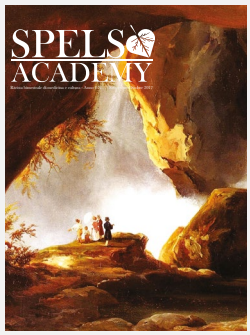


Settembra-Ottobre 2017
Anno 0 - Numero 3

DIRETTORE RESPONSABILE
Andrea Marcheselli

COORDINATORE EDITORIALE
Marco Semprini

COORDINATORE SCIENTIFICO
Stefano Strano

REVISORE DI BOZZE
Emanuele Chiapponi

PROGETTO GRAFICO ED IMPAGINAZIONE
Matteo Brandi

EDITORE
SPELS
"Scienza della Prevenzione ed Educazione alla Salute del Cuore" - ONLUS
Viale Trieste, 20 - Tivoli (RM)

REALIZZAZIONE IMPIANTI E STAMPA
Tipolitografia Gianfranco Ambrosini
Acquapendente (VT)

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

Anno 0 n. 3 Settembre-Ottobre 2017
Registrazione Tribunale di Tivoli del 26/02/2017, n. 6

Rivista a distribuzione gratuita

La rete delle Neurocardiologie

L'associazione SPELS Onlus, Scienza della Prevenzione e della Educazione alla Salute, nasce nel gennaio 2001 da un gruppo di amici e colleghi, con l'obiettivo di promuovere iniziative e progetti nel campo della medicina preventiva.
Oggi vogliamo coniugare "salute e cultura" in un unico contenitore: un appuntamento bimestrale foriero di proposte e iniziative fedeli agli ideali di informazione e promozione della salute.

Cari Lettori,
in questo editoriale vorrei segnalarvi il prossimo congresso della Rete delle Neurocardiologie ed invitarvi a partecipare. La Rete delle Neurocardiologie (RNC) è costituita da gruppi di collaborazione specialistica in ambito neurovascolare e cardio-aritmologico nelle strutture sanitarie italiane che sono sede di Stroke Unit abilitate alla cura riperfusiva dell'ictus cerebrale. La RNC è un progetto ad elevata complessità e di forte impatto sociale in quanto mette in comunicazione le strutture sanitarie diffuse sull'intero territorio nazionale che devono rispondere del diritto della persona colpita da Ictus a ricevere la migliore cura per questa malattia. L'organizzazione in rete velocizza e facilita l'implementazione delle nuove evidenze scientifiche sulla diagnosi e la cura dell'Ictus nella pratica clinica dei centri afferenti alla RNC. La rete delle neurocardiologie, oltre a garantire un'adeguata formazione dei medici specialisti, rappresenta un modello di cooperazione per la realizzazione di studi clinici/epidemiologici multicentrici nazionali, di progetti di formazione in ambito locale e per macro-aree e di condivisione di nuovi percorsi clinici pratici di diagnosi e cura da implementare e trasferire al Servizio Sanitario Nazionale.

In questo ambito si inseriscono gli obiettivi formativi del Congresso Nazionale della Rete delle Neurocardiologie, annuale appuntamento con i cardiologi ed i neurologi che svolgono la loro attività nei diversi centri italiani. La partecipazione al congresso è aperta anche agli specialisti che operano sul territorio ed ai Medici di Famiglia. Quest'anno, la V edizione del convegno sarà prevalentemente dedicata all'aggiornamento su Fibrillazione Atriale, terapia antitrombotica e prevenzione dell'Ictus cardioembolico e sulla produzione di percorsi pratici che saranno espres-

sione del consenso dei partecipanti sulla gestione del paziente nei diversi scenari clinici. I percorsi clinici pratici delle Rete delle Neurocardiologie, con le flow chart per il 'Decision Making' di gestione dei casi clinici presentati e discussi nei gruppi di lavoro durante il Workshop del 1° Febbraio, saranno presentati nella seconda giornata del congresso in sessione Plenaria. Nella stessa sede sarà richiesto un voto di consenso sulle Flow-Chart prodotte nel Workshop per poter essere successivamente diffuse ai medici come documento di consenso della Rete delle Neurocardiologie. I Percorsi Clinici Pratici della RNC, dopo la revisione del comitato scientifico, saranno oggetto di pubblicazione sulle pagine di Spels Academy.

Come di consueto, il congresso della RNC apre i suoi orizzonti anche agli altri argomenti di neurocardiologia e neuro-aritmologia connessi alle malattie infettive, alle malattie neurodegenerative, all'epilessia ed alla diagnostica e terapia delle sincopi e della disautonomia cardiovascolare.

Fondatore e Past President SPELS

V Congresso Nazionale
LA RETE DELLE NEUROCARDIOLOGIE

ROMA, 1 - 2 FEBBRAIO 2018

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

A cura dell'Area "Neuroaritmologia e Neurocardiologia" dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) Con il patrocinio dell'Italian Stroke Organization (ISO)

Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione

ITALIAN STROKE ORGANIZATION

Segreteria Organizzativa ***AIM Group International*** *– AIM ITALY Sede di Roma*
Via Flaminia, 1068 – 00189 Roma Tel. +39.06.330531 Fax +39.06.33053229 www.aimgroupinternational.com

"Se si perde un numero
di una qualsiasi rivista,
sarà il numero che conteneva l'articolo
che si era tanto ansiosi di leggere.
Corollario: tutti gli amici
l'avranno perso, smarrito o gettato."

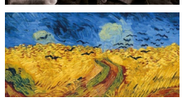
Arthur Bloch

Articoli

Un sommo deliquio
di Andrea Marcheselli — Pag 6

Granuli di Omeopatia
di Giovanna Rizzitiello — Pag 13

Ultracentenari sardi: solo questione di geni?
di Cristiana Cauli e Dino Passiu — Pag 24



Che cos'è la Neuroestetica? (Terza Parte)
di Alfredo La Cara — Pag 41

Rosso e Bianco per il tuo cuore
di Mara Piccoli — Pag 51

Inserti

Back to School
La meraviglia della poesia
di Maria Rita Di Rollo — Pag 9

Commenti in Cornice
The Gross Clinic / The Agnew Clinic
di Efram L. Burk — Pag 15

On the Road
Chateaux de la Loire (Prima Parte)
di Emanuele Chiapponi — Pag 29

Cartoline dal Passato
Stabilimento termale di Bagni di Tivoli
di Tertulliano Bonamoneta — Pag 36

Sua Sanità Pubblica
Un nuovo paradigma? (Terza Parte)
di Carlo De Luca — Pag 45

LegalMENTE
La Corretta informazione del paziente
di Alessandro Mattoni — Pag 53

Rubriche

Dottor Aneddoto
L'ultima neve di primavera
di Emilio Merletti — Pag 11

Facciamo Progressi!
Abbasso il Colesterolo!
di Leonardo De Luca — Pag 18

Medici... *per altro* famosi
Il dr. Joaquín Navarro-Valls
di Marco Semprini — Pag 38

Salute & Sport
Fare Sport
di Nicola Iacovone — Pag 47

Tivoli da scoprire
Dal fiume alle mura
di Roberto Giagnoli

Pag 34

Salute & Contorni
Fresella con polpo alla catalana e pesto di basilico
di Carmen Barra

Pag 55

Un sommo DELIQUIO

«Noi leggiavamo un giorno per diletto / di Lancialotto come amor lo strinse /
soli eravamo e sanza alcun sospetto
Per più fiate li occhi ci sospinse / quella lettura, e scolorocci il viso; /
ma solo un punto fu quel che ci vinse.
Quando leggemmo il disïato riso / esser basciato da cotanto amante, /
questi, che mai da me non fia diviso,
la bocca mi basciò tutto tremante. / Galeotto fu 'l libro e chi lo scrisse: /
quel giorno più non vi leggemmo avante».
Mentre che l'uno spirto questo disse, / 'altro piangëa; sì che di pietade /
io venni men così com' io morisse.
E caddi come corpo morto cade.

Inferno, Canto V, vv. 127-142

Dalla bufera infernale che trascina in eterno le anime dei lussuriosi, Francesca da Polenta è chiamata a raccontare la relazione adulterina con Paolo Malatesta, che invece rimane piangente in silenzio. Alla fine del racconto Dante ha una sincope, recidiva della precedente occorsagli già al termine del Canto III, nell'incontro con il nocchiero Caronte: *«e caddi come l'uom cui sonno piglia»*. (Inferno, Canto III, v. 136)

Si deduce pertanto che il Sommo Poeta abbia avuto due episodi di sincope riflessa neuromediata, con tipica perdita di coscienza e del tono posturale, nel primo caso dopo un terremoto e nel secondo dopo un trama emotivo. Ma se da un punto di vista letterario i frequenti deliqui siano attribuibili a degli stratagemmi narrativi, da un punto di vista diagnostico questi si prestano ad una valutazione differenziale circa l'origine del disturbo.

Proseguendo nel racconto, nel canto XXIV, sganciandosi completamente dalle tematiche amorose, Dante incontra, nella bolgia dei ladri, il pistoiese Vanni Fucci, guelfo di parte Nera, che dopo essere stato morso da un serpente, viene polverizzato istantaneamente per poi riprendere lentamente conoscenza ed equilibrio psichico: *«e qual è quel che cade, e non sa como, / per forza di demon ch'a terra il tira, / o d'altra oppilazion che lega l'omo, / quando si leva, che 'ntorno si mira / tutto smarrito della grande angoscia / ch'elli ha sofferta, e guardando sospira: / tal era 'l peccator levato poscia»*. (Inferno, Canto XXIV, vv. 112-118).

Per alcuni studiosi la descrizione del fulmineo smarrimento, cui segue la brusca ripresa dei sensi, sono tipici di un attacco epilettico che l'Autore, non a caso, saprebbe ben descrivere. Così anche la sua attitudine visionaria potrebbe avere radice proprio in esperienze patologiche vissute, contrassegnate da allucinazioni visive ed acustiche, tremori e svenimenti, patognomonici della epilessia. Benché la tesi dell'epilessia di Dante, salvo rare eccezioni, è stata, e continua ad essere, quasi unanimemente rigettata dai dantisti, il trasporto con cui riesce a descrivere determinati sconvolgimenti psicofisici sembra suggerirci che li abbia davvero sperimentati in prima persona.

Di contro, secondo altre teorie, il fatto che il poeta, nel Canto I, inizi il viaggio *«tant'era pien di sonno a quel punto»* (Inferno, Canto I, v. 11), i continui riferimenti alla sposatezza accompagnata dalla impossibilità di rimanere sveglio, i crolli fisici spesso a seguito di forti emozioni e la stessa tematica del poema rispecchierebbero la natura onirica e di sogno lucido, tipico invece dei pazienti narcolettici.

Dopo l'ennesimo malessere del discepolo, Virgilio, maestro ed autore, avrebbe dovuto guidarlo nell'affollato girone infernale del Pronto Soccorso? Quali sarebbero state le ipotesi diagnostiche ed a quali accertamenti sarebbe stato sottoposto il paziente Alighieri?

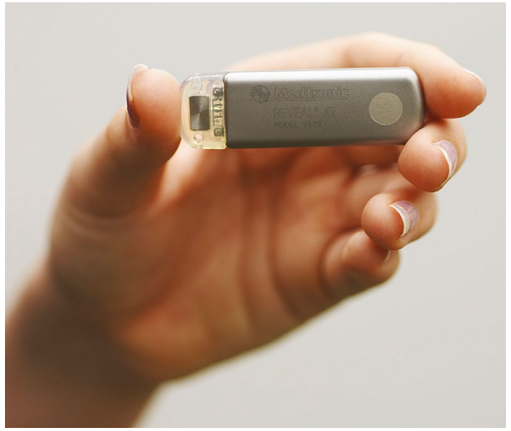
In primis è necessaria una precisazione sulla definizione nosografica della sincope (**συγκοπή**, der. di **συγκόπτω** che significa 'spezzare, rompere'). Essa, che inequivocabilmente si manifesta con una transitoria perdita di coscienza, perdita del tono posturale con caduta a terra ed un recupero spontaneo, si differenzia nelle caratteristiche da altre condizioni similari, quali le **pseudosincopi**, tra le quali sono annoverate i disordini metabolici (ipoglicemia), l'epilessia, l'intossicazione e le forme psicogene da somatizzazione. Da questo ne deriva che già la sola accurata ed attenta raccolta anamnestica può, nel 15% dei casi, risolvere il dubbio diagnostico, aumentandone la resa sino al 50-85% eseguendo anche un esame obiettivo con misurazione della pressione arteriosa ed un elettrocardiogramma, senza le inutili indagini strumentali, richieste solo per medicina di difesa da potenziali ritorsioni medico-legali. L'Alighieri è un giovane trentenne, che salvo dei disturbi visivi, descritti nel saggio dottrinario del *Convivio* e per cui ha particolare devozione alla Santa Lucia, non riferisce patologie degne di nota, ad eccezione di occasionali cadute a terra, dalle quali si riprende spontaneamente ed in breve tempo. Valutare la presenza di prodromi (pallore, sudorazione, vertigine, tachicardia, tachipnea) la situazione ed il contesto in cui l'evento accade, come un

luogo affollato o chiuso, uno stress emotivo, uno sforzo post-minzionale, un abbondante libagione, ecc..., possono indirizzare il medico a chiudere il caso con facilità e senza costi, ben orientandosi verso una sincope neuromediata con prognosi benigna e che rappresenta da sola il 56% della totalità. Anche se in questo caso, il racconto fantasioso, intriso di ossessione e misticismo, potrebbe però far ipotizzare, al medico di urgenza, una forma di sincope psicogena, riscontrabile in circa l'1% dei casi, così come la nota sindrome di Stendhal, patologia psicosomatica che può insorgere al cospetto di un'opera d'arte particolarmente evocativa.

Certamente, in entrambe le ipotesi formulate, non occorrerebbe eseguire TAC o RMN encefalo, ElettroEncefalogramma, Esami ematici, Radiografia del torace, Ecodoppler dei vasi epiaortici, ECG Holter o Tilt Test, frequentemente richiesti per casi analoghi. Piuttosto andrebbe eseguita una stratificazione del rischio, utilizzando il punteggio raggiunto nell'OESIL o nell'EGSYS Risk Score, utili ad individuare la presenza di un basso o elevato rischio di mortalità, e pertanto seguire gli algoritmi proposti dalle società scientifiche per la prosecuzione orientata di un iter diagnostico che eviti lo smarrimento nella selva oscura delle forme indeterminate che rimangono circa il 18% della casistica e che sono difficilmente identificabili. Per queste forme di sincope indeterminate la tecnologia ha reso disponibile un sistema di monitoraggio cardiaco impiantabile: il loop recorder.

Il **loop recorder** (ILR) è impiegato a scopo diagnostico nei pazienti affetti da sincope inspiegata al termine di un iter completo ma infruttuoso. Può raggiungere un rendimento diagnostico del 65-88 % dei casi.

È un dispositivo sottocutaneo, posizionato a livello toracico, con circa tre anni di autonomia e dotato di memoria retrospettiva (loop) in grado di registrare e cancellare continuamente la traccia elettrocardiografica, documentandola non solo al momento del sintomo, ma anche nel periodo antecedente e successivo ad esso. Attualmente la nanotecnologia lo ha miniaturizzato a tal punto che gli attuali ILR sono iniettabili sotto la cute



del paziente, da renderne possibile l'impianto in totale sicurezza, e con un efficacia equivalente, anche in un ambulatorio attrezzato.

In ogni caso, ed indipendentemente dalla origine delle sincopi, chissà che non si debba proprio a questa sua diversità la genialità della sua creazione poetica. Se non possiamo porre diagnosi di certezza circa la natura dei deliqui descritti nell'opera di Dante, sappiamo invece che furono le febbri malariche, contratte nelle paludose Valli di Comacchio, a condurre il poeta cinquantaseienne a rapida morte, avvenuta a Ravenna nella notte tra il 13 e il 14 settembre 1321.

Andrea Marcheselli

Back to School

La meraviglia della POESIA

È difficile dare una definizione univoca del concetto di poesia. Semplicemente inizieremo col dire che la poesia è suono, musica che evoca passioni, emozioni e sentimenti, giocando con le parole e traslando il significato reale e denotativo del linguaggio.

Se dovessimo seguire un ordine logico del nostro discorso, sarebbe lecito spiegare innanzitutto l'etimologia del termine 'poesia'. Esso deriva dal verbo greco ποιειν (poiein) che significa: fare, creare, produrre. Alcuni studiosi indicano all'origine dell'etimo greco la radice sanscrita 'PU' che allude all'atto del generale punto il significato moderno del termine elude parzialmente tale etimologia per indicare piuttosto un genere letterario specifico.

La poesia di cui però oggi vorrei parlare non è semplicemente una forma, anche se ovviamente ha una forma, ma esprime una essenza che coincide pienamente con quella dell'uomo. In origine la poesia, intesa come creazione, è indissolubilmente legata all'idea di 'ispirazione divina' poiché il poeta è colui che crea solo dopo essere stato ispirato dalle Muse che generano in lui uno stato di straniamento e di oblio.

Dunque, come affermato Montale, potremmo dire che la poesia è nata dalla necessità di aggiungere un suono vocale al ritmo martellante delle musiche già esistenti, e solo in seguito alla nascita della scrittura, poesia e musica

si sono differenziate. In riferimento alla nostra cultura occidentale, i versi cantati dagli aedi cominciano ad essere messi per iscritto in Grecia intorno al VIII secolo a.C. L'accompagnamento musicale della poesia si è manifestato fondamentale anche in altre epoche come ad esempio nella poesia provenzale e trobadorica in età medievale.

Il linguista Jacobson ha definito 'funzione poetica' quella per la quale le parole hanno valore non tanto in riferimento ai contenuti che esprimono, quanto piuttosto per l'armonia ed il suono che evocano nel momento in cui si incontrano. Per realizzare tutto ciò il poeta fa ricorso a regole ben definite di misura, ritmo, simmetria, che danno alle parole un significato nuovo, realizzando una sinergia profonda tra significante e significato, ossia tra forma e contenuto.

Ma attualmente è lecito assegnare ancora un valore assoluto alla poesia? Certamente sì. Viviamo in un contesto in cui sussistono nuove modalità di comunicazione che, contrariamente a quanto spesso si pensa, non negano l'uso delle parole ma ne sublimano il loro abuso. Si assiste infatti al dilagare di una volontà d'espressione che sconfina spesso in nullità comunicativa; la poesia non è tutto ciò, poiché essa non è semplice esercizio linguistico, ma incontro straordinario di parole, è 'evento di parole'. È la parola che sulla sua atemporalità può attraversare tutti i luoghi, per raccontare l'uomo nella sua gioia e nella sua disperazione.

Le poesie possono essere più o meno belle, ma non è la collocazione temporale che ne decreta la loro evoluzione. Le parole, quelle vere, quelle dell'anima, non hanno tempo, hanno solo il senso della memoria e del viaggio. È grazie alla sua forza evocativa che la poesia parla al lettore di ogni tempo ed in ogni spazio. Ed è proprio questo atemporale valore comunicativo che dà alla poesia la sua inequivocabile magia.

Maria Rita Di Rollo

"I poeti lavorano di notte
quando il tempo non urge su di loro,
quando tace il rumore della folla
e termina il linciaggio delle ore.
I poeti lavorano nel buio
come falchi notturni od usignoli
dal dolcissimo canto
e temono di offendere iddio
ma i poeti nel loro silenzio
fanno ben più rumore
di una dorata cupola di stelle."

Alda Merini
I poeti lavorano di notte

L'ultima neve di primavera

«Pasquale, devi promettermelo solennemente!»
«No! Dottore, se prometto, prometto!»

Pasquale era un brav'uomo.

Faceva il postino in un paese sperduto tra i monti d'Abruzzo e somigliava ad un gufo quando spalancava gli occhi allarmato, oppure ad un totem indiano, quando era sereno e i suoi lineamenti legnosi si distendevano donandogli una solennità essenziale e un po' 'naive'.

Aveva il vizio di esordire sempre con un secco «No!» ogni volta che ti rispondeva.

Ma questo era un vizio per modo di dire.

Il suo vero vizio era il bere.

E questo stava diventando devastante.

Non c'era una scusa valida per spiegare il perché di quel vizio, se quella di fare il postino in un paese sperduto tra i monti d'Abruzzo e non avere a quarantacinque anni altra prospettiva per il futuro non possa essere già invocata come sacrosanta giustificazione.

Ma tant'è, ogni morte ha la sua scusa!

La vecchia madre me ne parlava a voce bassa, e tenendo lo sguardo anch'esso basso, come fa chi confessa una vergogna. Con le mani poggiate sulle ginocchia, la schiena dritta contro una sedia impagliata della cucina, il naso aquilino, i capelli neri e lisci con la scriminatura nel mezzo della testa, sembrava anche lei un totem.

«Un fiasco al giorno non gli basta. In casa. E poi la sera va all'osteria e quando torna non si regge in piedi, non riesce neanche a parlare».

Col vecchio medico condotto avevano provato anche a somministrargli il Disulfiram a sua insaputa, sciogliendolo nella minestra, ma lui se ne era accorto ed era diventato furioso, sospettoso, cattivo anche con sua madre.

«Pasquale, dì la verità, hai bevuto un po' troppo anche ieri, è vero?»

«No! Dottore, solo un bicchiere a cena!»

«Un bicchiere soltanto. Lo potresti giurare?»

«No! Dottore, lo giuro!»

Mi guardava allarmato, col suo sguardo da gufo. Le sclere rossastre ed acquose.

«Dai Pasquale, stendi le braccia, piega all'insù le mani e allarga le dita».

Delle asterissi piuttosto evidenti mi confermarono che il 'vizio' aveva iniziato ad interessare l'encefalo. Palpai un margine inferiore del fegato di consistenza aumentata e debordante dall'arco costale di un paio di dita trasverse. Riuscii a farmi promettere almeno che avrebbe fatto al più presto gli esami di laboratorio e l'eco addome che gli avevo prescritto.

«No! Dottore, faccio tutto quello che mi ordini!»

Dopo un paio di settimane ecco Pasquale di ritorno in studio con i suoi esami. L'eco mostrava un fegato a struttura finemente disomogenea con tralci fibro-cicatriziali, margine inferiore di aspetto 'seghettato' ed ipertrofia del lobo caudato, iniziale splenomegalia e una vena porta di diametro aumentato (13mm). Era presente inoltre una lieve quota di versamento libero in cavità addominale.

Le transaminasi e gli indici di colestasi (AST 95, ALT 89, GGT 100) modicamente alterati, l'albuminemia piuttosto bassa (2,53 g/dl) a fronte di un'ipergammaglobulinemia (2.60 g/dl). E poi c'era l'ammonio che cominciava a salire, come temevo. Era 95 micr./dl.

L'ultima neve di primavera

La cirrosi di Pasquale iniziava evidentemente a scompensarsi.

Gli prescrissi antagonisti dell'aldosterone, rifaximina e lattulosio: la solita trafila farmacologica destinata a subire la penosa altalena di dosaggi caratteristica di questa malattia, ma soprattutto gli parlai molto chiaramente della gravità del suo quadro clinico.

«Pasquale, se non smetti di bere subito e completamente tu muori in pochissimo tempo».

«No! Dottore, lo so!»

«Non sto scherzando, Pasquale, devi promettermelo solennemente!»

«No! Dottore, se prometto, prometto!»

Passò del tempo. Gli esami andarono di male in peggio. L'albumina scendeva, l'ammonio saliva, iniziai a indovinare l'esordio di quel brutto processo che dispaia le membra finché 'l viso non risponde a la ventraia.

La madre di Pasquale mi assicurava, piangendo in silenzio, che suo figlio continuava a rimanere astemio. «Questa volta è stato di parola. Non tocca più un goccio di vino da quando lei glielo ha ordinato, povero figlio mio. Si vede che ormai il danno era fatto!»

E così passò ancora del tempo.

Un giorno, era ormai primavera inoltrata, la neve inaspettatamente aveva coperto durante la notte tutto il paese ed i monti intorno. E continuava a cadere abbondante ancora in tarda mattinata quando, interrompendo il giro delle visite domiciliari, decisi di fermarmi a prendere un caffè. Entrai nel vecchio bar del paese, e il campanello sollecitato dall'apertura della porta richiamò l'attenzione dell'unico avventore presente al bancone, il quale si voltò lentamente.

Lo sguardo di un piccolo gufo arruffato e sofferente si fissò su di me con uno scatto improvviso, cui seguì un lungo istante di completo silenzio, di assoluta immobilità. Pasquale, o ciò che rimaneva di lui, se ne stava fermo in mezzo alla sala. Nella mano tremante un bicchiere colmo della sua amata 'Sambuca', il mignolo appena sollevato. Poi all'improvviso si scosse, distese un poco le penne scoprendo un collo esageratamente sottile e spalancò ancor più i grandi occhi.

«No! Dottore… Fiocca!...Tocca bere!»

Sorrisi. Ordinai il mio caffè e fianco a fianco, in silenzio, ci godemmo dalla finestra del locale lo spettacolo di quella nevicata stupenda.

Emilio Merletti

Granuli di OMEOPATIA

"Quando si agisce in conformità di questi stessi principi, quando il medico abbia acquisito sufficiente dimestichezza con la dottrina medica ed abbia imparato ad applicarla con intelligenza, allora si troverà a percorrere una strada ricca di soddisfazioni che gli frutterà l'amicizia ed il rispetto dei suoi pazienti. Per di più questo medico godrà di tutti i vantaggi di una coscienza pulita: una vita onesta ed irreprensibile. Non merita fiducia il medico che non sa cosa sia una vita retta."

James Tyler Kent

L'omeopatia approdò in Occidente attraverso Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Meißen, 10 aprile 1755 – Parigi, 2 luglio 1843), medico della Sassonia che sperimentò su se stesso gli effetti della corteccia di china, utilizzata per guarire dalla febbre malarica. Hahnemann per diversi giorni prese due dracme (25,5 g) di china due volte al giorno e notò che:

I piedi, la punta delle dita…prima si raffreddarono, ero fiacco e stanco, poi il cuore cominciò a pulsare, il polso era duro e veloce, c'era un'angoscia insopportabile, un tremore (ma senza brividi) e una fiacchezza in tutte le membra, poi sentii battere la testa, rossore alle guance, sete, in breve tutti i sintomi della febbre intermittente tipica della malaria apparvero l'uno dopo l'altro, ma senza brividi febbrili veri e propri. […] Questo parossismo durava due – tre ore ogni volta e si rinnovava ripetendo la somministrazione; smisi e vidi che ero guarito.

Questo metodo sperimentale, basato sulla regola della similitudine – *Similia similibus curentur* – fu chiamato dal dott. Heinmann **'Sperimentazione farmacologica**

omeopatica o patogenesia'. Gli studi e le ricerche di Heinmann furono pubblicati per la prima volta nel 1810, nel testo *The Organon of the Healing Art*, Organon dell'arte di guarire.

Grande studioso delle teorie di Hahnemann fu James Tyler Kent (1849-1916) che fece approdare l'omeopatia in America. A lui si deve la stesura del *Repertory on Homeopathic Materia Medica*, che ha avuto 4 edizioni, dal 1904 al 1932, tradotte in varie lingue. Sicuramente, insieme all'Organon di Hahnemann, è il testo più autorevole nel quale vengono analizzati i vari rimedi – cioè i farmaci – con associati sintomi ed effetti collaterali (aggravamenti) e interazioni, il tutto rispettando il principio della similitudine e valutando accuratamente come il sintomo può avere diverse manifestazioni a secondo dell'individuo, perché 'ognuno fa la sua malattia'.

Agli inizi degli anni '50 Hans-Heinrich Reckeweg (Herford, Vestfalia, 9 maggio 1905 – Baden-Baden, 13 giugno 1985) costruisce un ponte tra l'Omeopatia e l'Allopatia attraverso l'**Omotossicologia** o Omeopatia anti-Omotossica, basata sullo studio dei fattori tossici per l'uomo, chiamati omotossine, identificati come cause di tutte le malattie. In pratica, l'organismo è in equilibrio in un sistema di flusso di tossine esogene ed endogene. Quando una tossina diventa particolarmente aggressiva, l'organismo reagisce innescando un meccanismo di difesa: la malattia, la cui entità e durata è legata all'aggressività della tossina, ma soprattutto alla reattività individuale. 'Ognuno fa la sua malattia'.

A partire dal 1970, grazie a studi di Fisiologia e di Biologia Molecolare, l'Omotossicologia si pone come Medicina basata sull'evidenza e coinvolgente tutti i sistemi difensivi dell'organismo e, quindi, le reazioni alle malattie sono inserite nell'asse PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia) che fa assumere una visione sempre più olistica dell'individuo fino ad arrivare alla Low Dose Medicine, in cui viene curato l'Uomo e non la malattia.

Da Hahnemann a Reckeweg, e fino alla **Low Dose Medicine**, l'approccio al paziente è quello che ogni medico ha: Semeiotica, Diagnosi, Scelta della strategia terapeutica, Scelta farmacologica. La scelta è rivolta alla cura ed alla risoluzione della malattia e può essere, come sempre accade, frutto anche di più farmaci, allopatici ed omeopatici. La terapia omeopatica ed omotossicologica, da Hahnemann ad oggi, è sempre stata una scelta terapeutica volta a favorire il benessere dell'individuo, una scelta che definirei collaborativa e non esclusiva. Una terapia che rafforza le difese immunitarie per una migliore risposta sia alla malattia sia alla stessa terapia allopatica.

Giovanna Rizzitiello

"Perdete l'abitudine di ritenere falso ciò che ignorate
e non continuate a limitare le vostre conoscenze."

L. Vannier

Commenti in Cornice

The Gross Clinic

Thomas Eakins - olio su tela, 1875
240x200 cm, Philadelphia Museum of Art, Philadelphia

Quest'opera, ambientata nell'anfiteatro chirurgico del Jefferson Medical College di Philadelphia, rappresenta la medicina come teatro didattico.

In primo piano il settantunenne Dr. Samuel Gross con il bisturi ed i suoi assistenti intenti ad intervenire sulla coscia di un paziente affetto da osteomielite, mentre sulla sinistra il Dr. Franklin West prende appunti sull'operazione. Più in basso a sinistra, spaventata ed inorridita, la madre del paziente si copre il volto.

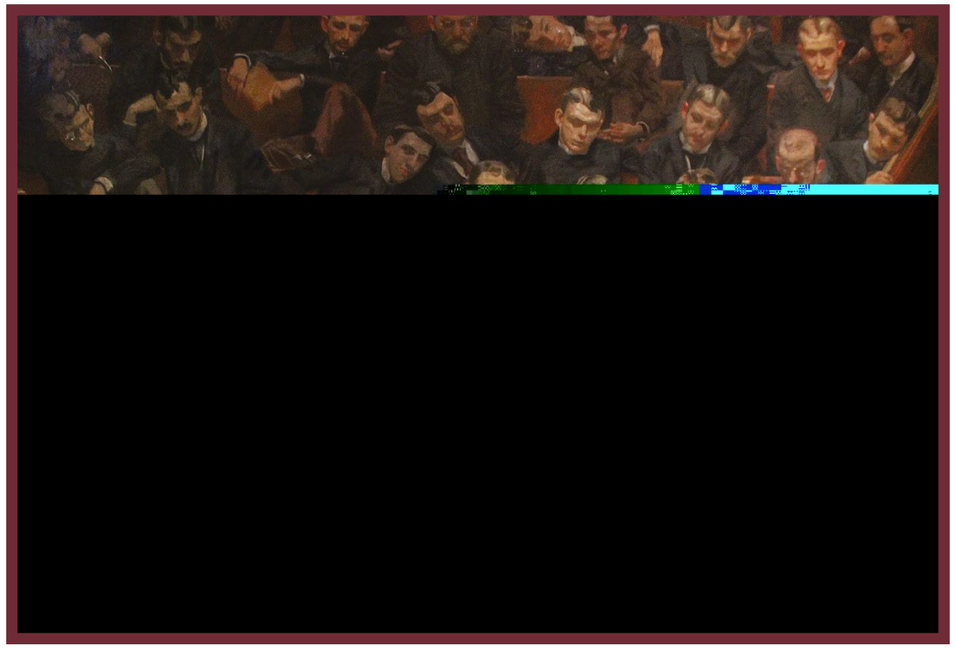
L'autore Thomas Eakins (1844-1916), che aveva frequentato i corsi di anatomia presso il Jefferson Medical College, si inserisce come uno degli studenti dell'anfiteatro, e possiamo riconoscerlo nella figura con maniche bianche sul lato destro della ringhiera. La procedura è innovativa, in quanto l'intervento chirurgico ha ora un intento terapeutico, rispetto alla pratica sino ad allora eseguita dell'amputazione. Nella composizione i chirurghi dell'epoca indossano ancora cappotti di cotone scuro, che saranno a breve sostituiti da abiti bianchi.

Eakins, al ritorno dall'Europa, dove aveva completato la sua formazione artistica, si dedicò alla pittura del proprio ambiente con ritratti e paesaggi caratterizzati da intenso realismo, con preciso senso della luce e del colore. Nel 1876, in occasione della Mostra per il Centenario di Philadelphia, l'artista sperava, attraverso questo dipinto, di impressionare il pubblico della sua città natale, ma la giuria artistica rimase così scioccata dalla realistica rappresentazione del soggetto, ed in particolare dalla rappresentazione dell'incisione chirurgica e della mano insanguinata del dottor Gross, che rifiutò di esporre il lavoro. Venne esposto invece nell'ala dedicata al US Army Post Hospital, con grande delusione del pittore, che rimase con il desiderio di un riconoscimento più prestigioso.

Efram L. Burk

The Agnew Clinic

Thomas Eakins - olio su tela, 1889
214x300 cm, edificio di John Morgan presso l'Università della Pennsylvania, Philadelphia



Quattordici anni dopo, Eakins tornò ad affrontare il tema della chirurgia in un'altra e più grande opera, commissionata dagli studenti dell'Università della Pennsylvania, per onorare il pensionamento, dopo ventisei anni di servizio, del dottor David Hayes Agnew.

L'artista impiegò novanta giorni per la realizzazione e ricevette un compenso di 750 dollari, equivalenti a circa 20.000 dollari odierni.

Il medico viene raffigurato in piedi in un recinto, un passo indietro rispetto a dove si svolge l'operazione, mentre si rivolge, bisturi alla mano, agli assistenti, intenti ad eseguire una mastectomia parziale. Gli spettatori medici, tutti identificabili per nome, così come l'infermiera Mary Clymer, osservano l'intervento in semioscurità e, come nella Clinica Gross, anche qui l'artista si rappresenta come uno studente, nella figura dietro l'infermiera, anche se probabilmente fu sua moglie, l'artista Susan Macdowell Eakins, a ritrarlo. Intorno al telaio il pittore incise una iscrizione in latino «D. Hayes Agnew, MD. Il chirurgo più esperto, lo scrittore e maestro più chiaro, l'uomo più venerato e amato».

Questo dipinto offre una prospettiva completamente nuova rispetto alla Clinica Gross. Infatti i medici non indossano più abiti scuri, ma bianchi, rendendo un maggior senso di igiene, nonostante ancora non indossino maschere o guanti chirurgici. Il bisturi e gli abiti del dottor Agnew mostrano poco sangue, mentre l'anestesista utilizza un cono di etere anziché un panno. La preoccupazione e la crudezza raffigurate nella Clinica Gross hanno lasciato il posto al distacco ed alla professionalità, mentre l'atto chirurgico diviene una rappresentazione naturalistica e del tutto teatralizzata.

Benché quest'opera sia un mirabile esempio di realismo scientifico, con un rendering quasi fotografico, ancora una volta fu accolta da pareri controversi, nonostante il gradimento espresso dallo stesso Agnew e dai suoi allievi. Probabilmente la figura femminile parzialmente nuda, anche se in un anfiteatro medico, non fu ben accetta, tant'è che il lavoro subì critiche superiori a quelle ricevute per la Clinica Gross e fu rifiutato prima dall'Accademia di Belle Arti della Pennsylvania nel 1891 e poi, l'anno successivo, anche dalla New York's Society of American Artist. Quando infine, nel 1893, fu pubblicamente esposta a Chicago, alla Mostra Mondiale Colombiana, anche in quel caso fu aspramente criticata.

Efram L. Burk

In memory of George Burk:
artist, painter, sculptor, teacher, mentor, father and friend.

una ricerca utilizzando la PET e la fRMI in fase diagnostica su pazienti depressi farmaco resistenti. Il trattamento tramite DBS (Deep Brain Stimultion) dell'area del giro del cingolo CG25. La DBS è una tecnica di stimolazione chirurgica del Nucleo subtalamico di Luys e di altri nuclei nella malattia di Parkinson quando, dopo molti anni, L-dopa e i dopaminoagonisti non risultano più efficaci. Grazie ad una tecnica di stimolazione analoga, impiantando degli elettrodi nell'area CG25, gli autori canadesi sono riusciti a far regredire la malattia nei pazienti depressi, a migliorare la loro qualità di vita e a far ritrovare loro una percezione dei colori attinente alla realtà.

Altro autore a cui far riferimento è **Vincent Van Gogh**. Nato in Olanda nel 1853, si suppone che subì una lesione cerebrale in epoca perinatale o neonatale, ma non esiste in proposito una documentazione certa. Comunque soffrì di epilessia del lobo temporale (TLE). Sembra che l'autore, oltre alla lesione subita alla nascita, fosse solito assumere assenzio, una bevanda tossica molto in uso negli artisti dell'epoca. È stata avanzata anche l'ipotesi che il pittore potesse soffrire di intossicazione da digitale, un farmaco usato all'epoca per curare l'epilessia e sempre secondo questa ipotesi proprio l'intossicazione subita da questa sostanza influì sulle sue scelte cromatiche in ambito pittorico. L'ossessione per i toni gialli e verdi, la presenza di aloni intorno agli oggetti, sono stati interpretati come segni da intossicazione dalla digitale.

Pur presentando disturbi a carico del tono dell'umore e del comportamento, l'artista era sconvolto dalla sua malattia e dall'imprevedibilità dei correlati episodi critici, che era convinto lo avrebbero portato al decesso. Numerosi sono i quadri che lasciano spazio all'interpretazione, a riflessioni sull'ossessività dei suoi colori e dei suoi tratti pittorici, ma solitamente si fa riferimento al *Campo di grano con volo di corvi* (1890 - **Figura 2**). Qui trova sostanza il discorso cui si accennava all'inizio dell'articolo, ovvero la proiezione del proprio stato d'animo sulla realtà. Il cielo è di un colore blu carico, a simboleggiare il turbamento interiore che si trasmette alla natura. Al di sotto di un confine netto, sta il campo di grano. A differenza che in altri quadri dello stesso autore – uno su tutti, *Campo di papaveri* (1889) – questo campo

Fig. 2 - *Campo di grano con volo di corvi*

di grano non trasmette la serenità della campagna, poiché 'ferito' da una strada che va verso il nulla. Una strada 'obbligata', che porta alla fine della coscienza, e quindi verso la morte, rappresentata simbolicamente dai corvi.

Ci troviamo di fronte a una pittura materica in cui la densità del colore sembra corrispondere a stati d'animo profondamente alterati. È un quadro, questo, che rappresenta per Van Gogh il testamento spirituale: si toglierà la vita proprio nel 1890.

La conclusione di questo articolo è dedicata ad alcune riflessioni sull'arte contemporanea. Nell'orizzonte della storia di inizio '900 accade qualcosa di straordinario. A seguito del verificarsi di determinati eventi, maturano delle convinzioni, delle teorie, che solleticano il fiuto degli artisti. In particolare: tra il 1859 ed il 1869, Darwin formula la teoria evoluzionistica delle specie animali; nel 1901, Sigmund Freud – allievo di Charcot alla Salpetriere – pubblica *L'interpretazione dei sogni* e squarcia il velo sull'inconscio; nel 1915, Albert Einstein formula la teoria sulla relatività.

Nell'arte avvenne un vero e proprio 'cambiamento di paradigma'. Siamo nell'anno 1917 quando negli Stati Uniti viene creata la Society of Indipendent Artists. Marcel Duchamp faceva parte del direttivo di questa società. Alla mostra organizzata dall'associazione poteva partecipare chiunque avesse da proporre due opere, e previo pagamento di sei dollari. Duchamp partecipò in incognito con l'opera *Fontana* (1917 - **Figura 3**). Si trattava di un orinatoio firmato con lo pseudonimo 'R. Mutt'. Nasceva cosi il *ready-made*. Sulla rivista 'The Blind man' lo stesso Duchamp, fingendo di difendere l'ignoto autore, scrisse: «Non è importante se Mr. Mutt abbia fatto Fontana con le sue mani o no. Egli l'ha SCELTA. Egli ha preso un articolo ordinario della vita di ogni giorno, lo ha collocato in modo tale che il suo significato d'uso è scomparso sotto il nuovo titolo e il nuovo punto di vista, ha creato un nuovo modo di pensare quell'oggetto». Insomma, Duchamp crea una sorta di provocazione con la quale conduce, obbliga l'osservatore a 'pensare'. Ciò è ancor più evidente ne *La Joconde* (1919 - **Figura 4**).

Fig. 3 - *Fontana*

Scriverà Benito Oliva, ancora sul *ready-made*: «L'oggetto bello e fatto, riconosciuto prelevato e spiazzato dalla sua funzione corrente per essere immesso in un *campo di intensità*, che è quello dell'arte. L'*objet trouvè* acquista uno statuto altro mediante il gesto di cleptomania mentale eseguito dallo artista che utilizza l'oggetto quotidiano per una pratica tutt'altro che quotidiana, quella dell'immaginario» (Bonito Oliva).

L'arte contemporanea, dunque, esalta il ruolo dell'osservatore, facendoci capire quanta parte attiva svolga il sistema nervoso non solo nella percezione dell'opera, ma anche nel completamento del processo

creativo. Possiamo ben dire che esiste una sorta di trittico contemporaneo: artista, opera, pubblico. Qui di seguito vengono riportate alcune frasi tratte da interviste a Duchamp.

«A me interessavano le idee, non soltanto i prodotti visivi. Volevo riportare la pittura al servizio della mente»

«Di fatto fino a cento anni fa tutta la pittura era stata letteraria o religiosa: era stata tutta al servizio della mente».

«La pittura non dovrebbe essere solamente retinica o visiva; dovrebbe aver a che fare con la materia grigia della nostra comprensione invece di essere puramente visiva».

«Gli ultimi cento anni sono stati retinici. Sono stati retinici perfino i cubisti. I surrealisti hanno tentato di liberarsi da questo e anche i dadaisti, da principio».

«Io ero talmente conscio dell'aspetto retinico della pittura che, personalmente, volevo trovare un altro filone da esplorare».

Abbiamo visto i meccanismi elementari del processo di visione, i processi di astrazione messi in essere dalla corteccia cerebrale, la costanza percettiva e la costanza cromatica, il concetto ereditario di colore, i percorsi dall'esterno verso l'interno e dal nostro cervello verso la realtà nel processo creativo dell'opera d'arte e nella comprensione della medesima. Abbiamo esaminato le strategie che l'artista utilizza, gli interrogativi che l'opera

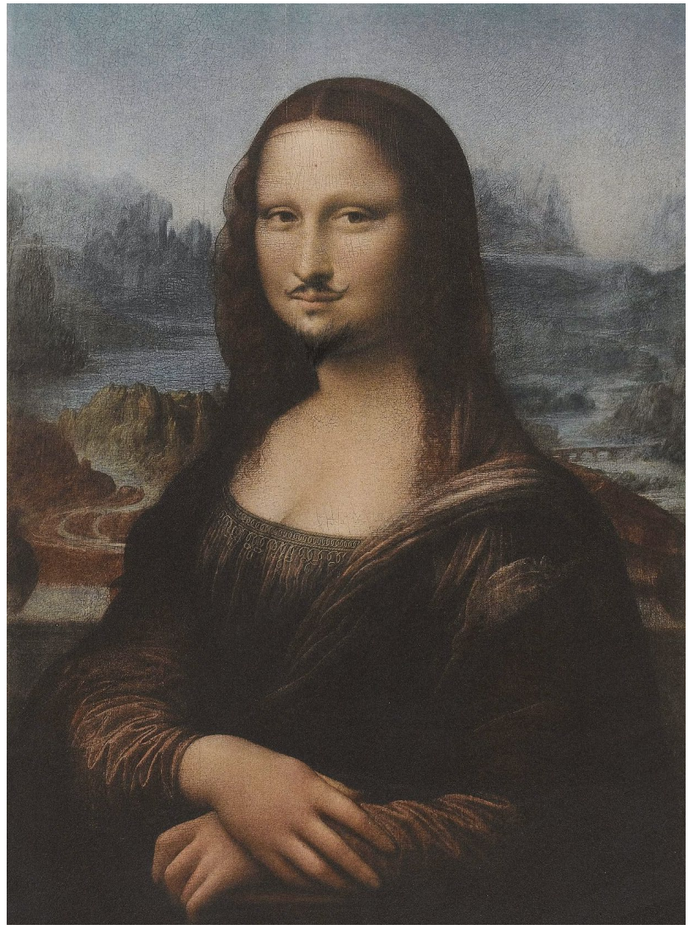


Fig. 4 - *La Joconde*

d'arte ci pone, il gioco tra stimoli costanti e stimoli ambigui. Abbiamo ancora visto attraverso scarni esempi come l'artista fa parlare le proprie opere e l'importanza e la suggestione dell'autoritratto, ma alla fine, anche grazie alle esperienze dell'arte contemporanea, non siamo solo emozionati o emozionabili, ma attraverso l'arte siamo spinti, sempre di più, a pensare.

Alfredo La Cara

Assistenza Sanitaria e Stato sociale
Un nuovo PARADIGMA?
(Terza Parte)

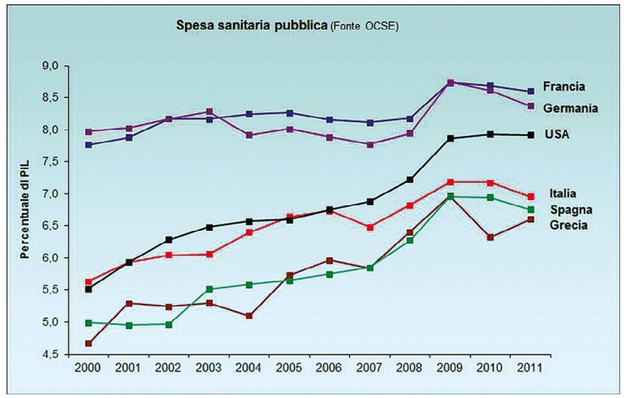
UN NUOVO PARADIGMA?

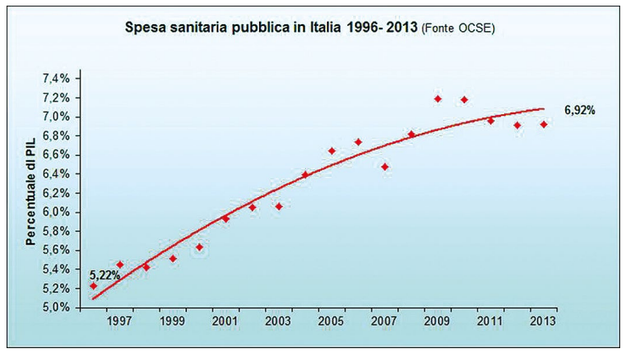
Nel 2008 tutte le contraddizioni del neo-liberismo esplodono in una crisi epocale che stiamo tuttora vivendo e dalla quale stentiamo a venir fuori per l'assenza di una visione alternativa che sia credibile in quanto economicamente sostenibile. Le teorie dello Stato minimo si sono rivelate fallaci ed il ruolo salvifico del mercato non si è visto. Con l'avvento del reaganismo ha prevalso una teoria, quella definita neoclassica, basata sul principio che in un regime di concorrenza perfetta la massimizzazione dell'utilità individuale si traduce in ottimizzazione dell'utilità sociale. La realtà si è incaricata di dimostrare che anche e soprattutto in ambito sanitario intervengono potenti fattori di distorsione che alterano profondamente la corretta dinamica concorrenziale. Un fattore in particolare: l'asimmetria informativa.

I meccanismi di distorsione hanno reso alquanto aleatoria la massimizzazione dell'utilità sociale e in sostanza la politica dell'efficienza, sia nei Paesi che impegnavano più risorse che in quelli che ne utilizzavano meno, non ha nemmeno ridotto la spesa sanitaria pubblica. Al massimo ha contribuito a rallentarne la crescita come sembra essere accaduto in Italia, ma solo negli ultimi anni. Si è visto che il prezzo pagato in termini di equità è stato alto. Di fronte a queste evidenze è iniziata una profonda riflessione sulla direzione che l'assistenza sanitaria dovrebbe assumere.

Una certa attenzione è stata dedicata al rapporto tra stato di salute e crescita economica. Rapporto che è evidentemente bidirezionale: da un lato un reddito più elevato sembra garantire uno stato di salute migliore; dall'altro un migliore stato di salute aumenta il livello del capitale umano ed incrementa la produttività con importanti riflessi positivi sia sul PIL pro-capite che sul PIL globale. Per lungo tempo, come riflesso di una cultura sensibile al 'sociale', si è studiato solo il primo aspetto, mentre già a partire dai primi anni 2000, in conseguenza di un approccio più sensibile alla sostenibilità economica dei sistemi, si è iniziato ad analizzare anche il secondo. Oggi è opinione diffusa che la correzione dei fattori che generano ineguaglianze di salute sia necessaria non solo allo scopo di eliminare forme intollerabili di ingiustizia sociale ma anche al fine di promuovere una maggiore crescita economica. In altri termini molti giudicano ormai ineludibile, proprio dal punto di vista economico, l'adozione di politiche sanitarie ispirate ai criteri dell'equità intesa sia in senso orizzontale (eguali livelli di assistenza a popolazioni che hanno eguali bisogni), sia in senso verticale (assistenza diversa a popolazioni che hanno bisogni diversi).

Queste tematiche, nelle quali la questione dei diritti si mescola a quella economica, non sono certo estranee alla decisione del governo americano di varare una riforma sanitaria di grande portata. Voluta da Obama nel 2010 ed entrata in vigore nel 2014, la riforma è considerata il segno inequivocabile della volontà del governo americano di riprendere la strada di programmi di assistenza finalizzati alla correzione delle profonde disuguaglianze sociali che caratterizzano tuttora la società statunitense. Già a distanza di pochi mesi, si è registrata una riduzione importante della proporzione di cittadini





universalistico dell'assistenza sanitaria era legata al principio che la tutela della salute fosse un diritto che lo Stato doveva garantire. Oggi, un ulteriore sviluppo appare in qualche modo legato all'aspetto complementare del dovere che caratterizza il diritto alla salute. Nel 2012 la Corte Suprema americana ha rigettato il ricorso contro la riforma sanitaria di Obama che era stato proposto da ben 26 Stati americani sulla base del principio che i cittadini non potevano essere obbligati a comprare un'assicurazione. La Corte Suprema, pure a maggioranza conservatrice, ha respinto il ricorso ritenendo che la salute è un diritto-dovere e non un bene di consumo.

Ulteriori studi sono necessari per precisare meglio l'impatto della sequenza causale: eliminazione delle iniquità, miglioramento dello stato di salute, crescita economica. Se tale impatto dovesse rivelarsi 'redditizio', allora tutta la politica sanitaria dovrebbe essere rivista alla luce di un nuovo paradigma. Investire risorse sulla sanità pubblica potrebbe rivelarsi particolarmente conveniente. Sempre che la politica sia capace di strategie di lungo termine e non si impantani nelle tattiche di corto respiro.

privi di assicurazione sanitaria, in particolare negli strati socialmente più vulnerabili. La svolta epocale voluta da Obama ha spinto alcuni osservatori a prevedere addirittura un inevitabile futuro socialdemocratico dell'America.

A prescindere dalle etichette – a giudizio dell'autore, Obama si colloca pienamente nella tradizione americana democratica e liberal – non c'è dubbio che oggi gli Stati Uniti sembrano aver assunto la leadership mondiale di una politica di espansione dello stato sociale che investe anche l'ambito sanitario. E questo perché proprio negli USA si vanno affermando approcci nuovi alla questione dell'assistenza sanitaria. Si è detto che nel secondo dopoguerra, nel periodo che va dal 1948 al 1978, l'estensione in senso

Carlo De Luca

FARE SPORT

Fenomeno sociale e sanitario emergente

LA CULTURA DEL 'MOVIMENTO'

Attività come correre, passeggiare, sciare, nuotare, cavalcare, andare in bicicletta, veleggiare, oppure leggere un libro, visitare città o musei…dovrebbero rappresentare per l'uomo moderno, inteso nella propria interezza, un impegno quotidiano da onorare in base alle proprie disponibilità.

I mari, le montagne, le colline e le campagne, per le peculiarità climatiche possedute e per le regole di vita abituali, non rappresentano soltanto ambienti alternativi alla città, ma sempre più spesso il luogo dove è possibile impegnarsi in sollecitazioni fisico-motorie ed intellettive nuove e inconsuete. Essendo cambiato radicalmente il concetto di salute, che è oggi inteso come benessere globale, è cambiato anche il concetto di riposo e di svago, il tutto all'impronta del dinamismo. Molto spesso le vacanze che vengono programmate durante l'arco dell'anno rappresentano l'unica occasione per creare e sollecitare adattamenti specifici di qualità morfo-funzionali ed estetico-intellettuali che non possono essere realizzate in altri periodi dell'anno, a causa dei troppo spesso travolgenti impegni quotidiani.

È per questo motivo che la ricerca di momenti di relax fisico-mentali non costituiscono solo il perseguimento di soddisfazioni edonistiche per la riscoperta di valori corporei, ma anche e soprattutto l'adattamento progressivo, e costante nel tempo, di un nuovo concetto legato al muoversi e al movimento, inteso come conoscenza dei propri limiti e capacità. L'era moderna, sempre più tecnologica, inevitabilmente ci allontana dalla consapevolezza del proprio corpo, e le uniche proiezioni esterne di esso, purtroppo, si estrinsecano esclusivamente nell'applicazione mentale intesa come lavoro intellettuale. Lo sport quindi rappresenta per molti di noi l'unico mezzo per una nuova coscienza del corpo.

Dai dati pubblicati recentemente dal Censis è emerso che in Italia vi sono circa 95.000 punti di offerta sportiva – 1 ogni 630 abitanti – e tale rapporto rappresenta la più estesa e ramificata rete commerciale nel contesto in cui viviamo, superiore al numero di tabaccherie, banche, farmacie, ospedali, medici di famiglia, scuole, strutture religiose, ecc. Inoltre, il numero dei praticanti l'attività fisico-motoria, ai diversi livelli, ha raggiunto i 34 milioni di unità. Tali dati incontrovertibili sono un invito alla riflessione sul valore sociale e quindi sanitario, intellettuale ed economico, di tale fenomeno, che ormai caratterizza la nostra realtà.

LA CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE SECONDO IL PROF. A. DAL MONTE

La classificazione delle attività sportive più utilizzata in Italia è quella del Prof. A. Dal Monte, che si basa sulle sorgenti energetiche utilizzate nel lavoro muscolare e sulle caratteristiche biomeccaniche proprie dei gesti sportivi delle singole discipline sportive. Secondo Dal Monte, dunque, le

attività sportive si dividono in sei gruppi:

1. Attività prevalentemente aerobiche o di resistenza(scidifondo,marcia,maratona,ciclismo,canottaggio) Sono discipline la cui durata è superiore ai 4 minuti. In esse si attuano movimenti dinamici per la massima parte della prestazione, la cui intensità non è superiore alla quantità di rifornimento energetico aerobico veicolato alla muscolatura scheletrica dagli organi cardio-vascolo-polmonari. Lo sviluppo di tali organi svolge un ruolo decisivo, facendo pervenire la maggiore quantità di ossigeno per la produzione di energia contrattile. Tali discipline richiedono contrazioni muscolari isotoniche di intensità moderata e prolungata nel tempo.

2. Attività ad impegno prevalentemente anaerobico (ad esempio le gare di velocità in atletica leggera) Presentano una durata di circa 20-45 secondi e sono limitate dalla quantità di debito lattacido che l'atleta può contrarre. Infatti, in assenza di ossigeno, la degradazione del glicogeno (come fonte energetica) si arresta formando acido lattico e, qualora l'esercizio fisico è protratto, esso si accumula e determina fatica muscolare.

3. Attività ad impegno aerobico anaerobico massivo (ad esempio 100 e 200 metri nel nuoto) Includono gli sport i cui movimenti richiedono grande potenza dell'apparato cardiovascolare e grande capacità di sopportare elevati tassi lattacidemici la cui durata è compresa tra i 40 secondi e i 4 minuti.

4. Attività ad impegno aerobico anaerobico alternato Tipicamente si presentano negli sport di squadra in cui le fasi di riposo si alternano a fasi aerobiche, subaerobiche ed anaerobiche (ad esempio calcio, pallavolo, pallacanestro, tennis).

5. Attività di potenza (sollevamento pesi, lanci, salti) – Sono caratterizzate dalla capacità dell'atleta di imprimere grandi accelerazioni, sovente contro gravità, a determinate masse, attuando contrazioni di tipo statiche, brevi e violente. In questi casi il metabolismo energetico è anaerobico alattacido, ossia utilizza i fosfageni muscolari (fosfocreatina e ATP) come fonte energetica immediata (per la loro bassa concentrazione si esauriscono rapidamente).

6. Attività di destrezza (ad esempio sci alpino, snowboard, ginnastica, tiro a segno, pilotaggio, tuffi) Sono discipline sportive caratterizzate da sollecitazione degli apparati neurosensoriali, per la precisione tecnica richiesta nell'esecuzione del gesto atletico (atti motori estremamente fini e precisi) associate ad impegno muscolare più o meno rilevante (posturale o direzionale).

LA CORSA: ANTICA ESPRESSIONE DELL'UOMO

La corsa può essere definita come l'espressione umana della forza, della potenza e del dinamismo, e quindi si accosta necessariamente al concetto di velocità: 'correre il più forte possibile'. Dai 100 metri piani alla maratona, il binomio velocità-resistenza si fondono per dar luogo ad una espressione unica: resistere alla velocità, ossia adattarsi a prolungare il più possibile nel tempo e nello spazio lo sforzo dell'incedere al massimo delle possibilità. In questa ottica deve essere vista la corsa nell'agonismo, sia nelle gare brevi, sia in quelle di lunga durata. Nel settore amatoriale, invece, la corsa si estrinseca in diverse espressioni: la marcia, la marcia-corsa, il jogging, il fitwalking, l'interval-training, il trotterellare, il fartlek, il nordik walking, ecc.

LA RESISTENZA: QUESTIONE DI 'ADATTAMENTI'

Per definire in maniera semplice e completa il concetto di resistenza, essa deve essere vista come la «capacità di mantenere costante nel tempo una certa prestazione dopo aver fornito un consistente lavoro muscolare, tenendo lontana il più possibile qualsiasi forma di fatica». Affinché ciò avvenga, nell'organismo dell'atleta si devono produrre delle modificazioni (adattamenti) tali da realizzare prestazioni fisiche sempre migliori e via via superiori, purché lo stimolo allenante (alla resistenza o alla forza-velocità) sia efficace e quindi specifico.

Volendo approfondire il discorso sugli adattamenti, essi sono modificazioni fisiologiche morfo-funzionali di uno o più organi o apparati dell'organismo, come conseguenza di uno stimolo allenante costituito dalla pratica regolare e costante di un'attività sportiva e dipendono dall'intensità, dalla frequenza e dalla specificità del carico di lavoro utilizzato. La sospensione dell'attività sportiva comporta una regressione di tutti gli adattamenti. In linea generale si riscontreranno adattamenti prodotti dall'allenamento alla resistenza, oppure dall'allenamento alla forza-velocità. Di seguito, un elenco delle diverse tipologie di adattamenti.

• Adattamenti cardiocircolatori

o Ipertrofia cardiaca (negli sport di resistenza aumenta la cavità ventricolare e negli sport di potenza aumenta la parete ventricolare)

o Bradicardia da vagotonia relativa

o Aumento della gittata sistolica da migliore contrazione cardiaca

o Aumento del volume del sangue e dell'emoglobina

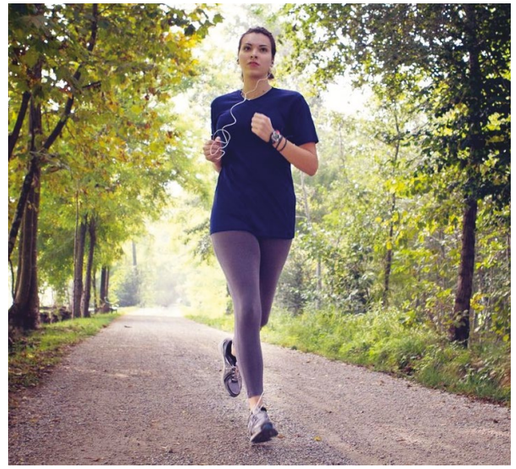
o Aumento della capillarizzazione muscolare (quantitativa e qualitativa)

• Adattamenti respiratori

o Aumento della massima ventilazione durante lo sforzo

o Maggiore diffusione dei gas respiratori

o Migliore efficienza ventilatoria



• Adattamenti biochimico-ultrastrutturali del muscolo

Nei muscoli ritroviamo due diversi tipi di fibre:

o Fibre muscolari a contrazione lenta (intervengono con meccanismo aerobico)

o Fibre muscolari a contrazione rapida (veloci e potenti). Queste ultime a loro volta sono di due tipi: rapide glicolitiche (tipo A) e rapide ossidative glicolitiche (tipo B) con componente aerobica.

• Modificazioni anaerobiche del muscolo

o Incremento delle riserve e dell'utilizzo dei fosfati (ATP e CP) (per aumento della massa muscolare)

o Aumento delle attività enzimatiche lattacide e alattacide

• Modificazioni aerobiche del muscolo

o Aumento della concentrazione della mioglobina

o Maggiore utilizzo del glicogeno (per aumento delle riserve muscolari e dei mitocondri cellulari)

o Maggiore utilizzo dei grassi con risparmio di glicogeno (diminuzione del grasso corporeo per trasformazione in fonte energetica)

• Altri adattamenti rispetto ai sedentari

- o Ottimizzazione dei meccanismi di termoregolazione
- o Diminuzione della produzione di acido lattico
- o Minore frequenza cardiaca a parità di carico di lavoro
- o Aumento della VO2 max
- o Aumentata efficacia dell'immunoregolazione
- o Aumento delle pompe cellulari sodio-potassio

È importante che i processi di adattamento siano avviati già nei bambini e nei giovani. A tal proposito, l'attività ludico-ricreativa va intesa come un «processo a lungo termine proiettato verso lo sviluppo e l'incremento di alcune caratteristiche psico-fisiche decisive ad ottenere alte prestazioni per ogni specifica disciplina sportiva nelle età successive» (C. Vittori).

Per attuare ciò, condizione necessaria è la crescita di tutte le caratteristiche fisiche (e psichiche) di base, affinché vengano assicurate ed assecondate le esigenze della crescita, sviluppo e maturazione del bambino, proponendogli, inizialmente, un'ampia gamma di esperienze motorie.

MENS SANA IN CORPORE SANO. Quale valore attuale?

«Allora, se qualcosa vuoi chiedere ai numi...devi pregarli che ti diano una mente sana in un corpo sano!» (Sat. X, vv. 355-356)

E ancora:

«Chiedi un animo forte, che non tema la morte, che ponga la lunghezza della vita come l'ultimo dono di natura, corruzione degli animi che sappia tollerare qualunque fatica, che ignori collera, non abbia desideri, e preferisca le dure fatiche di Ercole, i suoi travagli, agli amori lascivi, alle cene e alle piume di Sardanapalo».

L'autore, Decimo Giungo Giovenale, è stato un poeta latino vissuto a Roma nel I secolo d.C., noto per la sua satira 'indignata', che prende ispirazione direttamente dalla degenerazione dell'umanità che il poeta osserva, in quel periodo, intorno a sé. Accumulo senza scrupoli di potere e denaro, corruzione degli animi e conseguente decadenza dei costumi: queste le tematiche affrontate dal poeta satirico nei suoi scritti sferzanti. La satira decima, da cui è tratta, serve a mostrare, in sostanza, la superbia e la vanità dei beni materiali che gli uomini cercano di conseguire con ogni mezzo: ricchezza, fama e onore. Solo colui che è sapiente si rende conto che tutto ciò è non solo fuggevole, ma anche rovinoso ed effimero e le uniche preghiere da rivolgere alle divinità, che conoscono i bisogni degli uomini, sono la sanità dell'anima e la salute del corpo. Chi non ha una mente saggia difficilmente prenderà la via giusta, chi ha un corpo debole non sarà capace di resistere e procedere su quella via.

Una singola frase, estrapolata dal suo contesto d'origine, può prendere un significato anche molto diverso da quello autentico, a causa della 'visione deformata' che la realtà in cui viviamo ci induce ad usare come metro di giudizio e pensiero.

Chiunque voglia prendersi cura della propria salute, e soprattutto dell'integrità psico-fisica, deve possedere una forte e solida mentalità, tale da considerare la pratica sportiva come abitudine in tutte le sfere della propria vita di relazione: psico-emotiva, mentale, sociale ed anche fisica. Per tali motivi, il significato moderno della frase di Giovenale è quello comunemente conosciuto ed accettato, oltre a quello più diffuso nell'uso comune.

Vi è, infine, una stretta correlazione tra le capacità motorie, mnemoniche ed attentive: un'esempio tra tutte è la pratica sportiva negli atleti diversamente abili, argomento che avremo modo di affrontare successivamente.

Nicola Iacovone

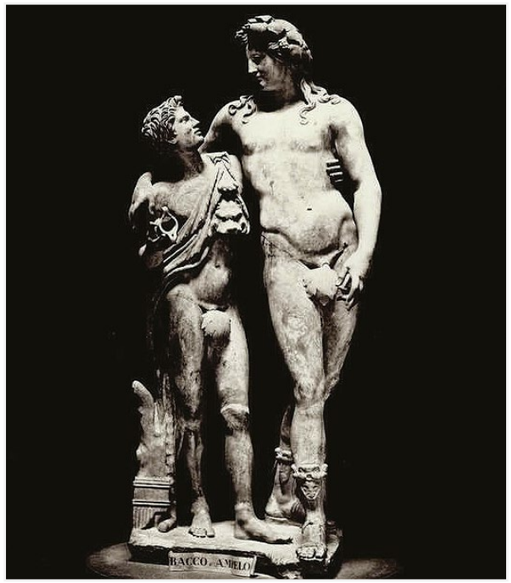
Bianco e Rosso per il tuo CUORE

Secondo la mitologia greca, Ampelo (dal greco antico Αμπελος, 'vitigno, cespo di vite') era un giovane cresciuto giocando ai piedi dei monti frigi, bello di una bellezza disarmante, del quale si innamorò perdutamente Dioniso. Morì accidentalmente, con sommo e divino dolore di Dioniso. Sulla sua morte esistono due versioni, entrambe suggestive.

Nella prima variante, riportata da Nonno di Panopoli, Ampelo morì disarcionato dal dorso di un toro imbizzarrito, e fu poi trasformato in vite, recando agli uomini il dono dionisiaco del vino. Stando a Ovidio, invece, morì cadendo da una vite sulla quale si era arrampicato per cogliere un grappolo d'uva, e Dioniso lo tramutò nella stella 'Vindemiatrix' – in latino 'vendemmiatrice' – della costellazione della Vergine. Dal suo nome deriva anche l'ampelografia, la disciplina che studia, identifica e classifica le varietà dei vitigni.

Anche il termine 'ampeloterapia', dunque, deriva da Ampelo, e va ad indicare un regime alimentare composto da acini o succo di uva. Questo tipo di alimentazione, conosciuta anche come 'dieta dell'uva', è una pratica molto apprezzata da chi vuole fare una dieta disintossicante e depurativa.

L'uva è il classico frutto di fine estate, è caratterizzata da un sapore dolce e da una consistenza soda e succosa, è un frutto estremamente digeribile e rispetto ad altra frutta di stagione è più ricca di zucchero (in



100gr vi sono circa 8g di fruttosio ed 8gr di glucosio) e meno di fibre e vitamine. Ricca di potassio (192mg in 100gr di prodotto circa), contiene inoltre molti antiossidanti polifenolici (quercetina, catechina, epicatechina, antocianoidi e resveratrolo), che sono presenti nei semi e nella buccia. Questi composti fenolici hanno dimostrato di poter incrementare il potenziale antiossidante plasmatico e di migliorare la vasodilatazione endotelio-dipendente. I livelli dei composti fenolici nel vino sono variabili sia a causa della differente provenienza del frutto sia per il processo di trasformazione. Nel vino rosso, ad esempio, si trovano più alte concentrazioni di composti fenolici rispetto al vino bianco, poiché la macerazione sulle bucce, fase iniziale della produzione del vino, avviene solo per i vini rossi, ed il successivo livello di maturazione e invecchiamento porta ad un ulteriore incremento di tali composti.

Gli enologi francesi avevano in passato documentato (2001) come l'introito di catechine variasse a seconda dell'assunzione di vini bianchi secchi (5mg/die), per giungere, attraverso i vini bianchi dolci (4.36), ai vini rossi (31.98), specie la varietà *Grenache* e *Pinot Noir*, fino ai vini bianchi arricchiti di fenoli (66.94). Le tecniche di lavorazione comunque si sono affinate ed anche alcuni bianchi friulani, come la *Ribolla gialla*, il *Friulano*, la *Malvasia* e il *Pinot Grigio*, subendo una parziale macerazione su bucce, hanno mostrato valori di composti fenolici elevati e paragonabili ai vini rossi (2011, European Food Research Thecnology). Con la produzione di vini *blended*, ovvero vini ottenuti attraverso l'unione di più varietà di uva, si è creato una sorta di 'supervino' con alti livelli di polifenoli.

Indubbiamente, pensare di prevenire la patologia cardiovascolare solo con il vino è assolutamente sbagliato. Ma, come sempre…*in medio stat virtus.*

Mara Piccoli

"C'è più filosofia in una bottiglia di vino
che in tutti i libri del mondo."

Ernest Hemingway

La corretta informazione del paziente

Il tema della responsabilità medica è complesso giacché intercetta ambiti svariati di giudizio, ciascuno rilevante di per sé e tutti insieme convergenti a delineare un quadro ricco di sfaccettature.

In origine si alludeva e tuttora principalmente si allude alla responsabilità risarcitoria e penale del medico, quale conseguenza del suo errore; nel prosieguo si è altresì fatto riferimento agli aspetti socio-economici della questione, in relazione sia ai costi del servizio sanitario nel suo complesso, sia al correlato profilo assicurativo per lo svolgimento di un'attività, quale quella medica, denotata da "pericolosità" e fonte di pregiudizio in caso di cattiva pratica.

Da ciò, proseguendo per grandi linee, le conseguenti divagazioni in tema di medicina difensiva, le cui ricadute applicative ingenerano costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica; determinano un rallentamento del generale servizio sanitario per l'ingorgo causato dal numero elevato di prestazioni, richieste dai medici più a protezione propria che del paziente; conferiscono alla relazione terapeutica una fredda connotazione standard e protocollare, con il progressivo smarrimento della dimensione umana del relativo vincolo improntato su base fiduciaria.

Ed è proprio qui che si addensa un'altra questione, quella della comunicazione del medico con il paziente ed i suoi familiari, la cui rilevanza ancora oggi viene sottovalutata o per lo meno sottaciuta, non trovando-

sene traccia nei percorsi di formazione dell'esercente attività sanitaria. Eppure si tratta di un aspetto determinante nel contesto della responsabilità medica e, per quel che adesso rileva, fortemente incisivo nel percorso decisionale del paziente sulla perseguibilità o meno del medico responsabile di malpractice.

A tale riguardo giova considerare che l'evento di danno non è mai unico né univocamente riconosciuto e percepito dai diversi attori della vicenda. Al contrario, ciascun soggetto coinvolto sviluppa una propria concezione grezza del fatto (inteso come fatto materiale e relativo vissuto emozionale da esso derivante) spesso antagonista l'un l'altra, così che si avrà il punto di vista del medico, orientato ad incasellare l'evento avverso tra le complicanze temute ma sempre possibili; quello del paziente, talora passivamente incline ad accettare l'accaduto quale proiezione della sua malattia e talaltra, invece, aprioristicamente orientato ad attribuirne senz'altro la colpa al medico per non averne egli assecondato le aspettative salvifiche; quello dei parenti, la cui varietà socioculturale è tale da lasciare aperto il campo a qualsiasi illazione.

Nel prosieguo, lo scenario può arricchirsi anche di punti di vista ulteriori, quali quello degli avvocati, dei consulenti tecnici e del magistrato: si tratta però di punti di vista scevri da condizionamenti psicologici intrisi nel fatto, finalizzati alla formulazione di un corretto giudizio sull'accaduto ed in ogni caso successivi alla decisione già presa di agire in giudizio, rappresentandone anzi l'inevitabile sviluppo in ambito processuale.

Ciò precisato va quindi ribadito che, sulle modalità e contenuto della comunicazione del medico al paziente e suoi congiunti, si gioca in larga parte la partita della giustiziabilità dell'evento di danno e del suo autore. Da ciò la sempre più avvertita esigenza di sviluppare, da parte dei medici, adeguate capacità comunicative verso i propri assistiti i quali – può ben dirlo chi nei tribunali pratica la materia – più che il danno mal tollerano la beffa, tale considerata, dell'informazione mancante, parziale o persino inveritiera. Costituisce invero accadimento raro quello in cui il paziente, raggiunto da corretta e completa informazione sull'occorso, con il riconoscimento dell'eventuale errore da parte del medico (sempre che, ben inteso, non investa livelli di gravità inaccettabili, per imprudenza od imperizia) decida di attivare pretese risarcitorie al solo scopo di trarne lucro

Accade invece di frequente che, paziente e familiari, non informati sull'accaduto e all'oscuro della reale dinamica dei fatti, decidano di rivolgersi alle corti sospinti da esigenze di conoscenza inopinatamente negate da chi, per primo, avrebbe avuto il dovere di soddisfarle.

L'ampiezza del tema mi spinge a farne riserva di tornarci sopra in successive eventuali occasioni.

Alessandro Mattoni

"Quando curi una malattia puoi vincere o perdere,
quando ti prendi cura di una persona, vinci sempre."

Patch Adams

Salute & Contorni

Fresella con polpo alla catalana e pesto di basilico

Un piatto leggero, veloce e colorato ai bordi dell'estate. Ricco di Carotenoidi, Polifenoli, Licopene e di Vitamina C, D, E, K, il cui assorbimento è favorito dall'olio d'oliva. Tali sostanze presentano effetti antiinfiammatori e antiossidanti, riducono l'assorbimento del colesterolo e rallentano quello degli zuccheri. Il polpo è ricco di calcio, di iodio, silicio e boro. Il basilico ha una funzione antiossidante e un'azione rilassante, in grado di ridurre i crampi addominali e l'aerofagia gastrica, ed è ricco di vitamina B6, calcio e magnesio. ha proprietà digestive, antispastiche, carminative e antisettiche. Le cipolle fresche sono utili per chi soffre di ritenzione idrica, sono ricche di inulina, una fibra che sostiene lo sviluppo dei batteri benefici presenti nell'intestino frenando al contempo la crescita dei microrganismi patogeni. L'inulina inoltre riequilibra le frazioni del colesterolo e dei trigliceridi nel sangue, protegge le ossa migliorando l'assorbimento del magnesio e del calcio

Ingredienti, per 1 porzione

- **Una fresella integrale**
- **150 gr di polpo lessato e tagliato a tocchetti**
- **Pomodorini pachino**
- **Sedano**
- **Olive taggiasche**
- **Carote e patate lessate e tagliate a tocchetti**
- **1 Cipolla di Tropea**
- **Cipollotto fresco**
- **Semi di sesamo nero**
- **Basilico**
- **Olio extravergine d'oliva**
- **Aceto balsamico**

Preparazione

Mettere in una ciotola i pomodorini pachino, le coste di sedano a pezzetti con le olive e la dadolata di patate e carote mescolando con due cucchiai di olio.

Aggiungere le fettine di cipolla rossa tagliate sottili e lasciare riposare.
Lessare il polpo tagliandolo a tocchetti.
Mescolare il polpo e le verdure.
Preparare una emulsione frullando con olio il basilico.
Bagnare la fresella con acqua e aceto bianco per alcuni minuti in modo da farla ammorbidire mantenendone la croccantezza.

Impiattamento

Disporre su di un piatto piano l'emulsione di basilico, adagiandovi sopra la fresella da coprire con le verdure e il polpo.
Aggiungere il cipollotto tagliato a nastri sottili, una foglia di basilico e semi di sesamo nero.

Carmen Barra

Hanno collaborato a questo numero:

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

Tertulliano Bonamoneta
Collezionista

Efram L. Burk
Professor of Art - Curry College, Milton, Massachussetts

Cristiana Cauli
Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia, P.O. SS Trinità, Cagliari

Emanuele Chiapponi
Economia e Management, Direttore Amministrativo di Sanità Privata

Carlo De Luca
Dirigente Medico Area di Sanità Pubblica, ASL RM5

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

Maria Rita Di Rollo
Professoressa di Lettere, Tivoli

Roberto Giagnoli
Fotografo ed Editore, Tivoli

Nicola Iacovone
Medico dello Sport e di Famiglia, Tivoli

Alfredo La Cara
Dirigente Medico U.O.S.D. Neurofisiopatologia, P.O. di Tivoli, ASL RM5

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

Alessandro Mattoni
Avvocato, Tivoli

Emilio Merletti
Medico di Famiglia, Tivoli

Dino Passiu
Dirigente Medico U.O.C. Cardiologia, P.O. SS Trinità, Cagliari

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

Giovanna Rizzitiello
Medico di Famiglia, Omeopata

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

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

SPELS ACADEMY