

# SPELSO ACADEMY

Rivista bimestrale di medicina e cultura - Anno 3 N. 15 - Gennaio-Febbraio 2020

ISSN 2704-7466





**Gennaio-Febbraio 2020**  
**Anno 3 - Numero 15**

**DIRETTORE RESPONSABILE**

*Andrea Marcheselli*

**DIRETTORE EDITORIALE**

*Marco Semprini*

**DIRETTORE SCIENTIFICO**

*Stefano Strano*

**CONSULENTE FISCALE**

*Carlo De Vincenzi*

**REVISORE DI BOZZE**

*Emanuele Chiapponi*

**EDITORE**

**SPELS**

“Scienza della Prevenzione ed Educazione  
alla Salute del Cuore” - ONLUS  
via Nazionale Tiburtina, 274/A,  
00011 Tivoli Terme (RM)

**REALIZZAZIONE IMPIANTI  
E STAMPA**

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

**AMMINISTRAZIONE**

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

Anno 3 n. 15 Gennaio-Febbraio 2020  
Registrazione Tribunale di Tivoli  
del 26/02/2017, n. 6

**PER CONTRIBUIRE**

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

**Hanno collaborato a questo numero:**

**Giovanni Beccarini Crescenzi**

*Docente di Filosofia, Tivoli*

**Tertulliano Bonamoneta**

*Collezionista*

**Francesco Maria Bovenzi**

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

**Efram L. Burk**

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

**Cosimo Cannalire**

*Ingegnere chimico - Roma*

**Sergio Cicia**

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

**Carlo De Luca**

*Dirigente Medico, Area di Sanità Pubblica,  
Tivoli ASL RM5*

**Mario Gentili**

*Matematico e Scrittore*

**Roberto Giagnoli**

*Fotografo ed Editore, Tivoli*

**Nicola Iacovone**

*Medico dello Sport e di Famiglia, Tivoli*

**Andrea Marcheselli**

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

**Paola Marconi**

*Biologa Nutrizionista, Tivoli*

**Silvia Mazzolini**

*Grafologo Forense*

**Emilio Merletti**

*Medico di Famiglia, Tivoli*

**Maria Antonietta Orlandi**

*Bibliotecaria della Biblioteca  
di Santa Scolastica, Subiaco*

**Anna Maria Panattoni**

*Docente ed Archeologa, Tivoli*

**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”*

**Gloria Taliani**

*Professore Ordinario di Malattie Infettive,  
Università di Roma “La Sapienza”*

*Rivista edita con il patrocinio di:*



*Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa*



**CONSIGLIO  
REGIONALE  
DEL LAZIO**



*Comune di Tivoli*



**Rotary**

*Rotary Club Tivoli*

## Articoli



### Anatomia di una pandemia

di Gloria Taliani

Pag 5



### I cocktails di Churchill

di Andrea Marcheselli

Pag 10



### Cuore Mediterraneo

di Francesco Maria Bovenzi

Pag 18



### La Decirconcisione

di Sergio Cicia

Pag 24



### Lentisco: elisir di lunga vita

di Giovanna Rizzitiello

Pag 34

## Inseriti



### Back to School

#### Nello 'θαῦμα' la storia del sapere umano

di Giovanni Beccarini Crescenzi

Pag 8



### Commenti in Cornice

#### Lo Scafo - The Hull

di Efram L. Burk

Pag 16



### Cartoline dal Passato

#### Roviano

di Tertulliano Bonamoneta e Maria Antonietta Orlandi

Pag 40



### La Discoteca Ideale

#### Beethoven – La Quinta Sinfonia

di Cosimo Cannalire

Pag 42

## Rubriche



### Dottor Aneddoto

#### Violenza e medicina

di Emilio Merletti

Pag 14



### Dimmi come scrivi, ti dirò...

#### Wolfgang Amadeus Mozart

di Silvia Mazzolini

Pag 21



### Facciamo Progressi!

#### La matematica fa bene al cuore

di Mario Gentili

Pag 30



### Ragionevol...Mente

#### La sindrome dell'ambasciatore veneziano

di Carlo De Luca

Pag 36



### Salute & Sport

#### Con tutto il Cuore nello Sport

di Nicola Iacovone

Pag 44



### Salute & Alimentazione

#### Una sana alimentazione per la sclerosi multipla

di Paola Marconi

Pag 48

*Territorio da scoprire*

### Palazzo Brancaccio di Roviano

di Roberto Giagnoli

Pag 38



*Salute & Storia*

### Medicina nella Roma antica

di Anna Maria Panattoni

Pag 52



## Come per i Beatles ad Abbey Road...

di Stefano Strano

**L**e strisce pedonali davanti agli Abbey Road studios, attraversate dai Beatles nel celebre scatto di Iain Macmillan, divennero la foto simbolo del disco che idealmente conclude non solo l'avventura dei Beatles ma l'intero sogno degli anni Sessanta. Fu scelto lo scatto in cui il gruppo sembra uscire dagli studi di registrazione e Paul McCartney è scalzo e fuori passo rispetto agli altri che marciano in sincronia. Tutti sono disposti in fila indiana e ben distanziati. Come non cogliere in questa foto una quantità di elementi che ci riportano al dramma epocale che stiamo vivendo, come per i Beatles ad Abbey Road... nulla sarà come prima!

Lo scorso 8 marzo, giorno dell'emanazione della prima ordinanza restrittiva delle attività sociali e lavorative per il contenimento della diffusione dell'infezione da coronavirus, abbiamo volentieri pubblicato online in anteprima di stampa l'articolo di Gloria Taliani, ordinario di malattie infettive dell'università "Sapienza" di Roma, "Anatomia di una pandemia". In quei giorni la crescita numerica e geografica dei casi di COVID-19 suggeriva molte analogie con l'influenza Spagnola del 1918 ed in effetti, pochi giorni dopo, l'OMS dichiarò pandemia. Per l'autrice il susseguirsi dei fatti e delle contromisure a difesa delle nostre vite, erano paragonabili ad un evento bellico. E come in una guerra si pensa a salvare la vita, al valore del nostro personale contribuito alla collettività e ai nostri figli, ai quali vorremmo lasciare il dopo di un'esistenza migliore. L'Italia in questi giorni riscopre la sua unione nella lotta comune e nella solidarietà con le vittime e con le persone che in prima linea combattono questa guerra a rischio della propria vita. Medici, Infermieri, Ausiliari, Farmacisti e il Personale della Sanità tutto. Nulla sarà come prima e dunque tutti dobbiamo esserci ora e nei giorni difficili. Ed in questa consapevolezza, oggi 26 marzo 2020, la nostra collega Gloria è partita alla volta di Piacenza con i medici volontari della task force della Protezione Civile per offrire la sua esperienza di medico e di scienziato alle popolazioni più colpite. La redazione e tutti i lettori di Spels Academy sono con Te, Gloria !



# Anatomia di una pandemia

di Gloria Taliani

**L**il 4 marzo 1918 un ranciere dell'esercito americano di nome Albert Gitchell – di stanza in un campo di addestramento nel Kansas – si presenta in infermeria lamentando mal di gola, cefalea e febbre. Già all'ora del rancio di mezzogiorno i casi erano diventati cento e la crescita successiva avrebbe mantenuto un ritmo sostenuto, tanto da creare un rilevante problema organizzativo.

Probabilmente il virus influenzale responsabile della Spagnola circolava già da un po' male condizioni di affollamento e promiscuità del campo di addestramento e la puntuale registrazione dell'evento clinico rendono il ranciere Gitchell il paziente 'zero' ai fini del computo pandemico.

Quel che è certo è che di lì l'influenza, complice la movimentazione delle truppe

del conflitto mondiale, in aprile raggiunse la Francia, le trincee del fronte occidentale, la Gran Bretagna, la Spagna, l'Italia ed il Sud-Est Asiatico. A maggio era in Germania, Russia, Nord-Africa, India e Cina. A fine maggio scoppiò in Giappone e a luglio era in Australia.

Poi apparentemente si dileguò, non senza aver condizionato il corso delle operazioni belliche sul fronte occidentale. Ma le truppe si muovevano su uno scacchiere mondiale, ed il peggio doveva ancora venire.

Con il coronavirus che circola in questo momento nel mondo, denominato SARS-CoV-2, stiamo forse assistendo a una nuova versione della pandemia influenzale del 1918? In questi giorni la crescita numerica e geografica dei casi di Covid-19 che registriamo puntualmen-

te ci colpisce profondamente, e le analogie tra le due malattie sembrano davvero interessanti.

Nel caso dell'influenza un virus aviario diventa un virus umano, e successivamente perfeziona la sua capacità di trasmissione da uomo a uomo. Nell'epidemia influenzale la maggior parte dei casi sono asintomatici, sub-sintomatici, non diagnosticati o trasmessi prima dell'inizio dei sintomi, e dobbiamo ammettere che anche oggi non siamo capaci di controllarne perfettamente la diffusione, pur disponendo di vaccini e terapia antivirale.

Cosa dobbiamo aspettarci con SARS-CoV-2? Questo, come il virus influenzale, è associato a diffusione respiratoria, possiede un rapporto ancora indeterminato tra casi inapparenti e casi clinicamente apparenti e non sappiamo quante persone infette in fase pre-sintomatica o asintomatica trasmettano l'infezione ad altri. Le sequenze del suo RNA assomigliano a quelle dei virus che circolano tra i pipistrelli e sappiamo che può infettare anche specie animali non identificate vendute nei mercati cinesi di animali vivi. Del resto, abbiamo già visto zoonosi emergenti, tra cui la SARS da

coronavirus del 2003. Ma quel virus aveva un tasso di infezioni clinicamente manifeste molto superiore e la quarantena è stata una misura incredibilmente efficace nel limitarne la circolazione. A peggiorare le cose con SARS-CoV-2 c'è il suo lungo periodo di incubazione, che amplifica le probabilità di contagio in fase pre-clinica. Se non riusciremo a prevenirne la diffusione, la pandemia sarà inevitabile.

Viviamo in un mondo affollato, con quasi 8 miliardi di persone, la commistione tra uomini e animali e l'inconsapevolezza del rischio possono portare ad accrescere il rischio di salto di specie dei virus animali facendoli diventare possibili minacce per l'uomo.

Del resto, tutto questo trambusto, a mio avviso per alcuni aspetti, è paragonabile ad un evento bellico, sebbene con un numero assai più limitato di morti. Esattamente come in tempo di guerra, tutti saremo costretti a modificare le nostre abitudini e ripensare ai nostri gesti quotidiani.

Alcuni punti, in modo particolare, mi sembrano meritevoli di una riflessione attenta:

**1.** Tutti noi stiamo riscoprendo la nostra



umana fragilità, e smettiamo di sentirci capaci di sconfiggere la morte e la malattia. Non è così! Dunque, dobbiamo proteggerci. Chi possiede delle fragilità, quali un'età avanzata o malattie preesistenti, sa che deve rispettarle e tenersi più riparato che può dal contagio.

Non correre inutili rischi per assecondare il bisogno di normalità. La normalità di oggi si chiama prudenza. Solo prudenza. E, a differenza di altre emergenze, sarà a termine. Dunque, conviene rispettarla.

**2.** Tutti noi, anche chi non possiede competenze tecniche in merito, stiamo valorizzando il significato delle parole 'prevenzione' e 'vaccinazione'. La ricaduta in termini di accettazione dei vaccini in futuro sarà importante, con innegabili, benefiche conseguenze sulla protezione da questa ma anche da altre malattie.

**3.** Ci stiamo rendendo conto che molte delle nostre attività quotidiane sono 'superflue'... se ne può rivedere importanza e necessità e ritornare ad uno stile di vita più sobrio.

**4.** I nostri politici e gli amministratori saranno messi al vaglio delle loro capacità e competenze. E finalmente potremo scegliere con cognizione i migliori, coloro che con sapienza e rigore avranno fatto le mosse più intelligenti ed efficaci.

Il premio Nobel Joshua Lederberg a proposito delle malattie infettive emergenti dichiarava: «È in campo il nostro ingegno contro i loro geni».

Come andrà a finire? Mai come ora sono stata orgogliosa del nostro ingegno di uomini e mai come ora provo un profondo rispetto per i geni di un virus che lo sfida.



### **Bibliografia**

- Laura Spinney. 1918 l'influenza Spagnola. La pandemia che cambiò il mondo. Universale Economica Feltrinelli. Novembre 2019.
- Morens DM1, Daszak P1, Taubenberger JK1. Escaping Pandora's Box-Another Novel Coronavirus. N Engl J Med. 2020 Feb 26. doi: 10.1056/NEJMp2002106.
- Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019 Mar;17(3):181-192.

## Nello 'θαῦμα' la storia del sapere umano



*di Giovanni Beccarini Crescenzi*

Innegabile che il termine 'θαῦμα' risolva in sé contemporaneamente i concetti di **terrore** e di **meraviglia**. Molti filosofi contemporanei si sono cimentati nel chiarire che il processo del sapere umano altro non è stato, sin dalle sue origini, che cercare di fronteggiare, in modo tale da non esserne travolto, il senso della forza dell'atto coscienziale, teso a salvaguardarsi sapendo sempre di essere ai bordi di un precipizio: giustificare nei suoi **'perché'**, **l'essere consapevoli di esserci** e di voler continuare a giustificare questa condizione, accettandola attraverso la conoscenza. L'atto

## Nello 'θαῦμα' la storia del sapere umano

coscienziale ha vissuto inevitabilmente il **'terrore'** di doversi misurare con l'ordine sistemico-razionale dell'universo e l'uomo, suo primo attore, ha dovuto sobbarcarsi l'onere di sostenere il peso, di gestirlo nel migliore modo possibile ovvero cercando, nello smarrimento del **'terrore'**, i caratteri intriganti del suo superamento: **'la meraviglia'**. Nasce così quel lungo percorso gnoseologico che, scrutando il senso dell'ordine sistemico-razionale dell'universo, diventa epistemologia. La scienza è oggi il disvelarsi costante e continuo della **meraviglia!** Antidoto ad ogni **'terrore'**, nel continuo percorso umano di affrancarsi al senso del tutto sapendo che, questo, non si lascerà mai assoggettare.

Così sembra che il termine greco 'θαῦμα' nella sua originaria forma di sentimento umano, abbia saputo mettere in moto quella forma di anticorpo coscienziale che ci permette oggi di narrarci, avendo, come San Francesco, affrontato ed ammansito il lupo che, con grande nostro compiacimento, rema insieme a noi nel mare della **meraviglia**.



Quando sono nata ero così sorpresa  
che non ho parlato per un anno e mezzo.

*Gracie Allen*

# I cocktails di Churchill

di **Andrea Marcheselli**

**S**ir Winston divenne l'uomo più impopolare d'Inghilterra quando, senza indulgere alle debolezze delle moltitudini, si assunse la parte ingrata del profeta di sventure e del guerrafondaio. Ma quando l'incubo nazista divenne realtà, parlò alla sua nazione, catturandone il cuore, con il linguaggio più duro possibile, senza illusioni o facili speranze, promettendo nient'altro che 'sangue, fatiche, lacrime e sudore' ed esortandola con il resto:

Combatteremo sulle spiagge, combatteremo sui campi di atterraggio, combatteremo nei campi e nelle strade, combatteremo sulle colline, non ci arrenderemo mai.

Salvò così la sua terra dall'invasione tedesca, e a Jalta ridisegnò la mappa dell'Europa con Roosevelt e Stalin. Churchill è una di quelle figure troppo grandi per una vita sola, *larger than life*: fu due volte Primo Ministro, ma anche un corri-

spondente di guerra, uno storico, un pittore, un oratore carismatico ed uno scrittore poderoso, tale da ricevere, nel 1953, il premio Nobel per la letteratura. Ma nonostante tutte queste incredibili capacità e virtù, per i dietologi, i salutisti e per i nemici dell'alcool resta un avversario invincibile. Anzi, anche per i teorici del bere responsabile, lo statista è un osso troppo duro. Perché Churchill è stato un bevitore smodato. Era grasso, pantagruelico, sedentario, stressato, fumava sigari ed aveva orari terribilmente irregolari.

La sua genetica familiare non prometteva longevità, tanto che suo padre era morto a soli 45 anni; ed aveva ereditato una forma di depressione, che chiamava il 'cane nero', alternata a periodi di impetuosità irrefrenabile. Probabilmente era stato un prescelto, anche tra i sopravvissuti della Prima Guerra Mondiale, essendo stato sotto tiro molte volte ed addirittura superstite nel-



la fuga da un campo di prigionia in Sudafrica.

Quando ero giovane mi ero dato la regola di non bere mai prima di pranzo. Ora mi attengo a quella di non bere mai prima di colazione

...ed in effetti, a colazione, beveva un calice di bianco tedesco e da lì partiva la giornata, accompagnata da una lunga serie di whisky – in genere Johnny Walker – allungati con acqua, che i figli chiamavano 'il cocktail di papà'. Prima di pranzo, era poi la volta del dry Martini con Plymouth Gin e Vermouth di Francia, verso la cui direzione mimava un simbolico inchino. Il suo champagne preferito era il Pol Roger, con cui amava pasteggiare e di cui, secondo una diffusa leggenda, avrebbe bevuto 42 mila bottiglie. Al termine del pasto non mancavano porto o cognac ed infine i suoi sigari, Romeo y Julieta, divenuti poi i famosi Churchill, di circa 18 centimetri di lunghezza e 5 di diametro. Normale, quindi, che arrivasse in parlamento non sempre stabile sulle gam-



be, ma con uno spirito reso ancor più caustico, come quando fu incrociato dalla deputata Bessie Braddock, che lo aggredì con un «Siete disgustosamente ubriaco», ed alla quale laconicamente rispose «È vero, e voi siete brutta. Ma domattina io sarò sobrio e voi sarete ancora brutta». Sir Winston Churchill divenne primo ministro nel 1940 a 65 anni, ed un anno dopo ebbe il suo primo sintomo cardiaco. Mentre si sforzava di aprire una finestra in una serata calda, ebbe un dolore precordiale, che si irradiava lungo il braccio sinistro ed era associato alla dispnea. Passò in pochi minuti. Nel 1949, mentre giocava a carte a tarda notte, ebbe un intorpidimento e debolezza della gamba destra.

Fu il primo di quattro apoplezie cerebrali tra il 1949 e il 1953, che non gli impedirono però di finire più volumi di *The Second World War*. Trascorse infine i suoi ultimi anni, nella sua residenza di campagna nel Kent, dove nonostante il graduale decadimento cognitivo provocato dagli esiti delle ischemie cerebrali, riuscì ancora a rimanere attivo nella vita pubblica. Morì nel 1965, a 91 anni.

Il suo cardiologo scrisse:

Vorrei che avessimo saputo di più sull'importanza dell'anticoagulazione per la fibrillazione atriale parossistica, poiché avrebbe potuto prevenire i suoi molteplici



TIA. Gli ultrasuoni, l'angiografia e la chirurgia vascolare avrebbero potuto essere di beneficio per la sua certa patologia carotidea. I test della troponina avrebbero potuto migliorare la valutazione sulla gravità di diversi episodi anginosi quando gli elettrocardiogrammi seriali non erano conclusivi e l'ecocardiografia doppler avrebbe dato conferma di una insufficienza cardiaca congestizia di cui più volte manifestò segni e sintomi.

Ma il medico che vigilò sulla salute dello statista, non poteva neanche conoscere la correlazione tra alcool ed aritmie, emersa molti anni dopo con uno studio pubblicato sul *Journal of the American Heart Association*, che individuò nei meccanismi della fibrillazione atriale non solo turbe elettriche, ma anche un rischio aumentato nei soggetti che consumavano regolarmente alcolici. Tali conclusioni provenivano dai dati del famoso *Framingham Heart Study*, in cui 5.200 abitanti della cittadina del Massachusetts erano stati monitorati per sei anni, arrivando alla conclusione che il

rischio di fibrillazione atriale era circa il doppio in coloro che assumevano 6 o più bicchieri di vino al giorno, rispetto ai soggetti che ne assumevano meno di uno, e che, aumentando le assunzioni, si osservavano nel tempo modificazioni morfo-funzionali dell'atrio sinistro. L'eccessivo e cronico consumo di etanolo può associarsi infatti a insufficienza cardiaca congestizia, accidenti cerebrovascolari, aritmie, morte improvvisa, anche indipendentemente da altri fattori di rischio quali fumo, ipertensione, diabete, dislipidemia, obesità. La cardiomiopatia alcolica insorge subdolamente, decorrendo a lungo misconosciuta fino a determinare i classici segni della cardiopatia congestizia. Rappresenta la prima causa di cardiomiopatia dilatativa secondaria non ischemica nei paesi occidentali, e poiché si stima che circa il 10% della popolazione adulta assuma alcool in quantità superiore al bere moderato, i danni sul miocardio rappresentano un importante problema sanitario. Nonostante da tempo sia noto

che l'alcool possa avere un ruolo patogenetico nell'insorgenza di alcune cardiomiopatie, soltanto in un'epoca relativamente recente si è avuto un concreto sviluppo degli studi intesi a stabilire il ruolo svolto dall'uso di alcool nell'induzione del danno miocardico. Numerose evidenze cliniche e sperimentali hanno documentato che l'assunzione prolungata di elevate quantità di alcool, più di 5 unità al giorno, considerando come unità alcolica un quantitativo di etanolo puro pari a 12g (un bicchiere da 125ml di vino, un boccale di birra da 330ml, un bicchierino di superalcolico da 40ml) siano in grado di indurre lesioni del muscolo cardiaco. Fortunatamente, è dimostrato anche che la quotidiana assunzione moderata di alcool (1-2

unità alcoliche al giorno) possa ridurre i rischi di sviluppare patologie cardiovascolari come scompenso cardiaco o infarto. Evocando la sua battuta che *'una mela al giorno leva il medico di torno, basta avere una buona mira'* e la sua testardaggine, è verosimile che Sir Winston non avrebbe ceduto a consigli medici di limitazione sul bere, sul fumo e sul cibo, per prevenire ulteriori eventi cerebro cardiovascolari. Ma ricordando che Joe Gilmore, il bartender del Savoy che inventò per il suo novantesimo compleanno il cocktail Blenheim, scomparve anch'egli a 93 anni, potremmo ammettere che anche questa volta Churchill avesse ragione...



Il successo non è mai definitivo, il fallimento non è mai fatale, è il coraggio di continuare che conta.

*Winston Churchill*

# Violenza e medicina

di **Emilio Merletti**

In quel tempo i DRG non esistevano. E gli uomini non avevano ancora alcuna idea di ciò che questi sarebbero stati.

Per tale motivo osai consigliare a Giuseppe, che dopo l'ennesima riacutizzazione della sua BPCO aveva ancora un po' di tosse, si sentiva debole ed era senza fissa dimora: «Ora parliamo col primario, e gli chiediamo se può tenerci in ospedale qualche altro giorno...»

Ma Giuseppe mi zitti all'istante! Mi strinse forte un braccio, si guardò intorno allarmato, come per paura che qualcuno avesse ascoltato le mie parole, e poi se ne uscì con questa frase allucinante sussurrata all'orecchio:

«No, dottore, per carità! Per questo motivo il primario, l'altra settimana, ne ha ammazzati due!»

Giuseppe era un uomo che definire 'senza istruzione' sarebbe riduttivo, e la sua dabbenaggine, unita ad una personalità paranoide e ad una completa sordità, creava la miscela esplosiva che aveva generato la sua opinione nei confronti del primario del reparto in cui era ricoverato.

«Lunedì il vicino di letto ha chiesto di rimanere ricoverato, ha insistito e insistito. Allora al Professore è bastato lanciare uno sguardo agli infermieri. Questi hanno preso quel poveretto e lo hanno portato via».

«Dottore mio, dopo due ore lo hanno riportato a letto... con la gola tagliata! Io ho guar-



Lorenz Heister, 1683-1758. German surgeon, J.G. Wolfgang

dato il Professore a bocca aperta, ma lui ha steso un braccio davanti a sé e mi ha detto: «Sta bene così! Così impara!»»

«L'altro ieri un altro ammalato ha protestato nello stesso modo. Il primario non gli ha neanche risposto. Si è avvicinato all'infermiere, hanno ragionato tra loro per un po'... e durante la notte sono venuti con due bottiglie di acqua sporca e con l'ago gliela hanno mandata nel sangue.

La mattina dopo quel disgraziato era morto!»

Quello di Giuseppe era chiaramente un delirio, che interpretava come delittuosi una probabile tracheotomia ed una terapia infusione, ma si intrecciava bene con il giudizio che comunemente il popolino aveva fino ad allora avuto nei confronti dei 'Depositari della Scienza': un giudizio che li assimilava in qualche modo agli dei dell'Olimpo. Il concetto 'pagano' di deità prevedeva infatti che si avesse a che fare con personaggi capricciosi, a volte benevoli, a volte crudeli e, in quell'ottica, il delirio di Giuseppe poteva considerarsi un delirio 'lucido'.

E difatti era in linea con ciò che mi disse un altro paziente, una volta che ad un periodo di

eccezionale siccità era subentrata un'alluvione devastante: «Per forza dottore: tutti i giorni preghiere per far piovere, e Sante Messe per chiedere la grazia! Alla fine Cristo si è rotto le scatole (ma lui non disse 'le scatole'...) e ha pensato: «Volete la pioggia? Davvero volete la pioggia? Va bene. Allora ecco la pioggia: affogate!»»

Con buona pace del concetto di Amore Divino e Carità Cristiana.

Certo, mi dico, assimilare un medico a Giove Pluvio era davvero troppo.

Ora invece i medici vengono malmenati dai loro pazienti ad ogni piè sospinto.

Se si trovasse una giusta via di mezzo...



Curare il corpo è facile;  
curare lo spirito difficilissimo.

(Proverbio cinese)

## Lo Scafo - The Hull



Hyman Bloom – olio su tela, 1952  
Worcester Art Museum, Worcester, Massachusetts

**di Efram L. Burk**

*Ebbi la convinzione dell'immortalità, di essere parte di qualcosa di permanente ed in continua evoluzione, della metamorfosi come natura dell'essere.*

Così scrisse, nel 1941, il pittore ebreo-lituano Hyman Bloom, dopo aver identificato il corpo di un suo amico suicida all'obitorio. Tale esperienza segnò fortemente la sua vita spirituale e la sua opera. Nel decennio successivo, infatti, continuò a visitare obitori ed ospedali, traendo ispirazione per le sue opere più rappresentative, cercando nei corpi una verità interiore e realizzando quella pittura figurativa che influenzò la generazione di pittori noti come gli 'espressionisti astratti', un gruppo che comprendeva Pollock, Rothko e de Kooning.

Nato in Lettonia nel 1913, l'artista trovò certamente ispirazione nelle opere di Leonardo, Michelangelo, Caravaggio e Rembrandt, ed i suoi corpi evocano quello del Cristo nella pala d'Isenheim di Grünewald. Arrivò alla notorietà nel 1942, quando espose alcune sue opere in una mostra del Museum of Modern Art, ed il MoMa ne acquistò due, meritando così commenti positivi ed apprezzamenti sulla rivista Time. Le immagini dei cadaveri di Bloom sono certamente tra le più avvincenti e controverse. Alcuni critici le definirono morbose e raccapriccianti, mentre altri ravvidero,

dopo un primo momento di ripugnanza causato dalla morte ed il decadimento delle forme, l'idea della risurrezione. Tra la fine degli anni Quaranta e l'inizio degli anni Cinquanta, Bloom produsse una serie di immagini di cadavere, come *The Hull* (1952), *The Anatomist* (1953) e *Slaughtered Animal* (1953), che raffigurano cadaveri sezionati ed arti amputati. Le complesse opere trovano particolare suggestione nell'origine ebraica del pittore, nel suo interesse per le religioni orientali e nella sua trascendente convinzione nella rigenerazione. Benché sembri ossessionato dalla morbosità e dalla morte, è attraverso il costante interesse per il corpo umano che esprime il suo concetto di immortalità, per cui la vita non è solo ciò che sperimentiamo sulla terra.

Osserviamo il tipico stile di Bloom nel dipinto

*The Hull*. Il cadavere è sventrato con i visceri e la gabbia toracica esposti. La gabbia toracica è sollevata da una mano dell'anatomista che tiene un coltello nell'altra. Le pennellate fluide e l'opalescenza del decadimento corporeo è resa nella tavolozza ricca di colori, per cui impiegò una vernice spessa in tonalità gioiello per realizzare un'opera che sfidi i canonici concetti di bellezza ed evochi la comprensione del vero significato di natura morta.

Bloom morì il 26 agosto 2009, all'età di 96 anni, lasciando le sue opere nelle collezioni di numerosi musei americani. Il suo lavoro e la vita hanno ispirato il film del 2009 *Hyman Bloom: the beauty of all things*, che riassume nel titolo ciò che lui stesso scrisse: «Il miracolo della mia vita è uno stato mentale in cui tutto è bello».



Gli storici preferiscono seppellire, più che celebrare;  
in ogni evento essi trovano più facile eseguire autopsie  
che resoconti su quanto sta avvenendo.

*Neil Postman*



# Cuore mediterraneo

di Francesco Maria Bovenzi

La cucina non è solo l'identità di una terra, di una nazione, non è la storia dell'evoluzione sociale, culturale, antropologica di un popolo, ma è fortemente ancorata anche alla sua salute. Un tempo la scelta della giusta alimentazione era prioritario per sostenere la cura di malattie infettive gravi e diffuse come fu in Francia con l'energetico e popolare *cassulet* consigliato a chi soffriva di tubercolosi.

Dall'altra faccia della medaglia troviamo il vecchio proverbio che ci dice *ne uccide più la gola della spada!* Apriamo gli occhi e riflettiamo su come difendere il cuore con i sani principi nutrienti consumati sulla nostra tavola come il pesce azzurro e l'olio d'oliva.

Il pesce azzurro è un alimento prezioso, ma non commercialmente perché anzi è poco richiesto. Abituamente viene definito come pesce povero,

poco nobile, ma nella sua leggerezza, tipica del pesce, è ricchissimo di principi nutritivi utili alla salute, e non solo del cuore. In realtà il termine azzurro è convenzionale, non riferito ad un gruppo di specie definito. Il pesce azzurro fa venire subito in mente il Mare Nostrum, il "Mediterraneo", "Il centro della Terra", "Centrum van de wereld", "Μεσόγειος Θάλασσα", non solo un mare ma un



mondo che si allunga dallo stretto di Gibilterra, dalle antiche colonne di Ercole al mar Rosso. Un succedersi di mari e di profumi come anche un intreccio di civiltà: romana in Italia, greca in Sicilia, Puglia, Calabria (ex Magna Grecia), araba in Spagna, turca a Venezia e in Slovenia. Viaggiare nel Mediterraneo significa incontrare popoli antichissimi e moderne realtà. Il Mediterraneo è ancora oggi un crocevia di civiltà di idee, religioni e modi di vivere. Tutto vi confluisce, anche le piante, le più antiche, quelle tipiche come l'ulivo in Siria e Palestina già nel 1000 a.C., la vite e il grano. Gli agrumi e il riso importati dall'oriente e da noi introdotti dagli arabi, i pomodori dall'America, le melanzane dall'India, il peperoncino dalla Guyana, per non parlare di altri elementi che sono poi diventati caratteristici non solo del paesaggio, ma della economia, del modo di vivere e della cultura nostra cultura mediterranea. Il Mare Nostrum è pieno di carattere, di vita, è uno scrigno di tesori che regala prodotti di alta qualità, primo fra tutti il pesce azzurro. Riscoprire il pesce azzurro vuol dire riscoprire antichissime abitudini alimentari che affondano le proprie radici nel Mediterraneo.

Nel 1950 Ancel Keys, nutrizionista sbarcato in Campania con l'armata alleata, osservò che nei paesi del bacino del mediterraneo si riscontrava una più bassa incidenza di mortalità per malattie

cardiovascolari rispetto al nord Europa e al nord America. Venne così coniato il termine di dieta mediterranea, un modello nutrizionale a base di cereali, olio di oliva, verdura, frutta e appunto pesce.

Un'alimentazione sana, varia ed equilibrata come quella mediterranea rappresenta uno dei presupposti per vivere bene e in salute, per questo viene riconosciuta la capacità di proteggere dal rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. Mangiare è un gesto profondo quanto quello di amare. Il cibo stimola i sensi, distrae l'intelletto, esalta l'immaginazione, spinge all'esplorazione, rispolvera e riattiva i ricordi, soddisfa e rassicura. Sono poche le cose che non riusciamo a controllare, tra queste potremmo citare il cuore e il cibo. Per mangiare bene bisogna saper far uso anche dei principi della scienza.



Sei o forse sette millenni di storia ci riportano in Siria, a Creta dove presero il via le prime coltivazioni dell'albero di ulivo. Un albero mitico, sacro agli Dei, simbolo di pace nella tradizione cristiana, ma soprattutto dotato di straordinaria forza e bellezza. L'olio ricavato dai suoi frutti ha accompagnato la storia dell'umanità. I Fenici diffusero questa coltivazione sulle coste del Mediterraneo. Tucidide, nel V secolo a.c. scriveva che i popoli del Mediterraneo cominciarono ad emergere dalla barbarie quando impararono a coltivare l'olio e la

vite. Con i Greci le coltivazioni di ulivo divennero sempre più numerose lungo le coste e in seguito i Romani coltivarono alberi di ulivo in ogni territorio conquistato. Costruirono i primi utensili per la raccolta e per la spremitura delle olive, perfezionarono inoltre le tecniche di conservazione dell'olio.

Per l'importante valore attribuito a questo prodotto esigevano dalle popolazioni conquistate che i tributi fossero resi sotto forma di olio di oliva. Fin dall'inizio l'ulivo e i suoi frutti sono stati presenti nella storia degli uomini nei riti sacri e nella vita quotidiana. L'olio era utilizzato non solo per arricchire gli alimenti, ma come unguento nei massaggi degli atleti e come vero cosmetico e prodotto di bellezza. Nei poemi omerici l'olio veniva usato esclusivamente per la pulizia e l'igiene.

Gli antichi Romani classificavano l'olio di oliva in cinque qualità: oleum ex albis ulivis prove-

niente dalla spremitura delle olive verdi, "oleum viride" proveniente da olive raccolte a uno stadio più avanzato di maturazione, "oleum maturum" proveniente da olive mature, "oleum caducum" proveniente da olive cadute a terra e "oleum cibarium" proveniente da olive passite destinate all'alimentazione degli schiavi. Le tante citazioni nella Bibbia come nel Corano dimostrano l'importanza storica dell'olio di oliva nell'alimentazione. Un prodotto antico della terra che rappresenta un componente fondamentale della dieta mediterranea, una tradizione divenuta persino una moda di cui noi cardiologi apprezziamo gli aspetti benefici per il cuore.

**Tratto da *Solo con il battito del cuore*,  
Maria Pacini Fazi Editore**



Nella vita siamo tutti destinati ad incontrare qualcuno  
che ha scoperto un olio d'oliva migliore del nostro.

*Anonimo Tiburtino*

# Wolfgang Amadeus Mozart

## Un bambino prodigio

di **Silvia Mazzolini**



Fig. 01

**W**olfgang Amadeus Mozart nasce il 27 gennaio del 1756 nella 'Casa Hagenauer' a Salisburgo. Dei sette figli del 'musicista da camera dei principi salisburghesi' Leopold Mozart e di Anna Maria Walpurga ne sopravvivono solo due: Wolfgang Amadeus e la sorella maggiore Maria Anna, detta 'Nannerl'. Ambedue i figli dimostrano un enorme talento musicale, ragion per cui l'ambizioso padre decide di accantonare la sua propria carriera e comincia a presentare i propri figli alle corti principesche europee. Ad appena sei anni il piccolo Mozart intraprende già grandi viaggi attraverso l'Europa occidentale; dalla Germania al Belgio, alla Francia e fino a Londra. In Italia perfezionerà le sue conoscenze musicali; studierà l'Inglese e l'Italiano. Mozart trascorre la sua gioventù come primo violino della musica da corte salisburghese. Solo a partire dal 1772 verrà anche retribuito.

La sua ricerca vana di un impiego diverso lo porterà in Italia, a Vienna e a Monaco. A Vienna vive come artista, compositore di opere e insegnante.

Il 4 agosto del 1782 sposa Constanze Weber contro il volere del padre. La coppia viaggia a Salisburgo e a Praga. Dei sei figli sopravvivono all'età infantile solo due. Muore a Vienna il 5 dicembre del 1791, all'età di 35 anni, per una 'febbre militare acuta' e in povertà. Le cause della morte rimangono ad oggi misteriose nonostante le suggestive teorie di avvelenamento da parte dei suoi concorrenti musicisti. Verrà inumato in una anonima fossa comune – il corpo non è stato mai ritrovato – e il suo inno alla morte, il *Requiem* resterà incompiuto.

### L'infanzia rubata

Il padre educa musicalmente il figlio già in tenerissima età e ne intuisce ben presto il talento. Wolfgang a tre anni batteva i tasti del clavicembalo, a quattro suonava brevi pezzi e a cinque già componeva alcune composizioni. L'infanzia trascorsa alle Corti di mezza Europa, la forte pressione esercitata dal padre (che vedeva in lui una risorsa anche economica), il temperamento inquieto, i complessi sulla sua fisicità hanno determinato in maniera rilevante l'evoluzione emotiva e caratteriale di Wolfgang. Tutta la sua vita è stata una compressione, un produrre compulsivo, un peso enorme per un giovane della sua età. Mozart ha lasciato un considerevole carteggio di corrispondenza e di spartiti manoscritti (taluni sembrerebbero addirittura non originali ma attribuiti a lui, come vedremo in seguito) che consentono di ripercorrere la sua evoluzione grafica nel tempo, e di fissare le costanti della sua personalità e dei suoi celati patimenti.

### L'adolescenza e la giovinezza

Durante i frequentissimi viaggi Mozart comunica con la sorella, la madre e il padre per mezzo di numerosissime lettere nelle quali racconta i trasferimenti da una reggia all'altra, i progressi, e le preoccupazioni. Alterna toni entusiastici ad altri cupi e stanchi; spesso nelle sue lettere si rinvengono allusioni impertinenti e fuori luogo, tanto che il secondo marito della di lui moglie, nel raccogliere ed esaminare la corrispondenza, spesso barra le parti ritenute fuori luogo. Questa sua peculiarità ha portato ad ipotizzare fosse affetto, tra le altre, della sindrome di Tourette.

Certamente, osservando i manoscritti, si evince una sorta di bipolarismo (entusiasmo alternato a depressione) che si manifesta con andamento della scrittura ascendente ma con preoccupanti 'cadute' dell'umore a fine rigo (Fig. 02).

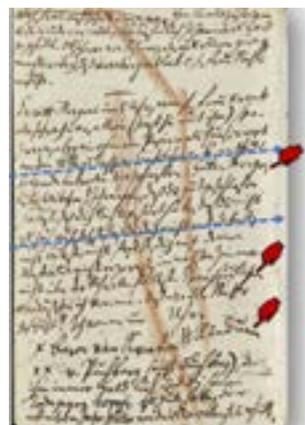


Fig. 02 : 1782 (26 anni)

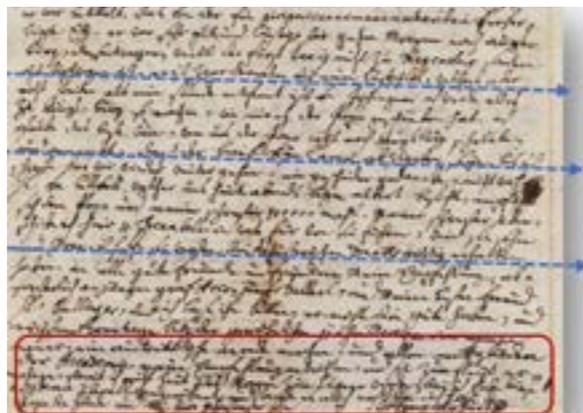


Fig. 03 : 1782 (31 anni)

La conferma di un umore instabile la troviamo proprio nelle parole estratte da una lettera da lui inviata alla sorella:

Vedi, sono capace di scrivere in tutti i modi che voglio, elegante o selvaggio, corretto o contorto. Ieri ero di pessimo umore e il mio linguaggio era corretto e serio; oggi sono allegro e il mio stile è contorto e giocoso.

Il movimento espressivo del Maestro è improntato al disordine (cancellature frequenti, righe che si intersecano), lo spazio a disposizione è occupato in maniera totale, non c'è aria né respiro, si evince uno stato d'animo oppresso, schiacciato da un peso difficile da sopportare (scarso interrigio e parole quasi addossate), i margini non sono rispettati (tutto il foglio è riempito di inchiostro), la scrittura minuta e elementare (quasi abbia avuto voglia di rimanere ancorato all'infanzia non vissuta); spesso compaiono tremolii e macchioline di inchiostro sparse, indice di iperemotività (Fig. 02).

Non potendo ribellarsi all'autorità paterna, diventa beffardo, sfida il mondo adulto con provocazioni continue (dimensioni ridotte della scrittura, gesto aggressivo con allunghi eccedenti, contenuti inappropriati e sconvenienti).

Progressivamente gli indici grafologici, riconducibili ad oggettivi disagi emotivi, peggiorano nelle loro caratteristiche intrinseche: l'andamento diventa sempre più discendente (scoraggiamento, pessimismo), aumenta la confusione (righe che si accavallano) e la scrittura si rimpicciolisce ancora di più (Fig. 03), la pressione è disomogenea con tratti più leggeri (mancanza di energia) alternati a tratti pesanti, le 'm' e le 'n' ad arco ci dicono di una personalità rimasta infantile, che non vuole crescere ed evolversi. Compaiono le così dette 'code di volpe' (quei segni che emergono nelle scritture alla fine del rigo, quando lo scritto continua a procedere nonostante sia troppo vicino al margine e non andando a capo si trascina verso il basso (Fig. 02). Questa peculiarità prevale nelle scritture delle persone depresse, che hanno forti scompensi umorali e momenti di perdita del senso della realtà. Se unita a un andamento discendente, come nella scrittura di Mozart, questa indicazione diventa ancora più significativa nella sua accezione negativa. Certamente la scrittura parla molto sul tipo di sentimento del compositore. Anche l'alternanza di fasi *up* e *down* confermano il disagio umorale vissuto. Negli ultimi anni la fase di abbattimento occupa un posto determinante nella sua emotività. Il *requiem* non a caso viene composto nell'imminenza della sua morte lasciando spazio a numerose congetture. Forse la storia di questo grande genio dovrebbe essere riscritta, anche alla luce di recenti approfondimenti che hanno dimostrato che non tutte le opere a lui attribuite sono effettivamente originali. Alcune composizioni difatti potrebbero essere state composte da altri e successivamente attribuite a lui. Si osservi, a tal proposito, l'immagine proposta a sinistra (Fig. 04), che illustra un accertamento tecnico grafologico sulle firme del compositore (in questo caso il campo di applicazione è la grafologia forense).



Fig. 04

Come è possibile osservare, la firma di Mozart è sovrastante un tratto manoscritto 'raschiato' che, ricostruito nel tracciato in giallo, risulta essere 'Luchesi'. Questo autore contemporaneo di Mozart fu anche sospettato di avere avvelenato il maestro (poi scagionato). Anche in questo caso la verità è ancora lontana dall'essere svelata.



# La decirconcisione

di Sergio Cicia

La domanda per la ricostruzione chirurgica o non chirurgica del prepuzio dopo la circoncisione, la cosiddetta **'decirconcisione'**, è usualmente associata alla persecuzione del popolo ebraico. Tale associazione è documentata dai tempi dell'Antico Testamento fino ai periodi più oscuri del nostro secolo.

Da alcuni autori la procedura di ricostruire la perdita o la mancanza del prepuzio è stata chiamata **decirconcisione** (Celso) o **postioplastica** (Dieffenbach). Poiché questi termini erano parimenti usati per la stessa tecnica operatoria non c'è una definizione uniforme per essi. Essi sono, quindi, più o meno intercambiabili.

Il primo segno d'evidenza della decirconcisione tra gli ebrei si trova in un passaggio del Vecchio Testamento:

Essi costruirono una palestra in Gerusalemme secondo le usanze dei pagani e cancellarono i segni della circoncisione

(sibi preputia fecerunt) e si allontanarono dalla santa alleanza; si unirono alle nazioni pagane e si vendettero per fare il male.

(Primo libro dei Maccabei 1, 14-15)

Questo passaggio fu scritto durante il regno di Antioco IV (168 a.C.), quando l'ellenizzazione della Palestina e, quindi, l'oppressione della religione e cultura ebraica raggiunsero un primo culmine. Le idee ellenistiche guadagnavano popolarità ed era, per esempio, normale esibire il corpo nudo nelle gare atletiche o ai bagni pubblici. Gli ebrei erano costretti a nascondere i loro genitali o a ricostruire il loro prepuzio per non essere perseguitati e per migliorare la loro posizione sociale ed economica. Questa situazione culminò in una legge di Antioco che prescriveva la sentenza di morte per l'atto della circoncisione (Primo libro dei Maccabei 1, 60-64).

La ricostruzione del prepuzio veniva eseguita sia operativamente sia con l'utilizzazione del co-

siddetto *Pondus Judaicus*. Entrambi i metodi si avvantaggiavano dell'uso, tra gli ebrei di quel tempo, di una circoncisione simbolica, la *milah*. In questo intervento solo la parte distale del prepuzio veniva rimossa, lasciando un corto prepuzio che copriva parzialmente il glande.

Il *Pondus Judaicus* era uno speciale peso fatto di bronzo, rame e cuoio che veniva fissato a questo prepuzio rudimentale e lo stirava in basso. Quando veniva applicato per un lungo periodo il prepuzio si allungava e copriva totalmente il glande come desiderato. Tale congegno può essere, quindi, considerato un antico espansore tissutale, tenendo presente che metodi simili di decirconcisione sono ancora usati nei nostri giorni. Sfortunatamente non esiste nessuna descrizione o illustrazione di questo peso.

La vittoriosa rivolta degli ebrei contro Antioco IV nel 141 a.C. portò all'instaurazione in Giudea del regno dei Maccabei, rendendo non necessaria la decirconcisione per il periodo seguente.

Più tardi, nel 63 a.C., i Romani conquistarono la Palestina e, congiuntamente alla diffusione del Cristianesimo, apparve nuovamente il desiderio di nascondere lo stato di circonciso.

Ovviamente molti ebrei che si convertirono alla religione cristiana si sottoposero alla decirconcisione per enfatizzare la rottura con la loro vecchia religione e per essere pienamente accettati dalle comunità cristiane.

L'apostolo Paolo condannò tale pratica:

Qualcuno è stato chiamato quando era circonciso? Non lo nasconda! È stato chiamato quando non era ancora circonciso? Non si faccia circoncidere! La circoncisione non conta nulla, e la non circoncisione non conta nulla; conta invece l'osservanza dei comandamenti di Dio. Ciascuno rimanga nella condizione in cui era quando fu chiamato.

(Prima lettera ai Corinzi 7, 18-20)

La tolleranza dei Romani verso la circoncisione tra gli ebrei finì con l'imperatore ellenofilo Adriano, che fu proclamato imperatore nel 117 d.C. e che nuovamente promulgò una legge proibendo la circoncisione. Nel Talmud si riporta che durante il suo regno molti circoncisi si fecero decirconcidere per ovvie ragioni. Questa pratica fu rifiutata dagli ebrei ortodossi e quindi, in seguito, quando la legge contro la circoncisione fu di nuovo abbandonata, essi introdussero la circoncisione radicale per la comunità giudaica, la cosiddetta *periah*. Questa lasciava il glande totalmente scoperto e rendeva quasi impossibili i metodi summenzionati per la ricostruzione del prepuzio.

Nella terminologia greca, una persona che si sottoponeva alle procedure di allungamento del prepuzio era detta *epispastikòs*, 'allungato' (da *epispasmòs* = tirare). Similmente, i romani lo chiamavano *recutitio*, non differenziando nel termine se ciò fosse stato fatto chirurgicamente o no.

La decirconcisione è anche menzionata da poeti romani del primo secolo. Petronio (morto nel 66 d.C.) nella *Cena di Trimalcione* dalla sua opera *Saturae*, ci parla di uno schiavo che aveva due difetti senza i quali sarebbe stato senza prezzo: era decirconciso e russava: *recutitus est et stertit*.

In uno dei suoi epigrammi (*Epigrammaton*, Libri 7:30) Marco Valerio Marziale (38/41-100 d.C.) descrive una prostituta romana di nome Caelia. Ella non fu mai soddisfatta da un romano, ma preferiva far l'amore con i Porzi, i Germani, i Daci, i Cilici, i Cappadoci, gli Egiziani e gli Indiani.

Questa lista si continua con il passo: «Né tu eviti gli inguini dei Giudei circoncisi (*recutitorum inguina Judaeorum*)». Marziale menziona anche il *Pondus Judaicus* e da di esso una breve descrizione. (*Epigrammaton*, Libri 1:35).

La prima descrizione dettagliata di una procedu-

ra operatoria per la decirconcisione ci viene data dallo scrittore medico romano Aulo Cornelio Celso (25 a.C. - 50 d.C.). Il suo lavoro enciclopedico *De medicina libri octo* fu scritto durante il regno di Tiberio (14-37 d.C.). Questo può essere valutato come il più importante documento scritto nella prima storia della medicina e non fu contestato fino a che le innovazioni scientifiche del Rinascimento posero le basi della medicina moderna. Nel *De medicina* (7:25:1) Celso differenziò tra due metodi di ricostruzione del prepuzio che lui chiamò 'decirconcisione'.

La prima procedura era raccomandata principalmente per i bambini o per coloro con un prepuzio congenitamente corto. La pelle del pene veniva incisa circolarmente alla base e, dopo mobilizzazione, stirata sul glande. Una legatura alla punta preveniva il ritorno alla posizione originale. In tal modo veniva ricostruito un prepuzio fisiologico a doppio strato, ed il deficit cutaneo prossimale veniva riepitelizzato nel corso del processo di riepitelizzazione.

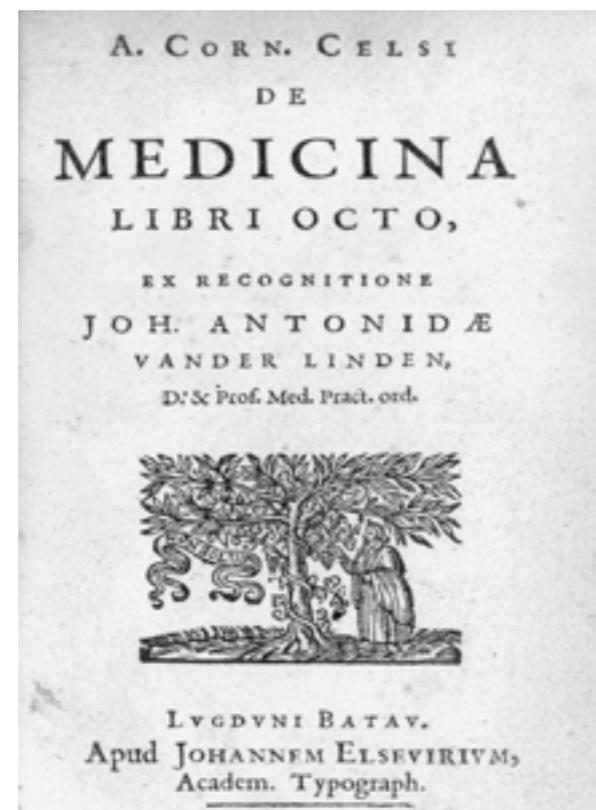
Se il paziente era stato circonciso secondo le tradizioni di certe razze (*qui quarundam gentium more circumcisis est*), soprattutto la *milah* ebraica, Celso suggerì il secondo metodo. Veniva eseguita un'incisione coronale e la pelle del pene veniva mobilizzata lungo l'intera lunghezza del pene fino alla radice. La pelle veniva così stirata sopra il glande e la retrazione veniva impedita per mezzo di un bendaggio fissato sul pene dal pube al glande. Sul glande si otteneva così un singolo strato di cute e le adesioni venivano prevenute con l'applicazione di medicazioni e pasta indurente. Per evitare le erezioni durante il periodo di guarigione, Celso consigliava una dieta rigida.

Le indicazioni per l'intervento di decirconcisione erano da lui stesso definite per *decoris causa* cioè per

ragioni estetiche senza nessuna necessità medica.

Celso non ha descritto i possibili rischi e complicanze del suo metodo. È molto improbabile che non abbia avuto esperienza di severe infezioni della ferita eseguendo questo tipo di chirurgia genitale e non conoscendo i principi dell'asepsi. Inoltre, ambedue i metodi comportano un rischio significativo di fallimento postoperatorio come lo stesso Dieffenbach puntualizza nel suo commento sull'opera di Celso.

Se il nuovo prepuzio non viene permanentemente ristretto alla punta la retrazione cicatriziale può retrarre nuovamente indietro la cute lasciando il glande scoperto di nuovo. Un semplice bendaggio potrebbe non essere sufficiente a prevenire questo effetto fino alla guarigione completa della ferita.



## Da Galeno a Dieffenbach

Una revisione completa della letteratura medica riguardante la decirconcisione si trova nel famoso *Zeis Index* del 1863, una storia dettagliata della *chirurgia plastica*, scritto da Eduard Zeis di Dresda, chirurgo e storico. Fu egli che introdusse anche il termine *chirurgia plastica* (*Plasticsche Chirurgie*) nella terminologia medica con il primo testo su questo argomento nel 1838. Qui di seguito sono riportate le tappe più importanti e rilevanti nella storia della decirconcisione.

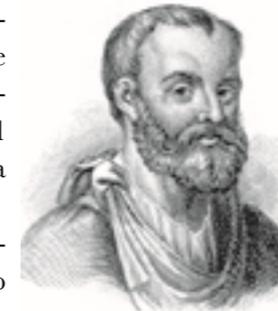
Claudio Galeno (131-200 d.C.) un altro grande autore della medicina antica dopo Celso, riportò il metodo di questi senza modifiche.

Lo stesso deve dirsi della descrizione di Paolo Aegineta: *Ad tegendam glandem colis si nuda est* (metà del settimo secolo). Egli afferma che al suo tempo non c'è quasi più necessità della decirconcisione e che, pertanto, veniva praticata raramente.

Questa convinzione viene confermata da molti chirurghi del Rinascimento. Gabriele Falloppio (1523-1562) commenta nel seguente modo la decirconcisione: «Posso testimoniare che non ho mai operato ne ho trovato qualcuno così stupido da voler soffrire questa tortura».

Fabrizio d'Acquapendente (1537-1619) la definì 'non necessaria e opinabile giacché veniva solamente eseguita per migliorare l'apparenza e questa è una parte che non viene esposta'.

Solo il secondo metodo di Celso viene considerato da Ambroise Paré (1510/17-1590), che fu il primo a suggerire l'inserimento di un catetere (tubo) nell'uretra distale per permettere il normale pas-



saggio delle urine durante il periodo di guarigione postoperatorio.

Nel capitolo XXXI del *The Workes of the famous Chirurgion Ambrose Parey* si parla della decirconcisione 'Of the too short a Prapuce, and of such as have bin circumcised'.

Il fondatore della moderna chirurgia plastica, Johann Friederich Dieffenbach (1795-1847, Berlino) dedicò un intero capitolo in entrambi i suoi



testi di chirurgia, del 1829 e 1845, al problema di come ricostruire il prepuzio. Lui chiamò quest'intervento 'postiplastica'. Dopo aver ricapitolato i metodi di Celso, ha proposto miglioramenti tecnici per prevenire gli insuccessi postoperatori.

Nel primo metodo di Celso, per esempio, egli suggerì un restringimento distale del nuovo prepuzio per evitare la retrazione sul glande. Questo metodo poteva essere fatto con l'escissione di un triangolo di cute o fissando un clamp metallico alla punta del prepuzio.

Dieffenbach citò le indicazioni di Celso per la postiplastica come 'lussuria, religione, vergogna o politica'.

D'altro canto, egli affermò che è 'una disgrazia per la professione medica' eseguire la postiplastica con l'intenzione di 'creare una verginità maschile, paragonabile alla ricostruzione chirurgica di una nuova imene nelle donne'.

Egli, inoltre, descrisse la chiusura del prepuzio diviso nell'ipospadia e la ricostruzione dello strato interno del prepuzio totalmente cicatrizzato dopo una balanite.

Lista degli Autori che hanno trattato la decirconcisione dal secondo secolo d.C. fino al XIX secolo

Claudio Galeno	131-200 d.C.	Methodus medendi; Lib XIX
St Epiphanius	IV secolo	De ponderibus et mensuris liber
Paolo Aegineta	VII secolo	Lib. VI; Ad tegendam glandem colis si nuda est
Gabriele Falloppio	1523-1562	De preputii brevitae corrigenda
Ambroise Paré	1510/17-1590	Opera chirurgica; De curtiore praeputio, deque Recutitis
Fabrizio di Acquapendente	1537-1619	De chirurgicis operationibus; Ad tegendam colis glandem detectam
Johann von Jessen	1601	Institutiones chirurgicae; Sect. IV, Cap IV
Marco Aurelio Severino	1643	De efficaci Medicina; De Lypoderma
Thomas Bartholin	1672	De morbis biblicis Miscellanea medica; De praeputio adducendo
Jobus Ludolfus	1691	De praeputio rursus superinducendo
Pierre Dionis	1708	Cours d'opérations de chirurgie; De l'opération des recutiti
Gabriel Groddeck	1733	De Judaeis praeputium attrahentibus
Eduard Zeis	1838	Handbuch der Plastischen Chirurgie; Von der Posthioplastik
Johann Friederich Dieffenbach	1845	Die operative Chirurgie; Posthioplastice
Antoine-Joseph Jobert	1849	Traité de chirurgie plastique; Autoplastie du prépuce
Aristide Verneuil	1858	L'histoire de l'autoplastie
Jean Louis Petit	1873	Oeuvres complètes; Du paraphimosis

### Decirconcisione nell'era nazista

La persecuzione degli ebrei durante il regime nazista rendeva lo stato di essere circonciso un fatto pericoloso per la vita, non esistendo differenze se una persona aveva perso il prepuzio per motivi religiosi o a causa di una fimosi congenita o acquisita.

Ogni circonciso in quel tempo era in pericolo di essere denunciato, e quindi doveva nascondere i suoi genitali o essere decirconciso. Nessuna descrizione di una tecnica chirurgica può essere trovata nella letteratura medica ufficiale di quei tempi ma esistono molti report personali di pazienti sottoposti all'intervento e di dottori che eseguivano la decirconcisione. Un esempio è il lavoro di Tenenbaum, che conobbe parecchi di questi dottori ed esaminò alcuni dei pazienti trattati.

Dalle memorie di Jonas Turkow, un famoso attore di quel tempo, conosciamo la storia di suo nipote che fu decirconciso due volte senza successo. Egli sottolineò il fatto che parecchi 'dottori ariani' guadagnavano molto con questi interventi poiché

chiedevano grandi somme di denaro per il trattamento.

Feriz eseguì parecchi interventi su pazienti circoncisi nell'Olanda occupata. Nella sua pubblicazione del 1962 non riportò complicanze, tutti i suoi pazienti furono soddisfatti del risultato postoperatorio e nessuno di loro richiese un ritorno alla condizione precedente dopo la fine della guerra.

Nel 1965, Tushnet descrisse tre procedure diverse per la ricostruzione del prepuzio in base all'età del paziente, alla quantità di cute rimanente e all'abilità del chirurgo. Questi fatti venivano investigati intervistando anche i pazienti e i chirurghi che rimanevano anonimi. Il primo e più crudele metodo consisteva nel tirare in avanti la cute del pene sul glande, scarificando le parti terminali del prepuzio ed evitando la retrazione suturandola producendo, così, una fimosi. Ciò comportava un alto grado di fallimenti poiché le suture erano spesso espulse e la cute si retraeva nella posizione precedente.

Il secondo metodo era abbastanza simile al secondo metodo di Celso, risultando in un prepuzio con un solo strato. Il principale svantaggio di questo metodo era l'alto grado di infezioni. L'ultimo e più sofisticato metodo consisteva nell'usare un innesto cutaneo prelevato dall'area della cresta iliaca per confezionare il nuovo prepuzio.

### Motivazioni per la ricostruzione del prepuzio nei nostri giorni

Durante gli ultimi 30 anni, un nuovo movimento per la ricostruzione del prepuzio – non originante da domande religiose, sociali o politiche – è emerso principalmente negli Stati Uniti. Con la circoncisione di routine stabilita in America, sempre più maschi adulti erano disturbati dal fatto che la forma del loro corpo era stata alterata alla nascita. La loro principale lagnanza è la perdita della funzione; il prepuzio non è visto solo come una parte di cute ma come un organo sensitivo e la circoncisione determina la mancanza di quest'organo. Altri sono più disturbati dall'apparenza del loro pene circonciso e vogliono riottenere lo stato naturale di glande coperto per l'interezza fisica ed emotiva e per un'immagine estetica del corpo. Una minoranza è, inoltre, irritata dall'immaginazione di essere stati mutilati durante l'infanzia senza aver avuto la libera scelta dello stato dei propri genitali. Un'alta percentuale di questi pazienti è molto risentita con i propri genitori, con i medici o con la cultura della circoncisione.

D'altra parte, questo sviluppo ha portato all'organizzazione di molti movimenti contro la circoncisione di routine in America. Il NOCIRC (National Organization of Circumcision Information Resource Centers) e il NOHARMM (Natio-

nal Organization to Halt the Abuse and Routine Mutilation of Males) sono stati fondati da 'vittime della circoncisione'. Altri furono iniziati da medici e infermieri che non condividevano più la generale attitudine verso la circoncisione nei bambini: DOC (Doctors Opposing Circumcision) e Nurses for the Rights of the Child. Inoltre, NORM (National Organization of Restoring Man) fornisce informazioni, letteratura e materiale circa i metodi chirurgici e non chirurgici per la ricostruzione del prepuzio. Molte di queste organizzazioni si sono diffuse ad altri continenti e sono facilmente accessibili via Internet.

La prima pubblicazione sulla decirconcisione per motivi psicologici viene riportata da Penn nel 1963. Quest'articolo e gli altri che seguirono negli anni mancano di dettagliate informazioni sulle motivazioni del paziente e gli autori furono abbastanza criticati per eseguire tale intervento.

Nel 1981, Mohl presentò la prima analisi dettagliata degli aspetti psichiatrici in un gruppo di otto pazienti che volevano la ricostruzione del prepuzio. Egli descrisse molti disordini psicologici in questi pazienti come immagine del corpo esibizionistica e narcisistica, depressione e patologia dell'ego.

La decirconcisione è paragonata alla richiesta di mammoplastica additiva nelle donne e oggi giorno la comprensione delle motivazioni psicologiche della decirconcisione è aumentata e il problema è trattato più seriamente. Attualmente esso non è più un problema solo delle comunità omosessuali perché la maggioranza dei maschi che eseguono l'allungamento cutaneo è eterosessuale.

# La matematica fa bene al cuore

di Mario Gentili

A che serve la matematica? Quante volte ci siamo posti questa domanda davanti alle regole di una derivata o di un integrale, o più banalmente ad un problema che non riuscivamo a risolvere?

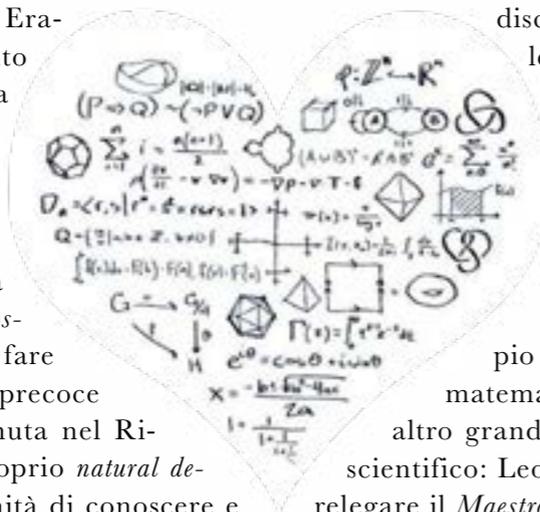
Prendendo spunto dalla citazione «*il cambiamento è l'unica costante*» di Eraclito, filosofo greco vissuto nel 500 a.C. (diventata famosa attraverso lo slogan *Change is the only constant*<sup>1</sup>), e richiamando alla mente insegnamenti quali quelli di Pitagora che sosteneva che *tutto fosse numero*, non possiamo fare a meno di evidenziare la precoce e costante volontà, divenuta nel Rinascimento un vero e proprio *natural desiderio di sapere*, dell'umanità di conoscere e risolvere le leggi della natura.

Per rimanere nel campo delle frasi celebri non possiamo certo trascurare il parere di

Galileo Galilei che in pieno Rinascimento osò affermare, nonostante la vigente inquisizione della Chiesa, che *il libro dell'Universo è scritto in matematica*.

Nonostante questo, la percezione comune che si ha della matematica è quella di una disciplina astratta, spesso non legata alla realtà. Non è così in termini generali, ma soprattutto non è così per coloro che si impegnano per realizzare strumenti di miglioramento della nostra qualità di vita.

Uno spunto per un esempio di utilizzo concreto della matematica ci viene fornito da un altro grande della storia del pensiero scientifico: Leonardo da Vinci. È difficile relegare il *Maestro* in un solo ambito scientifico, ma, per quelli che sono gli scopi del presente articolo, torna utile mettere in evidenza il suo impegno di inventore dell'illustrazione



<sup>1</sup> Ben Orlin, appassionato e insegnante della “matematica come gioco”, ha scritto un libro intitolato proprio “Change is the only constant” che ha avuto il riconoscimento di miglior libro scientifico-matematico del 2019. Molto interessante è il suo blog <https://mathwithbaddrawings.com/> costantemente aggiornato.

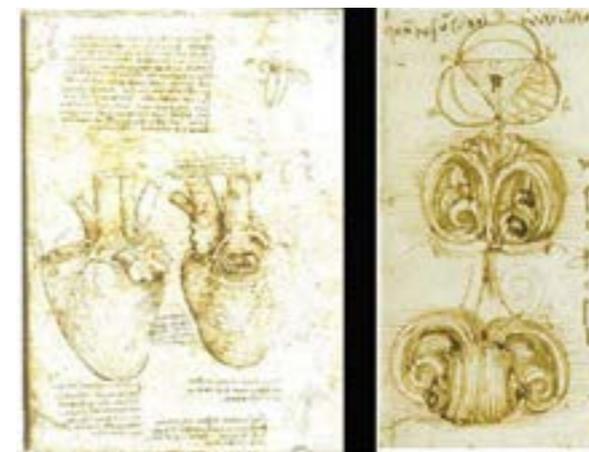
anatomica e di ingegnere.

Nel 1784 il famoso anatomista scozzese William Hunter, membro della Royal Society, ebbe l'opportunità di esaminare da vicino alcune delle tavole anatomiche di Leonardo custodite al Castello di Windsor. Per Hunter i disegni furono una scoperta meravigliosa e del tutto inattesa.

Si può presumere che essendo anatomista, ma anche ginecologo qualificato, Hunter sia stato particolarmente colpito, per esempio, nell'esaminare il disegno del feto nel grembo materno.

Con ammirazione Hunter scrisse:

...Mi aspettavo di vedere dei disegni che potessero essere utili a un pittore come ausilio nella sua professione. Ma con mia grande sorpresa vidi che Leonardo era stato uno studioso profondo e universale: il più grande anatomista del mondo nel XVI secolo...<sup>2</sup>



Dettaglio da RL19116RECTO, The Queen Royal Collection.

Sulla sinistra la faccia anteriore con l'aorta in evidenza, e a lato la faccia posteriore. L'immagine mo-

stra alla base dell'aorta la presenza di un cospicuo rigonfiamento ovoidale con i seni di Valsavia (Windsor RL 19073/av, Royal Collection Trust). Sulla destra l'immagine della struttura della valvola aortica (a simmetria triangolare), e in basso la rappresentazione dei vortici nei seni sovrastanti la base dell'aorta.

Tra l'altro, il Maestro si dedicò allo studio del meccanismo di chiusura delle valvole cardiache, ipotizzando un'interpretazione originale fondata sulla sua conoscenza matematica dei vortici nei fluidi (a partire dall'acqua) che applicò ai vortici del flusso sanguigno che si formano a valle della valvola aortica.

Qui il sangue, uscendo dal ventricolo sinistro, entra nell'aorta per effettuare il percorso che lo porterà ad ossigenare tutti i tessuti del corpo umano. Nel primo tratto dell'aorta sono infatti presenti tre ‘protuberanze’ chiamate i seni di Valsalva che favoriscono la formazione di vortici. Questi, come intuì Leonardo, giocano un ruolo fondamentale nel favorire la chiusura veloce dei foglietti valvolari riducendo così al minimo il reflusso di sangue verso il ventricolo.

L'intuizione e l'intero processo trovarono dimostrazione negli anni '70 con un esperimento in laboratorio condotto da un gruppo di ricercatori medici di Oxford, guidato da Brian Bellhouse, che utilizzò coloranti e metodi radiografici per osservare i flussi sanguigni.

Di recente, un gruppo di ricerca al Politecnico di Milano, con a guida il linceo Alfio Maria Quarteroni, professore ordinario di Analisi numerica e professore di Modeling and Scientific Computing presso l'Ecole Polytechnique Fédérale di Losanna, ha di-

mostrato come la presenza di vortici a livello dei seni di Valsalva nell'aorta ascendente può essere descritta quantitativamente mediante la matematica.

L'utilità è quella di ottenere, attraverso un'analisi completamente non invasiva e tramite il solo utilizzo di modelli matematici, il valore del campo di velocità del sangue che enfatizza la presenza di vortici alla sistole in corrispondenza dei seni di Valsalva.

L'obiettivo finale, secondo quanto riporta lo stesso prof. A. Quarteroni, è la realizzazione di un 'cuore matematico'<sup>2</sup> per collaborare con cardiologi e cardiocirurghi al fine di affrontare con nuovi strumenti le patologie del sistema cardiocircolatorio e ridurre il loro impatto sui pazienti e sul sistema sanitario-pubblico.

L'idea è quella di costruire un modello virtuale del nostro cuore che sia in grado non solo di descrivere minuziosamente le interazioni che avvengono al suo interno, ma anche predirne le dinamiche, nella prospettiva di costruire uno strumento in grado di aiutare i clinici nello studio della genesi e nella cura delle malattie cardiovascolari.

In molti casi, infatti, si è costretti a proporre trattamenti sulla base di statistiche, che però non sempre si accordano con le condizioni dello specifico paziente che si ritrova senza saperlo un cuore malandato e bisognoso di cure tempestive ed efficaci.

Possedere un modello integrato dei processi

cardiovascolari potrebbe migliorare la prevenzione, la clinica e la cardiocirurgia, in particolare in ambito neonatale.

I primi risultati sono molto incoraggianti e già permettono di comprendere meglio come si manifestano aritmie quali la fibrillazione atriale e la tachicardia ventricolare, oppure permettono di simulare interventi per curare occlusioni delle coronarie o l'insufficienza delle valvole cardiache.

Partendo da questa *best practice*, possiamo affermare che i confini della matematica, declinata attraverso le sue attuali applicazioni –prima tra tutte, quella del *machine learning*– può estendersi alla comprensione e alla descrizione di tutto il sistema cardiovascolare e alle applicazioni cliniche.

Ma come non ricordare anche la posizione di avanguardia raggiunta dall'*imaging digitale* attraverso l'utilizzo di *machine learning*?

Oggi siamo in grado di vedere fisicamente occlusioni e placche arteriose non visibili attraverso alcuna delle indagini di diagnostica classica. Di più, attraverso l'uso di strumenti supervisionati, siamo in grado di superare l'attuale statistica e fornire previsioni di sviluppo di un tumore o di probabilità di successo di un certo tipo di intervento anziché un altro.

A dire il vero, la matematica è talmente invasiva da diventare invadente: quasi ci perseguita.

Non possiamo neanche più prendere in pace

il caffè: infatti, la rivista *Le Scienze* riporta, in un articolo del novembre 2016, che modelli matematici sviluppati dal team di ricerca di Kevin M. Moroney suggeriscono quale sia la migliore miscela di caffè per un espresso. Il modello sperimentato in un bar americano ha permesso di utilizzare circa il 25% di caffè in meno risparmiando circa 3.500 \$ in un

anno. Applicando questa percentuale all'intero comparto, i risparmi nei solo Stati Uniti raggiungerebbero la significativa cifra di oltre 1,1 miliardi di dollari l'anno.

E allora..., W la matematica! Soprattutto se ci aiuta a vivere in maniera più dignitosa (ed eticamente rispettosa della libertà di tutti).



Sì come una giornata bene spesa dà lieto dormire,  
così una vita bene usata dà lieto morire

*Leonardo Da Vinci*

<sup>2</sup> Il progetto è un progetto europeo di nome iHEART – Prevenire patologie cardiache con la matematica. Un modello matematico completo per lo studio del comportamento del cuore umano e delle sue patologie.  
<https://vimeo.com/240473125>



# Lentisco: elisir di lunga vita

di *Giovanna Rizzitiello*

**L**il lentisco (*Pistacia Lentiscus*) è un arbusto sempreverde tipico della macchia mediterranea. In Italia cresce spontaneo in numerose zone, in particolare Sardegna dove sono noti anche usi alimentari del suo olio, in periodi di penuria alimentare.

Le foglie sono di colore verde scuro, dall'odore molto forte, i frutti a maturazione sono di colore viola scuro, quasi nero. Dal tronco si ottiene un mastice detto 'di Chio', dall'isola greca dell'Egeo Orientale dove veniva prodotta; dai fiori e dalle foglie oli essenziali e dalle bacche un olio vegetale.

L'olio ricavato dalle bacche di lentisco veniva usato sia a scopo alimentare sia come combustibile, sin dall'epoca preistorica. Tra i Nuragici era molto diffusa la pratica della spremitura delle bacche, mediante la quale veniva ricavato l'olio.

Ippocrate, Dioscoride e Plinio citavano nelle loro opere i benefici terapeutici del lentisco. Tra l'altro,

Plinio il Vecchio nella sua opera *Naturalis Historia* consigliava alle donne una tintura rossa per capelli fatta con la feccia dell'aceto ed olio di lentisco. Il composto andava tenuto in posa una notte ed il risultato era garantito.

Il lentisco è una pianta a frutti oleaginosi, le sue drupe presentano un contenuto in olio che varia dal 30% al 42%. Gli acidi grassi presenti in tale olio sono l'oleico, il palmitico, il linoleico, il palmitoleico e lo stearico. L'acido oleico, che rappresenta circa oltre il 55% del totale, è un acido grasso monoinsaturo della classe MUFA (Mono Unsaturated Fatty Acid). L'acido linoleico (circa il 20% del totale) appartiene alla classe PUFA (Poly Unsaturated Fatty Acid); l'acido Palmitico, presente per un altro 20%, è un acido grasso saturo della classe SFA (Saturated Fatty Acid). Questa associazione di acidi grassi e soprattutto le loro percentuali fanno dell'olio di lentisco un alimento salutare.

Oltre agli acidi grassi l'olio di lentisco contiene Fitosteroli (0,43 grammi per 100 grammi di olio) che modulano i livelli di colesterolo LDL; Tocoferoli (VITE) nella quantità di 0,83 grammi per 100 grammi di olio, contenuto molto più elevato dell'olio di semi di girasole, mais e colza, che hanno proprietà antiossidanti; oleurepeina appartenente alla classe dei polifenoli con attività antiossidante.

Grazie alla sua composizione l'olio di lentisco ha proprietà antinfiammatorie, antimicotiche ed antibatteriche. Può essere utilizzato in odontoiatria per piorrea, gengivite, aftosi, dopo interventi di estrazione dentale: in gastroenterologia per diarrea, emorragie, gastrite, esofagite, infezioni da

*Helicobacter Pylori*; in dermatologia grazie alla sua azione lenitiva ed idratante per eczemi, psoriasi, scottature, micosi, acne, come ottimo emostatico in caso di piccole ferite; in pneumologia per faringoedema, bronchite e asma.

In caso di dislipidemia l'olio di lentisco abbassa il livello di colesterolo LDL, totale e di trigliceridi.

La Sardegna rientra tra le cinque zone più longeve del mondo (Blue Zone Dan Buettner) insieme ad Ikaria (Grecia), Okinawa (Giappone), Nicoya (Costa Rica), Loma Lybda (California). Non è un caso che queste zone siano accomunate dal consumo dell'olio di lentisco.



Siamo il regno ininterrotto del lentisco,  
delle onde che ruscellano i graniti antichi,  
della rosa canina, del vento, dell'immensità del mare...

*Grazia Deledda*

# La sindrome dell'ambasciatore veneziano



Gabriele Caliari, *Il doge Marino Grimani riceve i doni degli ambasciatori persiani nel 1603*, Venezia, Palazzo Ducale, Sala delle Quattro Porte.

**di Carlo De Luca**

Per ragioni di bieco utilitarismo, l'uomo ha sempre tentato di fare previsioni. Anche se raramente la metodologia si è rivelata all'altezza dell'ambizione. In principio era il presentimento che nelle forme più strutturate diventava presagio. Poi venne la divinazione e, ancora dopo, la profezia. Constatata l'elevatissima proporzione di fallimenti, l'uomo volle affinare il metodo introducendo gli strumenti della congettura. E addirittura costruì una scuola di pensiero secondo la quale l'appren-

dimento si misura proprio dalla capacità di fare previsioni. È indubbio che con il ragionamento i risultati migliorarono di molto ma la quota di insuccesso della previsione rimase comunque molto elevata ed ancora oggi lo è.

Per comprenderne la ragione è utile analizzare quella che in letteratura è nota come 'sindrome dell'ambasciatore veneziano', una condizione definita sulla base di una vicenda senza tempo e dal dubbio fondamento storico. Però molto esplicitiva.

Si narra che l'ambasciatore veneziano a Costantinopoli monitorasse le dinamiche politiche interne dell'Impero ottomano allo scopo, ovviamente, di misurarne il grado di pericolosità nei confronti della Serenissima. Sapendo che il sultano era gravemente malato, che un nipote tramava alle sue spalle e che la carestia di una regione periferica stava provocando un malumore diffuso da cui poteva scaturire una sollevazione popolare, giudicò che in quel momento l'imperatore turco si trovasse in condizioni così sfavorevoli da non poter rappresentare una minaccia imminente. Il fatto è che il sultano era stato tenuto rigorosamente all'oscuro delle sue condizioni di salute, non sospettava minimamente del nipote che mostrava anzi grande deferenza nei suoi confronti e non era stato informato della carestia. Perciò mosse guerra alla Repubblica di Venezia.

Qualcuno ha pensato di definire una 'Sindrome dell'ambasciatore veneziano' per descrivere una condizione nella quale una previsione pure ottimamente ponderata si rivela invece completamente

errata. Perché quando si tenta di prevedere il comportamento di un altro, bisognerebbe essere certi che l'altro abbia gli stessi elementi di giudizio. Ed anche che li sviluppi secondo la stessa logica.



Altan. 7 giugno 2017.

Le previsioni sono estremamente difficili.  
Specialmente sul futuro.

*Niels Bohr*

# Palazzo Brancaccio di Roviano

*A cura di Roberto Giagnoli, fotografo*

Il Palazzo Baronale di Roviano, ora Palazzo Brancaccio, era in origine una rocca fortificata per iniziativa dell'Abbazia sublacense, a cui Roviano apparteneva. Successivamente vennero apportate modifiche ed aggiunte dai vari proprietari che ne entrarono in possesso: i Colonna, Maffeo Barberini Colonna di Sciarpa, Camillo Massimo, Marcantonio Brancaccio.

Tuttavia, l'insieme della costruzione presenta una certa omogeneità, dovuta all'utilizzo costante della pietra locale e dei mattoni nelle varie fasi edilizie.

Il Palazzo è ubicato in alto e domina sia il paese, che la sottostante Via Tiburtina Valeria, strada importantissima in passato, in quanto collegava l'Abruzzo ed il Lazio.

Il Palazzo si articolò intorno a un cortile pentagonale, adiacente a un mastio merlato a pianta quadrata; l'accesso è tramite un portale gotico, sul quale lo stemma dei Massimo fa bella mostra di sé.

Furono i Colonna, tra la fine del Quattrocento e l'inizio del Cinquecento, ad ampliare l'originario nucleo antico; a loro, infatti, si deve la caratteristica struttura a "recinto" ed il collegamento tra la torre d'angolo e il mastio. Sempre sotto i Colonna vennero realizzati gli ampi saloni di rappresentanza destinati ad essere utilizzati nel corso delle udienze.

Di epoca rinascimentale sono gli affreschi della Sala della Religiosità che rappresentano il Ciclo di Giuditta e Oloferne (*foto in basso*). Il castello era fornito anche di carceri, ubicate sotto la torre.

Il principe Camillo Massimo apportò nuove modifiche: provvide a far costruire la merlatura sulla torre e lungo il muro del giardino e fece installare, sopra l'androne, una bifora, prelevata dalla residenza di Arsoli.

Il Palazzo, attualmente, ospita il Museo della Civiltà Contadina dell'Alta Valle dell'Aniene.



## Cartoline dal Passato

### Roviano



di **Tertulliano Bonamoneta**  
e **Maria Antonietta Orlandi**

**R**oviano, centro a struttura concentrica, è disposto sul fianco meridionale del monte Sant'Elia sopra un breve ripiano che domina il fondovalle: in particolare controllava i traffici tra il Lazio e l'Abruzzo lungo la via Tiburtina.

Antico insediamento degli Equi, era già abitato nell'età del bronzo. Il nome forse deriva dalla *gens Rubria* che possedeva nella zona qualche fondo, chiamato *Rubrianum*, da cui *Rubianum*. La storia del borgo ricorda la giurisdizione dell'Abbazia di Subiaco (sec. IX), cui venne conteso dalle famiglie Colonna, poi dai Barberini e dai Massimo. Lo splendore del paesaggio ha sempre richiamato artisti e turisti illustri come Rafael Alberti, che mentre soggiornò ad Anticoli, nelle *Canzoni dell'Alta Valle dell'Aniene* (1967-1971) lo canta: «Roviano mi guarda sempre / serio, nella metà del monte».

Essendo il paese essenzialmente centro agricolo, il Comune ha istituito il Museo della civiltà contadina dell'Alta Valle dell'Aniene accogliendo le testimonianze del suo passato.

#### Gastronomia

Mangiare bene e con sazietà era un desiderio dei nostri contadini che, però, potevano soddisfare solo a Natale, Pasqua e durante le feste patronali. Si mangiava un po' di più degli altri giorni anche quando si lavorava alla semina, alla mietitura, alla raccolta del fieno o alla vendemmia. Alle 9 circa c'era la *stoccia*, una saporita colazione con pane, cipolla e alici (oppure tonno o sarde) e vino. Il pranzo arrivava con la *ca-*

## Cartoline dal Passato

### Roviano



*mistrèlla* portata sulla testa da una donna della casa. Il pranzo era allestito con *maccarunitti* fatti con farina di grano o *scorzasellari* (rigatoni comprati). Abbondanti erano i *cinichi* di carne di pecora nel sugo, il pane e il vino. Comunque, sempre piatto unico. La merenda era fatta di pane e insaccati caserecci di carne suina.

#### La ricetta • L'erbe sarvacine

In campagna si raccoglievano diverse specie d'erbe selvatiche: le *spraine*, i *carrozzi*, le *crispigne*, i *pè'ella vatta*, le *cocce 'e ji léperi*. Dopo essere state lavate si mescolavano dentro la padella con olio, aglio, poca acqua e sale. Venivano mangiate come piatto unico insieme alla pizza di granturco cotta sulla graticola nel focolare, accompagnate da salsicce o aringa, a cena.

#### Le sagre

- *Sagra dei cuzzi* (pasta fatta in casa), 22 luglio.
- *Sagra dei salavaticu* (frittelle), 1° settembre.

#### Il proverbio

*Sotto la neve pane,  
sotto la pioggia fame.*

Inverno nevoso, raccolto abbondante,  
inverno piovoso, fame e carestia.



# Beethoven

## La Quinta Sinfonia

di *Cosimo Cannalire*

Non serve descrivere la sinfonia in oggetto, tanto è integrale al subconscio musicale del romanticismo beethoveniano.

La potenza che l'impregna è una miscela di intensità ed a suo modo omogeneità, scandita da un ritmo tonale che muta da tragedia a trionfo in poche battute.

Andiamo direttamente al punto: chi più di ogni altro ha centrato il messaggio dell'autore?

Ci si può riferire alle esecuzioni storiche (Toscanini, Furtwangler, Szell, Karajan), ma il precipuo scopo di queste interpretazioni era creare un ordine nell'indulgenza musicale che li aveva preceduti.

In alternativa ci sono versioni con cavalleria leggera musicale su strumenti originali (ad esempio Norrington od Antonini) che danno un senso di ascetismo tonale scevro da imbellettamenti romantici del pezzo.

Esiste però un direttore che nel 1974 ha creato un unicum musicale.

Carlos Kleiber ha avuto un rapporto sempre molto problematico con il padre Erich, grande e

rispettato direttore d'orchestra e molto legato al repertorio beethoveniano.

Celebre l'aneddoto durante il soggiorno della famiglia in Argentina in cui il padre intima al figlio intento ad arpeggiare al pianoforte di casa di smettere di suonare dato che un musicista in famiglia era più che sufficiente.

Kleiber si avvicina in maniera circospetta a questo repertorio, data la consanguineità familiare e l'imprinting che ne consegue.

Cosa fa sì che la sua interpretazione sia unica e soprattutto diversa dal canone preconstituito?

Di certo la flessibilità e sensibilità in un continuo dinamismo sonoro mantenendo sempre e comunque la monumentalità del messaggio musicale.

Questa cura per i dettagli ed il livello compiuto di architettura musicale sono possibili solo con un'orchestra del calibro dei Wiener che asseconda integralmente il direttore nel suo intento.

I Wiener sono spesso stati accusati, diversamente da altre compagini di calibro come i Berliner, di suonare bene solo con chi stimano e rispettano; è

evidente che in tale contesto questo è il caso.

Sempre con i Wiener Kleiber lascia una versione della settima di grande impatto, ma è soprattutto l'interpretazione della sesta (eseguita solo una volta dal vivo e fortunatamente catturata su nastro) con l'orchestra di Monaco che ci lascia senza fiato: i

tempi di Kleiber sono opposti alla temperie bucolica di Bohm, ma la tempesta da lui ricreata ha una matrice *sturm und drang* inarrivabile.

Più un pezzo di storia musicale che un disco di musica classica...



Beethoven ha corrotto la musica:  
vi ha introdotto gli sbalzi d'umore,  
ha lasciato che vi entrasse la collera.

*EM Cioran*

# Con tutto il Cuore nello Sport

di Nicola Iacovone

## L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

È definita come una pressione sistolica maggiore o uguale a 140 mmHg e/o una pressione diastolica maggiore o uguale a 90 mmHg, in soggetti che non assumono farmaci antipertensivi (ipertesi sonotutti coloro che assumono farmaci antipertensivi indipendentemente dai valori pressori).

L'ipertensione, nella maggioranza dei casi, non è riferibile ad alcuna causa organica (primitiva o essenziale), oppure (secondaria) è legata a cause ben definite: cardiopatie, malattie endocrine, nefropatie, farmaci, fattori esogeni, ecc.

Nel mondo oltre 1 miliardo di persone ne soffrono: in Europa questa condizione interessa il 30-45% della popolazione adulta (il 60% oltre i 60 anni) e rappresenta la principale causa di mortalità prematura (10 milioni di decessi nel 2015, dei quali 4,9 milioni dovuti a infarto e 3,5 a ictus), rappresenta un importante fattore di rischio anche per scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, nefropatia cronica e arteriopa-

tia periferica (dalle linee guida 2018 della Società Europea di Cardiologia e della Società Europea dell'Ipertensione).

Gli effetti positivi dell'attività sportiva sulla pressione arteriosa sono noti sin dalla fine del 1800. Tali effetti sono la diretta conseguenza degli adattamenti indotti dalla pratica sportiva, soprattutto se aerobica, sul sistema nervoso autonomo e sul



microcircolo sanguigno. Negli atleti si osserva una riduzione del tono simpatico con prevalenza del tono parasimpatico: a parità di lavoro sottomassimale, si evoca una risposta simpatico-adrenergica minore. A livello muscolare si instaura un aumento della

densità capillare (numero assoluto di capillari per mm<sup>2</sup>) e un incremento relativo delle fibre a metabolismo prevalentemente ossidativo (fibre aerobiche). Ad un maggiore sviluppo capillare, consegue una diminuzione delle resistenze vascolari periferiche: maggior flusso a parità di pressione o, mediamente, più bassi livelli della pressione arteriosa.

L'utilizzo dell'attività fisica quale mezzo terapeutico

è stato confermato da numerosi studi tutti volti a documentare una riduzione significativa della pressione sistolica e diastolica sia a riposo che durante il lavoro, con aumento della capacità fisica (da incremento della riserva coronarica e del consumo di ossigeno).

Quali caratteristiche richiede l'allenamento nell'ipertensione?

- **Lavoro muscolare caratterizzato da reclutamento prevalente delle fibre di tipo I** (aerobiche), ossia intensità del lavoro moderata o sottomassimale
- **Lavoro muscolare di tipo dinamico** e non statico (quest'ultimo è caratterizzato da bassa portata cardiaca associata ad incremento dei valori pressori)
- **Coinvolgimento di più gruppi muscolari** (alternando gli arti inferiori con i superiori)
- **Incremento graduale della quantità di lavoro muscolare**
- **Costante e regolare pratica sportiva** (3-4 volte la settimana con sedute ognuna di almeno 40-50 minuti).

Come possiamo notare, sono tutte caratteristiche che si osservano nella pratica di discipline sportive aerobiche (ciclismo, corsa, marcia, nuoto, sci di fondo, ecc.) praticate soprattutto in ambienti aperti.

## LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

È considerata una patologia infiammatoria cronica a basso grado con fasi di attività cicliche di entità variabile, ad eziologia multifattoriale e la cui incidenza aumenta progressivamente con l'età. L'esercizio fisico, così come l'attività sportiva organizzata, assumono un ruolo determinante nella prevenzione primaria della cardiopatia ischemica

e delle malattie cardiovascolari in generale. Oltre tutto, è parte integrante di tutte le misure (igieniche, dietetiche e farmacologiche) volte alla prevenzione secondaria della malattia coronarica.

Infatti, l'attività fisica regolare e controllata, vista come riabilitazione cardiaca, ha lo scopo di ottenere il recupero, il riadattamento ed il reinserimento del malato cardiovascolare ad un normale stile di vita quotidiano, permettendo il raggiungimento di livelli ottimali sotto il profilo non solo fisico, ma anche psicologico, sociale e lavorativo.

Numerosi studi hanno dimostrato la validità che ha l'esercizio fisico regolarmente svolto e opportunamente dosato nel ridurre la mortalità nelle malattie cardiovascolari, nel migliorare la qualità della vita e soprattutto nel controllo dei fattori di rischio (dislipidemie, obesità, tabagismo, diabete, ipertensione, omocisteina elevata, ecc.) nel cardiopatico ischemico. Tutto ciò è dimostrato dal fatto che negli ultimi decenni è stata introdotta, nei soggetti affetti da infarto del miocardio, la prova da sforzo massimale 'precoce' al cicloergometro, come metodo di valutazione prognostica e come elemento individualizzato di prescrizione di attività fisica (in alcuni casi è stata utile anche per controindicarla). Per cui, qualora non vi siano controindicazioni in atto, è opportuno associare alla terapia farmacologica abituale (coronarodilatatori, calcioantagonisti, betabloccanti, ecc.), un programma di esercizio fisico regolare e controllato.

Diversi studi scientifici hanno dimostrato che l'esercizio fisico, opportunamente dosato, ha azione antiaritmica, bradicardizzante e diminuisce favorevolmente la pressione arteriosa. Tali azioni sono legate alla riduzione dell'attività simpatica mediata dalle catecolamine (adrenalina e noradrenalina), con prevalenza relativa dell'attività parasimpatica, ma anche ad una diminuzione dei recettori alfa e



dei recettori colinergici muscarinici (siti in cui le catecolamine agiscono).

Altro effetto positivo è rappresentato dal miglioramento della perfusione vascolare a livello del miocardio e del circolo collaterale nella zona ischemica. A livello periferico si può osservare un aumento del numero assoluto dei capillari e del rapporto capillari/fibre muscolari scheletriche (diminuzione delle resistenze periferiche), associato ad aumento degli enzimi ossidativi e della mioglobina nelle fibrocellule muscolari. A livello metabolico si ha una modificazione favorevole dell'assetto lipidico con riduzione del colesterolo totale e dei trigliceridi, aumento della frazione HDL-colesterolo ed un migliore controllo del livello della glicemia. Quest'ultima azione è mediata dal maggior consumo energetico per compiere attività fisica e dall'aumento del numero dei recettori in cui agisce l'insulina. Altro beneficio è collegato alla funzione piastrinica e al sistema fibrinolitico, per aumento dell'attività del plasminogeno con diminuzione del rischio trombotico (ulteriore fattore preventivo contro l'aterosclerosi).

Nella scelta dello sport da praticare, le attività di resistenza (sport isotonici, aerobici), hanno caratteristiche che le fanno preferire alle altre discipline sportive e nella programmazione individuale bisogna prendere in considerazione l'intensità, la dura-

ta e la frequenza di ogni seduta, al fine di poterne cogliere i migliori profitti sotto l'aspetto cardiologico-riabilitativo.

### **DISLIPIDEMIE E SINDROME METABOLICA**

Durante la pratica sportiva l'organismo umano attinge dai lipidi, in particolare dagli acidi grassi, buona parte della fonte energetica. Tale fenomeno, associato agli altri effetti del training quali la diminuzione del tono simpatico, il mantenimento dei normali valori di pressione arteriosa e l'aumento della sensibilità muscolare all'insulina, concorrono alla riduzione del danno aterosclerotico osservabile nei soggetti praticanti sport aerobici. Nell'esercizio sub-massimale il contributo degli acidi grassi come fonte energetica è superiore al 50% del fabbisogno metabolico. Incrementando l'intensità del lavoro, tale apporto diminuisce gradualmente a favore dei glucidi, i quali rappresentano l'unica fonte nell'esercizio strenuo.

L'utilizzazione degli acidi grassi dipende dal grado di allenamento, dal tipo di dieta utilizzata e dalla durata dell'esercizio. Infatti, si pone la necessità di dover raggiungere un livello soglia di attività motoria per ottenere gli effetti favorevoli sul quadro lipoproteico. Le modificazioni in senso antiaterogeno delle varie frazioni lipidiche indotte dall'allenamento aerobico (diminuzione del colesterolo totale, VLDL, LDL, apolipoproteina-B e trigliceridi, con aumento del colesterolo-HDL e apolipoproteina-A), sono dovute alla maggiore sensibilità del tessuto adiposo all'azione lipolitica dell'adrenalina, all'aumentato trasferimento degli acidi grassi nel muscolo e alla loro utilizzazione nei mitocondri. Tale effetto è maggiormente atte-

so nel paziente che, inizialmente dislipidemico intraprende un programma motorio finalizzato alla riduzione del rischio con minore incorporazione dei lipidi nel tessuto adiposo a favore di un loro maggiore utilizzo a livello muscolare. A parità di sforzo raggiunto, l'utilizzo degli acidi grassi come fonte energetica è maggiore nei soggetti allenati e, per mantenere costante nel tempo la stabilizzazione di questo risultato, è necessaria la continuità del training (dopo 3 giorni di riposo i valori plasmatici di colesterolo e trigliceridi si innalzano nuovamente). Importante rimane pur sempre una dieta ipolipidica come stile di vita, sia negli atleti, che nella popolazione generale.

Per cogliere i migliori benefici, l'attività sportiva dovrà avere una frequenza trisettimanale (meglio se quotidiana), intensità moderata (frequenza cardiaca pari al 60-70% della frequenza massima del soggetto), di tipo aerobico (es.: correre, marciare,

jogging, andare in biciclette, ecc.), della durata di almeno 40/50 minuti ogni volta, preceduta da un congruo riscaldamento muscolare e da un'adeguata fase di recupero (es.: camminare a passo spedito). Ciò permetterà anche di migliorare l'effetto delle terapie ipocolesterolemizzanti sia in prevenzione primaria che secondaria. Tali raccomandazioni sono fondamentali e necessarie anche nella terapia della sindrome metabolica, patologia molto devastante, spesso sottovalutata e in continua crescita, caratterizzata da un quadro polimorfico: obesità addominale, ipertrigliceridemia, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione arteriosa, iperglicemia a digiuno, iperuricemia, disfunzione dell'endotelio vascolare, condizione procoagulativa e pro-infiammatoria, stato di insulino-resistenza (lo sport costituisce una potente arma preventiva, terapeutica e riabilitativa, non farmacologica).

# Una sana alimentazione per la sclerosi multipla



*di Paola Marconi*

La sclerosi multipla (SM) è una patologia cronica, autoimmune e infiammatoria che colpisce il Sistema Nervoso Centrale. È caratterizzata da processi infiammatori perivascolari a livello della Barriera Emato-Encefalica e dalla degradazione della guaina mielinica con compromissione degli assoni.

Fra le cause possibili della SM troviamo una

possibile predisposizione genetica, un'alterata risposta autoimmune, svariati fattori ambientali come infezioni da virus o batteri o intossicazioni da metalli pesanti, il fumo e le abitudini alimentari non corrette.

Infatti, le evidenze di una possibile influenza dello stile alimentare sulla malattia sembrano essere ormai abbastanza chiare.

È probabile infatti che la particolare distribuzione geografica della SM e l'influenza della migrazione sul rischio della malattia siano da relazionare con un impatto ambientale di tipo nutrizionale piuttosto che di natura infettiva o tossicologica.

Nei Paesi Occidentali ad alto reddito in cui è diffusa la SM, lo stile di vita è basato su diete ipercaloriche, ricche di carboidrati raffinati e di grassi saturi di origine animale. Un altro elemento correlato con l'alimentazione e la distribuzione geografica è rappresentato dalla disponibilità di Vitamina D che è minore alle latitudini dove c'è meno esposizione alla luce del sole.

Comunque, il ruolo della nutrizione nella eziopatogenesi della SM è ancora poco chiaro e deve essere dimostrato, tanto che, allo stato attuale, il trattamento della SM non è associato ad alcune diete in particolare.

Noi siamo abituati a considerare il cibo soprattutto in termini di calorie; ma le molecole che ingeriamo hanno la capacità di influenzare in modo diretto il metabolismo delle cellule. Ne deriva che le sostanze nutritive sono in grado di orientare il metabolismo cellulare verso il catabolismo (degradazione e produzione di energia) o verso l'anabolismo (sintesi di nuove sostanze nutrienti).

Le sostanze nutrienti agiscono legandosi a particolari bersagli molecolari della cellula, soprattutto enzimi, recettori nucleari e fattori di trascrizione, che agiscono come sensori capaci di rispondere a variazioni dei nutrienti nell'ambiente cellulare. I fattori di trascrizione e i recettori nucleari attivati si legano al DNA e regolano l'espressione dei geni e il metabolismo dei nutrienti. Quegli stessi sensori hanno anche un

ruolo nella regolazione dei processi infiammatori e rappresentano la chiave molecolare per comprendere come la dieta possa influenzare il decorso di malattia cronica infiammatoria.

I componenti della dieta la cui assunzione deve essere controllata per evitare di favorire i processi infiammatori in malattie come la SM sono soprattutto: **acidi grassi saturi di origine animale, grassi e proteine del grasso del latte di mucca, acidi grassi insaturi idrogenati trans, carni rosse, bevande zuccherate, eccesso di zuccheri e alimenti poveri di fibre, sale in eccesso nei cibi.**

Gli acidi grassi di origine animale si trovano in alimenti come il latte intero, il burro, il formaggio, la carne, le salsicce, ecc... Nel 1950, Swank propose che il consumo di grasso animale saturo fosse legato direttamente con la frequenza della SM, ma solo nel 2003 fornì dati certi per correlare la restrizione dell'assunzione di grasso animale alla remissione della SM. Egli attribuì gli effetti nocivi dei grassi saturi alla formazione di grossi aggregati che potevano ostruire i piccoli capillari e contribuire alla malattia.

Sappiamo anche che l'assunzione di grassi saturi è legata anche alla diminuzione della fluidità delle membrane e all'aumento della sintesi del colesterolo. Studi recenti indicano che l'azione dei grassi saturi è controllata a livello trascrizionale ed influenza l'espressione genica, il metabolismo cellulare, lo sviluppo e la differenziazione della cellula. Ancora, l'assunzione di acidi grassi di origine animale è collegata ad un'elevata assunzione di calorie ed alla lipogenesi. Tutto questo porta ad una variazione qualitativa e quantitativa della microflora batterica intestinale allo scopo di estrarre e depositare



più energia dalla dieta e di inibire il catabolismo.

Gli acidi grassi idrogenati, presenti ad esempio nelle margarine, in grassi vegetali trattati e nelle merendine, sono acidi grassi *trans*, a differenza degli acidi grassi naturali che sono *cis*. I *trans* interferiscono con il metabolismo degli acidi grassi insaturi ed innalzano i livelli dei marcatori dell'infiammazione sistemica.

Le carni rosse contengono più ferro eminico delle carni bianche. Il ferro viene nitrosilato e ciò facilita la formazione di nitroso-composti endogeni mutagenici che danneggiano il DNA. La carne trattata con nitriti fa aumentare ancora di più il rischio.

L'alimentazione di tipo 'occidentale' è arricchita da bevande spesso zuccherate. Assumere queste bevande fa crescere rapidamente l'introito calorico giornaliero, e l'assunzione contemporanea di carboidrati raffinati porta ad un minore consumo di fibre che rivestono un ruolo fondamentale nel contrastare l'infiammazione. Un pasto ricco di zuccheri e carboidrati raffinati fa aumentare i livelli di insulina. Questa attiva la biosintesi dei grassi e delle molecole pro-infiammatorie, favorendo anche la produzione di acido arachidonico e dei suoi derivati

pro-infiammatori.

Ci sono molti composti naturali che si possono assumere con la dieta e che hanno potere antiossidante. Lo stress ossidativo è una delle più importanti componenti del processo infiammatorio che porta alla degradazione della mielina e al danno assonale. In questa ottica, un'alimentazione ricca di antiossidanti può mostrarsi utile per cercare di ristabilire un giusto equilibrio fra la formazione e la distribuzione dei radicali liberi nel corso della malattia. Gli antiossidanti della dieta rivestono un ruolo capace di contrastare gli effetti negativi degli agenti microbici e degli acidi grassi saturi o *trans*, limitando quindi l'espressione di molecole pro-infiammatorie, lo stress ossidativo e l'angiogenesi.

I più importanti antiossidanti naturali sono i **polifenoli** e i **carotenoidi**. Condividono notevoli proprietà anti-infiammatorie con altre molecole non antiossidanti e la vitamina D. Molto utili sono anche gli elementi come selenio, magnesio e zinco.

Polifenoli e carotenoidi sono presenti nei vegetali, nelle spezie, nelle erbe, nella frutta e nel vino; essi sono capaci di interagire con diversi enzimi, recettori nucleari e fattori di trascrizio-

ne, influenzando in modo rilevante il metabolismo cellulare in fisiopatologia. I polifenoli più importanti sono la **quercetina**, il **resveratrolo**, la **curcumina**, l'**idrossitirosolo**, le **catechine**. Tra i carotenoidi, il più importante è il **licopene**.

La quercetina si trova nelle cipolle, nelle mele, negli agrumi e nel vino. Essa ha attività antiinfiammatoria, immunomodulante ed antivirale e riduce la proliferazione delle cellule mononucleate del sangue periferico. Il resveratrolo si trova nel vino rosso, nella cioccolata, nelle arachidi, nelle bacche e nell'uva nera. Esso ha un effetto neuroprotettivo, proprietà anticancerogene ed antiinfiammatorie. Protegge il sistema cardiovascolare.

Il licopene è un carotenoide che si trova nel pomodoro, nell'anguria e nel pompelmo rosa. È un antiossidante più potente del betacarotene e della vitamina E. Ha effetti protettivi nei

confronti del cancro.

In ultimo, ma non come importanza, abbiamo la grande alternativa agli acidi grassi saturi di origine animale che sono gli acidi grassi insaturi e poliinsaturi che sono presenti nei vegetali, nel pescato e nell'olio di pesce. Fra tutti gli olii vegetali, l'olio di oliva è da preferire all'olio di semi per il suo ottimo rapporto fra acidi grassi saturi e insaturi e perché contiene un potente antiossidante: l'idrossitirosolo.

Per concludere, va considerato che la dieta non riguarda solo l'assunzione di sostanze 'buone' o 'cattive', ma ciò che decisamente fa aumentare il rischio di malattie infiammatorie croniche è l'**assunzione eccessiva di calorie**. La restrizione calorica, invece, protegge dalle malattie neurodegenerative nei modelli animali e potrebbe essere efficace nel contrastare la progressione della malattia stessa. Essa induce una diminuzione del danno ossidativo.



La vita è troppo breve per rischiare di mangiare male.

*Simone Nardone*

# Medicina nella Roma antica

di Anna Maria Panattoni



Il termine ‘medico’ si collega, nel mondo latino, alla voce verbale *medeor* = mi prendo cura: da qui, le origini di quelle che poi diventeranno la scienza moderna e la missione assistenziale di chi esercita la professione sanitaria.

In origine, nella Roma antica, non esistevano medici, ma chi tutelava la salute era il *pater familias* che decideva, fra tradizione e magia, a quali rimedi ricorrere. La pratica comune, tramandata di padre in figlio, consisteva, ovviamente, nell’avvalersi di prodotti naturali, traendo dal mondo vegetale, animale e minerale sostanze per filtri e applicazioni.

I primi medici – a quanto riporta Plinio il Vecchio (*Nat. Hist.*, XXIX, 1-27) – sarebbero giunti nell’Urbe dalla Grecia, portando il loro bagaglio di conoscenze e di esperienza; pochi nomi noti di clinici si riconducono anche alla Palestina e all’Egitto: il consulto delle grandi personalità esterne era riservato tuttavia ai personaggi eminenti e alle famiglie patrizie del mondo romano.

In età imperiale esistevano i ‘medici di corte’, architri personali dell’imperatore e della *domina*.

È noto che Giulio Cesare avesse agevolato il trasferimento di medici a Roma, concedendo loro la cittadinanza e assicurando importanti privilegi. In tal modo dal I secolo a.C. ci furono un rilancio e uno sviluppo dell’Arte. Costituiscono importante documentazione il *De medicina* di Aulo Cornelio Celso (14 a.C. circa – 37 d.C. circa) e il *De materia medica* composto da Dioscoride Pedanio (40 – 90 d.C. circa), così come fondamentali le numerosissime opere di Galeno (129-201 d.C.), originario di Pergamo, medico personale di Marco Aurelio e Commodo.

In linea generale però chi assisteva i malati delle classi più basse era – nel migliore dei casi – un guaritore, spesso un praticone che faceva esperienza da autodidatta o consultando i testi che circolavano o nelle botteghe

dei più famosi – le *tabernae medicorum* o *medicinae* – e talvolta anche un ciarlatano. Tutti costoro, al contrario dei medici blasonati, esigevano onorari accessibili anche a tasche modeste.

L’idea di malattia, nell’antichità, era spesso collegata alla punizione divina – tanto più quando le patologie erano estese –, dal momento che, in assenza di strumenti diagnostici, si ignoravano sia le origini dei mali sia i metodi di cura. In cerca di una liberazione dai morbi si ricorreva all’invocazione delle divinità con sacrifici, offerte e preghiere.

Mancando i concetti moderni di diagnosi e prognosi si andava spesso per tentativi alla ricerca di mali e cure. I sintomi non erano sempre ben riconosciuti e talora non erano catalogati e/o catalogabili, a meno che non si trattasse di epidemie, evenienze in cui, in contemporanea, tutti manifestavano gli stessi disturbi macroscopici.

Nel tentativo di ricostruire nella Roma antica i fattori eziologici delle patologie è bene considerare che molte malattie erano riconducibili all’alimentazione, alle attività svolte e allo stile di vita o erano imputabili alle scarsissime accortezze igieniche.

Va evidenziato *in primis* quanto fosse diffuso il consumo di cibo fermentato e come gli alimenti potessero essere conservati in luoghi e in condizioni igieniche non adatte: potevano dunque facilmente andare a male oppure essere contaminati. L’assunzione di verdure, spesso crude, provocava l’ingestione di parassiti depositatisi sulle superfici dei vegetali, principalmente attraverso le deiezioni umane e animali.

Dall’assunzione di acque non sempre pulite derivava spesso la dissenteria; la mancanza di sostanze e di metodi capaci di abbassare la carica batterica dell’acqua rendeva il veicolo idrico uno dei principali vettori delle infezioni. Non va dimenticato che nelle abitazioni private non esisteva l’acqua corrente e che i rifiuti organici venivano scaricati in strada o convogliati in fogna attraverso canali a cielo aperto.

Non immuni dalle infezioni erano anche la pelle e gli occhi.

Dai costumi della vita romana derivava il saturnismo, malattia legata all’uso comune di contenitori in piombo e all’abitudine di aggiungere al vino sali di piombo per renderlo più dolce; le infezioni alle vie urinarie e le malattie veneree, contratte spesso nei lupanari (è nota la diffusione della gonorrea), erano legate alla scarsa igiene.

Erano contesti poco salutari, dal I sec. a. C., anche le latrine pubbliche in cui, tra l’altro, era in comune l’uso dello *xylospongium*, definito anche *tensorium* (antenato dello scopino moderno): un bastone, alla cui estremità era legata una spugna, usato per pulire le latrine e il corpo, in assenza della carta igienica; esso rappresentava uno strumento di evidente trasmissione batterica così come forse i brandelli di stoffa utilizzati per il medesimo scopo.

I Romani conoscevano anche polmonite, meningite, difterite, tetano e, addirittura, in età imperiale, patologie da stress.

È nota inoltre la diffusione di morbillo, tubercolosi (dal I secolo d.C.), malaria (*alias* febbre di Roma), influenza, colera, brucellosi, dengue, rabbia, lebbra, tifo esantematico, vaiolo e peste bubbonica, anche se con la generica definizione di peste si definiva ogni forma di epidemia.

Grande paura destò la *peste Antonina* o *Aureliana* o *peste di Galeno*, pandemia probabilmente di vaiolo, diffusa e trasmessa dai soldati di Roma reduci dalle campagne militari contro i Parti. Le fonti la descrivono caratteriz-

## Salute & Storia



zata da febbre alta, pustole cutanee nere, lesioni nel cavo orale e in quello faringeo, tosse, vomito, alito fetido, ulcerazioni vescicali, insonnia e disturbi psicologici.

Nei contesti più poveri e più sporchi o tra i soldati non era raro trovare zecche e pidocchi.

Dal confronto della documentazione letteraria con i risultati degli esami effettuati e degli studi condotti dalla Società italiana di ortopedia e traumatologia (S.I.O.T.) su un ampio campione di resti ossei di età imperiale (I-III d.C.), è confermato che i Romani conoscessero inoltre artrosi, gotta, tumori primitivi delle ossa e metastasi e che fossero spesso sopravvissuti agevolmente a varie tipologie di fratture ossee, dal momento che erano padroni delle tecniche per manipolare, ridurre e fissare con stecche le parti lese. Indagini condotte nei contesti delle latrine e sui resti fecali hanno testimoniato invece la presenza di numerosi parassiti e vermi intestinali.

Sono attestate le pratiche di esecuzione di bendaggi e fasciature nonché di suture per le ferite e, se non la legatura dei vasi, almeno la temporanea chiusura di essi con pinzette a dentelli. È documentata la pratica chirurgica, come confermato da Celso e dall'ampia strumentazione rinvenuta nelle campagne di scavo: gli interventi di resezione degli arti (a seguito di ferite di guerra o gangrena), quelli di trapanazione del cranio e quelli alle varici, l'eliminazione della cataratta, le litotomie e gli interventi collegati al parto (è conosciuta la figura dell'ostetrica).

È noto l'uso di sonde e di cateteri, usati anche per drenare i liquidi addominali, così come di protesi dentarie fisse.

Prime strutture sanitarie, veri e propri ambulatori, erano i *valetudinaria* (cfr. Columella, *De re rustica*, XII, 38, XV, 1), presenti nelle *villae*, nei *ludi gladiatorii* (palestre dei gladiatori) e negli ambienti militari, dove ovviamente occorreva impiantare 'ospedali da campo' e far convenire persone che fossero in grado di portare cura e conforto ai combattenti.

Non era purtroppo raro che i pazienti, dopo essersi affidati alle cure mediche, fossero ridotti in fin di vita o versassero in condizioni peggiori rispetto a quelle di partenza. Tuttavia, in assenza di autorità preposte a vigilare sull'operato e sulle prestazioni sanitarie, malgrado le disposizioni di legge dei secoli III-I a.C., che evidenziavano le responsabilità di chi non si fosse ben preso cura dei malati, si poteva far conto sulla moralità e sull'impegno autentico dei medici attraverso il solo rispetto del *Giuramento di Ippocrate*, testo deontologico inossidabile.

*Si ringraziano:*



Daiichi-Sankyo



*La redazione di Spels Academy ricorda a tutti, in questo momento delicato, di rimanere a casa rispettando le norme e vedrete che...*





*Pierre Auguste Cot*  
*Primavera*  
*Metropolitan Museum of Art (New York)*

**PROGETTO GRAFICO**  
*Eleonora Semprini e Lorenzo Semprini*