

Marzo-Aprile 2018
Anno 1 - Numero 6

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
sito web: www.spels.it

Anno 1 n. 6 Marzo-Aprile 2018
Registrazione Tribunale di Tivoli
del 26/02/2017, n. 6

Rivista a distribuzione gratuita

Raro ma non troppo!

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

Il termine ‘raro’ si usa per descrivere fenomeni infrequenti da osservare e che di conseguenza, pur avendoli per anni sotto gli occhi, non vengono riconosciuti. È questo il caso delle patologie classificabili come ‘malattie rare’. Un dramma nel dramma poiché oltre ad essere difficilmente o per nulla curabili, costringono il paziente a bussare alla porta di molti specialisti senza ricevere per anni una risposta al perché dei loro sintomi, senza poter dare un nome alla loro malattia. Spesso alcuni di loro, afflitti da limitazioni funzionali che coinvolgono diversi apparati del nostro corpo, dopo una lunga carriera di consultazioni mediche, non vengono più ascoltati come meriterebbero, ormai considerati dei ‘malati immaginari’.

È questo il caso delle persone, perlopiù molto giovani, affette dalla sindrome di Elhers Danlos. Nella mia esperienza professionale, come responsabile di un laboratorio per la diagnosi e cura della sincope e della disautonomia cardiovascolare, ho incontrato molti pazienti con questa malattia che erano state vittime di questo odioso pregiudizio sulla loro persona. In particolare nella ‘variante ipermobile’ di questa sindrome, l’ipermobilità articolare, causata dalle alterazioni del tessuto connettivo che fa giocare al contorsionismo i giovani pazienti asintomatici nell’età scolare, si trasforma in dolore e limitazione al movimento attivo della vita quotidiana sino a costringerli all’utilizzo della sedia a rotelle per i loro spostamenti. Non c’è solo il dolore a limitare le funzioni di queste persone, ma anche le alterazioni della funzionalità neurovegetativa gastro-intestinale, vescicale e cardiovascolare e della sensibilità propriocettiva che altera la postura e la gestione degli spazi durante il movimento.

Tra queste, la disautonomia cardiovascolare è quella che determina una delle maggiori difficoltà diagnostiche in quanto la tachicardia posturale, quella che insorge quando il soggetto assume la posizione eretta e che determina sintomi da intolleranza all’ortostatismo, è comune a molte condizioni prettamente funzionali e non necessariamente causate da una malattia che danneggia il sistema nervoso autonomo. In pratica si tratta di ascoltare il paziente con grande attenzione e senso di

responsabilità per provare a mettere insieme le tessere di un difficile mosaico che si disegna sin dai primi anni dello sviluppo psico-fisico del paziente. Per il medico non è soltanto una sfida diagnostica, ma anche una scelta di comportamento nei confronti del paziente che può realmente cambiare il corso della malattia se le alterazioni funzionali sono adeguatamente trattate.

È questo, per il medico, non un lavoro individuale, ma un gioco di squadra per raggiungere soluzioni condivise dopo un confronto multidisciplinare che, nel caso della *Sindrome da Tachicardia Posturale (POTS)*, coinvolge cardiologi e fisiatri. Ce ne parlerà nel suo articolo la dottoressa *Beatrice Borsellino*, dando così avvio ad una nuova iniziativa del progetto 'Spels Academy' dedicato alla formazione curriculare dei medici neolaureati: la pubblicazione della tesi di laurea opportunamente ridotta secondo le nostre norme per gli autori ed il nostro modo di coniugare scienza e cultura. L'obiettivo sarà quello di seguire questi giovani medici nella loro crescita professionale e trovare i fondi per sostenere progetti o stage per coloro che intraprenderanno una carriera scientifica nelle istituzioni italiane.


Con l'occasione vorrei dunque invitare tutti coloro che si sentono soggetti interessati a questa iniziativa, a contattare la nostra redazione (spelsonlus@gmail.com) per inviare una proposta di pubblicazione della loro tesi.

Buona lettura !



Fondatore e Past President SPELS

Rivista edita con il patrocinio
del **Rotary Club di Tivoli** e del **Comune di Tivoli**



“Chi si lamenta della vecchiaia è un demente.
Anzi no, cieco mi sembra più azzecato.
Uno che non vede a un palmo dal proprio naso.
Perchè l'alternativa è una sola e non mi sembra
auspicabile. Perciò già essere arrivato fin qui
è un gran colpo di fortuna.”

Lorenzo Marone

Articoli



Il Crocifisso e l'infarto

di Andrea Marcheselli

Pag 6



Eutanasia e accanimento terapeutico

di Paolo Gallotti

Pag 12



Omeopatia e lombosciatalgia

di Giovanna Rizzitiello

Pag 15



Less is more

di Marzia Mensurati

Pag 24



Bio... logico?

di Giorgio Bracaglia e Simona Guglielmi

Pag 43



La Tesi

La sindrome di Ehlers Danlos

di Beatrice Borsellino

Pag 49

Inserti



Back to School

La via dell'essere

di Giovanni Beccarini Crescenzi

Pag 9



Commenti in Cornice

Ritratto del Dr. Gachet

di Efram L. Burk

Pag 20



Sua Sanità Pubblica

Fragilità nella Asl di Tivoli

di Carlo De Luca

Pag 22



Cartoline dal Passato

Viale dei Torrioni

di Tertulliano Bonamoneta

Pag 38



On the Road

Il cammino di Santiago

di Marco Coccia

Pag 40



Vecchie Storie

La zecca di Tivoli

di Mauro Rosa

Pag 52

Rubriche



Dottor Aneddoto

Franco e Anna

di Emilio Merletti

Pag 10



Facciamo Progressi!

Rimasti...SHOCKati

di Leonardo De Luca

Pag 17



Medici... per altro famosi

Il dottor John Michael Crichton

di Marco Semprini

Pag 27



Salute & Sport

Lo Sport nella terza età...e oltre

di Nicola Iacovone

Pag 32

Integratori e diete: qualche consiglio

di Paola Marconi

Pag 35

Tivoli da scoprire

Villa d'Este dimora degli dei

di Roberto Giagnoli



Pag 30

Salute & Contorni

Strudel di scarola

di Carmen Barra



Pag 55



Il Crocifisso e L'INFARTO

“*Che un cittadino romano sia legato, è un misfatto; che sia percosso è un delitto; che sia ucciso, è quasi un parricidio; che dirò dunque, se è appeso in croce? A cosa tanto nefanda non si può dare in nessun modo un appellativo sufficientemente degno!*”

Cicerone

Tra il 136 e il 71 a.C. la Repubblica romana fu impegnata nelle tre guerre servili per sopprimere le ripetute rivolte degli schiavi. Di queste, l'ultima capeggiata dal gladiatore trace Spartaco fu la più celebre e la più gloriosa. Il conflitto iniziò a Capua nel 73 a.C., ma si estese ben presto a tutta la penisola italiana, costringendo i Romani a due anni di feroci combattimenti, sino alla battaglia finale, nei pressi del fiume Sele, in Lucania, dove morirono 60.000 schiavi combattenti, tra i quali lo stesso comandante. Sorte peggiore fu quella riservata ai 6.000 prigionieri, snidati tra i boschi, che Crasso fece crocifiggere lungo la via Appia, tra Capua e Roma, come monito per qualsiasi altro tenta-

tivo di insurrezione. La pratica della crocifissione era ben nota nel bacino del Mediterraneo sin dal tempo dei Fenici, e i Romani la appresero dai Cartaginesi durante le guerre puniche, considerandola una condanna talmente atroce ed umiliante da non poterla comminare ad un cittadino romano, tant'è che il 'supplizio più crudele ed il più tetro' veniva riservato, secondo le fonti storiche, agli schiavi, ai prigionieri di guerra ed ai ribelli al dominio di Roma.

Riconosciuta la colpevolezza e pronunciata la condanna 'sia messo in croce', il magistrato dettava il *titulus* – il motivo della sentenza – che veniva scritto su un cartello, ed indicava anche le modalità di esecuzione, delegata ai carnefici, o,

nelle province, ai soldati. Il condannato, denudato e legato ad una colonna, veniva flagellato da una coppia di *tortores* con strumenti diversi a seconda della condizione sociale; per gli schiavi era previsto il *flagrum* o *flagellum* formato da due o tre strisce di cuoio o di corda, intrecciate con schegge di legno, ossicini di pecora e piccole sfere di metallo.

Benché la legge Giudaica prevedesse 39 colpi, probabilmente venivano limitati ad una ventina affinché il condannato rimanesse in vita e potesse essere condotto al supplizio finale. Il *titulus*, appeso al collo o portato da un banditore, aveva la funzione d'informare la popolazione sulle sue generalità, sul delitto e sulla sentenza.

I *cruciferi* – 'portatori di croce' – erano caricati del *patibulum*, una trave orizzontale di circa 40 chili, legata alle spalle, con cui giungevano sul luogo dell'esecuzione, situato fuori dalle mura cittadine e dove era già piantato un palo verticale di circa 2 metri, lo *stauròs* (σταυρός), lo *stipes* latino.

Questo palo era generalmente fornito di una sporgenza, il *pegma*, un rozzo sedile su cui la vittima sedeva a cavalcioni. L'inchiodamento dei polsi avveniva con il condannato a terra, mentre quello dei piedi avveniva dopo aver sollevato il *patibulum* sullo *stipes*. L'agonia era lenta, potendo durare anche 36-48 ore. L'innaturale posizione del corpo, col tronco accasciato ed abbassato, determinava l'immobilizzazione del torace in una posizione tale da rendere difficoltosa la respirazione. Per prendere fiato il condannato doveva spingere sui piedi inchiodati, facendo forza sui polsi trafitti e riportare il torace all'altezza delle braccia, per cercare una normale dinamica respiratoria. Pertanto, doveva fare

leva sulle gambe, in un continuo dolorosissimo saliscendi lungo il palo della croce – *excurrere in crucem* – sin quando, allo sfinito delle forze, sopraggiungeva la morte asfittica. «*Vivono con sommo spasimo talora l'intera notte e di poi ancora l'intero giorno*» (Origene).

Talvolta per motivi d'ordine pubblico, per usanze locali o per l'intervento di parenti o amici, i carnefici acceleravano la morte del condannato con un letale colpo di lancia al cuore, oppure con il *crurifragius*, fratturando i femori con una clava, provocavano una improvvisa impotenza muscolare, cosicché l'asfissia sopravvenisse in pochi minuti, come fu, ad esempio, per i due ladroni evangelici. «Vennero dunque i soldati e spezzarono le gambe al primo e poi all'altro che era stato crocifisso insieme con lui» (Giovanni 19, 32-34).



Il Crocifisso di San Giovanni della Croce (Dalí, 1951)

La vera causa della morte del Crocifisso più noto della storia ha alimentato la letteratura tanatologica sin dalla metà dell'Ottocento, e nel 1871 il medico scozzese William Stroud ipotizzò che il decesso fosse dovuto per un infarto miocardico da stress, e non per insufficienza respiratoria. «Pilato si meravigliò che fosse già morto e, chiamato il centurione, lo interrogò se fosse morto da tempo».

(Marco 15, 44). La morte del Nazareno, sopraggiunta in poco più di tre ore – come narrano i tre Vangeli sinottici – induce a pensare che il meccanismo fisiopatologico che portava i crocifissi ad *exitus*, potesse essere, nel caso di Gesù, diverso. L'analisi delle ventiquattro ore precedenti, dalla cattura alla morte, rende plausibile un evento cardiaco fatale.

Luca, l'evangelista medico, ci parla della ematoidrosi – «in preda all'angoscia, pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano a terra» (Luca 22,44) – raro fenomeno indotto da una forte reazione adrenergica, ma possibile nell'Uomo solo e atterrito che nel Getsemani attende l'arresto e che oltre all'immaginario evocato dalle Scritture è drammaticamente rappresentato nel film *La Passione* di Mel Gibson.

Allo stress emotivo si sovrappone quello fisico: i numerosi spostamenti che lo videro prima dai sacerdoti Anna e Caifa, poi tradotto al Sinedrio, al Pretorio, ed ancora al palazzo di Erode Antipa. Insonne, senza cibo ed acqua, trascinato tra insulti e percosse, sino alla feroce flagellazione ed alla coronazione di spine che peggiorerà la già abbondante perdita di sangue. Disidratato, prostrato da fatica e da emorragie traumatiche, percorre circa un chilometro per raggiungere la sommità del Golgota sotto il peso del *patibulum*.

L'esecuzione prevede che l'Uomo sia nudo, e quindi lo strappo della tunica incollata alle piaghe formatesi provocano ulteriore dolore e perdita di sangue. Dei tre diversi tipi di croci utilizzate dai Romani, quasi certamente Gesù viene inchiodato su una croce *immissa* o *capitata*, quella più nota e consolidata dalla iconografia pittorica, che, sino al XIII secolo, giustamente raffigurò i piedi inchiodati separatamente, anche se non per conoscenza storica, ma per incapacità prospettiche.

La lucidità e la coerenza delle parole pronunciate da Gesù in croce, e riportate nei sinottici «Padre, perdonali, perché non sanno quello che fanno» (Luca 23, 34), ed il grido: «Dio mio, Dio mio perché mi hai abbandonato!» (Marco 15, 33) lasciano supporre un evento fatale acuto, piuttosto che un graduale obnubilamento premorte indotto dall'acidosi respiratoria e dal collasso ortostatico indotto dal sequestro periferico di sangue. Dunque, l'ipotesi che un vasospasmo coronarico in un soggetto sano possa aver determinato un infarto miocardico, può essere avvalorata dalle attuali conoscenze fisiopatologiche. La rottura di cuore con conseguente emopericardio, quale complicanza dell'infarto stesso, sarebbe poi testimoniato dal doppio fiotto di sangue ed acqua che fuoriesce dal costato colpito dalla lancia del centurione «ma uno dei soldati gli colpì il fianco con la lancia e subito ne uscì

sangue e acqua». (Giovanni 19, 34). La occlusione coronarica acuta potrebbe essere invero determinata anche da una embolizzazione di vegetazioni trombotiche provenienti dai traumatismi interni ed esterni ed altresì aggravata da una ischemia miocardica secondaria indotta dalla progressiva anemizzazione. Lo stupore di Pilato sarebbe pertanto da riferire alla relativa rapidità del decesso, inusuale in questo supplizio che proprio nella sofferenza prolungata della insufficienza respiratoria esprimeva la sua atrocità.

Non si chiamava **Yehoshua Mi Nazeret** (Jesus Nazarenus) ma **Yohanan Ben Hagkol**. Non aveva 33 anni, bensì 25. Lo scheletro di Yohanan, il cui nome è nell'iscrizione dell'ossuario, è stato ritrovato in una grotta per sepolture a nord di Gerusalemme nel 1968, e resta l'unica testimonianza concreta della stessa crocifissione con cui morì Gesù. Quando il direttore degli scavi aprì quell'urna, capi di essere di fronte ad una scoperta storica. Quel morto, certo contemporaneo di Gesù, non era una personalità e nulla sappiamo di lui, né del suo reato, ma il modo in cui trovò la morte lo ha reso celebre: nel suo piede, all'altezza della caviglia, si vede conficcato un chiodo, con tanto di supporto di legno di ulivo per tenerlo più stretto. In quei tempi in Palestina, così come in tutte le province dell'Impero Romano, migliaia di condannati morirono sulla croce. Gesù, condannato per blasfemia dal Sinedrio, non fu lapidato come la legge giudaica prevedeva, ma crocifisso come uso dalla potenza occupante romana, e mai era stata trovata prova che la crocifissione avvenisse con l'uso di chiodi su piedi e mani come descritto dai Vangeli. Joseph Zias, l'antropologo israeliano che studiò le ossa dell'ignoto condannato, aggiunse «È possibile che la maggior parte delle crocifissioni avvenisse solo con l'uso della corda con i piedi appoggiati ad un tassello di legno e con mani e polsi legati attraverso la croce e che la morte sopraggiungesse per asfissia. I chiodi venivano conficcati quando il martirio doveva risultare più doloroso e dunque in casi eccezionali».

Gesù di Nazareth fu uno di questi.

Andrea Marcheselli

Back to School

La via dell'essere



Trattare il tema dell'essere è ciò che l'uomo si è prefisso fin dal tempo in cui si rese conto di custodire, all'interno della sua natura imperfetta, i temi della perfezione.

I filosofi dell'antica Grecia hanno cercato di chiarire con Parmenide che l'essere 'è incondizionatamente' nel momento stesso in cui 'si pone', senza lasciare chance al ciò che 'non è', perché non conoscibile, non spiegabile, visto che, nel momento stesso in cui lo si pronuncia, il 'non è' perde le sue prerogative di 'non essere'.

Si potrebbe obiettare che la evidente caducità del mondo e delle cose e - ahimè - dell'uomo, sia l'evidenza provata dell'esistenza del 'non essere' o del 'nulla' ma, purtroppo (o per fortuna), anch'essa è preda di una constatazione 'che è'. Il resto sono ipotesi legate al tentativo di competere con ciò che determina le nostre riflessioni e precisamente con 'il pensiero' 'che è', cercando, in modo non motivabile, di costringerlo ad ammettere una natura che non lo riguarda e che non potrà mai confrontarsi con la sua, se non al prezzo di rischiare di insinuare, nel 'pensiero stesso', il dubbio di essere pura fantasia instabile o addirittura egli stesso il 'Nulla'.

Tale assurdità è ampiamente vinta dalla teoria hegeliana del 'Reale Razionale, Razionale Reale' con la quale, l'esimio filosofo tedesco, esprime l'evidente necessità che il pensiero ha di riferirsi al 'ciò che è' come ratio 'dell'esprimersi stesso', ovvero come unica istanza della possibilità di ragionare del reale.

Giovanni Beccarini Crescenzi

Franco e Anna

Quella volta Franco era venuto accompagnato. Sua moglie era molto materna. Un carattere energico, deciso, l'opposto di Franco, che era invece timido, insicuro, poco loquace.

Da un po' di tempo si sentiva triste, me lo aveva detto qualche tempo prima. Tuttavia alla mia domanda se c'era un motivo per giustificare quella tristezza non aveva saputo o voluto rispondere. Non mi sembrava depresso: continuava il suo lavoro di operaio, frequentava il circolo dei pescatori e la domenica mattina se ne andava con qualche amico a cercare le trote lungo il fiume. Però, mi diceva, era 'avvilito'. Si capiva che voleva parlarne, ma aveva il sopravvento una sorta di pudore invincibile.

«Coraggio, diglielo al dottore perché stai male!» esordì sua moglie «Forza, altrimenti glielo dico io».

Lui si schermiva. La testa bassa e le mani strette tra le gambe.

«E va bene Franco, allora se tu ti vergogni parlo io. Dobbiamo sbloccarla questa situazione! Lo sa, dottore, perché mio marito è sempre così triste? Pensi un po'! Ha paura che io abbia un altro uomo». «Ma no, ma no, che dici! Non è così» la interrompe lui col tono di un bambino che non vuole siano resi pubblici i suoi pensieri intimi.

«Sì, Franco, è così! Ci abbiamo messo una se-

rata intera, la tua testa sulla mia spalla, per farti sputare il rospo...» «No, ma...vede, dottore...» fa lui «...non è che...insomma, io non ho motivo di essere geloso di Anna, di sospettare cose del genere, nemmeno lontanamente. Lei è veramente un angelo e non lo merita...è...è come un brutto sogno nella mia mente, tutto qui. Solo che non mi lascia vivere in pace. Mi opprime, mi avvelena la vita!» Il viso tra le mani a nascondere un pian-

to accorato. «Su amore, non fare così, vedrai che passerà, ci sono io vicino a te, e ti amo più di qualsiasi cosa al mondo, lo sai, sì che lo sai.

Ne verremo fuori, e il dottore ci aiuterà.

È vero, dottore? Lei ci aiuterà a cancellare quest'incubo». Lo accarezzava sulla testa, gli stringeva le mani, mi guardava a tratti, gli occhi lucidi di lacrime a stento trattenute.

Intervenni prima con generiche parole di buon senso, poi più professionalmente, per cercar di capire come fosse nato questo 'incubo', che non appariva come un delirio di gelosia, piuttosto come un pensiero parassita nell'ambito di un disturbo ossessivo-compulsivo. Anna ancora una volta mi venne in soccorso, con molta umiltà. «È un discorso delicato, dottore, ma ne abbiamo parlato a lungo con Franco, e crediamo che all'origine ci sia...posso dirglielo, amore?» Franco annuì «ci sia...un ricordo lontano, una cosa dolorosa che è ritornata a galla chissà perché. Franco aveva dodici, tredici anni, quando un giorno sorprese sua



madre che baciava un uomo, un amico di famiglia. Fu un trauma. Ed a questo se ne aggiunse un altro: sua madre gli fece giurare che non avrebbe mai rivelato la cosa a suo padre. Così fu. Capisce dottore? Mio marito si è tenuto dentro tutto questo per tanto tempo...» «Certo» intervengo io «e poi, sai com'è la mente, Franco? Hai sovrapposto quell'episodio alla tua vita presente, come dire? Hai inconsciamente sostituito la figura materna a quella di Anna, la donna che ami. Ma non voglio fare della psicoterapia spicciola. Secondo me sarebbe utile una serie di colloqui con lo specialista, probabilmente per un breve periodo». Li vidi entrambi più sollevati. Prospettai varie opzioni, dal CSM locale ad alcuni studi privati, lasciando a loro la scelta.

Pochi giorni fa sono venuti a trovarmi in studio. Allegrì, ringiovaniti, si tenevano per mano come due fidanzatini. «Grazie dottore» fa Anna «se non fosse stato per lei...» e Franco mi guarda intensamente, con un sorriso sereno «Mi sento come un convalescente. Sono molto debole ancora, ma sto ricominciando a vivere. Gliene sarò grato per sempre».

Non è frequente, anzi, è piuttosto raro che i pazienti ti comunichino la loro guarigione, ancor più raro che ti ringrazino così calorosamente. In genere è sottinteso, puoi percepirlo da mille segnali non verbali, ma sentirselo dire è così gratificante! Provoca un immenso piacere e ti dà una forte carica motivazionale per andare

avanti. Quel giorno, veramente, toccai il cielo con un dito.

Ricordo questi fatti, mentre controllo e firmo le ricette di continuazione terapia, perché ho visto sulla lista degli appuntamenti che è proprio Anna la prossima a dover entrare. Cos'altro vorrà dirmi? Sono curioso di sentire.

«Permesso dottore?» «Vieni, Anna. Buon giorno. Allora, che mi dici? Come va Franco?» «Bene, bene dottore, ma oggi sono venuta per me» «Siediti, dimmi».

«Dottore, stamattina ho fatto il test di gravidanza: sono incinta».

«Oh che bello! Sarete felici!» «No dottore, non posso tenerlo». Ma come? Anna, lo desideravate da tanto tempo! Credimi, non potrà essere che una grande gioia...» «Dottore...» e per un attimo vedo un lampo livido, che non conoscevo, guizzare nel suo sguardo «...io e Franco...lui non si è ancora ripreso del tutto e...non abbiamo avuto rapporti...capisce?»

Emilio Merletti

Tratto da: Emilio Merletti, Appunti di un medico di famiglia, Pacini Editore



“Ci sono persone che credono così tanto nella famiglia che ne hanno due.”

Anonimo Tiburtino



Eutanasia e accanimento terapeutico

“Non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone, ne mai proporrò un tale Consiglio, ugualmente non darò alle donne farmaci per provocare l'aborto.”

Ippocrate di Celso

L'eutanasia e l'accanimento terapeutico rappresentano sempre di più un argomento di grande controversia. La buona morte – dal greco 'eu-tanatos' (εὖ θάνατος) – ha già insita nella sua etimologia elementi di complessità e drammaticità di fronte all'insondabile mistero della vita, ed è di particolare attualità in un momento storico in cui la cultura materialista ed edonista sembra rifiutare qualsiasi incontro con il mistero della fine. All'eutanasia si oppone un concetto simmetrico e parimenti spinoso, l'accanimento terapeutico, che ugualmente pone degli interrogativi di liceità.

Entrambe le questioni iniziarono ad essere sollevate con frequenza a partire dai primi del Novecento, in un crescendo significativo negli ultimi tre decenni, quando

il tema fu riproposto all'attenzione di tutti. Le prime associazioni nacquero nel mondo anglosassone a partire dagli anni '30, con l'obiettivo principale di sensibilizzare l'opinione pubblica ed i governi sulla necessità di raggiungere stadi più progrediti nel riconoscimento dei diritti del malato terminale, con la finalità di interrompere la vita del malato grave o del neonato malformato, eliminando così inutili sofferenze.

La giustificazione addotta è sostanzialmente rappresentata da due concetti fondamentali: il primo riguarda il principio di autonomia del soggetto e del suo diritto di disporre in maniera assoluta della propria vita, mentre il secondo è dato dal principio della persuasione, più o meno esplicitata, circa la insopportabilità e l'inutilità del dolore di cui lo stesso patisce.

L'**eutanasia attiva** consiste nel causare o accelerare la morte mediante l'intervento diretto del medico tramite l'utilizzo di farmaci letali. La scelta può essere direttamente presa dal paziente o dai suoi familiari, talvolta avvalendosi di una sorta di 'testamento biologico', non ancora del tutto riconosciuto dalla legislazione italiana.

Il **suicidio assistito** è invece l'atto mediante il quale un malato, per sua precisa volontà, assistito dal medico, si procura una rapida morte. Il medico ha così il compito di prescrivere i farmaci necessari al suicidio e lo consiglia riguardo alle modalità di assunzione. Manca, dunque, l'atto diretto del medico che somministra in vena i farmaci al malato.

Il termine **eutanasia passiva** indica la morte del malato determinata dalla sospensione del trattamento farmacologico, o dall'astensione del medico dal compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita stessa. Questo processo è strettamente legato al concetto di astensione terapeutica. In tali situazioni i medici ed in particolare gli anestesisti-rianimatori, hanno un ruolo cruciale nella gestione di tali richieste da parte dei pazienti o dei loro congiunti.

I progressi in campo medico hanno reso disponibili nuovi presidi sia strumentali che farmaceutici, aprendo nuovi scenari sul prolungamento dello stato vegetativo di pazienti in gravissime condizioni e modificandone profondamente la naturale evoluzione della fase terminale. In particolare, la rianimazione ha conseguito risultati tali da indurre una ridefinizione dello stesso concetto di morte dando talvolta nuove speranze per il recupero di molti pazienti in condizioni critiche. Ciò è possibile per la disponibilità di nuovi farmaci quali gli inotropi, gli oppioidi ed i sedativi, per i ventilatori meccanici ad elevata tecnologia, e per le nuove tecniche di nutrizione artificiale, di tracheostomie e di filtrazione renale. Al contempo il medico deve comunque attenersi all'ordinamento giuridico vigente e che, chiaramente, enuncia: «il sanitario non è mai legittimato, quali siano le gravità della diagnosi e della prognosi, ad astenersi dal trattamento ed a maggior ragione ad attivarsi per accelerare l'evento mortale».

La pratica della eutanasia è dunque un comportamento

delittuoso, sanzionato dal Codice Penale, da cui dunque il significato dell'eutanasia che esprime una condotta attiva od omissiva diretta a privare la vita di un essere umano. In relazione all'attuazione di tale condotta si può dunque realizzare una delle tre ipotesi previste dal nostro codice: art. 575 del Cod. Pen.: Omicidio Volontario; art. 579 del Cod. Pen.: Omicidio del consenziente; art. 580 del Cod. Pen.: Istigazione od aiuto al suicidio. Diversamente, il rifiuto del paziente all'utilizzo di mezzi terapeutici straordinari e sproporzionati rispetto alle proprie condizioni di salute, non equivale né al suicidio né all'eutanasia, ma rappresenta il diniego all'accanimento terapeutico.

L'accanimento terapeutico può essere definito in questo modo, tramite un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica dove si legge: «Trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica».

Ecco che il medico deve, anche conflittualmente, districarsi in tale contesto etico-giuridico, laddove sia in presenza di pazienti terminali od affetti da patologie irreversibili. In particolare, il rianimatore può trovarsi, da solo, nell'imminenza decisionale se sia ancora possibile, per un paziente agonico, un trattamento potenzialmente efficace.

Un'adeguata anamnesi ed un accurato esame clinico sono spesso sufficienti a fornire la maggior parte delle indicazioni necessarie per dare una risposta a tali quesiti. Se vi sono difficoltà d'inquadramento delle condizioni complesse del malato, l'urgenza impone l'avvio di un trattamento aggressivo ed invasivo con presidi farmacologici e strumentali, quali farmaci cardioattivi e supporti respiratori. Tra questi strumenti ci si può avvalere oggi della ventilazione non invasiva (NIV) che appare come un ausilio maggiormente proporzionato rispetto alla ventilazione tramite intubazione orotracheale nei malati in fin di vita. Per questo i farmaci e la NIV, laddove ne ricorrano le indicazioni cliniche, costituiscono un'accettabile strategia per offrire ai

Eutanasia e accanimento terapeutico

medici un margine di tempo utile per l'inquadramento del caso. Se successivamente dagli esami clinico-strumentali si consolida il ragionevole convincimento che le cure invasive siano inappropriate, allora il comfort del malato diviene il primo obiettivo. Se si è giunti a tali conclusioni è raccomandabile sospendere ogni monitoraggio non indispensabile, ridurre al massimo l'inquinamento acustico dell'ambiente, non richiedere ulteriori indagini, ridurre progressivamente l'apporto farmacologico ad eccezione delle terapie palliative, somministrare oppioidi in caso di dolore e sedativi o neurolettici in caso di agitazione e confusione mentale.

Nel malato non intubato ha senso continuare la somministrazione di ossigeno solo al fine di ridurre la fatica respiratoria e rimuovere ogni presidio ormai ritenuto inefficace e di disagio per il paziente, favorendo al contempo l'accesso ed il contatto fisico con le persone care.

In questi momenti diviene di fondamentale importanza il chiarimento con i familiari riguardo la somministrazione di oppioidi e di sedativi, che costituiscono un atto terapeutico appropriato per il controllo del dolore, della dispnea e dell'agitazione nonché un atto eticamente e deontologicamente dovuto anche se le proprietà farmacologiche di tali farmaci possono in qualche modo precipitare la situazione sino all'exitus. La sedazione al termine della vita o sedazione palliativa è una procedura comune nella cura delle fasi terminali dei pazienti. L'abolizione della coscienza ha infatti lo scopo di preservare il paziente

dall'intensa sofferenza provocata dalla dispnea o da fenomeni di emorragie massive.

I farmaci sedativi più comunemente usati sono il midazolam, il lorazepam, l'aloiperidolo ed il propofol. Gli analgesici più efficaci sono la morfina ed il fentanyl, che per la sua spiccata selettività recettoriale offre dei vantaggi rispetto alla morfina, e poiché l'obiettivo è di raggiungere il controllo del dolore e della sofferenza, non esiste un dosaggio massimale.

Questo è l'approccio usuale di gran parte dei rianimatori, quando viene loro demandata la difficile responsabilità di riaffermare, in un contesto socio-culturale che spesso tende a negarla, la realtà della morte come esperienza ineluttabile ed integrante della vita stessa.

A ciò valga riflettere sulle parole di Giovanni Paolo II pronunciate nell'Enciclica *Evangelicum Vitae*. Egli afferma che, nel momento in cui l'immediatezza della morte appare imminente, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, poiché vi è una grande differenza etica tra procurare la morte e permettere la morte: il primo atteggiamento rifiuta e nega la vita, mentre il secondo accetta il naturale compimento di essa.

Paolo Gallotti



“Il problema più importante, quello della morte, è trattato sempre e solo da incompetenti. Non conosciamo il parere di nessun esperto.”

Francesco Burdin, Un milione di giorni, 2001



OMEOPATIA e LOMBOSCIATALGIA

«C'ho un mal di schiena...»

«Adesso basta, non ce la faccio più, sempre quel dolore fisso, sempre lì!»

La lombosciatalgia colpisce l'80% della popolazione adulta tra i 40 e i 50 anni. Tra le cause più frequenti ci sono processi degenerativi, come la discopatia, la quale determina un'anomalia anatomica e funzionale del disco intervertebrale. Tale disfunzione può essere reversibile (dislocazione, protrusioni) o irreversibile (ernia espulsa).

«È da tanto che sto male, capisco la postura seduta protratta, poca attività fisica e la familiarità, ma sono più di dieci anni che vado avanti tra antidolorifici, miorellassanti, cortisonici. Ho fatto anche dei cicli di fisiochinesiterapia e poi mi sono anche deciso ad iscrivermi in palestra. Sicuramente mi sono divertito, ho dedicato

del tempo a me stesso, anche se preferisco stare all'aria aperta oppure leggere un buon libro. La teoria per prevenire il mal di schiena la conosco:

- evitare di sollevare oggetti troppo pesanti;
- evitare di mantenere posizione ferma a lungo;
- quando guidi appoggia bene la schiena allo schienale e le gambe devono essere leggermente flesse;
- se devi lavorare in basso non piegare la schiena.

Ma la pratica è ben altra cosa...»

«Voglio tentare diversamente, voglio provare con l'omeopatia. Non mi aspetto guarigioni miracolose, ma male non può fare...»

RHUS TOXICODENDRON – nota come edera velenosa, originaria del Giappone e degli Stati Uniti,

contiene tannini e flavonoidi ad azione antinfiammatoria.

«*Sciatica con dolore tiranti, strappanti, peggiori durante il riposo, migliorati dal movimento*» (Kent)

SULPHUR – conosciuto sin dalla preistoria, fu studiato per la prima volta da Antoine Lavoisier nel 1777, che lo classificò come elemento e non come composto. Nell'organismo umano costituisce lo 0,25% della massa totale, è presente nella cisteina, metionina, cheratina e nella tiamina ed è necessario per la struttura di tutti i catalizzatori biologici. Svolge importanti funzioni a livello immunologico, neurologico, polmonare, renale, muscolare e scheletrico.

«*Il dorso è sede di speciale dolore quando il paziente si alza da sedere, per cui è costretto a camminare curvo e può raddrizzarsi soltanto lentamente col muoversi. Il dolore è soprattutto nella regione lombo-sacrale*». (Kent)



Giovanna Rizzitiello



“C’ho un mal di schiena
che non mi fa dormire
da ieri sera ce l’ho
voglio morire
ti prego fammi un favore
chiamami un dottore.”

Vasco Rossi

Rimasti... SHOCKati

Nonostante i significativi miglioramenti diagnostici e terapeutici, lo shock cardiogeno (SC) rimane la principale causa di morte nei pazienti ospedalizzati per infarto miocardico acuto (IMA).

Sebbene la sua incidenza sia in lieve riduzione – grazie all'aumentata disponibilità di eseguire angioplastica coronarica percutanea (PCI) con precoce ricanalizzazione dell'arteria colpevole dell'infarto – questa complicanza è

oggi calcolata tra il 5-8 %, e rimane ancora elevata in quei pazienti che giungono in ospedale tardivamente e/o che subiscono una riperfusione coronarica tardiva.

La definizione clinica di shock cardiogeno più uniformemente accettata è la riduzione della gittata cardiaca con evidenza di ipossia tissutale in presenza di un adeguato volume intravascolare. Anche i criteri emodinamici sono importanti nella diagnosi: la ipotensione persistente e la riduzione dell'indice cardiaco in presenza di elevate pressioni di riempimento dei capillari polmonari. Sebbene un infarto miocardico esteso con una significativa disfunzione ventricolare sinistra e/o destra sia il meccanismo fisiopatologico più comune di SC, anche un infarto meno esteso o un infarto senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI), può evolvere in SC nei pazienti con una preesistente disfunzione cardiaca.

I fattori che aumentano il rischio di SC nel contesto di un infarto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) sono l'età avanzata, il sesso femminile, la sede anteriore, l'ipertensione, il diabete mellito tipo 2, e la cardiopatia ischemica cronica determinata da una malattia coronarica multivasale. È fondamentale quindi che il medico identifichi precocemente i pazienti a rischio e riconosca i segni dello shock, attraverso markers clinici e biochimici, tipici della ipoperfusione tissutale anche in presenza di una pressione arteriosa sistolica (PAS) >90 mm Hg.

Molti pazienti in shock possono inoltre sviluppare una insufficienza multiorgano, similmente ad una sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SRIS), tipica dei pazienti con shock settico e caratterizzato da un rialzo delle concentrazioni dei marker infiammatori (leucociti, interleukine, proteina C reattiva), e da febbre (spesso presente nei

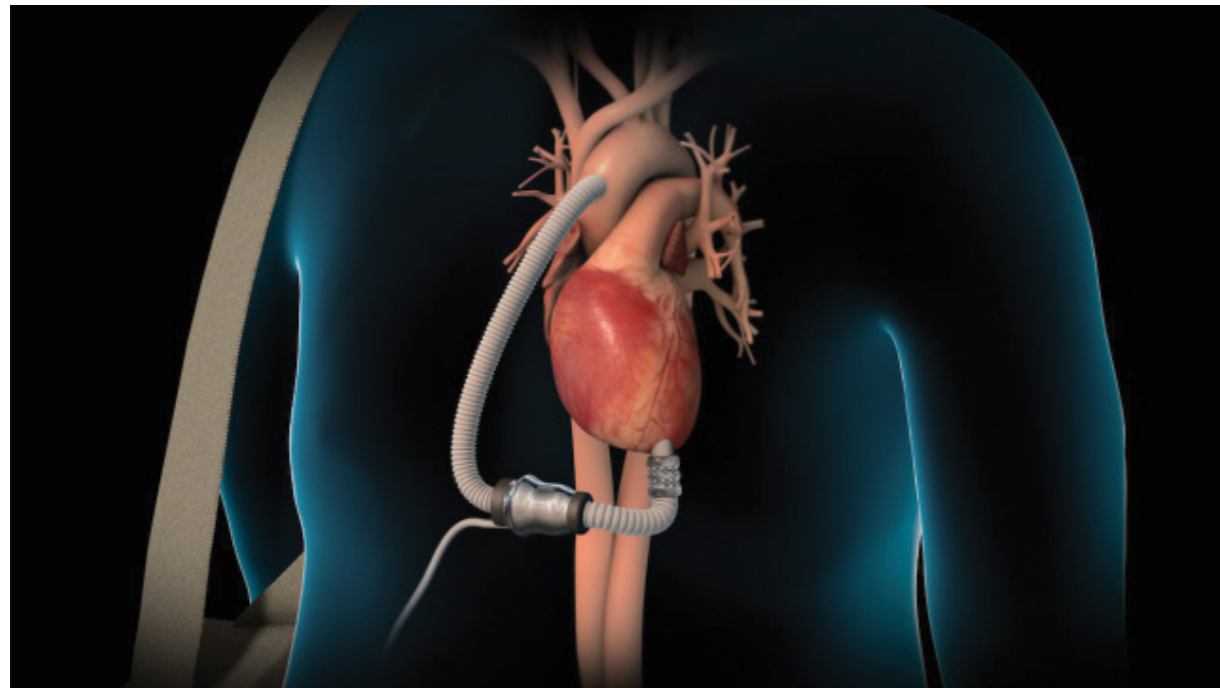


pazienti con infarto miocardio esteso).

Lo shock cardiogeno è pertanto un'emergenza medica che richiede una rapida valutazione per individuarne l'eziologia: l'anamnesi ed un attento esame clinico possono individuare precocemente l'eventuale patologia sottostante e consentirne un trattamento etiologico mirato. Fondamentale risulta l'esecuzione immediata di un ECG, dell'emogasanalisi arteriosa con valutazione dei lattati ed un prelievo ematico per l'emocromo, gli elettroliti e la troponina. Dovrebbe essere eseguito un ecocardiogramma transtoracico urgente in maniera tale da quantificare la funzione ventricolare sinistra ed identificare eventuali cause meccaniche potenzialmente operabili, quali la rottura del muscolo papillare e il difetto del setto interventricolare correlato all'infarto. Il trattamento dello SC è basato sui principi universali di trattamento di ogni paziente 'collassato', assistendo nell'ordine le vie aeree, la respirazione e la circolazione, ottenendo un accesso venoso periferico e correggendo ogni bradiaritmia (con atropina e/o pacemaker temporaneo) o tachiaritmia (mediante cardioversione) che

potrebbero contribuire all'ipotensione.

Inserire una linea arteriosa periferica consente il monitoraggio invasivo in tempo reale della PAS e della Pressione Arteriosa Media. Se i segni clinici o il monitoraggio emodinamico indicano uno scarso riempimento ventricolare sinistro vanno infusi boli endovenosi da 100-200ml di liquidi per ottimizzare le pressioni di riempimento ventricolare sinistro. Se invece per il quadro emodinamico occorre scaricare il ventricolo sinistro, si somministrano diuretici in aggiunta ad inotropi, per prevenire ulteriori insulti ipotensivi che potrebbero essere indotti dalla sola terapia diuretica. L'uso degli inotropi in pazienti acutamente ischemici può avere dei potenziali rischi, ma si rendono indispensabili nella stabilizzazione del paziente e consentire, se appropriata, una rivascolarizzazione urgente. Nei centri ospedalieri (Spoke) senza la possibilità di eseguire una angiografia coronarica con immediata rivascolarizzazione, la priorità dovrebbe essere quella di trasferire appena possibile il paziente presso un centro di riferimento (Hub) con Laboratorio di Emodinamica.



Nel caso in cui il paziente venga ritenuto intrasportabile, l'infusione di inotropi, l'utilizzo del contropulsatore aortico (IABP) se disponibile e la ventilazione meccanica potrebbero essere richiesti per ottimizzare la stabilità prima del trasferimento in ambulanza. Nel pazienti con STEMI, se il trasferimento per angiografia e PCI primaria non può essere organizzato urgentemente, dovrebbe essere considerata la trombolisi sistemica. Nella esecuzione di un angioplastica coronarica primaria in corso di shock cardiogeno, l'incremento dell'età è uno dei sei predittori negativi per la mortalità intraospedaliera, assieme al sesso femminile, alla presenza di insufficienza renale, alla occlusione totale dell'arteria discendente anteriore, al mancato impianto di stents ed infine al non utilizzo degli inibitori glicoproteici IIb/IIIa. In questi scenari di grave instabilità emodinamica possono essere di ausilio i nuovi dispositivi meccanici per la assistenza al circolo in corso di shock cardiaco, di cui il più diffuso è il **contropulsatore aortico (IABP)** che aumenta il flusso diastolico coronarico e la gittata cardiaca, riducendo le resistenze vascolari e quindi il lavoro miocardico.

Altro dispositivo elettromeccanico è il **dispositivo di assistenza ventricolare (VAD)** utile al trattamento dell'insufficienza cardiaca in stadio avanzato. Questi dispo-

sitivi impiantabili sono il risultato di oltre 60 anni di ricerca e sono sempre più utilizzati da cardiologi interventisti nei centri di alta specialità. Un presidio di ultima generazione finalizzato al mantenimento in vita del paziente con shock cardiogeno è il **supporto vitale extracorporeo (Extracorporeal life support, ECLS)** che può vicariare transitoriamente il circolo cardiopolmonare nei pazienti con insufficienza cardiorespiratoria refrattaria, così come l'**ECMO (Ossigenazione Extracorporea di Membrana)**, entrambi utilizzati come un bypass cardiopolmonare attraverso un sistema meccanico di supporto circolatorio. Tali dispositivi facilmente trasportabili, possono essere utilizzati nel paziente in arresto cardiaco, quale tentativo rianimatorio ed in attesa di una auspicabile e risolutiva procedura di rivascolarizzazione coronarica, come in corso di un infarto miocardico esteso.

Leonardo De Luca

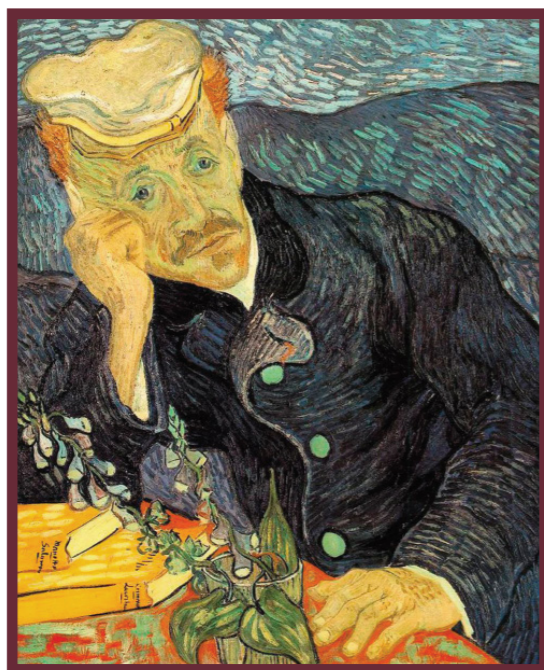


“Siamo qui per aggiungere alla vita ciò che possiamo,
non per ottenerne il possibile.”

William Osler

Ritratto del Dr. Gachet, prima versione

Vincent van Gogh - olio su tela, 1890
67x56 cm, Collezione privata



Nel 1890, dopo un lungo periodo passato in manicomio a Saint-Rémy, Vincent van Gogh venne messo in contatto, tramite suo fratello Theo, con il dott. Paul-Ferdinand Gachet (1828-1909) medico psichiatra ed omeopata, già amico di artisti influenti come Édouard Manet, Claude Monet, Pierre-Auguste Renoir, Paul Cézanne e Camille Pissarro. Ad Auvers, borgo rurale a 30 km da Parigi, nacque tra i due una tale empatia per cui Van Gogh scrisse a Theo: «Ho trovato un vero amico nel Dr. Gachet, qualcosa come un altro fratello, ci assomigliamo così tanto sia fisicamente che mentalmente».

Gachet diagnosticò a Van Gogh una malattia mentale circolare o psicosi maniaco-depressiva, e consigliò una arte terapia ante litteram. Così il grande artista si gettò a ca-

profitto nella pittura e dipinse più di un quadro al giorno. Campagne assolate, contadini al lavoro, ma anche la casa ed il famoso giardino del dottor Gachet, dove questi coltivava le piante con cui era solito preparare tinture madri e medicinali omeopatici: l'aconito, la belladonna, la camomilla, la brionia, la digitale.

Entrambe le versioni pittoriche raffigurano il dottore con un'espressione disperata e malinconica, con il gomito destro appoggiato su un tavolo, e con la testa in pugno. Sul tavolo in primo piano risalta la pianta medicinale della digitale purpurea. In una lettera a Theo l'artista ha scritto: «Ho fatto il ritratto di M. Gachet con un'espressione malinconica, che potrebbe sembrare una smorfia per quelli che la vedono...triste ma gentile, chiara e intelligente, così come

Ritratto del Dr. Gachet, seconda versione

Vincent van Gogh - olio su tela, 1890
67x56 cm, Museo d'Orsay - Parigi



molti ritratti dovrebbero essere fatti. Vorrei fare dei ritratti che tra un secolo potessero sembrare, alla gente dell'epoca, come delle apparizioni». In una lettera all'amico Paul Gauguin, Vincent scrisse di voler rappresentare nel volto malinconico del dottore «l'espressione spezzata del nostro tempo». Desiderava creare un ritratto moderno, una sorta di testamento artistico, come scrive in una lettera a sua sorella Wilhelmina: «mi entusiasma molto più di tutto il resto del mio mestiere». L'appassionata pennellata, la dipendenza dalla linea animata e l'uso espressivo del colore, sono tutte caratteristiche stilistiche distintive dell'artista, e rappresentano senza dubbio ciò a cui fa riferimento nella sua lettera.

Purtroppo, la breve terapia omeopatica, il tentativo di

recupero salutistico e l'ottimo rapporto basato sulla fiducia reciproca, non basteranno ad evitare la crisi finale: il 27 luglio dello stesso anno, a soli 37 anni, Vincent Van Gogh si sparò un colpo di fucile al petto. Come per numerosi artisti, talento e fama giunsero postumi, tant'è che la prima versione del Ritratto del dr. Gachet fu venduta nel 1990 presso la casa d'aste Christie's di New York per 82,5 milioni di dollari, stabilendo il record per il prezzo più alto mai pagato per un dipinto.

Efram L. Burk

Fragilità sanitaria e vulnerabilità sociale nella Asl di Tivoli

L'area della fragilità sanitaria e della vulnerabilità sociale comprende il collettivo di individui che per cause sanitarie vivono uno stato di difficile integrazione sociale o che, viceversa, a seguito di una condizione di marginalità sociale, presentano specifici e maggiori problemi sanitari. Le cause che determinano una maggiore esposizione ad eventi avversi sotto il profilo sanitario possono essere interne o esterne alla persona. In linea generale si distinguono:

1) **Fattori intrinseci:** malattia, disabilità, fragilità genetica; 2) **Fattori estrinseci:** contesto sociale, condizione economica, ambiente fisico. L'insieme dei fattori intrinseci determina la fragilità. L'insieme dei fattori estrinseci la vulnerabilità.

La distinzione tra fragilità sanitaria e vulnerabilità sociale è importante perché si tratta di fattori di rischio di mortalità che operano indipendentemente uno dall'altro. In altri termini tendono a sommarsi. Da qui la necessità, per i sistemi sanitari, di valutare ambedue gli aspetti.

FRAGILITÀ SANITARIA

In uno studio condotto nella Asl Roma 5 nell'anno 2013, la fragilità sanitaria è stata definita come l'insieme dei ricoverati in ambiente di lungodegenza psichiatrica, lungodegenza medica, acuzie ma per malattie invalidanti (demenza, ictus cerebrale, broncopatia cronica, scompenso cardiaco o, nel

Tabella 1 - Asl di Tivoli (Roma 5). Fragilità sanitaria.

Distretto	Pazienti >64 anni	Pazienti <65 anni	Pazienti totali ¹	
	N°	N°	N°	%
Monterotondo	1.362	1.591	2.953	3,0%
Guidonia	1.470	2.016	3.486	2,7%
Tivoli	1.594	1.045	2.639	3,1%
Subiaco	1.130	637	1.767	5,4%
Palestrina	1.250	1.475	2.725	3,3%
Colleferro	1.223	1.763	2.986	3,9%
Asl Roma 5	8.029	8.527	16.556	3,3%

¹ La percentuale si riferisce al totale della popolazione.

Fragilità nella Asl di Tivoli

caso di pazienti di età superiore a 65 anni, frattura di femore o bacino). Sebbene definita con criteri di minima, la fragilità sanitaria includeva un numero elevato di persone (Tab. 1).

VULNERABILITÀ SOCIALE

Nello stesso studio, sono state considerate diverse componenti della vulnerabilità sociale (Tab. 2).

Innanzitutto, quella legata alla condizione di migrante proveniente da Paesi economicamente disagiati: Europa centro-orientale, Africa, Asia ad eccezione di Israele e Giappone, America centro-meridionale, apolidi (vulnerabilità geografica). I migranti, per ragioni diverse ma in particolare per la difficoltà di accesso ai servizi sanitari, costituiscono un'area particolarmente esposta ad eventi sanitari avversi.

In secondo luogo sono stati inclusi i residenti italiani dei cinque Comuni della Asl Roma 5 che, nel contesto della Regione Lazio, ricadono nell'ultimo quartile sia per livello di disoccupazione che per reddito medio pro-capite (vulnerabilità economica). L'inclusione dei cittadini italiani residenti in questi Comuni nell'area della vulnerabilità, anche alla luce degli indirizzi della letteratura, appare plausibile visto che si tratta di comunità di dimensioni sufficientemente piccole (paragonabili alle small area della letteratura internazionale)

da individuare gruppi di popolazione relativamente omogenei sotto il profilo socio-economico. In altri termini in comunità così ridotte l'osservazione sociale tende a sovrapporsi a quella individuale. Infine sono stati considerati, nell'area della vulnerabilità sociale, i residenti italiani nei 16 Comuni situati a più di 700 metri di altezza (vulnerabilità logistica). Infatti, tenuto conto che i servizi socio-sanitari sono perlopiù localizzati nei Comuni posti in pianura o in bassa collina, l'altitudine esprime in qualche modo la distanza delle comunità locali dalla sede dell'offerta e si avvicina al concetto di remoteness cui gli autori anglosassoni attribuiscono grande importanza per i costi addizionali che determina.

CONCLUSIONI

L'area della fragilità sanitaria e della vulnerabilità sociale assume, nella Asl Roma 5, dimensioni di assoluta rilevanza. La valutazione della sua reale distribuzione all'interno dei Distretti e dei Comuni della Asl costituisce la base necessaria per assumere iniziative e coordinare quelle già esistenti e che operano in questo mondo.

Carlo De Luca

Tabella 2 - Asl di Tivoli (Roma 5). Vulnerabilità sociale.

Distretto	Vulnerabilità geografica	Vulnerabilità economica	Vulnerabilità logistica	Totale non cumulato ¹	
	N°	N°	N°	N°	%
Monterotondo	12.139	0	0	12.139	13,2%
Guidonia	12.718	0	1.216	13.934	11,6%
Tivoli	8.139	841	178	8.980	11,1%
Subiaco	2.090	3.740	6.993	9.999	30,1%
Palestrina	8.053	0	1.427	9.480	11,9%
Colleferro	5.988	12.886	700	19.574	26,0%
Asl Roma 5	49.127	17.467	10.514	74.106	15,4%

¹ La percentuale si riferisce al totale della popolazione.



Less is MORE

Per contrastare un'idea di salute che si allontana sempre più dal concetto di 'assenza di malattia', e per diffondere una nuova visione della medicina e dell'assistenza sanitaria, da alcuni anni a livello internazionale si è affermato il movimento **'Less is more'**, che si basa sull'applicazione nella Real Life di alcuni principi fondamentali capaci di tutelare la salute e allo stesso tempo garantire la sostenibilità del sistema.

Il movimento si contrappone all'attuale contesto culturale, professionale e sociale, condizionato dall'imperativo *more is better*. I sistemi sanitari dei paesi industrializzati, infatti, si sono progressivamente ipertrozzati per offrire un numero sempre maggiore di prestazioni diagnostico-terapeutiche che incrementano la spesa sanitaria e aumentano l'illusoria soddisfazione di cittadini e pazienti, senza tuttavia migliorarne lo stato di salute.

Anche l'utilizzo dell'integrazione di vitamina D merita una riflessione: **less is more?**

Oltre a essere stata in passato la 'sorvegliata specia-

le', come l'ha definita il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, durante la presentazione del Rapporto Osmed, la vitamina D è stata oggetto di numerosi studi che hanno ridimensionato i presunti benefici legati alla sua supplementazione (**Fig.1**).

Il rapporto Osmed 2016 segnala un forte incremento dei consumi della vitamina D ed analoghi, +24,8% rispetto all'anno precedente. Nel 2016 la vitamina D (colecalfiferolo) è stata la prima categoria d'uso in termini di consumi, nell'ambito dei farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, raggiungendo il livello di 106,2 DDD/1000 ab die.

Se si osserva la lista dei principi attivi a maggior spesa, il colecalfiferolo si trova al 6° posto nel 2016, rispetto al 24° posto occupato nel 2015. Il dato di crescita è vertiginoso tanto da suggerire che la scelta sia da ricondurre a prescrizioni di medicina difensiva più che a una reale esigenza terapeutica.

Studi osservazionali condotti negli Stati Uniti, Canada e Australia hanno evidenziato un parallelo ed intrinseco aumento della richiesta di dosaggio della vitamina



Fig. 1

D idrossilata nel siero con importante 'overdiagnosis ed overtreatment'.

Nel Gennaio 2015 la Task Force dei Servizi Preventivi Statunitensi (USPSTF) ha concluso che non vi sono sufficienti 'prove di efficacia' per raccomandare lo screening della Vitamina D. Secondo le linee Guida Nice aggiornate nel 2017 – *Vitamina D: Supplement use in specific population group* – il test deve essere eseguito solo alla rilevazione di sintomi correlabili a carenza, in soggetti ad alto rischio (osteomalacia, rachitismo, osteoporosi, sindrome da malassorbimento, nefropatia, cadute recenti, assunzione di farmaci che ne rallentano il metabolismo o ne diminuiscono l'assorbimento).

La crescita impetuosa di richiesta di dosaggio e integrazione sarebbe legata alle indicazioni contenute in diversi studi e alle raccomandazioni degli esperti, che associano l'assunzione di questa sostanza a numerosi benefici in termini di salute. Gli studi scientifici più recenti hanno però definitivamente ridimensionato i presunti benefici legati alla supplementazione di vitamina D.

Secondo una revisione sistematica pubblicata su *The Lancet*, quasi la metà degli adulti di età superiore ai 50 anni assume integratori a base di vitamina D, come coadiuvante nella prevenzione dell'osteoporosi. I ricercatori hanno però verificato che l'assunzione abituale di vitamina D non ha effetti significativi sulla densità minerale ossea né capacità di prevenire l'osteoporosi. In questi casi quindi non esistono evidenze sufficienti a so-

stegno dell'assunzione d'integratori di vitamina D negli adulti che non presentano rischi specifici di deficienza di questa vitamina.

Un'altra revisione sistematica, pubblicata sempre su *The Lancet – Diabetes and endocrinology*, ha analizzato 450 studi, prospettici e interventistici, per determinare se



vi fosse una relazione inversa tra la concentrazione di calcidiolo e l'insorgenza di varie patologie non muscolo scheletriche, tra le quali: aumento ponderale, malattie infettive, sclerosi multipla, disordini dell'umore e molti altri. La conclusione contraddice le attese perché la carenza di vitamina D sarebbe un effetto della malattia e non la causa. Sarebbero dunque i processi infiammatori, coinvolti nell'insorgenza della malattia e nel decorso clinico, la causa della riduzione dei livelli di calcidiolo, il che spiega come mai bassi livelli di vitamina D sono ri-

portati in concomitanza a una vasta gamma di disturbi.

Allo stato attuale quindi, le evidenze scientifiche indicano la necessità di un ripensamento critico dell'utilità terapeutica degli integratori di vitamine e minerali, come peraltro sostenuto con forza da numerosi clinici che, in un editoriale sugli *Annals of internal medicine*, fanno notare che: «anche se sono necessari studi futuri per chiarire l'uso appropriato degli integratori di vitamina D, l'attuale utilizzo generalizzato non è basato su prove concrete che i benefici siano superiori ai rischi».

In conclusione, se è vero che lo stato vitaminico deve essere integrato nei casi indicati per evitare complicanze

ossee e muscolari, d'altra parte l'*overtreatment*, intrinsecamente associato all'*overdiagnosis*, si correla allo sviluppo di tossicità sistemica, come evidenziato dalla pubblicazione *Jama 2017 – Association Between Calcium or Vitamin D Supplementation and Fracture Incidence in Community-Dwelling Older Adults*, dal quale è opportuno mettersi a riparo specialmente considerato il contesto di elevatissima prescrizione.

Marzia Mensurati



“Potremo dire di essere sulla strada giusta quando saremo riusciti a creare farmaci contro le aspettative.”

Anonimo

Il dottor John Michael Crichton

Potrebbe essere definito come un uomo dai grandi numeri: 206 cm di altezza, cinque mogli, oltre 200 milioni di copie vendute dei suoi 27 romanzi (tradotti in più di 30 lingue), senza contare i milioni di dollari che hanno incassato i film tratti dai suoi racconti, ispirati sempre al mondo scientifico ed ai misteri che la natura nasconde.

Una fiorente produzione letteraria frutto della innata curiosità febbrile per le nuove esperienze e le scoperte, unita agli insegnamenti forniti dal padre, un famoso giornalista e Direttore della 4A's (Associazione Americana delle Agenzie Pubblicitarie), e dalla mamma, Zula Miller, casalinga con la passione per i musei e l'arte, che condivide con il marito una enorme passione per i viaggi. Così, il **dott. John Michael Crichton**, nato a Chicago (Illinois) il 23 ottobre 1942, e cresciuto a Long Island insieme alle due sorelle Kimberly e Catherine ed al fratello minore Douglas, inizia a scrivere precocemente, e, a soli 14 anni, vende per 60 dollari un articolo di viaggio al *New York Times*. Dopo il Diploma alla High School di Roslyn nel 1960, si iscrive alla Harvard University di Cambridge, dove si laurea in Antropologia nel 1965. Grazie ad una borsa di studio si reca in Inghilterra, a Cambridge, dove insegna per un breve periodo, per poi studiare alcuni mesi al British Museum. Trascorre alcuni mesi anche in Francia ed infine, nel 1969, torna negli Stati Uniti per iscriversi alla prestigiosa Harvard School of Medicine.

Per mantenersi agli studi collabora con alcuni quotidiani locali ed inizia a scrivere i suoi primi racconti che firma con degli pseudonimi scelti in riferimento alla sua altezza: è prima John Lange (*lange* in tedesco significa 'persona alta'), e poi Jeffery Hudson (un famoso 'gigante' realmente

esistito alla corte di Carlo II d'Inghilterra). A soli 25 anni gli viene diagnosticata, seppure in una forma non aggressiva, la sclerosi multipla, fatto che non gli impedisce di coltivare la sua grande passione per i viaggi – ereditata dai genitori – e che conserverà per tutto l'arco della sua vita: come lui stesso racconta «il viaggio serve per capire meglio se stessi e gli altri» e non a caso molte delle decisioni principali della sua vita saranno prese dopo l'esperienza di un viaggio. Conseguita la laurea in Medicina e Chirurgia si trasferisce a La Jolla, in California, dove inizia a frequentare il Salk Institute for Biological Studies, uno dei più prestigiosi istituti di ricerca scientifica in campo biomedico a livello mondiale. Nonostante l'importanza del luogo di lavoro e la possibilità di una brillante carriera, John Michael abbandona ben presto la professione medica non trovando in questa la strada per una completa realizzazione personale. L'occasione arriva a 27 anni quando il suo primo romanzo *Andromeda* diventa immediatamente un best seller. Grazie ai soldi guadagnati continua a viaggiare: visiterà gli angoli più remoti del pianeta ottenendo da questi itinerari grande ispirazione per le trame di quelli che saranno i futuri successi letterari. Autore capace di coniugare finzione e credibilità scientifica, scienza e fantascienza, genere questo di cui è stato uno dei più creativi rappresentanti, ha pubblicato numerosi romanzi di avventura, spesso tradotti in sceneggiature per il grande schermo: *The great train robbery* (1975), di cui ha curato anche la regia, *Congo* (1980), *Sphere* (1987), il celeberrimo *Jurassic Park* (1990), il sequel *The lost world* (1995), *State of fear* (2004), *Next* (2006). Abbandonata definitivamente la professione medica, la carriera di Crichton si estende negli anni anche verso la regia, la sceneggiatura e la produzione cinematografica. L'autore

Il dottor John Michael Crichton

raggiungerà la fama mondiale grazie ad una serie televisiva ispirata ad una sua raccolta di scritti del 1970, *Five patients* (Casi di emergenza): coprodotta da Steven Spielberg, *E.R. - Medici in prima linea*, diventerà un vero e proprio must degli anni a cavallo tra 1990 e 2000 (in Italia sarà trasmessa a partire dal 1995).

L'enorme successo ottenuto, così potente da vantare numeri da record arrivando a ben 15 stagioni e 331 episodi senza cali di trama troppo evidenti, ha suscitato molto interesse e diversi dibattiti tra gli esperti del settore, alcuni dei quali ritengono la celebre serie TV 'una vera e propria opera d'arte'. Una così straordinaria affermazione è sicuramente legata a molteplici fattori quali il susseguirsi di produttori e attori sempre ben collocati, la varietà di storie e dei 'casi di emergenza' (attingendo talvolta alla personale esperienza da medico), la caratterizzazione originale di tutti i personaggi, i racconti esterni alle mura dell'ospedale per captare ogni singolo angolino della psiche dei protagonisti. Ma forse il principale motivo del suo successo è **l'assenza di un vero e proprio protagonista**, perché *E.R.* è così, non c'è un protagonista

ma al tempo stesso lo sono tutti, in accordo con lo spirito del grande autore che riteneva ogni persona importante in ogni luogo e tempo. Dirà lo stesso Crichton, a rafforzare tale concetto: «...non mi spiego che cosa impedisca alle

persone di rendersi conto che chi è venuto prima di noi era almeno altrettanto intelligente, aveva altrettante buone intenzioni e possa aver fatto altrettanti errori dei nostri».

Parlando della produzione letteraria del Dott. Crichton,

non possiamo non soffermarci sul più celebre dei suoi romanzi, dal quale è stato poi tratto l'omonimo film diretto dall'amico Steven Spielberg, *Jurassic Park*: originariamente uscito nel 1993, il film fu un clamoroso successo planetario, con oltre 900 milioni di dollari di incasso e la vincita di 3 Oscar (miglior Sonoro, miglior Montaggio Sono-

ro e migliori Effetti Speciali).

Pioniera dei progressi negli effetti visivi, la pellicola – sapiente miscela di verità scientificamente plausibili e dell'immaginazione senza confini di Crichton – ha raccon-

tato una favola educativa sui possibili risultati di un sovvertimento dell'ordine naturale. «Questo è quello che succede quando l'uomo gioca a fare Dio» ha commentato Spielberg al termine delle riprese. L'opera di Crichton è stata considerata una favola ammonitrice sui pericoli associati alla manipolazione scientifica, tema ricorrente nelle sue opere. Molte di esse infatti, in

particolare quelle più recenti, esplorano specifiche aree di innovazione scientifica o tecnologica analizzandone le possibili implicazioni e sviluppi: la biotecnologia genetica in *Jurassic Park*, la tecnologia aeronautica in *Airframe*, le azien-



Medici... per altro famosi

de di software e hardware innovativo in *Disclosures*, le nanotecnologie in *Prey*, sempre supportate da rigore scientifico e talvolta accompagnate da riflessioni personali «il pianeta è sopravvissuto a tutto, nel corso del tempo. Sopravvivrà certamente anche a noi». In fondo, sebbene la sua scrittura venga tipicamente classificata come fantascientifica, le idee centrali hanno radici che vengono dal mondo scientifico, studiato da medico all'inizio, e successivamente approfondito nei vari altri settori (ad esempio, nello scrivere *Jurassic Park*, per avere una comprensione dal punto di vista paleontologico delle creature che descriveva, Crichton si è rivolto al paleontologo Jack Horner, professore alla Montana State University).

Aveva da poco iniziato a lavorare al quarto episodio della serie *Jurassic Park*, oltre ad aver in programma la scrittura della sceneggiatura del film *Westworld*, quando l'eclettico

scrittore, sceneggiatore, autore, regista e 'medico', muore improvvisamente il 4 novembre 2008, all'età di 66 anni. Questa volta la personale avventura appena iniziata nella lotta contro un tumore da poco diagnosticato, è durata un breve lasso di tempo e finita nel peggiore dei modi. Curioso, costantemente attivo, spesso in viaggio, sempre assetato di conoscenza e desideroso di nuove esperienze, il 'dottor' Crichton, attraverso i suoi appassionanti romanzi, scritti come 'sceneggiature' per i tempi e i luoghi precisi in cui si svolgono le azioni, ha probabilmente contribuito alla guarigione di molti suoi lettori, come avesse somministrato loro farmaci, al pari di tanti 'altri' medici famosi.

Marco Semprini



“Non abbiamo tanto paura della malattia e della morte, quanto della noia, della sensazione di non saper che cosa fare del nostro tempo, della sensazione di non divertirci.”

Michael Crichton

Villa d'Este, dimora degli dei

di una di Rita Leuzzi, *Stipendi*

E nel secolo. Villa d'Este è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

Villa d'Este è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

Il grande, nel mondo, è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

da metà del '800, con l'appoggio di famosi artisti come Federico Zuccari, Livio Agresti, Ottaviano Mascheroni, il Bernini, e seguono nel disegno il suo progetto nel suo significato come giardino, e complessivamente della simbologia e del giardino.

Adesso della sua simbologia di Villa d'Este, è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

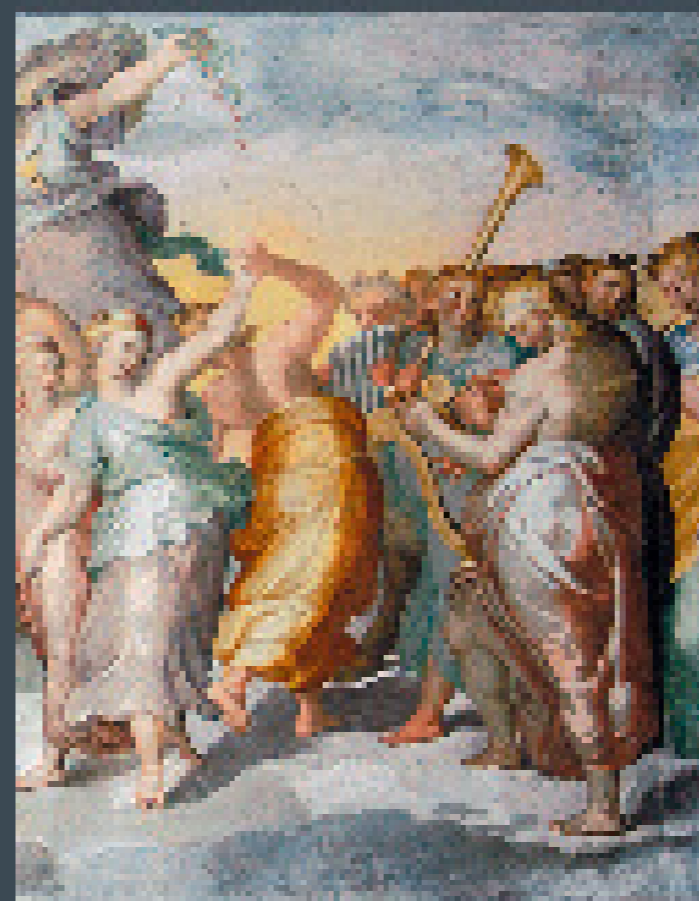
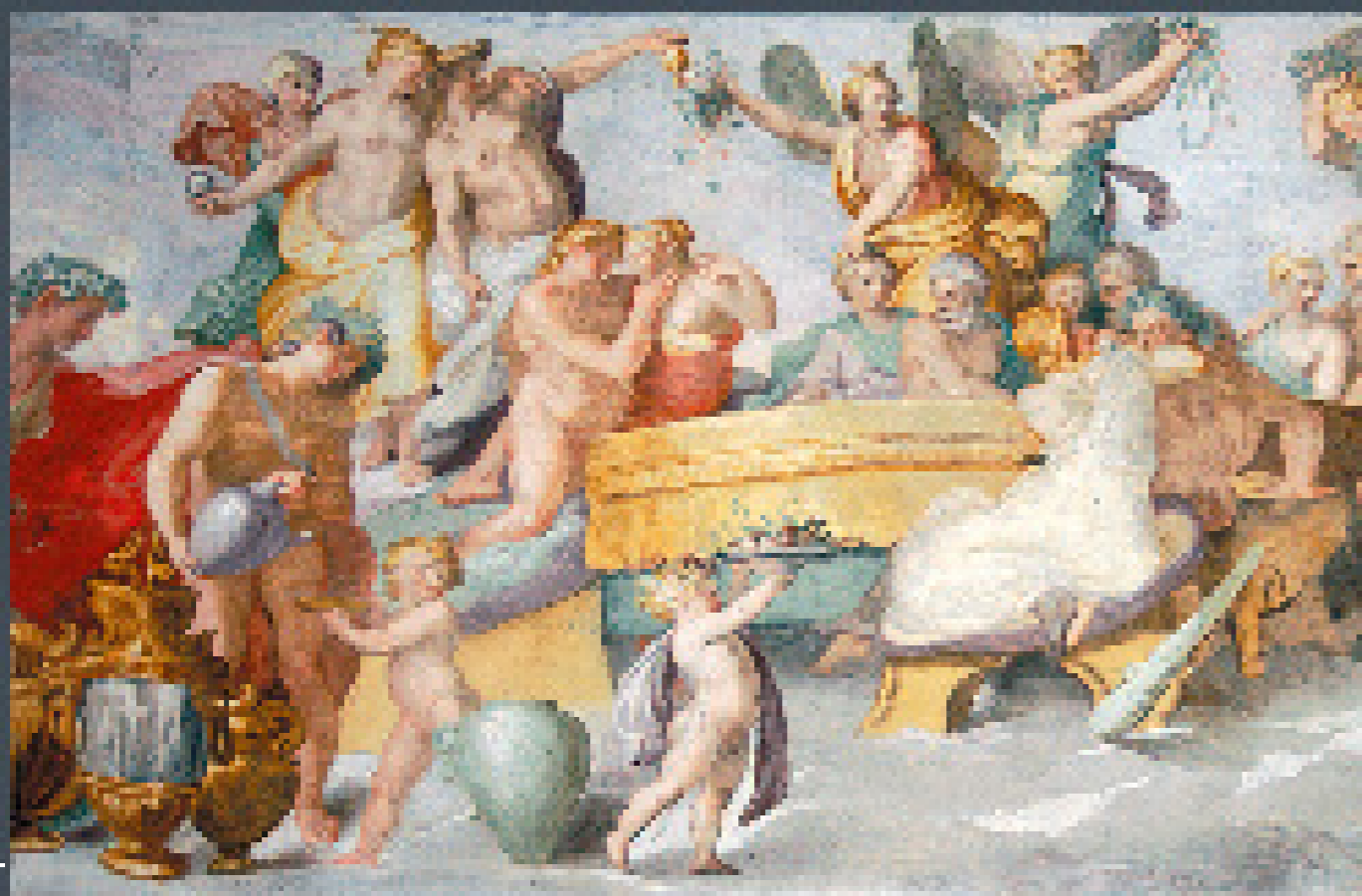
Il grande, nel mondo, è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

È un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

Questo è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

Il grande, nel mondo, è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.

Il grande, nel mondo, è un luogo di riferimento per la cultura e la vita sociale, un palazzo dove la bellezza d'oggi si è ispirata e si è ispirata, e nel passato era un piacere più o meno, da un'epoca e poi, e nel futuro per i propri dotti.



Lo Sport nella terza età ...e oltre

PREMESSA

La durata della vita media è attualmente di 80 anni per gli uomini e di 85 anni per le donne. In Europa (700 milioni di abitanti) gli ultracinquantenni costituiscono il 19% della popolazione, con la previsione che, entro breve, tale percentuale salirà al 24%, mentre agli inizi del '900 la popolazione di anziani era pari al 4% del totale. Oggi ci sono 142 anziani ogni 100 ragazzi di età inferiore

ai 14 anni, mentre nel 1983 il rapporto era di 89 a 100. È evidente che il rapporto giovani / anziani si sta spostando a favore dei secondi per la diminuzione delle nascite e per l'allungamento della vita media, e tale circostanza sta modificando l'organizzazione sociale. Diviene dunque necessario individuare e studiare soluzioni che rendano gratificante la terza età e diano benessere psico-fisico, in modo da poter ridurre o agevolare il disagio a cui spesso gli anziani soggiacciono: l'attività fisico-sportiva è una di queste possibilità.



MODIFICAZIONI ORGANICHE LEGATE ALL'ETÀ

Nei soggetti anziani, da un punto di vista fisiopatologico, è facile osservare una serie di modificazioni (definite primarie) indotte dall'invecchiamento a carico dell'apparato cardio-circolatorio, polmonare e osteo-artro-muscolare. Altre modificazioni (secondarie), sono dovute ad un diminuito livello dell'attività fisica ancora possibile considerando l'età del soggetto.

Con l'avanzare dell'età, infatti, si osserva una progressiva riduzione della massima gettata cardiaca (Q_{max}) in relazione alla diminuzione della massima frequenza cardiaca (F_{cmax}). Nei soggetti anziani sedentari, durante l'esercizio fisico massimale, il calo della F_{cmax} è compensato, in parte, dall'aumento della gettata cardiaca tramite il maggiore riempimento diastolico ventricolare (legge di Starling).

Proporzionalmente alla riduzione della Q_{max} si osserva un decremento della massima ventilazione polmonare e della capacità di diffusione dell'ossigeno attraverso la membrana alveolo-capillare (aumento del gradiente alveolo-capillare).

Anche la massa muscolare subisce un decremento con l'invecchiamento: riduzione del numero delle fibre muscolari con minime modificazioni nelle dimensioni di esse (soprattutto a carico delle fibre rapide di tipo 2). Tale fenomeno si osserva soprattutto nella muscolatura degli arti inferiori per il minor uso negli impegni della vita quotidiana.

Gli operatori del settore sanitario hanno compiuto l'errore di tenere in scarsa considerazione l'attività fisica come parte integrante del mantenimento della salute nell'anziano, poiché convinti che lo sport comporti un rischio esagerato, sottovalutando le capacità funzionali dell'anziano a causa delle scarse conoscenze tecniche e dell'erronea credenza che, 'la necessità di esercizio fisico diminuisca con il crescere dell'età'. L'osteoporosi, la diminuita potenza aerobica e i disturbi legati alla ritardata conduzione nervosa, hanno ulteriormente contribuito nel radicare tali convinzioni.

BENEFICI DELL'ATTIVITÀ FISICO-MOTORIA

Il declino fisico osservabile nell'invecchiamento viene ulteriormente sollecitato dall'inattività, e la perdita della funzionalità peggiora lo stato preesistente: invece, lo sport negli anziani, migliora il tono muscolare, la mobilità articolare, la coordinazione, la flessibilità, e influisce positivamente sulla postura (migliore capacità lavorativa).

Inoltre aumenta la capacità vitale polmonare e incrementa il volume cardiaco, permettendo un innalzamento del massimo consumo d'ossigeno (VO_{2max}). Anche la pressione arteriosa ne risente positivamente: diminuisce sia la sistolica che la diastolica (effetto protettivo cardiaco con diminuita incidenza e gravità dell'infarto).

Gli altri benefici da ricordare sono: migliore controllo del peso corporeo, riduzione degli stati depressivi o ansioso-depressivi, diminuzione delle algie vertebrali e, in caso di malattie vascolari periferiche, miglioramento della circolazione collaterale (si osserva un progressivo incremento della distanza da percorrere, camminando a piedi). Inoltre, la pratica sportiva nella popolazione anziana ha effetti primari anche a livello psicologico, tra i quali sicuramente l'aumento della capacità di socializzazione e l'incremento del senso di autostima e autoefficacia. È importante ricordare che non tutte le malattie croniche invalidanti precludono l'attività sportiva nell'anziano.

Le uniche patologie che riconoscono una controindicazione assoluta all'attività sportiva nella terza età sono: infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco congestizio, angina da sforzo, miocardite attiva, embolie recenti, aneurismi sistemici, infezioni acute, tromboflebiti, tachiaritmie minacciose e stenosi aortica severa (American College of Sport Medicine). Infatti, il 30% della popolazione con oltre 65 anni di età può essere colpita da ischemia miocardica silente o sintomatica, durante esercizio fisico.

QUALE SPORT NELLA TERZA E OLTRE ETÀ?

La prima regola da osservare, nella prescrizione di esercizio fisico nella terza età, si basa sull'incremento graduale e progressivo della capacità fisica. L'incoraggiamento, la pazienza e la sensibilizzazione, sono essenziali nella riuscita del programma, considerando che, per molti anziani, l'inattività è perdurata per diversi anni e che, di conseguenza, le sensazioni di stanchezza e di dolore che riaffiorano alle prime sedute di allenamento potrebbero creare difficoltà e precoci abbandoni. Con la stessa accortezza bisogna insegnare loro a riconoscere quale è il livello di guardia oltre il quale si possono creare danni organici e a diminuire l'intensità del lavoro o a interrompere la seduta di allenamento prima di superarla. La personalizzazione del programma di allenamento e la pratica graduale di esso sono requisiti fondamentali, da non dimenticare.

Gli sport maggiormente indicati per gli anziani sono gli sport isotonici. Tra essi ricordiamo, in particolar modo: il cammino ad andatura sostenuta (jogging), il nordik walking, il ballo sportivo, lo sci di fondo, il nuoto ed il ciclismo (tutti sport con coinvolgimento di grosse masse muscolari in maniera ritmica e regolare). Con la pratica di essi (sport aerobici) si verifica un aumento della funzione cardio-circolatoria, polmonare e osteo-artro-muscolare, Ciò comporta aumento della resistenza, dell'agilità, della coordinazione e dell'equilibrio, e tende a rafforzare la muscolatura, riducendo i rischi di cadute e la conseguente possibilità di fratture, con un miglioramento globale della

qualità della vita indipendente per un maggior numero di anni. Controindicati sono gli sport isometrici (anaerobici lattacidi ed alattacidi): sollevamento pesi, salti, scatti, balzi e lanci. Tali discipline, infatti, aumentano violentemente la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa sisto-diastolica. È indicato, al massimo, praticare esercizi con piccoli pesi per gli arti superiori.

Gli sport consigliati dovrebbero essere praticati 3 o 4 volte la settimana. Le prime sedute saranno di 10-15 minuti di lavoro e, gradualmente, arriveranno a 50-60 minuti ognuna. L'intensità sarà sempre del 65-75% della massima frequenza cardiaca (220 - età del soggetto). È buona norma far precedere ad ogni seduta di allenamento un adeguato riscaldamento muscolare con esercizi di progressiva flessione-estensione delle articolazioni e, cessato l'allenamento, è opportuno eseguire esercizi di defaticamento (camminare ad andatura lieve-moderata). Il pasto che precede l'allenamento deve essere consumato almeno 2 ore prima. In caso di caldo eccessivo, caldo-umido o freddo ambientale, è consigliata la riduzione dell'intensità del lavoro.

L'elaborazione di alcuni dati pubblicati recentemente dal Ministero della Salute hanno evidenziato che un aumento dell'attività fisica determinerebbe un minor costo per il Servizio Sanitario Nazionale in termini di prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, trattamenti ospedalieri e terapie farmacologiche, per un importo pari ad Euro 2.331.669.947.

Nicola Iacovone



“Non cercare l'impossibile, ma trova il possibile:
questo è il vero traguardo nello sport.”

Anonimo

Integratori e diete: qualche consiglio

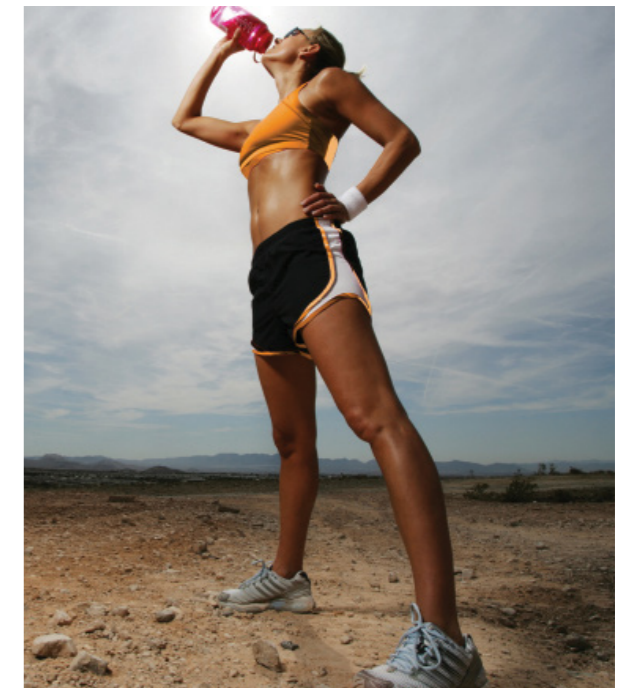
Per soddisfare completamente i fabbisogni nutrizionali di quasi tutti gli sportivi impegnati in allenamenti costanti e continuativi, o più in generale di persone che desiderano raggiungere obiettivi particolari sul fisico, molto spesso è sufficiente adottare abitudini alimentari corrette ed attente alle esigenze calorico-nutrizionali. Ecco perché, molto spesso, l'utilizzo di integratori alimentari non è assolutamente necessario e neanche libero da reali rischi per la salute.

Le integrazioni alimentari oggi in commercio si differenziano in una vasta gamma di prodotti con lo scopo di sopprimere alle evidenti carenze di uno o più nutrienti provocate da un apporto non sufficiente con la sola alimentazione. Pensate in quest'ottica, le integrazioni potrebbero migliorare alcune situazioni di salute e/o prevenire la comparsa di specifiche condizioni patologiche. Un uso inconsapevole di questi prodotti dovrebbe essere scoraggiato, soprattutto se la loro prescrizione viene suggerita da personale non medico e quindi non in grado di decidere circa la reale necessità, la giusta dose, il periodo corretto di utilizzazione e le eventuali controindicazioni collegate alla possibile concomitanza di patologie e/o condizioni cliniche che danno controindicazioni per l'uso, anche se si consumano per periodi brevi e a dosaggi minimi.

La produzione e la commercializzazione degli integratori alimentari per lo sport ricade in un contesto regolato, in Italia, da precise norme dettate dal Decreto Legislativo del 27 gennaio 1992, n. 111, in attuazione della direttiva 89/398 dettata dalla Comunità Europea, riguardante i 'prodotti alimentari destinati ad un'alimentazione particolare'. Detto decreto stabilisce le caratteristiche di questi prodotti alimentari che, in sintesi, devono distinguersi

decisamente dagli alimenti consumati abitualmente ed essere adatti all'obiettivo nutrizionale individuato ed essere commercializzati in modo da indicare che sono conformi all'obiettivo stabilito. Inoltre devono corrispondere alle esigenze nutrizionali 'speciali' di determinate categorie di persone, quali ad esempio: soggetti caratterizzati da disturbi nel processo di assimilazione o del metabolismo; soggetti che presentano condizioni fisiologiche tali per cui possano trarre beneficio dall'assunzione consapevole di certe sostanze negli alimenti; lattanti o bambini in buona salute.

Il decreto legislativo 21 maggio 2004 n. 169, in attuazione della direttiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo e





del Consiglio del 10 giugno 2002, indica come integratori «i prodotti alimentari destinati ad integrare la comune dieta e che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive [...] o di altre sostanze aventi effetto nutritivo o fisiologico [...] sia monocomposti che pluricomposti, in forme predosate» (articolo 2 comma 1). [...] «si intendono per predosate le forme di commercializzazione tipo capsule, pastiglie, compresse, pillole, gomme da masticare e simili, polveri in bustina, liquidi contenuti in fiale, flaconi a contagocce e altre forme simili di liquidi e polveri destinati ad essere assunti in piccoli quantitativi unitari» (articolo 2, comma 3). Ancora, il decreto dice che «l'etichettatura, la presentazione e la pubblicità non attribuiscono agli integratori alimentari proprietà terapeutiche né la capacità di prevenzione o cura delle malattie umane né fanno altrimenti riferimento a simili proprietà» (articolo 6, comma 2); che «nell'etichettatura, nella presentazione e nella pubblicità degli integratori alimentari non figurano diciture che affermino o sottintendano che una dieta equilibrata e variata non è generalmente in grado di apportare sostanze nutritive in quantità sufficienti in generale» (articolo 6, comma 3).

La legge del 3 febbraio 2003, n. 4, consente la commercializzazione dei prodotti dietetici per lo sport sulla base della semplice 'notifica preventiva di etichetta' al Ministero della Salute, e quindi accoglie la direttiva europea, ma ha modificato ciò che precedentemente era stato stabilito dal decreto già menzionato del 27 gennaio 1992, n. 111, che, invece, ne

regolava la vendita secondo l'iter legislativo, analogo a quello dei 'farmaci da banco', dell'autorizzazione e registrazione ministeriale, ben più lungo e costoso, che prevede l'analisi del prodotto e la verifica da parte del Ministero della Salute della corrispondenza tra etichetta e contenuto.

Gli integratori alimentari per lo sport sono inseriti nell'elenco dei prodotti alimentari destinati ad una alimentazione particolare che va sotto la denominazione di 'Alimenti adatti ad un intenso sforzo muscolare soprattutto per gli sportivi' rispetto ai quali il Ministero della Salute ha stabilito specifiche linee guida, e sono suddivisi nelle seguenti categorie:

- Prodotti finalizzati ad una integrazione energetica.
- Prodotti con minerali destinati a reintegrare le perdite idrosaline.
- Prodotti finalizzati all'integrazione di proteine
- Prodotti finalizzati all'integrazione di aminoacidi e derivati.
- Prodotti contenenti derivati di aminoacidi.
- Altri prodotti con valenza nutrizionale adattati ad un intenso sforzo muscolare.

In questo quadro introduttivo si inserisce a pannello il fatto di 'condannare' l'uso di qualsiasi sostanza se usata e/o prescritta senza un reale motivo terapeutico e/o preventivo. E se questo è un obbligo morale dei medici e ancor di più degli esperti in nutrizione, è facile pensare come non possano farlo persone che specialiste non sono, ma che arrivano comunque a spingersi a consigliare farmaci, integratori e

addirittura diete. È tanto più auspicabile che medici e nutrizionisti impegnati nella cura di atleti e sportivi ma anche, più in generale, di pazienti che intraprendono una dieta – dieta, dal termine greco, diaita, cioè il complesso delle norme di vita atte a mantenere lo stato di salute – valutino con molta attenzione la concreta necessità dell'integrazione in questione. Spesso molti integratori sono associati a programmi di dimagrimento, ma al contempo sono esenti da una reale base scientifica e non contengono sostanze nutritive veramente in grado di provocare una reale perdita del grasso corporeo.

A tale proposito è utile indicare ciò che sostiene l'Agricultural Extension Service (1999) per cercare di individuare le 'frodi commerciali' legate alle diete, agli integratori e ai farmaci adatti al dimagrimento. In generale, *una promessa di dimagrimento o un suggerimento che riguarda l'alimentazione sono da considerare inaffidabili se:*

- Assicurano perdite di peso rapide e consistenti, soprattutto se accompagnate dalla promessa di essere facili, senza sforzo, garantite e permanenti
- Affermano che si può perdere peso senza diminuire le calorie e senza esercizio fisico.
- Assicurano di ridurre o eliminare la 'cellulite'
- Fanno uso di termini come: 'miracoloso', 'importante passo avanti', 'esclusivo', 'segreto', 'antico', 'orientale', 'scoperta casuale', o 'di uno specifico medico'.
- Si basano sulla testimonianza e su immagini di 'clienti soddisfatti'.
- Si riferiscono a studi di cui non si fornisce bibliografia
- Diagnosticano carenze nutrizionali attraverso questionari per poi prescrivere l'uso di integratori dietetici in quantità superiore a quelle raccomandate.
- Non sono sostenute da autori o persone con credenziali affidabili.
- Non raccomandano di sottoporsi a visita medica e non evidenziano eventuali rischi.
- Suggestiscono l'uso di farmaci non approvati dalla Food and Drug Administration (organismo nazionale statunitense).
- Incoraggiano l'uso di ingredienti pericolosi o la cui effica-

cia non sia provata.

- Dichiarano che gli ingredienti suggeriti avvolgono le calorie, l'amido, i carboidrati o i grassi e li eliminano dall'organismo.

Inoltre, *non bisogna fidarsi di prodotti per dimagrire o di suggerimenti per diete offerti attraverso:*

- Pubblicità postale aggressiva.
- Promozioni televisive.
- Annunci contenenti un numero verde senza indirizzo.
- Richieste di forti anticipi o contratti a lunga scadenza.
- Tattiche di vendita pesanti.
- Offerte irripetibili.
- Organizzazione di vendita a piramide.
- Nutrizionisti o consulenti autonomatisati tali.

Il National Council Against Health Fraud (organismo attivo negli USA) mette in guardia i consumatori dall'acquistare i cosiddetti 'prodotti di dubbia efficacia', ovvero quella serie di prodotti che vengano spesso pubblicizzati in modo falso, fuorviante o illegale, come:

- **Pillole per dimagrire:** ad esempio prodotti naturali e di erboristeria venduti come integratori alimentari.
- **Crema e coadiuvanti:** ad esempio creme e lozioni anticellulite o creme per le cosce
- **Gadget:** ad esempio tavole per effettuare movimenti passivi e continui.
- **Tattiche combinate:** ad esempio prodotti proposti in combinazione con costosi programmi che comprendono pillole di vario genere.
- **Fabbriche di titoli e diplomi:** autori che presentano credenziali emesse da 'fabbriche di diplomi', organizzazioni che conferiscono diplomi senza richiedere che gli studenti seguano gli standard formativi stabiliti.

Paola Marconi

Cartoline dal Passato

Viale dei Torrioni



Uno dei maggiori fotografi di Tivoli è stato Pio Tedeschi, il quale ci ha lasciato preziose immagini della fine dell'800 e dei primi del '900. In questa e nella seguente cartolina troviamo protagonista il Viale dei Torrioni, che appare nel suo battuto di terra e quindi fangoso d'inverno e polveroso d'estate. Ciononostante, tenendo conto dei tempi (fine Ottocento), appare nella sua dignità, conferita dal duplice filare di alberi ombrosi e dal parapetto di sinistra, che la separa dalla vallecola sottostante, lungo la quale a piano a piano si delineerà sempre più decisamente il tracciato del successivo Viale Tomei.

Sulle pendici del Colle Ripoli si distingue nettamente il convento dei Cappuccini immerso nel verde. Sulla destra notiamo l'inizio della scarpata sulla quale si appoggiarono le mura e le torri della cinta federiciana e qualche palo della luce che intravediamo sulla destra.

Questo ci porta a dire che siamo alla fine dell'800, ma successivamente al 1886, quando iniziò a Tivoli la pubblica illuminazione. Ricordiamo che Tivoli è la prima città in Italia ad essere illuminata ad energia elettrica, impresa che comportò la sostituzione di tutti i precedenti impianti a gas.

Cartoline dal Passato

Viale dei Torrioni



Questa cartolina di Pio Tedeschi reca come didascalia "Viale dei Torrioni e Torre di Pio IV". È facile rilevare l'errore tipografico del 'IV' al posto del 'II', riferito al pontefice Pio Piccolomini. Sulla destra si evidenzia bene la scarpata sulla quale si intravede qualche torre quadrata e la linea delle mura che si congiungono con il torrione d'angolo del castello. Lo sviluppo dell'elettificazione è attestato dal palo della luce e dai fili che si incrociano nel cielo. Sul fondo, sotto il verde degli alberi, si vedono due arcate del ponte che supporta l'acquedotto rivellese.

Non compare nessuna palazzina – la prima, infatti, risale agli anni che precedono la Grande Guerra. Su questo viale si stesero i binari per far passare, il 10 dicembre 1884, la locomotiva che doveva entrare in servizio nel tratto ferroviario di Tivoli-Mandela, binari che furono continuati lungo la Via Maggiore e di lì fino alla stazione. Negli scavi condotti durante gli anni '50 del sec. XX sulla scarpata per far posto ai nuovi edifici, si rinvenne abbondante materiale dell'età del Ferro appartenente alla vasta necropoli detta di S. Anna dalla vicina Chiesa di S. Anna caratterizzata dalle tombe definite a circolo poiché sopra i corpi ricoperti di terra si ponevano pietre in cerchio.

Tertulliano Moneta

“...Non un'eco delle grida già risuonanti nei triclini, non un raggio dell'antica gloria riflesso nel tramonto: la morte dei cori e dei suoni, tutta la vita che piomba nel sonno, nella pace serena del nulla.”

A. Colasanti (a proposito di Tivoli)

ON THE ROAD

Il cammino di Santiago

La storia di questo pellegrinaggio inizia nel IX secolo quando, grazie all'apparizione di una stella su di un campo in Galizia, un pio eremita trovò il luogo ove giacevano, dimenticate da secoli, le reliquie di San Giacomo di Zebedeo detto il Maggiore, Apostolo e Martire. Dopo aver predicato il Vangelo per molti anni in Spagna, tornò in Giudea, dove fu martirizzato e decapitato e, come da sua volontà, sepolto poi in Galizia, grazie ai suoi discepoli che ne trafugarono il corpo.

La città che qui sorse deriva quindi il suo nome da Santiago (contrattura iberica di San Giacomo) de Compostela (del *campus stellae*), oggi il capolinea del trekking spirituale più famoso del mondo, una città medievale che, grazie al suo indotto, è divenuta capitale della regione autonoma di Galizia e che ha coniu-

gato la sua iniziale vocazione religiosa a quelle della classica meta turistica divenuta, nel 1985, patrimonio dell'UNESCO.

Scendendo dal Monte Gozo, ultima tappa del Cammino, si entra finalmente nella città vecchia, la città di pietra. Il cuore si allieta, la commozione ha il sopravvento quando, passando sotto un arco, si entra in Plaza del Obradoiro, dominata dalla maestosità della facciata barocca della Cattedrale, meta ininterrotta di peregrinos da più di un millennio. Finalmente ci si libera della muchilla (zaino), si osserva in silenzio questo luogo magico e si entra nella Cattedrale, dove la vista del botafumeiro, l'incensario di 53 chili pendente dal soffitto, ci accomuna in una emozione secolare. Il cammino è compiuto, l'impresa è riuscita, la paura di non farcela si è sciolta, rimane solo la felicità ed il ringraziamento, ma anche la tristezza di tornare alla normalità.

Il cammino di Santiago



Il botafumeiro, l'incensario di 53 chili pendente dal soffitto

Può capitare nella vita di vivere un evento, un incontro, un'esperienza che può trasformare la nostra esistenza. A me è capitato. Nel 2009, in seguito alla dipartita della mia cara mamma, ho deciso di percorrere il Cammino di Santiago de Compostela. Questo è stato il motivo che mi ha indotto a fare questa esperienza, un pellegrinaggio dedicato alla persona più cara della mia vita. Non potevo immaginare quello che avrebbe provocato in me, una rivoluzione della coscienza, del pensiero e della mia stessa vita. Disponendo di molto tempo per riflettere, passo dopo passo rimettevo in discussione la mia intera esistenza, senza la distrazione della solita quotidianità lavorativa e senza i pensieri, le frustrazioni e lo stress di cui, tutti i giorni, siamo vittime. È un altro vivere, un vivere semplice, è il riappropriarsi di quella vita, a cui tutti aspiriamo ma che non riusciamo a realizzare. Mi ritrovavo a parlare con Gesù che qui ho ritrovato ed ho imparato ad amare, a ringraziarlo per quello che riuscivo a vedere, a sentire, a provare. Non è mia intenzione insegnare uno stile di vita, ma riportare ciò che ho provato e che tutt'oggi provo, ogni volta che cammino.

Camminando per ore in mezzo alla natura si rivaluta

il tutto, guardando, osservando e notando tutto ciò che prima mi sfuggiva: un fiore, un albero, un contadino intento a lavorare la sua terra, una mucca, un cavallo, cose che per la prima volta vedevo con occhi diversi, apprezzandole in un meraviglioso contesto naturalistico. Ho imparato a godere della bellezza di ciò che ci circonda e della grandezza del creato, riempiendomi di questa meraviglia di cui spesso non abbiamo il tempo di accorgerci. Il tempo è l'altra dimensione che usiamo erratamente, senza capire quale enorme ricchezza rappresenti. Il tempo passa sempre più velocemente perché in realtà siamo noi a non fermarci, siamo noi a non capire che è il dono più grande insieme alla nostra salute. Il cammino consente di vivere il tuo tempo nella giusta dimensione: lentamente.

Mentre cammino sono leggero, la mia testa è libera, sono felice di arrivare ad un bar e sedermi, bere una birra fresca, togliermi le scarpe. Bere una birra, una normale abitudine che sul cammino assume un significato diverso, perché lo si fa con uno spirito diverso e dopo un grande sforzo fisico. Anche il riposo ed il ristoro hanno un valore diverso perché lo sento come 'meritato', quale giusto compenso per lo sforzo fatto. La fatica ed il dolore sono le costanti del cammino ed attraverso i segnali che il corpo mi invia imparo a conoscere molto bene i miei limiti e le mie capacità. Il fisico mi sorprende, così come la mia mente che combatte giorno dopo giorno contro la voglia di lasciare, contro il pensiero del 'chi me lo ha fatto fare', ma una forza interiore che unisce mente e corpo fino ad allora sconosciuta mi spinge oltre, è più forte di tutte le forze contrarie e mi fa superare ogni ostacolo. *No pain no glory...* è una delle massime del cammino di Santiago, senza dolore non c'è gloria, provando fatica e dolore tutto assume un sapore diverso.

Alla fine di una giornata di cammino tutto mi duole: gambe, spalle, piedi, schiena, ma sono felice.

Ho conosciuto gente da ogni parte del mondo, mi sono confrontato con loro, ci siamo raccontati cose che racconti solo al tuo migliore amico. Insieme abbiamo condiviso tutto, difficoltà e dolori, fame e sete, arrivando

ON THE ROAD



do ad un rapporto così intenso ed intimo solo dopo qualche ora di cammino insieme. Ognuno con i suoi problemi, i suoi lutti, le sue malattie, insieme ci si racconta, si ride, si scherza, si piange. Forse non li rivedrò mai più, ma se li rivedrò sarà come rincontrare un caro amico o una cara amica. Perché Santiago de Compostela, per diversi motivi, è il Cammino più conosciuto del mondo, il più organizzato, il meno costoso e, dopo

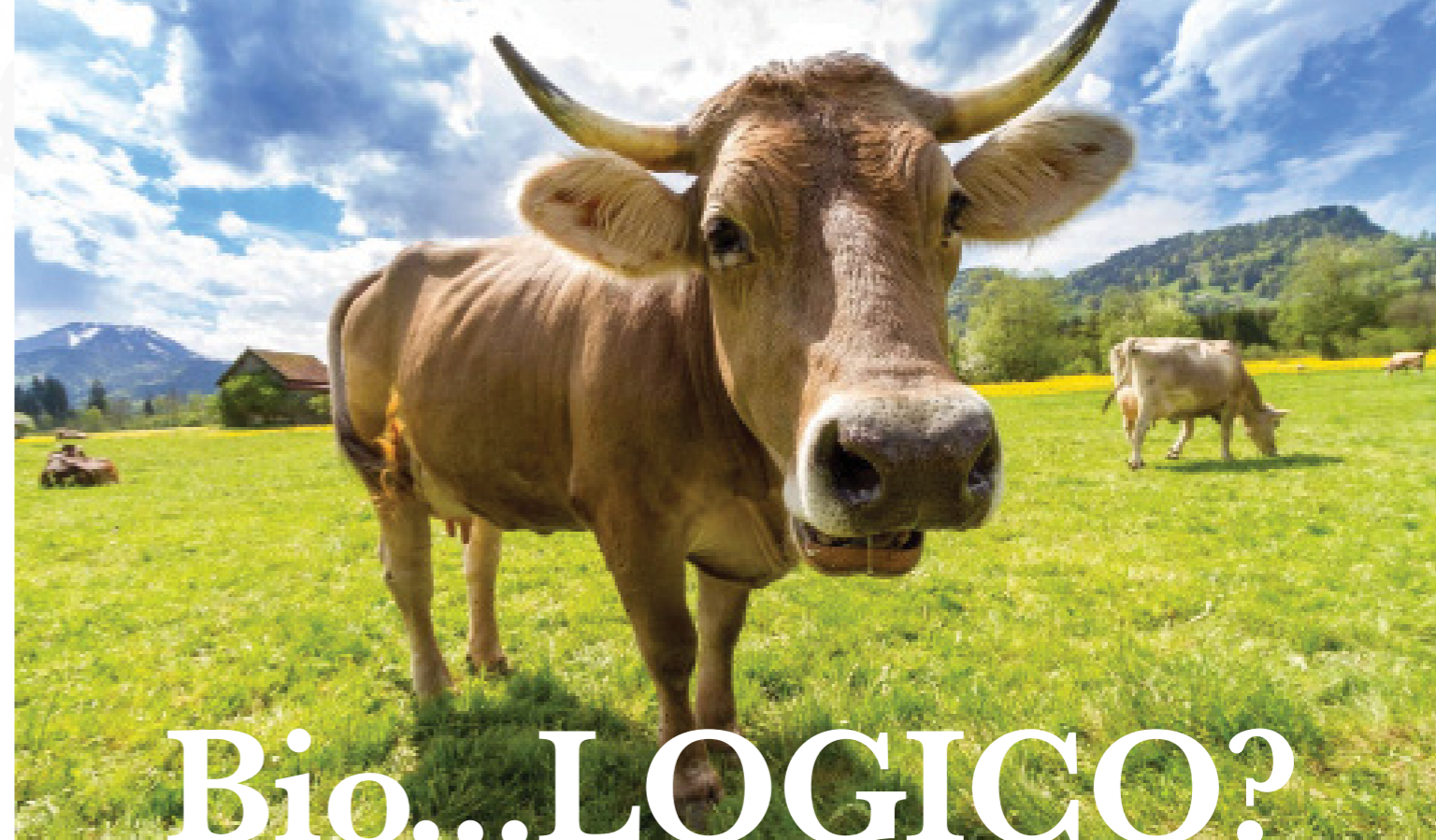
il 1989, grazie a Papa Giovanni Paolo II che vi organizzò la prima edizione europea della Giornata Mondiale della Gioventù, quello che continua ad attirare costantemente sempre più **viandanti dello spirito**.

Marco Coccia



“Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell'averne nuovi occhi.”

Marcel Proust



Bio...LOGICO?

Pur essendo l'agricoltura biologica riconosciuta come «attività di interesse nazionale con funzione sociale, in quanto attività economica basata sulla qualità dei prodotti, sulla sicurezza alimentare, sul benessere degli animali e sulla riduzione delle emissioni inquinanti», quella approvata alla Camera il 2 maggio 2017 e denominata *Disposizioni per lo sviluppo e la competitività della produzione agricola e agroalimentare con metodo biologico*, è ancora solo una proposta di legge.

CHIAREZZA NEI TERMINI

È importantissimo conoscere l'esatto significato dei termini che usiamo perché in effetti la moderna definizione di 'alimenti naturali e di alimenti biologici' è solo indiretta, presupponendo specifiche modalità di produzione e assenza nel prodotto finale di sostanze estranee o in un qualche modo ritenute pericolose (coloranti artificiali, aromatizzanti, ingredienti sintetici, OGM ecc.). 'Naturale' non è sinonimo di 'sano', così come non

lo è la dizione 'a Km 0'. Per commercializzare prodotti come biologici, le aziende agricole, agrozootecniche e di trasformazione devono rispettare le norme tecniche contenute nel regolamento, sottoporsi a certificazione e controllo di un ente autorizzato dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF), coltivare la terra secondo i principi del 'biologico' per almeno tre anni, tempo necessario per 'disintossicarla'.

L'agricoltura biologica si basa sul rispetto dei cicli naturali del suolo, delle acque, delle piante e degli animali e quindi delle persone. Nella realtà si potrà parlare di prodotti biologici solamente quando verranno prodotte controparti di sintesi, ad esempio una mela costruita in laboratorio. Fino a prova contraria, una mela rimane sempre e comunque un alimento biologico, indipendentemente dalle tecniche colturali impiegate.

Ecco allora che non dovrebbe più essere usato il termine 'biologico' ma lo si dovrebbe sostituire con 'organico', come da indicazione della Federazione Interna-

zionale Movimento di Agricoltura Organica (IFOAM). Per 'agricoltura ecocompatibile' si intende invece la generica tendenza alla compatibilità ambientale, e nell'iter produttivo integra un impiego minimo di prodotti chimici con l'uso controllato di insetti che si nutrono dei parassiti delle piante funzionando di fatto come degli antiparassitari naturali. La dicitura 'ecocompatibile' non ha, per ora, riconoscimento dal punto di vista della normativa comunitaria, ma alcune regioni e province italiane hanno già istituito dei marchi collettivi con i quali si qualificano i prodotti derivati da questo tipo di agricoltura. Se arriva da lontano non è invece un 'biologico sostenibile' poiché si consumano comunque risorse idriche ed energetiche per la sua conservazione, il trasporto e la logistica.



Non dobbiamo quindi incorrere nell'errore di descrivere gli alimenti biologici come un qualche cosa di immacolato, esente da trattamenti e naturale al 100%; così facendo si alimentano illusioni ed aspettative, che nel momento stesso in cui vengono disattese finiscono col sottrarre credibilità all'intero settore.

Perché consumare cibo biologico? Ci sono almeno tre buoni motivi per seguire tale stile di vita:

1) **perché si ha a cuore l'ambiente**, infatti consumando cibo biologico se ne migliora la qualità e

se ne riduce l'inquinamento, si mantiene la fertilità dei suoli, la biodiversità della flora e della fauna e il benessere animale, si produce e trasforma il prodotto in modo biocompatibile (il BIO riduce il consumo di energia e acqua ed evita l'utilizzo di fertilizzanti e pesticidi che inquinano terreni e acque);

2) **perché si vuol essere socialmente equi**, garantendo una maggior redditività ai produttori aumentando al contempo la sicurezza alimentare di tutti;

3) **perché si vuole migliorare la qualità nutritiva**, volendo escludere dalla filiera gli OGM e i prodotti da nanotecnologie, assicurando migliori qualità nutritive e proprietà organolettiche dei prodotti BIO rispetto ai convenzionali.

SIAMO REALMENTE IN GRADO DI ACQUISTARE UN PRODOTTO BIOLOGICO?

Prima di fare la spesa, occorre sempre leggere l'etichetta e verificare che:

- il prodotto sia venduto con l'etichetta Agricoltura Biologica o Allevamento Biologico - Regime di controllo CEE; senza questa dicitura, il prodotto non è cibo biologico;
- l'etichetta riporti la data (di raccolta, produzione, macellazione), la sigla del paese di provenienza, la sigla dell'ente certificatore, un codice dell'azienda e uno per la partita del prodotto;
- i contenitori non siano di plastica o di altro materiale sintetico (vietati per i cibi bio);
- il prodotto contenga almeno il 95% di ingredienti biologici (solo in questo caso può riportare il logo Europeo, obbligatorio, in aggiunta eventualmente ad altri marchi «BIO» di fantasia);
- nelle etichette stampate sia presente il nuovo logo «EUROFOGLIA» (in vigore dal 1° luglio 2010) che identifica i prodotti biologici certificati; l'elenco degli ingredienti deve riportare quali sono biologici;



Etichetta Agricoltura Biologica o Allevamento Biologico Regime di controllo CEE

CHI CONTROLLA IL BIOLOGICO

Siamo certi che il prodotto sia certificato come biologico perché la vigilanza sui prodotti biologici avviene attraverso tre modalità:

1. ispettivo, tramite tecnici qualificati presso le aziende agricole;
2. analitico, attraverso controlli su campioni;
3. amministrativo, con la verifica dei registri di carico/scarico e dei programmi produttivi dell'azienda.

In Italia gli Organismi di controllo sono 16 enti autorizzati dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari



e Forestali (MiPAAF), coadiuvati dai NAS e dalle Autorità Competenti (ASL, Repressione Frodi) che verificano l'assenza di pesticidi e fertilizzanti di sintesi oltre quella degli OGM, fatta su prelievi a campione lungo tutta la filiera. Agricoltore e Aziende di Trasformazione, attraverso un piano di campionamento volontario, completano l'analisi sul prodotto finito, principi attivi e sostanze vietate.

PREOCCUPIAMOCI DEI NOSTRI FIGLI: IL LATTE IN FORMULA

Partendo dall'assunto che il latte materno è l'alimento migliore per il lattante e che la prescrizione di latte in formula è una vera e propria prescrizione medica, dobbiamo considerare che ci sono più di 1500 contaminanti da tenere sotto controllo nella produzione del latte.

Pensando alla produzione di un prodotto è inevitabile che si parta dall'inizio della filiera produttiva. Queste redflags devono quindi essere ben fissate nella mente di chi intende produrre e consumare biologico.

- **La razza** – **Le razze bovine rustiche e tipiche** del territorio sono più resistenti di quelle selezionate.
- **Le stalle** – È necessaria una **adeguata igiene ed aereazione delle stalle**, con densità degli animali controllata.

• **Controlli** – Gli allevatori BIO sono sottoposti a **controlli più frequenti** (in media 2 controlli a settimana).

• **Utilizzo dei farmaci** – Il **GH bovino** utilizzato per favorire la produzione di latte e gli **steroidi sessuali** usati per accelerare la crescita degli animali, favorendo la massa magra, sono **tassativamente vietati negli allevamenti biologici**.



• **Pascolo** – Ogni animale **bruca liberamente** su superfici predefinite (il numero dei capi è in funzione della superficie di terreno disponibile), con elevata biodiversità floristica e numerose specie di erbe.

• **Concimazione organica** – Deve essere fatta **esclusivamente con letame** e non concimi chimici; è indicata la rotazione delle colture che garantisce la fertilità dei suoli e riduce i danni all'ecosistema.

• **Foraggi** – Per nutrire gli animali i prodotti devono essere esclusivamente dell'azienda stessa (> 50%) o provenire da aziende BIO della stessa Regione, **coltivati senza fertilizzanti chimici, diserbanti e antiparassitari**; inoltre non devono essere usate farine animali (responsabili di BSE e sindrome mucca pazza) o derivate da OGM.

• **Vaccinazioni** – La mucca va sottoposta ad **una corretta profilassi vaccinale**. In caso di patologia accertata, il primo intervento è con rimedi a basso impatto (ad es. con fitoterapici) e, solo successivamente o nei casi più gravi, con i comuni farmaci allopatrici (antibiotici, antinfiammatori, ecc.). Non dimentichiamo poi che l'uso di antibiotici comporta il rischio di sviluppo di resistenze a tali farmaci da parte di microrganismi, che si diffondono poi all'uomo attraverso la catena alimentare. Visto che i farmaci passano nel latte, qualora

si ricorra a farmaci veterinari convenzionali, negli allevamenti BIO, il tempo di sospensione del trattamento prima dell'utilizzo dei prodotti (latte o carne) è doppio rispetto a quello previsto nelle indicazioni di legge per il farmaco utilizzato.

NORMATIVA

Un latte biologico dovrà soddisfare sia i criteri leggerati per gli alimenti per lattanti, sia quelli specifici per i prodotti biologici. Quindi non solo dovrà soddisfare il DM 500, il DM 82 e la Direttiva CEE/51 del 2006 ma tutti gli ingredienti del latte biologico per lattanti (e non solo il latte di mucca BIO), devono avere caratteristiche specifiche:

- grassi vegetali, amido e maltodestrine che lo compongono, devono essere ricavati da piante coltivate secondo le linee guida dell'agricoltura BIO, evitando concimi chimici nocivi per il territorio e per la salute dell'uomo;
- gli alimenti per lattanti e di proseguimento convenzionali non devono contenere pesticidi in quantità > 0,01mg/kg; ne sono ammessi circa 300. Negli alimenti per l'infanzia (e quindi il latte) BIO la direttiva è più restrittiva: ne sono ammessi solo 2 (con lo stesso limite). Il latte BIO con-

BIO È SEMPRE MEGLIO?

Una ricerca condotta dagli scienziati dell'Università di Santiago de Compostela, che hanno messo a confronto i valori nutrizionali del latte biologico e di quello convenzionale prodotto da oltre 30 aziende agricole situate nel nord-est della penisola iberica, conclude che «Nel latte bio, c'è una minore concentrazione di elementi come zinco, iodio e selenio rispetto al latte prodotto con i metodi tradizionali.»

La discrepanza, secondo gli scienziati, sarebbe dovuta all'assenza di alcune sostanze minerali nelle diete delle mucche allevate in maniera bio. Queste ultime, negli allevamenti biologici, dovrebbero avere diete con fonti naturali di iodio integrate, come le alghe.

Una metanalisi su 170 studi che mettevano a confronto i nutrienti del latte convenzionale e di quello biologico, ha evidenziato che a parità di contenuto in proteine e grassi, il latte BIO contiene una maggior concentrazione di Vitamina E e beta-carotene, conseguenza di una maggiore risposta immunitaria da parte della pianta in assenza di somministrazione di pesticidi, accanto ad una maggiore concentrazione di ferro e luteina/zeaxantina.

tiene quindi molti meno pesticidi di quello convenzionale, perché il loro utilizzo è vietato dal metodo di produzione biologico: la contaminazione sarà dovuta esclusivamente all'inquinamento atmosferico. Tutto questo perché i contaminanti chimici risalgono la catena alimentare vegetale ► animale ► uomo, concentrandosi nell'essere umano (**Magnificazione Biologica**).

Perché porre maggior attenzione all'alimentazione del bambino che nel futuro vivrà nel mondo come tutti? Ci sono diversi validi motivi per farlo. I bambini hanno un maggior bisogno di nutrienti, assorbono di più dai cibi e al contempo tollerano meno gli inquinanti; essi hanno un'alimentazione a prevalente contenuto di latte che può favorire l'assorbimento di molti xenobiotici, soprattutto metalli pesanti (Pb, Cd, Hg) ma anche aflatosine, ftalati, ecc.; dispongono di una minor massa grassa e maggior percentuale d'acqua corporea, condizione che può influenzare la diffusione e l'accumulo di sostanze, spesso tossiche, a forte carattere lipofilo; per finire le funzionalità renale ed epatica sono ancora immature ed incapaci di smaltire molte sostanze tossiche.



La stessa metanalisi indica anche che **il latte BIO ha un maggior contenuto di acidi grassi polinsaturi (PUFA, es acido linoleico) e meno di quelli monoinsaturi**, che influenzano le concentrazioni plasmatiche di HDL e LDL-colesterolo, riducendo così il rischio di patologie cardiovascolari. Questo aspetto è legato al tipo di vegetali utilizzati negli allevamenti biologici, molto diversi dalle miscele utilizzate nelle fattorie convenzionali. Inoltre, rispetto al latte convenzionale, nel latte BIO veniva rilevata una maggior quantità di **acidi grassi omega 3** (+ 64% per maggiore uso di trifogli), con un **rapporto ω-3/ω-6 più elevato**.

CONCLUSIONI

Quando si sceglie il biologico dobbiamo considerare che, a fronte di un costo sicuramente più alto e di alcune carenze nutritive, peraltro limitate ai primissimi mesi e colmate con l'introduzione dell'alimentazione complementare, si hanno diversi vantaggi che proteggono la naturale vulnerabilità del neonato. Intanto se ne preservano le proprietà organolettiche con un sapore più naturale e gradevole al palato; risulta più controllato sia dal punto di vista della coltivazione che dell'allevamento e non contiene sostanze d'origine chimica. Infine, per produrre prodotti biologici si riduce lo spreco di materie prime, l'impatto ambientale e si rispetta la biodiversità. Va anche detto, però, che i cibi biologici freschi (proprio perché naturali e privi di additivi) si conservano meno a lungo: in realtà, quello che sembra

essere un difetto, è soprattutto garanzia di qualità!

In conclusione: mentre alcuni cibi come banane, cavoli, avocado, cipolle, kiwi o asparagi non assorbono molto i pesticidi o, comunque, vengono sbucciati prima di essere consumati, per altri, poiché maggiormente soggetti all'impiego di pesticidi o medicinali, sarebbe bene acquistarli soltanto se di provenienza biologica certificata o comunque sicura. Tra essi ci sono anche latte e latticini.

*Giorgio Bracaglia
Simona Guglielmi*



“Viviamo in un mondo in cui la limonata è costituita da aromi artificiali e la cera per i mobili da limoni veri.”

Alfred E. Newman



Tachicardia posturale nella SINDROME DI EHLERS DANLOS

Tra la fine del XIX secolo e la prima metà del XX, principalmente negli Stati Uniti, erano in voga i **freak show**, quegli spettacoli in cui si esibivano i cosiddetti 'fenomeni da baraccone', uomini e donne caratterizzati solitamente da un aspetto abnorme o inconsueto, come l'altezza eccessiva o la presenza di rare malformazioni fisiche tali da strabiliare gli spettatori durante le fiere.

Da questi spettacoli, spesso itineranti, arrivavano le curiose descrizioni delle performances di incredibili contorsionisti come 'Lady elastica' o 'L'Uomo di caucciù', che altro non erano che soggetti affetti dalla sindrome di Ehlers-Danlos.

Questa rara patologia genetica a carico del tessuto connettivo con caratteristiche ben precise è spesso definita come la 'malattia dei contorsionisti', e prende il nome da Edvar Ehlers, dermatologo danese, e Henri-Alexandre Danlos, dermatologo francese, che per primi, nel 1901, stilarono un elenco delle caratteristiche tipiche di questi pazienti 'snodati', benché già Ippocrate, nel 400 a.C., avesse descritto analoga patologia, narrando della 'mollezza' dei nomadi Sciti.

L'articolo che segue tratta di questa patologia in una estensione breve ma esaustiva, ed è estrapolata dalla tesi di laurea in Medicina e Chirurgia dal titolo Sindrome da tachicardia posturale (POTS) come espressione di disautonomia nella sindrome di Ehlers-Danlos, tipo ipermobile: danno o disregolazione neurovegetativa funzionale? discussa dalla giovane collega Beatrice Borsellino, laureata con il massimo dei voti presso l'Università di Roma 'La Sapienza', e che durante il corso di laurea è stata fellow presso il Cardiovascular Research Institute dell'Università di Cambridge (UK). Beatrice è attualmente specializzanda presso la Scuola di Specializzazione in Ematologia dell'Ospedale 'Torrette' di Ancona. Con il suo articolo, inauguriamo un nuovo progetto di SPELS Academy.

Ad Maiora semper!

TACHICARDIA POSTURALE NELLA SINDROME DI EHLERS DANLOS Quale filo conduttore?

La sindrome di Ehlers-Danlos (EDS) comprende un gruppo eterogeneo di malattie ereditarie del tessuto connettivo, con multisistemiche e variabili manifestazioni cliniche che interessano principalmente: la pelle, i legamenti, le articolazioni, i vasi sanguigni e gli organi interni. Le manifestazioni cliniche che accomunano le patologie comprese in questo gruppo sono: ipermobilità articolare, iperestensibilità cutanea e fragilità generalizzata dei tessuti.¹

La maggior parte delle forme di EDS sono dovute a mutazioni in uno dei geni che codificano per il collagene fibrillare o per enzimi coinvolti nella biosintesi di questi tipi di collagene. Le proteine collageniche costituiscono una grande famiglia di proteine strutturali extracellulari della matrice, tra le quali il collagene fibrillare, che è composto principalmente dai tipi: I, II, III, V e XI. Questi ultimi formano strutture fibrillari che rendono resistenti la matrice extracellulare di essenzialmente tutti i tessuti e organi del corpo, e ne costituiscono la struttura. Esistono sei varianti di EDS, tra cui quella ipermobile, di cui non si è ancora individuato il gene coinvolto e la cui ereditarietà è autosomica dominante.

Le caratteristiche principali di queste patologie sono presenti in vari gradi in ogni sottotipo di EDS. In generale possiamo dire che gli elementi clinici rilevabili all'esame obiettivo sono principalmente cutaneo-mucosi, articolari e neuromuscolari.

Una delle caratteristiche principali è l'iperestensibilità della pelle, ovvero la pelle si tende facilmente ma ritorna rapidamente indietro dopo che è stata rilasciata. In passato si è tentato di trovare uno strumento semiquantitativo per la misura dell'elasticità cutanea, anche se, ad oggi, viene prevalentemente valutata a livello clinico.²

La pelle è spesso liscia e vellutata al tatto, sottile piuttosto che soffice, con reticolo venoso sottostante eccessivamente visibile, ma senza sclerosi. La pelle è fragile e si lacera facilmente anche per traumi minori, specialmente nelle aree



più esposte, nelle quali sono visibili delle tipiche ampie sottili cicatrici atrofiche, spesso chiamate 'cicatrici a carta di sigaretta'. La facile comparsa di lividi è comune, e si manifesta con la comparsa di ecchimosi ed ematomi spontanei che spesso ricorrono e possono portare a antiestetiche discromie della pelle, per l'effetto del deposito dell'emossiderina nelle aree esposte, come le gambe e le ginocchia. Vi è una tendenza al sanguinamento (per esempio conseguente lo spazzolamento dei denti) nonostante una coagulazione nella norma. Spesso si riscontrano pseudotumori molluscoidi (lesioni carnose nei punti di pressione) e sferoidi sottocutanei (piccoli noduli duri, simili a cisti).

Per quanto riguarda le mucose, spesso si evidenziano sclere e/o gengive blu, gengiviti croniche ed ipoplasia dei frenuli. La paradontopatia grave è da alcuni autori considerata caratteristica principale di un sottotipo a se stante, chiamato 'sottotipo con paradontite'.

L'ipermobilità delle articolazioni è una delle caratteristiche principali della patologia e può diventare pericolosa nel tempo, portando a ripetitive sublussazioni, distorsioni e dolore articolare cronico, che è difficile da trattare e può portare a disabilità fisica, sociale e emozionale.

L'ipotonia muscolare, elemento frequente nell'EDS e probabilmente di origine congenita, può causare ritardo nello sviluppo motorio, problemi di deambulazione e lievi disturbi motori. Da questa possono derivare alcune anomalie ortopediche caratteristiche della EDS, quali: piede piatto flessibile, alluci, ginocchia e gomiti valghi, scoliosi di lieve entità, palato ogivale e plagiocefalia posturale ante-

La sindrome di Ehlers Danlos

riore. In quadri clinici avanzati, possiamo riscontrare un deficit di forza in vari distretti muscolari e/o ipotrofia muscolare. Sono inoltre possibili, seppur rare, contratture articolari di origine miogena, come camptodattilia e piede torto.

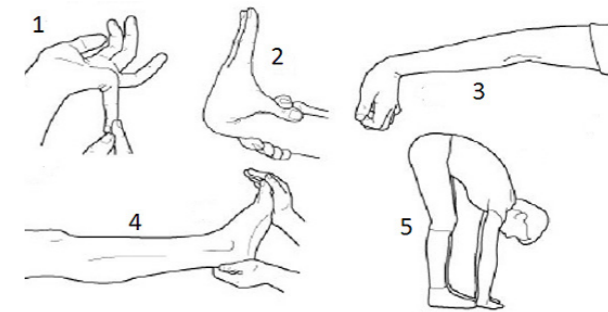
Per quanto riguarda i deficit neurologici, quello più

rilevante è rappresentato dal deficit propriocettivo. Inoltre vi sono una serie di manifestazioni cliniche dovute alla debolezza e fragilità generalizzata dei tessuti connettivi lassi. Frequentemente le donne affette da EDS possono avere complicazioni ostetriche e ginecologiche, come: insufficienza cervicale, rottura prematura delle membrane, perdite e lacerazioni vaginali. Inoltre i pazienti EDS possono avere complicazioni chirurgiche, come la deiscenza delle ferite, ernie incisionali, prolasso dei tessuti, ernie iatali o ombelicali. Sono state osservate complicazioni gastrointestinali e vascolari, come perforazioni del colon, emorragie spontanee, aneurismi e dissecazioni arteriose.^{3,4}

La presenza di disautonomia nei pazienti EDS, sottotipo ipermobile, è stata studiata da diversi autori, che hanno dimostrato la presenza di una percentuale più elevata di pazienti con sindrome da tachicardia posturale ortostatica (POTS) tra gli EDS rispetto ai controlli, attraverso l'utilizzo di tecniche che permettessero di studiare i riflessi cardiovascolari, quali: Deep Breathing test, la manovra di Valsalva, 30/15 Ratio, il Tilt Test e l'Handgrip test.

La POTS è una forma di intolleranza ortostatica, in cui la postura eretta porta ad un eccessivo aumento della frequenza cardiaca e alla comparsa di sintomi invalidanti. Questa sindrome è caratterizzata da un incremento di frequenza cardiaca \geq di 30 battiti per minuto che insorge entro 10 minuti dall'assunzione della posizione eretta o in seguito a tilt test, in assenza di ipotensione ortostatica.

Recenti studi hanno dimostrato che i pazienti con EDS tipo ipermobile mostrano sintomi correlati all'intolleranza ortostatica e POTS, senza una chiara ma-



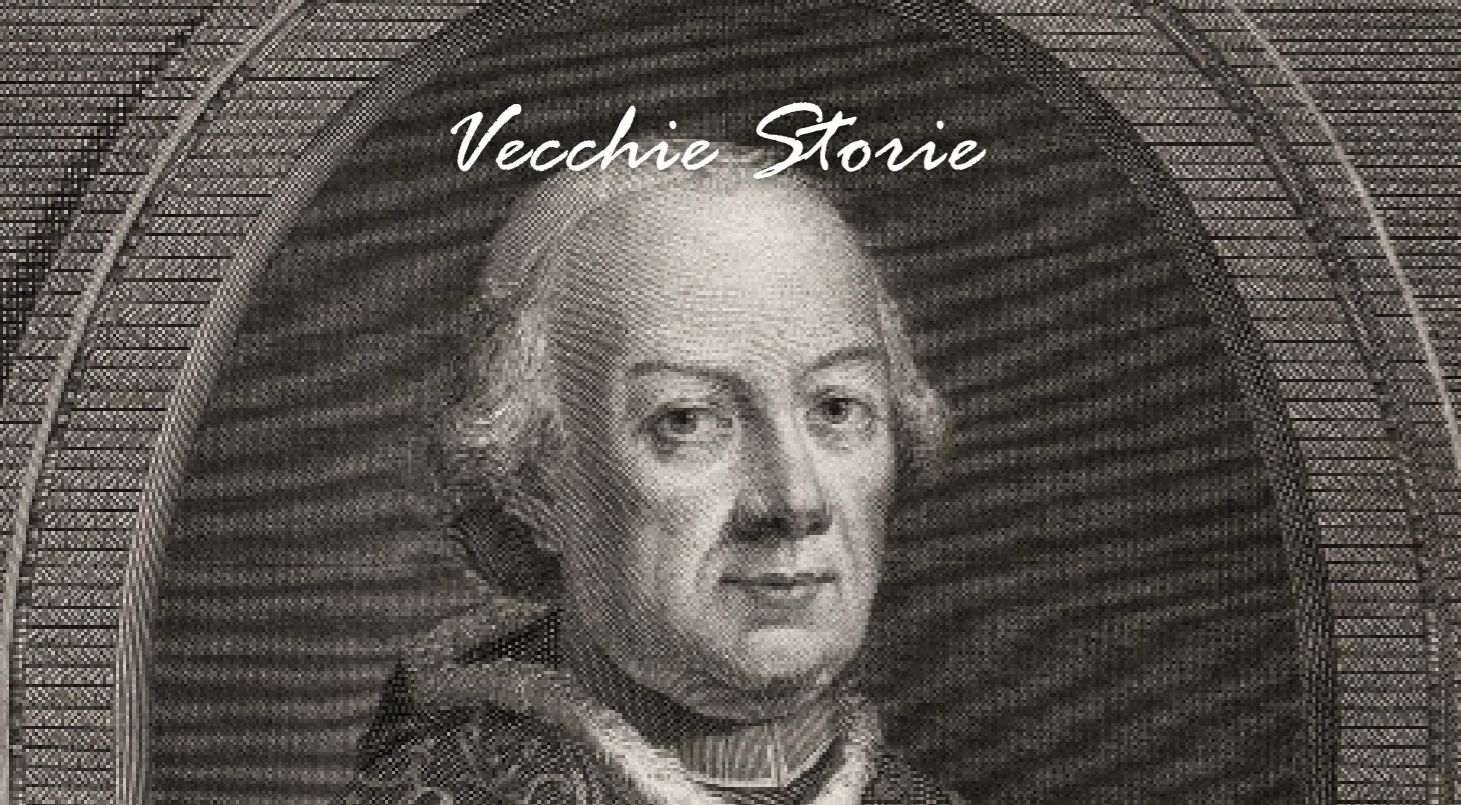
nifestazione di insufficienza autonoma, tranne che per rari casi. Si potrebbe ipotizzare che questa maggiore presenza di POTS in soggetti EDS ipermobile sia dovuta a una modificazione del tessuto connettivo, che caratterizza i vari sottotipi di EDS, che porta alla modificazione della complian-

ce dei vasi. Un'altra causa potrebbe essere data dal decondizionamento fisico (perdita o riduzione degli adattamenti fisiologici, forza e massa muscolare, che avvengono quando si riduce o cessa l'attività fisica).⁵

Beatrice Borsellino

Bibliografia

1. De Paepe A, Malfait F. The Ehlers-Danlos syndrome, a disorder with many faces. *Clin Genet.* 2012; 82(1): 1-1.
2. Grahame R. A method for measuring human skin elasticity in vivo with observations of the effects of age, sex and pregnancy. *Clin Sci* 1970; 39: 223-229).
3. Hermanns-Lé T, Piérard GE, Piérard-Franchimont C, et al. Gynecologic and obstetric impact of the ehlers-danlos syndrome : clues from scrutinizing dermal ultrastructural alterations. *Gynecology* 2014; ISSN 2052-6210.
4. Freeman RK, Svegle J, Sise Mfj. The surgical complications of Ehlers-Danlos syndrome. *Am Surg.* 1996; 62(10): 869-73.
5. Celletti C, Camerota F, Castori M, Censi F, Gioffrè L, Calcagnini G, Strano S. Orthostatic Intolerance and Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome in Joint Hypermobility Syndrome/ Ehlers-Danlos Syndrome, Hypermobility Type: Neurovegetative Dysregulation or Autonomic Failure? *Biomed Res Int.* 2017; 2017:9161865.



La zecca di Tivoli

Papa Pio VI°, al secolo Giannangelo Braschi, di nobile famiglia, appena diciottenne già laureato in Diritto, fu eletto al soglio pontificio nel 1775 (250° successore di San Pietro); nella sua attività pastorale celebrò l'anno santo del 1775, approvò la traduzione in italiano della Bibbia, emanò un editto di tolleranza nei confronti del Protestantismo, si trovò ad affrontare le conseguenze della Rivoluzione Francese del 1789 e la successiva rottura unilaterale del concordato; incoraggiò le arti, commissionando importanti lavori al Valadier, al Canova, ma anche le manifatture; promosse lavori di restauro in Roma, una grande opera di bonifica delle pianure malariche del Pontino e di sistemazione dei porti dello Stato Pontificio.

Le conseguenti ingenti spese impegnarono la zecca di Roma nel conio di moneta principalmente in metallo

pregiato e portarono alla apertura o al ripristino di alcune zecche minori provinciali (chirografi del 1794-7, Gubbio già dal 1788) al fine di migliorare la diffusione del denaro circolante, specie quello di rame dei tagli più piccoli, necessario per i piccoli commerci. Pio VI diede il privilegio di battere monete in rame e in argento, con le stesse norme e conii analoghi a quelli di Roma, a 17 città minori dello Stato.

La zecca di Tivoli fu autorizzata alla coniazione delle sole monete in rame con chirografo (documento di attestazione papale) del 20 Giugno 1797 (anche se già dal giugno del 1736, stante la possibilità di usare macchinari mossi dalla forza dell'Aniene, il Cardinal Imperiali, Prefetto della Congregazione del Buon Governo, aveva autorizzato uno studio di fattibilità per impiantare una zecca per sole monete di rame). L'appalto fu affidato a Luigi Severi e Carlo

La zecca di Tivoli



Lato recto e lato verso della moneta

Sartori ed i conii preparati dal celebre Tommaso Mercantetti, medagliere dell'epoca.

I 5 bajocchi, popolarmente detti 'Madonnina' per l'immagine sacra riprodotta sul lato frontale della moneta (coronata dalla scritta 'Sancta dei genitrix'), furono conati in numero di 574.000 per un controvalore di 28.700 scudi e sono l'unica moneta giunta a noi dalla zecca di Tivoli; risultano conati, per il fatto che i conii poi restituiti erano usurati, anche i 'mezzi bajocchi' dei quali non sono giunti a noi esemplari.

Prezzi e pezzature imposte dall'Annata Pontificia sui beni di prima necessità e più largo uso, facevano in modo che con 5 bajocchi all'epoca si potessero acquistare 15 once (440 gr) di pane o 12 once (330 gr) di carne non certo della più pregiata; il salario di un muratore era di 32 bajocchi al giorno e 17 ne spettavano al suo garzone; un docente Universitario guadagnava 24 scudi (2400 bajocchi) al mese e un alto ufficiale della Marina Pontificia 120 scudi (12.000 bajocchi) al mese, un marinaio 58 scudi (5.800 bajocchi) al mese; l'appannaggio di un Cardinale era, per confronto, di 4.000 scudi (400.000 bajocchi) annui (33.333 al mese).

Nel marzo 1796 il Direttorio della rivoluzione Francese

pose a capo di un esercito d'invasione dell'Italia il Generale Napoleone Bonaparte. Questi estese il dominio francese all'Italia settentrionale fino a invadere territori anche dello Stato Pontificio (1797 Emilia e Romagna). Sul finire dell'anno le truppe francesi finirono con appropriarsi anche del resto dello Stato e di Roma, dichiararono decaduto il potere temporale del Papa, lo arrestarono, lo deportarono in Siena prima e a Valence (FR) poi, proclamando la Repubblica Romana.



Ingresso Villa Braschi

Alla chiusura generale del 27 novembre 1797 delle attività imposta dal Consoli, Tivoli restituita alla zecca di Roma i conii; la Repubblica Romana, il 23 giugno 1798, necessitando comunque di moneta minuta per i piccoli commerci,

incaricò con un nuovo contratto Luigi Severi e la zecca riprese le coniazioni. Ma il Severi gestì in modo fraudolento l'attività, producendo monete in proprio e con conii di altre zecche (ad esempio di Macerata). Di conseguenza, il 3 agosto 1798, il ministro delle Finanze della Repubblica dispose la definitiva chiusura dell'officina tiburtina. Papa Pio VI° morirà in esilio nell'Agosto del 1799.

Mauro Rosa

Salute & Contorni



Strudel di scarola

Rielaborazione di un classico della cucina napoletana, la pizza di scarola, al quale aggiungiamo un trasgressivo tocco di abbinamento nutrienti: la salsa di pecorino, che va a bilanciare la verdura, e la pasta di strudel croccante e leggera, che ne esalta e combina i contrasti. Non c'è la pasta lievitata della ricetta originale, ed il piatto risulta più elegante e digeribile.

La scarola è ricca di acqua e minerali, fibre e vitamine (in particolare A, C e K), contiene inulina, una fibra che promuove lo sviluppo dei batteri intestinali benefici e che al contempo riduce 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. Come la cicoria, il radicchio e l'indivia belga, la scarola stimola inoltre la funzione epatica ed ha un effetto drenante. Le verdure amare sono più adatte a contrastare l'effetto dei sali del formaggio, che possono creare ritenzione, sono capaci di stimolare i processi digestivi, nonché di favorire il deflusso della bile che invece il formaggio, specie quello stagionato, rende più densa.

Per la pasta di strudel

- **400gr. di farina bianca mescolata con 2 cucchiari di crusca di avena e di grano (o di farina integrale)**
- **1 cucchiaino di olio di oliva**
- **1/2 cucchiaino di aceto balsamico**
- **Acqua tiepida q.b**

Per la pasta di strudel

- **1kg circa di scarole (circa 2 cespi grandi)**
- **Una manciata di olive di Gaeta o taggiasche**
- **Una manciata di capperi al sale**
- **20gr di pinoli da tostare**

Per la pasta di strudel

- **200cc di latte**
- **100 gr di pecorino da grattugiare**

Preparazione

Preparare la pasta di strudel mescolando tutti gli ingredienti secchi ed aggiungere quindi una punta di

aceto, olio ed acqua. Lavorare velocemente per ottenere una pasta compatta ed elastica, aggiungere farina ed avvolgere nella pellicola la palla ottenuta. Mettere in frigo per mezz'ora. Cuocere al vapore la scarola, ripassarla poi in padella aggiungendo i pinoli tostati in precedenza, i capperi dissalati e le olive private del nocciolo. Mentre si raffredda, stendere la pasta in modo da ottenere una consistenza molto sottile, e ritagliarla in forma rettangolare. Adagiarvi il composto con la verdura ed arrotolare, spennellando poi con olio. Infornare a 180° per 45 minuti circa. Nel frattempo preparare la salsa al pecorino sciogliendolo in latte tiepido e poi facendolo rapprendere al fuoco.

Composizione

Una volta che lo strudel si è raffreddato tagliare fette di 3-4 cm da adagiare a mo' di cilindro su di un piatto, con la salsa posta a specchio. Aggiungere qualche goccia d'olio sulle fette di strudel e sulla salsa. Decorare con qualche foglia di maggiorana fresca o qualsiasi altra erbetta.

Carmen Barra

Hanno collaborato a questo numero:

Carmen Barra

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

Beatrice Borsellino

Medico Specializzando in Ematologia, Ancona

Marco Coccia

Agente Assicurativo, Tivoli

Giovanni Beccarini Crescenzi

Docente di Filosofia, Tivoli

Tertulliano Bonamoneta

Collezionista

Giorgio Bracaglia

*Direttore U.O.C. Pediatria e Neonatologia,
P.O. di Tivoli, ASL RM5*

Efram L. Burk

*Professor of Art - Curry College,
Milton, Massachusetts*

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*

Paolo Gallotti

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

Roberto Giagnoli

Fotografo ed Editore, Tivoli

Simona Guglielmi

*Dirigente Medico U.O.C. Pediatria e Neonatologia,
P.O. di Tivoli, ASL RM5*

Nicola Iacovone

Medico dello Sport e di Famiglia, Tivoli

Andrea Marcheselli

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

Paola Marconi

Biologa Nutrizionista, Tivoli

Marzia Mensurati

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

Emilio Merletti

Medico di Famiglia, Tivoli

Giovanna Rizzitiello

Medico di Famiglia, Omeopata

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"*

