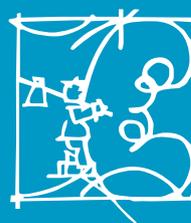


R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

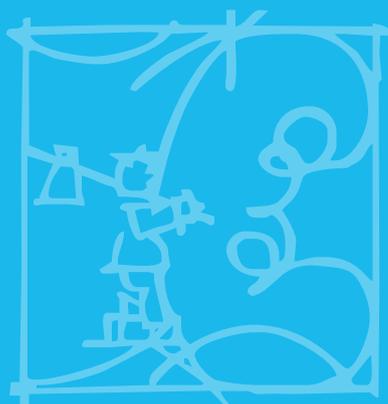
ANNO XXXVI - GIUGNO 2021 - 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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: Litodelta - Scurelle (TN)



- ➔ Vaccini, vaccini e ancora vaccini
- ➔ In merito alla vaccinazione anti-covid 19 nei pazienti trapiantati
- ➔ Sulle due ruote per la salute dei reni
- ➔ Intervista a Maria Grazia Tabbi
- ➔ Il nuovo Primario di Neurochirurgia
- ➔ Effetti positivi e negativi del potassio
- ➔ Cure Palliative nella gestione del reparto covid all'Ospedale di Arco
- ➔ L'infezione da SARS-CoV-2 nei bambini e negli adolescenti
- ➔ Neonato: l'unico vero protagonista del nostro futuro
- ➔ Notizie dall'associazione
- ➔ A Giorgio Postal l'Aquila di san Venceslao
- ➔ Una questione di Oblio
- ➔ Santa Ildegarda: medico di Dio e delle donne
- ➔ Il "disiato riso"
- ➔ Un viaggio nel mondo di Dante
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ Il Racconto: carissima Lù
- ➔ Micologia che passione

SOMMARIO



Rene&Salute

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

EDITORE:

A.P.A.N. - Presidente
dott.ssa Diana Zarantonello
Vice Presidente Dott.ssa Serena Belli
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
www.apantrentino.it

REDAZIONE:

Serena Belli, Antonio Fondriest, Aldo Nardi,
Maria Ruggio

COLLABORATORI:

Danila Bassetti, Serena Belli,
Federica Berchielli, Alessandra Dalla Gassa,
Anna Maria Ercilli, Gloria Fadanelli,
Marco Floriani, Anna Gentili, Aldo Nardi,
Dino Pedrotti, Manuela Pellanda,
Luisa Pevarello, Fabio Rosa, Silvio Sarubbo,
Maria Grazia Tabbì, Luigi Tomio,
Alessandro Valdagni, Diana Zarantonello,
Stefano Zizzetti.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

Questo numero è stato chiuso in tipografia
nel mese di giugno 2021.

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

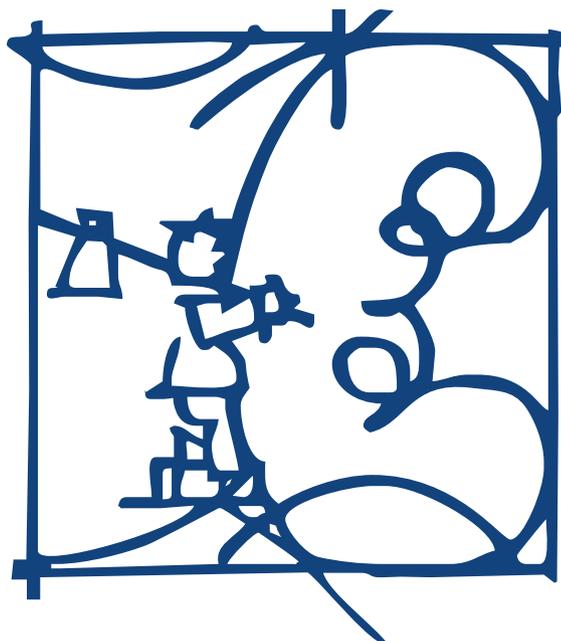
L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento
a «RENE&SALUTE».

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

In copertina:

“Percorso impossibile. 1987”,
di Romano Furlan

- | | | | |
|-----------|---|-----------|---|
| 3 | Vaccini, vaccini ed ancora vaccini!
<i>di Danila Bassetti</i> | 27 | Cara Lu
<i>Anna Maria Ercilli, 2021</i> |
| 5 | Vaccinazione anti-COVID19
per i pazienti trapiantati
<i>di Anna Gentili</i> | 28 | Notizie dall'associazione |
| 7 | Sulle due ruote
per la salute dei reni
<i>di Luigi Tomio</i> | 30 | A Giorgio Postal l'aquila
di San Venceslao |
| 10 | La nefrologia altoatesina
attraverso le parole del suo Primario
<i>a cura di Diana Zarantonello</i> | 32 | Una questione di oblio
<i>di Aldo Nardi</i> |
| 14 | Il nuovo primario
di neurochirurgia
<i>a cura di Diana Zarantonello</i> | 36 | Santa Ildegarda:
medico di Dio e delle donne
<i>Alessandra Dalla Gassa</i> |
| 17 | Effetti positivi e
negativi del potassio
<i>di Federica Berchielli</i> | 40 | «Il Disiato Riso»: da Francesca
a Vittoria Ocampo
<i>di Fabio Rosa</i> |
| 20 | La prima ondata della pandemia
<i>di Stefano Zizzetti</i> | 43 | Viaggio nel Mondo di Dante
<i>di Manuela Pellanda</i> |
| 22 | L'esperienza della
pediatria di Trento
<i>di Gloria Fadanelli</i> | 46 | Consigliami un libro
<i>di Serena Belli</i> |
| 25 | Neonato: l'unico, vero
protagonista del nostro futuro
<i>di Dino Pedrotti</i> | 48 | Il fungo di San Giorgio
<i>a cura di Marco Floriani
e Alessandro Valdagni</i> |
| | | 50 | Aforismi
<i>a cura di Luisa Pevarello</i> |



*A proposito della risposta immunitaria
per fronteggiare le infezioni*

VACCINI, VACCINI ED ANCORA VACCINI!

di **Danila Bassetti***



Pfizer, AstraZeneca, Moderna, Janssen, Sputnik sono nomi ormai sulla bocca di tutti: chi l'avrebbe mai detto? Eppure, l'unico spiraglio di luce intravedibile dal profondo del tunnel COVID-19, in cui siamo precipitati, lo dobbiamo a loro! Dopo mesi pesanti di buio, di vita sospesa nella migliore delle situazioni, possiamo sperare che una vaccinazione di massa ci possa pian pianino riportare ad una quotidianità meno problematica e più serena dell'attuale. Facciamo allora il punto sulla vaccinazione anti SARS-CoV-2, fornendo elementi basilari tali da contribuire ad una maggiore consapevolezza della necessità di una massiccia adesione ai programmi vaccinali per dar fine all'epidemia in atto.

I vaccini, come già scritto nel n.1/2 *Rene&Salute*

2017, sono costituiti da una piccolissima quantità di agenti infettivi o di loro componenti che, mimando l'infezione naturale e senza provocare malattia, attivano i meccanismi della risposta immunitaria cellulare ed umorale con produzione di anticorpi duraturi come memoria immunitaria, in grado di intervenire rapidamente in caso di successiva infezione naturale. Essi ci mettono, in poche parole, nelle condizioni di chi si è ammalato ed è guarito, senza però costringerci a contrarre la malattia con tutti i rischi che la stessa comporta.

Dobbiamo a Lady Mary Montagu, vissuta nel 1700, l'intuizione osservazionale di come la cosiddetta "variolizzazione", pratica empirica turca che consisteva nel mettere a contatto soggetti sani con poco materiale di pustole vaiolose, potesse prevenire la malattia vera e propria, causa nel 20-30 % di morte nei soggetti infettati. Il medico inglese Edward Jenner perfezionò la tecnica

utilizzando per l'inoculo il liquido presente nelle lesioni delle mucche colpite da vaiolo bovino: era stata così inventata la pratica successivamente denominata vaccinazione, per le sue origini. Essa fu applicata massivamente con risultati sorprendenti tanto che l'8 maggio 1980 l'OMS dichiarò la scomparsa dal pianeta del vaiolo. L'effetto protettivo del vaccino si basa su due meccanismi fondamentali: diretta protezione individuale diretta ed indiretta protezione collettiva. Nel soggetto vaccinato infatti stimola la risposta immunitaria in grado di

fronteggiare l'eventuale infezione e contemporaneamente riduce la circolazione stessa del virus, basata sulla presenza di soggetti recettivi che consentano una replicazione virale. Un'epidemia si diffonde come un incendio nella fo-

resta, lambendo con il fuoco le piante vicine, che a loro volta "attaccheranno" altre e così via. Ma se la foresta è diradata, l'incendio si estinguerà in breve non trovando altro materiale combustibile. La stessa cosa vale per la propagazione del virus: i soggetti suscettibili (cioè non immuni perché non vaccinati o precedentemente guariti) rappresentano, come gli alberi della foresta, la fonte di sopravvivenza del focolaio virale. Per cui: chi si vaccina protegge direttamente se stesso ed indirettamente altri, che magari non possono vaccinarsi.

Sgombriamo subito un equivoco: spesso anche in televisione si sente usare la parola siero come sinonimo di vaccino! Questi termini non sono assolutamente equivalenti: il vaccino è costituito da elementi che stimolano una risposta anticorpale che sarà espressa e contenuta nel nostro siero come anticorpi o immunoglobuline. Il siero propriamente detto è costituito da anticorpi precosti-



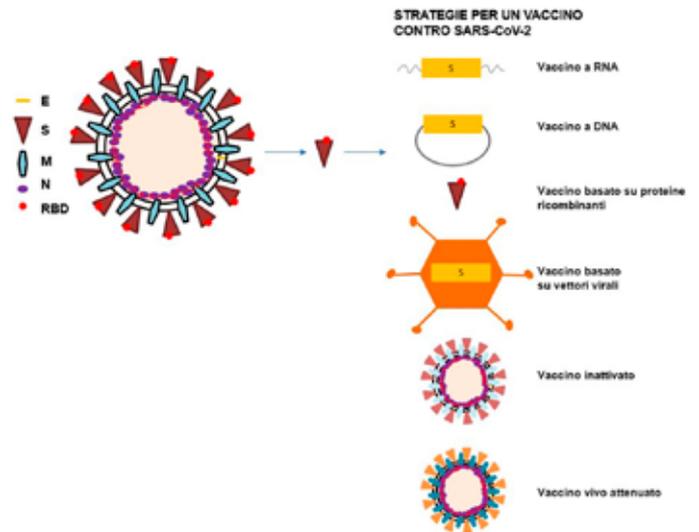
**l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19**



tutti che in situazioni di urgenza sono somministrati a pazienti. Sarà successo anche a voi o conoscenti di finire in Pronto Soccorso per qualche ferita contaminata: se non siete stati vaccinati per il tetano vi saranno stati somministrati sia il vaccino che il siero contenente gli anticorpi, in attesa della vostra produzione autonoma indotta dal vaccino.

Per quanto riguarda i diversi vaccini, esistono diverse formulazioni di produzione: essi possono essere costituiti da microrganismi inattivati (uccisi), microrganismi vivi ma attenuati, proteine o frammenti proteici o prodotti tipici di virus o batteri, DNA, RNA, vettori virali non replicanti.

Ogni vaccino è frutto di rigorosi studi che partono da valutazioni sperimentali in vitro delle componenti del microrganismo, cui segue una fase preclinica in cui viene testata la risposta immunitaria e/o i meccanismi avversi su organismi viventi complessi non umani. Superata questa fase ha inizio la vera e propria sperimentazione clinica sull'uomo, che normalmente inizia dopo circa 2-5 anni dalle iniziali ricerche sulla risposta immu-



nitaria, cui seguono altri 2 anni di prove pre-cliniche per la sperimentazione animale. La sperimentazione clinica si realizza in ulteriori fasi: fase I come prima somministrazione del vaccino sull'uomo per valutare tollerabilità e sicurezza, fase II per verificare gli stessi indici su un numero maggiore di soggetti, fase III per valutare la reale funzione preventiva, fase IV dopo approvazione del vaccino e la sua immissione in commercio per valutare in maniera continuativa nel breve e lungo termine sicurezza ed efficacia dei vaccini nella pratica clinica. Di solito queste procedure richiedono 8-10 anni ed allora è sorprendente come la scienza sia stata in grado di produrre i primi vaccini per SARS-CoV-2 in soli 10 mesi: un po' come costruire il ponte sullo Stretto di Messina in 10 mesi, come dice il prof. Burioni!

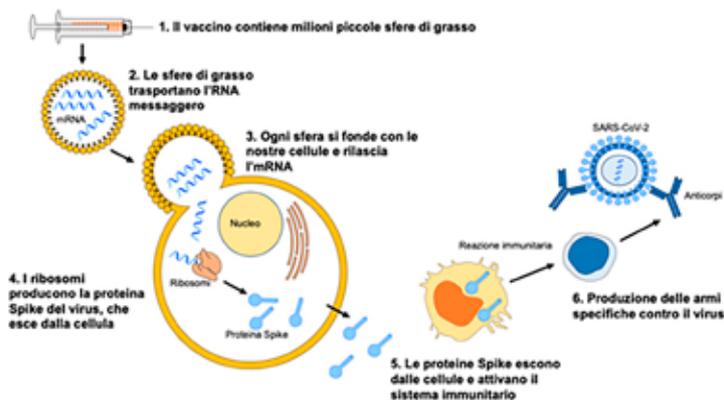
Eccezionalità e novità connotano i primi due vaccini prodotti: Pfizer-BioNTech e Moderna, basati su una nuova tecnologia di preparazione con l'uso di mRNA. Qualche nota per capirne il meccanismo: la sintesi proteica (e quindi anche degli anticorpi) avviene mediante un messaggio portato ai ribosomi cellulari (i nostri ope-

DITTA	Nome	Nazionalità	Tecnica	Dosi	Approvazione	Efficacia
Pfizer BioNTech	Comirnaty	USA-Germania	mRNA	2	FDA EMA AIFA	95%
Moderna	Moderna	USA	mRNA	2	FDA EMA AIFA	95%
AstraZeneca	Vaxzevria	UK-Svezia	Vettore virale	2	FDA EMA AIFA	80%
Janssen	Janssen	USA	Vettore virale	1	FDA EMA AIFA	80%
Sputnik	Sputnik V	Russia	Vettore virale	2	Russia	91%

rai costruttori di proteine) da parte dell'RNA messaggero o mRNA, che ha tradotto il progetto della proteina dal DNA, dove è contenuto il materiale genetico del progetto stesso. I due vaccini Pfizer-BioNTech e Moderna sono costituiti da mRNA che induce nell'organismo la produzione di proteine Spike, la chiave di accesso del Coronavirus SARS-2 verso le nostre cellule, e la conseguente produzione di anticorpi contro le stesse proteine. Il nostro sistema immunitario è così predisposto con anticorpi verso le proteine Spike ed il virus, qualora penetrasse nel nostro organismo, sarebbe neutralizzato nella sua parte di attacco con impedimento della sua replicazione e diffusione.

Al momento attuale sono stati approvati due vaccini a mRNA (Pfizer-BioNTech e Moderna), un vaccino con vettore adenovirus di scimpanzè (AstraZeneca), un vaccino con adenovirus umano (Janssen). Sono in via di approvazione EMA un vaccino con due diversi adenovirus umani (Sputnik V), uno con proteine ricombinanti (Novavax). Lo scenario tecnico e ... commerciale è in continua evoluzione tanto che al momento ben altri 66 vaccini sono in fase clinica e 176 in fase pre-clinica.

Tutto questo ci fa sperare di poter vincere a breve anche il COVID-19, ma è importante che ognuno di noi si convinca che le battaglie non si vincono da soli, come ben dice Papa Francesco ed è quindi fondamentale vaccinarsi per **proteggere noi stessi e la comunità in cui viviamo!**



***dott.ssa Danila Bassetti**
Direttore Sanitario Avis del Trentino

VACCINAZIONE ANTI-COVID19 PER I PAZIENTI TRAPIANTATI

di Anna Gentili*



L'infezione da Sars-CoV-2, cioè il virus che causa la malattia COVID-19, ha purtroppo coinvolto anche i pazienti portatori di trapianto di rene così come i pazienti in lista d'attesa di trapianto.

Dall'inizio della

pandemia circa il 15-20% dei pazienti trapiantati di rene afferenti all'ambulatorio nefrologico dell'Ospedale Santa Chiara di Trento ha contratto l'infezione da Sars-CoV-2, con ampia variabilità delle manifestazioni cliniche; da pazienti paucisintomatici a pazienti con necessità di ricovero fino a quelli che purtroppo non sono sopravvissuti all'infezione. Un numero elevato di contagi è occorso soprattutto durante la cosiddetta „seconda ondata“ (autunno-inverno 2020). L'infezione da COVID-19 (documentata dalla positività a tamponi molecolari/antigenici rapidi) nel paziente trapiantato comporta la necessità di ridurre o addirittura sospendere la terapia immunosoppressiva in atto con lo scopo di proteggere la vita del paziente dagli effetti del virus: questo tuttavia espone il paziente trapiantato ad un aumentato rischio di rigetto dell'organo. È intuitivo comprendere quanto la prevenzione del contagio risulti davvero indispensabile e si attui attraverso comportamenti responsabili, con l'uso di dispositivi di protezione individuale e con la vaccinazione del paziente trapiantato nonché dell'intera popolazione. Per quanto riguarda la vaccinazione anti-COVID19 attualmente i



pazienti portatori di trapianto di rene ed in lista di attesa per trapianto rientrano nella categoria di pazienti per i quali la somministrazione del vaccino è considerata prioritaria, in quanto risultano persone estremamente vulnerabili, affette da condizioni che per danno d'organo preesistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS COV 2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID19 (come recitano le "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti Covid-19", emanate dal Ministero della Salute). Nella Provincia Autonoma di Trento a partire dal 21 marzo 2021 è iniziata la somministrazione del vaccino anti COVID19 ai pazienti portatori di trapianto d'organo. Sebbene i pazienti trapiantati non siano stati inseriti negli studi che hanno consentito l'autorizzazione dei vaccini, le valutazioni medico-scientifiche condivise a livello nazionale (Centro Nazionale Trapianti, Società Italiana di Nefrologia) ed a livello internazionale hanno portato ad indicare e consigliare la vaccinazione a tutti i soggetti trapiantati in quanto il vantaggio garantito dalla protezione vaccinale, riducendo i rischi correlati all'infezione da Sars-CoV2, appare essere superiore ai potenziali rischi legati alla vaccinazione stessa.

Altro aspetto da considerare è che l'efficacia del vaccino nei soggetti trapiantati potrebbe essere in parte ridotta a causa di una risposta immunitaria più debole dovuta alla terapia immunosoppressiva assunta. E' importante quindi che si vaccinino anche i pazienti in attesa di trapianto (che ancora non assumono una terapia immunosoppressiva e che hanno pertanto maggiore probabilità di sviluppare l'immunità indotta dal vaccino) nonché persone conviventi e care giver di questi pazienti "fragili", per ridurre la probabilità di contagio in caso di mancato sviluppo di immunità efficace a causa della terapia

assunta. Tenendo conto che la vaccinazione anti-COVID19 rimane comunque un'indicazione da valutare e personalizzare per ogni singolo paziente, sono state fornite alcune informazioni aggiuntive:

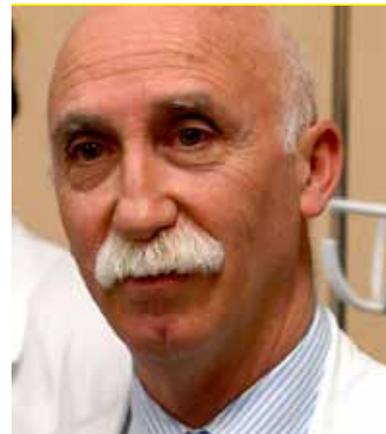
- il vaccino proposto ai trapiantati d'organo è quello ad mRNA (Cominarty della Pfizer BioNTech o mRNA-1273 della Moderna) - cioè un vaccino che non può indurre replicazione virale nel soggetto vaccinato (perché non introduce il virus vero e proprio nella cellula ma solo l'informazione genetica utile a produrre la proteina Spike del virus contro cui si producono gli anticorpi); questi vaccini vanno effettuati nella somministrazione di 2 dosi secondo le indicazioni del Ministero della Salute;
- ai pazienti neo-trapiantati è stato consigliato di sottoporsi alla vaccinazione non prima dei 3 mesi post-trapianto (a raggiunta "stabilità" della terapia immunosoppressiva);
- i rischi connessi al vaccino anti covid19 non risultano essere superiori a quelli di qualsiasi altra vaccinazione;
- anche ai pazienti che hanno contratto l'infezione da Sars-CoV-2 si consiglia la vaccinazione (a 3 mesi dalla guarigione/negatività del tampone molecolare) perché l'avvenuta infezione non dà la certezza di essere protetti per lungo tempo da un'eventuale reinfezione.



*Dott.ssa Anna Gentili,
ambulatorio trapianti renali,
Ospedale S. Chiara, Trento

SULLE DUE RUOTE PER LA SALUTE DEI RENI

di Luigi Tomio*



L'importanza dei reni venne riconosciuta fin dall'antichità. Già nell'Antico Testamento si legge: «Benedirò il Signore che mi ha dato consiglio; nelle stagioni buie i miei reni mi guidano (Salmo 14-16)». E ancora: «Esaminami Signore, e mettimi alla prova; osserva i miei reni e il mio cuore (Salmo 26:2)». Anche Ippocrate (460-377 a.C.) diede importanza all'urina considerandola un derivato del sangue, uno dei quattro umori e non limitandosi alla semplice osservazione dell'aspetto ma analizzando le molteplici caratteristiche dell'urina normale e patologica.

Tra il XII e il XIII secolo Gilles de Corbeil (1140-1224 d.C.), poeta e medico francese cresciuto alla Scuola di Salerno, diede un grande contributo all'interpretazione dell'esame delle urine avventurandosi nella composizione di un poema, il *Carmina de Urinarum* - 352 versi, testo sacro per l'insegnamento nella facoltà di Medicina di Parigi fino all'alba del XV secolo.

Dal XVII in poi fino ai giorni nostri si integrano osservazioni di anatomia e al microscopio sempre più raffinate che, unite alle moderne indagini molecolari e ai progressi tecnologici (tecniche dialitiche, trapianti d'organo, ecc.), consentono a milioni di pazienti una sopravvivenza significativa.

Oggi tuttavia "sopravvivere non basta" e si mira a conseguire anche il miglioramento della qualità di vita e una maggiore riabilitazione psico-fisica dei pazienti. Da questo punto di vista peraltro già Ippocrate affermava che "se potessimo dare ad ogni individuo la giusta quantità di nutrimento e di esercizio fisico, né troppo né poco, avremmo trovato la giusta strada per la salute". Relazioni tra ginnastica e salute sono state riprese da Galeno (129-201 d.C.), "la ginnastica rientra nell'ambito dell'igiene e le è sottoposta" e "il giudizio su questa arte (ginnastica) attiene al potere curativo che spetta al medico". Più vicino ai nostri tempi Mercuriale (1530-1606 d.C.) ri-

portava che "la ginnastica giova alla salute... la giusta miscela di comportamenti corretti può prolungare lo stato di benessere delle persone". Emerge come, fin dai tempi antichi, l'attività fisica fosse considerata parte integrante del concetto di salute.

Nel corso dei secoli lo stile di vita si è significativamente modificato. La sedentarietà, tipica della nostra società, è definita come l'incapacità di raggiungere i livelli minimi di attività fisica consigliata che per gli adulti è di 150 minuti di attività fisica aerobica moderata o 75 minuti di attività vigorosa a settimana o una combinazione equivalente di attività fisica moderata e vigorosa. Oggi la sedentarietà è considerata come uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) circa 2 milioni di decessi annui sono legati all'inattività fisica, che rappresenta da sola il quarto fattore di rischio (6%) per tutti i decessi dopo l'ipertensione arteriosa (13%), il fumo di sigaretta (9%) e la dislipidemia (6%) ed è inoltre causa di circa il 30% delle malattie cardiache, del 27% dei casi di diabete mellito di tipo due e del 21-25% di alcuni tipi di carcinoma (esempio colon e renale).

I soggetti con malattia renale cronica (MRC) e ancor più quelli in dialisi hanno la caratteristica di essere soggetti sedentari a elevato rischio di malattie cardiovascolari. Bisogna, infatti, tener presente che i soggetti in dialisi hanno spesso un'età piuttosto elevata, in media intorno ai 70 anni, e presentano spesso comorbidità che aumentano la tendenza di tali soggetti ad una maggiore sedentarietà rispetto ai soggetti di pari età in buona salute. Nelle linee guida *National Kidney Foundation Disease Outcomes Quality Initiative*, elaborate dalla *National Kidney Foundation* negli Stati Uniti, si sottolinea proprio l'importanza di uno stile di vita attivo nei soggetti con insufficienza renale cronica (IRC) e in particolare è stato più volte sottolineato che l'attività fisica dovrebbe essere

considerata come pietra miliare nel trattamento dell'insufficienza renale cronica. Nel 2011 è stata pubblicata una *review* della Cochrane dal titolo “*Exercise training for adults with chronic kidney disease*” dove sono stati presi in considerazione 45 studi randomizzati per un totale di 1863 partecipanti per valutare gli effetti di una regolare attività fisica nei soggetti con MRC e per comprendere come dovrebbe essere impostato un programma di esercizio fisico (tipo, durata, frequenza, carico) per il raggiungimento dei migliori effetti benefici. I risultati emersi da questa *review* hanno portato gli autori a concludere che l'esercizio fisico regolare specie se di tipo aerobico (camminata, bicicletta) è uno dei più efficaci interventi non farmacologici in grado di prevenire e/o ridurre il rischio cardiovascolare nei pazienti con insufficienza renale anche in trattamento dialitico, attraverso un effetto positivo su alcuni dei più comuni fattori di rischio cardiovascolare quali ipertensione arteriosa, sovrappeso, tolleranza glucidica, dislipidemia, alterazioni del tono dell'umore.

Ma, nonostante i risultati positivi, una regolare attività fisica rimane di scarsa applicazione nella gestione clinica dei pazienti con un'insufficienza renale cronica (problemi di tempo, trasporto, motivazione). Nei pazienti trapiantati che costituiscono una coorte non omogenea con peculiari caratteristiche fisiopatologiche (eziologia, calcificazioni vascolari, anni di dialisi, terapia) i risultati osservati nei pazienti con insufficienza renale cronica non sono trasferibili automaticamente, ma i dati disponibili sono, peraltro, stimolanti.

Ma, se l'esercizio fisico risulta essere un formidabile e poco costoso “farmaco” dotato di un profilo di rischio-efficacia molto favorevole, questi pazienti dopo adeguata preparazione possono affrontare percorsi e gare sportive allo stesso livello di sportivi amatoriali? Sono note, anche attraverso i media, le esperienze di campioni ritornati a svolgere attività professionistiche ad alti livelli dopo un trapianto di rene: Jonah Lomu (rugby), Alonzo Mourning (basket), Ivan Klasnic (calcio). Pazienti con un trapianto di fegato hanno scalato vette di seimila metri e pazienti con un trapianto di cuore hanno completato manifestazioni di alto impegno agonistico, quali l'*Ironman Triathlon* (3,8 km di nuoto, 180 km di ciclismo, 42,2 km di corsa).

A partire dalla fine del 2008, il Centro Nazionale Trapianti (CNT), in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna e con il Gruppo Medico Isokinetic di Bologna, ha dato vita al programma “Trapianto... e adesso sport” che si propone di favorire la diffusione della cul-

tura dell'attività sportiva nella popolazione di pazienti trapiantati oltre a sensibilizzare il cittadino sul tema della donazione. Dal 2010 il CNT monitora gli effetti dell'attività sportiva dei ciclisti trapiantati che gareggiano alle maratone ciclistiche nazionali e internazionali. In uno studio pubblicato nel 2015 e condotto da colleghi italiani dell'Emilia Romagna è stato dimostrato che pazienti trapiantati per rene (10 pazienti) e fegato (8 pazienti) sono in grado di partecipare anche a competizioni ciclistiche di lunga durata con risultati sovrapponibili a quelli di ciclisti amatoriali sani. I pazienti furono ammessi a partecipare al percorso ridotto (130 km) della “Nove Colli”, una gara di ciclismo su strada di lunga distanza che si svolge in Romagna (Forlì-Cesena e Rimini, Italia), con griglia di partenza e traguardo posto a livello del mare a Cesenatico.



Si tratta di uno degli eventi più prestigiosi di questo genere, uno dei più antichi (si tiene dal 1971), e probabilmente uno dei più conosciuti non solo in Italia per questo tipo di competizioni.

Tra i malati di rene uno degli atleti più rappresentativi è stato sicuramente Alberto Signorini, insegnante di italiano a Cepino di Sant'Omobono (BG), trapiantato di rene oltre vent'anni fa, che conquistò la medaglia di bronzo nella prova di ciclismo in linea ai campionati mondiali di Durban, Sudafrica nel 2013. Alla partenza per i giochi disse: «A causa di una malattia renale cronica a 18 anni ho dovuto iniziare la dialisi. Mi sembrava che il mondo mi stesse crollando addosso. Ero confuso e non sapevo cosa sarebbe stata la mia vita. Due anni dopo ricevetti un meraviglioso dono: il rene di un bergamasco deceduto in seguito ad un incidente stradale. In pochi mesi ho ritrovato la salute grazie al trapianto eseguito agli Ospedali Riuniti di Bergamo. Ora voglio farmi testimone dell'im-

portanza delle donazioni, della possibilità di iniziare non solo una nuova vita ma una vita normale.»

Alcune associazioni che si occupano di patologia renale a livello nazionale, come Aned (Associazione nazionale emodializzati), promuovono lo sport come potente mezzo di riscatto dalla malattia e di testimonianza attiva della voglia di vita e salute di dializzati e trapiantati. Aned è stata la prima associazione in Italia, e per lungo tempo l'unica, ad organizzare manifestazioni sportive quali i Campionati Nazionali e una rappresentativa nazionale che partecipasse ad eventi sportivi internazionali riservati ai trapiantati. Aned infatti è membro della *World Transplant Games Federation*, la Federazione delle Associazioni Sportive per trapiantati, presso la quale rappresenta ufficialmente l'Italia grazie alla Nazionale Italiana Trapiantati, la prima squadra sportiva italiana composta interamente da portatori di trapianto di organo solido o tessuti.

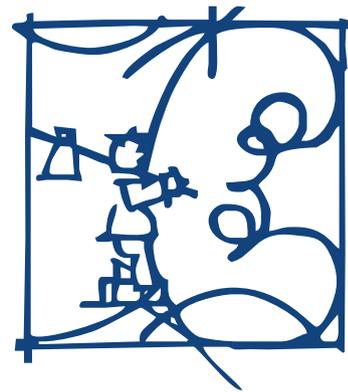


Gli ultimi giochi si sono tenuti a New Castle, Inghilterra, dal 17 al 23 agosto 2019 in epoca pre-Covid dove i trapiantati italiani hanno si sono cimentati in differenti discipline tra cui il ciclismo, portando a casa un bottino ricco di ben 30 medaglie (10 oro, 8 argento e 12 bronzo). Nel ciclismo 3 sono state le medaglie: Ermanno Manenti – 2 bronzo (crono, 30km) e Liliana Castellani – bronzo (30 km). Nel 2017 i medesimi giochi furono tenuti a Malaga, Spagna da dove la nostra nazionale ritornò a casa con ben 34 medaglie tra cui 7 nel ciclismo. Walter Uccheddu, atleta trapiantato di rene, tornò con il titolo di campione del mondo di ciclismo e con un bronzo nella crono a squadre, conquistata con i colori dell'Italia insieme al conterraneo Stefano Caredda e al lombardo Ermanno Manenti. Stefano Caredda, anche lui veterano di queste competizioni, affiancava al bronzo nella crono a squadre un buon piazzamento nella crono individuale (11° posto) e nella gara su strada 30 km (10°

posto). Giovanni Fadda ha portato a casa una bella medaglia di argento nella corsa su strada (5 km), segnando anche il suo primato personale con un tempo di 22'42": finora, infatti, non era mai sceso sotto i 26'. Non male anche le performance di Paolo Perra, che ha disputato tre gare ciclistiche: crono individuale 5 km, gara su strada 30 km e crono a squadre con i conterranei Enrico Pitzalis e Giovanni Fadda. Quanto a Enrico Pitzalis, oltre alla crono a squadre, ha partecipato anche lui alla gara ciclistica della crono individuale di 5 km.

A distanza di 10 anni dall'inizio dell'osservazione sui pazienti trapiantati di rene e in particolare in quelli con un follow-up di almeno 10 anni, il mantenimento di una funzione renale e della funzione del trapianto sono nettamente migliori nei pazienti che praticano attività fisica rispetto ai pazienti non attivi.

La fatica dei pedali insomma, benché i risultati di prestigio siano destinati a pochi, è una esplicita dimostrazione di come non solo il progresso delle cure ma anche l'organizzazione, la volontà e l'impegno personali possano garantire un'eccellente qualità di vita anche ai malati di rene. Sfortunatamente la prevalenza di soggetti non attivi è ancora molto alta mentre l'esecuzione dell'attività fisica si rende ancora più problematica in tempi di Covid. Anche per questo la Società Italiana di Nefrologia (SIN) ha lanciato in occasione della recente giornata mondiale del rene 2021 una campagna di sensibilizzazione sulle buone abitudini alleate della salute dei reni tra cui praticare costantemente un esercizio fisico appropriato.



***Dr. Luigi Tomio**
già Direttore U.O. Radioterapia
O.S. Chiara Trento

“Precisione tedesca e creatività italiana nella cura delle nefropatie in una consolidata collaborazione tra Alto-Adige e Innsbruck

LA NEFROLOGIA ALTOATESINA ATTRAVERSO LE PAROLE DEL SUO PRIMARIO

a cura di Diana Zarantonello

Oggi andiamo alla scoperta della realtà nefrologica a noi più vicina, quella della Provincia Autonoma di Bolzano. Lo facciamo intervistando il suo Primario, la dottoressa Maria Grazia Tabbi. Specializzata in Nefrologia presso l'Università di Padova, ha poi maturato esperienza professionale presso l'Ospedale universitario di Innsbruck, sede anche di un importante Centro Trapianti. Infine è tornata presso la sua città di origine, Bolzano, come dirigente medico responsabile dell'ambulatorio trapianti renali; dal 2018 è Primario dell'UO di Nefrologia e Dialisi.



La dottoressa Maria Grazia Tabbi al lavoro.

Buongiorno dottoressa! Il Suo percorso formativo è un perfetto connubio tra mondo italiano e austriaco... che cosa ha più apprezzato dell'uno e dell'altro negli anni della Sua formazione?

Buongiorno! Devo ammettere che non ho constatato sostanziali differenze nella gestione dei pazienti nefropatici fra le due realtà altoatesina e austriaca, e questo dal mio punto di vista è un dato positivo, a riprova dell'ormai consolidato rapporto di scambio e collaborazione clinica e scientifica che si è instaurato nel tempo in ambito nefrologico fra la Clinica Universitaria di Innsbruck e l'Ospedale di Bolzano.

Certamente ho potuto apprezzare della realtà austriaca il rigore, l'assoluta puntualità ed un ordine nella gestione di tutti gli aspetti della pratica clinica di stampo classicamente teutonico, cosa che devo dire facilita moltissimo la collaborazione, in quanto l'affidabilità è garantita con tempi di risposta rapidi a qualunque nostra esigenza ed in ogni caso prevedibili. Del mondo italiano invece mi

hanno sempre colpito la fantasia, la capacità di trovare “soluzioni creative” per risolvere in maniera agile problemi complessi, l'arte di arrangiarsi con i mezzi disponibili e la grande flessibilità. Personalmente credo che il connubio fra questi due aspetti, precisione tedesca e creatività italiana siano il vero grande punto di forza nell'esercitare la professione in questa regione di confine, dato che infine l'arte della medicina vive del connubio fra capacità di essere rigorosi e scientifici e sensibilità nell'interpretare situazioni cliniche complesse.

Lavorare presso il centro di chirurgia dei trapianti di Innsbruck mi ha sicuramente stimolato anche ad ampliare il mio orizzonte clinico, permettendomi di seguire i pazienti trapiantati di rene sin dall'inizio e di acquisire competenze pratiche nella gestione di problematiche che difficilmente si riscontrano nelle fasi successive del trapianto.

Spesso ho dovuto inoltre confrontarmi con quadri patologici rari e di elevata complessità e ho cercato di fare tesoro delle competenze acquisite al fine “esportarle” nella nostra realtà trasmettendole ai giovani medici che collaborano con me.

Un aspetto però estremamente soddisfacente di questo mio particolare percorso formativo è stato anche, sia dal punto di vista umano che clinico, avermi permesso di instaurare belle relazioni di amicizia e fiducia con molti Colleghi di Innsbruck, che hanno reso ancora più fluida e spontanea la collaborazione già esistente fra le nostre due realtà transnazionali.

Ci può spiegare a grandi linee come è organizzato il servizio di Nefrologia e Dialisi nella PA di Bolzano? Vi è un'unica regia centrale o vi sono alcune realtà autonome?

In Alto Adige il reparto di nefrologia ed emodialisi di Bolzano rappresenta il Centro (“Hub”), a cui fanno riferimento le altre Strutture situate presso gli altri ospedali della Provincia Autonoma (“Spoke”), Bressanone, Silandro e Merano.

Questa forma vincolante di collaborazione tra i centri che si occupano di dialisi (così come appositamente regolamentato e sancito) è nato per promuovere attivamente il confronto e lo scambio attivo di dati e competenze.

In questo contesto la nefrologia di Bolzano funge da punto di raccordo e coordinamento fra i vari Centri, in modo che si segua tutti una linea comune condivisa, così da sfruttare al meglio le risorse disponibili e di gestire in modo efficiente i casi più delicati o situazioni di emergenza come quella che stiamo vivendo a causa della pandemia da COVID 19.

Al di là di quanto scritto sulla carta devo tuttavia riconoscere il grande vantaggio rappresentato dai buoni rapporti umani di stima reciproca che per fortuna si sono sempre mantenuti nel tempo fra noi ed i Colleghi che operano in periferia, facendoci sentire nei fatti un unico team che opera in punti geografici diversi.

Con i Nefrologi dei centri periferici effettuiamo incontri a scadenza semestrale nell'ambito dei quali ci confrontiamo sulle nostre rispettive esperienze e facciamo emergere le problematiche in atto, al fine di sviluppare protocolli diagnostico/terapeutici e gestionali condivisi allo scopo di garantire a tutti i pazienti la stessa qualità di trattamento.

Nella pratica clinica ordinaria il confronto telefonico è all'ordine del giorno e noi come Centro di riferimento siamo sempre disponibili ad accogliere casi particolari,

che richiedono competenze super specialistiche. Il team della Nefrologia di Bolzano si avvale di figure professionali esperte in un ambito specifico della Nefrologia: biopsia renale, ecografia delle arterie renali, glomerulonefriti, malattie rare come la sindrome di Alport o la malattia di Fabry.

Come si integrano a Suo parere la realtà austriaca e quella italiana in ambito ospedaliero e nefrologico?

È proprio nel campo dei trapianti che si notano i particolari rapporti di collaborazione fra Bolzano e Innsbruck. Bolzano ha in certo modo contribuito all'affermazione di Innsbruck come centro trapianti di livello europeo, stabilendo i primi contatti ed i primi trapianti fin dall'inizio dell'attività di questo centro nel 1976. La Nefrologia di Bolzano è stata anche la porta di accesso al trapianto per molti cittadini del resto d'Italia, come ben sanno anche molti trentini. Questa forma di collaborazione ha trovato poi un riconoscimento ufficiale con un accordo fra Provincia di Bolzano, Land Tirol, Centro Nazionale trapianti di Roma ed Eurotransplant, secondo il quale la Clinica Universitaria di Innsbruck è diventato il Centro Trapianti della Provincia Autonoma di Bolzano. In questo modo la Clinica di Innsbruck viene equiparata agli altri centri di trapianto italiani e può accogliere tutti i pazienti della nostra provincia in attesa di trapianto. Questo ha permesso di migliorare ulteriormente il livello di assistenza dei nostri pazienti e di sviluppare competenze elevate, grazie anche ai particolari rapporti interpersonali che nel tempo si sono sviluppati con moltissimi colleghi della Clinica di Innsbruck, fra i quali, va ricordato, molti sono proprio provenienti dalla nostra Provincia.

Quali sono i punti di forza e quali le criticità sulle quali state lavorando della vostra realtà nefrologica?

Un punto di forza è sicuramente rappresentato dallo spirito di gruppo e da un team medico giovane e motivato, affiancato da uno staff infermieristico ben coordinato, unito e collaborante.

Un altro punto di forza è senz'altro rappresentato dalla grande disponibilità a collaborare che caratterizza anche i Colleghi della periferia e che ci sta permettendo di mantenere ottimi rapporti di collaborazione anche con vari centri italiani come Trento Padova, Bologna, Bergamo e Brescia.

Bologna in particolare ci è ad esempio di grande supporto nel percorso diagnostico dei pazienti affetti da



una condizione rara come la malattia di Fabry, mentre Padova, Bergamo e Brescia rappresentano degli ottimi riferimenti per quanto riguarda i trapianti o problematiche complesse correlate alle glomerulonefriti. La Direzione inoltre, a tutti i livelli, si è sempre mostrata molto attenta alle esigenze del nostro reparto e sensibile alle problematiche nefrologiche, ascoltando le nostre proposte e favorendone l'implementazione. Questa situazione mi ha permesso di ampliare l'offerta diagnostico/terapeutica e assistenziale che siamo in grado di fornire ai nostri pazienti, così che possano anche avere più possibilità di scelta fra varie opzioni terapeutiche. Questo è particolarmente importante ad esempio nel campo della dialisi, dove il paziente può attualmente scegliere se intraprendere una terapia emodialitica classica presso il Centro di emodialisi oppure optare per la dialisi peritoneale, effettuabile a domicilio con visite ambulatoriali periodiche. È proprio questa seconda opzione dialitica che stiamo oggi implementando proprio grazie alla disponibilità di risorse in termini di personale e logistica. Un altro aspetto su cui stiamo lavorando è l'emodialisi domiciliare, in cui credo molto dato che, grazie ad apparecchiature di dimensioni sempre più ridotte e di facile gestione, potrebbe diffondersi molto nel prossimo futuro e migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti. Certamente un obiettivo che desidero pormi è garantire anche la presenza di almeno un nefrologo ovunque sul territorio e mi riferisco ad esempio alla realtà di Bres-

sanone, dove al momento purtroppo manca. Questo obiettivo dovrebbe poter essere raggiunto quando finalmente avremo superato la fase della pandemia in corso, che distoglie ovunque risorse.

Nel prossimo futuro desidererei anche non solo potenziare la dialisi peritoneale a Bolzano, che negli ultimi anni ha presentato un ottimo sviluppo, ma anche farla crescere in periferia, affinché tale metodica diventi veramente alla portata di tutti sul territorio altoatesino.

Durante la pandemia covid l'Alto Adige è stato, ed è tutt'ora, particolarmente colpito. Com'è andata nel vostro Reparto?

Il nostro reparto durante la prima ondata è stato pesantemente colpito ed allo scoppio dell'epidemia in Italia ci siamo trovati a dover lavorare con personale ridotto a causa delle numerose quarantene e dell'alto numero medici ed infermieri contagiati ed ammalati di Covid.

Nonostante questa difficile situazione tutto il team era motivato a dare il massimo sostegno ai pazienti e a fare tutto il possibile affinché il sistema sanitario potesse reggere, quindi abbiamo cercato di avere una visione un po' più ampia rispetto ai limiti della nostra specialità ed abbiamo accettato di diventare reparto COVID, istituendo anche una emodialisi dedicata, tuttora attiva.

A partire dalla seconda ondata abbiamo potuto riconvertirci a reparto "ordinario", pur continuando, come dicevo, a effettuare i trattamenti emodialitici per i pazienti positivi al COVID 19.

Attualmente stiamo quindi proseguendo la nostra attività ordinaria cercando di garantire il più possibile ai pazienti la continuità delle nostre cure e prestazioni, minimizzando i disagi legati alla necessità di prevenire la diffusione del virus.

Al contempo ritengo sia doveroso, soprattutto in questa fase, non chiudersi nella cura del proprio "orticello"





La dottoressa Maria Grazia Tabbi con la Presidente APAN al Congresso della Società Italiana di Nefrologia a Riva del Garda (ottobre 2020).

ma collaborare anche con gli altri reparti, ove ve ne sia necessità, nello sforzo collettivo per contenere questa epidemia.

Ringrazio quindi i Colleghi che hanno accettato di effettuare servizi di guardia notturna presso altri reparti Covid come le Malattie Infettive.

È cambiato qualcosa tra la prima e la seconda ondata?

Dal punto di vista epidemiologico senz'altro i nostri pazienti nella seconda ondata sono stati più duramente colpiti rispetto alla prima, in quanto durante la prima ondata su circa 80 pazienti emodializzati 25 hanno contratto il virus e di questi 5 sono deceduti. Su circa 20 pazienti in dialisi peritoneale due sono stati contagiati e si è registrato un decesso.

Nel corso della seconda ondata su circa 80 pazienti emodializzati 38 hanno contratto il virus e di questi 11 sono purtroppo deceduti. Su una ventina di pazienti dializzati peritoneali 6 si sono positivizzati al virus ed uno è deceduto.

Per quanto riguarda i pazienti trapiantati di rene la differenza fra prima e seconda ondata è stata particolarmente evidente, dato che nella prima ondata su circa 200 pazienti abbiamo registrato un solo contagio in forma lieve, mentre nella seconda i pazienti contagiati sono stati 29 e si è registrato purtroppo un decesso.

Bisogna in ogni caso riconoscere che nella seconda ondata ci siamo trovati tutti un po' più preparati ad affrontare una patologia che ora conosciamo meglio e, anche nel piccolo della realtà nefrologica abbiamo adottato

misure e strategie condivise per minimizzare i rischi per i pazienti e mantenere al meglio la continuità e qualità dei servizi forniti.

In qualche modo questa grave situazione di difficoltà ci ha anche stimolato a sviluppare soluzioni alternative e moderne a problemi che sembravano pressoché insormontabili.

L'impossibilità di far venire direttamente presso i nostri ambulatori pazienti fragili e a grande rischio infettivo ci ha costretto ad esempio ad implementare le visite a distanza (telemedicina), che si sono fra l'altro rivelate un grande vantaggio per pazienti clinicamente stabili, riducendo i disagi legati agli spostamenti, l'affollamento nelle sale di attesa e migliorando sia la qualità di vita che il rapporto medico-paziente.

Quali sono gli obiettivi e le speranze per il futuro?

Le speranze per il futuro in questo momento sono comprensibilmente molto legate alla campagna vaccinale in corso, che mi auguro ci conduca presto fuori dal pantano di questa epidemia, che inevitabilmente distoglie e catalizza risorse importanti.

Spero però anche che, pur in questa difficile fase, nonostante la naturale stanchezza, riusciremo a mantenere l'entusiasmo per guardare oltre la situazione attuale e cercare di far crescere nella nostra regione la sensibilità verso una patologia in espansione come è quella nefrologica e con essa l'efficienza dei nostri servizi.

La nefrologia è infatti un ambito fino a poco tempo fa veramente poco conosciuto e considerato di interesse soprattutto specialistico, mentre negli ultimi anni, con l'aumento di durata della vita media e la diffusione delle patologie ad esso correlate, come il diabete e l'ipertensione, l'insufficienza renale è di sempre più frequente riscontro e di conseguenza cresce continuamente anche il numero dei pazienti che intraprendono la terapia dialitica.

Uno dei miei obiettivi fondamentali è quindi di rispondere a questo aumentato fabbisogno in termini di offerta assistenziale, diagnostica e terapeutica ampliando non solo la nostra struttura ma rendendo la nefrologia sempre più capillarmente presente sul territorio ed in grado di essere il più possibile vicina alla popolazione e di rispondere alle attuali esigenze di cura.

Sono consapevole del fatto che questi obiettivi siano ambiziosi, ma per fortuna sento crescere, e non solo nell'ambiente medico, la sensibilità e la consapevolezza nei confronti del nostro ambito e questo mi fa essere ottimista e mi motiva a lavorare con entusiasmo per realizzarli.

IL NUOVO PRIMARIO DI NEUROCHIRURGIA

a cura di Diana Zarantonello

Il dottor Silvio Sarubbo dal primo dicembre scorso è stato nominato Primario dell'UO di Neurochirurgia dell'Ospedale S. Chiara di Trento. Ha alle spalle una solida formazione in campo della ricerca biomedica che qui cerchiamo di riassumere brevemente: dopo la specializzazione in Neurochirurgia presso l'Università di Ferrara ha conseguito un dottorato di ricerca in neuroscienze presso la stessa Università, ed è stato quindi assegnista di ricerca presso il Centro interdipartimentale mente e cervello (CIMeC) dell'Università di Trento. È autore di oltre 60 pubblicazioni così come di diversi capitoli di libri inerenti alla neurochirurgia nel settore cranico, neuro-oncologico e funzionale, e nel 2017 ha ottenuto l'abilitazione scientifica nazionale a professore di II fascia. Abbiamo il piacere di averlo ospite in questa intervista, per conoscere meglio sia lui sia il Reparto di Neurochirurgia.

Dottor Sarubbo, quando e dove è nata la passione per la neurochirurgia?

Come tutte le scelte sostanziali della mia vita, anche quella della Neurochirurgia ha una forte componente umana di fianco alla passione professionale che ho subito percepito per questa disciplina. La mia infanzia è stata infatti segnata dalla perdita del mio migliore amico all'età di 14 anni circa, per un aneurisma cerebrale. La sua memoria, l'affetto ed il rispetto che a quell'età sentivo per un ragazzo di così raro talento e curiosità sono state la luce che mi ha condotto nei corridoi dell'Istituto di Fisiologia Umana dell'Università di Ferrara ai primi del 2000. Ero un giovanissimo studente di Medicina, e lì incontrai la prima persona che ha segnato il mio sviluppo professionale. Il Prof. Luciano Fadiga, era già allora uno dei grandi nomi della neurofisiologia umana nel mondo. Nel contesto di una Università piccola ma moderna, piena di fervore scientifico e umano, mi sentii per la prima volta parte di un progetto ma soprattutto mi fu data la possibilità di acquisire quegli stru-



Il dottor Silvio Sarubbo.

menti logici e culturali che sono alla base della possibilità concreta di porsi delle domande e darsi delle risposte. Il rigore del metodo e la passione per le neuroscienze, unita alla forte motivazione di diventare un medico, mi portarono in un paio di anni alla Neurochirurgia.

Quali sono gli aspetti di cui si occupa in particolare?

Il lavoro del neurochirurgo è uno tra i più vari in chirurgia. Ci sono molteplici possibilità di sviluppo. La mia passione è sempre stata la chirurgia cranica. D'altronde la forte base neuroscientifica che ha caratterizzato il mio percorso di studi medici di base ha avuto un ruolo in questo. Ho cominciato con l'interesse per la neurochirurgia funzionale, ovvero quel settore nel quale la neuromodulazione dei circuiti nervosi cerebrali produce un alleviamento di sintomi di malattie come la il Parkinson, la Distonia, o alcuni disturbi psichiatrici. Quasi contemporaneamente ho cominciato a dedicarmi alla neuro-oncologia ed alla neurochirurgia vascolare. La neurochirurgia oncologica rappresenta ad oggi una delle branche più vive ed in evoluzione della neurochirurgia. In particolare negli ultimi 20 anni, che sono proprio quelli in cui mi sono formato come medico e chirurgo, hanno visto una sostanziale rivoluzione culturale e tecnica di questo settore. Diciamo che il mio percorso formativo si è incrociato con il vortice di questo cambiamento, e dell'innovazione anche tecnologica che ne sta scaturendo. Ma mi lasci dire che non esiste un settore

della neurochirurgia che non abbia fascino e prospettive di sviluppo, e questo è il motivo per cui riesce ancora ad essere una disciplina così attrattiva nonostante la sua complessità, e l'enorme impegno che richiede.

Quali sono le esperienze formative e le figure che più l'hanno influenzata nel Suo percorso lavorativo?

Questa è una di quelle domande che fanno tremare le gambe, sono tante le persone che vorrei e dovrei ringraziare. Mio padre mi ha insegnato che non esiste qualcuno più o meno bravo di te, esistono solo persone da cui imparare, di più o di meno. Ho tenuto questo principio saldo dentro di me quando, appena diciottenne mi trasferii da un piccolo paese calabrese, Praia a Mare, a Ferrara. Sono stati tanti gli incontri di questi 22 anni che, anche solo per un dettaglio o un caso, hanno arricchito il mio percorso professionale ed umano. Se dovessi parlare della mia carriera da Neurochirurgo direi tre persone. Il Prof. Enrico Granieri Direttore della Cattedra di Neurologia dell'Università di Ferrara ed al tempo Direttore anche della Scuola di Specialità di Neurochirurgia. Una anomalia amministrativa questa, che credo però un circolo virtuoso. Il reparto ospedaliero dove sono cresciuto era popolato da professionisti che conoscevano il loro mestiere e da un Direttore Ospedaliero il Dott. Roberto Padovani di alto profilo, da cui tutti noi abbiamo potuto apprendere. Il prof. Granieri era invece una sorte di mentore dello sviluppo culturale e scientifico, qualcosa di diverso che si affiancava al nostro lavoro quotidiano da chirurghi in formazione. Parlare con lui era una pausa dal contesto lavorativo, il tempo per porsi le domande e darsi le risposte. È stato colui che ha saputo concimare la mia curiosità spingendomi a studiare, a discutere con i colleghi di altre discipline, neurologi e neurofisiologi per primi, e soprattutto ad uscire periodicamente dal mio contesto per portare a casa qualcosa di nuovo. In questo peregrinare per l'Europa incontrai la prima persona che ha cambiato il volto della mia carriera, il Prof. Hugues Duffau. Hugues, che continua ad essere un riferimento ma anche un amico per me, è stato senza ombra di dubbio uno dei più rivoluzionari neurochirurghi di questo terzo millennio. Da lui ho appreso due cose essenziali, e che vanno oltre il gesto tecnico. La prima è che un neurochirurgo oncologo, non può essere solo un chirurgo. La seconda è che l'avanzamento nella chirurgia cerebrale non può pre-



scindere da una più forte e solida conoscenza del sistema su cui tutti giorni operiamo. Tornato a Ferrara nel 2010 non ho mai più smesso di lavorare per questo: creare una rete oncologica in cui il neurochirurgo fosse un protagonista positivo e proattivo di un percorso multidisciplinare, e non solo dell'intervento; creare una rete di rapporti scientifici che mi permettesse di rimanere aggiornato e moderno e di utilizzare quello che tutto il giorno il mio mestiere aveva da insegnarmi, per migliorare la conoscenza del sistema nervoso ed implementare la mia tecnica chirurgica. Ultimo non certo per importanza è Franco Chioffi. Chioffi è stato il Direttore quello che ha visto in me la scintilla della passione per questo lavoro, e mi ha offerto una opportunità. Mi ha insegnato tantissimo di questo mestiere ed offrendomi di venire a Trento mi mise di fronte una vera e proprio sliding door.

Dal 2013 si è trasferito da Ferrara a Trento: come ha vissuto questo cambiamento a livello umano e lavorativo?

È stato un cambio di vita notevole sia per me che per la mia compagna, che è medico di medicina generale. Entrambi abbiamo avuto la possibilità di sviluppare al massimo le nostre professionalità in un ambiente sano, in cui l'assistenza medica e la salute in generale sono due temi centrali e tenuti nel giusto conto dalla popolazione e dalle istituzioni. Ma soprattutto Trento è la città che ha dato i natali ad entrambi i nostri figli, la terra che ha visto crescere la nostra famiglia. Abbiamo imparato a conoscere il mondo della montagna, in tutto il suo splendore, abbiamo stretto amicizie e imparato nuove abitudini di vita. Ma più di tutto una delle cose che mi ha colpito del Trentino, e che ho apprezzato col tempo, è la capacità che concede di sentirsi ed essere veramente parte di una comunità, con tutti i privilegi e le responsabilità che questo comporta.

Ci parli del Reparto di Neurochirurgia a Trento; com'è organizzato? Quanti medici ci sono? Che servizi offrite?

La Neurochirurgia della APSS è prima di tutto un gruppo. Un gruppo non solo di medici, sette più il Direttore, ma di operatori sanitari che ha saputo crescere negli ultimi 13 anni, forse anche oltre le attese. Oggi la Neurochirurgia trentina è una realtà conosciuta e consolidata in Italia ed all'estero, grazie al lavoro fatto ed al sostegno

delle Direzioni delle APSS che si sono alternate in questo periodo ma anche delle Istituzioni. Siamo in grado di erogare prestazioni in linea con gli standard di cura della disciplina in tutti i settori della neurochirurgia cranica e vertebrale. Grazie all'impegno di tutti il reparto riesce oggi a dare piena risposta ai bisogni di salute in questo settore per la popolazione locale, ma è anche capace di essere attrattiva per i pazienti provenienti da fuori Provincia, e di essere un riferimento per la ricerca scientifica in diversi settori in Italia ed all'estero.

Come Reparto come avete affrontato e che problematiche in più sono emerse in epoca di pandemia covid?

È stato un periodo particolarmente complesso per tutti coloro che hanno lavorato nelle prime linee, ma è doveroso ricordare che è stato un periodo altrettanto complesso anche per i reparti chirurgici, e superspecialistici, come il nostro nei quali le attività urgenti ed i casi ad elevati complessità non sono mai mancati e sono stati gestiti senza soluzioni di continuità e garantendo sempre un trattamento pari a quello di un periodo normale. Questo è stato possibile in Neurochirurgia solo attraverso un impegno straordinario di tutto il personale medico ed infermieristico, attraverso una attenta gestione delle priorità chirurgiche, attraverso un canale di discussione e comunicazione sempre aperto con i nostri partner più stretti nel lavoro quotidiano, gli anestesisti-rianimatori, i neuroradiologi e i neurologi, ed ovviamente con la Direzione del "Santa Chiara" e di APSS che ci ha sempre ascoltato e supportato. Ma anche e soprattutto mantenendo sempre aperti canali di comunicazione con i pazienti, ed in primis quello ambulatoriale che non si è mai fermato. Questo grosso sforzo di programmazione e di contatto con i pazienti ci ha dato quel dinamismo necessario per adattarsi alle varie fasi della pandemia, e di passare per esempio da una settimana all'altra da 2 o 3 sedute settimanali ad 8, e poi di nuovo indietro.

Quali sono i punti di forza e le debolezze che vede nell'organizzazione del Reparto e che cambiamenti si aspetta di apportare in futuro?

Comprensione dei bisogni, programmazione, comunicazione, professionalità e l'abnegazione totale dell'equipe ci hanno permesso di attraversare la tempesta e di andare oltre la stanchezza, lo sconforto e la preoccupazione per alcuni momenti particolarmente critici di questo lungo anno. Alla fine però, in ognuno di questi ambiti abbiamo imparato qualcosa di più. Abbiamo colto l'occasione per migliorare i percorsi, per renderli più fluidi ed accessibili, siamo riusciti ad aprire persino un nuovo ambulatorio



presso l'Ospedale di Rovereto e a dare il nostro contributo alla apertura della nuova Terapia Intensiva Neurochirurgica che sarà, finita l'emergenza COVID, una nuova realtà che contribuirà a rendere sempre più completa l'assistenza e l'offerta sanitaria nel nostro settore.

Cosa si augura per il futuro?

Sono sicuramente un giovane Direttore, ma sento che stiamo entrando in un periodo diverso della storia della sanità pubblica nel nostro Paese. Il Covid ha come accelerato alcuni cambiamenti. Il primo augurio è che tutto questo finisca presto, ma anche che nessuno dimentichi ciò che è stato, ciò che abbiamo imparato e ciò di cui abbiamo discusso quest'anno. Tante idee nuove e tante esperienze legate a questo periodo andranno difese ed implementate, altre probabilmente ripensate. Abbiamo preso coscienza tutti delle straordinarie professionalità che il sistema sanitario italiano e trentino ha dimostrato di avere, e della incredibile capacità di risposta a questo inimmaginabile "stress test". Mi auguro da operatore sanitario si sia percepito quanto professionale ed ordinata sia stata la risposta trentina, e che in tutto il Paese si apra un dibattito serio e concreto sul potenziamento razionale e obiettivo di ogni asset del sistema sanitario pubblico, territorio ed ospedale, che hanno dimostrato di essere entrambi essenziali, due facce della stessa medaglia la cui stretta integrazione è essenziale in un'ottica di sviluppo e potenziamento. La base da cui ripartire è straordinariamente ricca. Ma tutte le volte che mi sono trovato in questo anno a farmi questa domanda, alla fine la risposta era la stessa che avevo in mente da anni, e ben chiara quando mi fu affidata per la prima volta la guida del Reparto nel novembre del 2019. Un progetto moderno nel nostro mondo deve riguardare la centralità del paziente e dei suoi bisogni di cura, la accessibilità ai servizi, la coltivazione della professionalità e delle competenze del gruppo, la ricerca e l'internazionalizzazione. La soddisfazione degli utenti, i risultati, la crescita e l'attrattività vengono come naturale conseguenza. Questo mi auguro che sia il futuro della Neurochirurgia trentina.

La sua funzione è strategica per la corretta funzionalità di cellule nervose e muscolari, oltre che responsabile della pressione arteriosa

EFFETTI POSITIVI E NEGATIVI DEL POTASSIO

di Federica Berchielli*



Il potassio è un elemento chimico ampiamente diffuso in natura: lo troviamo infatti nelle acque, nelle rocce, nella terra, nei cibi di cui ci nutriamo e quindi anche all'interno del nostro corpo, dove svolge funzioni fondamentali.

Generalmente le persone con problemi renali sono abituate a considerare il potassio contenuto negli alimenti come un nemico perché, purtroppo, quando i reni sono danneggiati può capitare che si accumuli nel sangue, dando luogo alla cosiddetta iperpotassiemia, con possibili pericolose conseguenze sulla salute.

Per questo motivo il nefrologo effettua regolarmente il monitoraggio di questo elettrolita e il tecnico di laboratorio che lo riscontra oltre un certo limite è obbligato ad avvisare subito il curante, perché attui un'adeguata terapia.

Recenti evidenze, tuttavia, mettono in luce come la limitazione alimentare del potassio non dovrebbe essere suggerita a priori in chi soffre di nefropatie, ma solo in presenza di talune condizioni.

In questo articolo ci soffermeremo sulle principali funzioni del potassio, vedremo come esso è addirittura necessario per la prevenzione delle malattie renali, ci occuperemo delle corrette pratiche dietetiche da attuare quando vi è un reale rischio di iperpotassiemia e sfatteremo alcuni miti ad esso legati.

Il potassio ha molte funzioni all'interno del nostro corpo: è cruciale per la corretta funzionalità delle cellule nervose e muscolari (comprese quelle che permettono il ritmico e sano bat-

tito del cuore), insieme al sodio è responsabile della pressione arteriosa, del bilancio idrico a livello renale, regola la concentrazione finale delle urine e il PH del sangue: in particolare, aiuta a mantenere il PH lievemente alcalino del sangue combattendo l'acidità ed evitando che per contrastarla il corpo mobiliti il calcio dalle ossa.

Il potassio è inoltre molto importante anche per mantenere un adeguato metabolismo glucidico, ossia, per non avere problemi con gli zuccheri.

La società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) raccomanda per la popolazione italiana adulta un apporto di 3,9 grammi di potassio al giorno, tuttavia in popolazioni come quella americana, dove diete di scarsa qualità nutrizionale sono maggiormente diffuse, vengono racco-



Fig. 1: il piatto della salute per i pazienti nefropatici in fase iniziale, dove lo spicchio dedicato ai cibi ad alto contenuto proteico è più piccolo rispetto al piatto della salute per la popolazione generale.

mandate assunzioni superiori per favorire un riequilibrio del frequente eccessivo apporto di sodio. Bisogna pur dire che, per quanto l'Italia possa vantare l'origine della dieta mediterranea, uno degli stili alimentari considerati più sani, l'eccesso di sodio (assunto in forma di cloruro di sodio, cioè di sale) è ormai ampiamente diffuso anche nella nostra popolazione.

Infatti, si stima che gli italiani consumino mediamente circa il doppio del sale necessario, cioè 10 gr (invece che 5 gr) e circa il 60-80% di questa quantità non risulta aggiunta durante la cottura dei cibi o a tavola, ma è già presente nei cibi consumati, in quanto lavorati (pane, prodotti confezionati, salumi, formaggi stagionati, dadi alimentari).

Per questo motivo diventa di massima importanza per la popolazione generale controbilanciare l'eccesso di sodio con adeguati apporti di potassio. Scarsi apporti di potassio sono infatti correlati ad aumentato rischio cardiovascolare, e ad aumentato rischio di sviluppare ipertensione arteriosa, condizione che può portare a danno renale e conseguente insufficienza renale cronica.

Pertanto in caso di un primo riscontro di ipertensione, prima, o in concomitanza alla prescrizione dei farmaci antipertensivi, dovrebbe essere raccomandata anche la riduzione dell'apporto di sale attraverso l'adozione di un'alimentazione di tipo mediterraneo ricca in potassio e quindi in vegetali come verdure, tuberi, cereali integrali, legumi, semi oleaginosi e frutta; per migliorare il controllo pressorio è inoltre importante il raggiungimento/mantenimento di un peso sano e l'adozione di uno stile di vita attivo.

Per quanto riguarda la popolazione nefropatica, il riscontro dell'iperpotassiemia è un fatto abbastanza frequente soprattutto nelle fasi più avanzate di insufficienza renale cronica. In questi casi, si ritiene che l'iperpotassiemia sia collegata al fatto che il rene danneggiato non riesca più ad eliminare adeguatamente il potassio dal sangue. In aggiunta alcuni farmaci prescritti (certi antipertensivi e

i diuretici risparmiatori di potassio), possono favorire l'iperpotassiemia. Lo stesso può accadere a causa dell'acidosi metabolica, un'alterazione del PH plasmatico che spesso si verifica nel nefropatico e che favorisce la fuoriuscita di potassio dalle cellule. Per evitare il sovraccarico di potassio, si è sempre cercato di suggerire ai nefropatici metodi per ridurre l'apporto alimentare di questa sostanza, eliminando o quantomeno riducendo fortemente i vegetali che ne sono molto ricchi. Tuttavia è interessante notare che la relazione tra apporto di potassio con la dieta e valori di potassio plasmatici nei pazienti con

insufficienza renale non è stata verificata dagli studi presenti in letteratura, ed è attualmente argomento di discussione. Infatti ci si chiede se è utile demonizzare i cibi ricchi di potassio, in una popolazione come quella nefropatica di per sé predisposta alla malnutrizione e già sottoposta a molte restrizioni alimentari come la limitazione

del sale e delle proteine. Inoltre nuove ricerche mettono in luce come molti vegetali ricchi di potassio, per esempio i legumi, contengano sostanze protettive per la salute cardiovascolare e si associno a ridotta progressione del danno renale.

È poi noto che l'adozione di diete a base vegetale non correla con aumentato rischio di iperpotassiemia, neppure nel paziente nefropatico. C'è anche da aggiungere che spesso, imponendo ai pazienti numerose restrizioni riguardo ai vegetali, si osserva la tendenza da parte del paziente ad evitare tutte le verdure, con conseguente scarso apporto di fibre e aumento della costipazione, altra condizione che favorisce lo sviluppo di iperpotassiemia!

Riguardo alle sostanze che invece sicuramente i pazienti nefropatici devono evitare va annoverato il sale a base di potassio (il cosiddetto "sale da farmacia" a base di potassio cloruro anziché sodio cloruro), che talvolta viene consigliato per ridurre l'apporto di sodio in caso di ipertensione, e gli integratori che contengono potassio che vengono indicati per gli sportivi o come ricostituenti.

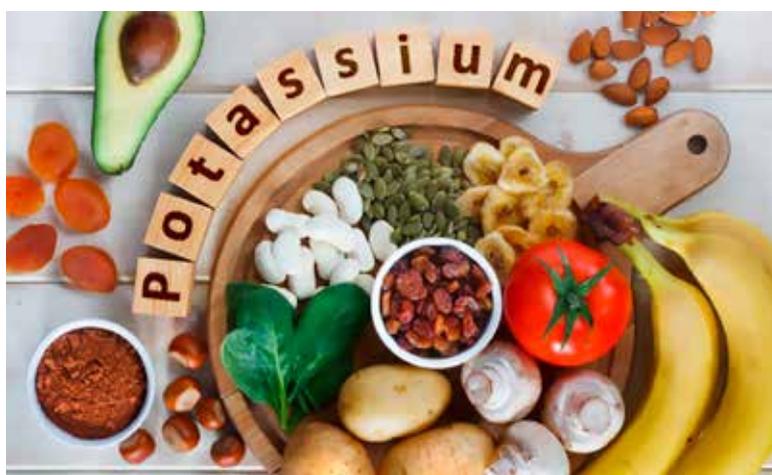


Fig. 2: esempi di cibi vegetali ricchi di potassio.



Fig. 3: l'importanza della bollitura per ridurre l'apporto di potassio e fosforo.

Inoltre, se da un lato è importante che il paziente sia istruito sul contenuto di potassio negli alimenti per essere in grado di pianificare i suoi pasti senza "eccessi", allo stesso tempo è importante che sia rassicurato riguardo al fatto che non è necessario escludere alcun alimento in maniera totale.

Per quanto riguarda gli alimenti molto ricchi di potassio che si consumano integri come la frutta secca, oleosa e i semi è meglio assumerli occasionalmente e in piccole porzioni. Utile inoltre evitare l'assunzione di estratti e succhi di frutta, nei quali il potassio è concentrato e la fibra assente.

Per tutti gli altri vegetali è bene tener presente che il metodo di preparazione è cruciale: l'ebollizione in molta acqua permette di disperdere una buona quota di potassio, e se l'alimento è tagliato in piccoli pezzi si aumenta la superficie esposta e quindi si ha un'ulteriore perdita.

Utile anche togliere la buccia dei vegetali, in quanto spesso è più ricca di potassio della polpa.

Per patate e legumi, vegetali di frequente consumo ad elevato apporto di potassio, risulta utile effettuare la doppia bollitura.

Ultimo ma non meno importante è utile prediligere materie prime fresche e alimenti non processati, per evitare di assumere il potassio che talvolta può trovarsi in forma di additivo. Così facendo si favorirà un'alimentazione di qualità e anche minori apporti di sodio e fosforo, altri

minerali ai quali la persona con nefropatia deve fare attenzione.

Oltre a questi accorgimenti generali sul potassio, data la presenza di una significativa soggettività individuale, è importante che ogni paziente si confronti con il proprio medico ed in particolare con la/il dietista di riferimento per poter attuare una terapia dietetica personalizzata con l'obiettivo di migliorare l'aderenza alle indicazioni e soprattutto raggiungere un buono stato nutrizionale ed una buona qualità di vita, che consenta a ciascuno di "vivere bene con

la malattia renale" come auspicano gli organizzatori della Giornata Mondiale del rene di quest'anno!





* Dietista Federica Berchielli
U.O. S. Dietetica e Nutrizione Clinica
Ospedale S. Chiara

Cure palliative nella gestione del reparto COVID all'ospedale di Arco.

LA PRIMA ONDATA DELLA PANDEMIA

*Stefano Zizzetti**



Il primo caso CoViD-19 nella provincia Autonoma di Trento è stato diagnosticato il 3 Marzo 2020. La Provincia Autonoma di Trento e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (Aps) si è subito attivata al fine di poter garantire a tutta la popolazione trentina che consta di 541.000 persone, tempestive cure e il rapido avvio di taskforce per far fronte alla pandemia.

Nel presidio ospedaliero di Arco il reparto CoViD-19 è stato aperto in data 11 marzo 2020 trasformando prontamente le degenze della Chirurgia Generale e della Ginecologia e Ostetricia in struttura sub intensiva CoViD-19; tale decisione è stata presa in quanto, nel detto Ospedale, si trova l'Unità Operativa Complessa di Pneumologia. Nello stesso presidio il reparto di Medicina ha svolto, nel contempo, un ruolo di affiancamento gestendo i casi sospetti e i pazienti in attesa di tampone diagnostico. Sono state identificate e messe in atto rapidamente le procedure e le condizioni indispensabili per la sicurezza e la funzionalità del reparto, di tutti gli operatori sanitari e dei pazienti.

Il reparto, rinominato Chirurgia CoViD-19, disponeva di ventiquattro posti letto a disposizione per la durata dell'emergenza, dichiarata finita il 21 Aprile 2020.

Il numero di medici in servizio era di quattro chirurghi, cinque ginecologi e un medico palliativista. L'attività medica giornaliera è stata organizzata in questo modo: un medico palliativista con funzioni di coordinatore, due medici di turno al mattino, due medici di turno al pomeriggio, un medico di turno di notte e la normale turnistica per quanto riguarda gli infermieri e gli operatori socio sanitari.

I pazienti ricoverati in Pronto Soccorso o in Pneumologia presentavano un quadro clinico di polmonite interstiziale, verificata mediante accertamento radiologico, grazie all'utilizzo dell'ecografia toracica, testata e verificata durante l'emergenza, o per mezzo di Tac, indipenden-

temente dall'accertamento di positività al virus attraverso il tampone molecolare. In Medicina venivano ricoverati i pazienti senza un evidente presenza di polmonite interstiziale, con tampone negativo e i casi dubbi. Durante l'emergenza si sono potuti individuare i maggiori sintomi del coronavirus in atto: la dispnea, la fatica respiratoria, la tosse stizzosa, la temperatura febbrile, l'alterazione del gusto e dell'olfatto, l'astenia marcata, l'anoressia, la disidratazione, l'allettamento.

La presenza del medico palliativista con estrazione internistica, auspicata dalla Pneumologia in concerto con le Cure Palliative, ha permesso sia di implementare nel reparto Chirurgia CoViD-19 le modalità già usate nell'attività domiciliare e nel modello Hospice in relazione alla cura di pazienti a fine vita, sia di guidare scelte terapeutiche che tenessero conto delle problematiche di co-morbilità in pazienti pluri patologici.

Si è provveduto sollecitamente ad attivare: il tablet per le video chiamate tra pazienti e famigliari, la programmazione di telefonate quotidiane da parte dei medici ai famigliari al fine di tenerli costantemente aggiornati sull'andamento clinico, la possibilità da parte del paziente di poter colloquiare con uno psicologo con particolare esperienza in situazioni di crisi, di supporto e di sostegno nel momento di maggior preoccupazione. Si ricorda che tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'attività di reparto si presentavano con tute integrali, mascherine, occhiali protettivi e guanti che impedivano un qualsiasi rapporto visivo e di contatto con i pazienti stessi e che accentuava il distacco umano e portava il malato a situazioni di sconforto, tristezza e depressione. Sapendo che questa patologia avrebbe portato ad una mortalità elevata si è equipaggiata una stanza singola che ospitasse il paziente prossimo al fine vita. Questo ha permesso di poter avere una maggiore attenzione alla dignità del malato e dei propri cari. Un esempio per tutti nel rico-

vero simultaneo di entrambi i coniugi, il meno grave ha potuto essere sempre presente all'evoluzione, purtroppo infausta, del congiunto. Tutto questo in modo intimo, raccolto, con estrema attenzione alla qualità del fine vita del malato e dei propri cari.

La presenza del medico palliativista, nella gestione di sintomi come il dolore, la dispnea e la tosse, ha permesso di affiancare l'approccio dei colleghi, più legati alla medicina interventistica, con la metodologia propria del "mondo della medicina palliativa". Ecco quindi introdotti gli elastomeri, l'infusione di farmaci per via sottocutanea, l'idratazione per ipodermoclisi, l'utilizzo della morfina per il controllo della dispnea ed altre modalità di utilizzo di farmaci tipicamente off label. Inevitabilmente si è intervenuto nell'applicare procedure sedative per alcuni pazienti che entravano nell'ultima fase di vita, ben conosciute ed applicate proprio dalla medicina palliativa.

Il trattamento del dolore è stato effettuato preferendo sempre la via orale, seguita dalla transdermica ed infine da quella in elastomero. Il sintomo dolore è stato sempre trattato con l'approccio metodologico tipico della medicina palliativa ponendo quindi tutta l'attenzione al miglior controllo del dolore cronico ma anche del dolore procedurale, del dolore episodico acuto e del dolore da movimento. Molti pazienti venivano ricoverati in reparto già con una sintomatologia dolorosa di base che inevitabilmente nel corso del ricovero si aggravava configurando talvolta uno stato di malessere globale, sia fisico che emotivo, sociale e spirituale che in cure palliative prende il nome di "dolore totale".

Il numero dei pazienti totali accettati dal reparto Chirurgia CoViD-19 nel periodo di gestione della crisi (marzo-aprile) è stato di 91: 39 direttamente dal Pronto Soccorso e 52 dalla Pneumologia e dalla Medicina. I Pazienti trasferiti dal reparto ad altre UU.OO sono stati 15. I pazienti dimessi sono stati 76, dei quali 15 deceduti.

In conclusione la presenza del medico palliativista ha permesso ai colleghi specialisti, Chirurghi e Ginecologi, di apprendere, seppur in modo rapido e sintetico vista la straordinarietà e la gravità della situazione, la gestione del paziente grave in modo globale, intervenendo non solo sulla patologia ma anche su quelle variabili, quali la

relazione, il dialogo e l'ascolto con il paziente e con i suoi familiari. Un controllo dei sintomi, utilizzando tecniche e farmaci generalmente poco conosciuti dalla medicina tradizionale che ha posto maggior attenzione alla dignità della cura e del morire. Questo nuovo modo di affrontare il malato e la malattia nel suo complesso è stato appreso e particolarmente apprezzato dagli infermieri che ricordiamo essere il personale più a contatto con il malato e quindi più sensibile e più attento alla rilevazione delle problematiche clinico-assistenziali.

Il lavoro d'equipe, ben noto ed utilizzato nelle cure palliative, anche in questa situazione si è rivelato efficace per il miglior controllo delle problematiche sanitarie, sociali, ma anche per il sostegno a tutto il personale coinvolto nella gestione del reparto.

Oggi che ancora ci troviamo coinvolti in piena emergenza, ci piace constatare come tutto quel personale medico,



infermieristico e assistenziale contribuiscano con rinnovato vigore alle cure di nuove persone ricoverate, facendo tesoro di tutte le informazioni ed esperienza acquisita in quel periodo terribile.



***Dottor Stefano Zizzetti,**
Medico palliativista, Trento

L'infezione da sars-cov-2 nei bambini e negli adolescenti

L'ESPERIENZA DELLA PEDIATRIA DI TRENTO

di Gloria Fadanelli*



È trascorso più di un anno dall'inizio della pandemia da SARS-CoV-2, un virus che ha messo, e sta ancora mettendo, a dura prova ognuno di noi, grandi e piccoli, facendoci capire quanto siamo fragili e vulnerabili, ed imponendoci delle restrizioni che vanno contro la nostra natura, il nostro bisogno di libertà e di socialità. Se inizialmente sapevamo gran poco di questo nuovo coronavirus, oggi lo conosciamo un po' meglio e, analizzando i dati degli ultimi mesi, possiamo trarre alcune considerazioni anche in merito al comportamento e agli effetti del virus nella popolazione pediatrica.

Dal punto di vista strettamente infettivologico SARS-CoV-2 ha colpito soprattutto adulti ed anziani, con ampia necessità di ricoveri ospedalieri, spesso in ambienti intensivi o semi-intensivi, talora con esito infausto, non solo nei soggetti più fragili ed anziani, ma anche in adulti sani e di giovane età. I bambini sono invece meno coinvolti dalla malattia, manifestando quadri clinici generalmente lievi e paucisintomatici, caratterizzati da febbre, sintomi respiratori o gastrointestinali che giungono a risoluzione spontanea entro 1-2 settimane. Talvolta (circa 4,4% dei casi) l'infezione nei bambini decorre addirittura in maniera del tutto asintomatica, cioè senza segni

clinici ma con test di laboratorio che dimostrano lo stato di infezione. Sintomi tipici degli adulti quali dispnea, dolore toracico, astenia, difficoltà a percepire gli odori o mancanza/alterazione del gusto sono invece molto più rari nei bambini, anche per la loro difficoltà nel descriverli. I ragazzi più grandi possono avere invece manifestazioni più simili a quelle dell'adulto, ma con quadri clinici solitamente lievi o moderati, che si autolimitano, senza necessità di cure di supporto. Nei casi in cui è stato riscontrato un quadro di polmonite interstiziale da COVID-19 questa è stata generalmente di lieve entità, e solo raramente associata a desaturazione di ossigeno, al contrario di quanto accade negli adulti. I ragazzi possono presentare coinvolgimento cutaneo con lesioni tipo eritema pernio alle dita dei piedi, o quadri più diffusi di orticaria o eritema polimorfo. Accade quindi raramente che un bambino o un adolescente debba essere ricoverato per infezione primaria da SARS-CoV-2. Gli studi fatti hanno individuato l'età inferiore a 6 mesi e la presenza di patologie croniche pre-esistenti come fattori di rischio di aggravamento e di ospedalizzazione. L'assunzione di terapia immunosoppressiva o patologie come la fibrosi cistica o l'asma allergico non sembrano però aumentare il rischio di malattia severa.

Sono state fatte varie ipotesi circa questa minore suscettibilità all'infezione dei bambini rispetto agli adulti. Si pensa che la diversa espressione dei recettori ACE-2 che il virus usa per l'ingresso nelle cellule abbia un ruolo chiave. I bambini utilizzano inoltre differenti meccanismi immunitari per rispondere alle infezioni virali, probabilmente più celeri ed efficaci nel controllo e nell'eliminazione del SARS-CoV-2: instaurano una più precoce risposta interferonica antivirale, attivano una più efficace fagocitosi e scatenano un miglior rilascio citochinico, hanno un più esteso pool di cellule T ed un più alto livello di cellule T regolatorie, capaci di control-



lare e sopprimere risposte immunitarie eccessive. Si ipotizza inoltre un possibile effetto protettivo derivato dalla più frequente esposizione ad altri coronavirus e dalla più recente esposizione ai vaccini, presupponendo una sorta di reazione immune crociata protettiva nel primo caso, e una maggior attivazione del sistema immunitario nel secondo. Anche i comportamenti di prevenzione adottati dagli adulti, come il lavaggio e la disinfezione delle mani e l'utilizzo delle mascherine, potrebbero funzionare da barriera protettiva nei confronti dei più piccoli. In passato, anche nel corso delle epidemie da altri coronavirus, come SARS del 2003 o MERS del 2012, i bambini sono sembrati meno vulnerabili rispetto agli adulti.

Se l'infezione primaria da COVID-19 in età pediatrica non è quindi particolarmente invalidante, in una percentuale ridotta di bambini/ragazzi, che pare inferiore all'1%, si può sviluppare

una Sindrome Iperinfiammatoria Multisistemica (MIS-C), una forma post-infettiva che segue di 2-6 settimane l'esposizione al SARS-CoV-2, anche in assenza di infezione sintomatica. Inizialmente è stata denominata anche 'Kawasaki-like Syndrome' o 'Kawacovid' per la somiglianza di alcuni aspetti clinici con la Malattia di Kawasaki; altri centri, anziché MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome

in Children) la definiscono invece PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystemic Syndrome). Essa è dovuta ad un'attivazione incontrollata dell'infiammazione, scatenata dal contatto con il virus, ed è caratterizzata clinicamente da febbre con marcato rialzo degli indici di flogosi, e da un quadro di malattia severa con coinvolgimento di due o più organi/apparati (cuore, polmoni, apparato gastrointestinale, reni, sistema nervoso centrale, cute/mucose o apparato osteomuscolare). Nelle sue variabili manifestazioni cliniche e laboratoristiche, la MIS-C presenta talvolta caratteristiche simili alla malattia di Kawasaki, alla malattia di Kawasaki con sindrome da shock o alla sindrome da shock tossico, e in alcuni casi più gravi può evolvere a linfocitosi emofagocitica secondaria (sHLH)/sindrome da attivazione macrofagica (MAS), e ad insufficienza multiorgano (MOF). I pazienti con MIS-C richiedono ricovero in ospedale per



il monitoraggio clinico/laboratoristico e per la gestione terapeutica; i casi più severi possono necessitare di cure intensive. Dal punto di vista terapeutico vengono utilizzati con efficacia steroidi ed immunoglobuline per via endovenosa, allo scopo di controllare e ridurre lo stato iperinfiammatorio. Nei casi che non rispondono a queste terapie di prima linea, o nei casi più severi, possono essere impiegati farmaci biotecnologici che bloccano in maniera mirata molecole specifiche dell'infiammazione, come l'interleuchina-1. Solitamente viene avviata anche una profilassi antiaggregante con acido acetilsalicilico e possono essere indicate altre terapie di supporto in base al coinvolgimento dei diversi organi/apparati. La terapia generalmente permette un controllo della risposta infiammatoria con graduale miglioramento, fino a risoluzione completa del quadro. Dato il frequente coinvolgimento cardiaco e l'impossibilità ad oggi di conoscerne i possibili esiti a distanza, questi pazienti vengono poi sottoposti a follow-up cardiologico, come avviene per la Malattia di Kawasaki.

In base ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, degli oltre 100.000 decessi causati dal SARS-CoV-2 in Italia fino a marzo 2021, sono 19 quelli verificatisi in età evolutiva e quasi esclusivamente in soggetti fragili (affetti da importanti e pregresse patologie e/o sindromi). Nei soggetti

in età pediatrica sono rari i casi che hanno avuto necessità di cure intensive; quando questo si è reso necessario, quasi esclusivamente a seguito di diagnosi di MIS-C, si è avuta la completa guarigione senza esiti rilevabili. Un altro ambito di interessamento clinico pediatrico non direttamente connesso all'infezione ma comunque di notevole importanza, riguarda i cosiddetti danni indiretti da COVID-19. L'impatto dell'isolamento sociale e dalle procedure di prevenzione per la diffusione del contagio, hanno determinato un drastico incremento di problematiche psicologiche e psichiatriche in età pediatrica. La scuola non è solo fonte di apprendimento culturale, ma anche e soprattutto di sviluppo psico-sociale. L'impiego della didattica a distanza protratto per molti mesi ha determinato una mancanza di contatti e di confronto tra pari, e con gli insegnanti, lasciando spazio a solitudine e noia e favorendo la depressione del tono

in età pediatrica sono rari i casi che hanno avuto necessità di cure intensive; quando questo si è reso necessario, quasi esclusivamente a seguito di diagnosi di MIS-C, si è avuta la completa guarigione senza esiti rilevabili.

Un altro ambito di interessamento clinico pediatrico non direttamente connesso all'infezione ma comunque di notevole importanza, riguarda i cosiddetti danni indiretti da COVID-19. L'impatto dell'isolamento sociale e dalle procedure di prevenzione per la diffusione del contagio, hanno determinato un drastico incremento di problematiche psicologiche e psichiatriche in età pediatrica. La scuola non è solo fonte di apprendimento culturale, ma anche e soprattutto di sviluppo psico-sociale. L'impiego della didattica a distanza protratto per molti mesi ha determinato una mancanza di contatti e di confronto tra pari, e con gli insegnanti, lasciando spazio a solitudine e noia e favorendo la depressione del tono



dell'umore e il libero fluire di pensieri negativi. A casa il continuo confronto con i genitori talvolta è percepito come opprimente, in particolare dagli adolescenti che per natura ne cercano il distacco. La privazione inoltre delle occasioni di svago sportivo ed extrascolastico ha tolto a bambini e ragazzi altre possibilità di sfogo della loro tensione emotiva. Questa situazione di forte stress ha causato a livello generale sensazioni di stanchezza, incertezza e preoccupazione, ed ha scompensato il precario equilibrio psichico dei soggetti più fragili, facendo emergere disturbi di salute mentale di diverso tipo soprattutto nella fascia d'età adolescenziale e pre-adolescenziale, un'età già di per sé a maggior rischio per questi disturbi. Sono quindi emersi nei più piccoli stati di irritabilità, problematiche comportamentali, sintomi di regressione, disturbi del sonno e difficoltà di concentrazione. Nei più grandi prevalgono invece ansia e depressione che possono presentarsi sotto forma di disturbi funzionali o psicosomatici, mediante cui il corpo esprime il disagio psichico ed emotivo (es. sindrome dell'intestino irritabile, cefalea tensiva, fibromialgia, algodistrofia...), disturbi del comportamento alimentare come l'anoressia nervosa, problemi comportamentali gravi con aggressività, atti di autolesionismo che possono culminare in tentativi di suicidio. Delle diverse conseguenze che il nuovo coronavirus ha avuto nella popolazione pediatrica, questa delle ripercussioni psicologiche/psichiche è sicuramente la più importante, per la numerosità dei casi, e soprattutto per il forte impatto sociale, oltre che sanitario.

L'Italia è stato uno dei Paesi duramente colpiti dalla pandemia da SARS-CoV-2, e la nostra Provincia una delle più coinvolte del nostro Paese. Anche la Pediatria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento ne ha vissuto quindi da vicino gli effetti. Nella primavera del 2020 il rigoroso lockdown ha determinato un drastico calo degli accessi in Pronto Soccorso Pediatrico, a causa della paura di

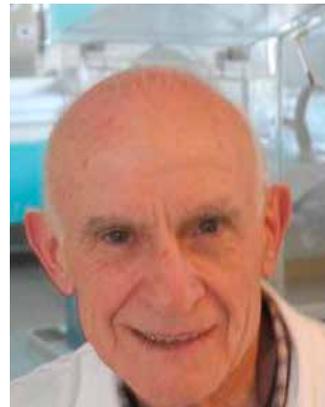
frequentare l'ambiente ospedaliero, della riduzione delle patologie traumatiche e di quelle infettivologiche. Negli ultimi mesi si è poi assistito ad un nuovo aumento del numero di visite di Pronto Soccorso, da attribuire al minor timore con cui la popolazione ha vissuto le ultime ondate d'infezione, alla ripresa dei traumi da attività ludica e sportiva, ai disturbi psicologici/psichici COVID-correlati e alle patologie infettive riprese con la riapertura di scuole e parchi, ma ancora in gran parte ridotte rispetto agli anni passati, grazie alle misure preventive di contagio e alla campagna di vaccinazione anti-influenzale. I pazienti COVID-positivi visti in Pronto Soccorso Pediatrico erano in gran parte paucisintomatici e non hanno necessitato di ricovero; i rari casi ricoverati sono stati tutti dimessi dopo un decorso privo di complicanze di rilievo. Nel nostro Reparto abbiamo avuto una decina di casi di MIS-C, alcuni con coinvolgimento cardiaco, tutti trattati efficacemente con le terapie di prima linea, senza bisogno di cure intensive. La gran parte del carico di attività di reparto attuale e dei mesi scorsi è rappresentato dai problemi della sfera psicologica/psichica, indirettamente causati dal SARS-CoV-2. Nell'ultimo anno c'è stato infatti un preoccupante incremento di ricoveri per disturbi del comportamento alimentare come l'anoressia nervosa, per stati ansioso-depressivi, disturbi comportamentali e disturbi dello spettro funzionale. Nella nostra Provincia sono iniziate da poco le vaccinazioni dei ragazzi al di sopra dei 16 anni di età affetti da malattia cronica ed in terapia immunosoppressiva. Vengono invece vaccinati i familiari dei pazienti fragili con meno di 16 anni, per i quali non sono ancora approvate le vaccinazioni. Questo dovrebbe proteggere i soggetti più esposti a danni di infezione diretta da COVID. Ci auguriamo inoltre che la vaccinazione di massa ci permetta di debellare questo virus e limitare il prima possibile i danni psico-sociali che ha causato e sta causando sulle nuove generazioni, danni che costituiscono una vera emergenza da risolvere.



***Dott.ssa Gloria Fadanelli**
U.O. di Pediatria
Ospedale Santa Chiara di Trento

NEONATO: L'UNICO, VERO PROTAGONISTA DEL NOSTRO FUTURO

di *Dino Pedrotti**



Quanto sta accadendo oggi ci appare molto confuso, come mai era accaduto in passato. Fino a 50 anni fa l'umanità non aveva idee confuse, perché c'era un punto fisso di riferimento, sempre in alto. **L'Uomo-Padre** era l'unico protagonista nella società e nella famiglia, in base alla Bibbia e comunque in base alle sue doti fisiche e alla precisa idea che era lui che guadagnava e decideva. Fino all'Ottocento era anche chiaro che era lui solo che ci dava la vita (perfino ai primi microscopi parve che nel "seme paterno" era già presente suo figlio, "un omuncolo!"): il corpo della Donna lo faceva solo germogliare. 5000 anni fa nacque la scrittura e gli uomini Grandi (da Hammurabi ai faraoni a Mosè...) poterono dominare su interi popoli, sulla base di leggi scritte e di comandamenti divini (scritti da un Dio maschio nei cieli, onnipotente).

L'Uomo, con Donna e Bambino al suo servizio, dominò nella Storia, in un primo atto dell'Umanità, che si può titolare: "Credere e Obbedire ai Grandi!". Anche il nostro ultimo Re era "Re per grazia di Dio. E Mussolini era l'Uomo della Provvidenza. Dopo il 1945 la democrazia ci ha presentato sì visioni duali, ma sempre con l'Uomo in prima fila, in ogni partito. All'università non c'erano dubbi su chi era il Grande di turno, e così nella società. Le femministe di cent'anni fa e poi anche le leggi democratiche preconizzavano un secondo atto con la "Donna co-protagonista". Negli anni '60 iniziò una recita più al femminile, con la rivoluzione dei giovani. La Donna però pretese da subito di essere lei "unica protagonista" della vita riproduttiva. Nacque da allora il nuovo fenomeno della "denatalità": in Trentino dal 1964 al 1984 si dimezzarono le nascite, da 8000 all'anno a 4000. La denatalità comincia a preoccupare la società per i concreti danni economici previsti nei prossimi decenni. Se una coppia italiana mette oggi al mondo solo 1,2 figli (record negativo mondiale), è semplice prevedere che tra 30 anni

ci sarà almeno un 30% in meno di figli, cioè di lavoratori italiani, con altissimo carico di pensionati!

Nel secondo atto, oltre alla Famiglia (dal 1975 ce ne sono di sei tipi...), anche la Natura si presenta oggi ad alto rischio futuro. Cominciamo a chiederci come si svolgerà un terzo atto: la commedia finirà bene o finirà in tragedia? Da 30 anni si è cominciato a ragionare sull'ambiente e anche sui protagonisti del terzo atto. Per l'ONU e per le religioni dovrebbero essere gli esseri umani più deboli, sfavoriti da politiche e comportamenti irresponsabili, praticati per "avere e apparire".





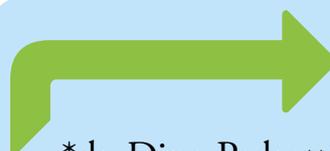
Nella società umana il Bambino è sempre stato considerato “oggetto di proprietà” (purtroppo anche per certi pediatri). Venne molto valorizzato da Gesù: lo mise “al centro”, lo considerò “fonte di verità più di saggi e sapienti” e prescrisse di “farsi bambini” per entrare nel regno dell’Amore. Pochissimi seguirono queste idee, fino a Gandhi, alla Montessori. Nel 1989 però tutti gli Stati hanno ufficialmente sottoscritto il fatto che nella Famiglia **“Uomo e Donna hanno comuni responsabilità sul Bambino”**, “guidati dal suo interesse superiore” (art. 18 della Convenzione ONU). Nel 2000-2002 l’ONU lo definì “unità di misura” del Mondo.

“Un mondo a misura di Bambino” dovrebbe essere il miglior titolo di un terzo atto dell’Umanità, almeno per chi è ottimista e concreto. Tutti i programmi universali di sostenibilità (ONU 2000-2030) si riferiscono alle “future generazioni”.

Il nostro cervello ha bisogno di punti chiari di riferimento, dal Dio onnipotente e dai padreterni al dollaro che domina le economie mondiali basate sull’Avere e sull’Apparire. L’odierno individualismo mette al centro dell’universo i propri interessi, e tutti vogliono “libertà ed eguaglianza”, senza capire che sono due valori tra

loro incompatibili (è un “ossimoro”!). È fondamentale leggere anzitutto la seconda parte dell’art. 1 della Dichiarazione dei Diritti dell’Umanità (ONU, 1948): **“le persone dotate di razionalità, debbono agire in spirito di fraternità”**.

Solo se ci consideriamo tutti fratelli, tutti figli di madre Terra, senza differenze sui diritti fondamentali (salute, lavoro, ambiente, famiglia...), potremo poi considerarci “tutti liberi e uguali”, in ogni continente.



***dr. Dino Pedrotti**
già Direttore U.O. Neonatologia
O. S. Chiara Trento

CARA LU

Anna Maria Ercilli, 2021

Carissima Lu, le distanze ci tengono lontane, non ci vediamo da qualche mese, ti scrivo per lasciare una traccia della buffa storia che ora ti racconto.

Conosci i miei interessi e la frequentazione dei corsi di studio, di lingue e scrittura? Ebbene avevo conosciuto una simpatica ragazza, Mila, della vallata vicina, appassionata di escursioni, estroversa e allegra; dopo la lezione parlavamo a lungo sedute al bar, lei fumatrice accanita non sapeva resistere malgrado il divieto, si usciva sul marciapiede, anche lì, il fumo irritava la gola.

Come sai, mi piace ascoltare, lei aveva tanti argomenti spensierati, così adatti a sorvolare la routine di tutti i giorni. Aveva anche un moroso, Leo, molto sportivo e persuasivo.

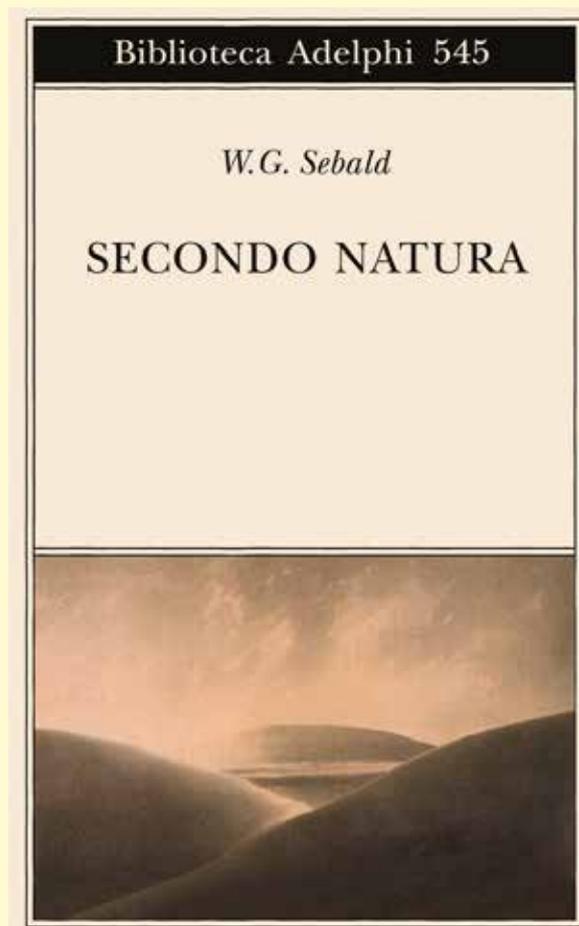
Un episodio, che non sconvolge più nessuno, nella discesa da una via in quota, lei e il moroso, vedono una coppia su un pianoro, intenta a fare all'amore, il passaggio è obbligato, si avvicinano con passi rumorosi e colpi di tosse, ma i due rimasero insensibili ai rumori, li superarono per niente imbarazzati. Una nota di ottimismo.

E ancora, con Lupo, il loro cane, che durante una gita decise di andarsene in cerca di avventure, forse una traccia olfattiva, un richiamo, chissà. Pensando che sarebbe tornato là dove li aveva lasciati, si distesero al sole, mangiarono lo spuntino in anticipo e attesero. Trascorsa più di un'ora, Lupo tornò festoso e soddisfatto, loro un po' meno, la pelle scoperta, era virata verso una tinta rosso scottatura, avevano dimenticato la crema solare in macchina. Ma Lupo non doveva essere rimproverato. K. Lorenz non lo avrebbe fatto.

Ci incontravamo spesso e ogni volta mi proponeva – vieni a trovarmi una domenica, ti aspetto a casa, ma prima telefona - passano i mesi, passa l'inverno e, la bella stagione invoglia ad uscire, a ritrovare gli amici simpatici.

Così un sabato di marzo telefono a Mila – ciao sei libera domenica? ti verrei a trovare – Silenzio, segue la voce di lei non allegra come la ricordavo – mah, guarda domenica non posso, abbiamo un ospite, meglio di no –.

Mi aspetto che dica qualcosa per il futuro, ma non succede, io non chiedo. Intuisco in ritardo, il tutto rientra nella boutade dei convenevoli sociali, avrei dovuto



capirlo, non è la prima volta. Il silenzio congela ogni slancio fino al prossimo incontro, che non ci sarà, ci avvicinava il superfluo diventato inutile. Ma era tanto simpatica.

Raffreddata la delusione, non ho cercato scorcioioe ho accantonato l'episodio nel bagaglio delle esperienze superficiali. Non so cosa ne pensi, tu sapresti approfondire meglio di me.

Ti passo una curiosità poetica, conosci W.G. Sebald*? questo è il suo primo libro pubblicato, un poema insolito, precursore dei futuri saggi della memoria.

“Pallas scrive altresì che il morto/sognava ancora il mammut/al pascolo oltre il fiume./

finché nella notte non venne qualcuno/e si portò via il suo mantello/e lo lasciò disteso nella neve/come una volpe abbattuta.”

Scrivimi presto Lu, un abbraccio. Lucy

* W.G. Sebald “Secondo natura”.

L'Aquila di San Venceslao a Giorgio Postal



Un giovanissimo Giorgio Postal Segretario politico della DC trentina.

Il 12 marzo a Palazzo Geremia, il Senatore Giorgio Postal, eminente Trentino, è stato insignito della Aquila di San Venceslao, importante onorificenza che premia cittadini trentini che si sono distinti in vari campi e settori. Attualmente Gior-

gio Postal è presidente della Fondazione Museo Storico del Trentino, ma è stato parlamentare a Roma e un giovanissimo sottosegretario. Lo ricordiamo qui perché, tra i numerosi incarichi ricoperti, per 10 anni è stato anche un disponibilissimo Presidente dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (APAN). L'onorificenza gli è stata consegnata dal Sindaco di Trento, Franco Ianeselli, che lo ha definito "politico di razza in una stagione in bianco e nero. Uno degli uomini che hanno segnato la storia della DC e con essa la storia del Trentino". All'interno di questo numero di Rene&Salute troviamo il sunto dell'interessante intervento di Postal, tenuto in occasione della cerimonia di premiazione.

Vaccinazione Covid nei pazienti dializzati e trapiantati

Nella conferenza Stato-Regioni di metà marzo è stato chiarito in modo dettagliato quali sono le categorie di pazienti "ultra fragili" con diritto alla priorità vaccinale. Tra questi vi sono i pazienti dializzati (in emodialisi ed in dialisi peritoneale) e i pazienti trapiantati e in attesa di trapianto renale.

Pertanto l'APSS si è attivata per assicurare la vaccinazione prioritaria di queste categorie di pazienti. Nel Centro di emodialisi di Trento, come in altri Centri dialisi periferici, la prima dose di vaccino è stata effettuata direttamente nel Centro a fine marzo.

Per via delle disposizioni ministeriali, che hanno dato indicazione a spostare la somministrazione della seconda dose del vaccino Pfizer da 3 a 6 settimane, la prossima somministrazione avverrà a metà maggio.

Riguardo i pazienti in dialisi peritoneale e trapiantati o in attesa di trapianto, i loro nominativi sono stati dati al servizio igiene e prevenzione, che ha già provveduto a contattarli per fissare la vaccinazione.

Da metà aprile inoltre è stata aperta la possibilità di vaccinazione anche per i caregivers dei soggetti ultrafragili.

Dati riguardo pazienti dializzati e trapiantati in Trentino a fine 2020

Al 31/12/2020 avevamo, sul territorio trentino, 205 pazienti emodializzati, 36 pazienti in dialisi peritoneale e 332 pazienti portatori di trapianto renale. Si conferma il dato trentino riguardante la maggior presenza di pazienti portatori di trapianto renale rispetto ai pazienti in dialisi (332 versus 241).

Giornata Mondiale del Rene 2021

Anche quest'anno purtroppo, a causa della pandemia, è saltato il consueto appuntamento in piazza per festeggiare la Giornata Mondiale del Rene (dove offrivamo controllo della pressione arteriosa, stick urine e materiale informativo riguardo la malattia renale). È stato invece mantenuto l'appuntamento alla trasmissione "Meeting", la sera precedente (10 marzo, poi andato in replica nelle giornate successive), nel quale la Presidente APAN e il Primario della Nefrologia di Trento, dottor Giuliano Brunori, intervistati dalla dottoressa Agostini, hanno ricordato questa importante ricorrenza: con l'occasione si è parlato del tema della prevenzione della malattia renale e dell'importanza della diagnosi precoce, ma



anche della situazione dell'impatto della pandemia e della situazione vaccinale nei pazienti dializzati e trapiantati.

Documento riguardante il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della malattia renale

Come Associazione che si occupa di nefropatici, nella figura della Presidente, siamo stati coinvolti dall'APSS, nella stesura del PDTA della malattia renale cronica. Questo è un importante documento, che ha come destinatari i medici di base e gli specialisti non nefrologi, che spiega nel dettaglio quale dovrebbe essere l'approccio diagnostico, terapeutico e assistenziale che si dovrebbe seguire in presenza di alterazioni della funzione renale (che indagini fare, quali suggerimenti dietetici fornire in fase di insufficienza renale cronica iniziale, quando inviare il paziente dal nefrologo). Come associazione ci impegneremo a promuovere la sua diffusione e applicazione organizzando incontri formativi.

A GIORGIO POSTAL L'AQUILA DI SAN VENCESLAO

Il 15 marzo 2021 si è svolta la cerimonia di consegna dell'Aquila di S. Venceslao all'ex parlamentare trentino Giorgio Postal (per tre legislature alla Camera dei deputati e per altre tre al Senato della Repubblica). Attuale presidente della Fondazione Museo storico del Trentino, Giorgio Postal è stato Segretario provinciale di Trento della Democrazia cristiana, dirigente della Rai, Sottosegretario di Stato ai beni culturali, poi all'ambiente, quindi all'Interno. Un impegno a tutto tondo per la politica che gli ha permesso, tra le altre cose, di seguire passo dopo passo la costruzione dell'assetto istituzionale della Provincia autonoma di Trento a fronte dei cambiamenti, politici ed economici che hanno caratterizzato le vicende dell'intera Regione Trentino-Alto-Adige. A Giorgio Postal, che è stato anche presidente dell'Associazione provinciale Amici della Nefrologia (Apan), abbiamo chiesto di ripercorrere con noi questo lungo percorso di vita. Di seguito il suo contributo.

La Redazione

I simboli appartengono alla sostanza della vita spirituale di un popolo, parlano un linguaggio universale, trasmettono messaggi di immediata percezione comune, riassumono in sé e rappresentano una sintesi difficile da esplicitare a parole. L'Aquila era il simbolo dell'Impero, L'Aquila di S.Venceslao ne era una variante, l'una simbolo dell'unità e l'altra simbolo dell'autogoverno locale dentro quella unità. L'Aquila di S.Venceslao era dunque il simbolo e il segno di un autogoverno destinato a radicarsi nella storia. Per la città di Trento, in particolare, attraverso l'antica e penetrante attribuzione degli Statuti. Naturalmente, non appena ricevuta la notizia che mi veniva assegnato questo, per me del tutto inaspettato riconoscimento, qualche ora la ho dedicata alla lettura di saggi riguardanti gli anni e il contesto nel quale L'Aquila di S. Venceslao venne concessa al Principe vescovo di Trento. È stata l'occasione per ripercorrere alcune fasi della storia del Principato e di Trento. Non nascondo che quelle letture mi hanno dato una certa sensazione, una certa Sehnsucht, abbastanza indicativa. La parola Sehnsucht è intraducibile in italiano, di solito la si traduce con "nostalgia", ma in tedesco sta a rappresentare un



sentimento molto più ampio, molto più coinvolgente. Intendiamoci, la mia non era nostalgia del paradiso perduto, da uomo del popolo, nato e cresciuto nel cuore di una civiltà contadina che ha permeato per secoli la vita civile e religiosa della nostra terra, non ho certamente nessuna "nostalgia per epoche dominate dalle aristocrazie e dai privilegi, mentre il popolo viveva stentatamente le stagioni con la rassegnazione della sussistenza.

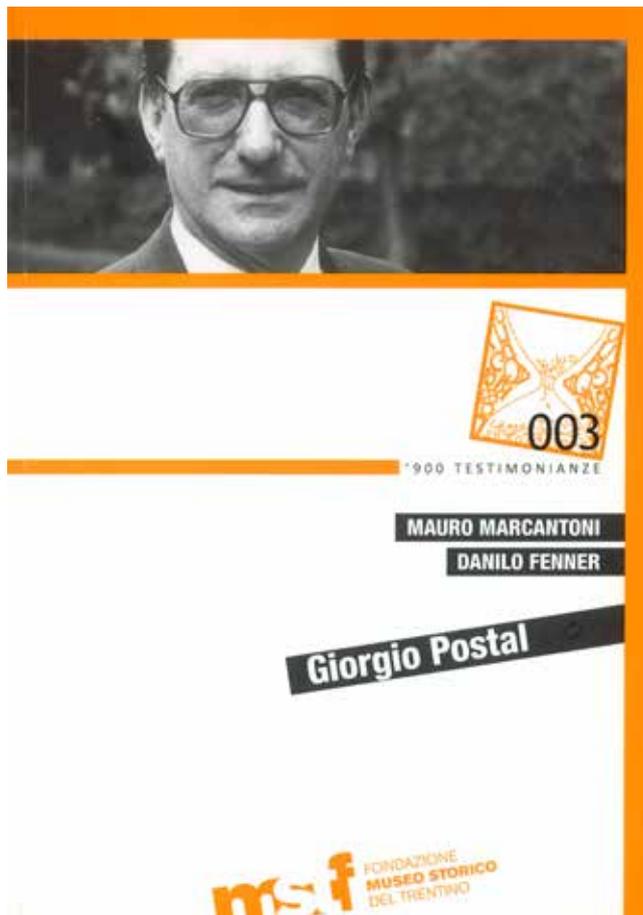
La Sehnsucht che ho provato invece riguarda il tempo nel quale Trento apparteneva a pieno titolo a una rete fortemente inserita in ambito europeo, Trento era una città europea, era una città che viveva sul confine, che aveva il senso del confine, una città italiana dove i suoi abitanti avevano la consapevolezza piena di essere comunità di confine, con tutto ciò che questo comportava in termini di modi di essere e di pensare, di stili di vita, di sensibilità complessive. Naturalmente un confine inteso come spazio aperto al confronto e alle contaminazioni, non certo come linea di demarcazione che divide, non come frontiera, ma come luogo di relazione e di interconnessioni, culturali prima di tutto, e poi economiche e sociali e di costumi. Dove, nella convivenza, le diverse Weltanschauungen si confrontavano e in qualche misura si fondevano, sino al punto talora di fondersi. Dunque un confine che distingueva, senza contrapporre. Sono passati molti secoli, in mezzo c'è stato il Rinascimento, l'illuminismo, lo Sturm und Drang, il positivismo, e via dicendo, e soprattutto c'è stata la pratica del principio di nazionalità, con tutti i disastri che ne sono conseguiti. E oggi siamo nella globalizzazione, per disgrazia anche pandemica.

Ma se è vero che la storia stabilisce le identità che nascono dal passato, forma dunque la nostra identità presente e le nostre credenze, e se è vero che la storia del passato potrebbe essere utilizzata come chiave di lettura del presente, per rilevarne congruenze o incongruenze, sento con grande disappunto e con dispiacere che in larga parte quella dimensione europea di Trento (e del Trentino) è venuta meno, abbiamo perduto la cultura e vorrei dire l'etica dei comportamenti propri di una terra di confine. a cominciare dalla nostra relazione con il confine linguistico. E con questo abbiamo perso, io credo, la capacità di resistere alle omologazioni provenienti dalle pianure, per quel tanto che esse inducono in termini di perdita di identità e di trasferimento nel nostro ambito di modelli di vita e di sviluppo sostanzialmente estranei alla nostra cultura.

Il confine, per noi e per la nostra storia, ancora oggi dovrebbe governare la cultura e le istituzioni, le classi dirigenti, i corpi intermedi e il popolo tutto, e nel contempo imprimere forti sollecitazioni alla convivenza e alle condivisioni, rafforzando il senso di appartenenza ad un'area montana che scavalca i crinali. E imparando dalle lezioni della storia, anche recente, gli errori che non possono e non devono essere ripetuti.

Anche la nostra relazione con il confine linguistico si è andata facendo via via sempre più tenue. Per secoli, la storia del Trentino e del Sudtirolo è stata una storia unitaria. Lo è stata nell'epoca dei Principati vescovili, lo è stata durante gli sconvolgimenti napoleonici e poi nel contesto austriaco, lo è stata nell'annessione all'Italia, nell'Alpenvorland, e nel ritorno all'Italia, nel 1945. Lo è stata infine dentro il Primo e dentro il secondo Statuto di autonomia.

Ebbene, la questione del rapporto tra Trento e Bolzano, tra Trentini e Sudtirolesi di lingua tedesca e altoatesini di lingua italiana è una questione centrale. Lo è sempre stata, lo è oggi e lo sarà certamente anche in futuro. Centrale da molti punti di vista, per la costruzione e la difesa di un sistema autonomistico orientato alla convivenza, e poi per la individuazione e la gestione di problemi comuni, in una collaborazione transfrontaliera, e in un'Europa auspicabilmente sempre più unita. Ma a questo proposito a me sembra che debba essere lanciato un grido d'allarme. Perché in parallelo con una montante disaffezione da parte della gente trentina per i valori della propria autonomia, si accompagna non solo una rarefazione dei rapporti politico-istituzionali tra le due realtà, ma, ciò che è ancora più grave, una sostanziale disattenzione o peggio disinteresse, nel comune sentire, per tutto ciò che accade in Sudtirolo, come dei separati



in casa. Credo che essere cittadini e essere classe dirigente, richiede, per gli uni e per gli altri, un surplus di consapevolezza e di assunzione di responsabilità.

Sono venuto al mondo in Piazza XXVIII ottobre, l'attuale Piazza Centa, a significare che eravamo ancora in regime fascista, in una casa popolare adibita adesso a sede dei VV.FF, giusto in tempo per scansare l'inquadramento nei Balilla; ho visto, sia pure da lontano, il fumo e il polverone sollevato dal bombardamento del Ponte di S. Lorenzo; ho frequentato le elementari alle scuole Verdi, prima che diventassero la sede di Sociologia; ho frequentato i Polentoni, così chiamavamo allora il Ginnasio - Liceo Arcivescovile, guidato da maestri straordinari, quindi l'università, l'apprendistato alla politica e la politica.

Poi è seguita quella che io considero una seconda vita, quella che mi ha consentito di dedicarmi a ciò che l'impegno totalizzante della politica me lo aveva impedito, la lettura, lo studio, l'approfondimento, il soddisfacimento di tante curiosità intellettuali. Sono molto grato a chi mi ha chiamato alla presidenza della Fondazione Museo storico del Trentino, offrendomi la grande opportunità di dare seguito a queste curiosità e, quando ne ho occasione, di farmi testimone diretto di alcune fasi decisive della nostra recente storia. (Giorgio Postal)

UNA QUESTIONE DI OBLIO

di Aldo Nardi

Conservare la memoria del passato è stato uno dei compiti prioritari dell'uomo, perché il rischio era quello di dimenticare." Con l'avvento di Internet questo processo è stato capovolto, nel senso che ogni cosa viene ricordata e l'identità personale del singolo si trasforma in un'identità "estesa", rispetto alla quale sorgono nuovi inquietanti problemi. Carlo Formenti, nell'introdurre il libro di V. M. Schönberger *Delete. Il diritto all'oblio nell'era digitale*, scrive: "dimenticare è facile, in quanto l'oblio è inscritto negli stessi meccanismi della specie (...)" (p. VIII)

È qui che, piuttosto che lo sforzo messo in opera per ricordare, prende corpo lo sforzo opposto: quello di dimenticare, compresa la rimozione dalla memoria di quei contenuti che compromettono la reputazione di una persona.

Naturalmente, prima di procedere a tale compito, è necessario intendersi sul significato attuale di memoria.

Quella che è stata, con un'associazione tutt'altro che azzardata, definita dall'esperto di web intelligence Andrea Barchiesi la nuova biblioteca di Alessandria (*La tentazione dell'oblio*, Angeli, Milano 2016, p. 23), cioè Google, è, di fatto, la nostra nuova memoria, ma una memoria dalle dimensioni smisurate che possiede - elemento di assoluta novità - la caratteristica di essere connessa in una rete e alla quale chiunque può accedere in ogni parte del mondo. (*Ivi*)

Mentre ci accingiamo a parlare di oblio dobbiamo prendere atto del fatto che, come scrive Andrea Barchiesi, l'umanità, dopo millenni l'oblio lo ha sconfitto superando i suoi limiti fisiologici e "creando una memoria in grado di immagazzinare ogni cosa" (*Ivi*). Non solo, così facendo ha potuto realizzare una "rete di condivisione mondiale delle proprie esperienze, una rete partecipativa e attiva definendo gli albori di una intelligenza distribuita mondiale." (*Ivi*, p. 24)



Questo fenomeno non può non avere profonde ripercussioni anche sul piano sociale, oltre che sui comportamenti individuali, così come sta già avendo effetti significativi sul piano dei consumi, del lavoro e, più in generale, dell'economia. Basti pensare che più di 40 milioni di persone in Italia sono attualmente connesse ad Internet, con la conseguente creazione di una massa enorme di dati personali, esperienze e relazioni destinati a produrre "una delle più grandi banche dati mondiali con l'inconsapevole contributo di tutti." (*Ivi*, p. 25)

Se partiamo da queste considerazioni, non possiamo ignorare però che i mezzi di comunicazione (computer, tablet, smartphone, tv ecc.) non ci mettono in contatto con il mondo, ma con una sua *rappresentazione* che produce importanti effetti sul nostro modo di *fare esperienza* poiché, come è stato rilevato (U. Galimberti, *I miti del nostro tempo*, Feltrinelli, 2009), mentre ci avvicina ciò che è lontano, ci allontana da ciò che ci è vicino. La conseguenza più pericolosa può pertanto essere condensata nella perdita di uno dei beni più preziosi dell'individuo che è la "capacità di fare esperienza". (*Ivi*) È scontato quindi che vi siano conseguenze sul piano socio-antropologico non indifferenti dal momento che le *new technologies* condizionano il nostro pensiero "non nel senso che ci dicono cosa dobbiamo pensare, ma nel senso che modificano in modo radicale il nostro modo di pensare, trasformandolo da analitico, strutturato, sequenziale e referenziale, in generico, vago, globale, olistico." (*Ivi*)

In ogni caso, si tratta di un trend irreversibile se è vero, com'è vero, che il 79% degli italiani utilizza internet per cercare informazioni e ben il 40% condivide sul web

esperienze personali su prodotti e servizi.” (A. Barchiesi, cit., p. 25)

Come può tutto questo non modificare i comportamenti sociali, oltre a quelli economici? Gli attacchi rivolti, anche da numerosi intellettuali, in anni recenti ad Internet responsabile, a loro parere, di compromettere la memoria individuale, trascura il fatto che internet è diventata, al contrario, un’immensa memoria alla quale possiamo attingere in qualsiasi momento, mentre quello che ci serve è un processo di indicizzazione. È un po’ come se noi possedessimo l’indice di un libro, mentre il suo contenuto è depositato nel web. Per dirla con Barchiesi (Ivi, p. 30), si tratta di “essere in grado di ricostruire relazioni complesse partendo da elementi semplici.” Ora, il problema chiave di questo cambiamento radicale è quello che riguarda la privacy di ogni individuo in una dimensione di connessione permanente per circa la metà della popolazione (almeno per quanto riguarda l’Italia). Qui sorge un primo, enorme ostacolo tra chi dovrebbe garantire la privacy e le possibili violazioni di quest’ultima.

Secondo Barchiesi (Ivi, p. 32) si tratterebbe di un lotta del tutto impari dal momento che le forze di chi dovrebbe garantire la privacy sono, fino ad oggi, limitate, mentre le potenzialità connaturate nelle possibili violazioni sono infinite. Basterà, a questo proposito, pensare a quanto sia facile copiare fotografie o informazioni da una bacheca privata e postarle su un sito accessibile a chiunque voglia accedervi, oppure come sia facile diffondere notizie riservate. Ma, se tutto questo – ed altro ancora – è piuttosto semplice da attuare, non altrettanto facile è fermarne la diffusione, dal momento che “una volta che il contenuto è pubblico anche chi lo ha diffuso ne perde del tutto il controllo.” (Ivi)

Dal momento che stiamo andando a grande velocità verso un mondo che non dimentica, allora si tratta di capire che gli esseri umani saranno in grado di adeguare i loro processi cognitivi al “ricordo digitale”. Di questo sembra essere convinto V. M-Schönberger il quale ritiene che si tratta di un adeguamento che partirà dalla nostra mente anziché da un rimodellamento della società. Saremo noi stessi che riadatteremo i nostri meccanismi cognitivi per adattarli al “ricordo digitale”. “I ricordi – afferma Schönberger – ci saranno sempre, ma la nostra mente riadattata, proprio come una padella rivestita di teflon, non ne terrà conto in modo che non ci confondano”. (p. 134)

Le violazioni della privacy sul web costituiscono accadimenti all’ordine del giorno e la rimozione dei dati che possono danneggiarci da parte della polizia postale o del

Garante non sembra qualcosa di automatico e scontato. Infatti, per arrivare a risolvere problemi del genere possono essere necessari tempi molto lunghi e “nel frattempo il contenuto può essere stato copiato e diffuso in altri siti web vanificando del tutto il lavoro fatto.” (Ivi, p. 33)

Come non bastasse tutto questo, vi sono le diverse e spesso contrastanti posizioni degli organi giudicanti che, in più di un’occasione, hanno cercato (senza tuttavia riuscirvi più di tanto) di dare una definizione unitaria, sul piano della responsabilità, tra reati a mezzo stampa e contenuti di una testata telematica. Fa riflettere, a tale proposito, la decisione della Cassazione penale (V, 16 luglio 2010, n. 35511) che, in un primo tempo aveva condannato il direttore di un sito di cronaca per aver offeso la reputazione di un uomo politico e di un suo consulente attraverso un commento diffuso in rete, equiparando di fatto il sito telematico ad un giornale, con relativa applicazione dell’art. 13 della legge sulla stampa. Salvo poi, circa un anno dopo, escludere l’identità tra stampa e telematica posto che, mentre per la prima esiste una definizione legislativa (che prevede la riproduzione in più esemplari), per la seconda la medesima definizione non è applicabile dal momento che il fenomeno dell’informazione sul web si muove con modalità del tutto diverse. Qualora quindi fosse venuto meno il controllo sui contenuti di una testata telematica e si fosse comunque nel rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione (cfr. art. 21) in materia di informazione, bisogna comunque tener conto del fatto che la quantità di dati e la velocità del loro inserimento comportano, nei fatti, l’“impossibilità di affidare ad un soggetto l’incombenza di verificarne la correttezza”. D’altra parte, per dirla con C. Melzi d’Eril, se tale comportamento si rivela inesigibile, “non si può essere puniti se si omette ciò che non si sarebbe potuto compiere.” (*Il mondo di Internet*, in AA.VV., *Le regole dei giornalisti*, il Mulino, p. 105)

Se teniamo conto delle decisioni che hanno fatto seguito alla sentenza della Corte di Giustizia Europea del maggio 2014 sul caso *Google Spain*, non possiamo tuttavia ignorare la reazione dell’opinione pubblica di fronte all’eliminazione di parti del web, reazione che viene equiparata ad un vero e proprio attacco alla libertà di informazione. Lo stesso Barchiesi ricorda come, di fronte a questa offensiva, la reazione del web non ha tardato a farsi attendere. È il caso dell’apparizione del sito online *Hiddenfromgoogle.com* che ha raccolto alcuni link rimossi da Google. Si tratta di un esempio significativo di come “la reazione può essere peggiorativa rispetto al caso iniziale.” (Barchiesi, cit., p. 146)

D’altra parte l’asset giuridico¹ del diritto all’oblio basa

sul bilanciamento tra diritto alla privacy e diritto all'informazione, anche se, nei fatti, questo equilibrio viene inevitabilmente infranto. Mentre da un lato si corre il rischio di rimuovere, con il link, anche le informazioni che riguardano importanti fatti di cronaca quali i reati (col rischio di occultare informazioni a possibili future vittime su un soggetto che ha commesso un determinato crimine), dall'altro accade che la rimozione di un contenuto relativo ad un determinato fatto finisce col provocare un dibattito sull'avvenuta rimozione che produce, paradossalmente, un "allargamento della notizia" traducibile nel fenomeno esattamente opposto all'obiettivo che si voleva raggiungere, cioè l'oblio.

La sentenza della Corte di Giustizia Europea del 2014 sul caso *Google Spain* più che *risolvere un problema* sembra abbia *posto l'attenzione* sul problema a fronte di una *memoria*, quella del web, che, oltre ad essere in grado di immagazzinare ogni cosa, sembra anche avere sconfitto l'oblio.

Quando viene postato un contenuto sul web dobbiamo tener conto del fatto che, oltre alle richieste di rimozione (sulle quali, come abbiamo visto, vi sono limiti non indifferenti, al di là delle sentenze), si verifica anche la cosiddetta "rigenerazione ciclica dei contenuti". Ciò si spiega col fatto che, per riprendere Barchiesi, "il mondo on line è molto simile ad una grande pentola in ebollizione dove in funzione della temperatura del sentimento generale, della cronaca e delle mode si originano ciclicamente delle bolle che dal fondo salgono verso la superficie. È un fenomeno rigenerativo in cui vengono ripresi degli argomenti e vengono nuovamente trattati, linkati, diffusi. Nell'oblio nulla si distrugge, semplicemente si rimuove dall'indice del motore di ricerca." (*Ivi*, p. 156)

Chi si occupa di identità personale dal punto di vista psicologico, ha qualche difficoltà a confrontarsi con l'identità digitale e le sue neocontaminazioni fatte di continui scambi culturali e sociali. Infatti "ogni identità è immersa in un ecosistema di altre identità in cui ognuna estende la sua influenza su quella più prossima." (*Ivi*, p. 43) All'interno di questo spazio prende forma quella che viene definita in gergo "stretta di mano digitale", ovvero

l'incontro relazionale che si costruisce sul web in base agli elementi che contraddistinguono i soggetti tra loro comunicanti. È evidente che, a seconda degli elementi che definiranno le singole identità, potremmo avere una *identità positiva* o un' *identità negativa*. Di riflesso, oltre all'identità digitale del singolo, è molto importante l'identità delle persone con le quali il singolo si pone in relazione, sotto qualunque forma o modalità.

Come afferma Barchiesi, "essere associati a soggetti dalla reputazione negativa genera riflessi negativi sul modo in cui veniamo percepiti." (*Ivi*, p. 45) Si verifica, in altre parole, il cosiddetto "contagio comportamentale", secondo il quale la frequentazione di persone che posseggono determinate caratteristiche, comporta che queste

vengono automaticamente trasferite al soggetto stesso. Per questa ragione si arriva a parlare anche di "reputation economy", quale base di fiducia che costituisce il presupposto delle relazioni *on line*, in quanto "la nostra immagine dipende dalla percezione che gli altri ricevono dai contenuti *on line* che ci riguardano e dalla proiezione di fiducia (o sfiducia) che essi generano." (*Ivi*, p. 52)

La possibilità di rimuovere contenuti negativi dal web rientra nell'ampio dibattito

sul diritto all'oblio², che prevede la possibilità per gli internauti di "ritirare il consenso prestato all'uso dei propri dati personali e il diritto, per ogni individuo, di vedere rimosse dalla rete quelle informazioni inerenti ad eventi che non riflettono più la propria identità." (*Ivi*, p. 80)

Il lungo dibattito e le numerose sentenze in materia di violazione della privacy emesse in anni recenti sono stati condensati nella decisione della Corte di Giustizia Europea del 13 maggio 2014 con la quale si è stabilito che **i cittadini europei hanno il diritto di richiedere al motore di ricerca la rimozione di informazioni associate al proprio nome nel caso in cui queste si rivelino "inadeguate, non pertinenti o non più pertinenti, ovvero eccessive in rapporto alle finalità del trattamento in questione realizzato dal motore di ricerca"**.

Il motore di ricerca ricopre, nell'ambito di questa storica sentenza un ruolo particolare che si può condensare nella pratica di raccolta, estrazione, registrazione, orga-



nizzazione dei dati all'interno dei propri programmi di indicizzazione. Tutto ciò viene poi conservato nei server per metterlo successivamente a disposizione degli utenti. L'elemento di novità introdotto dalla sentenza della Corte di Giustizia Europea del 2014 consiste nel fatto che la responsabilità del trattamento dei dati, che in un primo tempo veniva attribuita ai gestori dei siti che pubblicavano i contenuti, viene estesa anche al motore di ricerca. (Ivi, p. 86) È infatti a quest'ultimo che viene attribuita una specifica responsabilità condensata nel fatto di restituire una "visione complessiva strutturata delle informazioni relative al soggetto su internet." (Ivi)

È si tratta di informazioni che toccano una molteplicità di aspetti legati alla vita privata dell'individuo in oggetto che, senza l'azione del motore di ricerca sarebbero state difficilmente correlate all'utente in questione. (Ivi)

Rimane il fatto che la questione dell'oblio si inserisce nello "scontro" tra la tutela del singolo e la tutela della collettività. La questione della tutela della privacy tocca anche il materiale archiviato. Qui è intervenuta la Corte di Cassazione nel 2012, quindi con una sentenza che anticipa la sentenza della Corte di Giustizia Europea del 2014. In questo caso la Cassazione ha affrontato il problema della raggiungibilità delle notizie archiviate nell'edizione on line di un giornale. Si è trattato, nella fattispecie di evitare che l'accesso a contenuti decontestualizzati, potessero ledere la reputazione di una persona, sia pure trattandosi di contenuti archiviati a scopo giornalistico. La sentenza del 2012 ha stabilito, a questo proposito, che il soggetto ha diritto all'aggiornamento del contenuto archiviato, onde evitare che la reputazione del soggetto venga compromessa sulla base di fatti "appartenenti al passato" (A. Salerno, p. 90). C'è anche da dire, come ci informa Barchiesi, che il contenuto on line "non è come il latte che ha una scadenza" (Ivi, p. 92), esso infatti potrebbe conservare la sua validità e assolvere il suo compito di "memoria storica sociale", posto che "una notizia che presenta oggi i caratteri di obsolescenza, potrebbe diventare oggetto di interesse domani." (Ivi, p. 92)

È allora legittimo definire il diritto all'oblio un' "anomalia tutta europea" (Ivi), dal momento che, ad esempio, lo stesso diritto non esiste negli USA, dove peraltro è noto il diritto alla privacy come elemento di equilibrio tra riservatezza e informazione? Evidentemente sì, se è vero, come è vero, che dal momento che negli USA tale diritto non è contemplato, niente vieterà a Google di "mantenere sulla versione.com del motore di ricerca contenuti rimossi dalle versioni europee." (Ivi, p. 95)

La stessa sentenza della Corte di Giustizia Europea, che ha definito illegale Safe Harbour (l'accordo predisposto



dalla Commissione Europea in base al quale i dati dei cittadini europei vengono trasferiti negli USA), non sembra garantire in pieno la tutela della privacy. Anche perché difficilmente gli USA sono disposti a rinunciare a questo sistema di "sorveglianza", ed è quindi assai probabile che, attraverso altri sistemi, riescano a bypassare il trasferimento di questi dati. (Ivi, p. 96)

1 - Lo sviluppo dei contenuti on line e la complessificazione del processo di comunicazione ha reso inadeguati i vecchi schemi di riferimento e la normativa giuridica. Come ricorda Andrea Barchiesi, "i canali televisivi sono centinaia e sempre più interattivi, i quotidiani sono in grande difficoltà, ed alcuni storici come l'Unità hanno chiuso i battenti, le riviste specializzate ridotte ad un numero decisamente esiguo. Passeggiando per le città in molte edicole è esposto il cartello vendesi" (p. 106).

2 - Per esempio, dovevano essere rimossi i link e le informazioni su Tiziana, la 31enne suicida-tasi dopo la diffusione sul web, a sua insaputa, di video hard (Tribunale di Napoli).

La procura di Monaco ha aperto un'inchiesta contro il fondatore di Facebook Mark Zuckerberg con l'accusa di complicità nell'incitazione all'odio razziale e per la negazione dell'olocausto, per aver consentito la pubblicazione di un messaggio di odio (Der Spiegel).

Colta eclettica e carismatica

SANTA ILDEGARDA: MEDICO DI DIO E DELLE DONNE

*Alessandra Dalla Gassa**



Mistica, monaca, medico, musicista, teologa, profetessa, poetessa, linguista, filosofa, femminista ante litteram, Santa e Dottore della Chiesa Universale. Definire la figura di Santa Ildegarda in maniera esaustiva appare davvero molto arduo, se non impossibile. Gracile e di salute cagionevole, “paupercula feminea forma”, una piccola donna, amava definirsi, fu in realtà coltissima, eclettica e carismatica. Fragile e forte.

Nacque nel 1098, in una nobile famiglia tedesca nei pressi di Magonza, ultima di dieci fratelli, da una madre quarantenne, per l'epoca, anziana. Fin dalla tenera età di tre anni, la vita di Ildegarda fu caratterizzata da visioni e doti profetiche; lei stessa diceva che “non in somnis nec in extasi, ma vigilans corpore et mente”, riferendosi al fatto che le sue visioni erano lucide e coscienti, non stati di trance.

La madre spaventata e incapace di provvedere ai bisogni di una bambina tanto gracile e malata, quanto straordinaria e dotata di poteri paranormali, decise di donarla ad un convento, com'era spesso in uso all'epoca. Fu oblata all'età di otto anni e venne affidata alle cure della cugina Jutta von Sponheim, allora sedicenne, presso il convento benedettino di Disibodenberg. Gli anni dell'infanzia furono duri, trascorsi in una cella monastica, con la cugina

profondamente dedita alla penitenza e alla mortificazione del corpo per mezzo del cilicio e del digiuno estremo. La sua unica consolazione fu lo studio: da Jutta apprese la lettura, la scrittura, la musica e il canto con l'accompagnamento del salterio. Jutta, accorgendosi della vivace intelligenza della bambina, chiese all'abate del monastero maschile, cui era annessa la loro comunità femminile, che Ildegarda potesse avere accesso alla biblioteca, cosa assolutamente preclusa alle altre monache. Fu così che poté avere accesso ai testi degli autori latini e greci e alla tipica conoscenza enciclopedica medievale, gelosamente custodita dai monaci miniaturisti e amanuensi.

Ildegarda prese i voti all'età di circa quindici anni e, alla morte di Jutta, le succedette come badessa, per acclamazione all'unanimità delle consorelle. I ritmi della vita monastica erano scanditi dal motto benedettino “ora et labora”: coltivavano orti, frutteti, erbe officinali, si prendevano cura di pellegrini, malati e bisognosi.

Fino all'età di 40 anni Ildegarda nascose il proprio dono profetico, anche se la fama di taumaturgo e medico si erano già ampiamente diffuse e la sua figura di badessa aveva guadagnato chiara fama e credibilità.

Pochi anni dopo, nel 1141, grazie all'incoraggiamento e all'intercessione di San Bernardo di Chiaravalle presso Papa Eugenio III, Ildegarda poté iniziare a scrivere quanto aveva visto. Ildegarda ha lasciato al mondo una trilogia teologica elaborata: lo *Scivias* (1141-1151), il *Liber Vitae Meritorum* (1158-1163), il *Liber Divinorum Operum* (1163- 1173). Le sue visioni non solo vennero ritenute autentiche, ma Ildegarda stessa divenne per la Chiesa un'importante risorsa in tempi difficili, caratterizzati dalla nomina di antipapi e dal proselitismo di movimenti eretici come quello cataro. Molti vescovi la invitarono a predicare nelle loro cattedrali e gli stessi papi Adriano IV e Alessandro III le assegnarono numerosi viaggi apostolici; Ildegarda viaggiò da sola a cavallo in



Eibingen

tutta la Germania e la Francia. Nelle città e nei monasteri da lei visitati Ildegarda prese posizione contro l'eresia catara, condannò i costumi corrotti ed esortò il Clero alla virtù. Predicare in pubblico e scrivere di religione, è un fatto alquanto anomalo per una donna, anche per la Chiesa di oggi, a testimonianza del suo grande carisma. Negli anni 1146-1148 Ildegarda attirò al monastero di Disibodenberg numerose giovani donne di famiglie aristocratiche. Ormai quasi cinquantenne, difese strenuamente l'autonomia della propria comunità da quella maschile, tanto da trasferirsi a Bingen, in un convento tutto suo e dedicato a San Ruperto.

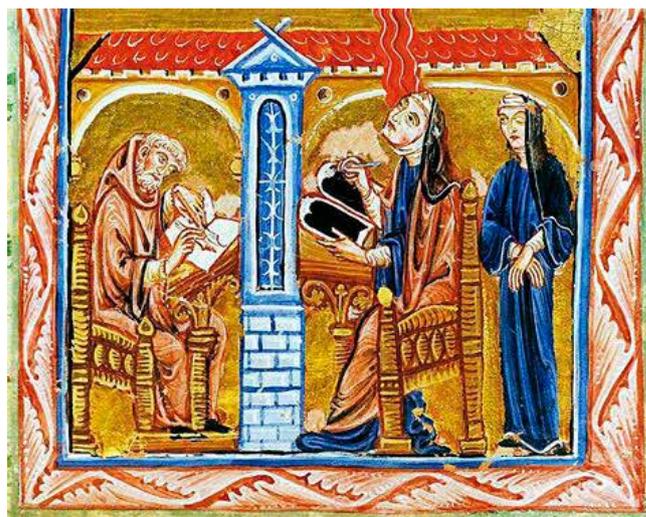
Nel 1165 Ildegarda fonda ad Eibingen, un nuovo convento, destinato a fanciulle di origine non aristocratica che altrimenti non avrebbero potuto seguire la vocazione religiosa perché incapaci di offrire alla comunità monastica una dote adeguata. È importante considerare che la vita religiosa era per una donna dell'epoca una scelta di vita ben più emancipata del matrimonio; una monaca poteva studiare, vivere in una comunità protetta e di solito benestante, mentre molte coetanee spesso si sposavano giovanissime con matrimoni combinati, rischiando di morire di parto per le frequenti gravidanze e vivendo sottomesse al patriarcato. Nella comunità di Santa Ildegarda invece, a maggior ragione, la donna poteva esprimersi liberamente in quanto vergine e sposa di Cristo. Ildegarda rifiutò la demonizzazione del corpo femminile perché, madre o vergine che sia, la donna è sempre veicolo di saggezza e salvezza. Ildegarda non faceva tagliare i capelli alle consorelle e anzi, nei giorni di festa, le invitava a lodare Dio e a celebrare la bellezza del creato indossando vesti di seta finemente decorate e gioielli. All'interno del monastero utilizzò con le consorelle un sistema alfabetico originale, la lingua ignota, una sorta di codice segreto con fini mistici.

Ildegarda fu anche una donna di potere e intrattenne rapporti epistolari con molti potenti del suo tempo, in particolare con l'Imperatore Federico Barbarossa, per il quale fu madre spirituale e consigliera, ma anche severa ammonitrice quand'egli appoggiò la nomina dell'antipapa Vittore IV, in opposizione a papa Alessandro III. Quando ormai le restava poco tempo da vivere, non mancò di esercitare la sua ferma volontà di difendere ciò che riteneva giusto, in contrasto con il clero: il vescovo di Magonza le ordinò di dissepellire un cavaliere sepolto nel suo convento perché scomunicato, ma Ildegarda rifiutò di eseguire quanto ordinato perché certa che l'uomo si fosse pentito in punto di morte. Fece scomparire ogni traccia della sepoltura in modo che non venisse

profanata. Per questo lei e tutta la sua comunità vennero interdette con divieto di cantare e celebrare liturgie, fatto che le causò un enorme dispiacere e che la spinse a scrivere una missiva infuocata al vescovo di Magonza. L'interdizione cadde a pochi mesi dalla sua morte che Ildegarda predisse esattamente: il 17 settembre 1179 alla, eccezionale per l'epoca, età di 81 anni. Si narra che il suo ultimo respiro fu accompagnato in cielo da una luce sfolgorante e da due arcobaleni.

Della morte Ildegarda disse alle sue consorelle che altro non era che un cambiamento, come passare da una stanza all'altra e che, proprio dopo la morte, avrebbe potuto restare con loro per sempre. L'assenza può diventare fortissima presenza.

Molti la venerarono come Santa già in vita, ma per secoli la Chiesa la dimenticò, fino al 2012 quando papa Benedetto XVI, la proclamò prima Santa e pochi mesi dopo Dottore della Chiesa Universale con le seguenti parole:



Ildegarda scrive

“...perciò l'attribuzione del titolo di Dottore della Chiesa universale a Ildegarda di Bingen ha un grande significato per il mondo di oggi e una straordinaria importanza per le donne. In Ildegarda risultano espressi i più nobili valori della femminilità: perciò anche la presenza della donna nella Chiesa e nella società viene illuminata dalla sua figura, sia nell'ottica della ricerca scientifica sia in quella dell'azione pastorale...”.

Le opere teologiche, mediche e musicali di Ildegarda hanno molto da dire anche all'uomo moderno.

Nelle opere di natura medico-scientifica *Physica e Causae et curae* si occupò di fitoterapia, ginecologia, nutrizione, igiene e psicologia o meglio “cura dell'anima”, ponendo le basi di quella che oggi definiremmo medicina psico-

somatica ed olistica. Nel Medioevo monaci e monache erano gli unici riferimenti sanitari per il popolo, assieme a levatrici e guaritrici che spesso però finivano sul rogo accusate di stregoneria in quanto laiche e donne. Appare assai probabile che se non fosse stata protetta dall'abito religioso, nonché temuta e rispettata, anche Ildegarda sarebbe finita sul rogo dell'Inquisizione.

L'assistenza monacale ai malati scaturiva naturalmente dall'osservanza delle opere di misericordia corporale, propensione che in Ildegarda trovava forza anche nella sua personale esperienza di malattia che divenne strumento di conoscenza ed empatia utili alla cura del prossimo.

La medicina ildegardiana si basa su una visione cosmologica dell'uomo che è microcosmo nel macrocosmo di cui è parte, ma anche copia perfetta; come nella tradizione ippocratica e poi galenica, la salute è equilibrio tra i quattro elementi acqua, aria, terra e fuoco, che si rispecchia nell'equilibrio fisiologico tra caldo, freddo, umido, secco, cui corrispondono nel corpo umano i quattro umori sangue, flegma, bile nera e bile gialla. La prevalenza di uno dei quattro umori definisce una costituzione fisica detta complessione che consente ad Ildegarda di avere un approccio individuale e personalizzato al malato, esattamente come in altre medicine complementari ancora in uso, come quella cinese.

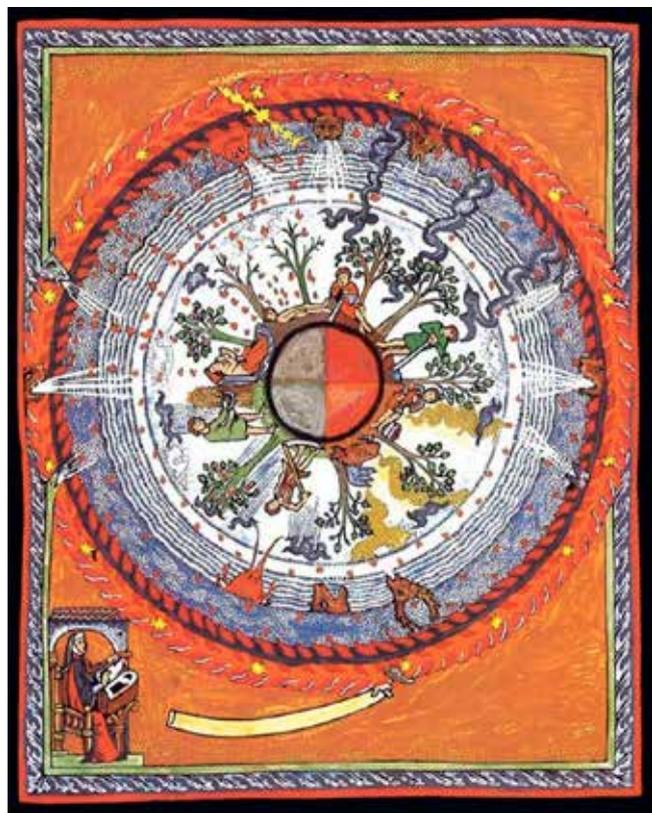
Le conoscenze fitoterapiche di Ildegarda derivano dalla tradizione erboristica conventuale. In ogni convento

veniva coltivato il cosiddetto Orto dei semplici o *Hortus simplicium*, che ospitava le più comuni piante della tradizione fitoterapica occidentale; veniva definito orto dei semplici, in quanto i medicamenti venivano "semplicemente" ricavati dalla singola pianta. Tra le più comuni c'erano la salvia, il rosmarino, il tanaceto, l'assenzio, la malva, la menta. Oltre alle piante locali, Ildegarda conosceva ed usava anche piante esotiche di origine orientale, probabilmente disponibili in Europa grazie a pellegrini e viaggiatori, una su tutte la galanga, un rizoma della stessa famiglia del più famoso zenzero, che essiccato e ridotto in polvere acquisisce un sapore simile alla curcuma. Studi attuali ne confermano l'attività antiossidante, antisettica e antitumorale.

All'uso delle piante, Ildegarda affiancava tecniche fisiche come il salasso e le bruciature in alcune parti del corpo, tecnica molto simile alla moxibustione cinese (l'applicazione di calore su alcuni punti del corpo per mezzo di bastoncini d'erbe secche incandescenti). Inoltre, sempre a scopo depurativo, consigliava l'uso della sauna e dei bagni di vapore. È interessante notare che ad esempio, anche oggi, nel campo delle malattie renali, la sauna finlandese si è dimostrata utile in alcuni studi per controllare i sintomi uremici facilitando l'escrezione delle tossine uremiche attraverso il sudore.

Anche l'alimentazione riveste un ruolo fondamentale nella medicina ildegardiana, volta soprattutto alla prevenzione delle malattie e al mantenimento dell'equilibrio. Gli alimenti secondo Ildegarda hanno energie specifiche, *subtilitates* che devono essere adeguate alla costituzione del singolo individuo. A tavola si deve praticare la *discretio*, cioè la moderazione, cibandosi di alimenti freschi e prevalentemente vegetali (gli "animali a quattro zampe" sono concessi solo agli infermi gravi), in osservanza alla regola monastica benedettina: cereali, frutta e verdura. In particolare, Ildegarda raccomanda l'uso del farro, cereale ancora oggi apprezzato perché naturalmente rustico e resistente; la sua coltivazione non richiede l'uso di pesticidi, tanto che la maggior parte della produzione è biologica. Il farro infatti è il cereale più antico coltivato dall'uomo e già nel neolitico veniva usato come nutrimento. Rispetto agli altri tipi di frumenti ha un maggiore contenuto di proteine, ma contiene meno glutine e più fibre.

Anche la pratica di un moderato digiuno è fortemente consigliata da Ildegarda. Ad esempio, raccomanda che il digiuno notturno sia il più lungo possibile, posticipando l'orario della colazione in tarda mattinata cosicché tra la cena e la colazione siano trascorse almeno 12 ore. Questa raccomandazione trova riscontro anche nelle moderne



evidenze scientifiche di ricercatori come Valter Longo, famoso per i suoi studi sugli effetti preventivi della restrizione calorica. Ildegarda scrisse e fece esperienza anche in campo ginecologico ed ostetrico, in termini quanto mai moderni per una religiosa del IX secolo; descrisse apertamente il piacere femminile come premessa indispensabile alla procreazione: “nella donna il piacere (delectatio) è paragonabile al sole, che con dolcezza, lievemente e con continuità imbeve la terra del suo calore, affinché produca i frutti, perché se la bruciasse in continuazione nuocerebbe ai frutti più che favorirne la nascita. Così nella donna il piacere con dolcezza, lievemente ma con continuità produce calore, affinché essa possa concepire e partorire, perché se bruciasse sempre per il piacere non sarebbe adatta a concepire e generare. Perciò, quando il piacere si manifesta nella donna, è più sottile che nell’uomo”.

Ildegarda si occupò anche di curare l’anima, con un approccio che oggi definiremmo psicoterapico e psicosomatico. La radice di ogni malattia risiede infatti secondo Ildegarda, in uno spirito disarmonico. Descrisse 35 vizi e per ciascuno una corrispondente virtù, invitando il paziente all’autoanalisi e alla pratica della virtù che controbilancia il vizio potenzialmente causa del suo squilibrio interiore e corporeo.

Anche la musicoterapia, come la definiremmo oggi, fu importantissima per Ildegarda. L’anima dell’uomo è infatti sinfonica; per questo ascoltando una melodia armoniosa l’uomo si commuove, perché la sua anima nostalgica torna a vibrare in armonia con le sfere celesti da cui proviene (in analogia con il pensiero dell’antica scuola pitagorica). La musica suonata e cantata esercita per Ildegarda effetti terapeutici sul corpo malato; per questo invitava le consorelle a suonare e a cantare per portare sollievo ai malati che stavano assistendo.

Ildegarda fu la prima donna in occidente a comporre musica e introdusse nel canto gregoriano delle innovazioni importanti: compose canti che spaziavano su più ottave, adatti all’estensione vocale femminile o forse...degli angeli! Secondo quanto da lei stessa riportato, trascriveva le melodie udite per ispirazione divina. Le sue composizioni sono state raccolte sotto il titolo *Symphonia harmoniae caelestium revelationum*, opera comprendente 77 brani, suddivisi in antifone, inni, responsori e sequenze, in strettissimo legame con la liturgia. Compose anche



Ordo Virtutum, che si può ritenere la prima rappresentazione sacra del Medioevo, un dramma teologico in cui, con figure allegoriche, descrive la vittoria delle virtù sui vizi.

Se volessimo riassumere l’intero pensiero di Santa Ildegarda in un’unica parola, da tenere a mente come ispirazione per una sana vita interiore ed esteriore, dovremmo usare la parola *viriditas*, da lei stessa coniato. La traduzione risulta difficile per i vari significati che essa può assumere. *Vi-*

riditas ha la stessa etimologia di *vir* uomo, *vis* forza, *virgo* vergine, *viridis* verde; è l’energia universale che muove il mondo, la forza virile ma anche l’amore materno di Dio, la volontà di vivere, “la qualità di ciò che è verde” ovvero la forza vitale del germoglio che rinasce in primavera. Questa parola riassume in sé tutto ciò che secondo Ildegarda necessita alla salute: fare movimento e respirare immersi nella natura, nutrirsi di cibi sani e prevalentemente vegetali, coltivare il proprio germoglio interiore attraverso l’esercizio delle virtù, pregare e cantare o pregare cantando.

Concludo questo breve scritto sulla donna straordinaria che fu Ildegarda con l’augurio che questa primavera porti un pò di *viriditas* in tutti noi!

Fonti:

ERIKA MADERNA. *MEDICHESSE. La vocazione femminile alla cura.* 2012, Aboca edizioni.

WIGHARD STREHLOW. *La Medicina di Santa Ildegarda Guida sintetica e pratica.* 2002, Edizioni Mediterranee.

<https://www.sitabologna.it/santa-ildegarda-di-bingen-8-lezioni-alla-scoperta-di-una-mistica-attualissima/>

***Dott.ssa Alessandra Dalla Gassa,**
medico nefrologo, agopuntore
e nutrizionista.
Responsabile del Servizio di Emodialisi
dell’Ospedale San Pellegrino,
Castiglione delle Stiviere (MN).

«IL DISIATO RISO»: DA FRANCESCA A VITTORIA OCAMPO

di Fabio Rosa*



Villa Ocampo (Beccar). Famosa per i suoi illustri ospiti, ispirò il romanzo *La Maison de rendez-vous* (1965) di A. Robbe-Grillet.

Da Francesca a Beatrice» è il titolo del saggio con cui la scrittrice V. Ocampo esordì nel mondo letterario. Dedicato segretamente al suo amante, è una guida alla Commedia letta con la sensibilità di un'argentina dell'epoca. «Nutro la speranza – scrive in apertura – di poter essere utile a quelli che vorranno attraversare con me, in modo ahimè! veloce e sommario, la Divina Commedia». Tema del libro è l'amore e, più precisamente, l'amore-passione, così come è rappresentato nel canto di Paolo e Francesca. A differenza degli altri spiriti i due amanti riminesi hanno il privilegio di vivere anche nell'inferno la loro vita di coppia. Vanno abbracciati l'uno all'altro, uniti e al tempo stesso divisi, perché la sostanza opaca della carne li costringe a girare a vuoto come «viaggiatori errabondi». Ciò che distingue il loro amore è l'anelito ad abitare il paesaggio dell'eternità. Nel suo commento l'autrice si sofferma sul momento del bacio, quando, per imitazione del «libro galeotto», anche Paolo vorrebbe baciare «il disiato riso». L'uso dell'astratto per il concreto non è una figura retorica: ciò che egli desidera non è la bocca dell'amante, ma quello che nel suo riso si manifesta e che, giusta il Convivio, ha a che fare con l'anima. «Chi desidera baciare una bocca sorridente – commenta l'autrice – può anche non sentire amore. Ma chi desidera baciare il sorriso di una bocca, “il disiato riso”, può solo amare. Qui sta tutta la differenza.»

Amori sbagliati per “malo obbietto o per troppo o per poco di vigore” sono anche quelli degli altri spiriti, che il viator incontra lungo il cammino. Solo nell'immateriale Paradiso, dove la distanza fisica “né pon né leva”, è possibile quell'unione a cui aspirano i due amanti riminesi. Dante, che sviene all'ascoltare la loro storia, è colui che nel Purgatorio oltrepassa il muro di fuoco e porta a compimento il loro amore-passione. Dopo l'apparizione di Beatrice ciò che «imparadisa» la sua mente è precisamen-

te il «santo riso». Come scrive la Ocampo, «Beatrice, non risponde alla sua supplica con la bocca e gli occhi, ma col sorriso e lo sguardo, cioè con l'anima della bocca e degli occhi, il cui possesso materiale è impossibile». Durante l'ascesa per i vari cieli questo riverbero divino aumenta via via d'intensità irradiandosi da lei agli altri beati, agli angeli dell'Empireo, a Bernardo, alla Vergine, all'intero universo. Da Francesca a Beatrice, dunque, dall'amore allo stato solido all'amore allo stato luminoso: fra questi due estremi è compreso il viaggio della Commedia, che la scrittrice segue a passo a passo con attenzione a quegli stati d'animo capaci di chiarire aspetti del suo essere. Nell'Autobiografia confessò di aver scritto il libro in preda alla passione, con la speranza di trovare nel poema «un'eco fraterna della sua angoscia». Nella figura di Francesca e delle altre donne della Commedia riconobbe il suo stesso anelito per la libera affermazione del desiderio. Lo stile inusualmente diretto testimonia il suo grado di coinvolgimento. Così si rivolge ai due amanti riminesi: «Francesca, Paolo, io vi vedo passare senza sosta, nell'abbraccio frenetico delle vostre due solitudini». E a Cunizza, che nel Paradiso non si perita di ricordare i suoi amori terreni: «Ah, Cunizza, la tua beatitudine non è che la conversione del tuo amore! Quali sofferenze presuppone questo cambio? Non osiamo chiedercelo noi. I nostri occhi sono deboli, Cunizza. Non concepriamo il fiore del tuo Paradiso se non con le radici nell'Inferno e lo stelo nel Purgatorio». Per l'autrice l'amore, anche quello più spirituale, è il risultato di una combinazione fra corpo e anima e, per questo, sopporta pene indicibili che sono le sue stesse pene.

Dopo la fine della relazione con il cugino di suo marito, quando la sua storia personale si confuse con quella della sua rivista, il genio carnale della scrittrice continuò a contrassegnare le sue relazioni. Come una signora feudale riunì intorno a sé una corte d'amore, in cui mescolò

intelligenza d'amore e passione. Sempre alla ricerca di un'intesa dell'anima e del corpo, circondata da cavalieri più giovani di lei, scandalizzò con la sua condotta. Negli anni Cinquanta incominciò a scrivere le sue memorie per lasciare un'immagine postuma di sé. Il terzo dei sei tomi della sua Autobiografia, intitolato «Il ramo di Salisburgo», è dedicato al racconto del suo adulterio letto alla luce della teoria stendhaliana della cristallizzazione. Il racconto è tutto intessuto di riferimenti letterari, dai romanzi cortesi a quelli moderni. Ma il «libro galeotto» è quello di Paolo e Francesca. Anche quello di Vittoria, infatti, è un amore cortese con tutti quei dettagli che sono unici in ogni essere e con tante letture comuni, che i due amanti commentano al telefono a un'ora convenuta della notte. Dopo le telefonate e gli sguardi a distanza, il primo incontro d'amore è su un taxi. Travolti dalla passione, vagano abbracciati nella notte, prigionieri della loro stessa tempesta, come Paolo e Francesca. Perché questo è l'amore-passione: «una fame tremenda non solo del corpo e del cuore, ma di qualcosa in noi di indefinibile». E, perciò, è un amore senza peccato. Vittoria ne addebita la responsabilità a una forza oscura, che la coglie impreparata per via dell'educazione ricevuta. Il bacio è il mezzo con cui questa forza trova una via d'uscita, che, per essere un'uscita verso l'eterno, deve oltrepassare il muro della carne. «Un giorno – scrive – io e J. eravamo seduti sul letto nell'appartamento



G. Doré, Quali colombe dal disio chiamate, 1861.
Il primo incontro di V.O. con Dante fu attraverso le illustrazioni di Doré.

di via Garay. Io lo guardavo. Gli presi il viso tra le mani e misi la bocca sulle sue palpebre chiuse, prima su una, poi sull'altra... Dopo lo baciai sulla fronte, sulla bocca, quella bocca per me tutta tremante. Ma quei miei baci non erano più baci. Erano dei poveri mezzi per raggiungere ciò che quegli occhi, quella fronte, quella bocca mi dicevano. Non cercavo la bocca, ma il «disiato riso», che andava al di là delle labbra. Contro la roccia viva del corpo io, onda di passione, m'infrangevo in cerca di un'impossibile unione. Quali parole, quali carezze potevano abbattere quel muro di carne? Di quale vocabolario avevo bisogno per quello che mi angustiava?».

Il poema di Dante fu dove la scrittrice trovò le parole che parlavano di lei e le indicavano il cammino per passare dallo stato di miseria allo stato di felicità. Convinta che la vita imita la letteratura e non viceversa, non lo lesse semplicemente, lo visse. Anche le vicende del suo libro sono strettamente congiunte con le sue vicende intellettuali e sentimentali. Scritto in francese, tradotto in spagnolo da R. Baeza, fu pubblicato nel 1924 da Ortega y Gasset, che aveva avuto modo di conoscerla durante il suo soggiorno in Argentina. Educato all'estetica dell'amore cortese, il filosofo vi aggiunse una postfazione meno interessata al «poema venerabile» che al fascino della sua «Gioconda australe». È un'apologia della «femmina umana» che vale per quello che è, non per quello che fa, e la cui missione biologica nella storia consiste nell'«immobile, serena presenza della sua personalità». Lo scritto si chiude con l'invito alla «signora» a guidarlo nella missione di reintegrare il corpo all'anima. Nella conversazione privata fu meno galante rinfacciandole di sprecare il suo tempo con un amante indegno di lei. Vittoria, risentita, smise per un certo tempo di scrivergli. Nel 1963 ripubblicò il saggio con un prologo, una dedica al lettore e la risposta a Ortega, in cui richiese visibilità per la donna e, giustificando indirettamente l'abbandono della casa maritale, collegò la genesi del libro a questa situazione di trasloco.

L'originale in francese uscì, due anni dopo l'edizione spagnola, in 1200 esemplari. Uno di essi si trova nella biblioteca di C.G. Jung, al quale Vittoria diceva di dovere almeno la metà della sua serenità. Fu lei stessa a portarglielo, quando andò in Svizzera per conoscerlo personalmente. Lo psicologo non dovette trovarlo molto distante dalla sua interpretazione della Commedia come un viaggio dell'Anima fra Mondo e Dio. È vero che non fece annotazioni come in altri saggi danteschi presenti nella sua casa di Küsnacht. È possibile che il riserbo mostrato verso la pericolosa sudamericana, dettato dal timore di finire nel suo gioco di seduzione, lo

abbia scoraggiato dal farne un uso più meditato. Lontananza, assenza, attesa, frustrazione, componenti tipiche del rituale cortese, contrassegnarono anche i rapporti a villa Ocampo: dall'amor de lonh di Tagore a quello farsesco del conte Keyserling, a quello tragico di Drieu, alla fol'amordel vulcanico Caillois. In mezzo e dopo, tanti altri incontri, tutti ugualmente segnati dai malintesi. Per conflitto di culture, certamente, per il carattere periferico della cultura argentina impermeabile a quelle europee. Ma per la natura, anche, dell'amore-passione che si nutre essenzialmente d'immaginazione. Per «il disiato riso», croce e delizia dell'erotismo cortese. Nel suo romanzo *La musa ribelle*



Vittoria nel ritratto a punta secca di P.-CHelleu (1909) utilizzato per la copertina del secondo tomo della sua Autobiografia.

M.R. Lojoha analizzato la fenomenologia di alcune di queste relazioni dal momento dell'arrivo del poeta bengalese fino alla nascita della rivista *Sur*, che sancì l'egemonia culturale della sua fondatrice e la catapultò nei salotti dorati di tutto il mondo. Nel 1975, a Parigi, J. Lacan pubblicò il Seminario XX. Ancora, che raccoglie le sue lezioni sull'amore cortese. Lo stile oracolare rifugge da ogni contestualizzazione. Per quanto il nome della Ocampo non compaia in alcuna pagina, è possibile che abbia influito nel suo avvicinamento ai temi dell'amore cortese. È un fatto che nei mesi in cui si frequentarono Lacan maturò la decisione di abbandonare la professione di neuropsichiatra per dedicarsi alla psicoanalisi. Il saggio dantesco, con la sua enfasi sul «disiato riso», fu per i due amanti il terreno di scontro di due opposte concezioni della donna. Per Vittoria, che detestava Freud, l'amore cortese era una forma di «transustanziazione della passione umana» senza per questo significare una cancellazione del femminile. Nelle righe finali del suo saggio scrive: «Dante parlò di Beatrice come nessun altro prima di lui aveva parlato della donna. La identificò con la Teologia, cioè con l'intelligenza di Dio, intelligenza d'Amore». Nell'Etica della psicoanalisi, in cui anticipò alcuni temi del Seminario XX, Lacan riprese quest'osservazione per svolgere la sua tesi sull'oggetto femminile che, propriamente parlando, è carente di ogni sostanza reale. Per questo, scrive, «Dante poté identificare una persona reale come Beatrice con la filosofia, la scienza sacra, e invocarla in termini tanto più sensuali quanto più appariva come un'allegoria». La concezione lacaniana della femminilità, come è stato detto, è il prodotto di quella logica del Medesimo, per cui la donna è concepibile solo come rovescio negativo, buco, manque à

l'être. La stessa logica che lo portò, una sera, a difendere J. Cocteau, che Vittoria accusava di maschilismo. Il diverbio segnò la fine della loro relazione. Nella villa Ocampo di San Isidro si trovano due libri, di cui uno è il seminario *Ancora*, che Lacanle donò quando nel 1975, a quasi 85 anni, ritornò a Parigi e lo rivide. Nel suo romanzo saggio su Lacan, J. Baños Orellana racconta che, dopo la dedica dei libri, i due vecchi amanti si strinsero in un abbraccio così forte che una lente dei loro occhiali si ruppe. Vittoria si schermì ridendo. Nessun dubbio che a sospingerla in quell'abbraccio carico di nostalgia fosse una volta ancora «il disiato riso». Desiderio di tutto e desiderio di niente, secondo

Guglielmo di Aquitania. E perciò, appunto, ancora e ancora.

Quest'anno ricorre il settimo centenario della morte di Dante. Il calendario delle celebrazioni, iniziate nello scorso settembre a Ravenna, include iniziative di ogni tipo. Tanti eventi e libri diversi, perché diverso fu anche Dante. Così diverso, anzi, da condizionarne la ricezione nel corso dei secoli. Il poeta-filosofo degli umanisti non è il «Ghibellino fuggiasco» dei romantici o il «Dante segreto» dei simbolisti o il «Dante reazionario» della neoavanguardia o il «Dante digitale» della Columbia University. Anche l'immagine del poeta corrucciato, che volge le spalle al mondo, così come è raffigurato nel marmo fiorentino di E. Pazzi, è una costruzione romantica dettata dallo stesso idealismo patriottico che promosse il restauro dell'affresco scoperto negli stessi anni al Bargello. Questo è il ritratto con cui anche Vittoria si trovò a confrontarsi, quando scrisse il suo *Baedeker*. Pur convenendo sull'«anima turbolenta dell'Alighieri», nel suo libro ci consegna il ritratto di un trovatore, anzi del più geniale dei trovatori del Medioevo. L'amore è ciò che ispirò il suo poema, non l'odio, come le disse Mussolini quando lo intervistò a Roma e gli fece omaggio del suo libro. A cento anni dalla sua apparizione il «compito» di questa «scolarà la recherche de son âme» aspetta ancora di essere pubblicato nella patria di Dante.

Prof. Fabio Rosa,
Università di Santiago - Cile

*A 700 anni dalla morte, un percorso
alla scoperta del Sommo Poeta:
una voce che travalica i secoli e parla a tutti noi*

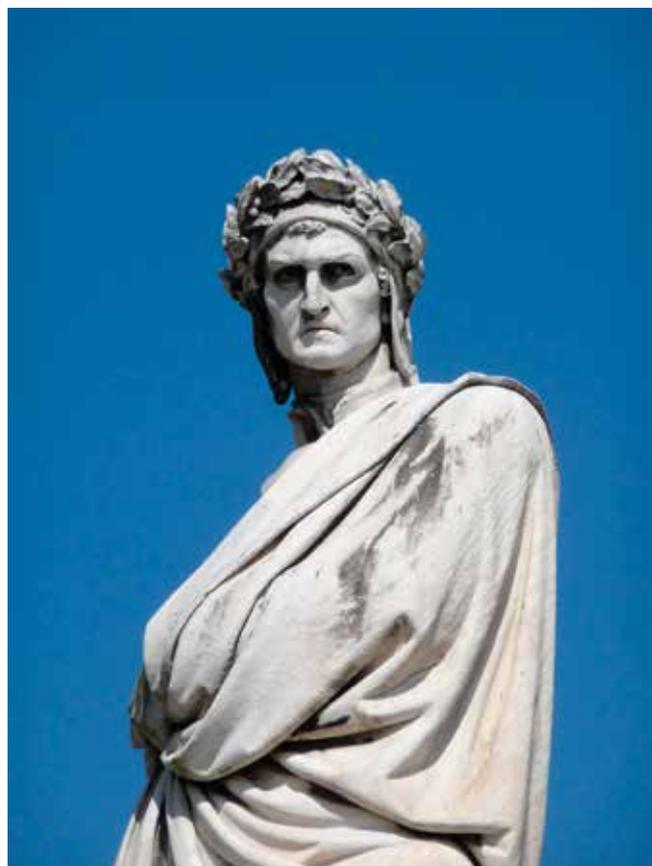
VIAGGIO NEL MONDO DI DANTE

*di Manuela Pellanda
Docente di Materie letterarie e Latino
presso il Liceo A. Rosmini di Trento*



DAL «BELL'OVILE» ALL'ESILIO

700 anni fa moriva Dante Alighieri, il Sommo Poeta. Sulla sua vita abbiamo poche notizie certe; di lui non possediamo nulla che sia scritto di suo pugno. Sappiamo che nasce a Firenze nel 1265 sotto il segno dei Gemelli da una famiglia della piccola nobiltà; che a dodici anni, com'era usanza al tempo, è promesso a Gemma Donati (appartenente a una delle più potenti



famiglie della città), che sposa a vent'anni e dalla quale ha tre figli, Pietro, Jacopo, Antonia.

Centrale per l'uomo e per poeta è l'incontro con Beatrice, vista per la prima volta – racconta nella Vita nuova – all'età di nove anni e incontrata per la seconda volta nove anni dopo. Figlia di Folco Portinari, sposata a Simone de' Bardi, Bice muore prematuramente, forse di parto, nel 1290.

Sono quelli anche gli anni degli studi e delle amicizie, tra cui quella con Guido Cavalcanti, e in cui matura la sua vocazione letteraria, che lo porta a comporre diverse liriche, raccolte poi sotto il titolo di Rime, e, appunto, la Vita nuova, un prosimetro in cui ripercorre idealmente la storia del suo amore per Beatrice.

Intorno ai trent'anni intraprende la carriera politica, incarnando il modello di intellettuale-cittadino, fino a ricoprire, nel 1300, il non facile incarico di Priore in una «città partita», lacerata dalle guerre intestine tra guelfi neri e guelfi bianchi, parte a cui Dante riconosce «più ragione e giustizia».

Nel 1301, quando si trova fuori Firenze, impegnato in una missione diplomatica presso Papa Bonifacio VIII, un colpo di Stato favorito dal papa porta al potere i neri; Dante viene condannato all'esilio in contumacia per il reato di baratteria (che oggi chiameremmo di corruzione, truffa e peculato). Un reato di cui si professò sempre innocente, fino al punto di rifiutare sdegnosamente un'amnistia offerta dal comune fiorentino in cambio del pagamento di una multa e dell'ammissione pubblica della colpa commessa. «Non è questa per me [...] la via di ritornare in patria - scrive ad un amico fiorentino -; ma se un'altra prima da voi, poi da altri sarà trovata, che non deroghi alla fama e all'onore di Dante, per quella mi metterò a passi non lenti; ma se non c'è una via tale



Domenico di Michelino, Dante con in mano la Divina Commedia, 1465.

per entrare in Firenze, io a Firenze non entrerò mai più». E così in effetti avviene: Dante, exul immeritus, non tornerà mai più al «bell'ovile» dove aveva lasciato «ogni cosa diletta più caramente»; inizia per l'autore della Commedia un periodo di peregrinazioni presso alcune corti italiane, in cerca di ospitalità. Una condizione umiliante, che lo porta a sperimentare «come sa di sale / lo pane altrui, e come è duro calle / lo scendere e 'l salir per l'altrui scale».

Il suo orizzonte ora è però più vasto e il suo sguardo può ora spaziare sull'Italia intera «di dolore ostello, / nave senza nocchiere in gran tempesta, / non donna di provincie, ma bordello», come si legge nel canto VI del Purgatorio, e sull'intera cristianità. Si collocano negli anni dell'esilio alcune importanti opere - Convivio, De vulgari eloquentia, De Monarchia - e, naturalmente, la Commedia, la cui composizione, iniziata tra il 1304 e il 1307, lo tiene impegnato fino alla morte, avvenuta nel 1321 a Ravenna, dove risiedeva, sotto la protezione di Guido Novello da Polenta.

LA COMMEDIA: IL «POEMA SACRO»

«La Commedia - ha scritto Jorge Luis Borges - è un libro che tutti dobbiamo leggere, non farlo è privarci del miglior dono che la letteratura può offrirci». Un libro diviso in tre Cantiche - Inferno, Purgatorio, Paradiso - che narra di un viaggio straordinario, voluto «colà dove si puote ciò che si vuole» per la salvezza del poeta

e dell'umanità. Dante medita sulla crisi in cui vede sprofondato il mondo; l'Imperatore, la massima istituzione politica, ha abdicato alla sua funzione e la Chiesa, mondanizzata e corrotta, pensa alla potenza terrena anziché alla salvezza delle anime. Ma accanto alla crisi politica, il poeta coglie la crisi morale, che investe gli uomini del suo tempo, accecati dalle «tre faville»: superbia, invidia, avarizia. Dante non fa sconti, neanche a se stesso. Nel celeberrimo incipit della Commedia si legge infatti: «Nel mezzo del cammin di nostra vita / mi ritrovai per una selva oscura / ché la diritta via era smarrita. Dante parla di sé in prima persona, dunque; racconta di aver perso la retta via, di essersi smarrito

in una selva intricata, ma usa anche il possessivo nostra, allargando dunque l'esperienza a una dimensione universale. Terzo mortale, dopo Enea e San Paolo, ad avere questo privilegio, Dante intraprende dunque questo viaggio straordinario nei tre regni oltremondani, un viaggio provvidenziale che inizia il Venerdì Santo del 1300, secondo diversi studiosi il 25 marzo, giorno scelto nel 2020 dal Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della Cultura, Dario Franceschini, per celebrare il Dantedì.

Un itinerario che dalla sofferenza e la disperazione più nera dell'Inferno, prosegue attraverso la montagna del Purgatorio, fino a giungere alla gloria dell'Empireo.

E non occorre essere ferventi cristiani per sentire che la voce di Dante, padre della lingua italiana, parla anche a noi.

Certo, sentiamo lontana la fiducia incondizionata e incrollabile di Dante nell'ordine del mondo: viviamo in una realtà in cui ogni certezza vacilla. Tuttavia la Commedia, un testo scritto tanti secoli fa, intriso naturalmente di una mentalità e di una visione del mondo medievale tanto distante dalla nostra, conserva nei secoli la sua forza e continua ad essere sentita viva e attuale.

Suggestioni che toccano temi universali e che parlano dell'uomo, della sua avidità, per esempio, rappresentata allegoricamente come una lupa «carca ne la sua magrezza, / e molte genti fé già viver grame».

Non possiamo poi non indignarci insieme a Dante di fronte agli ignavi, «coloro / che visser senza 'nfamia e

senza lodo», quelli, cioè, che non hanno mai scelto davvero, che non si sono mai schierati. La terribile pena del contrappasso che tocca a «questi sciaurati, che mai non fur vivi» - correre nudi e continuamente punti da vespe e mosconi mentre inseguono uno stendardo privo di senso e valore - pone l'accento sull'importanza dell'impegno civile che a Dante è costato l'esilio.

Così come non possiamo non rimanere affascinati dall'«orazion picciola» che Ulisse rivolge ai suoi compagni: «Fatti non foste a viver come bruti, / ma per seguir virtute e canoscenza». Un desiderio di «divenir del mondo esperto» che porta l'eroe omerico a superare però il limite, a tentare il «folle volo».

Ecco che l'Ulisse dantesco parla all'Ulisse moderno: lo sprona a nutrirsi di sapere e conoscenza, ma lo esorta anche a riflettere sui limiti che il progresso può o deve avere.

Di straordinaria forza comunicativa sono anche i personaggi femminili, Francesca da Rimini e Pia de' Tolomei, per esempio, accomunate dalla stessa tragica morte: quella per mano del marito. «Ricorditi di me, che son la Pia; / Siena mi fé, disfecemi Maremma: / salsi colui che 'nнанellata pria / disponando m'avea con la sua gemma». Questi celebri versi che giganteggiano nel V del Purgatorio ci parlano di una realtà - quella del femminicidio - che non possiamo ancora, purtroppo, lasciarci alle spalle.

DALLA SELVA OSCURA «A RIVEDER LE STELLE»

Dante insomma, per citare il critico Gianfranco Contini, «è popolare. Dante è un immenso poeta popolare», parla a tutti e la sua voce si sente più forte quando ci ritroviamo avviluppati in una selva oscura.

In Se questo è un uomo Primo Levi racconta che nell'orrore di Auschwitz aveva trovato nel XXVI canto dell'Inferno (che tentava di tradurre per un compagno francese) «qualcosa di gigantesco che io stesso ho visto ora soltanto, nell'intuizione di un attimo, forse il perché del nostro destino, del nostro essere oggi qui...».

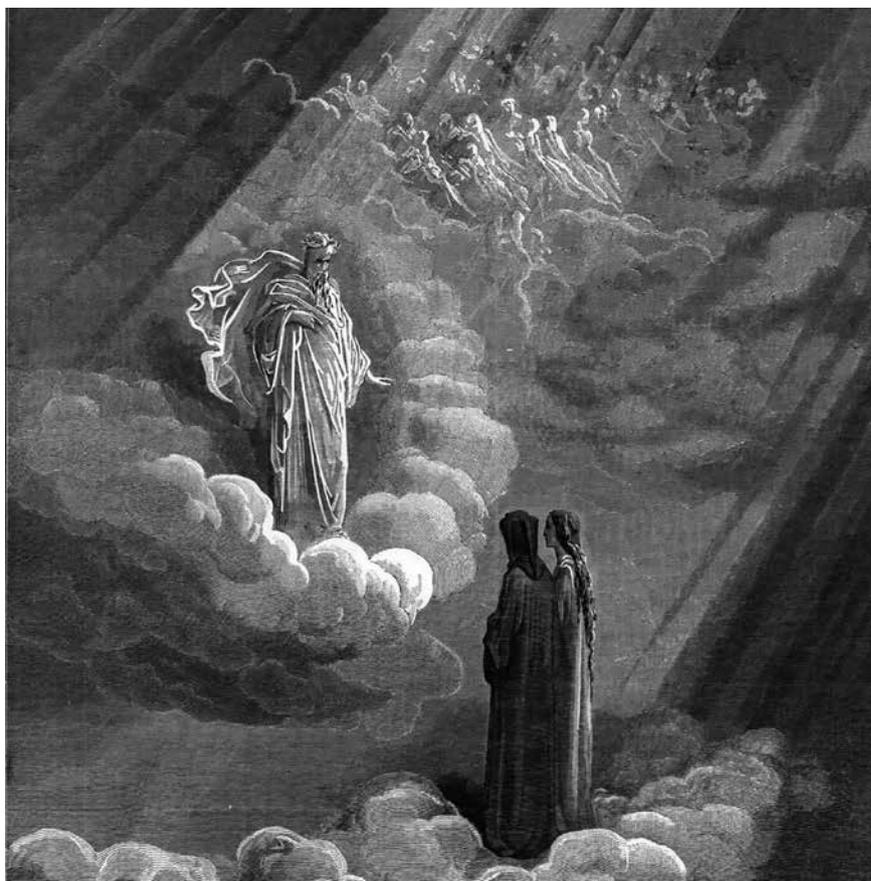
E sull'altro versante, Osip Mandel'stam, uno dei più grandi poeti russi del primo Novecento, morto in un gu-

lag in Siberia, afferma: «Non è possibile leggere i canti di Dante senza rivolgerli all'oggi: sono fatti apposta, sono proiettili scagliati per captare il futuro, ed esigono un commento futurum».

Dante vivo, dunque, e attuale. Dante che parla a tutti ed è fonte di ispirazione, specie nei periodi più bui, come sembra suggerire il nuovo volume *Il potere di Dante*. Un cammino di illuminazione per una vita piena e felice di Richard Schaub e Bonney Gulino Schaub, due psicoterapeuti americani, che fanno addirittura della lettura della *Commedia* un'esperienza pratica per rispondere alle nostre esigenze più profonde. «Tutti siamo pellegrini in questo mondo - si legge -. Tutti ci smarriamo e portiamo il nostro fardello, la nostra versione dell'inferno, e il fardello che il mondo mette su di noi.

Malgrado questi ostacoli, percepiamo in noi il germe di una promessa, e vediamo che la nostra vita tende al mantenimento di quella promessa. Questo viaggio indica la via verso questo adempimento».

D'altra parte lo stesso Dante, nella lettera a Cangrande della Scala aveva scritto, a proposito dei fini dell'opera: «Si può dire che il fine del tutto e della parte è togliere dallo stato di miseria i viventi in questa vita e condurli allo stato della felicità». Per aspera ad astra.



CONSIGLIAMI UN LIBRO

di *Serena Belli*

MAI STATI COSÌ FELICI di *Claire Lombardo*

Si tratta di un romanzo ambientato a Chicago, che ha il suo inizio negli anni '70 del secolo scorso e si dipana attraverso quattro decenni. La storia principale è quella di David e Marylin: conosciutisi da giovani, innamorati e sposati, tre figlie una dopo l'altra ed una quarta voluta e cercata alcuni anni dopo. Un matrimonio che passa attraverso qualche crisi causata da una famiglia impegnativa, superata proprio perché la famiglia è impegnativa. Tra i due coniugi c'è un sentimento profondo, molto fisico e molto invidiato dalle figlie, che faticano a riprodurre una unione altrettanto valida. Wendy, la figlia maggiore, trova un amore che sembra essere all'altezza, ma rimane vedova molto presto, piena di rimpianti e di livore. Alcool, sesso facile e molti soldi non la aiutano a superare il dolore. Poi troviamo Violet che cerca spasmodicamente di realizzare una vita coniugale perfetta, una maternità perfetta, dei figli perfetti e pure una casa perfetta. Per fare questo rinuncia ad una brillante carriera di avvocato. In realtà Violet nasconde un segreto quasi inconfessabile, che verrà svelato dalla sorella maggiore apparentemente assetata di vendetta ma in realtà spinta da un desiderio di giustizia e di compassione. La terza figlia Liza, forse un po' trascurata nel racconto, aspetta un figlio e la gravidanza scompensa il



suo rapporto di coppia già precario, a causa di un problema di depressione del partner.

Infine Grace, la piccola di casa, cresciuta con quattro madri che in realtà le impediscono di diventare adulta. La storia di Grace la conosciamo solo vero la fine, ma non è secondaria nel racconto: sarà lei che in qualche modo sistemerà molte cose. La comparsa inattesa di un figlio ormai adolescente, dato in adozione alla nascita, scompiglia le carte di questa famiglia apparentemente tradizionale. Ma come un vento benigno, che sgombra il cielo dalle nuvole, Jonah farà pulizia degli umori cattivi, dei rancori e delle rivalse, facendo emergere una sorellanza più consapevole e solida.

Il romanzo si legge d'un fiato, per niente scontato né melenso, racconta La Vita con i suoi alti e bassi e alla fine la famiglia Sorenson ti lascia pure in ricordo qualcosa di indelebile.

A RIVEDER LE STELLE di Aldo Cazzullo

Il 2021 è il settecentesimo anniversario della morte di Dante: il Poeta che inventò l'Italia, tanto per citare l'autore del libro. Cogliendo al volo questa occasione, in molti si sono cimentati a scrivere del Sommo Poeta (e qui invece cito la mia insegnante di italiano). Questo di Cazzullo è un bel saggio che riassume in prosa i Canti dell'Inferno. Per chi come me ha studiato Dante svergognatamente durante il liceo è un bel ripasso, che fa pentire di non averlo apprezzato maggiormente in quegli anni, nei quali tutto ci sembrava possibile, anche avere la convinzione che avremmo avuto modo di dedicarci a Dante da "grandi".

Dante si mette in viaggio per l'aldilà nella primavera del 1300, poco dopo il cambio di secolo, e il viaggio comincia nel mezzo del cammin di NOSTRA vita. Questo per chiarire da subito che il libro parla di noi e a noi. La sua storia è la nostra storia. Un viaggio dunque nella profondità di ogni persona che ha letto, legga o leggerà la Commedia. Ovviamente esula da questo breve commento raccontare la trama, che tutti ben conosciamo, vorrei solo spiegare come è strutturato il libro, che è godibilissimo e presenta molti spunti di riflessione sulla nascita di questa povera Italia. Sì perché, come dice Cazzullo, "L'Italia ha questo di straordinario, rispetto alle altre nazioni. Non è nata dalla politica e dalla guerra. È nata dalla cultura e dalla bellezza. È nata da Dante e dai grandi scrittori venuti dopo di lui". Io aggiungo, da parte mia, che siamo nati da Dante, ma siamo cresciuti con il Rinascimento, che ha forgiato le nostre

menti, allargato i nostri orizzonti. Ci ha educati al Bello ed all'Eterno, al pensiero ed al ragionamento. "A riveder le stelle" è un testo che aiuta a ricordare, e ci spiega, i 34 canti della prima cantica (l'Inferno), perché per alcuni dannati non c'è compassione, mentre altri peccatori ci fanno commuovere fino alle lacrime. In alcuni gironi i dannati, straziati nelle carni e nello spirito, si aggrappano a Dante pieni di disperazione, senza alcuna possibilità di redenzione.

Le pene, veramente atroci, sono descritte minuziosamente e messe in prosa ci sembrano ancora più spaventose di quando le leggevamo nel testo di Dante, scritto in poesia.

Qua e là vengono fatte alcune comparazioni con fatti di cronaca e di attualità: dalla tragedia del Vajont al Palio di Siena, dalle guerre mondiali al Covid, passando attraverso una citazione di Guccini. Ed infine, nell'ultimo capitolo, ecco si arriva nel punto più basso ed infimo del mondo: la Giudecca, dove sono puniti coloro che tradirono i benefattori. Lì si conclude la prima cantica.

Dante punisce severamente tutti i peccatori ma esalta la nostra umanità e la nostra capacità, tutta italiana, di rinascita. E così anche l'Inferno si chiude evocando il Cielo, l'Altissimo e con una nota di speranza: E quindi uscimmo a riveder le stelle.



IL FUNGO DI SAN GIORGIO

a cura di Marco Floriani e Alessandro Valdagni

Come abbiamo già avuto modo di osservare in un altro appuntamento di questa rubrica, la primavera non è comunemente considerata il periodo più propizio per la ricerca dei funghi, in particolar modo dal punto di vista della commestibilità. A ben vedere, tuttavia, non sono poche le specie fungine che trovano nei mesi da marzo a giugno il periodo più propizio, se non esclusivo, per la loro crescita. Il più celebrato tra i funghi a lamelle primaverili è di certo, a livello italiano, il cosiddetto 'prugnolo', o 'fungo di San Giorgio'. Popolarissimo nelle regioni del centro Italia, dove localmente risulta essere addirittura il preferito fra tutti i funghi, è meno noto nelle regioni dell'arco alpino, compreso il Trentino-Alto Adige, dove le sue caratteristiche sono note soprattutto agli appassionati di micologia. Parliamo innanzitutto dell'epoca di comparsa: il nome popolare di 'fungo di San Giorgio' allude ad una comparsa prossima alla ricorrenza di San Giorgio, ovvero il 23 aprile. In effetti è circa in questa data che è possibile reperire le prime fruttificazioni soprattutto alle quote più basse, mentre in ambienti montani è possibile raccogliarlo per tutto il

mese di maggio. L'ambiente di crescita è molto vario, e se spesso viene detto che predilige crescere nei prati, accompagnandosi ad alberi da frutto e a varie Rosaceae, è altrettanto vero che lo si può rivenire in boschi più o meno ombrosi, sia di latifoglie, sia di conifere. È di norma una specie gregaria, che forma colonie anche molto numerose, talvolta disposte disordinatamente, talvolta invece formando lunghe file o cerchi. Da questa sua modalità di crescita deriva uno dei nomi popolari



Esemplari di *Calocybe gambosa* cresciuti in un bosco di conifere, con la colorazione più frequente, sui toni del nocciola pallido.

Micologia... che passione!



Una raccolta di *Calocybe gambosa*, con colorazioni del cappello decisamente giallastre; il fungo, al taglio o se strofinato, emana un penetrante odore di farina o di cetriolo crudo.

trentini ('fonk de la saéta'), per la verità non riservato esclusivamente a questa specie, in quanto la credenza popolare è che i tratti di erba rinsecchita dove il fungo viene rinvenuto siano quelli colpiti dai fulmini durante un temporale. In realtà il fatto che l'erba, nel tratto ove si sviluppa il fungo, risulti secca, o al contrario più rigogliosa, è proprio una conseguenza del metabolismo del micelio stesso, che in alcuni casi consuma l'azoto disponibile nel terreno, indebolendo le piante vicine, in altri rilascia invece degli ormoni che rendono più vigorosa la crescita dell'erba.

Andiamo alle caratteristiche morfologiche della specie: pur trattandosi di un fungo di facile riconoscimento, il raccoglitore dovrà verificare scrupolosamente che le caratteristiche descritte siano tutte presenti, senza dare adito a dubbi.

Calocybe gambosa è un fungo di portamento abbastanza tozzo, completamente privo di veli, con un cappello di forma inizialmente emisferica e quindi via via più spianata, che mantiene comunque una discreta carnosità; il

suo diametro varia in genere dai 4 agli 8-10 centimetri; la superficie è liscia, asciutta, di colore variabile; se l'aspetto più frequente è di un colore nocciola o caffelatte molto pallido, quasi biancastro, non è raro imbattersi in raccolte con toni giallognoli anche piuttosto vivaci.

Le due fotografie qui proposte danno conto di tale variabilità. Il gambo è cilindrico, non slanciato, bianco o biancastro.

Le lamelle sono molto fitte (ovvero tra loro ravvicinate), attaccate in modo perpendicolare al gambo, anch'esse biancastre.

La carne è candida, di buona consistenza, ed emana un odore molto caratteristico, che nel gergo micologico viene definito simile a farina fresca; poiché questa etichetta non è da tutti riconosciuta e condivisa, suggeriamo un altro paragone, che è quello dell'odore del cetriolo crudo; si tratta in ogni caso di un odore forte e penetrante, che rimane in una certa misura presente anche nel fungo cotto, che risulta pertanto molto particolare, ma non a tutti gradito.

AFORISMI

A cura di Luisa Pevarello

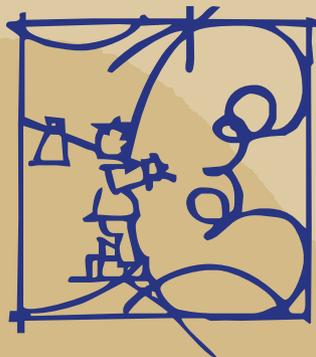
In questi tempi difficili, ecco alcune battute di spirito, 'pillole' che ci aiutano a vivere meglio. Da: MARIO FARNÈ, Guarire dal ridere. La psicobiologia della battuta di spirito.

1. Chi non ride mai, non è una persona seria. (F. CHOPIN)
2. Se Dio potesse solo darmi un segno! Per esempio intestandomi un conto in qualche banca svizzera. (WOODY ALLEN)
3. Archelao, avendogli chiesto il barbiere: 'Come ti debbo tagliare i capelli?' rispose: 'Tacendo'. (PLUTARCO)
4. L'arte del decoratore consiste nel fare nelle case altrui quello che non si sognerebbe mai di fare nella propria. (LE CORBUSIER)
5. Non avere un pensiero e saperlo esprimere: è questo che fa di qualcuno un giornalista. (KARL KRAUS)
6. L'esperto è una persona che evita tutti i piccoli errori per puntare diritto alla catastrofe. (ARTHUR BLOCH)
7. Non sa niente, ma ritiene di sapere tutto. Un buon inizio per la carriera politica. (G.B. SHAW)
8. Io e mia moglie siamo stati felici per vent'anni. Poi ci siamo incontrati. (R. DANGERFIELD)
9. Un forestiero, mentre passeggiava per Berlino con un amico, parlava ad alta voce di quel 'maledetto cretino dell'imperatore'. Un poliziotto, uditolo, lo arrestò per lesa maestà. Il forestiero protestava di non essersi riferito, ovviamente, all'imperatore germanico, ma il gendarme lo interruppe: 'Poche storie! Ce n'è uno solo di imperatore maledetto e cretino: il nostro!' (citato da SIGMUND FREUD)
10. La giornata completamente perduta è quella in cui non si è riso. (NICHOLAS de CHAMFORT)



Angelo Siciliano - L'oratore 1998.

Associazione Provinciale Amici della Nefrologia



✉ apan.tn@alice.it

🌐 <https://apantrentino.it>

per supportarci
donaci il tuo 5 per mille!
c.f. 96006150229



*grazie
di cuore*



11 Marzo 2021

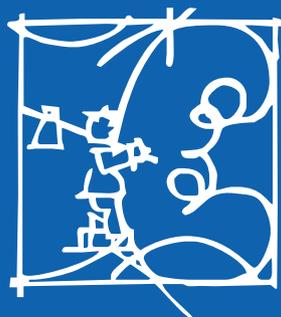
VIVERE BENE

CON

LA MALATTIA RENALE



Salute dei reni per tutti, ovunque.



<https://apantrentino.it>

Vuoi diventare socio A.P.A.N. (Associazione Provinciale Amici della Nefrologia) e sostenere le nostre iniziative a favore dei pazienti Nefropatici, Dializzati e Trapiantati renali?

Puoi iscriverti facendo un semplice bonifico bancario di soli 15 euro (quota minima), causale:
Nome e Cognome, indirizzo postale, indirizzo mail Quota annuale socio APAN – per l'anno 2021.

IBAN IT55Y0830401807000007771781

Riceverai tutte le comunicazioni riguardanti le nostre iniziative che, in tempi normali, oltre al sostegno dei pazienti nefrologici e del reparto di Nefrologia e Dialisi, prevedono incontri di tipo conviviale. La quota comprende anche l'abbonamento a Rene&Salute.