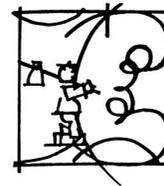


R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

RENE&SALUTE

ANNO XXX - APRILE 2015 - N. 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ L'INCIDENZA DELLA SCIENZA NEFROLOGICA NELL'ATTIVITÀ SPORTIVA
- ▶ LA SCELTA DELLA METODICA DIALITICA IN TRENTINO
- ▶ IL MICROBIOTA INTESTINALE
- ▶ CHE COSA È LA PSORIASI
- ▶ ARTRITE PSORIASICA: DOMANDE E RISPOSTE
- ▶ LA PERCEZIONE DELLA PAURA NEI PAZIENTI IN EMODIALISI
- ▶ LA SESSUALITÀ IN DIALISI PERITONEALE
- ▶ A TRENTO IL 12 MARZO LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE
- ▶ AMBULATORIO TRAPIANTO RENALE DI TRENTO
- ▶ UN PO' DI NUMERI...
- ▶ L'OSPEDALE PSICHIATRICO DI PERGINE AI TEMPI DELLA SECONDA GUERRA MONDIALE
- ▶ AFORISMI: IL SENSO DELLA VITA
- ▶ LE TERME DI COMANO
- ▶ UNA STORIA DI PERICOLOSE RELAZIONI
- ▶ LA CONTRADDIZIONE PROMETEICA
- ▶ LE VOCI DEL SANTA CHIARA
- ▶ NELL'OPERA DEL CARAVAGGIO LA MADDALENA E IL TRAVAGLIO DEL PENTIMENTO
- ▶ UN SORRISO IN CORSIA
- ▶ IL RACCONTO: LA PIRAMIDE
- ▶ I FUOCHI DI SANT'ANTONIO ABATE

sommario

L'incidenza della scienza nefrologica nell'attività sportiva <i>di Chiara Venturrelli</i>	3
La scelta della metodica dialitica in Trentino <i>di Alessandro Laudon e Diana Zaronello</i>	5
Il microbiota intestinale <i>di Diana Zaronello e Alessandra Dallagassa</i>	7
Che cosa è la psoriasi <i>di Serena Belli</i>	10
Artrite psoriasica: domande e risposte <i>di Roberto Bortolotti</i>	11
La percezione della paura nei pazienti in emodialisi <i>di Susam Fratton, Cristina Ghesla, Alessandra Zambotti</i>	13
La sessualità in dialisi peritoneale <i>di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian</i>	15
A Trento il 12 marzo la giornata mondiale del rene <i>di Cristina Comotti</i>	16
Ambulatorio trapianto renale di Trento <i>di Cristina Andreotti, Nadia Buccella</i>	18
Un po' di numeri...	19
L'ospedale psichiatrico di Pergine ai tempi della seconda guerra mondiale <i>di Teresa Dipalma</i>	21
Aforismi: Il senso della vita <i>a cura di Luisa Pevarello</i>	23
Le Terme di Comano <i>di Stefano Cunego</i>	24
Una storia di pericolose relazioni <i>di Salvatore Marà</i>	27
La contraddizione prometeica <i>di Aldo Nardi</i>	30
Le voci del Santa Chiara	31
Nell'opera del Caravaggio la Maddalena e il travaglio del pentimento <i>di Cristina Borin</i>	32
Un sorriso in corsia <i>di Lucia Zenatti</i>	34
Il racconto: La piramide <i>di Anna Maria Ercilli</i>	36
I fuochi di Sant'Antonio Abate <i>di Maria Ruggio</i>	37



La redazione augura a Soci e Simpatizzanti

Buona Pasqua

**SOSTIENI APAN CON IL TUO
5x1000**

codice fiscale: 96006150229.

Per chi volesse contattarci

Tel. 0461 914206 - Via Sighele 5, Trento - mercoledì ore 9-11

E-mail: apan.tn@alice.it



In copertina:

Carlo Zinelli – 1963/64

QUATTRO FIGURE OCRA SU SFONDO
DI PICCOLI CERCHI E "PRETINI"

Tempera su carta, 50x70 cm
(coll. priv., Verona)

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:
38122 TRENTO – Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 – apan.tn@alice.it

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

COLLABORATORI per questo numero: Aldo Nardi, Serena Belli, Cristina Comotti, Chiara Venturrelli, Diana Zaronello, Alessandra Dallagassa, Roberto Bortolotti, Susam Fratton, Cristina Ghesla, Alessandra Zambotti, Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian, Cristina Andreotti, Nadia Buccella, Teresa Dipalma, Stefano Cunego, Luisa Pevarello, Salvatore Marà, Cristina Borin, Lucia Zenatti, Anna Maria Ercilli, Maria Ruggio.

GRAFICA E STAMPA: Esperia s.r.l. – Lavis (Trento)

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di aprile 2015.

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

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

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

Reni&sport

L'incidenza della scienza nefrologica nell'attività sportiva

di Chiara Venturelli*

L'esercizio fisico da lieve a intenso ha risaputi e ormai consolidati effetti benefici sulla persona. L'attività sportiva, a intensità adeguata e sotto controllo medico, può essere svolta tranquillamente da tutta la popolazione, sana o malata. L'Italia è l'unico paese al mondo dove la tutela sanitaria delle attività sportive ha trovato precise indicazioni legislative fin dagli anni '50. La distinzione tra attività agonistica e non agonistica risale agli anni '80. In genere l'attività sportiva non agonistica ha un carattere ludico ricreativo e prevede uno sforzo fisico ridotto e un impegno non continuo, mentre l'attività sportiva agonistica prevede allenamenti e competizioni con impegno fisico costante. Per svolgere attività di tipo agonistico è richiesta da molti anni una certificazione di idoneità che viene rilasciata dal Medico dello Sport dopo una visita accurata che si avvale di parametri clinici e strumentali di diversa natura a seconda della disciplina sportiva. L'esame urine è uno degli esami richiesti per ogni disciplina. La tutela sanitaria e l'incoraggiamento alla pratica sportiva fanno sicuramente parte del nostro bagaglio culturale e da essa non dovrebbe essere escluso nessun cittadino, specialmente nelle fasi evolutive come l'infanzia e l'adolescenza. Ormai molte specialità, tra le quali la nefrologia, stanno assumendo un rilievo sempre maggiore nella medicina dello sport, per diversi motivi: da una parte l'incidenza delle varie patologie renali nella popolazione generale a fronte di un sempre maggior numero di soggetti che si dedica alla pratica dello sport

in maniera più intensa e continuativa, dall'altra parte il semplice esame delle urine che viene effettuato nel corso della visita di idoneità può rappresentare un mezzo fondamentale per svelare patologie renali sconosciute, che colpiscono soggetti completamente asintomatici e senza alcuna storia di pregressi problemi alle vie urinarie.

L'attività sportiva influenza il comportamento dei reni, modificandone la funzione nei diversi tipi di sport. Possiamo individuare differenti problematiche.

Modificazione dei parametri renali in corso di attività sportiva

Durante l'attività sportiva si innescano varie risposte fisiologiche a livello renale che possono portare a variazioni anche significative dei parametri urinari e vascolari renali. Il dato più importante sembra essere la vasocostrizione accompagnata da una riduzione del flusso renale, che compare subito dopo l'inizio dell'attività fisica, provocata dall'attivazione del sistema renina-angiotensina con vasocostrizione dell'arteriola efferente e con un aumento della pressione all'interno dei capillari del flocculo glomerulare. Tale meccanismo viene indicato come la causa principale di microematuria e albuminuria durante attività sportiva. La vasocostrizione e la conseguente transitoria ipossia renale sono in grado inoltre di causare un moderato danno delle cellule tubulari, evidenziato dall'aumentata escrezione di enzimi tubulari (beta2 microglobulina) e talora glicosuria. Tali alterazioni risultano completamente reversibili a distanza di alcune ore o giorni dall'attività. Un effetto che è possibile riscontrare durante l'attività sportiva sulle lunghe distanze (corsa, maratona ecc.) è la microematuria a partenza delle vie uri-

inarie: si possono verificare una serie di microtraumi prolungati, che possono essere causa di perdita di globuli rossi: la sede anatomica più esposta ai microtraumi sembra essere la vescica, soprattutto se vuota.

Un altro effetto evidenziabile è la mioglobulinuria da **rabdomiolisi**: ci può essere un danno a livello delle cellule muscolari, con aumentata permeabilità del sarcolemma (la membrana cellulare), con fuoriuscita di mioglobina, che viene poi escreta dai reni al termine dell'attività sportiva; questo fenomeno è accompagnato da aumento delle CPK.

Anche l'emoglobinuria da emolisi (ossia da rottura, su base traumatica da schiacciamento, di globuli rossi) nei vasi del piede durante la corsa prevalentemente di lunga durata può essere di frequente riscontro negli atleti. Altre alterazioni di frequente riscontro, ma non patologiche, sono la chetonuria (beta ossidazione degli acidi grassi durante l'attività sportiva con ritrovamento di chetoni nelle urine) e le alterazioni elettrolitiche (moderata iponatremia o ipopotassiemia) che solitamente vengono corrette da apporti idrici supplementati adeguati (ossia la riduzione dei livelli di sodio nel sangue).

Ematuria e proteinuria nell'atleta

Si parla di proteinuria fisiologica fino a 150 mg/24 ore. Il riscontro di microematuria e/o proteinuria in un soggetto che pratica attività sportiva o che intenda iniziarla, comporta in un primo tempo l'accertamento che il fenomeno non sia legato all'attività sportiva stessa, nel qual caso la presenza di sangue o proteine nelle urine non riveste significato patologico. Pertanto la ripetizione dell'esame dopo almeno 48 ore di "riposo atletico" è indicata ogni volta che l'atleta riferisca di



allenamenti o partite nei giorni precedenti l'esame delle urine. Nel caso che microematuria e/o proteinuria persistano, occorre ricercarne l'origine avviando degli accertamenti ed una consulenza specialistica, per identificare il tipo di alterazione (origine della microematuria e tipo di proteinuria: fisiologica, ortostatica, glomerulare, tubulare). L'inquadramento diagnostico in alcuni casi può necessitare di ulteriori indagini sia radiologiche che ecografiche e talora anche biotiche per escludere glomerulonefriti croniche asintomatiche, ma potenzialmente evolutive, nefriti interstiziali croniche nefropatie ereditarie in fase iniziale, ecc. Innanzitutto bisogna distinguere il fenomeno della minzione di urine francamente rosse (macroematuria) dall'emissione di urine all'apparenza normali ma contenenti alcuni globuli rossi, che possono venir riscontrati con l'utilizzo degli appositi stick o con l'osservazione del sedimento (microematuria). In caso di macroematuria, innanzitutto va posta la diagnosi differenziale con le altre cause di urine rosse: mioglobinuria, porfiria, uso di fenazopirina, ingestione di barbabietole. Per valutare l'ematuria bisogna tener conto di diversi fattori: la fase della minzione, il tempo di comparsa, la persistenza nelle successive minzioni, il rapporto con il ciclo mestruale, la concomitanza di dolori nell'emissione di urine o di altri sintomi associati tipici

delle infezioni delle vie urinarie o sistemiche (febbre, malessere generale, artralgie). Inoltre bisogna sempre indagare la storia familiare, l'assunzione di farmaci, il sanguinamento in altri organi o un recente trauma. Bisogna distinguere le ematurie di origine glomerulare, ossia quelle successive ad un danno renale, da quelle che originano dalle altre vie urinarie. Nel caso di ematuria di origine glomerulare le urine contengono proteine, globuli rossi di forma alterata e spesso dei cilindri. In questo caso sono consigliati degli accertamenti ematochimici di funzionalità renale, che, su motivato sospetto clinico, possono comprendere anche altri parametri per valutare eventuali malattie sistemiche con interessamento renale. Inoltre andrà eseguito il dosaggio delle proteine nelle urine raccolte in 24 ore, l'elettroforesi di queste proteine urinarie e, se necessario, il dosaggio separato della proteinuria da sforzo e a riposo. Inoltre nelle urine possono essere dosati il calcio e l'acido urico, nonché possono essere ricercate e studiate morfologicamente le cellule delle alte e delle basse vie urinarie. Un'ecografia è quasi sempre indicata: può svelare la presenza di una o più cisti renali, o più semplicemente di una calcolosi. Gli accertamenti radiografici (urografia, pielografia ascendente) sono spesso molto utili per arrivare a una diagnosi: ad esempio nei bambini possono svelare malformazioni congenite delle

vie urinarie, che possono provocare reflusso vescico-ureterale con successiva nefropatia secondaria. Altre volte sono necessari esami endoscopici come la cistoscopia; in altri casi, per valutare in modo ottimale il tipo di alterazione renale, può essere indispensabile la nefrobiopsia.

Influenza dell'esercizio fisico in un soggetto affetto da nefropatia accertata

L'attività sportiva non sembra poter influire sull'evoluzione della nefropatia e non sembra poter alterare o influenzare la performance degli altri apparati; la progressione delle nefropatie è provocata da meccanismi immunitari, da fattori genetici, da infezioni ricorrenti e croniche delle vie urinarie e dall'ipertensione arteriosa: nessuno di questi fattori è influenzato dall'attività sportiva. L'unico dubbio, per ora non chiarito, può essere rappresentato dall'attivazione del sistema renina-angiotensina. In caso di una nefropatia glomerulare cronica o interstiziale cronica o nefropatia ereditaria, può essere concessa l'idoneità alla pratica sportiva agonistica se la funzione renale è normale, se l'insufficienza renale iniziale determina solo microematuria isolata e/o proteinuria modesta (inferiore a 1.0 gr/24 ore), se non c'è ipertensione arteriosa e se non ci sono alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico. I dubbi nascono quando esiste una situazione borderline (proteinuria circa 1 gr/24 ore, funzione renale lievemente ridotta con GFR 70 – 80 ml/min, se la pressione arteriosa risulta mal controllabile). In caso di ipertensione è utile sottoporre il soggetto a monitoraggio della pressione arteriosa sotto sforzo per evidenziare un eventuale incremento patologico provocato dall'esercizio fisico. In questi casi limite, si consiglia la pratica di attività sportive non esasperate e l'esecuzione di controlli più ravvicinati, a cadenza almeno semestrale. In caso nefropatie secondarie (es: Lupus Eritematoso Sistemico, nefropatia diabetica, ecc) oltre alla valutazione dell'interessamento renale occorre una valutazione sullo stato di attività della malattia di base per formulare l'idoneità ad attività sportiva agonistica e non agonistica intensa.

Controindicazioni

In presenza di insufficienza renale cronica media e avanzata in terapia conservativa, di ipertensione maligna, di anemia a genesi renale, di equilibrio idroelettrolitico alterato o anche di sola proteinuria elevata, l'attività sportiva intensa non agonistica è sconsigliata e quella agonistica controindicata. Esistono inoltre alcune condizioni nelle quali è controindicata la pratica di particolari discipline sportive, a causa dell'aumentato rischio di complicanze:

- in presenza di voluminose cisti renali evitare gli sport traumatici
- in caso di nefropatie interstiziali sodio disperdenti con deficit di concentrazione la disidratazione e l'iponatremia sotto sforzo sono più probabili e intense, possono essere accompagnate da ipotensione e provocano un aumentato rischio di complicanze
- in caso di sindrome nefrosica lo sforzo intenso aumenta il rischio trombotico (anche di embolia polmonare)
- in caso di interessamento renale, in corso di malattie sistemiche (esempio: glomerulo nefrite cronica in corso di Lupus Eritematoso Sistemico, albuminuria da iniziale nefropatia diabetica) oltre alla valutazione dell'interessamento renale occorre una valutazione sullo stato di attività della malattia di base per formulare l'idoneità ad attività sportiva agonistica e non agonistica intensa.

Un approccio diverso va riservato al paziente dializzato. Per lungo tempo l'attività fisica è stata sconsigliata a queste persone ma ormai numerosi studi della letteratura hanno dimostrato come nei pazienti sottoposti a dialisi l'esercizio fisico lieve-moderato associato a un costato monitoraggio medico abbia numerosi effetti positivi. Ormai le Linee Guida raccomandano l'attività fisica lieve-moderata nei pazienti dializzati poiché influenza positivamente la qualità di vita e la condizione clinica dei dializzati.

* Dott.ssa Chiara Venturelli
U.O. Nefrologia e Dialisi
Ospedale Santa Chiara - Trento

Un questionario pre-dialisi strumento di informazione e di conoscenza reciproca

La scelta della metodica dialitica in Trentino

di Alessandro Laudon e Diana Zarantonello*



L'insufficienza renale cronica (CKD) è una patologia che colpisce con diversi stadi di gravità il 5-10% circa della popolazione generale in Italia. Quando si avvicina la necessità della dialisi, è importante che il paziente sia adeguatamente informato riguardo le diverse possibilità terapeutiche che sono il trattamento dialitico extracorporeo (ED) e la dialisi peritoneale (DP). La DP è una metodica che si effettua a domicilio e che viene gestita dal paziente stesso o con la collaborazione dei famigliari. Riguardo la sopravvivenza dei pazienti nelle due metodiche, i dati della letteratura (confermati dalla nostra casistica locale) concordano sul fatto che essa è sovrapponibile. Diversi studi evidenziano che i pazienti in DP godono di una qualità di vita sovrapponibile o persino migliore rispetto a quelli sottoposti ad ED. Inoltre, aspetto non secondario

in questo momento di calo delle risorse, la DP risulta più economica rispetto all'ED. Nonostante tali aspetti positivi, la DP è una metodica ancora largamente sottoutilizzata: in Italia gli ultimi dati del Registro Nazionale Dialisi e Trapianto (2009) riportano un'incidenza dei pazienti in questa metodica del 10,5% con trend in calo negli ultimi anni. Le ragioni di questo ridotto utilizzo della DP sembrano essere legate principalmente a elementi organizzativi e gestionali (grandezza, natura pubblico o privata del Centro Dialisi) e dalla scelta personale del paziente, condizionata, oltre che da ragioni famigliari, anche da un'informazione non sempre precoce e puntuale riguardo le metodiche dialitiche. Riguardo la nostra realtà locale, la Provincia Autonoma di Trento possiede 7 Centri di ED (Ospedali di Rovereto, Arco, Tione, Cavalese, Borgo Valsugana, Cles e Trento),

ed un unico Centro di DP presso l'Ospedale Santa Chiara di Trento. Dal 2008 è stato attuato un programma di potenziamento dell'utilizzo della DP, con progressivo aumento dei pazienti incidenti fino a raggiungere un picco del 47% nel 2013. Questo obiettivo è stato raggiunto proponendo tale metodica ad un maggior numero di pazienti e offrendo la possibilità di effettuarla anche presso una Residenza Sanitaria Assistita (RSA) per i pazienti non autosufficienti e senza partner disponibile. Dal 2008 è stato poi introdotto l'utilizzo di un questionario informativo riguardante la DP, che viene proposto ai pazienti che devono iniziare a breve la terapia renale sostitutiva. La funzione di questo colloquio è duplice: da una parte serve agli infermieri per valutare se paziente e famigliari possono apprendere ed effettuare la DP, evidenziando eventuali criticità che andranno eventualmente affrontate in caso di scelta di questa metodica; dall'altra serve ad orientare il paziente nella scelta del tipo di dialisi più appropriata per la sua situazione. Abbiamo pensato di valutare i questionari effettuati dal 2008 ad oggi, per vedere se emergevano differenze tra i pazienti che scelgono l'ED e quelli che scelgono la DP. Grazie al supporto statistico dei Colleghi della Fondazione Bruno Kessler sono stati quindi analizzati 174 questionari, riferiti a 174 pazienti con IRC in fase avanzata, seguiti in follow-up ambulatoriale nefrologico. I questionari toccano gli aspetti che posso avere un peso nella scelta della metodica dialitica, ed in particolare i seguenti aspetti:

- area famigliare (situazione famigliare, persone presenti al colloquio, necessità e disponibilità del partner);
- area personale (idoneità fisica, movimento, autonomia nel lavarsi e nel nutrirsi, situazione lavorativa, distanza dal Centro di ED);
- area cognitiva-emotiva (comprensione, stato emotivo, atteggiamento alla DP).

Dei 174 questionari totali, 90 sono riferiti a pazienti che hanno scelto l'ED e 84 la DP.

Le differenze statisticamente significative emerse riguardano:

- lo stato emotivo: i pazienti che scelgono la DP sono più emotivi e tristi, mentre quelli che scelgono l'ED risultano più insicuri ($p=0,007$);
- l'atteggiamento nei confronti della DP: chi la sceglie ha un atteggiamento positivo nel 88% dei casi, verso un 39% di chi sceglie l'ED ($p=0,000$);
- la disponibilità del partner: il partner risulta disponibile nell'82% di chi sceglie la DP e nel 50% dei casi di chi sceglie l'ED ($p=0,000$);
- la distanza dal Centro di ED: chi sceglie la DP abita più lontano dal Centro di ED ($p=0,001$);
- la situazione lavorativa: chi sceglie la DP ha più spesso un lavoro ($p=0,046$).

Non sono emerse invece differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'età, il nucleo familiare, il grado di autonomia e la nazionalità.

Conclusioni

Dai nostri questionari emergono alcuni aspetti che sembrano differenziare i pazienti che optano per una o l'altra metodica. Vediamo di formulare delle ipotesi che possano spiegare tali differenze. Per quanto riguarda il profilo psicologico (che ha tuttavia il significativo limite di essere basato solo su impressioni soggettive e non su test diagnostici!) i pazienti che scelgono la DP risultano più spesso "tristi" ed "emotivi": possiamo ipotizzare che questi due stati d'animo pur avendo una connotazione negativa, riflettano una maggior presa di coscienza del problema di salute da parte del paziente che è quindi più motivato a prendersene carico, scegliendo di diventare egli stesso protagonista della propria cura. Al contrario, i pazienti che scelgono l'ED risultano più "insicuri" e probabilmente optano per tale metodica perché la dialisi ospedaliera li fa sentire più protetti e rassicurati in quanto effettuata da personale specializzato. La disponibilità dei famigliari nell'aiutare il paziente che decide di farsi carico della propria terapia emerge come elemento che condiziona positivamente la scelta della DP, e questo è da collegare al fatto che i famigliari in questa metodica giocano un ruolo

BIBLIOGRAFIA

- GIUSEPPE CONTE, M. PACILIO, C. GAROFALO, M.E. LIBERTI, M. PROVENZANO. Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia e strategie per la prevenzione. GIN 2014;6
- KARLIEN FRANCOIS. Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2014;7:447-455
- THEOFILUO P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. J Clin Med Res. 2011; 3(3):132-8
- VIGLINO G. Analysis of the factors conditioning the diffusion of peritoneal dialysis in Italy. NTD 2007;22(12):3601-5

di supporto materiale ed emotivo molto importante. Inoltre risulta che i pazienti in DP abitano più distanti dal Centro di ED; probabilmente questa lontananza li scoraggia ad effettuare l'ED perché li costringerebbe a perdere più tempo negli spostamenti. Infine i pazienti che scelgono la DP risultano più spesso lavoratori; ciò si collega probabilmente al fatto che la DP permette una maggiore flessibilità, adattandosi meglio alle esigenze del paziente. Non risultano invece influenzare la scelta dialitica l'età, il nucleo familiare ed il grado di autonomia; questo aspetto è da correlare in parte alla possibilità di effettuare la DP nelle RSA. Infine, nemmeno la nazionalità del paziente ostacola la scelta della DP, anche se nella nostra casistica i pazienti stranieri erano un numero esiguo.

Possiamo quindi affermare che i questionari pre-dialisi nella nostra realtà si sono rivelati uno strumento utile sia per incentivare la scelta alla dialisi peritoneale (quasi la metà dei pazienti che hanno effettuato questo colloquio ha poi scelto di effettuare la DP), sia per conoscere meglio le caratteristiche del paziente che sceglie l'una o l'altra metodica.

Un caloroso ringraziamento va agli infermieri della dialisi peritoneale, Anna, Fabio, Ilaria e Luisa che hanno raccolto e continuano instancabilmente e pazientemente a raccogliere questi preziosi questionari!

* Dott. Alessandro Laudon
Dott.ssa Diana Zarantonello
U.O. Nefrologia
Azienda Provinciale Per i Servizi Sanitari - Trento

I batteri che rappresentano degli alleati vitali per la nostra salute

Il microbiota intestinale

di Diana Zarantonello e Alessandra Dallagassa *

Il nostro pensiero associa i batteri in prima battuta a pericolosi nemici da combattere attraverso l'uso di antibiotici e disinfettanti. Ma il nostro organismo, fin dal momento della nascita, viene colonizzato da una moltitudine di batteri, che, nella maggior parte dei casi, vive in coesistenza pacifica con l'ospite umano. Alcuni di essi albergano sulla cute (si tratta prevalentemente di stafilococchi), nelle cavità nasali, nel tratto genito-urinario. Tuttavia la grande maggioranza di essi (circa il 70%) si localizza nel nostro apparato gastrointestinale, tappezzando la bocca, l'esofago, lo stomaco e poi, in numero sempre crescente, l'intestino tenue ed infine quello crasso, che contiene la quantità maggiore di batteri. Le differenti specie di batteri contenute nel nostro organismo costituiscono il microbiota o la microflora normale. Nell'uomo il microbiota rappresenta una massa molto consistente, di circa 10^{14} cellule batteriche, numero che è dieci volte superiore a tutte le cellule dell'organismo umano e, in totale, raggiunge un peso di circa 8 etti-1 kg!

Ci concentreremo ora sul microbiota più studiato, poiché sembra avere maggiori ripercussioni sulla salute umana, cioè quello che si localizza a livello intestinale. Esso si forma subito dopo la nascita, già durante il parto, quando l'apparato gastro-intestinale del neonato viene rapidamente colonizzato da batteri provenienti dalla madre e dall'ambiente esterno. Alcuni studi hanno evidenziato che il tipo di microbiota "precoce" che si forma nei primi giorni dopo la nascita è influenzato anche dal tipo di parto (vaginale o cesareo) e dal tipo di allattamento (al seno o artificiale). La diversità delle

specie batteriche in esso contenute aumenta gradualmente fino all'età di 2 - 4 anni e sembra che questo processo di diversificazione sia influenzato almeno in parte dalla dieta, dall'assunzione di antibiotici, da eventi stressanti; successivamente la sua composizione parrebbe restare relativamente stabile. Si calcola che nell'intestino umano esistano almeno 500-1000 specie batteriche diverse, che appartengono perlopiù a due Phyla (categorie tassonomiche): i Firmicutes (che comprendono tra gli altri i generi dei Lactobacillus, Bacillus e Clostridium) ed i Bacteroides. Esistono poi altri Phyla meno rappresentati, che sono i maggiori responsabili delle differenze interindividuali: Actinobacteria, Proteobacteria, Fusobacteria, Spirochetes e Verrucomicrobia. Le abitudini alimentari possono modificare la percentuale prevalente di questi Phyla, come vedremo più avanti.

Funzioni del microbiota

I batteri che compongono il nostro microbiota sono per la maggior parte innocui e vivono in simbiosi col nostro organismo, svolgendo funzioni che risultano vitali per il nostro benessere. Un microbiota "sano" è caratterizzato da un'elevata diversificazione delle specie batteriche in esso contenute e dalla capacità di resistere alle modifiche indotte da eventi esterni.

Funzione nutritiva. In primo luogo i batteri intestinali sintetizzano alcune vitamine (come vit. K, B1, B6 e folati) e favoriscono l'assorbimento di importanti sostanze nutritive come calcio, magnesio e ferro. Inoltre attuano la fermentazione del residuo dietetico non digeribile, generando nutrienti più piccoli che poi



Figura 1

possono essere assorbiti. Questo permette all'organismo di utilizzare importanti sostanze contenute nella dieta che altrimenti andrebbero perse con le feci. Inoltre tali residui non digeriti rappresentano substrati nutritivi che favoriscono la crescita e la proliferazione degli stessi batteri. Le sostanze non digeribili più importanti sono rappresentate da alcuni carboidrati come gli amidi, la cellulosa, le pectine, le gomme resistenti, alcuni oligosaccaridi e i poliacoli non assorbibili. Il metabolismo di questi nutrienti (contenuti prevalentemente negli alimenti vegetali sotto forma di fibre [vedi Figura 1]) porta alla generazione di *acidi grassi a catena corta* (in inglese Short-Chain Fatty Acid, SCFA), come acido acetico, acido butirrico e acido propionico, che hanno un'importante azione trofica sull'epitelio intestinale e rafforzano l'integrità della barriera intestinale. Inoltre gli SCFA sono in grado di contrastare la generazione e lo sviluppo di cellule neoplastiche e svolgono un'importante azione anti-infiammatoria. Anche il metabolismo anaerobico delle proteine animali (che si chiama "putrefazione") produce gli SCFA, ma genera anche sostanze potenzialmente tossiche come ammoniaca, fenoli, tioli che

determinano abbondante produzione di gas endoluminale con possibile irritazione della mucosa intestinale.

Regolazione della risposta immunitaria locale e sistemica. L'intestino è un organo centrale nello sviluppo del sistema immunitario. Infatti da un lato è l'organo più ricco di stazioni linfonodali (responsabili delle risposte immunitarie umorali, che prevedono cioè la produzione di anticorpi), che complessivamente formano il cosiddetto GALT (dall'inglese Gut-Associated Lymphoid Tissue), d'altra parte è anche quello maggiormente esposto al contatto con sostanze esterne sia innocue, sia potenzialmente patogene. La microflora intestinale si trova localizzata nel lume intestinale, in un punto strategico, a stretto contatto sia con i residui alimentari, sia con la parte apicale degli enterociti (le cellule che rivestono la parete intestinale). Grazie a questa localizzazione è in grado di formare ed "educare" il sistema immunitario a livello locale e sistemico, soprattutto nelle prime fasi dello sviluppo. Infatti da un lato è in grado di promuovere la risposta immunitaria verso possibili microrganismi patogeni, inducendo da parte dei linfociti la produzione di anticorpi, dall'altra "insegna" alle cellule immunitarie a "tollerare" (immunologicamente parlando) alcune sostanze innocue, come le sostanze alimentari e i batteri non patogeni. Questo effetto regolatorio attuato dal microbiota è

reso possibile grazie a complessi meccanismi molecolari che coinvolgono la produzione di fattori pro- e anti-infiammatori da parte dei batteri e da parte delle cellule immunitarie dell'ospite che complessivamente creano un equilibrio dinamico e virtuoso. È quindi evidente che un microbiota alterato può essere corresponsabile dello sviluppo di patologie generate da un'alterata risposta immunitaria, come alcune malattie autoimmuni.

Contrasto alla colonizzazione di batteri patogeni (patobionti). Una flora intestinale sana e diversificata contrasta la crescita di batteri potenzialmente patogeni che, danneggiando la mucosa intestinale e penetrando nel torrente ematico, potrebbero generare infezioni sistemiche. Questa azione protettiva viene attuata attraverso alcuni meccanismi: in primo luogo i batteri residenti sono ancorati alle cellule dell'intestino grazie a specifiche molecole di adesione che non possono essere utilizzate dai batteri patogeni, i quali non riescono quindi ad aderire alla mucosa; inoltre la microflora intestinale sana consuma normalmente tutti i substrati nutritivi sottraendoli ad eventuali patogeni impedendone così la proliferazione; infine i batteri residenti sono in grado di produrre sostanze ad azione antimicrobica locale chiamate "batteriocine" in grado di inibire in modo diretto la crescita di altri microrganismi. A questo si aggiunge, come già detto, l'azione trofica sugli enterociti attuata da al-

cuni metaboliti (SCFA) generati dalla fermentazione batterica con conseguente rafforzamento della barriera di membrana intestinale.

Quando il microbiota è alterato

Un microbiota alterato (disbiosi) è caratterizzato da una ridotta diversificazione delle specie batteriche, con minor rappresentazione di batteri "simbiotici" e/o presenza di batteri patogeni e con una ridotta capacità di resistere ad eventi stressanti. Alla luce del suo ruolo nella buona funzionalità del sistema immunitario e nel metabolismo di molte sostanze provenienti dall'alimentazione, le sue alterazioni si correlano con lo sviluppo di patologie che coinvolgono sia il GIT, sia tutto l'organismo. Vediamo ora i meccanismi attraverso i quali una disbiosi intestinale può influenzare lo sviluppo di alcune patologie.

Produzione di sostanze tossiche a livello locale: la presenza di specie batteriche in grado di produrre sostanze tossiche che danneggiano l'epitelio intestinale e attivano una situazione di infiammazione locale (anche indebolendo la barriera intestinale e rendendola più permeabile) è uno dei meccanismi riconosciuti nello sviluppo delle malattie infiammatorie croniche intestinali (*morbo di Chron* e *Rettoocolite Ulcerosa*). La microflora intestinale dei pazienti affetti da queste patologie risulta infatti alterata sia per la presenza di batteri (come *Desulfovibrio* e *Fusobacterium varium*) in grado di invadere l'epitelio intestinale e in grado di produrre solfuro che ha un effetto irritante sulla mucosa, sia per la contemporanea riduzione delle specie batteriche con proprietà antiinfiammatorie. Riguardo l'influenza della dieta, è stato osservato che in topi affetti da queste patologie un'alimentazione ricca di grassi omega 6 polinsaturi (contenuti nei grassi animali, come latticini e carne) è in grado di esacerbare la malattia. Anche nell'insorgenza del cancro del colon rettile (CCR) sembra che la microflora intestinale alterata giochi un ruolo simile: infatti i pazienti affetti da questa patologia mostrano una riduzione di quei batteri in grado di

Dove trovarle

Alcune delle principali fonti di fibra
(valori per etto di alimento crudo, al netto degli scarti)

D'ARCO

■ Cereali e derivati

	Grammi
 Orzo perlato	9,2
 Fiocchi d'avena	8,3
 Pane integrale	6,5
 Pasta integrale	6,4
 Biscotti integrali	6

■ Legumi

	Grammi
 Fagioli borlotti secchi	17,3
 Lenticchie secche	13,8
 Ceci secchi	13,6
 Piselli freschi	6,3

Fonte: Tabelle INRAN

■ Verdure

	Grammi
 Carciofi	5,5
 Radicchio rosso	3
 Porri	2,9
 Melanzane	2,6
 Finocchi	2,2

■ Frutta

	Grammi
 Fichi secchi	13
 Lamponi	7,4
 Pere (senza buccia)	3,8
 Mele con buccia	2,6
 Kiwi	2,2

produrre acido butirrico ed altre sostanze ad azione antinfiammatoria, con aumento "compensatorio" di altre specie batteriche ad azione meno benefica. Anche in questo caso la dieta sembra influenzare l'insorgenza della disbiosi e del cancro: crescenti evidenze in letteratura infatti mostrano come un ridotto introito di fibre alimentari (vedi figura 1) correli con un aumentato rischio di CCR. Al contrario, l'assunzione costante di fibre risulterebbe protettiva favorendo la proliferazione di specie batteriche in grado di produrre una grande quantità di SCFA che hanno un effetto antineoplastico e antiinfiammatorio.

Aumento della permeabilità intestinale: una disbiosi intestinale crea le condizioni per un indebolimento della barriera intestinale che porta a un più facile passaggio di sostanze provenienti dalla dieta e di batteri nel circolo sanguigno. Inoltre il ripetuto passaggio nel sangue dei batteri, che contengono una proteina detta Lipopolisaccaride (LPS) in grado di attivare il sistema immunitario, porta ad una condizione di infiammazione cronica. Questi due meccanismi, il passaggio in circolo di sostanze non adeguatamente "preparate" e uno stato di attivazione anormale del sistema immunitario, potrebbero essere implicati, in individui geneticamente predisposti, nello sviluppo di Diabete Mellito di tipo I. I bambini affetti da questa malattia mostrano infatti una situazione di disbiosi intestinale (riduzione di batteri con effetti benefici sulla mucosa come Bifidobacterium e Lactobacillus e aumento di altre specie) che potrebbe favorire l'insorgenza del processo patologico.

Produzione di sostanze tossiche a diffusione sistemica: in presenza di una disbiosi intestinale vi può essere la selezione e quindi la crescita eccessiva di ceppi batterici che possiedono la capacità di metabolizzare alcuni nutrienti contenuti nella dieta generando sostanze che, dopo essere state assorbite, hanno un effetto tossico a livello di alcuni organi a distanza. Sembra che questo meccanismo possa essere implicato nello sviluppo dell'aterosclerosi accelerata indipendente dai livelli di colesterolo.

BIBLIOGRAFIA:

YEE KWAN CHAN et al. Clinical Consequences of Diet-Induced Dysbiosis. *Ann Nutr Metab* 2013;63 (suppl 2):28-40

SABATINO A, FIACCADORI E. et al. Alterations of intestinal barrier and microbiota in chronic kidney disease. *NDT* 2014; 0:1-10

S. KUNDE, A. PHAM; S. BONCZYK; C. TERI; M. DUBA; H. CONRAD; D. CLONEY; S. KUGATHASAN, Safety, Tolerability, and Clinical Response after Fecal Transplantation in Children and Young Adults with Ulcerative Colitis. in *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2013; 56(6):597-601

GORDON JL et al. Cultured gut microbiota from twins discordant for obesity modulate adiposity and metabolic phenotypes in mice. *Science* 2013 Sep 6;341(6150):1241-1244

KOETH RA et al. Intestinal microbiota metabolism of L-carnitine, a nutrient in red meat, promotes atherosclerosis. *Nature Med* 2013 May;19(5):576-85.

lo. Infatti diversi studi in letteratura hanno evidenziato che un prodotto del metabolismo batterico intestinale chiamato TMAO (da TriMetilAmin-N-Ossido), derivate dal metabolismo intestinale della L-carnitina (abbondante nelle carni rosse) così come della colina e della fosfatidilcolina, ha un effetto pro-aterogenetico. Uno studio americano effettuato su 77 pazienti ha evidenziato che i soggetti che consumavano frequentemente carni rosse avevano un microflora intestinale che era "più allenata" a metabolizzare questa sostanza, e quindi, dopo la sua assunzione presentavano livelli più elevati di TMAO nel sangue e nelle urine. Invece se i soggetti "carnivori" venivano sottoposti a una terapia antibiotica ad ampio spettro che distruggeva il loro microbiota "allenato", o se la L-carnitina era somministrata a vegetariani o vegani (che possedevano un microbiota non abituato a metabolizzare quella sostanza), i livelli di TMAO nel sangue e nelle urine erano molto inferiori. Questo lavoro spiega bene come la produzione di sostanze tossiche da parte di un microbiota alterato possa essere potenziata da un certo tipo di dieta (povera di fibre e vegetali e con consumo frequente di carni rosse in questo caso). Il tipo di dieta è in grado quindi di favorire la crescita di specie batteriche ad azione benefica così come di specie batteriche potenzialmente dannose. Questo concetto lo ritroviamo in un recente studio pubblicato su *Science* che indaga lo sviluppo di obesità in modelli animali: è stata prelevata la flora intestinale di quattro coppie di gemelli umani, in cui uno era magro e l'altro obeso e sono state introdotte in topi allevati precedentemente in un

ambiente privo di germi. Topi magri, colonizzati con la flora microbica di un gemello obeso guadagnavano rapidamente peso. Tuttavia se si mettevano nelle stesse gabbie i topi magri con quelli obesi, vi era il passaggio "per contaminazione" di materiale batterico intestinale dai topi magri a quelli obesi: questo comportava una modifica del loro microbiota che consentiva l'acquisizione di profili metabolici propri dei topi magri, consentendo loro di dimagrire. Tuttavia, se i topi obesi venivano sottoposti a dieta priva di fibre e ricca di zuccheri e grassi omega 6 (la cosiddetta dieta "americana"), neppure l'innesto del microbiota del topo magro consentiva il dimagrimento! Concludendo, possiamo affermare che il microbiota influenza il buon funzionamento del nostro organismo, e che lo sviluppo di un microbiota sano è condizionato dalla dieta. A questo punto, una domanda si sorge sicuramente spontanea: il microbiota intestinale gioca un ruolo anche nello sviluppo delle malattie renali? La risposta è affermativa, ma affronteremo questo argomento nel prossimo numero, nel quale parleremo anche dell'utilizzo dei pre-biotici, pro-biotici e simbiotici e conosceremo anche una terapia sperimentale molto curiosa che è il "trapianto fecale".

* Dott.ssa Diana Zarantonello
UO Nefrologia e Dialisi
Ospedale Santa Chiara - Trento

* Dott.ssa Alessandra Dallagassa
Clinica Universitaria di
Nefrologia e Dialisi
Ospedale Civile Maggiore -
Verona

Che cosa è la psoriasi

di Serena Belli

La psoriasi è una infiammazione cronica e recidivante della pelle, caratterizzata da chiazze di eritema, ben delimitate, sopra le quali si notano squame biancastre, secondarie ad un ispessimento dello strato corneo della cute. Le lesioni possono interessare piccole zone cutanee, ma talvolta sono molto estese, occupando gran parte della superficie cutanea. Localizzazioni tipiche sono i gomiti, le ginocchia, la zona peri-ombelicale, le unghie, il cuoio capelluto. Nei casi in cui le lesioni sono più diffuse, la localizzazione può raggiungere praticamente ogni distretto corporeo.

La malattia non è infettiva né contagiosa. La causa, o meglio dovremmo dire *le cause*, della psoriasi sono molteplici, infatti è definita malattia multifattoriale. Ciò significa che sono molti i fattori che la determinano, interagendo tra di loro. Alcuni sono fattori genetici, altri sono ambientali. Tra questi ultimi, quelli psicologici (lutti, stress, incidenti) e la assunzione di certi farmaci giocano, verosimilmente, un ruolo importante. Anche gli stili di vita ed una alimentazione scorretta, causa di sovrappeso od obesità, sembrano

incidere sulla comparsa e la gravità della psoriasi.

Il meccanismo patogenetico è di tipo **immunologico**, con il coinvolgimento di cellule di Langherans e linfociti T, che producono citochine proinfiammatorie con proliferazione di cheratinociti e una riproduzione accelerata delle cellule dell'epidermide. Il *turn over* cellulare passa da 28 a 4 giorni. È una malattia molto diffusa, interessando circa il 2 per cento della popolazione; maschi e femmine ne sono ugualmente affetti.

Dal punto di vista del trattamento, la psoriasi è una malattia complessa, anche se negli ultimi anni sono stati scoperti nuovi farmaci, indicati soprattutto nelle forme più gravi (ciclosporina, methotrexate, acitretina e farmaci detti "biologici"), dato che possono presentare effetti collaterali anche impegnativi. Per le forme lievi e moderate l'arsenale terapeutico è certamente più maneggevole, essendo indicati - tra gli altri farmaci - anche la fototerapia con raggi UVB o PUVA, la terapia termale con acque specifiche e la elioterapia. Questi ultimi trattamenti, che potremmo definire "naturali", possono essere di supporto anche nelle forme gravi nei periodi di sospensione dei farmaci.

Quando la psoriasi si associa alla malattia reumatica?

La malattia reumatica associata alla psoriasi è l'espressione di un processo infiammatorio che si sviluppa all'interno e in stretta vicinanza dell'articolazione. Ci sono aspetti che contraddistinguono questa forma reumatica includendola nel gruppo che coinvolge la parte assiale del corpo (colonna, bacino) altri che la fanno assomigliare all'artrite reumatoide. In generale l'artrite psoriasica va a interessare una percentuale variabile dal 6 al 39% di soggetti con psoriasi in modo indipendente dalla gravità della malattia cutanea. Alcune evidenze suggeriscono che la severità della psoriasi è associata a un aumento del rischio ma non a un'augmentata severità dell'artrite. Le lesioni cutanee in genere precedono la forma articolare nell'80% dei casi, in genere di alcuni anni. In circa il 10-15% i sintomi articolari e segni cutanei esordiscono simultaneamente e in un altro 10-15% precedono l'insorgenza della psoriasi contribuendo a rendere più difficile la diagnosi. In alcuni casi di artrite psoriasica la malattia cutanea è molto limitata oppure è presente solo una predisposizione dimostrata dalla presenza di psoriasi nei familiari. Globalmente l'artrite psoriasica si stima che interessi lo 0.3-1% della popolazione, una frequenza simile a quella dell'artrite reumatoide.

Qual è la causa?

Non sono ancora chiaramente definiti i meccanismi attraverso i quali origina la malattia cutanea e articolare. La patogenesi è complessa e multifattoriale e vi contribuiscono fattori genetici predisponenti ed eventi ambientali. Il rischio di sviluppare un'artrite psoriasica nei parenti di primo grado delle persone affette può essere fino a 30-40 volte più alto rispetto alla popolazione generale. In entrambe le manifestazioni, pelle e articolazioni, alla base c'è un'eccessiva e anomala attivazione di cellule del sistema immunitario (linfociti) che interagiscono con altre cellule dei piccoli vasi, della base dell'epidermide e della membrana sinoviale favorendo la produzione di piccole molecole (citochine) che



Terme di Comano

Ne soffre il 2% della popolazione generale

Artrite psoriasica: domande e risposte

di Roberto Bortolotti*

amplificano la reazione infiammatoria e inducono a un'eccessiva proliferazione delle cellule che compongono la pelle (cheratinociti.)

Come si manifesta la malattia?

L'artrite è un processo infiammatorio che conduce a dolore, tumefazione e limitazione articolare con sede variabile anche se polsi, mani, piedi e ginocchia sono le parti più interessate. Si possono riconoscere diverse forme cliniche:

- interessamento prevalente alle articolazioni interfalangee distali delle mani
- poliartrite simmetrica che interessa mani e piedi in modo molto simile all'artrite reumatoide
- oligoartrite (ossia meno di 5 articolazioni) asimmetrica
- interessamento del rachide (spondilite)
- forma che interessa le piccole articolazioni delle mani o dei piedi con importante azione di riassorbimento osseo che può condurre ad un accorciamento del dito (forma mutilante).

Quest'ultima è fortunatamente la forma meno frequente. In generale l'artrite tende a persistente nel tempo conducendo, se non trattata, a erosioni articolari e deformità in circa la metà dei soggetti. L'interessamento della colonna vertebrale riguarda una percentuale variabile dal 5 al 36% dei pazienti con artrite psoriasica. Può coinvolgere alcuni tratti della colonna o la zona del bacino con infiammazione della articolazione sacroiliaca. Il dolore è tipicamente di tipo infiammatorio: presente a riposo, maggiore al mattino con prolungata rigidità,



Artrite al ginocchio sinistro

migliora con moderato esercizio fisico. Localizzato in regione glutea con irradiazione verso la coscia può assomigliare a un dolore da "sciatica". Tipica di questa forma morbosa è l'entesite ossia l'infiammazione della entesi così come viene definita la zona di passaggio ed inserzione del tendine sull'osso. Il dolore in questi casi può interessare la pianta del piede per la fascite plantare o la regione posteriore del calcagno per l'entesite del tendine achilleo. Altre zone di entesi possono essere le salienze ossee dei gomiti, lungo la creata iliaca e anche nella regione toracica anteriore nel passaggio tra sterno e coste o clavicola. Un altro aspetto clinico tipico della artrite psoriasica è la comparsa delle dattilite o dito a "salsicciotto". Si tratta di una tumefazione diffusa di un intero dito dovuta a una combinazione di infiammazione dei tendini (tenosinovite del flessori) e una infiammazione più prettamente articolare (sinovite della articolazione interfalangea). Può interessare una o più dita con-



Dattilite



Poliartrite psoriasica



Uveite: si può associare alla artrite psoriasica e ad altre spondiloartrite

temporaneamente con tumefazione, arrossamento, calore e limitazione al movimento. A volte, dopo un esordio acuto, si osserva una fase cronica con persistenza della tumefazione dei tessuti molli del dito ma assenza del dolore. In alcuni casi la tumefazione molle, più o meno dolorosa, riguarda l'intero dorso della mano e si può improntare con il dito (segno della fovea) dando origine a una sindrome clinica che si osserva anche in altre condizioni reumatiche e non reumatiche definita mano a "guantone da boxe" espressione dell'accumulo di liquido infiammatorio nelle strutture tendinee e articolari.

Oltre alla pelle ed al sistema scheletrico sono coinvolti anche altri distretti? Effettivamente si tende a definire la malattia psoriasica come una forma patologia eterogena. I pazienti con artrite psoriasica possono soffrire di forme infiammatorie all'occhio e all'intestino. Esiste inoltre una aumentata prevalenza di sindrome metabolica caratterizzata da obesità, ipertensione, diabete e iperlipidemia. Da ricordare inoltre che se l'obesità è, tra le altre cose, un fattore di rischio per la comparsa della psoriasi è anche vero che il calo del peso in eccesso migliora l'effetto delle cure e quindi contribuisce al controllo della malattia e delle sue complicanze.

Quali sono i sintomi precoci?

Allo stato attuale non esistono dei marker specifici sia clinici che genetici che possono farci prevedere, tra i soggetti psoriasici, chi andrà incontro all'artrite. Analogamente a quanto è accaduto per la artrite reumatoide l'attenzione è posta al riconoscimento della malattia fin dalle prime fasi e grazie a nuove tecniche diagnostiche (ecografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia articolare) ed alla più attenta osservazione clinica, è possibile definire tempestivamente la presenza di affezione. Il dolore localizzato ad alcune articolazioni, in particolare se persistente e associato a tumefazione locale, induce all'approfondimento diagnostico nei pazienti che già presentano psoriasi o che hanno familiari con questa malattia. Esistono vari semplici que-

stionari a punteggio che possono aiutare il precoce riconoscimento della artrite psoriasica. Di seguito si propone il questionario EARP (Early Arthritis for Psoriatic patients) che può essere utilizzato nei soggetti con psoriasi. Ad ogni risposta affermativa si assegna il punteggio pari a 1. Un punteggio di almeno 3 è indice di artrite psoriasica.

Come si può fare la diagnosi?

Non esistono dei parametri univoci diagnostici ma negli ultimi anni si sono evidenziati alcuni elementi più indicativi di questa affezione e quindi si sono definiti dei criteri classificativi con sufficiente sensibilità e specificità da poterli utilizzare come aiuto diagnostico. Per la diagnosi si considera la presenza di una malattia infiammatoria articolare (articolazioni periferiche, rachide, entesi) assieme ad alcuni elementi tra cui la psoriasi, anche se avuta in passato o presente in un familiare, e/o un rigonfiamento esteso a tutto il dito (dattilite) o alcune modifiche tipiche all'esame radiologico. Anche la assenza del fattore reumatoide nei siero, dato già da tempo definito come elemento distintivo per esempio con l'artrite reumatoide, è compreso nei criteri classificativi.

Quali sono le conseguenze?

Questa forma di reumatismo infiammatorio ha un andamento variabile. Può dare manifestazioni cliniche limitate ma non va sottovalutata in quanto può condurre a progressivo danno osteoarticolare. Circa il

20% dei pazienti sviluppa una forma di artrite distruttiva e debilitante. Disabilità e peggioramento della qualità di vita sono implicate nei pazienti con artrite psoriasica allo stesso modo che nei pazienti con artrite reumatoide. È molto importante quindi identificare quei fattori prognostici che aiutino a riconoscere precocemente le forme più aggressive per poter instaurare un trattamento efficace. L'interessamento di un maggior numero di articolazioni e il riscontro di iniziali erosioni ossee all'esame radiologico sono attualmente considerati i marcatori clinici più rilevanti per il decorso sfavorevole.

Qual è la cura?

La terapia varia a seconda della espressione clinica: interessamento prevalente delle articolazioni periferiche o della colonna, interessamento localizzato (entesi, dattilite) o coinvolgimento cutaneo. I farmaci di primo aiuto appartengono al gruppo dei FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei); spesso questi farmaci vengono prescritti per un tempo limitato di alcuni giorni, eventualmente ripetibili in base alla entità della flogosi e della sintomatologia dolorosa. Nella artrite psoriasica l'uso di cortisone per via generale è limitato a fasi di riaccutizzazione ma sempre con cautela in quanto si può verificare una riaccutizzazione dell'impegno cutaneo alla loro sospensione. Risulta spesso utile invece l'uso degli steroidi per via locale (infiltrazioni) specie per il trattamento delle monoartriti o delle entesiti localizzate. Una singola articolazione non dovrebbe, in generale, essere infiltrata per più di tre volte nell'arco dell'anno. I farmaci cosiddetti di fondo invece vanno assunti regolarmente e hanno la proprietà di modificare il decorso della malattia agendo sulle cause della infiammazione. Il farmaco più utilizzato, analogamente a quanto accade nella artrite reumatoide, è il methotrexate che in genere risulta efficace sia sull'infiammazione articolare che per la malattia cutanea. Anche leflunomide e ciclosporina possono essere utilizzati con la stessa indicazione. La salazopirina si può utilizzare per curare la forma articolare ma non

Tabella 1: questionario EARP (Tinazzi et al. Rheumatology 2012): ad ogni risposta affermativa si assegna il punteggio pari a 1. Un punteggio di almeno 3 è indice di artrite psoriasica.

Hai dolore alle articolazioni?	Si	No
Hai assunto farmaci antinfiammatorio per più di due volte alla settimana per dolori articolari negli ultimi 3 mesi?	Si	No
Ti svegli alla notte a causa di dolori alla schiena?	Si	No
Quando ti svegli senti le mani rigide per almeno mezz'ora?	Si	No
Hai dolori alle mani (polsi, dita)?	Si	No
Hai notato gonfiore alle mani (polsi, dita)?	Si	No
Hai mai provato dolore ad un dito che è rimasto gonfio per più di tre giorni?	Si	No
Hai dolore o gonfiore al tendine di Achille?	Si	No
Hai dolore a piedi o caviglie?	Si	No
Hai dolore a gomiti o alle anche ?	Si	no

agisce sulla psoriasi. L'effetto di questi farmaci sulla artrite si evidenzia dopo i primi mesi di trattamento e riguarda la localizzazione agli arti mentre l'interessamento infiammatorio al rachide e bacino (sacroiliache) risente meno di queste molecole.

Un altro gruppo importante di farmaci, di più recente introduzione, è quello dei farmaci biotecnologici (o biologici). Sono farmaci che agiscono efficacemente sia sull'impegno articolare periferico che su quello assiale oltre che sulla patologia cutanea. Questi sostanze, che si comportano come gli anticorpi prodotti dall'organismo, antagonizzano una piccola sostanza proteica (citochina) molto importante nei processi infiammatori chiamata TNF alfa (tumor necrosis factor alfa). Attualmente sono presenti diverse molecole (infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab) che condividono lo stesso bersaglio (TNF) ma si differenziano per modalità di somministrazione e durata di azione. Altre piccole molecole inoltre sono state scoperte come importanti per lo sviluppo della malattia e sono il bersaglio di nuovi farmaci (ustekinumab) o lo saranno prossimamente (secukinumab, apremilast). Sono state definite delle linee guida per l'utilizzo dei farmaci biologici nella artrite psoriasica. Questi medicine, per i loro rischi di effetti collaterali e per il loro alto costo, vanno usate sostanzialmente se le altre terapie tradizionali falliscono. Possono essere impiegate anche nel trattamento della psoriasi grave senza artrite. Le linee guida diversificano la loro possibilità d'uso a seconda del tipo di manifestazione clinica. In linea generale, quando le indicazioni sono corrette, un miglioramento significativo avviene nella maggior parte dei casi entro le prime settimane e l'andamento va verificato periodicamente affinché non compaiano effetti indesiderati o perdita di efficacia.

* Dott. Roberto Bortolotti
U.O di Reumatologia
Ospedale Santa Chiara - Trento

La percezione della paura nei pazienti in emodialisi

di Susam Fratton, Cristina Ghesla, Alessandra Zambotti*

Ad Anna Maria Candioli. Con la sua lungimiranza e generosità, continua a stimolare tutti noi che l'abbiamo conosciuta, nella ricerca di miglioramenti nella nostra professione infermieristica. Le dobbiamo l'impegno di rendere l'esperienza dialisi meno traumatica possibile per i pazienti e di favorire il massimo grado di autonomia personale.

Questo lavoro ha partecipato al concorso per la borsa di studio Anna Maria Candioli, vincendo il primo premio ex equo con quello, che segue nelle pagine successive, sulla "Sessualità in dialisi peritoneale".



Come possiamo immaginare, la terapia sostitutiva emodialitica è un trattamento molto impegnativo dal punto di vista psicologico, sociale e familiare. In questo contesto, la percezione di noi infermieri è quella che, spesso, la paura sia un sentimento presente tra i pazienti emodializzati. Ne consegue un comprovato effetto negativo sulla qualità della loro vita.

Partendo da tali considerazioni, il gruppo di infermieri professionali

della Sezione Emodialisi dell'ospedale S. Chiara ha deciso di studiare questo sentimento con l'obiettivo di definire le aree critiche dalle quali nasce il disagio del paziente, ma anche di proporre delle efficaci misure correttive nell'approccio infermieristico. Quello che sembrava certamente importante era incominciare ad affrontare questo problema, inteso come primo passo verso una riduzione dell'impatto che la paura ha sulla vita dei nostri pazienti.

Lo strumento utilizzato per indagare e misurare la paura, ed altri sentimenti negativi che peggiorano la qualità di vita dei nostri pazienti, è stato un questionario anonimo, suddiviso in due parti: una misurazione del grado di paura (da 0 a 10 secondo la scala Likert) ed una seconda parte con 21 domande a risposta chiusa (sì/no) che riguardavano otto categorie di possibili problematiche. Tra queste abbiamo considerato: la paura del futuro e della morte, il cambiamento della gestione del tempo e del proprio aspetto, la sicurezza durante la terapia dialitica, il cambiamento della libido, la sofferenza psicologica ed, infine, la difficoltà ad accettare la malattia.

Queste domande sono state accompagnate da una sezione per i dati demografici e clinici quali: sesso, età, età dialitica, provenienza e centro dialitico del paziente (in particolare distinguendo tra il centro pilota e i centri periferici).

Inizialmente il questionario è stato testato su un piccolo gruppo di controllo e, solo successivamente, è stato somministrato a tutti i pazienti in emodialisi della Provincia Autonoma di Trento (131 questionari in totale). La somministrazione del questionario è stata ovviamente accompagnata da una spiegazione verbale e da una lettera di presentazione dello studio.

L'analisi dei dati evidenzia un livello di paura medio, diffuso in quasi tutte le categorie demografiche analizzate.

La diversa provenienza dei pazienti è stata la variabile che ha inciso maggiormente sulla sensazione di paura: i pazienti provenienti dall'ambulatorio nefropatici accusano livelli di paura più bassi (media 3,87 rispetto a 4,37 di media totale), mentre sono molto più alti i livelli di quelli provenienti dalla dialisi peritoneale (media 5,12) e da ricovero urgente (media 4,71, ma con livello di paura 10 prevalente).

Questi dati suggeriscono che il problema da cui nasce la paura sta, principalmente, nella preparazione del paziente ad affrontare la terapia. Infatti i pazienti nefropatici, che

afferiscono all'ambulatorio, sono quelli maggiormente preparati a gestire la terapia dialitica.

Stupisce invece l'alto livello di paura dei pazienti provenienti dalla dialisi peritoneale, che sono già da tempo a contatto con la realtà dialitica. Secondo la nostra opinione, una spiegazione va ricercata nel tipo di paura che viene segnalata. Infatti essi accusano principalmente paura per la gestione del proprio tempo (accusata dal 100% dei pazienti provenienti dalla dialisi peritoneale, contro un massimo di 55% per gli altri tipi di paura), ovvero una caratteristica che è stata drasticamente modificata dal passaggio tra le due terapie.

Questo studio ha confermato l'incidenza della paura nella vita dei pazienti in terapia sostitutiva emodialitica, mettendo inoltre in luce degli aspetti molto importanti, sui quali si potrà lavorare per identificare misure correttive efficaci.

In particolare si è visto che la preparazione del paziente è essenziale ai fini di un approccio positivo alla terapia e, di conseguenza, si sono potute sviluppare delle proposte mirate, che in futuro potranno aiutare a ridurre il più possibile il disagio del paziente, migliorandone la qualità di vita.

Tra queste proposte quelle che ci sembrano vincenti sono: la creazione di un opuscolo informativo esauriente, che affianchi quelli già in uso presso il nostro reparto, il facilitare l'accesso all'ambulatorio pre-dialisi, la creazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto, l'addestramento specifico del personale infermieristico per aiutare il paziente nei confronti di questo sentimento negativo.

Sarà interessante sviluppare ulteriormente questo studio sulla paura, utilizzando questionari simili, somministrati ai pazienti che iniziano la dialisi, al momento dell'ingresso ed a distanza di tempo.

* Susam Fratton, Cristina Ghesla, Alessandra Zambotti
I.P. Sezione Emodialisi
Ospedale Santa Chiara - Trento



Come ormai sappiamo, la dialisi peritoneale è una metodica dialitica che si esegue a domicilio, previo inserimento di un catetere in addome e dopo un addestramento alla gestione autonoma della stessa, durante il quale si forniscono contenuti teorico-pratici, che sono necessari perché la persona la possa gestire in sicurezza. Durante il training, che viene effettuato da personale infermieristico a sua volta addestrato, vengono affrontati numerosi problemi, con l'intento di aiutare la persona dializzata a convivere con la malattia nel modo migliore possibile, riducendo al minimo disagi e paure.

Durante il periodo di addestramento e di presa in carico del paziente, il personale infermieristico addetto non indagava abitualmente la sfera della sessualità e del cambiamento nel rapporto di coppia, causato dalla presenza del catetere peritoneale, pur essendo quello della sessualità un bisogno fisiologico di base, nella piramide di Maslo. I motivi di tale mancanza sono certamente differenti e, verosimilmente, diversi da caso a caso ma, principalmente, la causa è da ricercare in un imbarazzo ad affrontare questo argomento, che investe un'area intima e personale delle coppie.

D'altra parte, trattandosi di un punto importante se vogliamo parlare di qualità di vita, il personale infermieristico



Indagine cognitiva su un argomento sensibile

La sessualità in dialisi peritoneale

di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

ha deciso di indagare la percezione del cambiamento della sfera affettivo-sessuale dei pazienti portatori di catetere peritoneale, con lo scopo di evidenziare quali informazioni potevano essere date dall'equipe infermieristica, in relazione all'argomento, durante i vari colloqui o durante l'addestramento. Chi meglio del paziente poteva rispondere? Si è pertanto deciso di distribuire ai pazienti in dialisi peritoneale un questionario, diviso in due parti: una andava a indagare in che modo la malattia aveva modificato il rapporto intimo/sessuale di una coppia, l'altra cercava di approfondire gli argomenti che il paziente avrebbe voluto sentir trattare in merito, da parte del personale infermieristico.

Questo questionario è stato somministrato a tutti i pazienti autosufficienti in dialisi peritoneale, accompagnato

da una lettera di presentazione, che includeva anche l'acquisizione al consenso del paziente al trattamento dei dati, forniti chiaramente in forma anonima. Sono stati distribuiti una trentina di questionari e ne sono stati ritirati quindici. Non molti, ma sufficienti a dare un quadro abbastanza preciso e molto interessante dell'argomento.

I dati emersi dalla prima parte del questionario, come prevedibile, hanno evidenziato la presenza di maggiori problematiche nelle persone anziane, in cui non sempre è presente il partner, ed in quelle di sesso maschile. La presenza del catetere peritoneale e del trattamento dialitico richiede comunque un riadattamento, che coinvolge la coppia. Peraltro, tale processo di riadattamento è meno gravoso se la coppia è unita ed affiatata.

Rispetto alla seconda parte, i risultati hanno sottolineato come sia difficile per i pazienti affrontare l'argomento, che però ritengono importante e, tra le cose sulle quali essi vorrebbero maggiori informazioni ci sono: la possibilità di avere rapporti con il proprio partner e la necessità di adottare eventuali accorgimenti.

Per cercare di soddisfare questa legittima richiesta, il personale infermieristico della dialisi peritoneale successivamente ha deciso di elaborare una brochure informativa, con l'intento di iniziare ad affrontare la tematica della sessualità. Tale brochure viene distribuita ai pazienti durante il colloquio informativo iniziale, oppure durante il periodo di addestramento, inoltre è scaricabile anche da internet sul sito dell'Edtna (Associazione Europea di Infermieri di Dialisi e Trapianto).

Questa ricerca è stata molto utile, perché ha permesso di aumentare la conoscenza della équipe infermieristica, all'interno del contesto lavorativo, riguardo ad un argomento non facile da affrontare, ma anche perché ha consentito di migliorare l'assistenza quotidiana del paziente affidato alle nostre cure. Attualmente il gruppo infermieristico dedicato alla dialisi peritoneale è certamente meglio preparato nei confronti di una problematica alla quale in precedenza era stata data scarsa importanza.

Questo lavoro è stato presentato ad un convegno sulla dialisi peritoneale, che si è tenuto a Trento nel novembre 2013, ed ha partecipato al concorso per la borsa di studio Anna Maria Candioli, vincendo il primo premio ex equo con un lavoro sulla "Percezione della paura in emodialisi". Ha inoltre vinto il primo premio come miglior poster al XXXII convegno Edtna/Erca di san Benedetto del Tronto.

Questi riconoscimenti sono importanti perché testimoniano come l'argomento sia importante e, soprattutto, vada finalmente affrontato.

* Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian
I.P. Sezione Emodialisi
Ospedale Santa Chiara - Trento

Rene, cura la tua salute

A Trento il 12 marzo la giornata mondiale del rene

di Cristina Comotti

La Società Italiana di Nefrologia (SIN) ha organizzato anche quest'anno, assieme alla Fondazione Italiana del Rene (FIR), una campagna di informazione sulla prevenzione delle malattie renali in occasione della Giornata Mondiale del Rene che si celebra, da 10 anni, il secondo giovedì del mese di marzo. La campagna ha coinvolto l'intera penisola ed anche la nostra provincia ha aderito all'iniziativa.

Giovedì 12 marzo u.s. il personale dell'Unità operativa multizonale di nefrologia e dialisi dell'ospedale Santa Chiara di Trento, i volontari dell'Associazione provinciale amici della nefrologia (APAN) e della Croce rossa italiana (CRI) erano presenti con due centri mobili e un gazebo in piazza Cesare Battisti per sensibilizzare la popolazione al riconoscimento precoce della malattia renale attraverso colloqui, distribuzione di materiale informativo, controllo della pressione arteriosa e dell'esame delle urine.

La malattia renale cronica rappresenta oggi un problema di salute pubblica di primaria grandezza che coinvolge, oltre i nefrologi, i medici di medicina generale e numerosi specialisti.

Iperensione, diabete, obesità, malattie proprie delle società industrializzate, colpiscono i reni, spesso in modo silenzioso ma progressivo, sino alla insufficienza renale cronica terminale che ha, come unico trattamento, la dialisi o il trapianto renale.

Attualmente in Italia sono circa 15 milioni i pazienti ipertesi, 5 milioni i diabetici e 10 milioni gli obesi: il 7-10% di loro è affetto da una malattia renale sconosciuta e ancora po-



tenzialmente curabile. In questi casi il rischio di sviluppare una insufficienza renale cronica è elevato, ma lo è ancora di più quello di sviluppare, per lievi decrementi della funzione renale, e quindi prima del ricorso alla dialisi o al trapianto di rene, una malattia cardiovascolare invalidante o mortale; ricordiamo infine che la mortalità e morbilità per infarto miocardico o ictus cerebrale è nel paziente dializ-

zato 100 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

Per arrestare o rallentare tale evoluzione il primo passo è rappresentato dal sottoporsi regolarmente, almeno con cadenza annuale, ad esami molto semplici e poco costosi come l'esame delle urine per la ricerca di ematuria e/o proteinuria (ossia la perdita urinaria di sangue e/o proteine) e la misurazione della pressione arterio-



sa; a questi possiamo aggiungere il controllo della creatinina nel sangue, che permette di valutare con accuratezza la funzione renale e studiare la malattia per stabilirne la gravità, ed eventualmente l'ecografia renale che può fornirci altre utili informazioni. Dal 2009 al oggi hanno aderito alla nostra Giornata Mondiale del Rene 1945 cittadini, 981 donne, 964 uomini, età media 62,7 anni: il 6% è risultato affetto da anomalie urinarie, il 9% da ipertensione arteriosa. Il medico di famiglia è stato informato dell'ulteriore iter diagnostico consigliato e il 7% lo ha completato presso l'ambulatorio nefrologico dell'Ospedale di Trento.

Oggi, in Italia, i pazienti dializzati sono 45.000 e quelli portatori di trapianto renale 17.000. Dal 2000 si è avuto un incremento rispettivamente del 22 e 78,9%!

Riferendoci alla nostra provincia, al 31 dicembre 2012, i pazienti in trattamento sostitutivo dialitico erano 259 e 273 quelli portatori di trapianto renale funzionante.

Al 31 dicembre 2014 abbiamo assistito ad un ulteriore incremento del numero dei trapiantati che sono arrivati a 301 e a un ulteriore calo dei

dializzati che sono arrivati a 235, dei quali 197 in emodialisi e 38 in dialisi peritoneale.

Da notare, dato sorprendente e unico in Italia, che i portatori di trapianto sono in numero maggiore rispetto ai dializzati! Questo brillante risultato si deve all'intensa attività dei centri trapiantologici di Verona ed Innsbruck, al notevole impegno del personale delle rianimazioni, della neurochirurgia, della nefrologia e al centro di coordinamento trapianti dell'ospedale Santa Chiara di Trento, ma anche, e soprattutto, alla sensibilità della popolazione trentina, generosa nelle donazioni di organi; a tal riguardo ricordiamo che dal 2008 al 2012 sono stati eseguiti 96 interventi di trapianto di rene provenienti da donazioni effettuate anche presso il nostro ospedale.

Per quel che concerne la dialisi peritoneale, dal 2008 nella nostra provincia c'è stato un progressivo incremento di questa metodica, il cui successo presso la popolazione giovanile è da ricercarsi soprattutto nell'"autonomia" che consente al paziente. Il trattamento domiciliare notturno si avvale di un'apparecchiatura miniaturizzata, racchiusa in una piccola valigia, del peso di poco superiore ai 13 Kg, facilmente

spostabile all'occorrenza (ad esempio per lavoro o vacanza), facile da usare, sicura e silenziosa che permette di poter continuare a svolgere le normali attività giornaliere (ad esempio lavorare, studiare, accudire i propri cari...) senza doverle interrompere per recarsi a eseguire il trattamento dialitico in ospedale. Anche la popolazione anziana, già residente in casa di riposo, ne ha potuto beneficiare con successo. La promozione di esami di screening per la diagnosi precoce di danno renale e l'aumento del livello di informazione sono fondamentali per contrastare una patologia dai costi umani ed economici rilevanti, pari circa al 3% della spesa sanitaria annuale.

Il Ministero della Sanità, nel 2012, ha riconosciuto la priorità di prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia renale inserendo nel decreto di identificazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) anche la malattia renale cronica.

Ringraziamo la Provincia Autonoma di Trento, L'Assessorato alla Salute, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, la Direzione dell'ospedale Santa Chiara di Trento e tutti gli altri partecipanti che hanno contribuito al successo di questa giornata.

Report 2014

Ambulatorio trapianto renale di Trento

di Cristina Andreotti, Nadia Buccella*

La situazione che sinteticamente illustreremo è quella del trapianto di reni nella Provincia di Trento.

I dati mostrano un aumento dei trapianti di rene negli ultimi anni: nell'anno 2012 quindici persone affette da insufficienza renale grave hanno ricevuto un trapianto di rene, nel 2013 sono passate a ventuno, a ventisei nel 2014. Scendendo nel dettaglio della casistica del 2014, dei ventisei trapianti ventidue sono stati effettuati da donatore deceduto. Di questi diciannove sono stati eseguiti presso il Centro Trapianti di Verona e tre presso il Centro Trapianti di Innsbruck. Di questi ultimi tre, uno

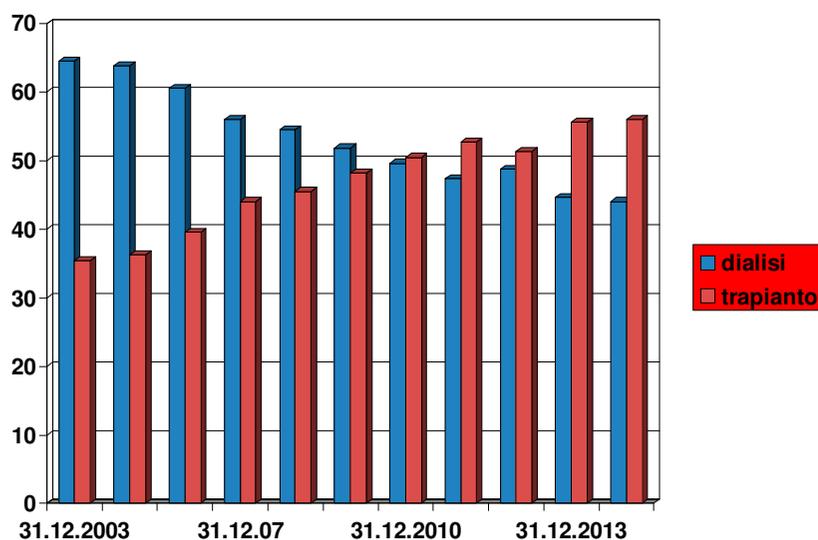
è stato un trapianto combinato di rene e pancreas, uno combinato di rene e fegato e il terzo trapianto solo di rene. I restanti quattro trapianti sono avvenuti da donatore vivente. I donatori sono stati due madri e due fratelli, gli interventi chirurgici sono stati eseguiti dai colleghi del Centro Trapianti di Verona. È molto importante sottolineare che in due casi i trapianti da donatore vivente sono stati fatti prima che il paziente iniziasse la terapia dialitica. Questo risultato è stato possibile oltre che per la disponibilità di un donatore idoneo, per il rapporto di collaborazione con i colleghi dell'Ambulatorio della malattia renale avanzata.

Anche in Italia in generale c'è stato, secondo i dati del Centro nazionale Trapianti, un aumento dei trapianti di rene nel corso del 2014: 1586 trapianti renali con un aumento di 85 trapianti rispetto al 2013. Inoltre sempre secondo i dati del Centro nazionale Trapianti si è avuto un incremento dei trapianti da vivente: 252 in totale con 26 casi in più rispetto al 2013 e 62 casi in più rispetto al 2012.

Per quanto riguarda i pazienti in attesa di un trapianto, nella nostra Provincia, a fine dicembre 2014 contavamo 34 persone; abbiamo notato nel tempo una notevole stabilità della lista perché c'è un equilibrio tra ingressi in lista e uscite dalla lista per trapianto.

In Italia sono 6538 i pazienti in lista di attesa, ma anche nel Paese in generale si è raggiunta una certa stabilità di lista per l'aumento progressivo dei trapianti. Infatti la donazione in Italia è in aumento: i donatori idonei, offerti ai Centri di trapianto, nel 2014 sono stati 1381 contro i 1318 dell'anno precedente.

Ritornando all'attività dell'Ambulatorio trapianto renale di Trento, a fine 2014 avevamo in carico 302 persone con trapianto renale funzionante. Se nel 2003 nella nostra Provincia il 35.4% delle persone con insufficienza renale grave era trapiantato, oggi il 56% è curato con un trapianto e il 44% con la dialisi, come mostra il grafico in questa pagina.



Terapia sostitutiva della funzione renale nella Provincia di Trento (2003-2014)
al 31/12/2014 56% trapiantati e 44% dializzati

Riflessione a margine del resoconto 2014: i donatori familiari

di Cristina Andreotti

Sempre accanto ad un ricevente c'è un donatore. Se, nel 2014, ventidue persone hanno ricevuto un rene da un uomo o una donna che sono morti, per 4 trapiantati invece il rene lo ha donato un loro familiare: in due

casi la madre del ricevente e in due casi il loro fratello. Di solito la donazione è più probabile tra genitori e figli, perché la donazione tra fratelli o sorelle può presentare una varietà di problemi familiari o emotivi. Quest'anno invece i fratelli si sono dimostrati essere una risorsa straordinaria e sono intervenuti con molta consapevolezza a risolvere un grande problema. Si è trattato di due coppie di ultra sessantenni, un fratello di 68 anni ha donato al fratello di 64 anni, un fratello di 73 anni alla sorella di 67 anni.

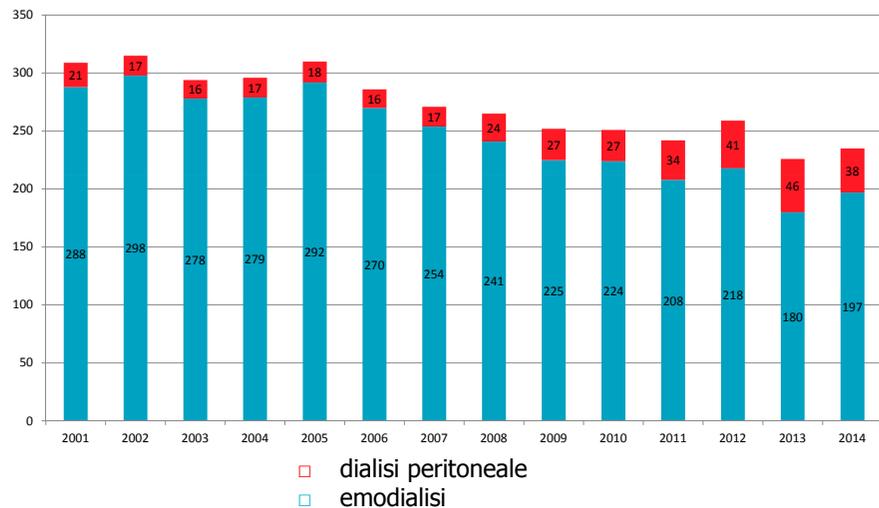
Il trapianto di rene da donatore vivente è una storia di successo. Nel caso del donatore con più di 60 anni il medico nefrologo ha la responsabilità di fare una valutazione clinica estremamente dettagliata. In ogni caso nella preparazione per la donazione non c'è nessun esame di cui preoccuparsi, sono esami fatti per accertare la ottima condizione di salute del donatore. Ci sono alcuni incontri con il medico nefrologo e lo psicologo che hanno bisogno di sapere di più circa la storia clinica e la capacità di esprimere una scelta consapevole. Il candidato donatore sa che può uscire dalla valutazione in qualsiasi momento per motivi clinici o personali.

Da una simpatica signora, che ha donato un rene al fratello, arrivano queste esortazioni ad altri potenziali donatori: pensa positivo - mettili in forma - partecipa al processo di valutazione clinica chiedendo l'esito degli esami - telefona - abbi pazienza - sentititi un valore anche nei confronti del sistema sanitario.

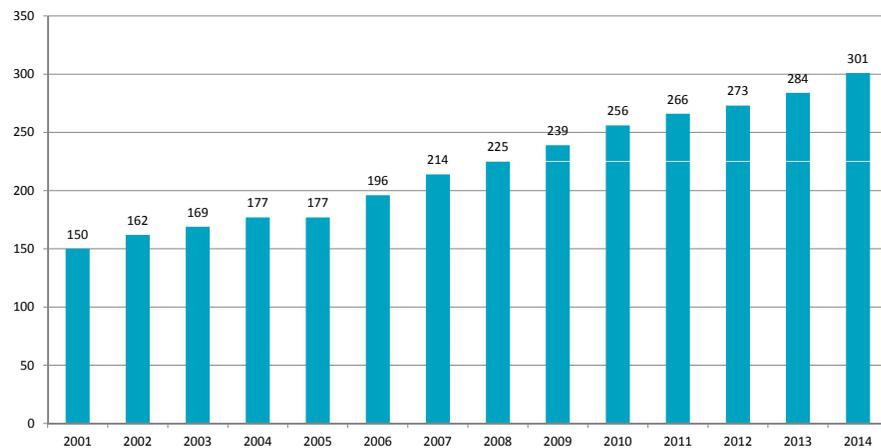
* Dott.ssa Cristina Andreotti
e dott.ssa Nadia Buccella
U.O. Nefrologia
Ospedale Santa Chiara - Trento

Un po' di numeri...

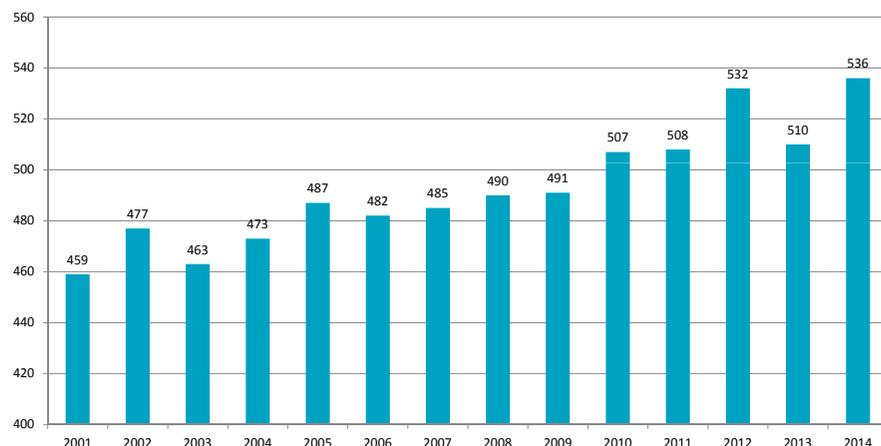
Popolazione dializzata in Trentino dal 31/12/2001 al 31/12/2014



Popolazione con trapianto renale in Trentino dal 31/12/2001 al 31/12/2014



Popolazione uremica in Trentino dal 31/12/2001 al 31/12/2014



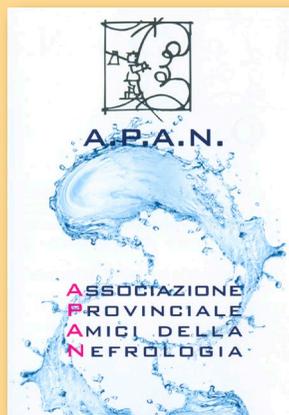
Notizie dall'Associazione

a cura di Maria Ruggio

5x1000 PER SOSTENERE APAN

Si ricorda ai soci, ai simpatizzanti, ai lettori della rivista Rene&Salute che il **codice fiscale dell'A.P.A.N. per il versamento del 5 per mille è: 96006150229.**

Si approfitta dell'occasione per ringraziare in anticipo chi volesse testimoniare in questo modo la propria generosità.



GIORNATA MONDIALE DEL RENE

Si è svolta a Trento il 12 marzo LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE.

Vedi articolo a pagina 16.

IN RICORDO DI SERGIO SGARZI

Ricordiamo con grande affetto Sergio Sgarzi, deceduto nel 2014 in seguito ad un grave incidente, fondatore di Mediatiket. Tale associazione ha sostenuto APAN con un contributo che ci ha sempre consentito la pubblicazione di R&S. Continua l'attività il figlio Stefano che ringraziamo sentitamente.



"DONNA CANASTA" AL TEATRO SAN MARCO DI TRENTO

Il 19 maggio presso il Teatro San Marco di Trento andrà in scena lo spettacolo "Donna canasta" di Miro Penzo, commediografo polesano. La commedia è ambientata, a Rovigo prima e a Venezia poi, negli anni '50 e costituisce una satira sferzante alla vita salottiera di allora. Filippo Sormani, detto Pippo, trasferitosi per lavoro dalla campagna alla città, accetta per quieto vivere le frivolezze e la vita salottiera della moglie Regina e della suocera Bice. La famiglia è in grande agitazione per l'imminente visita del Comm. Foresti, industriale che controlla lo stabilimento in cui lavora come impiegato Filippo. L'ospite, invaghitosi di Regina, informa di aver licenziato alcuni dipendenti, e fra questi un tal Pippo. Intanto in casa Sormani le cose prendono una brutta piega, fortunatamente l'intervento dell'industriale è provvidenziale, anche per i nuovi e prestigiosi incarichi che affida a Filippo, per ottenere le "grazie" di Regina. Questi però, non potendo sopportare oltre un tal genere di vita, si ribella portando un finale a sorpresa.



XXXII CONGRESSO NAZIONALE EDTNA/ERCA

Si è tenuto a San Benedetto del Tronto (AP) dall'8 al 10 maggio 2014 il XXXII Congresso Nazionale EDTNA/ERCA a cui hanno partecipato Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian,

I.P. Sezione Emodialisi dell'O-

spedale S. Chiara di Trento con un'Indagine sui bisogni conoscitivi a proposito della **SESSUALITÀ IN DIALISI PERITONEALE**, vincendo il primo premio per il miglior poster. In precedenza, partecipando al Concorso per la borsa di studio Anna Maria Candioli, hanno vinto il primo premio ex aequo con un lavoro sulla **PERCEZIONE DELLA PAURA IN EMODIALISI**.

L'ospedale psichiatrico di Pergine ai tempi della seconda guerra mondiale

di Teresa Dipalma*

Chi visita oggi Pergine Valsugana ha difficoltà a pensare che poco più di 70 anni fa questa tranquilla cittadina sia stata partecipe di una delle pagine più tristi della seconda guerra mondiale. Nel 1882, per garantire anche ai cittadini di lingua italiana l'assistenza psichiatrica sul territorio di origine, venne inaugurato a Pergine il manicomio che rappresentava un secondo centro di raccolta e cura dei malati psichiatrici nella provincia tirolese dell'Impero asburgico, dopo il grande manicomio di Hall.

Sebbene pensato per ospitare 200 degenti, sin dall'inizio i suoi spazi

Trentino-Alto Adige all'Italia, la struttura tornò ad accogliere malati psichiatrici. Nel frattempo venne esteso il territorio di competenza per cui, fra il 1923 e il 1925, il manicomio iniziò a ospitare anche pazienti di lingua tedesca, altoatesini.

Il periodo che comprende la seconda guerra mondiale è caratterizzato da una situazione assai difficile: alle precarie condizioni di vita all'interno dell'istituto corrisponde un sensibile aumento della mortalità fra i degenti. Facendo seguito all'accordo italo-tedesco sulle opzioni del 1939, ai cittadini di lingua tedesca e ladina fu imposto di scegliere se diventare cit-



dovettero contenere un numero di presenze ben superiore, per cui, nel corso degli anni, vennero eseguiti lavori di ampliamento che permisero di ospitare fino a 750 pazienti.

Con lo scoppio della prima guerra mondiale i degenti vennero trasferiti in altre strutture dell'Impero e il manicomio di Pergine venne trasformato nel 1916 in ospedale militare.

Con la successiva annessione del

tadini tedeschi, trasferendosi quindi nei territori messi a loro disposizione nel terzo Reich, o restare cittadini italiani, integrandosi nella cultura italiana e rinunciando al riconoscimento come minoranza linguistica.

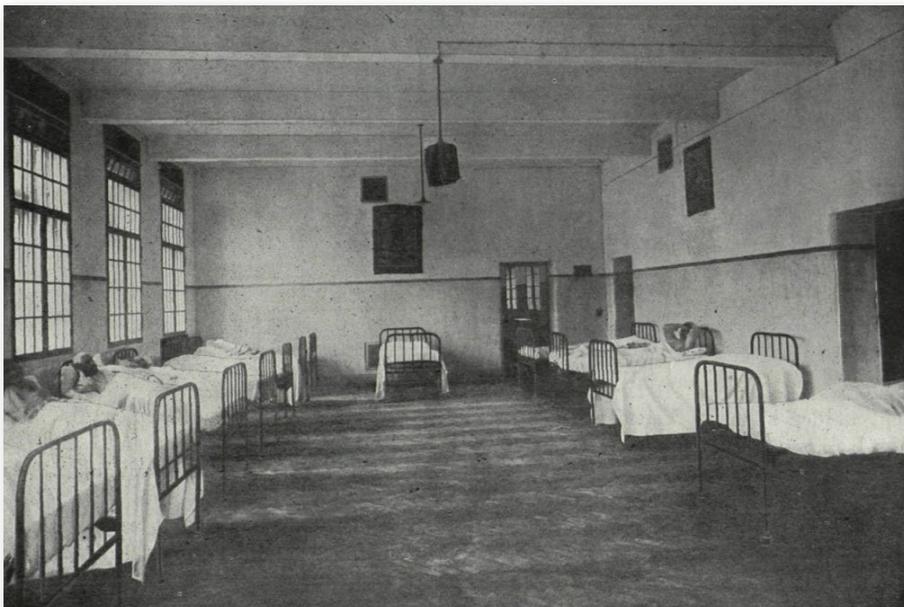
Dei 750 pazienti presenti nel manicomio di Pergine nel maggio del 1940, circa trecento erano di lingua tedesca. Quando le loro famiglie scelsero di optare per la cittadinan-

za tedesca, i pazienti persero quella italiana e pertanto, facendo seguito all'accordo italo-tedesco, il 26 maggio 1940, 299 pazienti di lingua tedesca vennero trasferiti nell'ospedale psichiatrico tedesco di Zwiefalten. Al personale medico ed infermieristico fu detto che i pazienti in queste strutture avrebbero avuto a disposizione cure migliori.

In realtà tali pazienti entrarono a far parte del cosiddetto piano Aktion T4. L'Aktion T4 è l'abbreviazione di "Tiergartenstrasse 4", l'indirizzo del quartiere Tiergarten di Berlino dove era situato il quartier generale della Gemeinnützige Stiftung für Heil- und Anstaltspflege, l'ente pubblico per la salute e l'assistenza sociale; si tratta di un nome convenzionale con cui viene designato il Programma nazista di eutanasia che, sotto responsabilità medica, prevedeva la soppressione di persone affette da malattie genetiche inguaribili o da più o meno gravi malformazioni fisiche, persone cioè dalle "vite indegne di essere vissute". Dal settembre 1939, su ordine di Hitler, le persone portatrici di una disabilità fisica, mentale o psichica della Germania e della Polonia vennero a far parte della prima operazione di sterminio di massa del regime nazista, che venne definita "eutanasia" ovvero "buona morte" per minimizzarne la portata. Alla base di tale politica, vennero utilizzate le idee del "darwinismo sociale", l'eugenetica e l'igiene razziale che sostenevano la selezione, la soppressione degli inguaribili e degli inabili. Tali misure furono dichiarate essenziali per la sopravvivenza della Germania.

A fine ottocento il medico Alfredo Plotz conìò in Germania il concetto di "igiene razziale", secondo il quale il benessere del singolo doveva essere subordinato al benessere del popolo. Le attività di cura dei pazienti con disabilità mentale e fisica si opponevano alla cosiddetta "selezione naturale della specie" che impediva, come avviene in natura, all'elemento naturale più forte di avere la meglio su quello più debole. Pertanto lo Stato aveva il diritto di imporre la morte dell'individuo per salvaguardare la vitalità della comunità nazionale. A

tale proposito il regime nazista ricorse ad articoli, immagini e libri di testo che avevano lo scopo di insegnare l'importanza "dell'igiene razziale" già ai bambini ed agli adolescenti. Dal 1933 in Germania e dal 1940 in Austria, iniziarono le sterilizzazioni forzate con l'adozione della "legge sulla prevenzione delle tare mentali", sterilizzazioni che venivano eseguite non solo a discapito di pazienti con epilessia, cecità, sordità, schizofrenia, corea di Huntington, ma anche di soggetti ritenuti pericolosi dal punto di vista morale, come gli alcolisti cronici e le prostitute.



I portatori di handicap più gravi, fisici o mentali, venivano selezionati secondo la loro capacità lavorativa. I pazienti definiti "inabili" venivano prelevati dagli istituti di cura da appositi autobus guidati da personale delle SS che indossava camici bianchi, per dare una falsa impressione di professionalità. Per impedire ai parenti delle vittime ed ai medici che li avevano in cura di poterli rintracciare, i pazienti venivano inizialmente trasportati in «centri» di transito, situati presso i grandi ospedali tedeschi in prossimità della reale destinazione, dove venivano posti sotto «osservazione» per un breve periodo, prima di essere trasferiti presso uno dei centri del Programma per subire il «trattamento speciale». Il termine «trattamento speciale»,

in tedesco "Sonderbehandlung", ereditato dal Programma T4, venne in seguito utilizzato anche come eufemismo per definire lo sterminio durante l'olocausto.

I metodi utilizzati per eliminare tali pazienti andavano dalla somministrazione di un sovradosaggio di farmaci, all'iniezione di sostanze letali, alla mancanza di cure e di farmaci o, nelle ultime fasi, all'uso sistematico del monossido di carbonio.

I parenti, che eventualmente avessero voluto visitare i loro congiunti nei centri, venivano scoraggiati da lettere che spiegavano l'impossibi-

uccisi nel giro di 24 ore dall'arrivo ed i loro corpi immediatamente cremati. Grande cura veniva posta per produrre un certificato di morte per ogni vittima, dove la causa di morte fosse verosimile, da inviare insieme alle ceneri ai parenti. La creazione delle centinaia di certificati di morte e la cura posta nel renderli il più realistici possibili occupava infatti buona parte della giornata dei medici coinvolti nel Programma.

Tuttavia, una volta avviato il T4, fu impossibile mantenere il segreto a causa delle centinaia di medici, infermiere e coordinatori coinvolti; d'altra parte la maggioranza dei pazienti destinati alla morte aveva parenti interessati al loro benessere. Perciò, malgrado i rigorosi ordini di segretezza impartiti a tutti i livelli, qualcuno che lavorava nei centri di attuazione del Programma parlò di quello che avveniva all'interno di queste strutture. In alcuni casi le famiglie capirono, leggendo i certificati di morte palesemente falsi, come nel caso in cui veniva indicata come causa di morte un'«appendicite» in un paziente a cui l'appendice era però già stata asportata in un'operazione precedente; in altri casi tutte le famiglie dello stesso paese ricevevano contemporaneamente il certificato di morte del loro congiunto. Nelle città vicine ai centri



Sopra, un'immagine dell'ospedale psichiatrico di Pergine. A fianco, pazienti dell'ospedale vengono fatti salire sul treno alla stazione di Pergine. Dei 299 pazienti partiti da Pergine nel 1940, alla fine della seconda guerra mondiale solo sette ne fecero ritorno.

lità di esaudire il loro desiderio in base ad appositi regolamenti promulgati a causa della guerra. Molti dei pazienti, d'altronde, venivano

tutti potevano vedere gli autobus arrivare, vedevano fumare i camini dei crematori e di conseguenza ne traevano le debite conclusioni.

Nel corso del 1940 si sparsero le voci di ciò che stava succedendo e molti tedeschi dimisero i loro parenti dagli istituti psichiatrici e dai sanatori per curarli a casa. In alcuni casi i medici e gli psichiatri cooperarono con le famiglie per dimettere i pazienti oppure, nel caso le famiglie potessero permetterselo, li trasferirono presso cliniche private ove il Programma T4 non aveva giurisdizione dal momento che questo si applicava solo ad istituzioni statali. Il Programma T4 quindi ebbe effetto principalmente su famiglie della classe operaia in quanto quelle benestanti potevano permettersi di ricoverare i loro cari in istituzioni private. Alcuni medici acconsentirono a cambiare le diagnosi già effettuate dei loro pazienti in modo che essi non rientrassero più nei parametri per la selezione T4. Lo stesso professor Hans Gerhard Creutzfeldt, scopritore della malattia di Creutzfeldt-Jakob, (malattia neurodegenerativa nota comunemente come "malattia della mucca pazza") riuscì così a salvare tutti i suoi pazienti.

Si stima che l'attuazione del programma T4 abbia portato all'uccisione di un totale di persone compreso tra le 60.000 e le 100.000. Grazie alla pressione esercitata dalla pressione pubblica dei familiari dei pazienti degenti e da alcuni rappresentanti della chiesa, il programma venne sospeso ufficialmente nell'agosto 1941. In realtà l'uccisione di disabili proseguì in singole strutture psichiatriche decentrate anche oltre la fine ufficiale dell'operazione, portando quindi il totale delle vittime ad una cifra che si stima intorno ai 200.000 individui.

Nel suo piccolo, anche il manicomio di Pergine ebbe gravi perdite: dei 299 pazienti partiti da Pergine nel 1940, alla fine della seconda guerra mondiale solo sette ne fecero ritorno.

* Dott.ssa Teresa Dipalma
U.O. Nefrologia e Dialisi
Ospedale Santa Chiara - Trento

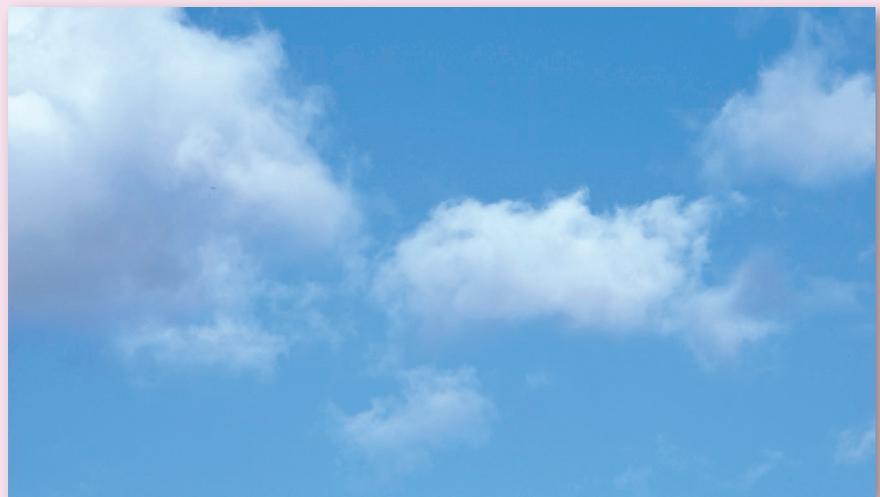
aforismi

Il senso della vita



a cura di Luisa Pevarello

1. Il segreto della salute fisica e mentale non sta nel lamentarsi del passato, né nel preoccuparsi del futuro, ma nel vivere il momento presente con saggezza e serietà. La vita può avere luogo solo nel momento presente. Se lo perdiamo, perdiamo la vita. L'amore nel passato è solo memoria. Quello nel futuro è solo fantasia. Solo qui e ora possiamo amare veramente. Quando ti prendi cura di questo momento, ti prendi cura di tutto il tempo. (BUDDHA SIDDHARTA GAUTAMA)
2. Qualunque cosa si dica la vita è più antica e più forte della morte: nulla è morto che non fosse prima nato. (G. BUFALINO)
3. Nessuno può rendervi felici. Che raggiungete o no la felicità dipende solo da voi. Un essere umano è destinato all'infelicità se si affida solo all'ambiente esterno. (DAISAKU IKEDA)
4. Gli uomini sono piccole nuvole che si formano, passano e si sciolgono senza alterare minimamente le condizioni metereologiche. (F. FISCHER)

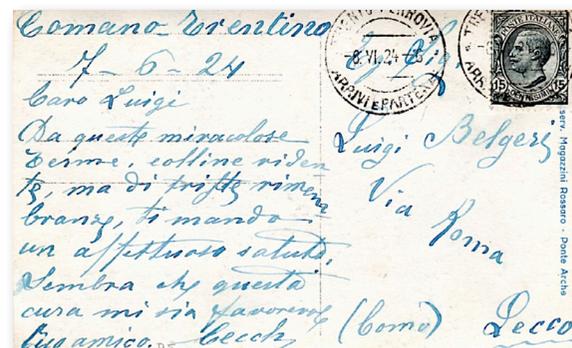


5. L'uomo è un condannato a morte che ha la fortuna di ignorare la data della propria esecuzione. (R. GERVASO)
6. Nessun uomo è padrone del suo soffio vitale tanto da trattenerlo, né alcuno ha il potere sul giorno della sua morte. (QOELET 8,8)
7. La causa dell'infelicità risiede nel nostro attaccarci agli altri, nelle aspettative che abbiamo nei loro confronti, nella speranza che siano gli altri a darci la felicità. E ogni volta che la speranza ti abbandona ti senti frustrato. (OSHO RAJENEESH)
8. E ricordati, io ci sarò. Ci sarò su nell'aria. Allora, ogni tanto, se mi vuoi parlare, mettiti da una parte, chiudi gli occhi e cercami. Ci si parla. Non nel linguaggio delle parole. Nel silenzio. (T. TERZANI)

Dagli anni Venti ai giorni nostri. Il parte

Le Terme di Comano

di Stefano Cunego



Gli anni '20 e '30 del secolo scorso videro comunque, sia pure tra difficoltà e contraddizioni, un lento ma progressivo ammodernamento e adeguamento delle strutture, del personale e della accessibilità degli stabilimenti termali che erano ora frequentati anche da reduci del regio esercito italiano, come si può arguire da quanto scritto sul retro della cartolina del 1924 (foto 1). Ancora negli anni '30 gli interni e gli esterni conservavano perfettamente lo stile mitteleuropeo della "belle époque" e dell'"Art Nouveau", si notino ad esempio le sedie Tonet viennesi della sala da pranzo e l'imponente credenza Biedermeier sullo sfondo (foto 2), oppure la sala da biliardo (foto 3) con, appeso al muro di sinistra, il ritratto del Savoia. Ambienti come il salotto da lettura e soggiorno (foto 4) si sarebbe potuto facilmente trovarli in un caffè di Trieste o Pola. Anche l'esterno conservava gli elementi architettonici Liberty mitteleuropei d'inizio secolo. La contrapposizione tra la mole del Grand Hotel e il più modesto ostello per i poveri si può invece ben notare nella foto 5 del 1937.

Anche sotto il profilo scientifico-medico questi decenni furono proficui



di studi e pubblicazioni di specialisti di varie discipline cliniche, che concordavano sull'efficacia e particolarità terapeutica dell'acqua comana.

Fu interpellato il professor Giorgio Dal Piazz¹ dell'Università di Padova, il quale effettuò uno studio dell'area dal punto di vista geologico uscendone con un articolo (1928) che affermava l'origine profonda e lontana (Adamello) dell'acqua comana², la cui sorgiva era

¹ Lo stesso che, anni dopo, diede il nulla osta geologico alla costruzione della diga del Vajont da parte della SADE del gruppo veneziano del conte Giuseppe Volpi di Misurata (dal 1925 al 1928 ministro delle Finanze del governo Mussolini e presidente della Confindustria dal 1934 al 1943) e Vittorio Cini... (Fonte: Wikipedia)

² G. Dal Piazz "Le sorgenti termali di Comano e la struttura geologica della regione circostante" Edizioni Araldo: Bollettino delle Terme di Comano - anno secondo N°1, Anno VIII E.F. 1930 pp 11,12



Partendo dalla foto in alto a destra, in senso orario:

Foto 1: cartolina in cui si legge: "Caro Luigi, da queste miracolose Terme, colline ridenti, ma di triste rimembranza, ti mando un affettuoso saluto. Sembra che questa cura mi sia favorevole. Tuo amico Cecch". È chiara l'allusione dello scrivente alla recente guerra mondiale, evidentemente vissuta in prima persona.

Foto 2: sala da pranzo anni '30; si noti il mobilio Tonet e la credenza Biedermaier sul fondo.

Foto 3: Sala da biliardo anni '30; sul muro a sinistra il ritratto del Savoia.

Foto 4: Sala soggiorno anni '30

Foto 5: Grand Hotel, Ostello dei poveri e vecchia fonte nel 1937.



Foto 6: Ingresso, recentemente riaperto (ottobre 2013), della galleria di assaggio per ricerca di giacimenti di uranio in Rendena (aperta nel 1957 e anni successivi).



Foto 7: Lente uranizzata con minerali secondari di uranio (incrostazioni gialle), più spesso da accumulo idrotermale, all'interno della galleria d'assaggio.

dovuta a spaccature locali verticali delle rocce marnose e nummulitiche eoceniche.

Un aspetto, in anni più recenti un poco trascurato forse per preconcetti ideologici, è la lieve radioattività delle acque di Comano (attorno ad 1 millimicrocurie/L). Dopo la scoperta nel 1896 da parte di Henry Becquerel della radioattività naturale, grande importanza medicamentosa era stata attribuita alla stessa negli anni tra la fine dell'ottocento e il secondo dopoguerra, talora con irrazionali, eccessivi entusiasmi. L'azione terapeutica di basse dosi di radiazioni dalle acque d'uso termalistiche sono state recentemente nuovamente sostenute da più moderni e approfonditi studi^{3,4}, che mostrano l'azione antalgica, antianafilattica e antinfiammatoria di tali terapie.

In effetti, collegando le analisi del Dal Piaz circa la provenienza dall'Adamello delle acque comane e la più recente storia locale, in particolare rendenese, che racconta le ricerche (anni '60 '70)

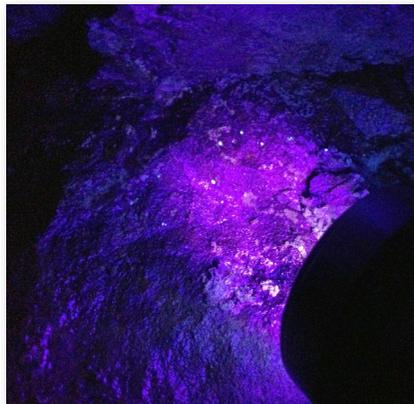


Foto 8: Un cielo stellato nel buio della miniera: cristalli di minerale d'uranio fluorescenti nella lente uranizzata, evidenziati dalla luce ultravioletta.

della divisione nucleare (SOMIREN⁵) dell'ENI di Enrico Mattei, è possibile ipotizzare che la falda-bacino più profonda e antica dell'acqua sia anche a contatto, diretto o indiretto, con i giacimenti permiani mineralizzati ad uranio dello strato geologico dell'arenaria di Val Gardena, affioranti abbondantemente lungo il versante orografico sinistro della valle tra Pinzolo e Tione (foto 6, foto 7, foto 8) a causa della spinta deformante dell'intrusione essenzialmente oligocenica (41-32 milioni di anni fa) del batolite del gruppo Adamello-Presanella.

⁵ Nel 1959 si costituì la società Somiren. (Società minerali radioattivi energia nucleare)

Un interessantissimo studio a cura del Servizio Geologico della PAT⁶ ha evidenziato come l'acqua termale comana sia il risultato di una miscelazione (95%) di acque più giovani (età 5 anni), a circolazione relativamente veloce e superficiale in masse carbonatiche sottostanti il potente strato a cappello argillo-marnoso (profondità tra 200 e 500 mt) e un'acqua (5%) assai più profonda⁷ (circa -1000 metri dal piano di valle) ed antica (età 30.000 anni) proveniente da serbatoi del basamento

⁶ M. Nardin, L. Veronese "Il campo geotermico di Comano (fluidi a bassa entalpia) - Quindici anni di ricerche del servizio geologico della Provincia Autonoma di Trento" - i Quaderni del Servizio Geologico della Provincia Autonoma di Trento - 1994

⁷ "[...] si può ritenere la sorgente di Comano costituita da una vera acqua minerale profonda, proveniente dal massiccio calcareo-dolomitico, arricchito da peculiari elementi mineralizzatori, che risalirebbero lungo una frattura importante, coincidente probabilmente con la linea del Sarca, ed in collegamento quindi con le masse eruttive sottostanti ai complessi calcareo-dolomitici, le cui alte temperature giustificerebbero appieno le caratteristiche ipotermali della sorgente stessa. Si tratta quindi di un'acqua che risente dell'unione di due venute diverse: di una circolazione profonda ad alta termalità, ricca di silice ed a bassissimo contenuto salino, che risale lungo una frattura e che riceve ulteriore alimento da venute di acqua più fredda circolante nel bacino calcareo-dolomitico, che apportano in particolare i contributi in calcio e magnesio ed abbassano la termalità a valori ipotermali". Cit. F. Villa, F. Vuillermin "Osservazioni idrogeologiche sulla fonte di Comano" in "Le terme di Comano" Ed. a cura della Fondazione G. B. Mattei - Terme di Comano, 1976

³ Marullo T, Abramo A: [Effects of one cycle of inhalation crenotherapy with radioactive fluoridated oligomineral]. Acta Otorhinolaryngol Ital; 2000 Aug;20(4 Suppl 63):1-13

⁴ Fioravanti A., Bisogno S., Nerucci F., Cicero M. R., Locunsolo S., Marcolongo R: [Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità della fangobalneoterapia radioattiva nella gonartrosi (Studio comparativo versus marcoterapia)] Minerva Medica 2000 Novembre-Dicembre;91(11-12):291-8



Foto 9: L'ingresso alla vecchia fonte oggi.



Foto 10: L'acqua termale alla surgiva oggi.

crystalino sottostante (l'acqua indicata dal prof. Giorgio Dal Piaz). In tale acqua è disciolto il Radon, causa della radioattività della fonte, stimata di 320 pC/L a fronte dei 100 pC/L delle altre fonti fredde (uguali dal punto di vista chimico) vicini. Poiché, come fa giustamente rilevare il succitato studio, il Rn222 (Radon) ha un tempo di dimezzamento di 3,8 giorni circa, il luogo di miscelazione dell'acqua più giovane con quella fossile profonda non può essere a più di tre giorni di distanza dalla sorgente.

Circa gli effetti terapeutici dell'acqua della Sibilla fu scritta e pubblicata, nel corso di due secoli, una mole importante di pubblicazioni scientifiche. Il fine è sempre stato quello di certificarne e spiegarne l'efficacia terapeutica. Quello che spesso risulta invece evidente in questi studi è un sottile senso di "meraviglia" per ciò che resta tutto sommato inspiegabile: la naturale efficacia detergente, cheratolitica, antiflogistica, neurotonica, decongestionante del bagno comano. Nel 1930, il Prof. Dott. Arturo Miolati della Facoltà di chimica della Regia Università di Padova scriveva che, chi si accinge a voler spiegare con l'aiuto dei meri dati dell'analisi chimica l'efficacia terapeutica delle acque termali, il più delle volte si viene a trovare davanti a un problema insolubile. Si dichiarava dunque d'accordo con quanto affermava il Prof. Raffaello Nasini nel suo trattato di Crenoterapia (Milano, 1927) circa

il "mistero delle acque minerali". Il Professor Miolati ipotizzava, citando gli studi di Oskar Baudisch⁸, che le molecole dell'acqua surgiva fossero temporaneamente attivate ed eccitate da processi fisici (radiazioni, campi elettrici) che le rendevano in grado di interagire a livello dei tessuti dell'organismo, esplicando modifiche del microambiente tissutale. Egli distingueva così tra acque "vive" e acque "morte" anche a fronte di una identità analitica chimica puramente laboratoristica.

Negli anni '20 e '30 del XX secolo furono condotti studi sull'azione antibatterica dell'acqua di Comano che si dimostrò sterile, con spiccata capacità cromatolitica e plasmolitica dei batteri attribuita alla presenza di colloidi lisanti⁹. Queste caratteristiche indussero alcuni medici più arditi a proporre addirittura un utilizzo endovena e/o intramuscolo dell'acqua termale nel tentativo di aumentarne l'efficacia terapeutica. La proposta si fermò tuttavia ad alcuni esperimenti condotti sui conigli che (pare) ressero ottimamente le prove.

Nel II dopoguerra, riparati i danni ingenti, riprese l'attività termale e

scientifico con numerose collaborazioni con scienziati delle maggiori Università italiane ed estere.

In tempi recenti lo studio biologico, chimico-molecolare ed istologico hanno permesso di osservare più da vicino l'azione potentemente antiflogistica della terapia termale comana sulle patologie infiammatorie della cute, ma anche sulle patologie ginecologiche, otorinolaringoiatriche, gastroenteriche e urologico-nefrologiche. Tale energica azione antiflogistica è stata dimostrata da nuovi studi scientifici spinti al livello istologico¹⁰.

Negli ultimi anni, considerata l'efficace azione calmante, decongestionante, antipruriginosa dell'acqua, un ambulatorio specialistico, supportato da personale medico delle Terme, è stato dedicato anche all'importante problematica del prurito nei dializzati. A partire dal 1976 entra in funzione il nuovo stabilimento termale sulla sponda orografica sinistra del Sarca. Il nuovo stabilimento sostituisce completamente le vecchie strutture e l'edificio dell'antica fonte viene riservato alla sola terapia idropinica e alle esposizioni d'arte.

Nel 1999 è posta la prima pietra del Grand Hotel Terme (4 stelle superiore) per far fronte alle esigenze d'un

⁸ Chimico (Maffersdorf, Cecoslovacchia, 1881 - La Jolla, California, 1950); prof. all'univ. Yale e direttore del reparto chimico dell'Istituto Rockefeller. Autore di significative ricerche in chimica organica, chimica fisiologica e biologica. (Sito internet Enciclopedia Treccani)

⁹ "Sulla cinesi coccolitica dell'acqua di Comano" Prof. O. Casagrandi, Bollettino delle terme di Comano Anno 2° Num. 1, Anno VIII E.F. 1930.

¹⁰ "Valutazione dell'efficacia dell'acqua della fonte termale di Comano versus acqua di acquedotto nella cura della psoriasi" *Zumiani G., **Zanoni M., ***Agostini G. *Ospedale S. Maria del Carmine - UO Dermatologia Rovereto (Trento), ** Servizi Sanitari Terme di Comano - Comano (Trento); *** Università degli Studi - Pisa

numero sempre crescente di pazienti afferenti da tutta Italia e dall'estero (paesi di lingua germanica in particolare, ma anche dal resto d'Europa). Notevoli sono stati gli sforzi per ampliare l'offerta ai pazienti e loro familiari accostando alle terapie termali il centro benessere e importanti iniziative di informazione ed istruzione dei pazienti (Scuola della psoriasi, Scuola della atopica, ecc.) e manifestazioni culturali presso le moderne strutture del centro.

Nel frattempo è stata approfondita la ricerca idrogeologica per definire meglio la capacità del bacino acquifero termale. Sono stati così trivellati 2 nuovi pozzi (Hydra 1 e Hydra 2) che vanno ad affiancarsi alla fonte antica (foto 9, foto 10). Hydra 1, profondo 300 metri, fornisce 3 litri al secondo mentre Hydra 2, profondo 900 metri (il più profondo della provincia di Trento), fornisce di picco 5 litri al secondo¹¹. I due pozzi incrementano notevolmente la fornitura d'acqua termale consentendo di far fronte ai periodi di maggior affluenza dei curandi.

Oggi Comano è una realtà termale in rapida evoluzione: dopo secoli di "nascondimento" geografico, culturale e imprenditoriale, a partire dagli anni '70 del secolo scorso le Terme e la valle sono state, spesso in modo contraddittorio e con "pause" di ripensamento, oggetto di rapido sviluppo sociale e economico. Questo però, come ancora si può facilmente notare visitando la valle e i suoi antichi e ben conservati paesi, senza stravolgere l'immagine originaria d'una comunità fieramente orgogliosa delle proprie radici.

¹¹ L'acqua intercettata da Hydra 2 è la più antica delle acque di Comano, forse perché la perforazione di 900 metri ha, almeno parzialmente, intercettato l'acqua fossile profonda ("l'acqua di Giorgio Dal Piaz", come mi piace denominarla).

* Dott. Stefano Cunego
Medico Dermatologo

La famiglia Weber tra cultura e passioni

Una storia di pericolose relazioni

di Salvatore Marà

Nella Germania di Guglielmo II, la famiglia patriarcale era la regola e la vita scorreva immutabile sui binari del conservatorismo.

I giovani erano chiamati molto presto alla responsabilità del lavoro e del matrimonio, ancor più il peso della tradizione si faceva sentire in quelle famiglie importanti, destinate ad affermare e a tramandare i valori che rappresentavano la società tedesca. All'inizio del Novecento, proprio nelle relazioni familiari e negli affetti però, si manifestarono le prime avvisaglie di cambiamento.

Alcune donne iniziarono a distinguersi per la loro cultura, per il ruolo che occupano nella società e per il loro comportamento noncurante delle convenzioni, donne come Fanny Graf zu Revontlow (1871 - 1937), antesignana del femminismo. Spesso diventavano le compagne di artisti, come Lou Andreas-Salomé (1861 - 1937), amica di scrittori e filosofi, in qualche caso erano anche le ispiratrici dei loro compagni o mariti, le loro muse. Fra di esse Else von Richthofen (1874 - 1973) è stata l'ultima a risvegliare l'interesse degli studiosi. In modo particolare, si è interessato della sua vita lo storico Eberhard Demm che, in un libro apparso di recente, sottolinea l'importanza di Else per la vita di due grandi personaggi della cultura europea, i fratelli Max (1864 - 1920) e Alfred Weber (1868 - 1958).¹

Le donne della famiglia Weber

I due fratelli, a detta della madre Helene, avevano un carattere completamente diverso. Il primogenito Max, abbastanza presto si era staccato dall'ala protettiva della madre, già coltivava gli studi e preferiva seguire il padre, uomo politico molto influente a Berlino, mentre Alfred estroverso, sensibile, più vicino alla madre, nutriva la sua preparazione principalmente di studi filosofici e di storia dell'arte, alla fine però, come suo fratello maggiore, scelse di studiare economia politica e diritto.

La madre, di fede evangelica, impegnata nelle attività sociali e caritatevoli, si preoccupava per Max, a tal punto da favorirne l'incontro con Marianne Schnitger, con la quale lei aveva una profonda affinità di sentimenti, nonostante la differenza di età, inoltre ne condivideva l'impegno religioso e civile, principalmente rivolto al miglioramento della condizione femminile. Max ebbe una veloce carriera accademica, ma sembrava prediligere l'impegno politico per seguire così le orme del padre, una delle figure più stimate del governo guglielmino. La madre, invece, temeva per il figlio, che non si apriva a lei né sembrava comprendere le sue sofferenze nella difficile situazione familiare, come d'altronde suo marito Max senior. Helene si augurava che il matrimonio con Marianne potesse restituirgli il figlio che sognava, più vicino alla sua sensibilità e disponibile alle confidenze. Max, prima del fidanzamento, si recò a far visita a Emmy Baumgarten, il suo primo amore, condannata in un sanatorio da una lunga malattia. Dopo aver avuto

¹ Eberhard Demm, Else Jaffé-von Richthofen. Erfülltes zwischen Max und Alfred Weber, Droste Verlag, Düsseldorf, 2014.

il consenso di Emmy, Max si fidanzò nel 1892 con Marianne e poco dopo si sposarono.

Come in una tragedia greca, il riavvicinamento alla madre porterà all'inevitabile conflitto con il padre. La madre Helene, per riposarsi dalle fatiche familiari, amava andare ad Heidelberg e soggiornare dal figlio e dalla sua amica Marianne. Ma il padre di Max non ammetteva che la moglie si allontanasse dagli impegni familiari, anche se per poco tempo, così un giorno accompagnò Helene ad Heidelberg, per riaffermare la sua disapprovazione. Max questa volta affrontò il padre, ma il litigio aprì fra padre e figlio una frattura, che non poté più essere sanata perché di lì a poco Max senior morirà. Il giovane ne fu così sconvolto da dover essere ricoverato. La malattia nervosa, che fu diagnosticata a Max, lo costrinse a interrompere la sua carriera e l'attività di ricerca. Dal 1897, per molti anni, Max dovette lottare con la sua malattia, con ricoveri in case di cura o viaggi in paesi lontani, dove cercare la serenità che gli mancava. Marianne gli sarà sempre vicino piena di premure, preoccupata per la salute del suo amore.

Else Jaffé e Max Weber

La precoce carriera accademica di Max Weber era già iniziata nel '94, a Friburgo. In quella occasione, fra i suoi studenti si distingueva una ragazza: Else von Richthofen. Allora le donne difficilmente erano avviate dai genitori agli studi universitari. La giovane studentessa per continuare i suoi studi seguì il suo professore ad Heidelberg, dove fu anche ospite di Marianne e Max. Nel '98 si trasferì a Berlino, dove conobbe gli altri componenti della famiglia di Max, la madre Helene, il fratello minore Alfred e Edgar Jaffé, un amico dei fratelli Weber. Else si laureò nel 1900 con Max Weber ad Heidelberg, lo stesso anno divenne *Ispettrice aziendale* sino al 1902, la prima donna in Germania a ricoprire quel ruolo. In questi anni, si stabilì un legame molto forte fra Marianne e Else, che sembravano condividere ideali e modi di vita. Marianne commentò così la nomina della sua amica: *"il passaggio di Else a Ispettrice aziendale fu una iniezione di fiducia per il movimento*

*femminile. Si diede da fare Max Weber per far valere la sua prima studentessa di dottorato."*²

La madre di Max suggerì a Marianne che Else avrebbe potuto essere una buona moglie per Alfred. Evidentemente però Else aveva già un amore, forse nascosto alle due amiche. Il 18 novembre del 1900 Else sposò Edgar Jaffé, dal quale ebbe tre figli, l'ultimo nel 1909. Il matrimonio sembra però un matrimonio d'interesse, infatti il legame fra i due durò poco. Edgar Jaffé infatti era il rampollo di una delle famiglie più ricche della Germania, era stato compagno di studi a Berlino di Else, e anche lui, come Else, fece parte della cerchia di studiosi che collaborarono con Weber. Edgar aveva aiutato Weber durante il suo periodo di crisi nervose e aveva partecipato in modo rilevante all'acquisto dell'*Archivio di Scienze Sociali e di Politica*, rivista che rese famoso il Circolo di Heidelberg. Nel 1907 Else si recò a Monaco per incontrare un'amica austriaca, conosciuta durante il suo soggiorno a Friburgo, Frieda Schloffer, da poco in Germania con il marito, Otto Gross, un seguace della psicanalisi, fautore dell'amore libero come terapia contro la depressione. A Monaco era diventato uno dei personaggi più importanti dei circoli delle avanguardie culturali.

Else si lasciò trascinare, seppur per poco tempo, in una relazione a tre, convincendo suo marito Edgar ad accettare la nuova situazione affettiva. Else era talmente infatuata del giovane da raccomandare a Max Weber la pubblicazione di un articolo di Otto sull'*Archivio di Scienze sociali e politiche*, ma Weber rifiutò sdegnato. Nonostante Marianne e Max non fossero d'accordo sul comportamento tenuto da Else a Monaco, Max accettò di diventare padrino di Peter, frutto della relazione con Otto Gross. Else parlò spesso in termini negativi di quell'esperienza. Dopo alcuni anni, nel 1910, Else, Max e Marianne partirono per un viaggio che avrebbe toccato anche l'Italia. Marianne però dovette rientrare prima, per prepararsi ad alcune conferenze

per il movimento femminile. In assenza della moglie Weber cedette alla bellezza di Else, a Venezia le dichiarò il suo amore, ma ebbe un rifiuto. Else ruppe con Max sino al 1917. Probabilmente per l'amicizia con Marianne o per le nuove idee che andava maturando sull'amore. Il risentimento dell'innamorato però non si rivolse tanto contro Elsa, quanto contro il fratello Alfred, che si era intromesso.



Sopra: Else von Richthofen (1874 - 1973) e Edgar Jaffé. A fianco, la Famiglia Weber. Seduto a fianco al padre Max, a destra, in piedi Alfred. Seduta fra i figli più piccoli, Helene.

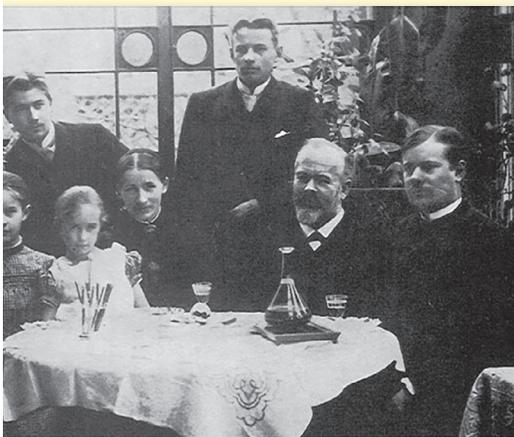


L'amore per la vita

Alfred era un noto e stimato studioso di economia politica e di organizzazione industriale, come il fratello maggiore Max. Divenne l'amante di Elsa dal 1910 al 1914, successivamente però divenne un vero e proprio compagno di vita, dal 1931 al 1958, data della sua morte. Nei primi anni del loro amore, la relazione si resse su un equilibrio precario. Nonostante i coniugi Jaffé abitassero da quel momento in poi in due abitazioni diverse, nei pressi di

² Marianne Weber, Max Weber. Una biografia, trad. it. Forino B., il Mulino, 1995.

Monaco, Alfred continuò ad abitare a Heidelberg, perciò gli aspetti più interessanti della relazione si trovano nelle lettere che i due si scambiarono. Alfred sembra, all'inizio della relazione, non sentirsi in grado di sostenere il rapporto con Else e misura l'adeguatezza in base alla sua produttività intellettuale e scrive: *"tu ti aspetti da me una maggiore produttività."* Else cerca di incoraggiarlo



dimostrando apprezzamento per il suo lavoro: *"tu comprendi bene di essere di più di tutti questi giovani, che dovrebbero scrivere un libro famoso ogni anno. Mio cuore non devi essere scoraggiato."* Quando Alfred è depresso, lei sa cosa deve fare. Gli esprime la sua ammirazione ricordando le lunghe e belle discussioni *"che le sembra di rivivere"* leggendo i suoi libri. Si instaura tra gli innamorati un legame sempre più forte, per cui l'uno ha sempre più bisogno dell'altro. Le loro discussioni sono uti-

li in modo particolare ad Alfred, che così si prepara le lezioni o sviluppa le sue intuizioni per ulteriori saggi o articoli. Else gli corregge le frasi *"assolutamente incomprensibili"* dei suoi appunti, spesso è fra gli studenti per discutere successivamente della sua attività didattica. È chiaro che lei lavora alla crescita interiore del suo compagno.

Alfred continua a leggere libri di economia politica, ma si rende conto che deve avvicinare i propri interessi a quelli di Else. Sposta così i suoi ambiti di ricerca verso la filosofia della storia. Else ha ormai la tendenza a vedere tutto con le categorie del suo amato. Abbandona il suo interesse per il movimento femminile, non pubblica più le sue relazioni sulla situazione delle operaie, mentre continua ad essere l'ispiratrice del suo amato amore. Alfred, se non riesce a parlare con lei, ricorre a delle *"discussioni simulate"*. Avere uno specchio di parole sembra implicare anche la sostituzione dell'appagamento sessuale con la creatività intellettuale. Infatti Alfred ed Else potevano incontrarsi soltanto un fine settimana ogni 15 giorni.

La fine di un'epoca

Con lo scoppio della Grande Guerra, sembra che tutto passi in secondo piano. Alfred ed Edgar, il marito di Else, si impegnano politicamente e viaggiano per la Germania. Else torna ad essere prevalentemente la mamma premurosa che segue i suoi figli, tenendoli lontano dai disagi della guerra. Nel 1915 però muore il figlio più amato da Else, Peter, nato dall'amore per Otto Gross. Else si trova a dover far fronte ad un dolore che la porterà verso la depressione. In questo periodo, ricomincia l'amicizia con Max Weber, finché nel '17 diventa il suo nuovo amore. Il tono delle lettere di Max è molto diverso da quelle di Alfred. Max scrive del suo affetto spesso durante un viaggio in treno, fra una conferenza e l'altra. Si danno appuntamento negli alberghi o a casa di Else, a Monaco. I loro incontri danno l'impressione della precarietà. Nelle lettere si incrociano commenti sulla situazione politica della Germania con discus-

sioni sui loro sentimenti. Max si era allontanato da una storia d'amore con la giovane pianista Mina Tobler. Marianne la definiva *"nobile nella sua natura distante e delicatamente sognante"*. Invece Max chiama Else *"gatto selvatico"* per ricordarle i segni della passione che ancora sente sotto gli abiti.

Sono però anche gli anni del dolore, Else non solo deve soffrire la morte del figlio Peter, ma dopo il Putsch del 1919, il marito Edgar, ministro dell'economia nel primo governo di Monaco, si ammala e fuggono insieme dal caos della città a Baden-Baden. Anche Max e Alfred hanno momenti estremamente duri. Nel 1919 muore la madre Helene, nel 1920 si uccide la sorella Lili, che lascia quattro bambini. Marianne e Max decisero di prenderli con loro. Ma la durezza dei tempi intacca anche le energie dei più forti. Nel 1920, dopo una breve malattia, muore Max Weber, gli seguirà Edgar Jaffé nel 1921. Else e Marianne restarono sole, ma continuarono ad essere legate da una lunga amicizia, che non pare essere mancata neanche nei momenti più critici della loro lunga vita. Marianne morì nel 1954, mentre Else teneramente le teneva la mano. Nel 1958 morì Alfred Weber, dal 1931 il compagno di Else, che morì ultra novantenne nel 1973.

Marianne raccoglierà prima di morire le opere inedite del marito e ne racconterà la vita in un libro, facendone quasi un mito della modernità. Else cercherà di mantenere vivo il ricordo del compagno, Alfred, e anche lui, come il fratello, diventerà un riferimento per la cultura del '900. Quel mondo continuerà a vivere nella nostra memoria per merito degli amori di due grandi donne.

Max Weber dedicò alla madre Helene la sua opera maggiore, *Economia e Società*, mentre dedicò il primo volume dei *Saggi di sociologia della religione*, alla moglie Marianne. Quest'ultima, nel curare la pubblicazione delle opere di Max, dedicò i volumi postumi alle altre due donne amate dal marito: *Induismo e buddismo* a Mina Tobler e *Giudaismo antico* a Else Jaffé.

La contraddizione prometeica

di Aldo Nardi

Figlio di Titano e di Chimene, Prometeo è quel personaggio della mitologia greca che rubò alcune scintille del fuoco che Giove aveva tolto agli uomini e che, per aver fatto questo, venne legato sulla cima del Càucaso in compagnia di un avvoltoio che gli rodeva ogni giorno il fegato il quale continuamente si rinnovava. Ma Prometeo, nella cultura del mondo occidentale, è anche simbolo di sfida, metafora dell'elaborazione intellettuale, ispirazione distaccata da ogni vincolo ideologico.

tradotti in Italia col titolo *L'uomo antiquato* (in Germania il primo volume venne pubblicato nel 1956, il secondo nel 1980), si può dire che il "dislivello" di cui si tratta è quello che si verifica tra la capacità dell'uomo di produrre (che i tedeschi chiamano *Herstellen*) e la capacità dell'uomo di immaginare (*Vorstellen*).

La tesi di Anders (pseudonimo di Stern, cognome ebraico che il filosofo adottò alla fine degli anni venti, quindi prima dell'avvento al potere di Hitler) può essere condensata nel fatto che, mentre

atto di questa ontologica inferiorità, l'individuo cerca di migliorarsi adottando quella che Anders chiama *human engineering*, una sorta di ingegneria applicata all'uomo attuata "sottoponendo il proprio fisico a condizioni inusitate e innaturali".

Gli individui, per converso, cessano anche di maturare delle relazioni "tra soggetti", per premiare le azioni oggettive. Azioni che superano la dimensione degli individui come persone, fino a raggiungere la dimensione degli individui come rappresentanti di interessi. Un rapporto che, come ha ricordato Umberto Galimberti (*I miti del nostro tempo*, 2009), "non è più tra gli uomini, ma tra le cose di cui gli uomini sono i semplici rappresentanti" (p. 257). Rispetto a tale situazione, il rapporto strettissimo tra produzione e consumo si traduce tanto nel produrre merci per soddisfare dei bisogni, quanto nel produrre dei bisogni che consentano di continuare a produrre beni e servizi. Si perviene così alla determinazione di una struttura consumistica che si regge su un preciso assunto secondo il quale, sempre secondo Galimberti, "l'identità di ciascuno è sempre più consegnata agli oggetti che possiede, i quali non solo sono sostituibili, ma «devono» essere sostituiti" (p. 268). A questo tipo di comportamento le persone sono educate dai mezzi di comunicazione di massa. Fin qui nulla di nuovo, anche perché sappiamo che non ha più molto senso scindere "mezzi" e "scopi" quando ci confrontiamo con la realtà. Una realtà che ci costringe ad andare a casa per sapere cosa avviene fuori di casa e che sempre più sarà fruibile su uno *smartphone* o su un *tablet* attraverso un collegamento Wi Fi.

Siamo diventati, come sosteneva Anders, dei *voyeurs* e degli origliatori, siamo insomma degli individui a cui il mondo viene a noi anziché essere noi ad andare verso il mondo, siamo cioè semplici "consumatori del mondo". Cosicché se il mondo ci viene incontro (piuttosto che essere noi stessi ad andare verso di esso), allora non abbiamo più bisogno di andare ad esplorarlo, al punto che "quella che fino a ieri avevamo chiamato «esperienza» è diventata *superflua*". (p. 136)



Theodoor Rombouts (1597-1637) - Prometheus

Questa premessa è preliminare alla riflessione che intendiamo fare a proposito di ciò che il filosofo Günther Anders ha chiamato "dislivello prometeico".

Filosofo "atipico", Günther Anders è stato allievo di Cassirer, Görland, Panofsky, Husserl e Heidegger. In estrema sintesi, per l'argomento che l'autore ha trattato nei due volumi

la nostra capacità di produrre beni è praticamente infinita, non possiamo dire la stessa cosa per la nostra immaginazione, che sarebbe, al contrario, finita.

È un modo per definire la resa dell'uomo nei confronti della tecnica, la sua inferiorità nei confronti del bene strumentale. D'altro canto non è che l'uomo stia con le mani in mano. Preso

Nel recente libro dello scrittore americano Nicholas Carr *The Shallows*, la progressiva "inutilità" dell'uomo rispetto all'"autonomia" delle macchine viene tradotta con una tendenziale sudditanza acritica che finisce per ridurre sempre più la nostra umanità a fronte di una relativa crisi di identità. Una crisi che verrebbe alimentata dall'illusione di poter disporre liberamente della tecnica e degli stessi mezzi di comunicazione ai quali non prendiamo parte, limitandoci a consumarne il prodotto: immagini o altro che sia. Ciò che Anders diceva per le parole e cioè che *"non sono più qualche cosa che si proferisce, ma qualche cosa che si sente soltanto"*, nel senso che esse non rappresentano più qualche cosa che si fa, ma qualcosa che si riceve, la medesima cosa possiamo da tempo sostenere anche per le immagini.

Un tale processo evolutivo avrebbe prodotto un modello di uomo che, non avendo più dimestichezza con la parola, non avrebbe più nulla da dire. Un uomo, quindi, che si limita ad udire (non avendo più nulla da dire), penalizzando quel linguaggio che non solo rappresenta la ricchezza dell'individuo, ma di cui l'uomo è il prodotto.

Né potrebbe essere diversamente se pensiamo alla mancanza di senso che caratterizza la nostra vita, condannata

a realizzarsi com'ebbe a dire Anders in un "universo di mezzi". La sola differenza riguarda il fatto che Anders si riferiva alla seconda rivoluzione industriale, mentre noi dovremmo riferire le stesse affermazioni alla terza rivoluzione industriale, anche se non sembra che l'assunto sia venuto meno. D'altra parte, se risponde al vero che tutto è soltanto *mezzo* e nulla è *telos*, fine, allora, come direbbe lo stesso Anders, si tratta di un universo privo di senso e la vita dell'uomo che in tale universo si concretizza, è a sua volta priva di senso.

Ciò che sconcerta è che questo "sentimento di insensatezza" diventa poi terreno fertile per i terapeuti che si preoccupano di "curare" questo sentimento, se non addirittura di *dare senso alla vita*.

Tale stato di cose è confermato dal fatto che gli individui non sono più considerati in quanto tali, ma in quanto titolari di interessi, per cui viene meno quello che in passato era ritenuto un semplice rapporto tra esseri umani, per diventare invece un rapporto tra cose di cui gli uomini non sono che semplici rappresentanti.

Mentre da un lato si sono moltiplicati a vista d'occhio i "predicatori di senso", dall'altro c'è chi, come Galimberti, si chiede se tali comportamenti schizofrenici debbano essere messi nelle mani

della psichiatria – che, per l'appunto, è un *iatria*, una cura –, o, piuttosto, della psicopatologia – che è, invece, una *logia*, un sapere che vuole capire la persona a partire dalla sua anima e non a prescindere da essa.

Ciononostante, come annota Anders, il sentimento di "insensatezza della vita" non sarebbe un sintomo patologico che dev'essere curato, ma un sentimento giustificato che prelude addirittura ad uno stato di salute dell'uomo. Nel senso che i veri ammalati sarebbero coloro che *"non hanno mai provato la sensazione di condurre una vita effettivamente priva di senso"*. Dal canto loro, le migliaia di "specialisti dell'anima" esistenti sono tutti quanti impegnati – più o meno vanamente – a curare questo sentimento, dando così senso alla propria vita, piuttosto che a quella dei loro "pazienti".

Nell'era dell'iper-consumo le società opulente si contraddistinguono per una sorta di "edonismo radioso". Forse non ha torto il filosofo Gilles Lipovetsky quando parla di *giardino delle delizie*, dove dio è rappresentato dal benessere mentre il consumo è il suo tempio e il corpo il tuo testo sacro. Lo stesso Prometeo rimane senza fiato di fronte ad un'era dai caratteri dionisiaci, con desideri di parossismo, ebbrezza e delirio. Se vogliamo: un vero e proprio *senso artificiale*.

Le voci del Santa Chiara

Il coro dei dipendenti dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, nato nel 2014 dall'esigenza di animare la spiritualità della liturgia durante le celebrazioni religiose, è formato da una quarantina di coristi, figure professionali diverse tra loro e di diverse età ma tutte legate alla struttura ospedaliera.

Coordinato da fra Ezio, uno dei cappellani del S. Chiara, si avvale della guida del maestro Arrigo, medico ostetrico-ginecologo sempre del S. Chiara.

Il coro, dal nome "Serendipity" che allude, in questo caso, "alla felice coincidenza tra spirito di corpo e musica, ha debuttato il Giovedì Santo dell'anno scorso e si spera che



continui a creare amicizia e a rendere più belli e gioiosi i momenti importanti che scandiscono la vita dell'ospedale", come auspica don Cornelio Carlin, cappellano del Santa Chiara.

Nell'opera del Caravaggio la Maddalena e il travaglio del pentimento

di Cristina Borin*

L'opera, datata al 1595-1596, cioè ai primi anni del soggiorno romano di Caravaggio, si presenta in un'apparente semplicità, che tuttavia, a un'indagine analitica, rivela una insospettata ricchezza.

In un luogo non ben definito (uno spoglio androne in penombra, di cui intuiamo l'ampiezza e distinguiamo solo il pavimento in cotto, piuttosto rustico), su una bassa seggiolina sta accoccolata una giovane donna. Vicino a lei, per terra, ci sono un vaso di vetro colmo di un liquido color ambra e alcuni gioielli. La ragazza, con le mani raccolte in grembo e la testa ciondolante, sembra spossata, come vinta dal sonno. Tutto qui.

Ma, se cominciamo a osservare l'immagine più attentamente, ci accorgiamo degli innumerevoli dettagli. Maddalena indossa abiti cinquecenteschi, semplici ma con una qualche ricercatezza: una "mezzaroba" di tessuto damascato, trattenuta in vita da una cintura color rosso scuro e impreziosita, nel corpetto, da sottili ricami in fili d'oro e d'argento; una camicia bianca con le maniche a sbuffo chiuse da cordini annodati, decorata, intorno allo scollo, da una sobria bordura di pizzo e da un piccolo ricamo che sembra scritto con il filo nero; uno scialle di colore bruno-dorato, che si avvolge quasi a spirale attorno alla figura e ricade a terra. Pur eleganti, gli abiti appaiono, però, in qualche modo scomposti, come scomposta è l'acconciatura dei capelli ramati: una crocchia quasi completamente sfatta, con lunghe ciocche che si riversano sulle spalle. La postura della giovane è abbandonata: le spalle sono rilassate, le

mani in riposo sono morbidamente intrecciate (da notare le unghie pulite – un dettaglio per nulla scontato in quell'epoca); la testa si piega in avanti e tuttavia non cela i segni di sofferenza nell'espressione del volto, sul quale si distingue una lacrima che scivola sul naso. Sul pavimento, accanto al vaso di vetro dai mirabili riflessi, si dispongono disordinatamente, come gettati a caso, un bracciale e una catena d'oro, una collana di perle con il filo spezzato e due orecchini, pure di perla, guarniti da un fiocchetto nero.

Il tema di Maria Maddalena gode di una certa popolarità nell'arte cristiana, soprattutto nell'epoca della Controriforma, e se inizialmente si inserisce prevalentemente in raffigurazioni più o meno sontuose dell'episodio della cena in casa del fariseo (episodio nel quale, secondo il Vangelo di Luca, si verifica la scena in cui la donna unge e profuma di unguento i piedi di Cristo, asciugandoli poi con i propri capelli), con il tempo si concentra sempre di più sul singolo personaggio e sul momento in cui la peccatrice, pentita, rinuncia ai simboli di una vita dissoluta (i gioielli, che non le interessano più), diventando così modello di redenzione dai peccati. Infatti la Chiesa, nella sua esigenza di propaganda, ne fa la personificazione della penitenza, volendo così stimolare la devozione popolare verso i sacramenti e, in particolare, verso quello della confessione.

A questo significato fa riferimento Maurizio Calvesi (*Le realtà del Caravaggio*, Torino, 1990), che interpreta il dipinto ricorrendo alle dinamiche peccato/salvazione

e ombra/luce così ricorrenti nelle opere del Caravaggio. Secondo lo studioso, convinto che le opere giovanili dell'artista siano permeate



dello spirito ravvisabile nel Cantico dei Cantici, il sonno di Maddalena sarebbe segno del suo amore per Gesù, sfinimento o languore amo-

roso che ne fa una “sposa” mistica di Cristo. E, in effetti, l’amore accompagna indissolubilmente Maria Maddalena sia nella sua vita di peccatrice sia nella sua scelta di salvezza: “*Costei ha unto con unguento profumato i miei piedi. Perciò ti dico che i suoi molti peccati le sono stati perdonati, perché molto ha amato*” (Luca, 8, 46-50) sono le parole pronunciate da Gesù in sua difesa; e l’iconografia codifica tanto i gioielli dismessi e sparpagliati, simbolo dell’amore peccaminoso e della va-



Michelangelo Merisi da Caravaggio, *Maddalena*, 1595-1596, olio su tela, 106 x 97, Roma, Galleria Doria Pamphilj

nità della donna, quanto il flacone di unguento, simbolo positivo di redenzione (corroborato, in questo dipinto, dal raggio di luce – la grazia divina – che illumina l’angolo in alto a destra).

Ma sono possibili anche altre letture. Ad esempio, muovendo dal presupposto che Caravaggio traesse la propria ispirazione da personaggi reali, si è tentato di identificare la modella che posò per quest’opera. Si sa bene, da diverse fonti, che l’artista disprezzava la pittura accademica (cioè desunta dai modelli consacrati degli artisti più antichi) e preferiva attingere alla realtà, convinto che non vi fosse migliore maestra della Natura. È pertanto plausibile che scegliesse dal mondo reale i personaggi da ritrarre nei suoi quadri. Chi è, quindi, la ragazza protagonista del quadro? Non lo sappiamo con certezza, ma secondo Riccardo Bassani e Fiora Bellini (*Caravaggio assassino. La carriera di un “valentuomo” fazioso nella Roma della Controriforma*, Roma, 1994) si potrebbe trattare della giovane Anna Bianchini, che avrebbe posato anche in altre occasioni per il pittore (inconfondibili i suoi capelli color rame).

Anna Bianchini, detta Annuccia, la biografia della quale è stata sommarariamente ricostruita attraverso una sessantina circa di documenti datati tra il 1593 e il 1604, era una ragazza di origine senese, giunta a Roma all’età di circa quattordici anni, condotta dalla madre, che voleva avviarla alla professione di cortigiana. Può sembrarci una scelta cinica e immorale, tanto più da parte di una madre, ma bisogna considerare che le cortigiane, tra il XVI e il XVII secolo, avevano una vita relativamente sicura e benestante. Infatti, se riuscivano ad affermarsi potevano contare su un protettore influente (ovvero su una clientela molto ristretta e selezionata), su un appartamento in un quartiere dignitoso e su una rendita adeguata, e questo soprattutto nella Roma dei cardinali, in cui era co-

munissimo mantenere un’amante, purché lo si facesse con discrezione. Annuccia, però, non fu fortunata e non fece carriera, ma finì a esercitare come donna di strada, frequentando le osterie (le stesse che bazzicava anche Caravaggio, che certamente conobbe), dove l’oste spesso fungeva anche da lenone e dove le ragazze erano esposte anche ad incontri potenzialmente rischiosi. Annuccia aveva certamente un carattere vivace e non si faceva scrupolo di rispondere a tono, anche aggressivamente e con insulti, a chi la abordava con volgarità e con violenza, come ci dicono diversi “verbali di polizia” relativi ad altrettanti arresti. A quanto risulta, passò anche sotto la frusta del boia – sorte non infrequente per le prostitute e permanente marchio di infamia, ma, soprattutto, condanna definitiva ad una vita miserevole, dato che una “frustata” difficilmente poteva aspirare ad una vita migliore. E proprio la notizia di questa circostanza ci riporta al dipinto che stiamo esaminando.

Riguardiamo la figura della Maddalena. Notavamo, prima, che suggerisce un che di scomposto: la camicia appare sgualcita e molto allentata sulle spalle, i capelli sono decisamente scarmigliati. È Maddalena nel travaglio del pentimento, oppure è Annuccia dolorante e umiliata dalla recentissima punizione della frusta? Il rossore accennato sulle spalle e il lobo dell’orecchio evidentemente gonfio confermerebbero il rude intervento del boia; i gioielli sembrano strappati di dosso con violenza, tanto da danneggiarli e da lasciare il segno sulla pelle; l’unguento potrebbe essere un rimedio atto a lenire il dolore sulla schiena, un dolore tanto cocente da rendere insostenibile persino il contatto della leggera camicia e da suscitare le lacrime.

* Prof.ssa Cristina Borin
Storia dell’Arte,
Liceo “A. Pigafetta”, Vicenza

Immagini e ricordi

Un sorriso in corsia

di Lucia Zenatti

È il regalo più importante in assoluto! Succede che, a un certo punto, ti senti talmente piegato dalla vita, dalle prove supreme che ti chiede, tanto da sentirti senza forze, svuotato da una specie di grigia stanchezza che cerca di insinuarsi in ogni cellula del tuo corpo; ecco in quel momento ti accorgi che forse non hai voglia di niente ma, allo stesso tempo, ti manca qualcosa e non sai cosa, ti senti stranamente solo, vuoi stare da solo ma vuoi vedere qualcuno e non sai dire chi o meglio, lo sai benissimo ma ti mancano le forze... senti quell'insulso sapore di noia mista a un'infinita tristezza, pensi che ti mancano le tue consuete abitudini, che ti manca la tua casa, la tua famiglia e ti prende quella sorta di rassegnata accettazione che a tratti lotta con la tua dignità di persona; c'è quella forza misteriosa che ti spinge umanamente a non mollare mai, in certe giornate sei più disposto a parlare, nella tua anima si nota l'azzurro di un cielo sereno, altri giorni invece denotano un malcelato senso di smarrimento totale. Il sorriso è spento, ti senti perso in balia di un destino incerto, che ti tiene costantemente sul filo del rasoio... Vorresti gridare, chiedere, ma esce solo un grido silenzioso! Un grido che manifesta anche le tue paure di persona, ecco, in quel momento magari ti senti grato a una, due, a tante persone che sono lì anche proprio per te! Persone che si dedicano al loro lavoro con estrema passione e professionalità ma anche con la capacità di regalare la medicina più preziosa: UN SORRISO IN CORSIA. In quei mo-

menti specialmente un sorriso è la cosa più nobile che si possa trovare, è la cosa più importante che fa la differenza come tra la notte e il giorno! A loro, specialmente a loro, a tutte quelle persone che sanno regalare un sorriso, il grazie più sincero! Quel sorriso è la forza che ti fa affrontare la notte lunga e buia, è la forza che ti aiuta a sopportare a denti stretti il dolore, è la forza che fa pensare alla tua mente che sei lì in compagnia e non sei solo, è la forza che costantemente ti accompagna e ti fa pensare a domani anche se dubbi delle tue stanche energie ma, specialmente, è la forza che ti parla silenziosamente e che ti dice di raccogliarlo e di farlo tuo come un fiore! Il più profumato e colorato fiore della vita: un semplice prezioso sorriso!

RONDINELLE DI VELLUTO!

Tornava il tepore amico del sole,

tornava a fiorire il cespuglio di pesco giapponese nel giardino sotto casa, con i suoi brillanti fiorellini rosa acceso; tornava il profumo irruente della primavera ma specialmente, finalmente, tornavano, attese con impaziente puerile entusiasmo, a sfrecciare le rondinelle di velluto! Era sempre la fine di marzo: il mese che rinnovava puntualmente i nostri propositi entusiasti per i nostri piccoli progetti comuni. Guardavamo, respirando a pieni polmoni sul nostro poggiolo, quelle piccole affascinanti creature, tenaci ed instancabili volare in alto, in basso, disegnando traiettorie pulite, librarsi frizzanti nel cielo che si perdeva lontano... Le guardavamo soddisfatti e felici pensando e condividendo il dolce piacere di un gelato o di un budino alla vaniglia, il tuo gusto preferito. Riportavano la mente all'appuntamento con i lavori fuori casa: sul nostro terrazzo, teatro delle nostre domeniche e delle nostre serate estive, nei garage e in cantina, per il classico riordino annuale, nella casetta di montagna, per i nostri weekend familiari e per la cura dei nostri verdi prati che tu seguivi con passione. Mentre le osservavamo volare con il loro rincorrersi nell'aria, facevamo i nostri discorsi semplici, tranquilli, pensando magari a piccole innovazioni. L'appuntamento con quelle rondinelle, che sfidavano ogni anno le loro stesse forze per volare chilometri e chilometri, per tornare a



salutarci, ci appariva tenero e allo stesso tempo le osservavamo con rispetto e gratitudine; dei piccoli volatili ci insegnavano ad essere tenaci e a guardare sempre avanti, instancabilmente! Per quelle rondinelle di velluto, un sorriso ed un pensiero: *“Mentre volate per ritornare al vostro nido, lasciateci sognare e pensare che la vita sia sempre il viaggio più importante, e che in qualsiasi evenienza, vale sempre la pena di essere affrontato”*.

IL VERDE BRILLANTE DI MAGGIO!

Sta arrivando luminoso e quasi con fare svolazzante... Si sta affaccian-



do agli occhi di ogni persona che lo vuole cogliere e notare... Sta spargendo ovunque il suo splendente e gradevole, brillante tono di colore...

Spicca ovunque nell'erba dei prati, sulle foglie tenere degli alberi, tra le aiuole dei giardini... È semplicemente meraviglioso!!! È il verde brillante che ogni anno, a ogni primavera, nel mese di maggio, si manifesta puntualmente esplosivo, per dar voce al sussurro della natura. Si vede dapprima a metà montagna poi, dopo un po' di giorni, arrivare nuovo e maestoso fino alla cima dei monti, riflesso dai tanti alberi di boschi e foreste... Quel verde brillante di maggio, arricchisce di ossigeno gli stanchi pensieri della mente e porta a tutti la sua forza rivoluzionaria e rinnovata dopo il lungo inverno e sembra dire ad ognuno di noi: *“rimboccati le maniche e vai avanti...”, c'è sempre il tempo per*

riprendersi!!!” Osservo affascinata la linea di quel verde che si arrampica fin sulle sommità delle nostre meravigliose montagne, la guardo,

penso tra me e me, mi parlo con voce sommessa e rivedo il mio sguardo che ad ogni stagione lo aspetta, lo cerca e lo ritrova...

Egli è imparziale alquanto e si adagia qua e là senza indugiare: sull'erba nuova, sui germogli appena nati, sulle chiome secolari, sui cespugli frizzanti di rametti intrecciati!!! Egli, è ritmicamente, silenziosamente, sempre puntuale.

È la giostra della vita che ci ospita tutti sui suoi seggiolini... Sta a noi osservare, mentre si gira, incrociando i ritmi del tempo che passa...

IL VOLO DEI FALCHI

Volano alti nel cielo, un volo sicuro, deciso e preciso, talvolta lento, scrutatore attento, talvolta fulmineo. Escono di giorno quando l'aria è piuttosto ferma, disegnano nell'aria dei cerchi concentrici manifestando la loro fredda concentrazione, generalmente volano in coppia, relativamente distanti ma anche relativamente vicini, planano da un punto all'altro del cielo ad ali tese perfettamente immobili ma mobili e fluidi nel loro movimento: sono l'esempio perfetto dell'equilibrio naturale.

Maestosi, con il loro verso breve ed acuto, osservano guardinghi dall'alto volando ed aspettando senza fretta alcuna, pazientemente, di puntare la loro preda, per poi piombare su di essa a velocità supersonica e, quindi, catturarla per la loro sopravvivenza. L'equilibrio della natura!

Molte volte noi, sdraiati sul lettino in giardino a prendere il sole, notavamo affascinati il volo dei falchi! Tutti i giorni avevamo come una sorta di tacito appuntamento ed era bello pensare a questo...

come se in un certo senso la cronologia del tempo incrociasse vissuti quasi ad intessere i suoi canovacci... Madre Natura non smette mai di lavorare, ogni essere vivente, mobile o immobile che sia, è solo un'immagine apparente... Tutto il resto è tutto il resto. Nell'esistenza incessante...

Il racconto

La piramide

di Anna Maria Ercilli

Due amiche si incontrano nella migliore pasticceria del centro, ordinano un caffè e una cioccolata in tazza - con l'aggiunta di panna - si raccomanda Dina. Siedono vicino allo specchio, una non riesce a staccare gli occhi dal suo riflesso - bel taglio di capelli, ripete fra sé - e forma le labbra a becco di papero, per l'ultima occhiata.

Dina sembra preoccupata, gira il cucchiaino nella cioccolata, miscela la panna, l'affonda, aggiunge lo zucchero, tintinna sul bordo della tazza, sospira.

"Sai, sono preoccupata per mia sorella, quella più giovane, è piena di tic nervosi, distratta, non riesci più a fare un discorso sensato, non ti segue".

Tania sorseggia il caffè e dice, senza pensarci troppo: *"Hai sentito delle suore brasiliane, quelle che stanno in collina? Curano tanti mali: hanno una piramide miracolosa appesa al soffitto, la persona si sdraia sotto e rimane in meditazione a occhi chiusi. Il tempo è segnato dalla musica sacra, quando smette è finita la cura.*

La cura si ripete finché serve, può durare un anno intero. Ti assicuro che è vero, non vogliono niente in cambio, solo una piccola offerta in denaro".

Dina ha un'espressione perplessa ma è tentata dalla novità indolore della prova.

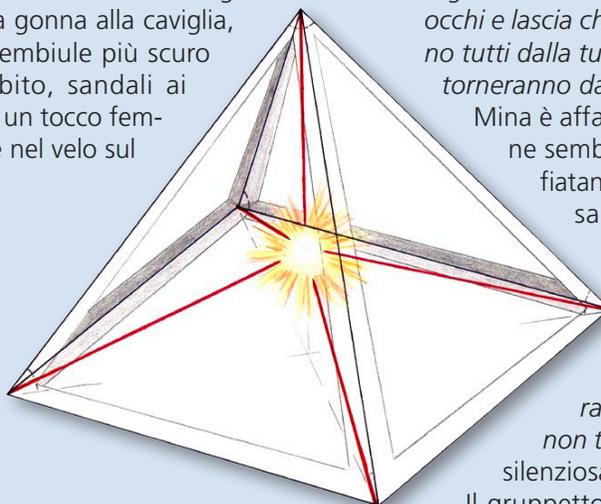
Dopo qualche giorno chiama Tania e senza titubanze si dice disposta a portare la sorella alla casa delle suore brasiliane. Decidono di trovarsi direttamente sul posto.

La sorella Mina tredicenne sembra eccitata dalla nuova esperienza, lo crede un gioco per adulti, parla durante tutto il viaggio con Dina, che guida con piglio concentrato. Le due sorelle sono impressionate dalla storia perso-

nale delle religiose, arrivate da un paese ricco di leggende e animali strani. Un brivido scende lungo la schiena, pensano all'anaconda, ai piraña dai denti aguzzi. Il giorno è umido, nuvole basse e foschia lungo la strada della Fricca che sale dalla valle fino al pianoro di verde variegato.

Si fermano nel cortile di una casa anonima, senza la pretesa di sembrare un convento. Tania le aspetta nell'atrio ombreggiato da tende color senape, un profumo floreale misto a incenso le avvolge.

"Benarrivate care ragazze, venite avanti da questa parte", le accoglie una suorina vestita di grigio, la gonna alla caviglia, un grembiule più scuro sull'abito, sandali ai piedi, un tocco femminile nel velo sul capo.



Entrano nella piccola stanza con pochi mobili tirati a lucido, due piante di aspidistra vicino alla finestra, le persiane socchiuse. Nel mezzo una panca quadrata con un materassino da campeggio, dal soffitto penzola la piramide in ottone. Un triangolo.

Mina si presta con entusiasmo all'esperimento, segue le istruzioni e si ritrova sotto la piramide a occhi chiusi. La musica cala di tono, il profumo si fa più intenso, i rumori sono lontani, ovattati, dispersi nell'umida foschia. Il

dormiveglia si insinua nelle palpebre. Respira piano.

Il capo indio si presenta con un vaso di foglie e frutti esotici, le mostra una cerbottana, sgrana gli occhi per farle capire il pericolo. Passa oltre, vede un ramo con le scimmie scoiattolo, la bocca spalancata senza suono, vede il piccolo uistiti che si dilegua impaurito. Respira leggero il viso sereno. Ma all'improvviso grida: *"yagareté, yagareté, via via"*. Spalanca gli occhi. Arriva trafelata la suorina con le due amiche; entra una donna dalla pelle ambrata, maestosa, lo sguardo magnetico, si avvicina alla ragazza: - *Dammi le mani, chiudi gli occhi e lascia che ti tenga, passeranno tutti dalla tua mente alla foresta, torneranno da dove sono venuti* -.

Mina è affascinata, le altre donne sembrano impaurite, non fiatano. La donna misteriosa socchiude gli occhi con un sorriso indecifrabile, solleva Mina e la rimette in piedi: - *ora vai, ritorna a casa, starai meglio e poi bene, non tornerai* - Si allontana silenziosa come era venuta.

Il gruppetto si scioglie, lasciano una mancia alla suorina, escono. L'imbrunire nasconde il contorno dei volti, silenziose salgono in macchina. Sembra che i tic nervosi siano spariti, di sicuro Mina non dimentica lo strano pomeriggio, si è appassionata alla storia dei popoli indigeni, pensa di prepararsi, studiare e poi raggiungere il paese del yagareté.

Con il tempo le suore brasiliane lasciarono il convento in collina, nessuno conosceva la loro destinazione.

Nel paese di Novoli, in provincia di Lecce

I fuochi di Sant'Antonio Abate

di Maria Ruggio

La tradizione dei fuochi, falò di grandi dimensioni (*focara* in dialetto salentino) caratterizza Novoli, paese in provincia di Lecce, da secoli, almeno dal Seicento. In quel luogo di carbonai (non a caso), un tempo Santa Maria de Novis, e adesso Novoli, il 16 di gennaio, vigilia della festa, si festeggia il patrono Sant'Antonio Abate con un fuoco propiziatorio di 25 metri di altezza per venti di diametro: il più alto del bacino del Mediterraneo, a cui National Geographic ha dedicato persino la copertina oltre a un interessante articolo, mentre la Regione Puglia l'ha inserito tra i beni della cultura immateriale ed è in lizza per la catalogazione ministeriale per il riconoscimento dell'Unesco quale Patrimonio intangibile dell'umanità da valorizzare e tutelare. Una festa, dunque, che affonda le proprie radici nell'antica venerazione dei novolesi per il "Santo del fuoco", il cui culto fu ufficializzato il 28 gennaio del 1664, quando il vescovo dell'epoca, Mons. Luigi Pappacoda, concesse l'assenso canonico alla supplica dell'Università e del clero e dichiarò S. Antonio Abate protettore di Novoli. La prima focara, secondo alcune fonti, è attestata nel 1905, quando "una nevicata abbondante imbiancò il falò alla vigilia della festa".

La costruzione della focara inizia all'alba del 7 gennaio, anche se il "comitato" cittadino provvede all'organizzazione, alla raccolta e al trasporto dei fasci di vite già dall'inizio del mese di dicembre, per essere conclusa a mezzogiorno della Vigilia, momento, questo, sottolineato da una roboante salva di fuochi d'artificio e da rintocchi di campane. Il falò è formato da



Moretto da Brescia, Sant'Antonio abate, 1530-1540

fascine di tralci di vite, sarmenti (da *sarmentum*, in latino, a sua volta da *sarpere*, potare; "sarmente" in dialetto salentino) recuperati dalla rimonda dei vigneti, che vengono accatastate con perfetta maestria e con tecniche tramandate gelosamente di genera-

zione in generazione. In media per costruire un falò da venti/venticinque metri di diametro per venti di altezza occorrono dalle 80.000 alle 90.000 fascine (ogni fascio è composto da circa duecento tralci di vite, i quali sono legati tradizionalmente con del filo di ferro). Per la costruzione di una focara occorrono circa 100 persone abbastanza abili per restare ore in piedi sui pioli delle lunghe scale e passarsi l'uno sull'altro al di sopra della testa i fasci, che poi, giunti in cima, vengono sistemati perfettamente dal costruttore. Proprio sulla cima, la mattina della Vigilia, viene issata un'artistica bandiera, sulla quale è un'immagine del santo, che successivamente brucia insieme al falò. L'onore dell'accensione del falò spetta al presidente del comitato o al Sindaco. L'accensione avviene attraverso una batteria - fiaccolata; una volta accesa, la focara arde per tutta la notte tra le migliaia di persone che, tra musica popolare e fumi di arrostiti delle bancarelle presenti in piazza, assistono allo splendido spettacolo delle *fasciddre*, le carat-



teristiche faville che librano nell'aria creando una "pioggia di fuoco". Il 17 gennaio, prima della processione che porta la statua del santo attraverso le strade del paese, viene impartita agli animali, arrivati anche da lontano, la benedizione.

Ma che cosa lega la figura di S. Antonio Abate, asceta (3°-4° sec. d.C.), considerato l'organizzatore delle comunità anacoretiche in Egitto e conosciuto con l'appellativo di "Padre dei monaci", ai fuochi, agli animali della stalla che appaiono nell'iconografia che lo caratterizza?

Secondo la biografia scritta (verso il 370) con intenti edificativi da sant'Atanasio (tradotta in latino da Evagrio di Antiochia), S. Antonio abate nacque a Quena, villaggio presso Eracleopoli nel

un castello abbandonato oltre il Nilo, presso Afroditopoli, per circa 20 anni, dove si unirono a lui alcuni discepoli. Ma la sua scelta di vita non fu immune da prove terribili. In piena gioventù pensieri osceni lo tormentavano, dubbi l'assalivano sulla opportunità di una vita così solitaria, l'istinto della carne e l'attaccamento ai beni materiali che sembravano sopiti, ritornavano prepotenti e incontrollabili. Chiese aiuto ad altri asceti, che gli consigliarono di aver fiducia in Dio e di sbarazzarsi di tutti i legami e cose, per ritirarsi in un luogo ancora più solitario. Così, ricoperto appena da un rude panno, si rifugiò in un'antica tomba scavata nella roccia di una collina, intorno al villaggio di Coma, dove un amico gli portava ogni tanto un po' di pane, mentre per

Massimino Daia (311), quindi si ritirò nel deserto presso il Mar Rosso; tornò ad Alessandria nel 335 per combattere gli ariani e infine si ristabilì nel suo eremo dove morì a 105/107 anni circa nel 356.

Il corpo sarebbe stato traslato ad Alessandria (565), quindi a Costantinopoli (635), e di lì in Francia (XI sec.); infine a Saint-Julien di Arles nel 1491. La sua festa cade il 17 gennaio. La cosiddetta Regola non è sua; delle 20 lettere sette sembrano autentiche mentre le altre sarebbero del suo discepolo Ammonas.

Ma l'importanza di Antonio (una delle più grandi figure dell'ascetismo cristiano antico) è nell'aver appunto inaugurato il tipo di vita semi-anacoretico, di cui i monasteri orientali, e taluni tipi di vita eremitica occidentale, possono ritenersi la continuazione.

Il legame con il deserto e le terribili prove a cui viene sottoposto sono simboleggiate nell'immagine standardizzata e riprodotta nei santini: Antonio è un eremita, vestito con un abito grigio e un mantello col cappuccio, appoggiato a un bastone nodoso, il *tau*, chiamato così per la somiglianza alla lettera dell'alfabeto greco "τ", ultima lettera dell'alfabeto ebraico e quindi allusione alle cose ultime e al destino, che diventerà l'emblema dei canonici antoniani.

Antonio è protettore degli animali, specie domestici, condotti il 17 gennaio a essere benedetti ed è invocato contro il fuoco sacro o fuoco di sant'Antonio, che ora corrisponde all'herpes zoster, ma anticamente indicava l'ergotismo (dal francese *ergot*, segale cornuta). Interessante è scoprire come le reliquie del santo sono state coinvolte nell'attività di ospedalieri dei canonici antoniani fra Tre e Quattrocento.

L'arrivo in Francia della cassa contenente le ossa di Antonio coincide infatti con il manifestarsi del morbo terribile, ricordato da numerose cronache contemporanee, l'ergotismo appunto, non infettivo o contagioso, anche se appariva tale alle comunità colpite, ma manifestazione patologica di un'intossicazione alimentare dovuta all'assunzione prolungata di segale infettata da un fungo tossico,



Medio Egitto (251 o 252). Rimasto orfano a 18 anni, con un ricco patrimonio da amministrare e con una sorella minore da educare, attratto dall'ammestramento evangelico *"Se vuoi essere perfetto, va', vendi ciò che hai, dallo ai poveri e avrai un tesoro nel cielo, poi vieni e seguimi"* e sull'esempio di alcuni anacoreti che vivevano nei dintorni dei villaggi egiziani in preghiera, povertà e castità, Antonio, dopo aver venduto i suoi beni, affidata la sorella a una comunità di vergini, si dedicò alla vita ascetica prima davanti alla sua casa, poi presso un'antica tomba, ancora in

il resto si nutriva di frutti di bosco e erbe dei campi. In questo luogo alle prime tentazioni subentrarono terrificanti visioni e frastuoni, attraversò un periodo di terribile oscurità spirituale, ma superò tutto perseverando nella fede in Dio. Quando alla fine Cristo gli si rivelò illuminandolo, egli chiese: *"Dov'eri? Perché non sei apparso fin da principio per far cessare le mie sofferenze?"*. Si sentì rispondere: *"Antonio, io ero qui con te e assistevo alla tua lotta..."*.

Si recò ad Alessandria a rincuorare i cristiani durante la persecuzione di



la *Claviceps purpurea*, che nelle annate particolarmente umide e piovose si insediava nel fiore della segale (cereale resistente e dalla resa sicura che dal VI secolo viene preferita al frumento più difficile da coltivare e meno redditizio), cresceva fino a 3-4 centimetri, aveva un sapore sgradevole, ma veniva mescolato ai grani del cereale quando il raccolto era scarso. Colorava di azzurro la farina, aveva odore e gusto sgradevole, ma soprattutto una forte tossicità che non perdeva neanche con la cottura. L'intossicazione si diffondeva perché spesso i cereali erano macinati nello stesso mulino: il fuoco sacro era quindi un'"epidemia non contagiosa" in quanto non legata a condizioni infettive trasmissibili, ma "popolare" in quanto legata a "condizioni nutrizionali diffuse", secondo Cosmacini (G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza). La malattia si presenta con formicolii, pruriti, stiramenti, sensazioni prima di calore e bruciore – da qui il nome di "fuoco" – poi di freddo glaciale fino alla cancrena. È difficile cercare di spiegare come mai Antonio diventa, dal XII secolo, il protettore quasi esclusivo contro la malattia, tanto che fu denominata comunemente "fuoco di S. Antonio". Secondo il teologo e filosofo tedesco Jean Gerson, in un sermone tenuto al Concilio di Costanza (1414-1418), il santo è considerato il patrono da

invocare a protezione di una malattia che brucia come un fuoco infernale, perché durante la sua esistenza terrena ha più volte combattuto e vinto le insidie diaboliche e le fiamme della libidine. Antonio appare il santo adatto a cui votarsi contro una malattia che brucia le membra, e non c'è da meravigliarsi che all'ergotismo sia poi subentrato l'herpes zoster. L'arrivo delle reliquie nel Delfinato in concomitanza con un picco epidemico di fuoco sacro e i miracoli verificatisi determinarono definitivamente questa connessione, grazie all'operato degli antoniani, prima piccola congregazione sorta con compiti assistenziali poi potente ordine religioso, a cui il papa accordò il privilegio di allevare maiali per uso proprio e a spese della comunità, per cui i porcellini, il cui grasso, in crema, veniva usato per curare l'ergotismo, potevano circolare liberamente fra cortili e strade grazie a una campanella di riconoscimento. La

cura vera e propria però consisteva, oltre a un'alimentazione corretta, nell'assunzione del *saint vinage*, una bevanda ricavata ogni anno, il giorno dell'Ascensione, versando vino nella cassa contenenti le ossa di sant'Antonio. Patrono di tutti gli addetti alla lavorazione del maiale, vivo o macellato, è anche il patrono di quanti lavorano con il fuoco, come i pompieri, perché guariva da quel fuoco metaforico che era l'herpes zoster. Per millenni, e ancora oggi, si usa nei paesi europei, dal nord al sud, accendere il giorno 17 gennaio, i cosiddetti "focarazzi" o "ceppi" o "falò di S. Antonio", che avevano una funzione purificatrice e fecondatrice, come tutti i fuochi che segnavano il passaggio dall'inverno alla imminente primavera. *"D'altronde tra le minacce di distruzione ad opera del fuoco e i suoi vantaggi civilizzatori, si oscilla sempre tra i due poli di un potere che si manifesta ogni volta duplice. Perché bruciare è distruggere ma è anche fertilizzare, bruciare è imbruttire ma è anche purificare. Nel fuoco vivono i demoni ma rinasce la fenice, il fuoco è la fiamma dell'inferno ma anche l'aureola del santo"* (Catherine Perlès, *Fuoco*, Einaudi). È comunque paradossale che Antonio, eremita solitario, vegetariano, longevo nella sua astinenza da ogni eccesso, sia stato trasformato nel protettore degli animali da cortile, nel medico del corpo arso dal dolore, nel simbolo della fine dell'inverno con il fuoco che ne determina la morte per ridare vita alla primavera: miracoli della fede. Veneratissimo lungo i secoli, il suo nome è fra i più diffusi del cattolicesimo, anche se poi nella devozione onomastica è stato soppiantato dal XIII sec. dal grande omonimo santo taumaturgo di Padova.



Massimo Cavezzali, vignetta, 2010

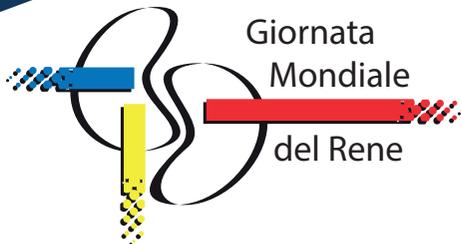
Cura la tua salute!



Nel Mondo
1 persona su 10 ha un problema renale

12 Marzo 2015

TRENTO - P.zza Cesare Battisti
dalle ore 9 alle ore 14



Per effettuare una corretta prevenzione è sufficiente:

- misurare la pressione arteriosa una volta all'anno
- eseguire l'esame urine una volta all'anno

**PORTARE LE URINE RACCOLTE AL MATTINO
IN APPOSITO CONTENITORE REPERIBILE IN FARMACIA**

www.worldkidneyday.org



IL PRESIDENTE A.P.A.N.
D.ssa Serena Belli



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento
a cura della D.ssa Cristina Comotti

IL DIRETTORE
S.C. NEFROLOGIA - DIALISI
Ospedale S. Chiara - TN
Dott. Giuliano Brunori