

Novembre-Dicembre 2017
Anno 0 - Numero 4

DIRETTORE RESPONSABILE

Andrea Marcheselli

COORDINATORE EDITORIALE

Marco Semprini

COORDINATORE SCIENTIFICO

Stefano Strano

REVISORE DI BOZZE

Emanuele Chiapponi

**PROGETTO GRAFICO
ED IMPAGINAZIONE**

Matteo Brandi

EDITORE
SPELS

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

**REALIZZAZIONE IMPIANTI
E STAMPA**

Tipolitografia Gianfranco Ambrosini
Acquapendente (VT)

**DIREZIONE E
AMMINISTRAZIONE**

Redazione di Spels Academy
Viale Trieste, 20 - Tivoli (RM)
spelsonlus@gmail.com

Anno 0 n. 4 Novembre-Dicembre 2017
Registrazione Tribunale di Tivoli
del 26/02/2017, n. 6

Rivista a distribuzione gratuita

Questioni di "coscienza"

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.

Oggi vogliamo coniugare "salute e cultura" in un unico contenitore: un appuntamento bimestrale foriero di proposte e iniziative fedeli agli ideali di informazione e promozione della salute.

Ho apprezzato molto, nello scorso numero di *SPELS ACADEMY*, l'articolo di Andrea Marcheselli sul 'Sommo deliquio' di Dante Alighieri che faceva riferimento al suo espediente poetico per uscire di scena o sospendere il giudizio. Ma un Dantista potrebbe trovare molto altro sul significato delle 'cadute' del sommo poeta, così come noi medici cardiologi avremmo raccolto la sfida diagnostica sulle possibili origini delle sue 'sincopi' per proporgli un rimedio efficace.

Tra l'ampio spettro di pazienti affetti da sincope riflessa, io avrei inquadrato Dante Alighieri tra quelli con frequenti recidive, con brevi o senza prodromi (a rischio di lesioni traumatiche) e grave compromissione della loro qualità di vita. Dopo un'attenta valutazione clinica, per escludere la presenza di una cardiopatia strutturale, ed un Tilt Test, per provare a riprodurre un riflesso vasovagale ed individuarne il tipo di risposta emodinamica (vasodepressiva, cardioinibitoria o mista), avrei infine optato per l'impianto di un registratore impiantabile di aritmie cardiache (loop recorder) che costituisce la base per un'accurata selezione dei pazienti candidati a trattamenti specifici come l'impianto di un Pace-Maker. Il pacing cardiaco è efficace in un sottogruppo di pazienti senza cardiopatia strutturale e evidenza di documentati eventi asistolici spontanei o indotti durante tilting o massaggio seno-carotideo. I pazienti che beneficiano maggiormente di un pacemaker sono quelli con blocco atrio-ventricolare parossistico idiopatico o pause asistoliche spontanee (spesso identificabili nelle sincopi a 'bassa adenosina'), e quelli con una cardioinibizione documentata al Loop Recorder ma Tilt Test negativo, nel contesto di una sincope riflessa neuromediata 'atipica'. In altri casi la stimolazione cardiaca della sincope riflessa ha efficacia solo parziale poiché la sincope cardioinibitoria 'pura' può ripresentarsi in una minoranza di casi. In tali circostanze, la sospensione o la

riduzione posologica di eventuali farmaci antipertensivi concomitanti (particolarmente nei pazienti anziani) e un programma di 'addestramento' alle manovre di contropressione isometrica (principalmente nei pazienti più giovani) sono i trattamenti associati più utili.

La 'sincope' del sommo poeta Dante era tuttavia lo spunto per ricordarvi che l'1 ed il 2 febbraio 2018 si svolgerà a Roma il prossimo congresso della Rete delle Neurocardiologie ed invitarvi a partecipare. La Rete delle Neurocardiologie (RNC) è costituita da gruppi di collaborazione specialistica in ambito neurovascolare e cardio-aritmologico nelle strutture sanitarie italiane che sono sede di Stroke Unit abilitate alla cura riperfusiva dell'ictus cerebrale. Il Congresso Nazionale della Rete delle Neurocardiologie è l'annuale appuntamento con i cardiologi ed i neurologi che svolgono la loro attività nei diversi centri italiani. La partecipazione al congresso è aperta anche agli specialisti che operano sul territorio ed ai Medici di Famiglia. Come di consueto, il congresso della RNC apre i suoi orizzonti anche agli altri argomenti di neurocardiologia e neuroaritmologia connessi alle malattie neurodegenerative, all'epilessia ed alla diagnostica e terapia delle sincope e della disautonomia cardiovascolare.

Non posso promettervi che nella sessione dedicata alla sincope parleremo di Dante e della Divina Commedia, ma senz'altro torneremo a casa con le idee più chiare sulla gestione di chi come lui, ogni tanto, cade inspiegabilmente a terra.



Fondatore e Past President SPELS

V Congresso Nazionale LA RETE DELLE NEUROCARDIOLOGIE

ROMA, 1 - 2 FEBBRAIO 2018

Circolo Ufficiali dell'Aeronautica Militare
"Casa dell'Aviatore" – Viale dell'Università, 20

Per iscrizioni e programma del congresso:

reteneurocardio2018@aimgroup.eu

web.aimgroupinternational.com/2018/reteneurocardio/



“C’è un tempo per capire,
un tempo per scegliere,
un altro per decidere.
C’è un tempo che abbiamo vissuto,
l’altro che abbiamo perso,
e un tempo che ci attende”

Seneca

Articoli



La pressione dei migranti

di Andrea Marcheselli

Pag 6



Omeopatia e Vaccino

di Giovanna Rizzitiello

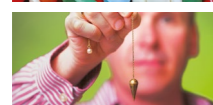
Pag 13



Two is meglio che one

di Leonardo De Luca

Pag 17



A me gli occhi, please

di Antonio Meridda

Pag 24



Amaro, dolce Caffè

di Mara Piccoli

Pag 33

Inserti



Back to School

Il libro della MUSICA

di Alcibiade Boratto

Pag 9



Commenti in Cornice

Lezioni di anatomia

di Efram L. Burk

Pag 15



On the Road

Chateaux de la Loire (Seconda Parte)

di Emanuele Chiapponi

Pag 27

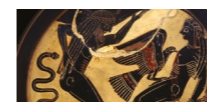


Cartoline dal Passato

Il Travertino

di Tertulliano Bonamoneta

Pag 36



LegalMENTE

La tecnica è più debole del destino

di Alessandro Mattoni

Pag 52

Rubriche



Dottor Aneddoto

Il Segreto

di Emilio Merletti

Pag 11



Facciamo Progressi!

Le belle addormentate della ricerca scientifica

di Carlo De Luca

Pag 20



Medici... per altro famosi

Il dottor Ernesto Guevara de la Serna

di Marco Semprini

Pag 38



Salute & Sport

Doping e Sport: la grande vergogna (Prima Parte)

di Nicola Iacovone

Pag 44

Stretching

di Roberto Ferdinandi

Pag 48

Alimentazione vegetariana, vegan e attività sportiva

di Paola Marconi

Pag 50

Tivoli da scoprire

La città
rappresentata

di Roberto Giagnoli



Pag 42

Salute & Contorni

Palline
di baccalà

di Carmen Barra



Pag 54



La pressione dei MIGRANTI

Sono ormai lontani i tempi in cui la nostra gente si imbarcava su piroscafi in disarmo per ‘cercare fortuna’ in America e approdava, dopo settimane di navigazione e tribolazioni, nella baia di New York, sull’isolotto artificiale di Ellis Island, l’Isola delle Lacrime, antico arsenale militare, che dal 1892 al 1954 divenne il principale punto d’ingresso per milioni di aspiranti cittadini statunitensi.

Dopo aver esibito i documenti di viaggio, i medici controllavano rapidamente lo stato di salute di questi migranti, ‘marchiando’ con un gesso coloro che dovevano essere sottoposti ad ulteriori accertamenti o piuttosto essere rimpatriati qualora affetti da invalidità. Per coloro che venivano ritenuti fisicamente idonei si apriva la porta della sala dei registri, dove venivano acquisite generalità, luogo di destinazione, disponibilità di denaro, eventuali riferimenti già presenti nel paese e quindi finalmente accompagnati al molo del traghetto per Manhattan.

Fino agli anni Trenta i flussi migratori si diressero non solo nelle Americhe del Nord (Stati Uniti e Canada) ma anche verso l’America Latina (Argentina, Brasile e Uruguay), motivati dalle ampie disponibilità di terreni colonizzabili e coltivabili, particolarmente adatti per un popolo a vocazione prevalentemente agricola. Negli anni del dopo guerra, invece, i *pull factors* – i fattori di attrazione – divennero invece le fabbriche della Germania o le miniere del Belgio, dove le condizioni sociali ed economiche dei nostri connazionali non furono certo meno penose di quelle vissute dai loro predecessori migrati oltre oceano.

Al di là della nostra memoria storica e delle condivisibili implicazioni morali, la recente trasformazione del nostro Paese da terra di emigrazione a terra di immigrazione pone l’attenzione su un fenomeno inarrestabile – quello del flusso migratorio – che modificherà non solo il tessuto sociale ma dovrà portare ad

un rimodellamento culturale ed a una nuova capacità di comunicazione. Questo complesso scenario dovrà essere fronteggiato necessariamente anche sotto il profilo medico sanitario, stanti le richieste ed i bisogni di assistenza medica di questi nuovi pazienti. Superate infatti tanto l’emergenza del soccorso quanto quella fase, per così dire, di ‘esotismo’ – nella quale il medico considera il paziente straniero come portatore di rare e sconosciute patologie e contestualmente il paziente si convince che il sanitario occidentale non sempre sia depositario di certezze e soluzioni al suo problema – sarà auspicabile una relazione medico-paziente eticamente critica e bilateralmente scevra da pregiudizi.

A conforto del concetto di **unicità razziale** potremmo invocare la teoria della origine dell’uomo, secondo la quale tutta l’umanità moderna discenderebbe da un singolo gruppo di Homo Sapiens che dall’Africa emigrò negli altri continenti nel corso di millenni – il cosiddetto *out of Africa model* – rimpiazzando gli ominidi discendenti dall’Homo Erectus. Ma qualsiasi sia stata l’origine e la successiva evoluzione, gli studi epidemiologici e di genetica ci insegnano che popolazioni differenti hanno pool genetici diversi. Il lento adattamento ai diversi fattori ambientali e climatici ha infatti prodotto varianti geniche che hanno permesso alle diverse etnie una migliore sopravvivenza nei loro territori di sviluppo, producendo, senza ipocrisie, una **differenza razziale** di cui il sistema cardiovascolare è un esempio. Nei soggetti di etnia africana, infatti, l’ipertensione arteriosa è il fattore di rischio maggiore per una prematura morbilità e mortalità, ed a sostegno di questa prevalenza vengono invocati diversi meccanismi ed altrettante teorie. Le varianti dei

geni del sistema renina-angiotensina (SRA) provocano un’abnorme risposta omeostatica al bilancio idrosalinico, sviluppando una forma di **ipertensione arteriosa volume dipendente** (a bassa renina) che secondo la ormai sconfessata teoria della *slavery hypothesis*, avrebbe avuto origine dagli schiavi che sopravvissero alla deprivazione di cibo ed acqua ed alla dissenteria durante i viaggi dall’Africa al continente americano fra il XVI ed il XIX secolo, proprio in virtù di questa predisposizione alla sodio-ritenzione.



Le influenze geniche possono essere responsabili, oltre che della diversa sensibilità al sodio, anche della diversa reattività neurovegetativa tra neri e caucasici, tanto da ottenere una maggior riduzione dei valori pressori in risposta sia alla restrizione sodica, sia alla terapia con diuretici o con Calcio Antagonisti, per la loro attività vasodilatatoria e natriuretica. Pertanto, questi farmaci risultano essere il trattamento ottimale del paziente afro-americano con ipertensione, mentre i farmaci

La pressione dei migranti

bloccanti il SRA (ACE-inibitori, Sartani) ed i β bloccanti in monoterapia, risultano meno efficaci in tale popolazione, diversamente rispetto a ciò che accade nella nostra etnia caucasica, in cui è prevalente una **ipertensione arteriosa vasocostrittiva (ad alta renina)** e per la quale la terapia elettiva è invece data proprio da questi ultimi.

Si evince dunque che per razze diverse l'approccio farmacologico dovrà essere mirato, considerato che, se nell'adulto bianco un incremento di 20 mmHg della pressione arteriosa sistolica (PAS) raddoppia il rischio di eventi cardiovascolari, negli ipertesi sodio-sensibili tale rischio risulta addirittura triplicato, così come l'incidenza di stroke emorragici più gravi risulta doppia rispetto alla popolazione caucasica. I neri invece,



a tutti i livelli di occupazione e di stato socio-economico, sono più frequentemente colpiti dall'ictus con una più alta mortalità. Anche il progressivo danno renale sino allo stadio terminale, quale complicanza dell'ipertensione, risulta essere sproporzionalmente più elevata nella razza dei neri ipertesi. A peggiorare tale predisposizione si è osservato come il beneficio dell'*healthy migrant effect* – situazione per la quale, inaspettatamente, la maggioranza degli immigrati di prima generazione gode di ottima salute – si perda dopo la rapida assimilazione degli stili di vita e di alimentazione del paese ospite. Tale paradosso, determinato da un aumentato apporto di grassi, un ridotto apporto di fibre ed una maggiore sedentarietà, esita inevitabilmente nello sviluppo di obesità e diabete con conseguente sconcertante aumento della mortalità, che diviene ancora più evidente negli immigrati di seconda generazione.

Tali condizioni predisponenti, associate ad un ri-

dotto accesso ai servizi sanitari e contestualmente alla scarsa aderenza alle terapie prescritte, espongono la popolazione di razza nera ad un rischio estremamente grave di malattie cardio cerebro vascolari **crniche** come lo scompenso cardiaco, la vasculopatia cerebrale o l'insufficienza renale. È pertanto prevedibile che tali patologie aumenteranno in maniera esponenziale e proporzionale al tempo di permanenza degli immigrati di prima ed ancor di più seconda generazione, maggiormente esposti alla progressiva acculturazione e con la tendenza a sviluppare diabete ed obesità ancor più precocemente. Ciò, inevitabilmente, produrrà un aumento della morbilità e mortalità con un impressionante incremento della spesa sanitaria.

Mentre la politica cavalca il problema e

l'opinione pubblica si interroga, la gestione della salute dei migranti ormai stanziali ricadrà sulla classe medica, che, anche e soprattutto a tutela della sanità pubblica, dovrà attuare programmi di prevenzione e di cura finalizzati a ridurre la morbilità delle malattie cardio cerebro vascolari, che non in Africa, ma nei paesi Occidentali, uccidono più delle guerre.

Andrea Marcheselli

Back to School

Il libro della MUSICA



«**F**orse dalle sue fobie potrà guarire, ma dalla musica non guarirà mai...resterà la sua passione e la sua prigione. Un sottile veleno che intossicherà la sua anima e il suo cuore fino alla morte». In queste parole – che l'autore-protagonista fa pronunciare al suo psicoanalista al termine di una seduta di cura – sta il cuore del libro, tanto più che egli, contento di questa diagnosi, risponde: «Grazie di cuore. È proprio quello che speravo di sentire».

Nell'opera di Sergio Petrocchi *Una fuga per non morire* – che non definirei un romanzo, ma una successione di ricordi, riflessioni ed interrogativi messi insieme da una 'macchina' letteraria costituita da una immaginaria visita di Bach e Handel al protagonista Giovanni – nell'opera, dicevo, incombe una presenza costante, invadente, pervasiva, pressoché totalizzante: la musica. Questa arte sublime, che può essere balsamo o veleno, rimedio o male, e dalla quale, se penetra nelle intime fibre, non ci si libera mai. Perché, se si è presi da passione più che da amore per lei, si vive

per lei e sottomessi a lei, in un continuo inseguirsi nella propria interiorità di gioie, di tormenti, di slanci, di tensioni. Essa sta con la persona a lei devota, la accompagna, va con lei in ogni luogo, ma le dà anche momenti di assenza che somigliano al vuoto, al nulla. È, questa, la sensazione che si può provare al termine di una esecuzione esaltante, quando la sua fine provoca la condizione di perdita di momenti irripetibili, inutilmente rintracciabili.

Sergio Petrocchi, celato dietro la figura di Giovanni, ci racconta di questo suo rapporto con la musica, presentandoci Bach e Handel in un'inedita veste di visitatori di una persona che delle loro opere è a un tempo fine cultore e tormentato indagatore del mistero creativo che racchiudono. Il loro incontro è occasione di un colloquio colto, ricco di notizie storiche e di aneddoti, talvolta garbatamente polemico; e l'apparire e lo scomparire dei due musicisti nel corso dei capitoli sembra emblematico del godimento che ci dà la loro



musica, ma anche non di rado della inattingibilità delle altezze delle loro composizioni: sontuose e di grande complessità barocca, quelle di Handel, intime, di profonda religiosità e costruite con vertiginose architetture, quelle di Bach. Alla presenza di questi due giganti della storia della musica l'autore mette a nudo la sua anima: le angosce, le lacerazioni, i tormenti da lui provati trovano forse una razionalizzazione, comunque una via di 'fuga' nella loro oggettivizzazione mediante la scrittura, che diventa una forma di liberazione e, almeno per qualche tempo, di risanamento spirituale.

Un libro che consigliamo di leggere ai cultori di musica e non solo, perché esso è anche una sorta di guida, elaborata con finezza di indagine, per una lettura attenta della nostra interiorità.

Alcibiade Boratto



“La musica ci insegna la cosa più importante che esista: ascoltare.”

Ezio Basso

Il Segreto

Sembravano l'articolo 'il'. Oppure, meglio ancora, sembravano la tazza e il cucchiaino.

Lei, Angelina, sui cinquanta, una donna del posto, semplice, genuina, ingenua anche se con un suo fare di apparente furbizia, era più larga che lunga.

Lui, Juan, pochi anni più della moglie. Spagnolo lui, con un che tra il picaresco e il cavalleresco. Lunghi capelli bianchi e fluenti sempre in disordine, abbigliamento più che 'casual', occhi azzurri, mobilissimi, su un viso solcato dal sole e dalla vita.

Un metro e ottantacinque per sessanta chili scarsi.

Parlava un italiano biascicato e veloce, con un forte accento spagnolo.

Però non era una storia di terre lontane. In realtà si erano conosciuti poco distante da dove avevo allora il mio studio.

«Juan è un bravo muratore. Non l'avevo mai visto prima. Lo notai una volta, mentre faceva una riparazione su una terrazza davanti alla mia finestra. E io lo guardavo ogni giorno mentre lavorava sotto il sole. Me ne ero proprio innamorata! Tanto ho detto, tanto ho fatto, mi sono messa in mostra, e alla fine siamo usciti insieme, abbiamo cominciato a chiacchierare di noi... Lui mi ha detto che si era trasferito in Italia perché era proprio affascinato del nostro paese. Sognava di venire a vivere qui fin da quando era ragazzino. Insomma, un bel giorno mi ha chiesto di sposarlo, e io non vedevo l'ora di dirgli di sì! Capirà: avevamo già passato i trenta! Ora abbiamo due ragazzi grandi, che studiano ancora ma speriamo che un giorno possano farsi una posizione migliore della nostra. Della mia e di quella di Juan!»

Diceva 'Juan' pronunciandolo 'Giuan', e questo stizzi-

va palesemente il marito, che ogni volta mi guardava serio e ripeteva immancabilmente a bassa voce: «Io sono 'Cuan' dottore».

Ma al di là di questo dettaglio erano una coppia molto affiatata, come può esserlo una coppia di mezza età dopo venti anni di matrimonio ed un'infinità di vicissitudini, sacrifici e difficoltà di ogni tipo.

«Lavoro ce n'è poco, dottore. E poi posso fare soltanto lavoretti leggeri, da quando ho questi problemi alle mani...»

«Quali problemi, Juan?» «Sì, dottore, io dico 'le mani' perché sono loro che mi fanno più male. La mattina non posso piegarle, il dolore mi dura quasi fino all'ora di pranzo! Però non sono solo le mani. Spesso anche i polsi, i gomiti... las rodillas... come dite voi?... le ginocchia».

Diedi una rapida occhiata. Le articolazioni metacarpo falangee e le interfalangee, soprattutto quelle prossimali, apparivano tumefatte in entrambe le mani, e la pressione laterale risvegliava vivo dolore. Ciò che mi aveva colpito di più era quel suo dire che il dolore durava 'quasi fino all'ora di pranzo'.

«E la schiena ti fa male, Juan?» «No. La schiena non molto. Solo, mi sento debole, con tutti i muscoli indolenziti».

Richiesi una serie di esami di laboratorio, con particolare attenzione agli indici di infiammazione, e i risultati furono: un quadro di anemia incipiente (GR 3.950.000 - Hb 11,5), la VES 45, la PCR 31,5. Ma fu il Reuma test positivo (40.3) a togliermi ogni dubbio: Juan aveva un'artrite reumatoide, nemmeno troppo recente, a giudicare dalla durata mattutina dei dolori. Per completezza richiesi una radiografia delle mani, che confermò i miei sospetti: le articolazioni metacarpo falangee presentavano un'evidente riduzione degli spazi articolari e un assottigliamento delle lamine os-

see sub condrali.

Inviai Juan dal reumatologo, che confermò il mio sospetto diagnostico.

Allora andava molto di moda un farmaco a base di derivati dell'oro, e Juan iniziò la cura associando anche cicli con cortisone e con FANS. Più tardi si aggiunse anche il Methotrexate alla dose di 7,5 mg la settimana.

Ad ogni modo l'artrite di Juan peggiorava. Le mani cominciarono ad assumere l'aspetto 'a colpo di vento', le dita quello 'a collo di cigno', e di conseguenza le condizioni economiche della famiglia andavano assumendo un aspetto drammatico.

Non sapevo come aiutarli. Del resto il rapporto medico-paziente in Medicina Generale non è solo clinico, ma di tipo bio-psico-sociale, come viene definito anche nelle dichiarazioni internazionali (Alma Ata 1978, WONCA Europe 2007 ecc.).

Così un giorno dissi a Juan: «Senti, se vuoi ti preparo la domanda per farti ottenere l'invalidità civile. Avresti un sussidio...»

«No dottore – mi rispose – grazie, ma io non sono cittadino italiano».

A quel tempo non c'erano ancora le convenzioni legate

all'Unione Europea, e Juan aveva ragione: come cittadino straniero, non poteva ottenere questo riconoscimento. Ma chissà perché non aveva mai chiesto la cittadinanza, dopo tanti anni in Italia...

«Allora fai una cosa, Juan. Vai all'Ambasciata di Spagna...» «No!!! A la Embajada no!...No puedo...»

Al suono della parola 'Ambasciata' si era d'un tratto allarmato, si era alzato in piedi davanti alla mia scrivania, e guardava nel vuoto. L'emozione non gli permetteva nemmeno di esprimersi in italiano.

«E perché mai non puoi, Juan? Vedrai che loro troveranno il modo...»

«No puedo...porque me buscan...»

«Che vuoi dire Juan? Ti cercano...Perché?»

Mi guardò fisso negli occhi, e quello che mi disse – lo penso ancora a distanza di tanti anni da quell'ultima volta che lo vidi, prima che con la famiglia si trasferisse chissà dove – era un segreto del quale nemmeno sua moglie era a conoscenza.

«Me buscan...por la matanza de un hombre!»

Emilio Merletti



“Ho provato. Ho fallito. Non importa.
Proverò ancora, fallirò meglio.”

Samuel Beckett



Omeopatia e Vaccino: una TESTUGGINE contro l'INFLUENZA

Nella formazione 'a testuggine' (*testudo*) utilizzata dalla fanteria romana, i soldati serravano le file e si avvicinavano tra loro e si riparavano anteriormente, lateralmente e superiormente con gli scudi accostati, quasi fossero delle tegole di un tetto che ripara dalla 'pioggia di dardi e frecce'. Vediamo come rimedi omeopatici e vaccino possono costituire una valida testuggine in grado di ripararci da dardi e frecce dell'influenza.

La sindrome influenzale è una patologia virale, causata da un RNA virus della famiglia degli Orthomixoviridae, caratterizzata da sintomi respiratori e intestinali con insorgenza di febbre. La malattia dura pochi giorni ma in alcuni soggetti, anziani o affetti da malattie croniche, può

causare effetti collaterali considerevoli.

Un'arma importante per prevenire tali conseguenze è il vaccino, che stimola il sistema immunitario a produrre gli anticorpi specifici contro il virus. Gli anticorpi o immunoglobuline sono secreti dai linfociti B. In presenza di un antigene, le immunoglobuline esposte sulla superficie di membrana dei linfociti B si attivano ed inducono la produzione di anticorpi specifici deputati alla distruzione dei microrganismi estranei. I linfociti B attivati diventano 'cellule della memoria', creando la 'memoria immunitaria'.

Per ottenere una maggiore e migliore risposta alla stimolazione vaccinale abbiamo due validi alleati omeopatici e omotossicologici: il GALLIUM e l'ECHINACEA.

Il Gallium è un rimedio omotossicologico che ha una

profonda azione di disintossicazione e detossificazione dell'organismo. Qualsiasi elemento stressante, malattia e agenti esterni, determina l'accumulo di tossine e scorie nella matrice extracellulare, con conseguente ipersensibilità e iperreattività ed innesco di tutti i processi infiammatori con conseguente maggiore suscettibilità a sviluppare malattie. Il Gallium attiva gli 'emuntori' svuotando la matrice connettivale di tutto il carico tossico ed abbassando, quindi, i livelli di reattività a stimoli allergenici aspecifici e favorendo la risposta a stimoli specifici come quello del vaccino.

L'echinacea, già conosciuta dai nativi dell'America settentrionale, è una pianta immunomodulatrice per la presenza nella sua radice di polisaccaridi che stimolano l'attivazione dei linfociti B con conseguente produzione di immunoglobuline. Contiene inoltre flavonoidi e derivati dell'acido caffeico che hanno azione antibiotica e batteriostatica, acido cicorico che svolge azione antivirale, e

l'echinacea, che possiede un meccanismo di azione corticostimolante. Il suo utilizzo fortifica il sistema immunitario, migliorando la sua risposta quando esso viene stimolato dal vaccino.

Una valida strategia terapeutica:

- Il Gallium che 'lava' il connettivo;
- L'Echinacea che 'rinforza' il sistema immunitario;
- Il vaccino che 'stimola' il sistema immunitario contro il virus.

il virus.

...e l'inverno non fa più paura.

Giovanna Rizzitiello



“Devo vaccinarmi contro l'influenza che gli altri hanno su di me.”

Anonimo tiburtino

Commenti in Cornice

Lezione di anatomia del Dott. Tulp

Rembrandt Harmenszoon van Rijn - olio su tela, 1632

169,50x216,50 cm, Mauritshuis, L'Aia



Questa opera di Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669) rappresenta la dissezione pubblica del cadavere di Adriaan Adriaenszoon – alias Het Kindt – impiccato per rapina a mano armata il 31 gennaio 1632. Nell'Olanda del XVII secolo, tali pratiche erano consentite sui cadaveri dei giustiziati e venivano eseguite nel teatro anatomico con libero accesso ad un pubblico pagante, solitamente composto da studenti, medici ed intellettuali. Rembrandt aveva 26 anni quando si trasferì da Leiden ad Amsterdam, dove ricevette la commissione dalla Gilde dei Chirurghi per eseguire questa tela, raffigurante il dottor Nicolaes Tulp (1593-

1674), cattedratico di Anatomia, mentre illustra con sconcertante realismo l'apparato muscolo-tendineo del braccio e ne espone il funzionamento mimandolo con la sua mano sinistra.

Le figure intorno al medico sono personaggi reali che pagarono sulla base della loro posizione nella raffigurazione, ripresi come nella ritrattistica tradizionale, di fronte o di profilo, in realistici atteggiamenti di stupore e repulsione, emergendo dal fondo oscuro, grazie alla luce che rende l'atmosfera unica e di richiamo caravaggesco.

Rispetto ad una tipica lezione di anatomia, manca la figura del preparatore e dei suoi strumenti, che parrebbero essere sostituiti dal grande libro aperto in basso a destra, verosimilmente il *De humani corporis fabrica* di Andreas Vesalius (1514-1564). Come nella celebre *Ronda di notte*, anche qui troviamo i nomi dei presenti, scritti in questo caso su un libro tenuto in mano da un assistente. In coerenza con la sua crescente notorietà, l'artista firmò l'opera apponendo solamente il proprio cognome 'Rembrandt F[ecit], 1632', e non con la firma 'RHL Rembrandt Harmenszoon di Leiden' utilizzata sino ad allora. Si ipotizza anche che in tale periodo stesse sperimentando la propria firma, come si evince dall'ombelico del cadavere modellato come un 'R'.

Efram L. Burk

La lezione di anatomia del Dottor Deyman

Rembrandt Harmenszoon van Rijn - olio su tela, 1656
100x134 cm, Ermitage, Amsterdam

Nel 1656 Rembrandt dipinse la *Lezione di anatomia del dottor Deyman*, destinato alla sala dove già era esposta la più nota *Lezione di anatomia del Dott. Tulp. Jan Deyman* (Amsterdam, 1619-1666) era succeduto al Dott. Nicolaes Tulp nella Gilda dei chirurghi, ricoprendo anche la carica di ispettore del Collegium Medicum che gestiva l'assistenza sanitaria in città.

Nel 1723 un incendio distrusse gran parte della tela, successivamente recuperata nelle dimensioni attuali e di cui è rimasta solo la sezione

centrale. Da uno studio di ricostruzione sappiamo che nella composizione originale erano presenti almeno altre otto figure. Il dipinto mostra la dissezione delle membrane cerebrali del sarto fiammingo Joris 'Black Jack' Fonteijn, impiccato il 17 gennaio 1656 per furto.

Anche in questo caso, nell'impossibilità dell'epoca di conservare i cadaveri per mancanza di refrigerazione, solo il freddo dell'inverno olandese rendeva possibili queste procedure. Nella parte rimasta è l'assistente, il chirurgo Gijsbert Calkoen (1621-1664), a tenere in mano la calotta cranica, mentre il dottor Deyman, posto dietro il cadavere ed il cui volto si è perso con il fuoco, esegue la dissezione.

Esiste qui un maggior realismo dello studio anatomico, dove la cavità addominale è già aperta e studiata, per il più rapido decadimento degli organi interni. Rispetto alla tela dipinta ventiquattro anni prima, lo stile dell'artista è cambiato, è divenuto più scabro e concentrato, non c'è più solennità severa e pomposa, ma domina la mortalità, in cui lo scorcio prospettico, le grandi mani ed il volto paradossalmente sereno evocano il Cristo Morto di Andrea Mantegna, che Rembrandt avrebbe conosciuto attraverso le stampe.

Efram L. Burk



Two is meglio che
ONE

QUANDO E A CHI PROLUNGARE LA DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE

Nonostante le modifiche dello stile di vita e le attuali terapie farmacologiche di prevenzione secondaria, diversi pazienti con pregresso infarto miocardico (MI) presentano un'elevata incidenza di eventi ischemici ricorrenti (morte, re-MI ed ictus). Recenti studi indicano che circa il 20% di questi pazienti accusa un nuovo evento ischemico tra il 1° e il 5° anno di distanza dal primo.

L'unico studio randomizzato che nel passato ha suggerito un beneficio dell'estensione della **Doppia Terapia Antiaggregante (DAPT)** prolungata oltre l'anno è stato il CHARISMA, che ha arruolato oltre 15.000 pazienti con pregresso evento aterotrombotico o ad alto rischio per lo sviluppo di tali eventi. In questo studio, l'aggiunta del clopidogrel all'aspirina (ASA) per un tempo mediano di 28 mesi, ha dimostrato un benefico effetto nei pazienti con pregresso

MI, ictus o vasculopatia periferica sintomatica (e non negli altri), con una riduzione degli eventi ischemici del 27%, senza un aumento significativo di emorragie fatali o gravi. Recentemente ulteriori studi hanno testato l'ipotesi che il prolungamento della DAPT o l'aggiunta di un terzo agente (antiplateletico o anticoagulante) alla DAPT tradizionale possa apportare dei vantaggi in termini prognostici e ridurre il rischio residuo nei pazienti con MI.

Attualmente, solo due strategie farmacologiche sono state approvate dalla FDA (Food and Drug Administration) per il trattamento a lungo termine del post-MI: il **Vorapaxar**, studiato in aggiunta ad ASA e/o clopidogrel, ed il **Ticagrelor** al dosaggio di 60 mg, valutato in aggiunta all'ASA nello studio **PEGASUS TIMI-54**. Quest'ultimo studio ha arruolato più di 21.000 pazienti con storia di pregresso MI tra 1 e 3 anni e criteri aggiuntivi di rischio quali età > 65 anni, malattia multivasale, diabete mellito, insufficienza renale e MI ricorrente. I pazienti sono stati randomizzati a distanza di almeno 1 anno dall'evento acuto in

uno dei tre bracci: 1) trattamento con ticagrelor 90 mg 2 volte al giorno; 2) trattamento con ticagrelor 60 mg 2 volte al giorno; 3) placebo, in aggiunta all'ASA. Il farmaco, somministrato nei due differenti dosaggi, ha dimostrato una riduzione significativa dell'endpoint primario di efficacia, costituito dal composito mortalità cardiovascolare, MI e ictus. Per quanto riguarda l'analisi esplorativa degli altri endpoint, entrambi i dosaggi del ticagrelor hanno dimostrato una riduzione significativa in termini di MI, mentre, esclusivamente al dosaggio di 60 mg, si è evidenziata una significativa differenza nell'incidenza di ictus ischemico e un



trend favorevole per quanto riguarda la morte cardiovascolare. Nessuna differenza è emersa tra ticagrelor (ad entrambi i dosaggi) e placebo in termini di morte da qualsiasi causa, angina instabile, procedure di rivascolarizzazione urgenti e attacchi ischemici transitori. Come atteso, prendendo in considerazione gli endpoint di sicurezza, con la consapevolezza che il PEGASUS è il primo trial in cui un nuovo inibitore del recettore P2Y12 si confrontava con placebo, è emersa una differenza significativa a sfavore di entrambi i dosaggi di ticagrelor rispetto al placebo in termini di sanguinamenti TIMI maggiori e minori, ma non in termini di sanguinamenti fatali o intracerebrali. Inoltre, entrambi i bracci ticagrelor hanno mostrato una maggior incidenza di dispnea, mentre nessuna differenza è emersa in termini di bradicardia. Complessivamente, il trattamento con ticagrelor al dosaggio di 60 mg x 2 ha mostrato un profilo di rischio/beneficio migliore rispetto al regime di 90 mg x 2, compatibile con una ragionevole necessità di modulare moderatamente l'inibizione piastrinica nel tempo dopo un evento infartuale. Pertanto se aggregiamo i dati ischemici ed emorragici in una visione

di danno irreversibile (morte, ictus, MI, emorragie fatali ed intracraniche) **il ticagrelor 60 mg x 2 ha portato ad una riduzione relativa del rischio del 14% rispetto al placebo.** Lo studio, insieme ad altre e più approfondite valutazioni, ha contribuito alla decisione da parte della Food and Drug Administration di approvare l'utilizzo del Ticagrelor 60 mg x 2/die in cronico nel post-MI.

I benefici dell'estensione della DAPT nei pazienti con pregresso MI sono stati anche recentemente confermati in una meta-analisi di 5 trial che ha

selezionato e valutato i soli pazienti con pregresso MI (37% della popolazione totale).

L'estensione della DAPT ha ridotto il rischio di eventi maggiori cardiovascolari avversi (MACE) rispetto alla sola ASA ed ha ridotto la mortalità cardiovascolare senza alcun incremento nella mortalità per cause non cardiache.

A CHI SOMMINISTRARE LA TERAPIA ANTIAGGREGANTE A LUNGO TERMINE?

Alla luce dei dati ad oggi disponibili possiamo dire che appare ragionevole prolungare la DAPT piuttosto che re-iniziarla nei pazienti con pregresso MI e fattori di rischio aggiuntivi. Tuttavia ad oggi i sottostudi non ci consentono di individuare chiaramente che tipo di paziente può beneficiare maggiormente della DAPT a lungo termine; saranno probabilmente gli altri studi che saranno presentati nei prossimi mesi, nonché analisi post-hoc con valutazione complementare di fattori di rischio additivi a fornirci le risposte.

Intanto possiamo ipotizzare a chi non prolungare la DAPT: 1) pazienti con storia di TIA/ictus, dove precedenti analisi hanno suggerito un incremento delle emorragie fatali quando la DAPT viene prolungata; 2) pazienti che hanno avuto esperienza di eventi emorragici maggiori nel primo anno di DAPT; 3) pazienti che necessitano di anticoagulanti orali, con diatesi emorragica o che necessitano di interventi di chirurgia maggiore programmati; 4) pazienti che hanno interrotto la DAPT da più di 3 mesi senza aver avuto eventi ischemici ricorrenti; 5) pazienti fragili per cui la ragionevolezza clinica non suggerisce di prolungare la DAPT.

In tal senso è evidente che l'entità del rischio ischemico ed emorragico, come pure le loro modificazio-

ni durante il follow-up, condizionino il rapporto rischio / beneficio di una DAPT prolungata. **Appare quindi ragionevole pensare che nella terapia a lungo termine la decisione debba basarsi su un equilibrio dinamico anziché statico**, con valutazione seriate dei pazienti che possano giovare della DAPT valutando attentamente il rischio di eventi emorragici nel tempo.

Leonardo De Luca



“Il giovane medico comincia la professione prescrivendo venti medicine per ogni malanno, e quello vecchio finisce per prescriverne una sola per venti malanni.”

William Osler

Le belle addormentate della ricerca scientifica

Alcune scoperte scientifiche, anche di grande rilevanza, rimangono misconosciute per anni. In passato questo si verificava essenzialmente perché le informazioni rimanevano circoscritte in ambienti troppo angusti per poter entrare nella pratica clinica.

È nota la vicenda dello scorbuto. Nel 1601 James Lancaster dimostrò che il succo di limone era in grado di prevenire la malattia ma fu solo nel 1747 che James Lind ripeté l'esperimento. Solo nel 1795 la marina militare britannica adottò sistematicamente la misura di portare limoni sulle navi per evitare che i marinai si ammalassero e la marina mercantile attese addirittura sino al 1865. Trascorsero dunque oltre due secoli e mezzo prima che fosse definitivamente adottata una strategia semplice e sicuramente efficace nel prevenire e curare una malattia grave e con alta letalità.

La scarsa circolazione delle osservazioni è stato un fattore limitante lo sviluppo scientifico certamente per lungo tempo. Di recente invece si è potuta accertare la reale operatività del meccanismo opposto: la scoperta importante rischia oggi di essere sovrastata da un turbinio di informazioni inutili, ininfluenti o addirittura erronee. Basti pensare che dalla dimostrazione dell'efficacia della trombolisi nell'infarto del miocardio alla sua raccomandazione clinica in quelli che sono ancora oggi i testi più importanti di Medicina, trascorsero ben tredici anni.

Nel 2004 lo studioso olandese van Raan ha coniato il termine di 'sleeping beauties' – **belle addormentate** – per definire le ricerche scientifiche che,

ignorate per lungo tempo, improvvisamente riscuotono successo (così come esso può essere misurato dal grande numero di citazioni da parte di altri autori). Avvalendosi di tecniche bibliometriche, egli ne definì anche alcune caratteristiche – profondità e durata del sonno, intensità del risveglio – e concluse che si trattava di casi abbastanza rari. Di parere diverso i ricercatori italiani Alessandro Flammini, Emilio Ferrara e Filippo Radicchi che, insieme al cinese Quing Ke, hanno pubblicato nel 2015 uno studio dal titolo suggestivo *Defining ed identifying sleeping beauties in science*. Essi hanno misurato il tempo intercorso tra la pubblicazione della ricerca ed il successo bibliografico in circa 22 milioni di articoli apparsi su riviste scientifiche dal 1896 al 2011 concludendo che le belle addormentate non sono affatto rare.

Del fenomeno non sono chiari né i motivi per i quali alcune bellezze cadono in sonno né le ragioni dell'improvviso risveglio. Appartiene alla normalità il fatto che trascorra un certo periodo prima che un'idea si affermi ed anche che, dopo un determinato lasso di tempo, la stessa idea si estingua poiché superata. Si consideri ora la fase di latenza. In ambito scientifico si ritiene che nella maggior parte dei casi il tempo massimo affinché un'idea si diffonda sia di cinque anni. Le belle addormentate sono casi particolari di osservazioni scientifiche rilevanti che per affermarsi hanno impiegato invece diverse decine d'anni. Le ragioni del fenomeno sono ancora in fase studio. Certo è che non è solo questione di eccessiva o limitata circolazione delle idee. Un ulteriore motivo per cui una osservazione scientifica cade in sonno è che il suo contenuto risulta troppo avanzato rispetto al contesto.

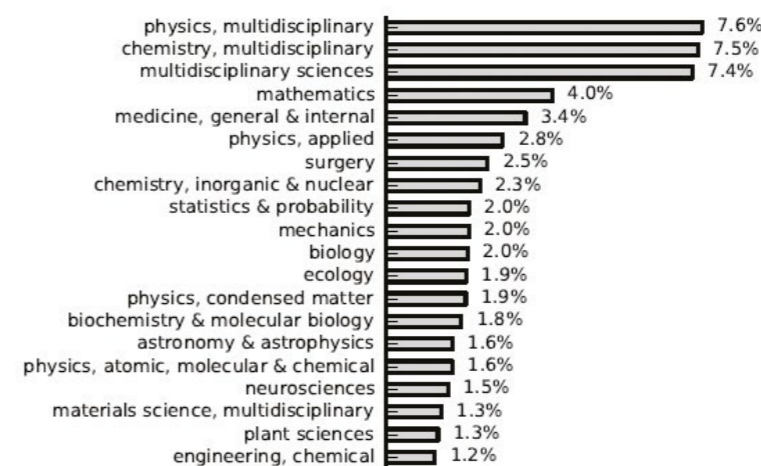
È il caso certamente della critica alla fisica quantistica mossa da Einstein e rimasta addormentata per cinquant'anni prima che un principe azzurro, il fisico francese Alain Aspect, la risvegliasse. La vicenda è nota. Nel 1935 Einstein, in compagnia di altri due importanti fisici dell'epoca, Boris Podolsky e Nathan Rosen, pubblica un articolo il cui titolo già lasciava presagire le conclusioni: *Can quantum-mechanical description of physical reality be considered complete?* Nel testo si affermava che i principi della meccanica quantistica non erano sufficienti a spiegare alcuni fenomeni ed in particolare l'entanglement tra due particelle appartenenti ad un unico sistema quantistico.

Per entrare minimamente nel dettaglio della obiezione mossa da Einstein occorre ricordare innanzitutto che l'aspetto forse più peculiare della meccanica quantistica è l'introduzione della funzione d'onda ψ

probabilistica e aleatoria sino alla misurazione che è causa del 'collasso in uno e un solo stato' (ovvero la variabile assume un valore definito). Un altro aspetto della meccanica quantistica che è decisivo ai fini della comprensione del problema è il fenomeno dell'entanglement ovvero dell'intreccio esistente tra le particelle all'interno di un sistema quantistico. Si supponga ad esempio che da una sorgente venga emessa una coppia di elettroni che occupano uno stato quantistico nel quale il primo può avere spin parallelo all'asse z (+z) e l'altro spin antiparallelo (-z) o viceversa.

Nel 1935 Albert Einstein, Boris Podolsky e Nathan Rosen proposero un esperimento teorico allo scopo di dimostrare che la meccanica quantistica fosse una teoria incompleta che celasse variabili ancora sconosciute. I tre fisici partivano dal fenomeno dell'entanglement ovvero dalla relazione di due particelle

che costituiscono un sistema unico. Si immagini che da una sorgente scaturisca una coppia di elettroni in sovrapposizione quantistica di due stati (chiamati A e B). Si ipotizzi che i due elettroni, subito dopo l'emissione, vengano separati e che se ne misuri uno trovando in quel momento, si supponga, lo stato A (ad esempio spin parallelo all'asse z). Essendo il secondo elettrone in relazione di *entanglement* con il primo, esso non sarà più libero di assumere lo stato A o lo stato B ma il suo stato sarà necessariamente B (quindi spin antiparallelo) e sarà de-



Elenco delle prime 20 discipline che producono 'belle addormentate', tratto da *Defining ed identifying sleeping beauties in science*

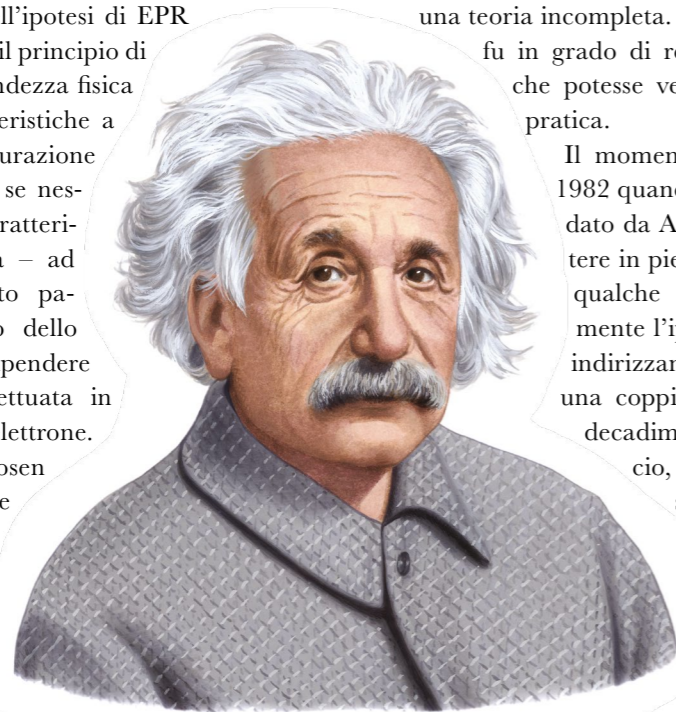
che rappresenta la completa descrizione di uno stato quantistico ma la cui definizione è controversa. La corrente maggioritaria, nota come interpretazione di Copenaghen, attribuisce alla funzione ψ una natura

finito istantaneamente nel momento stesso in cui si misura il primo elettrone. Dunque la misura effettuata sul primo elettrone avrebbe un effetto istantaneo sul secondo elettrone a prescindere dalla distanza tra

i due violando il principio di localismo: una causa può agire solo se è sufficientemente vicina ovvero quando la velocità di propagazione della sua azione sia finita e al massimo pari a quella della luce.

L'esperimento teorico proposto prese il nome di paradosso di EPR. Nell'ipotesi di EPR risultava violato anche il principio di realtà per cui una grandezza fisica esiste con certe caratteristiche a prescindere dalla misurazione (la luna è lassù anche se nessuno la guarda): le caratteristiche della grandezza – ad esempio l'orientamento parallelo o antiparallelo dello spin – non possono dipendere dalla misurazione effettuata in precedenza sull'altro elettrone. Einstein, Podolsky e Rosen consideravano l'azione a distanza assolutamente 'fantomatica', ed ipotizzavano che per spiegare il fenomeno si dovevano ammettere delle variabili nascoste ed ancora sconosciute. In altri termini la meccanica quantistica non poteva essere considerata ancora una teoria completa.

L'obiezione di Einstein per lungo tempo rimase sospesa come un enorme punto di domanda. Perché? All'epoca della pubblicazione Einstein è uno scienziato di grande fama avendo già ricevuto il premio Nobel; l'articolo è firmato da altri due autorevoli ricercatori; la rivista, *Physical Review*, è una delle più prestigiose dell'epoca; l'argomento, la meccanica quantistica, ha già rivoluzionato completamente la fisica. Impensabile dunque che gli altri fisici non ne siano venuti a conoscenza. Eppure, dopo aver ricevuto a distanza di qualche mese una risposta non esaustiva



in una pubblicazione di Niels Bohr, le osservazioni di Einstein furono come dimenticate per cinquant'anni.

Quale la ragione? Einstein, Podolsky e Rosen proponevano un esperimento teorico il cui esito avrebbe condotto alla conclusione che la fisica quantistica era una teoria incompleta. Per lungo tempo nessuno fu in grado di realizzare un'osservazione che potesse verificarne i risultati nella pratica.

Il momento di svolta si ebbe nel 1982 quando il gruppo francese guidato da Alain Aspect riuscì a mettere in piedi un esperimento che in qualche modo testava operativamente l'ipotesi di Einstein. Infatti, indirizzando su percorsi opposti una coppia di fotoni prodotta dal decadimento di un atomo di Calcio, Aspect dimostrò che l'inserimento in uno dei due percorsi di un cristallo birifrangente che fosse in grado di deviare il fotone, all'istante determinava la deviazione anche dell'altro fotone che procedeva a distanza su un percorso opposto. Quella che Einstein aveva definito una assurda azione a distanza, era invece realmente operante e le particelle risultano entangled in modo istantaneo per via non locale.

A seguito di questo esperimento, come per incanto, si riaprì il dibattito e l'articolo di Einstein, Podolsky e Rosen iniziò a ricevere migliaia di citazioni. A partire dal 1987 con un massimo nel 1994. La bella addormentata si era finalmente risvegliata. La critica di Einstein, sebbene rivelatasi inesatta, era assolutamente fondata ma così avanzata che per lunghi anni nessuno era riuscito a testarne la veridicità.

Molte sono le belle addormentate in ambito scientifico. Il record spetta alla pubblicazione di un argomento statistico del matematico britannico Karl Pearson, rimasta in sonno addirittura 101 anni – dal 1901 al 2002 – e risvegliatasi attraverso meccanismi che non sono ancora stati chiariti. Poco meno è durato l'addormentamento di una pubblicazione del chimico tedesco Herbert Freundlich apparsa sulla rivista *Zeitschrift für Physikalische Chemie* nel 1906 e rimasta misconosciuta sino al 2002, quando improvvisamente iniziò a ricevere migliaia di citazioni. Il lavoro sull'inferenza statistica pubblicato da Edwin B. Wilson nel 1927 ricevette un picco di citazioni nel 1999. Molti altri i casi che possono essere citati.

«La morale della fiaba – siega Flammini – è che ogni *Sleeping Beauty* ha il suo principe azzurro, ma può anche svegliarsi da sola. A volte il principe non è uno solo e a volte è uno straniero, cioè uno studioso di

una disciplina diversa da quella del reame dove l'idea è nata». In fondo è una Bella Addormentata anche l'idea di analizzare i casi delle Belle Addormentate. Spiega Flammini: «L'articolo che per primo propose di usare le reti di citazioni come modo di studiare la circolazione delle idee è degli anni Cinquanta. Ma allora non c'erano i computer e la questione si affrontò soltanto in maniera filosofica». Ma oggi le conoscenze scientifiche di tutto il mondo possono essere contenute e catalogate in un database e allora tutto diventa più semplice. Forse.

Carlo De Luca



“Se sapessimo esattamente quello che stiamo facendo, non si chiamerebbe ricerca.”

Albert Einstein



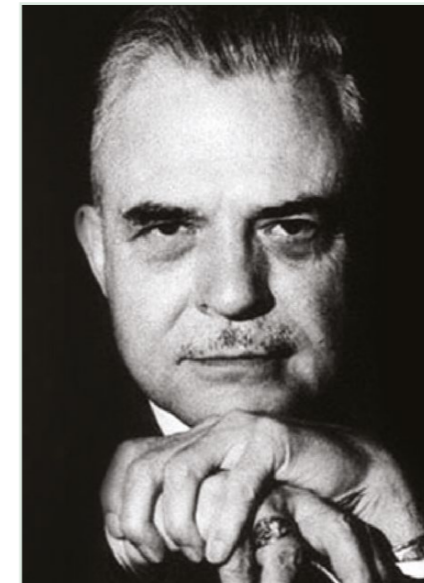
A me gli occhi, please Curarsi con L'IPNOSI

Un mago fissa per alcuni secondi uno sventurato 'volontario' del pubblico. Questi strabuzza gli occhi, poi comincia ad abbaiare come un cane, tra gli applausi divertiti della sala. Se gli antichi egiziani assistessero oggi a qualcosa di simile, impallidirebbero per l'orrore. Come è possibile che l'ipnosi, la tecnica donata dagli dei per guarire ogni malanno, sia trattata al pari di un trucco da saltimbanco? Oggigiorno siamo più familiari con l'immagine di ipnotista da palcoscenico o, alla meglio, con il dottore mezzo matto che oscilla un orologio davanti agli occhi assennati del paziente. Un tempo però le cose erano ben diverse. L'ipnosi era rispettata e per molti versi quasi temuta. Solo i grandi sacerdoti ne conoscevano i segreti, ed il suo uso era sempre diretto a qualcosa che, per millenni, è rimasto un sogno: sfuggire alla tirannia della carne ed eliminare ciò che tutti temono di più, ovvero i dolori. Cerchiamo di capire come funziona questa tecnica.

I suoi segreti sono stati in gran parte svelati dalle moderne analisi scientifiche, ma qualcosa ancora sfugge. Questo perché riguarda un organo piuttosto com-

plesso, cioè il cervello. Cominciamo quindi dalla procedura ipnotica e da ciò che – a quanto pare – accade nel cervello. Esistono tantissime tecniche ipnotiche, e l'ipnosi esiste da tanto tempo, proprio perché il cervello è molto, molto complesso. Al punto che è estremamente facile 'sviarlo' e indurre quello stato alterato della coscienza detto trance. In poche parole, le onde cerebrali in stato di trance sono uniche e appartengono solo ad esso, e sono dette onde theta (θ). Quando il cervello emette onde theta non è né del tutto sveglio, né del tutto addormentato. Da quel che sembra, si trova in una sorta di fase 'automatica', in cui le funzioni di base sono attive mentre quelle 'superiori' – attinenti alla corteccia cerebrale – sono per lo più disattivate. A che serve una simile funzione? È probabile che permetta di svolgere delle funzioni senza prestare particolare attenzione ai particolari, una funzione utile quando si deve fare qualcosa di alienante come cucire una rete da pesca, tessere un tappeto o comunque fare un gesto ripetitivo per molto tempo. Sembra una cosa complessa, ma lo stato di trance è più comune di quanto si

pensi. È ad esempio quello che si raggiunge quando si è 'immersi' in un film. È molto più facile vederlo nei bambini, che rimangono a bocca aperta davanti alla televisione. La loro attenzione è così focalizzata che non sentono il proprio nome se chiamati. È uno stato che tutti abbiamo sperimentato, ed ha una caratteristica interessante: è molto piacevole. Essendo la corteccia 'disattivata', i pensieri sono rallentati, quasi immobili. L'attenzione è altrove, quindi non è richiesta grande partecipazione da parte del resto del cervello. Detto in modo semplice, siamo del tutto rilassati.



Milton Erickson

In questa fase, accadono le cose più incredibili. Una delle più sconvolgenti è di certo l'eliminazione momentanea del dolore, che in tempi antichi era forse l'unica alternativa alla sofferenza indicibile causata da un qualsiasi, anche piccolo, intervento volto a salvare la vita. Millenni fa, infatti, gli egiziani si servivano dell'ipnosi quando dovevano togliersi un dente, e ancora oggi esistono medici che utilizzano tale pratica su chi reagisce male ai farmaci anestetici.

Come è possibile, però, che il cervello blocchi il dolore? Di fatto, non lo fa. Semplicemente, ascolta con completa attenzione l'ipnotista, che gli dice che va tutto bene e che il dolore è solo immaginato ma non reale. Basta così poco? Se la *trance* è molto profonda, per quanto sembri incredibile, sì. Non servono ore, né particolari abilità. Bisogna solo saper utilizzare l'ipnosi nel modo giusto e rimanere concentrati.

L'altro effetto interessante dell'ipnosi risiede nei cosiddetti comandi post-ipnotici. In pratica, chi è sotto trance riceve un'istruzione, per esempio: «quando riaprirai gli occhi, sentirai un bisogno molto forte di bere acqua ogni qualvolta vorrai fumare. E la voglia di fu-

mare ti abbandonerà non appena sentirai il sapore dell'acqua sulla lingua». Ma funziona sempre? Il comando sì. L'eliminazione dell'abitudine, è una questione più complessa. Spesso alla base di una cattiva abitudine si trovano un insieme di cose, 'ancoraggi' con il passato che tendiamo a non abbandonare. È vero, una sola seduta ipnotica raramente risolve il problema in modo definitivo e istantaneo. Ma ne bastano poche, se utilizzate da un ipnoterapista professionale, per raggiungere risultati sorprendenti. Se però l'ipnosi è tanto utile, perché allora oggi la si utilizza per lo più per fare spettacolo e sono tanto pochi

i medici e gli psicologi che la conoscono e se ne servono? I motivi sono molteplici, e come vedremo, molto... particolari.

1. Ipse dixit – Freud. Il padre della psicanalisi sosteneva che l'ipnosi fosse un gioco da bambini, che di fatto non risolveva nulla. Questo ha posto un limite molto forte all'uso che se ne fece da quel momento in poi. Ai suoi tempi infatti l'ipnosi era ritenuta il mezzo più semplice ed efficace per arrivare alla parte più nascosta della nostra psiche, l'inconscio. Freud decise che erano meglio i nuovi ritrovati della medicina, i primi psicofarmaci. Vero. Ma in molti casi con effetti collaterali ingenti! Purtroppo, l'ipse dixit continua, a distanza di secoli, ad essere 'legge'.

2. Chimica o biologia? – La scoperta degli psicofarmaci ha reso inutile l'indagine con mezzi alternativi. Chiunque poteva dare una pillola, non occorre conoscere né l'ipnosi né la chimica. L'effetto è più potente e duraturo della semplice ipnosi. Vero. Ma anche gli effetti collaterali, ancora una volta, lo sono.

Curarsi con l'IPNOSI

3. Dubbi e condanne – Il famoso medico Mesmer fu il primo a dedicare al ‘fluido animale’ la sua intera esistenza. E finì, per questo, malissimo: dopo un breve ma travolgente successo, fu screditato e finì in assoluta miseria i suoi giorni. Aveva commesso un errore, ma la teoria di base era corretta. Tramite l’ipnosi infatti molti ‘malanni dello spirito’ erano curabili. Ciò non bastò a salvarne il nome. In pochi oggi vogliono seguire le sue orme!

4. Show business – L’ipnosi ormai è considerata una tecnica per ingannare, truffare, raggirare e costringere gli altri a fare il volere dell’ipnotista. La televisione e il cinema in questo hanno dato una grossa mano. L’ipnosi del resto si presta bene: provoca effetti ‘inspiegabili’, sembra avere un potere assoluto sulla mente umana e tutti sono interessati a vederla in azione. Molti di meno sono quelli che vogliono sperimen-

tarla su di sé. La fama dell’ipnotista è quindi più simile a quella di un mago che a quella di un terapeuta.

In conclusione, non ci sono veri motivi per non servirsi dell’ipnosi. Purtroppo, l’opinione pubblica è spesso all’oscuro di come funzioni e dei suoi benefici. Grazie al lavoro e agli studi del Dr. Milton Erickson e alla PNL (Programmazione Neuro Linguistica) oggi in tanti praticano l’ipnosi.

Ma questo non ne ha affatto migliorato la fama, al contrario ha finito con il trascinare l’intera PNL nel dubbio e nella diffidenza. Un vero peccato!

Antonio Meridda



“Voglio che tu vada in una trance così profonda che ti sembri di essere una mente senza corpo, che ti sembri che la tua mente galleggi nello spazio e che galleggi nel tempo. E voglio che tu scelga un momento nel passato in cui eri una bambina piccola piccola. E la mia voce ti accompagnerà.”

Milton H. Erickson

ON THE ROAD



Chateaux de la Loire

SECONDA PARTE – Il Castello delle Dame

Castello di Chenonceau, vista frontale

DUE DONNE, UN SOLO SOVRANO

Francesco I di Francia (1494-1547), re mecenate, amico di Leonardo da Vinci e ideatore della reggia di Chambord, ebbe diversi figli legittimi. Fu il maschio secondogenito, Enrico di Valois (1519-1559), a succedergli al trono nel marzo del 1547, divenendo **Enrico II** di Francia. Enrico aveva sposato, nel 1533, Caterina de’ Medici.

Discendente di una grande famiglia italiana di Firenze, Caterina Maria Romula di Lorenzo de’ Medici, nota semplicemente come **Caterina de’ Medici** (1519-1589), lasciò l’Italia all’età di quattordici anni per andare in sposa ad Enrico di Valois. Nella sua nuova patria francese la giovane Caterina ebbe, inizialmente, solo un ruolo di secondo piano. Si adattò alla vita di

corte con molta delicatezza, evitando con cura di attirare l’attenzione. Ben formata, ma poco seducente, non esercitò alcuna attrazione sul marito Enrico, che anzi iniziò a dedicare le proprie attenzioni ad un’altra donna: Diana di Poitiers.

Amante di Enrico di Valois – o, per usare la terminologia dell’epoca, sua ‘favorita’ – **Diana di Poitiers** (1499-1566) calamitò notevolmente l’attenzione del monarca. Bella, intelligente e con un ottimo senso degli affari, divenne una delle donne più influenti dell’epoca e guadagnò, per tutta la durata del regno di Enrico (1547-1559), incarichi e rendite reali per i propri amici. Consigliera occulta del re in ambito politico, ottenne persino la responsabilità dell’educazione dei figli reali.

Caterina, donna e regina, non poteva ignorare la luce irradiata dalla rivale. Tuttavia scelse la via della sop-



Ritratti di Enrico II, Caterina de' Medici e Diana di Poitiers (François Clouet)

portazione. Incassava le umiliazioni continue e la preminenza della favorita, dissimulava lo sconforto con attiva rassegnazione. Al tempo stesso, però, indagava sulle armi segrete della sua antagonista, attraverso certi buchi che aveva praticato sulla sua alcova – come racconta Pierre de Brantôme – anche al rischio di «scoprirla dimenarsi mezza nuda, bianca, bellissima, la carne fresca e delicata, intenta in inimitabili follie col suo amante regale» Se dovessimo, tuttavia, individuare un contesto nel quale questa umiliazione fu consumata nella sua forma più bizzarra, ebbene dobbiamo senz'altro recarci presso il castello di Chenonceau.

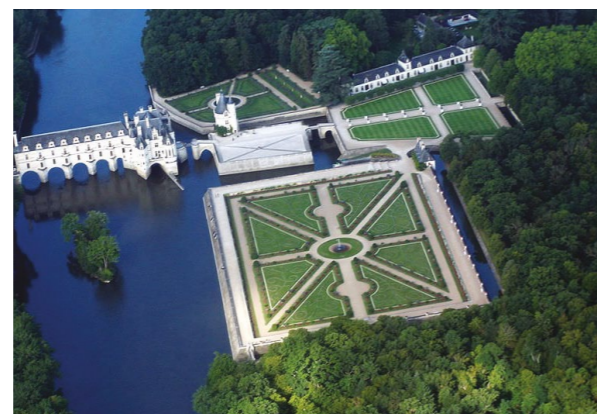
L'ADULTERIO CREATIVO: CHENONCEAU

A circa quaranta minuti di auto da Tours, seguendo la strada statale D140, che corre parallela al fiume Cher in direzione del Comune di Chenonceaux, sorge il castello di Chenonceau.

Edificato tra il 1515 ed il 1521 da Thomas Bohier per la moglie Catherine Briçonnet, il **castello di Chenonceau** è un capolavoro architettonico rinascimentale, un luogo eccezionale per la sua posizione privilegiata sul

fiume Cher, per i suoi meravigliosi giardini, per il candore delle sue facciate e le curve sensuali delle sue torrette. Amato, amministrato e protetto nei secoli da una serie di grandi donne, è anche noto come 'Castello delle Dame'.

Divenuto di proprietà della corona nel 1526, Enrico II lo offrì in dono, nel 1547, alla sua 'favorita' Diana di Poitiers, con rinnovato imbarazzo della moglie Caterina, appena proclamata regina. Alla brillante Diana si deve la realizzazione del ponte sul fiume Cher, che con-



Castello di Chenonceau, veduta aerea

ferisce a Chenonceau la sua architettura unica al mondo. A lei si deve anche la realizzazione degli splendidi giardini lungo le rive del fiume, tra i più spettacolari e moderni del suo tempo.

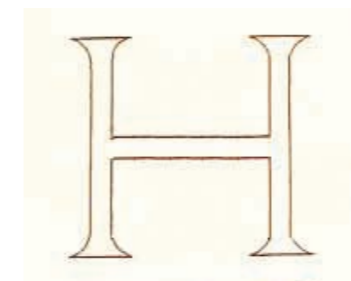
Appassionato di Diana in modo sconsiderato, re Enrico non accennava ad esaurire le proprie spinte creative a beneficio dell'amante: iniziò a siglare molti ambienti del castello con un particolare simbolo, derivante dall'intreccio dell'iniziale del proprio nome – la 'H' di Henry (Enrico) – con la 'doppia C' speculare della moglie Caterina. Una manifestazione d'amore 'regale' – potranno osservare i più romantici – se non fosse che i monogrammi così intrecciati, ben lungi dall'essere simbolo di amore coniugale, formano una lettera 'D'... Diana!

Ebbene, tanto nella stanza di Diana quanto – soprattutto – in quella di Caterina, rimane oggi ben visibile questa medievale, creativa e – bisogna ammetterlo – ele-

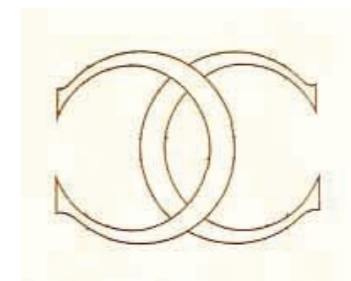
gante manifestazione di amore adulterino. Una passione, quella di re Enrico, che ha travalicato i secoli, e che continua, ancora oggi, a far chiacchierare folle di turisti a proposito delle...corna della regina!

La vendetta, naturalmente, arrivò. Il 10 luglio 1559 Enrico II morì in seguito ad una ferita all'occhio ricevuta durante un torneo cavalleresco. Divenuta reggente di Francia, Caterina si riscattò sull'eterna rivale. Scacciò Diana dal castello di Chenonceau, obbligandola anche a restituire i gioielli della corona che le erano stati donati dal defunto Enrico.

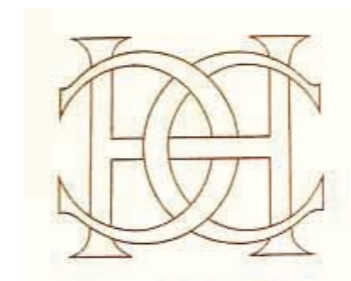
Diana si spense a 66 anni, nel 1566. La sua fine risulta di particolare interesse da un punto di vista clinico: morì infatti avvelenata dall'oro liquido – od 'oro potabile' – un infuso di oro disperso che ingeriva per mantenersi giovane, come pubblicato in un articolo del *British Medical Journal* dal titolo *A gold elixir of youth in the 16th century*



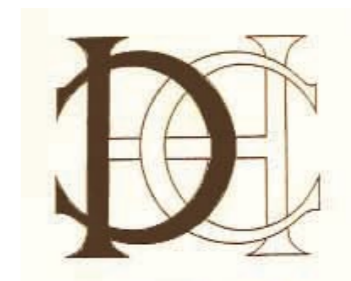
Monogramma di Enrico (Henry)



Monogramma di Caterina



Monogrammi intrecciati



Evidenza della 'D' di Diana



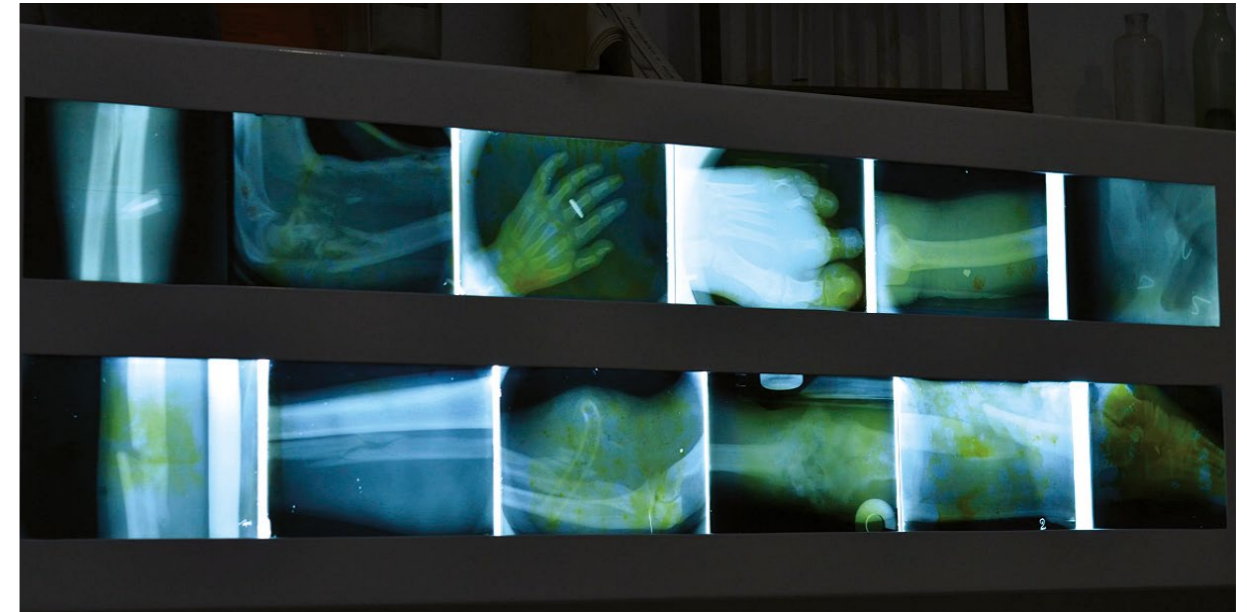
Particolare della stanza di Diana de Poitiers. Foto: Emanuele Chiapponi

French court (2009). L'articolo riporta i risultati della ricerca paleopatologica effettuata da un'équipe specializzata guidata dal Prof. Bertrand Ludes, che ha analizzato le spoglie di Diana, effettuando prelievi di DNA in un dente e in piccoli frammenti di tessuti. Ebbene, il tasso d'oro nei tessuti era 250 volte superiore al normale, e lo stesso risultato emergeva dai capelli rubati dai giacobini conservati in un medaglione. Diana era morta avvelenata dall'oro. Lo provava, del resto, anche la «meravigliosa tinta pallida» che sempre Pierre de Brantôme descrisse di lei poco prima della sua morte. Quella magia inossidabile altro non era che l'anemia causata dalla intossicazione ormai cronica e devastante.

Caterina de' Medici, ormai signora del castello, fece di Chenonceau la sua residenza preferita aggiungendo altri giardini. Nel suo periodo da reggente di Francia spese ingenti somme tanto in opere strutturali quanto per l'organizzazione di feste ed intrattenimenti. Nel 1576 affidò a Jean Bullant l'incarico di sviluppare una galleria partendo dal ponte sul Cher che aveva fatto erigere in precedenza Diana. Lunga 60 metri, larga 6, rischiarata da 18 finestre, con un pavimento di tufo e ardesia, un soffitto a travi apparenti, la galleria è una sontuosa sala da ballo che fu

inaugurata nel 1577 in occasione delle festività organizzate da Caterina de' Medici in onore di suo figlio, il re Enrico III. A ben vedere, la somiglianza con il Ponte Vecchio di Firenze è impressionante. Caterina, del resto, aveva sempre serbato nel cuore le immagini e le architetture della propria terra natia.

Alla morte di Caterina nel 1589, il castello di Chenonceau divenne di proprietà della nuora Luisa di Lorena, moglie di re Enrico III. Divenuta vedova – sempre nel 1589 – Luisa cadde in una profonda depressione, e trasformò il castello da luogo di feste in luogo tetro e silenzioso. Fu solo nel '700 che il castello ritornò ai fasti di un tempo, divenendo – grazie alla brillante Madame Louise Dupin – un importante salotto di stampo illuminista che accolse scrittori, poeti, scienziati e filosofi come Montesquieu, Voltaire e Rousseau. Protettrice accorta di Chenonceau, Madame Dupin salverà l'edificio durante la Rivoluzione Francese. Il castello passerà poi di mano in mano, fino a quando, nel 1913, divenne proprietà della famiglia di industriali cioccolatai Menier.



Radiogrammi prodotti presso l'ospedale di Chenonceau durante la Prima Guerra Mondiale.

RADIOLOGIA... DI GUERRA

Gaston Menier (1855-1934), passato alla storia come 'l'industriale del cioccolato', fu uno dei tanti individui facoltosi che contribuì economicamente allo sforzo nazionale francese durante la prima guerra mondiale. Propose all'allora Ministro della Guerra e futuro Presidente della Repubblica francese, Alexandre Millerand, di creare a proprie spese, nelle stanze del proprio castello, un ospedale militare. La proposta fu immediatamente accettata. Benché lontano dalle trincee, Chenonceau conobbe le pene della guerra.

La corsia ospedaliera fu allestita – ironia della sorte – all'interno della galleria a due piani che tante volte era stata teatro di feste, sfarzi e goliardia. Lo sfarzo ebbe luogo, ma di ben altro genere: fu infatti approntato un moderno ospedale di 120 letti in regola con le norme d'igiene dell'epoca e dotato delle ultime innovazioni in ambito medico. Tra di esse, c'era una delle prime apparecchiature radiografiche di Francia

(un cosiddetto 'gabinetto röntgeniano'). Solo qualche anno prima, infatti, il Dott. Antoine Béclère aveva avviato, presso l'Hôpital Tenon di Parigi, il primo laboratorio di radiologia di Francia (1897). L'apparecchiatura radiografica si rivelò di fondamentale ausilio per guidare i chirurghi nell'individuazione di proiettili, schegge di granate e corpi estranei da estrarre dal corpo dei soldati. Le immagini erano generate dall'unico tipo di generatore di raggi X allora in commercio, cioè dal 'Tubo di Crookes'. I radiogrammi parlano per lo più di proiettili ritenuti, di schegge di granata, di fratture multiple e scomposte, complesse e pluriframmentarie.

L'ospedale di Chenonceau fu amministrato da Simone Camille Marie Legrand (1881-1972), capo infermiera e moglie di Georges Menier (1880-1933), figlio di Gaston. Simone lavorò senza sosta, prodigandosi nella cura dei feriti e collaborando attivamente con medici, chirurghi e radiologi. Ancora una volta fu una donna – una dama – a dirigere attivamente il

castello, seppure in un contesto così diverso rispetto a quello che la storia aveva fino a quel momento proposto. Nella cornice armoniosa di Chenonceau, i soldati trascorrevano la loro convalescenza fisica, oltre che emotiva. Alcuni si dedicavano al giardinaggio o alla cura del vasto orto, contribuendo a fornire varietà ai menu. Altri pescavano, o godevano del semplice piacere di una passeggiata.

La guerra finì l'11 novembre 1918, e l'ospedale chiuse i battenti il 31 dicembre dello stesso anno. Partiti gli ultimi chirurghi, tutto fu smantellato e riposto. Apparecchiature, materiali, cartelle cliniche, radiografie e album radiografici, tutto finì nei granai del castello e nei ripostigli dell'ultimo piano. Vi erano stati curati 2254 soldati. L'ospedale di Chenonceau fu non solo una scialuppa di salvataggio nel mare dell'assistenza ai feriti e ai malati della Prima Guerra Mondiale, ma anche e soprattutto un modello di solidarietà nazionale e di avanguardia della tecnica medica.

CONCLUSIONE

Eccoci giunti al termine di questo bel percorso in due tappe – se per caso Vi foste persi la prima parte, correte a recuperare il numero precedente di *Spels Academy!* – Ciò che Vi ho raccontato è una parte infinitesimale rispetto alle meraviglie che la Valle della Loira – altrimenti conosciuta come il Giardino di Francia – ha da offrire ai suoi privilegiati ospiti. Ben lungi dall'aspirare a rango di guida turistica, o tantomeno storica, ho semplicemente voluto proporre uno spunto per...mettersi in viaggio!

Un ringraziamento speciale, infine, è per la compagna di viaggio senza la quale nulla avrei organizzato, né organizzerei.

Emanuele Chiapponi



“L'esplorazione è seducente.
Lo studente che si affaccia per la prima volta
all'Università è come un romantico che s'appressa
ad un castello meraviglioso”

Papa Paolo VI



Amaro, dolce CAFFÈ

Il termine 'caffè' sembra derivare il suo nome o dall'arabo QAHWA, bevanda eccitante, oppure da KAFFA, regione dell'Etiopia dove cresce spontaneamente.

Utilizzato come farmaco già nell'anno 1000 da Avicenna, si diffuse poi nello Yemen e nella penisola araba fino ad arrivare in Turchia, dove nella prima metà del Cinquecento vennero alla luce le prime case del caffè (Kahwe Khaneh), dove il 'vino dell'Islam' rappresentava un ottimo sostituto agli alcoolici vietati dalla religione islamica. Curiosa una legge turca che prevedeva la possibilità di una donna di chiedere il divorzio se il marito non procurava abbastanza caffè.

Quando arrivò in Europa, data la provenienza dal

mondo musulmano e le proprietà stimolanti, venne considerato un'invenzione del diavolo, ma – narra la leggenda – Papa Clemente VIII, nel 1600, dopo averlo assaggiato, fu pronto ad affermare: «questa bevanda di Satana è così deliziosa che sarebbe un peccato che ne facciano uso esclusivamente gli infedeli. Imbroghieremo Satana battezzandola». (C. Roden, *Coffee: A Connoisseur's Companion*, 1981).

Johann Sebastian Bach, profondo cultore ed appassionato della bevanda, gli dedicò anche una Kaffeekantate nel 1732.

Il caffè giunse in Italia attraverso i commerci di Venezia ed anche grazie all'aiuto di un medico, Prospero Alpini, che scoprì il caffè in Egitto al seguito dell'allora

Console di Venezia. Il primo caffè in Italia nasce a Venezia nel 1720, il caffè Florian.

La prima macchina caffettiera classica fu realizzata in Francia nel 1822 da Monsieur Louis Bernard Rabaud (la cafetière lessiveuse), ma fu perfezionata e commercializzata da Alfonso Bialetti nel 1933, che la diffuse poi nel mondo. Anche la caffettiera ‘napoletana’ è ideata nel 1819 da uno stagnino di nome Morize, nella sua bottega al numero 10 di rue Boucher a Parigi. L’ingegnere milanese Luigi Bezzerà invece perfezionò e brevettò il 19 novembre 1901 la prima monumentale macchina per l’espresso da bar. Attualmente il maggior consumo di caffè si ha nelle nazioni del Nord Europa (12 Kg pro capite all’anno in Finlandia) ed il minor consumatore è il Portorico, con 400 mg pro capite all’anno.

La pianta del caffè appartiene alla famiglia delle Rubiacee, genere Coffea. La specie Coffea Arabica nelle sue molte varietà fornisce il 75% del caffè consumato nel mondo, mentre il restante 25% è fornito dalla specie Canephora, specie Robusta. L’Arabica ha una produzione elevata, ma un contenuto di caffeina di 1-1,5%, mentre la Robusta con una produzione in-

feriore, ha un livello di caffeina pari al 2-3%. Esiste anche una variante naturale decaffeinata, la Coffea Charrieriana, originaria del Camerum. Il resto del caffè viene decaffeinato attraverso procedimenti chimici, ma è impossibile azzerare completamente il contenuto di caffeina. Quindi il contenuto di caffeina dipende dalla miscela, ma anche dalla preparazione.

Una tazzina di espresso da bar (35 ml) fornisce 50 mg di caffeina, mentre una tazzina di caffè della moka (50 ml) ne fornisce circa 120 mg. I metodi per bollitura vengono invece sconsigliati in quanto vi è l’estrazione di diterpeni negativi per il profilo lipemico.

La caffeina antagonizza gli effetti dell’adenosina (vasodilatante e broncostrittore), contrasta gli effetti del decadimento cognitivo, agendo sul circuito ipotalamo-ipofisi, e migliora

l’efficienza muscolare. I polifenoli del caffè invece hanno un effetto antinfiammatorio, essenziale nella prevenzione cardiovascolare ma anche in ambito oncologico (riduzione del rischio del carcinoma epatico, del colon-retto e dell’endometrio) e neuro-degenerativo (demenze, con evidenza



Bevanda	Quantità	Contenuto caffeina in mg
Caffè	Moka 50 ml	80
	Espresso 30 ml	60
	Decaffeinato 125 ml	3
	Americano 125 ml	85
The	150 ml	32
Bevanda tipo Cola	330 ml	39
Cioccolata	150 ml	4

Fonte: coffeeandhealth.org

di maggior protezione bevendo 1-2 tazzine al giorno). A livello cardiovascolare, l’assunzione di caffè (3-5 tazzine al giorno) è associata ad un ridotto rischio di mortalità cardiovascolare, a patto che non venga associato al fumo di sigaretta! Gli effetti benefici sembrano legati non solo alla presenza della caffeina ma anche a quella dell’acido caffeico e clorogenico. Recenti studi (Chrysant, 2017) hanno mostrato la neutralità del consumo di caffè sulle variazioni della pressione arteriosa negli ipertesi; le alterazioni si sono evidenziate solo in consumatori non abituali e con l’assunzione occasionale contemporanea di 4-5 tazzine di caffè.

Altri rigorosi studi (Ding, 2014) hanno documentato l’assenza di effetti negativi sulla comparsa di aritmie in pazienti in trattamento per aritmie e/o con scompenso cardiaco.

Pertanto, drastiche limitazioni o esclusioni dal consumo di caffè non hanno ragione d’essere neanche nei pazienti diabetici o con patologie cardiovascolari. Il borbottare della moka ed il profumo del caffè che si diffonde nell’aria... il caffè può restare una preziosa e piacevole pausa quotidiana.

Mara Piccoli



“A riempire una stanza basta una caffettiera sul fuoco.”

Erri De Luca

Cartoline dal Passato

Il Travertino



19145 - Bagni Filbule

L'estrazione del travertino è una delle attività principali del territorio di Tivoli. Lo è oggi come lo fu in età classica, quando si aprirono presso il Barco le prime cave di questa pietra molto particolare, perché è tenera da lavorarsi e resistente al tempo stesso.

Si presta ottimamente per statue, colonne e capitelli. Quelli di stile corinzio realizzati con questa pietra sono particolarmente suggestivi, come si può notare nel colonnato del tempio di Vesta, sempre a Tivoli. Cavare i banchi di travertino non è facile poiché richiede una lunga esperienza, che va dalla ricerca degli strati utili al trasporto dei materiali ed alla loro lavorazione. Un tempo i grandi blocchi, appena sbozzati sul posto, venivano caricati su appositi barconi e trasportati a Roma attraverso i fiumi Aniene e poi Tevere. Nei tempi più vicini a noi si usavano anche particolari carri, resistenti al carico, che venivano trainati da varie coppie di bufali. Giunti a destinazione, venivano segati e ridotti nelle forme desiderate.

L'edificio classico più imponente costruito in blocchi di travertino è il Colosseo, che ancor oggi resiste egregiamente al tempo. Quello più famoso nelle epoche successive è il maestoso colonnato del Bernini a S. Pietro del XVII secolo. Esportato all'estero, il travertino o 'pietra di Tivoli' ha abbellito molti edifici contemporanei con i suoi pregiati rivestimenti.

In questa prima cartolina si vede una cava di fine Ottocento, in cui stanno lavorando operai per la prima operazione di selezione e squadrimento dei massi cavati. Essi saranno trasportati attraverso carrelli su binari fino alla stazione ferroviaria, da dove partiranno per le varie destinazioni.

Cartoline dal Passato

Il Travertino



19144 - Bagni - Albule

Il territorio di Bagni di Tivoli fu detto inizialmente Bagni-Albule per indicare la zona in cui sgorgavano le acque albule, presso le quali furono costruiti i primi bagni ad uso pubblico. Questo spiega perché entrambe le cartoline qui presentate riportano in calce la didascalia, per l'appunto, 'Bagni-Albule'.

In questa seconda cartolina si vedono in primo piano alcuni blocchi di travertino di piccola consistenza, che sono in attesa di essere ulteriormente tagliati. In fondo, invece, si notano molte lastre di travertino, uscite dal vicino laboratorio, che sono state appoggiate verticalmente allo scopo di mostrare agli acquirenti lo spessore delle stesse, il quale varia a seconda dell'uso che se ne vuol fare. La parte superiore degli strati, all'inizio dello scavo, si presenta porosa e fragile e perciò viene scartata e destinata ad usi secondari, ad esempio per la costruzione di muri a secco, o macere, con cui si solevano un tempo separare terreni di diversi proprietari oppure come fondo stradale, o ancora come materiale per ottenere la calce nelle così dette 'calcare'. Dietro le lastre, notiamo subito che il muro a secco è stato realizzato con pezzi di 'testina', che sempre abbonda all'interno delle cave. Quelle 'storiche' sul territorio di Tivoli appartengono alle note famiglie Caucci, Conversi, Giansanti, Lippiello, Mariotti, Morelli, Pascucci, Poggi, Todini. Alcune cave hanno propri macchinari per tutte le operazioni successive all'estrazione, altre si servono di laboratori specializzati, che possono trovarsi sul posto oppure in altre zone o città.

A Tivoli si cominciò a fare largo uso del travertino con la costruzione del santuario di Ercole Vincitore, nel I secolo a.C. Nelle età successive, il suo impiego divenne massiccio a partire dal sec. XVI, soprattutto nella realizzazione di portali, finestre, cornici, colonne, pilastri, architravi e gradini.

Tertulliano Bonamoneta

Il dottor Ernesto Guevara de la Serna

“O siamo capaci di sconfiggere le idee contrarie con la discussione, o dobbiamo lasciarle esprimere. Non è possibile sconfiggere le idee con la forza, perché questo blocca il libero sviluppo dell'intelligenza.”

C'erano tutti i presupposti, anche nei suoi discorsi iniziali, per passare alla storia come un grande personaggio che si prende cura dei malati, soprattutto se poveri ed esclusi: la buona famiglia, l'istruzione, la cultura in generale, ma la storia, quella 'vera', racconta ben altro. Ernesto Rafael Guevara de la Serna, detto il 'Che', nasce il 14 giugno del 1928 a Rosario de la Fè, in Argentina, da una famiglia borghese benestante di origini ispano-irlandesi. Il padre, Ernesto Guevara Lynch, è un ingegnere civile, la mamma, Celia de la Serna, è una donna colta, grande lettrice ed amante della letteratura francese, ed avrà un ruolo determinante nella sua formazione umana e politica.

Il piccolo Ernesto non patirà per la fame o la povertà che affligge molti suoi coetanei dell'America Latina, soffrirà invece per una grave forma di asma che lo colpisce fin da piccolo: i suoi maggiori biografi scriveranno che egli spese tutta la vita cercando di dominare la malattia cui deve, probabilmente, il suo spirito ribelle e avventuroso e la ferrea determinazione di superare tutte le difficoltà. Determinazione che gli consente, nonostante la patologia, di praticare diversi sport, in modo particolare il rugby, e al contempo dedicarsi alla

lettura – spaziando da Freud a Baudelaire, da Zola a Steinbeck a London e Neruda – e al gioco degli scacchi, altra sua grande passione. Tornato con la famiglia a Buenos Aires dopo vari spostamenti, legati alla ricerca di zone climatiche ideali, Guevara termina gli studi liceali, durante i quali si distingue sia per la preparazione che per il suo essere anticonformista e indisciplinato. La morte dell'amata nonna paterna Ana Isabel, cui rimarrà accanto negli ultimi giorni di agonia, spinge il giovane Ernesto ad iscriversi alla Facoltà di Medicina. Diventa assistente-ricercatore volontario nella Clinica diretta dal dottor Salvador Pisani che conduce ricerche contro le allergie e decide di specializzarsi anch'egli nel trattamento delle allergie. *Ma la sua vera passione è il viaggiare.*

Una prima esperienza fatta agli inizi del 1950 in sella alla sua bicicletta – che aveva dotato di un piccolo motore Garelli e con cui percorrerà oltre 4000 Km! – aumenta l'innata voglia di conoscenza e di avventura di Guevara. Sospinto dall'amico e suo ex allenatore di rugby Alberto Granado, un biochimico che gestisce una farmacia e lavora in un lebbrosario a San Francisco del Chañar, inizia a progettare un grande viaggio per conoscere l'America Latina. E così, il 4 gennaio

del 1952, i due compagni partono da Buenos Aires a bordo della Poderosa II, una motocicletta Norton Model 18, divenuta culto e moda allo stesso tempo in quegli anni.

Alberto ed Ernesto percorreranno migliaia di chilometri, dall'Argentina al Cile, dal Perù alla Colombia fino in Venezuela, scoprendo civiltà sconosciute, tradizioni dimenticate, lingue antiche: ma toccheranno con mano anche le pene del popolo sudamericano, vessato da povertà e malattie, schiacciato da un incombente capitalismo che non esita a sopprimere i più deboli. Una straordinaria avventura che finirà il 17 luglio a Caracas, dopo oltre nove mesi, dove Granado si ferma per lavorare in un lebbrosario – raccomandato dal dottor Pesce, fondatore del lebbrosario di Huambo in Cile dove i due avevano soggiornato tempo prima – mentre Guevara decide di far ritorno in Argentina. Il 'Che' vuole tornare agli studi e laurearsi in fretta per rendersi utile, dopo quello che ha visto gironzolando per il continente: immagini, persone ed esperienze che l'argentino ribelle racconterà nel suo indimenticabile diario *Latinoamericana*, divenuto poi sceneggiatura del pluripremiato film di Walter Salles *I diari della motocicletta* (2004).

Quando Guevara torna in Argentina è il 31 agosto del 1952, da pochi giorni l'Argentina piange la morte a soli 33 anni dell'amatissima Evita Peròn. Nonostante una malattia infettiva lo costringa a letto per un lungo periodo di tempo, Ernesto supera in rapida successione i rimanenti 14 esami e il 12 giugno del 1953 si laurea in Medicina. Tutta la famiglia è felice, anche se Erne-

sto sta già progettando una nuova partenza, che stavolta cambierà per sempre il corso della sua vita... Prima in Bolivia, poi di nuovo in Cile dall'amico Pesce, ancora in Ecuador ed infine in Guatemala dove assiste al colpo di



La Norton 500 cc Model 18 del 1939



Lo Yacht Granma

stato sostenuto dalla CIA contro il governo progressista del dittatore Jacobo Arbenz, fatto che rafforzò le sue idee sul ruolo degli USA in America Latina dove ogni governo teso a cambiare la società doveva inevitabilmente fronteggiare l'implacabile opposizione di un nemico potente e spietato come gli Stati Uniti d'America. Il Che, tuttavia, anziché sacrificarsi a difesa del 'compagno' Arbenz,

scappa e si rifugia nell'ambasciata argentina per poi riparare in Messico. Qui entra in contatto, grazie alla sua prima moglie, la peruviana Hilda Gadea, con un gruppo rivoluzionario che cospirava contro il presidente cubano Fulgencio Batista: una storica notte del 1955, il Che incontra un giovane avvocato in esilio militante del gruppo che si prepara a rientrare a Cuba, tale **Fidel Castro**. I due entrano subito in sintonia condividendo gli ideali, il culto dei 'guerriglieri' e la volontà di espropriare il dittatore Batista dal territorio cubano. Castro aveva bisogno di uomini affidabili e Guevara cercava un'organizzazione e una causa per la quale combattere. Un'amicizia 'che cambierà il mondo' - come la definirà in seguito Castro - che si plasma con l'imbarco dei due sul *Granma* il 25 novembre del 1956 alla volta di Cuba: un'azione che all'inizio si dimostra un fallimento con la maggior parte degli 88 membri della spedizione uccisi o fatti prigionieri poco dopo lo sbarco.

I pochi sopravvissuti saranno costretti a riparare sulle montagne della Sierra Maestra (si racconta di soli 15 uomini, tra i quali l'italiano Gino Donè Paro, unico europeo ad aver partecipato alla rivoluzione cubana). Da qui però Guevara, a capo di una colonna di *barbudos*, organizzerà una efficace guerriglia guadagnandosi un'enorme reputazione per coraggio, audacia e abilità militare. Allo stesso tempo però, inizia a manifestare una crescente crudeltà e determinazione: emblematico l'episodio in cui, senza processo, 'il comandante' fa fucilare un giovane non ancora ventenne della sua unità, reo di aver rubato un pezzo di pane ad un compagno. Dopo due anni di scaramucce per le foreste cubane, nel dicembre del 1958 l'unità del Che riporta la prima grande vittoria su Batista nella famosa battaglia di Santa Clara, che, di fatto, unita alla fuga del dittatore nella Repubblica Dominicana, permette a Castro e Guevara di fare il loro ingresso trionfale nella capitale cubana l'8 gennaio del 1959. «*Hasta la victoria siempre. Patria o muerto*», sarà il grido simbolo del Che, usato spesso alla fine delle sue missive e successivamente dallo stesso Castro.

Una volta rovesciato il governo Ernesto Guevara, secondo per autorità solo a Fidel Castro, viene da questi

nominato 'procuratore' della prigione La Cabaña: è lui a decidere le domande di grazia, e, sotto il suo controllo, l'ufficio diventa teatro di torture e omicidi tra i più efferati. *Il Che, nato come medico che vuole aiutare i malati e gli oppressi, diventa una sanguinario rivoluzionario capace di uccidere a sangue freddo*. Nel 1960 istituisce un campo di concentramento ('campo di lavoro') a Guanahacabibes, sulla penisola di Guanaha, cui ne seguiranno in rapida successione diversi altri sparsi per il Paese tra i quali uno dedicato ai bambini ed un altro speciale, il primo che la storia moderna ricordi, per soli omosessuali. La maggior parte degli internati viene lasciata con indosso le sole mutande in celle luride, in attesa di tortura e probabile fucilazione: secondo alcune stime in questi luoghi troveranno la morte oltre 50.000 persone, per lo più ex compagni d'armi che si rifiutavano di obbedire e di piegare il capo ad una dittatura peggiore della precedente. Lo stesso Guevara, con una certa rozza franchezza, il 12 Dicembre del 1964, dichiarerà nel suo famoso discorso all'Assemblea Generale dell'ONU: «Fucilazioni? Certo! Noi abbiamo fucilato, fuciliamo, e continueremo a fucilare finché sarà necessario. La nostra lotta è fino alla morte».

Nel 1961 viene nominato Ministro dell'Industria e presidente del Banco Nacional, la Banca centrale di Cuba, e mentre si riempie la bocca di belle parole, sceglie di abitare in una grande e lussuosa casa colonica in un quartiere residenziale dell'Avana, pratica sport borghesissimi e passa il tempo tra feste e gare di tiro a volo, non disdegnando la caccia grossa e la pesca d'altura, con al polso il suo inseparabile Rolex (sembra un GMT MASTER). Mantiene invece intatte le abitudini che ne hanno caratterizzato da sempre il personaggio: la scarsa cura dell'igiene personale, particolare per il quale era soprannominato dai compagni *El Chanco* (il Porco), e il frequente intercalare in ogni suo discorso del 'che', tipica espressione del gergo basso-popolare argentino derivato dalla lingua Mapuche per rivolgersi ad un interlocutore (una specie del nostro 'heh'), che i suoi compagni non tardarono ad attribuirgli come soprannome, nomignolo rimasto legato alla sua persona e con cui è universalmente conosciuto.

Guevara si dimostra una sciagura come ministro e come economista e, sostituito da Castro, viene da questi 'giubilato' come ambasciatore della rivoluzione. Insoddisfatto e desideroso di diffondere la rivoluzione su scala mondiale - famoso il motto «Creare due, tre, mille Vietnam!» - lascia Cuba per partecipare alla lotta rivoluzionaria in Africa. La località nella quale si spostò rimase a lungo segreta: per non imbarazzare il governo cubano e non fornire scuse agli imperialisti per attaccare l'isola, rassegnò le dimissioni da tutti i suoi incarichi governativi, nel partito e nelle forze armate, rinunciando, inoltre, alla sua cittadinanza cubana. Il suo continuo desiderio di diffusione della lotta armata - e forse un tranello dello stesso Castro per il quale era divenuto un problema - lo portano nel 1967 in Bolivia per un'altra rivoluzione. In quel terreno così difficile si allea col Partito comunista boliviano ma non riceve alcun appoggio né da parte del governo cubano, né da parte della popolazione locale: isolato e braccato, Ernesto Guevara de La Ser-



Che Guevara (foto di Marc Hutten)



Che Guevara (Foto di Alberto Korda)

na viene catturato dai miliziani locali e sommariamente giustiziato il 9 ottobre 1967. Il suo corpo esposto diviene un'icona e le crude immagini dell'obitorio vengono paragonate alla 'deposizione di Cristo'. Tuttavia, a cinquant'anni dalla sua scomparsa, il mondo intero lo ricorda più nella foto da vincitore all'apice del successo e

del sogno di Korda che non in quella di Hutten scattata nella lavanderia dell'ospedale di Vallegrande, dove il cadavere del rivoluzionario venne portato da La Higuera.

Il dottor Ernesto Guevara, un medico per ben altri motivi famoso.

Marco Semprini

“Il silenzio è una discussione portata avanti con altri mezzi.”

La città rappresentata

*A cura di Roberto Giagnoli,
fotografo*



Quando l'arte rappresenta e illustra una storia, può farlo, dando di un evento, una infinita serie di sfumature, suscitando una gamma di sentimenti che vanno dallo stupore all'ammirazione, da un senso di soggezione ad un moto di orgoglio, o di prostrazione, può essere estremamente commovente, come può invece assumere un razionale significato didattico, ma, tutte queste reazioni, di vario tipo, raggiungono sempre lo scopo di accomunare il sentimento di quanti percepiscono l'immagine.

Tutti proveranno un sentimento di forte commozione osservando il Monumento ai Caduti che si trova nei Giardini Garibaldi di Tivoli.

Le figure, fortemente espressive trasmettono tutto lo sgomento dei lutti della guerra, alcune accortezze compositive danno comunque anche un senso più celebrativo, che oltre all'intima commozione, si allarga e dà la spinta ad un più formale e collettivo amor patrio. Sentimento e ragione si intrecciano tra le figure di questa magnifica composizione bronzea, a cui il colore del

metallo ossidato nel tempo, dona ulteriore drammaticità.

La magnificenza raccontata nelle opere celebrative narra gli eventi più importanti della nostra storia, attribuendo ai fatti una solennità che talvolta si fonde con elementi sottratti alla mitologia e diventa epica e leggendaria, stupendo lo spettatore e ricostruendo la storia in una dimensione fantasiosa, ricca di simbologie e metafore che arricchiscono il messaggio, moltiplicandone i piani di lettura.

Oltre ai sentimenti che l'artista, consapevolmente ha voluto comunicare, la vista di un'opera artistica assume anche il fascino che si aggiunge con il passare del tempo.

*Il Monumento ai Caduti,
al centro dei Giardini Garibaldi di Tivoli.
Venne realizzato dallo scultore Carlo Fontana
ed inaugurato dal Re d'Italia Vittorio Emanuele III,
il 14 Dicembre del 1930.*

DOPING

La grande vergogna (Prima Parte)

UN PROBLEMA COMPLESSO

Per comprendere meglio il fenomeno del doping nello sport e quindi poter addentrarci pienamente nell'argomento, è opportuno fare alcune considerazioni preliminari

Le motivazioni che spingono gli atleti ad assumere farmaci in maniera fraudolenta, ossia in assenza di stati patologici conclamati e solo per migliorare la propria prestazione fisica, sono le più varie. Tra esse ricordiamo: suggerimento di persone che si ritengono 'esperte', consiglio di altri atleti, letture di 'riviste parascientifiche' di settore, imitazione di atleti 'campioni' che si ritiene usino farmaci doping, necessità di controllare stati depressivi o ansiosi legati alla pratica sportiva agonistica (sindrome del campione, nikefobia, paura della sconfitta, ansia pre-gara, ecc.), necessità di motivare nel farmaco la continuazione dello sport agonistico e, non ultimo, l'inadeguatezza nel raggiungere il traguardo sportivo prefissato.

Purtroppo questo fenomeno – dilagato anche per l'indifferenza di molte organizzazioni sportive – ha coinvolto oramai non solo atleti di prestigio, ma anche le categorie amatoriali e, cosa ancor più grave, le categorie giovanili. Alla diffusione sempre più ampia dello sport, infatti, si è associata una sempre maggiore 'ricerca', spesso con finalità di lucro, unitamente ad approfondimenti medico-scientifici e biologici, fino ad arrivare ad una vera e propria commercializzazione dello sport, il quale ha perso buona parte dei connotati antropologici che gli competono.

Inoltre, con riferimento all'utilizzo di sostanze, è

bene ricordare che i farmaci (a scopo medicamentoso) devono possedere, nel loro impiego, esclusivamente due effetti: il curativo (nel soggetto ammalato) ed il preventivo (nel soggetto sano con predisposizione ad ammalarsi). Inoltre, l'uso dei farmaci stessi presuppone, da parte di chi lo prescrive, la conoscenza della farmacocinetica (biodisponibilità, assorbimento, distribuzione, metabolizzazione, escrezione), farmacodinamica (latenza, durata, intensità, sede dell'azione), farmacoterapeutica e tossicologia, peculiare per ogni farmaco.

Chiaramente, per contrastare il fenomeno del doping, bisogna agire non solo sul fronte dei deterrenti legali (in Italia la nuova legge trasforma il doping in illecito penale) o sulla ricerca di nuove tecnologie di esami antidoping, ma soprattutto in una capillare e costante informazione sul rischio che tali pratiche fraudolente comportano sullo stato di salute dei nostri atleti (giovani e meno giovani).

A questo punto possono essere utili alcuni cenni sulla 'definizione di doping' e sulla 'storia del doping'. Ciò permette di valutare non solo la vastità e poliedricità del problema, ma anche di fare le giuste considerazioni sulle richieste – ed aspettative – che giungono a noi medici dello sport da parte degli atleti, affinché essi possano migliorare la propria prestazione fisica senza alterare – o alterando – lo stato di benessere psichico e fisico derivante dalla pratica sportiva.

DEFINIZIONE DI DOPING

Il termine Doping deriva dal fiammingo 'mistura', e sta a significare «l'assunzione di sostanze od il ricorso a particolari metodiche capaci di aumentare artificialmente il rendimento di un'atleta durante una competizione sportiva, contrariamente alla morale sportiva ed alla salute fisica e psichica».

È questa la definizione di doping 'positivo', ma esiste anche il doping 'negativo', in cui sostanze capaci di diminuire il rendimento di un'atleta sono ad esso subdolamente somministrate per minorarne le capacità competitive. Le Federazioni Sportive di tutte le nazioni hanno sancito nei loro regolamenti il divieto dell'uso delle sostanze ritenute doping. In particolare il C.I.O. ha definito il doping come:

La somministrazione o l'uso da parte di un'atleta in gara, di qualunque sostanza estranea all'organismo o di qualsiasi sostanza fisiologicamente assunta in quantità anormale, con la sola intenzione di aumentare in maniera artificiale e sleale la prestazione durante la gara.

Letteralmente doping significa 'drogarsi' e negli USA il termine è usato da molti anni per indicare la pratica di somministrare eccitanti ai cavalli da corsa. In Italia l'attuale legge sul doping così enuncia:

Si definiscono doping e sono perseguiti secondo quanto previsto dalla presente legge, la somministrazione all'atleta professionista, dilettante o amatoriale e l'uso da parte di questi, di qualunque farmaco e di qualunque sostanza farmacologicamente attiva, comprese quelle di natura endocrinologica ed ematologica, nonché qualsiasi pratica inerente alle predette sostanze non giustificata da docu-

mentazioni patologiche ed effettuata con l'intento di migliorare le prestazioni agonistiche o di modificare le condizioni biologiche dell'organismo, ovvero di modificare i risultati di controlli sull'uso delle suddette sostanze.

CENNI STORICI SUL DOPING: UN PROBLEMA DI VECCHIA DATA

La pratica dell'assunzione di sostanze con lo scopo di aumentare artificialmente la prestazione fisica ha le sue radici in paesi come la Cina, molto prima della nostra era. Infatti, dai dati a nostra disposizione, si evince come già

da allora si utilizzassero gli estratti di 'efedra' – pianta che contiene l'alcaloide 'efedrina' – per poter sopperire alla fatica fisica.

Al famoso lottatore greco Milo di Crotone (300 a.c.), cinque volte campione olimpico, si attribuiva un consumo quotidiano di 9 Kg. di carne per accrescere la massa muscolare. Mentre nel nord-europa si utilizzavano bevande a base di *amanita muscaria* (fungo che contiene la sostanza psico-

tropa 'bufoteina'), in Grecia (nel III secolo a.c.) venivano somministrati decotti con piante e funghi (fiori di sesamo) per aumentare le capacità fisiche di resistenza. Sempre con lo stesso scopo, in America del Sud venivano utilizzate le *foglie di coca*, e nell'America del Nord veniva assunto il *peyote* (fungo che contiene l'alcaloide 'mescalina').

Il primo caso mortale riportato dalla stampa risale alla corsa ciclistica Bordeaux-Parigi in Francia del 1886. Vittima dell'ingenuità e del dolo, due componenti indispensabili a legittimare il doping, fu l'atleta Linton. La causa del decesso si conobbe in seguito: una mistura di eroina e trimetrina somministratagli dal suo allenatore, un costruttore





di biciclette, il quale si dichiarò vittima di sola imperizia. Il primo scandalo avvenne nel 1897, sempre nel ciclismo, e coinvolse un atleta ed il suo manager. Vennero duramente squalificati.

Nell'era moderna si ricorda il caso del maratoneta Dorando Petri che alle Olimpiadi di Londra del 1908 fece uso di una miscela di stricnina e brandy (etanolo) con il ben noto esito catastrofico. Negli stessi anni era anche utilizzata la nitroglicerina con la speranza che la sua attività coronario-dilatatrice potesse aumentare la portata cardiaca. E ancora, le 'sei giorni ciclistiche' americane di inizio secolo vedevano corridori allucinati dalla fatica, che pur di vincere ricchi premi messi in palio, assumono 'stimolatori di efficienza', come le definì un puritano giornale d'epoca: si trattava di pericolosi metodi dopanti.

I primi anni del Novecento trascorsero dunque tra i bisbigli sugli alchimismi vari usati nello sport e nel ciclismo in particolare, tra cui quelli usati – riferiscono fonti d'epoca – dal nostro connazionale Fausto Coppi, il quale cercava di eludere i controlli anti-doping effettuati sulle proprie urine bevendo acqua e bicarbonato durante le gare.

Negli anni 50 la 'simpamina' conobbe il maggior successo, infatti ne facevano uso anche gli studenti durante gli esami, e purtroppo nessuno s'indignò. Dell'effetto anti-fatica di queste molecole allora si sapeva soltanto che venivano assunte durante la seconda guerra mondiale dai piloti della

Luftwaffe, costretti a turni di servizi massacranti e senza possibilità di riposo (le famose pastiglie Goering). Anche la caffeina era in auge e le anfetamine venivano considerate il top delle sostanze dopanti (anche se danno assuefazione), così come la stricnina, l'etanolo e la nitroglicerina.

Nel 1949, durante la corsa Milano-Rapallo, per un ciclista italiano per morte di natura bulbare, notizia che nessun mezzo di informazione dell'epoca riportò. Nei suoi effetti personali furono trovati due tubetti vuoti di simpamina e stenamina (45 compresse in totale). Ci volle un altro morto nello sport per far scattare la repressione. Stavolta fu una vittima illustre, il campione del mondo e della Milano-S. Remo, Tommy Simpson, morto a causa di un cocktail di amfetamine. Allora ci si limitò a stilare una lista di sostanze proibite che s'ingrossava mese dopo mese senza trovare pace.

Nel tempo i controlli antidoping vennero intensificati, e nella rete caddero nomi celebri del mondo ciclistico: nel 1968 Motta e Balmamion; nel '69 e '73 Eddy Merckx; nel '77 fu una vera e propria retata: di nuovo Merckx, poi Maertens, Planckaert e Feirlinck e nel '78 Pollentier, vincitore del giro d'Italia dell'anno precedente.

Le sostanze e le metodiche utilizzate erano sempre più varie. I cannabinoidi (marijuana) venivano usati da atleti svedesi nella speranza che potessero aumentare lo scatto nelle corse di breve durata. Si ricorreva persino all'assun-

zione di grandi dosi di: gelatina (contiene glicina, aminoacido neurotrasmettitore), vitamina C ed E, estratti corticosurrenali. E ancora: l'autoemotrasfusione, metodica usata in Italia dagli sciatori di fondo e dai ciclisti, il cortisone l'ormone della crescita sintetico e l'eritropoietina (EPO), sostanza capace di stimolare la produzione dei globuli rossi nel sangue.

Nel 1990 Johannes Draaijer, 20° nel tour del 1989, morì nel sonno la notte dopo una corsa ciclistica in Italia, per insufficienza cardiaca. Era al massimo della forma fisica: la moglie dichiarò che faceva uso di EPO. Negli stessi anni, la rivista tedesca *Der Spiegel*, affermò che l'eritropoietina avrebbe potuto avere un ruolo nella morte di almeno diciotto ciclisti europei.

Ed arriviamo infine ai giorni nostri, con i casi che tutti conosciamo, tra cui spicca il nome del velocista Ben Johnson, oramai legato all'uso degli steroidi anabolizzanti nello sport, e del ciclista Lance Armstrong, emerso nel 2012, che riuscì a vincere 7 Tour De France consecutivi dal 1999 al 2005, titoli poi revocati dal 1998. Dopo varie e approfondite analisi, si scoprì infatti che il texano aveva fatto uso di sostanze dopanti.

Nonostante i controlli, l'uso di sostanze e terapie dopanti è diffuso non solo nello sport professionistico, ma anche in quello dilettantistico ed amatoriale, purtroppo anche giovanile. Intorno al fenomeno del doping c'è un giro d'affari che in Italia è stimato in diversi milioni di Euro. L'Agenzia Mondiale Antidoping (AMA), in francese *Agen- ce mondiale antidopage* (AMA) e in inglese *World Anti-Doping Agency* (WADA), è una fondazione creata per volontà del Comitato Olimpico Internazionale (CIO), il 10 novembre 1999 a Losanna, per coordinare la lotta contro il doping nello sport. A dirigere la WADA, suddivisi in ugual numero, vi sono rappresentanti di movimenti sportivi – inclusi gli atleti – e governi di vari stati del mondo. Le attività più importanti svolte dalla fondazione comprendono ricerche scientifiche, formazione, sviluppo di modalità anti-doping ed il monitoraggio del Codice Mondiale Anti-Doping.

Nicola Iacovone



“Lo sport ha il potere di cambiare il mondo. Ha il potere di ispirare. Esso ha il potere di unire le persone in un modo che poche altre cose fanno. Parla ai giovani in una lingua che comprendono. Lo sport può portare speranza dove una volta c'era solo disperazione.”

Nelson Mandela

STRETCHING

Come principale mezzo di prevenzione dei traumi muscolo legamentosi

È molto probabile che il professor Bob Anderson, durante la redazione, nel 1980, del noto protocollo di esercizi di allungamento muscolare di tipo statico, non pensasse assolutamente che avrebbe ottenuto un successo così vasto e duraturo nel mondo delle attività sportive, tale da superare negli Stati Uniti alcune mode, come la tanto praticata ginnastica aerobica, miseramente fallita nell'arco di un decennio.

A quarant'anni dal primo utilizzo di questa metodica, è opportuna una riflessione ed un approfondimento sullo stretching, pratica della quale ancora oggi, e spesso, non si comprende l'importanza, sia nella prevenzione dei principali traumi muscolo legamentosi degli atleti, sia nel miglioramento della fase di

recupero. Lo stretching può essere sia propedeutico ad una attività sportiva nel riscaldamento e nel recupero, sia una modalità di ginnastica a se stante.

La bontà della sua scoperta risiede nel fatto che prima di allora nessuno si era preoccupato di studiare a fondo la struttura muscolare con l'ausilio del microscopio elettronico, valutandone la grande capacità di elasticizzarsi, nel continuo ciclo di contrazione e decontrazione dei filamenti di actina e miosina e prevedendo che un pre-allungamento non traumatico prima di uno sforzo massimale potesse ridurre la possibilità di subire stiramenti e distrazioni muscolari. Anderson osservò anche come, nella fase di recupero post-massimale, tali esercizi protratti per alcuni minuti determinassero un più facile smaltimento dell'affaticamento muscolare prodotto dallo stress agonistico.

Nei decenni successivi la ricerca è andata avanti, cercando di standardizzare la durata della contrazione e dell'allungamento. Gli studiosi implementarono le iniziali osservazioni di Anderson, evidenziando come l'effetto massimale dello stretching nella fase preparatoria di riscalda-



mento necessari di pochi secondi di posizione statica, mentre nella fase di recupero la posizione deve essere mantenuta per un tempo maggiore anche in relazione alla massa muscolare stessa. Tutto ciò produce una sorta di de-eccitamento dei fusi neuromuscolari con conseguente miglioramento dei tempi e delle modalità di recupero.

Tali linee guida, nel corretto esercizio dell'allungamento muscolare, sono frutto di anni di prove e

valutazioni biomeccaniche su atleti di vertice e sulla vasta popolazione dei master-amatori delle attività atletiche che purtroppo, se non ben istruiti, subiscono più facilmente e frequentemente traumi che possono impedire anche a lungo l'attività motoria.

Roberto Ferdinandi



“Ci vogliono settantadue muscoli per fare il broncio ma solo dodici per sorridere. Provaci per una volta.”

Mordecai Richler

Alimentazione vegetariana, vegan e attività sportiva

Oggi fasce di popolazione sempre più ampie scelgono di eliminare del tutto (dieta vegan, vegetariani) o solo parzialmente (dieta latto-ovo-vegetariana) gli alimenti di origine animale.

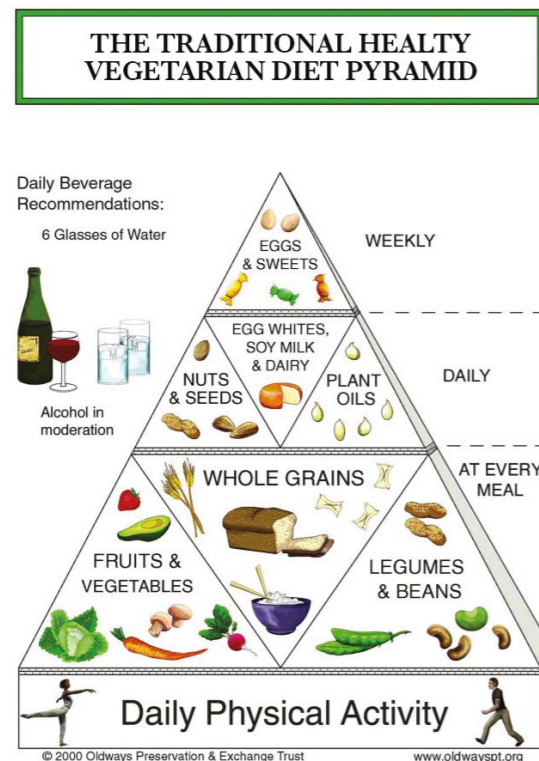
I motivi legati a questa scelta possono essere di ordine diverso: igienico-salutistico, oppure legati alla religione, all'etica o alla morale, o ancora legati al rifiuto dei progressi zootecnici che, in nome di una produzione più proficua, non rispettano i diritti degli animali. Scelte alimentari di questo genere coinvolgono anche la popolazione sportiva a vari livelli e, a seconda del regime nutrizionale più o meno strettamente vegetariano, è necessario considerare se, nel soggetto coinvolto, ci possano essere o no potenziali rischi di carenza o di altro genere.

Alcuni sportivi ed atleti si limitano ad evitare carni conservate (prevalentemente insaccati) e carne rossa in genere, in quanto considerate come principali fonti di grassi saturi, ritenuti potenzialmente poco salutari. Se per le prime tale credenza può corrispondere a verità, per le seconde, soprattutto

se si prediligono i tagli più magri e di provenienza controllata, l'apporto di grassi saturi è sicuramente molto limitato. La presenza, nella razione alimentare giornaliera di questi soggetti, di alimenti quali carni bianche, pesce, latte e derivati e uova, non li espone ad alcun rischio di carenze nutrizionali.

Nelle diete latto-ovo-vegetariane gli apporti di proteine ad elevato valore biologico sono garantiti dalla presenza dei prodotti caseari e dalle uova, i quali sono sufficienti a garantire apporti adeguati di vitamina B12 e di zinco.

L'assenza di carni e di prodotti della pesca può esporre i soggetti che praticano sport e gli atleti, in particolare se donne nel periodo fertile, al rilascio di bassi apporti di ferro. Questo minerale, infatti, sebbene presente in alimenti di origine vegetale, è scarsamente biodisponibile, quando assunto con questi cibi, anche e soprattutto per la contemporanea presenza di alcune sostanze che ne riducono notevolmente l'assorbimento (fitati ed ossalati). Pertanto, coloro che praticano abitualmente sport, e soprattutto



gli atleti, devono controllare con maggiore frequenza i parametri ematologici relativi al metabolismo del ferro per indagare, prima che si instauri un quadro di evidente anemia sideropenica, un eventuale esaurimento dei depositi del minerale in questione.

Nei regimi alimentari dove le fonti nutrizionali sono esclusivamente vegetali (dieta vegan) è importante considerare che le proteine in esse contenute, fatta eccezione della soia e degli alimenti da essa derivati, hanno un valore biologico non equivalente a quelle di origine animale; inoltre la presenza di abbondanti quantità di fibra alimentare le può rendere meno digeribili: in media, le proteine in una dieta vegetariana sono 'digeribili' solo per l'85%, contro il 95% di una dieta mista, contenente proteine animali e vegetali.

È dunque molto importante che lo sportivo, e ancor di più l'atleta, adotti un regime nutrizionale di tipo *vegan* o vegetariano, utilizzino fonti proteiche molto varie e ben combinate tra loro (in questi casi le associazioni alimentari sono fondamentali).

A causa della minore biodisponibilità delle proteine contenute nei vegetali sarà necessario consumare un quantitativo giornaliero maggiore di quanto raccomandato nelle diete di atleti e sportivi che si alimentano con diete non vegetariane.

Per accennare ai micronutrienti, particolarmente a rischio sono la vitamina B12, presente solo in alimenti di origine animale, lo zinco, presente in quantità minime in pochi alimenti vegetali e maggiormente rappresentato in quelli di origine animale, e il ferro, per cui valgono le stesse considerazioni fatte per gli atleti che si alimentano con diete latto-ovo-vegetariane. Nelle diete vegan, per avere adeguati apporti di vitamina B12 e di zinco, spesso è necessario ricorrere ad alimenti fortificati (latte di soia, cereali pronti per la prima colazione, ecc...)

Paola Marconi

“Mio padre era un gran cacciatore, però vegetariano. Così andava nei boschi e sparava ai funghi.”

Bruno Gambarotta

La tecnica è più debole del destino

Fra il fisiologico e il patologico si sviluppa l'arte del medico: 'arte' pericolosa – così ritenuta in ambito giuridico – ma ciò non di meno consentita, anzi auspicata, anzi ritenuta di alto valore a misura dell'importanza attribuita alla salute, quale bene costituzionalmente protetto. Sembra esserci in ciò – nel considerare pericolosa un'attività altamente finalizzata – un'evidente contraddizione: come può una pratica salvifica, volta al benessere delle persone, considerarsi in pari tempo fonte di pericolo, tanto da formare oggetto di sempre più dettagliata regolamentazione normativa in vista proprio dei pregiudizi che dal suo esercizio possono derivare?

La spiegazione è remota e si perde nel mito di Prometeo, colui che prevede e che, servendosi della tecnica, pretenderebbe così di sottrarre l'uomo dalle fauci della morte, quale ineludibile destino, con ciò stesso

macchiandosi di una grave colpa sacrilega che lo esporrà all'eterno supplizio. Peccato di grave smisuratezza, quello del titano, giacché, come sentenzierà Eschilo nell'omonima tragedia dedicata a Prometeo, «la techne è infinitamente più debole del destino». La tecnica applicata alla cura della persona quindi, se per un verso ne favorisce il formarsi di illusioni salvifiche – tanto più elevate quanto più elevata è l'altezza raggiunta dalla tecnica nel suo sviluppo – dall'altra disvela i suoi limiti di fronte alla condizione mortale, verso cui l'essere umano è destinato.

La premessa mitologica – giocosa e ironica ad un tempo – serve comunque a spiegare ad un livello di inconscio personale e collettivo la tensione che da sempre caratterizza la relazione tra l'attività del medico, con le connesse aspettative salvifiche, e gli esiti da ciò derivanti che, per altro verso, non sempre collimano con le speranze dei pazienti.

La tecnica è più debole del destino

Al presente, con un salto di secoli dal periodo mitico, tra il medico e il paziente viene del tutto prosaicamente ad instaurarsi un rapporto speciale che, sebbene non configuri un contratto – si pensi ai casi del ricovero ospedaliero in occasione del quale non si sa quale sarà il medico curante – determina l'insorgere di un contatto sociale qualificato che è fonte, similmente al contrat-

tenza civile di contrattualizzarne, nella forma del quasi contratto di cui si è appena detto, la posizione con il medico. Per il vero, le più recenti riforme legislative – sollecitate da ambienti medici – si sono andate indirizzando verso il superamento di tale visione ricostruttiva della relazione medico-paziente, orientandone la responsabilità verso il modello della responsabilità extracontrattuale; implicante quest'ultima l'onere, posto a carico del paziente, di dimostrare al giudice la responsabilità del medico in ordine all'evento avverso e non più semplicemente la mera sussistenza della relazione sanitaria presupposta.

Derivano da ciò ulteriori svantaggi per il paziente – con i correlativi vantaggi del medico – atteso che, così ragionando, il termine prescrizione entro cui esercitare il relativo diritto al risarcimento è previsto in cinque anni per la responsabilità extracontrattuale laddove, per la responsabilità contrattuale, tale termine è di dieci anni.



to, di obblighi prestazionali del medico verso l'assistito. Su tale legame sui generis si è lungamente adagiato, in campo civilistico, l'aspetto qualificatorio della responsabilità del medico, considerandola responsabilità da contratto, con preferenza sulla qualificazione in termini di responsabilità extracontrattuale, diversamente disciplinata.

Infatti nel primo tipo di responsabilità – quella contrattuale – al paziente compete solo di richiamarsi alla sussistenza della relazione terapeutica instaurata con il medico e con la struttura di appartenenza; spetterà poi al medico stesso di dimostrare in giudizio l'assenza di eventuali profili di colpa ad egli addebitabili, in ordine all'evento avverso. Si configura così una situazione di indubbio vantaggio per il paziente, usualmente considerato dalla giurisprudenza quale soggetto debole della relazione, sul quale sarebbe improprio far gravare l'onere di dimostrare la colpa del medico. Da ciò, in estrema sintesi, la scelta ermeneutica della giurispru-

Va però detto che la non perfetta formulazione delle novelle normative non ha prodotto un risultato univoco sul piano dell'interpretazione giurisprudenziale più recente che si mantiene fortemente oscillante fra le diverse opzioni già richiamate. La questione resta quindi pendente ed è ragionevole pensare che continuerà ancora a lungo nella tensione, irrisolta nei secoli, tra l'umana condizione mortale e la tecnica: peccato che stavolta ci siano di mezzo i medici

Alessandro Mattoni



Palline di baccalà

Appetizer per la cena di Natale a base di baccalà, da servire in cartoccio o in più eleganti coppe di cristallo. Un bicchiere di Franciacorta o di Champagne sono il giusto accompagnamento. La carne bianca del baccalà è di facile digeribilità, è ipocalorica, povera di grassi e ricca di proteine. Tra i pochi grassi, i più rappresentati sono gli omega-3, importanti per

prevenire l'insorgere di patologie coronariche, diabete, disordini immunitari ed infiammatori. Il vino bianco, anche se povero di resveratrolo e tannini, possiede elementi salutari, quali il tirosolo, l'idrossitirosolo e l'acido caffeico (presenti anche nell'olio extravergine d'oliva). I tannini sono inoltre 20 volte più efficaci della vitamina E nel difendere le membrane cellulari, poiché intrappolano i radicali liberi proteggendo anche il DNA. Queste proprietà – che si concretizzano in un'azione antitrombotica e di riduzione dell'LDL – fanno del vino un alimento adatto al paziente affetto da malattie cardiovascolari. L'olio di oliva, infine, contiene un pool di antiossidanti, polifenoli e vitamina E.

Ingredienti, per una decina di palline

- **Filetto di baccalà già ammollato, 400 gr**
- **Patate, 150 gr**
- **Un uovo**
- **Olio extravergine di oliva per mantecare e friggere**
- **Un cucchiaio di farina tipo '00'**
- **Pangrattato e prezzemolo q.b.**
- **Una decina di pomodori ciliegino**

Infine, formare delle palline con il pangrattato, delle dimensioni di una noce.

Friggerle in un pentolino immerse a metà nell'olio extravergine di oliva, facendole girare finché non si dorano.

Per Servirle

Porre le palline in cartocchetti di carta paglia assieme a dei pomodori ciliegino, oppure adagiarle in coppe di cristallo.

Carmen Barra

Preparazione

Spellare e schiacciare le patate cotte al vapore. Cucinare il baccalà al vapore, e con un frullatore ad immersione ridurre la metà a mousse aggiungendo un filo di olio, mescolarlo poi alla rimanente parte ridotta a pezzettini.

In una ciotola, unire olio, farina, uovo, patate, baccalà, prezzemolo, e mescolare bene.

Hanno collaborato a questo numero:

Carmen Barra

Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia-UTIC, P.O. di Tivoli, ASL RM5

Tertulliano Bonamoneta

Collezionista

Alcibiade Boratto

Docente di Lettere, Tivoli

Efram L. Burk

Professor of Art - Curry College, Milton, Massachusetts

Emanuele Chiapponi

Economia e Management, Direttore Amministrativo di Sanità Privata

Carlo De Luca

Dirigente Medico Area di Sanità Pubblica, ASL RM5

Leonardo De Luca

Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia-UTIC, P.O. di Tivoli, ASL RM5

Roberto Ferdinandi

Insegnante di Scienze Motorie, Tivoli

Roberto Giagnoli

Fotografo ed Editore, Tivoli

Nicola Iacovone

Medico dello Sport e di Famiglia, Tivoli

Andrea Marcheselli

Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia-UTIC, P.O. di Tivoli, ASL RM5

Paola Marconi

Biologa Nutrizionista, Tivoli

Alessandro Mattoni

Avvocato, Tivoli

Antonio Meridda

Etologo ed Ipnostista, Cagliari

Emilio Merletti

Medico di Famiglia, Tivoli

Mara Piccoli

Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia, P.O. di Ostia, ASL RM3

Giovanna Rizzitiello

Medico di Famiglia, Omeopata

Marco Semprini

Dirigente Medico U.O.C. Medicina, P.O. di Tivoli, ASL RM5

Stefano Strano

Professore Aggregato di Cardiologia, Università di Roma "La Sapienza"



*SPELS Academy vi augura buone feste
e vi da appuntamento al 2018!*

