

R&S

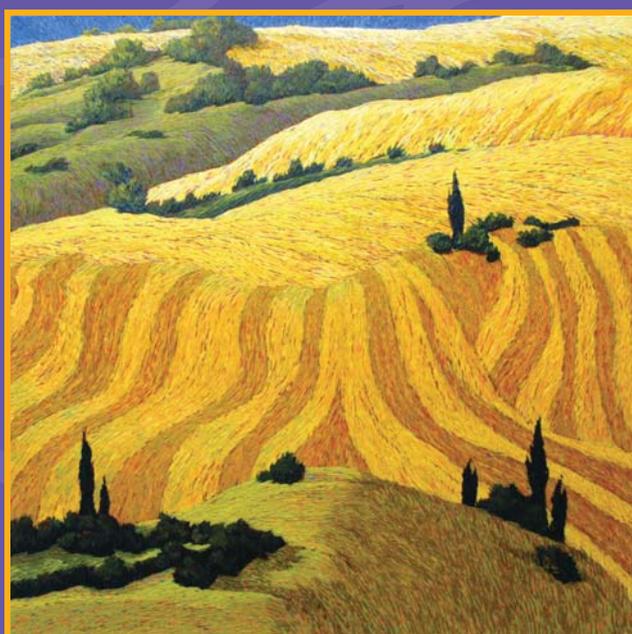


Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

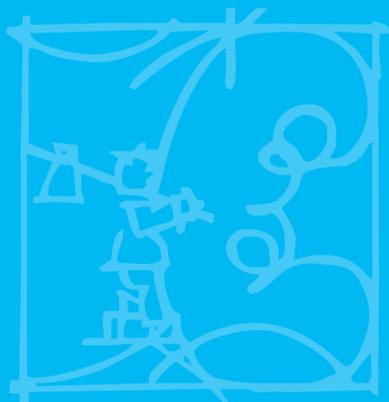
Rene&Salute

ANNO XXXII - NOVEMBRE 2017 - N. 3/4 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



- Giuliano Brunori è il nuovo Presidente Nazionale della Società Italiana di Nefrologia (SIN)
- La Giornata Mondiale del Rene (II parte)
- Malattie respiratorie ostruttive: attualità e prospettive
- Le nuove sfide della nostra Provincia
- Dieci anni di raccomandazioni contro il cancro
- Hospice trentino e qualità della vita dei pazienti
- Microbiota e omeostasi immunitaria
- I nuovi anticoagulanti orali
- La sindrome di Birt-Hogg-Dubè
- Notizie dall'Associazione
- Le radici filogenetiche ed ontogenetiche della coscienza umana
- Il corpo e i suoi limiti
- L'uomo dei kaki
- Aforismi sparsi
- Meeting in Colombo
- Camminare e perdersi nell'arte e nella natura
- Le sequenze liriche di Anna Maria Ercilli
- Lo chic e l'audacia delle righe
- Micologia... che passione!
- L'arte della memoria tra storia e scienza moderna



Rene&Salute

**Trimestrale d'informazione
e cultura dell'Associazione
Provinciale Amici della Nefrologia
(A.P.A.N.) - Anno XXXII - N. 3/4**

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:

Maurizio Agostini, Loredana Bettonte, Cristina Borin, Roberto Bortolotti, Anna Maria Ercilli, Marco Floriani, Vincenzo Iannuzzi, Masen Abdel Jaber, Francesca Rivieri, Laura Pasquali Rovesti, Dino Sella, Fabrizio Valente, Diana Zarantonello.

GRAFICA E STAMPA:

Tipolitografia La Reclame s.n.c. - Trento

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di novembre 2017.

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 «Leco della Stampa».

In copertina:

Domenico Ferrari

“Terre in giallo”, 2011

SOMMARIO

- 3** Giuliano Brunori è il nuovo Presidente Nazionale della Società Italiana di Nefrologia (SIN)
di Serena Belli
- 4** La Giornata Mondiale del Rene (II parte)
di Cristina Comotti
- 7** Malattie respiratorie ostruttive: attualità e prospettive
di Dino Sella
- 12** Le nuove sfide della nostra Provincia
a cura di Serena Belli
- 15** Dieci anni di raccomandazioni contro il cancro
di Diana Zarantonello
- 21** Hospice trentino e qualità della vita dei pazienti
di Maurizio Agostini
- 23** Microbiota e omeostasi immunitaria
di Masen Abdel Jaber
- 26** I nuovi anticoagulanti orali
di Fabrizio Valente
- 29** La sindrome di Birt-Hogg-Dubé
di Francesca Rivieri
- 32** Notizie dall'Associazione
a cura di Maria Ruggio
- 34** Le radici filogenetiche ed ontogenetiche della coscienza umana
di Vincenzo Iannuzzi
- 38** Il corpo e i suoi limiti
di Aldo Nardi
- 40** L'uomo dei kaki
di Anna Maria Ercilli
- 41** Aforismi sparsi
di Luisa Pevarello
- 42** Meeting in Colombo
di Laura Pasquali Rovesti
- 44** Camminare e perdersi nell'arte e nella natura
di Maria Ruggio
- 46** Le sequenze liriche di Anna Maria Ercilli
di Aldo Nardi
- 47** Lo chic e l'audacia delle righe
di Cristina Borin
- 50** Micologia... che passione!
- 52** L'arte della memoria tra storia e scienza moderna
di Loredana Bettonte



Care amiche, cari amici, socie e soci, siamo arrivati alla fine di questo 2017 con qualche acciaccio in più dovuto all'età che avanza o alla salute che, per qualche motivo, è venuta meno, con qualche disillusione di troppo e, in qualche caso, anche con qualche lutto. Ma siamo ancora qui, pronti a farci gli auguri per il prossimo Natale.

Vi auguro che sia un Natale sereno e di pace, insieme ai nostri cari, lontano dal consumismo e dalle cose inutili e superflue. E ricordiamo che non è importante la liturgia con la quale consacrriamo questa festa, perché quello che conta è che sia Natale nel cuore.

La redazione di Rene&Salute, il Direttivo APAN e la Segreteria si uniscono a me per augurarvi tutti insieme

Buon Natale

Giuliano Brunori è il nuovo Presidente Nazionale della Società Italiana di Nefrologia (SIN)

di Serena Belli

A distanza di pochi mesi dalla intervista fatta al dottor Brunori, in occasione del decennale del suo primariato a Trento (Rene&Salute aprile 2017), abbiamo un'altra occasione per incontrarlo e fare una ulteriore chiacchierata. E che occasione! Egli è stato nominato Presidente della S.I.N.. Un incarico importante ed impegnativo, che va a coronare una carriera di tutto rispetto, ma che è ancora più significativo se pensiamo che tali incarichi per lo più restano appannaggio di cattedratici, mentre vengono assegnati raramente a medici ospedalieri, soprattutto se si tratta di ospedali un po' periferici, rispetto alle facoltà di Medicina, come è l'ospedale S. Chiara di Trento.

La SIN è una associazione medico-scientifica libera, apolitica e senza fini di lucro, con sede in Roma, unica in Italia a rappresentare la disciplina di Nefrologia. L'Associazione ha finalità d'interesse generale e d'utilità sociale di promuovere e valorizzare la disciplina della Nefrologia in ogni suo aspetto, inclusa l'Ipertensione arteriosa, la Dialisi e il Trapianto, nonché di favorire la formazione e l'aggiornamento dei propri Soci e degli operatori sanitari del settore. Tutta la redazione di Rene&Salute, tutti i Soci di APAN desiderano fare le congratulazioni al primario della U.O. di Nefrologia e Dialisi di Trento per tale nomina, ma il nostro desiderio... pratico è anche quello di conoscere come il dottor Brunori intenda declinare questo importante incarico e quali risvolti potrà avere nei confronti della Nefrologia Trentina. Gli abbiamo quindi rivolto questi quesiti, approfittando della sua disponibilità, che non ha risentito di questa "promozione".

I compiti istituzionali, che mi troverò ad affrontare - dice il dottor Brunori - riguarderanno soprattutto la ricerca, la formazione continua e, alla luce della legge Gelli, anche la predisposizione e la validazione di linee guida di interesse nefrologico (terapia delle glomerulo-nefriti, dei trattamenti dialitici, della gestione dei pazienti trapiantati di rene).

Una parte non indifferente della attività sarà infine rivolta ai rapporti con il decisore politico (Ministero della Salute ed Assessorati alla Sanità in ambito regionale), con il quale sarà importante definire la funzione della Nefrologia a livello nazionale.

Per quanto riguarda quello che interessa più da vicino i nostri pazienti nefropatici trentini, il dottor Brunori ci ha rassicurati. Egli prevede di assentarsi mensilmente per una riunione presso la sede SIN di Roma, mentre gli incontri con i politici potranno avvenire durante qualche week-end, così come la partecipazione istituzionale a Corsi e Convegni. Infine, come quando si assenta per

la sua attività di volontariato, che svolge prevalentemente in Africa, egli utilizzerà alcuni dei suoi giorni di ferie, per gravare il meno possibile sui suoi collaboratori.

Vorrei peraltro sottolineare, conclude il dottor Brunori, che in questi anni di attività come direttore della U.O. di Nefrologia ho creato un gruppo molto forte di medici preparati, che mi consente di assentarmi con serenità.

Ancora complimenti e buon lavoro per questo incarico che avrà una durata triennale: il primo anno come *President in coming*, il secondo in piena autonomia ed il terzo anno in affiancamento al successivo *President in coming*.



Uno stile di vita sano per dei reni in buona salute

LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE (II parte)

di Cristina Comotti



Dott.ssa Cristina Comotti

Come anticipato nel numero precedente di Rene&Salute, completiamo la relazione a proposito della Giornata Mondiale del Rene 2017, che era dedicata a tutti quei fattori di rischio i quali, attraverso vie metaboliche complesse, possono portare alla insufficienza renale.

Già nel 2003 l'Istituto di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) aveva redatto delle linee guida per una sana alimentazione che, se adottate, sono in grado di ridurre tali fattori di rischio (anche) renale. Ecco quindi di seguito, con un breve commento:

- Controlla il peso corporeo e mantieniti sempre attivo
Importante è il mantenimento di un normale peso corporeo: BMI tra 18 e 25, circonferenza addominale per gli uomini inferiore a 94 cm e per le donne inferiore a 80 cm. Eseguire 4-5 volte alla settimana e per 20-30 minuti attività aerobica che non include necessaria-

mente il ricorso alla palestra, bastano anche semplici passeggiate se eseguite di buon passo.

- Più cereali, legumi, frutta e verdura

Sono alimenti importanti perché apportano carboidrati (soprattutto amido e fibra), ma anche vitamine (vitamina C, A, folati, etc.), sali minerali (calcio, potassio) e sostanze antiossidanti (selenio, zinco, vitamina C, carotenoidi, composti fenolici, tocoferoli, etc.). Inoltre i cereali e soprattutto i legumi sono una buona fonte di proteine, favoriscono il senso di sazietà, riducono l'assorbimento di colesterolo e grassi, agevolano il transito intestinale e aiutano a prevenire i tumori. La *frutta* e la *verdura*, 2-3 porzioni di ognuna al giorno, forniscono poche calorie e allo stesso tempo sono concentrati di vitamine, sali minerali ed antiossidanti; la fibra in essi contenuta ha, come abbiamo già visto, molteplici effetti positivi sulla nostra salute: favorisce il senso di sazietà, combatte la stitichezza, aiuta a pre-

venire i tumori intestinali e riduce l'assorbimento di colesterolo e zuccheri.

Il 55-60 per cento delle calorie giornaliere è bene sia fornito dai carboidrati, dei quali la maggior parte deve essere di tipo complesso, che sono rappresentati dai *cereali* come, ad esempio il grano, il riso, l'orzo, il mais ed il farro. I *legumi* - ceci, lenticchie, fagioli, piselli, soia, fave, arachidi, lupini sono raccomandati due volte alla settimana. Tali



alimenti sono ricchi di proteine, fibra, vitamine, ferro ed antiossidanti.

- Grassi: scegli la qualità e limita la quantità

I grassi sono indispensabili al nostro organismo perché hanno funzioni strutturali (membrane cellulari) ed energetiche di riserva. Inoltre veicolano alcune vitamine essenziali - A D E K - ed alcuni ormoni come gli estrogeni. I lipidi (grassi) possono provenire dal regno animale (latte, formaggio, uovo, carne, pesce) o vegetale (olio di oliva, di semi di arachidi, nocciole, girasole, soia). Non dovrebbero superare il 25-30 per cento dell'apporto calorico giornaliero e così suddivisi: acidi grassi saturi 7-10 per cento delle calorie totali, acidi grassi monoinsaturi 20 per cento, polinsaturi 7 per cento. Tutti i grassi forniscono la stessa quantità di energia ma qualitativamente sono molto diversi gli uni dagli altri perché varia la loro composizione chimica ed in particolare quella in acidi grassi. I grassi dei cibi ad elevato tenore di **acidi grassi saturi** tendono ad innalzare la colesterolemia. Questi si trovano soprattutto nei formaggi, latte intero, panna, carni grasse e certi olii come quelli di cocco e palma. I grassi dei cibi ad elevato tenore di acidi grassi insaturi invece non modificano la colesterolemia e sono contenuti negli olii vegetali (semi ed oliva), nelle noci, nocciole, olive e pesce. I grassi insaturi possono, a loro volta, essere sia mono che poli-insaturi. Tipico esempio del primo gruppo è l'olio di oliva che ha capacità di ridurre il colesterolo LDL (colesterolo cattivo) ed aumentare quello HDL (colesterolo buono).

I grassi del pesce sono ricchi in acidi grassi polinsaturi del tipo omega 3 e riducono i trigliceridi ematici e l'aggregazione piastrinica, ossia riducono il rischio di trombosi.

Occorre limitare i cibi ricchi di colesterolo e quelli che abbondano di grassi saturi.

- Zucchero, dolci e bevande zuccherate: nei giusti limiti

Nell'alimentazione giornaliera le fonti più importanti di zuccheri sono rappresentate dagli alimenti e dalle bevande dolci. Lo zucchero comune (saccarosio, zucchero da cucina) si ricava dalla barbabietola e dalla canna da zucchero. Si ritrova nella frutta matura e nel miele assieme al fruttosio e al glucosio; il latte contiene invece lattosio. Gli zuccheri sono facilmente assorbiti e rapidamente utilizzati dal nostro organismo come "fonte di energia immediata". Devono essere usati con moderazione anche quando non sono controindicati (in assenza di diabete).

- Bevi ogni giorno acqua in abbondanza

Il nostro organismo è formato principalmente da acqua, che è un costituente essenziale per la vita, indispensabile per lo svolgimento dei processi fisiologici e le reazioni biochimiche che avvengono nel nostro corpo. Agisce inoltre da solvente per la maggior parte dei nutrienti (vitamine idrosolubili, minerali, aminoacidi, glucosio, etc.), attraverso l'urina elimina le scorie metaboliche, regola la temperatura corporea. Mantiene idratata la pelle e le mucose, lubrifica le articolazioni, dona la giusta consistenza alle feci e molto altro. Nell'organismo l'acqua viene continuamente consumata e continuamente deve essere rimpiazzata. Il centro della sete regola la quantità di acqua da ingerire e i reni, attraverso l'urina, la quantità da eliminare. Nel soggetto sano i meccanismi di concentrazione e diluizione dell'urina contribuiscono all'omeostasi dell'acqua corporea totale. Nella insufficienza renale cronica (IRC) tali meccanismi si perdono, tuttavia il bilancio idrico dell'organismo può essere mantenuto entro limiti normali se l'apporto di acqua è proporzionale alle perdite (bilancio tra entrate ed uscite dei liquidi).



MALATTIA RENALE E OBESITÀ

UN SANO STILE DI VITA PER DEI RENI IN BUONA SALUTE

9 Marzo 2017



© World Kidney Day 2017/2018



World Kidney Day is a joint initiative of





(vino e birra), deve essere evitato nei soggetti in sovrappeso od obesi. Una modica e regolare quantità di vino o birra può invece essere concessa ai soggetti sani che lo desiderino (2-3 bicchieri al giorno per l'uomo, 1-2 per la donna) anche per il riconosciuto ruolo antiossidante di queste sostanze, assente nei superalcolici.

- Varia spesso le tue scelte a tavola

La dieta deve assicurare al nostro organismo, oltre alle proteine, ai grassi e ai carboidrati, alcuni nutrienti *essenziali* quali

- Il sale: meglio poco

Ogni grammo di sale (cloruro di sodio) contiene 0,4 grammi di sodio. Nel soggetto normale l'escrezione urinaria di sodio è di 0,1-0,6 grammi al giorno. Questa quota persa, salvo condizioni particolari, può essere reintegrata con la sola alimentazione perché il sodio contenuto nei cibi è sufficiente a coprire le necessità dell'organismo. L'adulto italiano ingerisce in media 10 grammi di sale al giorno (4 grammi di sodio), valore ben lontano, quasi 10 volte superiore, da quello fisiologicamente necessario! Un consumo eccessivo di sodio favorisce lo sviluppo di ipertensione arteriosa, il rischio di malattia renale e la progressione più rapida della stessa, il rischio cardiovascolare, lo sviluppo di tumori dello stomaco e l'osteoporosi (per aumentata perdita urinaria di calcio). La quantità di sale consigliata è circa 5 grammi al giorno (2,4 grammi di sodio). Alcuni condimenti (dado da brodo, ketchup, senape, salsa di soia, etc.) sono ricchi di sodio come gli insaccati, i formaggi e le patatine fritte per citarne solo alcuni! Ridurre la dose giornaliera di sale non è difficile perché la placabilità degli alimenti è rapida. Le spezie, le erbe aromatiche, il succo del limone e l'aceto ci possono ulteriormente aiutare.

- Bevande alcoliche: se sì, solo in quantità controllata

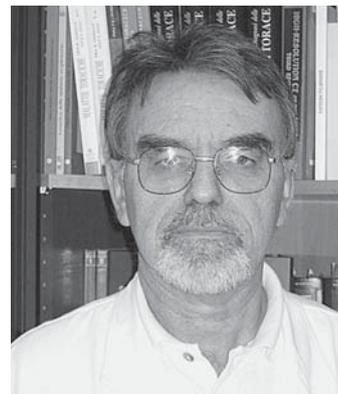
Il costituente fondamentale delle bevande alcoliche è l'etanolo, sostanza non essenziale e spesso tossica, qualora non venga assunta con moderazione e durante i pasti. Pur non essendo un nutriente l'etanolo apporta una cospicua quantità di calorie e pertanto il suo uso, anche sotto forma di bevande a basso tenore alcolico

l'acqua, particolari aminoacidi, alcuni grassi polinsaturi, vitamine e minerali, che debbono essere introdotti coll'alimentazione in quanto il nostro corpo non è in grado di produrli, da qui la definizione di *essenziale*. Dato che non esiste l'alimento perfetto, è indispensabile variare le scelte dei diversi alimenti. Per realizzare una dieta sana è indispensabile che ogni gruppo alimentare sia presente giornalmente sulle nostre tavole.

Come si può notare da quanto sopra riportato, le regole per una vita sana sono semplici e di facile attuazione: movimento regolare, acqua in abbondanza, poco sale, variare spesso quello che mangiamo. Molti sono gli alimenti contemplati anche nella dieta mediterranea. Tra l'altro, a proposito di alimentazione, se leggiamo l'articolo contenuto in questo numero di R&S, scritto dalla dottoressa Zarantonello, possiamo notare che si tratta dello stesso tipo di alimentazione che ci protegge anche nei confronti del cancro. Questo dovrebbe convincerci ancora di più che è la strada giusta da percorrere.

Malattie respiratorie ostruttive: attualità e prospettive

di Dino Sella*



Dott. Dino Sella

Nella nostra Provincia le malattie respiratorie rappresentano la quarta causa di ricovero ospedaliero e la terza di mortalità, pur escludendo il tumore del polmone, la principale causa di mortalità per tumori negli uomini e ormai al secondo posto - insieme ai tumori gastroenterici e dopo il tumore della mammella - per mortalità da tumore tra le donne. Si tratta di una situazione epidemiologica che ricalca complessivamente quanto rilevabile a livello nazionale. A livello planetario, Europa inclusa, le malattie respiratorie sono in aumento. Si ritiene che ciò sia principalmente da correlarsi al fumo di tabacco, all'inquinamento degli ambienti domestici, professionali, da traffico veicolare.

Le malattie respiratorie di maggiore rilevanza epidemiologica per mortalità sono la polmonite e le infezioni respiratorie broncopolmonari in generale, la BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva), il tumore polmonare, la tubercolosi. Esse sono già ora, e lo saranno ancor più per i prossimi dieci anni, 4 delle 10 principali cause di mortalità globale. In relazione alla morbilità, cioè agli stati di malattia cronica non necessariamente causa di mortalità ma dal forte impatto sulla qualità di vita, sulla perdita delle giornate di frequenza scolastica o di lavoro, e sulle spese sanitarie necessarie per affrontarle, alle malattie sopra menzionate si associa l'asma bronchiale. Vi è infine una importante malattia, la sindrome delle apnee del sonno, associata di frequente a malattie cardiovascolari, obesità e diabete, che affligge circa il 4% delle persone adulte. Nel corso degli ultimi 20 anni è inoltre raddoppiata la mortalità, lo affermano recenti dati statunitensi ed europei, per malattie respiratorie interstiziali, tra queste in particolare la fibrosi polmonare idiopatica, malattia respiratoria rara oggetto di particolare attenzione per la recente disponibilità di

terapia farmacologica potenzialmente in grado di arrestarne o rallentarne l'evoluzione.

Le malattie respiratorie di più frequente riscontro nella nostra realtà provinciale sono la BPCO e l'asma bronchiale, affezioni accomunate da disturbi della ventilazione sostenuti da ostruzione delle vie aeree. Per questo sono definite malattie respiratorie ostruttive, caratterizzate da difficoltà ventilatoria di tipo ostruttivo, cioè con espirazione prolungata e faticosa, per la presenza di vie aeree broncopolmonari "chiuse" o che hanno perso la normale elasticità. Si tratterà in modo più estensivo di queste malattie sia per la loro valenza epidemiologica sia perché, proprio in questi ultimi anni, è accresciuta la loro conoscenza, sono state sviluppate terapie innovative per la loro cura e i decisori delle politiche sanitarie vi stanno dedicando attenzione.

Si stima che circa una persona su sette sia affetta da asma o da BPCO. Entrambe sono considerate malattie infiammatorie croniche, accomunate da un substrato genetico che si esprime in aumentata suscettibilità, rispetto alla popolazione generale, al loro sviluppo, a parità di esposizione a fattori ambientali potenzialmente nocivi. Questo sta a indicare che vi può essere una familiarità per asma e BPCO, mentre una vera e propria ereditarietà - espressa quale trasmissione della malattia da genitori a figli - è un evento raro, che ha come modello di riferimento la malattia denominata deficit congenito di alfa1 antitripsina. Chi è affetto da questa condizione eredita dai genitori, entrambi portatori della deficienza genetica seppure non necessariamente ammalati, l'incapacità di produrre una proteina, appunto l'alfa1 antitripsina, che ha un ruolo di assoluto rilievo nella difesa delle vie aeree da insulti chimici, fisici, biologici prodotti ad esempio

dal fumo di tabacco, dall'inquinamento atmosferico e dalle infezioni respiratorie. Ciò determina elevata propensione allo sviluppo di enfisema polmonare. La stessa malattia genetica può facilitare l'insorgenza di asma bronchiale.

BPCO e asma tuttavia - accomunate dalla presenza di ostruzione delle vie aeree - hanno però peculiarità distintive, soprattutto per età di insorgenza, fattori causali, sintomi, funzione respiratoria, decorso.

L'asma compare frequentemente al di sotto dei 20 anni e chi ne è affetto ha spesso allergie respiratorie, familiari con asma o rinite allergica; tosse e mancanza di respiro hanno decorso variabile con differenze da un giorno all'altro talvolta anche particolarmente esaltate, sovente scatenate da attività fisica, esposizione a polveri e fumi; possono inoltre manifestarsi di notte; i malati hanno talora periodi anche prolungati di remissione dei sintomi, influenzati dalla stagionalità e dal clima; allo stesso modo la funzione respiratoria può essere variabile, con reperti normali nei periodi di remissione.

La BPCO insorge generalmente dopo i 40 anni, il paziente ha quasi sempre storia di fumo di tabacco (attuale o pregresso, attivo o passivo), tosse, generalmente con catarro, per periodi prolungati se non addirittura ininterrottamente, difficoltà di respiro per sforzi sempre più leggeri, persistenza di anomalie delle prove di funzionalità respiratoria, con

progressione più o meno celere e sviluppo non di rado di insufficienza respiratoria (carenza costante di ossigenazione del sangue associata talora a ritenzione di anidride carbonica).

Alla base delle due malattie vi sono alterazioni della struttura e della funzione polmonare ben diversificate: ad esempio ostruzione reversibile nell'asma, irreversibile e progressiva nella BPCO; infiammazione delle vie aeree sostenuta da globuli bianchi eosinofili, tipici delle forme allergiche, nella prima, da globuli bianchi neutrofili, caratterizzanti in genere condizioni infettive, nella seconda.

Asma e BPCO necessitano per la loro diagnosi della spirometria. Si tratta di un esame relativamente semplice, fondamentale per definire se sia o meno presente una condizione disventilatoria ostruttiva, più o meno sensibile all'inalazione di un broncodilatatore. Spetterà poi allo specialista Pneumologo, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale, stabilire se necessitino ulteriori accertamenti, ad esempio allergologici per l'asma, prove funzionali respiratorie più sofisticate, esami radiologici e valutazioni cardiologiche per la BPCO, e definirne il piano di cura più adeguato.

L'asma, in particolare dell'adulto, può simulare altre condizioni patologiche che la "imitano", oppure può essere accompagnata da altre malattie, definite comorbilità, che possono condizionare pesantemente il

decorso della malattia o il suo trattamento ottimale. Tra gli imitatori dell'asma si possono annoverare la disfunzione delle corde vocali, nella quale il paziente può accusare drammatiche sensazioni di soffocamento con respiro rumoroso, come accade negli attacchi d'asma; oppure l'ostruzione delle vie aeree, denunciata dalla spirometria, e sintomi respiratori che assomigliano a quelli dell'asma, possono essere dovuti a formazioni tumorali, nella maggior parte dei casi di natura benigna, che occorre considerare soprattutto se il



paziente non risponde adeguatamente alle cure. All'asma spesso si accompagnano la rinite, con la possibile compartecipazione di poliposi nasale e di sinusite e, soprattutto negli adulti, il reflusso gastro-esofageo e l'obesità, condizioni che vanno diagnosticate e trattate in quanto determinanti per la storia naturale e le cure della malattia.

Le novità degli ultimi anni nel campo della gestione di questa malattia sono rappresentate dalla disponibilità di farmaci inalatori particolarmente efficaci, dall'impiego agevole e con assai limitati effetti collaterali. Tra questi vanno annoverati i cortisonici per via inalatoria, associati o non a broncodilatatori. L'aderenza alla terapia è un fattore chiave per il successo della cura dell'asma e per l'evenienza di situazioni di gravi stati asmatici potenzialmente mortali, che tuttora si riscontrano, per fortuna eccezionalmente, anche nella nostra Provincia. Per forme di asma più grave si può ricorrere a trattamenti iniettivi con farmaci "biologici", che contrastano la risposta infiammatoria delle vie respiratorie a stimoli asmogeni di varia natura. Per questo tipo di asma vi è inoltre l'opzione del trattamento broncoscopico con termoplastica, per cui, mediante la somministrazione controllata di elevate temperature attraverso la broncoscopia, si consegue una sorta di rilasciamento persistente della muscolatura bronchiale, così da annullarne la tendenza allo spasmo. In ogni caso il paziente con asma necessita di una valutazione estensiva ed accurata, per adottare trattamenti personalizzati, modulati sul tipo di asma manifestato. Questo approccio viene definito fenotipizzazione dell'asma, per cui ogni malato ha una sua precisa caratterizzazione per tipo di asma (allergico, non allergico, da sforzo, notturno, con reflusso gastroesofageo, con ipersensibilità all'aspirina, professionale...) e livello di gravità clinica e funzionale, sulla base della quale individuare la terapia più appropriata. Si prevede in tempi non lontani di poter estendere a casi sempre più numerosi anche una caratterizzazione genetica molecolare, potenzialmente suscettibile di interventi modificatori dell'espressione clinica, forse con inibizione dello sviluppo o progressione della malattia.

Il termine BPCO indica una malattia complessa con un acronimo che stenta ad entrare nel linguaggio comune. Sono più consueti i termini bronchite cronica, enfisema polmonare, insufficienza respiratoria, anche se le persone dei non addetti ai lavori possono non coglierne appieno il significato più profondo. Ebbene BPCO è una sigla che sinteticamente racchiude tutte le condizioni dianzi richiamate con attenzione

particolare alla lettera O, ostruzione, pertanto possono risultare più pertinenti e completi i termini bronchite cronica ostruttiva, enfisema polmonare broncoostruttivo, insufficienza respiratoria da ostruzione delle vie respiratorie. Nell'ambiente degli specialisti Pneumologi si ritiene che la confidenza diffusa con il termine BPCO sia comunque buona cosa, perché indica una malattia importante, presente in quasi tutte le famiglie, in costante incremento e potenzialmente molto invalidante o addirittura mortale: ogni giorno in Italia, muoiono per BPCO circa 100 persone. La malattia, nelle forme più gravi, può condurre alla insufficienza respiratoria cronica, per cui chi ne è affetto ha bisogno di supporto di ossigeno o di ventilazione meccanica per svolgere le più comuni attività della vita quotidiana. Nella nostra Provincia, oltre un migliaio di persone si trovano in questa condizione. Ecco che la BPCO va diagnosticata quanto più precocemente possibile sulla base della presenza di fattori di rischio per il suo sviluppo (vedi **tabella 1**).

Tabella 1

Fattori di rischio per BPCO:	
1)	esposizione attiva o passiva al fumo di tabacco
2)	esposizione ad inquinanti (polveri, fumi, gas) professionali o dell'ambiente domestico
3)	età maggiore di 40 anni
4)	familiarità per la malattia
5)	presenza di sintomi quali tosse, espettorazione, difficoltà di respiro con l'esercizio fisico, persistenti da più mesi
6)	quadro spirometrico indicativo di disventilazione ostruttiva scarsamente responsiva all'inalazione di un broncodilatatore

Come per i pazienti con asma, anche le persone riconosciute affette da BPCO necessitano di una valutazione estensiva, con indagini funzionali principalmente mirate a definire se sia o meno presente



malattia, possono trarre beneficio dalla riabilitazione respiratoria, soprattutto con metodiche di mantenimento o di recupero, se abbandonato per difficoltà respiratoria, dell'esercizio fisico. Hanno ruolo anche tecniche fisioterapiche di detersione delle vie respiratorie dalle secrezioni bronchiali, che possono accumularsi e diventare un terreno di impianto di infezioni respiratorie ricorrenti. Il paziente con BPCO va educato e supportato, con il sostegno prioritario dei familiari e del Medico di famiglia, nella conduzione di una vita "sana", basata tra l'altro su una alimentazione corretta.

insufficienza respiratoria da sforzo o a riposo, se vi si associno disturbi respiratori del sonno, compromissione cardiaca. È inoltre indispensabile una radiografia del torace, eventualmente integrata da altri esami radiologici per valutare se siano presenti altre malattie broncopolmonari, quali bronchiectasie o fibrosi polmonare, oppure reperti sospetti per tumore del polmone, che possono mimare o associarsi alla BPCO stessa. Tutto ciò, integrato da accurata rilevazione della storia clinica del paziente, con attenzione in particolare alla ricorrenza di episodi di riacutizzazione bronchitica che abbiano necessitato di interventi terapeutici (antibiotici, cortisonici orali, ad esempio) o assistenziali, particolarmente importanti per definire lo stadio di gravità della malattia sulla quale impostare le cure. **Queste prevedono in ogni caso l'abolizione tassativa del fumo.** Occorrono inoltre provvedimenti di prevenzione delle infezioni respiratorie, con la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, in quanto eventi potenzialmente pericolosi per la vita e comunque fattori di progressione della BPCO verso l'insufficienza respiratoria. È poi importante caratterizzare il paziente in relazione alla presenza o meno di altre condizioni morbose che possono influire sul decorso della malattia o da questa essere a sua volta influenzate. Rientrano in questo processo di inquadramento soprattutto la rilevazione di eventuale malattia cardiaca, di diabete, di malnutrizione, di affezioni muscolari o scheletriche.

I Pazienti con BPCO, già negli stadi iniziali della

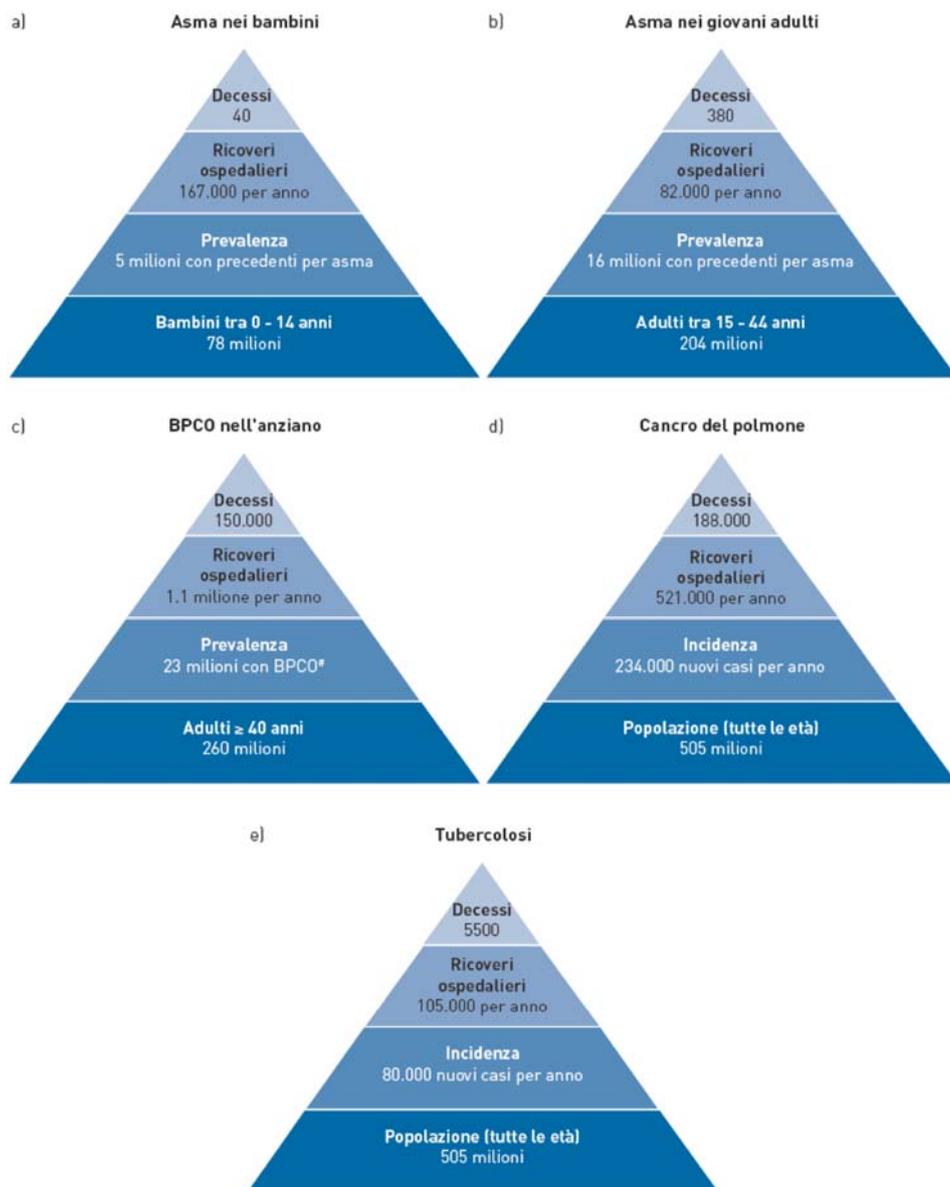
Per la BPCO si dispone di farmaci broncodilatatori maneggevoli ed efficaci che i Pazienti devono adottare quotidianamente sulla base di piani cura indicati dallo specialista in stretta collaborazione con il Medico di famiglia. Rispetto a quanto accade per la cura dell'asma i cortisonici inalatori hanno generalmente un ruolo più limitato. Per le forme più gravi di BPCO, quando si è sviluppata insufficienza respiratoria cronica, necessita il supporto dell'ossigenoterapia a lungo termine, il provvedimento che ha dimostrato, sin dalle prime sperimentazioni svolte negli anni '80, di produrre miglioramenti della sopravvivenza e della qualità di vita che nessun'altra terapia, da sola, è riuscita finora a determinare nei pazienti con tale condizione morbosa. I pazienti che ne abbisognano possono ora disporre di apparecchiature per ossigenoterapia di agevole uso, sicure, adottabili sia a riposo che da sforzo. In condizioni relativamente rare di BPCO, con enfisema polmonare, si può oggi ricorrere a interventi di attenuazione della difficoltà respiratoria mediante l'impianto nelle vie aeree, con metodica broncoscopica, di presidi (valvole, molle metalliche) che aiutano i polmoni a svuotarsi di aria inefficace per la respirazione, rimasta imprigionata per la grave difficoltà di questi malati di completare la fase espiratoria della ventilazione. In casi eccezionali vi è l'opzione del trapianto polmonare, provvedimento estremo. Molto più agevolmente accessibile, e ormai diffusa da oltre una decina di anni, previa accurata selezione, tra i pazienti della nostra Provincia, è

invece la ventilazione meccanica domiciliare non invasiva, basata cioè sul supporto alla ventilazione, di per sé molto faticosa per il paziente con grave BPCO, mediante macchine che insufflano e desufflano aria nelle vie respiratorie, con l'interfaccia di maschere, morbide e confortevoli, applicate sul volto.

L'attenzione delle Autorità sanitarie per questo tipo di condizione patologica respiratoria si è espressa ultimamente con il riconoscimento della BPCO come malattia sociale, da cui l'esenzione dal pagamento del ticket su prestazioni ritenute essenziali per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della malattia stessa. È un traguardo conseguito con sollecitazioni pressanti e ricorrenti dell'ambiente pneumologico e delle associazioni di malati respiratori che rappresenta una tappa molto importante per lo sviluppo di processi organizzativi di cura della malattia sempre più

appropriati e alla portata di tutta la popolazione che ne è affetta. Ciò può contemplare ad esempio un rinforzo della presenza capillare di figure professionali esperte nel riconoscimento e nella cura della malattia, con armonica integrazione tra strutture territoriali e ospedaliere, tanto più che tuttora molte persone vengono riconosciute affette dalla malattia solo nella fase più avanzata, quella della grave insufficienza respiratoria, fatto che indica come ancora molti Pazienti non siano consapevoli della propria condizione, pertanto non siano curati, con elevato rischio di invalidità e mortalità respiratoria.

* **Dott. Dino Sella**
Direttore Pneumologia
Ospedale Santa Chiara di Trento



Dal Libro Bianco sulle malattie polmonari in Europa. Ed ERS 2013. Epidemiologia delle principali malattie respiratorie nei 28 Paesi della Unione Europea.

Claudio Dario, nuovo Direttore Sanitario all'APSS

LE NUOVE SFIDE DELLA NOSTRA PROVINCIA

a cura di Serena Belli



Dott. Claudio Dario

Nel maggio 2016 il direttore generale della APSS, dottor Paolo Bordon, ha conferito al dottor Claudio Dario l'incarico di direttore sanitario dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Il nuovo Direttore è stato scelto in virtù della sua esperienza professionale e delle competenze organizzative e gestionali, maturate durante tutta la sua vita lavorativa. Lo stesso Direttore Generale lo definisce "uno dei migliori professionisti nel panorama sanitario italiano, che potrà portare un importante contributo alla sanità trentina per le interessanti esperienze maturate sia dal punto di vista dell'integrazione ospedale-territorio sia nell'ambito dell'informatizzazione dei sistemi sanitari, che lo hanno portato a lavorare ad alcuni modelli innovativi". Insomma una presentazione di tutto rispetto. Se leggiamo il suo curriculum emerge una esperienza poliedrica, di cui ricordo la sua attività di Direttore Generale della Azienda Sanitaria di Treviso, Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Padova, *projet coordinator* di importanti progetti europei di telemedicina, e molto altro ancora.

In un momento, come quello attuale, di grandi riorganizzazioni all'interno della locale APSS, abbiamo colto l'occasione per intervistarla, per cercare di capire come pensa di organizzare la sanità trentina.

Dottor Dario (questo è il cognome!), vuole raccontare brevemente ai nostri lettori, cosa la ha portata a Trento? So che lei si è dimesso da Direttore Generale dell'Usl di Padova, per venire a lavorare a Trento.

Quello che mi ha mosso è stata l'opportunità offertami dal dottor Bordon di affrontare nuove sfide organizzative sanitarie che la città di Trento, sia per

la grande attenzione alla informatizzazione, spinta su tutti i settori della pubblica amministrazione, sia per le professionalità e le caratteristiche oro-geografiche, richiede per lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi. In più la presenza di una università giovane e dinamica e di alcune fondazioni di ricerca, prima fra tutte la Fondazione Bruno Kessler (FBK), mi ha stimolato, per la possibilità di confrontarmi con un mondo accademico importante e con uno dei principali istituti pubblici di ricerca italiani.

Dopo un percorso professionale così articolato come si trova nei panni di Direttore Sanitario?

Direi molto bene. Trento è una realtà stimolante, in una importante fase di riorganizzazione e confido che le mie esperienze precedenti possano essere utili per un salto organizzativo, di cui queste comunità necessitano e che meritano.

Secondo la sua esperienza, quali sono i punti su cui si deve agire, per accelerare la riorganizzazione della assistenza ai cittadini trentini?

Ritengo che grande attenzione debba essere riservata alla medicina territoriale, con il coinvolgimento attivo di attori importanti del sistema sanitario quali i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, con lo sviluppo di nuove soluzioni organizzative come le strutture intermedie, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), lo sviluppo della medicina di attivazione, prestando un'attenzione particolare nei confronti dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità.

E per quanto riguarda gli ospedali?

Gli ospedali vanno visti in rete, con due ospedali hub principali e con gli ospedali di valle, che garantiscano la prossimità alle comunità e che, in ambito chirurgico, si

specializzino su alcuni tipi di interventi, compatibili per complessità a quelle realtà. Sempre in rete vanno viste inoltre le attività specialistiche, che possano essere coordinate centralmente e, nel contempo, mantenere prossimità ai cittadini, attraverso gli ospedali di valle.

Lei sa che APAN si occupa dei pazienti nefrologici, pertanto a noi interessa molto la Sua opinione sulla organizzazione Trentocentrica che ha trovato qui in provincia. La ritiene adeguata o prevede delle modifiche a questo assetto?

Come dicevo precedentemente, la Nefrologia rappresenta al meglio quello che intendo per una attività di rete: un coordinamento centrale, sedi periferiche che consentano la prossimità alle comunità e nello stesso tempo in grado di garantire i livelli qualitativi della sede centrale. Tra l'altro la Nefrologia trentina esprime una grossa spinta alla deospedalizzazione, grazie ad un forte impegno sullo sviluppo della dialisi peritoneale, che può essere effettuata a domicilio, in un ambiente familiare.

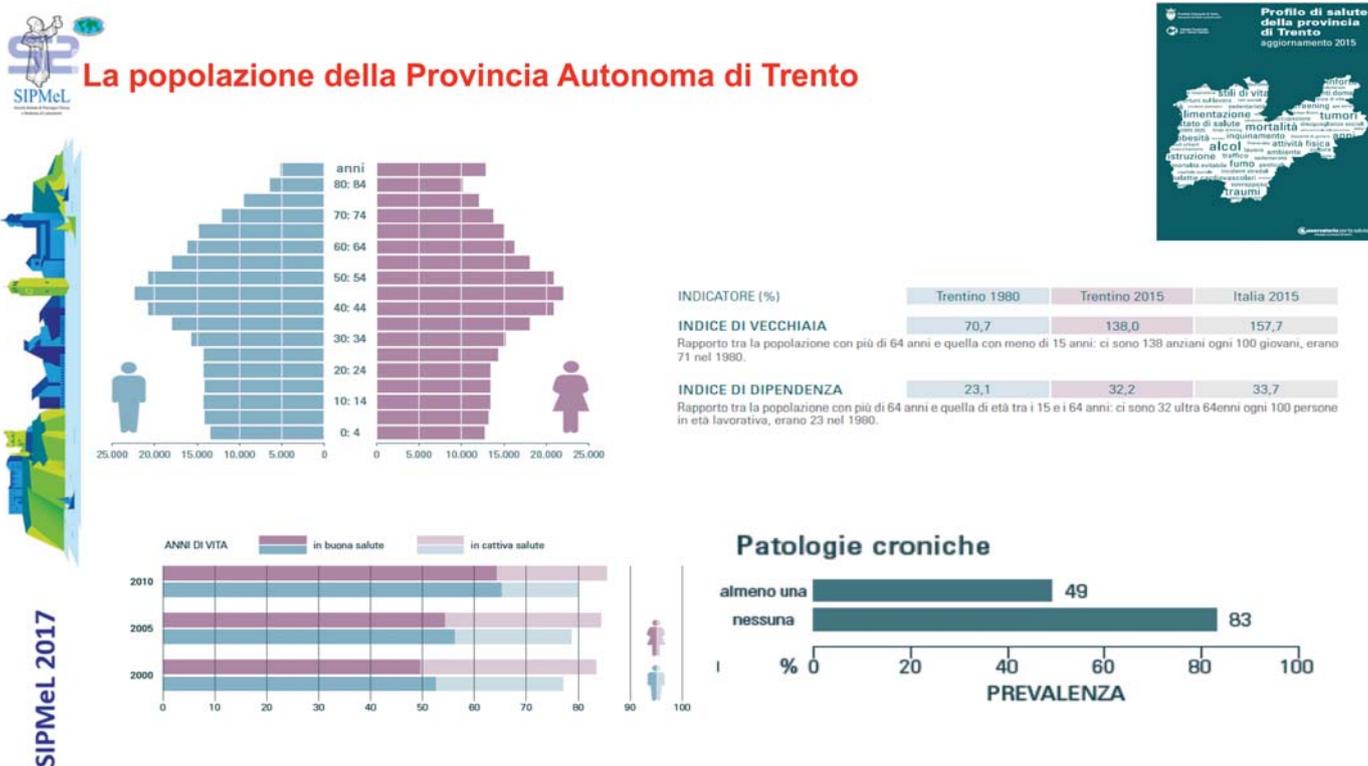
Dato che è argomento che riguarda la organizzazione sanitaria generale, immagino che uno dei Suoi compiti siano le liste di attesa. Quali potrebbero essere, a Suo avviso, le strategie utili per migliorare la situazione?

L'attenzione ai tempi di attesa è fondamentale per una organizzazione moderna, perché molto spesso rappresentano la porta d'accesso ai servizi sanitari. Si svilupperà grande attenzione alla appropriatezza delle richieste, alla sede in cui queste prestazioni vengono effettuate, dovendo in certi casi i pazienti sostenere viaggi anche lunghi, e alla gestione delle cosiddette visite di controllo. Si sta lavorando su un aumento della offerta, anche attraverso nuovi strumenti, come la telemedicina, condividendo le priorità con i medici di medicina generale, e con gli specialisti del settore, in modo tale che si possa offrire la prestazione più appropriata, sia per sede che per tempestività, alle esigenze cliniche del paziente.

Noi medici lamentiamo che molte richieste di prestazioni (visite, controlli, accertamenti ecc...) siano incongrue e che, di conseguenza, vadano ad allungare le liste in maniera inopportuna. Cosa si potrebbe fare per migliorare la appropriatezza delle richieste?

Stiamo sviluppando una reportistica relativa ai pazienti dei singoli medici di medicina generale, che consenta di condividere con gli specialisti del settore le priorità richieste per il singolo caso.

Figura 1





rapporti siano anche maggiori è reale. Proprio per questo bisogna ripensare ai modelli organizzativi, coinvolgere maggiormente le professioni sanitarie come gli infermieri, ma anche le ostetriche e altre figure, nella assistenza delle patologie croniche, che sono attualmente in aumento a livello della popolazione generale, a causa dell'invecchiamento della stessa. Vorrei ricordare che l'indice di vecchiaia è passato da 70,7 nel 1980 a 138 nel 2015 (indice di vecchiaia è il rapporto tra le persone con età superiore ai 64 anni, rispetto alla popolazione con età inferiori ai 15 anni - vedi figura 1).

Nei prossimi anni ci sarà una importante mancanza di personale medico, legato alla adozione del numero chiuso nelle facoltà di Medicina e Chirurgia. Come prevede che si possa risolvere tale problema che va affrontato già da ora, per non arrivare “nudi alla meta”?

A livello italiano si prevede che nei prossimi 6 anni ci saranno 13.000 medici di medicina generale in meno, su un totale di 54.000. In Trentino il rischio che questi

È nostra abitudine chiudere le interviste di Rene&Salute con una domanda personale, sempre la stessa. Ha qualche sogno nel cassetto, che non riguardi necessariamente la Sanità Trentina, che vuole raccontare ai nostri lettori?

Il mio desiderio sarebbe quello di avere più tempo da dedicare all'approfondimento e allo sviluppo di alcuni temi quali la tecnologia applicata alle scienze umane.

La relazione tra stili di vita e insorgenza di tumori

DIECI ANNI DI RACCOMANDAZIONI CONTRO IL CANCRO

di Diana Zarantonello*



Dott.ssa Diana Zarantonello

Poche settimane fa sono state rese note le stime riguardo l'incidenza (cioè le nuove diagnosi) di tumori in Italia per l'anno corrente: si prevede che 369.000 persone quest'anno avranno diagnosticata una neoplasia maligna. Un dato in lieve incremento rispetto all'anno precedente (365.000).

Il tumore è una patologia che spaventa, ma con la quale la nostra società sempre più spesso si confronta. Mediamente un uomo su due ed una donna su tre ricevono la diagnosi di un tumore nel corso della loro vita. Le neoplasie più frequenti in Italia sono diverse nei due sessi: le donne risultano più colpite dal tumore al seno (30% dei casi), da quello del colon-retto (13%) e, al terzo posto (in aumento per via del diffondersi dell'abitudine al fumo anche nel genere femminile) il tumore al polmone (6%).

L'uomo invece risulta più colpito dal tumore alla prostata (19%), seguito da quello polmonare (15% dei casi, la cui incidenza risulta però in calo negli ultimi anni per il fatto che l'abitudine al fumo si sta riducendo nei maschi) ed infine da quello del colon-retto (13%).

Le neoplasie sono generate da cellule che, in seguito a ripetuti danneggiamenti al loro materiale genetico (DNA), "impazziscono" ed iniziano a replicarsi in modo incontrollato, sfuggendo al controllo del sistema immunitario e acquisendo la capacità di nutrirsi autonomamente (mediante la formazione di vasi sanguigni propri del tumore, processo chiamato *neoangiogenesi*) e di invadere i tessuti circostanti e

diffondersi a distanza (*metastatizzazione*). Semplificando molto, si ipotizza che ci siano fattori pro-cancerogeni che **iniziano** i danni che portano allo sviluppo della neoplasia, e altre condizioni favorevoli che poi permettono alle cellule cancerose di replicarsi in maniera indisturbata (fattori di **promozione e progressione**).

Si stima inoltre che meno del 2% della popolazione sia portatrice di alterazioni genetiche che predispongono all'insorgenza di neoplasie (per esempio modifiche a carico dei geni BRCA1 e 2 responsabili dell'insorgenza di neoplasia mammaria in giovane età). Tuttavia anche in questi casi è necessario che si aggiungano altri danni a carico del DNA perché la malattia si manifesti.





Gli stili di vita influenzano in maniera importante l'insorgenza delle neoplasie, e si stima che almeno un terzo dei tumori (la metà per quanto riguarda il colon-retto) sia prevenibile attraverso la modifica del nostro comportamento. Ma quali sono i fattori in grado di attuare i danni a carico del genoma? L'AIRC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) ha stilato una classifica di agenti per i quali ci sono evidenze certe o probabili del loro potere cancerogeno (carcinogeni di Classe 1 e 2A). Tra di essi troviamo entità molto diverse, che sono riportate nella **tabella 1**.



Tabella 1

Agenti fisici: raggi X utilizzati in diagnostica (quando veniamo sottoposti a radiografie e TAC ripetute), raggi UV presenti nei raggi solari e nelle lampade abbronzanti e il gas radon, (che può essere presente nelle case in pietra o costruite sulla pietra).

Agenti chimici: il benzopirene, la formaldeide, l'ammoniacca, tutti contenuti nel fumo di sigaretta che si stima contenga in totale almeno 80 sostanze cancerogene riconosciute.

Agenti microbiologici: che danneggiando direttamente il DNA o esponendo i tessuti ad infiammazione cronica, facilitano l'insorgenza di neoplasie. Tra questi i più noti sono l'*helicobacter Pylori*, i virus dell'epatite B e C, il *poliomavirus*, il virus di Epstein Barr.

Contaminanti ambientali: PCB (policlorobifenili), alcuni tipi di diossine. Sono sostanze chimiche che inquinano i terreni e le falde acquifere e hanno la capacità di concentrarsi nei tessuti degli animali e nell'uomo, attraverso un processo detto di bioaccumulo. Per questo motivo si trovano in concentrazione più elevate negli animali al vertice della catena alimentare e l'uomo le ingerisce prevalentemente (>90%) attraverso il consumo di alimenti di origine animale.

Metalli pesanti: l'arsenico, che è possibile riscontrare nelle acque contaminate ed il cadmio del fumo di sigaretta.

Sostanze che si generano attraverso la cottura degli alimenti: le amine eterocicliche e gli idrocarburi aromatici che si generano dopo cottura ad elevate temperatura delle carni e degli altri cibi di origine animale, mentre gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA) si generano dalla bruciacchiatura (per esempio sulla griglia) di carne e pesce. Inoltre dalla cottura ad alta temperatura degli amidi (per esempio nella frittura delle patate) si genera acrilamide, anch'essa probabilmente cancerogena.

Sostanze che ritroviamo negli alimenti conservati: i nitrati ed i nitriti utilizzati nelle carni conservate (sia per mantenere il colore, sia a scopo antimicrobico contro l'infezione da botulino) quando raggiungono lo stomaco reagiscono con le proteine formando *nitrosammine*, potenti agenti cancerogeni della mucosa gastrica ed intestinale. Inoltre nei cereali, legumi e frutta secca mal conservati possiamo trovare la presenza di micotossine come l'afatossina B1 sicuramente cancerogena per il fegato. Un'altra sostanza cancerogena ben conosciuta dai nefrologi, che può essere rinvenuta nelle farine provenienti dall'area balcanica, è l'*acido aristolico*, derivato dalla contaminazione dei cereali con l'*Aristolochia Clematitis*, una pianta infestante che cresce in quelle zone: questa sostanza sembra essere la causa della nefropatia dei balcani (un'insufficienza renale cronica secondaria a nefropatia intestiziale) ed è associata all'insorgenza di neoplasie del tratto urinario.

Ma come dedurre da tutte queste nozioni dei consigli pratici di prevenzione, facilmente fruibili dalla popolazione generale?

Dieci anni fa (e qui torniamo a spiegare il titolo), il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro (WCRF) e l'Istituto Americano per la Ricerca su Cancro (AIRC) effettuarono una revisione della letteratura scientifica riguardante il rapporto tra stili di vita ed insorgenza dei tumori; vi parteciparono più di 150 ricercatori appartenenti a circa 50 dei più prestigiosi istituti di ricerca. Da questo enorme lavoro trassero delle conclusioni basate sui dati più convincenti e coerenti emersi dagli studi. Ne nacquero le "raccomandazioni per la prevenzione dei tumori" (*Cancer Prevention Recommendation*), che riassumono in dieci punti le misure preventive per proteggersi dall'insorgenza delle neoplasie, e che vengono costantemente aggiornate in base alle nuove evidenze disponibili in letteratura.

Rivediamoli insieme, commentandoli:

- 1) *Mantieni un peso snello per tutta la vita.* È infatti ormai ben noto che le persone obese ed in sovrappeso sono a maggior rischio di sviluppare diversi tipi di tumore (con certezza almeno 11!). Questo sembra essere in parte legato al fatto che il tessuto adiposo, soprattutto quello addominale (detto "grasso viscerale"), determina più elevati livelli di insulina in circolo, e questo ormone promuove la sintesi di fattori di crescita (come l'IGF1) che determinano un ambiente favorevole alla crescita delle cellule neoplastiche: inoltre il tessuto adiposo si associa ad uno stato infiammatorio cronico, che contribuisce all'aumentato rischio neoplastico. Si raccomanda quindi di mantenere un basso Indice di massa Corporea (IMC: rapporto peso/

all'altezza al quadrato) verso i valori più bassi dell'intervallo di normalità (che è 18,5-24,9 secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità) e di mantenere una circonferenza vita, a seconda della costituzione, inferiore a 80-88 cm nelle donne e 94-104 cm negli uomini.

- 2) *Mantieniti fisicamente attivo ed effettua almeno 30 minuti di attività fisica ogni giorno.* La vita sedentaria, oltre a favorire l'insorgenza di sovrappeso, risulta correlata in maniera indipendente all'insorgenza di diverse neoplasie. Basta una passeggiata a passo spedito per mezz'ora al giorno, limitando il tempo passato stando seduti.
- 3) *Limita i cibi ad elevata densità calorica ed evita le bevande zuccherate.* I cibi ad elevata densità calorica sono quelli poco voluminosi ma ricchi di zuccheri e grassi, che non conferiscono senso di sazietà ma apportano un gran numero di calorie "vuote", cioè non accompagnate da sostanze benefiche e utili al nostro organismo. Tra questi si annoverano i cibi industrialmente raffinati quali torte, pizze surgelate, dolci, snack dolci e salati, e i cibi tipici dei *fast-food* come patatine fritte, panini etc. Viene anche raccomandato di evitare le bevande zuccherate, poiché sono emerse come importante causa di obesità, soprattutto quando assunte fin da bambini. Una sola lattina può contenere fino a 9 cucchiaini di zucchero! Un tipo di zucchero particolarmente diffuso (perché a basso prezzo) ma con effetti particolarmente sfavorevoli sul



metabolismo è lo sciroppo di mais ad alto contenuto di fruttosio (HFCS è la sigla che troviamo sugli alimenti che lo contengono): si è infatti visto che un suo eccessivo consumo (>10 cucchiaini al giorno, raggiungibile con poco più di una lattina di bevanda zuccherata) può causare lo sviluppo di dislipidemia (aumentano i trigliceridi e il colesterolo, poiché l'eccesso di fruttosio nel fegato si trasforma in grasso), steatosi epatica, iperuricemia (che correlata con lo sviluppo di gotta), resistenza insulinica (l'insulina c'è, ma non riesce a funzionare bene) e adiposità addominale.

- 4) *Basa l'alimentazione quotidiana prevalentemente su cibi di provenienza vegetale, con almeno 5 porzioni (600 g in totale) di un'ampia varietà di verdure non amidacee (quindi non sono comprese le patate) e frutta e con cereali non raffinati e/o legumi ad ogni pasto. L'importanza dei cereali integrali (quindi non industrialmente raffinati) e dei legumi,*

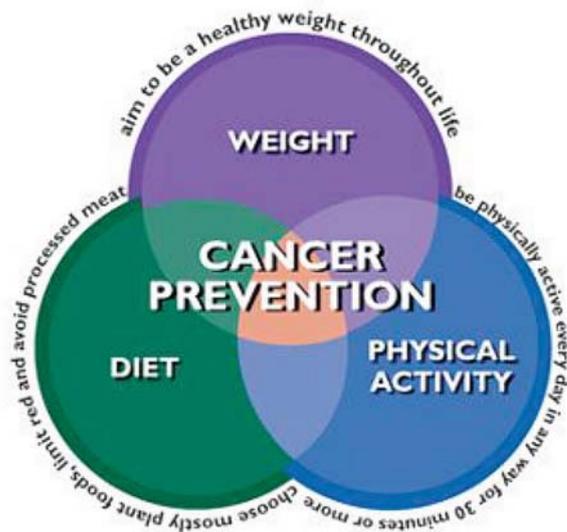


Figura 1: un pannello informativo dell'AIRC dove si spiega che l'assunzione di circa 3 porzioni al giorno di cereali integrali aiuta a ridurre il rischio di neoplasia del colon-retto del 17%, e che i cereali integrali contengono molte sostanze benefiche (non solo le fibre!).

REDUCE CANCER RISK WITH WHOLE GRAINS

Fill most of your plate with...
VEGETABLES **FRUITS** **WHOLE GRAINS**
 to reduce cancer risk.

WHOLE GRAINS = REDUCED RISK

Whole grains provide vitamins, phytochemicals, and other **CANCER-PROTECTIVE COMPOUNDS**.

They also may lower cancer risk by **REDUCING CHRONIC INFLAMMATION**, preventing insulin resistance, and speeding up how long potential carcinogens stay in your gut.

90 grams (about 3 servings) of whole grain foods per day **REDUCES THE RISK OF COLORECTAL CANCER** by **17%**

Eating a mostly plant-based diet rich in vegetables, fruits, whole grains and beans can help you reach – and keep – **A HEALTHY WEIGHT**, which, in turn, decreases your cancer risk.

WHOLE GRAINS: MORE THAN JUST FIBER

There is strong evidence that foods containing fiber decrease cancer risk... but **WHOLE GRAINS** offer much more than just **FIBER**:

VITAMIN E, PHYTOESTROGENS, ZINC, SODIUM, SELENIUM, COPPER, ANTIOXIDANTS, RESISTANT STARCH, LIGNANS

- Source: AICR/WCRF Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer 2017

American Institute for Cancer Research | For more information, visit www.aicr.org | www.wholegrainscouncil.org | OLDWAYS WHOLE GRAINS COUNCIL

l'abbiamo discussa nei numeri precedenti. L'azione benefica di questi cibi si realizza attraverso diversi meccanismi: la loro ricchezza di fibre permette di aumentare il transito intestinale spazzando via possibili sostanze tossiche che altrimenti stazionerebbero a livello della mucosa intestinale, e al contempo permette di promuovere lo sviluppo di microbi intestinali benefici che a loro volta producono composti che hanno azione trofica sulla mucosa e antinfiammatoria. Inoltre le fibre di questi alimenti rallentano l'assorbimento del glucosio e riducono pertanto la quantità di insulina rilasciata dopo i pasti, conferiscono senso di sazietà precoce rallentando lo svuotamento gastrico, e migliorano il profilo lipidico. Le linee guida americane di nutrizione (*American Dietary Guidelines 2015-2020*) consigliano di assumere almeno la metà dei cereali in forma integrale, e l'AIRC raccomanda di assumere almeno 3 porzioni al giorno poiché questo contribuisce a ridurre il rischio di insorgenza di tumore al colon-retto (figura 1). Viene inoltre ribadita l'importanza di consumare una grande varietà e quantità di verdure e frutta. Questo perché tali alimenti contengono un'enorme numero di sostanze benefiche (polifenoli, carotenoidi, vitamina E, fibre) che hanno un effetto antiossidante, proteggono il DNA, e svolgono azioni specifiche antitumorali: per esempio il *suforafano* e l'*indolo 3 carbinolo*, sostanze contenute nel broccolo e nelle

altre Crucifere sono in grado di inibire le cellule pre-cancerose e si sono dimostrate protettive per l'insorgenza del tumore dello stomaco, della mammella e del colon-retto.

- 5) *Limita il consumo di carne rossa* (suini, ovini, bovini compreso il vitello) *ed evita quelle conservate* (würstel, carni in scatola, salumi, prosciutti). Il consumo di carni rosse non è raccomandato, ma per chi è abituato a consumarle si consiglia di non superare il mezzo chilo alla settimana. Le carni conservate (attraverso affumicatura, salatura, aggiunta di conservanti e quelle contenute negli alimenti trasformati) andrebbero proprio evitate, poiché non è possibile stabilire un livello minimo di sicurezza. Si stima comunque che chi le consuma quotidianamente abbia un rischio di 2-3 volte superiore di sviluppare tumori intestinali rispetto a chi le consuma raramente.
- 6) *Limita il consumo di bevande alcoliche*. L'alcol infatti rappresenta un fattore di rischio importante per l'insorgenza di diversi tipi di tumore sia del tratto digerente (bocca, esofago, stomaco, fegato, intestino crasso), sia per la neoplasia mammaria (per la quale le più recenti evidenze mostrano come anche un solo drink al giorno aumenti il rischio). Per coloro che ne fanno uso, si raccomanda di limitare il consumo giornaliero a 1 bicchiere di vino da 125 cc per le donne (che corrisponde, come "dose alcolica" ad una birra media da 330 cc, o un bicchierino

piccolo, da 40 cc, di superalcolico) e 2 bicchieri di vino per gli uomini.

- 7) *Limita il consumo di sale ed evita i cibi contaminati da muffe*. Il consumo eccessivo di sale (che in 2/3 dei casi assumiamo inconsapevolmente attraverso i cibi addizionati di sale come formaggi stagionati, salumi, alimenti pronti e/o in scatola) facilita l'infezione da *helicobacter pylori* e aumenta il rischio di cancro dello stomaco, oltre ai ben noti effetti negativi sull'ipertensione e le patologie cardiovascolari. Un recente studio effettuato in Italia (MINISAL) documenta come il consumo medio di sale nella popolazione adulta sia di circa 10 g/die, a fronte del limite di 6 g/die suggerito. I cibi mal conservati vanno invece evitati per la possibile contaminazione con micotossine, che, come già detto, possono causare il carcinoma epatico.
- 8) *Assicurati un apporto sufficiente di nutrienti attraverso il cibo ed evita gli integratori*. Questo ribadisce la necessità di avere una dieta varia (soprattutto di alimenti vegetali, che contengono la maggior parte delle vitamine, minerali e macronutrienti nella giusta quantità). Al contrario tutti gli studi effettuati per verificare se fosse possibile ridurre il rischio di insorgenza di tumore mediante la supplementazione di vitamine sono falliti o, in alcuni casi, hanno persino avuto effetti negativi (per esempio per la prevenzione della neoplasia polmonare la somministrazione di vitamina E si associava ad



Figura 2: tre buone abitudini per prevenire l'insorgenza dei tumori: mantenere un peso corretto tutta la vita, seguire una dieta basata prevalentemente su alimenti vegetali, limitando la carne rossa ed evitando la carne conservata ed effettuare attività fisica quotidianamente.

aumentato rischio di ischemia cerebrale, mentre quella di beta-carotene ad incrementato rischio di insorgenza del tumore)

- 9) *Allatta i bambini al seno per almeno 6 mesi.* Questa pratica ha una doppia valenza positiva: riduce il rischio di insorgenza di neoplasia al seno nella mamma e riduce il rischio di obesità in età adulta del bambino.
- 10) *Applica queste raccomandazioni anche se sei già ammalato di tumore e comunque non fumare.* Nei limiti dei pochi studi effettuati nei pazienti già affetti da tumore, per lo studio del rischio di recidiva, sembra comunque ragionevole applicare queste raccomandazioni anche ai pazienti già ammalati. Viene inoltre ribadita la necessità di non fumare: il fumo risulta correlato con l'insorgenza del 30% dei tumori maligni (non solo del polmone ma anche laringe, cavo orale, esofago, pancreas, rene, vescica) oltre ad aumentare il rischio cardiovascolare e di malattie polmonari.

Nel 2014 sulla base di queste raccomandazioni e avvalendosi anche dei dati forniti dal progetto EPIC (Indagine Prospettica Europea su nutrizione e Cancro, uno studio effettuato su 500.000 persone in 10 diversi stati europei), nasce il Codice Europeo contro il Cancro che, pur recependo le indicazioni del WCRF, si arricchisce di altre indicazioni, lo riportiamo nella *tabella 2*.

Fonti:

- <http://www.airc.it/cancro/cos-e/statistiche-tumori-italia/>
- <http://wcrf.org/int/research-we-fund/our-cancer-prevention-recommendations>
- <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/chapter-1/key-recommendations/>
- <http://www.sinu.it/public/pdf/MINISAL%20sintesi%20risultati.pdf>

Tabella 2

- Evitare il fumo anche passivo (evitate che si fumi in casa vostra e nel vostro ambiente di lavoro)
- Evitate le esposizioni prolungate al sole , specialmente da bambini
- Sul luogo di lavoro protegetevi dall'esposizione a sostanze cancerogene rispettando le regole di sicurezza
- Controllate in casa vostra se vi è un' elevata concentrazione di radon ed eventualmente appurate le opportune modifiche strutturali
- Per le donne in post-menopausa evitare la terapia ormonale sostitutiva
- Vaccinate i vostri figli per l'epatite B e le ragazze per l'HPV
- Partecipate agli screening per i tumori intestinali (ricerca del sangue occulto fecale), il tumore alla mammella (mammografia) e il tumore per la cervice uterina (pap-test).

Tutte queste raccomandazioni, se seguite alla lettera, possono avere degli effetti collaterali? In effetti possono averne, ma sono positivi, non negativi. In particolare le modifiche della dieta qui suggerite, il mantenimento di un peso corporeo adeguato e l'effettuazione di attività fisica, oltre all'abolizione del fumo, ci aiutano a prevenire molte patologie tipiche delle società occidentali, come le malattie cardiovascolari, il diabete, le malattie autoimmuni! E allora, accetteremo di assumerci questo "rischio"?

* **Dott.ssa Diana Zarantonello**
U.O. di Nefrologia e Dialisi
Ospedale Santa Chiara di Trento

- <http://wcrf.org/int/research-we-fund/continuous-update-project-cup>
- <http://www.amoc.it/wordpress/wp-content/uploads/2013/02/codice-europeo-contro-il-cancro.pdf>
- "Prevenire i tumori mangiando con gusto" A. Villarini, G. Allegro. 2010 Edizioni Pickwick
- "Il cibo dell'uomo" F. Berrino. 2015 Edizioni Franco Angeli

HOSPICE TRENTINO E QUALITÀ DELLA VITA DEI PAZIENTI

di Maurizio Agostini*

È sicuramente aumentata negli ultimi decenni la sensibilità e l'attenzione per le situazioni di malattia che non possono essere risolte con la guarigione e che conducono, nelle fasi avanzate, verso la conclusione della vita stessa. Si tratta in prevalenza di malattie oncologiche, ma non solo, che nel loro protrarsi portano con sé crescenti necessità assistenziali e manifestazioni di complicanze e disturbi tali da condizionare anche pesantemente la qualità di vita del paziente e delle persone che gli stanno intorno. È cresciuta anche la convinzione che il domicilio, con la

vicinanza dei propri cari e delle proprie cose, è il luogo migliore dove vivere queste fasi di vita in modo dignitoso e nel rispetto dei valori umani, spirituali e sociali del paziente. Migliore rispetto all'ospedale con i suoi aspetti spersonalizzanti, con i suoi ritmi standardizzati, con qualche rischio di accanimento terapeutico. Sono nati così nel tempo i servizi di assistenza domiciliare e di cure palliative intesi come l'insieme di tutti quegli interventi utili a ridurre sintomi e disagi e a migliorare il più possibile la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, quando le terapie di fondo non



sono più in grado di modificare significativamente la prognosi della malattia o il bilancio tra rischi/costi e benefici diventa negativo.

Nonostante questo lavoro e questo impegno, ci sono situazioni, o momenti nella storia di malattia, in cui la permanenza nella propria abitazione diventa troppo difficile o impossibile per qualche complicazione, per il carico di fatica e tensione, per la necessità di presenza costante di figure professionali. In questo caso diviene importante avere la possibilità di accedere ad una struttura residenziale in grado di rispondere



adeguatamente ai bisogni che emergono, continuando a sentirsi come a casa, senza rinunciare al “clima” familiare e alla vicinanza dei propri cari. L'Hospice, o Casa hospice, è la risposta a queste domande. Ed è divenuto così importante da essere richiesto dal piano sanitario nazionale in ogni Regione con un numero di posti proporzionale alla popolazione. Nel Trentino c'erano già da tempo due strutture di questo tipo, a Mori e a Trento Villa Igea (quest'ultima si trasferirà appena possibile a Mezzolombardo). Il servizio di Hospice si è completato con ulteriori 12 posti letto con l'apertura della nuova Casa Hospice Cima Verde a Trento sud. Questa struttura è nata per iniziativa della Fondazione Hospice Trentino, una Onlus che da anni opera per sensibilizzare e informare sulle problematiche di cura e assistenza alle malattie non guaribili e nel fine vita, per la formazione di volontari idonei a supportare e completare le attività del personale che lavora nelle strutture e per gestire, cosa che avviene dal gennaio scorso, la nuova Casa in stretta collaborazione con l'Azienda sanitaria e col Servizio territoriale di Cure palliative.

L'APAN è stata socio fondatore della Fondazione Hospice Trentino ed ha seguito fin dall'inizio l'iniziativa, esprimendo anche un membro del Consiglio di Amministrazione. Attualmente la Casa Hospice Cima Verde funziona a pieno regime e sta superando la fase di rodaggio con risultati più che soddisfacenti. Le valutazioni raccolte dai primi ospiti e dai loro familiari sono positive sia circa la qualità dell'assistenza, sia per l'attenzione e il calore umano che accompagna i pazienti durante la loro permanenza. L'assistenza medica è garantita dall'equipe di Cure palliative dell'A-

zienda sanitaria mentre quella infermieristica è coperta da personale direttamente dipendente dell'Hospice. Fondamentale è inoltre l'opera dei volontari, riuniti nell'Associazione amici dell'hospice. Attualmente sono più di 70 persone che quotidianamente si distribuiscono tra le funzioni di accoglienza e front office, di aiuto alla cucina e di accompagnamento degli ospiti.

È nello spirito di questa iniziativa la volontà di divenire un luogo e di creare occasioni non di isolamento o di solitudine, ma di solidarietà e di vicinanza dell'intera collettività

a chi vive momenti particolari e difficili della propria vicenda umana. È possibile esprimere questa partecipazione sostenendo, anche economicamente, queste iniziative, divenendone volontari attivi o anche solo mantenendosi in contatto e informati sulle proposte e sulla loro evoluzione.

(www.fondazionehospicetn.it)

*** Dott. Maurizio Agostini**
membro del CDA
Hospice Cima Verde - Trento

Microbiota e omeostasi immunitaria

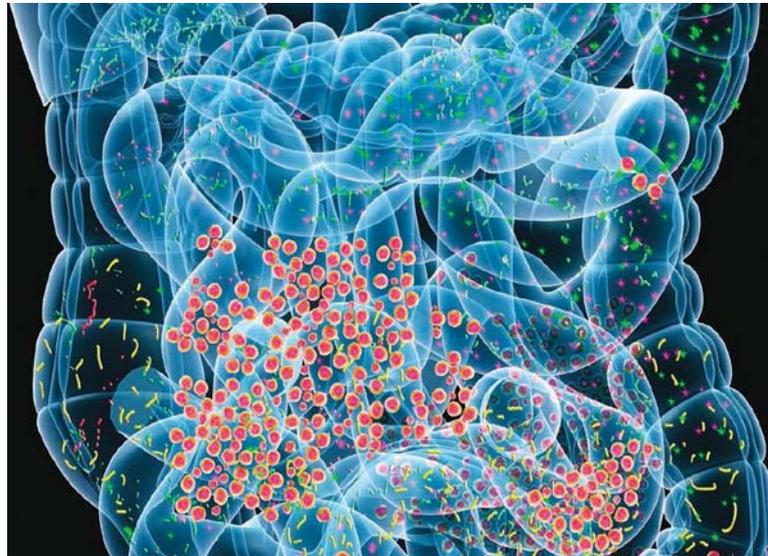
di Masen Abdel Jaber*

L'organismo umano ospita una larga varietà di microrganismi sulle proprie superfici di barriera, complessivamente nota come "microbiota". Tale termine identifica una complessa comunità costituita da batteri, virus e funghi che colonizzano il canale gastrointestinale, la cute e le mucose. Il patrimonio genetico del microbiota e le molecole da esso codificate, nello svolgimento della sua attività metabolica, vengono definite "microbioma".

Il tratto gastrointestinale umano, ad esempio, ospita 10^{14} microrganismi: tale numero è circa 1000 volte superiore al numero delle cellule che compongono il corpo umano, andando a costituire circa 1-2 kg del nostro peso corporeo. Tale variegata comunità intrattiene una relazione di collaborazione bidirezionale (*simbiosi*) con l'ospite, svolgendo un ruolo fondamentale in molti processi fisiologici: sviluppo e modulazione della risposta immunitaria innata ed acquisita, sintesi di vitamine ed enzimi (es. vitamina K e biotina), trasformazione di substrati energetici, trasformazione degli acidi biliari, in questo modo svolgendo il ruolo di un "organo virtuale".

I microrganismi che fanno parte del microbiota umano presentano una spiccata variabilità interindividuale, basata su elementi di natura geografica, dietetica e anagrafica. Tale aspetto è stato particolarmente evidenziato in un recente progetto definito **Progetto Microbioma Umano** (*Human Microbiome Project, HMP*), durante il quale sono stati identificati i geni presenti in campioni prelevati da varie sedi (bocca, cute, mucosa vaginale ed orale, feci), risalendo pertanto alle singole specie che compongono il microbiota umano.

La sede più prolifica per il microbiota è rappresentata dal tratto gastrointestinale (GI), sebbene ogni tessuto ospiti comunità di microrganismi eterogenee. Secondo lo HMP, il microbiota intestinale ospita circa 1150 specie batteriche diverse, con ampie vari-



azioni di composizione lungo il tratto gastrointestinale. La composizione del microbiota gastrointestinale si modifica nel corso della vita, sotto l'influenza di vari fattori intrinseci ed estrinseci (genetici, dietetici, ambientali) determinando l'ampia variabilità presente nella popolazione generale. L'associazione tra alterazioni della flora batterica colica e malattia infiammatorie intestinale è peraltro oramai ampiamente descritta.

All'interno del microbioma esistono geni altamente conservati, coinvolti in importanti processi fisiologici a livello del tratto gastrointestinale:

- digerire ed immagazzinare energia dai componenti del cibo, in altro modo non digeribile, tramite modulazione della capacità assorbitiva dell'epitelio intestinale e la produzione di enzimi assenti altrimenti nell'uomo;
- fornire nutrienti all'epitelio intestinale;
- influenzare il senso di sazietà;
- influenzare lo stato dell'umore producendo

molecole che agiscono a livello cerebrale;

- * biosintesi di vitamine.

Tra le funzioni del microbiota, la più stimolante dal punto di vista scientifico è però quella coinvolta nella interazione con i meccanismi di difesa immunitaria. È noto come quest'ultima sia deputata alla gestione di una pronta reazione offensiva verso i microrganismi esterni potenzialmente dannosi, non aggredendo tuttavia quelli non patogeni costituenti il microbiota (processo definito *tolleranza*).

Tra microbiota e sistema immunitario è presente quindi un rapporto di natura simbiotica, fondamentale nell'equilibrio immunitario: il primo modula lo sviluppo della immunità innata ed adattativa (i due "rami" dell'albero immunitario), regolando quindi la risposta ad agenti esterni, mentre il secondo supporta e mantiene la tolleranza verso gli elementi del microbiota (Fig.1). Tale dialogo è evidenziato nei pazienti con forme di deficit immunitario, i quali presentano maggior suscettibilità infettiva ai normali microrganismi microbici.

Quando questo dialogo viene alterato (condizione definita *disbiosi*), come conseguenza di fattori estrinseci (dieta, infezioni, immunosoppressione) e intrinseci (alterazioni del sistema immunitario), si crea la condizione per lo sviluppo di perdita di tolleranza verso il microbiota stesso. Altra conseguenza della disbiosi può essere l'innescò di un meccanismo di infiammazione sregolata, che induce una risposta autoimmunitaria anomala, *primum movens* di numerose patologie reumatiche.

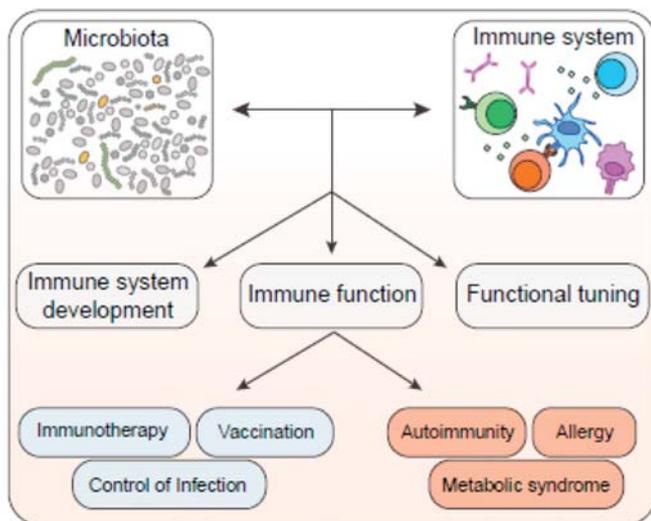


Fig.1 Ruolo del microbiota nella funzione e regolazione del sistema immunitario.

Lo sviluppo di malattie autoimmuni è indubbiamente influenzato da fattori estrinseci ed intrinseci, i quali potrebbero agire utilizzando alterazioni del microbiota come intermediarie: tra questi ricordiamo età, sesso, stato di gravidanza, fattori genetici, dieta, stress, pregresse infezioni (Fig. 2).

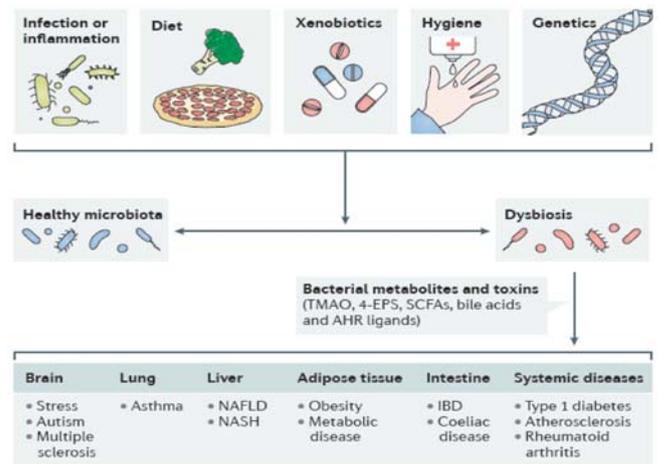


Fig. 2 Fattori genetici e ambientali possono influenzare il sistema immunitario sia direttamente che indirettamente, attraverso il microbiota.

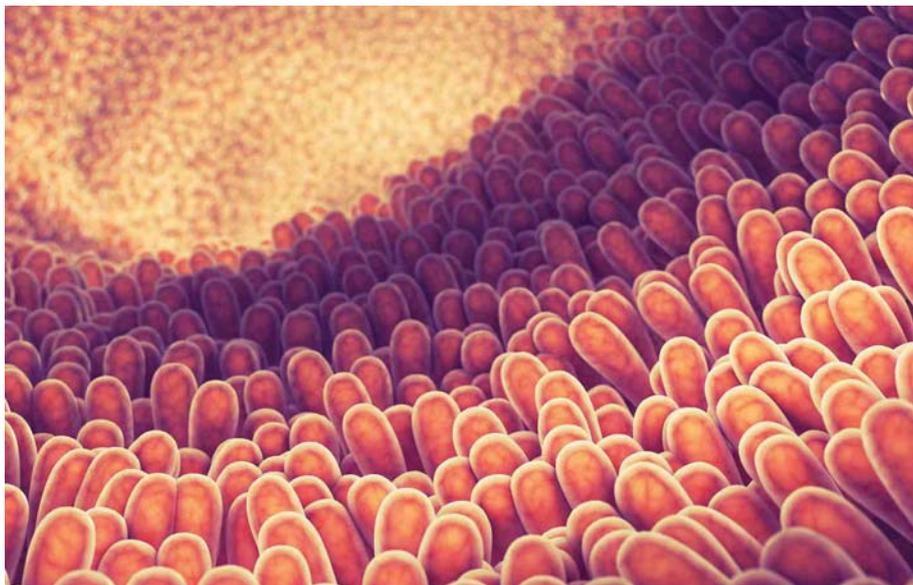
Il meccanismo preciso attraverso cui si sviluppa la relazione tra organismo e microbiota può essere riconducibile a due principali teorie.

Nel modello unilineare una causa ambientale innescata, in un soggetto geneticamente predisposto, una modificazione del microbiota tale per cui muta la risposta immunitaria locale e poi sistemica, con perdita pertanto della tolleranza e inizio della cascata autoimmunitaria.

Una teoria alternativa è costituita dal modello multilineare, in cui genetica, ambiente e microbiota interagiscono in maniera non unilaterale ma simultanea, reciproca e in parte reversibile. In alcune malattie (es. spondilite anchilosante) il ruolo genetico è preponderante per cui modifiche di questo equilibrio sono legate soprattutto ad alterazioni ambientali (fumo, stress, dieta) oppure microbiche. In altre malattie la componente genetica è meno preponderante per cui il microbiota rappresenta il fattore dominante nella omeostasi immunitaria.

Nell'ambito delle malattie reumatiche, l'esempio più eclatante dell'interazione microbioma - autoimmunità è costituito dall'artrite reumatoide (AR).

È nota la correlazione tra artrite reumatoide e periodontite, una infiammazione del tessuto connettivo e dell'osso dei denti causata da una risposta immunitaria a batteri presenti sulla placca stessa, in primis *Porphyromonas*



gingivalis. Una eccessiva proliferazione di tale batterio potrebbe essere uno dei meccanismi scatenanti la malattia reumatica. Le seguenti evidenze supportano tale tesi:

- pazienti con una nuova diagnosi di AR presentano un'alta prevalenza di disturbi periodontali, nonostante la loro giovane età.
- circa la metà dei soggetti con nuova diagnosi di AR sono portatori di *Porphyromonas gingivalis*, ad una prevalenza doppia rispetto ad individui sani.
- è dimostrata una associazione tra elevati livelli di autoanticorpi correlati ad AR e titoli anticorpali contro *Porphyromonas gingivalis*.
- il buon controllo della malattia reumatica porta a risoluzione della disbiosi orale, sottolineando la natura bidirezionale del rapporto tra microbiota e organismo.

Le prove a favore di un nesso tra le altre malattie reumatiche e disbiosi sono invece ancora in fase di definizione. Nel caso della artrite psoriasica è stata confermata una minor eterogeneità delle specie microbiche e un maggior livello di anticorpi (Immunoglobuline tipo A) sulle mucose intestinali anche di soggetti sani. Non sono stati condotti ancora studi volti a indagare la correlazione tra microbiota cutaneo e sviluppo di lesioni psoriasiche.

Nel caso della spondilite anchilosante è stata solo

documentata una maggior prevalenza rispetto alla popolazione sana, di alcune specie batteriche rispetto ad altre.

Allo stesso modo, anche nelle altre malattie reumatiche sono stati ipotizzati link patogenetici che chiama-

no in causa il microbioma, tuttavia ancora in larga parte da chiarire.

In conclusione, l'approfondimento del ruolo del microbiota nello sviluppo delle malattie reumatiche rappresenterà un ambito di ricerca estremamente fertile nel futuro prossimo, con potenziali risvolti di carattere terapeutico.

* **Dott. Masen Abdel Jaber**
U.O. Reumatologia
Ospedale S. Chiara di Trento

I NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI

di Fabrizio Valente*



Dott. Fabrizio Valente

Apixaban, dabigatran e rivaroxaban sono tre nuovi anticoagulanti orali (NAO) approvati dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) per la prevenzione di ictus e tromboembolismo sistemico in soggetti con Fibrillazione Atriale (FA) non valvolare, ossia soggetti con FA ma che non hanno una severa valvulopatia mitralica né sono portatori di protesi valvolari meccaniche. Tali farmaci sono inoltre autorizzati per la profilassi di episodi di tromboembolia post chirurgia sostitutiva dell'anca o del ginocchio e per la profilassi e trattamento delle Trombosi Venose Profonde (TVP) associate o meno all' Embolia Polmonare (EP).

Questi farmaci hanno un elevato potenziale di diffusione in quanto le patologie sopracitate hanno un'alta

incidenza e prevalenza nella popolazione generale e potrebbero sostituire, nel tempo, farmaci già in uso da anni come antagonisti della Vitamina K, eparina non frazionata ed eparine a basso peso molecolare.

Di largo impiego, i NAO, lo saranno soprattutto nella FA, che è una delle aritmie cardiache più comuni al mondo ed importante causa di eventi ischemici cerebrali a causa embolica. (Fig. 1)

Pertanto nella prevenzione degli eventi ischemici cerebrali i NAO si assoceranno ai dicumarolici o farmaci antagonisti della Vitamina K, da anni utilizzati per il loro effetto anticoagulante, il cui meccanismo di azione si basa sulla riduzione dei livelli funzionali di proteine pro-coagulanti Vitamina K dipendenti.

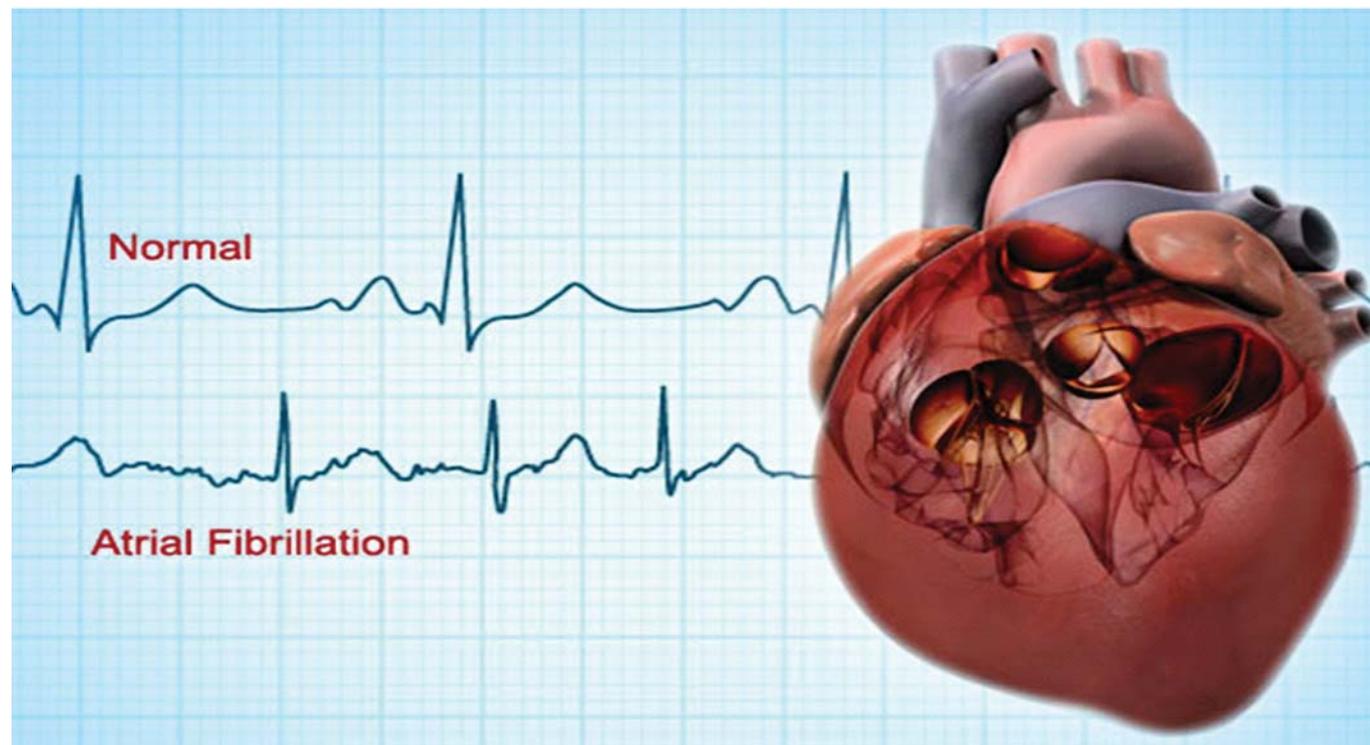


Fig. 1 ECG normale comparato con tracciato con FA

MECCANISMO DI AZIONE DEI NAO:

Se i dicumarolici (warfarin e acenocumarolo) agiscono rendendo indisponibile la Vitamina K, elemento fondamentale per la funzionalità di molteplici proteine coinvolte nella cascata coagulativa, i NAO agiscono come inibitori selettivi di un singolo fattore della coagulazione.

Apixiban e rivaroxaban agiscono inibendo la tappa coagulativa da *protrombina* a *trombina* inibendo selettivamente la proteina che catalizza tale reazione (*fattore X a*).

Il Dabigatran invece agisce inibendo la trombina, ostacolando così la reazione che dal *fibrinogeno* porta alla formazione di *fibrina*. (Fig. 2)

I NAO rispetto ai dicumarolici, pur avendo meccanismo anticoagulante diverso, perseguono lo stesso obiettivo terapeutico. Naturalmente esistono importanti differenze soprattutto dal punto di vista farmacocinetico che per il paziente si potranno tradurre in benefici, in altri casi in rischi.

I vantaggi degli Inibitori diretti della trombina, quando confrontati con i dicumarolici sono:

- Rapido inizio dell'effetto terapeutico. Infatti con il warfarin occorrono dai 3 ai 6 giorni prima di raggiungere i livelli terapeutici (INR 2-3.5) mentre i NAO raggiungono adeguate concentrazioni plasmatiche dopo 1- 4 ore.
- I NAO hanno una breve emivita e pertanto in caso di sanguinamento, eventi traumatici o necessità di

interventi chirurgici urgenti, il loro effetto terapeutico si esaurisce più rapidamente rispetto agli antagonisti della Vitamina K, che hanno mediamente un'emivita di 40 ore.

- I NAO non necessitano di periodici e ravvicinati monitoraggi di laboratorio come i dicumarolici, per i quali, data la stretta finestra terapeutica, va a cadenza settimanale o quindicinale eseguito un prelievo ematico per la determinazione dell'INR, stima indiretta della concentrazione del dicumarolico nel sangue. I NAO invece hanno un effetto dose risposta più prevedibile, pertanto in condizioni ottimali ci si aspetta una concentrazione del farmaco nel sangue costante.
- L'effetto anticoagulante dei NAO non viene alterato da alimenti e pochi sono i farmaci che possono essere causa di significative interazioni, problema invece rilevante con i dicumarolici.

VANTAGGI	Dicumarolici	NAO
Effetto terapeutico	Lento	Rapido
Interazioni con Alimenti	Si	No
Interazioni con Farmaci	Si, molte	Si, poche
Monitoraggio	Si, INR	No
Emivita	Lunga	Breve

MECCANISMO DI AZIONE DEL WARFARIN E DEI NUOVI ANTICOAGULANTI

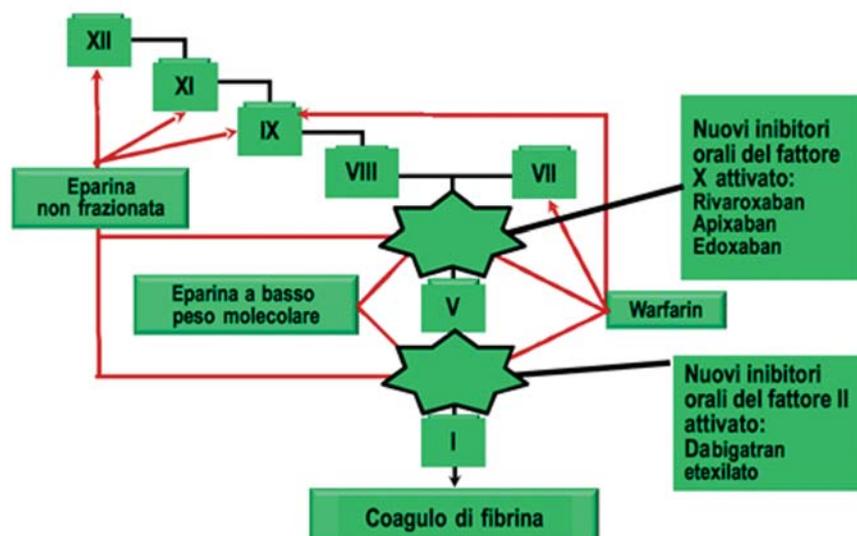


Fig. 2 Cascata della coagulazione e meccanismo d'azione dei NAO, eparina e dicumarolici

I concetti sopra espressi si possono semplificare concludendo che il paziente in terapia con NAO non necessita più di frequenti accessi in ospedale per eseguire prelievi ematici (INR), può seguire una dieta più libera e non deve temere interazioni farmacologiche con medicinali nuovi.

Naturalmente anche i NAO hanno svantaggi rispetto agli antagonisti della Vitamina K:

- Costi maggiori rispetto ai dicumarolici.
- Minore disponibilità di test ematici per valutare la concentrazione ematica del farmaco.
- Scarsa disponibilità di antidoti specifici in caso di eventi emorragici severi, al contrario dei dicumarolici, dove l'infusione per os e per via endovenosa della vitamina K rappresenta l'antidoto di scelta per antagonizzare gli eventi emorragici.
- Restrizioni nell'utilizzo dei NAO nei pazienti affetti da insufficienza renale e/o epatica.

Questo ultimo concetto ha delle importanti conseguenze in quanto il rene ed il fegato sono gli organi che provvedono alla metabolizzazione ed eliminazione dei farmaci assunti.

Pertanto laddove esiste una ridotta funzionalità renale e/o epatica l'emivita del farmaco si allungherà esponendo il paziente ad un aumentato rischio emorragico.

Il Dabigatran che per l'80% viene metabolizzato ed eliminato a livello renale ha importanti limitazioni

d'uso nei pazienti con insufficienza renale. Invece l'Apixiban ed il Rivaroxaban hanno un metabolismo misto epatico e renale e pertanto riducendo la dose in base al *filtrato glomerulare* possono essere, previa attenta selezione, prescritti a persone con insufficienza renale di grado lieve o intermedia. Va però considerato che la funzione renale non è un parametro costantemente stabile, così nel caso di ipovolemia, febbre, vomito e diarrea o insorgenza di malattie renali va riconsiderato l'uso di tali farmaci, in quanto il rischio emorragico aumenterebbe in maniera esponenziale.

In conclusione i NAO rappresentano una nuova ed importante classe di farmaci da utilizzare nella profilassi e trattamento delle trombosi e nella profilassi di eventi ischemici cerebrali nei pazienti affetti da FA non valvolare.

È però necessaria un'attenta selezione ed educazione dei pazienti che potrebbero beneficiare di tale terapia in quanto va considerato, con estrema cautela, l'aumentato rischio emorragico nei pazienti affetti da insufficienza renale e/o insufficienza epatica. Nei pazienti che non hanno tali patologie vanno comunque programmati a cadenza semestrale esami di laboratorio per la valutazione della funzione renale ed epatica, in modo da sospendere o ridurre la posologia dei NAO in base al grado di lesione rilevata.

* *Dott. Fabrizio Valente*
U.O.C. di Nefrologia e Dialisi
Ospedale Santa Chiara di Trento

Pharmacokinetics of NOACs

	Rivaroxaban	Apixaban	Dabigatran
Target	Factor Xa	Factor Xa	Thrombin
Tmax	5-9 hrs	3 hrs	2 hrs
Half-life	5-9 (pts 20-45 years) 11-13 hrs (older pts)	~12 hrs	12-17 hrs
Monitoring	Not needed	Not needed	Not needed
Administration	Once daily	Twice daily	Twice daily
Bioavailability	80-100%	50%*	3-7%
Renal excretion	36%	25%	80%
Drug interactions	Potent dual inhibitors of CYP3A4 & P-gp	Potent dual inhibitors of CYP3A4 & P-gp	P-gp inducers [±]
Protein binding	95%	87%	35%

*from Averroes trial; [±] P-gp inducer (rifampin). No clinically significant interactions with P-gp inhibitors except ketoconazole and verapamil; CYP = cytochrome P450

Apixaban Prescribing Information, 2012; Dabigatran Prescribing Information, 2013; DeLoughery TG. *Am J Hematol.* 2011;86:586-590; Rivaroxaban Prescribing Information, 2013; Samama MM, et al. *J Thromb Thrombolysis.* 2010;29:92-104; Prom R. *Ann Pharmacother.* 2011;45:1262-1283; Weitz JI, et al. *Chest.* 2008;133(6 suppl):234S-256S.

Fig. 3 Farmacocinetica dei NAO

Può colpire cute, polmoni e reni

LA SINDROME DI BIRT-HOGG-DUBÈ

di *Francesca Rivieri**



Dott.ssa Francesca Rivieri

I carcinomi renali rappresentano un gruppo di patologie che originano dall'epitelio renale, caratterizzate da differenti istologie, mutazioni genetiche e decorsi clinici.

La sindrome di Birt-Hogg-Dubè (BHD) è una rara malattia genetica (prevalenza stimata in 1 su 200.000 persone) che deve il suo nome a tre medici Canadesi - Birt, Hogg e Dubè - che, nel 1977, hanno descritto una ampia famiglia di 15 soggetti che presentavano piccole neoplasie benigne cutanee a livello del volto, del collo e del torace superiore in associazione ad ap-

pendici cutanee. Reports successivi, pubblicati circa un decennio dopo, hanno rilevato una associazione con cisti polmonari multiple che predisponavano a una aumentata frequenza di pneumotorace spontaneo in soggetti con tali lesioni cutanee. Nel 1993 è stato descritto un soggetto con sindrome di BHD che presentava un tumore renale bilaterale multifocale. Studi di letteratura del decennio successivo hanno confermato l'associazione della sindrome di BHD con neoplasie renali di varia istologia.

Le manifestazioni cliniche principali della sindrome di BHD sono riportate nella *figura 1*.

Fibrofolliculomi, Tricodiscomi Acrocordoni



Tumori renali

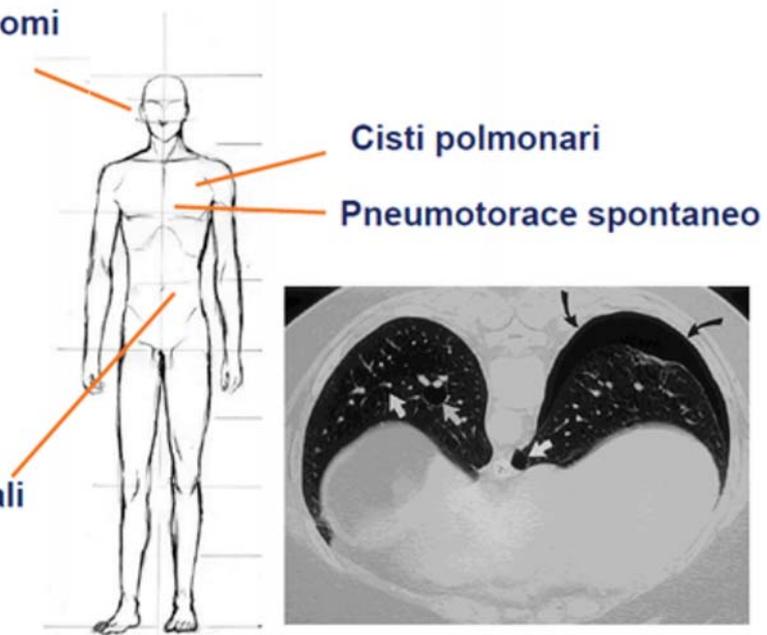
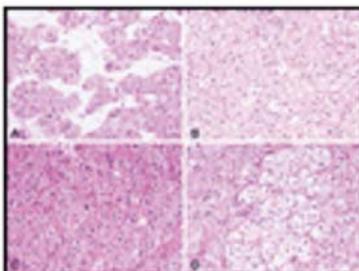


Figura 1: Manifestazioni cliniche principali della sindrome di BHD

Livello cutaneo: fibrofolliculomi, tricodiscomi e acrocordoni.

Livello polmonare: cisti polmonari e pneumotoraci spontanei.

I soggetti con sindrome di BHD hanno un rischio 50 volte superiore di sviluppare pneumotorace spontaneo rispetto alla popolazione generale. Circa il 30% dei pazienti BHD riportano una storia di pneumotorace spontaneo prima dei 40 anni (con diagnosi anche in età pediatrica) che aumenta fino al 75% nei soggetti di età superiore a 50 anni. Inoltre circa il 75% dei soggetti con sindrome di BHD presentano la ricorrenza di pneumotoraci multipli nell'arco della loro vita.

Livello renale: tumori renali bilaterali e multifocali, a crescita lenta, di varia istologia.

Circa il 12-34% dei soggetti BHD sviluppano tumori renali con una età media di 46-52 anni (range: 31-71 anni). Il rischio di sviluppare tumori renali nei soggetti con sindrome di BHD è circa 7 volte maggiore rispetto ai familiari non affetti.

Altre manifestazioni includono: oncocitomi delle parotidi, lipomi, angioliomi, adenomi paratiroidei, noduli/neoplasie tiroidee, istiocitomi polmonari, poliposi/carcinomi del colon.

La sintomatologia clinica della sindrome di BHD è molto eterogenea sia a livello interfamiliare che intrafamiliare (vale a dire che, anche nella stessa famiglia, diversi soggetti presentano manifestazioni cliniche differenti, come riportato nella *figura 2*). Qualunque

combinazione di manifestazioni cutanee, polmonari e renali in un soggetto o in suoi familiari può essere considerata parte dello spettro fenotipo. Pertanto la storia familiare di un individuo con una di queste manifestazioni è estremamente importante per il riconoscimento di questa sindrome al momento sottotificata.

Le caratteristiche cliniche, isolate o associate, suggestive di sindrome di BHD quindi sono:

- ≥ 5 papule cutanee (della faccia e del tronco) con almeno un fibrofolliculoma confermato istologicamente, con o senza storia familiare di BHD;
- multiple cisti polmonari bilaterali localizzate principalmente nelle regioni basilarie dei polmoni con o senza storia di pneumotorace spontaneo che si sviluppa prima dei 40 anni;
- tumori renali bilaterali e multifocali di istologia cromofobo, oncocitico, e/o oncocitico ibrido, soprattutto con esordio inferiore ai 50 anni o ricorrenti in famiglia;
- una combinazione di manifestazioni cutanee, polmonari o renali in una persona o nei suoi familiari.

Nella *tabella 1* sono riportati i criteri diagnostici, suddivisi in maggiori e minori, per la diagnosi di sindrome di BHD.

La diagnosi definitiva è effettuata mediante specifico test genetico.

La sindrome di BHD è trasmessa con modalità autosomica dominante (un soggetto affetto ha un rischio di trasmettere la condizione al 50% dei figli, maschi e femmine).

Studi di segregazione familiare su diversi soggetti con sindrome di BHD hanno permesso di individuare il

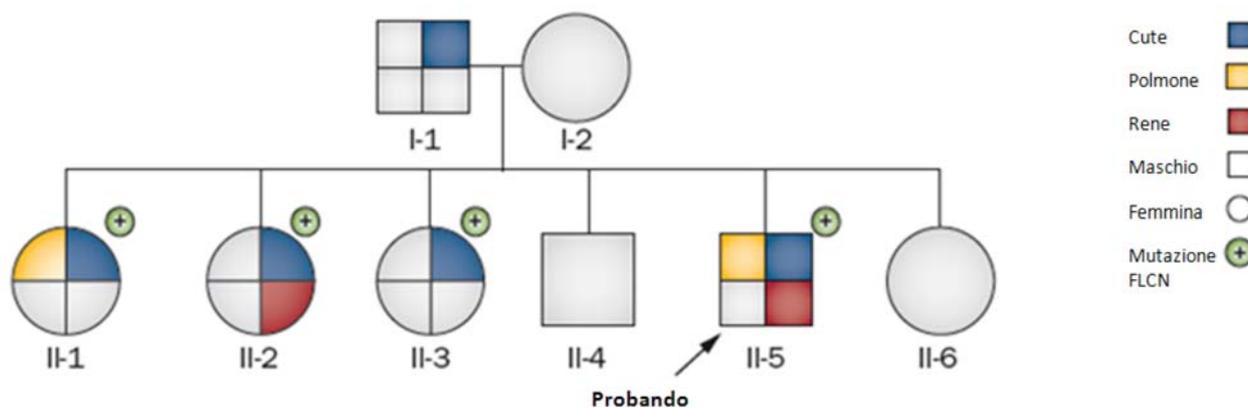


Figura 2: Eterogeneità fenotipica in una famiglia con diversi soggetti affetti da Birt-Hogg-Dubé. I familiari che hanno ereditato la stessa mutazione germinale del gene FLCN presentano differenti caratteristiche cliniche (modificata da Schmidt LS, Linehan WM. NatRevUrol. 12:558-569, 2015).

Tabella 1: Criteri diagnostici per la diagnosi di sindrome di Birt-Hogg-Dubè. Per la diagnosi i pazienti devono soddisfare almeno uno dei criteri maggiori o due criteri minori.

Criteri maggiori	Criteri minori
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Almeno 5 fibrofolliculomi o tricodiscomi ad esordio in età adulta, di cui almeno uno confermato istologicamente. ✦ Identificazione di una mutazione germinale di FLCN. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Multiple cisti polmonaria localizzazione basale con o senza pneumotorace spontaneo. ✦ Carcinoma renale a esordio precoce (<50 anni) o multifocale o bilaterale o carcinoma renale istotipo caratteristico (cromofobo, oncocitoma, istologia ibrida). ✦ Parenti di I grado con diagnosi di sindrome di Birt-Hogg-Dubè.

locus genetico della malattia e, successivamente, hanno consentito il sequenziamento del gene responsabile della patologia, FLCN - gene oncosoppressore.

Mutazioni patogenetiche germinali in eterozigosi (in una singola copia) del gene FLCN sono state riscontrate in tutti gli esoni, con un "hot spot" nell'esone 11 (in oltre il 50% dei pazienti BHD). Tali mutazioni determinano di una proteina con perdita della funzione del gene FLCN.

Ad oggi non sono state stabilite chiare correlazioni genotipo-fenotipo tra il tipo di mutazione o la localizzazione genica e le manifestazioni cliniche, sebbene sia stato rilevato che soggetti con mutazioni al 3' del gene presentano un fenotipo prevalentemente polmonare, e che individui con mutazione (delezione) dell'esone 11 ("hotspot") presentano un rischio minore di sviluppare tumori renali rispetto ad altri soggetti con sindrome di BHD.

La *penetranza* della sindrome di BHD (vale a dire la percentuali di soggetti con una mutazione del gene FLCN che presentano manifestazioni cliniche della patologia) è ritenuta molto elevata.

Recenti studi mostrano che mutazioni di FLCN sono poco riscontrate nei tumori renali sporadici.

Nelle famiglie affette da sindrome di BHD è raccomandato che i soggetti giovani (dai 20 anni) si sottopongano al test genetico per l'individuazione di soggetti a rischio di tale patologia.

La sorveglianza clinica dei soggetti a rischio richiede periodici controlli dermatologici, radiologici/ecografici e istologici per identificazione delle lesioni cutanee caratteristiche, dei tumori renali e delle cisti

polmonari. Occorre tenere presente che non tutte le manifestazioni sopra riportate sono presenti in ogni soggetto a rischio e che alcuni familiari possono non presentare caratteristiche cliniche riconoscibili.

Non è disponibile nessun trattamento medico specifico per i sintomi cutanei. Il trattamento definitivo per le lesioni cutanee è la rimozione chirurgica. Inoltre, possono essere valutate altre opzioni, come la dermoabrasione e l'elettro-essiccazione e con laserterapia.

La maggior causa di morbilità e mortalità è dovuta alle lesioni renali. Il trattamento di elezione è la parziale nefrectomia per preservare la funzionalità renale a lungo termine, tuttavia in alcuni casi è necessaria la nefrectomia. Sono in corso valutazioni per l'uso di farmaci ancora sperimentali. Nei soggetti BHD si è osservata una forte associazione tra il fumo di sigaretta e lo sviluppo di tumori renali.

Per le cisti polmonari, occorre cercare di evitare immersioni subacquee, viaggi aerei e ventilazione meccanica. La terapia per il pneumotorace è sia medica che chirurgica.

*** Dott.ssa Francesca Rivieri**
Servizio Clinico di Genetica Medica
APSS - Trento

27
ottobre
2017

Convegno sui Big Data in Sanità

Venerdì 27 ottobre 2017 ha avuto luogo un interessante Convegno sui Big Data in Sanità. In inglese Big data indica una raccolta di dati eterogenei, strutturati e non strutturati, definita in termini di volume, velocità, varietà e veridicità. Per gestire una tale quantità di dati sono necessarie tecnologie e metodi analitici specifici che consentano di estrarre valore per supportare differenti tipi di analisi.



Bordon, congratulazioni al neo presidente Brunori



«A nome mio e di tutto il Consiglio di direzione voglio esprimere a Giuliano Brunori le più vive congratulazioni per la sua nomina a presidente della Società Italiana di nefrologia per il prossimo triennio. Un prestigioso incarico ad uno stimato professionista della nostra azienda sanitaria che valorizza un dirigente medico con un rilevante curriculum».

Con queste parole Paolo Bordon, direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ha accolto il risultato delle elezioni per la presidenza della SIN, la società scientifica che rappresenta circa tremila nefrologi italiani e che ha visto vincitore Giuliano Brunori, il direttore dell'Unità Operativa multizonale di Nefrologia e Dialisi nonché direttore dell'Area medica specialistica dell'Apss.

Publicazione del libro di poesie "Orlo Blu"

La nostra collaboratrice Anna Maria Ercilli ha pubblicato un libro di poesie "Orlo blu". Di seguito un testo.

"Le parole precorrono il tempo, camminano parallele alle presenze evocate nel ritmo assegnato dei versi. Il dubbio si palesa, non risolve, libera l'incertezza delle sequenze della natura. La ricerca del significato accompagna la visione di un oltre pittorico, quadri e cinema, miti e animali intrecciano incontri che non spiegano, guardano si sfiorano e passano oltre, oltre un confine mobile che rispecchia tutto il creato."



19
novembre
2017

Cena sociale

La cena sociale si terrà il 19 novembre al ristorante Everest, dalle ore 19:00.

Questo il menu:

Strudelini caldi alle verdure
con prosciutto crudo di Langhirano

Stinco di maiale con polenta di Storo,
crauti con carre' di maiale affumicato e formaggio Asiago

Gelato con frutti di bosco caldi

Caffe'

Acqua minerale e vino

Durante la cena verrà organizzata l'immane lotteria.


Ristorante
EVEREST
Pizzeria

LE RADICI FILOGENETICHE ED ONTOGENETICHE DELLA COSCIENZA UMANA

di Vincenzo Iannuzzi

La conoscenza della coscienza umana, nel recondito, è uno dei grandi problemi di ricerca della scienza, per cui essendo conosciuta ancora poco malgrado il proliferare di tanti studi a riguardo, sia da parte della comunità comune che delle istituzioni e dei vari settori della scienza viene variamente definita da ciascuno secondo il proprio punto di vista.

Non si conoscono ancora i profondi meandri e le specifiche reazioni chimiche attraverso i quali si produce e manifesta la coscienza umana, ma la scienza riconosce con certezza dove si produce e soprattutto cosa sia. **È la massima capacità rispetto a tutti gli altri viventi di riconoscere se stessi e di differenziarsi da tutte le restanti parti della realtà (da cui la conoscenza) al fine di interagire con essa per ottenere la massima possibilità di vivere sempre meglio e di sopravvivere sempre di più.**

Dal punto di vista scientifico la coscienza umana affonda le sue radici fino all'inizio della filogenesi con la nascita di LUCA=Last Universal Common Ancestor=il primo universale genitore comune di tutti i viventi, che per sopravvivere e moltiplicarsi doveva come conditio sine qua non per la sopravvivenza secernere gli enzimi necessari per attaccare e digerire esclusivamente ed assolutamente materiale diverso da sé stesso per evitare di autofagocitarsi e quindi già chimico-fisicamente era in grado di distinguere nettamente sé stesso dal non sé, cioè dalla realtà esterna pur senza esserne nella maniera più assoluta consapevole.

Abbinamento tra gli stadi filogenetici ed ontogenetici e gli stati della coscienza dell'Uomo.

- 1° grado: essere vivente primordiale solo biochimicamente reattivo.

La vita più elementare prototipale era già rappresentata dal primo essere vivente primordiale LUCA sin dalla sua nascita circa 4 miliardi di anni fa (confer-

mata anche dalle più recenti scoperte scientifiche). Nell'Uomo questo stadio lo troviamo già prima dell'inizio della ontogenesi, nell'ovulo femminile e nello spermatogono o nello stato di coma profondo reversibile dell'adulto. In entrambe queste situazioni c'è la capacità vitale più elementare che è il piedistallo da cui può originarsi la radice della coscienza, così come la materia inorganica è il piedistallo per la materia organica e questa per la vita elementare. La coscienza umana non può essere considerata scevra da questi primari fondamenti, si come l'ultimo anello di una catena dai suoi primi componenti.

- 2° grado: essere vivente sempre reattivo biochimicamente ed attivo anche fisicamente con i movimenti.

Tutti i viventi anche i più semplici e primordiali sono reattivi nei confronti del mondo esterno biochimicamente, essendo la reattività biochimica una fondamentale caratteristica differenziale dei viventi rispetto al mondo non vivente.

Questa reattività biochimica si manifesta in maniera ancora più evidente con i movimenti fisici, per prima nei microbi ciliati e nei protozoi flagellati, negli spermatozoi, nei riflessi condizionati delle amebe, in maniera evidente nelle piante carnivore ed in tutto il regno vegetale in maniera non evidente sebbene anche in maniera assai significativa.

La capacità elementare di reagire fisicamente al mondo esterno con i movimenti, da parte dei microbi e delle piante in maniera assolutamente incosciente è da considerarsi equiparabile alla forma più elementare di estrinsecazione dei movimenti degli umani nei confronti della realtà esterna: come i riflessi involontari provocati dai medici (vedi quello rotuleo e quello plantare). La coscienza umana non può considerarsi avulsa da questo primo grado di reattività vitale di cui



sicuramente rappresenta il perfezionamento evolutivo apicale.

- 3° grado: sentire di essere senza sapere di essere.

Lo riscontriamo in maniera evidente nei metazoi invertebrati come nei molluschi e negli insetti. Nell'Uomo lo riscontriamo nel feto e nello stato di sonno quando sogna. Per sentire di essere non occorre essere presente a sé stessi. È un ulteriore grado più elevato di reattività al mondo esterno prodromico delle manifestazioni più significative della coscienza umana.

- 4° grado: sapere di essere ed essere genericamente presente a sé stessi.

È la manifestazione, per la quale, la materia-energia dell'Universo inizia a manifestare in maniera evidente la capacità di comprendere sé stessa e di differenziarsi dalla restante realtà. Il Superdominio dell'organico o della vita inizia a differenziarsi dal superdominio dell'inorganico o della non vita. Negli animali la riscontriamo in maniera certa in alcuni invertebrati come i cefalopodi e in tutti i vertebrati: in crescendo dai pesci, agli anfibi, ai rettili, agli uccelli, ai mammiferi, ai primati ed alle scimmie antropomorfe, fino al limite massimo degli scimpanzé bonobo che sono i viventi più vicini a noi. La riscontriamo nell'Uomo già nei primi mesi di vita extrauterina e in maniera crescente fino al secondo anno di vita circa.

- 5° grado: autocoscienza evolutiva dell'Uomo, dalla fine del secondo anno di età circa alla completa maturità cerebrale (dell'hardware) attorno al 20° anno di età.

L'autocoscienza, negli uomini, appare al termine di un processo sempre più complesso rispetto alla prima iniziale presa di coscienza nella quale sappiamo "che siamo" ma non "chi siamo" che gli psicologi a maggioranza attribuiscono alla nascita. *All'inizio del processo conoscitivo, i bambini sono coscienti del mondo esterno ma sentono il sé in terza persona poiché non sono in grado di identificare la loro soggettività pensante con l'oggettività del loro stesso corpo che è più vicino a loro e da cui proviene un flusso continuo di sensazioni. Vivono come in un sogno. Quando, in media, verso la fine del secondo anno di età, saranno in grado di identificare le sensazioni e percezioni di sé con il loro corpo, avranno acquisito quella forma di coscienza superiore che è l'autocoscienza.*

Già nello stato prenatale come abbiamo visto sopra, gli uomini iniziano a percepire, sebbene assai sommessamente, sensazioni e ad incamerare dati, immersi nel liquido amniotico, per poi avere, alla nascita, la prima grande esperienza epocale, la loro prima grande e vera odissea, il primo e più grande scossone vitale, con l'attraversamento del canale del parto, la fuoriuscita dal corpo materno e quindi la improvvisa perdita del suo ineffabile tepore, e poi con il distacco successivo della placenta, il taglio del cordone ombelicale e l'inizio della respirazione polmonare. Nei primi 7 giorni stabiliscono un contatto tra sé e la madre, sentendo sete, fame, freddo, caldo, dolore, da cui non riescono a scindersi e proseguono fino al secondo anno, età in cui acquisiscono una primitiva coscienza di sé, accumulando poi sempre più sensazioni ed esperienze che, anche se saranno fuori dalla coscienza, immagazzinate nel sub-conscio, diverranno fondamentali per l'influenza sull'io.

Il cervello prosegue a perfezionarsi fisicamente raggiungendo la piena maturità fisica attorno al 20° anno di età (hardware). Ma l'arricchimento della mente (software) proseguirà con l'accumularsi delle sensazioni, esperienze e cultura successive, nell'uomo sano, fino alla morte. Con il proseguire dell'età adulta l'Uomo raggiunge una sempre più ampia forma di coscienza, perché arricchita dall'esperienza e dalla cultura che nel vecchio sano e motivato si esprime in una riconosciuta maggiore saggezza.

La coscienza è il tramite fra ciò che è stato e ciò che sarà, un ponte gettato tra il passato e il futuro (Henri Bergson).

"To be, or not to be that is the question.... Thus conscience does make cowards of us all" = "Essere o non essere" questo è il quesito... così la coscienza ci rende tutti codardi". (Dal terzo atto dell'Amleto). Shakespeare della vita umana più che di un fatto esistenziale, nel senso se valga o meno viverla davanti agli strali della fortuna ed alla stoltezza e cattiveria umana, ne fa una questione di coscienza. Per lui, essere veramente un uomo significa essere pienamente responsabile e capace di affrontare con coraggio la vita anche contro le più ingiuste avversità come farà Amleto giungendo finanche alla morte.

"Cogito ergo sum" = "Penso quindi sono" (dal "Discorso sul metodo" di Cartesio). Nel senso di essere ideativo con la capacità di pensare e quindi di essere uomo più che di semplice essere cosciente. Infatti essere cosciente non significa necessariamente essere

uomo mentre essere ideativo significa sicuramente essere Uomo. Cartesio nel suo "Discours de la Methode" si riferiva all'Uomo adulto ideativo, pensante, nella pienezza delle sue doti intellettuali.

È dall'assioma cartesiano che si parte sempre per dare una base alla coscienza umana e dal quale solo si può partire. Noi uomini non solo abbiamo una coscienza **perché pensiamo** ma siamo pure capaci di ideare che è la nostra caratteristica più distintiva da tutti gli altri viventi che ci ha reso capaci di concepire l'"Essere" di Parmenide, il "Nous" di Anassagora, il "Δαίμων" di Socrate, l'"Eros" di Platone del mondo delle idee, l'"Autocoscienza pura" di Aristotele che giunge fino al "pensiero di pensiero" che è Dio, l'"Anima" delle grandi religioni, l'"Imperativo Categorico" di Kant, il "Super-Ego" freudiano, la "Psiche superiore" dei filosofi positivisti moderni, la coscienza come l'"Apice evolutivo della capacità di relazionarsi con la realtà" secondo i neuroscienziati evolucionisti attuali.

I massimi livelli della coscienza umana.

- 6° grado – autocoscienza umana piena dell'uomo adulto vigile (dal 21° anno di vita in poi in media): sapere di essere ed essere presente a sé stesso consapevolmente, con capacità di autocontrollo, di responsabilità, di decisione e volontà di ideare e costruire concetti o cose nuove non presenti in natura o nello stato dell'arte per trasmetterli scientemente ai propri simili attraverso la cultura.

Esprime la più alta capacità della materia-energia dell'universo di riconoscere sé stessa e di differenziarsi in varie forme e l'alta capacità decisionale di agire ed utilizzare le forze deterministiche "pro domo nostra". L'autocoscienza umana matura, dell'adulto, nella pienezza della psiche, sta a quella adolescenziale e di più giovane età come la macula lutea, che dà la visione distinta, sta alla parte restante della retina che dà la visione meno distinta e collaterale oppure come la messa a fuoco di una immagine al microscopio o al telescopio sta alla sua generica individuazione oppure come una foto con immagine nitida sta ad una più o sfuocata, rappresentando per questo il più alto grado della coscienza individuale media. E per questo rappresenta l'essenza esistenziale matura e compiuta della maggior parte degli esseri umani, la loro massima espressione della personalità.

Allo stesso modo le esperienze dell'Umanità accumulate con la cultura man a mano che aumentano,

relazionandosi tra di loro e stratificandosi, rappresentano una sempre maggiore e più completa rappresentazione obiettiva della realtà con una conseguente maggiore capacità di interagire con essa da parte dell'Uomo e quindi alla fine con una maggiore capacità di sopravvivere meglio e di più.

Ogni coscienza nella pienezza delle sue normali funzioni, sebbene altamente condizionata dalla comunità di appartenenza ha più o meno capacità autonoma di giudizio per cui esprime sempre più o meno una sua specifica personalità.

- 7° grado: riconoscimento autonomo, dell'uomo vigile, nel pieno vigore delle sue capacità psichiche, dei propri limiti con la capacità di controllare il funzionamento della propria coscienza o metacognizione.

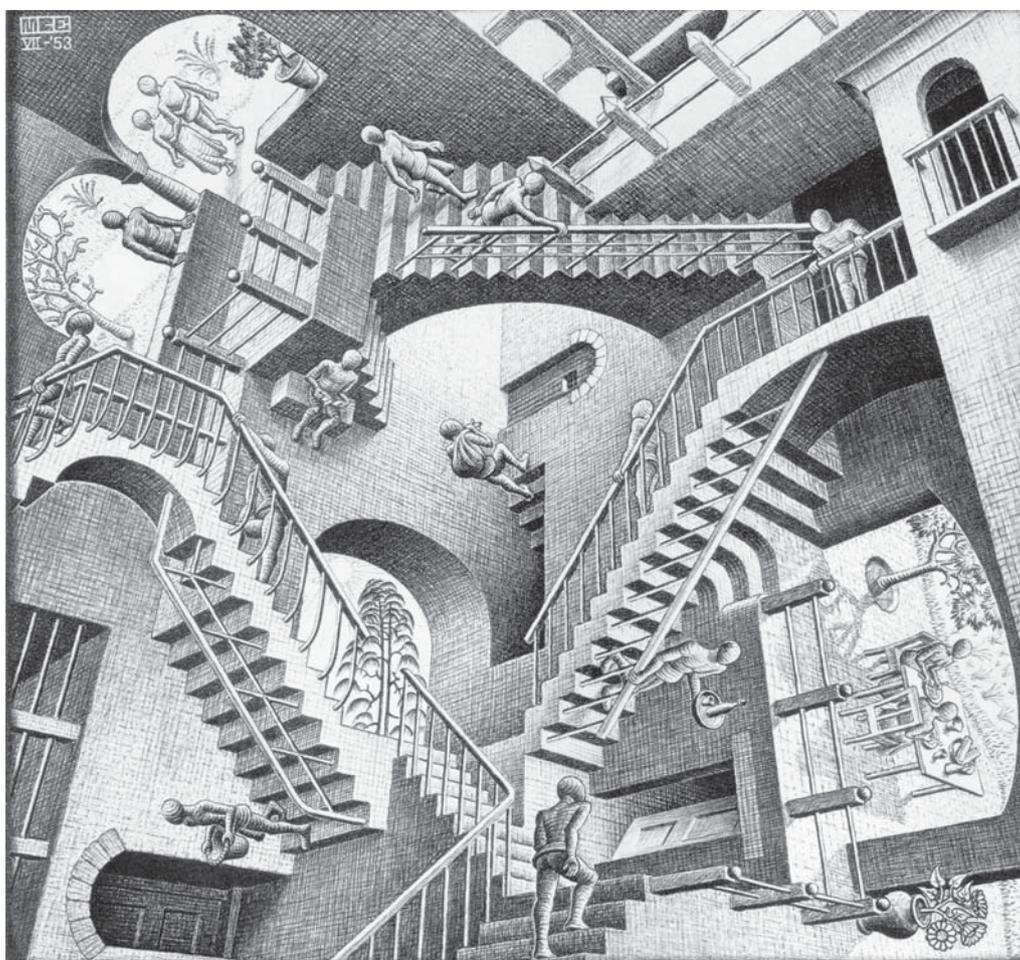
A caratterizzare la levatura mentale umana non bastano il livello di intelligenza ed i suoi talenti: quanti uomini negativi hanno manifestato elevate doti intellettuali, se non addirittura geniali, nella storia? Ma soprattutto quanti grandi artisti e persino scienziati hanno manifestato comportamenti contro se stessi e/o il prossimo e/o la Natura? Occorre infatti avere anche più o meno la **coscienza dei propri limiti** e di quello che si può o si deve fare rispetto a quello che non si può o non si deve fare e soprattutto la capacità di controllare e verificare il controllo stesso della propria coscienza. Questo è il livello di coscienza degli uomini migliori che dovrebbero essere ai vertici dello Stato e preposti all'insegnamento dei giovani, così come ritenevano Platone e Confucio. Non occorre che siano geni, ma solo che oltre ad essere sani, abbiamo equilibrio interiore, buon raziocinio, elevate qualità etiche ed ampia visione della realtà corroborati da una buona cultura. Chi sa riconoscere i propri limiti ed ha una buona conoscenza evita molto di più errori di presunzione ed è più capace di utilizzare al meglio le sue reali qualità e di apprezzare quelle degli altri. Questa virtù è valida soprattutto per chi sta a capo di una comunità o abbia una responsabilità nel senso che dalle sue volontà o azioni dipende la qualità della vita o la vita stessa di uno o più esseri umani. La storia antica e anche recente ci ha ben insegnato, con dovizia di esempi, a quali disastri può portare avere come capo assoluto di una nazione, specie se potente, un uomo dall'ambizione smodata e senza la capacità di giudicare obiettivamente e poter controllare con equilibrio i propri limiti.

- 8° grado: quello dei grandi scienziati, scopritori-inventori e grandi artisti, relativamente alla loro capacità inventiva.

Dagli uomini in possesso del 7° e/o del 8° grado di coscienza scaturisce soprattutto la capacità di “coscienza etica”, cioè mirante ad un comportamento giusto ed universale per tutti gli uomini. Il comportamento etico universale, scaturisce dai primi per la loro visione equilibrata, oggettiva e più ampia della realtà che gli fa intendere per lo più quale sia la migliore cosa da farsi

per tutti e per il loro senso etico naturale che li conduce ad amare la propria specie più che sé stessi. Dai secondi perché le leggi scientifiche, le grandi invenzioni ed i capolavori d'arte hanno sempre una valenza universale e se bene espressi ed usati sono sempre per il Bene dell'Umanità.

Estratto dal libro: “Coscienza e Natura: modalità d'uso” di Vincenzo Iannuzzi. Book Sprint Edizioni



“Relatività” di Maurits Cornelis Escher

IL CORPO E I SUOI LIMITI

di Aldo Nardi

Nel mondo contemporaneo il corpo non è soltanto “corpo fisico”, esso è anche mezzo di comunicazione e carta di credito con la quale ci presentiamo agli altri. Anche per questa ragione il corpo è diventato un crocevia di tentativi di vigilanza che si manifestano attraverso gli interventi di chirurgia estetica, il controllo alimentare inasprito, il ricorso ai farmaci, le pratiche esasperate in palestra. Eppure, ognuna di queste componenti non fa che confermare (o, meglio, ignorare) l'unicità del corpo a dispetto della suddivisione husserliana di corpo fisico (*Körper*) e corpo vivente (*Leib*). Se consideriamo l'aspetto scientifico del problema in oggetto ci rendiamo conto che il corpo viene, appunto per le ragioni delle scienze, ridotto ad oggetto, separandolo, di fatto, da ogni valenza psichica. Tutto questo, ad esempio, in netto contrasto con l'assunto del grande filosofo e psichiatra tedesco Karl Jaspers (1883-1969) secondo il quale l'esistenza è ciò che non diventa mai oggetto.

Il nostro corpo, che dovrebbe rappresentarci nel vivere nel mondo con gli altri, viene, ad esempio, messo in discussione nel caso di una patologia poiché, come giustamente ha rilevato Umberto Galimberti nel suo volume *Il corpo*, “essere ammalato significa (...) distogliere la mia intenzionalità dal mondo, dove si distende l'orizzonte della mia presenza e dove le cose assumono quel significato per cui ha un certo senso per me essere-nel-mondo, per concentrarla sul mio corpo, anzi sulla malattia, che non consente più al mio corpo di progettarci nel mondo come prima accadeva”. (p. 282)

Ciò spiega altresì come il rapporto medico-paziente sia, nelle società del mondo occidentale, un rapporto prevalentemente depersonalizzato, in ciò avvalorato dal cosiddetto metodo scientifico, dove il corpo fisico viene ridotto a cosa del mondo. Per riprendere la riflessione di Galimberti, quando un paziente va dal medico, per una visita di controllo agli occhi, allo stomaco, alle gambe o a qualsiasi altra parte del corpo, nel momento stesso in cui entra nello studio del

medico egli viene visto come persona, ma quando si sdraia sul lettino ciò per cui si è rivolto al medico viene visto solo come *organo*. A seconda dei casi, la scienza medica vede l'uomo nei suoi *apparati organici* o nei suoi *apparati psichici*, ma sia gli uni che gli altri sono “senza mondo”, ovvero “senza quell'intenzionalità che si dispiega nel desiderio, nel timore, nella speranza e nella disperazione per le cose del mondo”. (p. 289)

Detto altrimenti, le cose del mondo - e nel nostro caso l'anatomia del corpo - costituiscono una mera presenza, ma solo il corpo vivente ha la possibilità di “far perdere alle cose il carattere d'oggetto”, poiché esse entrano così a far parte della vita dell'individuo e di cui quest'ultimo si serve per essere nel mondo con gli altri. E, se tutto questo corrisponde al vero, allora si capisce perché la scienza operi esattamente nella direzione opposta dal momento che, oggettivando il corpo, la scienza lo cosifica: nella fisiologia il corpo è ridotto a cosa. Per questa ragione, come annota opportunamente lo stesso Galimberti, si capisce perché il *corpo-cosa* dei naturalisti si infrange poi nella necessità d'essere rapportato ad una *psiche*, come effetto della dicotomia cartesiana.

D'altra parte, per fare proprio questo particolare concetto di *psiche*, essi devono introdurre tutta una serie di strumenti di supporto come quelli di “vita”, “spirito”, “mente”. Il corpo-cosa che caratterizza l'attività dei naturalisti diventa pertanto un modo del corpo di *essere presente*, che è unico e come tale non presuppone la diversità e la complessità di essere presente del corpo-vivente. Si ricorderà, a questo proposito, il filosofo tedesco Edmund Husserl (1859-1938) il quale criticava apertamente l'obiettivismo moderno che, privilegiando la scientificità logico-matematica, finirebbe con lo screditare il mondo della vita.

A fronte di tale ambivalenza si inseriscono, sempre secondo Galimberti, lo *spiritualismo* (che vede nella “realtà dell'anima” ciò che vive in una sorta di inquietudine atemporale), ed il *materialismo scientifico* (che risolve ogni pensiero nella biochimica del cervello). Tuttavia,

così facendo, nel primo caso senza il corpo l'uomo non è al mondo, mentre, nel secondo "il cervello può lavorare solo coordinando ciò che riceve dal mondo", grazie ad un corpo che è presente nel mondo come corpo-vivente e non solo come organismo fisico (p. 293).

Ora noi sappiamo che il valore ed il significato che vengono attribuiti al corpo (compreso il suo aspetto esteriore) influenzano in maniera determinata la costruzione dell'identità del soggetto, e l'identità personale non è altro che la sintesi degli elementi che contraddistinguono la nostra presenza nel mondo. In egual maniera il nostro corpo non è una sintesi di oggetti come ci viene descritto dalla disciplina anatomica, esso è molto di più: è il *modo* in cui ognuno di noi abita il mondo.

Descritta in questo modo l'immagine del corpo esprime un'essenza dinamica quale risultante di componenti diverse (tattili, visive ecc.) che, insieme, caratterizzano l'essere presente di un individuo.

Galimberti ricorda, a questo proposito, il caso dell'*arto fantasma*, relativo alla persona a cui è stata amputata la gamba. Il fatto che il soggetto possa, in alcuni casi, dimenticarsi della menomazione e cadere, dimostra una volta di più come il corpo non sia un prodotto della coscienza, né un semplice fenomeno biologico, ma una "struttura della presenza". Naturalmente, in quanto rappresentazione dell'essere nel mondo con gli altri, il nostro corpo assume anche una funzione comunicativa di primaria importanza dal momento che esso è sottoposto costan-

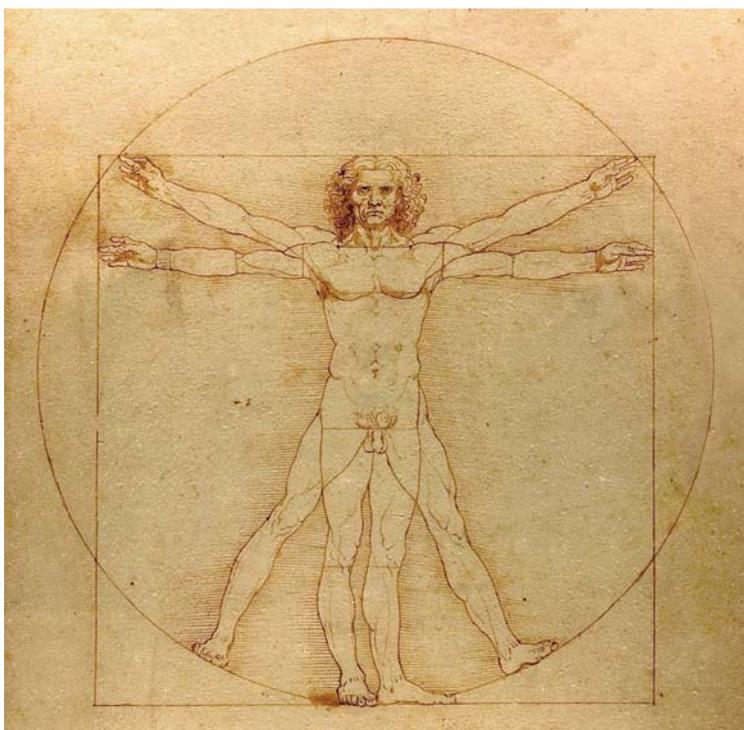
tamente all'osservazione degli altri. Basti pensare per un momento alla crescente intercambiabilità delle sue parti (protesi, trapianti, bionica), a cui possiamo aggiungere i crescenti apporti delle scienze biomediche: dall'ingegneria genetica, all'inseminazione artificiale, alle madri surrogate, al congelamento di embrioni. È, come ci ricorda Annamaria Cascetta, la disponibilità delle nuove tecnologie che ha favorito la trasformazione

del corpo durante la biografia (transessualizzazione, impianti cyber, chirurgia estetica ecc.). Tutti "percorsi" che si pongono come strategie di "resistenza ed evasione", sia rispetto alla componente naturale, sia rispetto alla componente sociale (classe, razza).

Anche nei casi dei disturbi alimentari quali l'anoressia e la bulimia, attraverso cui il corpo diventa una vera e propria forma di comunicazione, ci troviamo di fronte ad un esempio di "corpo abitato", come si trattasse di una casa che può piacere o meno e che, quindi, si vorrebbe, da un lato, abbandonare alla ricerca di una nuova abitazione e, dall'altro, trattenere come suggerirebbe il senso di nostalgia che ci ha accompagnato per un certo periodo della nostra vita. La psicologa Elena Faccio ha così spiegato questo stato di sofferenza: "si può essere affezionati e stanziali padroni di casa che, pur lamentandosi per le condizioni dell'immobile, traggono sicurezza dell'atto di proprietà, tanto da rimandare o negare le ipotesi di cambiamento (...), oppure inquieti distaccati dallo spazio fisico che li ospita perché, pur abitandolo, in realtà vivono con l'immaginazione nell'idea di una casa perfetta che vorrebbero per sé" (*Psicologia Contemporanea*, n. 188/2005).

Ciò che vive attraverso la negoziazione di sé, ma non può evitare che il corpo con i suoi "problemi" si esponga all'attenzione degli altri (come nel caso dell'anoressia) costituisce il terreno di coltura di una situazione che, nel migliore dei casi, viene definito preclinico. Non a caso gli psicologi sono così portati a chiedersi,

da un lato, come si formano le immagini del nostro corpo e, dall'altro, in quale rapporto tali immagini si pongono con il corpo reale che la natura ci ha messo a disposizione. Poiché la nostra identità dipende anche dal significato che attribuiamo al nostro aspetto esteriore (in maniera continuamente cangiante e mai statica), è evidente che il risultato di tale valutazione non dipende solo dalla nostra valutazione, ma anche dalla valutazione degli altri.



L'UOMO DEI KAKI

di Anna Maria Ercilli

Non pensavo che avrei ammirato il fiore della zucchini, oro-zafferano, ma non è il solo dietro la rete, vedo il fiore violetto della melanzana: ha un non so che di teatrale, un vestito lasciato sul palco nell'ultima scena. La bellezza si sbizzarrisce nell'orto ben curato, nell'ordine geometrico di cicorie, sedani, pomodori, cetrioli, fragole e fiori mescolati lungo i bordi.

Non stanca di studi, corsi serali, lingue straniere e buchi nell'acqua, anche la materia agraria è entrata nei miei interessi. Mi applico e qualche buon risultato lo porto in tavola. Quanta soddisfazione pesare le melanzane raccolte, trecento grammi ogni frutto.

Tanto lavoro e accudimento esaltati dalla passione, rischiano una conclusione vandalica, per mano e bocca di due golosi impenitenti, il bambino Stefi e il cane Pico II. Quando il verde pomodoro matura nel rosso e profuma, diventa la preda desiderata dei due. Stefi mira al colore e Pico II invece segue la scia del caratteristico profumo. Unica soluzione piantare dei

pali e srotolare una rete per tenere a distanza i due simpatici mangiatori di pomodoro.

Cosa succede, quando il ricordo di un gusto, parafrasando la madeleine proustiana, porta a esplorare i vivai, alla ricerca del mitico albero Kaki ragno? Ebbene sì, l'ho trovato a pochi km da casa, ben ramificato e maturo per dare frutti. Il vecchio vivaista non voleva cederlo, quanti frutti avrebbe venduto? ma il figlio, al contrario, voleva solo vendere. Aperto il tettuccio del mio Cinquino blu, infilo cautamente il tronco nel poco spazio disponibile, i rami distesi come un cappello e avvio il motore. Un ritorno a casa che non passa inosservato.

Marzo è un mese ingannatore: sembra generoso, le gemme si gonfiano al sole, ma le gelate sono in agguato. Tengo il mio kaki, *Diospyros kaki*, in garage con le radici in acqua per qualche giorno.

Il mio vicino aveva comprato un albero uguale quasi gemello per grandezza, aveva una gran fretta di piantarlo in terra piena.

Arriva il tempo giusto per interrarlo, ogni giorno un secchio d'acqua, le gemme si aprono, le foglie crescono, sbocciano i primi fiori. Non passa giorno che al rientro dal lavoro non controlli i progressi del mio albero.

Vedo il signor Lino sul bordo della strada in ammirazione del mio kaki, con l'espressione sconsolata. Dico: "Bello vero? ha attecchito bene. Com'è il suo albero? sembrava il gemello".

Lino: "Male è andata male, neanche una foglia, è secco, colpa della gelata, il suo cresce sano, poteva essere uguale anche il mio kaki, ma è proprio secco".

Per diversi mesi e l'anno successivo, il signor Lino sconsolato faceva la sua visita di quotidiana cortesia mista tra ammirazione e rimpianto.

Todo cambia, cantava Mercedes Sosa. Con le persone cambiano anche le cose: ora abitiamo altrove, non ho più rivisto il signor Lino e neppure l'albero di kaki ragno.



AFORISMI SPARSI

a cura di Luisa Pevarello

1. Quando suona il campanello della loro coscienza, fingono di non essere in casa.
2. Creda a me: non creda a nulla.
3. Certi rimorsi pesano, ma con civetteria.
4. Non credeva in Dio, credeva nella comodità di credere in Dio.
5. Mi sento padrone, ecco tutto il mio pensiero politico.
6. Due stupidi sono due stupidi. Diecimila stupidi sono una forza storica.
7. È così egocentrico che se va a un matrimonio vorrebbe essere la sposa e a un funerale il morto.
8. I buoni sentimenti promuovono sempre ottimi affari.
9. I ricordi sono come i sogni: si interpretano.
10. L'amore è l'attesa di una gioia che, quando arriva, annoia.
11. L'arte è un appello al quale molti rispondono senza essere chiamati.
12. L'esperto è un signore che, a pagamento, ti spiega perché ha sbagliato l'analisi precedente.
13. L'intellettuale è un signore che fa rilegare i libri che non ha letto.
14. L'Italia è un paese abitato da un popolo buono a niente e quindi capace di tutto.
15. Tutte le rivoluzioni cominciano per strada e finiscono a tavola.
16. Si attende qualcosa di nuovo con la certezza che nulla può sembrarci ancora nuovo.
17. Un vero giornalista spiega benissimo quello che non sa.
18. Sono un conservatore in un paese come l'Italia in cui non c'è niente da conservare.

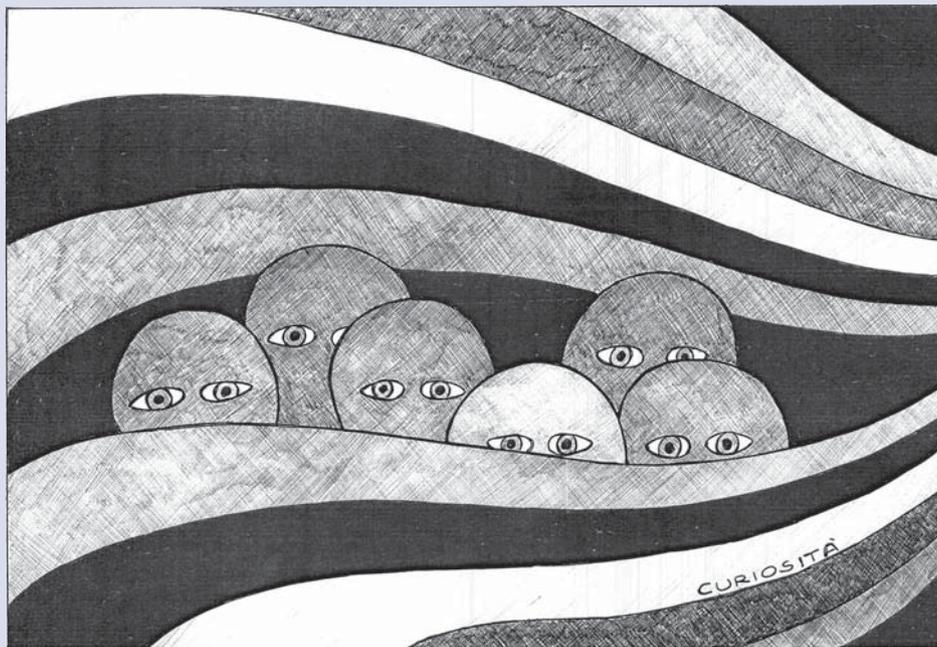


Illustrazione di Piero Balossino

MEETING IN COLOMBO

di Laura Pasquali Rovesti

Finalmente sono in volo per Mosca. La compagnia è l'AEROFLOT con partenza dalla Malpensa. Prima tappa Mosca. È il mese di giugno del 1977. Sette ore di attesa, poi volo per Colombo con tappe a Teheran e Karachi.

Nella prima parte del viaggio mi accompagnano i pensieri legati agli impegni di scuola, poi man mano che mi allontano dall'Italia mi addentro sempre di più nel viaggio e mi immergo nel mondo misterioso che mi attende: Ceylon - ora Sri Lanka - e l'Asia (South East Asia) e l'incontro, dopo un lungo periodo, con Enrico. Mi guardo intorno: le hostess hanno un aspetto dimesso, non sembrano indossatrici come nelle altre compagnie, sembra che. Portino una tuta riadattata a uniforme. Dal finestrino dopo il golfo di Trieste si vede l'Istria e l'isola di Cherso.

Siamo a Mosca all'aeroporto Sherementievo: c'è gente di tutti i Paesi. Bighellono un po', sono stanca: vorrei fare come le indiane che si distendono con il loro sari a riposare: tra un po' imparerò a farlo anch'io infischiamene della figura che faccio.

A Teheran ore 5.18 ora locale: montagne all'orizzonte e tutto brullo, sorge il sole. L'aereo decolla un po' alla svelta a dire il vero. Sotto è uno squallore: si vedono strade tracciate e campi delimitati ma sembrano tracciati sul cemento. Ho visto il mare e una spiaggia di sabbia. Scendendo dall'aereo all'aeroporto di Karachi ci investe un caldo pazzesco come l'aria emessa da un phon. L'aeroporto è bello con hostess che indossano il punjabi dress, tanti orecchini, incrostazioni d'oro sul naso e la macchia rossa sulla fronte (il kum kum). C'è sempre più gente variopinta: i sari sono belli con colori vivaci, peccato che le donne li indossino con golf che non vanno d'accordo con l'abito e portino ai piedi scarpacce pesanti. Ripartiamo, vedo un mare bruttissimo, paludoso come una laguna e tutta una distesa di armi e cassette, tipo base militare. A Karachi solo quattro ore di differenza rispetto a Torino. Ormai

dovrebbero essere le otto del mattino, ma sembra giorno avanzato.

Sono rimasta da un bel pezzo l'unica italiana a bordo. Tre ore per giungere a Colombo, Scendendo una distesa di palme e vegetazione fitta. Entra aria umida e calda. E finalmente scendo dall'aereo.

M'aspetto di trovare Enrico e Paolo all'uscita, ma nella hall non vedo nessuno.

Aspetto e incomincio a girare da una vetrina all'altra. Ci sono vari uffici che si affacciano sulla hall. Chiedo se ci sono messaggi per me: nessun messaggio. Il mio inglese non è un granché, ma riesco a chiedere quello che voglio. Non si può telefonare alle Maldive perché il telefono là non c'è ancora. Vedo che, più tardi, nel pomeriggio, c'è un altro volo proveniente da Male. Penso che Enrico arriverà con quel volo e lo aspetto. Intanto alle 6.00 p.m. si fa buio. Il volo arriva, ma non c'è traccia di Enrico e Paolo. Nel frattempo ho continuato a fare il giro degli uffici chiedendo informazioni: nulla che mi sia utile. L'impiegato dell'ufficio informazioni continua a propormi un albergo. Con la disperazione nel cuore decido di abbandonare quella base sicura di ricerche e di andare in città: scelgo l'hotel Duro, in Galle Road, di cui Enrico e io abbiamo parlato. Penso che sia un punto di contatto per ritrovarci. Non vedo nulla del paesaggio perché ormai è buio pesto. L'albergo è bello e moderno ed è situato di fronte all'ambasciata italiana.

La camera è confortevole: chiedo di chiamarmi se ci sono messaggi e vado a dormire.

Quando mi sveglio, per un momento non so dove sono, poi faccio come Lucia Mondella nel palazzo dell'Innominato: di colpo la situazione mi si presenta in tutta la sua difficoltà. Che cosa è capitato? Perché Enrico non era all'aeroporto ad aspettarmi? Da quella Cassandra che sono immagino le situazioni più drammatiche: ha cercato di raggiungere Colombo via mare

e c'è stato un naufragio. Oppure qualche altra cosa altrettanto tremenda da immaginare.

Chiedo informazioni alla impiegata della reception: mi manda alla Polizia. Là non hanno notizie di incidenti. Esiste però anche una polizia marittima. Ci vado percorrendo a piedi Galle Road, ma anche là nessuna notizia. Esiste un terzo commissariato: anche lì non sanno nulla.

Vado all'ambasciata. Un impiegato giunto di recente a Ceylon non sa che pesci prendere, non mi aiuta, mi fa solo mandare un telegramma a Male, carissimo, 7000 lire, moltissime per allora. Devo procurarmi il biglietto aereo per Male. La burocrazia è complicata, bisogna cambiare i soldi nello stesso giorno in cui si fa il biglietto aereo. Il difficile è capire - il mio inglese è troppo povero -, a questa difficoltà si aggiunge lo strano modo di confermare dei Ceylonesi, di dire sì in altre parole: scuotono la testa come se dicessero no." No? "Chiedo ogni volta. "Yes" dice la signorina facendo segno di no con il capo.

Vado a cambiare i soldi e a prendere il biglietto. Posso solo partire tra due giorni. Se solo sapessi che cosa è capitato!

Il boss dell'albergo vedendomi così preoccupata crede che non abbia soldi a sufficienza e mi offre la cena.

L'indomani mattina ricevo il telegramma di Enrico dalle Maldive: mi dice di fargli sapere dove sono e che mi viene a prendere. Di colpo la disperazione si trasforma in sollievo, ma, subito dopo, in rabbia. Dunque non è morto, né ferito e mi manda un telegramma così stupido!

Da quel momento decido di godermi la breve vacanza a Colombo, e percorrendo Galle Road, invece di allagare la strada con le mie lacrime, guardo il mare tra le palme e scopro quanto sono belle le onde che si frangono sulla spiaggia, quanto è curiosa e gentile la gente con i suoi visi gentili e i sari colorati. E le case e i piccoli bar che vendono tè e dolcetti... le costruzioni

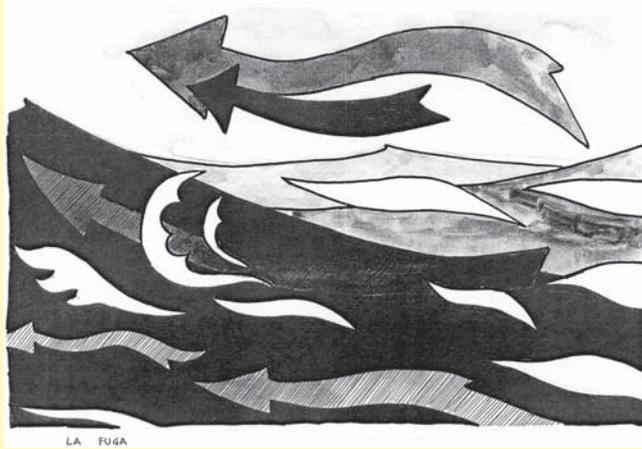


Illustrazione di Piero Balossino

sgangherate e fatiscenti e i bellissimo alberghi come l'Oberoi, il Post Office e gli uffici coloniali delle Compagnie di navigazione.

Avviso l'ambasciata del problema risolto, torno in centro e mi informo su come si fa a giungere all'aeroporto con il coach (l'autobus), regalo felice una maglia a righe alla signorina della reception che apprezza moltissimo il dono. L'indomani parto con i

dovuti ritardi, scoccio a sufficienza l'impiegato della compagnia aerea per essere certa di partire e finalmente, in volo! È buio, ormai non distinguo lo scenario degli atolli dall'alto. All'arrivo vedo Enrico pronto ad imbarcarsi: è cambiato, con certi baffi lunghi da viaggiatore inglese, maglia e pantaloni bianchi, fa dei salamelecchi un po' imbarazzato, ma non troppo, ormai si è abituato ai ritmi maldiviani e perdere un aereo non è la fine del mondo. Per fortuna l'ho trovato! Non avrei trovato la casa dove vive - Saeeda Manzil - senza indirizzo e altre indicazioni e Male non è poi così piccola, ha circa 30.000 abitanti.

Che cosa era capitato? Di ritorno da un'altra isola la barca non era arrivata in tempo all'aeroporto, nulla di tragico dunque, una cosa normale per i tempi maldiviani dove *màtema* (domani) è la parola più usata: più avanti imparerò anch'io a prendere le cose con più calma ma per poco tempo. Il rientro a Torino e gli impegni di lavoro mi faranno tornare alle visioni catastrofiche di sempre.

Ma torniamo a Male e alla mia disavventura.

Per molto tempo non ho perdonato a Enrico il mancato arrivo al luogo dell'appuntamento e la solenne delusione e il "confuso spavento" che mi ha fatto provare. Ora è passato tanto tempo e le cose mi appaiono più divertenti che drammatiche; ricordo soltanto le molte ore passate a percorrere su e giù Galle Road senza godere lo spettacolo del mare, delle palme e il morbido cielo del monzone di sud-ovest pieno di nuvole gonfie in rapido movimento.

CAMMINARE E PERDERSI NELL'ARTE E NELLA NATURA

di Maria Ruggio

Appassionata di montagna, collina e mare, ho sempre amato camminare, ma il mio orizzonte si è limitato ai luoghi vicini da raggiungere. Col passare degli anni ho circoscritto i percorsi per paura di non farcela, ma l'incontro con un gruppo di camminatori di grande sensibilità mi ha stimolato a provare un nuovo tipo di viaggio, quello lontano dai gruppi numerosi, dalle mode e dal chiasso.

Dal 18 al 22 ottobre ho percorso un tratto del Cammino di San Benedetto, organizzato da una agenzia viaggi che, come hanno fatto altre, ha intercettato l'esigenza di alcune persone di avere qualcosa di diverso.

sembravano incontrarsi per continuare un cammino da poco interrotto. Alcuni di loro già li conoscevo, e questo indubbiamente mi ha rilassato, ma con gli altri si è subito fraternizzato.

I tre giorni prevedevano tappe di circa 20 chilometri con bei dislivelli all'inizio, e la mia tenuta mi ha rasserenato. L'obiettivo, che mi ero proposta, quindi sembrava raggiunto.

Da Castel di Tora, sul lago Turano, a Pozzaglia Sabina, Orvinio, Licenza, Mandela, Vicovaro, Gerano sino a Subiaco: ho elencato tutti i luoghi perché, eccetto Subiaco probabilmente, gli altri sono pressoché sconosciuti. Ho attraversato una piccolissima porzione di quell'Italia "minore" che non appare tra i luoghi più visitati del paese, che all'apparenza sembra non avere motivi di richiamo, ma che è ricca di una natura varia, dai colori caldi, autunnali, da strade che si perdono tra boschi, radure, tratti coltivati, animali da pascolo, profumi e bacche, in un silenzio e una pace che invitano davvero a lasciare andare la mente libera, in armonia coi ritmi del corpo, del passo lento e cadenzato, senza squilli di cellulari, primati da raggiungere, gare da vincere.

Alcuni di questi paesi, visibili da lontano sulla cima di qualche altura, con le case addossate le une alle altre e il campanile o il castello che svettano al centro, sono tra i "borghi più belli" d'Italia, secondo la presentazione che se ne fa; in realtà spesso sono semideserti, abbandonati dagli abitanti che hanno dovuto andare via per cercare altrove lavoro. Un tempo abitati da qualche centinaia di persone, ora ridotte a cinquanta, sessanta. I centri sono curati, ma è difficile trattenere chi deve dare una prospettiva di lavoro e di vita a sé e ai figli. Ci sono le eccezioni come a Orvinio, dove abbiamo incontrato Maurizio e Simonetta, che, con i loro figli, hanno deciso di restare, di aprire un'attività, pieni di spirito di

Confesso che il mio obiettivo non era devozionale, volevo solo mettere alla prova la mia capacità di resistenza fisica, visto il traguardo dei settant'anni, senza avere intorno decine di persone e troppi chilometri davanti. Ma quello che doveva essere un mero esercizio fisico si è rivelato molto interessante anche dal punto di vista interiore.

Il gruppo era ristretto a una ventina di persone, inclusi l'organizzatrice e la guida, tutti già rodati da cammini precedenti. La prima sorpresa è stata il rapporto amicale tra i partecipanti e gli organizzatori, che



iniziativa, ma sono una minoranza.

Il vantaggio di stare in alto, se nell'antichità salvava i borghi sabini da incursioni e malaria, ora li isola e li vede rivivere solo in estate, quando chi ha lasciato la casa per andare a lavorare altrove, ritorna insieme a qualche turista. Incrementare il turismo significa programmare, migliorare, pubblicizzare, creare strutture per ospitare, dove non ne esistono quasi.

Il rapporto con gli abitanti, anche se breve, di passaggio, è stato sorprendente: dallo sportivo che ci ha incrociato mentre correva e che si è quasi commosso sentendo che percorrevamo il cammino di San Benedetto, alla fornaia che ha regalato la pizza, alla suorina che, a Pozzaglia Sabina, ci ha accompagnato a visitare la casa natale di S. Agostina Pietrantoni (pugnalata nell'ospedale dove assisteva i malati da un uomo, che lei perdona prima di spirare), parlandone con tali accenti da farci sentire la sua partecipazione alla vicenda. A Subiaco, memore di un testo sulla tradizione manoscritta studiato per un esame, mi aspettavo qualche traccia di quello che è stato uno *scriptorium* famoso, ma è la biblioteca di Santa Scolastica, ormai statale, ad essere luogo per studiosi. Tutto è incentrato intorno a San Benedetto, allo Speco, conservato all'interno del monastero, monumentale e interessante artisticamente, come d'altronde quello di Santa Scolastica.

Il percorso religioso, sentito da alcuni più di altri, ha avuto nell'ultimo giorno il suo traguardo, proprio con la visita allo Speco, la grotta in cui visse per un certo periodo San Benedetto, fondatore del monachesimo occidentale con la sua Regola, sintetizzata dal motto *Ora et labora*. I numerosi visitatori ascoltavano e guardavano, e chissà se hanno portato via qualcosa dall'incontro col "divino". Io ho avvertito la passione e la fede nel registro dei visitatori della, ai più sconosciuta, santa Agostina Pietrantoni. C'erano richieste di aiuto e di protezione, ringraziamenti, ma anche semplici saluti da parte di chi si sentiva in sintonia con una semplice suora.

Queste le tappe e i pensieri durante il viaggio, che ha alternato lunghi tratti di camminata con la mente quasi assente, mentre ero immersa nella natura, con l'unica sensazione di libertà, a momenti di scambio di opinioni e di spiegazioni da parte di Silvio che illustrava il percorso, ad interventi di chi riconosceva piante ed erbe, alla attesa di chi aveva un ritmo più lento (ciascuno col proprio passo) da parte di Donatella, che spesso ha avviato riflessioni e letto spunti, uno dei quali, è tratto da una poesia di Franco Mario Arminio:

*Concedetevi una vacanza
intorno a un filo d'erba,
concedetevi al silenzio e alla luce,
con la muta lussuria di una rosa.*

*Abbiamo bisogno di contadini,
di poeti, gente che sa fare il pane,
che ama gli alberi e riconosce il vento.
Più che l'anno della crescita,
ci vorrebbe l'anno dell'attenzione.
Attenzione a chi cade, al sole che nasce
e che muore, ai ragazzi che crescono,
attenzione anche a un semplice lampione, a un muro scrostato.
Oggi essere rivoluzionari significa togliere
più che aggiungere, rallentare più che accelerare,
significa dare valore al silenzio, al buio, alla luce, alla fragilità,
alla dolcezza.*

da Cedi la strada agli alberi

"Ciascuno col suo passo": un viaggio controcorrente, *lento pede* invece che coi ritmi scanditi dal dover vedere di tutto e di più, il ritorno a una dimensione più naturale, rallentare, favorire anche la noia di qualche ora non riempita dalle voci del televisore, di internet, per godere, nel silenzio e nella luce, della "lussuria di una rosa".



S. Agostina Pietrantoni

LE SEQUENZE LIRICHE DI ANNA MARIA ERCILLI

di Aldo Nardi

Per il fatto stesso che si parla, ciascuna cosa non è quella che è. Era questo il pensiero dello psicoanalista francese Jacques Lacan per il quale, inoltre, il simbolo costituiva l'assassino della cosa. È forse da qui che si dovrebbe partire per ricostruire le tensioni interiori quali risultanti della perdita di capacità di ciò che vorremmo



chiamare "comunicazione ideale". In questo processo di logoramento costante del linguaggio la poesia si pone come mediazione tra ciò che si è e ciò che propone il mondo frettoloso delle illusioni.

Una sorta di poetica della crisi interiore, in base alla

quale la parola si assume il compito – tutt'altro che semplice – di esprimere l'intuizione lirica, è possibile riscontrarla nei versi scarni di Anna Maria ERCILLI (*Orlo blu*, Youcanprint, 2017), dove l'abbandono del modello narrativo e delle connessioni si traduce nel contributo alternativo al senso di solitudine di fronte a un mondo ostile. In tale contesto il farsi della poesia trasla l'aspetto sincronico della parola, in cui la sostanza espressiva, per dirla con Paul Valery, non si trasforma necessariamente in verità, eppure dà senso a quanto viene espresso. "Bevi un sorso/alla brocca di questo esilio/l'asperula mescola l'amara/genziana/controluce l'invito di cristallo/bevi le gocce sparse/ nel muschio/ascolta lo zoccolo battere/la fuga dell'uomo/la torbiera porta infissi i segni/di capanne/dove Cronos dimentica il suo/passaggio" (*Cronos*).

E il *senso*, nell'organizzazione dimessa di queste liriche, mentre scandisce i punti fondamentali di un immaginario processo di crescita individuale, si pone al contempo quale rassegnazione all'evidenza, dove le cose, i sentimenti e le sensazioni altro non sono che le sequenze prestabilite di un dialogo interiore che propone a chi legge l'incalzare di sempre nuove incognite.

LO CHIC E L'AUDACIA DELLE RIGHE

di Cristina Borin*

L Palco è uno dei più noti dipinti di Renoir, un perfetto esempio sia dell'attenzione che gli Impressionisti rivolgono all'ambiente urbano, e in particolare agli svaghi dei parigini, sia, ovviamente, della tipica dissoluzione di forma e colore in valori atmosferici che la pennellata libera e guizzante esalta. Rappresenta un palco del teatro dell'Opéra di Parigi, in cui prendono posto, armati di binocolo, due personaggi di quella *vie moderne* che i pittori impressionisti così spesso scelgono di fissare nelle loro opere (in realtà si tratta di Edmond Renoir, fratello dell'artista, e di una modella). Ma non è mia intenzione indugiare sul soggetto del quadro, nè, tanto meno, sulla personalità artistica di Renoir o sulle caratteristiche del movimento impressionista. Il dettaglio sul quale intendo soffermarmi è l'abito indossato dalla protagonista.

Infatti, se nella seconda metà dell'Ottocento l'eleganza di un tessuto vistosamente rigato appare evidentemente assodata, tanto da sceglierlo per un'occasione pubblica e formale come una serata a teatro, nell'evoluzione degli usi vestimentari europei non è sempre stato così. Ce lo racconta lo storico Michel Pastoureau in un piccolo saggio (*La stoffa del diavolo*, edito in Italia da Il Melangolo nel 1993) in cui ricostruisce, con la consueta rigorosa documentazione, le peripezie del vestire a righe, e al quale attingo per alcune notizie e qualche breve spunto di riflessione. Il "problema della rigatura", dunque, segna il mondo culturale e sociale europeo nel Medioevo. Tutto ha

origine, probabilmente, da un'interpretazione distorta di un passo delle Sacre Scritture, da cui si deduce il divieto di indossare tessuti di due colori; a ciò si aggiunge, forse, un certo disagio visivo di fronte a questa particolare struttura percettiva. Fatto sta che la storia del tessuto rigato, nei documenti storici, si apre con un grave fatto. Ci troviamo in Francia, nel 1254, al momento del rientro a Parigi di San Luigi, reduce da una crociata. Il sovrano porta con sé alcuni frati dell'ordine della Madonna del Carmine (ordine nato in Palestina nel XII secolo), i quali indossano, sulla veste bruna, un mantello rigato: assoluta novità

rispetto alla norma, dato che gli ordini monastici prediligono, in generale, colori smorti e omogenei, almeno per quanto lo consentono le tecniche di tintura. Subito i carmelitani vengono aggrediti dal popolo con ingiurie e derisioni, a cui si aggiungono, a volte, vere e proprie violenze fisiche; e non solo in Francia, ma anche in Inghilterra e in Italia. Sono accusati, tra l'altro, di cupidigia e di ipocrisia e di essere agenti del Demonio e dell'Anticristo. In breve, papa Alessandro IV chiede ai monaci di rinunciare al mantello a righe, ma i carmelitani si rifiutano; si

apre allora un contenzioso che, in alcuni decenni, vedrà i frati del Carmelo contrapporsi a dieci pontefici successivi, fino a quando, nel 1295, Bonifacio VIII sancisce con una bolla l'adozione, da parte dei carmelitani, di un mantello bianco e il divieto assoluto per i religiosi di utilizzare vesti rigate.

Il caso dei carmelitani appare eclatante, anche perché è abbondantemente documentato, ma è significativo il fatto che nell'Europa del Medioevo sono numerosi i





Pierre-Auguste Renoir, *Il palco*, 1874, olio su tela, 80 x 64 cm, Londra, Courtauld Gallery

decreti dei sinodi diocesani, ma anche le leggi suntuarie e i regolamenti della società laica, che sottolineano il carattere discriminatorio delle righe (prevalentemente orizzontali), prescrivendo che siano indossate da alcune specifiche categorie, come, di volta in volta, i condannati (ad esempio, falsari o spergiuri), i servi e tutti coloro che svolgono attività considerate inferiori, le prostitute, i buffoni e i saltimbanchi di strada (professioni infamanti), i lebbrosi (e più in generale gli infermi, come gli appestati, i minorati o i pazzi), gli eretici, gli zingari, a volte gli ebrei e, in genere, i non cristiani. Appare evidente come lo scopo di tali norme consista nel fissare un preciso sistema di segregazione sociale, in cui l'abbigliamento marchia in modo molto visibile gli individui esclusi, così che non possano confondersi con gli onesti cittadini.

Tuttavia, è chiaro che, ad un certo momento, la rigatura assume un nuovo significato, non più dispregiativo. Secondo Michel Pastoureau, all'inizio dell'era moderna si verifica il passaggio "dal demoniaco al domestico", in cui, attraverso il costituirsi dell'araldica, gli indumenti a righe esprimono una condizione inferiore (quella della servitù dei signori: domestici, stallieri, valletti, eccetera), ma non per questo diabolica: nasce la livrea, che diventa poi uniforme civile e

militare (pensiamo, tanto per fare un esempio, all'uniforme di gala delle Guardie Svizzere pontificie, che la tradizione vuole sia stata disegnata da Michelangelo). Dal XVI secolo, poi, si diffonde l'uso valorizzante delle righe verticali: aristocratiche e alla moda, come confermano alcuni illustri ritratti (Francesco I di Francia dipinto da Clouet, o Enrico VIII d'Inghilterra effigiato da Holbein). Infine, alla fine del Settecento, in particolare dopo la Rivoluzione Americana, le righe, supportate dal fascino della bandiera "a stelle e strisce" e dall'americanofilia della Francia, invadono non solo il vestiario, ma anche l'ambito dell'arredamento, con tessuti, parati e tendaggi.

Il dato interessante, tuttavia, è che la nuova connotazione positiva non cancella del tutto la "rigatura maligna": ancora nell'epoca contemporanea coesistono due sistemi di valori opposti e possiamo quindi constatare che le righe possono essere valorizzanti o discriminanti, non sono mai neutre. Sono ancora degradanti nelle vistose divise dei prigionieri e dei forzati, e se è vero che oggi non vengono adottate da alcun sistema carcerario occidentale, per ritrovare questo archetipo basta fare appello al nostro immaginario collettivo, che si nutre di fumetti e di vecchi film. E inoltre, l'immagine agghiacciante dei deportati nei campi di sterminio nazisti è sempre molto viva ed esprime perfettamente la volontà perversa di privare l'essere umano di ogni dignità e speranza di salvezza.

Ma a queste righe punitive e degradanti possiamo contrapporre quelle sane e morali tradizionalmente associate, per esempio, ai nostri indumenti intimi. La storia della biancheria personale, dei capi più strettamente a contatto con il nostro corpo, ci illustra un ulteriore percorso, fatto di ordine sociale veicolato dalla diffusione dell'igiene, in cui la rigatura, spesso in toni pastello, ha il compito di ravvivare il bianco (colore "igienico" per eccellenza) e, nello stesso tempo, di introdurre gradualmente il colore.

Molto altro ci sarebbe da dire, ma non è certo questa la sede per riassumere la ricchezza di questo studio, alla lettura, peraltro molto piacevole, del quale rimando senza alcun dubbio, con un ultimo sguardo alla disinvolta eleganza della giovane donna effigiata da Renoir, sicuramente del tutto inconsapevole di quanto si celi tra le righe del suo abito "alla moda".

* *Prof.ssa Cristina Borin*
Docente di Storia dell'Arte
Vicenza, Liceo "A. Pigafetta"

La Giornata delle Terme Aperte in Trentino – da quest’anno si cambia

Dott.ssa Serena Belli
Dott. Mario Castellani
Dott.ssa Patrizia Manica
Dott. Giovanni Rubino
Dott.ssa Donatella Tosto
Dott. Filiberto Zatelli

Terme di Comano
Terme Val Rendena
Terme Vetriolo e Levico
Terme di Pejo
Terme di Rabbi
Terme Dolomia

La presenza in un dato territorio di una sorgente di acqua termale, che possa venire sfruttata a scopo terapeutico, rappresenta senza ombra di dubbio una fonte di benessere economico per tutti gli abitanti della zona. La creazione di uno stabilimento termale produrrà nuovi posti di lavoro, sia direttamente che indirettamente. Infatti, oltre al personale che serve per far funzionare la struttura, saranno necessari hotel, posti letto, ristoranti e bar e tutta una serie di servizi di supporto.



Peraltro spesso accade che la popolazione delle località termali abbia scarse conoscenze delle cure che vengono erogate all’interno degli stabilimenti. Tali conoscenze conseguono al fatto che essi stessi se ne sono serviti per effettuare delle cure, oppure perché qualcuno dei familiari è impiegato presso lo stabilimento. Ma in assenza di tali eventi si è osservato più volte che la realtà termale viene ignorata proprio dalla popolazione locale, che è quella che ne beneficia.

Per questo motivo già da alcuni anni, presso gli stabilimenti, si organizzano delle giornate informative rivolte alla cittadinanza. Tali giornate, chiamate Giornate delle Terme Aperte offrono una visita guidata degli stabilimenti, con illustrazione delle cure che vengono effettuate. Peraltro, per invogliare la popolazione a partecipare a tali giornate, sembra essere vincente la strategia di offrire un checkup gratuito rivolto a qualche patologia di frequente riscontro, oppure un checkup che vada ad indagare gli stili di vita delle persone, con l’intento di promuovere le migliori pratiche volte a conservare il proprio stato di benessere psico-fisico.



Nel gennaio 2016 è nata la Associazione delle Terme del Trentino, che riunisce tutte le 6 aziende termali presenti nella nostra Regione. Gli scopi dichiarati sullo statuto sono molteplici e molto interessanti, tra questi si è ritenuto importante la creazione di un comitato scientifico formato dai direttori sanitari, al fine di unificare e qualificare tutta la parte sanitaria, vero core business delle Terme, intese come luoghi di cura.

L’Associazione Terme del Trentino ed il gruppo dei direttori sanitari, nell’ottica di dare un segnale forte di questa collaborazione, hanno deciso di organizzare congiuntamente la GIORNATA DELLE TERME APERTE, con un format ed un programma condivisi.

Tra gli scopi dell’Associazione, l’art. 2 dello Statuto, prevede:

- promuovere lo sviluppo del settore termale trentino a livello locale, nazionale ed internazionale;
- favorire la mobilità interna ed internazionale dei pazienti termali;
- promuovere la formazione e l’aggiornamento professionale degli amministratori, collaboratori ed operatori delle imprese associate.
- promuovere attività e servizi di supporto alle imprese termali associate.



TERME DI COMANO



GIORNATA TERME APERTE 2017

La giornata è stata programmata nel weekend 16-17 settembre, e sarà dedicata alla funzione respiratoria. Per quanto riguarda il pubblico adulto, lo scopo è quello di diagnosticare precocemente situazioni a rischio di evolvere verso la insufficienza respiratoria, al fine di convincere le persone ad adottare comportamenti virtuosi. Per quanto riguarda il pubblico in età pediatrica, verrà dato particolare risalto ad eventuali condizioni di broncospasmo silente o paucisintomatico.

Farà parte del programma anche una conferenza divulgativa, tenuta da uno specialista in pneumologia, che potrà sensibilizzare e motivare il pubblico.



IL PROGRAMMA DELLA GIORNATA TERME APERTE

- ▶ Arrivo e accoglienza dei partecipanti
- ▶ Accettazione presso gli ambulatori, firma del modulo della privacy
- ▶ Consegna di un questionario e compilazione dello stesso, con eventuale supporto di personale addestrato
- ▶ Esecuzione della spirometria da parte del personale infermieristico
- ▶ Colloquio con un medico specialista per la valutazione dei parametri respiratori e del questionario, in base ai quali verranno dati consigli e suggerimenti
- ▶ Incontro informativo, a libera partecipazione, dedicato alle patologie respiratorie, tenuto da un medico specialista in pneumologia



IL GENERE SUILLUS

a cura di Marco Floriani

Nel numero precedente di R&S ci siamo concentrati su alcuni caratteri fondamentali per il riconoscimento dei funghi a lamelle (in particolare sul colore della polvere sporale). In questa occasione ci concentreremo invece sulla vasta famiglia delle *Boletaceae*, ovvero su quei funghi di consistenza carnosa e con imenoforo formato non da lamelle bensì da tubuli. L'imenoforo di questi funghi si presenta come una sorta di struttura costituita da una moltitudine di sottili tubicini appressati, sulle pareti dei quali maturano le spore del fungo (si veda l'immagine che accompagna il titolo). A maturità tale massa assume una consistenza più o meno spugnosa, situazione che è ben nota al raccoglitore che spesso paragona a una 'spugna' l'imenoforo delle *Boletaceae* (ad esempio dei porcini).

In seno alla famiglia delle *Boletaceae* è possibile distinguere svariati generi, tra i quali i più noti e ricchi di specie sono i seguenti: *Boletus*, *Xerocomus*, *Leccinum* e *Suillus*, l'ultimo dei quali costituisce appunto l'argomento di questo breve scritto.

Il riconoscimento del genere *Suillus* risulta relativamente semplice, poiché si tratta dell'unico genere di *Boletaceae* nel quale la superficie del cappello risulta viscida al tatto, se non addirittura glutinosa. Si tratta di funghi di stazza generalmente non grandissima, con un gambo più o meno cilindrico, talvolta dotato di un anello. Le colorazioni sono piuttosto varie tra le diverse specie, mentre una costante è rappresentata dal legame di questi funghi con diverse specie di conifere: si tratta infatti di funghi simbiotici, che formano micorrize selettivamente con una o poche specie arboree, come vedremo negli esempi di seguito illustrati. Dal punto di vista della commestibilità, i *Suillus* sono forse

le *Boletaceae* meno 'nobili', sicuramente di qualità inferiore rispetto alle specie commestibili del genere *Boletus*. Nonostante questo, essi sono apprezzati dai cercatori come complemento dei misti di funghi, anche per la loro ampia diffusione e abbondanza in alcune stagioni. Tutte le specie appartenenti a questo genere sono eduli, ma è bene fare almeno due raccomandazioni: limitare il consumo ad esemplari giovani (che non abbiano ancora assunto una consistenza troppo spugnosa) e, per le specie con cappello più viscido, asportare la cuticola (ovvero il rivestimento del cappello) prima del consumo. Come per tutte le specie fungine, inoltre, vale il principio di limitare il consumo a una modica quantità, importante in particolare per questi funghi che assunti in dosi eccessive potrebbero avere qualche blando effetto lassativo.

Entrando nel merito del riconoscimento delle diverse specie, una prima osservazione da fare riguarda la presenza o assenza sul gambo dell'anello, ovvero del residuo di un velo che negli esemplari giovani è sotteso tra il margine del cappello e il gambo, nascondendo del tutto l'imenoforo. Altre caratteristiche fondamentali riguardano la colorazione iniziale dell'imenoforo (gialla, giallo-bruna, arancione oppure grigia) e, come anticipato, il tipo di conifere osservate nei dintorni. Esistono infatti *Suillus* legati al larice, altri ai pini (a due o a cinque aghi), alcuni infine a conifere esotiche come l'abete di Douglas.

Una specie molto diffusa, certamente uno dei funghi più comuni nella nostra provincia, è *Suillus grevillei*, simbiote esclusivo del larice, e quindi presente nei boschi di conifere subalpini come anche a quote inferiori, ovunque sia presente questa elegante conifera. È una delle specie di *Suillus* dotate di anello, i suoi pori sono di colore giallo

Micologia... che passione!

mentre il cappello, decisamente viscido al tatto, è di colore aranciato nelle forme tipiche e negli esemplari più giovani, mentre può presentarsi più chiaro, fino a giallo limone, negli esemplari adulti o in condizioni di forte piovosità.

La seconda specie illustrata in queste pagine, *Suillus granulatus*, è invece un tipico rappresentante dei *Suillus* privi di anello: il suo gambo infatti non presenta residui di velo, mentre alla sommità sono spesso osservabili delle fini granulazioni concolori alla superficie sottostante. Le colorazioni del cappello sono anche in questo caso

prevalentemente aranciate, mentre pori e gambo sono di un giallo pallido uniforme. *Suillus granulatus* può formare simbiosi con varie specie di pini; nella nostra provincia è solitamente associato al pino silvestre, è assai diffuso e si tratta fra l'altro di una delle *Boletaceae* più precoci, osservabile già dal mese di giugno.

Entrambe le specie, come già affermato per tutto il genere *Suillus*, sono commestibili di discreto valore, purché consumate in quantità moderate e selezionando esemplari giovani e in buono stato.

Fig. 1 – *Suillus grevillei* è una specie estremamente comune in Trentino. Si noti la superficie viscosa del cappello, tipica di tutto il genere *Suillus*, e la presenza di un velo parziale sul gambo, che dà origine negli esemplari adulti a un vistoso anello.



Fig. 2 – *Suillus granulatus* è una delle più diffuse specie di *Suillus* prive di anello. Nella fotografia è visibile uno strobilo di pino silvestre, una delle specie arboree con cui questo fungo (conosciuto in diverse regioni del centro Italia con il nome popolare di 'pinarolo') forma spesso simbiosi.



L'arte della memoria tra storia e scienza moderna

di Loredana Bettonte*



Loredana Bettonte

La molteplicità di memorie esterne di cui ci serviamo abitualmente, dal computer al cellulare, dai *data base* ai vari *iPhone*, *iPad* e *iPod*, dai navigatori satellitari al trattamento automatico del linguaggio, per fare qualche esempio, potrebbero indurci a ritenere che oggi non sia importante RICORDARE.

Ma, proprio perché tante cose sono demandate alla tecnologia, il valore della mente umana oggi è oggi più prezioso che mai, in quanto la capacità di acquisire, mantenere e immagazzinare i ricordi o l'abilità di integrarli con l'infinito numero di informazioni che ci vengono fornite, il poter scegliere se si preferisce ricordare o scordare, sono operazioni che nessuna macchina potrà mai fare meglio del nostro cervello.

In ambito professionale le qualità competitive, l'autorevolezza della *leadership* hanno sempre più a che fare con il talento, le doti, la motivazione, il senso di appartenenza e la consapevolezza di sé, che sono prerogative del nostro essere e del "fattore umano".

Nello studio è noto quanto sia importante impiegare il proprio tempo nel miglior modo possibile e senza affanni, per affrontare un esame con sicurezza e tranquillità.

A chi non piacerebbe ricordare con facilità le notizie lette o sentite, i luoghi visitati, i nomi delle persone, i vocaboli, gli impegni in agenda, gli appuntamenti o le ricorrenze?

Non sarebbe straordinario essere in grado di fare tutto questo con semplicità, magari divertendosi?

Ebbene, oggi la scienza ci dice che tutte le persone sane possono memorizzare quantità infinite di informazioni attraverso un adeguato addestramento. Partendo dal presupposto che "il consolidamento avviene per ripetizione", e non ci stancheremo di ripeterlo, si possono acquisire delle tecniche di memorizzazione semplici, da adottare a tutte le età. Devono essere

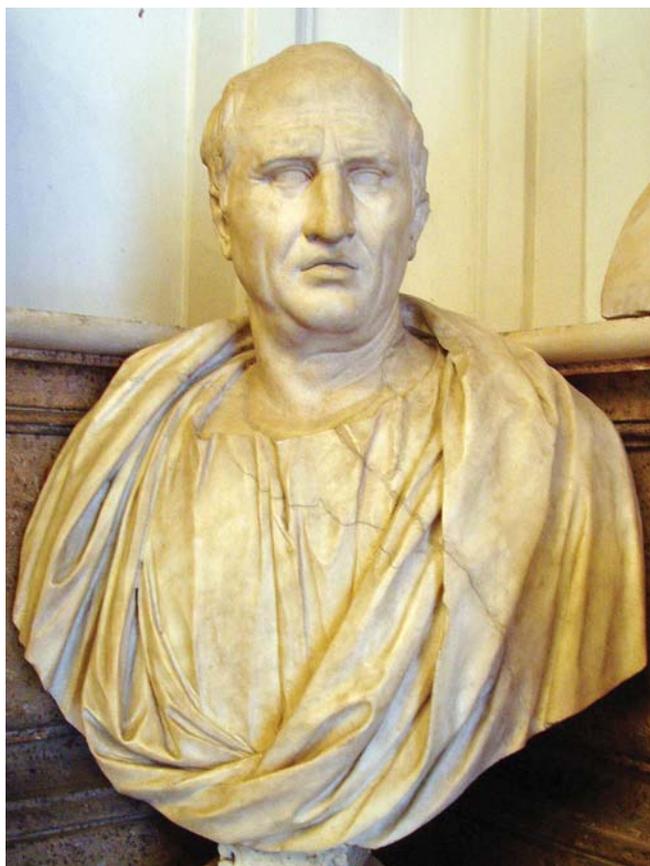
chiari gli obiettivi e si deve partire dalla consapevolezza dei propri limiti.

Forse è superfluo sottolineare che nel percorso della nostra vita che va "dalla consapevolezza di sé... alla leadership", passando attraverso l'autostima, deve rivestire un ruolo molto importante la scuola, poiché il metodo di studio, di apprendimento e di addestramento alla memorizzazione deve essere trasmesso fin dalla scuola primaria, affinché possa divenire pratica quotidiana.

Vogliamo ripercorrere solo qualche suggestione, ricordando qualche illustre protagonista del passato famoso per possedere una memoria portentosa? Iniziamo questo brevissimo viaggio nei misteri della mente, ricordando tre personaggi illustri.

Cicerone, esalta l'utilità dell'arte della memoria, le cui radici affondano nella Grecia del VI e V secolo a.C. e, stando a quanto ci riferisce, nell'opera del poeta Simonide di Ceo. Arte ben lontana, oggi, dall'essere superata o soppiantata dalla stampa, dai metodi didattici più recenti e dai supporti informatici e digitali.

Giovanni Pico della Mirandola sapeva recitare, anche al contrario, interi poemi, compresa la Divina Commedia. Rivelò precocemente una straordinaria capacità di apprendere, che gli diede un'ansia tumultuosa di imparare tutto il conoscibile, per conquistare la verità.



Busto di Cicerone (Musei Capitolini, Roma)



Giovanni Pico della Mirandola, (Galleria degli Uffizi, Firenze)



Il monumento in bronzo a Giordano Bruno nella piazza romana di Campo de' Fiori, opera dello scultore Ettore Ferrari (1889)

Giordano Bruno, frate domenicano di Nola, maestro di *ars memoriae*, grande filosofo e mnemonista del Rinascimento, autore del *De Umbris Idearum* (le Ombre delle Idee), il trattato sulla memoria cui molti neuroscienziati moderni si ispirano ancora.

A Roma, al cospetto di Papa Pio V, Giordano Bruno recitò a memoria, in ebraico, il salmo *Fundamenta*, dalla prima all'ultima parola. In seguito, in varie occasioni, concesse esibizioni analoghe del suo talento e tecnica a papi, imperatori, autorità accademiche ed ecclesiastiche.

La prodigiosa capacità di intuizione di Giordano Bruno, il suo desiderio di apprendere e di comunicare, la sua tecnica di memorizzazione per immagini e il suo approccio alla conoscenza hanno rappresentato uno stimolo e un modello per i lavori e gli studi sull'intelligenza e sulla memoria, che sono ancora validi.

Nei secoli successivi i contributi più degni di nota per lo sviluppo dell'arte della memoria, vennero da **Alberto Magno**, **Tomaso d'Aquino**, **Raimondo Lullo** nel medioevo e dal giurista **Pietro Tomai**, autore della *Phoenix sive artificiosa memoria*, il manuale di memoria più utilizzato per oltre cento anni.

Questo è stato solamente un brevissimo *excursus* tra passato e presente, tra saggezza e scienza, tra creatività e memoria. Attualmente la Neuroscienza ci dice come i pregi ed i vantaggi dei loro metodi siano, ancora oggi, validi ed efficaci:

1. *L'adattabilità a qualsiasi lingua* (il metodo è universalmente applicabile).
2. *La possibilità di condensare elementi unici in un'unica immagine*: la tecnica del "ragionare per immagini" è fondamentale, in quanto si genera spontaneamente ed automaticamente; con una rappresentazione visiva dell'informazione si ricordano più facilmente nomi, numeri e parole; se questa tecnica viene addestrata si consolida e diviene "metodo infallibile", utile a tutti: *ai giovani* per raggiungere livelli eccellenti di apprendimento, anche plurilinguistico, *per meno giovani* a scopo preventivo rispetto alla demenza senile o, ancor più importante, per allontanare o ritardare patologie degenerative.
3. *L'utilizzo del principio dell'associazione* (vari sono i metodi per associare parole a numeri, o viceversa, ai colori, ai luoghi amati o ai suoni; si rimanda ad una trattazione dedicata).
4. *La consapevolezza* di quanto sia necessario il *coinvolgimento emotivo* (essere attratti, entusiasti o disponibili all'apprendimento e alla memorizzazione costituisce lo step che fa la differenza).

Ecco quindi le tappe necessarie per una memorizzazione efficace e a lungo termine:

- ♦ **VEDO/ASCOLTO e COMPRENDO**: guardo, osservo, ascolto e dò inizio al processo. Nel settore dell'apprendimento linguistico l'ASCOLTO è la prima delle *abilità sensoriali* ed è la chiave d'accesso alla decodificazione. Per questo motivo l'ideale è iniziare fin dalla scuola dell'infanzia, dove il

bambino si abitua facilmente e spontaneamente a capire la lingua, esattamente come l'uccellino impara a volare o il ragno tesse la tela; non dimentichiamo che l'apprendimento della lingua materna inizia già nel grembo materno!

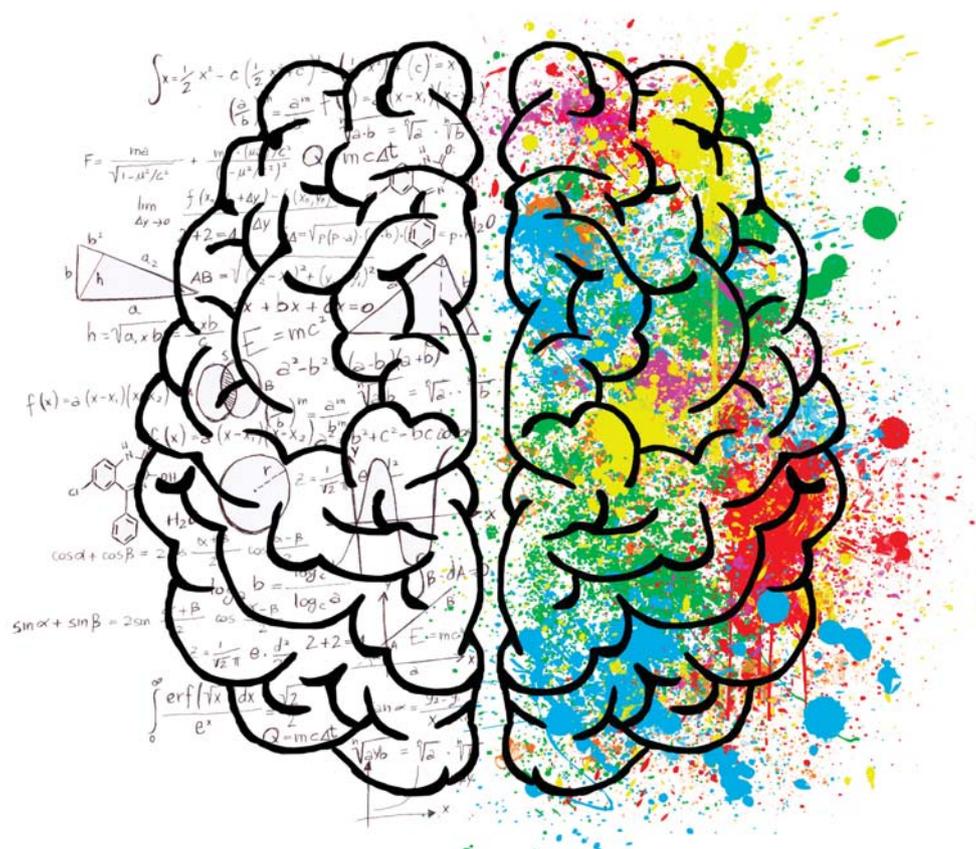
- ♦ **LOCALIZZO** ovvero scelgo l'ordine dei luoghi: oltre alla memoria visiva deve essere usata la memoria spazio-temporale, nella quale inserire le immagini. Deve essere un luogo ben noto, per facilitare la capacità di recupero delle informazioni nel medesimo ordine con cui sono state immagazzinate. Quindi ASSOCIO in maniera originale, esagerata, inusuale. Tutto ciò che è esagerato, ridicolo, grande o in movimento attira la nostra attenzione. Poi RIPETO per RICORDARE e MEMORIZZARE (questo è il *consolidamento per ripetizione* citato ed è il secondo step del processo di apprendimento).
- ♦ **PRODUCO: PARLO o SCRIVO**, ma soprattutto ho IMPARATO e RICORDO per sempre (chi non ha ascoltato le storie che i nostri nonni avevano imparato moltissimo tempo prima?).
- ♦ **COINVOLGIMENTO EMOTIVO**: mi piace quello che faccio, mi interessa, sono motivato. In questa fase scopriamo se abbiamo acquisito spontaneamente e rapidamente, riusciamo a autovalutarci per trovare qualche strategia per migliorare. Ogni metodo deve essere applicato con costanza ed esercizio per acquisire padronanza e per verificarne l'efficacia. Di qui l'importanza di questo punto; solamente una buona motivazione ci può aiutare nei momenti più difficili ed impegnativi.

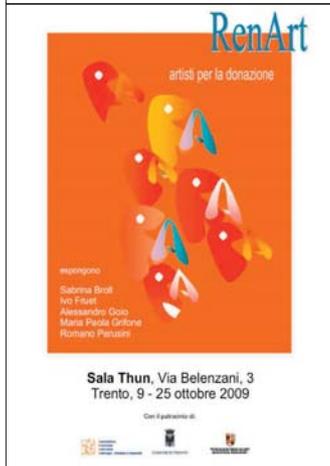
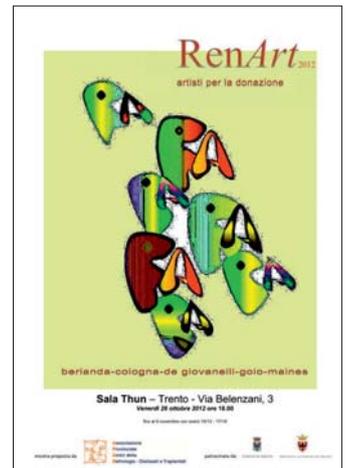
Il tutto funziona esattamente come con il PC, quando vogliamo SALVARE (ovvero memorizzare) un file con il SALVA CON NOME. Il nome scelto deve essere ASSOCIABILE a qualcosa che ci possa rimandare facilmente al contenuto. Anche nel processo informatico è necessario generare una personalizzazione del ricordo, che deve essere un atto personale, unico e inconfondibile. La costruzione delle immagini mentali e la sollecitazione delle emozioni rende il processo profondamente "nostro" e qualsiasi cosa memorizzata risulta più facilmente ritrovabile.

I CINQUE GRAVI ERRORI da evitare quando si vuole memorizzare un'informazione:

- 1. Interferenza retroattiva:** il timore di non riuscire a ricordare un numero abbondante di informazioni fa andare con la mente alle prime ricevute, accanto alle ultime, con grave perdita di quelle centrali; si nota forte incapacità o scarso allenamento allo sguardo (*mentale*) di insieme e all'uso di *keywords* (parole chiave) per disporre di una "linea di collegamento" tra le varie informazioni.
- 2. Mancanza di un luogo mentale** in cui inserire le informazioni: uno spazio-temporale dedicato, un "domicilio sicuro, conosciuto e quindi rassicurante".
- 3. Mancanza di una rappresentazione visiva dell'informazione** (ragionare per immagini), con la conseguente attivazione di un'area cerebrale inferiore, legata al ricordo e, di conseguenza, riduzione del tempo di permanenza.
- 4. Mancanza di coinvolgimento emotivo**, per cui le informazioni poco piacevoli e non interessanti creano resistenze mentali al consolidamento del ricordo.
- 5. Mancanza di studio associato alla ripetizione assidua dell'informazione**, il che rende l'apprendimento mnemonico, peraltro necessario, noioso e monotono. È noto, ma non inutile da ricordare, che una prima lettura di un'informazione non costituisce *studio* e solamente la ripetizione porta al consolidamento dell'apprendimento e l'apertura della "porta della memoria permanente".

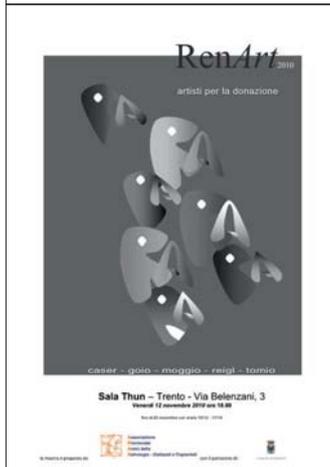
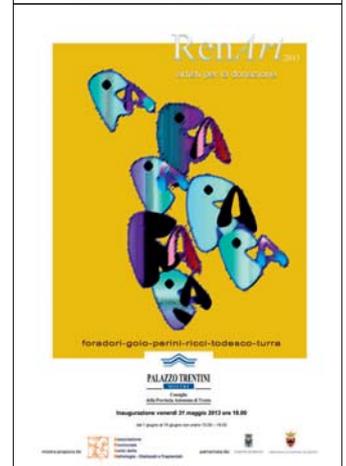
* **Loredana Bettonte**
Presidente I.S.I.T-Istituto Accademico
per Interpreti e Traduttori di Trento





RenArt

10 rassegne



Una bellissima avventura. Questa manifestazione ha dato grandi soddisfazioni di pubblico e grande visibilità alla nostra Associazione.

Ringraziamo di cuore l'architetto Alessandro Goio ed il professor Aldo Nardi ideatori e curatori delle 10 rassegne. Il logo qui riprodotto è stato pensato ed annualmente rinnovato dall'architetto Goio che si è dedicato a RenArt con passione.

Il Direttivo APAN

