

Marzo-Aprile 2017
Anno 0 - Numero 1

DIRETTORE RESPONSABILE

Andrea Marcheselli

COORDINATORE EDITORIALE

Marco Semprini

COORDINATORE SCIENTIFICO

Stefano Strano

HANNO COLLABORATO

Andrea Marcheselli, Marco Mimmetti,
Maurizio Mancini, Alfredo La Cara,
Giorgia Montesano, Maria Rita Di Rollo,
Efrom Burk, Giovambattista Mollicone,
Carlo De Luca, Marco Semprini,
Maria Antonietta Coccanari de'Fornari,
Emilio Merletti, Nicola Iavovone,
Andrea Galanti.

EDITORE

SPELS

“Scienza della Prevenzione ed Educazione
alla Salute del Cuore” - ONLUS
Viale Trieste, 20 - Tivoli (RM)

**PROGETTO GRAFICO
ED IMPAGINAZIONE**

Matteo Brandi

**REALIZZAZIONE IMPIANTI
E STAMPA**

Tipolitografia Gianfranco Ambrosini
Acquapendente (VT)

**DIREZIONE E
AMMINISTRAZIONE**

Redazione di Spels Academy
viale Trieste, 20 - Tivoli (RM)
Tel. 0774312074
email: info@spels.it

Anno 0 n. 1 Marzo-Aprile 2017
Registrazione Tribunale di Tivoli
del 26/02/2017, n. 6

Presentazione

Dopo il primo viaggio a Siracusa e la disastrosa esperienza presso Dioniso il Vecchio, Platone, grazie al denaro ricevuto da Aniceride di Cirene, che lo aveva liberato dalla schiavitù ad Egina, fondò un centro di insegnamento e di formazione per i suoi discepoli. La scuola, che prese il nome di “**Accademia**”, venne costruita alla periferia di Atene, all’interno di un boschetto in cui si trovava un santuario dedicato ad un eroe minore: **Accademo**.

L’associazione SPELS Onlus, Scienza della Prevenzione e della Educazione alla Salute, nasce nel gennaio 2001 da un gruppo di amici e colleghi, con l’obiettivo di promuovere iniziative e progetti nel campo della medicina preventiva. Operando in cooperazione con medici specialisti volontari, medici di medicina generale, farmacisti, associazioni medico-scientifiche e di volontariato, si pone al servizio dei cittadini e della comunità con molteplici progetti di prevenzione delle malattie, in particolare dell’apparato cardiovascolare. Attraverso l’organizzazione di corsi, convegni scientifici, attività di educazione sanitaria, interventi sul territorio, promozione e patrocinio di eventi, intende aumentare il livello di consapevolezza degli individui sulla propria condizione di salute, stimolandoli ad adottare uno stile di vita più salutare.

Dopo anni di esperienza e decine di eventi condivisi con entusiasmo e fatica, ci proponiamo un nuovo modello di “continuum formativo” con la presunzione di coniugare “salute e cultura” in un unico contenitore.

L’intento prioritario sarà di evocare interessi negli aggiornamenti medici e al contempo proporre spunti di rilettura di argomenti laici: un appuntamento bimestrale foriero di proposte e iniziative fedeli agli ideali di informazione e promozione della salute propri della SPELS.

Per quegli stessi ideali, ratificati da un Notaio in un freddo pomeriggio di Gennaio, i Soci Fondatori e i Soci che negli anni si sono aggiunti rendendo sempre viva l’Associazione, ricordano chi sposò questo progetto, senza poi poterne condividere le successive iniziative.

Al Prof. Corrado Argentino

Al Prof. Fortunato Carlo Messa (Tino)

Fondatore e Past President SPELS

Presidente SPELS

Articoli



Il crepuscolo del Warfarin

di Andrea Marcheselli

Pag 5



Tecnologie diagnostiche d'eccellenza: costi e benefici

di Marco Minnetti

Pag 13



Veleni Quotidiani

di Maurizio Mancini

Pag 18



Che cos'è la Neuroestetica? (1° Parte)

di Alfredo La Cara

Pag 30

Inserti



ARTErapia

Curarsi con la bellezza

di Giorgia Montesano

Pag 23



Back to School

Il Mistero della Bellezza

di Maria Rita Di Rollo

Pag 27



Commenti in Cornice

Scienza e Carità

di Efrom Burk

Pag 28



Sua Sanità Pubblica
Un nuovo paradigma? (1° Parte)
di Carlo De Luca

Pag 45

Rubriche



STORIA della Medicina
La Preistoria

di Maria Antonietta Coccanari de'Fornari

Pag 10



Medici... per altro famosi
Il dr. Conan Doyle

di Marco Semprini

Pag 35



Facciamo Progressi!
Perdere denti senza r...impianti

di Giovanbattista Mollicone

Pag 40



Dottor Aneddoto
Un incidentaloma... Off-Label!

di Emilio Merletti

Pag 43



Salute & Sport
La pratica sportiva dall'infanzia

di Nicola Iacovone

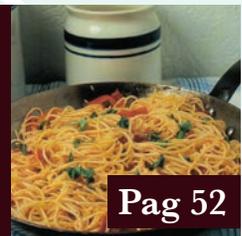
Pag 48

Tivoli da scoprire
Qualcosa che non si era notato
di Roberto Giagnoli



Pag 38

Salute & Contorni
Spaghetti in padella



Pag 52



“La vita è troppo breve per alzarsi la mattina con dei rimpianti. Quindi ama le persone che ti trattano bene e dimentica di quelle che non lo fanno e credi che tutto accade per una ragione. Se arriva un’occasione coglila! Se essa ti cambia la vita lasciala fare! Nessuno ha detto che sarebbe stato facile, hanno solo promesso che ne sarebbe valsa la pena.”

Harvey Mackay



Il crepuscolo del WARFARIN

Lil 25 settembre del 1955, il presidente Dwight David “Ike” Eisenhower è alla fine delle sue vacanze in Colorado.

Nel pomeriggio ha fatto 25 buche sul campo di golf della Lowry Air Force Base, dove è ospite con la moglie Mamie, e pescato in un ruscello che attraversa la zona. Alle 22 dopo cena, si ritira in camera e si addormenta. Intorno alle 4 del mattino si sveglia per un forte dolore al petto e chiama la moglie nella stanza accanto, che, pur somministrandogli latte e magnesia, nel sospetto di una maldigestione, convoca rapidamente il medico della base. Il dr. Snyder dopo poco fa diagnosi di infarto cardiaco e provvede all'immediato trasferimento in ospedale dopo avergli somministrato della morfina.

Benchè non fosse ancora chiara la posologia e gli effetti di un nuovo farmaco antitrombotico, il warfarin, utilizzato sino ad allora come potente topicida, i medici ne propongono la somministrazione, con il coraggioso assenso

del Generale. Verrà dimesso dopo 55 giorni di degenza, in condizioni tali da mantenere la presidenza ed ottenere in piena Guerra Fredda, anche il secondo mandato sino al 1961. Da Presidente uscente incontrò più volte J.F.Kennedy ammettendo di averlo giudicato male, avendolo definito precedentemente “un dilettante che vuole comprare la Casa Bianca con i soldi del padre”. Amante della musica classica, si dedicò negli ultimi anni alla pittura, dipingendo più di 300 quadri tra paesaggi e ritratti. Morì a Washington nel 1969, all'età di 79 anni per cause naturali.



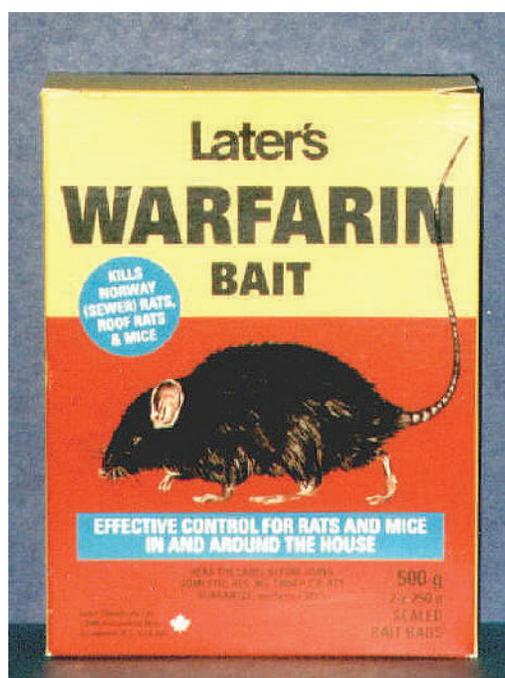
La scoperta del warfarin, venne fatta come spesso accade, in modo casuale.

Durante la Grande Depressione degli anni 30, si sviluppò una grave epidemia negli allevamenti dei bovini del Wisconsin, poi identificata come sweet clover disease. Infatti nel rigido inverno del 1933 non disponendo di foraggio fresco, gli allevatori utilizzarono del trifoglio (clover) conservato, che fermentando, aveva prodotto una sostanza con potente effetto anticoagulante, causa della moria del bestiame. Dopo circa 6 anni di ricerche sulle muffe contaminanti, la Wisconsin Alumni Research Foundation (WARF) riuscì a cristallizzare la sostanza responsabile delle emorragie bovine, isolando chimicamente la cumarina ed il suo prodotto ossidato noto come dicumarolo ed identificandone il meccanismo d'azione come anti-vitamina K (AVK).

Nel 1941 venne ottenuto il brevetto del dicumarolo, mentre nel 1948 si sviluppò l'idea di utilizzarlo come rodenticida con il nome di warfarin,

acronimo dell'ente finanziatore.

Nei primi anni 60, a seguito anche del fortunato o fortunoso risultato terapeutico sul 34° presidente degli Stati Uniti d'America, vennero pubblicati in primi trials clinici sugli effetti antitrombotici sull'uomo. Da allora, parallelamente alla standardizzazione dei trattamenti degli anticoagulanti orali e con l'introduzione dell'International Normalized



Ratio (INR) il warfarin divenne l'anticoagulante più diffuso al mondo.

Lo sviluppo di nuovi farmaci

anticoagulanti orali diretti verso un target specifico (anticoagulanti orali diretti - DOAC) era incorso in un parziale fallimento nel 2006, durante la sperimentazione dello ximelagatran, un inibitore diretto della trombina (studio SPOR-TIF III e V) per un aumentato rischio di tossicità epatica. Ma la sperimentazione era ormai iniziata ed in progressiva espansione, tanto è stato che la ricerca su di un altro inibitore diretto della trombina, il dabigatran etexilato (studio RE-LY) e successivamente sugli inibitori diretti del fattore Xa, come il rivaroxaban (studio ROCKET-AF) l'apixaban (studio ARISTOTLE) l'edoxaban (studio ENGAGE AF-TIMI 48), hanno determinato un radicale cambiamento nel trattamento farmacologico nella prevenzione dell'ictus in corso di fibrillazione atriale non valvolare (FANV).

Contrariamente agli anticoagulanti orali anti vitamina K, che riducono la sintesi di numerosi fattori attivi, la ca-

Il crepuscolo del Warfarin

ratteristica saliente dei Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) è il legame diretto con uno specifico fattore della cascata della coagulazione, che ne determina l'inibizione (fattore IIa e fattore Xa).

Anche se i risultati dei vari trials non sono comparabili tra loro, trattandosi di studi condotti su popolazioni eterogenee con classi di rischio differenti e disegni di studio non sempre sovrapponibili, le attuali linee guida ESC raccomandano l'utilizzo dei NAO, rispetto al warfarin, nella maggior parte dei pazienti con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , in particolare sono raccomandati nei pazienti con difficoltà a mantenere un INR in range terapeutico e/o per scarsa compliance.

Peraltro stesso cambiamento delle strategie terapeutiche è stato ottenuto grazie ai risultati di altri grandi studi come il RE-MEDY, EINSTEIN, AMPLIFY, HOKUSAI, nella profilassi/terapia della trombosi venosa profonda e della trombo-embolia polmonare.

I dati derivanti da recenti meta-analisi dimostrano pertanto che il beneficio clini-

co dei NAO, sia basato sulle evidenze di NON inferiorità rispetto al warfarin, nella profilassi/terapia di patologie tromboemboliche ed in taluni casi di maggior efficacia e/o sicurezza, contestualmente ad una minor incidenza di eventi emorragici maggiori.

Valutazione del rischio tromboembolico ed emorragico

La determinazione del rischio tromboembolico del paziente affetto da fibrillazione atriale prevede un approccio basato sulla valutazione dei fattori di rischio e per tale motivo le ultime linee guida

ESC (European Society of Cardiology) raccomandano di utilizzare un unico strumento di valutazione: il punteggio CHA₂DS₂-VASc Congestive heart failure/left ventricular dysfunction, Hypertension, Age ≥ 75 (double) Diabetes (double) – Vascular disease, Age 65-74, Sex category (female) in grado di individuare in maniera più accurata, rispetto al punteggio CHADS₂, i pazienti realmente a basso rischio e risultando più efficace nell'identificare quelli che svilupperanno eventi tromboembolici.

La decisione di intraprendere una terapia per la profilassi tromboembolica deve contestualmente tener conto

TABELLA CHA₂DS₂-VASc per il calcolo del rischio cardio-embolico nella Fibrillazione Atriale

Fattori di rischio	Punteggio
C Scompensazione cardiaca congestizia	1
H Ipertensione Arteriosa	1
A Età ≥ 75 anni	2
D Diabete	1
S Ictus / TIA / Tromboembolismo	2
V Vasculopatia	1
A Età 65 - 74 anni	1
S Sesso femminile	1
PUNTEGGIO MASSIMO	9

Lettera	Caratteristica Clinica	Punteggio
H	Ipertensione Arteriosa	1
A	Alterata funzionalità epatica e renale	1 o 2
S	Ictus	1
B	Sanguinamento	1
L	Labile controllo dell'INR	1
E	Età > 65 anni	1
D	Farmaci o alcool	1 o 2
		Massimo 9 punti

del rischio di ictus ischemico e di quello emorragico, specialmente della emorragia intracranica che costituisce la più temuta complicanza della terapia anticoagulante ed è associata ad un elevato rischio di morte e di disabilità.

Lo score HAS-BLED, raccomandato dalle società scientifiche, evidenzia i fattori di rischio potenzialmente modificabili ed è necessario nella valutazione dei pazienti con fibrillazione atriale.

Anche un punteggio ≥ 3 non dovrebbe però scoraggiare il clinico ad intraprendere la terapia anticoagulante, non rappresentando in tal senso una controindicazione, ma piuttosto a modificare i fattori di rischio (ipertensione, uso concomitante di Aspirina /FANS..)

Indicazioni terapeutiche e controindicazioni dei NAO

Non vi sono chiare evidenze a favore dell'uno o dell'altro NAO, sebbene vadano considerati compliance, tollerabilità e rischi di effetti collaterali.

I pazienti vanno comunque indirizzati alla terapia anticoagulante, nella prevenzione dell'ictus ischemico, essendo l'aspirina meno efficace degli anticoagulanti e con un rischio emorragico sovrapponibile, particolarmente nei pazienti in età avanzata.

Peraltro, non ci sono dati che dimostrino una riduzione della mortalità totale o cardiovascolare con l'aspirina (o altri antiaggreganti) nella popolazione dei pazienti con

fibrillazione atriale non valvolare (FANV) cioè non associata a stenosi mitralica severa ed a protesi valvolare meccanica.

Le controindicazioni generali all'utilizzo dei NAO, riguardano la ipersensibilità al principio attivo e/o eccipienti, presenza di sanguinamenti attivi, di ulcere gastrointestinali in corso o recenti, varici esofagee, neoplasie maligne ad elevato rischio di sanguinamento, concomitante trattamento con terapia anticoagulante (EBPM), epatopatie associate a coagulopatia, insufficienza renale grave, protesi valvolari meccaniche.

Quando interrompere i NAO nelle nella chirurgia elettiva

La tempistica della sospensione dei farmaci anticoagulanti deve essere definita dopo aver valutato sia le caratteristiche del paziente (funzionalità renale, età, storia di pregresse emorragie, assunzioni di farmaci concomitanti) sia i fattori legati alla procedura chirurgica in sé. La terapia a "bridge" con eparina a basso peso molecolare è stata

Il crepuscolo del Warfarin

Interventi che non necessariamente richiedono sospensione anticoagulante	Interventi a basso rischio emorragico	Interventi ad elevato rischio emorragico
<p>Procedure dentarie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrazione di 1-3 denti • Chirurgia parodontale • Incisione di ascesso • Posizionamento di impianto <p>Oftalmologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cataratta o glaucoma <p>Endoscopia senza chirurgia Chirurgia superficiale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escissioni dermatologiche • Incisione di ascesso 	<p>Endoscopia con biopsia</p> <p>Biopsia prostatica/vescica</p> <p>SEF o ablazione aritmie</p> <p>Angiografia</p> <p>Impianto di PM o di AICD</p>	<p>Ablazione sinistra complessa</p> <p>Anestesia epidurale o spinale</p> <p>Puntura lombare diagnostica</p> <p>Chirurgia addominale</p> <p>Chirurgia Toracica</p> <p>Chirurgia ortopedica maggiore</p> <p>Biopsia epatica</p> <p>Resezione prostatica-transuretrale</p> <p>Biopsia renale</p>

proposta ai pazienti con elevato rischio tromboembolico ed in terapia con dicumarolici, tale precauzione non risulta necessaria per la terapia con i NAO, per la rapida scomparsa dell'effetto anticoagulante (ovvero 12 o 24 ore dopo l'ultima assunzione, in relazione alla duplice o singola posologia del farmaco).

Quindi nella pratica clinica è possibile programmare l'intervento 18-24 ore dopo l'ultima somministrazione, reintroducendo il farmaco 6-8 ore dopo la procedura. Nel caso di procedure associate a basso rischio emorragico, nei pazienti con una normale funzionalità renale,

si consiglia di interrompere il NAO 24 ore prima della procedura elettiva, mentre in quelle con elevato rischio emorragico, 48 ore prima.

IN CONCLUSIONE, la breve emivita dei nuovi farmaci anticoagulanti orali con inibizione diretta del fattore IIa o del fattore Xa, il loro rapido onset/offset, le scarse interazioni con farmaci ed alimenti, la non necessità del monitoraggio dell'INR e la riduzione dell'incidenza di emorragie intracraniche, li eleggono ormai come i successori degli **AVK**, che hanno dominato per quasi 50 anni

le scelte terapeutiche nella prevenzione e cura della patologia trombotica.

Andrea Marcheselli
Cardiologo

La PREISTORIA

Ogni ripiegamento sulla Storia, affermava Husserl, nasce da un interesse per l'avvenire.

Specialmente in periodi di crisi si è visto che analizzare acquisizioni ed errori del passato può rappresentare la possibilità di migliorare le prospettive.

Per esempio, nel campo specifico della Storia della Medicina, da alcuni decenni uno dei dibattiti nodali è quanto la tecnologia, in generale gli sviluppi esponenziali della scienza, e la polverizzazione del sapere unitario in tante specializzazioni, portino con sé, accanto all'innegabile significato di conquista, la perdita di alcuni punti cardinali della medicina di tutti i tempi, per esempio il rapporto medico-paziente. Non è sufficiente risalire alla imponente sistematizzazione di Ippocrate che inaugura, appunto, la clinica moderna nel IV secolo a. C.

Già nella Preistoria, e oggi tra le popolazioni a

cosiddetta civiltà primitiva, il valore di questo rapporto è immenso.

E' il potere che il gruppo e il singolo attribuiscono al guaritore, che è in parte il motivo della riuscita di vari tipi di cure.

Ma su questa originaria relazione onnipotente, nei secoli giustamente sempre più sfumata e complessa, torneremo nel corso delle successive puntate.

Cominciamo ora, con pattern cronologico, a ricordare insieme come nascono già nella Preistoria i primi pensieri e rimedi circa la necessità prioritaria dell'uomo di sconfiggere la malattia e la morte.

Per definizione, tutto ciò che ipotizziamo per il periodo preistorico, prima della scrittura, deriva dai reperti archeologici, dalla tradizione orale e dalle fonti letterarie successive.

Tra i primi, non trascuriamo le pitture rupestri dove abbiamo materiale per capire come veni-



Fig. 1 Grotte di Altamira (Spagna), Paleolitico Superiore (20000 anni fa).

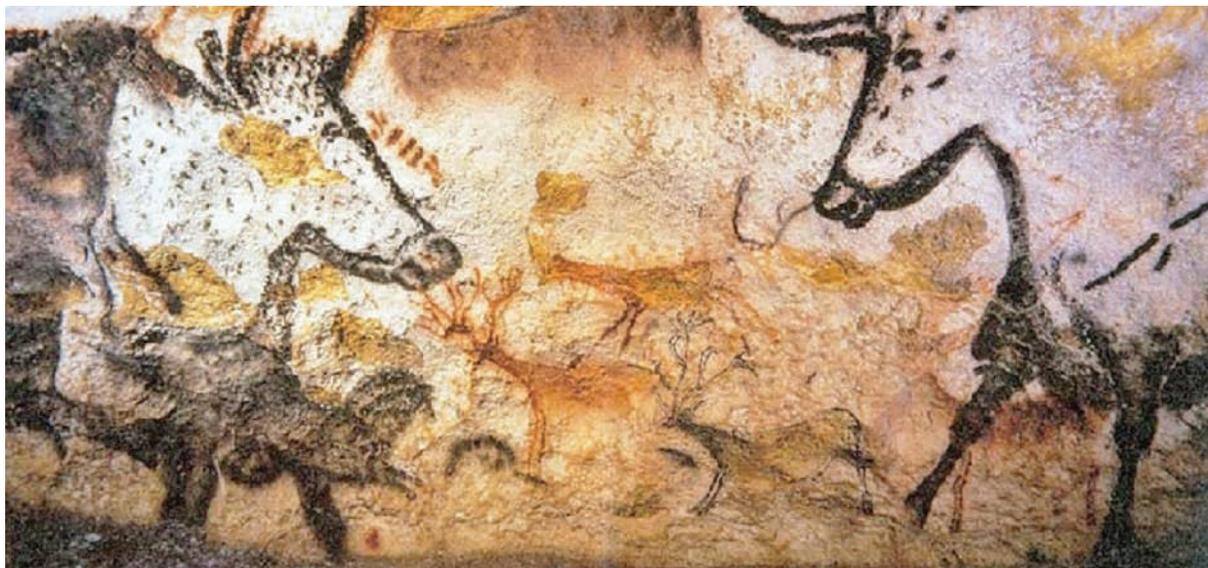


Fig. 2 Grotte di Lascaux (Francia), Paleolitico Superiore (17500 anni fa).



Fig. 3

vano curate le ferite, o come venivano rappresentati uomini il cui linguaggio del corpo - movimento, postura, mimica, sguardo - inclina a correlare a depressione o a mania (**Fig. 1 e 2**). Oppure le cosiddette Veneri

steatopigie, statuette poste davanti alle abitazioni, raffiguranti donne mostruosamente obese, a quell'epoca considerate modelli estetici ma soprattutto simboli sacri, protettori di fertilità e nutrimento della

prole, i due aspetti essenziali del femminile antico.

In quel tempo, infatti, tutto quanto atteneva alla malattia e alla salute poggiava sul tripode empirismo-magia-religione. Ogni atto empirico era con-

temporaneamente intriso di un senso trascendente.

Un esempio classico sono i crani trapanati che si conservano in vari Musei internazionali compreso quello di Storia della Medicina della Sapienza Università di Roma.

Queste trapanazioni venivano fatte sicuramente in vita come si dimostra dalla proliferazione ossea che si vede attorno al forame.

E sono state interpretate come probabili tentativi di rimozione di schegge di frecce, oppure operazioni di neurochirurgia ante litteram come se i Primitivi avessero già intuito che la sede delle funzioni psichiche è nel cervello, o la maniera per far uscire dalla testa lo spirito maligno responsabile di qualsiasi malattia, fisica o del comportamento, mandato dagli dei per punizione di una colpa.

(Fig. 3)

Ricordiamo che la malattia come punizione divina, non solo è considerata la più antica e la più celebre causa di malattia, ma ancor oggi, e non solo nei timori superstiziosi, serpeggia archetipicamente nell'inconscio di molti, se non addirittura nelle convinzioni coscienti.

Ad ogni modo, come vedremo, questi intrecci si osservano in tanti altri esempi e si trasportano nella Medicina per molti secoli.

Basti qui un esempio per tutti, e cioè quanto descritto nel Dialogo di Platone "Il Carmide": per curare il mal di testa di Socrate, gli viene offerta una pianta medicinale ma questo atto empirico è accompagnato da una èpodè, il canto che incanta, una formula magica suggestiva, perché il corpo non può essere curato separatamente dall'anima.

Ancora, pare che già nella Preistoria, circa l'uso delle piante officinali, i nostri antenati avessero già intuito le loro proprietà curative, materiali e/o soprannaturali, e le assumessero in maniera appropriata a

seconda dello scopo.

Alcune di queste piante si perdono nella leggenda, come il silfio o l'elleboro, ma molte altre hanno trovato nei secoli il loro razionale (si pensi al giusquiamo, alla belladonna), da quando la chimica, scienza recente che aveva trovato il suo antesignano rinascimentale nell'alchimia di Paracelso, trova in esse i principi attivi effettivamente responsabili della loro efficacia, e trasportati nei prodotti commerciali dei nostri giorni.

*Maria Antonietta
Coccanari de'Fornari
Psichiatra*



“Quando guardo alla storia, sono pessimista.
Ma quando guardo alla preistoria, sono ottimista.”

J.C. Smuts



Tecnologie diagnostiche d'eccellenza COSTI e BENEFICI

In una realtà odierna caratterizzata da risorse economiche sempre più limitate, appare cruciale, per il futuro della diagnostica per immagini, la valutazione dei benefici apportati dalle nuove tecnologie, in relazione ai costi sempre in aumento.

Di fronte alla costante crescita della spesa sanitaria, causata sia dall'invecchiamento della popolazione che dal progresso incalzante di tecnologie sempre più costose, si va sempre più diffondendo l'adozione dell'Health Technology Assessment (HTA) come strumento metodologico di valutazione delle tecnologie, in grado di consentire una pianificazione e una gestione più funzionale dell'assistenza sanitaria.

La valutazione dei benefici di una tecnologia diagnostica di alto livello passa da valutazioni di livello sempre crescente.

L'analisi costo-beneficio, meno utilizzata attualmente in ambito sanitario, si basa su valutazioni soggettive e su (discutibili) decodificazioni

del valore economico della salute (concetto degli indicatori monetari risparmio/costo). L'analisi costo-efficacia è uno degli strumenti metodologici più utili per supportare il processo decisionale in Radiologia, anche se da sola non può dare tutte le informazioni necessarie (si basa sul concetto di identificazione di una unità di misura comune, sulla scorta di dati epidemiologici attendibili).

L'analisi costo-utilità, molto usata, esprime i benefici in termini di misura di utilità, es. Il QALY (quality adjusted life year) ed i costi in termini monetari.

Il complesso delle valutazioni sovradescritte concorre quindi, con le prerogative proprie della Health Technology Assessment, a prevenire l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue, contenendo così la spesa che comporterebbero e migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria.

Le tecnologie sanitarie debbono essere valuta-

te sistematicamente mediante una serie di attività di ricerca in un mix di competenze cliniche, fisico-ingegneristiche, statistiche ed economico-gestionali che hanno l'obiettivo di studiare non solo le implicazioni e le conseguenze strettamente cliniche e/o organizzative, ma anche quelle sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso delle tecnologie stesse.

La valutazione dell'impatto di una tecnologia d'avanguardia deve essere fatta prima della sua introduzione nella pratica quotidiana ma anche durante il normale periodo del suo utilizzo, anche a fronte degli inevitabili mutamenti degli scenari tecnico-scientifico, organizzativo ed epidemiologico.

Cosa si intende per tecnologia diagnostica di eccellenza?

E' l'insieme di alcuni fattori, determinanti per ottenere indagini di imaging moderne e aderenti alle linee guida, basate su una serie di principi che compongono l'atto medico radiologico, ossia: fattibilità tecnica e ottimizzazione, accuratezza diagnostica, impatto sul ragionamento diagnostico, impatto sulla scelta terapeutica,

impatto sulla prognosi del paziente (costo-efficacia), impatto sulla società (costo-beneficio).

Ogni atto diagnostico che comporti l'utilizzo di radiazioni ionizzanti deve basarsi inoltre sul principio ottimizzazione e giustificazione (art. 3 e 4 D.Lgs. n. 187 del 26 maggio 2000), che impone che "... le informazioni diagnostiche prodotte siano ottenute con la dose più bassa possibile compatibilmente con le esigenze diagnostiche".

Secondo le linee guida di riferimento in Radiologia gli esami sono ritenuti inappropriati "in quanto non aggiungono valore al sospetto diagnostico del clinico, né lo correggono; non sono utili a modificare la gestione clinica del paziente. L'inappropriatezza di tali esami conduce pertanto ad un'assenza di beneficio rispetto al danno che l'esposizione a radiazioni potrebbe causare alla persona".

Il problema dosimetrico nella moderna diagnostica per immagini deve rappresentare un caposaldo dell'appropriatezza. Su oltre un milione di pazienti in diverse zone degli Stati Uniti, nel periodo, 1996-

2010, sono stati effettuati complessivamente 30,9 milioni di esami di imaging, di cui il 35% dei controlli è stato effettuato con sistemi tecnologicamente avanzati: Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica, Medicina Nucleare.

Le TC hanno avuto un 7,8% di incremento annuale; nello stesso periodo, le RM sono passate da 17 a 65 ogni mille persone (+10% medio all'anno).

L'utilizzo della medicina nucleare è diminuito del 3% all'anno ma tuttavia la Tomografia a emissione di Positroni PET è passata da 0,24 a 3,6 per mille persone, con una crescita media all'anno del 57%.

Il maggior numero di TC ha comportato un aumento dell'esposizione alle radiazioni, che ha visto un raddoppio delle dosi (da 1,2 mSv a 2,3 mSv) e della percentuale di chi ha ricevuto dosi elevate, da 20 a 50 mSv; (dall'1,2% al 2,5%) o altissime, oltre i 50 mSv (dallo 0,6% all'1,4%). Tali dati bastano a far capire come sia necessaria una cultura dell'appropriatezza, del costo-beneficio e costo-efficacia, non solo tra gli specialisti dell'area radiologica ma anche

tra i medici prescrittori delle indagini diagnostiche.

Utile a tal fine e' l'analisi della **tabella 1**. Di seguito vengono riportati alcuni esempi pratici di accuratezza diagnostica, di scelta terapeutica dettata dall'imaging, di diagnosi precoce con impatto prognostico favorevole (costo efficacia) e di costo beneficio positivo.

In sostanza, l'analisi dell'appropriatezza, della buona pratica in Radiologia e dei benefici prognostici e sociali che ne derivano trovano senso compiuto direttamente nell'Atto Medico Radiologico, che comprende tutta una serie di procedure ove il solo processo finalizzato alla diagnosi di una patologia non basta. Tale Atto comprende: l'analisi della motivata richiesta di prestazione del medico

Indagine TAC	Dose efficace (mSv)	Equivalente a numero di radiografie toraciche
Cranio	1.7	85
Colonna cervicale	1.7	85
Colonna dorsale	4.4	220
Torace	7.7	385
Addome	7.8	390
Colonna lombare	5.1	255
Pelvi	8.8	440

Tab. 1. Dosi efficaci relative ad alcuni esami di Tomografia Computerizzata (G. Tosi 2003)

prescrivente con quesito clinico, l'inquadramento clinico-anamnestico con valutazione di eventuali esami precedenti, la giustificazione dell'esame proposto (o non giustificazione motivata con possibile proposta di tecniche e metodologia

sostitutive), l'informativa per il consenso e il consenso, l'esecuzione (che deve comprendere l'adeguatezza delle attrezzature/ottimizzazione, la competenza professionale effettiva, gli aspetti tecnici della procedura e la produzione della do-

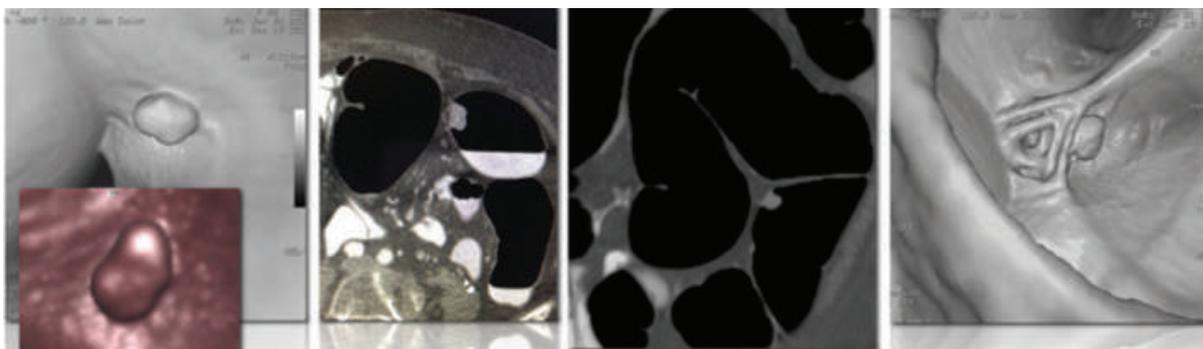


Fig. 2. TC Colonscopia virtuale con diagnosi di polipo effettuata in un paziente anziano: modifica del percorso diagnostico, dalla sorveglianza all'atto operativo di rimozione endoscopica.

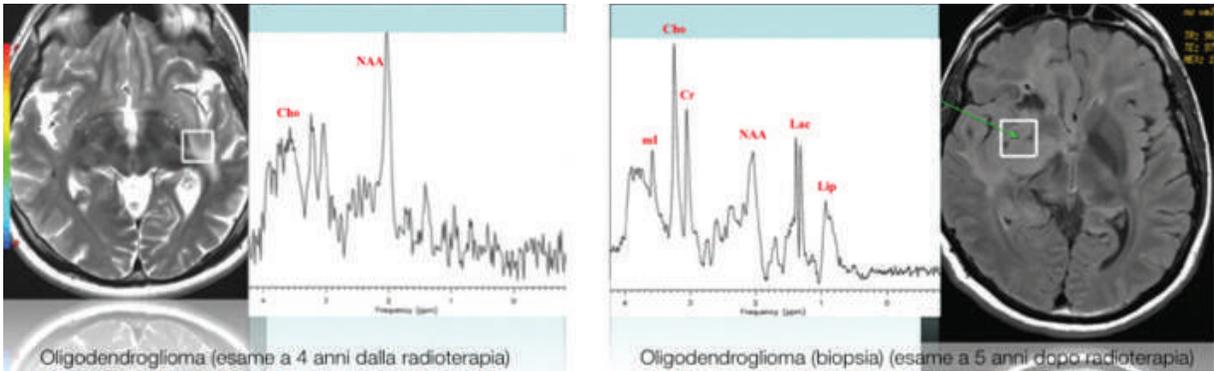


Fig. 3. Esempio di scelta terapeutica dettata dall'imaging. Spettroscopia a RM: osservazione versus biopsia dopo radioterapia per glioma.

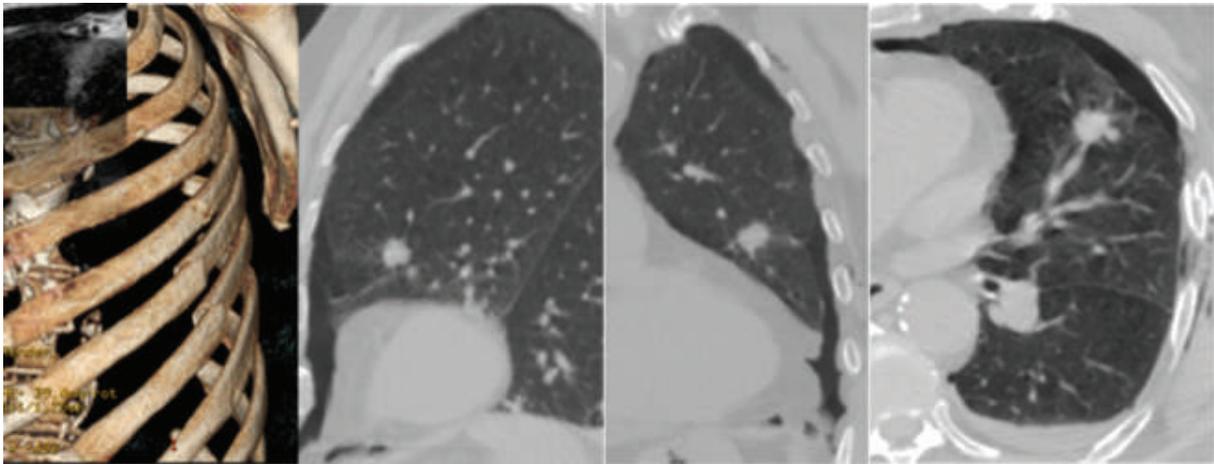


Fig. 4. Esempio di diagnosi precoce ed impatto prognostico favorevole in caso di piccola neoplasia polmonare diagnosticata casualmente con TC multidetettore dopo un trauma

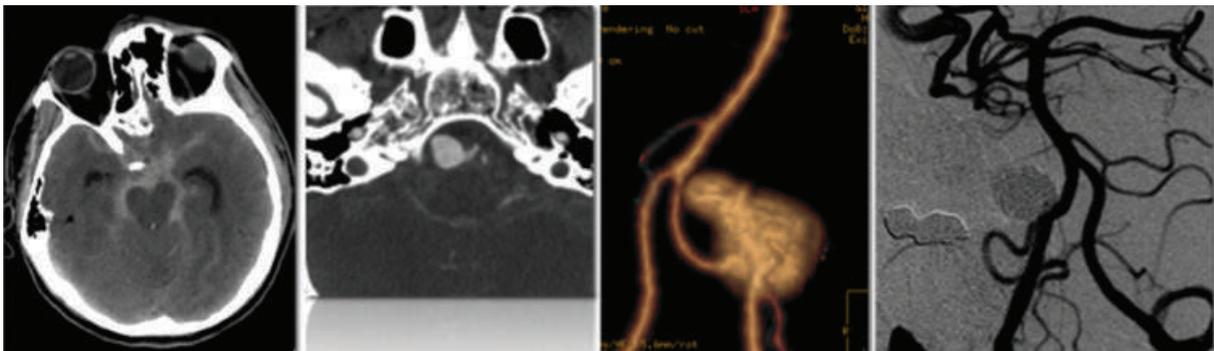


Fig. 5. Esempio di costo-beneficio positivo: Caso di grave emorragia subaracnoidea da rottura di aneurisma cerebrale. Completo recupero dopo lunga ospedalizzazione e ripresa dell'attività lavorativa

cumentazione iconografica), l'interpretazione/refertazione, la comunicazione/discussione con il Clinico ed infine l'archiviazione.

In tale ottica, a fronte della disponibilità clinica di sistemi diagnostici accurati, complessi, costosi e multimodali, e' necessario stabilire o ristabilire i criteri applicativi della diagnostica per immagini rispetto alle altre specialistiche, applicando linee guida e criteri di salvaguardia dosimetrici, già esistenti.

Una tecnologia d'avanguardia in Radiologia deve porsi quale obiettivo la qualità e l'accuratezza, con riduzione della dose di radiazioni ionizzanti, condizioni ottenibili solo con il costante aggiornamento del parco tecnologico, per gestire costi di manutenzione tendenzialmente sempre piu' alti, da

contrapporre a redditività ed efficienza produttiva.

In conclusione, operativamente, occorre organizzare le informazioni diagnostiche, sempre più complesse ed esaustive, in sistemi "intelligenti" rappresentabili come "flow charts" che, rispettando i criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, identifichino non solo i parametri classici di malattia (legati principalmente alla sua visualizzazione nell'organismo) ma anche le sue caratteristiche biologiche di interesse, per la definizione del rischio, prognosi, predittività' di risposta alla terapia, mediante l'integrazione dei dati morfologici, funzionali e molecolari.

E' necessario implementare la tecnologia ibrida radiologica/medico nucleare con attenzione allo sviluppo di pro-

fessionalità e risorse adeguate anche al fine di sintetizzare in sedute diagnostiche multimodali le indagini TC con mezzo di contrasto e PET-PET/TC con risparmio di dose al paziente e di risorse per il sistema sanitario nazionale.

Occorre inoltre velocizzare e rendere attuati gli studi dell'Health Technology Assessment attingendo a banche dati certificate con informazioni tratte dalla medicina basata sull'evidenza e sui costi, in modo da poter contestualizzare e inserire le nuove tecnologie sia tenendo conto dei processi diagnostici-terapeutici che delle risorse diagnostiche già esistenti.

Marco Minnetti
Radiologo



“Lo scienziato nel suo laboratorio non è solo un tecnico, è anche un bambino davanti a fenomeni della Natura che lo affasciano come un racconto di fate.”

Marie Curie



È ben noto, che la “civiltà industrializzata” possa aver spesso alterato l’equilibrio della Natura, provocando danni reali e potenziali anche ai normali cicli della produzione alimentare. A questo, spesso si associano perverse logiche economiche di mercato, per cui vengono sacrificati sull’altare del profitto, adeguati controlli e qualità dei prodotti. In una sorta di assuefazione e rassegnazione, l’opinione pubblica sottovaluta l’entità del problema, vittima e colpevole di quella “manipolazione alimentare” che spesso la commercializzazione induce nell’acquisto e nel consumo di quei cibi che quotidianamente portiamo sulle nostre tavole.

Nonostante la cronaca di tutti i giorni, ci racconti di sequestri di derrate alimentari e chiusure di esercizi commerciali, non si percepisce nella popolazione, la reale consapevolezza sulle serie conseguenze che le sofisticazioni possano provocare sulla nostra salute. Ad esempio, benchè condivisibile, la tardiva campagna antifumo,

tenta con foto e messaggi minacciosi, di dissuadere il compratore, mentre contestualmente non osserviamo analoghe iniziative che “allertino” il consumatore sui rischi che possono provenire da alimenti, di cui si abbiano sospetti sulla provenienza, il trattamento e la conservazione .

Dalla cronaca infatti, possiamo estrapolare alcuni “scandali” del settore :

- Sequestro di 10 tonnellate di carne avariata proveniente dalla Germania in procinto di essere immessa sui nostri mercati;
- Prosciutti ottenuti da maiali nutriti con rifiuti speciali;
- Formaggi deteriorati e rigenerati;
- Latte sudamericano sbiancato con calce e soda;
- Miele contaminato da acaricidi;
- Peperoncini asiatici trattati con rosso sudan, colorante usato anche per sughi, pasta, salsicce;
- Mangime per polli “ingrassato” con olio industriale di raffreddamento;

- Sindrome dell'olio di Siviglia, nota nei primi anni 80, per i circa 300 decessi attribuiti alle gravi intossicazioni provocate dall'olio di colza adulterato da un pesticida fu utilizzato nelle campagne spagnole.

In breve sintesi, possiamo analizzare alcune sofisticazioni, cui sono sottoposti cibi che frequentemente portiamo sulle nostre tavole

La CARNE



Possiamo facilmente imbatterci in prodotti trattati con ormoni, antibiotici, coloranti e conservanti.

- Gli ormoni anabolizzanti fanno aumentare le masse muscolari, soprattutto nei vitelli, di circa il 20% in soli 10 mesi, mentre gli estrogeni incrementano la ritenzione idrica. Anche se in Italia questi trattamenti sono vietati (non negli USA) gli scambi commerciali paradossalmente, annullano la tute-

la che deriva invece dalla nostra legislazione in merito. Per lo stesso meccanismo, anche allevatori disonesti nostrani, per evitare sanzioni, sospendono i trattamenti ormonali solo 15-20 giorni prima della macellazione (non oltre per evitare che le carni si sgonfino) ottenendo in tal modo l'esito negativo dei controlli a campione, anche se l'induzione ormonale, su crescita e sviluppo del bestiame, potrebbe essere facilmente deducibile dalla ipotrofia delle gonadi. Nelle carni peraltro, queste sostanze rimangono immutate, con gravi conseguenze per la nostra salute e soprattutto dei bambini, dove sono stati segnalati alcuni casi di sviluppo sessuale precoce. A tal proposito un curioso episodio avvenuto in Gran Bretagna, conferma la possibile patogenicità di questa sofisticazione. Una signora amante dei gatti, che nutriva con omogeneizzati di vitello gratuiti, perché in scadenza, osservò in poco tempo come i suoi piccoli animali fossero diventati obesi. Infatti dalla analisi chimica di questi cibi, furono ritrovate notevoli quantità di ormoni.

- Nel manzo, per ottenere incremento ponderale si usa il

metimazolo, che bloccando la funzione tiroidea, rende l'animale mixedematoso, anche se per nostra fortuna il farmaco rimane nella sua tiroide e non va nei muscoli!

- Non manca nell'elenco degli ormoni usati, la somatotropina che viene somministrata alle mucche da latte per aumentarne la produzione.

- Frequente è poi, l'uso di antibiotici, usati per prevenire infezioni in ambienti affollati come sono gli allevamenti, con conseguente aumento delle resistenze batteriche. A tale fenomeno, fu attribuito il decesso di una donna di Detroit affetta da polmonite, resistente ad ogni tipo di terapia antibiotica.

- In Europa (meno in Italia) le carni bianche vengono spesso vengono importate dalla Thailandia e dal Brasile dove si fa un disinvolto uso di antibiotici, da noi vietati, come i nitrofurani ed il cloramfenicolo, con un potenziale effetto cancerogeno e di sviluppo di anemia aplastica.

- Inoltre la composizione dei mangimi è mantenuta segreta, proprio perché, oltre al mais ed alla soia, transgenici, spesso contengono per circa il 30% farine di provenienza animale.

II PESCE



Anche per questo genere così prelibato e consigliato nelle diete, esistono elementi di preoccupazione e di attenzione. Infatti alcuni rilevamenti dell'agenzia per la sicurezza alimentare europea (RASFF) devono essere di monito nella scelta del prodotto e sul suo consumo :

- Batteri sono stati trovati nei molluschi italiani;
- Cadmio in calamari congelati spagnoli;
- Salmonella in gamberi del Bangladesh;
- Larve di nematodi nel nasello congelato spagnolo;
- Mercurio in pesce spada sotto vuoto spagnolo;
- Antibiotici in pesci provenienti dal Vietnam;

Il frequente consumo di prodotti ittici provenienti dall'estero, conseguenza dei costi di produzione più bassi, produce il paradosso, per cui il nostro

pescato non commerciale viene ributtato in mare, e viene venduto come fresco il pesce scongelato e come di cattura quello di allevamento.

Peraltro a peggiorare lo scenario, si segnala anche nelle nostre peschiere e nei mercati all'ingrosso, il massiccio utilizzo di additivi chimici, al fine di "rinfrescare" il pesce, come nel caso occorso ad un tossicologo, che dopo aver spento la luce in cucina, notò la fluorescenza del tonno appena acquistato come "freschissimo". Questo effetto è attribuibile ad un noto additivo, normalmente usato per sbiancare, il cafodos, non commerciabile in Italia, utilizzato da solo o con acqua ossigenata per conservare i caratteri di freschezza del pesce, che in tal modo si presenta apparentemente vivo. Il consumo del pesce trattato con questa sostanza provoca un avvelenamento da istamina, la cosiddetta sindrome sgombroide (HFP-Histamine Fish Poisoning) dovuta al deterioramento che innesca un processo di decarbossilazione, e di trasformazione della istidina in istamina, con i conseguenti fenomeni allergici. L'altra sostanza utilizzata illegal-

mente è il perossido di idrogeno, comunemente conosciuto come acqua ossigenata (H₂O₂) non pericoloso sull'alimento in quanto tale, ma, che al pari del cafodos, rappresenta una frode commerciale, nascondendo la scarsa qualità del prodotto e camuffandone i caratteri di freschezza.

Peraltro la volatilità di questa sostanza non consente di reperirne le tracce nell'alimento trattato in quanto una volta a contatto con l'acqua essa si dissolve.

FRUTTA, VERDURE, ORTAGGI



Dalla vendita diretta dei prodotti stagionali e di chiara provenienza contadina, abbiamo abbandonato i mercati rionali di piazza, acquistando i frutti della terra nei market di grossa distribuzione, dove i prodotti chimici vengono usati in tutto

il ciclo di coltivazione, raccolta, conservazione e commercializzazione.

- I concimi di sintesi accelerano la crescita dei vegetali, impoverendoli di oligoelementi, generando un aumento del contenuto di potassio ed acido fosforico, ed una carenza di rame e magnesio.

- I pesticidi più comuni distruggono gli insetti dannosi ma anche quelli utili, generando inoltre resistenze; uno dei più usati è il clorphyrifos, insetticida organofosforico, pericoloso interferente endocrino di cui sono noti gli effetti neurotossici, tanto che la U.S. Environmental Protection Agency ne ha bandito l'uso domestico. Gli effetti del CPF sono particolarmente rilevanti quando ad essere esposti sono gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili come le donne in gravidanza, e di conseguenza il feto ed i bambini.

- Il trattamento conservativo prevede processi di antiriscaldamento e di anticaduta del peso, contestualmente a trattamenti fungicidi ed antigerminanti per le patate. Il tiabendazolo come fungicida, contrasta muffe, av-

vizzimenti ed altre malattie fungine della frutta (in particolare nelle arance) e della verdura, come conservante alimentare sotto la denominazione E233 è applicato alla buccia delle banane per preservarne la freschezza ed è un comune ingrediente delle cere collocate sulla scorza degli agrumi, è altresì presente nelle soluzioni acquose nelle quali tali frutti vengono immersi. Per la sua lieve tossicità, il suo uso come additivo è stato vietato in Europa e negli USA.

OLIO, LATTE...



Uno degli orgogli del made in Italy con maggiori tentativi di imitazione e contraffazione è l'olio extravergine di oliva. Può essere colorato con clorofilla e betacarotene, talvolta mescolato con miscele di olio d'oliva lampante rettificato, olio di sansa rettificato, di colza ed in ultimo imbottigliato e venduto per

“olio d'oliva extravergine“. Possono essere anche utilizzate miscele a base di olio di nocciola, che avendo una composizione chimica ed organolettica molto simile a quella dell'olio d'oliva lo rende particolarmente adatto alla sofisticazione.

I controlli risultano spesso inefficaci nel monitoraggio di tutte le fasi della lavorazione, e soprattutto nell'importazione di partite di olio a basso costo da Paesi comunitari (Spagna e Grecia) o extraeuropei (Tunisia), da destinare, attraverso tecniche chimiche di laboratorio, quali la deodorazione, alla trasformazione fraudolenta in partite di olio extravergine italiano.

Nonostante il divieto di miscelazione all'interno dei processi di produzione dell'olio extravergine, permane problematica la effettiva applicazione delle norme che regolano la “denominazione d'origine” e la “provenienza territoriale nazionale”.

Il latte essendo un'emulsione di grassi in una soluzione acquosa, può essere facilmente contaminato ed alterato da numerose sostanze sia lipofile che idrosolubili. Tali contaminazioni possono avere origine am-

bientale (ad esempio residui di fitofarmaci, tossine di origine fungina che l'animale ingerisce con l'alimentazione), oppure derivare da contaminazioni durante il processo di trasformazione e conservazione, o essere il risultato di sofisticazioni, come quello della melamina in Cina, utilizzata per elevare apparentemente il contenuto proteico del latte e che provocò l'avvelenamento di circa 300 mila bambini e la morte accertata di almeno sei.

Può inoltre, essere annacqua-

to, ricostruito da latte in polvere, trattato con alcali se è inacidito, oppure con acqua ossigenata per ridurre la carica batterica.

CONCLUSIONI

Nonostante i concetti di adulterazione, sofisticazione ed alterazione siano complessi e diversi, questa breve panoramica, è finalizzata a focalizzare il problema sulle frodi alimentari, da una parte richiamare la coscienza dei responsabili e

dall'altra sensibilizzare i consumatori a porre attenzione a ciò che acquistano.

Nel tentativo di invertire la rotta di questo avvelenamento collettivo, negli articoli successivi ci occuperemo di altri "veleni quotidiani" quali i coloranti, i conservanti, gli antiossidanti, e gli stabilizzanti.

Maurizio Mancini
Medico di Famiglia



“Fa’ che il cibo sia la tua medicina
e la medicina sia il tuo cibo.”

Ippocrate

Curarsi con la BELLEZZA

L'interazione tra arte e scienza e la conseguente commistione tra di esse è cosa che può esser rintracciata fin nell'antichità, nei dialoghi dei grandi filosofi greci o negli scritti degli studiosi di epoca romana, fino ad arrivare all'arte contemporanea ed agli studi applicati alla psicologia, al come una immagine o dei colori possano influenzare lo stato d'animo di un paziente, aiutando il processo di guarigione, oppure al benessere ingenerato da un determinato ambiente - inteso nella sua accezione totale - e, in tal senso, si pensi ad un paesaggio di campagna e come l'insieme di colori, odori e suoni siano in grado di portare buonumore.

La storia dell'arte, al contempo, ci permette di indagare quali fossero gli studi, gli strumenti e le tecniche mediche nel corso dei secoli, attraverso molteplici immagini che, in dettaglio, fotografano episodi di vita quotidiana, dalla visita del dottore alle ben note lezioni di anatomia nelle aule universitarie.

Da un lato cura, dall'altro testimonianza, reportage di vita.

Ed è su questi presupposti che si muovono oggi i professionisti della salute; ancor meglio, dalla fusione dei due dati - la bellezza come cura e l'immagine come narrazione di un mestiere - si sta tentando di creare un nuovo linguaggio, di appropriarsi di nuove forme

espressive intese come strumenti per fare salute: l'arte entra a pieno titolo nei luoghi della scienza, nei luoghi di cura, e lo fa come risorsa.

Si è accennato al paesaggio ed all'effetto benefico della natura sulla mente ed esistono in effetti molti studi scientifici che ne danno testimonianza, gli stessi che hanno stimato nel corso degli ultimi vent'anni una diminuzione pari al 25% del tempo speso dalle persone in ambienti naturali (Pergams & Zaradic, 2007). Al contrario, per la ricerca scientifica ci sono diversi motivi per cui è necessario ricucire questo rapporto, motivi ovviamente benefici per la salute psico-fisica degli individui. Tra questi una maggiore vitalità, legata allo stare all'aria aperta; un aumento esponenziale della creatività, dovuto proprio al tipo di ambiente in cui andiamo ad agire; una riduzione dello stress; un miglioramento della memoria a breve termine così come della salute mentale con conseguente rafforzamento di un senso di appartenenza, specie alla rete sociale; un aumento dell'autostima soprattutto se legato ad attività sportive svolte all'aperto.

Al contempo va preso in considerazione anche il fenomeno diametralmente opposto, ossia quando la natura provoca l'insorgere di emozioni quali paura ed ansia o, per dirla con i romantici ottocenteschi, di "orrido e sublime".

Ci sono siti naturali che per secoli hanno at-

tratto schiere di artisti proprio perché il paesaggio diveniva uno scenario ed una scenografia imperdibile ed il nostro territorio in primis, cosparso oltretutto di rovine romane, ha per molto tempo incarnato l'ideale massimo, la meta d'obbligo, per chiunque volesse immergersi in queste atmosfere.

Nella città di Tivoli basti pensare all'unicum costituito da Parco Villa Gregoriana, forra naturale trasformata in giardino da Papa Gregorio XVI, simbolo d'eccellenza per l'estetica romantica.

Ma se da un lato questa Villa ha scatenato le fantasie pittoriche o poetiche di molti viaggiatori, dall'altro con le esondazioni del fiume Aniene ha causato distruzione e disperazione, infine paura, e le opere d'arte che vi si ispirano non possono che confermare il duplice aspetto di bellezza naturale, il sublime, unitamente alla sensazione di spavento e di precarietà, appunto all'orrido (**Figg. 1, 2, 3**).

Ed è proprio la storia dell'arte a raccontarci e testimoniare anche di fenomeni naturali capaci di inaudite distruzioni, dalle conseguenze nefaste per la psiche umana.

Basti pensare ai terremoti ed alle ansie scatenate in chi vive su di una terra in continuo movimento, una terra che non ha mai smesso di tremare, allora come oggi. Secondo Emanuela Guidoboni, del Centro Euro-Mediterraneo di Documentazione Eventi Estremi e Disastri (Bologna e Spoleto), dall'anno Mille a oggi sono note 4.800 distruzioni gravissime, dall'VIII all'XI grado della scala Mercalli, e molti artisti hanno appunto rappresentato le catastrofi naturali dai tempi più remoti fino



Fig. 1 H. VAN CLEVE, *Tivoli, tempio c.d. di Vesta e Cascate*, incisione, dimensioni non specificate, 1525-1589



Fig. 2 VENTURINI, *I resti del Ponte Antico a monte del fossato di San Rocco*, incisione, dimensioni non specificate



Fig. 3 *Veduta dal Tempio di Vesta*, incisione, dimensioni non specificate, 1819. Collezione Lemmermann a Villa d'Este



Fig. 4 Episodio tratto dall'Apocalisse di Giovanni



Fig. 5 M. Wurmster, particolare di un affresco nel Castello di Karlstein, in Boemia.

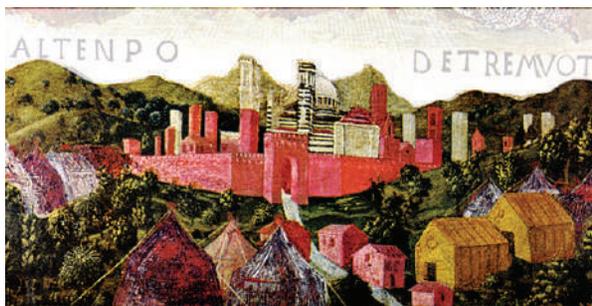


Fig. 6 Francesco di Giorgio Martini, registri delle Biccherne, Archivio di Stato di Siena.

alla diffusione della fotografia.

Così mentre nella concezione religiosa il terremoto era rappresentato nel sesto sigillo dell'Apocalisse di Giovanni (**Fig. 4**), segno della distruzione del mondo umano ed annuncio del giudizio di Dio, nel 1362 circa l'artista tedesco M. Wurmster di Strasburgo, nel Castello di Karlstein in Boemia, racconta in un affresco (**Fig. 5**) il disastro conseguente ad un terremoto del 25 gennaio 1348 in Friuli e Carinzia, a testimonianza di come questo avvenimento colpì fortemente la società europea dell'epoca proprio per la violenza e la distruzione con cui si verificò.

Francesco di Giorgio Martini addirittura immortalò la "tendopoli" posteriore al terremoto di Siena del settembre 1467 (**Fig. 6**), sigillando su di una tavoletta quel senso di precarietà e di paura che ingenera un terremoto interrompendo la vita urbana e sociale e costringendo la popolazione a situazioni di emergenza e di disagio.



Fig. 7 Anonimo, in Collezione privata, in L. Doufour - H. Raymond, 1693, Val di Noto. La rinascita dopo il disastro, Catania, 1992

ARTERapia



Johann Wolfgang Goethe

Per finire, la tela dell'anonimo pittore che del terremoto del 1693 in Sicilia, oltre alla distruzione immortalava il dolore, lo sgomento e la paura di quanti riescono a mettersi in salvo (**Fig. 7**), consapevoli di essere inermi di fronte alla forza travolgente della natura.

Bellezza e paura, attrazione e disorientamento, sublime ed orrido appunto: binomi sigillati inesorabilmente nell'accezione di paesaggio ed al tempo stesso in continua relazione con l'uomo ed il suo sentire, quelli che Goethe chiamava anima e conoscenza.

Giorgia Montesano
Property Manager at Fai



“L'artista è un ricettacolo di emozioni che vengono da ogni luogo: dal cielo, dalla terra, da un pezzo di carta, da una forma di passaggio, da una tela di ragno.”

Pablo Picasso

Back to School

Il mistero della BELLEZZA

Dare una definizione del concetto di bellezza è un compito arduo poiché non esiste, né mai esisterà nel corso dei tempi, una sua modalità interpretativa univoca. L'ideale estetico è infatti frutto di costruzioni socio-culturali e come tale è soggetto a mutare in relazione al contesto da cui trae origine.



Nell'antica Grecia il termine “Kalòs” si trova spesso in endiadi, cioè connesso con il termine buono “Agathòs”. Nella scuola pitagorica a questi valori, se ne associa un terzo, ossia il concetto di vero. La triade ha come matrice comune “la misura” concetto quest'ultimo legato alla religione e all'arte greca.

L'idea di misura, di proporzione, dunque di calcolabilità ed oggettività, entra in crisi nel tardo Rinascimento e in modo più clamoroso nel periodo del Barocco (dell'irregolare). In tale periodo si sostiene che c'è un ‘quid’ che contribuisce a definire cos'è il bello, un qualcosa, cioè, che non è né calcolabile né misurabile. Si renderebbe necessario dunque educare al gusto cioè all'armonica varietà produttiva, solo se infarcita dei colori di molteplici giudizi interiori e personali, dai quali trarre quella dinamica ed equilibrata sintonia, capace di illuminare, delineandola, una più singolare suggestione in grado quest'ultima di essere originale, perché innovativa dal punto di vista del significato che gli si vuole attribuire e, far sentire così, in termini rinnovati ma sempre cangianti, la variegata sensibilità di ognuno al senso del bello. L'idea di bellezza ha radici antiche ed ha conosciuto nel corso dei secoli una metamorfosi costante. Ma che valore ha, nel XXI secolo, parlare ancora di bellezza? In primo luogo dobbiamo arrenderci all'idea dell'unicità del modello, al sincretismo totale. Di conseguenza accettare un relativismo del gusto può generare brutture artistiche ed architettoniche di puro narcisismo che, focalizza, come primaria, la bellezza esteriore del proprio stile di vita e del proprio corpo. È vero anche l'altro aspetto di questo discorso, un concetto non canonico di bellezza, lascia spazio alla libertà di affermare nuove idee e nuovi modelli di creatività.

Possiamo quindi concludere dicendo che: la ricerca della bellezza è dunque indissolubilmente legata alla necessità di dare gusto e significato alla nostra esistenza.

Maria Rita Di Rollo
Docente di Lettere

Commenti in Cornice

Scienza e Carità

Pablo Picasso - Museu Picasso, Barcellona



Pablo Picasso aveva solo quindici anni quando completò *Scienza e Carità* nel 1887 (olio su tela 197 cm x 249,5 cm- Museu Picasso, Barcellona) Suo padre José Ruiz Blasco, maestro d'arte, nella speranza che il figlio raggiungesse la fama ed il successo a lui sfuggito, riuscì grazie ad un amico a far esporre l'opera alla Esposizione Nazionale di Belle Arti di Madrid, dove ottenne anche una menzione d'onore.

Pablo rappresenta il padre nella figura del medico al capezzale dell'ammalata, rendendo così, assieme alla suora sull'altro lato, un elevato grado di realismo, che diverrà noto come realismo sociale. Infatti numerosi dipinti dell'epoca, simili per stile e soggetto (un paziente affiancato da un medico, simbolo di scienza e progresso da un lato e sull'altro una suora od un funzionario della Chiesa, rappresentanti spirituali) si inseriscono in quel filone patetico – umanitario, tipico della cultura Accademica Spagnola di fine Ottocento.

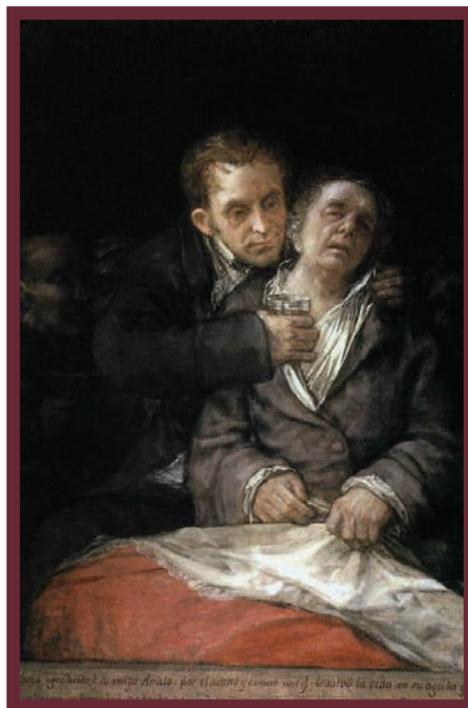
Efrom Burk

Professor of Art - Curry College, Milton, Massachusetts

Commenti in Cornice

Autoritratto con il dr. Arrieta

Francisco de Goya - Minneapolis Institute of Arts, Minnesota, USA



Questo autoritratto del 1819, raffigura il pittore seduto e sofferente per un grave scompenso cardiaco, con un senso di morte imminente, assistito da un medico che lo sorregge e che gli porge un bicchiere, forse con un oppiaceo, per quietargli la dispnea. Sullo sfondo alcune figure itinerarie appena accennate, forse donne (assimilabili alle Parche) o forse servi, che guardano la scena prefigurandone l'esito infausto.

Francisco de Goya (1746-1828) supererà la crisi e per commossa riconoscenza al suo amico Arrieta, gli dedicherà un anno dopo questo dipinto, come riportata nell'iscrizione autografa, nella parte inferiore della tela. La cardiopatia dell'artista potrebbe essere conseguenza della Lue, così come la nota sordità che tanto lo tormentò e lo ispirò nelle opere tardive, e che invece secondo alcuni, sarebbe derivata dalla intossicazione da piombo contenuto nei colori. Il dipinto rappresenta il legame indissolubile tra medico e paziente, nell'estremo pericolo di vita.

Efrom Burk

Professor of Art - Curry College, Milton, Massachusetts



Che cos'è la NEUROESTETICA? PRIMA PARTE

La **neuroestetica** è una recente area di ricerca che coinvolge le scienze cognitive e l'estetica e che affianca un approccio neuroscientifico alla consueta analisi estetica della produzione e della fruizione di opere d'arte.

Quindi Neuroestetica non è la spiegazione neurofisiologica del perché vedo bello, ma è il recupero, nell'arte, della complessità dell'espressione dell'individuo, e quindi del Sistema Nervoso. Colui che alla fine degli anni '90 ha contribuito ad aprire questa strada è Semir Zeki, neurofisiologo alla University College of London. In Italia, ormai, numerosi sono i cultori di questa branca delle Neuroscienze. Tuttavia, colei che più di ogni altro si è spesa da un punto di vista divulgativo è sicuramente Ludovica Lumer, che per anni ha lavorato presso il laboratorio di Semir Zeki.

Nella definizione non ho parlato di 'cervello' ma più correttamente di 'Sistema Nervoso'. È

riduttivo infatti parlare solo di cervello perché il Sistema Nervoso è costituito da un sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) e periferico (nervi periferici e recettori), quindi spazio personale ma anche peripersonale. Attraverso i recettori noi ci confrontiamo, viviamo la realtà che ci circonda, ci relazioniamo. E del resto il sistema nervoso centrale (cervello) pianifica risposte in relazione ad input del mondo esterno: c'è un pericolo: mi allontano, il mio sguardo ingaggia un bicchiere con una bottiglia: allungo la mano per bere, aggancio lo sguardo con il mio interlocutore che mi crea imbarazzo: distolgo lo sguardo, ecc.

Noi per anni, per secoli, abbiamo attuato scientificamente un procedimento 'lesionale' vale a dire: il paziente si procura una lesione a carico del lobo frontale area motoria dell'emisfero dx e controlateralmente sperimenta un deficit di forza che coinvolge la muscolatura della parte destra del suo corpo. Poi, neurologi e neurofisiologi si

Che cos'è la Neuroestetica?

sono spinti progressivamente più in là ed hanno cominciato ad indagare funzioni nervose più complesse come la coscienza, l'emozione, la memoria, la creatività, in pratica come funziona l'essere umano. Ed è proprio lì che l'arte ci è venuta incontro. Già. La creatività, il processo creativo. Kandinski, in "Punto, Linea, Superficie" ci suggerisce che "...lo slancio creativo è formato da due componenti, intuizione e calcolo ..." e nel "Cantico dei quanti", Ortoli e Pharabod ci ricordano che "...per comprendere i principi della dinamica quantistica, l'intuizione è più importante

della matematica..." E infatti nel processo creativo c'è un percorso che compie l'artista verso l'opera d'arte e un percorso che dall'opera d'arte si dipana verso l'osservatore-fruitori. In altri termini c'è qualcosa che vede l'artista nella realtà, influenzato dalla sua condizione interiore, e c'è qualcosa che vede l'osservatore-fruitori stimolato da un'opera d'arte. In questo 'vai e viene' si inserisce la Neuroestetica.

È necessario, a questo punto, entrare nel dettaglio e parlare secondo gli insegnamenti di Semir Zeki con una premessa doverosa. La corteccia cerebrale è dotata di due tipi di cellule:

le cellule piramidali e le cellule stellate. Inoltre, le caratteristiche funzionali della corteccia cerebrale sono la specificità modale e la capacità di astrarre. Cioè coni e bastoncini decodificano uno stimolo visivo, e le cellule della corteccia dell'orientamento verticale rispondono solo a linee ed oggetti orientati verticalmente e così via per individuare e processare punti, linee orizzontali, verticali, superfici, linee oblique, movimento, ecc (**Fig. 1 e Fig. 2**)

Ma da che esiste la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) noi siamo in grado di individuare, nell'ambito della nostra cor-

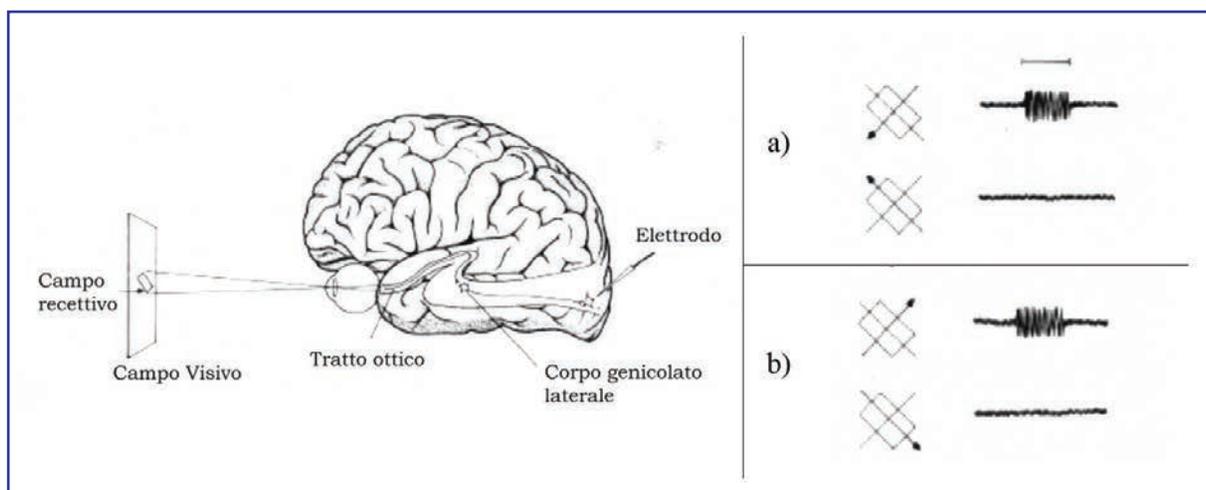


Fig. 1 Risposta di una cellula selettiva all'orientamento, studiata inserendo un elettrodo nella corteccia visiva a) e lampeggiando sbarrette di luce con orientamento differente nel suo campo recettivo (CR), la parte del campo visivo che, stimolata, produce una scarica elettrica (risposta). La parte b) illustra che la cellula è selettiva all'orientamento, ovvero risponde a una linea orientata obliquamente che illumina il suo campo.

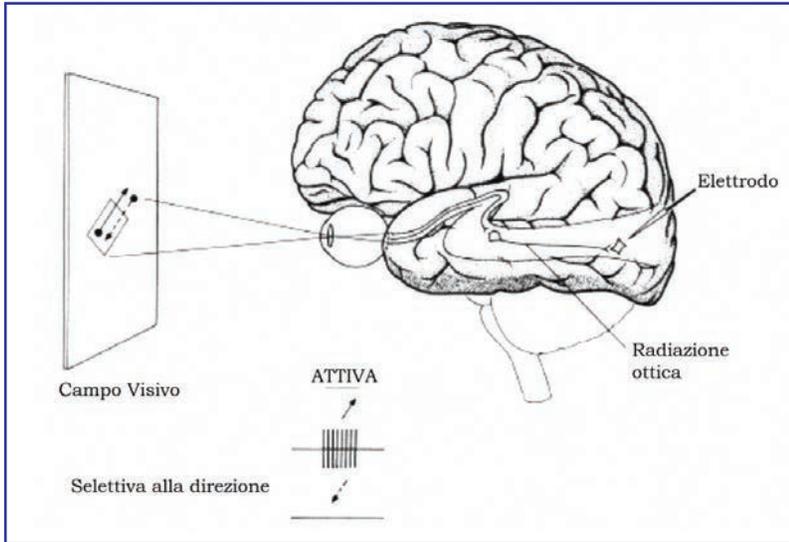


Fig. 2 Risposta di una cellula selettiva alla direzione nell'area v5. La cellula risponde al movimento in una certa direzione, ma non in quella opposta, la direzione nulla. In genere, queste cellule preferiscono piccole macchie a sbarre di luce orientate (da Semir Zeki, *A Vision of the Brain*, Blackwell Science, Oxford 1993)

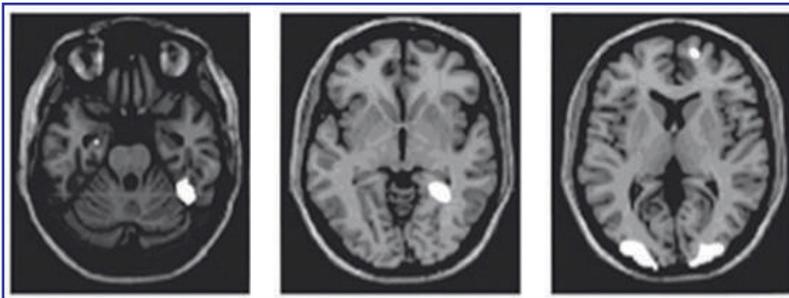


Fig. 3 Attività cerebrale durante la visione di categorie differenti di quadri. Le aree in bianco evidenziano regioni di attività massima quando i soggetti vedono a) ritratti, b) paesaggi, c) nature morte (figura adattata da Hideaki Kawabata e Semir Zeki, *Neural Correlates of Beauty*, in "Journal of Neurophysiology", 91, 2004, pp. 1699-1705)

teccia, delle zone che si attivano durante un'azione (parlare, scrivere, osservare) o durante una sensazione, un'emozione, un do-

lore fisico o morale e, come potete verificare nell'esperimento della **Fig. 3**, anche quando osserviamo un quadro.

Nell'ambito dei processi di astrazione realizzati dalla corteccia cerebrale, abbiamo visto ciò che accade in funzione della costanza percettiva, ma il cervello si avvale nei suoi processi di visione anche di una costanza cromatica. Infatti il cervello è organizzato per concetti ed esiste un concetto di colore in quanto se il colore cambiasse continuamente al variare delle condizioni di illuminazione non avrebbe molto senso dal punto di vista biologico perché invece di fornirci conoscenze sulle condizioni del mondo ci confonderebbe le idee.

E del resto già Immanuel Kant aveva scoperto che il meccanismo di costanza cromatica non è altro che un principio organizzatore sui segnali visivi in entrata (Prolegomena).

Edwin H. Land, l'ultimo dei grandi geni, secondo, in quanto a brevetti depositati, soltanto ad Edison, fondatore nel 1937 della Polaroid Corporation, per primo ipotizzò che la capacità di assegnare un colore costante a una superficie fosse il risultato di un 'programma neuronale', un processo computazionale (Land, 1974 – Land e Mc Cann, 1971). Quindi il cervello è orga-

Che cos'è la Neuroestetica?

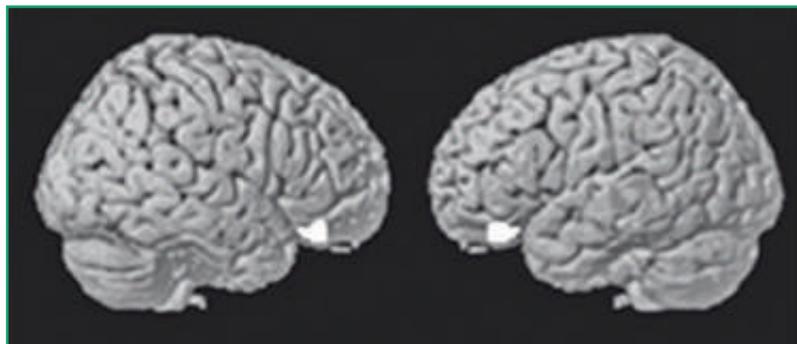


Fig. 4 Attività cerebrale correlata alla visione di dipinti esteticamente belli. Le aree in bianco illustrano regioni di massima attività corticale quando le persone valutano i quadri come belli (figura adattata da Hideaki Kawabata e Semir Zeki, *Neural Correlates of Beauty*, in "Journal of Neurophysiology", 91, 2004, pp. 1699-1705)

nizzato per: concetti ereditari, dove i segnali arrivano al nostro cervello che attribuisce loro un significato per comprenderli; concetti (sintetici) acquisiti, che sono invece quelli generati dal nostro cervello durante tutto l'arco della vita. Questi ultimi consentono di restare relativamente indipendente dai continui cambiamenti delle informazioni che lo raggiungono, in altri termini noi siamo in grado di riconoscere come aeroplano tanto il modello dei fratelli Wright quanto un Jumbo di ultima generazione. Ed in questo Semir Zeki ci ricorda "...Come il concetto cerebrale ereditario è indispensabile per generare l'esperienza, così l'esperienza è indispensabile per generare il

concetto acquisito..”.

Bene. Abbiamo dunque visto che nel processo di visione esistono stimoli che provengono dalla periferia e dall'ambiente ed operazioni di astrazione che compie la nostra corteccia cerebrale. Del resto Oscar Wilde nel *De Profundis* ci ricorda: "...ho detto nel *Dorian Gray* che i grandi delitti del mondo accadono nell'intimo del cervello. Ma non è pure nel cervello che tutto accade? Adesso sappiamo che noi non vediamo con gli occhi, né udiamo con le orecchie.

Essi non sono che dei canali per trasmettere con più o meno esattezza le impressioni dei sensi. È dentro il cervello che il papavero è rosso e la mela odora e l'allodola canta..” Ed altret-

tanto "...quando osserviamo la natura, la nostra immaginazione costruisce l'immagine ...” (Eugene Delacroix).

C'è una corrente di pittori dei primi del 900 che va sotto il nome di artisti di Fauves. che cercavano il modo di separare il mondo, la forma, dal colore, dipingendo gli oggetti, le figure con colori strani. Tra questi Henri Matisse, celebre per la sua opera in questo contesto *Donna con cappello* (**Immagine del quadro Donna con Cappello**).

Alcuni gruppi di ricercatori nel mondo hanno provato a far osservare ad alcune persone figure ed immagini colorate in maniera insolita ed inaspettata e quindi sottoponendo gli stessi volontari a Risonanza Magnetica Funzionale. In altri termini cosa accade nel nostro cervello quando guardiamo un'immagine di una banana blu e non gialla?

Questi ricercatori si sono accorti che quando i volontari osservavano una banana gialla si attivavano le aree della corteccia visiva, in particolare l'area V4 responsabile della visione dei colori e l'area della corteccia ipocampale, dove depositiamo



Donna con Cappello - Henri Matisse

la memoria di immagini e tutto ciò è comprensibile. Ma l'aspetto interessante dell'esperimento è che quando ai volontari veniva fatta osservare l'immagine di una banana blu oltre alle aree

corticali attese si attivava anche una parte della corteccia del lobo frontale, in altri termini nel nostro cervello, chiedo scusa, sistema nervoso, ci sono dei 'super controllori' che ci allerta-

no quando osserviamo qualcosa di colore strano e ci mettono in allarme! Del resto, se provate ad offrire una banana blu a una scimmia, essa la osserva, ma non la mangia. Qualcuno potrebbe obiettare che l'Amanita Muscaria e l'Amanita Phalloide presentano 'caratteristiche attrattive' diverse per l'uomo, ma sono entrambi funghi velenosi. Ma questo discorso ci porterebbe fuori strada e quindi per ora lo accantoniamo. Ciò che invece mi preme sottolineare ed enfatizzare è un concetto fondamentale: una funzione cerebrale, sia essa motoria, sensitiva o sensoriale, non appartiene ad una singola area corticale ma alla funzione globale, complessiva, del nostro cervello.

(Fine Prima Parte)

Alfredo La Cara
Neurologo

Il dr. CONAN DOYLE

Elementare Watson, due sole parole sufficienti ad evocare nella mente di molti la figura del più famoso detective mai ideato da uno scrittore: Sherlock Holmes.

Questa breve ma famosa frase, assicurano gli stu-



diosi e i ben informati, sembra in realtà essere un'invenzione postuma (nata per una riduzione teatrale), poiché negli scritti originali compare una sola volta, peraltro preceduta da una copula verbale che ne sminuisce il valore ("E' elementare Watson").

Comunque sia essa è rimasta indissolubilmente legata al noto investigatore frutto della mente geniale dello scrittore inglese Arthur Conan Doyle, ritenuto insieme ad Edgar Allan Poe, l'inventore del romanzo giallo. L'autore, e questo è meno noto, aveva iniziato la propria carriera come medico, professione presto abbandonata a favore della scrittura romanzesca, ma che influenzerà in

modo importante il suo pensiero e tutta la sua produzione letteraria (molte infatti sono le analogie tra il mondo scientifico in cui si è formato, e il mondo investigativo che racconta).

Sir Arthur Ignatius Conan Doyle nasce il 22 maggio 1859 a Edimburgo in Scozia, da madre irlandese e padre inglese. Secondo di dieci figli, frequenta, sostenuto economicamente da uno zio (Ignatius), varie scuole cattoliche dei Gesuiti per poi iscriversi alla facoltà di Medicina dell'Università della sua città natale, dove si laurea nel 1885. Uno dei suoi insegnanti, il rigido e brillante dottor Joseph Bell, ispirerà molto del futuro Sherlock Holmes, in particolare per il rigoroso metodo scientifico e le sue qualità deduttive. Per fare esperienza e pagarsi gli studi collabora con diversi medici, lavora poi come medico di bordo per l'African Steam Navigation Company, sulla tratta da Birmingham alle coste africane, dove studia a fondo la malaria e la febbre africana.

Ottenuto il Bachelor's degree, il titolo di laureato nei paesi anglosassoni, consegue un Master in Chirurgia e quindi si specializza in oculistica, per poi aprire un proprio studio a Portsmouth. La mancanza di pazienti gli consente di avere del tempo a disposizione, che dedica alla sua vera grande passione, la scrittura. Pubblica infatti in questo periodo il suo primo romanzo poliziesco ("Uno studio in rosso", 1887), considerato il precursore dei celebri romanzi del detective Holmes.

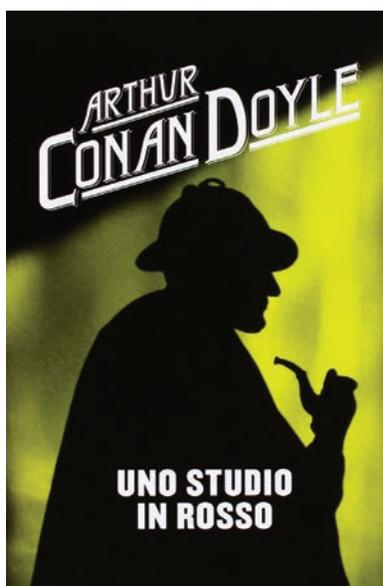
E' solo l'inizio di una nuova brillante carriera che lo vede autore non solo di romanzi polizieschi ma anche di racconti storici, di fiction

Il dr. Conan Doyle

ante litteram, poemi teatrali e articoli come corrispondente. Ed è proprio un saggio sulla guerra anglo-boera in Sudafrica, *The great boer war*, che gli vale il titolo di baronetto nel 1902, conferitogli da Edoardo VII. Ma è sicuramente per la pubblicazione dei romanzi con protagonista il celebre detective del numero 212B di Baker Street (civico all'epoca non esistente e attualmente sede del "Museo di Sherlock Holmes") che Conan Doyle diviene famoso. Fin dall'inizio le storie di Sherlock Holmes ricevettero buone critiche ed un immenso successo di pubblico, con i lettori subito innamorati del flemmatico e brillante investigatore privato che utilizzava criteri scientifici e nozioni di psicologia per condurre le sue indagini nella Londra tardo-vittoriana prima ancora che la polizia "vera" iniziasse a farlo. L'autore tuttavia ebbe un rapporto di amore-odio con il personaggio, divenuto nel frattempo più famoso di lui, fino ad "ucciderlo" facendolo precipitare in una cascata assieme al suo archi-nemico Moriarty. Fù costretto però, pressato dai suoi lettori e dalla casa editrice, a farlo tornare in azione: il genia-

le investigatore risolverà ancora moltissimi casi, lavorando anche come spia durante la Prima Guerra Mondiale.

La passione per l'indagine di Conan Doyle fu così forte che lui stesso, in due casi, vestì i panni dell'investigatore, riabilitan-



do la reputazione di due persone accusate ingiustamente da Scotland Yard i cui funzionari, in quel periodo, evidentemente dovevano possedere un acume pari a quello dell'ottuso ispettore Lestrade, le cui poco brillanti intuizioni vengono spesso ridicolizzate dall'arguzia di Holmes. Lo straordinario interesse ed entusiasmo che Sherlock

Holmes continua a suscitare ancora oggi non solo nei lettori comuni ma persino nei poliziotti, detectives e scienziati di tutto il mondo è dovuto al fatto che nessuna perizia balistica, anatomico-patologica o qualsiasi altra conoscenza o strumentazione scientifica, spesso solo uno sfondo all'intreccio, può sostituire «una giusta dose di buon senso» nella soluzione di un delitto.

In realtà, Sherlock Holmes, con le sue continue oscillazioni tra felici intuizioni teoriche e le gravi omissioni tecniche (mancanza di indagini balistiche, chimiche, autoptiche) segna il lento e tormentato passaggio dalla fase empirica alla fase scientifica della lotta al crimine: egli rappresenta il prototipo del moderno investigatore che applica il nuovo metodo "logico-deduttivo", in parte frutto della propria esperienza in campo medico.

Tuttavia l'inventore di Sherlock Holmes ebbe anche numerosi altri interessi, come lo sport in giovane età, praticando con discreti risultati la boxe, il cricket, il calcio e lo sci (soprattutto in Svizzera), contribuendo a diffondere questo sport nel mondo. E ancora il giornali-

Medici... *per altro* famosi

simo, famoso il pezzo scritto come inviato per il Daily Mail alle Olimpiadi di Londra del 1908 a favore dell'italiano Dorando Pietri, squalificato al termine di una gara straordinaria, per l'aiuto avuto dai giudici negli ultimi metri, ma vincitore morale secondo Doyle, che definisce l'atleta un "gladiatore". Per passare poi alla cultura dello spiritismo, materia cui ha dedicato diversi anni della fase tardiva della sua vita, scrivendo anche un saggio sulla Storia dello Spi-

ritismo e tenendo conferenze in diversi Paesi nel Mondo.

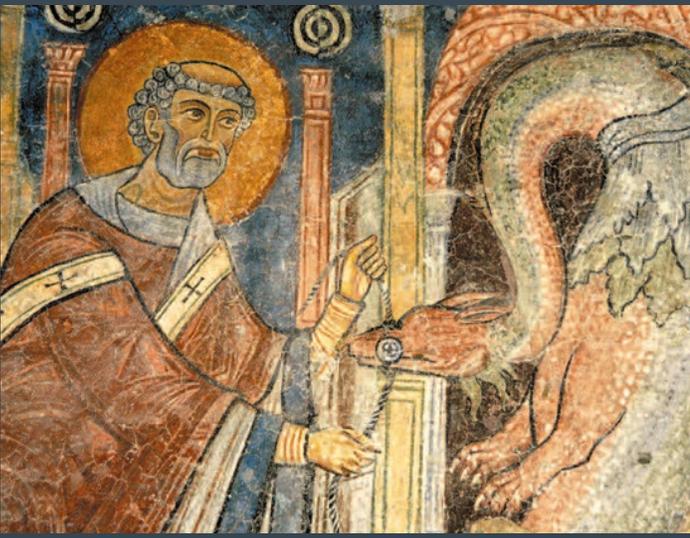
Medico, scrittore, autore teatrale, giornalista, impegnato politicamente, atleta polivalente, attivista per il sociale, spiritista e, come altri personaggi famosi dello stesso secolo, adepto ai valori della Libera Muratoria, Arthur Conan Doyle muore improvvisamente a 71 anni, per un infarto fulminante, mentre si trova nella sua casa di campagna a Crowborough, nel Sussex Orientale.

La sua poliedricità viene ricordata nell'epitaffio del cimitero di Hampshire dove è sepolto: "di sincerità ferrea e onesta lama, cavaliere, patriota, medico e letterato". Sicuramente medico per (molto) altro famoso.

Marco Semprini
Internista



“Una persona che si basa sulla logica deve vedere ogni cosa esattamente com'è, e la sottovalutazione di se stessi costituisce una deviazione dalla verità quanto l'esagerazione delle proprie capacità. ”



Qualcosa che non si era notato

A cura di
Roberto Giagnoli,
fotografo

Un intricato gioco di viuzze disorienta anche chi è passato in questi vicoli tante volte ma che troverà sempre qualcosa che non aveva notato prima; la bellezza di un capitello incastonato nel muro, un arco, un affresco.

In questi quartieri l'occhio si perde, attratto e sorpreso da una moltitudine di dettagli. Un invito a percorrere le strade tracciate dal tempo, i simboli lasciati da chi ha vissuto altre epoche, le cui mani hanno ricamato un muro con i mattoni, forgiato il ferro, dipinto un affresco, composto un mosaico, raccontando una storia.

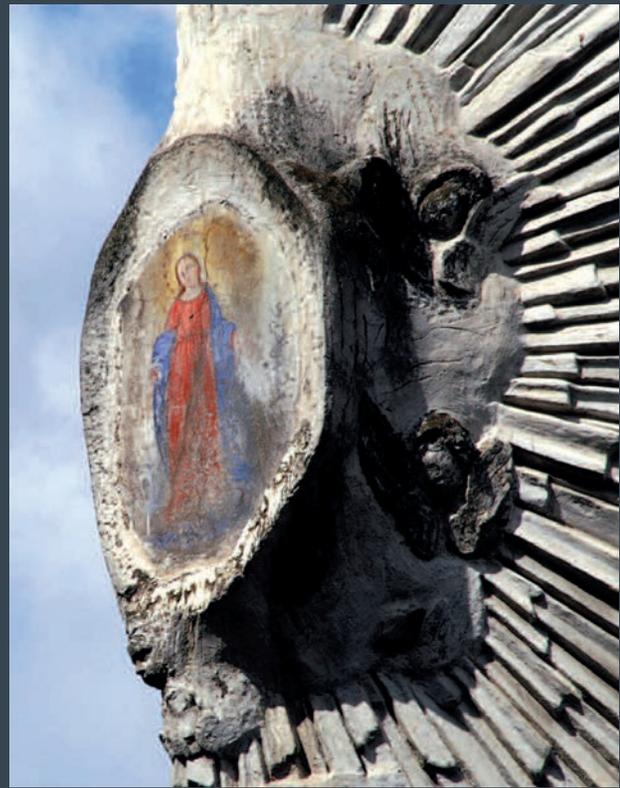
La fantasia può farci immaginare scene di vita di epoche remote, in queste strade sono passati Augusto e la sua corte, Catullo e Orazio, Federico da Montefeltro con Papa Pio IV, e le case, allora variopinte e affrescate, si adornavano di arazzi appesi alle finestre, in onore dei cortei di passaggio.

Nei sotterranei e nelle cantine di queste abitazioni si celano i resti delle ville romane.

Nelle pareti dei palazzi si intravedono gli archi monumentali e le colonne dell'antico Foro Romano.

Lo scatto fotografico ferma per un attimo l'emozione della scoperta, che non manca mai, quando si passeggia nei meandri della Tivoli vecchia.





Perdere i denti senza r...impianti

Storia dell'implantologia

Nel museo Archeology and Ethnology dell'Università di Harvard, negli Stati Uniti, è conservato il primo vero reperto implantologico di cui la civiltà moderna possiede prova, costituito da una mandibola umana in cui sono state impiantate tre conchiglie.

Scoperto dal Professor Bobbio dell'Università di San Paolo in Brasile, il reperto risale all'epoca dei Maya (900 d.C), e testimonia come la tecnica implantologica, insieme a tante altre innovazioni, fosse già affermata in questa civiltà. L'importanza e l'eccezionalità del ritrovamento sta nella lavorazione delle conchiglie, opportunamente scelte e sagomate, e dallo studio radiografico del reperto, che indica chiari segni di un'avvenuta osteointegrazione, a dimostrazione che si è di fronte ad un intervento eseguito in vita e non di un ornamento post-mortem (**Fig. 1**).

Si deve attendere l'inizio del XIX secolo per avere testimonianza del primo impianto metallico, completamente realizzato in oro, che consisteva di una struttura a tre parti, inserite separatamente all'interno dell'osso, con un sistema abbastanza elaborato. Il termine implantologia nasce nel 1856 con Younger, che la definì come un intervento che permette di costruire un alveolo in un mascellare, sia in una zona dove già ne esisteva un altro chiuso nel tempo, sia in una nuova area che mai aveva ospitato un dente. I primi impianti in porcellana, a forma di radice

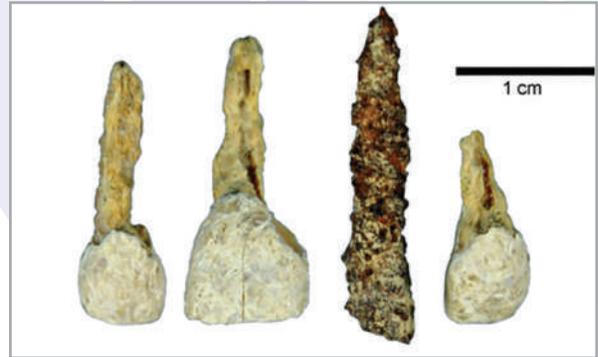


Fig. 1

piena, furono realizzati a partire dal 1891 con Hillicher. Il primo autore a parlare di impianti sommersi fu Greenfield nel 1909: la tecnica prevedeva l'inserzione nell'alveolo residuo di una griglia di platino iridiato, con la sua successiva chiusura (concetto innovativo ripreso più tardi dalla scuola svedese di Goteborg).

Altri tentativi di realizzare impianti in materiali alloplastici si ebbero nel 1931 con Fhlor che realizzò un impianto in resina con geometria a vite, utilizzando, in modo innovativo, l'uso del masticatore nella preparazione del sito impiantare. E' però nel 1939, con l'impianto a vite piena di Strock, realizzata interamente in acciaio, che inizia l'era che ha condotto alla moderna implantologia.

Gli anni successivi, dalle opere di questi ammirabili pionieri, si susseguirono numerose modifiche e perfezionamenti, come la realizzazione,

Perdere i denti senza r...impianti



Fig. 2

nel 1941 da parte di Formiggini, della prima vite cava in acciaio o, sulla base di questo modello, l'idea di Chercheve nel 1962, di un impianto endosseo in vitallio a doppia elica, costituito di una lega biocompatibile di cromo e cobalto (9).

Negli stessi anni Muratori ideò una spirale cava in titanio con due pilastri verticali, progettando inoltre un sistema implantare per creste ossee particolarmente sottili, definito impianto intermedio, introducendo infine il concetto di vite di fissaggio per la protesi.

Al di là dei successivi sviluppi e di alcune innovazioni apportate da diversi Ricercatori, come lo sviluppo degli impianti a lama di Linkow e di quelli ad ago di Scialom, e l'introduzione dei sistemi iuxtaossei e di altri metodi oggi completamente abbandonati, a dominare quegli anni fu

la controversia tra i sostenitori delle viti piene e quelli delle viti cave.

In un panorama così ampio di metodiche, materiali e tecniche, si rendeva necessario fare ordine dei diversi sistemi adottati. Nasce nel 1975 la prima classificazione italiana degli impianti alloplastici in metallo ad opera di De Michelis, Modica e Barlotta che suddivisero gli impianti in: iuxtaossei (totali o parziali), iuxta-endossei, endossei (a spirale, cava, piena, mista, a lama, ad ago, ad ansa). La Consensus Conference del 1988 tra il National Institute Dental Research (NIDR), il National Institutes of Health (NIH), l'Office of Medical Applications of Research (OMAR) e la Food and Drug Administration (FDA), ha elaborato una classificazione dei sistemi implantari suddividendoli in: - impianti

endosseï: a vite, a lama; - impianti subperiosteï: completi, unilaterali, circolari; - impianti transosseï: a graffetta, a perno singolo, ad ago; - impianti intramucosi; - impianti endodontici; - sostituti d'osso (**Fig. 2**).

Attualmente gli impianti piú utilizzati sono a quelli a vite, autofilettante (gradita da molti) e non filettata, con la tecnica chirurgica che prevede l'avvitamento dell'impianto nella struttura ossea preparata. Con questo procedimento si garantisce un grado idoneo di stabilit  primaria, fondamentale in questo tipo di tecnica.

Nello sviluppo e nella ricerca sicuramente la scuola italiana e quella svedese sono quelle che maggiormente hanno contribuito alla formazione della moderna implantologia. Il concetto di "osteointegrazione" fu introdotto per primo dal Professor Per-Ingvar Br nemark della famosa scuola di Goteborg, che attraverso anni di studio e molteplici esperimenti, definì l'osteointegrazione come un processo grazie al quale si ottiene e si mantiene nell'osso una fissazione rigida, clinicamente asintomatica, di materiale alloplastico durante il carico funzionale, contrastando rigide e distorte convinzioni del momento secondo cui l'impianto orale doveva inglobarsi solo nei tessuti molli (osteofibrointegrazione). Successivi studi e microfotografie istologiche confermarono la tesi sostenuta da Br nemark, verificando come l'osteointegrazione sia un processo di integrazione del materiale con il tessuto osseo vitale circostante senza interposizione di tessuti molli, anche se non pu  in nessun caso essere definita come una peculiarit  comune a tutti gli impianti, n  è verosimile che si verifichi in modo analogo in ogni singolo caso.

Altri ricercatori resero poi noti i principi fondamentali da rispettare onde poter garantire un'efficace osteointegrazione: biocompatibilit , forma, condizioni di superficie dell'impianto, stato del sito impiantare, tecnica chirurgica di inserimento, condizioni di carico applicate successivamente. La ricerca continua ancora, soprattutto da parte delle Aziende, che propongono costantemente materiali nuovi, modificati, con caratteristiche particolari e con nuovi trattamenti di superficie allo scopo di aumentare l'osteointegrazione, la tenuta e la durata dell'impianto stesso. Una buona percentuale di insuccessi in implantologia   legata essenzialmente a 2 problematiche: la possibilit  di contaminazione batterica, che si traduce in una perimplantite con probabile perdita dell'impianto e la frattura della vite di collegamento in caso di impianto bifasico, che differenzia dal monobasico dove impianto e moncone protesico sono un unico elemento. Recentemente sono state proposte alcune innovazioni al fine di migliorare i risultati estetici e funzionali delle riabilitazioni protesiche su impianti, come l'utilizzo di un componente intermedio avvitato all'impianto, pilastro protesico, e ancora l'utilizzo di componenti che prevedono la cementazione della riabilitazione protesica, per finire con la recente introduzione di pilastri protesici individuali in lega di titanio.

***Giovanbattista Mollicone**
Medico Odontoiatra*

Un incidentaloma... OFF-LABEL!

“Il teatro di Epidauro! Sì, l’ho visto anch’io, durante un viaggio “on the road” che feci da ragazzo. Mi ricordo quell’atmosfera magica, col sole che tramontava dietro le montagne dell’Argolide.”

“Un’acustica perfetta, vero?”

Avevamo incominciato appena a conoscerci, durante quella prima visita in studio, un pomeriggio di fine estate di dodici anni fa. Antonio aveva con me in comune la passione per i viaggi e l’età: cinquantaquattro anni allora. Per il resto, dal punto di vista clinico, niente di interessante. Un’anamnesi senza patologie degne di nota, nessuna familiarità per malattie metaboliche, cardiovascolari od oncologiche, nessun particolare fattore di rischio, a parte qualche rara sigaretta fumata sporadicamente ed un BMI di circa 28.

Era venuto solo per conoscermi Antonio. Si era trasferito da poco in città con moglie e figlie adolescenti. Del resto il suo lavoro di funzionario statale lo costringeva a cambiare residenza abbastanza spesso.

“Ma tanto a lei piace viaggiare, no?” azzardai una battutaccia per spezzare il ritmo della conversazione e passare all’esame obiettivo. Piuttosto rapido, come usiamo farlo noi. Del resto, da una parte l’ambulatorio sempre affollato impone i suoi tempi, ma dall’altra la prima visita impone un esame completo.

Pupille, capo, collo, torace, cuore, organi ipocon-

driaci, addome, prostata, riflessi osteotendinei... tutto in ordine, almeno nei limiti della vecchia semeiotica.

Ma la pressione arteriosa era 155/90.”

“E’ strano. Non ho mai avuto la pressione alta. Sarà l’emozione?”

“Mah! Mi sembra abbastanza rilassato. Per scrupolo facciamo un po’ di accertamenti.”

“Però, guardi, le ultime analisi le ho fatte due mesi fa, eccole.”

Un check up completo. Tutto nei limiti. Però voglio vedere se ci sono modificazioni recenti, e così prescrivo: Urine, emocromo, creatinina, sodio, potassio, glicemia, transaminasi, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, uricemia.

Le solite raccomandazioni igienico – dietetiche. Decido di temporeggiare un attimo sulla prescrizione di un farmaco antiipertensivo, visto che Antonio è contrarissimo ed insiste che deve essere senz’altro “un falso allarme”, e ci salutiamo con la promessa di rivederci entro pochi giorni con i risultati delle analisi.

Dopo una decina di giorni ecco di nuovo Antonio. Sorridente, in gran forma, di ottimo umore.

“Ha visto che avevo ragione io? Ecco le misurazioni che ho fatto in questi giorni!” In effetti tutto ok. Gli prendo anch’io la pressione: 120/75. “Bah. Aveva ragione lei. Sarà stata l’emozione. Vediamo le analisi.”

“Anche qui tutto ok. A parte le transaminasi.

Un incidentaloma... Off-Label!



AST 70 e ALT 65. Perché?”

“Signor Antonio, ha difficoltà digestive? Sonnolenza dopo mangiato per esempio” “Io? No! Digerisco pure i sassi! Certo... qualche volta, la sera... magari un bicchiere in più... Adesso poi : ho portato un po’ di Retsina dalla Grecia... ha un sapore antico e me ne sono innamorato... ma, in realtà, la sera a cena un goccio di più ci scappa sempre, e allora un po’ di sonnolenza... certo...”

“Sarà per quello” penso, e intanto prescrivo del cardo mariano con la raccomandazione di limitare la ... degustazione del Retsina serale.

“E facciamo anche un’ecografia epatica. Così, solo per scrupolo, visto che non la conosco ancora così bene come paziente”.

Antonio tornò dopo pochi giorni col risultato dell’eco, fatta in una struttura privata naturalmente.

Era scuro in volto questa volta.

Il referto dava un fegato lievemente steatosico, ma a carico del rene destro c’era una massa solida del diametro di circa sei centimetri.

Affidai Antonio al responsabile di un centro di urologia oncologica: una TC TB confermò la

presenza del tumore e risultò per il resto negativa. Antonio subì una nefrectomia e all’esame istologico si ebbe un carcinoma a cellule chiare T1b Nx Mx.

Sono passati dodici anni, e Antonio... è ancora qui a parlarne, anzi, credo se ne sia addirittura dimenticato.

Io invece non posso dimenticare l’espressione che aveva quando mi disse: “Il Professore mi ha detto che sono stato fortunato, ma invece io credo che sia tutto merito suo.”

Mentalmente ripercorsi a ritroso le tappe di quell’iter diagnostico e mi resi conto che il merito era in realtà di... un mio errore!

Avevo trovato delle transaminasi alterate mentre indagavo su una ipotetica ipertensione arteriosa.

Andai a rivedermi le Linee Guida nazionali ed internazionali per l’iter diagnostico dell’ipertensione arteriosa... e le transaminasi non comparivano mai tra gli analiti raccomandati!

Emilio Merletti
Medico di Famiglia

Assistenza Sanitaria e Stato sociale

Un nuovo PARADIGMA?

(Prima Parte)

Istruzione, previdenza e salute costituiscono i tre principali settori di intervento dello Stato sociale.

A buon ragione, dunque, la sanità pubblica può essere considerata una misura sensibile del Welfare sia in senso statico (per misurarne l'intensità) che dinamico (per comprenderne le trasformazioni).

Dopo la stagione dei diritti, durante la quale si è avuta un'espansione dell'assistenza sanitaria in senso universalistico, a partire dagli anni '80 si è entrati nel ciclo della ristrutturazione efficientista che da un lato non ha inciso in maniera significativa sui costi e dall'altra sembra aver ampliato le disuguaglianze nello stato di salute delle popolazioni.

Dalla riflessione che ne è scaturita comincia ad emergere l'idea che solo una politica di equità possa produrre un miglioramento dello stato di salute di entità tale da influire positivamente sulla crescita economica.

La trattazione che segue non riguarda lo stato di salute globale delle popolazioni che, comunque misurato, è cresciuto nel secondo dopoguerra sia nei Paesi avanzati che in quelli oggi emergenti che in quelli considerati ancora arretrati. Peraltro in questo ambito occorre sempre tener conto che le misurazioni medie (aspettativa di vita, tassi di mortalità, ecc.) possono mascherare un'ampia variabilità nella quale si annidano vere

e proprie ingiustizie sociali. Inoltre la salute globale non dipende solo dall'assistenza sanitaria in senso stretto ma da ulteriori decisivi fattori come lo stile di vita, l'alimentazione, l'ambiente.

L'articolo invece affronta due questioni, disuguaglianza e costi, rispettivamente legate all'efficacia e alla sostenibilità dei sistemi di assistenza sanitaria.

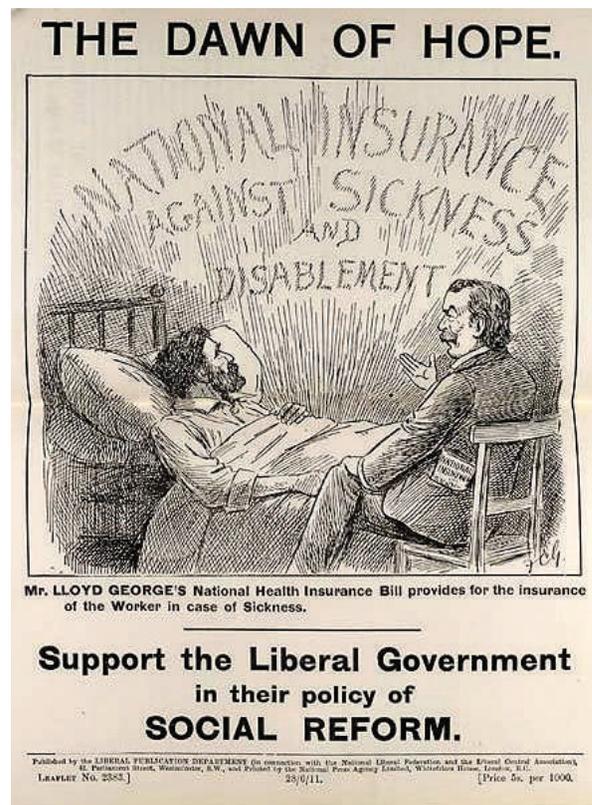


Fig. 1 National insurance act, 1911. Regno Unito

La stagione dei DIRITTI

Nei Paesi occidentali lo sviluppo dello Stato sociale subisce un impulso decisivo dall'espansione dei programmi di assistenza sanitaria in senso universalistico. Segnatamente in Gran Bretagna e negli USA, nascita e sviluppo del Welfare State hanno coinciso con l'introduzione di una sanità pubblica fortemente orientata in senso sociale.

La riforma di tipo universalistico realizzata in Gran Bretagna nel 1948 ed i programmi di assistenza gratuita per anziani e indigenti attuati negli Stati Uniti a partire dal 1965, hanno segnato in profondità non solo la sanità di quei Paesi ma la stessa natura dello Stato sociale.

Anche nel resto d'Europa, nell'arco del trentennio 1948-1978, la sanità si evolve in senso universalistico e lo stato sociale si amplia progressivamente.

A prescindere dal fatto che venisse adottato il modello Bismark, di tipo assicurativo (Francia, Germania, Belgio, Olanda, Svizzera, Giappone), o il modello Beveridge, finanziato attraverso la fiscalità generale (Gran Bretagna, Paesi scandinavi, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Italia), l'orientamento comune è stato quello di garantire a tutti l'accesso ai servizi sanitari ritenuti indispensabili.

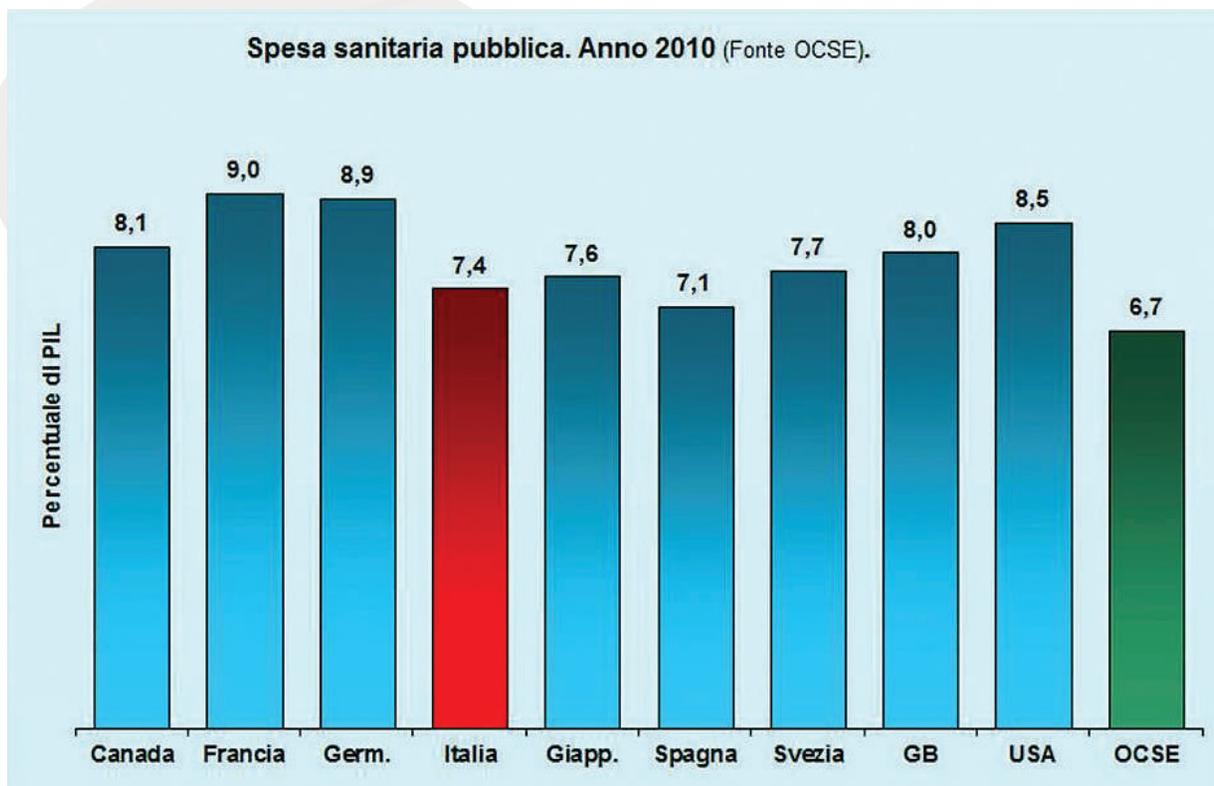


Fig. 2

Assistenza Sanitaria e Stato Sociale

Anche negli Stati Uniti, dove pure sino a due anni fa l'assistenza sanitaria veniva assicurata dallo Stato federale solo alle categorie più vulnerabili sul piano socio-economico, l'investimento pubblico assumeva dimensioni di grande rilevanza raggiungendo una quota di PIL superiore a quella impegnata da altri Paesi dell'OCSE, inclusi alcuni che pure avevano adottato il sistema universalistico (**Figura 2**).

E così, nella legislazione dei Paesi occidentali, anche se non necessariamente nelle Costituzioni, il nucleo dei diritti fondamentali si è ampliato progressivamente seguendo la direttrice di una sempre maggiore uguaglianza che dagli originari diritti di libertà, passando attraverso quelli politici, si estendeva a comprendere le garanzie sociali.

Alla base di questo processo vi era l'assunzione che la sanità, come l'istruzione e la previdenza, fossero aspetti della vita sociale che andavano sottratti ai meccanismi di mercato e dovessero essere garantiti dallo Stato. Rimaneva la differente natura tra i diritti di libertà (assoluti, precettivi e negativi) ed i diritti sociali (relativi, non

prescrittivi e positivi) che ne determinava un diverso recepimento legislativo. La tutela della salute in particolare ne richiedeva la specificazione attraverso l'identificazione di un nucleo minimo di garanzie che dovevano essere assicurate dallo Stato (anche se non necessariamente attraverso l'intervento pubblico).

Da qui, in Italia, la legislazione sui livelli essenziali di assistenza che ha tentato di definire i servizi sanitari minimi da garantire sull'intero territorio nazionale. Senza, tuttavia, riuscire ad evitare profonde disuguaglianze.

Su un piano più ampio il diritto alla salute e la sua natura sociale trovavano consacrazione nella varie conferenze internazionali lungo l'intero trentennio, dalla Dichiarazione di Parigi del 1848 a quella di Alma Ata del 1978. Per tutto questo periodo il diritto alla salute ha rappresentato il volano utilizzato per l'edificazione dello Stato sociale.

Carlo De Luca
Medico di Sanità Pubblica



“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità.”

Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948

La pratica sportiva dall'INFANZIA

La società odierna è caratterizzata dall'aumento della sedentarietà (malattia ipocinetica) e da abitudini di vita non corrette, fin dall'età prepubere.

Uno dei compiti dei medici e degli operatori del settore sportivo, dovrebbe essere quello di stimolare ed indirizzare l'attività fisica già nell'infanzia, in modo da creare i presupposti perché venga proseguita anche in età adulta.

Gli effetti benefici dello sport si estrinsecano in una crescita fisica ottimale, in una precoce maturazione psichica e nella prevenzione dei danni conseguenti alla precoce immobilità.

Nei primi anni di vita l'attività motoria viene svolta nel bambino in maniera spontanea sotto forma di gioco (in casa, asilo e scuola), successivamente come attività ludica organizzata (centri sportivi o palestre). Allorquando vengono impiegate metodiche di allenamento tendenti ad esaltare le attitudini di ognuno, allora diviene attività sportiva agonistica.

Lo sport permette agli adolescenti di raggiungere più precocemente la statura definitiva, influenzando positivamente la maturazione scheletrica, senza alterare l'altezza definitiva, stimola l'ipertrofia muscolare con incremento della massa magra e riduzione del tessuto adiposo (peso invariato) ed inoltre, permette di modificare determinate variabili morfologiche e funzionali cardio-vascolo-polmonari.

Tra queste ultime meritano di essere ricordate a livello cardiaco: l'aumento del volume e delle pareti miocardiche con incremento della gittata sistolica, aumento del volume ematico e dell'emoglobina totale, diminuzione del fabbisogno di ossigeno del miocardio con minor frequenza cardiaca al lavoro muscolare submassimale. A livello polmonare si osserva: aumento della massima ventilazione volontaria e del volume corrente, associato a diminuzione della ventilazione, della frequenza respiratoria e dell'equivalente ventilatorio al lavoro submassimale. Tutte caratteristiche che si rendono più evidenti praticando lo sport anche in età adulta.

Nella scelta del tipo di sport, sia per il bambino che per l'adulto, il medico ha un ruolo di grande rilievo.

Nel bambino non tanto influenzandone la scelta, ma assecondandola e controllando l'effetto che essa ha su di un organismo in continua evoluzione ed, eventualmente, consigliando la disciplina più idonea al grado di maturazione psicofisica raggiunta.

Ad esempio negli sport asimmetrici è opportuno controllare gli effetti che tali discipline provocano sull'apparato muscolo-scheletrico interessato (tennis, scherma); negli sport di contatto il bambino deve possedere buona maturazione fisica e mentale per il tipo di pre-

La pratica sportiva dall'infanzia

stazione richiesta (calcio, pallacanestro, arti marziali); negli sport di resistenza è importante l'acquisizione della capacità di sopportare sforzi più o meno intensi prolungati nel tempo (sci di fondo, corsa, nuoto); negli sport di destrezza l'acquisizione delle capacità coordinative (sci alpino, equitazione, vela).

Fondamentale è anche la conoscenza, da parte del medico, dell'età ideale per iniziare ogni singola disciplina sportiva ed eventualmente per proseguire nell'agonismo di essa (per la quantità ed intensità dello sforzo richiesto dal carico allenante) e per poter intervenire qualora il bambino non avesse raggiunto l'idoneità psicofisica.



LA SINDROME IPOCINETICA

Le prime osservazioni sulla sindrome ipocinetica risalgono agli inizi degli anni '60 quando due attenti studiosi americani notarono delle modificazioni sia anatomiche che funzionali a carico dell'organismo di coloro che non praticavano alcuna attività motoria.

Il mancato uso di organi o apparati che comunemente vengono coinvolti dalla pratica sportiva, aveva come diretta conseguenza una ipotono-trofia muscolare ed era la causa dell'origine di alcuni quadri clinici definiti successivamente "paramorfismi" (modificazioni della normalità di strutture organiche senza che esse giungano necessariamente a sviluppare una franca patologia).

La prevenzione e la terapia dei paramorfismi richiede come primo approccio la modificazione degli "stili di vita" e l'adozione di un adeguato, continuo e regolare regime motorio, il tutto associato all'eventuale correzione del sovrappeso.

Motivo per cui capita di osservare paramorfismi dell'apparato muscolo-scheletrico nei bambini e paramorfismi metabolici, cardiocircolatori e polmonari negli adulti, sovente in associazione a inabilità emotiva e relazionale in entrambi i casi.

Tra i paramorfismi tipici degli adolescenti ricordiamo: l'atteggiamento scoliotico o scoliotico funzionale, la ipercifosi cervico-dorsale, la iperlordosi lombare, l'instabilità della rotula, il varismo e valgismo delle ginocchia.

Tra i paramorfismi degli adulti ricordiamo:

mo: le alterazioni del metabolismo glucidico e lipidico, rapporto peso-staturale sfavorevole, volumi polmonari ridotti, potenza aerobica ridotta, pressione arteriosa e circolazione periferica inadeguata alle richieste, tachicardia e tachipnea da esercizio fisico.

QUALI I LIMITI?

Nel mese di marzo 2016, il Ministero della Salute ha reso pubblica un'indagine sull'uso smodato degli alcolici nei giovani dagli 11 anni in poi: ha evidenziato che sono circa 3.200.000 coloro che ne abusano e il campanello di allarme è costituito dall'assenteismo scolastico e dall'improvviso e precoce abbandono dello sport. Tale fenomeno ci invita alla riflessione.

L'attività sportiva introduce il bambino in un mondo in cui, con i suoi coetanei, può maturare un rapporto su basi razionali di uguaglianza, al di là delle differenze sociali ed etniche. Un mondo in cui, l'unica possibilità di inserirsi, è legata alle proprie capacità fisiche e psichiche, senza aderire ad alcun "gruppo sociale" per la ricerca di consensi.

Ciò lo pone in alternativa ai condizionamenti della società che lo stimolerebbero verso traguardi effimeri quali il consumismo, il simbolismo, il prestigio e l'ostentazione di "status".

Lo sport, nell'infanzia e nell'adolescenza, non è solo sublimazione dell'aggressione, ma anche controllo e rispetto entro le norme di gara, permettendo di potenziare le istanze psicologiche deputate all'autocontrollo (*azione catartica dello sport*).

Spesso il gesto atletico rappresenta per il giovane un mezzo di espressione corporea (anche psichica) per identificarsi nell'adulto e quindi per assumere atteggiamenti e comportamenti più maturi.

La morale sportiva, che nasce dalla pratica di esso, rappresenta la garanzia di un comportamento emotivamente e socialmente equilibrato. Mediante lo sport il bambino può affermare l'autonomia della propria personalità, liberarla dai fantasmi dell'infanzia, quali i bagagli emotivi ed i precari equilibri psico-affettivi, per integrare il tutto nella realtà.

Durante la crescita adolescenziale, per il riassetto endocrinologico ed ormonale tipico dell'età, nel corpo dei giovani avvengono dei cambiamenti morfologici, fisiologici e mentali, che creano una nuova immagine corporea e del "proprio sé", tipica per ogni adolescente. In alcuni casi, nel corso del processo di costruzione fisico-corporea e della personalità dell'adolescente, si possono persino sviluppare vere e proprie "crisi d'identità" che possono persino sfociare in forme ansiose, depressive od anche più severe.

Indubbiamente, durante tale processo costruttivo, la famiglia, la scuola e gli amici (ad esempio i coetanei che vengono frequentati presso il "centro sportivo" o palestra), costituiscono i "gruppi sociali" di riferimento e mediante l'adesione o meno ad uno o più di essi, si crea il "modello" da perseguire durante tutta la crescita adolescenziale.

La pratica sportiva agisce positivamente su tutto ciò in quanto abitua alle regole, alla "vita di gruppo", educa alla programmazione, conferisce finalità alla "mono-

La pratica sportiva dall'infanzia



tonia del quotidiano” ed evita lo stato d’inferiorità che frequentemente si presenta nella crescita adolescenziale (azione preventiva dello sport nei confronti di stati devianti, ad esempio il bullismo).

Purtroppo, problemi severi potrebbero nascere nel momento in cui l’attività sportiva dal non-strutturato livello del gioco ricreativo, si trasforma nel livello altamente strutturato dello sport competitivo. In questo momento il gesto atletico del giovane sportivo, diviene esibizione biomeccanica supervisionata da un essere adulto (allenatore o istruttore). Il desiderio di identificarsi nei grandi atleti dotati di prestigio, gli impongono la ricerca di un pubblico. Per ottenere la perfezione e quindi successo, è disposto a dare tutto di sé, sia fisicamente che psicologicamente.

Lo sport non è più motivato dai bisogni ricreativi, ma dall’incremento delle ricompense esterne.

I giudizi che i tecnici sportivi danno alle sue abilità motorie, vengono dall’adolescente pro-

iettate verso la propria personalità. A questo punto egli perde il contatto con il mondo interiore e l’unico mezzo valutativo di sé, lo ottiene con i buoni risultati delle gare.

Qualora il potenziale atletico non si realizzasse e la vittoria venisse meno, allora potrebbero scatenarsi conflitti psicologici che lo allontanerebbero dallo sport, creandogli la possibilità di proiettare le frustrazioni dell’insuccesso anche in altri campi (scuola, famiglia, amici, ecc.).

L’attività sportiva competitiva, durante la crescita adolescenziale, può tradursi faticosa, impegnativa e può divenire totalizzante, qualora si dimenticasse di considerare l’adolescente nella sua interezza, scatenando in esso bisogni che lo porterebbero a vivere nello sport competitivo, l’unico obiettivo valido della vita.

Di conseguenza si impone, da parte di ognuno di noi, particolare attenzione nella fase propositiva dello sport, per non perdere le enormi potenzialità insite nella pratica ludica.

L’attività sportiva possiede potenzialmente un elevato valore educativo e provvedendo alla maturazione ed alla crescita umana dei praticanti a cui si rivolge, è opportuno che sia commisurata alle singole esigenze di ognuno di essi.

Nicola Iacovone
Medico dello Sport

Salute & Contorni



Spaghetti in Padella

Per sei persone

- **500 gr di spaghetti**
- **Quattro pomodori San Marzano**
- **Due peperoncini piccanti**
- **Due spicchi d'aglio**
- **Due chuchiai di olio extra vergine d'oliva**
- **Basilico**
- **Sale, poco**

1. Sbollentare, pelare e tagliare a fette sottili i pomodori.
2. Lessare al dente gli spaghetti in abbondante acqua salata.
3. Nel frattempo, versare in una padella antiaderente due cucchiari d'olio extra vergine d'oliva, i peperoncini secchi sbriciolati, i due spicchi d'aglio schiacciati con la forchetta, i pomodori tagliati a fette.
4. Far saltare in padella 2 minuti.
5. Togliere l'aglio e aggiungere il basilico stracciato con le mani o tagliato con le forbici.

6. Scolare gli spaghetti e tenere un po' di acqua della pasta.
7. Versare gli spaghetti nella padella con i pomodori e far saltare 2 minuti.
8. Servire in un piatto grande e fondo o in una ciotola larga.
9. Ornare con foglie di basilico.

KCalorie/porzione 365,7

Proteine tot. gr 10,2	Fosforo mg 168,3
Lipidi tot. gr 3,5	Magnesio mg 66,5
Glucidi disp. gr 73,3	Vitamine:
Acidi grassi:	B1 mg 0,14
• saturi tot. gr 0,6	B2 mg 0,09
• monoinsaturi tot. gr 2,3	B3 mg. 2,7
• polinsaturi tot. gr 0,5	B9 µg 46,9
Colesterolo gr 0,0	A µg 0,0
Fibra gr 3,3	E mg 1,7
Ferro mg 1,5	D mg 0,45
Calcio mg 26,8	B5 mg 0,37
Sodio mg 1649,0	B8 µg 4,8
Potassio mg 499,2	B12 µg 0,0

Cimentarsi in nuove imprese rinvigorisce lo Spirito, accende la Passione ed alimenta il - troppo spesso sopito - “Desiderio di fare”.

Prendervi parte con i giusti compagni rende l’esperienza ancor più entusiasmante. Possibile nella sua realizzazione.

*Ringrazio **Marco Semprini**, amico e collega, con il quale ho condiviso la genesi del progetto, e **Stefano Strano**, papà di **SPELS Onlus**, per la lungimiranza dimostrata nel mantenere viva l’associazione, promuovendone – con la costanza del bonus pater familias – l’aggiornamento continuo e la promozione sul territorio.*

*Per dei neofiti, la realizzazione di una rivista di medicina e cultura presenta tante piccole e grandi difficoltà che sarebbero insormontabili senza una corretta organizzazione. Ringrazio lo staff di **Tiburmedical** per il supporto reso. In particolare, grazie a **Gianluca Boccomino** e ad **Emanuele Chiapponi**, per aver dedicato tempo prezioso alla migliore realizzazione del progetto.*

*Se l’ideazione e l’impostazione grafica sono di un livello superiore rispetto agli standard di riferimento, il merito è solo ed esclusivamente di **Matteo Brandi**, copywriter geniale, grafico eccellente, amico carissimo. Paziente nella rielaborazione dei contenuti, risolutivo nelle indecisioni di redazione.*

Infine, la più grande riconoscenza è per gli amici vecchi e nuovi che... “ci hanno dato retta”.

Il contributo di tutti Voi è stato fondamentale. È grazie a Voi se oggi possiamo trarre beneficio dalla lettura di articoli, inserti e rubriche. Sarà grazie a Voi se, in futuro, continueremo a farlo.

*Questo, il cuore della nuova ed ambiziosa impresa che **SPELS Onlus** ha intrapreso.*

Andrea Marcheselli



Andrea Marcheselli

La nostra storia



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

**IL TRASFERIMENTO SUL TERRITORIO DELLA PRATICA
MEDICA BASATA SULLE EVIDENZE: DIFFUSIONE
DELLE LINEE GUIDA ITALIANE SULLA PREVENZIONE
DELL'ICTUS CEREBRALE**

Con il patrocinio di:
Societa' Italiana dell'ipertensione Arteriosa (Sez. Laziole)
The Italian Stroke Forum - Onlus
Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale - Lazio - Onlus

**Centro Congressi dell'Universita' di Roma
"La Sapienza"
Viaalaria,113 - Roma
Roma, 12 - 13 Ottobre 2001**

IN COLLABORAZIONE CON



2001

CORSO TEORICO - PRATICO



IL DOLORE TORACICO

LA GESTIONE DEL PAZIENTE
DAL TERRITORIO ALL'UTIC



Bayer

**TIVOLI 9 NOVEMBRE 2002
HOTEL TORRE S. ANGELO**

2002

Servizi per la salute e malattie di grande impatto sociale
IV corso monotematico su

**LO SCOMPENSO
CARDIACO**

Sala Convegni Hotel Torre S. Angelo
Tivoli (RM)

29 novembre 2003

Presidente del Corso
Stefano Strano

a cura del

- Servizio di Cardiologia ed UTIC - Ospedale "S. Giovanni Evangelista" di TIVOLI - ASL RM G
- Servizio Speciale di Fisiopatologia Cardiovascolare - I Facoltà Medicina Università di Roma "La Sapienza"
- Associazione SPELS - Servizi per la Salute ONLUS aderente al Collegio Federativo di Cardiologia (Italian Council of Cardiology Practice)

con il patrocinio di

- Azienda Sanitaria Locale RM G, Associazione Medica di Tivoli e della Valle dell'Aniene, Società Italiana di Medicina Generale

Segreteria Scientifica
Dr. Andrea Marcheselli
Servizio di Cardiologia ed UTIC
Ospedale "S. Giovanni Evangelista" di TIVOLI - ASL RM G
Tel. 07743164457 - 58 - 72. Cell. 335587001
e-mail: bebene@tin.it

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Valentina Olsari
Informatica & Communication Srl
Via F.lli Rossini, 11 - 30120 Milano
Tel. +39 02 76115293 Fax +39 02 75260968
e-mail: associazione@inf.com.it



2003



Servizi Per La Salute e ...
malattie di grande
impatto sociale

**Iipertensione arteriosa
e rischio
cardiovascolare globale**



Park Hotel Imperatore Adriano
Villanova di Guidonia (RM)
6-7 novembre 2004

A CURA DI:

Servizio Speciale di Fisiopatologia Cardiovascolare,
Azienda Policlinico Umberto I,
Università di Roma "La Sapienza"

DOC Cardiologia ed UTIC,
Ospedale S. Giovanni Evangelista di Tivoli, ASL RM G

Associazione SPELS, Servizi per la Salute, ONLUS,
federata al Collegio Federativo di Cardiologia
Italian Council of Cardiology Practice dell'ESC

CON IL PATROCINIO DI:

Azienda Sanitaria Locale RMG, Comune di Tivoli
Associazione Medica di Tivoli e della Valle dell'Aniene
Società Italiana di Medicina Generale

2004



Servizi Per La Salute e ...
malattie di grande
impatto sociale

Comune
di Tivoli

**Medici in Talk Show
Cuore, cervello
e salute**

**L'improvvisa perdita
di coscienza: chi e perché**



Tivoli (RM), Scuderie Estensi,
12 novembre 2005

Evento promosso e organizzato da:
Associazione SPELS, Servizi per la Salute, ONLUS,
federata al Collegio Federativo di Cardiologia
ICCP membro dell'ESC

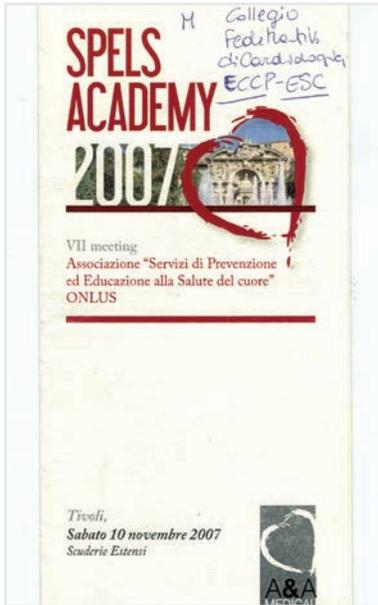
Con il patrocinio di:
ANMCO Lazio
SIMMG
Associazione Medica di Tivoli e della Valle dell'Aniene

2005

La nostra storia



2006



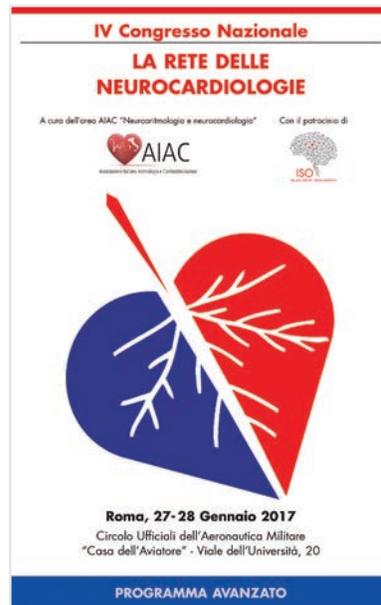
2007



2008



2016



2017

