

R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

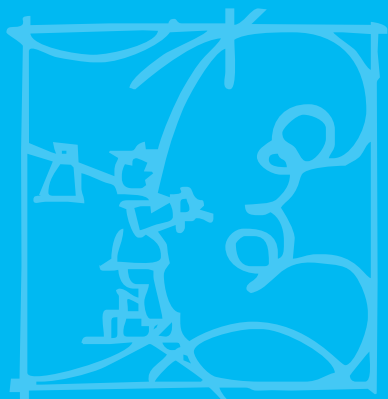
Rene&Salute

ANNO XXXI - APRILE 2016 - N. 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38122 Trento - Via Sighele, 5 - Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Trento - Stampa: La Reclame s.n.c., Trento



- Onorare il giuramento di Ippocrate
- La giornata mondiale del rene
- La malattia dei legionari
- Si discute sull'impiego terapeutico della cannabis
- Insufficienza venosa cronica agli arti inferiori: decalogo della prevenzione e principi di terapia
- Seconda Giornata Trentina delle Malattie Rare
- Il piccolo parassita che fa ancora paura
- L'informatizzazione nella dialisi peritoneale
- Malattie renali degenerative: la testimonianza di una paziente
- Notizie dall'Associazione
- C'erano una volta due galline...
- Robot e Gentiluomo
- Quando le donne "vanno dove vogliono"
- Come un tango Borges e Ariosto
- Aforismi d'autore: Friedrich Nietzsche
- Corrispondenza d'amorosi sensi
- Un ritorno alla natura nella vita alternativa di Frieda e Lawrence
- Il mese di maggio nell'iconografia
- Micologia... che passione!



Rene&Salute

**Trimestrale d'informazione
e cultura dell'Associazione
Provinciale Amici della Nefrologia
(A.P.A.N.) - Anno XXXI - N. 1/2**

EDITORE:

A.P.A.N. - Presidente dott.ssa Serena Belli
Vice Presidente dott. Giorgio Postal
Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Sped. in abb. postale - Pubblicità inf. al 50%

DIRETTORE RESPONSABILE:

Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE:

Aldo Nardi

**DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE
E PUBBLICITÀ:**

38122 Trento - Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 - apan.tn@alice.it

REDAZIONE:

Serena Belli, Cristina Comotti, Antonio Fondriest, Aldo Nardi, Maria Ruggio

COLLABORATORI:

Danila Bassetti, Roberto Bettini, Cristina Borin, Donata Borin, Iole Caola, Patrizia Carotenuto, Cristina Comotti, Anna Dalprà, Anna Maria Ercilli, Marco Floriani, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Salvatore Marà, Annalisa Pedrolli, Fabio Rosa, Fiorenza Soli, Ilaria Zulian.

GRAFICA E STAMPA:

Tipolitografia La Reclame s.n.c. - Trento

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di aprile 2016.

La quota annuale di iscrizione all'Apan come socio è di Euro 15,00, come socio benemerito è di Euro 40,00, da versare sul C/C postale n. 10428381.

L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento a «RENE&SALUTE».

La pubblicazione, anche parziale, di articoli, foto e grafici è consentita solo se accompagnata da citazione della fonte. Rivista abbonata a «L'eco della Stampa».

In copertina:
Silvia Turri
"Pure focus"

SOMMARIO

- 3** **Onorare il giuramento di Ippocrate**
a cura di Serena Belli
- 5** **La giornata mondiale del rene**
di Cristina Comotti
- 8** **La malattia dei legionari**
di Iole Caola e Serena Belli
- 11** **Si discute sull'impiego terapeutico della cannabis**
di Fiorenza Soli
- 14** **Insufficienza venosa cronica agli arti inferiori: decalogo della prevenzione e principi di terapia**
di Roberto Bettini
- 17** **Seconda Giornata Trentina delle Malattie Rare**
di Annalisa Pedrolli
- 19** **Il piccolo parassita che fa ancora paura**
di Danila Bassetti
- 22** **L'informatizzazione nella dialisi peritoneale**
a cura di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini e Ilaria Zulian
- 25** **Malattie renali degenerative: la testimonianza di una paziente**
a cura di Cristina Comotti
- 28** **Notizie dall'Associazione**
a cura di Cristina Comotti
- 30** **C'erano una volta due galline...**
di Donata Borin
- 32** **Robot e Gentiluomo**
di Aldo Nardi
- 34** **Quando le donne "vanno dove vogliono"**
di Anna Maria Ercilli
- 36** **Come un tango Borges e Ariosto**
di Fabio Rosa
- 39** **Aforismi d'autore: Friedrich Nietzsche**
di Luisa Pevarello
- 40** **Corrispondenza d'amorosi sensi**
di Patrizia Carotenuto
- 42** **Un ritorno alla natura nella vita alternativa di Frieda e Lawrence**
di Salvatore Marà
- 46** **Il mese di maggio nell'iconografia**
di Cristina Borin
- 48** **Micologia... che passione!**



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

sostieni APAN CON IL TUO 5X1000
codice fiscale: 96006150229

Per chi volesse contattarci:

**E-mail: apan.tn@alice.it - Tel. 0461 914 206 - Via Sighele, 5 - Trento
mercoledì ore 9.00-11.00**

*Intervista al dottor Marco Ioppi,
Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Trento*

ONORARE IL GIURAMENTO DI IPPOCRATE

a cura di Serena Belli



Dott. Marco Ioppi

Io credo che la professione medica stia attraversando un momento molto delicato, d'altra parte non si dice spesso così, di molte situazioni? Quindi, per indagare da vicino in cosa consista questo momento delicato, abbiamo pensato di chiederlo direttamente alla persona che più dovrebbe essere in grado di darci delle risposte su questi massimi sistemi: il Presidente dell'Ordine dei Medici di Trento, dottor Marco Ioppi. Il dottor Ioppi vanta una lunga carriera ospedaliera, conclusasi come Direttore della U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Rovereto e Direttore del dipartimento materno infantile ed è stato eletto presidente dell'Ordine nel 2014. Credo quindi che abbia le carte in regola, per darci un po' di risposte e fare un po' di chiarezza su alcuni temi scottanti.

Dottor Ioppi, grazie della sua disponibilità a rispondere a qualche quesito, che interessa sicuramente i nostri lettori, molti dei quali sono dei colleghi medici. Ma passiamo subito alla prima domanda. Ha ancora un senso avere un ordine professionale?

Nato 100 anni fa l'Ordine non è una istituzione superata, ma ancora viva e importante per il cittadino e per la società perché ha il compito di mettere in condizione il medico di svolgere al meglio il suo dovere e di indicare i valori che devono guidare il suo agire quotidiano. L'Ordine sancisce ed è garante di un patto di fiducia e di responsabilità nei confronti dei cittadini.

Quali sono i ruoli e le funzioni del medico nella società attuale?

Stare dalla parte delle persone, tutelare il loro benessere e prendersi cura della loro salute. Senza nulla togliere a tutte le altre professioni, quella del medico è di gran lunga la più importante, perché riguarda quello che di più prezioso una persona ha nella vita: la salute.

In una sua relazione, le ho sentito dire che il medico è talvolta un anello debole, a che cosa esattamente si riferiva?

La società di oggi che vuole a tutti i costi il risultato, che non ammette insuccessi, che rimuove l'idea di malattia, pretende dalla medicina soluzioni miracolistiche e, nel caso di eventi avversi, dubita e sospetta che l'intervento del medico sia stato appropriato. Il medico ne viene condizionato, teme il confronto con il cittadino e tende a tutelarsi con il prescrivere, ad esempio, esami e accertamenti non sempre necessari, se non a volte pericolosi per il paziente. Le istituzioni non sembrano preoccuparsi del danno che questo atteggiamento comporta e la società tarda a trovare comportamenti responsabili.

Le ho anche sentito dire che il peggior nemico del medico, è il medico stesso. Un concetto che sembra un po' stravagante, ce lo può chiarire?

Un medico, quando non si comporta in conformità ai valori contenuti nel codice di deontologia medica che ha promesso di onorare con il giuramento di Ippocrate, tradisce i tanti colleghi che quotidianamente testimoniano con impegno, dedizione e passione la loro professione.

Mi sembra che talvolta il medico debba assumersi delle responsabilità che non gli competono, in quanto non sono responsabilità proprie della professione medica. Secondo lei è una cosa che si poteva evitare? Quali conseguenze ne sono derivate?

I medici, come tutti i professionisti del sistema sanitario, devono saper interpretare e dare risposte innovative alle continue esigenze di una società in costante cambiamento. Oltre ad essere responsabili della salute dei cittadini, lo sono anche del corretto uso delle risorse nella convinzione che solo con l'appropriatezza si possa salvare il servizio sanitario equo e universale come oggi lo conosciamo. Nel

corso degli anni il medico, purtroppo, ha ecceduto nell'assunzione di responsabilità concedendo all'economia e alla burocrazia quote importanti di autonomia clinica pur sapendo che era mal riposta. L'Ordine, incontrando spesso supponenza se non ostilità, ha ripetutamente denunciato disservizi e inadempienze gestionali e organizzative, inadeguato finanziamento al sistema salute, esistenza di ambienti di lavoro non a norma, organici non adeguati per il blocco del turnover del personale sanitario, turni e orari di lavoro non regolamentari.

Spesso si parla di patto tra cittadini e pubblica amministrazione. Esiste anche un patto tra cittadini e Sanità? E cosa può o deve fare l'Ordine in tal senso?

Il servizio sanitario è il risultato dell'impegno dei medici, ma anche dei cittadini e delle istituzioni. L'Ordine si impegna a tenere vivi nel medico senso del dovere e professionalità, capacità di comunicazione e umanità. Anche i cittadini devono fare la loro parte e devono essere protagonisti e responsabili del buon uso delle risorse, nella consapevolezza che queste non dureranno in eterno e che, con il costo dei servizi, non è possibile dare tutto a tutti. Le istituzioni inoltre devono avere il coraggio di uscire dalla logica del consenso, devono fare scelte chiare, lungimiranti e che tengano solo conto del bene comune. Solo con il concorso fattivo di questi tre attori avremo la possibilità di salvare il servizio sanitario uguale per tutti, evitando il rischio di perderlo irrimediabilmente per vederlo sostituito con un servizio sanitario fatto solo per quei pochi che se lo possono permettere.

Esistono ancora dei principi validi su cui può basarsi la medicina, il medico?

Se non esiste interesse e condivisione per l'altro non c'è relazione e non si può parlare di umanità. Contribuire ad aiutare a nascere, assicurare benessere, ridare salute, alleviare il dolore, dare serenità e stare vicino nei momenti cruciali di vita e sofferenza di una persona che a noi si affida, è un dono che solo il medico può apprezzare se vive la sua professione con passione ed entusiasmo, senso di responsabilità e tanta umanità. Questi sono i principi che oggi più che mai devono far parte del patrimonio di un buon medico.

Parliamo di risorse: mi pare che oggi il medico debba dare il massimo, con il minimo delle risorse. Cosa comporta questo per il cittadino?

Viene da dire che tutto il male non viene per nuocere. Dover fare i conti con la ristrettezza delle risorse può comportare infatti una migliore qualità della relazione medi-

co paziente perché valorizza il racconto della storia del paziente, l'ascolto da parte del medico, la ricerca dei segni e lo studio dei sintomi. Il medico, avendo da ricorrere alla tecnologia con parsimonia, sviluppa capacità investigative per arrivare alla diagnosi e riscopre l'importanza della comunicazione. Il paziente viene fatto più partecipe del percorso che interessa la sua salute e reso protagonista delle decisioni di diagnosi e di cura.

Quindi meno esami, meno tecnologia, se non necessaria, e più comunicazione terapeutica.

Infine, una domanda scomoda: liste d'attesa e libera professione. Lei sa che si tratta di una criticità e che sono due facce della stessa medaglia. Ci può spiegare veramente come stanno le cose?

Recentemente è stato reso noto l'alto grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni ricevute e per il trattamento avuto durante i ricoveri, mentre basso è l'indice di gradimento per le liste di attesa. Questo dato è un riconoscimento di quanto fanno gli operatori sanitari e una dimostrazione di quanto ancora ci sia da fare in termini organizzativi. Per coprire le inefficienze organizzative si incolpa ipocritamente la libera professione. Liste di attesa e libera professione non sono due facce della stessa medaglia. La libera professione interessa del resto una piccola percentuale, circa il 5% di tutte le prestazioni, e viene svolta fuori e oltre l'orario di lavoro, è regolamentata e rappresenta una opportunità qualificata per il cittadino, se ha la possibilità di scegliere. Il problema è tutto qui, la libera professione deve essere una scelta libera del cittadino e non deve diventare l'unico modo per ottenere una prestazione. È intollerabile che diventi una scelta obbligata perché manca un puntuale controllo sulla sua corretta applicazione, perché non è ancora a pieno regime il sistema delle priorità (cioè garantire nei tempi previsti la prestazione a seconda della urgenza), perché chi va in pensione o in maternità non viene sostituito o perché si tarda a far partire un serio progetto di educazione, rivolto a tutti, al buon uso delle risorse.



Cura la tua salute iniziando da bambino

LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE

di Cristina Comotti*



Dott.ssa Cristina Comotti

Il 12 marzo 2016 si è celebrata in tutta Italia, patrocinata dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN) e dalla Fondazione Italiana del Rene (FIR), l'undicesima edizione della Giornata Mondiale del Rene che ricorre il secondo giovedì del mese di marzo. Il tema scelto quest'anno è stato: *“Malattia renale nell’Infanzia, agire precocemente per prevenirla”*. L'obiettivo era sempre: sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della prevenzione o almeno della diagnosi precoce della malattia renale, patologia in continuo

aumento in tutto il mondo che colpisce non solo la popolazione adulta ma anche molti bambini che possono essere a rischio già dalla prima infanzia. Ventisei milioni di americani hanno una malattia renale cronica (MRC); in Italia 2,5 milioni di cittadini soffrono di Insufficienza renale cronica (IRC) e quindi sono dei potenziali candidati alla dialisi e/o al trapianto renale. È quindi di fondamentale importanza incoraggiare l'educazione, la modifica dello stile di vita, la diagnosi precoce per combattere l'aumento delle malattie renali prevenibili e per il trattamento di bambini e adulti con disturbi renali ereditari e/o congeniti ed acquisiti. Nei bambini prevalgono le *glomerulonefriti* (infiammazione del glomerulo; questo è costituito da un gomitolo di piccoli vasi sanguigni arteriosi dal quale vengono filtrati “acqua, sali ed altre sostanze che, se non utili al nostro organismo, verranno poi eliminati come urina attraverso complessi meccanismi interessanti anche il tubulo renale).

La più comune forma di glomerulonefrite (GN) ad esordio acuto (GNA) è la *glomerulonefrite acuta post streptococcica*, dovuta ad un'abnorme risposta immunologica dell'organismo ad una infezione, quella streptococcica, abitualmente a carico della gola o della pelle. Urine color coca-cola, gonfiore palpebrale, ipertensione arteriosa sono i sintomi più comuni. Praticamente scomparsa nelle popolazioni industrializzate grazie al miglioramento delle condizioni socioeconomiche e alla diffusione del trattamento antibiotico, la GNA post streptococcica, con quadri anche di particolare gravità, rimane ancora molto comune nei paesi sottosviluppati, specie nelle comunità rurali e in quelle degli aborigeni: è il caso del Venezuela e dell'Australia dove è causa del 70% dei ricoveri ospedalieri in nefrologia pediatrica. Tra le glomerulonefriti croniche, la *glomerulonefrite a lesioni istologicamente minime* (GNLM) è



la forma abitualmente riscontrata. La GNLM è anche la prima causa di sindrome nefrosica (per l'incapacità del glomerulo infiammato a trattenere le proteine queste passano nelle urine e diminuiscono nel sangue; colla riduzione delle proteine sieriche i liquidi si accumulano nei tessuti e si ha il gonfiore, ossia l'edema). La contrazione della diuresi e l'edema, principalmente localizzato alle palpebre, all'addome e agli arti inferiori, sono i sintomi di comune riscontro. Abitualmente buona è la risposta alla terapia cortisonica anche se sono possibili recidive e casi non responsivi, anche a trattamenti molto aggressivi, che possono portare alla insufficienza renale. Le malattie renali ereditarie del bambino sono rappresentate principalmente da forme a carico del glomerulo e del tubulo renale. Tra le prime sicuramente la più nota è la *Sindrome di Alport*, legata al cromosoma X e quindi trasmessa dalla madre ai figli con particolare gravità nei maschi, caratterizzata dalla presenza di alterazioni renali, uditive (deficit per le alte frequenze, rara la sordità) e oculari (cataratta). Microematuria (sangue nelle urine) e proteinuria (proteine nelle urine) sono abitualmente presenti fin dall'infanzia, la perdita completa della funzione renale si ha tra i 20 e 30 anni. Annoveriamo tra le malattie renali congenite, ossia quelle già presenti alla nascita, le forme interessanti il tubulo renale definite tubulopatie; trattasi di patologie nel complesso rare, con sintomatologia multiforme, dovute alla perdita anormale, con le urine, di acqua e di sostanze utili all'organismo (glucosio, aminoacidi, sodio, potassio, calcio, fosforo...). Segni di disidratazione, inappetenza, arresto della crescita sono i sintomi presentati dal lattante. La diagnosi e le eventuali terapie sono complesse e richiedono l'intervento di centri specializzati in nefrologia pediatrica. Nefropatie (malattie renali) da cause

congenite e/o ereditarie sono anche il *rene policistico dell'adulto ed infantile*, la *malattia cistica della midollare* e il *rene a spugna* che rientrano nelle malattie renali di più frequente riscontro clinico già, a volte, evidenti nel bambino. Per cisti si intende una cavità a contenuto liquido (es. sangue, urina) o semisolido (es. cellule "anomale") di diametro variabile da pochi millimetri a molti centimetri (anche più di 20!). Possono derivare dalle strutture tubulari o glomerulari, dai linfatici o svilupparsi nel contesto di un tessuto tumorale. Il rene policistico bilaterale, tipo adulto, è relativamente frequente (nell'ambulatorio nefrologico dell'Unità Operativa di Nefrologia di Trento sono seguiti più di 400 pazienti) ed è responsabile del 10% circa dei casi di insufficienza renale necessitanti di dialisi o trapianto. È una malattia ereditaria a trasmissione autosomica dominante, ad alta penetranza ma con espressione clinica variabile. I sintomi clinici, infatti possono comparire ad età variabile, dall'infanzia alla vecchiaia. Cisti renali e spesso epatiche, pancreatiche (10%), ovariche, spleniche, tiroidee, ecc. vengono comunemente documentate con le abituali indagini radiologiche. Nel 15% circa dei casi di rene policistico sono presenti aneurismi a carico delle arterie cerebrali; una emorragia cerebrale costituisce la causa di morte in circa il 10% dei pazienti. I segni clinici renali della malattia sono: dolore improvviso e sordo in regione lombare dovuto a rottura, infezione o emorragia di una cisti; a volte il dolore è a tipo colica per l'ostruzione dell'uretere da parte di un coagulo o di un calcolo, infatti i calcoli sono frequentemente presenti dentro le cisti. Durante questi episodi le urine sono visibilmente ematiche (macroematuria).

La funzione renale tende progressivamente a ridursi a partire dai 40 anni portando alla dialisi in circa il 50% degli affetti anche se attualmente, dopo anni di insuccessi terapeutici, si stanno sperimentando farmaci che parrebbero essere in grado di rallentare, se non prevenire, l'ingrossamento progressivo delle cisti preservando quindi la funzione renale. Il rene policistico di tipo infantile è una malattia ereditaria a trasmissione autosomica recessiva caratterizzata da dilatazione cistica dei tubuli collettori, pressoché costantemente associata a gravi alterazioni del fegato (fibrosi epatica progressiva). In rapporto all'età di comparsa dei sintomi si distinguono una forma perinatale, già evidente alla nascita, una neonatale che compare entro il primo mese di vita; ambedue sono caratterizzate da morte precoce per insufficienza respiratoria od epatica o renale. La forma infantile, dove le manifestazioni



cliniche compaiano entro il sesto mese di vita e la trasformazione cistica dei tubuli è circa il 25%, comporta insufficienza renale entro l'epoca dell'adolescenza e grave compromissione del fegato con sviluppo di cirrosi epatica.

L'ultima forma, quella giovanile, caratterizzata da dilatazione cistica dei tubuli inferiore al 10%, è dominata dalla progressiva compromissione epatica mentre l'interessamento renale può rimanere clinicamente silente. La malattia cistica della midollare e la nefronoftisi sono altre due patologie cistiche, la caratteristica delle cisti è quella di esser presenti nella parte più profonda del rene, la midollare renale. Sono forme ereditarie caratterizzate da una rapida e progressiva perdita della funzione renale.

Le malformazioni congenite renali sono molteplici, alcune appaiono evidenti già alla nascita e sono incompatibili con la vita (esempio la mancanza - agenesia - renale bilaterale), altre danno luogo a segni e sintomi clinici nell'infanzia o nella età adulta (esempio la riduzione bilaterale - ipoplasia - di oltre il 50% del tessuto renale comporta insufficienza renale precoce associata a ritardo della crescita e rachitismo), altre, infine vengono evidenziate occasionalmente in seguito ad indagini eseguite in occasione di visite di controllo (check-up, servizio di leva, assicurazioni, ecc. esempio presenza di un solo rene - monorene -).

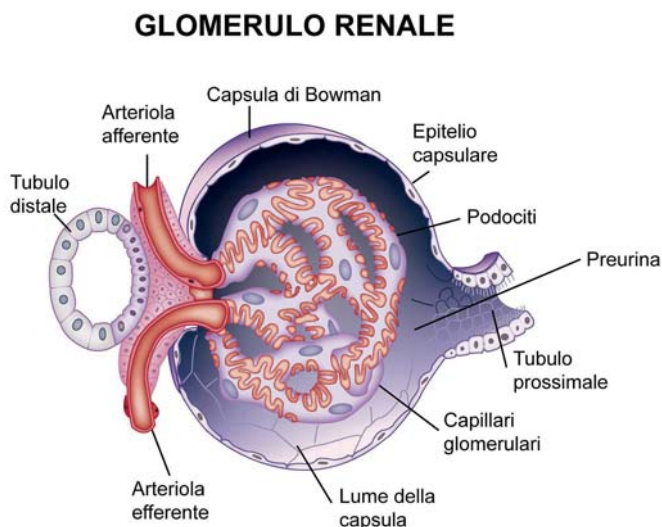
Di particolare interesse, da annoverare fra le malformazioni congenite dell'apparato urinario per la sua frequenza, è il reflusso vescico-ureterale, ossia la risalita dell'urina dalla vescica ai reni per imperfetto funzionamento della valvola vescico-ureterale. In presenza di alterazioni suggestive per infezioni delle vie urinarie ricorrenti quali febbre elevata, dolori addominali, inappetenza, ritardo di crescita, in assenza di altri fattori favorevoli evidenti, dovrebbe sempre essere indagata la possibile presenza di reflusso vescico-ureterale, soprattutto nell'infanzia e in soggetti giovani tramite ecografia renale. Un reflusso vescico-ureterale è infatti presente nel 40% dei casi circa con infezione persistente delle vie urinarie ed è responsabile del 30% dei casi di insufficienza renale cronica al disotto di 20 anni. L'utilizzo sempre più esteso inoltre dell'ecografia renale in gravidanza permette di rilevare precocemente questa anomalia; sarà poi compito del nefrologo pediatra prescrivere un programma diagnostico e terapeutico successivo.

Negli adulti e negli anziani le patologie vascolari e quelle dismetaboliche, ossia la *nefroangiosclerosi* (malattia dei piccoli vasi arteriosi del rene; abitualmente

è secondaria all'ipertensione arteriosa e/o all'arteriosclerosi) e il *diabete* rappresentano i più importanti fattori di rischio per la comparsa della malattia renale. Con l'aumento dei casi di diabete dell'adulto, legato in gran parte all'obesità, diventano sempre più frequenti le lesioni renali secondarie a questa malattia se lo stile di vita non viene modificato, la glicemia non accuratamente controllata e la terapia non seguita correttamente. Attualmente in Italia i pazienti ipertesi sono circa 15 milioni, 5 milioni i diabetici e 10 milioni gli obesi: il 10% di loro è affetto da una malattia renale sconosciuta e ancora potenzialmente curabile. In questi casi il rischio di sviluppare una insufficienza renale cronica è elevato ma quello che ci deve veramente spaventare, a malattia conclamata, è che le complicanze cardiovascolari (infarto del miocardio ed ictus cerebrale) invalidanti e/o mortali precederanno il peggioramento della funzione renale sino alla sua fase terminale e quindi il ricorso al trattamento sostitutivo, dialisi o trapianto renale (per ulteriori informazioni in merito rimandiamo alla rivista RENE&SALUTE 2009, 2011, 2015).

Consigliamo di visionare, sul sito internet della FIR, i video educativi per i bambini allestiti dalla FIR, dalla SIN e dalla Società Italiana di Nefrologia pediatrica (Conosci i tuoi reni. Custodisci il tuo rene. Cosa sono i reni).

* **Dott.ssa Cristina Comotti**
Nefrologa - Trento



In Italia la prima epidemia riconosciuta risale al 1978

LA MALATTIA DEI LEGIONARI

di Iole Caola e Serena Belli*



Dott.ssa Iole Caola

Ogni forma morbosa, causata da specie batteriche appartenenti al genere *Legionella*, viene chiamata legionellosi. Le *Legionelle* sono sottili bacilli Gram-negativi, aerobi, asporigeni, generalmente mobili per la presenza di uno o più flagelli e di dimensioni variabili da 0,3 a 0,9 μm di larghezza e da 1,5 a 5 μm di lunghezza (al contrario in coltura sono frequenti forme filamentose lunghe fino a 20 μm). Si tratta di micro-organismi ubiquitari, in grado di sopravvivere in un ampio range di condizioni, il cui *reservoir* è rappresentato da fiumi, laghi, acqua stagnante, acque termali, pozzi, che hanno buona sopravvivenza sia in ambiente alcalino che acido.

La facilità con cui *Legionella* si riproduce nell'ambiente naturale, in contrasto con la difficoltà a crescere sui terreni di coltura artificiali, è in buona parte dovuta alla capacità di questo batterio di moltiplicarsi all'interno di protozoi ciliati (*Tetrahymena* ad esempio) ed amebe (*Acanthamoeba*, *Naegleria*, *Hartmannella*, ecc.), che costituiscono una fonte di nutrimento e di protezione dalle condizioni ambientali sfavorevoli (temperatura ed acidità elevate, presenza di biocidi, ed altro), grazie anche alla capacità delle amebe di produrre for-

- Età avanzata
- Fumo
- Malattia cronica
- Immunodeficienza
- BPCO
- Diabete
- T. Cortisonica
- Neoplasie
- Dialisi/trapianto

Tabella 1

me di resistenza come le cisti.

Dall'*habitat* naturale è molto facile che la *Legionella* riesca a passare negli impianti idrici degli edifici, negli impianti di climatizzazione, in piscine e vasche idromassaggio, nelle fontane decorative o negli impianti di irrigazione, dove riesce a vivere e moltiplicarsi.

All'interno degli impianti idrici, la *Legionella* può trovarsi sia in forma libera nell'acqua, che ancorata al **biofilm**, cioè ad una pellicola di microrganismi (batteri, alghe, protozoi, virus, ecc.) immersi in una matrice organica, che aderiscono a irregolarità delle pareti interne delle condutture ed altre strutture a contatto con l'acqua, formando delle stratificazioni. All'interno del biofilm la *Legionella* trova sostentamento e riparo da concentrazioni di biocidi che altrimenti sarebbero in grado di uccidere o inibire le forme a vita libera.

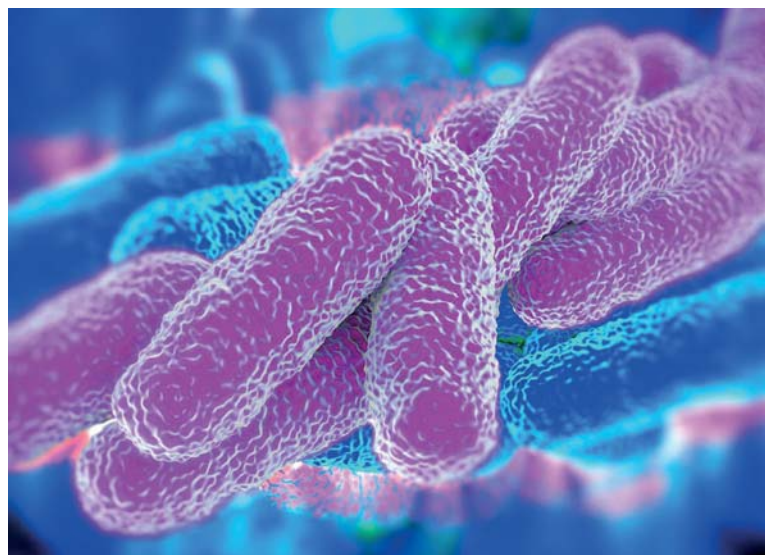
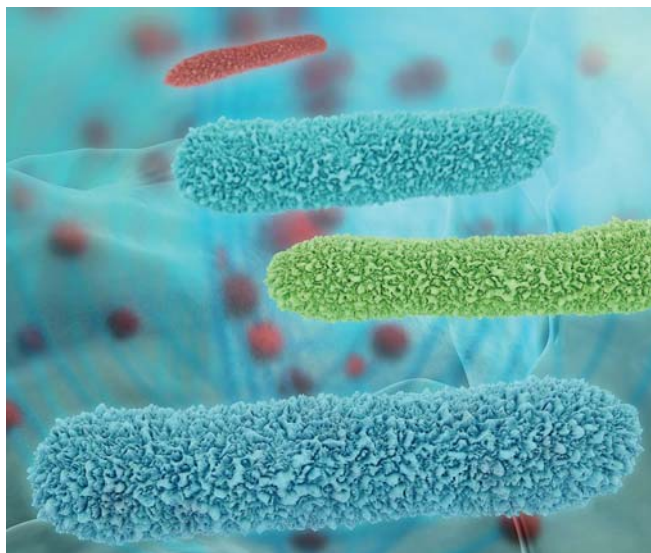
Dall'impianto idrico la *Legionella* penetra nell'ospite attraverso le mucose delle prime vie respiratorie, in seguito ad inalazione di aerosol contaminati provenienti da: docce, vaporizzatori, impianti di condizionamento, umidificatori, apparecchi per aerosol e ossigeno terapia, bagni turchi e saune. Questa è l'unica via di contagio, non essendo mai stata descritta la trasmissione della malattia da individuo ammalato a sano.

Peraltro, non tutte le persone che vengono in contatto con la *Legionella* si ammalano; perché succeda è necessaria una certa suscettibilità che, a sua volta, è secondaria a: fattori di rischio predisponenti (tabella 1), ad una generica suscettibilità individuale, all'intensità della esposizione (carica batterica e tempo di esposizione) ed alla virulenza del ceppo di *Legionella* con il quale l'individuo viene in contatto. Da questo punto di vista, la *Legionella* più virulenta per l'uomo è la specie *pneumophila* (>90 % delle infezioni *Legionella pneumophila* sierogruppo 1 -4- 6 e sierogruppo 1 c.a. 80%).

Dal punto di vista clinico, la legionellosi può presentarsi come una forma influenzale che poco si differenzia da una normale influenza virale, detta Febbre di Pontiac, oppure dalla Malattia dei legionari.

Il nome, davvero curioso, deriva dal fatto che la prima epidemia riconosciuta come tale, si è verificata nel 1976 tra i veterani della seconda guerra mondiale e della guerra in Vietnam (*American Legion*) riuniti presso l'Hotel Bellevue Stratford di Filadelfia. I casi accertati furono 221, su 4000 intervenuti. La mortalità in quella occasione, fu del 14,4 per cento (34 morti). Nello stesso hotel, un paio di anni prima, c'erano stati altri 11 casi di *Legionellosi*, che furono riconosciuti come tali solo in seguito alla epidemia del 1976. Per quanto riguarda l'Italia, la prima epidemia riconosciuta fu quella del 1978, tra un gruppo di ospiti danesi alloggiati in un hotel sul lago di Garda: 3 casi certi, altri 7 molto probabili. L'anno successivo si è verificata un'altra epidemia tra gli ospiti di un hotel a Lido di Savio: 23 casi con 2 decessi.

Tornando ai sintomi della Malattia dei Legionari, sono caratterizzati principalmente da una polmonite ad esordio brusco, mono o bi-laterale. Il periodo di incubazione può variare dai 2 ai 10 giorni, spesso vi sono sintomi e localizzazioni extra-polmonari, come: confusione mentale, nausea, vomito, diarrea, proteinuria ed ematuria, che complicano notevolmente il quadro clinico. La febbre è di regola elevata. I quadri radiologici non sono patognomonici potendosi riscontrare addensamenti di tipo alveolare focali, singoli o multipli, monolaterali o disseminati con o senza evoluzione escavativa, come quadri inizialmente a impegno interstiziale. La polmonite da *Legionella* non ha quindi caratteristiche cliniche che permettano di



distinguerla da altre forme atipiche o batteriche di polmonite comunitaria, né ha stigate specifiche che consentano di sospettarla tra le eziologie di polmonite nosocomiale e/o dell'ospite immunocompromesso. La mortalità secondaria a Malattia dei legionari va dall'1-5 per cento, fino al 15-30 per cento dei casi nosocomiali, cioè casi che si verificano in pazienti che sono verosimilmente defedati, immuno-compromessi, deboli. In queste categorie di persone è possibile che la polmonite vada incontro a complicanze extra-polmonari, che peggiorano il quadro clinico fino a portare a morte.

La diagnosi di laboratorio di legionellosi si basa su: isolamento in coltura da materiale respiratorio (gold standard), ricerca dell'antigene urinario, test immunosierologici, ricerca del DNA con metodi molecolari. Evidentemente, trattandosi di un batterio, la terapia efficace è quella antibiotica; macrolidi (claritromicina, azitromicina) e chinoloni (levofloxacina), sono gli antibiotici di prima scelta per il trattamento delle infezioni da legionella, ma non sempre il quadro ha una evoluzione favorevole, proprio a causa del sopraggiungere di complicanze, che concludono drammaticamente il quadro clinico.

Come si può intuire, le persone trapiantate d'organo (rene ma non solo), che sono in trattamento con farmaci immunosoppressivi ed antirigetto, sono una categoria ad alto rischio di ammalare di Malattia dei legionari, sia a causa della loro condizione di base, che della terapia cui sono assoggettati. In questi pazienti è fondamentale che la diagnosi venga fatta il prima possibile e che la terapia, subito intrapresa, venga prolungata per un tempo sufficiente a debellare lo sgradito ospite.



In realtà la mossa vincente nella lotta contro la Legionella è, come sempre in medicina, la prevenzione. Fermo restando che è praticamente impossibile sterilizzare gli impianti idrici, le piscine, le fontane, gli umidificatori e tutto quello che contiene acqua che può aerosolizzare, possiamo almeno ridurre la carica batterica a valori che siano meno pericolosi per l'uomo. In questo ci aiuta la legislazione vigente che, periodicamente, detta le linee guida da adottare da parte di tutti coloro che gestiscono e sono responsabili di centri di cura come: ospedali, case di riposo, cliniche private, terme, oppure esercizi pubblici: alberghi, B&B, piscine, saune, SPA. Le ultime linee guida sono state emesse e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del maggio 2015.

Ma la legge da sola ovviamente non è sufficiente, infatti bisogna mettere in pratica tutte le direttive emanate con la stessa. Senza entrare nel merito di quello che gli enti interessati dalla legislazione devono attuare, comunque riportato nella *tabella 2*, ricordiamo alcune semplici mosse che ciascuno di noi può fare per ridurre la carica batterica nella sua propria abitazione, infatti non dobbiamo dimenticare che anche nelle nostre case il rischio di contagio non è zero, soprattutto per tutti coloro che appartengono alle categorie a rischio sopra riportate. Ecco dunque che dobbiamo ricordarci di far scorrere per qualche minuto l'acqua, dai rubinetti che non sono stati usati per un certo periodo di tempo, dobbiamo tenere puliti bene da calcare e piccoli detriti tutti i filtri attraverso cui passa l'acqua, non dimenticando i soffioni della doccia e della vasca, dobbiamo infine ricordarci che la temperatura elevata dell'acqua è il peggior nemico della Legionella. Infatti la temperatura della acqua intorno ai 65-70 gradi è in grado di uccidere questo batterio. Ecco quindi che far

Gestione del rischio di Legionellosi:

- Valutazione del rischio, che andrà aggiornata e documentata regolarmente
- Periodicità della valutazione del rischio: ogni anno e quando può essersi modificato (rifacimento impianti)
- Descrizione dettagliata della rete idrica (percorsi, punti di stagnazione, ecc.)
- Effettuare interventi analoghi a quelli delle reti sanitarie (mezzi chimici, fisici, ecc.)
- Pulizia e decalcificazione e sostituzione delle eventuali docce
- Manutenzione eventuali filtri (lavaggio, sostituzione, ecc.)
- Pulizia di vasche, idromassaggio, rimozione del bio-film
- Formazione del personale
- Monitoraggio microbiologico
- Sostituzione o sterilizzazione dei dispositivi individuali per la terapia aerosol

Tabella 2

scorrere acqua molto calda da un rubinetto, per alcuni minuti (2-3 minuti), è sufficiente a ridurre a livelli più che accettabili la carica batterica di una Legionella eventualmente (ma quasi certamente) presente in una conduttura.

* *Dott.ssa Iole Caola*
Specialista in microbiologia



SI DISCUTE SULL'IMPIEGO TERAPEUTICO DELLA CANNABIS

di *Fiorenza Soli**

In questo articolo non si parla dell'utilizzo a scopo "ricreativo" della pianta di cannabis, bensì delle sue potenzialità in ambito terapeutico.

Intanto, qualche informazione tecnica: la cannabis appartiene alla famiglia delle Cannabaceae, rappresentata secondo alcuni da una unica specie, la *Cannabis sativa*, la più diffusa in Occidente, a sua volta comprendente diverse varietà e sottospecie. È una bella pianta, a ciclo annuale, che può arrivare fino a 5 metri di altezza, caratterizzata dalla presenza di esemplari maschili e femminili.

Originaria dell'Asia centrale, è sacra per la popolazione hindu, ed è conosciuta fin dall'antichità, tant'è che residui di questa pianta sono stati ritrovati anche in mummie scoperte in Perù (115-1500 d.C.). Addirittura, secondo alcuni antropologi, il primo ritrovamento risale ad 8000 anni fa. La prima evidenza certa dell'uso di cannabis risale a circa 4000 anni fa, in una regione della Cina, ove ritrovamenti archeologici indicano che la pianta era coltivata per il fusto, da cui si ricavano fibre utilizzate per la produzione di carta, corde e fibre tessili.

Se ne utilizzavano anche i frutti a scopo alimentare, mentre dai semi si ricavava olio da cucina (soprattutto in Nepal). Scarseggiano invece le prove dell'uso di questa pianta a scopo allucinogeno nell'antica Cina, forse perché non noto tale utilizzo, oppure perché riservato a certe caste (probabilmente figure religiose).

In India la pianta era estremamente diffusa e era nota sin dal mille a.C., utilizzata sia a scopo ricreativo che religioso, in quanto le si attribuivano virtù sacre; era, infatti, definita come "sorgente di felicità e donatrice di gioia". Era anche ampiamente usata in ambito medico con diverse finalità: come antibiotico, tranquillizzante, anticonvulsivante, digestivo, antiinfiammatorio, stimolante dell'appetito, antiparassitario, espettorante, etc. Evidenze storiche suggeriscono che la cannabis era utilizzata anche dagli Assiri (IX secolo a. C.), dai



persiani e dai monaci tibetani, i quali se ne servivano per favorire la meditazione e come farmaco. Anche in Arabia era ben conosciuta, tant'è che il famoso medico arabo Avicenna la descriveva come una pianta dalle mille virtù curative.

Sembra che in Europa sia stata portata da invasori Sciti (450 a.C.), provenienti dall'Asia centrale, che la utilizzavano per scopi religiosi e ritualistici, in particolare durante le cerimonie funebri per "mettere allegria". Le popolazioni europee, tuttavia, la impiegavano soprattutto in ambito tessile, mentre i musulmani hanno esteso il suo uso alla produzione della carta, prima in Spagna e poi in Italia.

Arriviamo, infine, al XIX secolo, ove troviamo indicazioni sull'uso medico dei semi, in particolare a scopo omeopatico, ma è grazie all'opera di un medico irlandese, O'Shaughnessy, che aveva lavorato in India, e di uno psichiatra francese, Moreau, che l'uso medico della pianta è stato introdotto in maniera massiccia anche in Europa. Il primo, mentre era di stanza in India, si era interessato alla pianta, aveva studiato la documentazione disponibile, valutato i suoi effetti sugli animali e, infine, aveva esteso tali impieghi alle per-

sone. Da tutto ciò O'Shaughnessy aveva tratto delle conclusioni che sono riassunte in un compendio pubblicato nel 1839, ove erano elencate tutte le malattie trattabili: reumatismi, convulsioni, spasmi muscolari, e molto altro.

Il secondo, Moreau, era solito accompagnare i pazienti psichiatrici in viaggi esotici e durante una di queste spedizioni in Arabia si era accorto che la popolazione locale era ampiamente dedita all'uso di hashish (derivato dalla resina della canapa), la quale produceva effetti sorprendenti. Tornato a Parigi, intorno al 1840, aveva prodotto la sostanza in laboratorio e l'aveva sperimentata, prima su sé stesso e poi sui suoi studenti, realizzando alla fine un trattato sui possibili usi medici della pianta.

Il lavoro di questi due medici ha portato ad un notevole utilizzo terapeutico della cannabis, sono stati organizzati convegni in merito e le ditte farmaceutiche dell'epoca si sono affrettate a produrre ingenti quantità di cannabis, poiché secondo la "Sajous's Analytic Cyclopaedia of Practical Medicine (1924)", essa era di utilità in numerosissime patologie.

Sull'onda di tali pubblicazioni, nacque in quel periodo il Club des Haschischins, di cui facevano parte poeti e scrittori come Alexandre Dumas, Charles Baudelaire, Honoré de Balzac, Victor Hugo e Theophile Gautier. Agli inizi del XX secolo, tuttavia, l'impiego della can-

nabis incominciò a calare, sia per l'imprevedibilità talora dei suoi effetti, sia per l'apparire sul mercato di altri medicinali. Infine ci fu anche una campagna da parte del Federal Bureau of Narcotics (USA) che portò alla formulazione della Marihuana Tax Act Law (1937), secondo cui chi utilizzava la pianta a scopo medico doveva registrarsi e pagare una tassa di 1 dollaro ad oncia, mentre chi la utilizzava per altri scopi doveva pagare 100 dollari ad oncia. Il mancato pagamento comportava una multa cospicua o addirittura la prigione. Ciò chiaramente ne limitò fortemente l'uso.

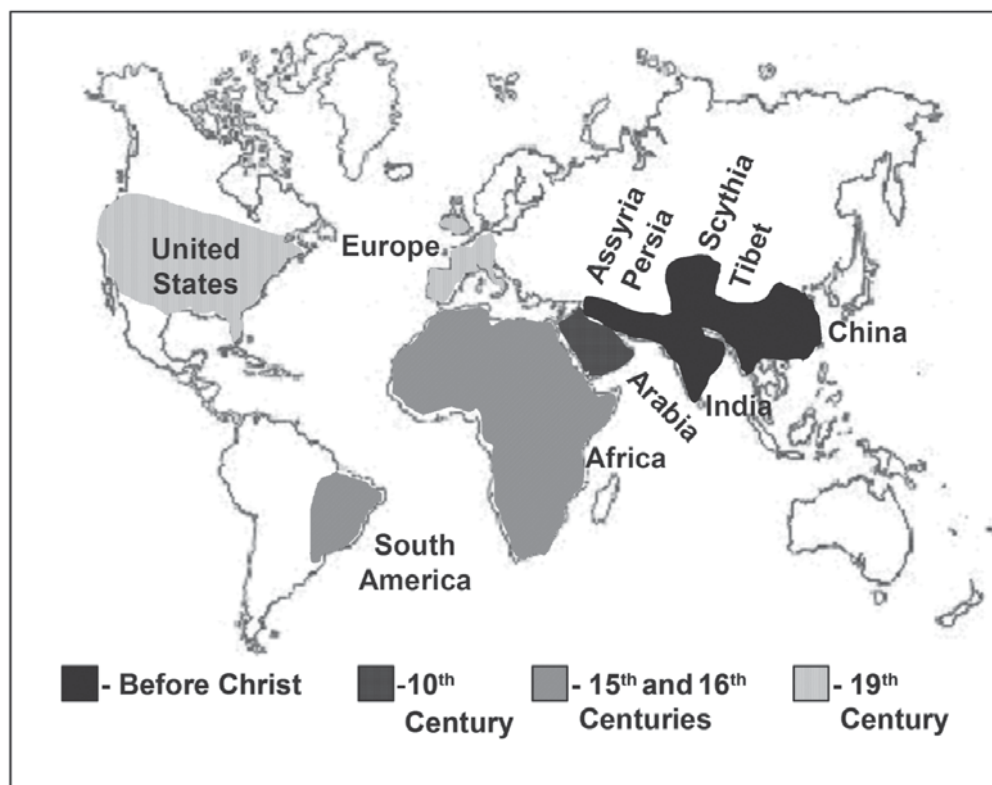
Nel 1941 la cannabis fu definitivamente eliminata dalla farmacopea americana, in compenso, verso la seconda metà del XX secolo esplose nuovamente il suo uso a scopo edonistico.

L'interesse scientifico per la cannabis riprese negli anni '90, con la descrizione ed il clonaggio di specifici recettori per i cannabinoidi presenti a livello del sistema nervoso centrale umano e l'isolamento dell'anandamide, un cannabinoide endogeno, cioè prodotto dal nostro organismo. Ciò ha determinato la ripresa degli studi scientifici della pianta e dei suoi composti, con una notevole produzione scientifica e l'avvio di numerose sperimentazioni, tuttora in corso, sui possibili effetti terapeutici.

Dalla canapa si estraggono almeno 66 composti, noti

come cannabinoidi, tra cui il tetraidrocannabinolo (THC, scoperto nel 1964, che è quello con il maggior effetto psicotropo), il cannabinolo (CBN, che ha effetti allucinogeni solo a dosi assai elevate da essere tossiche) ed infine il cannabidiolo (CBD, che non ha attività psicotropa). Sappiamo che i cannabinoidi determinano, oltre ad una dipendenza nel caso di uso continuativo, anche altri sintomi quali: disturbi dell'attenzione, della concentrazione e della memoria, apatia, disturbi gastrointestinali, ed altro ancora.

D'altra parte il loro uso in studi clinici randomizzati



Utilizzo della cannabis come medicinale

e controllati ha evidenziato i loro effetti terapeutici, in particolare per quanto riguarda le seguenti attività: antispastica, analgesica, antiemetica (soprattutto nei soggetti che effettuano chemioterapia), antinfiammatoria, neuroprotettiva, stimolante dell'appetito (per i pazienti HIV/AIDS positivi), dolore cronico tipico di alcune malattie (fibromialgia, patologie reumatiche, tumori, etc.), ipnotica e anticonvulsivante. Quest'ultima azione riveste particolare importanza per il trattamento di patologie epilettiche non rispondenti ai farmaci convenzionali.

A tal proposito, in America, più precisamente nello stato del Colorado, esistono diverse aziende specializzate nella coltivazione di cannabis (nella maggior parte degli Stati Uniti la coltivazione ed il possesso sono illegali, mentre in questo stato sono ammessi) che cercano di selezionare le varietà con più alta concentrazione di principi benefici e minor concentrazione di quelli nocivi.

In questo Stato si sono trasferite molte famiglie, i cui figli presentano patologie altamente invalidanti, tra cui particolari tipi di epilessie, caratterizzate da crisi convulsive ripetute, fino anche a 100 crisi al giorno, che non rispondono agli anticonvulsivanti tradizionali. Sorprendentemente, si è visto che l'assunzione in forma orale dell'olio ricavato dalla pianta ad alto contenuto di cannabinoidi risolve quasi del tutto le crisi, con notevoli miglioramenti della qualità di vita dei piccoli pazienti.

Certo, da qui ad arrivare a dire che la cannabis è il rimedio ideale per queste patologie è sicuramente azzardato, tuttavia gli effetti positivi sono innegabili.

E la situazione in Italia?

L'uso e la coltivazione non sono consentite (se non ad uso/consumo strettamente personale); attualmente esiste un solo medicinale a base di estratti di *cannabis sativa*, disponibile sul territorio nazionale autorizzato all'immissione in commercio, indicato come trattamento per alleviare i sintomi di pazienti adulti affetti da spasticità, moderata o grave, dovuta a sclerosi multipla, che occorre importare dall'estero. Ultimamente, però, grazie ai numerosi studi ed evidenze scientifiche, oltre che sulla spinta delle associazioni dei pazienti, in data 18 settembre 2015 il Ministero della Salute e il Ministero della Difesa hanno sottoscritto e pubblicato un accordo di collaborazione per l'avvio di un progetto pilota, per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis da parte dello stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. Ciò con la finalità di garantire la

sicurezza dei preparati e di evitare il ricorso a prodotti non autorizzati, contraffatti o illegali. La produzione nazionale di tali fitoterapici consentirà l'accesso a tali terapie a costi adeguati.

Di seguito le condizioni per le quali ne è previsto l'impiego:

- A) analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali;
- B) analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace;
- C) effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
- D) effetto stimolante l'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard;
- E) effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- F) riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Come si può vedere, valutando attentamente le indicazioni, l'impiego farmacologico sarà consentito solo come una seconda scelta, in quei pazienti nei quali le terapie tradizionali sono inefficaci o hanno fallito.

In conclusione, nonostante vi siano evidenze scientifiche promettenti, la cannabis è e rimane comunque una sostanza con effetti negativi anche importanti, da non usare in maniera continuativa e da evitare del tutto in determinate situazioni, come ad esempio la gravidanza. Ribadito ciò, vanno anche sottolineati i suoi numerosi possibili impieghi terapeutici, che devono essere approfonditi e vagliati con metodo scientifico e soprattutto con mente sgombra da pregiudizi e falsi moralismi.

* **Dott.ssa Fiorenza Soli**
Struttura Semplice di Genetica Medica
Dipartimento di Laboratorio
Ospedale Santa Chiara di Trento

INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA AGLI ARTI INFERIORI: DECALOGO DELLA PREVENZIONE E PRINCIPI DI TERAPIA

di Roberto Bettini*

L'insufficienza venosa cronica (IVC) degli arti inferiori, quasi sconosciuta nei paesi del terzo mondo, ha una vasta diffusione nei paesi occidentali. Uno studio della Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare ha stabilito che, nel nostro paese, circa 19 milioni di individui soffrono di IVC, terza patologia per diffusione dopo allergie e ipertensione. Secondo un'altra ricerca pubblicata su

Angiology, l'avanzare dell'età rappresenta un fattore decisivo per l'insorgere del problema: presenta questo disturbo a 35-40 anni il quaranta per cento delle donne e il venti per cento degli uomini, mentre oltre i 60 anni la percentuale sale rispettivamente al sessanta e al trentacinque per cento. L'IVC rappresenta quindi un notevole onere per i servizi di prestazione sanitaria e una importante causa di perdita di ore lavorative



per presenza di manifestazioni quali le **varici** tortuose dilatazioni delle vene che ogni anno richiedono interventi medici o chirurgici per milioni di persone, le **tromboflebiti** e **flebotrombosi** infiammazioni e/o occlusioni venose che determinano rallentamento della circolazione venosa e rischio di embolia polmonare, il **linfedema** difetto del sistema linfatico che determina accumulo di linfa nello spazio interstiziale con cronico gonfiore dell'arto e le **ulcere varicose** lesioni spesso occasionali della cute, cui consegue la formazione di piaghe torpide ed infette ad andamento progressivo e a difficile risoluzione, che nel cinquanta per cento dei casi richiedono terapie prolungate di oltre un anno. Peraltro i primi sintomi della IVC che sono **prurito, parestesie, senso di peso, dolore, gonfiore**, sono precocemente descritti con una prevalenza variabile tra il 18 e il 28% dei pazienti, ma non vengono per lo più considerati sintomi di una malattia vascolare ingravescente e quindi non evocano alcun provvedimento di prevenzione delle manifestazioni maggiori. Prima di affrontare l'argomento prevenzione e terapia della IVC è d'obbligo ricordare al lettore che il sistema venoso degli arti inferiori è composto dal distretto superficiale sottocutaneo della piccola e della grande safena, dal distretto profondo che decorre sotto i potenti muscoli del polpaccio e della coscia e da vene perforanti che mettono in comunicazione i due distretti. Il ritorno venoso dagli arti inferiori al cuore è reso possibile dalla presenza in tutto il distretto venoso di valvole unidirezionali che permettono solo il flusso centripeto ed è promosso principalmente dall'attività dei muscoli della pianta del piede (pompa plantare) e del polpaccio (pompa surale) e dalla funzione respiratoria che attraverso la contrazione e il rilasciamento del diaframma determina una compressione addominale seguita da una depressione toracica che aspira il sangue fino al cuore.

Il decalogo della prevenzione della IVC si propone di contrastare i 10 fattori che risultano determinanti nell'insorgenza della IVC (Tab.1): **1-2-3-4**) consapevolezza dell'importanza di fattori di rischio non modificabili quali familiarità di I grado per IVC per generica predisposizione anatomica, sesso femminile per specifico effetto ormonale, numero delle gravidanze per importante incremento transitorio della pressione endoaddominale, età avanzata per progressivo decadimento della elasticità delle pareti venose con dilatazione dei vasi e conseguente insufficienza valvolare; **5**) riduzione del sovrappeso che promuove la sedentarietà e che aumentando il volume dell'addome agisce

meccanicamente in opposizione alla pompa muscolare sia periferica che toracoaddominale; **6**) adozione di uno stile di vita attivo che, rinunciando ai mezzi di trasporto, privilegi il cammino a passo ampio, vigoroso e veloce per almeno 30 minuti al giorno; **7**) evitare lo stazionamento eretto prolungato o contrastarlo con frequenti brevi cicli di cammino veloce anche sul posto; **8**) evitare lo stazionamento seduto prolungato alzandosi spesso con brevi spostamenti, o contrastarlo con frequenti movimenti sul posto di flessione ed estensione del piede e della caviglia per mettere in funzione la pompa plantare e la pompa surale, non tenere le gambe accavallate; **9**) evitare accuratamente il clima caldo umido, l'esposizione prolungata al sole, lo stazionare in prossimità di fonti di calore, fanghi caldi, sauna, bagno turco, sabbie, bagni per immersione troppo caldi (dopo un bagno passare gli arti inferiori sotto la doccia fredda); **10**) evitare accuratamente di indossare scarpe o stivali con tacco superiore a 5 centimetri, pantaloni e collant stretti, cinture o ventriere troppo oppressive. In aggiunta a questi 10 punti ricordiamo come il **diabete mellito** sia una malattia sociale sempre più diffusa nel mondo occidentale, per eccesso alimentare e riduzione del movimento, dalla quale viene un incremento esponenziale del rischio di complicanze flebologiche per la caratteristica microangiopatia e per la inevitabile predisposizione alle infezioni batteriche, due fattori che predispongono alla temuta ulcera varicosa.

La diagnosi precoce di IVC si fonda sulla clinica e la conferma strumentale si avvale della **metodica ultrasonografica** che permette di verificare il calibro e il decorso delle vene, l'integrità dell'apparato valvolare e la sufficienza del circolo superficiale e profondo.

La terapia della IVC si articola su 3 pilastri: **1) elastocompressione graduata** che contrasta la pressione idrostatica particolarmente elevata nei distretti inferiori in posizione ortostatica e che si avvale di gambaletti, calze a mezza coscia, monocollant, collant particolarmente utili per prevenire il linfedema e le complicanze trombotiche; **2) farmacologia** che si avvale di prodotti topici (per lo più steroidi) allo scopo di ripristinare l'integrità della cute e di altri principi attivi che tendono a migliorare il tono venoso, la permeabilità capillare e il drenaggio linfatico (es. la Frazione Flavonoica Purificata Micronizzata FFMP); **3) interventistica** che in mano all'angiocirurgo può essere l'unico trattamento risolutivo purché effettuato precocemente cioè prima della comparsa di alterazioni irreversibili.

Validi coadiuvanti del trattamento farmacologico e/o chirurgico possono essere considerati: **A) pressoterapia** che viene effettuata con manicotti pneumatici gradualmente pressurizzati (max 30-40 mm hg) posti sugli arti interessati da cellulite o linfedema nell'intento di favorire la progressione centripeta del liquido interstiziale e il **B) linfodrenaggio manuale** praticato da massaggiatori esperti secondo la tecnica di Vodder (1936) modificata da Leduc (1978) mediante una attivazione-stimolazione manuale delle principali stazioni linfatiche del corpo ed un successivo massaggio drenante degli arti interessati che tende per favorire in maniera fisiologica il deflusso del liquido e quindi la sua eliminazione.

La Balneoterapia termale merita una considerazione a parte per le sue vaste implicazioni. Con l'utilizzo di acque minerali, associa alle proprietà aspecifiche dell'acqua (temperatura, pressione, movimento attivo e passivo in immersione) gli effetti specifici (crenoterapici) biologici e terapeutici esercitati dai mineralizzatori che rendono la sua composizione chimico-fisica peculiare (Tab. 2).

La balneoterapia nella IVC si avvale di **A) Idromassaggio termale** metodica massoterapica che sfrutta la pressione esercitata da getti di acqua minerale in vasche singole dotate di bocchette multiple dalle quali l'acqua mista ad aria a volte arricchita con ozono, esce a pressione sufficientemente elevata e i getti sono orientati in direzione centripeta, dalla pianta del piede al torace per favorire la circolazione sanguigna di ritorno; **B) Percorso flebologico termale** metodica attuata in vasche molto vaste, divise in due sezioni di andata e ritorno a temperatura calda e fredda (24 e 34 °C nelle due sezioni contigue), con altezza dell'acqua di 90 cm, che possono essere dotate di bocchette orientabili poste a diversa altezza. Si unisce così all'effetto crenoterapico il vantaggio dell'azione della pompa muscolare, quello tonificante della temperatura alternata e quello stimolante dell'idromassaggio con indubbi vantaggi soggettivi ed obiettivi.

L'esercizio fisico è elemento fondamentale in ogni fase della malattia con esclusione della presenza di complicanze acute e si realizza nella sua modalità più semplice e realizzabile quotidianamente con il cammino in piano a passo ampio, vigoroso, veloce, per periodi il più possibile prolungati e con modalità variabili secondo il gradimento individuale. A questo proposito appare particolarmente efficace la pratica frequente e regolare del **Nordic Walking** in quanto disciplina coinvolgente il novanta per cento dei no-

stri muscoli, ma di facile apprendimento in quanto consistente nel recupero della camminata naturale e perciò stesso praticabile da tutti, ovunque e in tutte le stagioni con vantaggi incalcolabili sul piano del mantenimento della forma fisica, della salute in generale e della insufficienza venosa cronica in particolare.

Il contesto Termale risulta certamente ideale per sperimentare l'azione sinergica della balneoterapia associata alla pressoterapia e al linfodrenaggio manuale qualora indicato e per produrre quel cambiamento di stile di vita che, facendo leva su cardini quali dieta ipocalorica, calo ponderale, corrette pratiche di igiene quotidiana, movimento attivo, offre i maggiori vantaggi nella prevenzione, nel trattamento e nella riabilitazione postchirurgica delle flebopatie.

Tab 1) Fattori di rischio dell'IVC

- Familiarità di I grado
- Sesso femminile
- Numero delle gravidanze
- Età avanzata
- Obesità
- Sedentarietà
- Stazionamento eretto obbligato
- Stazionamento seduto obbligato
- Esposizione prolungata al calore
- Abbigliamento costringente o tacchi >5 cm

Tab 2) Effetto Crenoterapico delle acque termali

- Salsobromoiodiche, facilitano la risoluzione dell'edema
- Solfuree esercitano spiccata azione antiinfiammatoria
- Solfato calciche, stimolano la contrattilità venosa
- Arsenicali ferruginose azione tonica, stimolante
- Radioattive azione sedativa, analgesica e antispastica
- Bicarbonato Calcio Magnesiache debolmente Radioattive della Sorgente di Comano che esercitano azione antiedemigena, antisettica e antinfiammatoria unica anche per la presenza del microbiota che può influire sulla flora batterica cutanea favorendo il trofismo della cute.

* **Dott. Roberto Bettini**
Cardiologia Riabilitativa e Preventiva

SECONDA GIORNATA TRENTINA DELLE MALATTIE RARE

di Annalisa Pedrolli*



Dott.ssa Annalisa Pedrolli

Anche quest'anno, in occasione della IX Giornata Mondiale delle Malattie Rare del 29 febbraio scorso, la collaborazione tra il Centro Provinciale di Coordinamento per le Malattie Rare di Trento e le associazioni che a vario titolo si occupano di malati rari sul territorio provinciale (ca. una ventina), coordinate dall'associazione Emofilici Trentini "Gabriele Folgheraiter", ha portato alla organizzazione della II Giornata Trentina delle Malattie Rare, promossa dallo slogan internazionale "Unisciti a noi per far sentire la voce delle malattie rare".

La Giornata è stata preceduta da una intensa campagna pubblicitaria radiofonica, che ha coinvolto alcune radio locali (Dolomiti, RTT, NBC, Anaunia, DIGIONE, Gamma, Radio80 e Trentino In Blu), che hanno trasmesso per ben 350 volte uno spot gentilmente registrato per noi dalla band trentina Bastard Sons of Dioniso.

Quest'anno abbiamo voluto coinvolgere il mondo scolastico, con lo scopo non solo di sensibilizzare gli studenti, ma anche di gettare i primi ponti di collaborazione Sanità-Scuola in tema di malattie rare, nell'ottica di informare per migliorare l'integrazione scolastica degli alunni con malattia rara. Gli studenti in particolare sono stati invitati a produrre, entro la fine dell'anno scolastico, un lavoro concreto (una locandina o uno spot audio o video) avente per tema le malattie rare, che utilizzeremo per promuovere la Giornata Malattie Rare dell'anno prossimo.

L'evento si è svolto presso il teatro dell'Istituto Arcivescovile in via Endrici a Trento; è stato rivolto agli studenti di III e IV superiore delle scuole cittadine ed ha visto la partecipazione di complessive 9 classi del Liceo delle scienze umane "A. Rosmini", Liceo Linguistico "S. Scholl", Istituto Tecnico "M. Buonarroti", Istituto "Arcivescovile" e Istituto Pavoniano Artigianelli per le arti

grafiche, per un totale di ca. 200 persone fra studenti e docenti accompagnatori.

La mattinata si è aperta con il saluto di Fabrizio Filippi, segretario dell'Associazione Emofilici Trentini, seguito da quello di Enrico Cristoforetti, presidente dell'Associazione FOP (Ass. Fibrodisplasia ossificante) e rappresentante di Uniamo Federazione Italiana Malattie Rare onlus, a cui aderiscono ad oggi più di 100 associazioni di malati rari e familiari per oltre 600 patologie rare rappresentate.

La prima parte degli interventi è stata dedicata ad inquadrare il tema delle malattie rare dal punto di vista medico.

La dottoressa Annalisa Pedrolli, medico pediatra, responsabile del Centro Provinciale di Coordinamento per le Malattie Rare, ha introdotto l'argomento, spiegando il significato di "malattia rara" in termini epidemiologici e assistenziali, con particolare riferimento alle criticità che il malato raro deve affrontare dal percorso diagnostico alla vita quotidiana, compresa la scuola.

Successivamente è stato lasciato spazio alla dottoressa Silvia Mazzola, medico genetista del Servizio di Genetica Medica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, che ha ben illustrato i meccanismi di trasmissione genetica delle malattie rare (per l'80% di esse è riconosciuta un'origine genetica) e la necessità quindi di ricorrere alla consulenza genetica nel percorso diagnostico del malato raro, sia per arrivare alla diagnosi definitiva della patologia, ma anche per portare il soggetto stesso e i familiari ad una scelta consapevole in termini di procreazione.

Ma il vero cuore della mattinata sono state le testimonianze di vita quotidiana, che hanno voluto condividere la loro esperienza di malato raro e non solo e che hanno avuto sicuramente un forte ed inevitabile impatto emotivo sulla giovane platea.

Il primo a rompere il ghiaccio è stato Daniele, un ragazzo di 20 anni, affetto da fibrosi cistica, che, dopo aver illustrato brevemente la sua patologia, con grande entusiasmo ha raccontato la sua avventura sul Kilimangiaro, primo fibrocistico che ha raggiunto questa vetta di quasi seimila metri situata in Tanzania, impresa nata dalla volontà di superare i propri limiti. Poi è salita sul palco Andry, 21 anni, colpita all'età di 8 anni dalla sindrome di Stevens-Johnson, che l'ha portata a rischiare la vita nella fase acuta ed ora porta le conseguenze della patologia a livello visivo e respiratorio, e che, dopo aver capito quanto importante è fare informazione sulle malattie rare, si impegna con forza e tenacia in prima persona. È stata poi la volta di un simpatico trio, le sorelle Giulia, Debora e Anna: Giulia, affetta dalla sindrome di Down, è consapevole dei suoi limiti e sapere di avere vicino le sue sorelle la rende più felice e sicura del futuro; Debora e Anna hanno parlato del rapporto speciale di condivisione che hanno tra sorelle, che le ha rese da sempre complici e compatte nell'affrontare ogni situazione della vita quotidiana. Una bellissima testimonianza direttamente dal mondo della scuola è venuta poi dalla maestra Bruna Cristelloni, della Scuola Primaria "Dalla Fior" di Baselga di Pinè: quest'insegnante, grazie alla presenza nella sua classe di un bambino con una malattia rara, che lo compromette gravemente dal punto di vista cognitivo,

è riuscita a coinvolgere anche gli altri bambini e a far capire loro come ognuno di noi è diverso dall'altro e va accettato per come è; segno concreto del suo lavoro è stata la realizzazione, insieme ai bambini, del testo di una canzone "Ombrelli o cervelli?", che, tra 200 concorrenti, è risultata una delle 10 canzoni vincitrici a pari merito della XIII edizione del concorso "Un testo per noi", indetto dall'Associazione Coro Piccole Colonne di Trento e rivolto a tutte le classi delle scuole primarie d'Italia e del mondo (purché in esse si studi l'italiano), ed è stata musicata dal celebre Franco Fasano. Abbiamo quindi trasmesso un video dell'amico Piergiorgio, 40 anni, affetto da distrofia muscolare di Duchenne, che con forza tutti i giorni vince il limite motorio della sua patologia grazie ad una intelligenza vivace e curiosa, ad una tenace caparbieta e ad una fede matura e meditata, oltretutto all'uso della tecnologia, mix che lo ha portato ad essere un noto giornalista e autore di libri molto apprezzato e a superare di gran lunga la durata della vita media della sua patologia.

Nell'ultima parte della mattinata, attraverso il contributo della signora Vittoria Simoni dell'associazione AISLA Trentino-Alto Adige, si è voluto sensibilizzare i ragazzi sull'importanza delle associazioni come risorsa ed aiuto in soccorso di coloro che da soli non potrebbero arrivare a soddisfare bisogni importanti, di salute e di qualità di vita migliore; è stato sottolineato come l'investimento sui giovani, sulla loro disponibilità e apertura all'altro, sia fondamentale per la sopravvivenza del mondo associativo. Bell'esempio di coinvolgimento di giovani all'interno di un'associazione è venuto da Stefania ed Alice, studentesse della Facoltà di Scienze Cognitive a Rovereto, che, in seguito ad un progetto di ricerca universitaria, sono entrate in contatto con AISLA Trentino Alto Adige; in questo modo hanno potuto conoscere ed apprezzare le attività dell'associazione e le dinamiche interpersonali che si creano, al punto che, una volta terminata l'attività di ricerca, sono rimaste nell'associazione come volontarie e collaborano in ambito amministrativo e di segreteria.

Anche questa II Giornata Trentina delle Malattie Rare è finita: speriamo di aver gettato qualche buon seme nel cuore e nella mente di chi ci ha ascoltato... col tempo raccoglieremo, ne sono certa!!

* **Dott.ssa Annalisa Pedrolli**

Responsabile del Centro Provinciale di Coordinamento per le Malattie Rare

U.O.C. Pediatria - Ospedale Santa Chiara di Trento



IL PICCOLO PARASSITA CHE FA ANCORA PAURA

di Danila Bassetti*



Le zecche fino agli anni Novanta non hanno mai costituito un grosso problema nella nostra provincia: erano segnalate solo sporadiche punture all'uomo, cui si rimediava in modo empirico (rimozione con goccia di petrolio) senza particolari attenzioni. Nel presente articolo si presenta la cronistoria locale dell'interesse verso le infezioni trasmesse da zecche, quale esempio di efficace collaborazione multidisciplinare che ha consentito una gestione controllata del rischio specifico e si indicano brevemente i procedimenti corretti da adottarsi nell'eventualità di una puntura da zecca.

Le zecche sono sempre esistite? Dove si trovano?

Le zecche sono presenti in molti ambienti della nostra provincia, da sempre. Sono parassiti temporanei di numerosi animali selvatici e domestici e occasionalmente anche dell'uomo. Sui loro ospiti compiono un pasto di sangue per poter completare il ciclo di sviluppo, che dura due anni e richiede tre pasti di sangue. Le zecche frequentano soprattutto i margini dei boschi e sono più abbondanti ad altitudini inferiori ai 1000 metri. Sono attive dalla primavera all'autunno e nelle ore più calde della giornata.

Quali sono e come si manifestano le malattie trasmesse da zecche?

Le zecche possono rappresentare un rischio microbiologico per gli animali e l'uomo, in quanto veicoli biologici di alcune infezio-

ni, le più importanti sono l'encefalite virale da zecche (TBE) e la borreliosi di Lyme.

L'encefalite trasmessa da zecche (TBE-Tick Borne Encephalitis o FSME-FrühSommer Meningo Encephalitis) è una malattia del sistema nervoso centrale causata da un Flavivirus, diffuso e mantenuto in natura con un ciclo coinvolgente zecche e mammiferi selvatici, trasmesso all'uomo con la puntura di zecche infette. Nelle zone endemiche la malattia mostra un tipico picco di incidenza all'inizio dell'estate ed è perciò chiamata meningoencefalite tardo-primaverile o meningoencefalite bifasica per il suo tipico decorso clinico. Il periodo di incubazione, dopo la puntura infetta, varia da 2 a 28 giorni. Nella prima fase, corrispondente alla diffusione del virus al midollo emopoietico, al sistema linfatico e al fegato i sintomi principali sono piuttosto generici in quanto riferibili ad una forma simil-influenzale: febbre, malessere, cefalea, dolori articolari e muscolari. La seconda fase, dovuta



alla diffusione del virus al sistema nervoso centrale, è caratterizzata dalla ripresa della febbre (elevata) e da sintomi neurologici importanti relativi all'interessamento delle meningi, dell'encefalo e del midollo spinale. L'infezione decorre in modo asintomatico in un terzo dei casi, in un altro terzo presenta solo la prima fase della malattia ed nel restante terzo evolve verso la forma francamente neurologica. La prognosi è generalmente buona: esiste solo una bassa percentuale di mortalità (1% in Europa) o di sequele neurologiche importanti (6%). Le zecche sono i principali vettori del virus TBE ed in particolare la specie *Ixodes ricinus* è la maggiore responsabile della diffusione del virus in Europa Occidentale-Centrale e nella parte europea della ex-Unione Sovietica. Il virus TBE può essere trasmesso all'uomo anche con l'ingestione di latte crudo infetto (latte di capra).

La malattia di Lyme, antropozoonosi evidenziata clinicamente nel 1921 da Afzelius ed etiologicamente da Burgdorfer nel 1982, è una malattia multisistemica, non a torto battezzata dagli americani "the great impostor", definizione riservata nei secoli scorsi alla sifilide. La sua conoscenza è quindi relativamente recente, anche se nel 2012 studi virologici hanno dimostrato la presenza di geni di *Borrelia burgdorferi* anche in Ötzi (l'uomo di Similaun), vissuto 5300 anni fa. Il suo decorso riconosce uno stadio 1 o localizzato, caratterizzato dallo sviluppo di un eritema cronico-migrante, uno stadio 2 o disseminato con diffusione setticemica di *Borrelia burgdorferi* a livello degli organi bersaglio (sistema nervoso, cuore, articolazioni) ed uno stadio 3 o persistente ad interessamento articolare e neurologico. Diversi studi epidemiologici condotti in Europa hanno evidenziato che il 20-30% dei soggetti professionalmente esposti a puntura di zecca possiede anticorpi specifici, anche in assenza di un'anamnesi.

Sono aumentate le zecche portatrici di infezioni? Sono state fatte ricerche nella nostra provincia?

Il problema delle infezioni trasmesse da zecche non aveva mai coinvolto la Sanità Pubblica trentina prima degli anni '90: l'interesse specifico maturato in quel decennio ha prodotto diverse esperienze pluridisciplinari ed ha svolto a livello nazionale una funzione antesignana nella prevenzione e nel controllo di queste malattie. L'attenzione al problema originò da dati epidemiologici che segnalavano un'allarmante diffusione di TBE virus e di *Borrelia burgdorferi* nei Paesi d'oltralpe e dal concomitante aumento della presenza di zecche evidenziata in alcune zone del Trentino: si

prospettava quindi l'opportunità di verificare l'effettiva impatto del problema anche nella nostra Provincia. I dati europei segnalavano una prevalenza varia di infezioni pregresse (ex-Cecoslovacchia 2-38%, ex-Unione Sovietica 30-100, Germania 7-42%, Svezia 11-31%, Austria 4-8%) relativa al differente rischio di esposizione a punture di zecche nelle popolazioni indagate. I valori più elevati si riferivano ad individui esplicanti attività lavorativa agricola o forestale (boscaioli, guardiacaccia, agenti forestali), a cacciatori, escursionisti, a raccoglitori di funghi o frutti di bosco. In Italia sono mancate informazioni precise sulla diffusione del virus TBE fino al 1965, quando alcune ricerche sierologiche condotte nel Friuli e nel Lazio dimostrarono la presenza di anticorpi specifici rispettivamente nell'1,2 e 1,5% dei sieri umani saggiati e la notifica di 11 casi di meningoencefalite in Toscana (Prato) nel periodo 1965-1992, dove era stata dimostrata la presenza e l'attività di un focolaio naturale del virus. Al fine di valutare la presenza del TBEV anche nella nostra provincia nel 1993 sono iniziate ricerche virologiche specifiche su uomo, animali, ambiente con la dimostrazione di focolai nella Valle dei Laghi (Lamar e Cavedine) e in Val di Non. Le indagini furono articolate in diverse fasi partendo da ricerche microbiologiche di tipo indiretto ad ampio raggio, quali la determinazione di anticorpi specifici in soggetti a rischio professionale di puntura da zecca (agenti forestali e guardiacaccia), focalizzando poi l'attenzione nelle zone dove si sospettava una circolazione degli agenti patogeni ed approfondendo le indagini su individui a rischio generico, su animali selvatici e domestici nonché sulle zecche stesse. Contemporaneamente si procedeva alla identificazione di eventuali casi clinici eseguendo la determinazione di IgG e IgM verso il virus TBE nei sieri di pazienti ricoverati per sintomatologia meningoencefalitica presso l'ospedale S. Chiara di Trento, dove, peraltro, fino al 1992 non erano stati segnalati casi di TBE. Nell'estate '92 furono diagnosticati i primi 2 casi di TBE ed altri 4 nel periodo estivo 1993 e 1994. Le indagini, condotte in collaborazione con il Centro di Ecologia Alpina (Viole, Monte Bondone) e l'Istituto Superiore di Sanità, portarono all'individuazione di un focolaio di TBEV presso il biotopo di Lamar. Nel corso degli anni successivi pratiche vaccinali su soggetti a rischio per motivi professionali o accidentali hanno consentito un contenimento dell'infezione. L'interesse per l'infezione rimane comunque una delle priorità dell'Igiene e Sanità Pubblica trentina con il costante monitoraggio

delle infezioni acute da TBEV (100 casi in 24 anni), come dimostra il grafico I, dove è riportato l'andamento dei casi di infezione acuta registrati.

Per quanto riguarda l'infezione batterica trasmissibile dalle zecche, studi informativi territoriali condotti nella nostra provincia hanno dimostrato una diffusione ubiquitaria, pur con differenti prevalenze, di zecche infette da *Borrelia burgdorferi*. L'aumentata sensibilizzazione al problema delle infezioni trasmesse da zecche, ha consentito un migliore rilievo delle forme acute, documentate dalla presenza di IgG e IgM specifiche.

Quali terapie sono efficaci per TBE e Borreliosi?

Purtroppo non esiste una terapia specifica contro il virus della TBE ed è quindi essenziale la prevenzione basata sulla lotta ai vettori e sulla vaccinazione dei soggetti più a rischio. La somministrazione di immunoglobuline specifiche dopo esposizione a morso di zecche è indicata solo entro 72-96 ore dall'episodio. Nell'infezione da *Borrelia burgdorferi* invece è efficace la terapia antibiotica (beta-lattamici, tetracicline, cefalosporine) per periodi più o meno lunghi a seconda dello stadio clinico della malattia.

Come evitare le punture delle zecche?

Alcuni semplici accorgimenti possono ridurre il rischio di punture da zecche e di conseguenza di infezioni ad esse correlate:

1. evitare di lasciare i sentieri battuti e non frequentare le zone ricche di cespugli e sottobosco;
2. evitare di sedersi direttamente sull'erba;
3. indossare abiti coprenti, calzature idonee ed utilizzare prodotti repellenti per insetti su cute ed indumenti;
4. al rientro a casa controllare con attenzione l'eventuale presenza di zecche sul corpo, poiché è stato dimostrato che solo dopo una permanenza minima di 12-24 ore la zecca può trasmettere virus o batteri;
5. controllare anche cani e gatti, poiché anch'essi possono essere punti e veicolare le zecche e ricorrere, su consiglio veterinario, alla vaccinazione per malattia di Lyme o all'uso di prodotti repellenti.

Nel caso di puntura, cosa fare?

Molto spesso la puntura della zecca non viene nota-

ta a causa del potere anestetizzante della sua saliva. Rimane pertanto fondamentale l'accurata ispezione della cute al rientro dalla passeggiata nel bosco e la precoce rimozione della zecca mediante una pinzetta con asportazione perpendicolare alla superficie cutanea mediante trazione e badando di rimuovere anche l'apparato buccale (rostro). Tener controllata la zona della puntura e ricorrere alla terapia medica indicata nel caso di comparsa dopo 15 giorni di un alone rosso omogeneo o marginato (eritema marginato da *Borrelia*) o di sintomatologia compatibile con le infezioni sopra descritte.

* *Dott.ssa Danila Bassetti*

Direttore Sanitario AVIS Trento

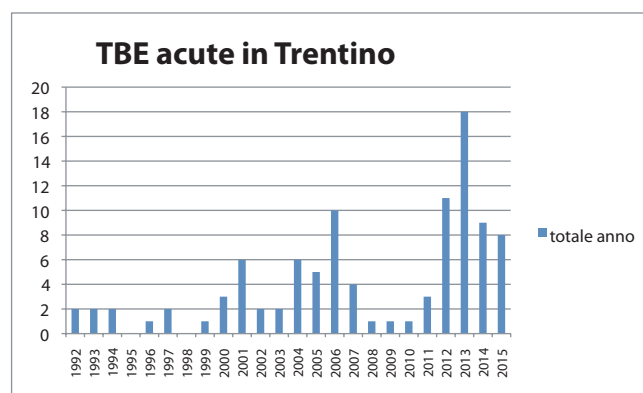


Grafico I: casi TBE acute in Trentino (1992-2015)

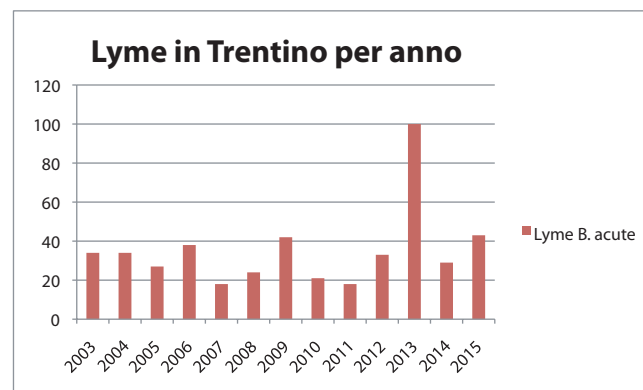


Grafico II: casi Lyme Borreliosi acute in Trentino (2003-2015)

L'INFORMATIZZAZIONE NELLA DIALISI PERITONEALE

a cura di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini e Ilaria Zulian*

Nella Provincia Autonoma di Trento, attualmente, ci sono 49 persone che eseguono a domicilio la dialisi peritoneale e questo numero è destinato a crescere; sappiamo che la nostra provincia ha un territorio molto vasto e che per chi abita lontano, l'unico punto di riferimento è l'ospedale Santa Chiara di Trento.

Nella normalità una persona si reca al centro di riferimento una volta al mese portando con sé la card che registra i dati della macchina e il diario sul quale si scrivono il peso, la pressione, l'ultra filtrato ed altri dati relativi alla metodica.

Si è visto che molte volte questi fogli sono scarabocchiati, oppure sgualciti, o risultano incompleti rispetto al dato che si sarebbe dovuto riportare.

DATA	PAZ. ATTACCO	PAZ. STACCO	SCARICO INIZIALE	UF TOTALE	TEMPO SOSTA MEDIO	PC ATTACCO	PAZ. STACCO	VARIE
1/2	68.0	51/70.21	0	459	1.04	94/5	167.5	
2/2	68.7	52/73.71	0	339	1.04	100/10	167.5	
3/2	68.5	92/89.91	0	457	1.05	104/10	168.1	
4/2	68.8	119/91.54	0	407	1.04	103/10	167.7	
5/2	68.6	141/82.78	0	332	1.05	106/10	167.5	+EMEA
6/2	68.5	155/81.01	0	444	1.04	105/10	167.5	+EMEA
7/2	68.5	108/81.85	0	375	1.05	101/10	168.00	
8/2	68.0	81/80/80	0	349	1.00	103/10	168.00	
9/2	69.0	123/84/84	0	374	1.05	103/10	168.4	
10/2	69.0	124/86.28	0	333	1.01	106/10	168.4	
11/2	69.1	119/82/84	0	293	1.04	119/10	168.1	EMEA
12/2	68.6	100/74/74	0	291	1.04	104/10	167.2	+EMEA
13/3	68.5	143/84/84	0	259	1.04	105/10	167.0	
14/3	68.8	105/81/74	0	282	1.05	101/10	168.2	
15/3	68.2	133/84/84	0	400	1.00	105/10	168.0	
16/3	68.4	122/85/82	0	245	1.03	96/10	168.00	
17/3	68.4	144/85/84	0	326	1.03	96/10	168.0	
18/3	68.6	135/83/84	0	289	1.03	107/10	168.5	EMEA
19/3	68.3	126/81/84	0	320	1.04	106/10	168.0	
20/3	68.5	146/87/84	0	312	1.04	105/10	168.8	+EMEA
21/3	68.8	131/85/84	0	319	1.05	103/10	168.8	
22/3	68.9	148/84/84	0	388	1.05	107/10	168.8	+EMEA
23/3	68.9	140/86.52	0	276	1.04	103/10	168.2	
24/3	68.5	138/85/84	0	328	0.97	104/10	168.7	+EMEA
25/3	68.8	149/86/84	0	278	1.03	107/10	168.8	
26/3	68.8	103/81/84	0	338	1.03	108/10	168.8	+EMEA
27/3	68.6	149/82/84	0	219	1.04	105/10	168.8	+EMEA
28/3	68.6	142/81/84	0	448	1.03	105/10	168.8	
29/3	68.8	140/88/84	0	347	1.05	103/10	169.1	EMEA
30/3	68.8	137/84/84	0	304	1.03	102/10	168.2	
31/3	68.4	140/84/84	0	325	1.03	107/10	169.5	EMEA

Diario compilato manualmente

Per questo è nata l'esigenza di fare un programma ad hoc per il paziente in dialisi peritoneale, e questo si è potuto realizzare in collaborazione con la **Fondazione Bruno Kessler (FBK)**.

La fondazione, istituita con la legge provinciale del 1 marzo 2007, è l'ente di ricerca della provincia autonoma di Trento che opera nel campo scientifico e tecnologico delle scienze umane.

Il primo artefice, Bruno Kessler, spinse la provincia a creare un istituto la cui missione originaria era la costituzione di un nucleo che preparasse le condizioni culturali per la nascita di una università a Trento.

Da qui poi lo sviluppo in diversi settori, tra cui il **Centro di Information Technology**, che si occupa di tecnologie per la salute delle persone affette da malattie croniche.

Questa collaborazione è iniziata con un'intervista al personale sanitario della dialisi peritoneale (medico ed infermieri) nella quale venivano chieste quali erano effettivamente le procedure della dialisi peritoneale, i dati che solitamente vengono trascritti sul diario giornaliero del paziente ed eventuali altre opzioni, come per esempio aggiunta di farmaci nelle sacche, ed esecuzione di esami particolari. Il programma è stato super visionato dal medico responsabile della dialisi peritoneale dott. Alessandro Laudon ed è stato presentato anche a diversi convegni.

All'inizio sono stati selezionati due pazienti: una signora di 80 anni ed una di 27 anni. Alla prima è stato dato un tablet ed è stata aiutata nell'uso dalla sua nipotina di 8 anni, mentre alla seconda è stata scaricata sullo smartphone l'applicazione, che consiste nella possibilità di inserire i dati che riguardano le sedute dialitiche.

Attualmente ci sono 10 persone che usano questo sistema e si pensa che, senza dubbio, avrà degli sviluppi futuri, come la possibilità di fotografare il punto di uscita del catetere peritoneale in caso presenti delle

MALATTIE RENALI DEGENERATIVE: LA TESTIMONIANZA DI UNA PAZIENTE

a cura di Cristina Comotti*

Pubblichiamo con piacere quanto scrittoci da una “Simpatizzante” della nostra Associazione che, quasi in “versi”, ripercorre appieno il difficile percorso del paziente nefropatico, dall’ambulatorio nefrologico alla dialisi e al trapianto di rene.

La Signora è affetta da una malattia infiammatoria-degenerativa del glomerulo renale (matassina di capillari arteriosi dove inizia il percorso di formazione

dell’urina) chiamata *Glomerulosclerosi focale*, forma che colpisce, almeno nella sua forma primitiva, i giovani e, fino alla fine degli anni ’80, era considerata poco suscettibile di trattamento.

Pertanto comportava l’aggravamento, abitualmente abbastanza rapido, della funzione renale sino alla comparsa di insufficienza renale cronica (IRC) “terminale” oltre la quale esistono solo le terapie sostitutive.



tutive, la dialisi e/o il trapianto renale. Attualmente un cittadino italiano su 1000 sopravvive grazie alla dialisi. Il trattamento dialitico, oltre ad aumentare il rischio cardiovascolare (infarto miocardico ed ictus cerebrale), determina un netto peggioramento della vita sia per il paziente che per i suoi familiari: limitazioni dietetiche, assunzione di molti farmaci; perdita spesso dell'attività lavorativa, sociale e ricreativa; perdita dell'integrità fisico-psichica compresa, spesso, quella sessuale; perdita del ruolo di "leader" in famiglia; accettazione del fatto che la propria vita possa dipendere da una "macchina", il rene artificiale, o dal "dono" di altre persone, il trapianto renale, ecc.. Il trapianto è sicuramente la migliore terapia per il paziente "uremico" (con IRC terminale) perché non deve più effettuare la dialisi e può quindi essere molto più libero nella gestione della propria vita. Tuttavia egli deve sottoporsi periodicamente ai controlli consigliati dal Centro Trapianti ed assumere scrupolosamente tutte le medicine prescritte per evitare il "rigetto dell'organo trapiantato". Infatti, l'organismo riconosce come non "proprio" il nuovo rene ed è necessario assumere farmaci che riducano le capacità di reazione del sistema immunitario (per evitare il rigetto) e ciò a causa della scarsa capacità di difesa dell'organismo contro le infezioni e può aumentare il rischio di sviluppare una neoplasia (tumore). Altre volte, nonostante si seguano diligentemente tutte le prescrizioni, può ugualmente verificarsi il rigetto che deve essere curato con terapia molto più impegnativa e quindi con possibili maggiori complicanze. Ed ancora, nonostante l'applicazione scrupolosa delle norme dietetico-farmacologiche, la funzione del rene trapiantato può diventare insufficiente per un rigetto cronico, nuovo sviluppo della malattia renale primitiva, la *Glomerulosclerosi focale* ne è il principale esempio, fino al punto di dover riprendere la dialisi. Oggi è tuttavia possibile iscriversi nuovamente in lista di attesa per un secondo ed anche terzo trapianto se gli accertamenti eseguiti lo permetteranno, particolare attenzione verrà posta alla valutazione dell'apparato cardiovascolare. Tra le varie terapie sostitutive della funzione renale la dialisi ha, rispetto al trapianto, costi assai più elevati (circa 40.000 euro/anno/paziente) ed assorbe una quota relativamente alta (2-3%) delle risorse che in Italia vengono spese per la salute di un così piccolo numero di pazienti (0,001% della popolazione), basti pensare che con un "budget" analogo si curano oltre due milioni di pazienti diabetici. Negli ultimi tre decenni il numero dei pazienti che iniziano la dialisi è raddoppiato e conti-

nua ad aumentare soprattutto per le persone di età superiore ai 65 anni. In Italia e nel mondo il divario tra il numero di pazienti in dialisi e con trapianto renale è enorme e a favore dei primi, pertanto se ne deduce che il principale trattamento dell'uremia è la dialisi con l'unica eccezione forse in Italia, rappresentata dalla nostra Provincia, dove il numero dei pazienti con trapianto supera quello dei dializzati. Compito del medico, in questo caso del nefrologo, è senza dubbio quello di migliorare la Qualità di Vita del proprio paziente. Chi scrive pensa che ciò possa avvenire soprattutto, attraverso l'informazione e l'educazione terapeutica: formare una persona che diventi attore e gestore della propria cronicità (e la malattia renale è per definizione cronica) sia nella fase della terapia "conservativa", ossia quella medica ed ambulatoriale, che in quella sostitutiva, ossia dialisi e trapianto renale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1993, definiva la Qualità della Vita come la "percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspirazioni e preoccupazioni". La Qualità della Vita del malato renale può, a mio parere, migliorare solo se egli parteciperà in modo informato alle scelte della sua salute e non le subirà passivamente. La relazione medico-paziente deve pertanto raffigurarsi in modo "moderno", non come il classico modello-unidirezionale, autoritario, che vede nel medico l'unico gestore della salute e nel malato colui che è gestito, ma come modello bi-direzionale che prevede la partecipazione attiva del malato alla cura della sua malattia.

Credo infine che il contenimento della spesa sanitaria nazionale, in un sistema di risorse ormai finite, si debba ottenere attraverso l'incentivazione del trapianto renale. La riduzione dei costi ottenuta con la terapia ambulatoriale (farmacologica-dietetica) si rivela, a medio-lungo termine (dopo 12-24 mesi dal trapianto) più efficace rispetto a quella dialitica. Inoltre, oltre a consentire degli indubbi benefici in termini di Qualità della Vita, potrebbe permettere alle Autorità Sanitarie di investire i risparmi così ottenuti a favore del trattamento delle complicanze direttamente e/o indirettamente dovute alla malattia renale cronica, come nel caso dell'epatite C da trasfusione, da interventi, ecc., di cui è affetta la Signora.

* **Dott.ssa Cristina Comotti**
Nefrologa - Trento

Testimonianza di una paziente

“Eccomi.

Sono diventata cinquantenne.

Impressiona arrivare al giro di boa.

Molte vite vissute, tante me che hanno imparato da circa quaranta anni a convivere, condividere e vivere con una grave nefropatia.

“Mostro” era il nome dato alla mia compagnia di vita.

Per la medicina il suo nome ufficiale è Sclerosi focale segmentaria.

In pochi anni mi ha divorato il corpo e i pensieri.

Mi ha resa “orizzontale!”

In quella posizione per tre volte la settimana, aghi nelle braccia e spine nel cuore. Da quella prospettiva imparavo a guardare la vita durante tutti gli anni di dialisi. Troppi, tanti.

Distesa, sottomessa alla presenza altrui, impotente per aspettative e visione.

Tutto è passato.

Sono stata graziata dal dono della vita.

E poi, un giorno un mio coetaneo ha voluto che continuassi anche il suo cammino di vita.

Da trent'anni, guardo e vivo la vita due volte. Una volta per me, una per lui.

Oggi sono grata al creato per avermi resa ciò che sono.

Non avrei desiderato vita diversa.

Senza le difficoltà non si cresce.

Senza gli ostacoli i limiti non si superano.

La mia vita potrebbe essere in continua salita.

Mi devo confrontare ogni giorno con il disagio che crea la nostra Sanità Italiana, con la rigida burocrazia che non scuote coscienze, applicando alla lettera normativa e legge.

Come se il disagio dato da una malattia cronica avesse bisogno di regole istituzionali o leggi e decreti nati in un parlamento.

Si muore più di burocrazia che di malattia. Questo io credo dopo quarant'anni di vita vissuta tra ospedali, uffici Asl, ambulatori.

Chi ha bisogno si trova spalle a muro.

Ma insieme ai malati, ci sono uomini e donne che hanno scelto per passione e compenetrazione la mission del medico... oggi lasciati soli e spogli di ogni proposito caritatevole

La burocrazia le norme, le regole, sono armi puntate alla tempia verso chi vorrebbe poter dire al proprio paziente “posso aiutarti Insieme possiamo farcela”...

Invece no!

Non possiamo farcela insieme.

Io ho visto la porta chiudersi tante volte dinanzi ai bisogni veri, reali e prioritari di pazienti che richiedevano cure personalizzate e prioritarie rispetto a chi come loro avevano scelte diverse.

Io stessa ho vissuto l'illusione di guarire da un altro mostro chiamato HCV.

Io infettata non so dove non so quando.

Quarant'anni sono tanti per sapere chi e come mi ha regalato in dote il virus.

Il medico mi dice puoi guarire. Ed è entusiasta. Lo leggo nei suoi occhi che s'illuminano nel dare una buona, un'ottima notizia!

Quelle parole cariche di speranze si fermano poi di fronte al muro di un burocrate. Davanti ai tagli della sanità, davanti alle casse vuote di una regione disastrosa del sud, quale la mia.

Priorità a chi sta peggio di te.

Giustissimo.

Quante speranze ho prima di diventare terminale anch'io in modo da poter accedere alla terapia? Così affrettiamo il tutto.

Questo mi viene da pensare e da dire.

Qualcosa di marcio che aleggia su di noi e intorno a noi, ci ha spersonalizzato di ogni pensiero positivo. Di ogni sguardo aperto sul futuro.

Ha reso i nostri medici privi di progetti e iniziative, relegando le loro anime in confini chiusi e precisi.

Non più artefici del benessere altrui, sia fisico sia psicologico.

I medici anche loro come burocrati, attenti alle note Aifa, ai decreti.

Attenti a non sbagliare.

Al centro della loro professione, non più l'uomo con le sue patologie, i suoi disagi le sue paure.

Io dopo quarant'anni, ho visto la scienza medica fare passi da giganti.

Ho visto chi aveva la mia patologia convivere arrestandola con farmaci intelligenti.

Ho visto centri dialisi svuotarsi dei giovani pazienti, ho visto medici interagire con i pazienti dando loro una precisa identità, posizione sociale.

Il paziente come persona, come amico.

Non un numero progressivo su una cartella clinica.

Ho visto tanto, quello che basta per comprendere che medici e pazienti sono vittime di un'indiscriminata lotta che preserva non più l'essere umano ma l'economia di un paese tra giochi di ruolo e potere.

La medicina come speranza e cura dove è finita?

“...il medico non deve solo fare il bene fisico del paziente, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, oltre al fatto di valorizzare l'autonomia e riscoprire il reciproco senso di fiducia tra medico e paziente”.

Io la fiducia nelle istituzioni l'ho persa.

Nei medici la conservo ancora.

Mi chiedo però.

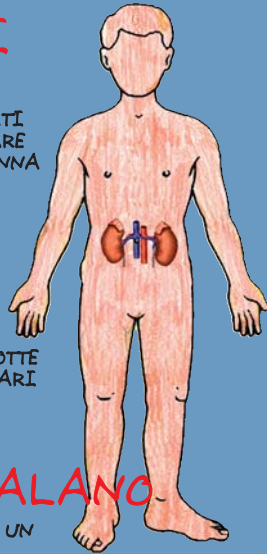
I medici attanagliati dalla burocrazia, ci credono ancora nelle nostre istituzioni?

M. Gallo

Un forte abbraccio

I MIEI RENI

I RENI SONO DUE. HANNO LA FORMA DI FAGIUOLO. SONO SITUATI NELLA REGIONE LOMBARE A FIANCO DELLA COLONNA VERTEBRALE.



A COSA SERVONO

FILTRANO LE SCORIE PRODOTTE DALLE SOSTANZE ALIMENTARI NEI VARI PROCESSI DELL'ORGANISMO UMANO.

SE SI AMMALANO

BISOGNA SOSTITUIRLI DA UN DONATORE COMPATIBILE O ESEGUIRE UN TRATTAMENTO PURIFICATORE IN OSPEDALE CON UNA APPOSITA APPARECCHIATURA (DIALISI) QUESTO TRATTAMENTO VA FATTO A GIORNI ALTERNI 4-5 ORE PER VOLTA E PER TUTTA LA VITA, O FINO AL TRAPIANTO.

A.P.A.N.



Sede:
Via Sighele, 5
38122 TRENTO
Tel. e Fax 0461.914206
E-mail apan.tn@alice.it
C.F. 96006150229

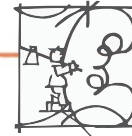
DISEGNI DI:
Francesca Dugo II A
Isabella De Rosa II A
Nicola Magnanoli Panizza II E
Edoardo Lotti II E

Scuola secondaria di I° grado
dell'Argentario Cognola



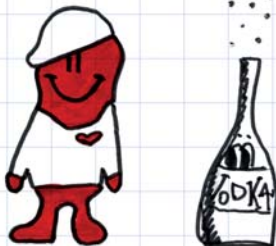
Cassa Rurale
Aldeno e Cadine

I RENI SONO I nostri MIGLIORI AMICI

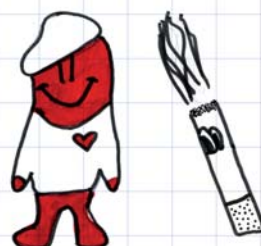


A.P.A.N.

SE BEVI ALCOOL



SE FUMI



SE MANGI
ALIMENTI
POCO SANI

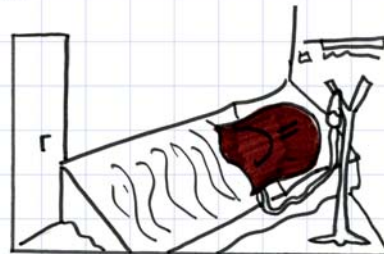
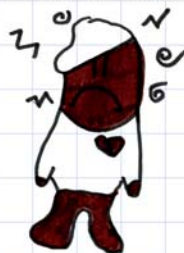


SE ASSUMI
FARMACI
O DROGHE



I RENI HANNO LO SCOPO DI DEPURARE IL SANGUE ELIMINANDO LE TOSSINE CHE INGERIAMO E CHE RESPIRIAMO

I TUOI RENI SI AMMALANO
E DEVONO ESSERE CURATI



SE NON GUARISCONO DOVRAI
FARE LA TERAPIA SOSTITUTIVA
(DIALISI)

PREVIENI LE MALATTIE RENALI



BEVI TANTA ACQUA
MANGIA TANTA FRUTTA E VERDURA
FAI TANTO SPORT
CONTROLLI MEDICI COSTANTI



ASSOCIAZIONE
PROVINCIALE
AMICI DELLA
NEFROLOGIA

29
novembre
2015

CENA SOCIALE



Il 29 novembre 2015 ha avuto luogo, presso il Grand Hotel Trento l'abituale cena sociale. La serata è stata molto divertente con la lotteria che ha coinvolto fortemente i partecipanti. Il tutto è stato intercalato da uno squisito menù a base di "strigoli" con speck e noci, filetto di maialino con verza e, per finire, bavarese ai "marron glacé"; non mancava un ottimo vino, rigorosamente trentino. Ringraziamo il Grand Hotel Trento per averci ancora ospitati.

18
febbraio
2016

TUTTI A TEATRO

Giovedì 18 febbraio 2016 la Compagnia Teatrale la "Rinascita" ha presentato, presso il teatro San Marco di Trento, la commedia di Carlo Goldoni "I Due Gemelli Veneziani". Solita commedia goldoniana, brillante e divertente, che vede nella stessa città 2 gemelli, Zanetto e Tonino, separati fin dalla infanzia ed ignari dell'esistenza l'uno dell'altro. Il primo ricco ma un po' "tocco", il secondo poverissimo ma perspicace, scaltro e nobile d'animo. Un turbinio di equivoci, rivelazioni e follie, ben interpretati dagli attori, si intrecciano nella trama dato che persino le fidanzate e gli amici li confondono!

Grazie a "Gold Service" per il contributo erogato alla nostra Associazione



29
febbraio
2016

GIORNATA MONDIALE E TRENTINA DELLE MALATTIE RARE

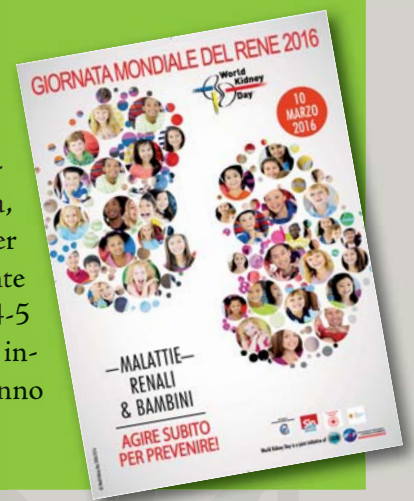
Lunedì 29 febbraio 2016, all'Auditorium dell'Istituto Arcivescovile di Trento, si è celebrata, anche in Provincia, la nona giornata mondiale delle "Malattie Rare". L'evento, particolarmente interessante perché ci avvicina ad un "mondo" ai più sconosciuto e "toccante", è stato patrocinato dalle Associazione dei Pazienti, coordinate dall'Associazione Emofilici Trentini "Gabriele Folghereiter" e ha visto la collaborazione del Centro Provinciale delle Malattie Rare della APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari). Anche la nostra Associazione ha collaborato al successo del convegno.



10
marzo
2016

GIORNATA MONDIALE DEL RENE

La Società Italiana di Nefrologia (SIN) assieme alla Fondazione Italiana del Rene (FIR) ha organizzato, anche quest'anno, su tutto il territorio nazionale, una campagna di informazione sulla prevenzione delle malattie renali in occasione della Giornata Mondiale del Rene che si celebra, ormai da 11 anni, il secondo giovedì del mese di marzo. Il tema scelto per questa edizione è stato "Malattia renale nell'Infanzia: agire precocemente per prevenirla". Attualmente in Italia i pazienti nefropatici sono circa 4-5 milioni, fra i quali anche i bambini. Secondo lo studio "ITALKID" sono infatti 12,1 per milione di abitanti i casi di malattia renale registrati ogni anno nella fascia di età compresa tra gli 8,8 e 13,9 anni.



21
maggio
2016

GITA SOCIALE A MANTOVA

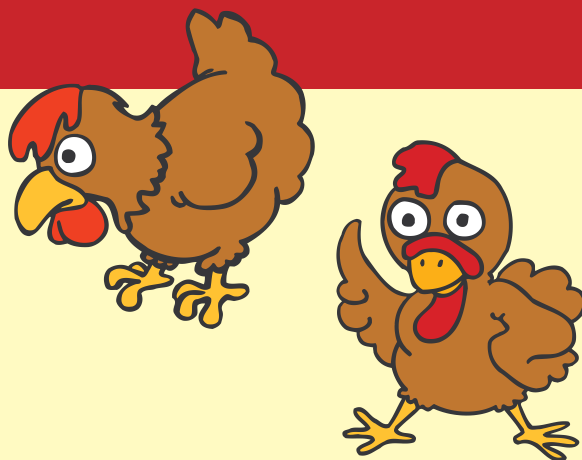
Sabato 21 maggio avrà luogo la gita sociale a Mantova. È prevista una visita guidata del Centro Storico con particolare riguardo al "Palazzo Te" e al "Palazzo D'Arco". Il primo, in stile rinascimentale, è una meraviglia di tecnica, architettura e pittura, voluto da Federico Secondo Gonzaga, come dimora destinata a ricevimenti, divertimenti e svago. Il palazzo è interamente decorato e dipinto da Giulio Romano, allievo di Raffaello. Il Palazzo D'Arco, recentemente restaurato, nacque per volere di Gherardo D'Arco, discendente di una nobile famiglia trentina, i D'Arco appunto. La sua edificazione fu affidata all'architetto Antonio Colonna. Il risultato finale è quello di una magnifica dimora aristocratica con un sorprendente giardino, ricca di dipinti. Ricordiamo la splendida sala dello "Zodiaco" affrescata dal Falconetto nel '500 ed ancora mobili, ceramiche, una straordinaria biblioteca con 6000 volumi e 3000 stampe, pinacoteca, erbario, strumenti musicali, armi... La Contessa Giovanna, ultima esponente della famiglia trentina, dispose che, alla sua morte, avvenuta nel 1973, l'intero suo patrimonio, comprensivo quindi del palazzo, diventasse eredità della città di Mantova che lo trasformò in Museo. Seguirà, stanchi dopo tanta "cultura", l'abituale pranzo presso un ristorante tipico dove non mancherà la "zucca", protagonista indiscussa dei piatti tipici mantovani, la solita merenda, e la giornata si concluderà con la lotteria.



Per l'iscrizione alla gita contattare telefonicamente Piera (numero telefonico: 3457848161) entro e non oltre il 10 maggio p.v.

C'ERANO UNA VOLTA DUE GALLINE...

di Donata Borin*



Mio padre era un medico, uno di quei vecchi medici di famiglia che una volta si chiamavano medici condotti perché gestivano appunto le condotte, cioè quei paesi o quartieri di una città con tutti quelli che ci abitavano dentro. Stiamo parlando dei primi anni '50, all'inizio della sua attività professionale. Anche allora, come oggi, evidentemente non era così facile trovare un lavoro subito dopo aver conseguito la laurea, ragion per cui mio padre nei primi anni si adattò a lavorare come medico condotto interino, cioè non di ruolo, spostandosi, a seconda delle richieste, in vari paesi della bassa veronese, in mezzo alla campagna. Paesi in cui oltre alla chiesa, al municipio e a alla scuola c'era poco altro. Io ero appena nata o non lo ero ancora, terza di tre sorelle, quindi non ricordo nulla di quegli anni, ma ho sentito i racconti di mia madre che tra l'altro, essendo cresciuta a Verona, fece molta fatica ad adattarsi a vivere spersa in mezzo ai campi, tant'è che, appena ne ebbe l'occasione, decise di trasferirsi a Vicenza, dove in effetti io sono cresciuta. Allora il medico di paese era una persona importante, infatti aveva addirittura l'abitazione, la casa del dottore appunto, diritto condiviso con il sindaco e con il prete, tanto per chiarire la scala gerarchica. Parliamo di tempi e di luoghi in cui la nebbia iniziava ai morti e cessava col fiorire dei meli, o anche dopo.

Il medico condotto era il "signor dottore", quello che diceva era oro colato, nessuno si permetteva di mettere in dubbio la dia-

gnosi o la cura. Se il paziente non guariva o, peggio, moriva la colpa era del destino, non certo del medico la cui professionalità non era mai messa in discussione. Doveva occuparsi un po' di tutto, dal far nascere bambini quando l'ostetrica era in difficoltà, ad estrarre denti, dalla polmonite alle malattie esantematiche. L'ospedale non era comodo ed era comunque riservato ai casi più gravi.

Mio padre cercava di rispettare i pazienti, pur trattandoli con familiarità. Spesso era medico, consulente, punto di riferimento, coinvolto non solo nei casi di malattia ma anche in questioni familiari.

Appena ne ebbe la possibilità, si comperò una topolino non la topolino amaranto di "contiana" memoria, ma una macchina usata di uno squallido colore, grigio topo appunto. Ma a quei tempi era sicuramente un lusso. Il medico condotto doveva essere disponibile

giorno e notte: la guardia medica doveva ancora essere inventata e le gomme termiche erano descritte nei libri di fantascienza; doveva essere un vero sbalzo girare di notte, per le strade di campagna con la nebbia, la pioggia, il ghiaccio o la neve. Andare in città era un vero e proprio viaggio; infatti, come soleva raccontarmi mia madre, io ho rischiato di nascere per strada, andando verso la clinica di Verona, avendo avuto il buon gusto di presentarmi su questa terra in una nevosissima notte di metà dicembre. Comunque sicuramente i sacrifici delle visite a domicilio fatte di notte o in condizioni



atmosferiche avverse venivano ricompensati non solo dallo stipendio – che non credo fosse quello di una star del cinema – ma dalla gratitudine dei pazienti che spesso mostravano a loro riconoscenza con i prodotti della terra

Mi ha raccontato una volta che un suo paziente, grato per l'esito evidentemente positivo di una vicenda sanitaria, gli portò due galline, non solo ancora munite di penne ed interiora, ma vive e vegete. Mia madre, che non solo era, ma anche si sentiva e comportava da cittadina - cosa quanto meno inopportuna in quelle langhe desolate - e che non si era mai cimentata con questo tipo di problematica, gli intimò di portare via le due povere ed innocenti bestiole, al massimo di riportargliele uccise e spennate. Mio padre era sì grande e grosso, ma evidentemente questo non era sufficiente, e non se la sentì di assolvere all'arduo compito di tirare il collo alle galline, che vennero restituite al mittente. Il pover'uomo, che probabilmente non riusciva a realizzare che uccidere e spennare due galline poteva essere per alcune persone un'impresa impossibile, rimase ovviamente profondamente mortificato e se ne tornò a casa con i pennuti sotto braccio, a capo chino, pensando probabilmente che il suo presente non era stato gradito. Questa immagine rimase talmente impressa nella mente di mio padre che da allora non si permise più di rifiutare un dono.

I mie ricordi più lontani risalgono a quando facevo le prime classi delle elementari e vedevo mio padre con il camice svolazzante entrare in casa raccomandando a mia madre di preparare le siringhe, che allora erano di vetro e venivano "sterilizzate" in un apposito contenitore, collegato alla corrente elettrica in cui "bollivano", per poter essere riutilizzate più e più volte. Negli aghi veniva infilato un filo metallico per mantenerne la pervietà. Eravamo lontani anni luce dalle siringhe monouso e il concetto di sterilità era ovviamente alquanto approssimativo. Io amavo gironzolare per l'ambulatorio, ero affascinata dalle compresse e dalle capsule colorate, che scorgevo in una bottiglia di vetro. Quando toglievo il tappo per aggiungerne qualche altra, la bottiglia esalava un odore venefico che probabilmente era più potente di qualsiasi pozione magica, tuttavia, pur avendolo inavvertitamente respirato, non mi è mai successo niente, non mi sono trasformata in

una rana né mi sono venuti i capelli viola.

Amavo sfogliare le riviste di medicina, cercavo le illustrazioni che ritraevano in malati con un po' di curiosità e un po' di disgusto, maneggiavo lo stetoscopio di legno e il martelletto. Forse questo è stato l'inizio del mio desiderio di seguire la stessa strada.

In questi ultimi cinquanta anni la medicina ha fatto i ben noti progressi, ma soprattutto si modificato il rapporto tra i medici e i pazienti, che innanzitutto ora si chiamano utenti, per eliminare qualsiasi connotazione di dipendenza. Intendiamoci, io vedo di buon occhio questo cambiamento, e d'altra parte non potrebbe essere altrimenti. La diffusione di riviste a carattere scientifico e di trasmissioni scientifiche ha aumentato le conoscenze generali. In ambulatorio vengono persone che hanno già navigato su internet e sanno benissimo cosa significano le "stelline" che hanno trovato a fianco dei valori degli esami di laboratorio, a volte ti "suggeriscono" di prescrivere una ecografia o una TAC, o il tipo di farmaco che loro ritengono possa fare al caso.

L'ex paziente è un nostro interlocutore, sediamo semplicemente ai due lati di una scrivania e discutiamo di un problema in merito al quale il medico dovrebbe essere più competente. Il nostro compito è di spiegare la situazione, assicurandoci che abbia capito, e proporre le soluzioni, arrivando assieme alla decisione finale. È una specie di nuovo contratto: ti spiego il problema e ti propongo la soluzione; se tu accetti andiamo avanti insieme, altrimenti ognuno per la sua strada.

Come qualsiasi altra professione, se fatta con coscienza, dà grandi soddisfazioni, e non mi riferisco naturalmente ai riconoscimenti economici.

Però, parliamoci chiaro, anche io, se un utente mosso da eterna gratitudine mi portasse due galline vive e starnazzanti, mi farei prendere dal panico.

* *Dott.ssa Donata Borin*
Nefrologia e Dialisi
Ospedale "Mater salutis" di Legnago

Un tempo eravamo noi ad occuparci delle macchine,
oggi sono le macchine che si curano di noi

ROBOT E GENTILUOMO

di Aldo Nardi

L'epoca che stiamo vivendo può essere definita, tra i vari modi, l'epoca della condivisione. Non tanto perché le persone sono d'accordo su tutto (anzi), quanto per il fatto che, di fronte alla solitudine del nostro tempo, la possibilità, in qualsiasi momento, di connettersi con qualcuno (mediante pc, smartphone, tablet, ecc.) permette di "essere" rivolgendosi verso altri la propria richiesta di partecipazione e permettendo di ridurre il proprio livello di ansia.

Nel corso di una recente intervista alla psicologa Sherry Turkle, docente di Scienze sociali e scienze tecnologiche al MIT (*Psicologia Contemporanea*, n. 252/2015), Jean-François Marmion richiama l'attenzione sul fatto che la tecnologia esprime la definizione dell'individuo attraverso la definizione di pensieri e sentimenti. Detto in altre parole, il problema del "condivido, dunque sono" si può condensare nel fatto che,

se non siamo connessi non ci sentiamo più noi stessi: perdiamo la nostra identità.

Nell'introduzione al suo libro *Insieme, ma soli*, uscito nel 2011 in America, ma pubblicato nel 2012 in Italia da Codice Ed. di Torino, la Turkle non sembra avere più dubbi per quanto concerne il modo che abbiamo di rapportarci, oggi, alla "tecnologia smart", nel senso che siamo sempre più propensi a sottometerci all'inanimato con una nuova sollecitudine e questo si spiegherebbe col fatto che "temiamo i rischi e le delusioni dei rapporti con gli altri esseri umani". Ma ciò equivale anche ad ammettere che ci aspettiamo di più dalla tecnologia e di meno gli uni dagli altri.

Un esempio singolare di questo trend è quello che ci viene offerto da un'indagine condotta dalla stessa Turkle in una casa di riposo americana laddove vengono lasciati, per un'intera estate, quattro My Real

Baby, dei robot di cui gli anziani devono prendersi cura. Va da sé che l'anziano è un soggetto particolare suscettibile di essere assistito, mentre non sono molte le cose che egli può assistere in maniera affidabile. Ecco che con il robot gli anziani hanno qualcosa di rilevante di cui occuparsi e di cui parlare. Tutto questo nasce anche da un problema pratico che i giapponesi hanno preso in considerazione già alla fine degli anni ottanta, quando affermarono che, in futuro, non ci sarebbero stati abbastanza giapponesi giovani in grado di assistere una



popolazione sempre più vecchia.

La decisione che presero fu pertanto quella di affidare questo compito alle macchine intelligenti piuttosto che rivolgersi a soggetti stranieri.

Rispetto alle reazioni positive dei soggetti anziani presi in esame, spesso contrassegnati da umiliazioni e isolamento, caratteristici dell'età avanzata (troppo spesso si leggono notizie di mala-assistenza nelle case di riposo), i giapponesi hanno proseguito nella ricerca ideando robot per i soggetti più vulnerabili: i bambini e gli anziani.

Ma come si fa ad accettare un'infermiera robot? La cosa è possibile nel momento in cui, come ci ricorda la stessa Turkle (p. 141), l'assistenza infermieristica viene standardizzata e la macchina è in grado di eseguire determinate prestazioni. All'obiezione che, però, le persone possono offrire un livello di cura più alto (cioè quello che si esprime in termini di *empatia*), tuttavia è probabile che in determinate fasi della vita le tecnologie siano in grado di risolvere problemi che, per mancanza di tempo o di risorse noi non siamo più in grado di risolvere.

Sembra quindi avere ragione la psicologa americana quando afferma che le perplessità che legittimamente avanziamo riguardo all'impiego delle macchine che si "prendono cura delle persone", dipendono da ciò che i computer possono fare oggi, o, probabilmente, potranno fare domani; ma dipendono anche da come saremo noi, "da che tipo di persone stiamo diventando a mano a mano che ci lanciamo, insieme a coloro che amiamo, in rapporti sempre più intimi con le macchine" (p. 141).

I robot, è stato detto, forniranno "conforto, divertimento, e distrazione", oltre a compensare quella che è un compagnia inesistente. Dalle numerose esperienze condotte risulta che i robot motivano a fare qualcosa chi non ha niente da fare, aiutano a pensare, si inseriscono in contesti terapeutici, danno conforto, riducono lo stato ansioso, fanno compagnia.

Beninteso, sempre di macchine si tratta, sia pure intelligenti. Tuttavia, la domanda che in questi casi sorge spontanea è la seguente: per quale ragione non dovremmo relazionarci con qualsiasi entità, umana o no, ci dia più piacere? Se non ci si stupisce che si preferisca un animale ad una persona, allo stesso modo non ci si dovrebbe stupire se la preferenza dovesse ricadere su una "cosa" anziché su una persona.

Nel corso del seminario condotto dalla Turkle al MIT i suoi studenti sono stati concordi nel rimarcare che una delle prossime generazioni sarà la prima abituata

ad una gamma di relazioni, alcune delle quali saranno con animali, altre con persone, alcune con *avatar*, altre con agenti software su schermo e altre ancora con i robot. E, confidarsi con un robot sarà soltanto una scelta fra le tante.

Ma ecco che, ancora una volta, sorgono nuovi problemi. Alcuni, ad esempio, ritengono che i robot potrebbero essere utilizzati per l'assistenza di pazienti affetti da demenza, ovvero pazienti che "non avrebbero percezione della differenza tra un essere umano e una macchina. Tuttavia, come è stato osservato, noi non sappiamo come i pazienti percepiscono la voce umana, le espressioni dei volti e il contatto fisico. Attenzione, accudimento, contatto tra persone non sono forse elementi importanti per evitare di imbarbarirci, di staccarci sempre più dalla realtà relazionata?

Il fatto è che i mezzi di comunicazione ci hanno posto in una posizione spazio-temporale del tutto nuova, per cui il contatto col mondo avviene sempre più sotto forma di *rappresentazione* e, come ci ha ricordato U. Galimberti (*I miti del nostro tempo*, 2009) si è modificato il nostro modo di fare esperienza: ciò che è lontano ci viene avvicinato, mentre si allontana ciò che ci è vicino. In altre parole, "se ci familiarizzano l'estraneo e ci forniscono i codici virtuali per l'interpretazione del mondo reale, i mezzi di comunicazione ci *codificano* e producono delle modificazioni nell'uomo indipendentemente dall'uso che se ne fa".

Sherry Turkle ricorda così una delle tante risposte date da un ragazzo di 17 anni: "un robot ricorderebbe tutto quello che ho detto. Magari non capirebbe tutto, ma ricordare è comunque un primo passo. Mio padre, che mi parla mentre scrive a tutto spiano sul suo Blackberry, non sa cosa ho detto, quindi non importa che in teoria sia in grado di capire".

Insomma, tenendo presente il fatto che la cultura della connessione è ancora giovane e non siamo in grado di prevedere quali potranno essere gli sviluppi futuri, possiamo tuttavia fare in itinere quelle correzioni che si rendono necessarie. Di fatto è possibile condividere, in linea di massima, l'opinione della Turkle secondo cui è lecito aspettarsi sempre di più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri, ciononostante, se le nostre priorità continueranno ad essere la comodità ed il controllo, il prossimo appuntamento sarà con la robotica sociale, "che ci promette – afferma la ricercatrice americana – divertimento come fanno le slotmachine nei confronti dei giocatori d'azzardo". Rimane da stabilire se la riduzione delle relazioni tra le persone sarà qualcosa di cui lamentarsi o qualcosa di desiderabile.

QUANDO LE DONNE “VANNO DOVE VOGLIONO”

di Anna Maria Ercilli

I libri dedicati al viaggio e all'esplorazione sono cresciuti in modo esponenziale nel nostro tempo, la facilità degli spostamenti in paesi lontani è alla portata di molti, così come il desiderio di scrivere e lasciare una testimonianza dell'esperienza vissuta.

In passato, fra il Settecento e Ottocento era invalsa la consuetudine del *Grand tour* verso i paesi mediterranei. Uomini di cultura e giovani aristocratici prendevano conoscenza delle altre culture attraverso il viaggio nei paesi del mito e della classicità. L'Italia era la meta più ricca di tutte le arti, un insieme di bellezze naturali e ingegno umano; era fonte di studio e stimoli, non ultimo, la diversa vita sociale in contrasto col più omogeneo nord Europa.

Dalla lettura dei testi “Viaggio in Italia” di Goethe e “Diario di viaggio in Italia” di de Montaigne, considerati dei classici della letteratura di viaggio, incontriamo lo sguardo curioso di letterati e poeti osservatori delle peculiari caratteristiche del nostro Paese. Possiamo capire come eravamo e vedere quanto siamo cambiati.



Fra i visitatori troviamo scrittori, avventurieri, uomini di Stato, regine, studenti, artisti: tutti scrivevano diari di viaggio che oggi possiamo consultare.

Il libro “Viaggiatrici” di Maria Carla Martino raccoglie la ricerca della letteratura di viaggio ottocentesca in versione femminile, donne che hanno scelto di visitare la Sicilia.

Sono donne che rompono la consuetudine patriarcale della società in cui vivono e, attraverso il viaggio, realizzano un desiderio di libertà e autonomia, la sfida al pregiudizio della presunta fragilità e la dimostrazione di potersi muovere da sole.

Una caratteristica della scrittura nel diario di viaggio al femminile: “dal punto di vista intellettuale rivela quegli aspetti della vita e del paesaggio che maggiormente attraggono l'occhio femminile, poiché sappiamo che le donne vedono molte cose, che l'altro sesso difficilmente osserva”.

Fra le prime viaggiatrici inglesi incontriamo Miss Cornelia Knight, figlia di un capitano di marina, che aveva viaggiato molto in Europa, entrando in contatto con intellettuali e personalità importanti. Assieme alla madre soggiornò a Roma, poi a Napoli dove frequentò Emma Hamilton. Per sfuggire ai movimenti rivoluzionari si spostò a Palermo, ospite sulla nave inglese di Lord Nelson. Alla fine del suo soggiorno siciliano rimpianse di lasciare l'Italia, dove aveva trascorso anni felici. Scrisse numerosi diari di viaggio.

In Sicilia arrivarono per mare Lady Grosvenor e Mrs. Griffith. La prima a bordo di uno yacht, con il marito i figli e il numeroso equipaggio, visita con occhio critico le città. Messina ha pochi negozi, Siracusa è meglio fornita, a Bagheria le ville sono decadenti, ma rimane incantata alla vista della Cappella Palatina. L'entusiasmo si trasforma in repulsione nelle catacombe dei Cappuccini, e la Palazzina cinese le appare “un giocattolo cinese ricco di cattivo gusto e stanze piccole”.

Nella stesura del diario si sofferma nell'accurata de-

scrizione della 'manifattura' della pasta, di varie forme e dimensioni, descrive i macchinari, i lavoratori ed i clienti. Non trova nulla di interessante negli abitanti dell'isola ma infine, alla partenza, loda l'ospitalità degli isolani.

Mrs. Griffith sbarca con il marito militare a Catania durante la festa di S. Antonio, guarda la gente divertita, vede i cavalli galoppare liberi con i petardi attaccati alla coda, osserva gli aristocratici, elegantemente vestiti, andare avanti e indietro a cavallo e in carrozza lungo la strada, solo "per vedere ed essere visti". Si meraviglia di tanto sfoggio di ricchezza per una città di provincia. Si allontana in nave dalla costa, con gli ultimi fuochi d'artificio e la brezza profumata degli agrumeti.

Un'altra viaggiatrice, Emily Lowe, usa una scrittura coinvolgente adatta al suo pubblico, prodiga di consigli e suggerimenti. La narrazione della salita sull'Etna, con le guide meravigliate da tanta determinazione, è la parte culminante. "Mai, mai si erano sognati di accompagnare giovani signore attraverso una simile neve; dei pochissimi uomini che ci provano, a stento uno per inverno raggiunge il cratere; solo un giorno di Santa Lucia avrebbe potuto operare un simile miracolo." Abbondano gli stereotipi sui siciliani e la critica al governo borbonico, "arretrato e illiberale".

La colta e cosmopolita Marianne North sbarca a Palermo nel 1870; abituata a viaggiare con il padre, visitò molti paesi coltivando il disegno naturalistico. I suoi quadri sono esposti alla galleria dell'orto botanico di Kew.

Della Sicilia coglie ogni particolare umano e storico, è osservatrice attenta e curiosa. Descrive le donne palermitane nei loro vestiti dai colori accesi, indossati con disinvoltura. Nota la bellezza e comprende la vita grama dei poveri: "corrono nove miglia all'andata e nove al ritorno fino a Palermo, per vendere il misero carico che portano sulla testa, a piedi nudi e vestiti molto succintamente. Sarebbe difficile trovare corpi più belli in qualsiasi posto; erano persone simpatiche, intelligenti e civili con cui conversare, nonostante la vita dura."

La viaggiatrice inglese segue il suo istinto, disegna nei luoghi più diversi, senza incontrare particolari disagi, il suo temperamento suscita simpatia, riceve attenzioni e cortesie dalla gente comune. Troverà chi si preoccupa di assegnarle una scorta di soldati e un accompagnatore, per la visita ai templi di Girgenti e per tutta la durata del soggiorno.

Negli anni successivi, altre viaggiatrici inglesi arriveranno in Sicilia, trovando un nuovo mezzo di traspor-



to: la ferrovia. Mrs. Russell viaggia in treno, attraversa lo stretto e continuerà a spostarsi sull'isola con lo stesso mezzo. Sensibilità e cultura la distingue dalle precedenti viaggiatrici, scriverà le sue impressioni entusiastiche sull'arte normanna, in forma di letterediario, inviate alla nipote Ellen Mary che, successivamente alla sua morte, le metterà in ordine per la pubblicazione.

Anche Mrs. Russell, come le altre donne inglesi, annota il comportamento crudele degli isolani verso gli animali domestici.

Con il '900 le nuove viaggiatrici si muovono con obiettivi diversi: chi per studio, chi per giornalismo, chi per turismo. Mrs. Jackson arrivò in Sicilia per documentarsi sull'artigianato locale e sui reperti antichi, non mancando di interessarsi alle abitudini della popolazione. La città di Palermo, con le grida degli ambulanti, le sembrò la più rumorosa del mondo.

Il suo testo *A Student in Sicily* è arricchito da numerose illustrazioni fotografiche (monumenti, gruppi di persone, manufatti) che sarà un importante documento per gli studiosi dell'evoluzione sociale dell'isola.

Il flusso delle viaggiatrici inglesi si esaurisce con i cambiamenti politici e gli eventi bellici.

I testi di viaggio delle autrici, non essendo tradotti in italiano, rimangono sconosciuti al grande pubblico.

COME UN TANGO BORGES E ARIOSTO

di Fabio Rosa*

«**N**essuno può scrivere un libro. Perché / un libro esista veramente, / ci vogliono l'aurora e il tramonto, / secoli, armi e il mare che unisce e separa. // Così pensava Ariosto, che al piacere / lento si diede, nell'ozio di vie / di chiari marmi e neri pini, / di tornare a sognare il già sognato». Così recita l'inizio di una nota lirica di Borges dedicata all'Ariosto e inclusa nella raccolta *L'artefice* (1960).

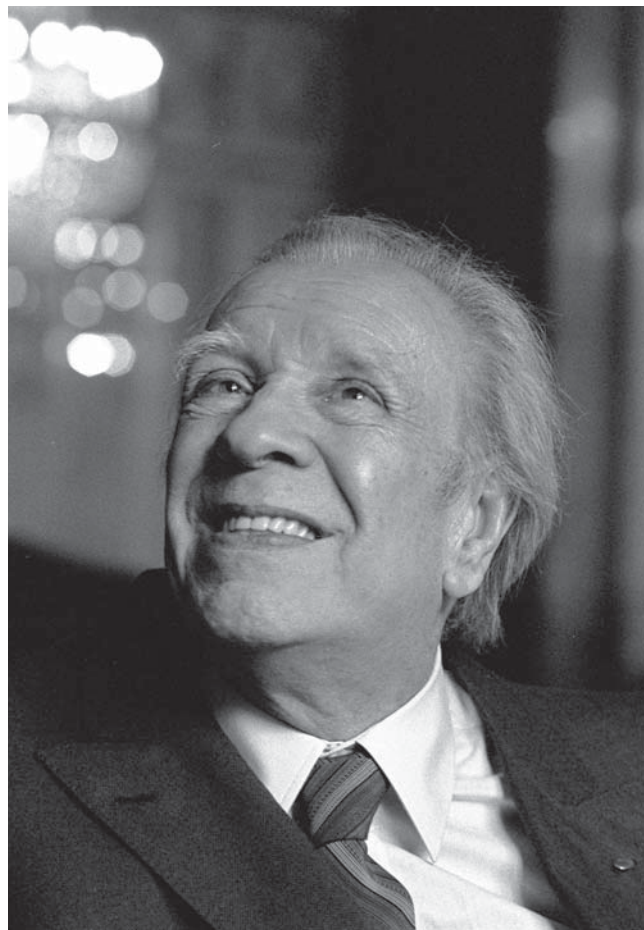
Nella cultura latino-americana Borges è lo scrittore che più risentì dell'influenza del *Furioso*. Assieme alla *Commedia*, fu una delle sue letture preferite. Tutto ciò che gli uomini hanno immaginato nel corso dei secoli si troverebbe, a suo dire, riunito in questo poema. Non solo, dunque, le armi e gli amori, ma tutte le letture di una vita. Di più: Ariosto si inventò di riproporre le sue storie da narratore-spettatore, sicché



il suo andare per le strade di Ferrara era lo stesso di quello di Ruggiero che a dorso dell'ippogrifo, «spese giorni e mesi in questa via, / sì di veder la terra e il mar gli cale» (O.F. X 73). Viste dall'alto, attraverso il filtro dell'ironia, queste storie finiscono per emanciparsi dalla realtà e tramutarsi in fantasticherie. L'immaginazione, la capacità di assorbire l'aria gremita di sogni dell'Italia umanista, l'ironia maliziosa sono, di fatto, le qualità che permisero allo scrittore ferrarese di tramutare le scorie del tempo in un libro perfetto. Un «enorme diamante» lo definisce Borges, un «cristallo», un «caleidoscopio», un «risplendente labirinto», in cui il lettore può perdersi felicemente. In questo «vasto, cangiante e luminoso poema» tutto è frutto di un'immaginazione di secondo grado e ogni sogno si converte nell'altro come i fili di una matassa o i passi di una danza. La realtà contingente è trasfigurata, vista come attraverso una tenue «nebbia d'oro». Di qui anche la concezione borgesiana (e postmoderna) del testo come una trama di sogni collettivi, che appartiene più ai lettori che all'autore. Paradossalmente è questa impersonalità che garantì il successo del *Furioso* facendone per secoli un poema familiare a tutte le immaginazioni e consentendo perfino a scrittori come J. Milton di impietosirsi davanti ad alcune delle sue storie.

Accanito lettore e frequentatore di biblioteche, Borges si formò quasi interamente sui libri. Nell'archivio della sua memoria trovarono posto i libri più disparati, soprattutto libri di viaggio e d'avventura. Quando, negli anni quaranta, il suo cosmopolitismo culturale lo portò a rivolgersi ai classici, il *Furioso* divenne una delle sue letture preferite. Al pari dell'autore del *Chisciotte*, egli trovò nelle sue vaste geografie un diversivo alla quotidianità. Per la lettura si servì di varie edizioni e commenti. Fra i critici preferì quelli, come A. Momigliano, che erano portati a giudicare i libri per l'emozione che suscitano piuttosto che per ragioni di ordine dottrinale o politico. Dal suo *Saggio sull'Orlando Furioso* (1928) mutuò il ritratto lunare del poeta che «andava per le strade di Ferrara e allo stesso tempo andava per la luna».

Se la conoscenza della teologia dantesca, come è stato detto, fu ciò che permise allo scrittore argentino di abbandonare la poetica giovanile dell'ultraismo, la lettura del *Furioso* contribuì ad acuire in lui il sogno di un passato epico. Quando cominciò ad uscire dalla biblioteca paterna per avventurarsi nei suburbi della città, si imbatté in tante avventure simili a quelle dei cavalieri ariosteschi. Nei loro duelli gli sembrò di tro-



Jorge Luis Borges

vare lo stesso spirito di «bellicosa allegria» che amava nella musica del tango: non quello sentimentale del quartiere della Boca, ma quello delle *casas malas* e delle coltellate che nelle sue pagine ha la risonanza di un mito. Non era, forse, la sua patria «un palpito di chitarra, alcuni ritratti e una vecchia spada»? E non si era rivolto a lui, nell'omonimo racconto della *Storia universale dell'infamia* (1935), l'uomo dell'angolo rosa per confidargli l'assassinio appena commesso?

Sull'esempio di Ariosto anche Borges trasformò la sua città in un luogo fantastico, dove l'ieri può essere oggi, l'ancora e il tuttora. Nel racconto *Il congresso*, incluso nel *Libro di sabbia* (1975), si descrisse come un letterato dedito all'evocazione di una Buenos Aires immaginaria di *cuchilleros* e *guapos*, per i quali il duello è tanto naturale quanto lo era la guerra per i cavalieri del *Furioso*. In questa città tutti portano coltelli e daghe silenziose e si accoltellano senza ragioni d'amore o di lucro. Come quel guitto dell'omonima milonga, grande ballerino e grande giocatore, amato dalle belle mulatte, che una notte finisce la sua vita in un vicolo del suo quartiere con la leggerezza di un pupo siciliano.

Nella lirica sul tango, inclusa ne *L'altro e il medesimo* (1964), Borges definì questo genere musicale, così intimamente argentino, come «la festa e l'innocenza del coraggio». Ma «feste della guerra» erano, a suo dire, anche quelle che Ariosto, in groppa al destriero del mago Atlante, vide solcare i regni della terra. Se la lettura della *Commedia* dantesca avvenne su quei tram che lo portavano alla biblioteca e gli aiutavano, al ritorno, «la tristezza con quel lamento lungo che liberano la sera», c'è da credere che l'amore per il più ameno *Furioso* gli nacque in mezzo a quella teppaglia di *compadritos e malevos* che evocò nelle pagine dell'*Evaristo Carriego*. Perché Dante, diceva, esige distanza. Ariosto, invece, è uno scrittore che ispira simpatia e con cui è un piacere conversare. Da lui apprese a girovagare per le strade dei suburbi come se si trovasse sulla luna o in quell'*Orbis Tertius* descritto in un racconto delle *Finzioni*. Lì trovò lo stimolo per liberarsi dalla prolissità del reale e sfiorare altre vite immaginarie. E soprattutto trovò, lui che vantava tra i suoi antenati uomini di spada e di toga, il modo per dare voce agli uni e agli altri e conciliare tutte quelle antinomie che sono alla base della sua scrittura e del suo mito familiare. Il *Furioso* fu, come il tango, una festa di sogni collettivi e di ballerini lunari. E ciò prima che, in un memorabile spettacolo presentato al «Festival dei Due Mondi» di Spoleto (1969), il regista L. Ronconi ne facesse un'allegria macchina di maschere e di sogni. Ma prima anche che I. Calvino iniziasse alla radio le sue scomposizioni semiologiche del *Furioso* (1967) presentandolo come «un arabesco fantastico», «un gioco colorato e danzante». Quelle letture radiofoniche confluirono nel libro einaudiano *Calvino racconta l'Orlando Furioso* (1970), che, per esigenze editoriali, fu adattato al mercato scolastico. Calvino, che era cresciuto a Cuba e del meraviglioso latino-americano portava dentro di sé le stigmate, ne rimase insoddisfatto. Per l'edizione spagnola chiese al suo editore argentino che sparisse ogni aspetto scolastico e fosse presentato come un libro di lettura indipendente dall'originale. Perché le parole, diceva J. Villafaña, il patriarca dei pupari argentini, non hanno padroni: girano nell'aria, sono di tutti e di nessuno. E J. Cortázar, che, prima di lasciare Buenos Aires, fu in contatto con lui e con Borges, la pensava allo stesso modo. Nel suo *Diario per un racconto* scrisse: «Non ricordo come potrei ricordarmi di quel dialogo. Ma fu così, lo trascrivo ascoltandolo, o lo invento copiandolo, o lo copio inventandolo. Domandarsi incidentalmente se non sia proprio questo la letteratura».

Questo precisamente fu per Borges il capolavoro ariostesco. E lui che in una delle sue *Inquisizioni* aveva dichiarato che «ogni collaborazione è misteriosa», si comportò con il *Furioso* allo stesso modo di Menard con il *Quijote*: continuando a leggere nella memoria, leggendo e reiventando. Perché un libro è sempre il prodotto di altri libri, un miscuglio di lettura e riscrittura. Ma la vita, quella che si vive e non ci si limita a vederla vivere negli altri, evaporò in un sogno. Rinchiuso nel suo risplendente labirinto, ridotto all'immobilità, l'Ariosto di Borges «è lì solo a sognarsi». Come il mostruoso protagonista de *La casa di Asterione* aspetta che qualcuno venga a liberarlo e, facendosi carico del suo sogno, diventi se stesso nell'altro. Poco importa se, per quei giochi di simmetria che ordiscono i fili della storia, questo qualcuno ha il volto straniero dell'arabo o del negro. Purché venga e chiami e, chiamando, rimetta in moto la vita. La quale è tutta in questa avventura di un qualcuno o un qualcosa che chiama e, facendosi parola in noi, ci spalanca le porte del sogno. Quanto, poi, alla gloria, diceva, non è che una forma dell'oblio. Quella, anzi, che più incomprensione genera. Per lui solo il tango era un antidoto all'oblio: un qualcosa senza né un prima né un dopo, che ha il sapore di ciò che è perduto e rimemorato. L'«intrepida canaglia» della pampa e dei suburbi di Buenos Aires, che, impugnando «la vipera del coltello», costruì l'epopea del tango, popolò i suoi sogni. Ma se, come scrisse, le immagini, di cui durante la vita un uomo plasma il proprio mondo interiore, non sono che i frammenti di un volto - non quello invisibile dell'Altro, ma quello rifratto in mille specchi di sé stessi -, l'espressione che lo scrittore intravvide nello specchio del tango non doveva essere molto dissimile da quello sguardo «tardo e grave» che «lo splendor de' gran sogni anco ritiene» (G. Carducci), che fu lo sguardo di messer Ludovico, così come appare nel ritratto forse attribuibile al suo concittadino e amico Dosso Dossi. Incontrare Ariosto fu, infatti, per Borges come incontrare se stesso: arrivare al suo centro, alla sua chiave, alla sua algebra, al suo specchio. Le «festose guerre» del *Furioso* finirono inevitabilmente per sovrapporsi ad altre canzoni di gesta, ai duelli di «quella teppaglia che in polverosi vicoli / sterrati o in perduti villaggi / fondò la setta del coltello e del coraggio». E fu come una musica. Come un tango, appunto.

* Prof.re Fabio Rosa

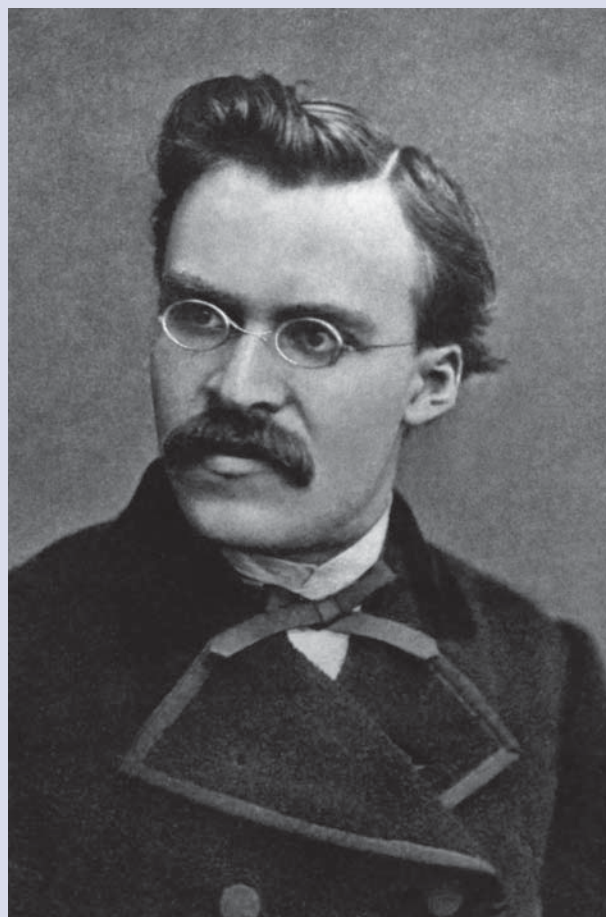
Docente dell'Università Cattolica di Santiago - Cile

AFORISMI D'AUTORE: FRIEDRICH NIETZSCHE

a cura di Luisa Pevarello

1. **FAMA.** *Quando la gratitudine di molti verso qualcuno getta via ogni pudore, nasce la fama.*
2. **ESSERE PROFONDI E SEMBRARE PROFONDI.** *Chi si sa profondo si sforza di essere chiaro; chi vorrebbe sembrare profondo alla moltitudine, si sforza di essere oscuro. La moltitudine infatti prende per profondo tutto quello di cui non può vedere il fondo; è così timorosa e va in acqua così a malincuore.*
3. **PENSIERI.** *I nostri pensieri sono le ombre delle nostre sensazioni - sempre più oscuri, più vuoti, più semplici di queste.*
4. **NELLA SOLITUDINE.** *Quando si vive soli, non si parla troppo forte, non si scrive nemmeno troppo forte: perché si teme la vuota risonanza - la critica della ninfa Eco - E tutte le voci suonano in maniera diversa nella solitudine!*
5. **IL PENSATORE.** *È un pensatore: vale a dire è bravo a vedere le cose più semplici di quel che sono.*
6. **LIMITI DEL NOSTRO UDITO.** *Si odono solo le domande alle quali si è in condizione di trovare una risposta.*
7. **SENZA VANITÀ.** *Quando si ama, si vuole che i nostri difetti restino celati - non per vanità, ma perché l'essere amato non deve soffrire. Anzi, chi ama vorrebbe sembrare un dio - e anche questo non per vanità.*
8. **QUEL CHE NOI FACCIAMO.** *Quel che noi facciamo non è mai compreso, ma sempre soltanto lodato o biasimato.*
9. **CHE COSA RENDE EROICI?** *Muovere incontro al proprio supremo dolore e insieme alla propria suprema speranza.*
10. **IN CHE COSA CREDI?** *In questo: che i pesi di tutte le cose devono essere nuovamente determinati.*
11. **CHE COSA DICE LA TUA COSCIENZA?** *Devi diventare quello che sei.*
12. **CHE COS'È PER TE LA COSA PIÙ UMANA?** *Risparmiare vergogna a qualcuno.*

La gaia scienza e Idilli di Messina, Libro Terzo, Adelphi ed.



Friedrich Nietzsche - 1869

CORRISPONDENZA D'AMOROSI SENSI

di Patrizia Carotenuto

bambini, scesi in gran fretta dal pulmino della scuola, si misero a correre con lo zainetto sulle spalle, lungo il vialetto che conduceva a casa: un antico casale sulle colline toscane lontano dal centro abitato. Era una fredda giornata di febbraio, soffiava un pungente vento di tramontana.

Dal viale cominciarono ad urlare: "Nonno, nonno, siamo qui..."

Aprirono il portone appena accostato e con impeto si precipitarono nel corridoio.

La mamma li rincorse, disse loro qualcosa, ma non l'ascoltarono, né si fermarono. Continuarono ad andare avanti trafelati e gioiosi, raggiunsero la camera del nonno: "Nonno, nonno, perché non sei venuto a

prenderci?"

Spesso il nonno, quando andava a trovarli, li accompagnava a scuola ed aspettava che le lezioni terminassero per riportarli a casa. Li attendeva in un piccolo bar del paese leggendo i giornali e sorseggiando il caffè. I nipotini erano la sua gioia di vivere, il primo pensiero quotidiano.

Nella camera uno spettacolo insolito si presentò ai loro occhi. Il nonno era nel letto, immobile, solo la testa fuori dalle coperte. Il volto pallido, gli occhi chiusi, sembrava che dormisse.

Aurora gli si avvicinò, gli sfiorò con una manina la fronte: "Nonno, siamo ritornati! Dormi ancora?"

La mamma con un filo di voce sussurrò: "Aurora, il nonno è morto. Non ti può rispondere."

La piccola non capì cosa volesse dire la parola morta e poi... lei non aveva mai visto il volto di una persona morta.

La giovane donna cercò di spiegarle cosa era accaduto: il nonno si era sentito male in mattinata, al figlio, che voleva portarlo in ospedale, aveva detto: "Andremo più tardi, lasciami aspettare i bambini!"

Ma dopo qualche ora il suo cuore aveva smesso di battere. Aurora comprese quanto sua madre le diceva e pronunciò una parola che, forse, le era più familiare: "È una disgrazia!"



Con dolcezza accarezzò il volto smunto del nonno ed esclamò: "Com'è freddo! - dondolando il capo, aggiunse - Che disgrazia, che disgrazia!"

La sua voce era fioca, impregnata di dolore. Aveva sette anni e non riusciva a rendersi conto perché quella disgrazia fosse toccata al suo caro nonno. Prese per mano la sorellina più piccola, che era rimasta in disparte e, in un orecchio, le disse: "Barbara, il nonno è... che disgrazia, che disgrazia!"

E sempre dondolando la testa cominciò a piangere. Barbara ne fu contagiata e anche lei iniziò a piangere muovendo il capo. Ettore, il fratello maggiore, non aveva pronunciato una sola sillaba. Incredulo si era fermato ai piedi del letto, assorto a guardare il volto pallido del nonno tanto amato che non rispondeva. Aveva ben capito il discorso della madre, affranto era scoppiato in un pianto diretto. Si accostò al letto e cominciò a muovere le lenzuola e le coperte: voleva toccarlo, abbracciarlo. Il nonno quasi ogni mese andava a trovare i nipoti facendo con l'auto centinaia di chilometri, incurante del freddo, della pioggia e delle bizzesse del suo cuore malato.

I bambini lasciarono la camera quando il papà disse loro di andare un po' fuori a giocare. Corsero nei campi brulli che circondavano il casale, raggiunsero un giovane albero di mimose da poco fiorito e, reggendosi a vicenda, spezzarono tanti rametti carichi di fiori. Ritornarono in casa e li adagiarono sul copriletto bianco. "Vedi nonno, la mimosa è fiorita, senti come profumano i suoi fiori!" disse la piccola Barbara. Si recarono nel campo più volte in cerca di altri fiori, raccolsero mazzetti di primule e ciuffetti d'erba, presero nelle aride zolle i sassi più levigati e i gusci di lumache che lavarono e posero sul letto accanto ai fiori.

Per alcune ore, nonostante la giornata fosse rigida, cercarono e scovarono cose da portare al nonno.

Spogliarono di tutti i fiori l'albero di mimose e ricoprirono di giallo il letto. Alcuni rametti più lunghi li posero in un vasetto che era sul comodino. Quando sopraggiunse la sera, si rifugiarono in cucina dove c'era un po' di tepore.

Si sedettero attorno al tavolo, tolsero dagli zainetti fogli, matite, pastelli e cominciarono a disegnare e colorare le cose che i loro cuori impressionati suggerivano: case, alberi, fiori, uccelli e anche le stelle, la luna e i

cuori grandi e piccoli colorati di rosso che facevano "tic-tac", uno solo era nero e taceva. I piccoli avevano dato forma e colore al loro dolore con immagini tenere e amoroze.

Aurora disegnò il nonno così com'era nel suo letto, coperto di mimose, primule e sassi che brillavano. Ai piedi del letto collocò una finestra dalla quale si vedeva un grande sole giallo.

"Il sole deve riscaldarlo - disse la piccola - fa molto freddo!"

I disegni li donarono al nonno: li attaccarono alla spalliera e ai piedi del letto affinché potesse vederli e sentire il loro affetto.

Durante tutto il pomeriggio gli fecero compagnia parlando e piangendo. Quella sera non toccarono cibo, e quando la stanchezza ebbe il sopravvento si abbandonarono sul divano accanto al fuoco.

Il sonno li accolse tra le sue braccia ristoratrici concedendo una tregua al dolore che tormentava i loro cuori.



UN RITORNO ALLA NATURA NELLA VITA ALTERNATIVA DI FRIEDA E LAWRENCE

di Salvatore Marà

Trento accoglieva i viaggiatori con un tiepido sole di fine estate e fuori dalla stazione, con i colori degli ultimi fiori, esitanti all'ombra degli alberi di Piazza Dante.

All'uscita dalla stazione, Frieda e Lawrence si erano diretti verso il centro della città nella speranza di trovare un Biergarten, dove poter mangiare. Nella locanda più vicina però, il cameriere aveva risposto in italiano alla sua richiesta in tedesco, e infastidito li aveva mandati via. Eppure si era ancora dentro i confini dell'Impero. Anche se l'ora di pranzo era ormai passata da un pezzo, davanti ad un ristorante dagli arredi lussuosi non si erano trattenuti dall'entrare. Avrebbero accettato di tutto, anche delle uova sode e un po' di pane, qualsiasi cosa il ristorante potesse offrire. Questa volta Frieda si era rivolta al cameriere in francese. La risposta non tardò ad arrivare. Con il tono di chi è abituato ad intrattenere i clienti, un cameriere dall'aria gentile si rivolse ai due stranieri, assicurandoli. Durante il pranzo decisero di trascorrere il pomeriggio alla ricerca di un appartamento ammobiliato, con il desiderio di fermarsi qualche giorno a Trento.

La città si mostrava distesa lungo le pendici delle montagne, attraversata da una rete di strade strette che scendevano verso gli antichi borghi, dove fra la penombra delle androne s'intravedevano volti di persone indaffarate.

Frieda e Lawrence erano andati in giro per la città, bussando alle porte delle case più lontane, ma i trentini erano diffidenti con chi conosceva solo poche parole d'italiano. A sera erano tornati al ristorante, per trascorrervi la notte. La loro camera era alla fine di un lungo corridoio, vicino al bagno comune. Si sentiva l'acqua scorrere ininterrottamente, lungo una specie di lavatoio, appena rialzato dal pavimento, tanto sudicio, che, al solo pensiero, Frieda inorridiva. L'unica finestra dava su una caserma poco più avanti lungo la strada. A sera, i soldati giravano per la città, schiamazzando

sino a tardi, sazi di cibo e di birra vagavano per le strade sino all'ora della ritirata. L'Impero sembrava essere stato, con questa città, fin troppo generoso di soldati e caserme.

Quella mattina la sveglia era stata data alle cinque dal vociare dei soldati, che si preparavano per le esercitazioni. Frieda e Lawrence ormai avevano perso ogni speranza di trovare un appartamento. Dopo gli ultimi tentativi fatti con poca convinzione, erano ritornati sui loro passi, vicino alla stazione. Stanchi e scoraggiati, si erano seduti su una panchina, vicino alla statua di Dante.

I loro abiti erano sgualciti, ormai privi di ogni forma. I pantaloni di Lawrence avevano i risvolti sfilacciati e il cappellino di Frieda era circondato da un nastro stinto senza più nessun colore. Frieda guardava i soldati con le loro divise eleganti accompagnare signore a passeggio nel parco. Piangeva commiserando se stessa e il suo compagno vestiti in quel modo così trasandato. Si lamentava della notte trascorsa in una camera squalida, dalle lenzuola sporche e del bagno in comune. Lawrence cercava di farle forza. Le ricordava la lunga strada percorsa insieme, la decisione e il coraggio avuti nel superare momenti ancora più difficili.

Erano partiti da Wolfsrathausen, in Baviera, la mattina presto, con negli zaini un fornello a spirito, del burro e un po' di pane nero, si erano incamminati lungo la strada in silenzio, sperando di non svegliare gli abitanti del piccolo paese. Pieni di entusiasmo, avevano attraversato le Alpi a piedi, superato valichi lambiti dalla neve, sopportato il freddo delle notti trascorse nei fienili o nelle baite, ma sempre felici di essere liberi, a contatto con la natura, lontano dalle città. Molte volte si erano scoraggiati per la durezza dei luoghi e per il carattere chiuso delle persone. Ma adesso arrivati a Trento, ad un passo dall'Italia, proseguire sembrava veramente difficile. Lawrence si era intanto alzato dalla panchina e stava camminando verso la stazione

ferroviaria, Frieda lo seguiva in silenzio.

All'ingresso della stazione un manifesto pubblicitario invitava a visitare il lago di Garda. A Frieda ricordò i giorni felici trascorsi sul lago Maggiore, in Svizzera, Lawrence vi immaginò il luogo a lungo atteso, dove tutto esaltava la grandezza della natura, finalmente l'Italia cantata da Goethe: "Conosci il paese dove fioriscono i limoni?"

La stazione era gremita di persone. Una miriade di cappelli neri nascondeva la biglietteria. Ci si muoveva a stento fra l'odore acre delle divise e gli zaini lasciati a terra. Un uomo si accorse dello straniero in difficoltà. Gli fece un cenno d'intesa e Lawrence vide una porta lì vicino socchiusa, aprirsi. Fece appena in tempo a chiedere due biglietti di terza classe. Frieda era già sul treno e preoccupata si sporgeva dal finestrino del vagone, quando Lawrence correndo le mostrò orgoglioso i biglietti. Il treno si mosse verso Rovereto mentre di due viaggiatori si abbracciavano. Il paesaggio intanto scorreva lentamente davanti al finestrino e si potevano vedere i contadini che al passaggio del treno, lasciavano il lavoro per salutare i passeggeri. L'ebbrezza del viaggio illuminava il viso dei due amanti.

Si erano conosciuti il mese di marzo di quello stesso anno, il 1912. Il prof. Ernest Weekley, dell'Università di Nottingham, aveva invitato a casa un *giovane scrittore in erba*, come lui lo aveva chiamato. Lei era già sposata con Ernest da tredici anni e aveva tre figli.

Frieda e suo marito Ernest si erano incontrati in Germania, nel periodo in cui il giovane Weekley faceva il lettore in una università tedesca. Lei appena ventenne aveva trovato in lui la sicurezza e la tranquillità di un uomo dalla posizione solida e dai gusti sobri. La differenza di età non sembrava essere un ostacolo, Frieda 20 anni, Ernest 34. Il padre di Frieda, il barone von Richthofen e la madre avevano accettato di buon grado il matrimonio. Anche la sorella maggiore, Else, inseguiva l'amore di un professore universitario di Heidelberg, con parecchi anni più di lei. Dopo il matrimonio, nel 1899, Frieda aveva seguito il marito in Inghilterra a Nottingham, ma non si era mai adattata alla vita sin troppo tranquilla della provincia inglese. I suoi interessi erano sempre più compressi all'interno delle attività svolte quotidianamente con lenta monotonia: un giorno della settimana per la visita alla suocera, un altro giorno per l'incontro con i vicini, l'altro ancora si restava a casa per il bucato. Tutto sempre uguale. Persino l'ultimo suo piacere, la musica, non aveva l'approvazione del marito. Un giorno, mentre suonava il pianoforte per intrattenere degli amici, il

marito si avvicinò e mise del denaro sulla tastiera pregandola di smettere. Con il tempo, il clima familiare si era sempre più deteriorato e Frieda sentiva sempre più forte il bisogno di tornare in Germania, dai suoi genitori a Metz, oppure di far visita alla sorella Elsa, per incontrare i suoi amici di Monaco.

Quando Ernest invitò a pranzo il giovane Lawrence, Frieda fu subito colpita dall'irrequietezza e dalla sensibilità di quel giovane scrittore.

Dopo quel giorno, continuarono a vedersi mentre il loro legame cresceva, scoprendo sempre nuove affinità e somiglianze. David Herbert Lawrence (era nato l'11 settembre 1885, ad Eastwood, nel Regno Unito), aveva 26 anni, molto più giovane di Frieda che allora ne aveva già 35. Lawrence era il figlio di un minatore e di una maestra, ma ben presto aveva mostrato il suo talento per la scrittura guadagnando una certa notorietà, tanto da lasciare il suo lavoro d'insegnante per



Lawrence e Frieda



dedicarsi completamente alla letteratura. Era stato presentato ad Ernest Weekley, docente di Linguistica all'Università, perché lo favorisse in una qualche attività che gli permettesse di superare il bisogno di denaro, tipico di uno scrittore agli esordi. D'altra parte, anche Ernest proveniva da una famiglia di umili origini e solo uno studio forsennato, fatto di notti insonni e di sacrifici, gli aveva permesso di arrivare ad essere un professore stimato. Era l'eroe della famiglia, l'unico ad avere avuto la possibilità di studiare. Lawrence però, a differenza di Ernest, era stato educato dalla madre ad apprezzare i movimenti politici e letterari dell'avanguardia culturale inglese. In modo particolare seguiva la rivista *The New Age*, edita tra il 1907 e il 1922, dove scrivevano A. R. Orage, G. Bernard Shaw e Ezra Pound e dai quali Lawrence apprese gli aspetti essenziali di quella cultura alternativa che stava nascendo in Germania. Quando Lawrence conobbe Frieda nacque così un'intesa tanto lucida e consapevole da spingerlo sin dall'inizio a fare di tutto per portarla all'altare, infatti abbandonò la sua fidanzata e accettò di partire con lei per Metz, in Germania.

Frieda tornava a Metz ogni anno per le celebrazioni della vittoria prussiana del 1871, che avrebbe visto suo padre, il barone Friedrich von Richthofen, e tutta la sua famiglia al centro dei festeggiamenti per la liberazione della città dalla dominazione francese.

I due amanti partirono insieme, lei lasciava tre figli e il marito, lui un fidanzamento appena interrotto. I genitori di Frieda e suo marito erano ignari di quello che stava accadendo. Infatti una volta a Metz, Lawrence prese alloggio in un albergo, dal quale usciva solo per incontrare Frieda, che nel frattempo aveva informato le sorelle della sua relazione. Nel paese, le celebrazioni della guerra franco-prussiana avevano creato un clima di festa. Le strade della città erano piene di persone

provenienti dai paesi vicini, incuriositi dai giocolieri e dalle bancarelle che esponevano merci provenienti da terre lontane. Erano arrivati gli orsi che danzavano al suono della fisarmonica, i cavalli berberi dai mantelli pezzati, i dromedari delle steppe mongolica. Dolci e spezie coloravano le bancarelle lungo i vicoli e il loro profumo arrivava sin dentro le case, mescolato al richiamo dei venditori. Le persone dall'abbigliamento più strano passeggiavano lungo le vie del paese, animate dalla frenesia di comprare. Le sorelle Richthofen, Else, Frieda e Johanna passeggiavano consapevoli di essere al centro dell'attenzione degli abitanti di Metz. Else, la maggiore, veniva considerata la più saggia fra le sorelle, laureata, era una delle prime donne tedesche ispettrici del lavoro, Johanna, la più giovane, sembrava conservare il candore infantile, Frieda invece era considerata dalla madre una "primitiva", fuori da ogni inibizione e contraria ad ogni forma di autorità, anche quella familiare. Lawrence si fece avanti fra la gente, apparve a Frieda all'improvviso, appena svoltato un vicolo. Johanna capì subito e sussurrò qualche parola all'orecchio di Frieda che accennò con il capo. Un uomo alto, dagli occhi azzurri si fece incontro alle donne che ne restarono subito affascinate. Lawrence le guardò ammirato nei loro vestiti eleganti, dai lineamenti del volto delicati, nella loro bellezza contesa dagli uomini del paese. Bastarono poche parole e Frieda e Lawrence si allontanarono per qualche minuto, cercando di non tradire nei gesti il loro nascente amore. Dopo poco, Lawrence scomparve fra la folla. Frieda non poteva accompagnarlo all'albergo, sarebbe stato troppo rischioso, i proprietari conoscevano lei e la sua famiglia fin troppo bene.

Il giorno dopo, finalmente i due innamorati restarono soli e si avventurarono per una passeggiata romantica lungo le mura del castello. Mentre cercavano di allontanarsi dalla strada per guadagnare un luogo appartato, un soldato notò l'uomo dall'aspetto insolito, guardingo e sospettoso. Forse il suo atteggiamento nasceva dal timore d'incontrare i genitori di Frieda, ma il soldato non poteva saperlo e dopo averli seguiti, li affrontò. Frieda immediatamente reagì confessando la loro amicizia, ma il soldato insistendo li accompagnò in caserma. Lawrence era sospettato di essere una spia trovata ad indagare sulle fortificazioni militari. Dovette intervenire il barone per chiarire l'equivoco, ma la situazione divenne imbarazzante per Lawrence, che dovette spiegare il motivo della sua permanenza a Metz. Avrebbe dovuto andare via subito per evitare ogni affronto alla famiglia di Frieda. L'unica soluzione

sembrava quella offerta da Else, che invitò i due amanti a trascorrere alcune settimane con lei e suo marito, nella loro casa vicino Monaco.

Agli inizi del '900, Monaco era la città dell'avanguardia artistica e culturale, pittori come Paul Klee, Vasili Kandinskij, Matisse visitavano la città o vi risiedevano per lungo tempo. Le teorie psicanalitiche erano fonte di discussione e influenzavano l'opposizione politica al regime conservatore di Guglielmo II, il Kaiser. In modo particolare, la critica si muoveva non solo a livello politico, con la presenza di anarchici e socialisti, ma investiva soprattutto i costumi della famiglia patriarcale, al centro di una concezione autoritaria della società.

Else, la sorella di Frieda, aveva sposato nel 1902 Edgar Jaffè, un ricco ebreo, che insegnava all'Università, molto conosciuto a Monaco per i suoi interessi culturali e per la sua accanita opposizione alla politica guglielmina, tanto da diventare Ministro dell'Economia nella Repubblica Socialista di Monaco del 1918. Edgar Jaffè non era però l'unico legame che le sorelle Richthofen avessero con gli ambienti culturali di Monaco, infatti Elsa aveva ritrovato in quella città una sua cara amica, Frieda Gross, moglie dello psicoanalista Otto Gross, austriaco e allievo di Sigmund Freud. Il luogo di ritrovo era il Café Stefanie di Schwabing, il quartiere universitario di Monaco, diventato famoso per i suoi circoli culturali e i primi cabaret artistici. Al Café Stefanie, si incontravano Frieda, Else ed Edgar Jaffè, Erich Mühsam, Frieda Gross e Otto Gross e Regina Ullman. Le sorelle Richthofen, nel giro di poco tempo, erano diventate delle figure di spicco della nuova cultura; anticonformiste, predicavano la fine della famiglia patriarcale, ma non solo, appoggiavano le teorie di Otto Gross sulla capacità liberatoria dell'Eros, e leggevano le opere di filosofi come Ludwig Klages, che teorizzavano la fine dei valori cristiani, a favore della rinascita del matriarcato. Per tutti loro non contavano solo le teorie sul declino morale della società, fra repressione e ipocrisia, ma vivevano secondo una concezione della vita che loro definivano anarchica, cioè combattevano l'autoritarismo, cercando di sconfiggerlo, per prima cosa, nelle sue espressioni più profonde, cercando di vincere le proprie inibizioni, fra tutte, quelle sessuali. Else ebbe un figlio da Otto Gross che fu registrato a nome del marito, Edgar Jaffè, Frieda Gross viveva con l'anarchico Ernst Frick, dal quale ebbe un figlio, ma altri personaggi dei circoli culturali di Schwabing, persero la vita nella ricerca di realizzare i propri ideali, fra depressione e uso di droghe.

Nelle sue fughe dal marito Ernest Weekley, Frieda si rifugiava fra gli amici di sua sorella Elsa. La sua adesione ai loro ideali era tanto più forte quanto più soffriva nella vita coniugale. Il superamento della famiglia patriarcale si era presentata per lei prima, subendo l'autoritarismo del padre e successivamente, attraverso le incomprensioni del marito. Aveva trovato nelle teorie psicanalitiche di Otto Gross gli argomenti per giustificare un comportamento consegnato completamente all'Eros, nella ricerca di una libertà non futura o politica, ma nella fiducia di poter attingere una libertà primordiale, primitiva. Lei e Otto Gross rappresentavano il vero spirito di Schwabing, coniugando primitivismo, erotismo e libertà.

Nell'estate del 1912 dopo la loro fuga da Metz, Frieda tornava a Monaco, con un nuovo amore: D. H. Lawrence. I due amanti, favoriti da Else e dal marito Edgar Jaffè, si legarono agli ambienti della cultura alternativa di Schwabing. Anche se Lawrence preferiva abitare in campagna, lontano dalla città, Frieda divenne per lui la mediatrice fra la letteratura e la nuova concezione della vita che lei stessa incarnava. Da questo incontro nacque la fama del grande scrittore inglese. I romanzi più famosi, come *L'arcobaleno*, *Figli e amanti*, *Donne innamorate*, portano tutti il segno di questa nuova cultura nata a Monaco agli inizi del '900. Frieda e Lawrence si sposarono il 13 luglio 1914. La cultura alternativa, con l'imminenza della Grande Guerra, conosceva un'altra stagione di vigorosa attività, quella del pacifismo e dell'antimilitarismo, molti dei protagonisti dei circoli culturali di Schwabing si erano trasferiti sul Lago Maggiore, ad Ascona in Svizzera, poco lontano dai luoghi dove abitavano intellettuali come Carl Gustav Jung ed Hermann Hesse.

(continua)



IL MESE DI MAGGIO NELL'ICONOGRAFIA

di Cristina Borin*

Fin dall'antichità si costituisce il tema iconografico della rappresentazione dello svolgimento dell'anno, sfruttando scene e/o personificazioni specifiche per ciascuno dei dodici mesi. Vi si fondono spunti e motivi di varia provenienza, per esempio di origine folcloristica e religiosa, ma anche tratti dalla vita reale. In particolare, nel Medioevo i cicli dei Mesi spiegano una narrazione incentrata sui lavori agricoli, narrazione che trova frequentemente spazio, in tutta



Très Riches Heures del Duca di Berry, mese di maggio

l'Europa, nella decorazione scultorea e pittorica che arricchisce chiese e cattedrali. Il tema è strettamente collegato alla colpa di Adamo e alla maledizione divina che colpisce il progenitore (“Ti guadagnerai il pane con il sudore della fronte”) e risponde alla funzione di “mostrare la positività del tempo concesso alla vita dell'uomo, perché è nello scorrere degli anni che il peccatore, attraverso la fatica e il lavoro può togliere la maledizione biblica, volgendola da condanna a mezzo di espiazione” (Chiara Frugoni, *Il battistero di Parma*, Torino, 2007).

In genere, quindi, si può identificare una precisa iconografia, che vede come protagonisti delle illustrazioni dei mesi i lavori agricoli stagionali, le attività umane che conseguono ai cicli della natura: ad esempio, in gennaio e in febbraio il contadino si riposa, scaldandosi vicino al fuoco; in marzo procede alla potatura della vite e alle prime arature; in giugno si occupa della fienagione, così come, in luglio e in agosto, della mietitura e della trebbiatura dei cereali; in settembre ci sono poi la vendemmia e la raccolta dei frutti; in ottobre la pigiatura dell'uva e la produzione del vino; in novembre il pascolo dei suini nei boschi; in dicembre, infine, la macellazione del maiale conclude il ciclo.

Dal XIII secolo, in particolare nell'ambiente sempre più raffinato delle corti europee, il tema dei mesi trova spazio nei libri d'ore (raccolte di preghiere e devozioni a uso privato per l'edificazione e la cura morale dei laici), inizialmente manoscritti e quasi sempre arricchiti di miniature, commissionati spesso per offrirli in dono a familiari o amici. In questo contesto, le *Très riches Heures* del Duca di Berry costituiscono uno dei manoscritti miniati in assoluto più ammirati del mondo occidentale, forse il più celebre. Si tratta dell'ultimo libro d'ore commissionato dal duca Jean de Berry (1340-1416), fratello di Carlo V di Francia e appassionato collezionista di libri e manoscritti, il più grande della sua epoca. L'opera fu iniziata nel 1410,

quando i fratelli Limbourg, autori delle miniature, erano già affermati e divennero pittori presso la corte del duca. Il lavoro si interruppe nel 1416, anno in cui una grave epidemia provocò la morte degli artisti e dello stesso committente; in seguito a ciò, il manoscritto incompiuto passò di mano, fino a giungere, verso la fine del XV secolo, in possesso della famiglia Savoia. Tra il 1485 e il 1489, Carlo I di Savoia e sua moglie Bianca di Monferrato ne vollero il completamento e assegnarono l'incarico a Jean Colombe, l'ultimo grande miniatore francese.

Come era tradizione, il libro contiene una sorta di calendario, costituito dalle illustrazioni dei dodici mesi dell'anno, ed è proprio in questo calendario che i fratelli Limbourg danno il meglio di sé, fino a farlo diventare l'elemento di maggior spicco dell'intera opera. Tanto che, staccandosi dalla consuetudine, creano dei veri e propri dipinti a pagina intera (29,4 x 21 centimetri), collocando, nella lunetta superiore, riccamente colorata con il prezioso blu di lapislazzuli, le divinità planetarie e i segni zodiacali corrispondenti ad ogni mese, corredati da dettagliati e specifici dati astronomici e astrologici e, nell'ampia zona sottostante, un'animata scena di vita reale. Tali scene si dipanano su splendidi sfondi paesaggistici, in ciascuno dei quali si erge, a volte superbamente, uno dei sontuosi castelli di proprietà del duca di Berry o del re di Francia. Gli uomini si dedicano ai lavori quotidiani e tutto è descritto con abbondanti dettagli e con assoluta precisione.

Ma, come osserva Michel Pastoureau (*Verde. Storia di un colore*, Parigi, 2013 – edizione italiana, Milano, 2013), i mesi primaverili fanno eccezione. Per aprile e maggio, i fratelli Limbourg (e, naturalmente, come loro molti altri miniatori alle prese con i libri d'ore) sembrano disdegnare i lavori della campagna, preferendo, invece, gli svaghi della nobiltà. Ecco allora dispiegarsi, nei paesaggi rigogliosi, cortei e danze, passeggiate e scene di corteggiamento. "È la stagione delle feste e dei piaceri, e anche quella della cortesia e della galanteria: in francese antico, la natura comincia ad *avriler* e i giovanotti si mettono a *fleureter*, cioè a "flirtare" con le damigelle (di qui l'inglese *to flirt* che nel XIX secolo ha dato origine al francese *flirter*)".

Il primo giorno di maggio è un giorno significativo: il giorno più adatto per festeggiare la stagione più bella. "Si porta il maggio", cioè si indossa e si pianta l'albero di maggio (*s'esmaye*). L'usanza infatti vuole che ci si appunti addosso un elemento della vegetazione: una corona o una ghirlanda di fiori o di foglie, un coprica-

po vegetale, felci o ramoscelli da fissare ai vestiti che dovranno essere verdi o avere una dominante verde. Chi viene 'preso senza verde', cioè senza alcun elemento vegetale o tessile di quel colore, sarà oggetto di canzonature e vessazioni."

In questa miniatura, infatti, una gioiosa compagnia di nobili cavalieri e dame eleganti si reca, con un accompagnamento musicale, a fare una scampagnata. Tutti indossano "il maggio", cioè portano al collo o in testa elementi vegetali: ghirlande, ramoscelli, tralci di verzura. Il cavaliere che si volta è probabilmente Jean de Bourbon, duca di Clermont; la dama con il velo bianco verso la quale egli si gira è la sua terza moglie, Marie de Berry, figlia del duca Jean. Ella, come altre due dame a lei vicine, indossa un lungo abito di colore verde: si tratta del piacevole *vert gai* di cui parlano le cronache dell'epoca e gli inventari dei guardaroba, una tonalità di verde chiara e vivace, finalmente e faticosamente ottenuta dai tintori di tessuti, se pure con procedimenti di fissaggio ancora imperfetti, che la rendono instabile e poco persistente. Tuttavia, perfetta per celebrare la primavera e l'amore. Infatti, come ricorda lo stesso Pastoureau, dato che la stagione primaverile segna il nascere o il rinnovarsi degli slanci amorosi, il verde, che è il colore della primavera, è anche il colore dell'amore. O, almeno, è il colore dell'amore nascente, dell'amore giovane, impaziente e pieno di speranza, anche se a volte frivolo e incostante.

* Prof.ssa Cristina Borin

Docente di Storia dell'Arte, Liceo "A. Pigafetta",
Vicenza



Torre dell'Aquila, Castello del Buonconsiglio - Trento
Ciclo dei mesi: maggio

ALCUNI FUNGHI PRIMAVERILI

a cura di Marco Floriani

Cari Lettori, dopo la sospensione del 2015 riprende, con questo numero di *Rene&Salute*, la rubrica sui funghi. Siamo certi di farvi cosa gradita, dato che in molti ci avete contattato e qualcuno ci ha anche scritto, lamentandone la mancanza. Sapete che l'argomento ci sta a cuore! La rubrica si presenta leggermente differente ed è cambiato uno dei redattori. Diamo pertanto il benve-

nuto a Marco Floriani, membro del Comitato Scientifico dell'Associazione Micologica Bresadola e docente nei corsi di formazione per Micologi promossi dalla Provincia Autonoma di Trento, che continuerà la collaborazione a suo tempo di Antonio Fondriest e del dott. Alberto Valli, i nostri redattori storici della rubrica micologica.

La Redazione di R&S



Hygrophorus marzuolus

Chi raccoglie funghi, che lo faccia a scopo di studio o per la più immediata soddisfazione che può derivare dal loro consumo, si accorge ben presto che la loro conoscenza non può derivare da poche frettolose osservazioni. Il numero delle specie che possiamo incontrare durante una breve passeggiata nel bosco ci lascia a volte sorpresi, così come l'estrema somiglianza tra specie diverse, talvolta distinguibili l'una dall'altra solo per particolari che all'occhio inesperto possono parere quasi invisibili. Gli aspetti coinvolti

nel riconoscimento delle specie fungine comprendono chiaramente i loro colori, ma anche le forme, le decorazioni di alcune superfici, gli odori e i sapori, insomma tutti quei caratteri che possono essere riassunti come morfocromatici (inerenti le forme e i colori) e organolettici (relativi a sensi quali il gusto e l'olfatto). A ben vedere, tuttavia, queste non sono le sole classi di caratteri che possono contraddistinguere una specie. Ciascun fungo, infatti, sarà caratterizzato anche da particolari preferenze ecologiche e ambientali, nonché da una stagionalità; così il comune porcino (*Boletus edulis*) è conosciuto come fungo boschivo, terricolo, e a crescita soprattutto estiva e autunnale, mentre i chiodini (genere *Armillaria*), salvo rare eccezioni, sono tipicamente funghi lignicoli con crescita concentrata da settembre avanzato a novembre; ancora, altre specie sono legate in modo esclusivo a una o poche essenze vegetali, con le quali vivono un rapporto di simbiosi esclusiva: è il caso ad esempio di *Suillus grevillei*, fungo molto comune nella nostra regione e crescente esclusivamente in associazione con il larice. In questa puntata della nostra rubrica vogliamo accennare ad alcuni dei più tipici funghi primaverili; va osservato che la primavera non è certo la stagione più propizia per la raccolta dei funghi, e in effetti la loro ricerca in questa stagione può essere un'attività avara di soddisfazioni, soprattutto in alcune annate. Se la primavera è però piovosa e sufficientemente mite, ecco che i boschi e i prati di montagna possono popolarsi di alcune specie caratteristiche dei primi mesi dell'anno, tra le quali sono annoverati anche degli ottimi funghi commestibili. È il caso ad esempio del prugnolo, o fungo di San Giorgio (*Calocybe gambosa*), molto apprezzato e ricercato soprattutto in alcune regioni del centro Italia; presente anche in Trentino, non rientra però nelle tradizioni di consumo locali, ed è pertanto relativamente poco conosciuto nelle nostre zone. Ben diverso è il discorso per l'*Hygrophorus marzuolus*, specie che, come ben fa capire il suo nome scientifico, cresce soprattutto nel mese di marzo, e che può essere rinvenuto fino a maggio nelle annate più fresche. Questa specie è infatti una delle primizie più ambite da parte dei cercatori trentini, anche per la difficoltà di rinvenimento, tanto che la sua ricerca rappresenta una vera e propria sfida. Si tratta di un fungo che cre-



Entoloma vernum

sce profondamente infossato nel terreno, emergendo spesso solo per un lembo del cappello, che ha tra l'altro un colore grigio che ben si confonde con l'ambiente circostante. Per trovarlo è quindi necessaria una gran dose di pazienza e un forte spirito di osservazione. Il suo riconoscimento non pone grandi difficoltà, complice la stagione di crescita davvero singolare; si tratta di una specie dal portamento assai robusto, con gambo biancastro e lamelle molto spaziate e cedevoli al tatto. La carne emana un odore leggermente mielato, non del tutto gradevole, che scompare tuttavia con la cottura. Si tratta di un fungo adatto per tutte le preparazioni (purché cotto), spesso sfruttato per dei risotti 'fuori stagione'.

Abbiamo accennato a due specie commestibili di pregio: non si pensi tuttavia che in primavera non si possano incontrare anche funghi pericolosi, o addirittura mortali! È il caso ad esempio di *Amanita verna*, specie molto rara nella nostra provincia, parente stretta della celeberrima *Amanita phalloides* e altrettanto velenosa. Una specie ben più frequente, presente sia nei boschi che nei pascoli di montagna, è *Entoloma vernum*, fungo di non grandi dimensioni, con colorazioni brunastre in ogni parte, e con lamelle che negli esemplari adulti assumono delle vaghe tonalità rosate. Si tratta di un fungo velenoso, in grado di provocare intossicazioni di tipo gastrointestinale di non grande entità.

Micologia... che passione!



Morchella elata

Volendo menzionare i funghi primaverili in assoluto più conosciuti e apprezzati, è inevitabile parlare del genere *Morchella*, ovvero dei funghi che in italiano vengono comunemente denominati spugnole, a causa della somiglianza del loro cappello a una sorta di spugna, o al favo di un alveare. Le *Morchella* fanno la loro comparsa in particolare nei mesi di aprile e maggio in un gran numero di ambienti, in montagna ma soprattutto nelle zone di pianura e nei pressi di corsi d'acqua. L'aspetto caratteristico del loro cappello, formato



Gyromitra esculenta

da numerose cellette appressate, è sufficiente per fare identificare il genere a cui appartengono; esistono poi diverse specie con colorazioni e forme assai variabili, più o meno slanciate e regolari. La consistenza della loro carne è tenace ed elastica, motivo per cui richiedono una cottura prolungata; va tra l'altro ricordato che da crude sono da considerare tossiche. Una volta cotte, invece, rappresentano una vera prelibatezza, tanto che le spugnole sono abbondantemente commercializzate, fresche o essiccate, anche sui mercati esteri (Francia in primis) dove raggiungono quotazioni anche molto elevate.

Il raccoglitore di morchelle deve però essere ben consapevole dell'esistenza di alcuni funghi a prima vista simili, appartenenti al genere *Gyromitra*. Volgarmente note come 'false spugnole', le *Gyromitra* hanno un cappello formato non da cellette, bensì da circonvoluzioni irregolari che lo rendono simile a una sorta di cervello. La specie più nota, *Gyromitra esculenta*, illustrata in questa pagina, cresce generalmente tra maggio e giugno in prati e boschi, anche a quote elevate, formando spesso colonie assai numerose. Questa specie, nonostante il suo nome latino (*esculenta* = commestibile) è oggi considerata un fungo velenoso, capace di provocare addirittura intossicazioni letali!

È del resto una realtà ben accertata che in diverse regioni italiane e in alcuni paesi esteri questo fungo sia stato in passato e venga tuttora consumato, apparentemente senza inconvenienti. La tossicità di questa specie è dovuta alla presenza di varie molecole che tendono a trasformarsi a causa delle condizioni ambientali, delle temperature a cui sono sottoposte e soprattutto del procedimento e del metodo di cottura, determinando in definitiva un contenuto altamente variabile di sostanze sicuramente nocive (in particolare monometilidrazina), che possono determinare o meno dei problemi nelle ore successive al consumo del fungo, ma che risultano comunque nocive nel lungo periodo per il nostro organismo, potendo avere effetti avversi sul fegato, sui reni e sul sistema nervoso centrale, nonché una possibile azione cancerogena.

È quindi tassativo escludere tutte le *Gyromitra* dall'uso alimentare.

Testo e foto di Marco Floriani

I RENI SONO I nostri MIGLIORI AMICI

PERCHÈ L'AVETE
FATTO AMMALARE



FUMO
ALIMENTAZIONE
SCORRETTA
PESO ECCESSIVO
SEDENTARIETÀ
COLESTEROLO
PRESSIONE
DIABETE
ABUSO DI FARMACI



PREVENZIONE

ALCUNE STRATEGIE PER DIFENDERE I NOSTRI RENI

1. Curare le malattie che possono indurre un danno renale: ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, diabete ed obesità.
2. Abolire il fumo.
3. Corretta alimentazione.
4. Evitare eccessi di peso corporeo.
5. Combattere la sedentarietà.
6. Tenere sotto controllo colesterolo e trigliceridi.
7. Controllare periodicamente la pressione arteriosa.
8. In presenza di diabete mantenere la glicemia e l'emoglobina glicata a livelli normali.
9. Non abusare di farmaci potenzialmente nefrotossici senza il controllo medico.
10. Eseguire il controllo dell'urina una volta all'anno.
11. Se l'esame delle urine è patologico bisogna dosare la creatinina nel sangue.

A.P.A.N.



Sede:
Via Sighele, 5
38122 TRENTO
Tel. e Fax 0461.914206
E-mail apan.tn@alice.it
C.F. 96006150229

DISEGNI DI:

Nicola Magagnoli Pavizza II E
Davide D'Onofrio De Masi II A

Scuola secondaria di 1° grado
dell'Argentario Cognola

 Cassa Rurale
Aldeno e Cadine

GIORNATA MONDIALE DEL RENE 2016



10
MARZO
2016



—MALATTIE—
RENALI
& BAMBINI

**AGIRE SUBITO
PER PREVENIRE!**

