziente che era rosso violaceo in volto, la fronte imperlata di sudore, seduto con i gomiti appoggiati sulle ginocchia nella classica posizione ortopnoica. Quasi subito espresse la sua opinione diagnostica: si tratta di una insufficienza respiratoria cronica chiaramente documentata, sia dalla postura assunta dal paziente, sia dalla cianosi del volto, che depone per un'insufficiente ossigenazione del sangue, probabilmente sostenuta da una ridotta effi-

cienza propulsiva del ventricolo destro del cuore. Per alcuni minuti quindi il professore diede sfoggio del suo sapere, parlando della fisiopatologia del cosiddetto cuore polmonare cronico, di fronte ad un uditorio molto attento.

Alla fine della sua lezione estemporanea, il professore pensò bene di gratificare con qualche parola il vecchio paziente, anche perché aveva colto nei suoi occhi, durante la dissertazione, una tacita interrogazione. "Buon uomo come vi sentite? Vedrete che presto starete meglio", lo rassicurò. La sua risposta però suscitò nel professore un forte imbarazzo e negli assistenti una ilarità debitamente mascherata. "Boniceddu", rispose il vecchio paziente e poi continuò: "Viramenti sugnu assittatu supra a pala e staiu cacannu!"².

A conclusione di questa breve fiaba sull'occhio clinico ritengo opportuno formulare alcune considerazioni.

Si parla ormai da molti anni della prossima non sostenibilità economica del nostro sistema di Welfare, da imputare, secondo quanto rilevato dalla spending review, sia alla mancata standardizzazione dei costi del materiale sanitario (esemplificando la siringa in plastica che a Palermo costa 10 volte di più che a Milano) sia all'esecuzione di molte indagini diagnostiche strumentali, spesso economicamente onerose, che si rivelano in seguito totalmente inutili.

Nulla da dire sulla standardizzazione dei costi: penso sia giunto il momento di procedere in modo deciso.

Per gli esami strumentali poi è intuitivo che la loro adeguatez-



¹ "Dimmi, dimmi tu che hai il dentro-fuori che ne pensi?".

² "Benino! Veramente sono seduto sulla pala e sto defecando".



za non possa essere stabilita per legge escludendo il giudizio del medico. Occorre però fare una sincera riflessione a monte. Da tempo ormai, salvo rarissime eccezioni, la semeiologia clinica è stata praticamente sostituita in modo aprioristico dalla semeiologia strumentale.

Per esemplificare, alla palpazione dell'addome si sostituisce un esame ecografico che dovrebbe essere praticato quando effettivamente

necessario. Per fare un paragone calzante ci si comporta come con le intercettazioni telefoniche a strascico, messe in atto per pescare casualmente qualche cosa di illegale e non mirate sulla base di preliminari corrette indagini investigative.

Ne consegue, a mio avviso, la necessità di riaffermare, soprattutto alle nuove generazioni di medici, la indiscutibile validità dell'esame clinico ben condotto prima di adire ad un successivo approfondimento diagnostico strumentale.

La vignetta di Cip



di Filippo Stazi

Quadri e Salute



La dubbia speranza, Frank Holl

La dubbia speranza è un olio su tela dipinto nel 1875 da Frank Holl, pittore inglese nato a Londra nel 1845 da una famiglia di illustratori di forte ideologia socialista. Sin dall'infanzia al pittore fu insegnato che era suo dovere contribuire a cambiare la società e molto del suo lavoro rifletterà questa sua educazione socialista. A 15 anni Frank iniziò a frequentare la Royal Academy e nel 1868 vinse un viaggio studio che prevedeva un giro del continente europeo. Dopo solo due mesi, però, il pittore comunicò dall'Italia che rinunciava al premio perché voleva tornare in Inghilterra e "concentrarsi sul dipingere la semplice e difficile vita domestica dei suoi compatrioti". Nel 1869 Holl entrò nella redazione del settimanale illustrato "Graphic" dove collaboravano anche altri pittori, tra cui Luke Fields, insieme ai quali fondò il cosiddetto movimento dei realisti sociali, artisti che osservavano la vita umana e la società raffigurandola com'era e non come avrebbero voluto che fosse. Van Gogh, nel suo periodo londinese conobbe ed apprezzò molto

le illustrazioni che Holl disegnava per il Graphic tanto da collezionarle tutte.

La prima parte della sua attività pittorica si concentrò su scene di povertà, spesso bambini affamati o vedove piangenti all'interno di modeste abitazioni, in situazioni che agli occhi moderni possono sembrare retoriche e sentimentali ma che erano all'epoca considerati capolavori del realismo sociale. Uno dei suoi quadri fu visto in una mostra dalla Regina Vittoria che cercò di acquistarlo senza però successo a causa del rifiuto del proprietario. Holl dipinse allora un altro quadro di simile soggetto che la Sovrana acquistò per cento ghinee.

Il dipinto *La dubbia speranza* appartiene appunto a questa prima fase dell'opera di Holl. La scena presentata con vivo realismo trasuda sofferenza e desolazione, accentuate dalla cupezza dei colori impiegati. La madre affranta dal dolore e dalla stanchezza stringe a sé, con apparente rassegnato fatalismo, il figlio malato. Contrastano con tale immagine i due farmacisti sullo sfondo che, quasi indiffe-

renti della donna, trafficano con i loro alambicchi per offrire quella dubbia speranza che dà il titolo all'opera. Il quadro è conservato alla Forbes Magazine Collection di New York.

Nel 1878 un ritratto presentato da Holl venne premiato alla Royal Academy e come conseguenza il pittore ricevette numerose commissioni da ricchi soggetti che volevano essere da lui raffigurati. Frank, che nel frattempo si era sposato e doveva mantenere la famiglia, decise quindi di concentrare la sua attività su tali ritratti. Questa scelta finanziariamente di successo fu però disastrosa dal punto di vista personale. Il tentativo di combinare l'attività ritrattistica, realizzata a fini commerciali, con i quadri che il suo impegno sociale gli imponeva comunque di continuare a dipingere, portò Holl a lavorare sette giorni su sette senza mai riposarsi. Il fisico, già fragile di suo, non resse tali ritmi e la conseguenza fu la morte prematura nel 1888 a soli 43 anni, attribuita, appunto, da familiari e amici all'eccesso di lavoro.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Sesso dopo l'infarto

Mio marito ha avuto un piccolo infarto nel febbraio del 2012, all'età di 52 anni. Attualmente assume atorvastatina, un ACE-inibitore, idroclorotiazide, metoprololo e un antiaggregante piastriatico. La sua attività sessuale è praticamente nulla, pur essendo sereno ed attivo nella sua vita normale. Tali farmaci interferiscono in tal senso? Cosa è consigliabile?

Grazie.

Fabiana S., Pescara



RISPOSTA

Gentile Signora Fabiana,

la ringrazio della sua lettera, che affronta un argomento di interesse per molte altre persone, spesso reticenti ad affrontare problemi personali e piuttosto scabrosi. Complimenti quindi per la sua "laicità". Mi scusi per la sboccataggine che mi viene di getto, ma credo vada premesso un adagio veneto, "el c.... no vol pensieri", nel quale la semplicità popolare sintetizza la psicologia del maschio che si ritiene menomato da una malattia e che pensa di non dover sottoporre l'organo malato, il cuore, ad uno sforzo, e quindi si blocca. Conclusione senza alcuna base scientifica peraltro, poiché lo sforzo in questione, il rapporto sessuale, è relativo se consideriamo la sua comparazione in diversi studi cardiologici a quello del salire due rampe di scale. Naturalmente le rampe e la velocità di salita cambiano se uno pratica il cosiddetto sesso sfrenato, ma questo è un privilegio di pochi e di altra età. Un fattore piuttosto che si inserisce nella psicologia di molti influenzandola è quello della morte improvvisa durante l'amplesso, documentata anche dalla cronaca e dalla letteratura, ma fortunatamente rara e che colpisce quasi solo coloro che non sanno di essere cardiopatici e inconsapevolmente "vanno allo sbaraglio". Il cardiopatico invece e l'infartuato in particolare sono ben valutati dallo specialista per qualsiasi rischio, anche con il test ergometrico o prova da sforzo, il quale è certamente più preciso delle rampe di scale e può rassicurare ampiamente il paziente, anche il più apprensivo.

La terapia che è stata prescritta a suo marito è quella corretta in tali casi. L'unico farmaco che può interferire con l'erezione è il beta-bloccante, il metoprololo. Il suo cardiologo potrebbe valutare l'opportunità della sua riduzione nella dose o anche la sospensione. Credo però che l'ostacolo maggiore, vista la relativa giovane età, sia un eventuale blocco psicologico e in tal caso uno specialista potrebbe dare l'aiuto necessario. Infine, fortunatamente, suo marito non assume nitroderivati, gli unici farmaci che ostano contro l'uso del sildenafil (viagra e derivati) che potrebbe sbloccare la situazione attuale, concordando però il tutto con il suo cardiologo.

Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo



DOMANDA

Quale apparecchio della pressione acquistare nei pazienti con aritmie?

Devo misurare la pressione frequentemente con precisione ed affidabilità. Da un vostro articolo ho letto che gli apparecchi elettrici usano il sistema oscillometrico che non vanno bene per chi ha aritmie ed extrasistole. Volevo acquistare un modello elettronico ma entrambi i modelli che avrei scelto usano il metodo oscillometrico. Da quanto ho capito non vanno bene per il mio caso anche se validati. È corretta la mia interpretazione? Grazie.

Luca B., Verona

RISPOSTA

Gentile Sig. Luca,

Lei tocca, in effetti, un tema delicato, anche perché il termine "aritmie" copre un ventaglio di condizioni che vanno da quelle che i vecchi clinici francesi avevano battezzato come «i capricci innocenti del cuore», fino a condizioni patologiche talora gravi e persino potenzialmente letali. In questa risposta ci sembra conveniente limitarci alla extrasistolia e alla fibrillazione atriale.

Extrasistolia - Anche qui sono necessari due distinzioni fondamentali: di sede (extrasistoli sopraventricolari e ventricolari), che però non riguarda il nostro tema, e di numero, che invece è d'im-

portanza cruciale. Sotto quest'ultimo aspetto le extrasistoli possono essere isolate, a coppia, in triplette o anche raccolte tutte in brevi sequenze.

Perché possano significativamente interferire con la misurazione della pressione devono comunque essere abbastanza numerose da disturbare la procedura durante la sua durata effettiva (gonfiaggio e sgonfiaggio del bracciale) cioè in un arco di tempo di circa mezzo minuto primo. È evidente che qualora si segua la buona regola di effettuare sempre almeno due misurazioni della pressione, a distanza di qualche minuto l'una dall'altra l'eventuale disturbo da parte di extrasistoli rare o comunque isolate diviene trascurabile. Se poi una sequenza di extrasistoli avesse coinciso con una misurazione ci basterà effettuarne ancora una o due per assicurarsi su quale sia il valore corretto della pressione.

Fibrillazione atriale - In questo caso ci troviamo di fronte ad una perdita totale del normale susseguirsi delle sistole ventricolari e quindi delle pulsazioni arteriose: gli antichi la definivano *folia cordis*. Anche in questo caso, però, escludendo le fibrillazioni ad alta frequenza che, ovviamente, vanno corrette con gli opportuni interventi, negli altri casi l'interferenza non è tale da impedire che, con ripetute determinazioni, non si possa stabilire un valore affidabile della pressione arteriosa.

Ad ogni modo la misurazione della pressione arteriosa in pazienti con aritmie significative presenta problemi che, se da un lato non possono essere completamente superati, dall'altro non impediscono l'impiego di misuratori automatici oscillometrici, purché si ricorra ad almeno tre misurazioni. Si potranno avere così valori attendibili di pressione sistolica (o massima), mentre i valori diastolici (della minima) risultano spesso lievemente più alti del reale. Anche con l'uso di strumenti di tipo auscultatorio (come il classico Riva-Rocci, oggi fuori uso perché a mercurio), la situazione non era migliore.

Per concludere, il nostro gentile corrispondente può tranquillamente acquistare un apparecchio automatico oscillometrico tenendo presente di:

- Misurare la pressione sempre a riposo e lontano dai pasti e dall'assunzione di caffè o tè e del fumo (che andrebbe comunque abolito), che sono spesso fattori favorenti per le extrasistoli;
- Effettuare sempre non meno di tre misurazioni a distanza di almeno due minuti l'una dall'altra;
- Avere attenzione alla propria salute è cosa buona, purché si sia capaci di occuparsene senza preoccuparsene.

Cordiali saluti.

Vito Cagli

“

Berlusconi si riabilita

Negli anni '70 un noto cardiologo veronese volle verificare se la riabilitazione dei pazienti reduci da un infarto o da interventi chirurgici al cuore migliorasse il loro futuro e la loro performance. Tale iniziativa era allora affidata soprattutto al ripristino delle funzioni fisico-motorie, dato che ancora non si insisteva adeguatamente sulla prevenzione e sui cambiamenti dello stile di vita. Stava nascendo la cardiologia riabilitativa che prospettava grandi speranze per i malati e anche per le strutture specialistiche, ma con una non trascurabile preoccupazione dei costi che tali reparti e il personale sanitario destinato all'uso avrebbero comportato. I risultati di quella verifica veronese furono deludenti, la riabilitazione, detto brutalmente, non serviva a nulla, i pazienti stavano bene o si complicavano con lo stesso rischio, sia se vi erano avviati o rimandati al loro domicilio. Credo che l'autorità del Prof. Arrigo Poppi, primo firmatario di quell'indagine, abbia frenato lo sviluppo della nuova branca della cardiologia, almeno nella nostra regione, ma non lo ha certamente arrestato visto che oggi utilizziamo molte di quelle strutture e per molti cardiopatici. Non solo gli operati di bypass o di valvole, come Silvio Berlusconi, ma anche gli infartuati e gli insufficienti cardiaci.



Oggi la riabilitazione cardiologica di questi pazienti è costituita di molte più cose oltre alla semplice palestra, sia pure controllata dalle macchine e dal personale attento. Vi si valutano per bene anche le condizioni cliniche del paziente, si tenta di dargli alcune nozioni su come funziona la nostra circolazione, gli si fa una specie di lavaggio del cervello sulla prevenzione e sui fattori di rischio, specie il fumo, la dieta, il peso e l'attività fisica. Con risultati che sembrano soddisfacenti a giudicare da quanto si riferisce ai congressi e dalle inchieste sui malati, ma che lasciano qualche perplessità sulla loro effettiva necessità e sui costi. Ci si chiede in particolare se, tranne casi particolari, si potrebbero avere gli stessi risultati lasciando al medico di famiglia e ai molti libretti le raccomandazioni sullo stile di vita e sull'attività fisica che quei malati possono fare a casa propria con cyclette, tapis roulant, automisurazioni della pressione e del battito cardiaco. Lasciando magari i riabilitatori "strutturati" a compiti più urgenti.

Se lo domandano anche alcuni illustri specialisti sulla rivista *Circulation* di maggio 2016 a proposito degli operati di bypass, e ne chiedono il parere a Niebauer dell'Università di Salisburgo, che fa la parte del favorevole alla riabilitazione ospedaliera, e a Mendes di Lisbona, che sostiene invece il contrario. Il primo sottolinea che sia nel Nord-America che in Europa non ci sono strutture riabilitative sufficienti a soddisfare le linee-guida emanate dalle Società Cardiologiche, allo scopo non solo di riparare i danni al cuore, di seguire meglio l'effetto dei farmaci, di attuare un'opera di convinzione per smuovere una popolazione che per due terzi è incorreggibilmente sedentaria, ma anche di far ritornare al lavoro i pazienti nel più breve tempo possibile. Il portoghese invece sostiene che le raccomandazioni dei programmi riabilitativi dopo bypass non sono provate nella loro efficacia in particolare per quanto riguarda la diminuzione della mortalità per eventi cardiovascolari. Manca insomma l'evidenza della loro utilità.

Dai tempi dell'inchiesta menzionata all'inizio sono passati più di 40 anni ma a tutt'oggi non si sono raggiunte certezze sul rapporto costo/beneficio delle riabilitazioni post-chirurgiche o post-infarto, e il Prof. Poppi, mancato per una complicità da lui stesso paventata durante la riabilitazione di un intervento, non ha ancora motivo di rigirarsi nella tomba.

Eligio Piccolo

”



di Bruno Domenichelli

“Guernica”: una profezia rifiutata

“Urla di bambini, urla di donne, urla di uccelli, urla di fiori, urla di alberi e di pietre, urla di tegole, di mobili, di letti, di sedie, di tende, di tegami, di gatti e della carta, urla degli odori che cercano di afferrarsi l’un con l’altro, urla del fumo che colpisce alle spalle, urla che cuociono a fuoco lento nella grande conca e della pioggia di uccelli che inondano il mare.”

Sono parole di una poesia di Pablo Picasso, scritte all’inizio del 1937, quando già la guerra civile insanguinava le strade della Spagna. Parole che non costituiscono una patologica follia visionaria di un artista in preda a uno scomposto sgomento per un drammatico avvenimento che aveva da poco seminato orrore in tutto il mondo, ma la lucida consapevolezza di un uomo straziato dalla bestialità disumana perpetrata a tradimento contro innocenti popolazioni civili, annientato dalla maledizione dell’ombra rossa di Caino che grava su un’umanità che per sopravvivere sembra aver bisogno di nutrirsi dei genocidi che ricorrono periodicamente nella storia.

Il 26 aprile 1937, il cielo della pacifica cittadina basca di Guernica era stato improvvisamente oscurato da stormi di bombardieri nazisti, inviati a scopo intimidatorio a supporto del generalissimo Franco, che si era arrogato la “missione” di “difensore della civiltà occidentale”. In un festoso giorno di mercato, gli aerei avevano semidistrutto la città con bombe incendiarie. La popolazione civile che fuggiva per le campagne fu poi decimata da un secondo stormo di caccia che a volo radente mitragliarono i superstiti. Il giorno successivo furono contate fra le mille e le duemila vittime, secondo le diverse stime. Si era consumato così uno degli episodi più atroci della guerra civile spagnola. Dalla mente straziata di Picasso, prese allora forma in due mesi una delle composizioni più tragiche della storia dell’arte, il cui titolo è quello del-



Fig. 1
Pablo Picasso. Guernica
(1937)
 Le immagini di “Guernica” non tendono alla raffigurazione di uno specifico episodio storico, ma assumono la valenza eterna del Mito, di metafora senza tempo né luogo della sofferenza dell’uomo indotta dalla malvagità dei suoi simili.

la cittadina basca distrutta: Guernica. L’eco dell’urlo universale che era risuonato nei versi apparentemente folli della poesia di Picasso si coagulò in immagini tragicamente indimenticabili.

Dopo quasi cinquant’anni, l’uomo sul ponte, raffigurato da Edvard Munch, sembrava finalmente aver preso coscienza dei motivi del suo grido disperato, il cui eco si dilatava a ondate attraverso l’universo. I suoi incubi profetici, i cui motivi erano forse a lui stesso sconosciuti, si erano materializzati nelle forme orribili di morte e di mostruosità immortalate in “Guernica”.

Parole e immagini si caricano nell’opera di Picasso di valori profetici, come avviene spesso nella grande arte, alla luce delle atrocità che avrebbero caratterizzato di lì a poco la tragedia della seconda guerra mondiale. La gigantesca composizione di “Guernica” (oltre sette metri per tre), fu esposta all’Esposizione Universale di Parigi, come metafora eterna della violenza dell’uomo sull’uomo, affinché le fu-

ture generazioni potessero per sempre avere materiale per potersi vergognare di noi e della nostra epoca. Ancora una volta, attraverso la valenza profetica dell’Arte, la Storia avrebbe tentato, invano, come vedremo, di ammonirci. O almeno di non renderci complici indifferenti dell’intrinseca crudeltà della natura umana.

Purtroppo “... il sacrilegio più terribile è rassegnarci alla condanna ineludibile dell’ombra di Caino...” e “rapida dilegua la memoria di scientifici stermini, voragini impietose ciclicamente scavate nei millenni, per cancellare dalla storia popoli colpevoli solo di esistere...”

“Guernica”: mito e profezia

Le immagini di “Guernica”, nelle intenzioni di Picasso, vanno oltre la raffigurazione cronachistica od aneddotica di un singolo episodio storico, per assumere la valenza eterna del Mito, come espressione geneticamente impressa nei cromosomi immutabili dell’umanità, delle pulsioni distruttive

che periodicamente esplodono nella storia dell’uomo, riversandosi, come tsunami immensi di sangue, sulle spiagge popolate della Storia, Mito che connota la bestialità di cui l’uomo può rendersi capace, nel volto tremendo del Minotauro e che si esprime nello strazio della madre che tiene fra le braccia la sua creatura uccisa dall’odio, o nella disperata invocazione di un uomo che eleva al cielo la sua estrema richiesta di aiuto. Un mito che ci ammonisce, metafora senza tempo né luogo, di ogni sofferenza umana voluta dall’uomo. In “Guernica”, Picasso si fa testimone impietoso delle atrocità dei suoi contemporanei, ma nel contempo riepiloga ogni evento crudele della Storia che ciclicamente emerge dal magma sotterraneo della malvagità dell’uomo: dai sacrifici umani dall’alto delle piramidi incaiche ai genocidi immondi perpetrati in nome di dei o di ideologie perverse, fino alle folle oceaniche osannanti il dittatore di turno, perversamente impe-

gnato nella dominazione cieca di popoli sottomessi votati allo sterminio, favorevole terreno per l'emersione nella Storia del buio che abita il fondo dell'anima.

Con "Guernica" Picasso esce dal proprio tempo per costruire intuizioni di futuro. Una visionarietà profetica resa talora possibile dalla particolare sensibilità dei grandi artisti che, come li rende capaci di leggere nel cuore della realtà quotidiana, ne consente la preveggenza delle possibili tendenze del domani.

Un artista è spesso sacerdote inascoltato del futuro. Come Laocoonte, sacerdote di Apollo e di Poseidone, i cui ammonimenti disperati non riescono a salvare Troia dall'inganno del cavallo. Due serpenti usciti dal mare soffocano il vano vaticinio di Laocoonte facendone rifiutare la profezia e condannando Troia.

In una gelida giornata dell'inverno del 1506, Michelangelo Buonarroti, a Roma per la Sistina, viene casualmente chiamato ad essere testimone del ritrovamento del gruppo marmoreo del Laocoonte in un orto nei pressi del Colosseo. Dicono che Michelangelo rimanesse impressionato dalla bellezza della scultura, tanto da modificare il suo stile nel rappresentare nel Giudizio Universale il destino dei dannati e degli eletti. Profezie escatologiche sul destino di ogni uomo, riepilogate, al centro della parete, dall'inappellabile gesto giudicante di Cristo. Ancora una volta la grande Arte proponeva all'uomo profezie sul suo destino, delle quali peraltro non sembra che l'uomo abbia fatto tesoro nel corso della storia dell'umanità,

Laocoonte, Michelangelo, Picasso: profezie suggerite dall'Arte trop-

po spesso inascoltate dall'uomo. La Storia dell'arte ci propone talora messaggi subliminali, tessendo reti sottili di analogie, sotto forma di segni cifrati di "saggia follia". Se riusciremo a decifrarli e ad apprenderne il messaggio, la nostra storia potrebbe forse evitare il fatale e tragico ripetersi del ciclo di sacrilegi perpetrati dai popoli contro altri popoli, di null'altro colpevoli se non di essere considerati "diversi", nella difesa della sacralità della vita.

Guernica; una profezia rifiutata

Il 5 febbraio 2003 il Segretario di Stato USA Colin Powell si apprestava a tenere al Congresso Generale dell'ONU il discorso con cui avrebbe annunciato la dichiarazione di guerra all'Iraq, reo della colpa, poi dimostratasi infondata, per ammissione dello stesso Powell nel 2013, del possesso di "armi di distruzione di massa".

Sulle pareti del corridoio antistante alla Sala del Consiglio di Sicurezza dell'ONU da qualche anno, campeggiava, a dimensioni originali, un grande arazzo con la riproduzione di "Guernica", implicito monito ai delegati a ricordarsi, al momento di prendere decisioni, delle atrocità



Fig. 2
Pablo Picasso. Guernica
(particolare)
Lo strazio di questa madre, che tiene fra le braccia il corpo senza vita della figlia, si presenta come immagine profetica delle mostruosità di tutte le guerre. L'unica possibilità di riscatto è l'ammonimento del ricordo.

inevitabili della guerra.

Ma che effetto avrebbe fatto la dichiarazione di guerra di Powell, letta di fronte al perentorio ammonimento alla pace di Picasso? La visione di "Guernica" avrebbe avuto forse un "pericoloso" effetto dissuasivo sui delegati o ne avrebbe comunque illuminato le decisioni? Probabilmente, se sullo sfondo delle parole solenni di Powell si fosse potuto intuire l'urlo delle vittime innocenti di Guernica e il pianto della madre con il figlio ucciso in braccio, la Storia avrebbe preso una strada diversa, invece di approvare il rituale periodico massacro di uomini di ogni nazione in Iraq, scongiurando il pericolo di vedere per decenni un medio-oriente in fiamme!

Profezie urlate dall'Arte, che anche noi, uomini del terzo millennio dovremmo imparare a decifrare!

Il problema dell'ingombrante presenza della composizione di Picasso fu però presto risolto, togliendo Powell dall'imbarazzo, ricoprendo provvisoriamente "Guernica" con un grande telo azzurro! Ogni possibile influenza del delegato era stato così esorcizzato, anche se fra il ridicolo e le critiche generali. Il portavoce dell'ONU addusse generici



Fig. 3
Pablo Picasso. Guernica
(particolare)

Picasso si fa testimone impietoso delle atrocità dei suoi contemporanei, uguali in tutte le guerre del mondo, nell'immagine di quest'uomo che alza le braccia al cielo in un'estrema invocazione di aiuto.

“motivi artistici”, invocando pretestuosamente un risibile effetto di confusione visiva che sarebbe stato indotto dal succedersi di spazi bianchi e neri.

Sembra che altri abbiano sostenuto che non sarebbe stato nello stile dell'ONU che un Segretario di Stato USA parlasse sullo sfondo di un “sedere di cavallo”! E la guerra contro l'Iraq ebbe inizio! Ancora una volta le profezie suggerite dalla preveggenza visionaria dell'Arte erano state rifiutate! Ancora una volta i serpenti marini fatti emergere dal mare dai “benpensanti” avevano soffocato il grido profetico di Laocoonte.

Se la motivazione addotta dal portavoce dell'ONU non fosse ridicola, varrebbe la pena di ricordare le ben più tragiche persecuzioni di Hitler e di Stalin con-

tro gli artisti contemporanei e la loro “arte degenerata”, in un collettivo e lucido delirio paranoico che esprimeva l'inconsapevole ma reale convincimento dei dittatori che in qualche modo la Bellezza, il potere divinatorio della grande Arte e le sue potenzialità di favorire la consapevolezza degli individui, potessero strappar loro dalle mani l'oscuro potere di un perverso condizionamento dell'umanità, contrastando l'indottrinamento di interi popoli.

“La Bellezza salverà il mondo”, fa dire Dostoevskij al principe Miskin nell'Idiota. Ma ancora una volta la miopia dell'uomo, questa volta espressa dalla più alta Autorità mondiale, aveva rifiutato la Bellezza dell'Arte e con essa il suo potenziale messaggio di pace e di salvezza!



di Paola Giovetti

Angelo Fortunato Formiggini, editore modenese, "uno dei meno noiosi uomini del suo tempo"



Angelo Fortunato Formiggini

La ricorrenza dei 70 anni di fondazione della Repubblica Italiana porta a interrogarsi sulle sue fondamenta e sulle persone e i fatti che vi hanno contribuito. Riflessione che invita a confrontarsi con un personaggio troppo poco ricordato ma che merita attenzione, rispetto e simpatia: Angelo Fortunato Formiggini, editore modenese.

Chi a Modena si sofferma ad ammirare la Ghirlandina, la bellissima torre di quel capolavoro che è il suo duomo romanico, vedrà sul muro del palazzo adiacente una lapide con una scritta che porta come titolo *Al tvajol ed Furmajin*, il tovagliolo di Formaggino. Ecco il testo che riassume tutta una vita:

*Così chiese a Modena che venisse chiamato il piccolo spazio
che c'è tra la Ghirlandina e il monumento al Tassoni*

Angelo Fortunato Formiggini

accingendosi a testimoniare con il suicidio

l'assurdità delle leggi razziali.

Nel cinquantesimo anniversario di quel tragico evento

i modenesi, esaudendo il desiderio del geniale editore concittadino,

ne accolgono il messaggio antirazzista

e ricordano alla coscienza civile degli italiani

l'infamia del regime che promulgò le leggi razziali.

Modena 29/11/1938

Modena 29/11/1988

Ma chi è stato Angelo Fortunato Formiggini?

Nato nel 1878 a Modena in una famiglia ebraica di vecchia data, con molti rami divenuti cattolici, il giovane Formiggini si adoperava presto per un riavvicinamento tra la razza ariana e quella semita, tanto da farne il tema della sua tesi di laurea. Frequenta il liceo Galvani di Bologna e si mette subito in luce per vivacità, arguzia, burloneria. Scrive in questo periodo *La divina farsa*, ovvero la *Discensione ad inferos di Formaggino da Modena*, parodia dantesca di studenti, professori e bidelli. Risultato: viene espulso dall'Istituto e per 40 giorni da tutti i licei d'Italia. Difeso dagli amici e dai compagni, diviene famoso perché la notizia appare su tutta la stampa regionale e anche su "Avvenire". Torna a Modena e riprende gli studi al Liceo Muratori. Questo il suo esordio letterario. Studia poi giurisprudenza a Bologna, e sono anni spensierati di goliardia, ma anche di studi seri e profondi. È animatore di circoli artistici e letterari. In quegli anni all'università di Bologna insegnano letteratura Giosuè Carducci e poi Giovanni Pascoli, dei quali Formiggini certamente seguì le lezioni. In seguito si laureò anche in lettere e filosofia a Roma. Qui conosce Emilia Santamaria, che divenne sua moglie, compagna dolce e discreta di una vita, e poi gelosa custode della memoria del marito. Dal matrimonio non nacquero

figli ma ne fu adottato uno. Intanto Formiggini prende la terza laurea in filosofia morale con una tesi sulla "filosofia del ridere": quel riso che, scrive, "costituisce il più caratteristico sigillo dell'umanità".

Completati finalmente gli studi, sceglie la carriera di editore, prima a Bologna poi a Modena. Il suo primo volume come editore è un omaggio alla sua città: *Miscellanea Tassoniana*, raccolta di monografie su Tassoni, autore del poema eroicomico *La secchia rapita*, scritte dagli ingegni più forti del tempo. La presentazione è di Giovanni Pascoli, che scrive: "E grazie sieno al raccoglitore sapiente e munifico editore di questo libro...Egli è il filosofo del riso, e del riso, proprio dell'uomo come il pianto, egli suol ragionare eloquente, con la sua lunga e bruna faccia malinconica". For-





miggini è dotato di un gusto del tutto naturale per l'eccentrico e il comico, ha conservato sempre la dimensione goliardica e dialettale, ha fatto sua la carica filosofica e letteraria del ridere: il riso come socialità, saggezza che supera ogni confine.

Comincia intanto a pubblicare *I Profili*, biografie a firma di ottimi studiosi, dedicati a personaggi come Botticelli, Darwin, Esiodo, Gaspara Stampa e tanti altri. Nel 1910 si trasferisce a Genova, città di più ampio respiro, e qui inizia la pubblicazione de *I classici del ridere*, cominciando dal *Satyricon* di Petronio Arbitro. Tra il 1912 e il 1938 sono ben 105 i volumi pubblicati: Boccaccio, Apuleio, Esopo, Rabelais, Voltaire, Swift e tanti altri. Una edizione specialissima è dedicata ad Alessandro Tassoni.

Poi il primo conflitto mondiale: al quale, da tranquillo pacifista che aborre la guerra, Formiggini partecipa: con la fierezza

della gente della sua terra parte volontario. Alla ripresa delle attività si trasferisce a Roma in una bella casa/ufficio sul Campidoglio; qui dà inizio alla collana *L'Italia che scrive*, bibliografia fresca e vivace della produzione editoriale italiana. Anni di grande attività, di intenso fervore creativo. Difficili i rapporti di Formiggini con Mussolini e con Giovanni Gentile, ministro dell'Istruzione del governo Mussolini, per il suo signorile e insopprimibile spirito di libertà.

Pubblica in questi anni, oltre ai *Profili*, anche le *Medaglie*, ritratti di personaggi contemporanei ancora viventi: D'Annunzio, Turati, Gorkji, Papini, Marinetti, Trilussa, Gandhi, Papa Ratti. Anche Mussolini. Ma i tempi si fanno sempre più difficili e il 27 giugno del 1938 Formiggini apprende che la commissione per lo studio della razza ha concluso i suoi lavori formulando teorie razziste e

ha dato inizio alla campagna razzista, "per compiacere l'alleato germanico". Formiggini capisce che per sé e la sua azienda è la fine e pronuncia "la dura sentenza contro se stesso", Sono mesi terribili fino a novembre, sperando che tutto si possa risolvere, che il brutto sogno svanisca.

Purtroppo non è così.

Per chiudere sceglie in base alla sua "inossidabile modeneseità", si getterà dalla Ghirlandina, lui che ha avuto "Modena sempre in-t-al-cor", lui che è tornato a Modena ogni anno per rivedere la sua amata città e gli amici di sempre. Alla Ghirlandina il 21 agosto rivolge versi toccanti:

*Ghirlandina - Ghirlandeina dam un còcc
pr'ajutarme a fèr al bocc!
I diran: cosé 'so fagot? To! L'è al pover Furmajot
Un mudnes ed qui ed via,
che, ormai, a-n va più via!
(Ghirlandina, Ghirlandina, dammi una spinta
per aiutarmi a fare il botto.
Diranno: cos'è questo fagotto?
To', è il povero Furmajot
un modenese di quelli di via
che ormai non va più via)*

La situazione precipita: il 17 no-

vembre il governo fascista emana i “Provvedimenti per la difesa della razza italiana”: agli israeliti è vietato frequentare le scuole, esercitare la professione di insegnante, prestare servizio nell’esercito, frequentare locali pubblici e soprattutto far conoscere il proprio pensiero attraverso la stampa.

È il momento di attuare il progetto. Il 27 novembre Formiggini acquista un biglietto di sola andata e va a Modena. Cena con cotoletta ai tartufi e lambrusco, va al teatro Storchi, dorme “meglio del solito”, scrive una lettera alla moglie, si avvia verso la Ghirlandina. A un amico che incontra proprio lì sotto dice: “Salgo lassù per le scale, scenderò dall’esterno, sarà meno gravoso!”: il tono è così scherzoso che l’amico pensa a una delle famose battute dell’editore.

Poi il destino si compie: gridando “Italia! Italia! Italia!” Formiggini si lancia nel vuoto e piomba in quello che volle fosse chiamato “al tvajol ed Furmajin”, il tovagliolo di Formaggino.

Il suo desiderio che il tragico gesto abbia ampio risalto non è esaudito; i giornali ricevono l’ordine di non parlarne, di non accettare necrologi. Se ne occuperà invece ampiamente la



stampa estera. Il funerale, che il regime avrebbe voluto fosse fatto di notte, per le accese proteste della moglie e degli amici avviene di primissimo mattino, con molti poliziotti di controllo, la cremazione il giorno stesso, la sepoltura nel cimitero modenese di San Cataldo.

Nel pomeriggio del giorno del funerale Emilia Santamaria si reca dal direttore della Biblioteca Estense, conte Gnoli, e gli conferma la donazione alla Biblioteca del frutto del lavoro del marito editore. Una lapide posta nella sala d’ingresso della Biblioteca così lo ricorda:

*Angelo Fortunato Formiggini, editore in Roma
modenese di sette cotte,
uno dei meno noiosi uomini del suo tempo,
nominò erede dei suoi archivi e della sua Casa del Ridere
la Biblioteca Estense, che con questa epigrafe
da lui stesso dettata
ne tramanda ai posteri il cordiale ricordo.*

Va aggiunto che per molti anni il fondo della donazione Formiggini non fu toccato. Fu Ernesto Milano, direttore della Biblioteca Estense, a farlo nel 1978, e a dare al prezioso materiale una collocazione degna. Poi nel 1980 fu organizzato a Modena un convegno interamente dedicato a Angelo Fortunato Formiggini. Il dr. Milano è anche autore di una pregevole biografia di Formiggini: *Angelo Fortunato Formiggini* (Luisè Editore, Rimini 1987)

“

Dammi il 5

Secondo il centro americano per la prevenzione e il controllo delle malattie le regole d'oro per prevenire malattie di cuore, tumori e altre malattie croniche sono cinque. Non fumare, fare attività fisica regolare, bere con moderazione o non bere affatto, mantenere il peso forma e dormire almeno sette ore a notte. Nulla di nuovo. Tutti lo sappiamo e tutti lo facciamo. O no? In realtà no!

Gli americani, che i numeri li hanno sempre in mente, sono andati infatti a vedere i dati del 2013 relativi a 400.000 individui per calcolare quanti di questi rispettassero tutte e cinque le regole. Il risultato, come al solito, è stato sconcertante. Solo il 6% della popolazione

osservava tutte e 5 le regole auree. Oltre oceano il tallone d'Achille, neanche a dirlo, è la bilancia. Con due terzi della popolazione sovrappeso o francamente obesa. Un po' meglio, ma sempre molto al di sotto dell'auspicabile, l'aderenza alle altre prescrizioni con l'81% del campione che non fumava, il 64% che riposava almeno 7 ore a notte e il 50% che praticava attività fisica regolare. Solo il 32%, come detto, aveva un normale indice di massa corporea che ricordiamo essere il numerino magico che, tenendo conto di altezza e peso, stabilisce i criteri di normopeso, sovrappeso ed obesità.

In Italia, dove i numeri sono meno amati che nel mondo anglosassone forse perché ci costringerebbero ad un rigore oggettivo che spesso rifugge dalla nostra mentalità, non sappiamo esattamente come stiano le cose ma è verosimile che i dati siano migliori rispetto a quelli americani, in virtù della nostra migliore alimentazione, ma solo di poco.

Il bicchiere ognuno lo può vedere come vuole: mezzo pieno o mezzo vuoto. Tanti sforzi sono stati profusi ed ancora tanto cammino è da percorrere nella strada della prevenzione ma questo non deve essere un alibi per mollare la presa e per smettere di diffondere, anche attraverso le pagine di questa rivista, il messaggio che la migliore terapia parte dalla prevenzione.



F.S.

”

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

Aldo Giusti L'Aquila

Eligio Piccolo Mestre (Ve)

Carmen Sciuto D'Arrigo Roma





di Aldo Di Giulio

SMOG: non solo polveri fini e ozono ma anche biossido di azoto

L'articolo *Il cuore al tempo delle polveri sottili* a firma del Dr. Filippo Stazi sul n.1-2/2016 di Cuore e Salute riflette l'interesse dell'opinione pubblica nei giorni degli **stati acuti** della qualità dell'aria, quelli dovuti ai superamenti giornalieri delle polveri fini, PM10, avvenuti il mese di dicembre 2015 in modo prevalente nei grossi centri urbani, Pianura Padana, Roma, Milano, Torino. Tale stato dell'aria è favorito da alta pressione, con temperature anomale, maggiori rispetto alla media stagionale fino a 10 °C, ridotta ventilazione, condizione favorevole all'accumulo degli inquinanti al suolo. In realtà dovremmo interrogarci se le misure di prevenzione igienico-sanitarie, in primo luogo la riduzione severa del traffico privato, non dovrebbero interessare la collettività non solo in periodi limitati ma per tutto l'anno.

Anche se l'Agenzia Europea per l'Ambiente, nel rapporto *l'Ambiente in Europa 2015*, segnala i miglioramenti registrati in questi ultimi 40 anni, l'inquinamento atmosferico continua infatti a contribuire in parte all'incidenza di cancro ai polmoni e alle malattie respiratorie e cardiovascolari in Europa (WHO,2006,2013b; IARC, 2012,2013). L'esposizione della popolazione europea diventa ancora più evidente quando si confrontano le stime di esposizione per gli inquinanti regolamentati (EEA, 2014) con le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità per la qualità dell'aria (WHO, 2006), che sono più rigorose degli standard per la qualità dell'aria dell'UE. In Fig 1 sono riportati a titolo di esempio il numero dei superamenti di PM10,

registrati su Roma dalla rete regionale di inquinamento atmosferico di ARPA LAZIO.

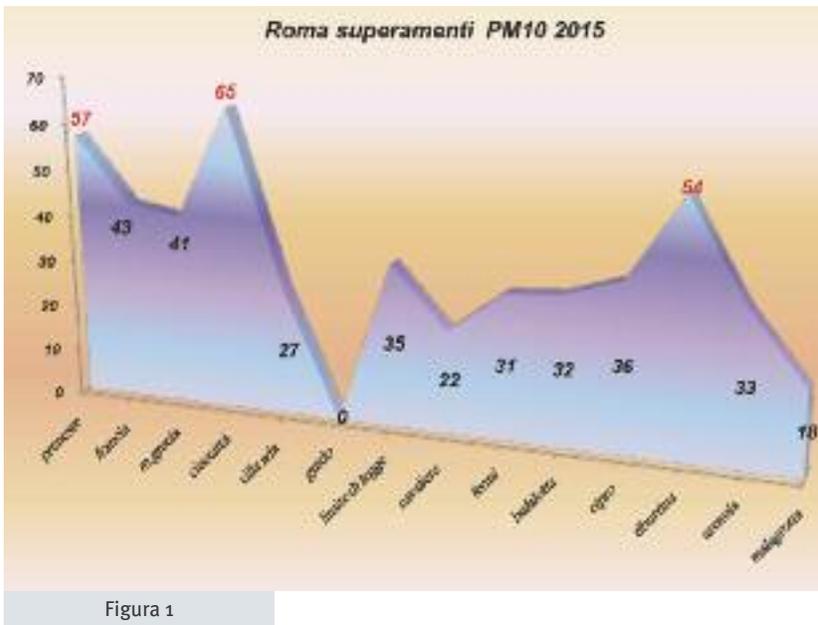


Figura 1

Secondo il Dlgs 155/2010, la concentrazione di polveri fini PM10 in aria ambiente, $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, non può essere superata per oltre 35 giorni in un anno solare. Risulta evidente che per le polveri fini, PM10, le criticità maggiori risultano nel territorio sud-est della capitale, con i siti di Cinecittà (65 superamenti/anno), Preneste (57) e Tiburtina (54). Guido, con 0 superamenti di PM10 rappresenta la realtà della tenuta agricola di Castel di Guido a nord di Roma che beneficia dei venti che spirano dal litorale marino. Emblematica la realtà di Arenula sita nel cuore del centro storico dell'Urbe, ove nonostante si sia in una zona a traffico limitato (ZTL), si rilevano 33 superamenti di PM10, a ridosso cioè dei limiti consentiti (35). La distribuzione diversa delle polveri fini, PM10, registrata nei diversi punti della capitale dipende, in modo prevalente dalla natura del PM10, un aerosol, ovvero particelle liquide e solide disperse in aria che tendono a rimanere sospese. Ricordiamo che per le polveri fini, ai fini degli effetti sulla salute, nonostante i limiti di legge, non è stata ancora stabilita una

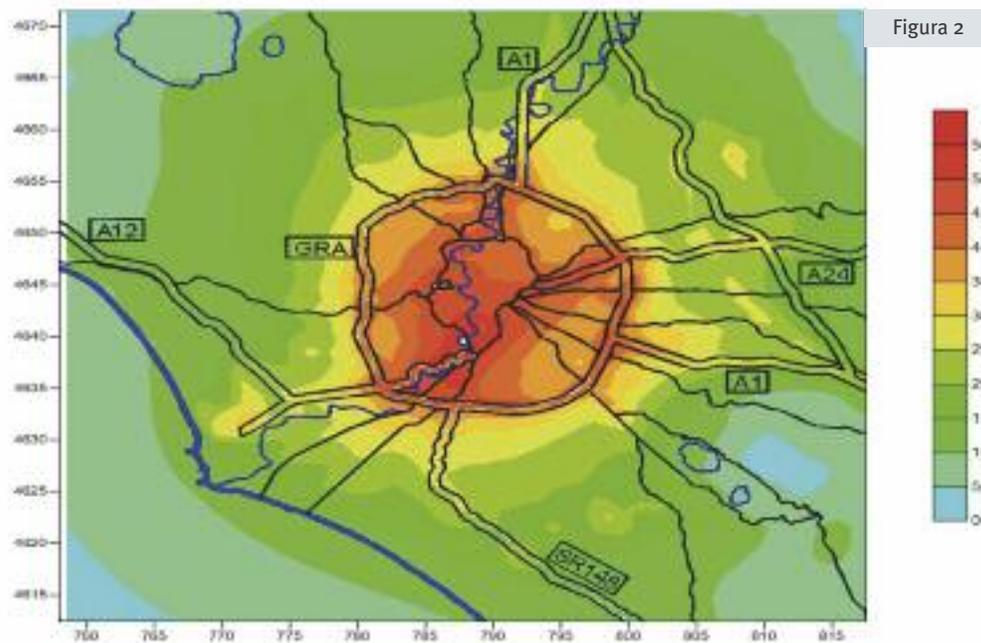
soglia minima di sicurezza sanitaria.

Un inquinante di interesse igienico-sanitario in ombra nell'informazione, è il biossido di azoto, NO_2 , un gas che si forma prevalentemente in aria dalla reazione degli ossidi di azoto con l'ossigeno atmosferico. Gli ossidi di azoto sono generati dagli autoveicoli, in misura maggiore dai diesel, dal riscaldamento domestico, dall'industria. Il rapporto ISPRA (2014) rileva che il valore limite annuale ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) del gas, per la protezione della salute umana, è stato superato in almeno una delle stazioni di monitoraggio in 20 aree urbane distribuite al Nord, Centro, Sud e Isole. Secondo l'Agenzia europea per l'ambiente, nel 2014, il biossido di azoto nella comunità europea, registra i valori più alti in Germania, Regno Unito e Italia. Secondo il dipartimento di epidemiologia della regione Lazio, nell'Unione Europea a 28, nel 2013, si sono persi 898 anni di vita ogni 100 mila abitanti per PM10, 39 per ozono e 160 per biossido di azoto; in Italia i dati sono, rispettivamente, di 1095, 68 e 399 anni di vita persi ogni 100 mila persone. In tabella vengono riportati i valori della media annua (2015) del

biossido di azoto, in $\mu\text{g}/\text{m}^3$, registrati presso le stazioni di inquinamento atmosferico della capitale di Arpa Lazio.

PRENESTE	FRANCIA	M.GRECIA	CINECITTÀ	ADA	GUIDO	CAVALIERE	FERMI	BUFALOTTA	CIPRO	TIBURTINA	ARENULA	M.GROTTA
44	61	65	40	31	14	27	64	41	46	53	49	22

Ben otto stazioni su 13 superano da anni il limite della media annua previsto dalle norme vigenti (max $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Ai fini della prevenzione un elemento di attenzione può essere rivolto alla realtà di Arenula, ove nonostante la zona a traffico limitato privato, non autorizzato, si rileva il superamento (49) del biossido di azoto rispetto ai limiti da rispettare (40).



Il biossido di azoto rappresenta lo **stato cronico** della qualità dell'aria di Roma ben raffigurato nella sua diffusione nell'area capitolina, nell'immagine della relazione di Arpa Lazio 2014, con a destra, la scala delle concentrazioni di NO_2 ($0-60 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Fanno eccezione tre aree verdi quali quella a nord-ovest presso il raccordo tra l'Insugherata e via Monte del Marmo, la zona fra Torricola e Capannelle e quella a nord-est con il parco della Marcigliana. Per informarsi sull'inquinamento atmosferico della Regione Lazio e poter adottare le misure di prevenzione occorre **conoscere le previsioni** della qualità dell'aria cliccando sul sito di Arpa Lazio. In sostanza occorre limitare le sorgenti inquinanti (traffico, riscaldamento, industria) prevedendo e riducendo in tempo utile, alla fonte, gli inquinanti nell'aria che respiriamo, **prima** che arrechino danno alla nostra salute.

di Filippo Stazi

Il pace-maker

Il cuore presenta al suo interno un impianto elettrico che gli permette di accendersi e di contrarsi ritmicamente. Tale impianto elettrico è provvisto di un interruttore principale, quello che dà il via al ritmo, che è il nodo del seno e che si trova nell'atrio destro, da qui la corrente giunge ad un secondo interruttore, che si trova alla giunzione dei due atri con i due ventricoli, il nodo atrioventricolare, da qui gli impulsi elettrici attraversano due fili principali, la branca destra e la branca sinistra con quest'ultima che si divide in due ulteriori fascicoli che sono il fascicolo anteriore sinistro ed il fascicolo posteriore sinistro. Attraverso questi fili elettrici la corrente si distribuisce a tutta la massa ventricolare e ciò permette al cuore di contrarsi. Come tutti gli impianti elettrici anche quello cardiaco può presentare dei problemi che generalmente sono legati a fenomeni degenerativi età dipendenti. Tali problemi possono essere raggruppati essenzialmente in due gruppi: la malattia del nodo del seno, cioè difetti di funzionamento dell'interruttore principale, quello che si trova a livello dell'atrio destro, e blocchi atrioventricolari, ossia difetti di funzionamento del nodo atrioventricolare, l'interruttore che abbiamo visto essere alla giunzione tra atri e ventricoli. Nel primo caso, la malattia del nodo del seno, può succedere che l'interruttore diventi pigro ed ogni tanto si arresti; se nessun interruttore sussidia-



rio a valle del nodo del seno è pronto a prendere il suo posto e dare comunque il via all'accensione dell'impianto elettrico cardiaco il cuore rischia di fermarsi. Altre forme dipendenti dal malfunzionamento del nodo del seno sono le cosiddette sindromi bradi-tachi in cui il nodo del seno alterna fasi in cui riduce la sua funzione causando una bradicardia o rallentamento del ritmo cardiaco e delle fasi in cui invece ha un iperfunzionamento con conseguenti episodi di accelerazione del ritmo cardiaco chiamati tachicardie. Il paziente presenterà quindi un'alternanza di fasi di ritmo veloce e di ritmo lento. Il trattamento delle prime richiederebbe l'uso di farmaci che possono però essere potenzialmente dannosi per il peggioramento che essi inducono delle fasi di bradicardia.

Nel caso invece di un difetto di funzionamento del nodo atrioventricolare, entriamo nella famiglia dei blocchi atrioventricolari. Il quadro clinico è variegato: in alcune forme l'impulso che proviene dagli atri è in grado di passare ai ventricoli ma con un rallentamento della conduzione; è quanto si verifica nel blocco atrioventricolare di primo grado, condizione che generalmente non è partico-

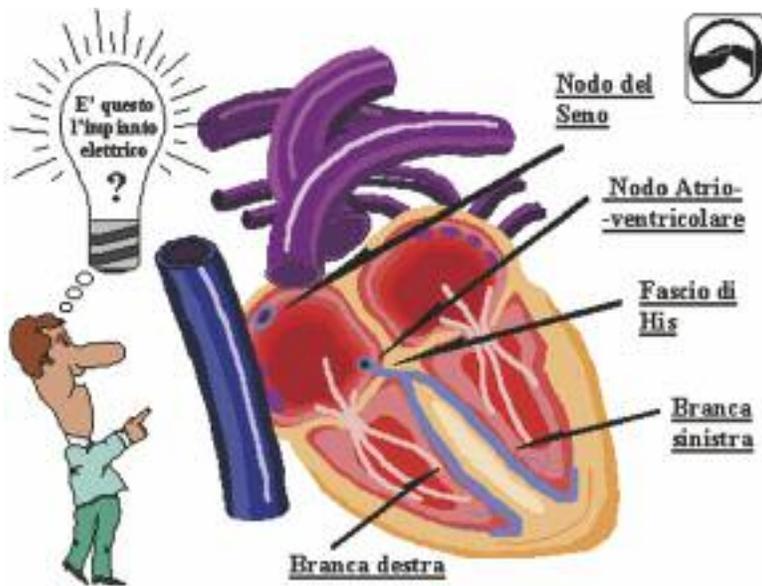


larmente insidiosa, non richiede nessun tipo di trattamento specifico a meno che il rallentamento del passaggio della corrente non sia estremamente accentuato e che è importante riconoscere più che altro perché indica che c'è un problema dell'impianto elettrico del cuore che deve essere quindi tenuto periodicamente sotto controllo. In altri casi non tutti gli impulsi che vengono dall'atrio vengono invece condotti ai ventricoli, ossia la corrente che proviene dall'atrio non è sempre in grado di arrivare ai ventricoli. Vi sono vari tipi di questi difetti: il blocco atrioventricolare di secondo grado in cui alcuni impulsi atriali sono condotti ed altri no ed il blocco atrioventricolare di terzo grado in cui invece tutti gli impulsi atriali non sono condotti a livello del nodo atrioventricolare e non raggiungono i ventricoli. Nell'ambito poi del blocco di secondo grado si distinguono due ulteriori sottogruppi, il tipo 1 ed il tipo 2. Nel tipo 1 l'interruzione del passaggio della corrente dall'atrio al ventricolo è preceduto da un progressivo rallentamento della conduzione. Nel tipo 2, che è più grave, l'interruzione della conduzione tra atrio e ventricolo è invece improvvisa e non preceduta da nessun segno elettrocardiografico. Si parla infine di blocco atrioventricolare avanzato quando, pur non essendo ancora in presenza di un blocco completo della con-

duzione atrioventricolare, più di un impulso atriale viene consecutivamente bloccato senza arrivare al ventricolo. Qualora questi difetti di funzionamento richiedano un intervento tera-

le per sostituire quello cardiaco malfunzionante. Viene eseguita un'incisione cutanea a livello del solco deltoideo pettorale, il solco che decorre tra il petto e la spalla. Può essere scel-

calibro sufficiente, si procede alla puntura della vena succlavia, la vena che decorre al di sotto della clavicola. Attraverso quindi la vena cefalica o la vena succlavia il tubicino o i tubicini, chiamati elettrocateri, vengono posizionati nelle sezioni cardiache di destra uno nel ventricolo, in genere in apice e l'altro nell'auricola che è un piccolo recesso che si trova dentro l'atrio destro. La scelta di posizionare uno o due elettrocateri dipende dalla patologia di base del paziente. Nel caso in cui il soggetto abbia una malattia del nodo del seno potrebbe bastare anche il solo catetere in atrio però siccome, sia pure raramente, la malattia del circuito elettrico può progredire e dopo aver colpito il nodo del seno interessare anche quello atrioventricolare si tende in genere a mettere due cateteri. Se invece il paziente oltre ad avere un problema della conduzione atrioventricolare ha anche una fibrillazione atriale, condizione in cui la funzione elettrica dell'atrio è sostanzialmente inefficace, si posiziona solamente il catetere nell'apice del ventricolo destro. Questi due fili elettrici vengono collegati con il pace maker vero e proprio, un piccolo apparec-



peutico (come il blocco atrioventricolare di secondo grado di tipo 2, il blocco atrioventricolare avanzato e il blocco atrioventricolare di terzo grado) l'unica terapia possibile, dopo aver escluso un possibile effetto collaterale di farmaci non indispensabili, è l'impianto di un pace maker.

Impiantare un pace maker significa sostanzialmente creare un impianto elettrico artificia-

to sia il lato destro che quello sinistro, questo in funzione delle preferenze sia dell'operatore che del paziente. Attraverso questa breccia viene isolata una vena, quella cefalica; un piccolo taglietto permette di introdurre in questa vena i fili elettrici che navigano poi nella circolazione venosa fino ad arrivare alle sezioni destre del cuore. Qualora la vena cefalica non sia disponibile o non sia di

Blocco A-V di 3° grado



chietto di dimensioni e pesi ormai estremamente contenuti, che, dopo essere stato letteralmente avvitato agli elettrocateri, viene alloggiato in un piccolo spazio, la cosiddetta tasca, che è stato nel frattempo preparato dall'operatore al di sotto della cute. La ferita viene quindi chiusa con dei punti cutanei e sottocutanei. La procedura viene eseguita con paziente sveglio tramite anestesia locale. Come tutte le procedure interventistiche, invasive, in cui si entra all'interno del cuore anche il posizionamento di un pace maker non è privo di complicanze. Queste possono verificarsi a livello della formazione della tasca e dell'accesso venoso, ematomi sostanzialmente, oppure possono essere legate al danneggiamento delle vene che si attraversano con gli elettrocateri. Ancora, quando si procede alla puntura della vena succlavia si può er-

roneamente pungere l'arteria succlavia invece della vena e quindi causare uno stravasamento di sangue nel torace di cospicue dimensioni, il cosiddetto emotorace, oppure visto che la vena succlavia decorre in prossimità della cupola del polmone è possibile che pungendola si buchi il polmone, causando un pneumotorace. Inoltre, una volta che posizioniamo i cateteri nell'atrio o nel ventricolo di destra è possibile indurre delle aritmie o una perforazione della parete del cuore con conseguente tamponamento cardiaco, evenienza questa piuttosto rara ma in genere mortale. Infine, a distanza dall'impianto possono comparire dei problemi legati ad un'infezione del pace maker o degli elettrocateri o legati al malfunzionamento degli stessi.

La vita del pacemaker non è illimitata. Esso funziona in virtù di una batteria che con l'uso e

con gli anni tende ad esaurirsi. Predire esattamente la durata di un dispositivo non è possibile ma i controlli periodici che vengono eseguiti, in genere a cadenza semestrale od annuale, servono anche per monitorare l'andamento della batteria, il cui consumo dipende ovviamente anche da quanto il soggetto utilizza o meno il pace maker. Normalmente una ragionevole aspettanza di vita media di un pace maker è intorno ai cinque, sei anni al termine dei quali si procede alla sostituzione. Per eseguire quest'ultima si incide la cute a livello del precedente pace maker, si estrae il dispositivo ormai scarico e lo si scollega dai fili elettrici. Questi, a meno che non **abbiamo** sviluppato dei difetti di funzionamento nel corso del tempo, vengono lasciati in sede e vengono collegati ad un nuovo dispositivo che si inserisce nella tasca precedentemente fatta. Dopo di che il paziente è pronto per altri anni di vita col pace maker. Ormai sono cinquant'anni che si impiantano pace maker, sono milioni i pazienti che hanno beneficiato di questa terapia, i rischi sono ampiamente compensati e superati dai benefici e non vi è al momento all'orizzonte nessuna terapia sostitutiva.



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2017

Programma preliminare



XXXIV Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Palazzo dei Congressi 24-25-26 marzo 2017

Coordinamento: Francesco Prati

VENERDÌ 24 MARZO

I Sessione Moderatori: Giancarlo Piovaccari, Rimini
Luigi Tavazzi, Cotignola - RA

- 8.45 **Inibitori P2Y12 nelle SCA. Quando non darli, quando somministrarli più a lungo.**
Leonardo Bolognese, Arezzo
- 9.00 **Aterosclerosi coronarica e periferica. Come scegliere la terapia antiaggregante?**
Paolo Gresele, Perugia
- 9.15 **Il pacemaker senza fili. Una soluzione interessante che si ripropone.**
Riccardo Cappato, Rozzano - MI
- 9.30 **"Cell therapy" nello scompenso e nelle sindromi coronariche acute: qualcosa si muove?**
Roberto Ferrari, Ferrara
- 9.45 **Discussione**
10.15 **Intervallo**

II Sessione Moderatori: Michele Massimo Gulizia, Catania
Massimo Massetti, Roma

- 10.45 **Rischio di ICTUS dopo impianto di TAVI e protesi aortica biologica. Ruolo della trombosi subclinica e possibili implicazioni terapeutiche.**
Giuseppe Di Pasquale, Bologna
- 11.00 **Quando il defibrillatore si scarica. Siamo certi vada sempre sostituito?**
Filippo Stazi, Roma
- 11.15 **Le porte d'ingresso dell'endocardite infettiva.**
Francesco Bovenzi, Lucca
- 11.30 **Come stimare il rischio di eventi cardiovascolari. Partirei dal Calcio score.**
Francesco Prati, Roma
- 11.45 **Discussione**

III Sessione Moderatori: Maria Pia Ruggieri, Roma
Fulvio Camerini, Trieste

- 14.30 **TBD**
Fiorenzo Gaita, Torino
- 14.45 **La troponina ad alta sensibilità entra nella pratica clinica del pronto soccorso: pro e contro.**
Marcello Galvani, Forlì
- 15.00 **Impiego della TC coronarica nel pronto soccorso: la diagnosi di NSTEMI diventa più facile?**
Marco Tubaro, Roma
- 15.15 **Chi va curato con gli inibitori PCSK9?**
Alberto Zambon, Padova
- 15.30 **Discussione**
16.00 **Intervallo**

IV Sessione Moderatori: Mario Motolese, Roma
Pierfranco Terrosu, Sassari

- 16.30 **Aterosclerosi femoro-poplitea: i DES migliorano l'outcome?**
Antonio Micari, Cotignola - RA
- 16.45 **Donne in menopausa: riflessioni sul progredire della coronaropatia e sulla terapia estrogenica.**
Stefano Savonitto, Lecco
- 17.00 **TBD**
Raffaele De Caterina, Chieti
- 17.15 **Dissezione aortica tipo B: meglio trattarla.**
Rossella Fattori, Pesaro
- 17.30 **Discussione**

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: TBD
TBD

18.00-18.40 **Presentazione e discussione di 4 casi clinici.**

SABATO 25 MARZO

V Sessione Moderatori: **Paolo Brunetti**, *Perugia*
Francesco Fattiolli, *Firenze*

- 8.45** **Novant'anni ben portati: quando la valvuloplastica, quando la TAVI per trattare la stenosi aortica?**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.00** **Ridurre la mortalità nel diabete tipo 2: il controllo della glicemia e della funzione renale.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.15** **Capire come evolverà un infarto. Infarct size e IMR: nuovi surrogati clinici.**
Massimo Fineschi, *Siena*
- 9.30** **Conoscere e Curare il Cuore 1986 - 2016. Il cuore è cambiato.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 9.45** **Discussione**
10.15 **Intervallo**

10.45 - 11.15 **Lettura Magistrale**

L'angioplastica primaria: 25 anni di storia
David Antoniucci, *Firenze*
Introduzione di Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

SIMPOSIO **PRECISION MEDICINE NELL'INSUFFICIENZA MITRALICA**

Moderatori: **Ottavio Alfieri**, *Milano*
Carlo Di Mario, *London - UK*

- 11.15** **Come distinguere l'insufficienza mitralica funzionale da quella degenerativa.**
Giovanni La Canna, *Milano*
- 11.30** **Plastica mitralica. Quando l'anello non basta.**
Francesco Musumeci, *Roma*
- 11.45** **Plastica mitralica vs mitral clip.**
Francesco Maisano, *Zurich - Switzerland*
- 12.00** **Esperienze iniziali con la valvola percutanea.**
Antonio Colombo, *Milano*
- 12.15** **Discussione**

VI Sessione Moderatori: **Enrico Agabiti Rosei**, *Brescia*
Alberto Corsini, *Milano*

- 14.30** **Riflessioni sull'insorgenza di ICTUS nella fibrillazione atriale nonostante l'impiego degli anticoagulanti.**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*
- 14.45** **Paziente a rischio intermedio: statina sì e antipertensivo forse?**
Massimo Volpe, *Roma*
- 15.00** **TAC, test ergometrico, scintigrafia: i tanti falsi positivi nella ricerca della coronaropatia.**
Marco Zimarino, *Chieti*
- 15.15** **TBD**
TBD
- 15.30** **Discussione**
16.00 **Intervallo**

VII Sessione Moderatori: **Cristina Basso**, *Padova*
Cesare Greco, *Roma*

- 16.30** **Rallentare la frequenza cardiaca nello scompenso. Luci ed ombre.**
Enrico Natale, *Roma*
- 16.45** **L'angina microvascolare: prevalenza, fisiopatologia e terapia.**
Filippo Crea, *Roma*
- 17.00** **Cause di morte improvvisa nel giovane: il contributo della genetica.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 17.15** **Resincronizzazione dello scompenso: i "non responder".**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*
- 17.30** **Discussione**

CASI CLINICI
E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **TBD**
TBD

18.00-18.40 **Presentazione e discussione di 4 casi clinici.**

DOMENICA 26 MARZO

VIII Sessione Moderatori: **Maria Luisa Finocchiaro, Roma**
Eligio Piccolo, Mestre - VE

9.15 **L'ablazione della fibrillazione atriale persistente nel paziente con scompenso è forse sottoutilizzata?**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

9.30 **TBD**
Claudio Rapezzi, *Bologna*

9.45 **Effetti favorevoli dell'impiego endovena dei beta bloccanti nello STEMI. Tempo di revival?**
Claudio Cavallini, *Perugia*

10.00 **Che impatto avrà LCZ696 (Valsartan/Sacubitril) nella pratica clinica?**
Marco Metra, *Brescia*

10.15 **Duplica terapia antiaggregante dopo lo stent medicato per soli 30 giorni. I vantaggi del "short term".**
Gianni Casella, *Bologna*

10.30 **TBD**
TBD

10.45 **Discussione**

11.00 **Premiazione "Caso Clinico"**

Per le modalità d'iscrizione vedi pagina accanto

Conoscere e Curare il Cuore 2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, Via Pontremoli 26 - 00182 Roma
Fax 06 3221068 - email: clisoci@tin.it

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE/P.IVA
(indispensabile per la fatturazione ed ai fini ECM)

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA PROV

VIA

CAP CITTÀ PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail
(obbligatoria per ricevere conferma iscrizione)

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Iscrizione (inclusa IVA) <i>(farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)</i>	Entro il 06/02/2017	Dal 07/02/2017
<input type="checkbox"/> Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2017 di € 25,00)	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
<input type="checkbox"/> Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 350,00
<input type="checkbox"/> Giovani medici iscritti e non alla Fondazione <i>(nati dopo il 01/01/1981, allegare fotocopia documento)</i>	€ 100,00	
<input type="checkbox"/> Studenti e specializzandi <i>(allegare fotocopia documento ed autocertificazione, reperibile sul sito www.centrolottainfarto.it)</i>	gratuito	
<input type="checkbox"/> One day admission: <input type="checkbox"/> venerdì oppure <input type="checkbox"/> sabato	€ 125,00	

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA
DAL RELATIVO PAGAMENTO



SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2017)

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Via Pontremoli 26 - 00182 Roma - Fax 06 3221068 - email: clisoci@tin.it

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA PROV

VIA

CAP CITTÀ' PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail

Quota di iscrizione per l'anno 2017 € 25,00

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA
DAL RELATIVO PAGAMENTO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

- bonifico bancario IBAN IT94J035000320100000017897, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, c/o UBI Banco di Brescia sede di Roma, Via Ferdinando di Savoia, 8 - 00196 Roma.
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL
- carta di credito circuito VISA.

Carta N°

Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

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

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua partecipazione al congresso, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

.....

.....

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

- versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, Roma;
- bonifico bancario IBAN IT56Y010050321300000012506, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia n. 13, Viale Bruno Buozzi 54 - 00197 Roma;
- assegno allegato non trasferibile, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus;
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

A ricevimento della quota destinata alla Fondazione verranno inviate regolare ricevuta e tessera.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua adesione, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

.....

.....

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA, E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

Centro per la Lotta contro l'Infarto s.r.l. - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068 - email: clicon@tin.it - www.centrolottainfarto.it
Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su "Congresso Conoscere e Curare il Cuore"

“

Il ricco vive più del povero

Che non ci senta la Camusso, ma negli Stati Uniti, la democrazia avanzata cui tutti fanno riferimento, coloro che stanno meglio economicamente vivono anche meglio e di più. Non è di certo una notizia sorprendente, vista nella sua generalità, specie se si analizzano particolari categorie sociali disagiate, le quali per scarsa informazione non prestano sufficiente attenzione ai progressi medici; oppure che a causa dei pochi mezzi di sostentamento non sono in grado di accedere alle migliori strutture mediche. Ma sentirlo dire oggi, dopo che anche negli USA, superando le loro inflessibilità liberali, Obama (Care Act del 2010) è riuscito a livellare un po' meglio l'assistenza sanitaria; e soprattutto vederlo

pubblicato su JAMA da un gruppo della Stanford University, tra le migliori di quel paese, fa certamente notizia e offre spunti a chi cerca una qualche rivalsa.

Il dottor Raj Chetty e il suo gruppo hanno analizzato un miliardo e quattrocento milioni di persone/anno (!!!), di età dai 40 ai 76 anni (media 53), periodo della vita in cui prevalgono le malattie cardiovascolari e tumorali, seguiti per 15 anni e selezionati sulla base del loro reddito familiare. A parte la maggiore mortalità fra gli uomini (596 su 100.000) rispetto alle donne (375 su 100.000), cui il sesso forte si è ormai rassegnato, spicca la maggior differenza in guadagno di età dei più ricchi rispetto ai più poveri che è di 14.6 anni negli uomini e di 10.1 anni nelle donne (una piccola rivalsa). Inoltre nel corso dei 15 anni di durata dello studio si è assistito per tutti ad un aumento della longevità ma tale incremento è stato maggiore (2.5 anni) nei più abbienti confrontati con i meno (0.35 anni). Come dire che anche i progressi medici degli ultimi tre lustri penalizzano i poveri.

Naturalmente in quel vasto paese, grande 31 volte l'Italia ma con popolazione solo cinque volte maggiore, costituito da numerosi Stati con differenti livelli di vita, con prevalenza variabile di determinati fattori di rischio (fumo, obesità, dieta) e di immigrati, anche i risultati dell'inchiesta sono differenti da zona a zona e vi sono dettagliatamente specificati. Sarebbe

invece interessante conoscere come stanno le cose nel nostro paese, dove, non solo la differenza di reddito, ma anche la filosofia del fare del Centro-Nord si scontra spesso con quella più contemplativa del Sud e dove gli immigrati sono non solo quelli che transumano dall'Africa, ma anche, spesso, i pazienti e i medici. Da noi queste ricerche non le fanno le Università, bensì i Rizzo e i Stella, ai quali sarebbe giusto dare una cattedra Honoris Causa.

Il commentatore di quell'indagine californiana, Michael McGinnis, mette in evidenza alla pari di un "nobel" il motto dalla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health che dice: "Proteggendo la salute si salvano al tempo stesso milioni di vite". Inguaribili questi nordamericani, hanno cancellato perfino Ippocrate e Galeno.



Susanna Camusso

Eligio Piccolo

”



Insalata di pollo e verdure (piatto freddo)

Ingredienti per 4 persone:

800 gr petto di pollo a fette
4 zucchine
4 carote
Cetriolini q.b. secondo i gusti

Per il condimento

40 gr olio
40 gr aceto di mele
qualche goccia di limone
1 cucchiaino di senape

Preparazione

Tagliare le fette di petto di pollo a striscioline e saltarle in padella con un filo d'olio e un mix di erbe per arrostiti finché non sono rosolate. Mettere da parte e far freddare.

Tagliare le carote, i cetriolini e le zucchine (solo la parte verde eliminando il bianco centrale) a bastoncino.

Preparare la salsa unendo all'aceto una spruzzata di limone e la senape. Mescolare e unire l'olio a filo per creare un'emulsione (per comodità, mettere tutto in un barattolino, chiudere e agitare per un paio di minuti).

Unire ai petti di pollo ormai freddi le verdure e condire con la salsa.

Far riposare in frigo almeno mezz'ora.

Varianti

Naturalmente si può fare con tutte le verdure desiderate, purchè crude. Aggiungendo sottaceti a piacere e olive.

È ottima se preparata il giorno prima e lasciata in frigorifero a riposare.

Buon Appetito!

aforismi

- **Il sesso senza amore è un'esperienza vuota, ma fra le tante esperienze vuote è una delle migliori.**
> *Woody Allen*
- **Nel mio piccolo non c'è mai stato un uomo più grande di me.**
> *Napoleone*
- **Capisci che sei veramente vecchio quando ti accorgi che comprare le candeline costa di più che comprare la torta.**
> *Bob Hope*
- **Lei: Mio figlio assomiglia tutto al padre.
L'amica: Un pochino però anche a tuo marito.**
> *Claudio Gasparini*
- **Linus: Qualche mattino mi voglio alzare presto per vedere sorgere il sole.
Sally: In realtà non è il sole che sorge, è la terra che gira.
Linus: Qualche mattino mi voglio alzare presto per vedere la terra che gira.**
> *Charles M. Schultz*
- **Il sordo peggiore di quello che non vuol sentire è quello che non ti fa neppure aprire bocca perché è convinto di saper già tutto.**
> *Dino Basili*
- **La donna è come il caffè: la prima notte non fa dormire.**
> *Dumas padre*
- **Il giornalista è il solo scrittore che quando prende la penna non spera nell'immortalità.**
> *Ugo Ojetti*
- **Ci sono imbecilli superficiali e imbecilli profondi.**
> *Karl Kraus*

- **Con le buone si ottiene tutto. Con le cattive molto di più.**
> *Giuliano*
- **Quello che agli oratori manca in profondità lo danno in lunghezza.**
> *Montesquieu*
- **Non dobbiamo dar troppa importanza alle nostre opinioni. Ma nemmeno a quelle altrui.**
> *M. de la Montaigne*
- **Non c'è niente di più temibile dell'ignoranza attiva.**
> *W. Goethe*
- **Dormiamo in camere separate, ognuno cena per i fatti suoi, facciamo vacanze ognuno per conto suo: insomma facciamo di tutto per tenere unito il matrimonio.**
> *Rodney Dangerfield*
- **Se i risultati di una ricerca non sono già noti prima di iniziare, non si troverà mai un fesso disposto a finanziarla.**
> *Arthur Bloch*
- **Gli svizzeri dopo aver inventato l'orologio a cucù, si sono presi tre secoli di riposo.**
> *Gerard De Villiers*
- **Che ci vuole a scrivere un libro? Leggerlo è la fatica.**
> *Gesualdo Bufalino*
- **Il senno di poi è una scienza esatta.**
> *Arthur Bloch*
- **Tutti vogliono il vostro bene. Non fatevelo portar via.**
> *Stanislaw J. Lec*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

- ☺ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 25,00.
- ☺ Con un contributo di € 30,00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL
CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre *Cuore e Salute*

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN 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)

ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**

DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

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

Tutela della Privacy: I suoi dati personali sono 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 - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma*.

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

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLJ

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLJ
CON IL TUO SA1888

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



L'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO

di Laura Mucoli

Il New England Journal of Medicine ha recentemente pubblicato uno studio che confronta l'efficacia di due farmaci, la lidocaina e l'amiodarone, in pazienti in arresto cardiaco extraospedaliero.



COSA FARE CON L'ASA A BASSO DOSAGGIO DOPO UN ICTUS CEREBRI

di Claudio Ferrì

La Scuola angiosassone ancora una volta - sul Lancet del 18 maggio 2016 - ci dà delle informazioni utili nella pratica quotidiana.



IL VALORE IDEALE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

di Antonella Labellarte

Il dibattito su quale sia il target ideale tra i valori di pressione arteriosa non sembra a diminuire. L'argomento è assai complesso.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org

Un riconoscimento per la nostra Fondazione

Il **Prof. Prati** riceve il Premio Casentino
Poppi, 12 giugno 2016

