



Settembre-Ottobre 2018
Anno 1 - Numero 8

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**

New Print Ambrosini s.r.l.s.

Via Fermi 10/12

Z.I. Campomorino

01021 Acquapendente (VT)

P.IVA e C.F. 02276730567

**DIREZIONE E
AMMINISTRAZIONE**

Redazione di Spels Academy

viale Trieste, 20 - Tivoli (RM)

Tel. 0774312074

email: Spelsonlus@gmail.com

web: www.spels.it

Anno 1 n. 8 Settembre-Ottobre 2018

Registrazione Tribunale di Tivoli

del 26/02/2017, n. 6

Rivista a distribuzione gratuita

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

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

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

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

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

PER CONTRIBUIRE

IBAN intestato a :

"Associazione S.P.E.L.S. ONLUS"

IBAN: IT16K087163945000007095093

Presso Banca Centro Lazio Credito

Cooperativo - Filiale di Tivoli

Stefano Strano

Fondatore e Past President SPELS

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



Rotary



Si ringraziano:



Boehringer
Ingelheim



UNIMED
group

Articoli



IntoSSicati

di Andrea Marcheselli

Pag 4



Il cuore di Pinocchio

di Francesco Maria Bovenzi

Pag 14



Uova in festa

di Mara Piccoli

Pag 19



Complicato o complesso?

di Mario Gentili

Pag 28



Quando contare le pecore non basta

di Giovanna Rizzitiello

Pag 40

Inserti



Back to School

Il peso della volontà di essere liberi

di Giovanni Beccarini Crescenzi

Pag 8



Sua Sanità Pubblica

Lo stato di salute in Italia

di Carlo De Luca

Pag 10



On the Road

La salita del cuore

di Enrico Maria Vaccaro

Pag 34



Commenti in Cornice

La Medicina

di Efram L. Burk

Pag 8



Cartoline dal Passato

Gli oliveti di Tivoli

di Tertulliano Bonamoneta

Pag 38



Vecchie Storie

I cunicoli di Papa Gregorio

di Mauro Rosa

Pag 48

Rubriche



Dottor Aneddoto

Una lombosciatalgia sui generis

di Emilio Merletti

Pag 26



Medici... per altro famosi

Il dottor Sòcrates

di Marco Semprini

Pag 30



Salute & Sport

Cenni di antropometria

di Paola Marconi

Pag 42



Salute & Sport

Diversamente abili

di Nicola Iacovone

Pag 44



Storia della Medicina

Quella ferita al cuore... di Tivoli

di Sergio Cicia

Pag 50

Tivoli da scoprire

I giardini di Villa d'Este

di Giagnoli Roberto

Pag 36



Salute & Contorni

Sformatini di alici e zucchine

di Carmen Barra

Pag 55





INTO ⚡ ICATI

«Ricordatevi di spedirmi tanto **Pervitin**, la prossima volta. Fa miracoli». Così Heinrich Böll, premio Nobel per la letteratura nel 1972, in una lettera dal fronte, supplica la famiglia di mandargli, oltre a pancetta e sigarette anche quella 'pillola che aiuta a rimanere sveglio come un litro di caffè e che dopo averla assunta ogni preoccupazione sembra sparire'.

Dopo aver combattuto sui fronti di Francia, Romania e Russia, più volte ferito ed internato in campo di prigionia americano, descrisse, negli anni successivi, la guerra e la falsità dei suoi valori con il cattolico fervore di un moralismo intransigente, antimilitarista e pacifista. Ma nella Germania nazista, anche per lui la pillola magica che eliminava la stanchezza, combatteva la depressione e rendeva euforici era un conforto usuale, una quotidiana necessità. In realtà il Pervitin era una droga travestita da farmaco, a base di **metanfetamina**, brevettata nel 1937 da Fritz Haushild, strabliato dagli effetti delle benzedrine sugli atleti americani arrivati a Berlino per le Olimpiadi del 1936.

La sua diffusione fu rapida ed in ogni strato sociale: la assumevano professionisti, sportivi, artisti, impiegati, studenti, casalinghe. Vennero addirittura prodotti cioccolatini al Pervitin.

Quando, nel 1939, Hitler invase la Polonia, i medici militari conoscevano bene il prodotto ed i suoi effetti, ed i comandanti non fecero obiezioni a distribuirlo ai soldati insieme alla quotidiana razione di cibo.

La Wehrmacht era un esercito dopato, dal Führer a Rommel, dagli ufficiali ai soldati al fronte, tutti erano quasi perennemente sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, come analizzato e pubblicato da Norman Ohler nel saggio *La totale euforia*. Lo stato di esaltazione psicologica, che li rendeva non solo euforici, ma anche in grado di mantenere ritmi elevatissimi, divenne un fattore decisivo nella guerra lampo, nell'offensiva attraverso il Belgio. Le truppe tedesche avanzarono nelle Ardenne, senza pausa, ed in quattro giorni annientarono i francesi, sconvolti dallo stato di esaltazione dei nemici e dalla loro capacità di resistenza.



Tuttavia, negli iniziali successi delle armate hitleriane, si celava già il germe della catastrofe, e così gli effetti tossici superarono quelli inizialmente ed apparentemente benefici delle vittorie dopate. Anche la dipendenza dalle droghe, infatti, influi negativamente sullo stato psicofisico degli uomini, contribuendo alle sconfitte finali nella gelida campagna di Russia e sulle bollenti dune del Sahara. Al senso di ariana onnipotenza e di piena efficienza fisica si sostituì uno stato maniacale e delirante che compromise ulteriormente la residua forza militare, anche per le complicazioni cerebro-cardiovascolari, indotte dall'uso ed abuso prolungato.

Anche nei successivi conflitti bellici, il sostegno a paure e fatiche, nonché motore di fanatismi ed ideologie, è stata l'anfetamina ed i suoi derivati, così come con il **Captagon**, la droga della Jihad, una fenetilina composta dal legame tra anfetamina e teofillina, recentemente utilizzata dai terroristi dell'ISIS.

Parimenti alla diffusione ed all'utilizzo improprio di queste sostanze, le conoscenze fisiopatologiche e gli studi

osservazionali hanno confermato che l'insorgenza di ictus ed infarti nei giovani sia frequentemente correlata all'uso di Anfetamine o di prodotti simili come l'**ecstasy**, proprio per il potente effetto vasopressorio e tachicardizzante. In Italia, le anfetamine sono ritenute illegali ed il loro utilizzo è limitato farmacologicamente alla cura del morbo di Parkinson, della narcolessia e dei disturbi da deficit di attenzione, prescritte sotto stretta sorveglianza medica.

Potenziati complicanze cerebro-cardiovascolari, dovute all'aumentata coagulabilità, possono occorrere anche nei consumatori di **cannabis**, soprattutto nella prima ora di assunzione, come osservato in studio condotto su 3.882 pazienti in cui il rischio di infarto miocardico è risultato 8 volte superiore (24 volte superiore con uso di cocaina) rispetto ai non consumatori. Molte ricerche comprovano infatti una stretta relazione temporale tra esposizione alla cannabis ed insorgenza di ictus ischemico, anche se non possono escludersi il ruolo di cofattori quali fumo di tabacco e consumo di alcool. Tale rischio aumenta con il concomitante uso ed abuso di altre sostanze stupefacenti ed

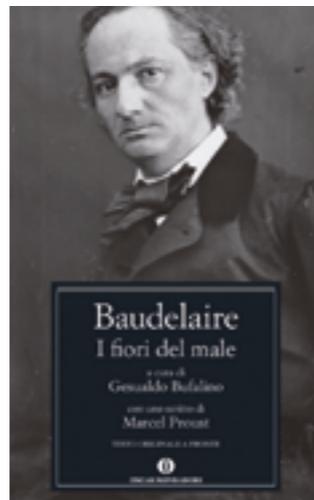


in presenza di altri cofattori di rischio, quali dislipidemia, ipertensione, obesità e diabete.

La *Cannabis* o *Canapa* è una pianta della famiglia delle *Cannabaceae*. L'uso dei suoi derivati iniziò migliaia di anni fa in Cina per la fabbricazione di tessuti e successivamente nei secoli fu utilizzata per la produzione di carta ed in campo alimentare e medico. Alla specie della *Cannabis Sativa* presente e diffusa in Europa, si aggiunse la *Cannabis Indica*, più ricca di principi attivi stupefacenti, importata dall'Africa dopo la campagna di Egitto di Napoleone. L'Imperatore ne vietò l'utilizzo nelle truppe a causa degli effetti psicocotropi, ma fu proprio per questo che essa trovò grande diffusione.

Da allora il suo consumo voluttuario si diffuse particolarmente negli ambienti intellettuali, tanto che nel 1840, nell'Hôtel de Lauzun di Parigi, il gruppo dei poeti maledetti formò il *Club des Hashischins* dedito

all'esplorazione delle esperienze indotte dall'hashish. Nel secolo successivo, dai jazzisti di New Orleans agli hippies di San Francisco, dai cult movie a Bob Marley, l'erba proibita diviene un fenomeno di massa, venendo utilizzata con scopi edonistici ed intellettivi ed assurgendo a stereotipo dell'anticonformismo e della contestazione.



Benché, in tempi più recenti, numerosi studi clinici l'abbiano rivalutata quale pianta officinale per i molteplici usi a scopo terapeutico nelle patologie oncologiche e neurologiche, i consumatori andrebbero informati che la sostanza reperibile illegalmente è ben altra cosa rispetto a quella impiegata per uso medico. La sua pericolosità infatti risiede nelle percentuali contenute di delta-9 tetraidrocannabinolo (THC) rispetto al cannabidiolo (CBD) che non induce effetti psicotici e controbilancia quelli del THC il cui effetto, mediato

dalla dopamina, induce un ricreativo senso di benessere e disinibizione ma anche delle aritmie potenzialmente fatali, specie in soggetti con patologia cardiovascolare già esistente.

L'hashish è la resina deidratata estratta dalle cime fiorite della pianta ed ha una presenza del 14,3% di delta-9 THC, mentre la marijuana, che è data dall'insieme di varie parti essiccate della stessa pianta, ne ha una concentrazione inferiore, pari al 3,45%. La progressiva liberalizzazione o tolleranza di quella che viene considerata una droga 'light', non rende adeguatamente edotti molti consumatori, anche occasionali, che sottovalutano o non conoscono le complicanze cardiovascolari potenzialmente fatali, ritenendola – erroneamente – totalmente innocua.

Di non minore importanza sono le alterazioni cerebrali, come i deleteri effetti psico-cognitivi, legati al cronico abuso ed associate ad un aumento di insorgenza di disturbi psichiatrici. Nonostante la cannabis sia tradizionalmente definita come droga leggera, sorge il dubbio se – come fu per il tabacco e le sue potenti multinazionali – anche in questo nuovo scenario di consumo il fattore economico possa svolgere un ruolo quantomeno sospetto. Negli Stati Uniti il business legale della cannabis per uso medicale ha un trend di crescita tale da aver quotato al NASDAQ di New York un'azienda canadese produttrice di marijuana con ottimi rendimenti azionari, ed ha aumentato del 445% il numero dei lavoratori impiegati in questo settore. Considerando che l'Italia è il terzo paese dell'Unione Europea per uso di cannabis dopo Francia e Danimarca, ed il quarto per uso di cocaina dopo Gran Bretagna, Spagna ed Irlanda, bisogna informare, soprattutto i giovani, sui rischi e sulla tossicità a breve e lungo termine delle sostanze stupefacenti illegali.

Tra l'utilizzo terapeutico e lo sbalzo, tra la demonizzazione e la legalizzazione, vale la riflessione che anche i risultati scientifici possano talvolta essere indirizzati o manipolati nell'asservimento dell'idea che si vuole dimostrare.

Ma certamente *una canna al giorno*, non è una mela, e non toglie il medico di turno.

Andrea Marcheselli

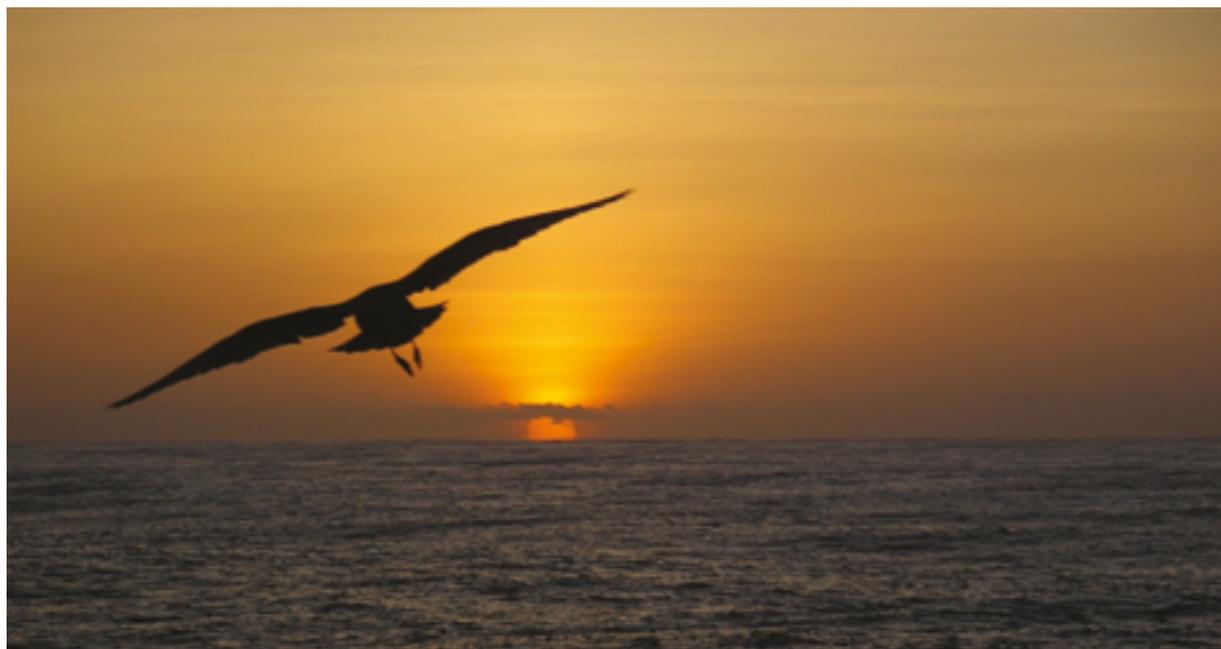
Il Maine è lo stato più nordorientale degli USA, si affaccia sull'Oceano Atlantico con paesini incantevoli, scogliere e porticcioli e la sua attrattiva culinaria più nota è il costoso astice, il lobster, un tempo alimento riservato a carcerati o personale di servizio. In questo stato della federazione, l'utilizzo della marijuana è legale e probabilmente grazie a questo, la proprietaria di un Lobster Pound a Southwest Harbor, Charlotte Gill, offre ai suoi clienti la possibilità di scegliere nel menù il crostaceo preliminarmente sedato con marijuana, garantendo i consumatori di non subire gli effetti della sostanza ed assicurandone piuttosto una miglior qualità.

La tradizionale cottura infatti prevede di calare gli astici ancora vivi nell'acqua bollente, tanto da ascoltare, come fosse un ultimo grido, una sorta di fischio emesso dal malcapitato essere. Questa crudele pratica, che ha da tempo scatenato le ire degli animalisti, ha indotto Charlotte a sperimentare un metodo alternativo di cottura per lenire la sofferenza delle aragoste. Ha sottoposto Roscoe, un crostaceo modello, a sedute di inalazione di marijuana per circa due settimane, lasciandolo in una vasca con poca acqua e dove attraverso un foro, introduceva giornalmente il fumo.

Dopo il trattamento, l'animale sembrava essere più rilassato e meno sensibile agli stimoli, tanto che per il suo contributo alla ricerca, è stato poi rilasciato in mare. Ovviamente è un esperimento senza evidenza scientifica, ma nonostante ciò la cuoca americana ha affermato che proverà nuovamente e se questo metodo dovesse risultare efficace, lo utilizzerà abitualmente: "Sono destinate a morire, quindi meglio non essere troppo crudeli" questa infine, la sua dichiarazione rilasciata al quotidiano locale Mount Desert Islander. Benché resti da capire se davvero le aragoste abbiano recettori per il delta-9 tetraidrocannabinolo (THC) ed i suoi effetti rilassanti, questa notizia resa dalle agenzie americane nell'ultimo mese, varrà forse un ulteriore motivo di commercio della sostanza o piuttosto di discussione...!

Back to School

Il peso della volontà di essere liberi



Libertà, parola dai tanti significati...

È difficile prendere in considerazione il tema della libertà umana. Cosa significa essere liberi? Siamo Liberi? Potremmo esserlo con certezza? Da sempre questo tema ha evidenziato una significativa difficoltà nel distinguere la libertà relativa del corpo da quella totale del pensiero in quanto, purtroppo, esse non potranno mai coincidere. L'oggetto 'corpo' è però elemento determinante sia per la massima espressione della libertà del Pensiero, perché senza il veicolo corpo non potrebbe esserci espressione del Pensiero, sia allo stesso tempo per la sua limitazione, infatti il corpo materiale non potrà mai esaudire le stravaganze atemporali e spaziali del pensiero. Sant'Agostino, filosofo vissuto a cavallo tra il 300 e il 400 d.C., parlava di Libertà in termini di 'libero arbitrio' ovvero della possibilità dell'uomo di aderire o meno alla volontà di Dio, al suo progetto e quindi di essere libero nella scelta, una scelta comunque limitata, in un campo ben definito. I filosofi Idealisti tra il '700 e l'800 credettero di individuare nel 'Pensiero' l'assoluta sostanza del tutto, ovvero intesero il pensiero come creatore libero di ciò che era anche oggetto che, nell'essere superato costantemente dalle nuove idee del Pensiero, metteva in essere i criteri della vera 'libertà'. Ma tutto ciò purtroppo non parlava il linguaggio dell'uomo che, tutt'al più, poteva essere casuale fruitore di alcuni elementi e connessioni della sostanza 'Pensiero'. Ora, la nostra continua voglia di sentirci **liberi**

Il peso della volontà di essere liberi

nelle scelte, così come nel dire un 'sì' o un 'no' che ci appartenga realmente, trova il suo limite in una moltitudine di attenzioni che dobbiamo mettere nell'evitare di non essere riconosciuti per ciò che siamo, nel mondo delle relazioni umane sia pubbliche che private. Per evitare tutto ciò, quotidianamente, mediamo con continui compromessi cercando di renderli il più possibile a noi **congeniali**...è forse questa la **libertà**? L'accettazione di una realtà che ci permette di chiamarci umani attraverso la consapevolezza che il fare, lo studiare, l'andare oltre gli ostacoli che ci limitano attraverso la scienza, la tecnologia, sono libere espressioni di un percorso di momenti a noi **congeniali** che anela al raggiungimento della pura libertà scevra (prima o poi) per l'uomo, dalle catene del corpo? Oppure dobbiamo pensare, come dice il Prof. Cacciari, esimio filosofo contemporaneo che «vi è un destino che avvertiamo nella nostra mente: in questa porzione di cosmo che è la nostra mente si mostra un destino, una necessità per noi: **pensare** che siamo **liberi**».

Giovanni Beccarini Crescenzi



Solo chi è libero da tutto,
e perfino da se stesso,
possiede la libertà di amare tutti
e di perdonare tutto.
Per questo la libertà
è il più grande traguardo della vita.

E. Caruso

Lo stato di salute in Italia

Disuguaglianze socio-economiche e gradiente geografico

L'aspettativa di vita alla nascita esprime il numero di anni che rimane da vivere ad una persona che nasce in un determinato anno e in un certo luogo. Essa costituisce uno dei parametri fondamentali utilizzati per misurare lo stato di salute di una popolazione intesa nella sua complessità, legata non solo agli aspetti sanitari ma anche a quelli economici e sociali.

Ed infatti, nel mondo, il dato dell'aspettativa di vita tende a sovrapporsi con quello dello sviluppo economico e del progresso sociale (Figura 1).

Nei Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'aspettativa media di vita alla nascita nel 2015 ha superato gli 80 anni con un guadagno di oltre 10 anni rispetto al 1970 (Figura 2).

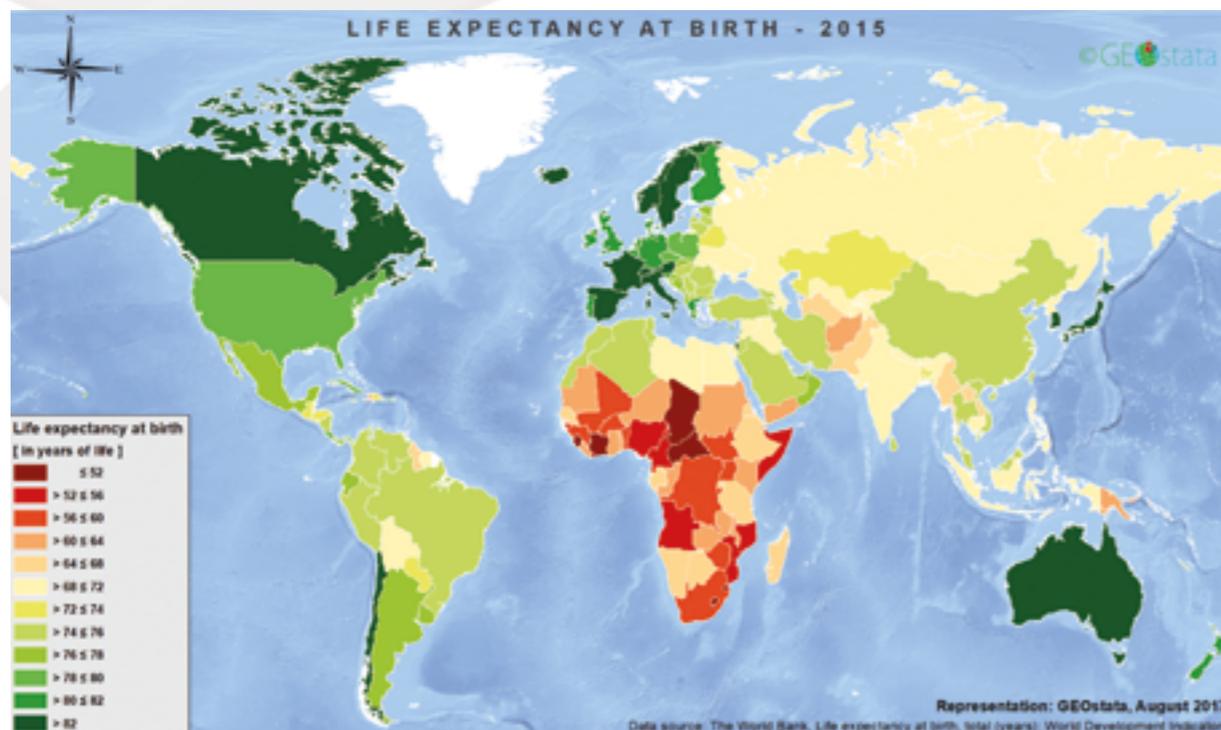


Figura 1

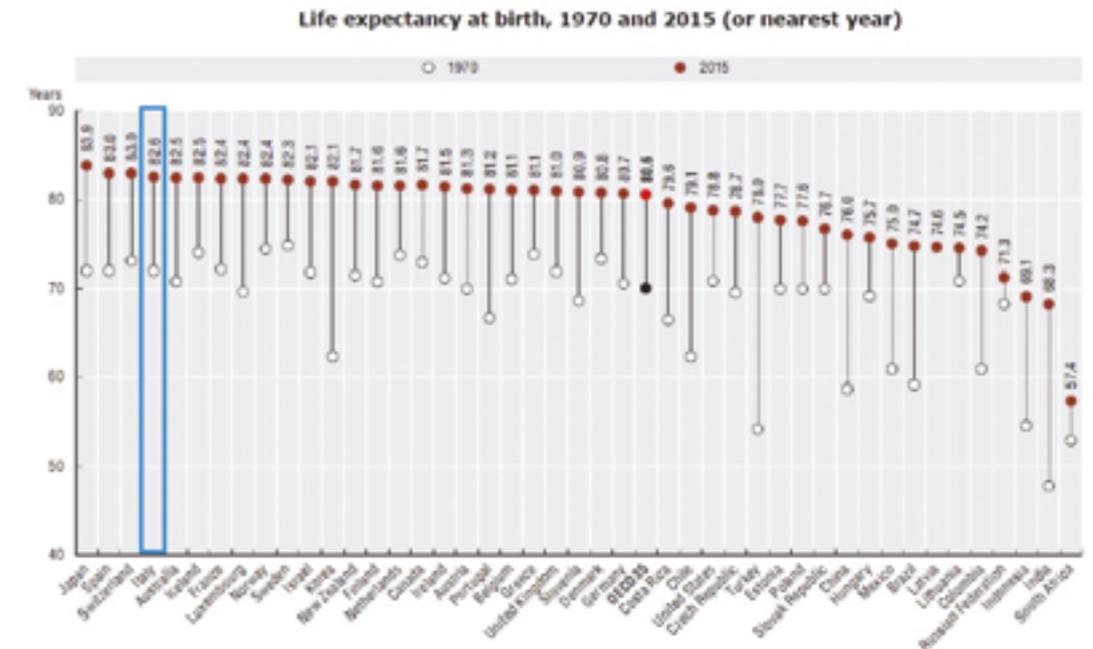


Figura 2

Nello stesso anno l'Italia si collocava al quarto posto assoluto attestandosi, l'aspettativa di vita, su un valore di 82,6 anni, ben superiore alla media OCSE di 80,6 anni. Peraltro nel 2015 in Europa, ed anche in Italia, l'aumento della speranza di vita si era arrestato dopo un decennio di crescita continua. Così, a seguito delle oscillazioni demografiche e dell'intervento di fattori congiunturali, anche nel nostro Paese si era verificata una riduzione rispetto all'anno precedente. Tuttavia, già nell'anno 2016, l'aspettativa di vita è risalita a 82,8 anni.

Nonostante l'ottimo stato di salute generale, l'Italia soffre però di importanti squilibri che configurano vere e proprie disuguaglianze. E non si esagera quando si dice che la giustizia sociale sta diventando una questione di vita o di morte.

Infatti, è ormai acclarato che il contesto socio-economico in cui le persone vivono pesa in maniera

decisiva sul rischio di malattia e di morte.

Nelle Figure 3 e 4 sono riportati i valori di vari tipi di aspettativa di vita per ripartizione geografica. In tutta evidenza il Nord del Paese può godere di uno stato di salute migliore rispetto al Centro e questo rispetto al Sud. Dalla Figura 3 emerge che nel Nord non solo si ha una maggiore aspettativa di vita in generale ma anche di una vita condotta in buona salute. Dalla Figura 4 appare chiaro invece che, giunto all'età di 65 anni, un italiano residente nel Nord ha una speranza di vita senza importanti disabilità di ancora 11 anni. Questo tempo si riduce a 10 anni per i residenti nel Centro e ad 8 anni per quelli che vivono al Sud. Le differenze sono di tutta rilevanza.

La disuguaglianza territoriale si incrocia con quella socio-economica, come emerge da uno dei primi studi condotti in Italia in questo ambito (Figura 5). Sia pure in un campione limitato di popolazione, si

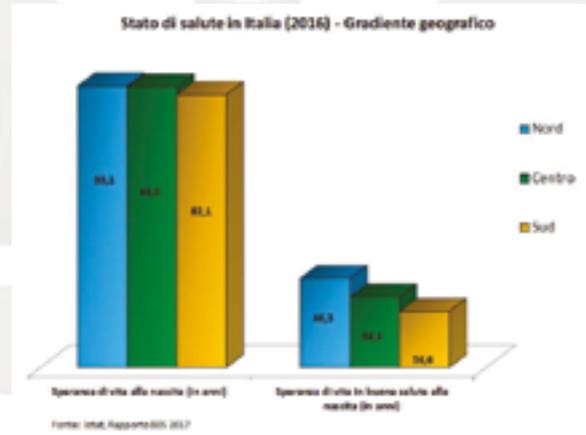


Figura 3

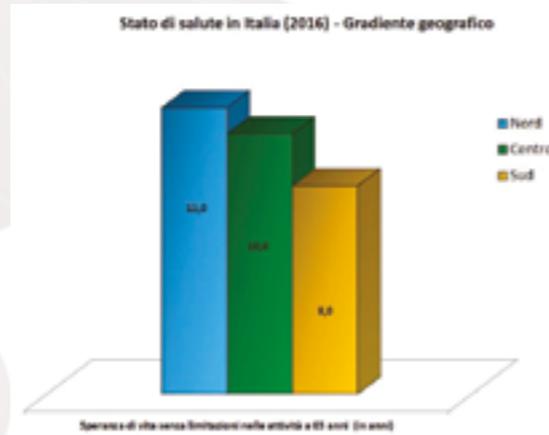


Figura 4

è potuto accertare che nel periodo 1999-2007 il rischio di morte risultava significativamente maggiore negli individui con grado di istruzione inferiore (maschi e femmine), nei disoccupati, lavoratori manuali e autonomi (maschi), tra le persone con risorse economiche scarse o insufficienti (maschi e femmine).

La reale operatività dell'elemento territoriale e di quello sociale è dimostrata dallo studio dell'Istat dal quale emerge che il gradiente geografico continua ad essere un fattore efficiente a prescindere dal livello di istruzione. La **Figura 6** mostra, nel complesso, che la speranza di vita a 30 anni è minore nel Sud, rispetto al Nord ed anche al centro, in ambedue i sessi. Queste differenze rimangono quando il dato viene disaggregato per livello di istruzione.

Dunque, lo svantaggio territoriale si somma a quello sociale (e di genere). Le differenze osservate nella speranza di vita sono evidentemente legate ai diversi tassi di mortalità, maggiori nelle regioni del Sud. Nei Paesi che come l'Italia hanno adottato un sistema di assistenza sanitaria di tipo universalistico – il modello Beveridge – la distribuzione delle risorse avviene non solo in base alla numerosità delle popolazioni nei territori ma è ponderato per i tassi di mortalità e alcuni indicatori di deprivazione socio-economica. È quanto accade in Gran Bretagna, Canada, Australia. In Italia, invece, la

Mortalità generale per posizione sociale e sesso – Rischi relativi ed intervalli di confidenza al 95%
Campione di 25-64 anni - 1999-2007

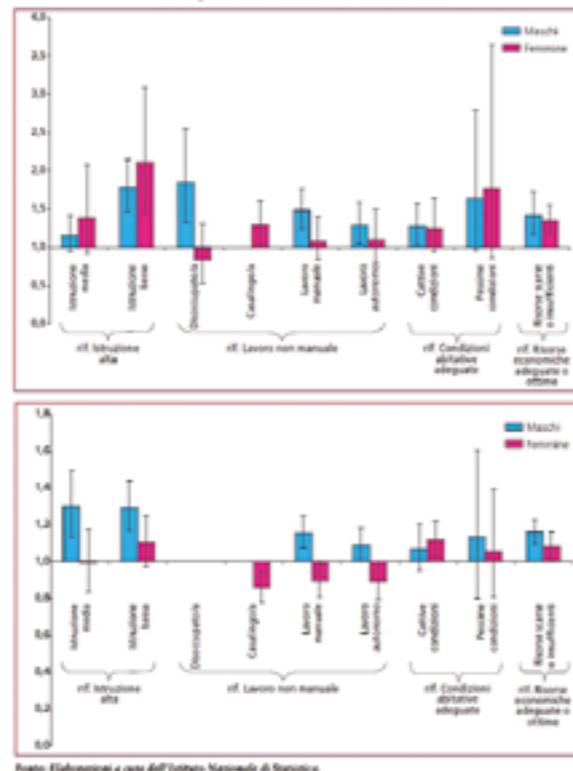


Figura 5

Speranza di vita a 30 anni per livello di istruzione, genere e ripartizione di residenza. ISTAT, 2012-2014.

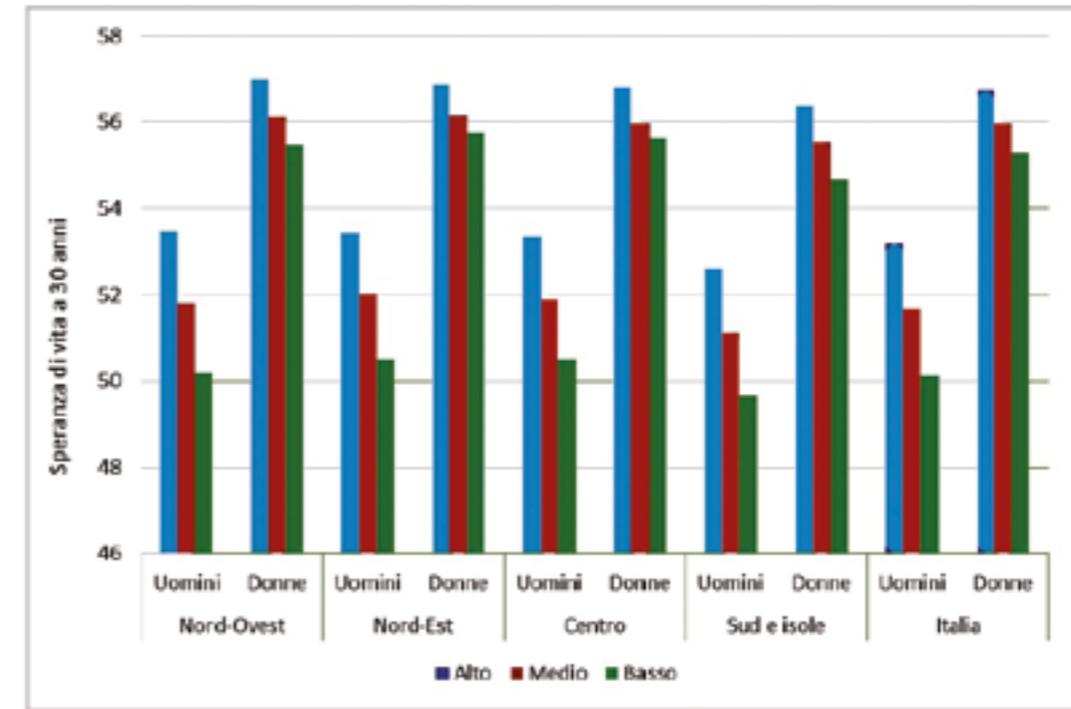


Figura 6

ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le diverse regioni è avvenuto, sino al 2016, tenendo conto fondamentalmente della sola struttura per età delle popolazioni. Ne sono risultate nettamente avvantaggiate, per decine di anni, le regioni del Nord, mediamente più anziane rispetto a quelle del Sud. Nel 2017, per la prima volta, nella ripartizione del fondo sanitario nazionale si è tenuto conto di alcune misure di deprivazione. Naturalmente l'entità dei finanziamenti alle singole regioni dipende in misura decisiva dal peso relativo che, nel contesto del meccanismo di attribuzione delle risorse, viene assegnato ai tre fattori considerati: la struttura per età delle popolazioni, i tassi di mortalità, gli indicatori di deprivazione socio-economica. E sarebbe interessante conoscere questo dettaglio se non fosse che l'intero pro-

cesso si svolge all'interno della Conferenza Stato-Regioni, di fatto una terza camera dello Stato, però non elettiva, e la cui attività non viene pubblicizzata se non in modo estremamente sommario.

Carlo De Luca



Il cuore di PINOCCHIO

Lo scorso anno ero seduto a cena con uno studioso della toponomastica lucchese che mi parlava di via Fontana, apprezzando il mio interesse per le curiosità storiche di Lucca e in particolare per la strada in cui abito.

Sapevo già che nella prima metà del 1200 in via Fontana era vissuta Santa Zita, patrona di Lucca e generosa domestica della nobile famiglia Fatinelli. Per i lucchesi quella strada rappresenta un luogo di culto e di devozione per la presenza del pozzo di Santa Zita ispirato all'importante miracolo della trasformazione dell'acqua in vino.

Aveva con sé un'interessante mappa della Città in cui venivano dettagliati gli edifici sacri di Lucca. La lista dei nomi comprendeva 45 chiese ancora esistenti, 39 adibite ad altro uso e 58 ben indicate ma disfatte. Una di queste ultime era la chiesa intitolata ai Santi Maurizio e Lazzaro in via Fontana, dove è ancora presente il vecchio portale. Raccontava anche che sul finire dell'800 nella stessa strada c'era anche un'osteria cittadina molto nota, che di per

sé non farebbe notizia se non per il fatto di essere stata il luogo di ritrovo e di svago di Carlo Collodi, pseudonimo dello scrittore Carlo Lorenzini, che lì si recava a giocare a carte, chiacchierare con gli amici e bere qualche bicchiere di vino.

Il mio stupore fu grande quando scoprii che in quella vecchia osteria Collodi aveva scritto alcune pagine de *Le avventure di Pinocchio* sotto forma di racconti a puntate, dapprima pubblicati su un settimanale per bambini come supplemento del quotidiano *Il Fanfulla*, poi raccolti nel libro più tradotto al mondo dopo la Bibbia e il Corano.

Da più di un secolo la lettura di Pinocchio, simbolo dei bambini 'senza cuore' disobbedienti e insofferenti alle regole, affascina adulti e bambini tanto da aver suscitato una serie di infinite interpretazioni. Anni fa anch'io avevo riletto *Le avventure di Pinocchio*, condizionato dal termine 'cuore' più volte citato da Collodi. Non vi è dubbio che la mia lettura sia stata condizionata dall'idea di un importante organo capace di ammalare e di mal funzionare. E in effetti,



Il Pozzo di Santa Zita in Via Fontana, Lucca

nel racconto di Collodi Pinocchio lamentava febbre, fiato corto, palpitazioni, dolore toracico che regredivano grazie alla somministrazione da parte della Fatina di una misteriosa e miracolosa polverina bianca.

Ma allora?

Poteva un semplice burattino di legno aver ricevuto dal suo 'babbino' anche il cuore?

Cerchiamo di capirlo!

C'era una volta un burattino di legno così caparbio da riuscire infine a diventare un ragazzino in carne ed ossa. Resta ancora oggi il mistero ed il fascino di quella evoluzione.

Quasi tutti sostengono che furono l'orgoglio e l'amo-

re di Geppetto a regalare alla creatura quella felicità che rappresenta il più grande desiderio di ogni essere umano, proprio come fu nella favola del Mago di Oz per il cuore del Boscaiolo di Latta.

La propensione cardiologica spinge molto più in là, fino a considerare il buon cuore del burattino sotto una duplice veste: di luogo dei travagli della sua anima e di organo capace di ammalare. Un mal di cuore per Pinocchio?

Provo a partire da quest'ipotesi, quanto meno speciale, per non dire specialistica!

Che penso? Che faccio?

Costruisco una metafora, descrivo una sindrome, infine, propongo una divertente parabola che ruota intorno al cuore di Pinocchio.

La sensazione che dentro di sé si muova qualcosa di vivo e vitale fa dubitare molto presto il nostro eroe di non essere un semplice burattino. Anzi, è proprio questa certezza il motore della lenta trasformazione di Pinocchio da marionetta a uomo. In effetti, la percezione della vitalità di quel pezzo di catasta è presente sin dai primi momenti del racconto. Infatti, come per qualsiasi bambino durante il parto, si manifesta anche per Pinocchio con un lamento rivolto a Mastro Ciliegia: *non mi Picchiar tanto forte, tanto da stupirlo di paura e da fargli esclamare: ma di dove sarà uscita questa vocina che ha detto ohi? Eppure qui non c'è anima viva. Che ci sia nascosto dentro qualcuno?*

Nel binomio anima e cuore di Pinocchio è custodita tutta la magica poesia del racconto.

Il cuore come organo supremo che comanda alla vita è consumato in parti eguali: come anima, vitalità, energia, forza, sentimento e come motore, che spinge la linfa vitale nel petto del burattino.

Dove si nasconde la magia di questa fantastica e duplice embriogenesi organo e anima, che vive il cuore di Pinocchio? *Quando Mastro Geppetto, ... che pure aveva un cuore grosso dalla passione ebbe trovato il nome al suo burattino, allora cominciò a lavorare e gli fece subito i capelli, poi la fronte, poi gli occhi. Dopo gli occhi fece il naso, ... un nasone che non finiva mai. Dopo il naso gli fece la bocca, ... smise di ridere, ma cacciò fuori tutta la lingua. Dopo la bocca, gli fece il mento, poi il collo, le spalle, lo stomaco, le braccia e le mani. Restavano da fare le gambe ed i piedi. Quando ebbe finito*

... lo posò in terra, sul pavimento della stanza per farlo camminare, ... voleva dargli subito una buona tiratina di orecchi. Ma figuratevi come rimase quando, nel cercare gli orecchi, non riuscì di poterli trovare: si era dimenticato di farglieli.

Ed il cuore?

Geppetto lo aveva dimenticato?

No, lo aveva semplicemente nascosto. Nelle grandi storie dietro una mancata citazione c'è sempre una parola o una storia nascosta.

Pinocchio aveva un cuore!

Sappiamo che *mentre camminava con passo frettoloso – per la strada che menava al Campo dei miracoli – il cuore ... batteva forte e . . . faceva tic, tac, tic, tac, come un orologio da sala quando corre davvero.*

Pinocchio in verità più di una volta aveva confessato, come alla Marmottina, di non avere neanche uno zinzino di cuore. Ma davvero? Ed allora?

Un'altra delle sue bugie ... *lascio pensare a voi se il cuore del povero Pinocchio cominciò a battere più forte quando pensava ai capelli d'un color turchino sfolorante della bella Bambina.*

Nei momenti di maggior sconforto sembrava rimproverare a Geppetto di non aver ricevuto un cuore, anche se pensava ad un'anima, allorché ripeteva di essere *ingrato e senza cuore*, come quando uccise il grillo e poi scoprì che la fame è *una brutta malattia, ... più forte della paura*. In fin dei conti ogni piccolo sfogo sembrava che gli venisse proprio dal cuore, tanto da non riuscire a frenare l'impeto del suo buon cuore quando saltava felice al collo di Geppetto.

In altri momenti invece, quando aveva paura ed era sconfortato ed inquieto, come durante l'arresto dopo un combattimento con i compagni, un semplice pensiero si trasformava in *una spina acutissima* che gli *bucava il cuore*, quello stesso *cuore eccellente, che infondo aveva* quando si mosse a compassione per salvare un cane che annegava.

Il cuore fu anche il suo coraggio, allorché tremulo dal freddo e dalla paura e dall'acqua che aveva addosso, *si fece cuore e bussò una seconda volta e bussò più forte* per sollecitare la lumaca ad aprirgli la porta.

E fu ancora il cuore a parlargli quando confessò a Geppetto di averlo riconosciuto in mare da lontano nel-



la barchetta, solo perché glielo diceva il core.

Ma d'altra parte, sono proprio le numerose avventure, vissute in modo fin troppo frenetico, da apparire come drammatiche vicissitudini che svelano l'altra 'qualità' del cuore di Pinocchio, quella di essere un organo che può affaticarsi ed indebolirsi a tal punto da ammalarsi.

E così fu infatti.

Si direbbe una complessa sindrome visto che, *travagliato da un febbre che non si dire*, fu visitato dai tre medici *più famosi del vicinato*, capaci solo di pronunciare un elenco di scarni sofismi. Un consulto dal sapore di sconfitta; ed a nulla servì l'obiettività rilevata dal *corvo* che *tastò il polso, poi il naso, poi il dito mignolo dei piedi.*

La civetta ed il grillo parlante avrebbero potuto quanto meno ipotizzare un'infezione da 'pasteurella pestis', in

quei tempi una malattia infettiva epidemica in Toscana, per la quale i sonorissimi starnuti del burattinaio mangiafuoco rappresentavano un classico sintomo iniziale di questo autentico flagello. Dunque, il suo incontro con Pinocchio poteva essere una valida occasione di contagio.

Ancora oggi, 'God bless you', che Dio ti benedica degli anglosassoni è rivolto a chi starnutisce, un augurio teso a esorcizzare l'antica paura della peste polmonare. Tuttavia, uno studioso del cuore analizzando la storia clinica di Pinocchio si convince rapidamente sull'infondatezza di quella semplicistica ipotesi di peste, l'unica fino ad oggi formulata e condivisa in letteratura dagli studiosi di Collodi.

La malattia del febbrile burattino fu piuttosto dovuta ad una grave patologia cardiovascolare. Se infatti si analizza la storia clinica del caso, si può ragionevolmente documentare: la presenza *di fiato grosso, come un cane da caccia*, la tachicardia, *come un orologio da sala quando corre davvero*, la strana sensazione di *spina nel cuore* e, infine, quell'inatteso *febbre da non si dire*.

Miocardite, pericardite, endocardite o ancora un caso di embolia polmonare?

L'anamnesi patologica rivela infatti, a proposito di quest'ultima ipotesi, l'episodio della bruciatura delle gambe sul caldano pieno di brace accesa. E così, nella affannosa e travagliata ricerca del suo cuore 'nascosto', il febbrile burattino sotto la lente del cardiologo diviene un 'vero' intrigante cardiopatico.

Chiaramente queste rappresentano solo delle divertenti, quanto tardive ipotesi diagnostiche, perché infine ci pensò la Fata ad *accorgersi della febbre* di Pinocchio e fu proprio lei, la regina dei dottori, a vincere definitivamente la malattia. Lo fece in modo terreno, escludendo un suo più facile e rapido intervento miracoloso. Scelse cioè la via della scienza e dell'utilizzo di un farmaco in polvere per raggiungere il traguardo della guarigione: *bevila ed in pochi giorni sarai guarito.*

Un atto medico, una prescrizione terapeutica dal fondamentale sapore educativo, che guarì Pinocchio con la somministrazione di una certa polverina bianca in mezzo ad un bicchier d'acqua. ... E troppo amara!

Troppo amara! Io non la posso bere. Un glucoside dal forte sapore amaro come la salicina? Si potrebbe dedurre, conoscendo oggi le importanti virtù terapeutiche cardiovascolari, che fu questa la prima efficace sperimentazione umana in medicina dei salicilati (cardioaspirina).

È un ulteriore indizio che lascia supporre la presenza di una cardiopatia infiammatoria o di un tromboembolismo polmonare, piuttosto che della terribile peste o dei travagli del suo cuore e anima.

Al di là dell'inquadramento diagnostico, soprattutto a chi, assiduo praticante ed appassionato cultore della professione di Ippocrate, piace riconoscersi in tutta la fatica della fatina nel cercare di persuadere Pinocchio a bere la medicina, ... *i ragazzi dovrebbero sapere che un buon medicamento preso a tempo può salvarli da una grave malattia e forsanche dalla morte.*

Tutta la grazia della bella dottoressa è nella gentilezza, nella dolcezza, nella pazienza, nella pietà: *la tua malattia è grave... non hai paura della morte?*

Ed ecco che inaspettatamente la morte si materializza, con quell'apparizione fortemente suggestiva e mediatica degli spettri di *quattro conigli neri come l'inchiostro, che portavano sulle spalle una piccola bara da morto.*

In questo mancato consenso nell'assunzione della medicina da parte di Pinocchio malato matura tutta la consapevolezza, propria del lavoro di cardiologo, che ancor prima della necessità del farmaco e della terapia, ci deve essere la premurosa presenza del medico perché come Pinocchio diceva: *noi ragazzi siamo tutti così! Abbiamo più paura delle medicine che del male.*

Ancora più bello è ri / scoprire oggi che in ciascuno di noi batte il suo cuore, quel cuore di tutti, organo e simbolo, energia ed emozione, labirinto di significati con i suoi misteri, le sue logiche complesse, i suoi ritmi, i suoi flussi, i suoi addobbi a corona (coronarie).

Diverte infine pensare che la definitiva trasformazione del burattino Pinocchio in ragazzo in carne ed ossa sia avvenuta anche grazie al cuore malato e forse alle apnee nel sonno di cui soffriva il *pesce-cane* che, *essendo molto vecchio e soffrendo d'asma e di palpitazione di cuore, era*

Il cuore di Pinocchio

costretto a dormire a bocca aperta: per cui Pinocchio poté fuggire col suo babbino e andare finalmente incontro al proprio destino di uomo.

Nell'originale gioco dei binomi cuore / anima, cuore / organo e cuore / vita Collodi ha solo inconsapevolmente nascosto il 'mal di cuore' di Pinocchio, riportandolo sotto forma di metafora, di parabola e agli occhi del clinico anche di sindrome.

Il poeta Aldo Cellie ha scritto una bella lirica dedicata al cardiologo di Pinocchio che dice: «ogni giorno sceno nel legno di un burattino, che voleva essere uomo, e tu con le mani di fata riaccomodi il tempo di un cuore appena impazzito».

Tutto questo è esistito nel cuore di quel testardo bu-

rattino che inseguendo il cuore ha preferito la vita al gioco, lasciando a noi il difficile compito di scoprire i misteri della sua malattia, tanto che *se non è morto è sempre vivo!*

Francesco Maria Bovenzi

Tratto da Solo con il battito del cuore -

Racconti e altre storie

Maria Pacini Fazzi Editore, 2018



“Il legno, in cui è tagliato Pinocchio, è l'umanità.”

Benedetto Croce



L'aneddoto popolare noto come 'uovo di Colombo' designa una soluzione insospettabilmente semplice ad un problema apparentemente irrisolvibile. Al suo ritorno dal Nuovo Mondo, il genovese fu invitato ad una cena in suo onore organizzata dal cardinale Pedro González de Mendoza. Durante il banchetto però i commensali cominciarono a sminuire l'impresa di Colombo, affermando con forza che chiunque avrebbe potuto compiere un viaggio del genere con i mezzi a lui concessi. Il navigatore, ferito nell'orgoglio, lanciò agli invitati una piccola sfida: far stare un uovo ritto sul tavolo, senza alcun sostegno. Dopo numerosi tentativi falliti si convinsero che si trattava di un problema insolubile e pregarono Colombo di dimostrare come risolverlo, cosa che lui fece immediatamente, dando un piccolo colpo all'estremità dell'uovo che così rimase dritto.

Quando gli astanti protestarono dicendo che lo stesso avrebbero potuto fare anche loro, Colombo rispose: «La differenza, signori miei, è che voi avreste potuto farlo, io invece l'ho fatto»

«**M**esser Dante, qual è il boccone più buono al mondo?» chiese uno sconosciuto. Il Sommo Poeta non si scompose, e in tutta tranquillità rispose: «L'ovo». Il tizio che lo aveva incontrato in piazza, fu apparentemente soddisfatto della risposta ricevuta e si allontanò in silenzio. Dopo diversi anni lo incontrò di nuovo, gli si accostò, e senza nemmeno salutarlo gli domandò: «Con che cosa?» Dante, famoso anche per la sua memoria prodigiosa, non batté ciglio e rispose: «Con il sale». Dante non fu certo il primo ad apprezzare le qualità alimentari dell'uovo. Sin dall'antichità gli Egiziani allevavano polli e avevano inventato un sistema artificiale di incubazione delle uova. I Cartaginesi mangiavano uovo di struzzo, mentre i Greci consumavano uova di gallina, tant'è che Galeno affermava che nella dieta di una persona anziana le uova non dovevano mai mancare. Presso i Romani le uova di gallina, insieme a pane, olive e vino, componevano l'antipasto (*gustatio*) della cena, tanto che il detto (*ab ovo usque ad mala*, dall'uovo alle mele) denotava il tipico pasto

completo. Ma il suo gradimento e l'utilizzo secolare nell'alimentazione dei popoli ebbe una brusca frenata nel 1971, quando, con i dati dello studio di Framingham – piccola cittadina del Massachusetts – si evidenziò la relazione tra elevati livelli di colesterolo ed aumento del rischio cardiovascolare. Fu così che questo prezioso alimento iniziò ad essere bandito dalle tavole, nonostante il basso costo e la sua capacità di fornire tutti gli aminoacidi essenziali, vitamine, sali minerali, folati ed importanti grassi insaturi, componenti della sostanza bianca cerebrale, delle membrane cellulari e parte attiva di alcune attività enzimatiche.

Il suo peso è in media di 60 grammi (8gr di guscio, 36gr albume e 16gr tuorlo) e contiene attualmente circa 200 mg di colesterolo, oltre che luteina e zeaxantina, protettive della salute oculare.

Recentemente, ricercatori della McMaster University di Hamilton (Ontario, Canada, 2017), hanno documentato come le uova intere, e non solo gli albumi, hanno la capacità di stimolare la formazione di nuovo tessuto muscolare.

Ormai vi sono anche ampie documentazioni sulla sostanziale neutralità dell'apporto di uova sull'andamento della colesterolemia e sul rischio cardiovascolare nella popolazione sana tanto da portare la British Heart Foundation (2015) a definire la pericolosità delle uova un falso mito alimentare. Le indicazioni riportate da Geiker nel 2018 (Eur J Clin Nutrition) raccomandano in media nella popolazione sana la possibilità di assumere 2-4 uova a settimana, senza

un aumento associato della mortalità cardiovascolare; anzi, dati spagnoli (Zamora-Ros, 2018) segnalano come l'utilizzo delle uova nella dieta sia associato ad una riduzione del rischio di mortalità per cause neurologiche significativamente in merito a Parkinson e Alzheimer.

Le raccomandazioni al suo consumo, in caso di patologie, sono diverse. Sicuramente, va segnalata la controindicazione all'uso di uova in presenza di calcolosi: infatti la lecitina stimola la secrezione della bile e può scatenare una colica biliare.

Nei soggetti diabetici, lo studio australiano DIABEGG (2015), ha mostrato che dopo 3 mesi il gruppo che assumeva 12 uova a settimana ! presentava un profilo glicemico e lipidico sovrapponibile al gruppo che non superava le 2 uova a settimana, anzi il valore di HDL aumentava in chi aveva consumato più uova.

Senza raggiungere tali eccessi, le maggiori associazioni di esperti di cardiologia raccomandano l'utilizzo delle uova nell'alimentazione dei pazienti cardiopatici inserendole in una alimentazione corretta e bilanciata. Nuovi dati emergono dallo studio del micro bioma intestinale, che in presenza di colina produrrebbe TMAO la cui presenza comporta un incremento del rischio cardiovascolare. Ma la stessa via metabolica della colina è seguita anche dalla carnitina, ed entrambe sono contenute in grande quantità nella



carne rossa. Pertanto, i consumi moderati sono quelli attualmente da preferire, in attesa di ulteriori informazioni della scienza.

Come scegliere l'uovo migliore? Basta imparare a leggere i codici impressi sulle uova o sulle confezioni da acquistare, presenti dal 1 gennaio 2004: La categoria 'A' sono uova fresche, la 'B' di seconda qualità o conservate, la categoria 'C' sono declassate e sono destinate all'industria alimentare. Il codice alfanumerico fornisce le seguenti informazioni: il primo numero è il tipo di allevamento ('0' biologico, '1' all'aperto, '2' a terra, '3' in gabbia), poi la sigla del paese di produzione (IT Italia) poi il codice Istat del comune seguito dalla sigla della provincia ed infine il numero che identifica l'allevamento vero e proprio. La data di scadenza è indicata a 28 giorni dalla data di deposizione.

Insomma...l'uovo è davvero un alimento prezioso, da inserire sicuramente in una dieta bilanciata per la salute del nostro cuore.

Mara Piccoli

L'usanza di scambiarsi uova a Pasqua o durante l'equinozio di Primavera sembra sia sempre esistita. All'arrivo della Primavera sono collegate molte usanze legate al dono reciproco di un uovo: Romani, Babilonesi, Persiani, Cinesi ed altri popoli celebravano l'arrivo della Primavera proprio scambiandosi uova, sinonimo di auguri e buoni auspici.

Le uova più famose e più preziose sono certamente quelle del maestro orafo russo Peter Carl Fabergé, che nel 1883 ricevette dallo zar Alessandro la commissione per la creazione di un dono pasquale per la zarina Maria.

Il regalo sorprese la corte imperiale, così tanto che lo zar ordinò a Fabergé un uovo speciale e unico per ogni Pasqua. Fabergé ne creò cinquantanove, cinquantadue per lo zar e sette per il nobiluomo russo Alexander Ferdinandovich Kelch, tutte opere uniche e originali. Un bel modo per festeggiare...forse un po' dispendioso!



“L'uovo ha una forma perfetta, benché sia fatto col sedere.”

Bruno Munari



La salita del cuore

PREFAZIONE

S spesso, sentirsi dire un 'NO' lascia basiti e contrariati per il rifiuto ad una nostra richiesta. Le conseguenze dell'ascolto di questo monosillabo da parte di un cardiopatico, che chiede di poter continuare a praticare le sue abituali attività ludico/sportive dopo un infarto o una rivascolarizzazione coronarica, possono peggiorare il suo stato di benessere psico-fisico ed il suo completo recupero. Per evitare pertanto gli effetti deleteri della inattività e sedentarietà cautelativa, l'attività motoria post-riabilitazione deve essere adeguata, personalizzata e mantenuta con regolarità, anche se svolta in un ambiente montano. Un atteggiamento genericamente ed aprioristicamente restrittivo, porta molti medici a sconsigliare o negare a pazienti coronaropatici il soggiorno anche a basse quote (fino a 1800 metri) ed ancor più le attività sportive quali alpinismo, escursionismo, sci da discesa o di fondo. Benché ogni individuo abbia risposte variabili all'acclimatazione ed

all'ipossia, tipiche dell'altitudine, non esistono evidenze scientifiche che precludano, in assoluto, un'attività fisica moderata anche ad alte quote (tra i 3000 ed i 5500 metri) per i pazienti coronaropatici, asintomatici, che abbiano eseguito un'attenta valutazione clinico-strumentale. Pertanto, pazienti con pregresso infarto miocardico o precedentemente sottoposti a rivascolarizzazione coronarica con bypass o angioplastica, che anche in pianura non presentino sintomi, e che abbiano una normale funzione sistolica ed una prova da sforzo negativa, non hanno controindicazioni assolute a svolgere attività sportive in quota. La medicina difensiva del 'meglio di no' è ulteriormente legittimata dai rischi aggiuntivi dell'escursionismo estremo ed indipendenti dall'altitudine, come freddo eccessivo ed intenso stress nelle situazioni di improvviso pericolo. Evitare passaggi particolarmente esposti e vie attrezzate che richiedono un grande impegno muscolare, tecnica ed esperienza, sono elementi di buon senso ai quali ogni praticante, più o meno giovane, dovrebbe ispirarsi. Ma tutte le cautele ed i consigli, elargiti con saggezza

e scientifica convinzione, sono elusi dalla vittoria del Cuore sul muscolo del cuore, non sede dell'anima o dei sentimenti, né paradigma di lealtà e coraggio, ma semplice pompa di un sistema idraulico circolare ed autoconservativo.

La forza di volontà e l'ambizione del traguardo superano età e limitazioni fisiche, mentre le insondabili potenzialità del Cuore indeboliscono o sconfiggono le convinzioni mediche sul muscolo cardiaco.

Si può arrivare sulla vetta d'Europa senza stenti e... con gli stenti!!!

Andrea Marcheselli

“Nessuna vetta è impossibile neanche per un cuore offeso basta mettere il cuore in ogni passo”



oggetto... leggero ma assolutamente necessario: salire su una montagna – anzi, la MONTAGNA – richiede forza, coraggio, pazienza, caparbietà, rabbia, determinazione, tigna... tutte qualità indispensabili... ma il cammino è essenzialmente PREGHIERA! Un piccolo rosario da dito è l'ultimo oggetto che inserisco: così è il primo ad essere ripreso all'occorrenza!

LO ZAINO

Più leggero...per salire più in alto...

Preparare lo zaino per salire sul Monte Bianco non è cosa di tutti i giorni... non è cosa da tutti... non è cosa per tutti: ogni peso, anche il più insignificante, va ragionato, studiato, calcolandone l'impatto alla nona, decima ora di cammino: la spina di ricarica del cellulare può essere lasciata giù... basta portare l'attacco USB... il resto è inutile! (per dirne una!).

Preparare lo zaino è... previsione, quindi... previsione di quanto ti occorre e quanto no... previsione di quando qualcosa ti occorrerà... quindi la disposizione degli oggetti non può essere casuale... va studiata (!) in ragione del momento opportuno dell'utilizzo dell'oggetto che stai inserendo.

L'indispensabile: i ramponi, la piccozza, le maglie termiche, il guscio (giacca contro vento), il piumino... tralasciando quanto non è necessario: sembra un'operazione semplice ma per noi, uomini moderni, allontanarci dalle cose, dagli oggetti, è un'operazione quasi impossibile tanto ne siamo pervasi! Preparando lo zaino capisci – sei obbligato a capirlo – quanto effettivamente VALE e quanto NO... ma... nello zaino... non può non trovare spazio uno ultimo

LA SALITA AL GOÛTER

Cominciare a salire sulla MONTAGNA è apparentemente identico a qualsiasi altro sentiero di qualsiasi montagna... ma poi ti accorgi... lentamente, che non è esattamente la stessa cosa... avverti pian piano che sei al cospetto di qualcosa di più grande – MOLTO PIÙ GRANDE – e pensi: è la stessa differenza che c'è tra il mare e l'oceano: si somigliano ma sono profondamente diversi!

E così, passo dopo passo, ti accorgi che i micro-obiettivi che ti fissi si allontanano sempre di più, le distanze non sono quelle cui sei abituato... cui hai abituato i tuoi sensi... pensi: È DAVVERO GRANDE! Hai una sola scelta: camminare... concentrandoti sul passo successivo senza MAI pensare alla meta!



E quindi... sfasciumi... stambecchi... panorami mozzafiato su un sentiero che diventa sempre più impervio... qualche corda fissa... il primo nevaio... ci ramponiamo, ci prepariamo alla salita finale verso il rifugio GOÛTER... che sta lì... ad appena 300 metri di dislivello... si vede!

Ma da questo momento non sei più TU... siamo diventati NOI!... CI LEGHIAMO l'un l'altro... PER LA SICUREZZA, comincia la vera SALITA: il tuo rapporto con la MONTAGNA cambia... non sei più solo, hai affidato la tua vita ai tuoi compagni di cammino che ti affidano la loro! Senti principalmente questo peso... non la paura di morire (non andresti in MONTAGNA!)... ma la paura di non proteggere abbastanza chi ti ha affidato la sua esistenza! Cominci a confrontarti con la tua CODARDIA... già sconfitta prima di partire!

...Ritmo

Ma come tutti gli obiettivi che ti sembrano vicini... su questa MONTAGNA tutto si complica! La parete attrezzata è tutt'altro che agevole... dopo il nevaio ci attende lo spaventoso e famigerato canalone del COULOIR... dove cadono dei massi... la parte più critica dell'intera spedizione... passiamo di corsa... pericolo scampato!

Il vero problema è il ritmo... non è più il mio... è il LORO... molto più intenso e diverso... vado in affanno

Reggerà il mio cuore?... ma SÌ! **Ad essere malato è il mio muscolo cardiaco non il mio Cuore!**

E quindi dopo i rimproveri di Beppe – guida arcigna ma determinata e determinante – ho messo il cuore nel mio muscolo cardiaco malato e ho raggiunto il rifugio Goûter ... ma l'affanno non passa... a 3.817 metri il recupero è difficile .. penso di lasciare...

LA VETTA

... un breve sonnellino risistema anche il muscolo cardiaco malato... il recupero è totale, sia io che Beppe ci convinciamo che posso tentare la VETTA!

ORE 1:30

Sveglia... vestizione... colazione

ORE 2:20

Partenza alla volta della vetta... una salita interminabile che in notturna sembra infinita... il bagliore delle frontali dei membri delle cordate partite prima di noi... sembrano lucciole... il cielo si confonde con la montagna... tutto molto suggestivo... unico!

ORE 4:00

Raggiungiamo Dôme du Goûter 4.306 metri... le lucciole si snodano fino alla Capanna Vallot a quota 4.365... si ridiscende per una vallata indimenticabile e poi si risale... con Beppe decidiamo che io – che invece sto benissimo! – potrei fermarmi lì in attesa del loro ritorno dalla vetta.

ORE 5:00

Capanna Vallott... 4.365 metri... entriamo nel bivacco... Beppe mi domanda in quali condizioni fisiche sono... Non ci penso neanche a fermarmi! ...

Cominciamo la parte più impegnativa di tutta la spedizione... una prima 'gobba'... sfiancante, la superiamo in mezz'ora... «ce ne sono altre 6» sibila Beppe – penso di morire! – la stanchezza è davvero insopportabile... tra una gobba e l'altra si aprono dei baratri spaventosi... su cenge di



appena mezzo metro scarso attraversi strapiombi immensi...

Sulla terza gobba il ghiaccio quasi mi sfiora il naso... senza rendermene conto mi trovo appeso ad una parete di ghiaccio quasi verticale... subdolamente, la MONTAGNA è diventata pericolosa davvero...

Preghiera.

Preghiera del passo, comincio a contarli... ogni decina respiro più profondamente... senza accorgermi che avevo superato anche la quarta gobba!

«La sesta è facile! ... Dai Enrico dai Gianluca... ce l'avete fatta!!! Da qui non torno indietro! ... MAI!!!»

queste parole di Beppe mi tranquillizzano... molto.

È giorno ormai... le lucciole hanno spento le frontali... ed alcune cominciano a scendere... osservo i loro volti... soddisfatti... sorridenti... compiaciuti di noi... di trovarci lì... i loro sguardi – TUTTI – sembrano dirti 'bravo ce l'hai fatta!!!'

Il Cuore si confonde ormai con il mio muscolo cardiaco e si unisce alla musica dei suoi battiti! L'emozione sta crescendo come mai.

ORE 7:08

L'ultima gobba... la sesta... la facile... sento un colpo sulla spalla... Gianluca mi colpisce con il bastoncino! Abbiamo raggiunto la

VETTA! VETTA! VETTA!

Un banalissimo piazzale... con qualche persona sorridente sopra... ma è LA VETTA più alta d'Europa !! E NOI L'ABBIAMO RAGGIUNTA!

Descrivere l'emozione oltre che impossibile, è inutile... osservando l'orizzonte ti accorgi che è un pò curvo... la terra è rotonda sicuro! Da qui lo percepisci! Il panorama è immenso sia verso la Francia che verso l'Italia... ma oltre che molto spazio vedi molto tempo... tutto ciò che sei stato... la tua infanzia, le tue esperienze... i tuoi fallimenti e le tue vittorie... LA VETTA DELLA MONTAGNA ti riempie e ti svuota al tempo stesso... sembra che tu non debba più raggiungere altro!

E guardi lo Zaino... più leggero per salire più in alto... ma poi capisci che in quello zaino c'è tutto di te: e perché il nostro spirito possa davvero sublimare va alleggerito... della zavorra delle cose materiali – quasi sempre inutili – dei conflitti, delle incomprensioni stupide, del denaro, delle ambizioni, delle paure stupide.

La MONTAGNA mi ha insegnato che nello zaino dovrò mettere poco d'ora in poi... solo l'indispensabile... l'amore, l'amicizia, la preghiera!

Enrico Maria Vaccaro

Una lombosciatalgia sui generis

Lisetta, a dispetto del nome, era un donnone enorme. Un metro e settantacinque per centoventi chili. E una forza erculea.

Riusciva a sollevare pesi impossibili ed a mettere sottosopra una casa intera in pochi minuti nell'esercizio delle sue funzioni di donna delle pulizie di lungo corso.

Era ormai arrivata alla faticosa soglia dei sessanta suonati, ma di mettersi a riposo proprio non aveva intenzione. Del resto, con suo marito disoccupato e due figli maschi sottoccupati e coniugati con prole, doveva essere lei il volano trainante dell'economia di famiglia.

«Dottore, finché ce la faccio non mi fermo, ... anche perché non posso fermarmi!» mi diceva, quando le consigliavo di concedersi un po' di riposo, o almeno di prendersela un tantino più comoda, considerando anche i valori di pressione arteriosa non ottimali che registravo ogni volta che passava in studio. Di perdere peso non c'era verso. Avevo provato in tutti i modi a fare counseling sul tema della sua sindrome metabolica (ipertensione, diabete borderline, ipercolesterolemia) ma, al di là di un'aderenza discontinua alla terapia farmacologica, di cambiare stile di vita e abitudini alimentari non se ne parlava proprio.

Sennonché un giorno Lisetta dovette proprio fermarsi.

Una lombo sciatalgia sinistra molto dolorosa, insorta quasi all'improvviso, non le permetteva quasi di muoversi, figuriamoci se poteva adempiere ai suoi mestieri, così fisicamente impegnativi!

Venne in studio disperata, una mano sul fianco e l'altra a tenere saldamente un ombrello usato a mo' di bastone.

«Dottò mi aiuti per favore. È un dolore che non ho mai provato. Non mi lascia né di giorno né di notte. Non posso fare più niente!»

E piangeva accorata, un po' per la sofferenza fisica, un po' per lo sconforto di quel fermo forzato del suo indispensabile lavoro.

Le chiesi se collegava l'insorgenza del dolore con uno sforzo eccezionale anche per lei, ma non sembrava ricordare nulla di straordinario.

Con grande fatica riuscii a farla sdraiare sul lettino, ma qualsiasi manovra semeiologica era ostacolata dalla presenza

di un pannicolo adiposo di tutto rispetto. Riuscii a verificare che non c'era perdita di forza a carico dell'arto interessato, ma non altro. Il Lasague non era eseguibile per ovvi motivi oggettivi.

Le prescrissi del paracetamolo ed un FANS, ma dopo pochi giorni Lisetta mi chiamò al telefono: non era cambiato nulla, anzi, il dolore lombare sembrava addirittura aumentato. Aggiunsi al paracetamolo del tramadolo in



associazione preconstituita, arrivando gradualmente fino a sei compresse al giorno (225/2250 mg.), e sostituii il FANS con un cortisonico iniettabile, ma il dolore non accennava neanche ad attenuarsi. Una radiografia della colonna lombosacrale rivelò quello che ci si poteva aspettare: una marcata spondilo artrosi con riduzione degli spazi intervertebrali, ma un tono calcico normale e nessun segno di crolli. Del resto Lisetta aveva dolore sia in orto che in clinostatismo.

Continuava a piangere Lisetta, disperata per il dolore e per il dissesto economico, anche se, in fondo, erano passati più o meno una decina di giorni dall'esordio della sintomatologia.

Però non mi piaceva.

Non so perché, ma c'era qualcosa nell'intensità del dolore, nella sua totale resistenza ai farmaci, nel suo non modificarsi affatto con i movimenti, che non quadrava. Così come mi preoccupava quell'insolito colorito di Lisetta, che in alcuni momenti diventava terreo.

A volte si hanno sensazioni che, pur nella loro irrazio-

nalità, hanno un loro ruolo nell'iter diagnostico.

Richiesi una Risonanza magnetica della colonna lombosacrale andando, certo, a cercare un'ernia discale, ma con la preoccupazione di farla eseguire il più presto possibile, tanto che Lisetta dovette pagarsela.

Non c'erano ernie discali ma c'era, nell'ultima parte del referto, la spiegazione di tutto.

Lisetta si salvò.

«...Come reperto collaterale, si segnala dilatazione dell'aorta sottorenale che si estende ad interessare il carrefour aortico, con diametro massimo stimato dalla metodica, di circa 52 mm., reperto da valutare ad un esame Angio-Tc urgente. Si comunica alla paziente l'urgenza del reperto e si invia al PS di riferimento».

Emilio Merletti

(si ringrazia il dott. Marcello Osimani per la collaborazione.)

“*Veramente più volte appaion cose
Che danno a dubitar falsa matera
Per le vere cagion che son nascose*”

(Purg. XXII 28-30)

COMPLICATO O COMPLESSO?

Un minuto è più lungo se si ha una mano sul fornello del gas o se si sta assaporando una buona cioccolata calda ascoltando buona musica? La lunghezza del minuto è sempre la stessa, ma il nostro cervello riesce ad attribuirgli ampiezze diverse. Il problema quindi non è quanto sia lungo il minuto, ma il contesto in cui caliamo il 'minuto' oggetto della nostra valutazione.

Partendo da questa banale considerazione, ci accorgiamo che l'indeterminatezza di concetti assoluti, quali quelli del tempo e dello spazio, è proprio alla base di ciò che è umano e della nostra interpretazione della realtà, sia sotto il profilo biologico, sia sotto il profilo fisico descrittivo.

Il significativo passo avanti che agli inizi della seconda metà del Novecento si è avuto nel campo delle Scienze ha origine proprio da quello che sembrava essere un problema: la crisi della spiegazione semplice, l'incapacità di raggiungere l'ordine del determinismo a cui la fisica newtoniana e la matematica aristotelica ci avevano abituato per millenni.

Il modello di riferimento è stato per secoli la scompo-

sizione di un problema complicato nelle sue parti più semplici per poterne acquisire la completa comprensione. Questo paradigma, è la base del riduzionismo, a noi ben noto fin da quando giocavamo con il meccano o con il Lego, e permette di confrontarci con successo con i cosiddetti sistemi 'complicati'. Ma i modelli complicati non ci permettono di descrivere completamente la nostra vita di tutti i giorni. Usando una metafora molto in uso nel campo dell'Intelligenza Artificiale (AI), se ci troviamo all'interno di un mercato rionale, mai e poi mai possiamo studiarne i flussi, le abitudini, le preferenze; mai e poi mai possiamo prevedere se la domenica ci sarà più gente del lunedì. Per avere questo tipo di informazione, dobbiamo 'stare in terrazza', dobbiamo osservare dall'alto quello che succede nel mercato, dobbiamo cioè costruirne il nostro 'meta-modello' che include il modello primordiale e ne descrive nuove ed inaspettate proprietà (lo sanno bene i proprietari dei supermercati che mettono le caramelle e le lamette da barba vicino alle casse...).

È con questo nuovo punto di vista che inizia una vera e propria rivoluzione copernicana all'interno dei salotti

scientifici: ci si comincia a chiedere: «...e se la soluzione fosse proprio il problema?»

Einstein dimostra i principi della relatività della Fisica. Il logico matematico Kurt Gödel, con i suoi teoremi dell'incompletezza, riesce a dimostrare scientificamente il **paradosso del mentitore**¹ facendo decadere il principio millenario aristotelico del terzo escluso *tertium non datur* e dando piena dignità alla impossibilità per una scienza di essere coerente all'interno delle sue regole e dei suoi assiomi. In altre parole, non è mai possibile giungere a definire la lista completa degli assiomi che permetta di dimostrare tutte le verità.

La continua ricerca della verità comincia a fare i conti con la complessità, con l'indeterminazione, con l'apparente caos. Nasce l'esigenza di cercare relazioni tra le diverse scienze e tecnologie che permettano di superare i limiti propri insiti nella singola scienza: si comincia così a lavorare alacremente al concetto di 'meta-scienza'.

La prima consapevolezza di cui bisogna prendere atto è quella dell'irriducibilità del caso o del disordine, noto ai più grazie agli studi sul calore, che è agitazione, collisione, dispersione di atomi o di molecole, è proseguito con l'irruzione delle indeterminazioni microfisiche, e infine con l'esplosione originaria e con la dispersione del cosmo ora in atto.

In campo sociale, Gregory Bateson introduce il suo metodo olistico, volto ad individuare le connessioni esistenti tra fenomeni apparentemente diversi e scollegati come la struttura delle foglie, la grammatica di una frase, la simmetria bilaterale di un animale, la corsa agli armamenti, etc. Questa nuova epistemologia, basata sulla cibernetica, è definita da Bateson 'ecologia delle idee'. L'ecologia delle idee è orientata allo studio dei sistemi evolutivi. L'evoluzione è considerata come un processo conservativo volto ad assicurare la sopravvivenza del sistema. Questi sistemi sono reti cibernetiche complesse, anelli collegati da una catena di processi causali.

Da quanto sopra, è chiaro quindi che la visione di complessità suggerisce un approccio al problema della conoscenza radicalmente diverso da quello tradizionale ed è la sfida che l'IA, o meglio, la tecnologia delle *machi-*

ne learning, sta affrontando non senza difficoltà.

Ma cos'è la complessità? È bene rispondere con le parole di uno dei principali apostoli viventi di questo *modus operandi*, Edgar Morin: «...se si potesse definire la complessità in maniera chiara, ne verrebbe evidentemente che il termine non sarebbe più complesso». (E. Morin, *La sfida della complessità*, Giangiaco Feltrinelli Editore, Milano, 1994). La complessità in sé stessa non è una teoria e forse neppure un paradigma definito, è piuttosto l'esigenza di utilizzare strategie di pensiero multi-dimensionali, un ambiente concettuale che si basa sulla necessità di un utilizzo dinamico di modelli diversi per connettere a vari livelli teorie, dati, problemi e significati.

Il passaggio da un'assenza di informazioni ai Big Data, sovrabbondanza di informazioni tali da poter generare automaticamente anche fake news e romanzi, le machine learning rappresentano uno strumento utile per migliorare il sistema della conoscenza umana.

È ormai noto che le scienze cognitive non si occupano soltanto di studiare i meccanismi cognitivi della mente, ma pongono particolare attenzione al concetto di adattamento che è cruciale per la conoscenza dell'evoluzione naturale della specie e dei sistemi complessi reali. Per questo motivo, fanno parte a pieno titolo delle scienze cognitive, lo studio di algoritmi genetici, di sistemi di classificazione, di sistemi di predizione, ma soprattutto, sistemi di simulazione basati su *agenti*: i cosiddetti sistemi complessi adattivi artificiali sui quali si basa la più moderna tecnologia in settori pervasivi come la medicina, l'Internet delle cose e la sociologia.

Mario Gentili

¹ Il paradosso ha origini radicate nella storia. Ne esistono diverse versioni, la più accreditata è quella del filosofo Eubulide di Mileto (IV secolo a.C.) che affermava: "io sto mentendo". Se mentre faccio questa affermazione mento, allora dico la verità, se, di contro dico la verità, allora mento.

Il dottor Sócrates Brasileiro Sampaio de Souza Vieira de Oliveira

“*Ho sempre fumato pur sapendo che fa male, così come amo bere birra. Oggi come allora. Ma il calcio è uno sport collettivo e non serve che tutti corrano. Ci sono quelli che corrono e quelli che pensano.*”

L'inizio del campionato di calcio 1984/85 era pieno di aspettative per i tifosi viola per l'arrivo a Firenze di **'O calcanar che a bola pediu a Deu'** (letteralmente: il colpo di tacco che la palla chiese a Dio), l'acquisto che fece vivere ai tifosi il classico sogno estivo di trionfi e Scudetto, poi trasformato in una delle più grandi delusioni subite dalla Fiorentina nella sua storia. In effetti le credenziali del neoacquisto erano di prim'ordine: piedi raffinati, apprezzabile propensione al gol, ottima visione di gioco, 3 titoli del campionato paulista con il Corinthians e titolare fisso di quella nazionale 'verdeoro' ritenuta da molti come la più forte compagine brasiliana di tutti i tempi (quella per intenderci dove giocava gente come Zico, Falcao e Cerezo). Quello che i tifosi non potevano sapere era che il **'Dottore'** (soprannome legato alla Laurea in Medicina che arricchiva il suo già ricco curriculum) non aveva la benché minima voglia di sbattersi e sudare dietro un pallone, come si sarebbe potuto profeticamente intuire dalle sue prime parole da giocatore viola appena giunto all'Aeroporto di Fiumicino: «Non tengo tanto a essere un campione di calcio quanto uomo democratico, anzi un brasiliano democratico», come a voler dire: 'non vengo qui per lottare su ogni pallone con il coltello fra i denti, ma

giocando a modo mio, ai miei ritmi'. Non a caso, alla fine della sua esperienza italiana dirà che «Da quel che ho visto, la società più adatta a me sarebbe stata la Cremonese: non è una battuta, è simpatia per un ambiente».

Figura complessa e affascinante del calcio paulista, Sócrates Brasileiro Sampaio de Souza Vieira de Oliveira, per tutti **Sócrates**, nasce il 19 febbraio del 1954 a Belém nello stato del Parà, da una famiglia molto modesta di origine cristiana maronita, fuggita dalla Terra Santa in seguito al bombardamento del proprio villaggio di origine. Primo di sei figli, frequenta il locale liceo per poi iscriversi all'università di San Paolo. Il padre Raimundo, autodidatta che legge Platone ed ama la cultura, attraverso un duro lavoro ed enormi sacrifici riesce a pagargli gli studi fino alla laurea in medicina, titolo che, oltre a dargli il soprannome di 'Dottore', sarà per lui la via maestra dell'emancipazione sociale.

Questo aspetto – l'importanza della lettura e dello studio – influenzerà molto il dottore-calciatore, come ben descrive il sociologo **Pippo Russo** nel saggio a lui dedicato dal titolo *'Sócrates. L'irregolare del pallone'*. Scrive l'autore: «Educatore dal padre al culto del sapere, egli cresce nel rispetto di una scala di valori inderogabile.

La cultura viene prima di ogni cosa e di conseguenza bisogna assegnare il primato al lavoro che viene al termine di un percorso di studi». Come calciatore muove i primi passi della sua carriera nel **Botafogo di Ribeirão**, squadra della città in cui la sua famiglia si trasferisce in seguito alla sua nascita. Nonostante la sua statura imponente, 192 cm di altezza per 80 kg, si fa notare per la sua grande visione di gioco, l'abilità nel palleggio e negli inserimenti, il tiro potente ed estremamente preciso e per una particolarità: **gli piace colpire il pallone con il tacco e lo fa in un modo eccezionale**. Ma per lui il calcio è un hobby: la sua vita era lo studio. Tutti si accorgevano che in campo era fortissimo, e i guadagni erano sempre più discreti, ma lui stabilì un accordo con i dirigenti del club: «Se mi mettete in prima squadra, al massimo posso venire in ritiro il giorno prima». E questo fu, e alla domanda sul perché i dirigenti accettarono, la risposta è stata: «era fortissimo». E così riuscì a laurearsi, indirizzo pediatrico, mentre giocava. Nel 1978 viene ingaggiato dal Corinthians, la squadra che vanta il maggior numero di tifosi in Brasile, con la quale scende in campo per ben 297 volte, segnando 172 reti. Diventato capitano del Timao e della Nazionale brasiliana, Sócrates viene ricordato soprattutto per essere stato il leader in campo e fuori della squadra paulista. Nel **Corinthians** aveva infatti instaurato un regime passato alla storia come **'Democracia Corinthiana'**.



In Brasile, in quel momento, c'è un forte dibattito, il Paese vuole uscire dalla dittatura. Sócrates e compagni indicano la loro strada, **da calciatori**: le decisioni non verranno più calate dall'alto, verranno assunte collettivamente. Così negli spogliatoi si svolgono assemblee, si discute, si vota e insieme, in modo democratico, giocatori e staff tecnico (il direttore sportivo, Montero Alves, è un sociologo...) delineano la rotta da seguire mandando all'occorrenza in ritiro l'allenatore (e talvolta anche a quel paese!). Questo meccanismo si estende sempre di più, fino a includere orari e metodi d'allenamento, acquisti, politica economica del club che parteciperà collettivamente anche alle iniziative contro la dittatura. Tradizionalmente considerato un mezzo di spolticizzazione delle masse, attraverso l'esperienza della sua *Democrazia*, Sócrates dimostrò a tutto il globo l'esatto contrario, facendo del calcio uno strumento di trasmissione di valori democratici, sia in campo che nel modo di gestire la squadra, oltre che un formidabile veicolo per reclamare diritti e libertà, (utilizzato, in questo caso, per combattere la dittatura dei colonnelli).

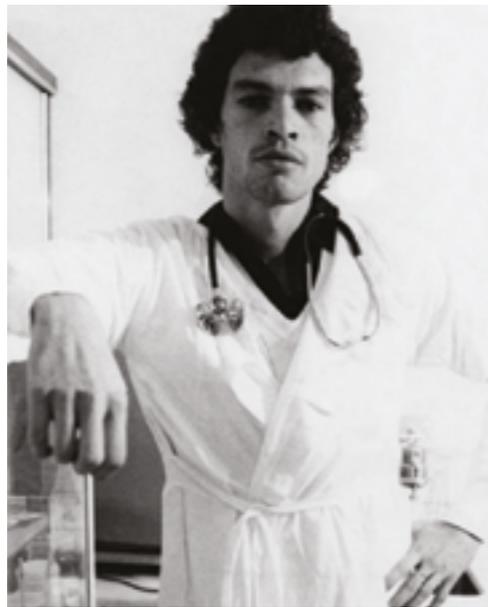
Fino al 1984, malgrado fosse all'apice della carriera, Sócrates rifiutò ogni offerta per partecipare attivamente alla campagna politica per buttare giù la dittatura: quando la battaglia terminò, purtroppo con una sconfitta, Sócrates decise di andar via, anche perché così aveva promesso. Arrivò così in Italia, a Firenze,

fortemente attratto dalla storia della città e dalle opere d'arte che ospita, ma anche per la forte volontà dell'allora DS viola Tito Corsi, che aveva puntato al nome ed alla fama pregressa del calciatore (fu difatti battuto il record di abbonamenti, più di 27.000). Per garan-



tirsi le prestazioni del fuoriclasse brasiliano la Fiorentina versa nelle casse del Timao ben 5,3 miliardi di lire. Quando arrivò in Italia, nel 1984, Sócrates era ormai un ex giocatore, nonostante avesse solo 30 anni e l'anno precedente premiato come miglior giocatore sudamericano: l'esperienza sportiva non fu esaltante, tutt'altro.

Tanto per cominciare la Fiorentina dell'epoca era divisa in due tronconi e lui si trovò nel mezzo, anche per il suo pensiero politico. In quella squadra c'era Passarella, il suo antagonista per definizione: argentino e di destra, anche lui rigorista e calciatore di punizioni. 'O doutor da bola' è un virtuoso nel colpo di tacco, fatto che lo rende quasi un'artista del pallone, tuttavia non riuscirà mai ad entrare in sintonia con la squadra, anche per l'eccessiva distanza tra il calcio italiano e il suo: spesso chiede di essere esentato dai ritiri e si lamenta in continuazione della preparazione atletica (dove in Italia c'era una grande attenzione, cosa che



lui non concepiva). Una volta, durante il ritiro, attardato rispetto al gruppo che sgroppava in montagna, incontrò Antognoni e gli disse, sfinito: «*Ma qua giocate con i campi in salita?*». A volte invece partecipava all'allenamento mattutino, poi andava a riposarsi e

si svegliava direttamente il giorno dopo, saltando la seduta pomeridiana e la cena. In campo raramente gioca all'altezza della propria fama, per lo più dando l'impressione di venire travolto, col suo incedere compassato, da eventi agonistici ed atletici di un altro pianeta. «*Debbo dire in tutta onestà che avrei faticato in qualsiasi squadra*», le sue parole durante un'intervista gli anni successivi. Il suo look da descamisados, le sempre incessanti chiacchiere sui problemi del mondo

con la sigaretta in mano (fuma più di 20 sigarette al giorno), le abitudini di vita non esattamente da atleta (beve enormi quantità di birra) gli sarebbero state probabilmente perdonate se all'impegno civile avesse accompagnato quello sul campo: nella realtà il 'dottore' si rivela un personaggio scomodo, poco propenso a sacrificarsi in nome della maglia, che non riesce a divertire e soprattutto a far vincere la sua squadra. La permanenza alla Fiorentina sarà per una sola stagione, rispedito in Brasile, giocò ancora (poco) con Flamengo e

Santos e ai Mondiali del 1986 contribuendo con un rigore sbagliato all'eliminazione della Seleção nei quarti contro la Francia. Dopo essersi ritirato nel 1988, torna nuovamente ad esercitare la professione di medico. Nella realtà visita quasi esclusivamente gli amici, tra i quali è noto con il soprannome di 'O Bruxo', lo stregone, per la capacità di fare diagnosi molto precise (ma anche perché gli piaceva fare delle profezie che molto spesso azzeccava...).

Eclettico, dotato di una forte ma complessa personalità, continua a studiare per specializzarsi in medicina sportiva e in giornalismo, partecipa a corsi per diventare allenatore, inizia la carriera di commentatore sportivo, oltre ad incidere un disco, fare l'impresario teatrale ed avvicinarsi alla politica. Nel Novembre del 2004 torna sorprendentemente in campo per un mese – ma solo per pochi minuti e in una sola gara – con il Garforth Town, dilettantistica squadra inglese di un paesino vicino Leeds, in Inghilterra, di cui fu anche allenatore con risultati quasi ridicoli: **a 14 anni dal ritiro ormai di birra, in corpo, aveva solo quella delle sue adorate lattine.** Tornato in Brasile passa il

tempo tra interviste, ricordi, articoli e sbornie. Quando nel 2007 vennero assegnati al Brasile i mondiali del 2014, da buon 'bruxo' com'era, disse: «*Non riesco a gioire, perché so come andrà: investiranno soldi per devastare il nostro territorio, senza ridistribuire la ricchezza*». Morirà, a soli 57 anni, la mattina del 4 dicembre 2011, all'ospedale Albert Einstein di San Paolo, dopo il terzo ricovero d'urgenza in pochi mesi, a causa di una serie di complicanze legate alla cirrosi epatica di cui soffriva da anni, provocata dall'alcolismo. **In quello stesso giorno il Corinthians batte il Palmeiras e si laurea campione nazionale**, esattamente come il 'Dottore', calciatore, politico e stregone aveva previsto già nel 1983: «*Vorrei morire di domenica, nel giorno in cui il Corinthians vince il titolo*», e così andò. Sócrates, medico per molte, troppe, cose per altro famoso.

Marco Semprini



“Ho speso gran parte dei miei soldi per alcool, donne e macchine veloci, il resto l'ho sperperato.”

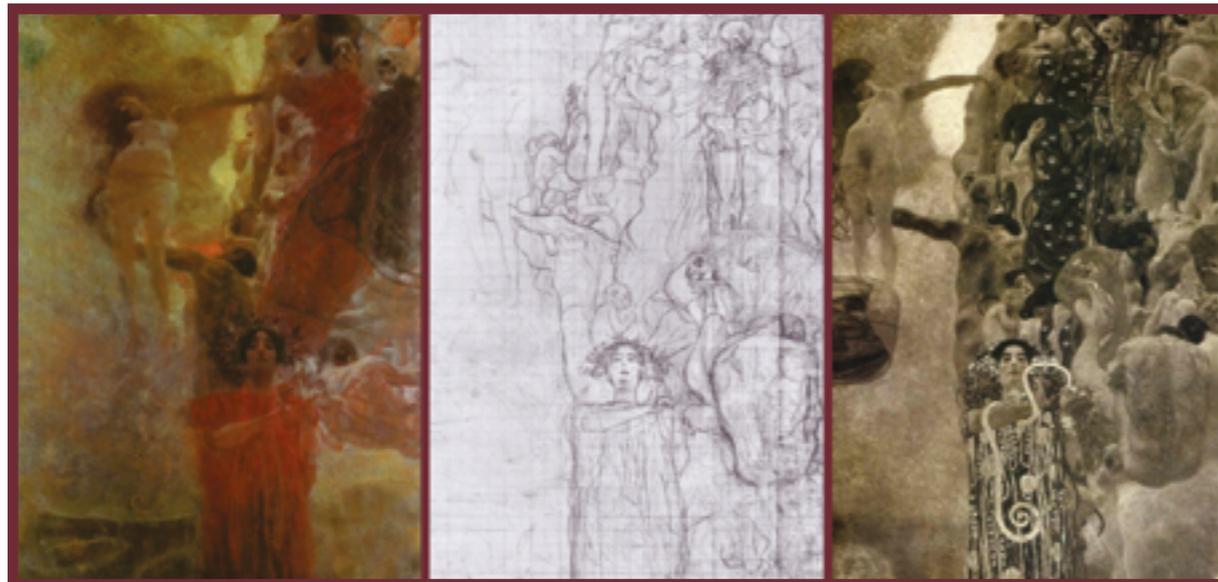
George Best
(calciatore)

Commenti in Cornice

La Medicina

Gustav Klimt - olio su tela, 430x300 cm

Realizzato tra il 1901 e il 1907, andato distrutto nel 1945 nell'incendio del castello di Immendorf



a) Schizzo preliminare ad olio, completato tra il 1897 e il 1898, collezione privata

b) Disegno preparatorio a matita, 1900 circa, collezione del Museo Albertina, Vienna

c) Fotografia in bianco e nero del dipinto completato, scattata poche settimane prima che il dipinto fosse distrutto dall'incendio

Tra il 1900 ed il 1907 l'artista austriaco Gustav Klimt (1862-1918) completò una serie di dipinti per il soffitto della Great Hall dell'Università di Vienna sui temi della filosofia, della medicina e della giurisprudenza. Aveva ricevuto tale commissione nel 1894. Dopo aver svelato i lavori, essi furono tacciati di 'pornografia' ed 'eccesso di perversione', al punto da non essere mai esposti all'università, e Klimt giurò che non avrebbe mai più accettato commissioni pubbliche. Tuttavia, *La Medicina* fu esposta nel 1901 alla Decima Mostra della Secessione a Vienna.

Il dipinto presenta a destra una colonna di figure nude o seminude, dense, sovrapposte e interconnesse (alcune le cui spalle sono rivolte lontano dallo spettatore), mostrate in varie fasi del ciclo della vita (da un bambino a uno scheletro), che rappresentano il fiume della vita. A sinistra, sopra di loro, si librava una figura femminile nuda, quasi persa in un sogno, con un bambino ai suoi piedi, simbolo di vita. Si tratta di Hygiea, figlia del dio della salute, rappresentata con il serpente di Esculapio avvolto intorno al braccio e la coppa di Lete nella mano. Il lavoro era stato commissionato a

La Medicina

Klimt al fine di esaltare il concetto della prevenzione quale strumento principale di guarigione. Tuttavia, il lavoro di Klimt non raggiunse lo scopo: l'autore, invece di concentrarsi sui poteri rassicuranti e curativi della professione, sembra più interessato alla sensualità di Hygiea, trasformando l'intera opera in una scena di seduzione non consumata di ispirazione freudiana, un tema che avrebbe continuato a esplorare nelle sue opere successive.

Il dipinto andò distrutto durante l'incendio del castello di Immendorf, probabilmente appiccato dall'esercito tedesco in ritirata nel 1945.

Efram L. Burk



Fotografia della sala principale del Palazzo della Secessione di Vienna, scattata nel 1901, che rende le dimensioni dell'opera di Klimt

I misteri dei Giardini di Villa d'Este

A cura di Roberto Giagnoli, fotografo



La fantastica maestosità del Giardino di Villa d'Este, con i suoi "teatri delle acque", con le fontane "musicali", come la Fontana della Civetta che, grazie a ingegnosi meccanismi, produce il cinguettio degli uccelli, interrotto all'apparire di una civetta, o la Fontana dell'Organo, che emette il suono musicale dello strumento, per non parlare delle fontane dotate di scherzi d'acqua, che sorprendono gli spettatori con improvvisi getti, stupisce il visitatore trasportandolo nell'epoca in cui fu concepita, da Pirro Ligorio per il Cardinale Ippolito II d'Este, tale straordinaria scenografia.

Chi erano i personaggi che passeggiando in questi viali si sedevano all'ombra dei maestosi cipressi, chinandosi verso uno specchio d'acqua sfiorandola con le mani, osservando l'immagine riflessa del proprio volto? Nobili, abituati agli sfarzi della vita di corte, raffinati intellettuali, artisti contesi da prestigiosi committenti, figli tutti di un'epoca di grande fermento intellettuale, il Rinascimento, che dona un grandissimo impulso, esplorando nuove vie di pensiero, gettando una nuova luce sul modo di rappresentare la natura. Bramante, Leonardo da Vinci, Michelangelo, Raffaello danno la loro impronta a una nuova visione. Dal Classicismo si riprende il concetto basilare della bellezza come armonia, una bellezza che, in realtà rispecchia la ten-

denza conservatrice di una classe sociale che intende consolidare il proprio predominio e autocelebrarsi. In un crogiolo ribollente in cui si recupera la classicità per superarla, si accoglie la lezione dei maestri per valicarne i confini e si apre la strada a tutti i movimenti successivi, dal Barocco, fino all'arte contemporanea.

Mentre in Europa si svolge il dramma delle pestilenze e delle guerre, delle contese politiche e degli scismi religiosi, il pensiero filosofico si evolve: per Leonardo è lo studio spasmodico di una natura misteriosa e oscura, per Michelangelo è la tragica tensione dell'individuo di fronte a Dio, per molti manieristi è tormento esistenziale.

L'arte cinquecentesca non si accontenta di contemplare un ordine impossibile, ma è ricerca, studio, sperimentazione, anticonformismo. Da questo spirito nascono le visioni e il mistero dei Giardini di Villa d'Este, teatro in cui si muovono i fantasmi di chi, ammirando la bellezza sublime, frutto dell'ingegno umano che modella la natura in un Eden idealizzato, sposta lo sguardo contemplando un tramonto eterno.

Sopra, la Fontana di Arianna al tramonto, sul lato del Giardino che si affaccia verso Roma. A destra, uno scorcio della Fontana dell'Organo.



Cartoline dal Passato

Viale dei Torrioni



La Via di Pomata è una delle più note agli amanti delle passeggiate perché si affaccia su distese amene e su ampi panorami. La cartolina ci mostra un tratto di questa antichissima strada, che corre ai piedi del Monte Ripoli. L'ombra proiettata su di essa ci suggerisce che la fotografia è stata scattata di mattino, in un giorno dei primi del '900. Sulla sinistra, ed a monte della via, grandeggia un albero di quercia a cui seguono altri della stessa specie; sulla destra si adagiano su un falsopiano gli olivi che, dalla conformazione data ai loro rami, dimostrano di essere stati potati. Non hanno infatti l'ammasso di foglie al centro dell'alberatura, che risulta arieggiata e priva del superfluo. Neanche l'erba è alta e questo conferma la cura loro rivolta dai proprietari.

A Tivoli sono in molti a possedere oliveti, dai quali da vari secoli derivano l'olio 'per la casa', cioè per la propria famiglia, e per la vendita a coloro che ne fanno richiesta. Se i compratori sono abituali, vengono chiamati 'poste' e sono tenuti in grande considerazione. Le famiglie tiburtine, che vantano le maggiori estensioni di oliveti, sono attualmente quelle dei Bulgarini, Colleoni-De Angelis, Lolli di Lusingano, Faroni, Giansanti, Rosati, Todini, Vergelli. Complessivamente, sul territorio il numero degli olivi raggiunge le 155.000 unità.

“Sulle pendici dei colli, sulle terrazze delle vie romane, piantati come artigli sopra i ruderi della civiltà antica, gli olivi appaiono dinanzi ai tramonti di sangue quali spettri dilaniati da atroce dolore. Ma se il vento li accarezza scintillano le foglie d'argento e, abbracciati l'un l'altro nei rami, mormoran voci di pace.”

M. A. Mureto – Carmina (Tibur... Pallenti cintus oliva)

Cartoline dal Passato

Viale dei Torrioni



La didascalia di questa cartolina, anch'essa risalente ad un secolo fa, come la precedente, reca poche parole: "Tivoli - Studio di Olivi". Siamo di nuovo lungo la via di Pomata, anticamente conosciuta con il nome di 'Via Carcianna', che si è rivelato molto significativo perché ci riporta alle antiche epoche in cui lungo i costoni del monte ci si approvvigionava di 'calce' e la strada, che vi si utilizzava, era la 'Via Calciana'. Giustamente chi ha posto la didascalia ha ritenuto che questi alberi potessero essere oggetto di uno studio da parte di qualche artista. Sono infatti piante secolari, con un bellissimo fusto, la cui ampiezza consente di notare una parte interna ed una esterna. La parte cava può essere resa con un colore, quella esterna con un altro. La chioma dell'ulivo, che è sempre verde, presenta maggiore difficoltà ad essere trasportata in pittura, perché il fogliame è di colore ambiguo, verde nella pagina superiore delle foglie, bianco nella inferiore. Inoltre il fogliame dell'ulivo, diversamente da quanto accade per le altre piante, è quasi trasparente, lasciando vedere quello che c'è dietro. Per tutti questi motivi, ci si avvicinava allo studio degli olivi quando si aveva una certa esperienza nel campo artistico. I più bravi – come Ettore Roesler Franz o Edoardo Tani – pervenivano con l'acquerello a straordinari risultati, raggiungendo quella trasparenza che l'olio naturalmente non ha.

Il terreno su cui le maestose piante vegetano è ben mantenuto. Vi si nota la fresca aratura che veniva eseguita più volte l'anno, non prima, comunque, del mese di marzo, quando partivano le gregge, e non dopo ottobre, quando iniziava la raccolta delle olive cadute. Nell'intervallo, fra marzo ed ottobre, ogni due mesi si effettuava un'aratura, condotta in modo che i solchi precedenti fossero tagliati ortogonalmente dai successivi. E questo per evitare il ristagno delle acque, che è nocivo alle piante di olivo.

Tertulliano Bonamoneta



Quando contare le pecore non basta

Nove milioni di italiani soffrono d'insonnia cronica, ed oltre il 45% di insonnia acuta o transitoria. Secondo un sondaggio condotto da Eurodap (Associazione europea disturbi ed attacchi di panico) sette italiani su dieci manifestano disturbi del sonno, quattro su dieci hanno difficoltà ad addormentarsi, tre su dieci hanno diversi risvegli durante la notte e due su dieci si svegliano sempre molto prima della sveglia.

Il sonno impegna il 25% della nostra esistenza, costituendo – quale distacco reversibile e periodico dallo stato di coscienza – una necessità biologica indispensabile per la vita. Esso è un processo circadiano, legato al ritmo giorno / notte, capace di autoregolarsi, ed ultradiano, che può comparire più volte nell'arco delle ventiquattrore.

Il pacemaker circadiano è localizzato nel nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo anteriore, influenzato dal ciclo luce-buio, da fattori interni, dalla temperatura e dagli ormoni. Le sostanze chimiche che influenzano il sonno sono vari neurotrasmettitori, tra cui adenosina, serotonina, prostaglandine, dopamina, peptidi intestinali vasoattivi.

Il ruolo centrale, nel definire il ritmo sonno / veglia, spetta all'ipofisi, mediante la sintesi della melatonina. Questa, prodotta e rilasciata durante la notte, modula l'attività metabolica del sonno; la dopamina, invece, compare durante la fine della notte per dare la sveglia al cervello.

Fin dall'antichità il Tiglio (**Tilia Vulgaris**) è noto per i suoi effetti benefici sul sonno, per combattere stress e agitazione. Nel 1709 il decotto di legno di tiglio veniva

utilizzato per gli idropici (malati affetti da insufficienza cardiaca). Durante la seconda guerra mondiale le foglie secche venivano setacciate in farina – da un chilogrammo di foglie si ottenevano 300 grammi di farina – e la farina veniva utilizzata per l'apporto di proteine. Risulta ricco di flavonoidi, canferolo, quercetina, acido caffeico, olio essenziale a base di farnesolo e tannini. Un infuso di Tilia Vulgaris – preparato mettendo un cucchiaino di fiori secchi per tazza – risulta un ottimo rimedio per l'insonnia.

Coffea Cruda non è altro che il seme della pianta del caffè – la Coffea Arabica – arbusto della famiglia delle Rubaceae. Secondo il principio omeopatico della similitudine, la Coffea Cruda è indicata nell'insonnia causata da forti emozioni.

La **Valeriana Officinalis** è una pianta perenne che si trova in tutta l'Europa e in parte dell'Asia. Gli estratti

preparati con etanolo vengono usati per alleviare tensioni nervose e i disturbi del sonno da oltre trent'anni. I componenti delle radici agiscono infatti a livello di diversi recettori presenti nel cervello.

La **Melissa Officinalis** appartiene alla famiglia delle Labiateae ed è una pianta erbacea perenne. Essa è ricca di acidi polifenolici (acido rosmarinico, caffeico, clorogenico), flavonoidi, triterpeni, olii essenziali. La sua somministrazione è prevista come coadiuvante e curativa in associazione ai farmaci allopatrici per la sua attività sedativa.

Giovanna Rizzitiello



“Durante l'insonnia mi ripeto, a mo' di consolazione, che quelle ore di cui prendo coscienza le strappo al nulla, che se dormissi non mi sarebbero mai appartenute, anzi non sarebbero mai esistite”

*Emil Cioran
(Filosofo, scrittore e saggista rumeno)*

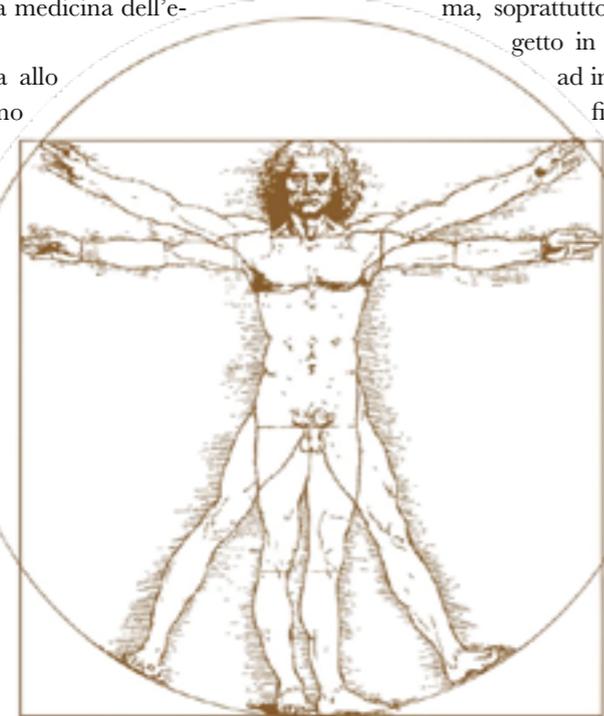
Cenni di ANTROPOMETRIA

L'antropometria è la scienza che si occupa del rilevamento dei caratteri umani sia dal punto di vista qualitativo sia quantitativo, considerando soprattutto lo studio delle tecniche e della metodologia delle misurazioni.

Conoscere le caratteristiche dimensionali e morfologiche del corpo umano, soprattutto nelle sue differenze inter-individuali, è un'esigenza sentita nell'ambito delle scienze biologiche e mediche e quindi anche delle scienze che studiano la nutrizione. L'antropometria ha interessato anche la fisiologia, la costituzionalistica, la medicina clinica ed anche la medicina dell'esercizio fisico e dello sport.

L'antropometria applicata allo studio del movimento umano ha ormai da tempo guadagnato un posto di rilievo nelle scienze motorie e dello sport, e gli obiettivi che si pone sono:

- indagare le leggi che regolano le condizioni dei livelli specifici e generali della prestazione sportiva in relazione alle caratteristiche somatiche degli atleti;
- investigare le modificazioni che si producono sullo sviluppo fisico allo scopo di programmare gli allenamenti atletici appropriati;



- avere un valore predittivo per selezionare le attitudini in molte attività sportive.

L'obiettivo principale dell'antropometria è raggiungere un sufficiente livello di certezza in modo tale che, una volta registrate, le misurazioni effettuate siano espressione reale dell'individuo in quel momento particolare (età e stato di allenamento). Se, in una successiva valutazione antropometrica, si verificasse una variazione positiva o negativa di un certo valore, essa rappresenterebbe un cambiamento reale e non il risultato di un errore.

Apparentemente la questione può sembrare semplice ma, soprattutto quando si esamina un soggetto in età evolutiva che si appresta ad intraprendere una certa attività fisica, è necessario tenere conto di due fattori importanti:

- le modificazioni che il ragazzo/a subirà nelle sue misure corporee grazie all'accrescimento;
- le modificazioni che l'attività fisica e sportiva inducono sulle strutture e quindi sui valori antropometrici del ragazzo/a.

Inoltre, gli strumenti antropometrici, anche i più accurati, possono subire modificazioni dovute ad

usura, ad urti involontari, a variazioni causate da sbalzi di temperatura, e quindi devono essere periodicamente tarati.

Si deve anche considerare che l'operatore può presentare momenti di affaticamento e malessere dovuti a fattori estrinseci, tipo l'ambiente in cui lavora, sia intrinseci. Inoltre, la tecnica di misurazione, anche se è la medesima, può dare valori differenti tra operatori diversi.

L'antropometria, quindi, applicata sia all'individuo in fase di crescita somatica, sia allo sportivo, coinvolge il soggetto in modo molto intimo; lo strumento e l'osservatore si trovano in una situazione interattiva che l'operatore tenta continuamente di standardizzare per riuscire a misurare al meglio l'unica modificazione che interessa: quella del soggetto.

Le misure antropometriche forniscono informazioni sulle dimensioni e la composizione corporea, la struttura scheletrica, lo sviluppo osseo e dei tessuti molli, e sono molto utilizzate per la semplicità della loro raccolta.

Il numero delle misurazioni possibili è molto ampio e la scelta dipende dallo scopo dello studio, dal numero e dall'età dei soggetti del campione da esaminare.

Per la loro rilevazione è necessario usare strumenti affidabili che possano essere tarati, e durante la procedura di misurazione è necessaria una rigida e precisa standardizzazione. Inoltre, l'operatore deve essere esperto, cioè deve avere effettuato un elevato numero di misurazioni e conoscere l'esatto valore e significato dei parametri misurati e delle tecniche utilizzate.

Gli strumenti di misura vengono posti su punti di repere, detti anche somatometrici o antropometrici, e non sono altro che punti anatomici.

La conoscenza esatta di questi punti permette di migliorare di molto la precisazione delle misurazioni.

Per misurare un soggetto, l'operatore dovrebbe avere una notevole familiarità con la loro ubicazione ed avere acquisito una certa pratica per la loro ricerca attraverso la pratica della palpazione.

Le due misure antropometriche più largamente utilizzate per valutare lo stato nutrizionale di una popolazione sono il peso e la statura. Però il valore predittivo di

questi due parametri usati singolarmente in riferimento alla composizione corporea e quindi allo stato di nutrizione non è sufficiente: l'accrescimento umano è regolato e influenzato dalla componente genetica e ambientale, mentre la misura del peso corporeo non distingue i rapporti relativi tra le varie componenti dell'organismo. Di conseguenza, le misure della statura e del peso sono state integrate per ottenere degli indici di riferimento dell'adiposità del soggetto.

Le due più comuni misure di obesità sono il peso relativo e gli indici peso/statura.

L'Indice di Quetelet o Indice di Massa Corporea (IMC) – Body Mass Index (BMI) secondo la terminologia anglosassone – cioè il rapporto tra il peso, espresso in Kg, e la statura in metri elevata al quadrato: **Peso (kg) / statura eretta (m²)**

L'IMC è l'indice pondo-staturale che presenta una minore correlazione con la statura e ha la più alta correlazione con il peso e il grasso corporeo, ottenuta attraverso pesata idrostatica (WHO, 1995). I valori del BMI per individui adulti sono suddivisi in categorie.

Paola Marconi

Diversamente Abili

la Grande Bellezza dello Sport

DALL'INSERIMENTO, ALL'INTEGRAZIONE E – ATTUALMENTE – INCLUSIONE

Parlare di attività sportiva nelle persone portatrici di disabilità è cosa molto complessa, e comporta diversi aspetti da prendere in considerazione.

Secondo il punto di vista giuridico, la persona disabile è colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare uno svantaggio sociale o di emarginazione.

Il primo a riconoscere l'importanza della collaborazione attiva del paziente nel processo di guarigione nella disabilità fu, nel 1944, il Dott. Guttman, neurochirurgo e direttore di un centro di riabilitazione motoria vicino Londra. Egli evidenziò che nel 'lungo e doloroso percorso' di riabilitazione medica che il soggetto subiva, generando in lui un pesante stato di depressione, giocava un ruolo determinante l'attività sportiva. Guttman accertò che creando un ambiente favorevole e programmi di allenamento adeguati alla loro condizione fisica, era possibile stimolare e motivare quei ragazzi a 'ri-costruire' attivamente la loro esistenza, sia pure in condizioni diverse.

Accanto a tutta una serie di caratteristiche proprie del



soggetto disabile (eziologia della menomazione, epoca di insorgenza, grado e tipo, compromissioni estetiche, ecc.), intervengono fattori individuali di personalità e ambientali riferiti alle condizioni sociali, economiche e culturali del paziente stesso e del nucleo familiare a cui appartiene.

Ed ecco che abbiamo assistito dapprima ad una progressiva evoluzione della terminologia ad essi riferita: persone 'handicappate', 'diversamente abili', 'con disabilità'...tutti termini che hanno simboleggiato, nel tempo, tanto il modo con cui si definivano e si interpretavano i soggetti interessati, quanto il pensiero teorico ed operativo che muoveva le azioni socio-politiche ad essi rivolte. Tale evoluzione linguistica ha sotteso, nel tempo, anche una progressiva modifica dell'approccio alla categoria: se prima (anni '70) si parlava di '**inserimento**', successivamente (anni '80) si passò al concetto di '**integrazione**' ed infine (convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità) di '**inclusione**'.

RI-ABILITARE LE FISIO-PATOLOGIE

Riabilitare un disabile deve significare necessariamente supportare e motivare i bisogni di una persona attraverso interventi rivolti ad esso e all'ambiente in cui vive, mirati tutti ad un processo di crescita armonica e non solo alla ricerca di ipertono-trofie muscolari compensatorie.

La continua immobilizzazione – non solo fisica, ma anche mentale – a cui va incontro il disabile è spesso causa di alcune patologie secondarie che richiedono, in alcune circostanze, ripetuti interventi terapeutici farmacologici ed anche ospedalizzazioni.

Tra esse ricordiamo: le infezioni dell'apparato respiratorio e genito-urinario, i disturbi dell'apparato cardio-circolatorio (cardiopatía ischemica ed ipertensiva), le piaghe da decubito, il sovrappeso fino ai casi di obesità, la patologia diabetica, le poliartralgie, la patologia degenerativa artrosica ed osteoporotica e, non ultimi, i disturbi della sfera emotiva per problemi legati alle difficoltà del linguaggio e

della comunicazione.

Per tale motivo si è resa necessaria, ora più che mai, la creazione di strutture ludico-sportive dove il portatore di disabilità possa, a ragion veduta, praticare attività motoria in maniera regolare e continuativa supportato, dove possibile, da personale adeguatamente preparato.

Fino a poco tempo fa, il ciclo riabilitativo successivo alla menomazione era l'unico momento di pratica motoria, e solamente alcuni potevano permettersi la prosecuzione di tale attività grazie alle disponibilità logistiche e familiari.

Nell'era odierna riabilitare i disabili deve necessariamente significare 'inserimento, integrazione, inclusione', ossia non va preso in considerazione solo l'accesso nel programma di educazione motoria, ma anche l'accogliimento di esso ed il conseguente adattamento nell'ambito del gruppo di lavoro.

L'obiettivo è quello di promuovere condizioni di vita dignitose ed un sistema di relazioni complete che possano essere soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che esse possano sentirsi parte di comunità e di contesti relazionali dove poter agire, muoversi, giocare, scegliere e quindi vedere riconosciuto il proprio ruolo e la propria identità.

La sedentarietà e l'immobilità a cui è costretto il disabile provocano infatti una serie di modificazioni dell'apparato cardiaco, polmonare ed osteo-artro-muscolare, che si traducono, in ultima analisi, in una riduzione del massimo consumo d'ossigeno (VO2 max). Ad esempio, rispetto ad un normodotato sedentario, il tetraplegico presenta una riduzione dell'80% della VO2 max, il paraplegico del 50%, il non vedente del 20%, e negli oligofrenici tale riduzione può arrivare al 50-60%.

I miglioramenti ottenibili con un'adeguata e personalizzata preparazione psico-fisica si estrinsecano con un innalzamento della VO2 max, che nel paraplegico può aumentare dell'80% della sua funzione residua, nel tetraplegico del 50%, nel non vedente e nell'oligofrenico può giungere ad un innalzamento del 20%.

Altri parametri che rispondono anch'essi positivamente conseguentemente alla pratica sportiva sono: la mas-

sima ventilazione polmonare, la forza muscolare, la coordinazione nei movimenti, la postura, il reinserimento sociale con miglioramento delle funzioni intellettive.

Parimenti, è facile osservare una riduzione: dell'incidenza delle malattie cardio-vascolari, polmonari e genito-urinarie; del peso corporeo; della sensazione di fatica; dell'osteoporosi; degli eventi depressivi; delle ospedalizzazioni. In una parola, si osservano miglioramenti della qualità e delle condizioni psico-fisiche del disabile.

QUALI OBIETTIVI?

La pratica ludico-motoria permette di soddisfare in modo produttivo alcuni bisogni propri dell'uomo legati all'esperienza di movimento, gioco, agonismo e vita di gruppo, dimensioni che trovano una cornice di realizzazione proprio nello sport. Esso è certamente uno strumento fondamentale per il miglioramento delle potenzialità residue in tutti i gradi di disabilità.

Il percorso da intraprendere, affinché la funzionalità residua presente dopo l'instaurarsi della patologia invalidante possa fruire dei miglioramenti auspicati, si avvale della stretta collaborazione tra il medico (dello sport), il fisioterapista e l'insegnante di educazione fisica.

Tale percorso può essere suddiviso in vari livelli:

- 1° Ri-abilitazione
- 2° Sport-terapia generale
- 3° Attività sportiva amatoriale
- 4° Attività sportiva agonistica

Il primo ed il secondo livello richiedono necessariamente la presenza del fisioterapista, il terzo ed il quarto, la presenza dell'educatore fisico. Supervisore del tutto è il medico, il quale coordina l'attività e valuta di volta in volta i miglioramenti del paziente permettendo ad esso il passaggio dal primo livello ai successivi.

Nelle forme più impegnative (gravi): migliora l'autonomia negli spostamenti ed il riconoscimento e la consapevolezza dei dati senso-percettivi inerenti le condotte motorie messe in atto; nelle forme di media gravità: facilita l'acquisizione di abilità motorie elementari e il loro corretto utiliz-



zo nella vita scolastica, di relazione e di preparazione allo sport; nelle situazioni meno gravi: permette l'acquisizione di abilità motorie più complesse che possono permettere la pratica delle attività sportive.

Ogni atleta con disabilità rappresenta un 'singolo irripetibile', con le proprie potenzialità ed i propri disturbi che ad alto livello devono essere considerati nella stessa misura per esaltare la condizione fisica e prevenire patologie relative allo sport. Questo può essere realizzato solo attraverso il lavoro d'équipe tra medico, preparatore atletico, allenatore della disciplina specifica, terapeuta e giocatore.

CONCLUSIONI: IL C.I.P.

Nell'era odierna il Comitato Italiano Paraolimpico (C.I.P.), regola le competizioni sportive, per le seguenti tipologie di disabilità:

- **Disabilità fisica:** lesioni midollari, lesioni cerebrali, amputazioni, ecc.
- **Disabilità mentale:** ritardo mentale, sindrome di down, sindrome autistica
- **Disabilità visiva:** non vedenti, ipovedenti

Nell'ambito degli sport per disabili, è preferibile un approccio 'psico-sociale-sportivo' che ha come scopo quello di evidenziare le capacità, attitudini e risorse che l'attività sportiva può favorire e compensare, piuttosto che un approccio di tipo 'sport-terapeutico', il quale si sofferma sulla

'mancanza da integrare'. Nello sport per disabili, infatti, un aspetto fondamentale da non tralasciare è quello psicologico. Il giocatore disabile generalmente, pur avendo ricostruito con successo la propria esistenza, investe nello sport tutte le proprie aspettative, e lo sport rappresenta per lui il vero mezzo attraverso il quale far valere il proprio diritto di autoefficienza.

IL 'PATRIMONIO MORALE' DELLO SPORT

Lo 'sport' inizia nel 775 a.c. in Grecia, dove ebbero inizio le Olimpiadi, rito religioso di devozione al Dio Zeus (a cadenza quadriennale), in occasione delle quali venivano sospese persino le guerre in corso, a dimostrazione che l'esercizio fisico, espressione corporea di culto, lealtà, coraggio, forza e anche di bellezza ed elevazione morale, non dovesse avere finalità economiche di nessun genere, qualificandosi invece come rappresentazione storica di prevenzione e terapia psico-sociale, quasi a voler dire 'stile di vita'.

L'alta concezione ellenica per l'atletismo è dimostrata dal fatto che ai vincitori, considerati come eroi, venivano dedicate sculture e persino poemi. Nei secoli successivi lo sport perse tali connotati, per poi ripresentarsi durante il Rinascimento e ancor di più nel diciottesimo secolo in Inghilterra, dove nacque il nuovo e moderno concetto di sport quale 'svago dalle attività quotidiane con acquisizio-

ne di elevate qualità interiori e fisico-motorie'.

Questo è il motivo per cui, ai giorni nostri, la visita d'idoneità sportiva mira non solo ad individuare ed eventualmente esonerare i soggetti affetti da 'patologie a rischio', ma anche a rassicurare la maggior parte degli atleti, a praticare l'attività sportiva in maniera tranquilla e serena, per coglierne i molteplici benefici.

L'idoneità fisica è la disciplina dell'accesso volta ad accertare nel singolo il possesso di determinati requisiti psico-fisici ritenuti indispensabili ad evitare l'avverarsi di eventi dannosi o pericolosi per la salute individuale e collettiva. Il complesso dei predetti requisiti costituisce la 'idoneità', che deve essere di volta in volta accertata prima dell'accesso alla pratica e periodicamente alle scadenze fissate nel tempo.

La **tutela sanitaria delle attività sportive** viene ad esercitarsi nei confronti di tutti coloro che prendono parte attiva alle diverse forme di sport organizzato, prevedendo accertamenti preliminari e controlli periodici dell'idoneità psico-fisica ai diversi livelli di pratica sportiva (sport professionistico, sport agonistico, sport non agonistico e sport nei diversamente-abili). Ciò si esplica a tutela di un fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività (la salute), nel rispetto della dignità e della libertà del singolo... attraverso la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

Nicola Iacovone



“Bisogna darsi da fare, ragazzi. Non perdetevi niente, godetevi ogni secondo, godetevi ogni cosa. Io lo faccio tutti i giorni, da quando mi alzo al mattino a quando metto in carica le protesi delle mani alla sera. Potete riuscirci anche voi! Che ne dite? Garetta?”

Bebe Vio

I cunicoli di Papa Gregorio

Così Van Wittel (Vanvitelli) rappresenta la cascata dell'Aniene in Tivoli nel 1720; la veduta è spettacolare: l'Acropoli in primo piano, il ponte e la chiesa di San Rocco, la città sullo sfondo, lo scorrere del fiume... Già i Romani in epoca Repubblicana, poi Imperiale, avevano canalizzato le acque allo scopo di favorire il lavoro dei mulini e degli agricoltori, abbellire ville e monumenti, e l'antica via Valeria connetteva i due lati del Regno favorendo gli scambi culturali e commerciali. Ma già nel 105 A.D. una piena dell'Aniene provoca danni ingentissimi spazzando via tutto; lo racconta Plinio il giovane nell'Epistularum libri. Nei secoli successivi, anche più volte durante un singolo secolo, si ha notizia di eventi simili; nel 1576 il Cardinale Ippolito d'Este dispone la costruzione di un canale di scarico, lo Stipa, con il quale si vuole far defluire parte delle acque per una via ulteriore (e farle giungere alla Villa erigenda).

Non basta: parte della città viene travolta dal fiume nel 1589 e 1592... Nel XIX secolo l'Aniene rompe gli argini negli anni 1804, 1805, 1808 e 1809, preannunciando il disastro del novembre 1826...

Dopo giorni di pioggia, al mattino del 16 novembre 1826, le acque in piena abatterono il lato destro della diga; il livello del fiume si abbassò, il costone con sopra la chiesa di Santa Lucia franò con case e orti, la via Valeria rimase interrotta, gli opifici e i mulini senza energia motrice, sempre per l'abbassamento dell'alveo; per fortuna accadde di giorno così da consentire l'evacuazione della popolazio-

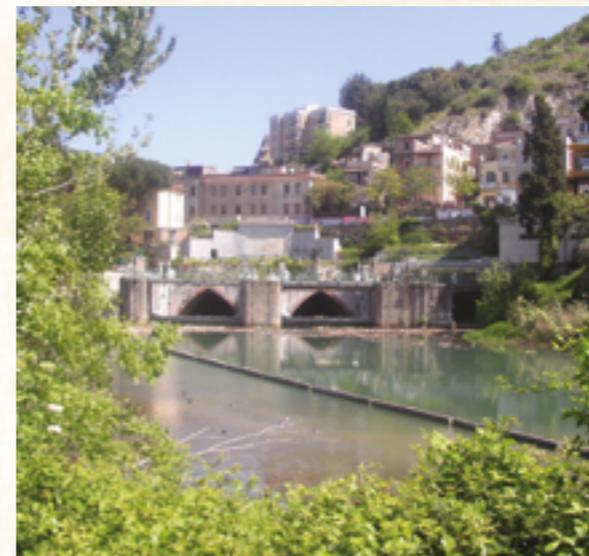
ne prima del crollo. Papa Leone XII intervenne subito, con farina, pane e denaro, e successivamente facendo erigere una nuova diga, a monte di quella crollata, terminata in due anni con una spesa di 80.000 scudi; ma il problema non era risolto: ora minacciava anche la zona della Cittadella, erodendo la sottostante Grotta di Nettuno; urgeva una nuova soluzione e Pio VIII incaricò una commissione di periti di studiare il da farsi... L'idea, folle e geniale, venne all'architetto Clemente Folchi: praticare due fori alle pendici del monte Catillo, in zona non abitata, deviare il corso del fiume lontano dalla città, creando una nuova cascata al lato opposto della diga crollata nella Villa Gregoriana; non pago, il Papa volle anche ripristinare il collegamento viario: un nuovo ponte in muratura avrebbe sostituito quello vecchio crollato. Incoraggiati e finanziati da Gregorio XVI, sotto il diretto controllo di Mons. Rivarola, allora Prefetto delle Acque, nel luglio 1832 i lavori ebbero inizio. Con i primi scavi si rinvenne un Sepolcreto di epoca Imperiale e i ruderi del ponte Valerio, innumerevoli problemi di realizzazione tecnica furono superati e, in poco più di due anni, il 7 ottobre 1835, si compirono: il fiume domato cessava di essere una minaccia, la nuova cascata rinnovava l'interesse paesaggistico per i visitatori, e ancora i molini, la ville e gli opifici tornavano ad avere l'energia per operare e produrre lavoro e ricchezza per la popolazione.

Mauro Rosa

I cunicoli di Papa Gregorio



I cunicoli come rappresentati dagli incisori Cerbara nel 1834 e Lorenz nel 1835; nella prima in alto a sinistra, al fiume viene data rappresentazione umana; nelle prime due monete, inoltre, si nota l'ingresso del Sepolcreto scoperto con i lavori preparatori; nelle ultime due a destra, evidenza della grande cascata e della Villa Gregoriana



Due fotografie odierne della diga dell'Enel e della grande cascata. La diga e la vegetazione hanno modificato il paesaggio, così come l'azione dell'uomo. Delle case sono sorte sul Monte, e gli arbusti sono diventati alberi. Se da un lato rimane integra la bellezza della cascata, dall'altra la città è sicura da, ormai, più di centottanta anni.

Quella ferita al cuore... di Tivoli

Il cuore è un organo unico, vitale e instancabile, che lavora 24 ore al giorno durante l'intera vita di un individuo. Le ferite del cuore rimangono tra le più impegnative nella chirurgia del trauma e il loro trattamento spesso richiede un intervento chirurgico immediato, una eccellente tecnica e un successo ottimale postoperatorio.

Le prime descrizioni di ferite penetranti del torace possono essere trovate nel Papiro di Edwin Smith risalente al 3000 a.C. Gli Egiziani, del resto, furono anche tra i primi a riconoscerne la funzione di 'pompa'. La storia del trattamento delle ferite invece, in accordo con Beck, può essere suddivisa in tre periodi storici. Nel primo, detto del misticismo – che arriva fino al XVII° secolo – le lesioni del cuore, pur conosciute, erano considerate intrattabili e assolutamente fatali. Successivamente, nel periodo così detto di osservazione e sperimentazione, che arriva alla fine del XIX° secolo, si osservano i primi tentativi di riparazione con sutura. Infine, dall'inizio del secolo successivo (periodo moderno), sono state sviluppate molte delle tecniche chirurgiche che oggi conosciamo per il trattamento definitivo delle lesioni cardiache.

Le ferite del cuore hanno da sempre ispirato poeti, scrittori e musicisti. Omero, nel 950 a.C. circa, fu il primo autore a narrare di una ferita cardiaca: nell'Iliade (libro XIII versi 442-444) egli descrive di come il greco Idomeneo, aiutato da Poseidone sceso in guerra per aiutare gli Achei, uccise il troiano Alcatoo con una lancia nel cuore, guidata dal Dio contro il petto dell'avversario. Alcatoo, caduto a terra con fragore, morì dopo una breve agonia. Omero si sofferma

nel descrivere il macabro particolare della lancia di Idomeneo che, infissa nel cuore del troiano, palpita all'unisono coi residui battiti dell'organo vitale.

Ovidio, Plinio e Galeno consideravano tutte le ferite al cuore fatali, tesi sostenuta più tardi anche da Ippocrate, padre della moderna Medicina. Aristotile (384-322 a. C.) scrisse:

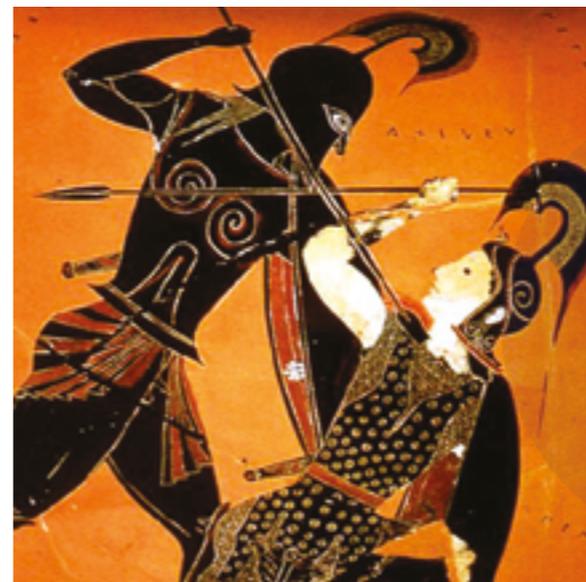
Il cuore è l'unico tra i visceri, e quindi l'unica parte del corpo, che non può tollerare qualunque seria affezione.

Aulo Cornelio Celso (55 a.C. – 7 d.C.) per primo invece descrisse la presentazione clinica dello shock associata alle lesioni cardiache nel *De Medicina*:

Quando il cuore è ferito molto sangue viene perso, il polso si indebolisce, il pallore diventa estremo, il corpo è coperto da sudore freddo e maleodorante, le estremità diventano fredde e presto arriva la morte.

Gli insegnamenti di Ippocrate, Aristotile (Ipse dixit) e Galeno, secondo i quali tutte le ferite al cuore erano fatali, rimasero intoccati per circa 20 secoli, fino a quando, nel XVII° secolo, la forza di tali concetti fu messa in discussione da Hollerius, chirurgo francese, che fu il primo ad avanzare l'idea che le ferite al cuore potevano guarire e che non erano necessariamente fatali.

Successivamente Wolf, nel 1642, descrisse una ferita al cuore guarita. La sua osservazione rimase dimenticata per oltre un secolo fino a quando Jean Baptiste de Sénac, medico di Luigi XV°, arrivò alle stesse conclusioni. Giovanni Battista Morgagni, insigne professore di anatomia a Padova, nel 1761 fu il primo a riconoscere il tamponamento cardiaco da lesione di una arteria coronarica, descrivendone gli effetti della compressione sul



Iliade, particolare del duello tra Ettore e Patroclo, dipinto su vaso

cuore dovuta all'emorragia nel pericardio che ne riduceva i movimenti. Ma è nel XIX° secolo che si è avuta la svolta nel trattamento delle ferite del cuore. Francisco Romero e Dominique Jean Larrey furono i primi chirurghi a trattare un versamento pleurico, anche se singolarmente ebbero diversi destini: Francisco Romero rimase un oscuro chirurgo di Barcellona a cui la facoltà di Medicina di Parigi negò il permesso di pubblicare nel suo Bollettino il contributo miliare che lui aveva presentato al 'meeting', mentre Dominique Jean Larrey, chirurgo capo dell'Armata Imperiale (autore nel marzo 1810 di una pericardiotomia su un giovane fante di 30 anni, che aveva tentato il suicidio con una pugnolata al torace) ebbe un notevole riconoscimento dal mondo medico e per i suoi significativi contributi alla chirurgia dei traumi fu nominato barone da Napoleone (fu il primo a descrivere l'approccio e la tecnica chirurgica nel trattamento dei versamenti pericardici). Con l'introduzione dell'anestesia (William Morton nel 1846) e dell'antisepsi (prima pubblicazione di Joseph Lister nel 1867), nella seconda metà dell'Ottocento, si erano realizzati gran-

di progressi in tutti i campi della chirurgia della cavità addominale, del torace, del cranio e degli arti, eppure il cuore era ancora considerato dai chirurghi come una parte del corpo da evitare. In quel fecondo periodo furono inventati nuovi strumenti e furono introdotte procedure innovative, molte delle quali utilizzate ancora oggi. Tuttavia vi era una diffusa convinzione, sostenuta anche da James Paget di Londra e da Theodor Billroth di Vienna – le massime autorità accademiche della chirurgia dell'epoca – **che la natura avesse posto il cuore oltre i limiti della chirurgia**. In particolare, Theodor Billroth (1829-1894), professore di Chirurgia a Vienna e pioniere della moderna chirurgia (esegui con successo la prima gastrectomia parziale per carcinoma dello stomaco nel 1881), bollava con parole di fuoco i primi tentativi di trattare tali ferite, condannando sia la pericardio centesi, sia ogni altro approccio chirurgico alle ferite cardiache:

La paracentesi del pericardio è un intervento che, nella mia opinione, si avvicina molto a quel genere di interventi che alcuni chirurghi definirebbero una prostituzione dell'arte chirurgica ed altre pazzie.

e ancora:

Un chirurgo che prova a suturare una ferita del cuore dovrebbe perdere il rispetto dei suoi colleghi.

Gli faceva eco da Londra, Stephen Paget (1814-1899): *La chirurgia del cuore ha probabilmente raggiunto i limiti posti dalla natura a tutti i tipi di chirurgia; nessun metodo nuovo e nessuna nuova scoperta potranno superare le naturali difficoltà a trattare le ferite di un cuore. È vero che la sutura del cuore è stata vagamente proposta come una procedura possibile ed è stata fatta negli animali, ma non ho mai trovato che è stata eseguita in pratica.*

Solo nella seconda metà del XIX° secolo i chirurghi cominciarono a superare tali convinzioni e il successo dell'intervento di Ludwig Rehn, il 9 settembre 1896, pose fine a questa credenza, dando vita alla cardiocirurgia, il cui inizio è fatto risalire proprio a quel giorno. In realtà la prima sutura del cuore umano fu eseguita nel 1895 dal chirurgo norvegese Ansel Cappelen (ma il paziente, un giovane di 24 anni pugnalato all'emitorace

sinistro, era morto 2 giorni dopo per complicanze). Il successo, invece, arrise a Rehn, di Francoforte sul Meno, il cui paziente, un ventiduenne pugnalato al torace durante una rissa due giorni prima, dopo l'intervento eseguito come ultima spiaggia, guarì e sopravvisse a lungo, come riportato dalla *Semaine Médicale* (*sutura del ventricolo destro per ferita da pugnale operata mediante toracotomia sinistra al quinto spazio*). Rehn comunicò il suo intervento 'in modo apologetico' al Congresso tedesco di Chirurgia, in Berlino, il 22 aprile 1897. Soltanto tre giorni prima veniva eseguito a Roma dal dott. Parrozzani un intervento di riparazione sul cuore, da lui descritto successivamente come 'sutura ventricolare sinistra'. Inoltre, sempre a Roma, l'8 giugno 1896, un similare intervento, in questo caso sul ventricolo destro, fu portato a termine dal dott. Guido Farina, 'sostituto primario chirurgo' dell'ospedale della Consolazione (situato ai piedi del Campidoglio, attualmente sede del comando della Polizia di Roma). Nonostante fosse stato tecnicamente perfetto, il paziente morì in sesta giornata post-operatoria per 'miocardite atrofica e anemia'.

OSPEDALE DI TIVOLI

La missione dell'ospedale di Tivoli è storicamente votata alla chirurgia d'urgenza ed è sicuramente singolare la relazione con interventi d'urgenza particolarmente difficili come le ferite al cuore. È una lunga tradizione che unisce la chirurgia dell'ospedale alla cardiocirurgia, iniziata alla fine del XIX° secolo con Antonio Parrozzani (Isola del Gran Sasso, 1870 – Tivoli, 1930). Questo grande medico fu primario chirurgo a Tivoli dal 1904 fino alla sua morte e, come detto, è stato primo in Italia, e secondo al mondo, ad operare con successo una ferita del ventricolo sinistro. *In assoluto, Parrozzani fu il primo ad operare con successo sul ventricolo sinistro all'età di 27 anni.*

Anche il dottor Parrozzani, come Farina, era 'sostituto primario chirurgo' al pronto soccorso della Consola-

zione, quando dovette intervenire il 19 aprile 1897, suturando un'ampia lacerazione traumatica del ventricolo sinistro su un facchino romano trentaduenne – Barboni Adolfo – colpito nella notte da tre pugnalate. Farina, pur senza la risonanza mediatica del dott. Rehn, era riuscito a dare notizie internazionali del suo intervento attraverso il *Zentralblatt*. Parrozzani invece presentò i suoi due casi all'Accademia Medica di Roma rendendone edotti celebri medici romani dell'epoca: Baccelli, Bastianelli, Postempsky, Marchiafava, Luciani, Bignami, Mingazzini ed altri. Ma il resoconto della sua brillante esperienza non poté superare i confini della giovane Italia e, forse, neanche quelli della stessa Roma. Se l'avesse pubblicata nella lingua scientifica allora dominante, il tedesco (o anche in inglese), dichiarandone *urbi et orbi* l'opportunità, l'efficacia, la fattibilità, la riproducibilità, e magari dimostrandone anche il basso 'costo aziendale' (operò infatti in anestesia locale), certo ancor oggi il suo nome verrebbe ricordato con onore paritario agli altri da tutta la comunità scientifica.

Lo stesso Parrozzani descrive un altro intervento del genere da lui eseguito subito dopo il primo, il 3 giugno dello stesso anno, sempre all'ospedale della Consolazione. Questa volta, però, si trattava di una donna di 'debolissima costituzione', luetica e con ricca anamnesi patologica. Anche qui Parrozzani operò immediatamente su sospetto clinico, senza anestesia, applicando la stessa tecnica, ma in seconda giornata la donna morì. Entrambi i casi vennero presentati nel 1897 sul Bollettino della Reale Accademia Medica di Roma.

La fama di Parrozzani cominciò a crescere enormemente e nel 1900, a riconoscimento dei suoi prestigiosi meriti scientifici, fu nominato Cavaliere della Corona d'Italia. Continuò a pubblicare casi interessanti e a sperimentare nuove tecniche operatorie, vincendo diversi concorsi. Nel 1902 ottenne la libera docenza in Anatomia Chirurgica. Nel 1904 divenne Direttore e Primario Chirurgo dell'ospedale di Tivoli, dove continuò infaticabilmente a lavorare fino alla sera del 2 novembre del 1930, quando, al termine dell'ennesima intensa giornata lavorativa, venne ucciso poco fuori il nosocomio

con diversi colpi di pistola. L'aggressore, tale F. Mancini, catturato quasi subito, era un suo ex paziente operato dal chirurgo dieci anni prima per un'ernia inguinale.

L'omicida aveva maturato un notevole risentimento nei confronti del medico perché a suo dire "...era stato la causa di tutti i suoi mali, perché sul suo corpo egli aveva voluto fare un esperimento cui aveva fatto assistere una folla di studenti di medicina, medici, tre frati e tre infermieri..." L'operazione gli avrebbe provocato una 'semiimpotenza' sessuale dovuta alla 'recisione dei nervetti dell'erezione', privandolo, come letteralmente accusò, della 'primavera della vita' e della 'possibilità di possedere una vergine', cosa che non venne mai appurata. La Corte d'Assise gli comminò l'ergastolo, sentenza riformata in seguito a Viterbo per la concessione di attenuanti generiche. Il processo diventò celebre non solo per la personalità del Parrozzani e la tipologia dell'accusa, ma anche perché fu l'occasione per una 'possente e fascinosa arringa' del celebre avvocato e criminologo Bruno Cassinelli, che ebbe modo così di innalzare brillantemente la sua ben nota oratoria a livello di questa 'follia lucida con volontà esercitata da un motivo'.

Miglior fortuna hanno avuto gli altri due chirurghi che successivamente hanno affrontato con successo rispettivamente una lesione della vena cava superiore intrapericardica e del ventricolo destro, il Prof. Domenico Giubilei ed il sottoscritto. Scrive Giubilei nel libro *La medicina raccontata*:



Ritratto del prof. Parrozzani, situato nella Direzione Sanitaria dell'ospedale di Tivoli. Copia di quello eseguito dal pittore tiburtino Edoardo Tani, esposto nell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria all'interno dell'Ospedale Santo Spirito in Roma.

Alle ore 14, al termine di un normale seduta operatoria, arrivò direttamente dal Pronto Soccorso un giovane ferito da un colpo di pistola al torace, moribondo. Portato velocemente sul letto operatorio, senza polso e senza pressione, cianotico e con difficoltà al punto che riusciva ad accennare una specie di respiro, assolutamente insufficiente con sospetto 'tamponamento cardiaco'. Una sola incisione atipica, lungo il tratto cartilagineo parasternale, dalla clavicola sinistra all'arcata costale, si aprì il torace e si evidenziò un cuore enorme, che occupava tutta la cavità toracica, comprimendo completamente i polmoni. Il pericardio conteneva litri di sangue, impedendo al cuore stesso di pulsare. Una incisione del pericardio provocò una immediata inondazione del campo operatorio che non dava la possibilità di avere un orientamento, pur avendo due aspiratori in funzione. Introdussi un dito nel pozzo di sangue, e riuscii

a procurare fortunatamente la occlusione del foro di immissione del sangue, e potei notare che il cuore, fermo, accennava a movimenti vermicolari; due punti applicati velocemente sul foro, un massaggio cardiaco prolungato, il cuore riprendeva lentamente il suo ritmo. Il paziente fu dimesso, perfettamente ristabilito in pochissimi giorni.

Infine, il caso personale.

Il 24 luglio 1997 un giovane paziente fu portato d'urgenza al Pronto Soccorso dell'ospedale di Tivoli in seguito ad una riferita ferita da taglio penetrante in sede parasternale sinistra a livello del capezzolo. Dato il gravissimo stato di shock (emorragico) decisi di intervenire d'urgenza, ma a differenza dei miei due illustri predecessori, non eseguii una toracotomia sinistra, ma una sternotomia mediana. Da poco tornato dagli Stati Uniti

avevo imparato al THI di Houston questo tipo d'incisione, di routine per tutti gli interventi sul cuore. Dunque incisione cutanea mediana dal giugulo all'apofisi xifoide con sternotomia mediana: evidenza di emopericardio con infarcimento emorragico dei tessuti molli. Apertura del pericardio con evacuazione di una grossolana raccolta di sangue in parte coagulato. Il cuore, quasi fermo, ricominciò a battere vigorosamente. Dopo lussazione del cuore si reperta una ferita da punta e taglio del ventricolo di circa 1 cm. Messo il dito sulla ferita, suturai la stessa con punti staccati ottenendo una buona emostasi. Apertura della pleura e posizionamento di drenaggio

pleurico ed altro nel mediastino. Chiusura dello sterno con punti staccati d'acciaio a figura di 8. Dopo l'intervento il paziente viene trasferito in T.I. e il 13 agosto fu dimesso, guarito. Il paziente tuttora gode di buona salute e lavora per il SSR. Rivisto a distanza di circa 20 anni, mi ha offerto un caffè e mi ha ringraziato ancora per averlo guarito per la ferita sul cuore. Ne valeva la pena.

Sergio Ciccia



“Il cuore, dicono, è l'ultimo a morire:
certo è il primo ad essere ferito.”

Arturo Graf



Sformatini di alici e zucchine

Il **pesce azzurro**, contiene acidi grassi polinsaturi, calcio e fosforo. Include inoltre iodio, capace di attivare il metabolismo. Le **zucchine**, ricche di potassio e magnesio, sono indicate durante la stagione estiva per recuperare questi sali la cui carenza o perdita è responsabile di astenia e per ridurre la tensione nervosa e muscolare. L'**olio extravergine** apporta vitamina E, riduce l'assorbimento del colesterolo e rallenta quello degli zuccheri, favorisce la secrezione di enzimi pancreatici e della bile a vantaggio della digestione. In cottura, l'elevato contenuto di vitamina E, gli consente di resistere meglio alle temperature proteggendo i polifenoli dall'ossidazione. L'**origano**, infine, contiene polifenoli dal noto potere antiossidante.

Ingredienti (per 3 persone)

- **Alici, 10-12**
- **Zucchine, 100gr**
- **Olio extravergine di oliva**
- **Pangrattato**
- **Aglione**
- **Buccia di limone**
- **Pecorino romano, 2 cucchiaini**
- **2 stampini di alluminio dai bordi alti**

Preparazione

Tagliare le zucchine a fettine e disporle in padella con olio caldo e uno spicchio d'aglio, aggiungendo un po' d'acqua finché non sono cotte. Sistemare le alici – pulite, ed aperte a libro – in una ciotola, e coprirle con olio extravergine di oliva. Passarle poi nel pangrattato. Oleare gli stampini dai bordi alti e foderarli con le alici disposte a petali con le code verso l'esterno, (5-6 alici per ogni stampino), aggiungere il pecorino romano grattugiato all'interno.

Posizionare le zucchine all'interno dello stampino, richiudervi sopra le code delle alici, aggiungere un filo d'olio, pangrattato, e pochissimo pecorino. Mettere gli stampini in una teglia, ed infornare a 200° per 15 minuti, fino alla doratura.

Una volta raffreddati, rovesciare gli sformatini su un piatto da portata. Grattugiare la scorza di limone sopra ciascuno sformatino. Servire tiepidi, abbinati ad una insalata di pomodorini, con olio e origano.

Carmen Barra

Hanno collaborato a questo numero:

Carmen Barra

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

Giovanni Beccarini Crescenzi

Docente di Filosofia, Tivoli

Tertulliano Bonamoneta

Collezionista

Francesco Maria Bovenzi

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

Efram L. Burk

Professor of Art - Curry College, Milton, Massachusetts

Sergio Cicia

Direttore U.O.C. Chirurgia, P.O. di Tivoli, ASL RM5

Carlo De Luca

Dirigente Medico Area di Sanità Pubblica, ASL RM5

Mario Gentili

Matematico e Scrittore

Roberto Giagnoli

Fotografo ed Editore, Tivoli

Nicola Iacovone

Medico dello Sport e di Famiglia, Tivoli

Andrea Marcheselli

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

Paola Marconi

Biologa Nutrizionista, Tivoli

Emilio Merletti

Medico di Famiglia, Tivoli

Mara Piccoli

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

Giovanna Rizzitiello

Medico di Famiglia, Omeopata

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"*

Enrico Maria Vaccaro

Commercialista, Tivoli

