



Maggio-Giugno 2019
Anno 2 - Numero 12

DIRETTORE RESPONSABILE

Andrea Marcheselli

COORDINATORE EDITORIALE

Marco Semprini

COORDINATORE SCIENTIFICO

Stefano Strano

CONSULENTE FISCALE

Carlo De Vincenzi

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**

Fotolito Moggio s.r.l.
Strada Galli snc
00010 Villa Adriana (RM)
PI e CF 11807721003
email: info@fotolitomoggio.it

**DIREZIONE E
AMMINISTRAZIONE**

Redazione di Spels Academy
email: Spelsonlus@gmail.com
sito web: www.spels.it

Anno 2 n. 12 Maggio-Giugno 2019
Registrazione Tribunale di Tivoli
del 26/02/2017, n. 6

Rivista a distribuzione gratuita

Aiutaci con il tuo contributo a sostenere la crescita di Spels Academy

Abbiamo iniziato con l'entusiasmo di chi va incontro ad un amico che ti propone l'avventura che hai sempre sognato. Quand'è così non si fanno troppi conti, si va e basta! Perché il valore del progetto “Spels Academy”, sta nel leggere insieme. L'avete mai fatto? E' una bellissima esperienza per conoscere persone, idee e fatti da una prospettiva nuova, quella di chi ascolta qualcuno che vuole leggerti parole e frasi che hanno operato in lui un cambiamento. Non sai mai cosa può succedere, chiunque ha il suo mondo, i suoi pensieri ed i ricordi. Anche in medicina. Il nostro presente nasce dall'esperienza che ci riporta verso i malati e la loro vita.

Spels Academy è questo: un viaggio nella cultura medica, e non. Un viaggio nel vissuto medico e nell'esperienza culturale che ci arricchisce ogni volta con emozioni nuove. E' un luogo di incontro libero da condizionamenti ed aperto a chiunque voglia condividere sulla carta stampata pensieri, fatti e conoscenze che hanno cambiato la nostra salute e meritino di esser letti ed ascoltati.

Sfogliando le pagine di Spels Academy provate anche voi a vivere questa esperienza aiutandoci a crescere, per darvi sempre un periodico libero e di qualità!

E' sufficiente manifestarci il vostro apprezzamento sui social media o inviarci un libero contributo in denaro che vi garantirà l'abbonamento annuale ai numeri di Spels Academy. Sarà il benvenuto anche chi vorrà contribuire sottoponendoci un proprio articolo per la pubblicazione sui prossimi numeri di Spels Academy o offrendo le proprie competenze o capacità professionali per il raggiungimento degli scopi sociali dell'Associazione Spels ONLUS

PER CONTRIBUIRE

"Associazione S.P.E.L.S. ONLUS"
IBAN: IT16K0871639450000007095093
Presso Banca Centro Lazio Credito
Cooperativo - Filiale di Tivoli

Stefano Strano
Fondatore e Past President SPELS

Rivista edita con il patrocinio di:



Società Italiana
dell'Ipertensione Arteriosa



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE



Rotary

Rotary Club Tivoli



Comune di Tivoli



**Boehringer
Ingelheim**



Daiichi-Sankyo

Si ringrazia:

Articoli



Sapore di sale

di Andrea Marcheselli

Pag 4



Lo studio Compass

di Leonardo De Luca

Pag 12



Virginia Apgar

di Paolo Gallotti

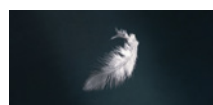
Pag 22



Terapia del dolore

di Marzia Mensurati

Pag 28



L'insostenibile leggerezza dell'infarto

di Francesco Maria Bovenzi

Pag 38

Inserti



Back to School

Morale Autonoma o Eteronoma?

di Giovanni Beccarini Crescenzi

Pag 8



Commenti in Cornice

San Rocco risana gli appestati

di Efram L. Burk

Pag 20



Cartoline dal Passato

Sambuci

di Tertulliano Bonamoneta e Maria Antonietta Orlandi

Pag 26



On the Road

Il Mercato delle Gaite

di Emanuele Chiapponi

Pag 34



Paese che vai, congresso che trovi...

Savigliano città di incontri

di Diego Pancaldo

Pag 40



Vecchie Storie

Papa Simplicio

di Mauro Rosa

Pag 46

Rubriche



Dottor Aneddoto

Non solo anoressia

di Emilio Merletti

Pag 10



Medici... per altro famosi

Il dottor Roger Gilbert Bannister

di Marco Semprini

Pag 15



Facciamo Progressi!

Blockchain

di Mario Gentili

Pag 31



Dimmi come scrivi, ti dirò...

Storia della Grafologia (seconda parte)

di Silvia Mazzolini

Pag 42



Salute & Sport

Prevenire e curare con lo Sport

di Nicola Iacovone

Pag 49

Territorio da scoprire

Il monastero di Santa Scolastica

di Roberto Giagnoli



Pag 24



Sapore di sale

«Voi siete il sale della terra; ma se il sale perdesse il suo sapore, con che cosa lo si renderà salato?»

Matteo 5, 13

In una larga zona dell'Italia Centrale, da Viterbo ai confini con la Romagna, il pane viene tradizionalmente preparato senza aggiunta di sale, e la motivazione di questa antica usanza è controversa e dibattuta. Già nel Medioevo, la rivalità fra Pisa e Firenze diede motivo ai pisani di bloccare i rifornimenti alla città nemica, che, piuttosto della resa, iniziò a produrre il **pane senza sale**. Taluni, invero, sostengono che questa usanza di panificare derivi dal sistema fiorentino di contribuzione, che imponeva una serie di tasse dirette ed indirette, tra cui la gabella sul sale – particolarmente esosa – e di molte altre, come la gabella delle porte, un'imposta che si riscuoteva sulle mercanzie in entrata ed in uscita, resa celebre nella scena del film *Non ci resta che piangere* – «Chi siete? Da dove venite? Cosa portate?

Un fiorino!» – L'ipotesi fiscale viene riproposta anche quando, nel 1540, Papa Paolo III Farnese, per colmare il deficit economico che la rivolta luterana aveva prodotto nei territori precedentemente cattolici del Nord Europa, aumentò la pressione fiscale su tutto lo Stato ed impose anche una tassa sul sale. Il Papa, nonostante anni prima avesse esentato i Perugini da questa imposta, ne ordinò la riscossione sotto la pena dell'interdizione e della scomunica, provocando una furibonda reazione della popolazione che culminò con la vittoria delle truppe papaline, che riportarono ordine in città. Ma l'ipotesi che la guerra del sale sia la principale motivazione, si scontra con le evidenze geografiche per cui le zone del pane sciapo non corrispondono completamente ai territori pontifici sottoposti alla tassazione. Infatti, il Granducato di Toscana, indipendente dallo Stato pontificio, ha tradizione 'sciapa', mentre Bologna e Ravenna, zone sottomesse all'egida papale, hanno tradizione 'salata'. Un'importante indicazione viene fornita da Dante, che nel 1302 inserisce nel XVII canto del Paradiso l'incon-

tro con il fiorentino Cacciaguida che profetizza al poeta il suo esilio – «tu proverai sì come sa di sale lo pane altrui, e come duro calle lo scender e l'alar per l'altrui scale» – Benché alcuni commentatori interpretino i versi come un'allusione all'amarezza del cibo consumato lontano dalla patria, per altri il riferimento culinario testimonierebbe la presenza di sale nel pane consumato a Ravenna, dove Dante ultimò la sua opera. Anche a Siena, ed in alcune sue roccaforti come Chiusi, Radicofani e Montalcino, alla metà del '500 l'origine del pane sciapo viene fatta risalire agli anni dell'assedio da parte dei fiorentini alleati di Carlo V di Spagna.

Ma esiste un'altra accreditata teoria ed è quella che evidenzia come, nel centro della Penisola, il pane si mangiasse sciapo anche molto prima delle guerre tra Pisa e Firenze e tra Roma e Perugia, o prima degli assedi alle città della Repubblica di Siena. La zona in cui il pane si impastava e si mangiava senza sale già nei secoli prima di Cristo era l'Etruria, dove nonostante la vicinanza dal mare e dai porti, in tutte le lucumonie delle sue Dodecapoli, il pane già si consumava nella versione 'sciocca'. Ecco dunque quale sarebbe il denominatore che unisce tutta l'area del 'pane sciapo' dalla Tuscia viterbese all'Umbria, dalla Maremma alla Valdichiana, da Siena a Firenze, passando per Arezzo e sconfinando nelle Marche.

È noto come già i Fenici e gli Egizi conoscessero l'importanza del sale, e che lo adoperassero per la conservazione dei cibi attraverso la salagione. È noto altresì di come i Romani fossero consapevoli dell'importanza del sale nell'alimentazione, e di come comprendessero nel compenso dei propri legionari oltre a grano, vino ed olio, anche una razione di sale... il *salarium*.

Nel mondo moderno, tuttavia, l'apporto medio giornaliero è spesso pari a **più del doppio** della quantità necessaria, che non dovrebbe superare i 2.300 milligrammi, o meglio ancora i 1.500 milligrammi come suggerito dalla American Heart Association. Elevate percentuali occulte di sodio sono infatti presenti tra gli alimenti più diffusi e consumati e proprio il pane, anche in piccole quantità, può contenerne fino a 230 mg, equivalenti a circa il 15% dell'apporto giornaliero raccomandato. Un'innocente fetta di pizza può contenerne fino a 760 mg, un'insospettabile zuppa può arrivare a 940 mg ed un panino da hamburger già salato e farcito con carne lavorata, anch'essa ricca di sodio, può contenerne oltre 1.500 milligrammi! L'assunzione eccessiva di sale è una delle cause più importanti di **ipertensione arteriosa** e dunque la sua restrizione può essere una strategia dietetica per ridurla. Gli studi condotti sulla relazione tra assunzione di sale e pressione



arteriosa nei pazienti ipertesi sottoposti a trattamento farmacologico sono pochi anche per l'oggettiva difficoltà nel controllare la quantità assunta in ogni pasto. Secondo un recente studio eseguito sulla popolazione di una grande provincia della Cina, quasi il 20% dei decessi per malattie cardiache negli adulti tra 25 e 69 anni può essere attribuito a diete ricche di sodio. Tale cifra è molto più alta della media mondiale dei decessi ritenuti attribuibili agli effetti del sodio sulla pressione arteriosa. A differenza dei paesi occidentali come gli Stati Uniti, dove oltre il 70% del sodio proviene da alimenti trasformati, preconfezionati o da ristorazione, circa il 76% della fonte alimentare di sodio in Cina proviene dalla cucina casalinga, ed in particolare da quella della regione dello Shandong che, con circa 100 milio-

ni di abitanti, registra una maggiore assunzione di sale con la dieta ed un più alto tasso di ipertesi, rispetto alla media nazionale. Lo studio SMASH è stata la prima campagna di sensibilizzazione all'uso ridotto del sodio alimentare nello Shandong, sulla cui base sono stati introdotti programmi simili in altre regioni della Cina, rendendo l'opinione pubblica consapevole sui considerevoli benefici derivanti dalla riduzione dell'assunzione di sodio alimentare e sulla conseguente riduzione di malattie cardiovascolari causate dall'ipertensione.

Nel mondo circa il 30-45% della popolazione adulta, oltre 1 miliardo di persone, soffrono di ipertensione arteriosa, principale causa di mortalità per infarto ed ictus, ed importante fattore di rischio per scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, nefropatia cronica, arteriopatia periferica e deterioramento cognitivo. Nelle nuove Linee Guida 2018 della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea dell'Iper-tensione (ESH), si **abbassa la soglia** per iniziare la terapia antipertensiva e si raccomanda il trattamento anche per coloro ai quali in precedenza si sarebbe consigliato solo un cambiamento dello stile di vita. In tutti i pazienti con pressione definita 'normale alta' 130-139/85-89 mmHg ed in quelli con rischio basso-moderato, con ipertensione di I grado (140-159/90-99 mmHg) si raccomanda di raggiungere un target pressorio < 140 / 90 mmHg, ma se il trattamento è ben tollerato, è auspicabile il raggiungimento di **valori ≤ 130/80 mmHg**. I nuovi target ritoccati verso il basso sono dunque ≤ 120-129 mmHg per i pazienti con meno di 65 anni e di 130-139 mmHg, per i soggetti al di sopra dei 65 anni, anche se in questi casi il medico dovrà tener conto delle comorbidità, del grado di



fragilità e di autonomia del paziente e della sua tollerabilità alla terapia. In nessun caso, la pressione sistolica va abbassata al di sotto dei 120 mmHg, perché i danni potrebbero essere superiori ai benefici. Considerando che soltanto il 15-20% dei pazienti raggiunge i valori pressori desiderati, iniziare una terapia antipertensiva associando due principi attivi in una unica compressa, potrebbe portare da un

lato ad un miglioramento della efficacia, con contestuale riduzione dei tassi di infarto, ictus e mortalità precoce, e dall'altro favorire l'aderenza del paziente alla terapia. Lo **stile di vita** salutare ed equilibrato va sempre raccomandato, a prescindere dai valori pressori: meno sale a tavola, consumo moderato di bevande alcoliche, divieto assoluto alla assunzione di più bevande alcoliche nel breve periodo, il cosiddetto *binge drinking*, un'alimentazione sana e variata, attività fisica regolare, controllo del peso corporeo e stop al fumo.

La restrizione del sale è certamente un importante fattore per trattare e prevenire l'ipertensione arteriosa ed una maggiore consapevolezza dei danni derivanti dalla sua assunzione è necessaria sia nei pazienti ipertesi che in quelli sani. Ricordando che il maggior contributo sodico nell'alimentazione è dato dai prodotti conservati, dai salumi, dai formaggi e dalla quota aggiunta nella preparazione dei cibi, mentre il pane rappresenta invece la principale fonte non discrezionale, cioè di quella quota non aggiunta in cucina o a tavola. Il pane sciapo contiene solo tracce di sodio, mentre il pane comune ne contiene circa 600 mg per 100 grammi e dunque, ricordando che l'apporto giornaliero complessivo consigliato è tra gli 0,6 ed i 3,5 grammi, la tradizione *sciocca* è verosimilmente la scelta più *intelligente* nel difficile controllo della quotidiana assunzione di sale.



Solo nei tempi moderni il sale è divenuto un bene di scontata reperibilità, ma prima del XX secolo il suo universale bisogno fu monopolizzato da sovrani e potenti, provocando tra le popolazioni miseria, contrabbando e reazioni durissime. Nella Francia di Luigi XVI, quando alla grave crisi economica si aggiunse la penuria dei raccolti, fu proprio l'aumento delle tasse sul pane e sul sale che scatenò gli avvenimenti che portarono alla Rivoluzione. Una manifestazione pacifica fu invece quella del Mahatma Gandhi che nel 1930 marciò per oltre 300 Km per raccogliere una manciata di sale sulla spiaggia di Dandi, contro il monopolio dell'impero britannico e contro la tassa imposta a tutti i sudditi dell'India, rivendicando così, simbolicamente, il possesso di questa preziosa risorsa al popolo indiano. Seguendo l'esempio di Gandhi, i suoi seguaci muniti di recipienti, cominciarono a raccogliere il sale sulla spiaggia, contravvenendo alle leggi del monopolio di Stato. La polizia effettuò pestaggi e retate in massa, ma i sudditi restarono fermi senza reagire né obbedire, dimostrando così che la potenza dell'Inghilterra era in declino ed occorreva solo del tempo per l'indipendenza dell'India.

Andrea Marcheselli



Io nella vita metto sempre un pizzico di sale...
più una fetta di limone... e una buona dose di tequila.

Anonimo

Morale Autonoma o Eteronoma? Quale la giusta via?



Affrontare un discorso sulla giusta morale lo si può fare solo se proviamo ad argomentarne in termini kantiani, cercando cioè di svincolarla dai contenuti dottrinali riguardo o meno la liceità che, in caso di dubbio, permetta a noi di operare una scelta giustificabile ‘moralmente’. Certamente l’argomento nella sua complessità non può essere soddisfatto in poche righe di analisi, ad ogni modo possiamo comunque porci il problema per poi rifletterci in modo autonomo. Kant (1724-1804), nell’opera della Critica della Ragion Pratica, affronta ciò che nell’esistenza dell’uomo sembra essere il quotidiano senso del proprio agire, a favore ed insieme agli altri, figurandolo come condotta principale del suo ‘essere nel mondo’. Egli si pone attraverso ‘L’Imperativo Categorico’ la possibilità della sussistenza di una legge morale assolutamente incondizionata, come un comando inesorabile, ed ‘a Priori’, ovvero già naturalmente presente in noi e capace di prescindere da ogni inclinazione personale. Una legge che, dice Kant, avrebbe la caratteristica di affermarsi solo se gli uomini ne testimoniassero costantemente l’universalità, cioè il trait d’union, valido per tutti, tra lei e loro.

Ora il tema kantiano vorrebbe che tale ‘legge morale’ mostrasse la sua forza nell’uomo, solo nel caso in cui egli fosse in grado di applicarla prescindendo da ogni inclinazione personale. Cioè, noi dovremmo essere sempre in grado di operare per gli altri e per il mondo, in modo ‘autonomo’, liberi da qualsiasi forma di finalismo legato ad un

giustificazionismo del nostro ‘**agire per**’. Secondo Kant, la nostra azione è una **massima umana** fatta di natura razionale e sensibile insieme! Solo attraverso la consapevolezza della libertà ci accorgiamo di poter aderire o meno alle **massime della legge morale** riconoscendo in esse il desiderio insopprimibile della virtù e della felicità fatta, quest’ultima, di un complesso di gioie derivanti dal successo concreto di un buon risultato.

Ora, l’affermazione kantiana della forza della scelta morale **autonoma** trova il suo riscontro nella condanna da parte del filosofo di ciò che a lei sembra contrapporsi e cioè la scelta **eteronoma**, ossia quella scelta che sembra darsi leggi morali individuali, tutte diverse fra loro perché preda delle più svariate giustificazioni umane come: il piacere, l’utile, l’istinto e lo stesso comando di Dio. Questa scelta morale è condannata da Kant perché non presenterebbe più le caratteristiche dell’**universalità** visto che perderebbe le caratteristiche dell’espressione della volontà comune. In conclusione, si potrebbe dire che la visione della legge morale kantiana ci pone, oggi, di fronte a difficoltà immense legate alle condotte, troppo spesso forzatamente indotte, di un nostro relazionarci alla scelta morale secondo l’ottica della salvaguardia, prima di tutto, del nostro progetto di vita che è garanzia dell’integrità della nostra identità la quale deve relazionarsi con le molteplici altre identità umane.

Tutto ciò assume il carattere della individualità e del nostro inevitabile cadere nella scelta **eteronoma** che, però, allo stesso tempo, è espressione dell’essere in relazione in ogni caso con gli altri di cui non possiamo fare a meno, in quanto noi siamo esseri sociali e, pertanto, destinati ad amarli attraverso una inevitabile **scelta morale autonoma** necessaria per **essere riamati**.

Giovanni Beccarini Crescenzi



Agisci in modo da trattare l’umanità in te
e negli altri sempre come fine
e mai come mezzo

Immanuel Kant
(Seconda formula dell’Imperativo Categorico)

Non solo anoressia

Loredana era davvero molto preoccupata. Sua figlia Adele, quindici anni, da qualche tempo... 'non andava più d'accordo con il cibo'.

Nel senso che aveva cominciato a selezionare accuratamente le pietanze che le venivano proposte durante la giornata, e tendeva a scartare il pane, i farinacei in generale, i cibi cucinati in modo appena più che basilare, i dolci... insomma la maggior parte delle cose che abitualmente era solita mangiare prima della sua 'fissazione'. Qualche volta poi capitava che saltasse addirittura un pasto. «Ora non ho fame! Mangerò stasera!» rispondeva seccata a sua madre che insisteva per convincerla ad accettare qualcosa. Magari almeno una merendina!

Tentai di tranquillizzare Loredana. Adele era una ragazzina sovrappeso e sicuramente, all'affacciarsi dell'adolescenza, cominciava 'a tenerci' alla linea. Voleva competere con le sue amiche più snelle e, soprattutto, voleva far colpo sui suoi coetanei dell'altro sesso. Del resto sua figlia, al momento, non presentava nessuno dei criteri per una diagnosi di anoressia (magrezza estrema, paura di ingrassare pur essendo sottopeso, importanza eccessiva data al peso a scapito dell'autostima) ed in ogni caso l'avrei visitata per valutare se ci fosse un qualche disagio psicologico, le avrei consigliato una dieta più congrua, anche con la consulenza di un dietologo, avrei verificato

il suo attuale BMI ed insieme avremmo definito come obiettivo il raggiungimento del suo peso ideale entro un accettabile lasso di tempo.

Ma Loredana non era affatto tranquilla. Lei non pensava all'anoressia, non ci aveva proprio pensato. Mi confessò invece che la sua paura era probabilmente irrazionale, e derivava da un'esperienza familiare che l'aveva profondamente colpita.

E così mi raccontò una storia d'altri tempi.

Suo nonno materno era un affermato imprenditore. Si era fatto da solo, creando dal nulla una fiorente attività industriale che dava lavoro ad una dozzina di operai e permetteva una vita più che agiata a lui e alla sua famiglia.

Il nonno Ernesto era poi anche conosciuto, in casa e nella cerchia delle sue amicizie, come una forchetta... più che ottima! Tanto che in famiglia si raccontavano aneddoti esilaranti circa le sue 'performance' a tavola. Ma la tragedia era dietro l'angolo.

Il suo unico figlio maschio fu stroncato da un infarto a poco più di quarant'anni. Lasciò sua moglie con due figli piccoli da crescere, e suo padre senza la prospettiva che aveva immaginato per la sua vecchiaia e per il futuro della sua impresa.

Nonno Ernesto era devastato dal dolore. Il giorno del funerale nessuno si stupì che non avesse alcuna voglia di mangiare, ma dopo il terzo giorno di digiuno quasi



assoluto ci si cominciò a preoccupare.

«Non mi va di mangiare nulla!» diceva «lasciatemi in pace, sto bene così». E intanto dimagriva a vista d'occhio. Chi l'avrebbe mai immaginato che 'il commendatore', un omone così proverbialmente amante della buona tavola, fosse di colpo divenuto inappetente!

Visti falliti tutti i tentativi, da parte dei familiari di coccolarlo con pietanze attraenti e raffinate, e da parte del medico curante di somministrargli stimolanti dell'appetito a base di vitamine ed estratti epatici, come si usava allora (siamo a metà degli anni Sessanta del secolo scorso), si decise di consultare uno psichiatra.

Il nonno Ernesto fu affidato alle cure di un luminare della psichiatria, che lo esaminò accuratamente, lo visitò, lo interrogò, e alla fine formulò la sua diagnosi: il paziente voleva autopunirsi per la morte di suo figlio, voleva esaltare il lutto per la perdita di un punto di riferimento fondamentale per la sua vita di relazione e per il suo bagaglio affettivo, e quale maggior punizione era più idonea della forzata astinenza dalla sua passione per il desco? Ergo: sedute di sostegno psicologico e farmaci antidepressivi (allora c'erano solo i triciclici, come l'ami-

triptilina, e si usava somministrarli intramuscolo).

Ma le cose andarono di male in peggio, e fu sempre più evidente un progressivo decadimento delle condizioni fisiche generali.

«Per forza, è colpa della denutrizione!»

Senonché la comparsa di un singhiozzo incoercibile indusse il medico curante a richiedere un rx stomaco e duodeno... il cui risultato mi fece riflettere su come e quanto sia verosimile che il dolore dell'anima possa condizionare la sorveglianza immunologica e i meccanismi di compenso del nostro organismo.

Il quadro radiologico deponeva per un cancro gastrico interessante corpo ed antro, con interessamento della regione cardiaca e segni di stenosi del tratto inferiore dell'esofago, condizione che fu giudicata inoperabile e passibile di sola terapia medica sintomatica.

Il Commendatore morì esattamente un anno e mezzo dopo suo figlio.

Emilio Merletti



È più facile trovare uomini disposti a morire che trovare quelli disposti a sopportare il dolore con pazienza.

Giulio Cesare



Lo studio Compass

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che nel 2015 la cardiopatia ischemica è stata responsabile di 1 decesso su 7 e stima che nel 2030 essa possa essere causa del 40% dei decessi.

La coronaropatia definita come pregresso infarto o storia di angina con evidenza di coronaropatia multivasale o rivascolarizzazione multivasale, rappresenta ancora oggi una delle più importanti cause di morte a livello globale. Al contempo l'arteriopatia periferica (PAD), di cui si stima siano affetti 200 milioni di individui, risulta essere uno dei più importanti predittori di eventi cerebrovascolari e di mortalità nei pazienti con CAD. Il trial **COMPASS** (Cardiovascular Outcomes for People Using Anticoagulation Strategies) ha arruolato circa 27.395 pazienti in oltre 600 centri di più di 30 Paesi del mondo e rappresenta oggi una rivoluzione nell'ambito del trattamento antitrombotico dei pazienti con **coronaropatia (CAD) cronica e/o arteriopatia periferica (PAD)**. Al fine di comprendere i risultati

ottenuti da questo studio e l'impatto sulla pratica clinica, è fondamentale ricordare come l'approccio sinergico **nel trattamento dell'aterosclerosi**, sia determinato dalla concomitante inibizione di una via dell'aggregazione piastrinica e della cascata coagulativa. Il razionale di questo approccio deriva proprio dall'osservazione che, elevate concentrazioni di marcatori biochimici correlati all'attivazione della coagulazione (come i prodotti di degradazione della trombina), risultino presenti anche diversi mesi dopo un ricovero per sindrome coronarica acuta (SCA). Pertanto, il rischio residuo dei pazienti con CAD potrebbe in parte essere attribuibile al persistente eccesso di generazione di trombina, considerata come uno dei più potenti attivatori piastrinici.

La terapia standard di *doppia anti aggregazione piastrinica (DAPT)* contempla sia l'inibizione del TXA2 (aspirina) che dell'ADP (antagonisti del recettore P2Y12). Gli antagonisti del recettore della trombina rappresentano quindi un'alternativa agli attuali trattamenti per la prevenzione

degli eventi trombotici avversi. Il **rivaroxaban**, potente inibitore orale diretto e selettivo del fattore Xa, è già ampiamente utilizzato nella prevenzione del tromboembolismo nell'ambito della fibrillazione atriale (FA) e della tromboembolia venosa (TEV), ma con dosaggi 3 o 4 volte superiori rispetto al cosiddetto **dosaggio vascolare** (2,5 mg BID), testato in pazienti in ritmo sinusale con aterosclerosi. Il concetto di dosaggio vascolare deriva da due presupposti fisiopatologici e individua, nella terapia dei pazienti con aterosclerosi, una dose di anticoagulante *adeguatamente bassa*. Sulla scorta di questi presupposti e di studi condotti con warfarin che hanno già individuato i benefici della terapia anticoagulante nella CAD nella prevenzione degli

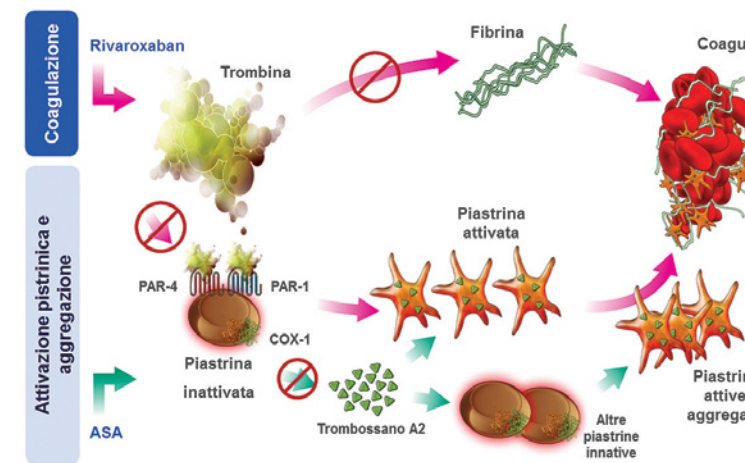
eventi ischemici ricorrenti, seppur a discapito di un incrementato rischio emorragico, quasi tutti gli anticoagulanti orali diretti sono stati valutati nei pazienti con SCA in studi di fase 2 ma solo due, l'apixaban ed i rivaroxaban, sono stati poi

testati in ampi studi di fase 3. Sulla base dei risultati ottenuti, è stato successivamente disegnato lo studio ATLAS ACS 2-TIMI 51, che ha valutato i dosaggi di rivaroxaban 2.5 mg BID e 5 mg BID in aggiunta alla terapia antitrombotica standard (DAPT in circa il 95% dei casi) nei pazienti con SCA recente con lo scopo di valutare l'efficacia clinica del *dosaggio vascolare*. In questo trial entrambi i dosaggi di rivaroxaban hanno ridotto il rischio di infarto, ictus o mortalità CV del 16% e trombosi dello stent del 31%. Il dosaggio vascolare di 2.5 mg BID ha inoltre ridotto la mortalità totale.

Il COMPASS è un trial di superiorità in doppio cieco, che ha confrontato rivaroxaban (2.5 mg BID) in associazione all'ASA 100 mg/die ed il solo rivaroxaban 5 mg BID vs ASA 100 mg/die per la prevenzione di infarto, ictus, o mortalità CV in pazienti con CAD stabile o PAD. Di questi pazienti, il 90.5% presentava una CAD, ed il 69% di questi una storia di pregresso infarto, per lo più tra 2 e 5 anni. Considerando le singole componenti degli end point primari, si è ottenuta una riduzione del rischio relativo di mortalità CV del 22%, di ictus del 42% ed una riduzione numerica di infarto miocardico a favore del braccio rivaroxaban/ASA vs ASA. La componente dell'endpoint primario che ha quindi pesato maggiormente sul beneficio

osservato è quindi ascrivibile all'ictus. Come atteso, i sanguinamenti maggiori sono risultati essere più frequenti nel gruppo rivaroxaban/ASA rispetto alla singola ASA ma senza alcuna differenza nei sanguinamenti fatali, come le emorragie

intracraniche o i sanguinamenti sintomatici in organi critici. Nel sottogruppo di pazienti con PAD, la combinazione rivaroxaban/ASA, rispetto all'utilizzo del solo ASA, ha ridotto significativamente l'incidenza dell'endpoint combinato di eventi avversi cardiovascolari e di quelli vascolari periferici, con riduzione significative delle amputazioni di gamba ed il miglioramento della prognosi dopo eventi vascolari periferici. Teoricamente il rivaroxaban a dosaggio vascolare può essere iniziato in qualunque momento nei pazienti eleggibili, benché esistano problematiche e barriere prescrittive.



Ad oggi si può ipotizzare che nei pazienti con PAD (soprattutto nei pazienti con PAD e concomitante CAD ove il beneficio è particolarmente favorevole per l'associazione rivaroxaban/ASA) la prescrizione sia semplice in quanto si può iniziare durante il ricovero o la visita ambulatoriale. Va aggiunto che nell'ambito della PAD, le opzioni farmacologiche per ridurre l'elevata ricorrenza di eventi avversi sono esigue, motivo per il quale nuove ed efficaci terapie sono quanto mai ambite dal clinico. Di contro, nei pazienti con CAD sembra difficile immaginare di aggiungere in regime ambulatoriale un qualsivoglia trattamento antitrombotico in un paziente asintomatico, soprattutto se non ha avuto esperienza di infarto o PCI, in quanto il rischio ischemico residuo percepito sia dal paziente che dal clinico è sottostimato, mentre sovrastimato sembra essere il rischio emorragico associato alla terapia anticoagulante. Appare quindi più verosimile la possibilità di iniziare il rivaroxaban a dosaggio vascolare durante un ricovero ospedaliero in un paziente con CAD cronica, magari già sottoposto a PCI (al di fuori

del periodo di DAPT raccomandato) o ricoverato per altre cause CV ma con storia anamnestica di CAD. Nei pazienti con CAD e pregresso infarto la prescrizione sembra ancora più facile nella pratica clinica ma la tempistica di prescrizione appare cruciale. I pazienti con CAD e storia di infarto miocardico vengono per lo più valutati in ambito ospedaliero ad un anno dall'evento indice. Appare quindi ragionevole che sia questo il principale momento di valutazione ove in un prossimo futuro si dovrà identificare il candidato ideale a ricevere qualcosa in più in termini di protezione antitrombotica e decidere quindi se è più opportuno prolungare la DAPT, scelta semplice e ovvia dal punto di vista eminentemente pratico ed alla luce di recenti studi di prevenzione secondaria o iniziare questa strategia innovativa alla luce degli straordinari risultati del COMPASS.

Leonardo De Luca



Il mio cuore, ogni tanto, si ammala.
La terapia è lunga e difficile: si cura vivendo

Giulia Carcasi

Il dottor Roger Gilbert Bannister

«L'uomo che può spingere se stesso quando lo sforzo diventa doloroso è l'uomo che vincerà»

L'impresa non era considerata difficile, oppure molto difficile: era, per tutti, semplicemente impossibile. La comunità scientifica lo aveva spiegato a tutto il mondo, con dovizia di particolari, che un essere umano non sarebbe mai riuscito a correre 'il miglio' in meno di quattro minuti, un limite ritenuto invalicabile. Il miglio (1.609,344 metri), pur non facendo parte del programma olimpico, è una gara molto diffusa nelle competizioni internazionali di atletica ed è per i britannici 'la distanza', un perfetto insieme di resistenza e velocità, un brano di Shakespeare nello sport. Il record del mondo, stabilito nel luglio del 1945 dallo svedese Gunter Hägg, 4'01"4, durava ormai da nove anni e quel tempo era considerato come le colonne d'Ercole, impossibile andare oltre. Era convinzione generale che nessun uomo potesse infrangere il 'fatidico' muro dei 4 minuti. Tutti ritenevano che la fisiologia di muscoli, ossa, cuore e della struttura fisica in generale, non lo rendesse possibile. Tutti, tranne uno. Un freddo pomeriggio del 6 maggio 1954, un atleta inglese, **Roger Bannister**, coprì quella distanza in 3'59"4, un'impresa destinata a cambiare la storia e il pensiero di molte persone. Quel giovane studente in Medicina aveva dimostrato che i limiti dell'uomo non sono fisici ma ben altri, come specificherà lui stesso in una successiva intervista: «...studiavo neurologia e sapevo che per andare al di là l'organo più importante è il cervello...». Sir Roger Gilbert Bannister nasce il 23 marzo del 1929

ad Harrow, in Inghilterra. Il padre, ultimo di 11 figli, proveniva dal Lancashire, nella Colne Valley, dove la famiglia lavorava nella tessitura del cotone. Per la crisi del settore si trasferì a Londra dove riprese gli studi divenendo prima impiegato e poi dirigente nella Pubblica Amministrazione. Sportivo lui stesso, insegnerà al giovane Roger il metodo della disciplina e dell'impegno costante, che gli valsero sia nello sport che nella vita professionale. Dopo aver frequentato la scuola elementare alla Vaughan Road di Harrow e successivamente la City of Bath Boys' School, Bannister si diploma al University College School di Londra. Voleva studiare medicina ma sapeva che i suoi genitori non potevano permettersi di pagare il college. Il naturale talento per la corsa e il costante sacrificio ed impegno nell'allenarsi gli permisero di vincere una borsa di studio di atletica con cui si iscriverà alla Scuola di Medicina dell'Università di Oxford (Exeter College e Merton College). Proprio ad Oxford, nell'autunno del 1946, Roger inizia la sua carriera da running: non aveva mai corso su pista, né indossato scarpe con i chiodi da corsa. Nonostante il suo allenamento all'inizio non fosse troppo impegnativo, appena mezz'ora tre volte a settimana, già dopo alcuni mesi riusciva a correre il miglio nel tempo di 4 minuti e 24 secondi. Per la sua grinta e gli iniziali promettenti risultati fu scelto come 'possibile' atleta per le olimpiadi del 1948, ma declinò l'invito in quanto non si riteneva adeguato a quella competizione.

Ma proprio quell'edizione delle olimpiadi vissute da spettatore lo ispirarono a diventare una star dell'atletica. La sua attenzione verso gli allenamenti crebbe

progressivamente, intensificandone intensità e durata in vista dei futuri giochi del 1952 ad Helsinki. Le aspettative erano alte: Bannister sperava di vincere quella gara e, a sua volta, la Gran Bretagna si aspettava molto da lui. L'attesa competizione sui 1500 metri di Helsinki non andò come tutti speravano: pur stabilendo il nuovo record britannico sulla distanza, non riuscirà a conquistare nessuna medaglia arrivando solo quarto. *Una delusione enorme, tale da fargli pensare di smettere definitivamente con lo sport e di dedicarsi solo allo studio, essendo ormai vicino alla laurea in Medicina.* Il suo allenatore, Franz Stampfl, un ex soldato austriaco sopravvissuto ad un naufragio nuotando per otto ore nelle gelide acque dell'Atlantico, lo convinse a continuare. Offrì a Bannister l'unica sfida che avrebbe potuto incendiare il suo cuore: «Sarai tu a dimostrare che l'impossibile è possibile, correre il miglio sotto i quattro minuti» – Stampfl, ritenuto uno dei migliori allenatori di sempre, riuscì a conciliare il duro metodo ortodosso – «Non preoccuparti, è solo dolore» – ad innovative metodiche di allenamento, introducendo per primo il concetto di interval-training. Così, affiancato dal suo mentore, Bannister riprese ad allenarsi in pista al Paddington Recreation Ground, un enorme parco a Maida Vale, nella città di Westminster, scelto per la vicinanza con l'ospedale di St Mary, che frequentava come studente in Medicina. Gli studi gli consentivano di allenarsi soltanto per un'ora al giorno, dopo le lezioni, talvolta di notte. Non vedendo grandi miglioramenti decise di prendersi una pausa con l'amico Chris Brasher. «Partimmo per la Scozia – racconterò in seguito – e scalammo montagne per quattro giorni rischiando ripetutamente la vita. Poco cibo, niente sonno. Ci facemmo entrambi male ad una caviglia. Convinti di sbagliare, tornammo a casa prima di fare altri guai. Al ritorno, però, in allenamento andavo molto più veloce». L'australiano John Landy aveva corso la distanza del miglio in 4'02"6 diverse volte dall'inizio dell'anno ed altri atleti nel mondo stavano tentando di battere quel record impossibile. Bannister sapeva che doveva fare in fretta, così decise di tentare. E così, a poche settimane alla Laurea, programmò il

tentativo nel corso di un meeting tra la British Academy e l'Università di Oxford nel piccolo stadio di Ifley Road Track a Oxford. Gli esperti ritenevano che quel record potesse essere infranto solo in un giorno senza vento, con circa 20 gradi Celsius di temperatura e su una pista di argilla secca e dura. *Il 6 maggio 1954, non era quel giorno.* Era freddo e umido, con venti gelidi fino a venticinque miglia all'ora (40 km/h). Bannister, che per cinque giorni si era riposato per accumulare energia fisica e psicologica, si svegliò presto quel mattino, completamente assorbito da una sola idea: *«sotto i quattro minuti!». Guardò fuori dalla finestra con un misto di eccitazione e terrore. I rami dell'albero che aveva di fronte oscillavano al vento, il cielo era grigio, le nuvole sputacchiavano una pioggerella insistente: la sua idea, assurda per tutti, sembrava in quel momento esserlo anche per lui. Ma la storia aveva deciso al posto suo. Passò in laboratorio per cercare di limare e alleggerire i chiodi delle scarpette: – «Ogni etto in meno quando sei sfinito è una benedizione» – disse ad un compagno che lo osservava perplesso (per lo stesso motivo non indossava neanche i calzini). Sul treno che da Paddington lo portava ad Oxford incontra Franz Stampfl: – «Allora non lo chiamavo coach, ma mi fidavo dei suoi consigli. Aveva assorbito Freud, credeva nella forza della volontà. Toccava a me decidere, se affrontare il temporale. Lui mi spiegò che a volte è meglio partire, piuttosto che vivere nel rimpianto. E che forse non avrei avuto un'altra occasione». Dopo aver mangiato a casa di amici si reca allo stadio, il tempo è sempre pessimo. Alle 6 del pomeriggio però, per l'evento numero 9 in programma, il vento calò, smise di piovere, decise di provare. A commentare l'evento in diretta per la BBC è l'avvocato Harold Abrahams, vincitore dell'oro olimpico sui 100 metri a Parigi nel 1924 (il famoso ebreo volante ispiratore del film *Momenti di gloria*). Allineato in partenza con il pettorale numero 41, Roger Bannister inizia la gara della vita, affiancato, con funzioni di lepre, dall'amico storico Chris Basher (futuro oro nei 3.000 siepi ai Giochi di Melbourne) e da Christopher Chataway (sfortunato protagonista dei 5.000 olimpici*



di Helsinki). Quest'ultimo non lo aiutò molto nella seconda parte di gara e così Bannister fu costretto a percorrere l'ultimo giro sotto il minuto, con gli ultimi 100 metri fatti con testa rovesciata all'indietro, il respiro che faticava ad uscire e il cuore che sembrava rompere il petto. All'arrivo Bannister svenne, perdendo per qualche attimo la vista.

Appena si riprese riuscì a malapena ad ascoltare il risultato ufficiale dato dall'annunciatore Norris McWhirter (quello del *The Guinness Book of Records*): «Signore e signori, ecco il risultato dell'evento numero nove, il miglio: primo, numero quarantuno, Roger Bannister, Amateur Athletic Association e ex Exeter and Merton Colleges, Oxford, con un tempo che è un nuovo record del meeting e della pista e che – se ratificato – sarà un nuovo record per un nativo inglese, per un nazionale britannico, per un All-Comers, per un europeo, per un cittadino dell'impero britannico e anche record mondiale. Il tempo è tre...».

Non riuscì a finire la frase, che alla parola 'tre' il boato della folla soffocò il resto dell'annuncio e la mag-

gior parte delle 3000 persone presenti si riversarono sulla pista per abbracciare quello che immediatamente diventò un eroe nazionale. La parola tre, solo quella importava: *il 6 maggio del 1954 Bannister stabilì l'unico record di atletica in cui nessuno ascoltò i secondi e nemmeno i decimi.* Un uomo aveva corso la distanza sotto i quattro minuti, la barriera sul miglio era crollata. Il muro invalicabile non c'era più: quel muro, ora, aveva una breccia e molti scoprirono di poterci passare, a partire da John Landy, un australiano che solo dopo 46 giorni migliorò quel record, seguito nei mesi successivi da molti altri atleti. *Bannister, oltre a stabilire un record, aveva ridefinito i limiti umani.* La famosa foto che lo ritrae sorretto dai giudici e trasfigurato dallo sforzo finale sembra un grande quadro storico, dice tutto: sul tempo (meteo), sui tempi, sulla fatica, sulla commozione, su un paese ancora in bianco e nero.

«Bruciavo tutto, dolore ovunque, non avevo più voglia di vivere. Ma ce l'avevamo fatta. Quando, dove e come volevamo» – raccontò Bannister tempo dopo.



Nello stesso anno conquistò anche l'oro europeo sui 1500 metri e sconfisse, battendolo in volata, quel John Landy che gli aveva tolto il record mesi prima, nella storica sfida dell'agosto 1954 del 'Mile of the Century' (peraltro riconquistando il record). A soli 6 mesi dalla quella epica impresa, a soli 25 anni, il dott. Bannister annunciò il ritiro dall'atletica. «Ora ho un incarico ospedaliero, e non avrei tempo per garantire prestazioni di primo piano», spiegò in una lettera ai giornalisti sportivi britannici.

«Traguardi di basso livello non mi darebbero soddisfazione, e non sarebbe giusto ottenerli rappresentando il mio Paese». Altro che superstar dello sport dei giorni nostri. Specializzato in neurologia, divenne un rinomato specialista al Pembroke College di Cambridge, dedicandosi in modo



particolare allo studio del sistema nervoso autonomo (è stato autore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche e numerosi capitoli di libri di testo). Bannister ha continuato a servire l'Inghilterra per decenni come medico, prima di andare in pensione nel 1993, stereotipo immortale dell'eroe vittoriano, umile e straordinario insieme, devoto alla patria. Fu ricevuto da Churchill, premiato come 'men of the year', nominato cavaliere,

osannato. Su quel record è stato girato un film – *Four Minutes* – sono stati scritti libri e persino coniato una moneta da 50 pence (con la falcata e il tempo di Bannister). Ma quel record, 'The Miracle Mile', non lo interessò mai. A casa sua mostrava quello che considerava il suo vero trofeo, un obelisco di vetro, premio dell'Accademia americana di neurologia. Spiegava: «Lo

sport è un passaggio, un momento, poi c'è altro. Un uomo deve realizzarsi, scoprirsi, non replicare all'infinito. Così si arriva all'ipertrofia. Ho quattro figli, quattordici nipoti, ho saputo esistere, vivere un'altra dimensione». Ricevette una quantità spaventosa di lettere, da tutto il mondo. Non era necessario sapere l'indirizzo, bastava semplicemente scrivere sulla busta: 'Roger Bannister, miler, England'. Le scarpe del record sono state battute all'asta da Christie per 266.500 sterline.

E lui, Sir Roger, devolveva tutto alla lotta contro le malattie neurologiche. Sapeva che il cervello, se si mette correre, è imbattibile. Un campione di altri tempi, insomma. Malato di Parkinson dal 2011, si è spento nel sonno a 88 anni nel suo cottage a Oxford il 3 marzo del 2018. Un grande atleta che firmando il miglio del miracolo aveva cambiato un'epoca, ma anche un grande medico che voleva diventare famoso... ma non per altro.



Marco Semprini

Colui che nella vita si fermerà al traguardo più vicino possibile rimarrà solo alla partenza di chi punta oltre ogni immaginazione

Matteo Santambrogio

San Rocco risana gli appestati

Tintoretto – olio su tela, 1549
307 x 673 cm, Chiesa di San Rocco, Venezia



Realizzata nel 1549 dal pittore veneziano Jacopo Robusti (1518-1594) – detto ‘Tintoretto’ per il mestiere del padre, tintore di tessuti – *San Rocco che risana gli appestati* è la prima delle quattro tele eseguite per il presbitero della Chiesa di San Rocco. Le tele narrano le ultime vicende della vita del santo al quale Venezia si votò per chiedere la grazia nella prima delle grandi epidemie di peste che colpirono la città lagunare. Il pittore aveva ottenuto l’incarico di decorare la Scuola di San Rocco e l’adiacente chiesa.

Si tratta della prima rappresentazione della peste nell’arte veneta, un’opera straordinaria nella resa drammatica dell’interno del lazaretto, resa ancor più suggestiva dalla doppia illuminazione, creata sullo sfondo dalle torce ed in primo piano da un fascio di luce irreali, che penetra lateralmente da sinistra. Nella tela, che costituisce il vero inizio della sua attività per la Scuola, il giovane pittore inaugura una nuova

concezione del notturno, suggestivamente rotto da luci artificiali. Come in molte sue opere, raffigura in primo piano un pavimento libero ed in prospettiva, che si apre su un’ampia scena, limitata da due donne ai lati, con la funzione di racconciare la distanza visiva tra lo spettatore ed il fulcro della scena rappresentata, aiutandolo a introdurre il suo sguardo all’interno di essa. Al centro di essa, San Rocco, con la testa illuminata dal nimbo raggianti, unica vera luce nelle tenebre, unica vera speranza contro la peste, si piega per benedire con il tocco della mano la piaga di un malato, per una delle sue miracolose guarigioni. Più in fondo, immerse nell’oscurità, alcune figure illuminate soltanto dalla flebile candela appesa alla parete, si apprestano a tumulare un morto. Le figure femminili ai lati della composizione sono probabilmente delle prostitute assoldate in tempi di crisi per l’assistenza agli ammalati.

Per affrontare la malattia portata dai ratti delle

San Rocco risana gli appestati

navi mercantili, Venezia istituì misure precauzionali, trasformando gli edifici in ospedali, e perciò la scena potrebbe essere la raffigurazione del Lazzaretto Nuovo o del Lazzaretto Vecchio, entrambi costruiti sulle isole della laguna fin dal 1423. Tintoretto infonde la scena con due distinte fonti luminose, una reale, nella torcia fiammeggiante nel mezzo del dipinto, l’altra apparentemente soprannaturale, nel fascio di luce che inonda i pazienti sofferenti in primo piano. Questo approccio sarà un elemento distintivo dello stile maturo del maestro, che sperimentò, attraverso piccoli modelli di cera collocati su un palcoscenico, la composizione e gli effetti di luce ed ombra.

La Scuola Grande di San Rocco, fondata nel 1478 da una confraternita laica impegnata nella lotta contro la pandemia, è il luogo di sepoltura del santo francese, che divenne protettore sin dal Medioevo dello stesso male di cui morì ed al quale gli appestati si rivolgevano, invocando sollievo e guarigione, anche se *‘ci si ammalava senza una ragione ed ugualmente si guariva’*.

La morte nera giunse a Venezia nel 1348 dalla Dalmazia, attraverso le imbarcazioni mercantili, trasportate da marinai contagiati, che si mescolarono

incoscienti tra la popolazione e ne provocarono il contagio di quasi il 70%. La seconda ondata pestilenziale si presentò nel 1423 e per tre mesi si registrarono circa quaranta decessi al giorno. Tra il 1575 ed il 1577, su 180.000 abitanti, ne morirono circa 50.000. Gli ammalati stazionavano, fino alla fine dei loro giorni o della loro guarigione, nel Lazzaretto Vecchio, mentre i sopravvissuti e coloro che erano entrati in contatto con persone contagiate dovevano precauzionalmente soggiornare nel Lazzaretto Nuovo per un periodo di quarantena. L’epidemia del Seicento fu anche l’ultima, portò anch’essa morte e disperazione, ma anche un maggior contagio per l’incauto tentativo di nascondere l’epidemia ed evitare l’isolamento commerciale. Questa dura lezione impartita ai Veneziani ed una ormai consolidata esperienza nella gestione sanitaria dell’infezione, evitò ulteriori epidemie nella Serenissima, ciò che purtroppo non avvenne in altre città e porti d’Europa.

Efram L. Burk



La peste è stato il primo frutto avvelenato
della globalizzazione.

I microbi non pagano dazio e non s'arrestano alle frontiere.

Massimo Livi Bacci



Virginia Apgar

Virginia Apgar nacque a Westfield, New Jersey, il 7 giugno 1909, e dal padre ereditò due grandi passioni: la musica e la scienza. La piccola Ginny – così era soprannominata – imparò presto a suonare il violino e il violoncello, ma, finito il liceo, volle iscriversi alla facoltà di Medicina, scelta piuttosto inusuale per le donne dell'epoca, probabilmente influenzata dal frequente contatto con il medico che aveva avuto in cura i suoi fratelli, affetti da diverse patologie. Virginia entrò al Columbia University's College of Physicians and Surgeons, e a causa della crisi economica del 1929, accettò un prestito da amici di famiglia pur di continuare i suoi studi che coronò a soli 24 anni, laureandosi nel 1933. Nello stesso anno vinse un posto da specializzanda in chirurgia presso il Columbia Presbyterian hospital di New York, dove, a causa della forte presenza di colleghi uomini, il primario le consigliò di dedicarsi all'anestesia – disciplina all'epoca agli albori – e per questo campo di sviluppo per medici con spiccate capacità. Fu così che tra il 1936 ed il 1937, acquisendo



esperienza dalle infermiere dell'ospedale, arrivò ad avere conoscenze e capacità tali da divenire, prima nella storia, primario di anestesia del Columbia Presbyterian Hospital.

Negli anni successivi si dedicò in particolar modo all'anestesia ostetrica, cercando di migliorare l'anestesia delle partorienti con taglio cesareo, ma soprattutto di ridurre l'elevata mortalità delle donne durante il parto. In questo contesto di innovazione, divenne una grande sostenitrice dell'anestesia epidurale rispetto a quella generale, e profuse energie e studi per ridurre gli effetti negativi che gli anestetici avevano sui neonati, constatando che spesso, quando necessario, non erano rianimati nel modo corretto, o lo erano con metodi inadeguati. Proprio in questo ambito, Virginia Apgar diede il più grande contributo alla medicina, individuando il punteggio omonimo, tutt'oggi utilizzato.

Prima dell'introduzione di tale punteggio, i neonati non ricevevano le giuste valutazioni subito dopo la nascita, tanto è che alcuni neonati apparentemente sani, morivano pochi minuti dopo. L'introduzione di

questo codice fu quasi casuale: una mattina del 1949, uno studente le chiese quale fosse il metodo migliore per visitare un bambino appena nato. Virginia annotò su un foglio cinque parametri da considerare e un relativo punteggio da attribuire al neonato sulla base delle osservazioni effettuate. I punti da valutare erano: *attività cardiaca, attività respiratoria, tono muscolare, reattività alla stimolazione, colorito*. Tale codice doveva servire a medici e infermieri in sala parto per stabilire se un neonato avesse bisogno o meno di rianimazione. Un 'prototipo' del punteggio di Apgar fu presentato nel 1952, sotto il nome di 'Newborn Scoring System' al congresso della International Anesthesia Research Society, e fu poi pubblicato ufficialmente nel 1953. A partire dal 1962, si iniziò a chiamarlo '**Punteggio di Apgar**' e fu il pediatra Joseph Butterfield che utilizzò le lettere del cognome APGAR, per creare un acronimo che facesse memorizzare meglio agli studenti i cinque punti da analizzare:

L'acronimo si definisce così:

- A** – Appearance (colorito)
- P** – Pulse (frequenza cardiaca)
- G** – Grimace (riflessi)
- A** – Activity (tono muscolare)
- R** – Respiratory effort (attività respiratoria)

Il punteggio APGAR è utilizzato oggi come procedura di base per il controllo dei neonati, ripetuta ogni 5 minuti per comprendere l'evoluzione delle condizioni cliniche del bambino. La valutazione è basata su un punteggio, da 0 a 2, la cui somma definisce la condizione clinica del neonato. Un punteggio di 7 punti definisce la condizione normale, un punteggio da 4 a 6 indica un rischio mentre un punteggio minore di 4 richiede l'immediato intervento medico.

Virginia Apgar continuò il suo lavoro di ricercatrice, e si impegnò per la prevenzione e cura dei bambini affetti da patologie congenite. In particolare, la sua opera di diffusione del vaccino antipolio – la cui efficacia fu approvata nel 1962 – contribuì in modo decisivo a far scendere i casi di poliomielite negli Stati Uniti, che allora contavano circa 20.000 persone colpite ogni anno. La medicina non fu l'unico interesse di Virginia, che ebbe numerosi hobby come collezionare francobolli, il giardinaggio, la pesca, il badminton ed il golf. Qualche anno prima di morire, addirittura, iniziò a prendere lezioni di volo. Ma tra tutti i suoi hobby, sicuramente il preferito rimase la musica, che amava così tanto da imparare a costruire da sola i propri strumenti, potendovisi dedicare solo dalla mezzanotte alle due, ma riuscendo a costruire, pur lavorandovi così poche ore al giorno, un violino, un violoncello e una viola.

Morì a New York, nel 1974, per cirrosi epatica. Sulla sua tomba è riportato l'epitaffio: '**Creator of the APGAR score**'.

Paolo Gallotti

SIGN					
	0	1	2	1 min	5 min
Heart Rate	Absent	Less Than 100	Over 100	2	2
Respiratory Effort	Absent	Slow, Irregular	Good Cry	1	2
Muscle Tone	Limp	Some Flexion	Active Motion	1	2
Reflex Irritability	No Response	Grimace	Cry	1	2
Color	Pale	Body Pink, Extr. Blue	All Pink	1	2
TOTAL SCORE				6	10

Il Monastero di Santa Scolastica

A cura di Roberto Giagnoli, fotografo



Nella Valle di Subiaco, intorno al '500, San Benedetto fondò una comunità di dodici piccoli monasteri, ognuno con un proprio abate e tutti sotto la sua guida spirituale: un'esperienza durata trent'anni, che segna l'inizio del monachesimo benedettino.

Di questi, il Monastero di Santa Scolastica, ritenuto il più antico monastero benedettino al mondo, è l'unico sopravvissuto. Il nucleo originario risale al VI secolo, quando Benedetto ne guidò la costruzione e lo intitolò al papa S. Silvestro.

A partire dal secolo X, sotto l'abate Leone III, inizia il suo periodo di splendore: riceve in dono grandi beni dal principe romano Alberico, si costruisce una nuova grande chiesa romanica. Ma solo alla fine del secolo XII comincia la vita cenobica completa, con un priore dipendente dall'abate della sottostante Badia.

È il periodo dei due monasteri di Subiaco, quello di San Benedetto, il Sacro Speco, e quello di San Silvestro, che alla fine del secolo XIV assumerà il nome attuale di Santa Scolastica.

Nel XIV secolo vicende avverse determinarono una

decadenza del luogo: alluvioni, terremoti, ma anche l'indisciplina dei monaci. Per porvi rimedio il senese Bartolomeo III, eletto abate nel 1363, espulse i monaci che non si ravvedevano, chiamando monaci da altre nazioni europee.

Nel XV secolo il monastero ospitava una comunità europea con sempre più monaci tedeschi: tra questi giunsero anche i diffusori della nuova arte della stampa, che ancora oggi fanno del monastero la culla della stampa in Italia.

Il Monastero di Santa Scolastica sorge alla base del Monte Taleo, ed è il risultato di molte stratificazioni e molti stili, che si sono sovrapposti alla fondazione originale benedettina.

All'interno delle mura che circondano il monastero, si possono vedere la chiesa, ricostruita in stile neoclassico nel 1769, il campanile romanico, i tre meravigliosi chiostri (Rinascimentale, Gotico, Cosmatesco) e la ricchissima biblioteca.

In alto, particolare degli archi romanici, che poggiano su capitelli con vari soggetti, del Chiostro dei Cosmati, visibile nella foto a destra.



Cartoline dal Passato

Sambuci



Sambuci è un piccolo paese situato nel fondo della valle laterale solcata dal torrente Fiumicino, affluente di sinistra dell'Aniene, posto tra i monti Tiburtini e i monti Ruffi.

Deve il suo nome alla natura che lo circonda. Il colle su cui sorge, un tempo era circondato dalle piante di sambuco, arbusto che cresce spontaneo.

L'abitato di Sambuculum è compreso fra i possedimenti dell'Abbazia di Subiaco fin dall'864, quando Niccolò I lo affidò ai Benedettini della potente e vicina Abbazia, che lo ingrandirono e lo fortificarono. Nel XIII secolo passò agli Antiochia, cui rimase fino alla fine del sec. XVI.

Fu tra i beni di varie famiglie, come gli Astalli, i quali governarono il paese per 150 anni con il titolo di marchesi, e i Theodoli, gli ultimi nobili di Sambuci. Negli anni Novanta le proprietà furono acquistate dall'amministrazione comunale.

Il sambuco

I boschi di Sambuci sono costituiti da biancospino, pungitopo, rosa canina, prugnolo, corniolo, caprifoglio, ginestra e in particolare dal sambuco, arbusto molto usato in erboristeria e in cucina, da cui il paese prende il nome. Il frutto è una piccola bacca succosa che a maturazione assume un bel colore nero lucente. In cucina si possono impiegare i frutti per la preparazione di gelatine e marmellate. I giovani getti terminali, privati delle foglioline vengono lessati e serviti come asparagi. Le ombrelle fiorite si possono friggere. Le bacche sono commestibili, ma non devono essere consumate in grandi quantità.

Cartoline dal Passato

Sambuci



La ricetta • Grappa di sambuco

Ingredienti: 1 litro di grappa, 2 grappoli di bacche di sambuco ben mature e 5 cucchiaini di zucchero.

Lavate accuratamente le bacche. Mettetele quindi in un recipiente e cospargetele con lo zucchero. Lasciatele riposare per 2 giorni al sole e poi versate la grappa sui frutti. Riponete in cantina e fate stagionare per 70 giorni. Filtrate il composto e conservate nuovamente in cantina un altro mese prima di consumare.

Le sagre

- *Sagra della Polenta*, nell'ultima domenica di ottobre.
- *Sagra della bruschetta e dell'olio d'oliva*, 17 gennaio.
- *Sagra della ciannaruca*, 21-22 agosto.

Il proverbio

Chi 'n ce sa fa,
pòco glj tocca

Chi non ci sa fare,
poco gli tocca.

*Tertulliano Bonamoneta
Maria Antonietta Orlandi*

Terapia del dolore dati ed indicazioni per la pratica clinica

Arivelarlo un'indagine dell'associazione 'Vivere Senza Dolore': solo il 20% degli italiani è al corrente della normativa che regola le cure palliative.

Il 26% della popolazione italiana ha un dolore non oncologico che dura in media 7 anni. Il 43% ha un dolore grave e solo il 58% risulta essere trattato con analgesici. Il 53% dei pazienti trattati riceve un trattamento insufficiente a controllare la sintomatologia. Il dolore cronico rappresenta il 92% del dolore totale. Il dolore oncologico (presente nel 30-90% dei pazienti oncologici) è caratterizzato dalla ricorrenza di dolore episodico intenso (DEI o BTP), fenomeno che si presenta nel 65% dei pazienti (*Libro Bianco sul Dolore Cronico*, 2014; Andrew Davies, *Cancer-related Breakthrough Pain*, Oxford University Press, 2006).

I dati dimostrano che l'Italia ha una scarsa capacità di garantire la terapia del dolore nonostante la legge preveda la possibilità di applicare cure palliative, con un disposto normativo all'avanguardia: purtroppo

gran parte dei cittadini le ignora e persino tra i medici la percentuale di chi conosce la materia è bassa. A questo si aggiunge un enorme divario tra Nord e Sud. È un profondo problema culturale.

Ad evidenziarlo, la forte diffidenza nell'impiego di oppiacei nel contesto internazionale. In Italia la spesa pro capite in quest'ambito è pari a 1,6 euro, contro i 5 della media europea e i ben 10 della Germania. A livello Nazionale si rileva uno scenario variegato con differenze rilevanti nell'impiego dei farmaci 'antidolorifici'. Il Rapporto AIFA 2017, mostra al nord una maggiore prescrizione di oppiacei associata ad una più efficiente gestione della rete delle cure palliative, mentre al sud lo scarso utilizzo degli stessi appare associato sia ad una scarsa capacità di reclutamento al trattamento sia ad un inadeguato regime terapeutico che determina uno scarso controllo del dolore anche nei pazienti trattati. Al sud i dati mostrano un utilizzo elevatissimo di antinfiammatori non rilevato al nord. Tale dato trova riscontro nell'abitudine alla prescrizione di

antinfiammatori anche per trattare il dolore di origine diversa, nel quale tali farmaci non trovano riscontro di Evidence Based Medicine. A tale atteggiamento prescrittivo, è evidente, non si associa l'outcome di salute atteso ma la frequente occorrenza di effetti avversi che andrebbe maggiormente tenuta in considerazione.

Per impostare la corretta terapia del dolore è fondamentale valutarne caratteristiche e manifestazioni. Principalmente si deve definire l'origine (nocicettiva meccanico-strutturale, nocicettiva infiammatoria, neuropatica) e l'intensità. L'intensità rappresenta un parametro fondamentale per una corretta valutazione del dolore ed è indispensabile per una scelta farmacologica appropriata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stabilito una scala graduata di classificazione del dolore in base all'intensità. Vengono descritti tre livelli di intensità: Lieve: Grado I (da 1 a 3), Moderato: Grado II (da 4 a 6), Severo o Grave: Grado III (da 7 a 10).

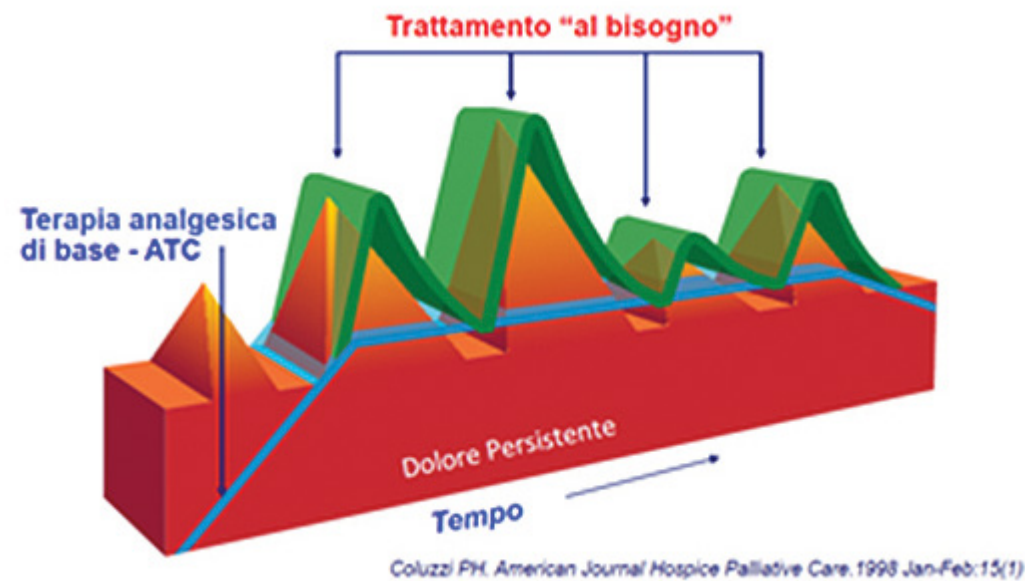
Dal punto di vista dell'andamento temporale, il dolore può essere classificato in acuto e cronico. Il dolore acuto corrisponde ad un danno tessutale in atto, ha una durata limitata nel tempo e si accompagna a risposte neuroendocrine, emotive e comportamentali.

Il dolore persistente è dovuto alla permanenza o alla ricorrenza dello stimolo nocivo per un periodo di tempo prolungato. Il dolore cronico, che per convenzione perdura oltre i 3 mesi, può non avere più connessioni con la causa iniziale, tanto che il dolore stesso diventa 'malattia'. Si accompagna a scarse risposte neuroendocrine, ma ha importanti conseguenze comportamentali. Il dolore acuto, se non gestito correttamente, diventa dolore persistente ed in alcuni casi può evolvere in dolore cronico. È importante instaurare un trattamento antalgico tempestivo ed efficace per prevenire la cronicizzazione del dolore e dunque le conseguenze ad esso connesse.

Le scelte terapeutiche devono essere effettuate sulla base di una completa valutazione del dolore, del paziente e delle caratteristiche della patologia, prevenendo un intervento globale, protratto nel tempo, che fornisca una risposta terapeutica adeguata ed una minimizzazione dei rischi connessi alla terapia.

L'approccio moderno al trattamento del dolore prevede una terapia multimodale che permette di trattare il dolore in funzione delle sue diverse caratteristiche ed aspetti (origine, intensità e durata), associando più farmaci a più basse dosi, riducendo quindi, al tempo

TIPO DI DOLORE	ORIGINE	DESCRIZIONE	1° SCELTA	2° SCELTA	3° SCELTA	ALTRE TERAPIE
NOCICETTIVO	Cute Sottocute Mucose	Urente Ben localizzato	Paracetamolo FANS	Anestetici Locali Topici	OPPIACEI	Caldo, freddo Radioterapia TENS
SOMATICO PROFONDO	Ossa Articolazioni Legamenti Capsule Org. Membrane mesoteliali	Sordo Incidente Ben localizzato Anche riferito	Paracetamolo FANS	OPPIACEI	Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale	Immobilizzaz. Caldo Radioterapia
VISCERALE	Organi Masse neoplastiche profonde	Sordo Profondo Non localizzato Disturbi Neuro-vegetativi	OPPIACEI	Anti-spastici	Anestetici Locali/ Oppiacei In Epidurale	Compressione Caldo
NEUROPATICO MISTO	Invasione Compressione Vie nervose	Disestesia Formicolio Allodinia Continuo Lancinante	Anestetici Locali In Epidurale/ Perinervosi	Anti-depressivi Anti-convulsivanti	OPPIACEI	
NEUROPATICO PURO	Lesione a vari livelli fino alla Deafferentazione	Come misto Anestesia dolorosa	Anti-depressivi Anti-convulsivanti	Anestetici Locali e Capsaicina Topici (HZ)	OPPIACEI	TENS Tecniche di neuro-modulazione



stesso, la possibilità di eventi avversi.

Da un punto di vista pratico è bene suddividere i due diversi scenari terapeutici – dolore oncologico e dolore non oncologico – che richiedono trattamenti diversi secondo le specifiche indicazioni di EBM.

Nel dolore non oncologico i farmaci oppiacei non dovrebbero essere utilizzati. Gli stessi infatti non sono mai la prima scelta in tale terapia (*Strategie di approccio diagnostico terapeutico al dolore cronico*, AUSL BO, marzo 2014).

Il dolore oncologico è caratterizzato dal fatto che richiede due tipi di trattamento. Un trattamento di fondo, che prevede di solito l'indicazione di un oppiaceo (+ eventuali adiuvanti) ed un secondo tipo di trattamento, che prevede l'assunzione di farmaci oppiacei a rapido onset d'azione, per controllare i picchi dolorosi che caratterizzano la condizione oncologica.

La terapia del dolore è un diritto che deve essere correttamente declinato nella pratica clinica. I farmaci oppiacei a rapido onset d'azione devono essere utilizzati solo nel dolore oncologico quando il dolore di fon-

do è controllato. Ogni altra indicazione è off label. Il dolore cronico non oncologico richiede, nella massima parte dei casi, un trattamento diverso dall'utilizzo di oppioidi. L'uso di farmaci antiinfiammatori deve essere ristretto alle forme di dolore ad esso sensibili. In tutti i casi è opportuno il follow up della terapia prescritta al fine di garantire il controllo del dolore e la corretta gestione della terapia farmacologica.

Marzia Mensurati

Blockchain

Il travolgente futuro della sicurezza distribuita

Il 31 ottobre 2008 segna un evento i cui effetti non sono tutt'ora facilmente valutabili: nascono il 'bitcoin' e il 'Bitcoin'.

Con una comunicazione a dir poco lapidaria, il fantomatico sig. Satoshi Nakamoto comunica al mondo la nascita della prima moneta virtuale: il bitcoin ('b' minuscola) e la relativa architettura tecnica a supporto: il Bitcoin ('B' maiuscola).

Semplificando, il bitcoin è una moneta online basata sulla crittografia, per questo detta anche 'cripto-moneta'. In altre parole, il bitcoin ha un valore, lo si può effettivamente usare per delle transazioni, ma non si potrà mai avere nel proprio portafogli assieme alle banconote in corso.

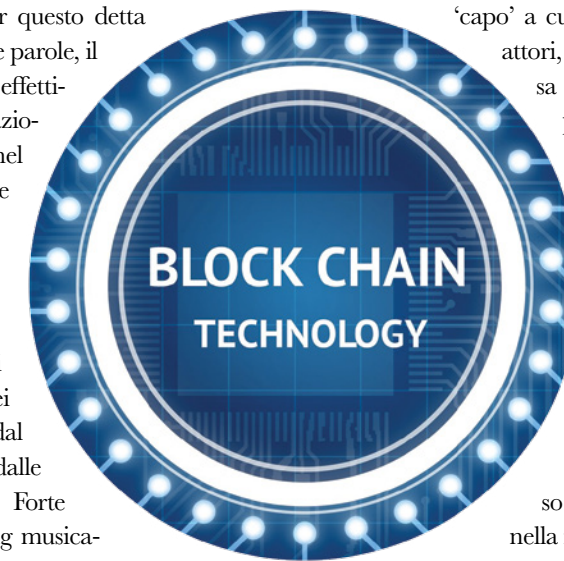
Di contro, il Bitcoin è un'architettura che, nella migliore tradizione della Complessità, integra e prende quanto di meglio esiste dalla teoria dei giochi, dalla crittografia, dal computer networking e dalle nuove strategie finanziarie. Forte dell'esperienza dello streaming musicale di Napster e della condivisione dei file di Bittorrent, rappresenta un effettivo cambiamento di mentalità che implica anche aspetti sociali e psicologici non banali: generalmente riponiamo la nostra fiducia in persone o istituzioni che conosciamo o che riteniamo affidabili, sicure. È il caso delle banche che fin dai tempi dei nostri

nonni hanno rappresentato 'qualcosa di cui fidarsi'. Certo i tempi cambiano, ma come spiegare al mondo che esiste un sistema 'nascosto', di cui non abbiamo alcun controllo, che è più sicuro di una banca?

È proprio questa la sfida affrontata da Nakamoto: il cambiamento di paradigma da sistema centralizzato, protetto, visibile, ma limitato nella sua accessibilità, a pagamento e fortemente vulnerabile nella sua struttura centrale, a un sistema decentralizzato dove non esiste un

'capo' a cui fare riferimento e dove tutti gli attori, detti nodi della rete, sono alla stessa stregua (peer-to-peer). Almeno a prima vista, i vantaggi sono a dir poco strabilianti, quasi non credibili: transazioni finanziarie a costo praticamente nullo e indipendente dal valore economico (0,04 dollari di tasse per transazioni dell'ordine delle decine di milioni di dollari), disponibilità del sistema h24, sette giorni su sette. In caso di rottura di un nodo non c'è collasso di sistema, ma si cambia percorso nella rete, escludendo la causa di errore: per avere un fermo di sistema si dovrebbero spegnere contemporaneamente tutti i nodi della rete, evento questo praticamente impossibile. Nessun limite al valore degli scambi, nessun vincolo, se non quello etico, sulla provenienza del denaro.

Nakamoto come un nuovo Robin Hood? Fedele al suo





alone di mistero, nulla si sa di lui o di lei o del gruppo che porta il suo pseudonimo. Lasciando ai cacciatori di mistero l'arduo compito di svelarne l'identità, in questa sede è bene concentrarci sulla sua eredità tecnologica (sì, perché nel frattempo Nakamoto è svanito nel nulla con i suoi bitcoin).

Il software Bitcoin viene reso pubblico e spiegato da Nakamoto in un white paper di nove pagine (i più curiosi lo possono trovare qui: <https://bitcoin.org/bitcoin.pdf>). Il protocollo si basa sulla condivisione di un unico file detto 'registro pubblico distribuito delle transazioni', o Distributed Ledger, che è una sorta di libro mastro condiviso in grado di certificare ogni singola transazione – 'block' – ovvero ogni movimento, effettuato ad una certa data-ora, all'interno del sistema. Il block può viaggiare nella rete ma non può essere né modificato, né duplicato: caratteristica straordinaria in ambito digitale dove la consuetudine è quella della copia. Il segreto è nell'uso della crittografia asimmetrica, basata sulla coppia di chiavi pubblica e privata, il cui utilizzo è il cuore della firma digitale. Infatti, senza addentrarci in dettagli, è noto che la firma digitale permette al destinatario di un messaggio di verificarne, oltre l'originalità del mittente, la sua univocità ed integrità: è, in altre parole, come se, fisicamente presenti, stessimo firmando di nostro pugno.

In Bitcoin la chiave privata è generata automaticamente dal sistema nel momento in cui noi effettuiamo la richiesta

di farne parte (per i più curiosi: <https://www.bitaddress.org>). Di contro, la chiave pubblica, detta anche 'wallet', è rappresentata dall'indirizzo Internet che compare sul nostro browser una volta generata la chiave privata.

Ogni nostro movimento genera un block che viene subito firmato digitalmente con la nostra chiave privata e distribuito sulla rete che, tramite l'uso della nostra chiave pubblica, può verificare in qualsiasi momento la veridicità e l'onestà della transazione. Usando una metafora è come se avessimo al fianco un notaio che certifica ogni nostra transazione al mondo esterno. Più transazioni generano una catena (chain): ecco perché si utilizza il termine 'Blockchain'.

Il modello Blockchain permette di rimpiazzare qualunque autorità centrale il cui ruolo è quello di mantenere un registro pubblico (per esempio il Catasto, il Pubblico Registro Automobilistico, ecc.). Allora, lasciando al suo destino la finanza e le banche centrali, che è meglio non scomodare, viene immediato utilizzare la tecnologia in tutti quei settori che lo consentono, ovvero in quelle occasioni, da notariato, dove è necessario dimostrare che un documento esisteva proprio in quella forma e proprio in quel momento.

Non ci sono dubbi che la Blockchain è chiamata a svolgere un ruolo sempre più importante a livello di Government e di rinnovamento della Pubblica Amministrazione.

ne. Per cercare di orchestrare, favorire e stimolare questa innovazione 23 paesi europei, 24 con l'Italia che si è aggregata da poco, hanno deciso di dare vita alla European Blockchain Partnership (EBP), un'iniziativa che punta a favorire la collaborazione tra gli stati membri per lo scambio di esperienze sia sul piano tecnico, sia su quello della regolamentazione e della standardizzazione. Con questa iniziativa è possibile ripensare i sistemi informativi, per introdurre soluzioni che permettono di aumentare la fiducia dei cittadini e di garantire sempre meglio la protezione dei dati personali, tutto finalizzato ad una migliore offerta di servizi.

Esempi significativi di prime applicazioni sono il settore delle assicurazioni, quello agroalimentare e quello della distribuzione, dove è importante garantire la tracciatura della cosiddetta 'filiera di produzione'.

L'Europa è molto attiva sulla tematica: il Parlamento Europeo ha approvato una risoluzione il 3 ottobre 2018 sulle tecnologie di registro distribuito (Distributed Ledger Technologies, DLT) avente per tema la creazione della fiducia attraverso il paradigma della condivisione peer-to-peer. Viene quindi sottolineata l'importanza strategica delle DLT per le infrastrutture pubbliche, ad esempio

per la riduzione della burocrazia, il decentramento della governance ed il rafforzamento dell'esercizio dei diritti dei cittadini.

Anche l'Italia è sensibile alla tematica. Esiste un emendamento al decreto Semplificazioni, che introduce per la prima volta nel nostro ordinamento giuridico le 'tecnologie basate su registri distribuiti come la Blockchain'. La prima conseguenza pratica è la possibilità di dare un valore legale ad una transazione che sfrutti un registro elettronico distribuito e informatizzato, senza passare da notai o enti certificatori centrali. Di più, lo stesso decreto introduce per la prima volta la definizione di 'smart contract', ovvero un contratto eseguito in automatico da un programma informatico che ha lo stesso valore giuridico di un contratto 'normale', scritto e firmato.

Insomma, il Blockchain sembra abbia come solo limite quello delle sue applicazioni, ed entra a pieno titolo nell'attuale 'Rinascimento digitale', che se da una parte è chiamato a rispondere alle nuove sfide sociali e di mercato, dall'altra va opportunamente regolamentato per evitare dittature informatiche dagli effetti indesiderati.

Mario Gentili

Esistono 3 ere delle monete:
quelle basate sulle materie prime,
quelle basate su criteri politici
e ora quelle basate sulla matematica.

Chris Dixon

Il Mercato delle Gaitè

Qui ed ora, tra XIII e XIV secolo

LA LIQUIDAZIONE DELL'IMU

La prima volta che ho sentito parlare di Bevagna, non fu propriamente una meraviglia. A quel tempo svolgevo il tirocinio come dottore commercialista, erano i primi di giugno e stavo calcolando l'IMU sugli immobili dei clienti del mio Dominus. Ad un certo punto, mi imbattei in un immobile appartenente ad un medico... una seconda casa in un paesino in provincia di Perugia. Ricordo ancora il codice catastale: A835. Non so perché, ma mi incuriosì. Pensai a uno di quei paeselli morti e sepolti dove nessuno comprenderebbe mai una casa, e dove chi ne possiede una, è solo perché gliel'ha lasciata il nonno. Pensai ad una di quelle case che è più la scoccatura di andare ad aprire, ogni tanto, le finestre piene di ragnatele, che la gioia di andare a villeggiare qualche giorno. Non avrei mai potuto immaginare che, a distanza di qualche anno, a quel paesello mi sarei affezionato moltissimo, e per motivi diversi dall'Imposta Municipale Unica.



BEVAGNA

Bevagna è un comune di circa 5.000 abitanti in provincia di Perugia. Il nome deriva dal gentilizio etrusco *Mefana* – indizio di una presenza etrusca anteriore a quella degli Umbri – poi divenuto *Mevania* per i Romani.

Rimasto fuori dalle direttrici di sviluppo industriale della regione, il borgo ha conservato quasi intatto il suo assetto urbanistico medievale che ricalca in larga parte la pianta della città romana. Questa 'purezza urbanistica' ha permesso a questa cittadina umbra non solo di essere inserita tra i Borghi più belli d'Italia e tra le Bandiere Arancioni – marchio di qualità turistico ambientale del Touring Club Italiano – ma anche di divenire luogo privilegiato per gli amanti della macchina da presa. Nel 1936 è stata set cinematografico per il film *Musica in piazza* di Mario Mattoli, e nel 1972 ha ospitato le riprese di alcune scene del film *Fratello sole, sorella luna* diretto da Franco Zeffirelli. Nel 2007 è stata girata a Bevagna la fiction tv di Rai Uno *Don Matteo* 6,

e nel 2017 / 2018 la serie tv *Sara e Marti #lanostristoria*.

Ma Bevagna non si 'veste' solamente per il cinema, anzi. Il vestito più bello che il piccolo borgo ha da indossare, l'espressione più stupefacente della sua meraviglia urbanistica è, senz'altro, il festival medievale di rievocazione storica più importante d'Italia che ogni anno, da oltre trent'anni, vi si svolge: **Il Mercato delle Gaitè**.

IL MERCATO DELLE GAITE

Il Mercato delle Gaitè trae ispirazione dall'antica divisione di Bevagna in quattro quartieri denominati, appunto, 'Gaitè'. Su di essa si basava l'organizzazione amministrativa della città in epoca medievale. Lo scopo della manifestazione è quello di ricostruire, con la maggiore attinenza storica e dovizia di particolari, la vita quotidiana degli abitanti del borgo nel periodo compreso tra il 1250 e il 1350. A tale scopo, fin dal 1983, un gruppo di studiosi esamina accuratamente lo

ON THE ROAD



Statuto cinquecentesco del Comune di Bevagna da cui sono tratte le informazioni necessarie alla ricostruzione storica della vita politica, amministrativa, economica e sociale.

Per dieci giorni, alla fine di giugno, Bevagna fa un tuffo in questo remoto passato: le antiche botteghe dei mestieri medievali riaprono i loro battenti e riprendono le attività, e le strade si popolano di bevanati che in abiti d'epoca vivono la quotidianità dei loro avi mangiando, lavorando, giocando proprio come loro. È il trionfo del mercato e della taverna, della cartiera e dello *scriptorium*, del setaiolo e del canapaio, così come di tutta la colorata società che vi ruota attorno.

La capacità di ricreare e rendere avvincente lo spettacolo del lavoro e della vita quotidiana tra XIII e XIV secolo è la formula di successo che cattura e incanta i visitatori. I 'quadri' allestiti a Bevagna, per l'aderenza alla documentazione e la capacità di riprodurre tecniche, processi, ambienti e atmosfere della società medievale, hanno uno spessore insolito, che rende la

festa unica nel suo genere, offrendo al pubblico la possibilità di immergersi in un grande racconto collettivo. Un'occasione allo stesso tempo di divertimento, di informazione e di educazione. Uno spettacolo come solo l'impegno di una collettività intera può produrre.

Ma se la manifestazione riesce ad offrire ogni anno rappresentazioni di sorprendente verosimiglianza e suggestione è anche perché, oltre ad essere concepita per affascinare il visitatore, resta pur sempre una competizione fra quattro agguerriti rioni, con la capacità di mobilitare le energie e l'entusiasmo di un popolo di appassionati che neppure le difficoltà dei nostri tempi hanno scoraggiato. Oggi come allora, la città si divide in quattro Gaita, e ognuna rivaleggia con le altre nel tentativo di dare un'interpretazione storicamente fedele del ruolo che rivestiva nel Medioevo. Lo spirito di competizione alla base dell'animata manifestazione si concretizza dunque nella partecipazione ad una serie di gare.

C'è la **gara dei mestieri**, dove ogni Gaita presen-

ta due ricostruzioni di mestieri medievali che rappresentano tutta la filiera lavorativa dalla materia prima al prodotto finito, con tanto di animazioni sceniche che ne illustrano le varie fasi di lavorazione. C'è la **gara gastronomica**, che consiste invece nella presentazione di una seconda por-

tata tratta da ricettari europei redatti tra il 1250 e il 1350. Il contesto in cui verrà servito e l'animazione scenica che lo contestualizzerà saranno direttamente legati al ceto sociale e all'occasione più indicata per il tipo di piatto scelto. E ancora, abbiamo la **gara di tiro con l'arco**, che vede tre arcieri per ogni Gaita sfidarsi nel rompere un piatto di coccio ad una distanza sorteggiata tra 13 e 18 metri. Le misure dei piatti sono 4: dal più grande al più piccolo, dal diametro di 9 cm. Ogni arciere ha a disposizione 11 frecce per rompere più piatti degli altri. Infine, c'è la più importante delle gare, quella che dona il nome alla Manifestazione: la **gara del mercato**, in cui ogni Gaita presenta uno spaccato di quartiere adibito a mercato di epoca medievale. Gli aspetti preponderanti da rappresentare saranno il commercio di beni e la fornitura di servizi, con particolare attenzione alle tecniche e agli strumenti utilizzati.

Con un complesso sistema a punti, assegnati da studiosi ed esperti nei diversi campi e chiamati a giudicare l'attinenza storica delle ricostruzioni, l'ultimo giorno della manifestazione si decreta il vincitore che riceve in dono il 'Palio della Vittoria'. Il forte spirito di appartenenza alla propria Gaita rende le competizioni molto interessanti e stimola un continuo miglioramen-

Il Mercato delle Gaita



to delle proposte nei vari settori, con evidente vantaggio della qualità generale della festa.

Il Mercato delle Gaita è oggi annoverato tra le più importanti manifestazioni storiche dell'Umbria e fa parte dell'Associazione Regionale Manifestazioni Storiche. Anche quest'anno (2019,

n.d.r.) – dal 20 al 30 giugno – le Gaita San Giovanni, San Giorgio, Santa Maria e San Pietro torneranno a sfidarsi per quel palio colorato che solo i più meritevoli potranno stringere. Il programma è molto ricco, e può essere consultato sul sito: www.ilmercatodellegaita.it.

Che la contesa abbia inizio!

Emanuele Chiapponi



L'insostenibile leggerezza dell'infarto

Anni fa un paziente adagiato sul lettino delle visite mentre cercavo di comprendere i suoi problemi clinici esclamò: «*dotto, mi hanno detto che ho avuto un infarto leggero-leggero!*»

Solo a pronunciarla, questa parola, allarga il cuore, riempie i polmoni di inebriante aria, mentre la paura e l'ansia fuggono via. È proprio vero che la leggerezza stempera l'opacità delle cose. L'idea di leggerezza è una bella sfida non solo alla legge di gravità. Scriveva Kahlil Gibran, che se desideri vedere le valli, sali sulla cima della montagna, se poi vuoi vedere la cima della montagna sollevati fin sopra la nuvola, ma se cerchi di capire la nuvola chiudi gli occhi e pensa.

Leggerezza, rapidità, esattezza, chiarezza, semplicità, speranza: tutte le ritroviamo nelle aspettative del malato. Insomma, la leggerezza è un sistema di valori che coinvolge ogni sua espressione: medicina, teatro, letteratura, arte, design, moda, religione.

Può allora esistere un confine tra leggerezza e pesantezza nell'infarto miocardico?

Leggerezza nell'infarto dovrebbe essere una condizione clinica prognosticamente favorevole per quanto attiene alla

mortalità, ma sicuramente potrebbe rappresentare una condizione di precarietà. La leggerezza d'altronde per sua natura è fisicamente fragile. Scriveva Friedrich Nietzsche nel caso Wagner: «*tutto ciò che è buono è leggero, tutto ciò che è divino corre su piedi delicati*». A questo positivo concetto di fragilità e leggerezza si oppone nel paziente infartuato la probabilità che si verifichino nuove crisi coronariche fino a vere e proprie recidive di infarto.

La distinzione tra infarto leggero e infarto grave, pesante, è sempre difficile per la mancanza di una soluzione di continuità e per la frequente presenza di un equilibrio solo apparentemente stabile. Se l'infarto non comporta dopo tanti anni alcuna conseguenza per molti non è considerato nemmeno infarto, quindi potrebbe essere stato talmente leggero e impalpabile da essere privo d'effetto.

La leggerezza di un infarto nel malato diviene allora uno stato d'animo? Una disposizione che rende la vita più facile da accettare, sconfinando nell'ottimismo?

Saper cogliere l'essenza delle cose è leggerezza. E anche una certa forma di dolcezza, di partecipazione affettiva che riesce a intuire l'umanità che c'è nell'altro. L'uomo identifica sempre l'idea di leggerezza con la libertà interiore che



lo rende più frequentabile e meglio disposto a prendere la vita per il suo lato migliore. Leggerezza è una parola che è musica per le orecchie del paziente perché rassicura. Nella professione del medico, la tendenza a sdrammatizzare, ad incoraggiare il malato, rappresenta un'operazione di sottrazione di gravità, di peso della patologia che lo porta a privilegiare i valori della leggerezza.

Questo è un comportamento abbastanza radicato e diffuso costituendo la base più semplice e sicura di acquisizione di fiducia, di rimozione delle ansie e crescita delle aspettative. Il risvolto potrebbe essere quello di regalare illusioni e privare di libertà il malato fornendogli errate informazioni. Italo Calvino dedica alla leggerezza la prima

conferenza delle *lezioni americane* e la associa a precisione e determinazione, non a vaghezza e abbandono al caso.

La leggerezza per il medico disattento è una tentazione che erroneamente manifesta come quando consiglia con approssimazione una dieta leggera per il cardiopatico, incurante sul contenuto di grassi saturi o calorie, riferendosi solo al colore, perché si sa che mangiare in bianco fa bene alla salute. Parafrasando Calvino la leggerezza si crea nelle parole del medico con i mezzi linguistici che sono quelli del poeta, capace di esprimere un linguaggio che aleggia alto come in una nube.

Anche il poeta come il medico è reperibile a tutte le ore del giorno, perché risponde sempre ai richiami della sua anima ispirata.

Il segreto sta tutto nella misura che ciascun medico adopera, sapendo che più sceglie l'approssimazione nella diagnosi e cura, più si sottrae ad un corretto giudizio. Chi è vittima dei contenziosi medico legali lo capisce bene. *L'insostenibile leggerezza dell'essere* di Milan Kundera non era altro che un romanzo sull'impossibilità di essere leggeri. Lo stesso Calvino riconosce come l'universo sia governato dalla pesantezza del vivere.

Quindi la leggerezza appartiene a un altrove che non è di questo mondo.

Francesco Maria Bovenzi
tratto da *"Solo con il battito del cuore"*



Alcuni pazienti, sebbene consapevoli della serietà delle loro condizioni, recuperano la propria salute semplicemente attraverso il rallegrarsi della bravura e dell'umanità del medico.

Ippocrate di Coo

Paese che vai, congresso che trovi...

Il convegno di Neurocardiologia di Savigliano

Savigliano è città di incontri: incontri tra fragranze odorose per generare nuovi profumi ed incontri tra specialisti per creare nuove competenze.

Nella città piemontese che ogni anno ospita 'Quintessenza', la grande fiera delle essenze, si è tenuto, l'11 maggio scorso (2019, n.d.r.), sotto il patrocinio della Rete delle Neurocardiologie, il Convegno 'Ictus cardioembolico: quando cuore e cervello entrano in conflitto'.

L'evento, organizzato e presieduto da Maria Roberta Bongioanni e Baldassarre Doronzo, Direttori, rispettivamente, della Neurologia e della Cardiologia dell'Ospedale 'SS Annunziata' di Savigliano, ha riunito neurologi e cardiologi, principalmente del cuneese ma anche del torinese, con lo scopo di mettere a fuoco le problematiche interdisciplinari correlate con l'ictus cardioembolico, patologia neurologica che tuttavia ha genesi cardiaca.

Dalle relazioni, dai casi clinici e dalle relative discussioni sono emersi spunti di riflessione circa la possibilità di gestire, in modo sempre più integrato, i pazienti affetti da questa patologia che, purtroppo, spesso sono gestiti e valutati separatamente dai differenti specialisti. L'attenzione, in particolare, è stata focalizzata sugli strumenti diagnostici

della fibrillazione atriale e del forame ovale pervio alla luce della più recente letteratura scientifica.

La Sala Congressi dell'Ospedale di Savigliano, sede del convegno, è diventata dunque il crogiolo in cui esperienze e culture diverse si sono mescolate ibridando e contaminando le competenze dei partecipanti che così si sono potute rinnovare e valorizzare.

Dalla molteplicità generare il nuovo: questo principio è trasferibile dalla scienza all'arte profumiera di cui Savigliano a buon diritto può essere dichiarata capitale. Il cuore pulsante della città, infatti, risiede nell'antico e storico Palazzo Taffini, sede del MUSES - Accademia Europea delle Essenze.

Il MUSES offre, lungo un percorso multisensoriale, l'opportunità irripetibile di un affascinante viaggio nella storia e nella tecnica dei profumi, sulle rotte degli oli essenziali, fra l'Oriente, Bisanzio e Venezia, ed alla corte delle grandi signore del Rinascimento - Caterina Sforza, Isabella d'Este, Caterina de' Medici - vere e proprie icone di stile e di classe, ante litteram, grandi appassionate di raffinati profumi.

Coronamento di questo percorso è il Giardino dei sensi

Savigliano: città di incontri



per vedere l'intera città coinvolta nella manifestazione culminante di 'Quintessenza', l'ormai tradizionale fiera delle essenze e delle spezie che si svolge nelle principali piazze del centro storico di Savigliano che ha il suo nucleo nella medievale Piazza Santarosa, annoverata fra le più belle piazze d'Italia.

In occasione della fiera la città si illumina, per una giornata intera, dei colori più sgargianti ed intensi emanati da piante, spezie, essenze, oli, saponi, in un effluvio di profumi ed odori che inonda ogni angolo ed entusiasma i visitatori che vengono accompagnati alla scoperta anche degli effetti benefici e salutistici degli articoli esposti.

L'origine del rapporto fra Savigliano e le essenze e l'avvio di questa tradizione cittadina è da ricercare all'interno dell'antico monastero benedettino di San Pietro nel cui giardino, delimitato da uno splendido chiostro (recentemente restaurato così come la bella facciata dell'attigua ed omonima chiesa), venivano coltivate piante aromatiche e curative. Inoltre, i monaci erano soliti recarsi in montagna per raccogliere quelle specie che non potevano essere coltivate o che crescevano solo selvagge. Le piante coltivate o raccolte venivano poi sottoposte a successivi procedimenti di essiccazione e distillazione da cui si traevano le essenze poi utilizzate a scopo medicinale o cosmetico.

Del resto, la tradizione piemontese nel settore profumiero è testimoniata anche dal fatto che la celebre acqua di Colonia sia stata prodotta nell'omonima città tedesca, ove era emigrato, dall'ossolano, Gian Paolo Feminis (il quale non dimenticò mai la sua terra d'origine, rendendosene benefattore) e sia stata poi diffusa da Giovanni Maria Farina, anche lui ossolano.

Insomma, per chi voglia scoprire come da incontri inattesi possano nascere nuove esperienze non rimane che recarsi a Savigliano al MUSES, a 'Quintessenza', ma anche ad un prossimo incontro fra neurologi e cardiologi che... non è ancora in programma, ma il successo ottenuto in questa edizione potrebbe suggerire di renderlo un appuntamento fisso!

Diego Pancaldo

Storia della grafologia

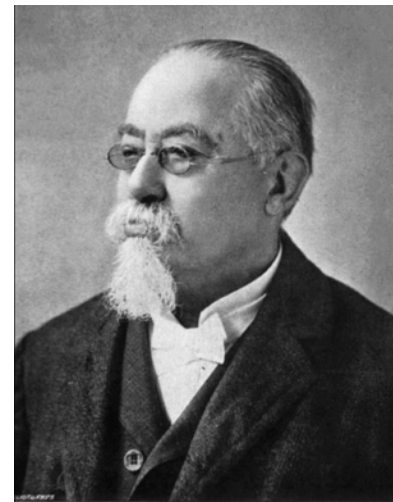
(seconda parte)

Il primo importante e significativo studio della scrittura è opera dell'Abate J.I. Michon (1806-1881). Sacerdote sulpiziano, studioso di giornalismo, botanica, geologia e archeologia, conia per primo il termine *Grafologia* e si dedica al suo studio soprattutto nell'ultimo decennio della sua vita. Michon ebbe il merito di emancipare la grafologia da scienza occulta a studio vero e proprio, sistematico, con osservazioni e principi a carattere scientifico. Publica *Les Mystères de l'écriture* (1872), *Systeme de Graphologie* (1875), *Méthode pratique de graphologie* (1878). Quest'ultimo è un primo vero trattato dove viene elaborato un complesso e articolato metodo di interpretazione delle scritture, classificando e nominando ogni singolo tratto grafico e interpretando le risultanti sotto il profilo psico-comportamentale. Enuncia inoltre una serie di principi e distingue le diversità tra una scrittura artificiale e naturale:

- *Ogni movimento dell'anima produce un movimento particolare della penna*
- *La scrittura non ha sesso* (non è possibile determinare il sesso di uno scrivente)
- *La scrittura segue lo sviluppo delle facoltà e delle passioni dell'uomo*
- *La scrittura si trasforma con i cambiamenti di posizione sociale*

La vera innovazione è il maggiore spazio concesso all'approccio fisiologico: il ruolo centrale del sistema nervoso in ordine alla vita psichica e fisica appare chiara-

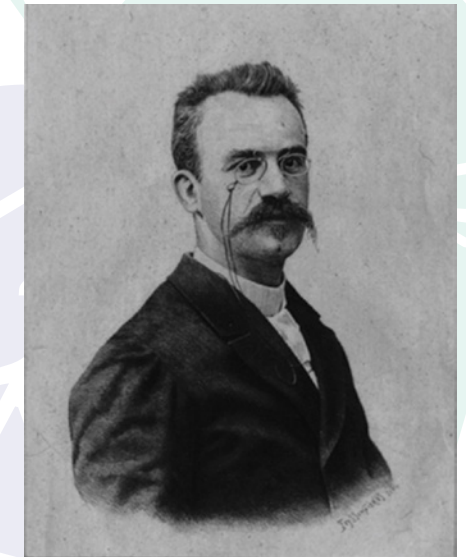
mente al Michon come la chiave della grafologia. All'epoca non era ancora possibile usare i dati della fisiologia poiché ancora insufficienti a spiegare il meccanismo grafico, ma il fatto di riconoscere che il procedimento interpretativo del gesto dovesse tenere conto della sua natura fisio-psichica, costituiva una determinante novità. Da questo momento in poi lo studio della scrittura diventa appannaggio di studiosi prestigiosi che si sono distinti in ambiti accademici e scientifici dell'epoca.



Cesare Lombroso, psichiatra (Italia 1835-1909), considerato il padre dell'antropologia criminale, pubblica *Grafologia* (1895), dove ricerca segni distintivi nelle grafie dei malati, dei pazzi, dei geni, e dei delinquenti.



Lombroso, scrittura dei pazzi. Da 'Grafologia', (collezione personale)



Crespieux-Jamin

Fu il primo ad eseguire studi adottando su larga scala gli strumenti statistici e il suo operato da psichiatra, all'interno dei manicomi, gli permise di avere a disposizione dati da analizzare in grande quantità. Certamente le sue teorie, che riguardano la possibile interpretazione di un uomo delinquente analizzandone la grafia, risultano ad oggi suggestionate dalle competenze mediche del tempo e dai discutibili trattamenti riservati all'epoca ai malati mentali. Gli si riconosce a tutt'oggi il merito di avere messo in relazione la scrittura con le condizioni fisiche e mentali degli scriventi.

Il sistema di interpretazione della scrittura elaborato dall'abate Michon, quantunque farraginoso, ebbe un grande successo e richiamò l'attenzione di scienziati e medici, i quali cercarono di controllarne le affermazioni e di apportare un poco d'ordine in quella vasta congerie di regole.

Primo fra tutti spicca Crespieux-Jamin (Francia 1859-1940), dentista di professione e considerato oggi il caposcuola della grafologia francese.

Egli, leggendo le opere di Michon, ne rimase affascinato. Tutte le sue pubblicazioni hanno come oggetto lo studio della scrittura e per la prima volta in assoluto applica la grafologia alla criminalistica, scrivendo i primi manuali di grafologia forense. Tra le teorie di Michon, Jamin riprende e accetta il principio secondo il quale ogni qualità psichica si manifesta attraverso un complesso di proprietà grafiche; quindi, invece di analizzare minutamente le particolarità di ogni scrittura, egli cerca di metterne in vista i caratteri generali: costituisce così circa 175 specie di peculiarità grafiche, raggruppate secondo sette punti di vista. Ogni scrittura può essere classificata secondo parecchie specie, in funzione delle caratteristiche che si prendono in considerazione. Dalla somma delle indicazioni così desunte, il Crépieux-Jamin deduce la descrizione della personalità dello scrivente.

Jamin diventa famoso per avere preso parte, in qualità di perito grafologo, nel famoso 'Affaire Dreyfus' (1094); il caso giudiziario che ne è derivato è spesso visto come un simbolo moderno e universale di ingiustizia. Per la prima volta una super-perizia grafologica, con enormi ripercussioni mediatiche a firma di Jamin, risolve il



Processo a Dreyfus

complesso caso e soprattutto rende giustizia ad un innocente.

In Germania, il filosofo Ludwig Klages (1871-1956) pubblica *I problemi della grafologia. Abbozzo ad una psicodiagnostica* (1910), *Scrittura e carattere* (1917), *Introduzione alla psicologia della scrittura* (1927). Compie importanti studi sulla 'caratterologia' ed elabora, in un'ottica ontologica, quelli che sono i processi fondamentali della personalità. A Klages viene riconosciuto il merito di aver facilitato l'inserimento della grafologia nel novero delle scienze umane.

Il '900 è stato un secolo proficuo e determinante per l'apporto scientifico alla grafologia.

Max Pulver (1889-1952) riprende e rettifica il metodo di Klages nei punti in cui appariva poco chiaro e incoerente rifiutando però il condizionamento delle pregiudiziali filosofiche. Pulver si interessa di storia, linguistica, filosofia e arte. Docente di psicologia a Zurigo fu legato da intensa amicizia con S. Freud e C.G. Jung. Critica ai suoi predecessori di non avere competenze psicologiche.

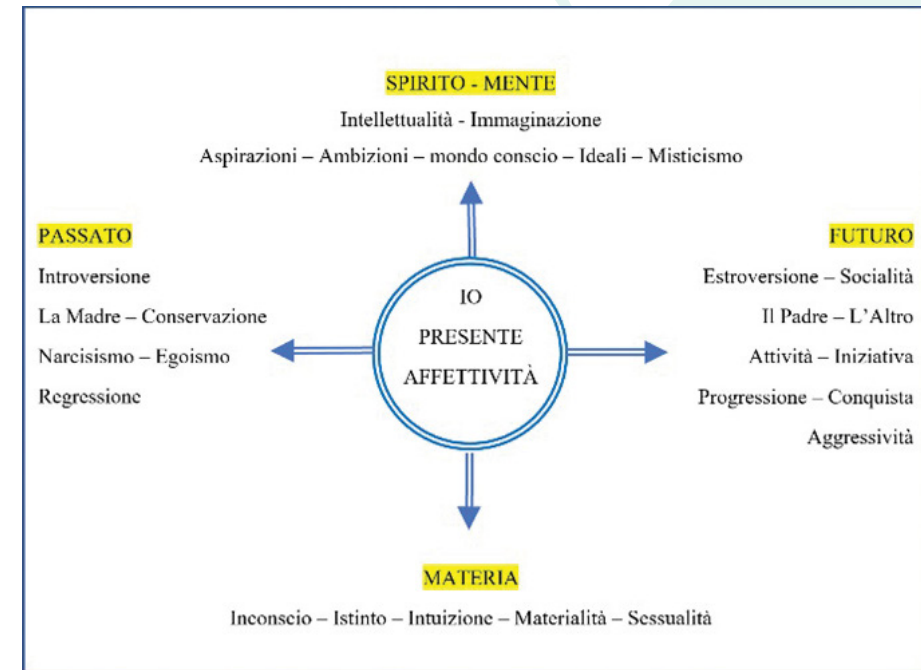
Per la prima volta attribuisce all'espressione grafica un importante valore simbolico, assegnando significa-

to non soltanto alla scrittura ma anche allo spazio che la raccoglie. Notevole importanza riserva alla firma, che studia come gesto grafico unico ed individualizzante, una 'biografia condensata dell'individuo'.

Le teorie di Pulver sono alla base della grafologia moderna e vengono tutt'oggi utilizzate nell'analisi della scrittura.

In Italia Girolamo Moretti, considerato il caposcuola della grafologia italiana, elabora un sistema di studio della scrittura basato su misurazioni dettagliate.

Con Moretti nasce il metodo della misurazione e della verificabilità scientifica. Dopo avere approfonditamente studiato le teorie dei suoi predecessori, rielabora le 'norme' interpretative della scrittura proposte dalla scuola francese e tedesca, ed inizia a elaborare un proprio sistema di interpretazione psicologica della grafia che lo ha impegnato intensamente e ininterrottamente per tutta la vita. Nel 1914 pubblica, con lo pseudonimo di Umberto Koch, la prima bozza del sistema grafologico *Manuale di grafologia*, proponendo regole interpretative originali relative all'intelligenza, al sentimento e alla fisionomia. La decisione di usare uno pseudonimo fu dettata da un aneddoto particola-



Pulver - Simbolismo dello spazio grafico

re; gli venne richiesta un'analisi sulla grafia del Duce e di lui scrisse: «Intelligente ma emotivo, per cui, in condizioni di stress, è condizionato dalla paura». Per quanto mostrasse indifferenza, Mussolini non gradì e fece pervenire a Moretti un altro appunto con una grafia alterata. Di risposta Moretti fece riferire al Duce: «Dite a Sua Eccellenza che in questa scrittura la paura emerge anche meglio!». Mussolini furibondo minacciò di inviarlo al confine (da un'intervista a Fermino Giacometti).

Piuttosto noti sono i suoi studi sulle scritture di D'Annunzio e di Eleonora Duse. Studiò decine di migliaia di grafie, scrisse e pubblicò numerosi testi monotematici, compreso un *Trattato scientifico di Perizie Grafiche* dove mise in discussione, dimostrandone i macroscopici limiti, il vecchio metodo calligrafico.

Nel XX° secolo la grafologia entra a pieno titolo nel novero delle scienze umane, viene perfezionato da autori moderni il metodo Italiano e Francese. I campi di

applicazione diventano molteplici: nell'orientamento scolastico e professionale, nella rieducazione alla scrittura nei casi di disgrafia e in ambito forense.

La consulenza del grafologo forense è richiestissima dall'Autorità Giudiziaria e da privati; questo tipo di accertamento tecnico rientra nelle numerose specialità della criminalistica ed applica rigorosi protocolli di indagine.

Silvia Mazzolini



Papa Simplicio

Nato in Tivoli in data ignota da Castino, console per Onorio in Spagna (o da Cola Giordano, come da altri sostenuto), nulla si sa della giovinezza di Simplicio; prese i voti non ancora ventenne e – «...fornito a dovizia delle più eminenti virtù, ed arricchito d'ogni umano e divino sapere...» – nei pontificati di Sisto III, Leone Magno, Ilario, combatté vittoriosamente l'eresia Palagiana (che sosteneva non essere necessari il Battesimo e la Penitenza); il 3 marzo 468 assurse al soglio Pontificio e vi rimase quindici anni durante i quali ebbero luogo eventi decisivi per la storia della Chiesa, di Roma, del mondo (5, 9).

Dall'inizio del Pontificato Simplicio dovette affrontare il declino dell'Impero d'Occidente, retto da Imperatori sempre meno autorevoli, di Roma, afflitta dalla peste e dalla fame, l'invasione dell'Italia dei Goti, sempre continuando a combattere l'eresia della Chiesa e l'Impero d'Oriente.



Pio IX° 1851, medaglia. A sinistra San Simplicio nimbo con triregno regge il bastone pastorale e il Vangelo; a destra San Gregorio. Foto e medaglia dell'autore

Papa Simplicio

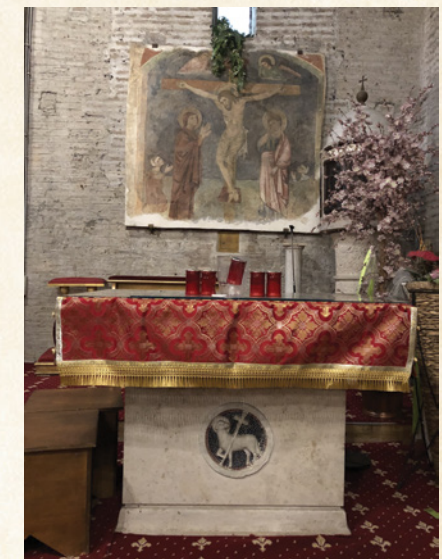
A Costantinopoli, infatti, l'Imperatore usurpatore Basilio si schierò nella controversia monofisita contro il Papa; il monofisismo negava la natura umana di Cristo (1, 7) ma la controversia tendeva soprattutto a rendere l'Oriente indipendente da Roma nelle scelte e nomine secolari e di fede; per lunghi anni Simplicio, con alterne, vicende rivendicò il primato della Chiesa di Roma come unica erede di San Pietro e depositaria della fede (2, 5, 7, 9); il nuovo Imperatore Zenone, con l'appoggio del Vescovo Acacio, gestirono la vicenda rispettando solo in parte i dettami, le preghiere e le minacce del Papa fino a non far più sapere a Simplicio la determinazioni intraprese (1, 5, 8); la lotta si concluse alla dipartita del Papa e senza che questi fosse riuscito a vincerla.

Negli anni nei quali tutto questo evolveva, in Roma, nel 472, Ricimero, generale romano di origine Gotica, aveva compiuto un primo saccheggio della città e, nel 476, l'ultimo Imperatore Romolo Augustolo veniva cacciato in esilio da un ulteriore invasore della capitale, Odoacre Re degli Eruli e ariano; era la fine dell'Impero di Roma in Occidente. Ma Odoacre «...colpito forse dai cortesii uffici di Sua Santità, mai osò indurre novità alcuna a danno della Cattolica Chiesa...» (5); riconosciuto dal Senato e dall'Imperatore d'Oriente Zenone, Odoacre lasciò al Papa l'amministrazione del culto e della città: il papato si sostituiva all'Impero iniziando una parabola di potere che lo porterà, in forme diverse, ai giorni d'oggi. Simplicio «...ebbe l'onore di aver buttato le prime semente per la pur assai grande seconda Roma, la Roma dei Papi...» (9)

Assolse alla sua funzione pastorale su piani diversi: stabili che le offerte dovessero essere divise per un quarto al Vescovo, un quarto al clero, il resto ai poveri e ai pellegrini (9); ordinò che nelle frazioni di Roma extramurarie e più remote, i sacerdoti potessero somministrare il Battesimo e la Penitenza; eresse quattro nuove chiese, due delle quali, Santo Stefano Rotondo al Celio e Santa Bibiana all'Esquilino, giunte fino a noi; salvò dalla distruzione i mosaici pagani di Sant'Andrea (5), nominò trentasei Vescovi affidando loro il vicariato per l'osservanza dei Canonici nei rispettivi territori al tempo stesso rimuovendo coloro che non si dimostrarono capaci dell'amministrazione dei beni della Chiesa (9).

In Tivoli fece erigere una chiesa dedicata a San Pietro sulle rovine della villa pagana di Scipione Metello ora detta zona Campitelli, una a San Silvestro (4), una a Maria Vergine «...sopra i ruderi della villa di Crispo Sallustio... non lungi dalla Porta di Santa Croce...» (5) nonché le primitive chiese di Santa Eufemia e la Basilica di Santa Simforosa al 9° miglio della via Tiburtina dove traslò i corpi della Santa, del marito Getulio Zotico e dei suoi figli (6, 10).

L'eresia monofisita di Acacio e Zenone non era ancora risolta quando, il 10 marzo del 483, dopo quindici anni di pontificato, Simplicio morì. Le sue spoglie vennero deposte nella Basilica Costantiniana di San Pietro (10) nel portico dei Pontefici (2); ma con i lavori voluti da Papa Paolo V° il feretro fu traslato in un poliandro nelle Grotte Vaticane e fu perduto, confuso con quelli di altri Papi.



Altare di San Simplicio, Chiesa di San Pietro alla carità (per gentile concessione di Padre Ion Florea)

I Tiburtini peraltro conservarono e conservano tutt'oggi le sue reliquie nella Cattedrale di San Lorenzo nell'Armario della Sagrestia (3, 8) dove è anche presente un affresco voluto da Pio VII° nel 1816 (vedi foto), così come un altare (vedi foto) dedicato a Simplicio è nella Chiesa di San Pietro alla Carità.

Simplicio è annoverato tra i Santi della Chiesa Cattolica per l'opera, durata tutta la vita, di contrasto delle eresie.



San Simplicio lotta contra le eresie
Cattedrale di San Lorenzo
(per gentile concessione di Don Fabrizio)

Mauro Rosa



Se qualcuno mi avesse detto che un giorno sarei diventato papa, avrei studiato con più impegno.

Giovanni Paolo II

Bibliografia

1. Bargellini Piero, *Santi e Beati*, 2001 www.santiebeati.it
2. Cascioli G, *Gli uomini illustri della città di Tivoli*, S.T.S.A., 1927, pagg. 57-62
3. Crocchiante Giovanni Carlo, *L'istoria delle chiese della città di Tivoli*, 1726, pag. 68
4. Gori Fabio, *Viaggio pittorico-antiquario da Roma a Tivoli e Subiaco*, Roma, 1855, pag. 36
5. Melchiorri Stanislao, *Memorie storiche del culto e venerazione dell'immagine di Maria Santissima*, Roma, 1864
6. Mosti Renzo, *Storia e monumenti di Tivoli*, Società Tiburtina Storia e Arte, 1968
7. Pennacchio Maria Cristina, *Enciclopedia dei Papi*, Treccani, 2000
8. Pierattini C. revisione Ferruti F., *La Cattedrale di San Lorenzo in Tivoli*, S. T. S. A., Tivoli, 2008, pagg.11-12
9. Virgilio Primitivo (Vincenzo Pacifici), *Un gran Papa Tiburtino*, B.S.S.A.T., anno XI, n°45, 1929, pagg. 1585-1587
10. Volpi Giuseppe Rocco, *Vita di Santa Sinforosa...*, 1734, pagg. 74-76

Prevenire e curare con lo Sport

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2018)

L'OMS lancia un piano di azione globale per promuovere l'attività fisica: prevenire le malattie non trasmissibili (NCD), esempio le malattie cardiache (ipertensione, ischemica), ictus, broncopneumopatia ostruttiva, diabete, cancro al seno e al colon, risparmiando 910 milioni di euro l'anno ogni 10 milioni di persone. Più della metà della popolazione della Regione Europea non è abbastanza attiva per soddisfare le raccomandazioni sulla salute.

«Essere attivi è fondamentale per la salute, ma nel nostro mondo moderno sta diventando sempre più una sfida, soprattutto perché le nostre città e comunità non sono progettate nel modo giusto».

In tutto il mondo quattro adolescenti su cinque (11-17 anni) non fanno abbastanza attività fisica. Le ragazze, le donne, gli adulti più anziani, le persone più povere, le persone con disabilità e con malattie croniche, le popolazioni emarginate e le popolazioni

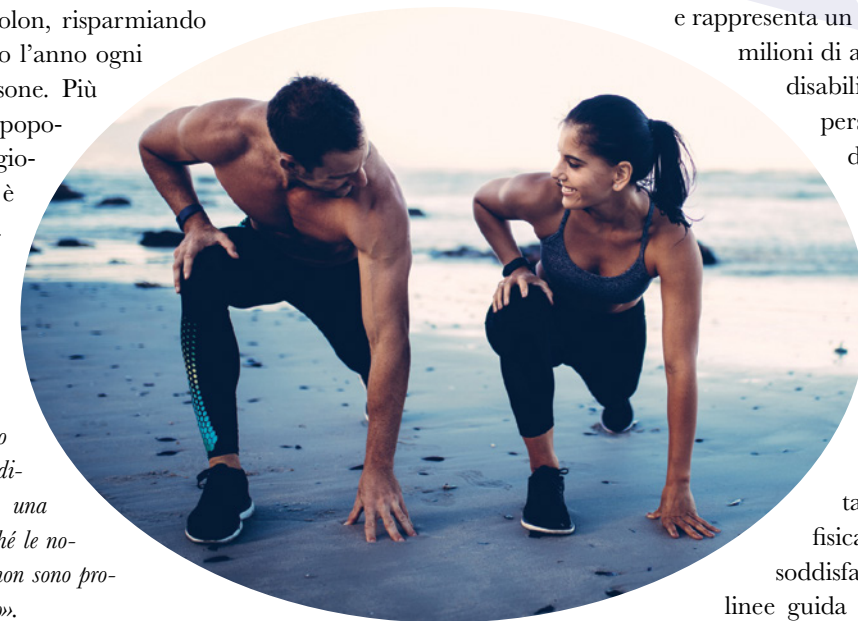
indigene, hanno meno opportunità di essere attive. Le malattie non trasmissibili sono responsabili del 71% di tutti i decessi a livello globale, compresi i decessi di 15 milioni di persone all'anno tra i 30 e 70 anni.

Secondo i dati forniti dall'OMS l'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio per la salute e si stima sia causa di un milione di morti (circa il 10% del totale) all'anno nella sola Regione Europea

e rappresenta un'aggiunta di 8,3 milioni di anni di vita con disabilità, inoltre 6 persone su 10 al

di sopra dei 15 anni non praticano mai o raramente sport e solo un terzo dei giovani europei di 11, 13 e 15 anni ha riportato un'attività fisica sufficiente a soddisfare le attuali linee guida (nella maggior parte dei paesi, i ragazzi erano più attivi rispetto alle ragazze e tale attività è diminuita con l'età in entrambi i sessi).

«Non è necessario essere un atleta professionista per scegliere di essere attivi: prendere le scale anziché l'ascensore fa la differenza,





oppure camminare o usare la bicicletta invece di guidare verso la panetteria più vicina, mette ogni giorno in grado di mantenerci sani. I leader devono aiutare a rendere queste scelte facili».

Gli adulti hanno bisogno di almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata per tutta la settimana o almeno 75 minuti di attività vigorosa o una combinazione equivalente di attività moderata e vigorosa. Potrebbe essere necessaria più attività per il controllo del peso. I bambini hanno bisogno di almeno 60 minuti di attività fisica di intensità da moderata a intensa ogni giorno. Le attività di intensità elevata dovrebbero essere incorporate, comprese quelle che rafforzano muscolo e ossa, almeno 3 volte a settimana. L'attività fisica include l'esercizio fisico e altre attività che implicano movimenti corporei e sono svolte nell'ambito del gioco, del lavoro, del trasporto attivo, delle faccende domestiche e delle attività ricreative. Forti evidenze mostrano che l'attività fisica ha una vasta gamma di effetti benefici per il benessere sia fisico che mentale: riduzione di circa il 25% del rischio di molti disturbi legati all'inattività - come

malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 – riducendo sostanzialmente il rischio di ipertensione e alcune forme di cancro e riduzione dello stress, ansia, depressione e possibilmente ritardare gli effetti del morbo di Alzheimer e altre forme di demenza.

L'attività fisica regolare aiuta anche a mantenere un peso corporeo sano. In combinazione con una dieta appropriata, può aiutare a ridurre il peso. In tutto il mondo, l'inattività fisica è stimata essere la causa principale di circa il 21-25% dei tumori del seno e del colon, il 27% del diabete e circa il 30% delle cardiopatie ischemiche.

I leader mondiali si incontreranno alla fine di quest'anno per intervenire sull'inattività fisica e altre cause delle malattie non trasmissibili e dei disturbi mentali. I quattro obiettivi indicati dal piano sono:

- Creare un cambio di paradigma in tutta la società, aumentando la conoscenza e la comprensione e l'apprezzamento per i molteplici benefici della regolare attività fisica, in base alle capacità e a tutte le età.

- Creare e mantenere ambienti che promuovano e tutelino i diritti di tutte le persone, di tutte le età, di avere un accesso equo a luoghi e spazi sicuri, nelle loro città e comunità, in cui intraprendere un'attività fisica regolare, in base alle proprie capacità.
- Creare e promuovere l'accesso a opportunità e programmi, attraverso molteplici impostazioni, per aiutare persone di tutte le età e abilità a impegnarsi in attività fisiche regolari come individui, famiglie e comunità.
- Creare e rafforzare leadership, governance, partnership multisettoriali, capacità della forza lavoro, sistemi di advocacy e di informazione in tutti i settori, per raggiungere l'eccellenza nella mobilitazione delle risorse e l'attuazione di un'azione coordinata internazionale, nazionale e subnazionale per aumentare l'attività fisica e ridurre il comportamento sedentario.

L'OMS collaborerà con i partner per identificare e attuare le prime vittorie, condividere le migliori pratiche all'interno e tra i paesi e promuovere partnership strategiche tra i vari settori.

LO SPORT-TERAPIA

I campi applicativi in cui lo sport riveste un ruolo essenziale in caso di patologie sono innumerevoli, ad esempio: nelle malattie dismetaboliche quali il diabete, le dislipidemie e l'obesità; in cardiologia per la prevenzione, terapia e riabilitazione della cardiopatia ischemica ed ipertensiva; in ortopedia per la terapia di patologie osteoarticolari quali l'artrosi e l'osteoporosi, i dismorfismi ed i paramorfismi; in fisioterapia attraverso la riabilitazione del traumatizzato; in geriatria ha assunto un notevole interesse e sviluppo in considerazione dell'aumento dell'età media e delle aspettative di vita, trovando applicazioni in campo terapeutico e preventivo, con miglioramento della qualità della vita negli an-

ziani; nel vasto settore della pediatria per una crescita armonica ed equilibrata del bambino; in neurologia per stimolare la comunicazione e l'ideazione nelle patologie degenerative; in pneumologia per la terapia e riabilitazione dell'asma bronchiale e della BPCO; in psichiatria, per la cura delle nevrosi (ansioso e/o depressiva), di alcune forme di psicosi e nella riabilitazione dalle tossicodipendenze e alcolismo.

Negli ultimi anni, le migliorate condizioni socio-economiche e la possibilità di disporre facilmente di grandi quantità di alimenti (a qualsiasi livello e ceto sociale), associati all'aumento della sedentarietà (malattia ipocinetica), al diffuso consumo di bevande alcoliche, di fumo di tabacco, di farmaci, a condizioni generali 'stressanti' e quindi a stili di vita poco salutari, sono emersi una serie di quadri morbosi, ad elevata incidenza, tali da poter essere definite 'malattie del benessere'.

Per la loro diffusione e per l'elevato costo sociale sanitario (diagnostico, terapeutico e conseguente invalidità lavorativa), è quanto mai necessaria una strategia di intervento mirata soprattutto alla loro prevenzione. Anche se il patrimonio genetico e costituzionale gioca un ruolo importante nel determinismo di tali malattie, i tentativi volti al miglioramento di esse prevedono interventi, oltre che farmacologici, anche di programmi fisico-motori e nutrizionali personalizzati. Nelle manifestazioni cliniche di tali patologie, più evidenti saranno i sintomi, maggiore sarà l'intervento con terapie farmacologiche; viceversa, qualora i sintomi siano sfumati o precoci, l'intervento terapeutico sarà prevalentemente motorio e nutrizionale.

La prescrizione di un adeguato programma sportivo deve essere personalizzata sulla base delle risultanze di un protocollo di valutazione mirato all'accertamento dello stato metabolico, della funzionalità cardio-respiratoria e dell'efficienza fisica generale del soggetto. L'adesione al programma motorio consigliato risulterà maggiore se il paziente è motivato ed attratto dall'attività fisico-sportiva anche sul piano psicologico, limitando al minimo gli insuccessi dovuti al precoce abbandono.

LA PRESCRIZIONE SPORT-TERAPEUTICA NELLE 'PATOLOGIE DEL BENESSERE'

- 1° Fase: ricondizionamento generale.
- 2° Fase: attività fisica ad impegno prevalentemente aerobico.
- 3° Fase: attività sportiva specifica.

Ricondizionamento generale (1° fase):

Esercizi di ginnastica a corpo libero e con piccoli attrezzi. Recupero della mobilità delle grandi articolazioni (colonna vertebrale, spalla, anca, ginocchio, ecc.). Miglioramento del tono-trofismo muscolare. Cammino a intensità crescente alternato a brevi percorsi di corsa a ritmo blando con pause di ristoro.

Frequenza: quotidiana.

Durata: 30' da incrementare con gradualità a 60'.

Metodo di allenamento: l'esecuzione deve essere sempre preceduta e seguita da 10' di 'riscaldamento' e 'raffreddamento' o 'defaticamento' (ginnastica di allungamento muscolare).

Attività fisica a prevalente impegno aerobico (2° fase):

Marcia di buon passo, golf, footing e jogging, nuoto prolungato in piscina, andare in bicicletta su percorsi non impegnativi, sci di fondo su piste pianeggianti, andare in canoa.

Frequenza: almeno 3 sedute settimanali.

Durata: 30' continui da incrementare fino a 60'.

Metodo di allenamento: praticato al 60/80% della massima frequenza cardiaca teorica (eventuale ausilio del test ergometrico).

Attività sportive specifiche (3° fase):

Consigliate: Corsa di fondo, ciclismo su strada, nuoto di fondo in piscina, sci di fondo, canottaggio, canoa, attività aerobiche in genere (camminare).



Consentite: Sport di squadra (pallavolo, basket, calcio, pallanuoto), tennis, scherma, golf, pattinaggio, tiro con l'arco.

Sconsigliate: Sport motoristici, alpinismo, vela in solitaria, attività subacquee, sport di combattimento, sport di potenza (corse veloci, sollevamento pesi, lanci, ecc.).

DIABETE E SPORT

Dai dati pubblicati di recente è una malattia che colpisce circa 5 milioni di persone in Italia tra casi diagnosticati e misconosciuti, inoltre i fattori economici aggravano ulteriormente tale patologia (basso livello d'istruzione e propensione a consumare cibi molto calorici e poco costosi).

È considerata, a livello mondiale, l'epidemia del terzo millennio, infatti dai 108 milioni del 1980, si è giunti ai 422 milioni di diabetici nel 2014.

L'esercizio fisico e la dieta ('stile di vita') rappresentano per il diabetico due importanti armi terapeutiche capaci, se ben usate, di condizionare favorevolmente il trattamento farmacologico, sia insulinico che con ipoglicemizzanti orali con diminuzione del rischio di complicanze di circa il 30%. Se ciò è vero per tutti i diabetici, è ancora più importante per diabetici di tipo 2 non insulino-dipendenti (90-95% dei diabetici, spesso adulti), la maggior parte in sovrappeso e sedentari, nei quali l'esercizio fisico con la dieta, se opportunamente programmati, riescono ad ottenere notevoli miglioramenti sui fattori di rischio connessi alle alterazioni

metaboliche (iperglicemia, iperinsulinemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperuricemia, ipertensione arteriosa, coronaropatie e arteriopatie obliteranti periferiche).

Nei diabetici di tipo 1 (giovanile, caratterizzato da una ridotta produzione di insulina su base autoimmune), lo sport permette di prevenire le complicanze d'organo della iperglicemia, soprattutto quelle cardiovascolari. L'esercizio fisico agisce positivamente nel diabetico perché permette al glucosio ematico (glicemia) di poter essere consumato a livello muscolare come fonte energetica e, al tempo stesso, una migliore utilizzazione di insulina nei recettori dei muscoli impegnati nello sforzo sportivo. La prescrizione di attività fisico-motoria nel diabetico, deve sempre essere personalizzata badando al grado di impegno metabolico della malattia (assenza di danno d'organo), al grado di efficienza fisica del soggetto (visita medico-sportiva e diabetologica preventiva), al suo trascorso sportivo e soprattutto in una corretta informazione, da parte del medico, sulle precauzioni da adottare per lo svolgimento dell'attività sportiva (assunzione dei farmaci e orario del pasto). Infatti, l'obiettivo principale è insegnare al diabetico 'l'automonitoraggio'. Con questo modello preventivo di grande efficacia, si possono fornire mezzi per trasformare una malattia genetica devastante, in una patologia a minor impatto sociale (è la terza causa di morte nel mondo occidentale, dopo la patologia cardiovascolare e quella oncologica).

Nel consigliare l'attività sportiva più idonea al singo-

lo caso, è opportuno, da parte del medico, far precedere una prima fase di ricondizionamento organico generale (soprattutto se il paziente non è allenato), alla prescrizione di attività motorie prevalentemente aerobiche e successivamente di attività specifiche. Nella fase di ricondizionamento sono previsti esercizi di ginnastica articolare a corpo libero e con attrezzi, cammino a passo sostenuto e corsa a ritmo lento.

Mediante lo sport si agisce anche sui fattori di rischio 'modificabili' (obesità, sedentarietà, dislipidemia, alimentazione ricca in carboidrati ad elevato indice glicemico e alterata intolleranza al glucosio).

Quali attività sportive nel diabetico?

Consigliate: sci di fondo, nuoto, ciclismo, corsa di fondo e attività aerobiche in generale.

Consentite: sport di squadra (calcio, pallavolo, ecc.), tennis, golf, tiri (arco, a segno, ecc.).

Sconsigliate: sport motoristici, subacquea, vela in solitaria, sport di combattimento e di potenza. L'attività fisico-motoria riduce il rischio di morbilità per diabete e di morte prematura per tutte le cause, con una relazione 'dose-dipendente': più elevata è la quantità di lavoro, maggiore è la riduzione del rischio (3-5 ore/settimana riducono il rischio di mortalità del 45-55%).

Nicola Iacovone

Non sono un atleta. Ho cattivi riflessi. Una volta sono stato investito da un'automobile spinta da due tizi.

Woody Allen

Hanno collaborato a questo numero:

Giovanni Beccarini Crescenzi

Docente di Filosofia, Tivoli

Tertulliano Bonamoneta

Collezionista

Francesco Maria Bovenzi

*Direttore U.O.C. Cardiologia,
Ospedale Campo di Marte, Lucca*

Efram L. Burk

Professor of Art - Curry College, Milton, Massachusetts

Emanuele Chiapponi

*Consulente della Protezione Sociale
presso Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, Padova*

Leonardo De Luca

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

Paolo Gallotti

*Dirigente Medico U.O.C. Anestesia e Rianimazione,
P.O. di Tivoli, ASL RM5*

Mario Gentili

Matematico e Scrittore

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*

Silvia Mazzolini

Grafologo Forense

Marzia Mensurati

Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale, ASL RM5

Emilio Merletti

Medico di Famiglia, Tivoli

Maria Antonietta Orlandi

Bibliotecaria della Biblioteca di Santa Scolastica, Subiaco

Diego Pancaldo

*Cardiologo, S.C. Cardiologia,
Ospedale SS. Annunziata Savigliano (Cuneo), ASL Cuneo 1*

Mauro Rosa

*Dirigente Medico U.O.C. Ortopedia e Traumatologia,
P.O. di Tivoli, ASL RM5*

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 vacanze
e vi da appuntamento a Settembre!***

