

R&S

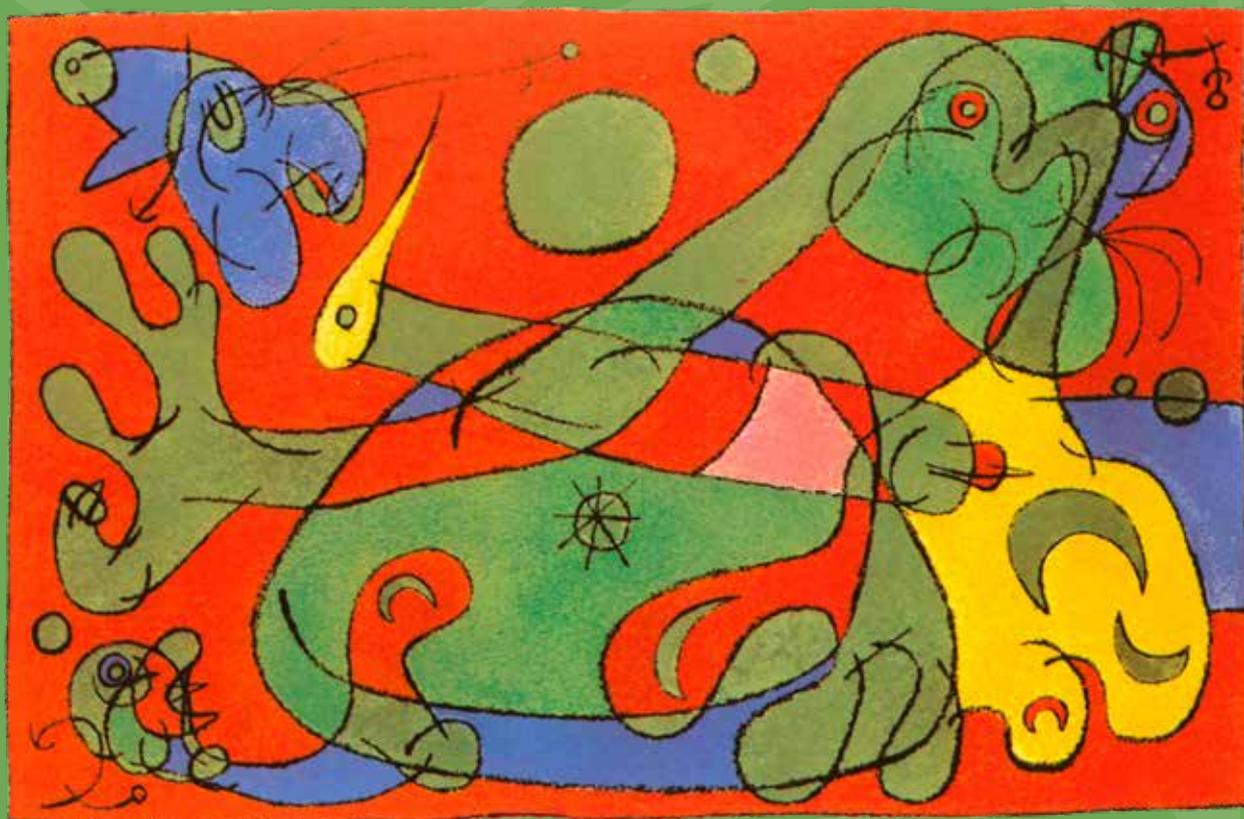


Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

ANNO XXXVI - DICEMBRE 2021 - 3/4 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

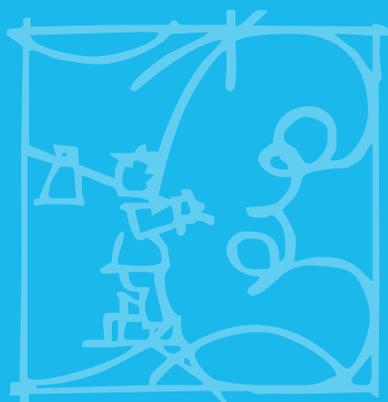
Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38122 Trento - Via Sighele, 5 - Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Trento - Stampa: Litodelta - Scurelle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



- ➔ Una storia lunga quarant'anni
- ➔ L'esperienza dell'ambulatorio di Trieste
- ➔ Priorità della qualità di vita del paziente
- ➔ Qualche domanda alla prof. Pasquino, organizzatrice del congresso
- ➔ Nuovo incarico per il primario di nefrologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento
- ➔ La disciplina psichiatrica orientata alla cura anziché alla custodia
- ➔ Quando il calcio prende le vie sbagliate
- ➔ La comunicazione in ambito sanitario
- ➔ Il possibile ruolo degli inquinanti nella demenza
- ➔ Esiste un legame tra virus e alimentazione?

- ➔ Storia di un percorso professionale
- ➔ Aforismi sulla paura
- ➔ Notizie dall'Associazione
- ➔ Un menù natalizio per tutti
- ➔ "Spettacolo"
- ➔ Trento città dipinta
- ➔ Quelle estati al poggiolo
- ➔ Cambio di campo
- ➔ L'arte verso la filosofia
- ➔ L'orchidea
- ➔ Andromaca, Astianatte e l'Angelo della Pietà
- ➔ Il genere Leccinum

SOMMARIO



Rene&Salute

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

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, Aldo Nardi, Maria Ruggio

COLLABORATORI:

Denise Baldi, Federica Berchielli, Giuliano Brunori, Roberta Cavagna, Alessia Dal Piaz, Doriana Dandrea, Maurizio Davi, Lorenzo Denart, Anna Maria Ercilli, Lucia Fabrizio, Marco Floriani, Marighetti Mara, Laura Pasquali, Teresa Pasquino, Luisa Pevarello, Dinaornella Perer, Rosangela Peruzzo, Anna Valandro, Fabio Rosa, Silvana Stefani, Laura Sottini, Silvana Selmi, Luigi Tomio, Michele Toss, Alessandro Valdagni, Romina Valentinotti, Mariateresa Zotta

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di dicembre 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.

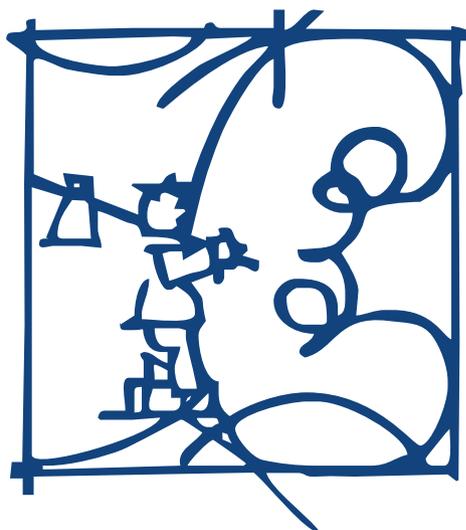
L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento a «RENE&SALUTE».

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:

Opera della serie "Ubu Re",
di Joan Mirò

- 3** **Una storia lunga quarant'anni**
di Rosangela Peruzzo, Denise Baldi, Roberta Cavagna, Doriana Dandrea, Lorenzo Denart, Lucia Fabrizio, Marighetti Mara, Dinaornella Perer, Anna Valandro, Silvana Stefani, Mariateresa Zotta
- 6** **L'esperienza dell'ambulatorio di Trieste**
di Romina Valentinotti
- 9** **Priorità della qualità di vita del paziente**
di Alessia Dal Piaz
- 11** **Qualche domanda alla prof. Pasquino, organizzatrice del congresso**
a cura di Diana Zarantonello
- 12** **Nuovo incarico per il primario di nefrologia dell' Ospedale S. Chiara di Trento**
a cura di Diana Zarantonello
- 14** **La disciplina psichiatrica orientata alla cura anziché alla custodia**
di Maurizio Davi
- 16** **Quando il calcio prende le vie sbagliate**
di Laura Sottini
- 18** **La comunicazione in ambito sanitario**
di Aldo Nardi
- 21** **Il possibile ruolo degli inquinanti nella demenza**
di Angela Manica e Michele Orlandi
- 24** **Esiste un legame tra virus e alimentazione?**
di Diana Zarantonello
- 26** **Storia di un percorso professionale**
a cura di Diana Zarantonello
- 29** **Aforismi sulla paura**
a cura di Luisa Pevarello
- 36** **Notizie dall'Associazione**
- 32** **Un menù natalizio per tutti**
di Federica Berchielli
- 34** **"Spettacolo"**
di Michele Toss
- 36** **Trento città dipinta**
- 38** **Quelle estati al poggiolo**
di Laura Pasquali
- 40** **Cambio di campo**
di Anna Maria Ercilli
- 41** **L'arte verso la filosofia**
di Giovanni Ferri
- 44** **L'orchidea**
di Luigi Tomio
- 48** **Andromaca, Astianatte e l'Angelo della Pietà**
di Fabio Rosa
- 52** **Il genere Leccinum**
a cura di Marco Floriani e Alessandro Valdagni



*Il Centro Dialisi di Borgo Valsugana
dalla sua fondazione ai giorni nostri*

UNA STORIA LUNGA QUARANT'ANNI

di Rosangela Peruzzo, Denise Baldi*, Roberta Cavagna*, Doriana Dandrea*, Lorenzo Denart**, Lucia Fabrizio*, Marighetti Mara*, Dinaornella Perer*, Anna Valandro*, Silvana Stefani*, Mariateresa Zotta**

Il Centro Emodialisi di Borgo Valsugana è entrato in funzione nel dicembre 1981, su iniziativa dell'allora primario dottor Torelli, ma fu il dottor Rovati a curarne la realizzazione, dopo aver individuato in una palazzina adiacente il corpo principale dell'ospedale, adibita all'epoca a deposito/lavanderia dell'ospedale stesso, uno spazio che ne ha permesso la realizzazione.



La palazzina che ha ospitato il primo centro dialisi, nel 1981.

I lavori procedettero speditamente, per dar modo ai pazienti che avevano iniziato il trattamento emodialitico presenti nel territorio della Valsugana e Tesino di essere gestiti vicini a casa ed evitare faticosi trasferimenti trisettimanali al Centro pilota di Trento.

Collocato al piano terra risultava di facile accesso sia per i pazienti che per l'approvvigionamento dei materiali. Il Centro disponeva di un'ampia sala emodialisi con 4 posti letto e di una stanza a due letti, comunicante con un'ampia vetrata con la sala principale. Completavano il Centro un ambulatorio medico dedicato, un locale per i depuratori per il trattamento dell'acqua, un magazzino per lo stoccaggio del materiale, locali spogliatoio per i pazienti e per il personale, un locale per la riparazione degli apparecchi di dialisi ed un cucinino.

L'attività del Centro era regolamentata dalla legge provinciale del 02 gennaio 1978, abrogata poi dalla legge provinciale del 24/12/90 n°34, che disciplina i Servizi emodialitici e ne stabilisce la *mission* che consiste nella diagnosi cura e prevenzione delle nefropatie per tutta la popolazione residente in Provincia di Trento e per l'eventuale utenza di passaggio o in dialisi vacanza.

All'epoca era considerata una legge innovativa, in quanto prevedeva per il personale infermieristico una formazione non inferiore ai quattro mesi presso il Centro pilota di Trento con lezioni teoriche, curate dai medici nefrologi, e un addestramento pratico affiancate da personale infermieristico. Venivano addestrati anche i pazienti in dialisi peritoneale o in emodialisi che effettuavano il trattamento a domicilio.

Il Centro emodialisi di Borgo Valsugana venne aperto inizialmente con un solo turno al mattino, con quattro pazienti, due infermiere e una ausiliaria.

L'assistenza medico-specialistica era garantita dalla presenza periodica dei medici nefrologi di Trento, mentre il Centro era collegato tramite linee telefoniche dedicate al Centro di riferimento di Trento, durante l'effettuazione delle sedute emodialitiche; era il personale medico dell'Ospedale di Borgo Valsugana che garantiva la presa in carico del paziente in caso di urgenze.

L'aumento rapido del numero di pazienti da dializzare, in poco tempo rese necessario aprire altri turni di dialisi ed addestrare nuovo personale.

Gli apparecchi di dialisi, inizialmente a funzionamento manuale, erano ingombranti e necessitavano di continua supervisione. Il primo apparecchio di dialisi utilizzato fu il modello Unimat della ditta Belco. Per la programmazione del calo di peso orario spesso era necessario applicare un morsetto sotto il gocciolatore venoso, manovra che richiedeva un attento controllo da parte del personale infermieristico, perché era elevato il rischio di *back filtration* con il conseguente passaggio del dialisato nel compartimento ematico. I filtri di dialisi erano a piastre



Denise Baldi, Rosangela Peruzzo e Anna Valandro posano, negli anni 1990, davanti ad uno dei primi apparecchi di dialisi.

in acetato di cellulosa, contenevano una grande quantità di sangue e andavano facilmente incontro a rotture.

Una delle complicanze più frequenti, legata all'uso dell'acetato nel liquido del dialisato, era l'ipotensione. Il dialisato è il liquido al quale il sangue del paziente viene messo a contatto, separato solo da una membrana semipermeabile, che permette di rimuovere sostanze tossiche e in eccesso (urea, creatinina, potassio e fosforo) e ripristinare sostanze benefiche (come bicarbonato, calcio). Spesso bisognava iniziare la seduta ponendo già il paziente in posizione di *trendelenburg* (cioè con le gambe verso l'alto e la testa in basso per contrastare l'ipotensione). Frequenti erano anche i crampi dovuti a squilibri elettrolitici.

L'introduzione del bicarbonato in dialisi e l'utilizzo di apparecchiature più sofisticate (Monitor della ditta Hospal), permisero di superare questi problemi, in quanto permettevano di programmare sia il calo orario che la durata della seduta stessa. A causa dell'anemia i pazienti venivano sottoposti frequentemente a trasfusioni di sangue, per questo motivo a fine dialisi c'era la necessità di restituire al paziente tutto il sangue contenuto nel circuito. Nel 1989 l'introduzione dell'eritropoietina segnò una svolta epocale per il miglioramento della qualità di vita del paziente.

I sei posti letto risultarono presto insufficienti e si rese necessario pensare a nuove soluzioni per poter accogliere i pazienti. Il dottor Rovati individuò una nuova spaziosa *location* e nell'anno 2000 il Centro trovò una nuova collocazione, al primo piano della palazzina ex sanatorio. Qui il Centro si trova tutt'ora, dispone di una sala emodialisi con nove posti letto, e di una piccola stanza a due letti dove in caso di necessità sono stati trattati pazienti anche in dialisi peritoneale o con altre patologie. A partire dall'anno 2004 il personale infermieristico in colla-

borazione con la direzione infermieristica, i medici nefrologi, il Direttore dell'Unità Operativa organizzarono delle serate educative, trattando di volta in volta varie tematiche con l'obiettivo di migliorare la conoscenza della malattia renale, suggerire delle modifiche nel comportamento a domicilio e migliorare la relazione del paziente e dei familiari con il team multidisciplinare.

Queste serate hanno portato a miglioramenti in termini di alleanza terapeutica ed una partecipazione più attiva nelle scelte dei programmi assistenziali, con un coinvolgimento attivo di familiari e *care-giver*.

La dialisi di Borgo Valsugana negli anni più recenti

Attualmente il Centro Dialisi si trova ancora al primo piano della palazzina situata a fianco dell'Ospedale di Borgo Valsugana, è dotato di un accesso principale con ascensore e di un accesso secondario, che di recente è stato utilizzato per i pazienti covid-positivi. Nella ampia sala centrale ci sono 11 posti letto, con relative macchine da dialisi; essa è dotata tra l'altro di tre televisori maxi-schermo, per intrattenere i pazienti durante le sedute.

Una sala distaccata, contumaciale, in tempi recenti è stata utilizzata per dializzare i pazienti covid-positivi. In questi casi l'infermiere dedicato entra a dializzare il paziente dotato di tutti i presidi di sicurezza utilizzati in questi casi (tuta idrorepellente, occhiali protettivi, mascherina FFP2).

Al Centro Dialisi di Borgo Valsugana lavorano attualmente 8 infermiere, 3 ausiliarie e un caposala. In inverno solitamente sono attivi 3 turni dialisi, mentre in estate, per l'elevato afflusso di turisti, provenienti sia dall'Italia che dall'estero, viene aperto anche un quarto turno. Da qualche anno il Centro si è dotato di un ecografo, valido ausilio per pungere le fistole da emodialisi più difficili o per valutare lo sviluppo di quelle appena allestite.

Alcune infermiere si sono inoltre specializzate in una particolare tecnica di puntura chiamata "buttonhole", nella quale la fistola viene punta con un ago smusso anziché tagliente, si punge sempre nello stesso punto fino a formare una sorta di "tunnel" che ha il vantaggio di ridurre il dolore della puntura e ridurre lo sfiancamento della fistola. Vi è sempre un supporto, in caso di necessità, da parte dell'Ospedale San Lorenzo di Borgo, che gestisce le urgenze e si fa carico di accertamenti diagnostici e di eventuali ricoveri se necessario.

Inoltre ai pazienti dializzati viene offerta la vaccinazione influenzale e, più recentemente la anche vaccinazione anti-covid 19, direttamente durante la seduta dialitica, per evitare ai pazienti ulteriori spostamenti.

Doriana, infermiera in dialisi a Borgo da 31 anni, ci rac-



Una parte dell'equipe infermieristica e socio sanitaria del Centro Dialisi di Borgo posa con un apparecchio da dialisi tra i più recenti.

conta che una decina di circa di anni fa il Centro Dialisi è stato anche utilizzato da un folto gruppo di pazienti dializzati in vacanza con i loro infermieri, provenienti dalla provincia di Ancona, che soggiornavano nel vicino paesino termale di Levico Terme, e che effettuavano le sedute dialitiche alla sera. Ovviamente è stata necessario l'aiuto e la supervisione da parte del personale "autoctono".

Non mancano inoltre inconvenienti improvvisi, come interruzioni improvvise del servizio dialisi legate a contaminazione delle acque, che, nonostante il tempestivo intervento di tecnici specializzati, hanno comportato il posticipo, seppur di solo poche ore, delle sedute dialitiche.

Attualmente il paziente in dialisi è radicalmente cambiato: quelli che dializzano attualmente, dice Denise, sono mediamente assai più anziani, e affetti da molte patologie, e vi è spesso la necessità di valutazioni frequenti multidisciplinari in collaborazione con i chirurghi vascolari, psicologi, terapisti del dolore e, più recentemente si è intensificata anche la collaborazione con i palliativisti e la medicina di territorio.

Tuttavia, dice Ornella, non mancano occasioni di ritrovo con qualche paziente o ex paziente, attualmente trapiantato, che organizza qualche cena in compagnia,

e spesso si creano legami di amicizia molto forti con i pazienti, che percepiscono il personale della dialisi come "una seconda famiglia".

Lorenzo, il caposala, coglie l'occasione di questo articolo per "ringraziare tutti i colleghi attualmente in servizio e il personale che negli anni passati ha lavorato presso il Centro Dialisi di Borgo (medici, infermieri, personale di supporto) che tutti assieme hanno contribuito e contribuiscono, a fornire un servizio di qualità agli utenti del territorio e ai vacanzieri, nel quale l'empatia tra operatori e pazienti è sempre stata molto forte".



***Infermiere**
del Centro Dialisi di Borgo Valsugana

****Caposala**
del Centro Dialisi di Borgo Valsugana

Dopo l'infezione Covid-19 otto pazienti su dieci non riacquistano il completo benessere

L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO DI TRIESTE

di Romina Valentinotti *

I dati sinora emersi da svariati studi suggeriscono che le sequele dell'infezione da SARS-CoV-2 e della patologia Covid-19 potrebbero variare nella presentazione ed estendersi oltre il tipico periodo di recupero post virale. Alcuni pazienti sperimentano gravi complicazioni durante la fase acuta della malattia, che interessano la funzione polmonare, cardiovascolare, epatica, renale, cognitiva e neurologica. I guariti riferiscono una serie di sintomi persistenti che influiscono negativamente sul benessere fisico, mentale e sociale. Alcune di queste complicanze sembrerebbero verificarsi indipendentemente dalla gravità della forma acuta dell'infezione.

La maggior parte degli studi pubblicati per SARS-Cov-2 finora sono stati di dimensioni ridotte e principalmente incentrati sulle sequele cliniche in pazienti ricoverati in ospedale per Covid-19.

Poco si conosce quindi riguardo l'incidenza di sequele cliniche causate dall'infezione dopo la fase acuta della malattia, tra gli adulti considerati a minor rischio di Covid-19 grave e non ricoverati. Una recente metanalisi internazionale mostra che l'80% dei pazienti che contraggono l'infezione da SARS-CoV-2 sviluppano sintomi persistenti legati alla malattia. Il sintomo più frequente in questo studio è rappresentato dall'astenia, seguito dal-



la cefalea, difficoltà di concertazione, perdita di capelli e dispnea (Fig.1).

L'ambulatorio post-Covid a Trieste nasce grazie alla lungimiranza dell'allora Direttrice del Dipartimento di Prevenzione dottoressa Maggiore, in risposta alla richiesta espressa dai pazienti che hanno superato l'infezione da SARS-CoV-2, con l'obiettivo di apportare dati alla ricerca scientifica sul tema del Long Covid soprattutto per quanto riguarda i pazienti non ricoverati. Tali dati sono in attesa di essere presentati al Congresso Nazionale della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) a fine novembre.

Nel mese di dicembre 2020 si è proceduto all'attivazione di un ambulatorio post Covid per le persone che dopo la fase acuta presentano sintomatologia persistente covid-19 correlata. Tali persone ci venivano segnalate dagli operatori del *contact tracing* e dai medici della medicina del lavoro.

Considerando le esigenze dei pazienti e la letteratura disponibile, abbiamo studiato un percorso multidisciplinare con approfondimenti nei diversi ambiti specialistici includendo pneumologi, reumatologi, neurologi, cardiologi, fisiatristi, psicologi, dermatologi, oculisti, otorinolaringoiatri, ai quali indirizzare, se necessario, il paziente dopo un'accurata visita infettivologica iniziale.

Prima di iniziare la visita i pazienti sono stati sottoposti ad un questionario riguardante la loro storia covid-19 correlata, test in ambito psicologico, neurologico e infine qualche domanda relativa all'adeguata presa in carico da medici di medicina generale (MMG) e Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) nella fase acuta. Dopo un'anamnesi approfondita è stato eseguito un esame obiettivo con test del cammino (si fa camminare il paziente e si valuta l'insorgenza di desaturazione) ed esame neurologico completo. Successivamente sono stati prescritti esami ematochimici, eventuali esami strumentali



Fig. 2: i vari sintomi Long-Covid registrati dall'ambulatorio di Trieste.

amente) sono risultati presenti nel 74%: più frequentemente cefalea (42%), seguita da disturbi della memoria (30%), rallentamento motorio (20%) e nevralgie (15%). Il 2% dei pazienti inoltre manifestavano esacerbazioni di note sindromi del tunnel carpale.

Nel 60% dei pazienti osservavamo sintomi otorinolaringoiatrici: le vertigini erano il sintomo maggiormente riferito (39%), seguito dall'ageusia (34%) dall'anosmia (11%) e infine dalla difficoltà a deglutire (9%) e ad alimentarsi (11%),

I sintomi reumatologici erano presenti nel 56% dei pazienti, con riscontro di mialgie, artralgie o rigidità articolare; in alcuni pazienti vi era anche riscontro di positività di test autoimmuni in precedenza non nota.

Vi erano sintomi cardiologici nel 53% dei pazienti: più frequenti le palpitazioni (36%) seguite dal dolore toracico (32%).

Sono stati inoltre riscontrati sintomi di natura gastroenterologica nel 32% (diarrea nel 17% dei casi, stipsi nel 15%), e sintomi oftalmologici nel 29% dei pazienti, rappresentati da congiuntiviti, eccessiva lacrimazione o diplopia.

Infine, il 15% dei pazienti presentava manifestazioni dermatologiche, costituite nel 9% dei casi da rush cutanei e nell' 8% dei casi da porpora, febbriola persistente è presente nel 10% dei pazienti.

La maggior parte dei sintomi riscontrati si sono risolti nel tempo. I sintomi pneumologici con adeguati consigli terapeutici e fisioterapia hanno avuto, nella maggior parte dei casi, una risoluzione quasi completa. Le problematiche otorinolaringoiatrici, soprattutto per quanto riguarda l'anosmia, hanno richiesto molto tempo per risolversi e in alcuni pazienti tutt'ora persiste il disagio. Tali dati, che rappresentano solo una percentuale rispetto al numero dei pazienti valutati per Long-Covid, sottolineano l'esigenza di potenziare il sistema territoriale,

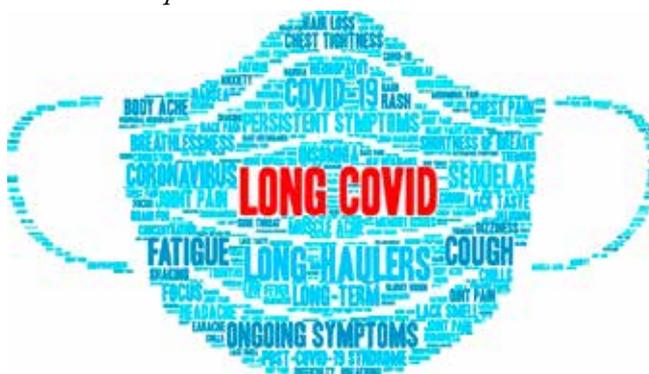
soprattutto per quanto riguarda il controllo della appropriatezza delle terapie ed il follow-up dei pazienti che hanno superato l'infezione, ma che presentano sintomi persistenti.

Inoltre appare importante rafforzare la trasmissione di corretta informazione ai pazienti riguardo le conseguenze anche a lungo termine dell'infezione da covid-19, in modo da ridurre la diffusa diffidenza verso la vaccinazione. A tal proposito è noto che la vaccinazione riduce anche l'incidenza del Long-Covid del 50%, un motivo in più per vaccinarsi senza indugio!

Ricordiamo inoltre che la vaccinazione anti-COVID-19 è sicura ed efficace. In particolare se si effettua il ciclo vaccinale completo, essa protegge nell'88% dei casi dall'infezione, nel 94% dal ricovero in ospedale, nel 97% dal ricovero in terapia intensiva e nel 96% dal rischio di morte legato alla malattia.

Si ringrazia per l'impegno e la collaborazione sia in ambulatorio che per la raccolta dei dati in particolare la dottoressa Kontogiannis Dimitra, ed il dottor Uderzo. Per la collaborazione e dedizione in ambulatorio le dottoresse Elona Rama, Marcon, Beuzer, Vasselli ed il dottor Cino e tutti il Dipartimento di Prevenzione.

Si ringraziano inoltre i vari specialisti (neurologi, cardiologi, otorinolaringoiatra, reumatologi, psicologi, fisioterapisti) che ci hanno supportato, in particolare il Servizio di Pneumologia territoriale gestito dal Dott. Trevisan che con il suo staff continua a seguire con professionalità e passione l'ambulatorio post-covid.





***Dr.ssa Romina Valentinotti,**
Medico infettivologo
Dipartimento di Prevenzione di Trieste

*Un convegno on-line sulle cure palliative
a 11 anni dalla legge n. 38 del 2010*

PRIORITÀ DELLA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE

*di Alessia Dal Piaz**



Il 14 ottobre scorso l'Università di Trento con il suo Dipartimento Giuridico ha organizzato un congresso in forma di webinar sugli aspetti giuridici, etici e medici delle cure palliative, coordinato dalla Professoressa Teresa Pasquino, dal titolo "Le cure palliative: saperi ed esperienze a confronto Aspetti medico-legali, profili assistenziali e ricaduta sul territorio". Anche noi come Associazione APAN abbiamo preso parte a questo evento. Dopo un'introduzione della Prof.ssa Pasquino, ha preso la parola la Prof.ssa Lucia Busatta, docente giuridica presso la stessa Università, che ha esposto i pilastri normativi contenuti nella legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"), legge che stabilisce come sia compito fondamentale dello Stato garantire e rendere accessibili a tutti i cittadini i servizi forniti dalle cure palliative e il trattamento del dolore. La legge è stata concepita come un percorso da proseguire nel tempo, non come un punto d'arrivo, e pertanto l'articolo 1, che sancisce il diritto di accesso alle cure palliative per la persona, si fonda su cinque pilastri. Il primo stabilisce la modalità di lavoro "in rete" per garantire un'assistenza capillare sul territorio; il secondo fondamentale pilastro è quello della *formazione*, che di fatto è stato reso recentemente effettivo con l'istituzione della specializzazione in cure palliative. Il terzo pilastro è quello dell'*informazione* sulla natura e sulle finalità delle cure palliative, seguito da un quarto pilastro, la *semplificazione delle procedure*, che riguarda specialmente l'accesso ai farmaci per la terapia del dolore. Infine il quinto pilastro è il *monitoraggio*, che riguarda l'applicazione della legge sul territorio. L'articolo 2 della legge è dedicato principalmente alla terapia del dolore e disciplina anche l'applicazione della "sedazione profonda", trattamento farmacologico per sedare il paziente nel momento in cui vi siano sintomi disturbanti non altrimenti alleviabili. La professoressa Busatta sottolinea comunque come, a

fronte di una legge emanata quasi 11 anni fa, tutt'ora in Italia solo il 14% delle richieste di cure palliative riesce ad essere presa in carico.

Passando dalla teoria alla pratica ha quindi preso la parola il secondo relatore, il dottor Gino Gobber, presidente pro-tempore della Società Italiana Cure Palliative e responsabile dell'Unità Operativa di Cure Palliative dell'Azienda Sanitaria Provinciale. Il dottor Gobber ha fornito una panoramica della situazione nazionale, evidenziando che, con una popolazione in progressivo continuo invecchiamento, ci aspettiamo una "bomba" socio-sanitaria, che potrà comportare un aumento esponenziale di necessità assistenziali e di costi, se si tiene conto che attualmente il 20% della spesa sanitaria viene impiegata nell'ultimo anno di vita dei pazienti. Attualmente, circa l'1% della popolazione necessita di cure palliative ed esistono tutt'ora disomogeneità nella copertura di questo servizio nelle diverse regioni. In Trentino la APSS ha molto investito e creduto nelle cure palliative, potenziando negli anni il personale sanitario ad esso dedicato e le relative strutture (attualmente sul territorio provinciale abbiamo 3 Hospice). I dati riguardanti l'attività delle cure palliative hanno dimostrato che negli ultimi anni c'è stata una riduzione dei pazienti oncologici deceduti in ospedale, mentre sono aumentati quelli morti a domicilio e in Hospice. Inoltre, l'attività delle cure palliative si è gradualmente spostata per assistere anche malati non oncologici, come quelli affetti da patologie neurologiche degenerative, pneumologiche, pediatriche e anche ai pazienti nefropatici. Questi nuovi percorsi di collaborazione sono stati possibili grazie a eventi formativi che hanno favorito la conoscenza delle cure palliative ad altri specialisti.

La prova dell'utilità dell'applicazione delle cure palliative in ambito extra-oncologico ce l'ha fornita, con il suo intervento, il dottor Giuliano Brunori, primario dell'Unità



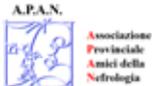
di Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi e attuale Direttore Sanitario, che ha mostrato come il paziente nefropatico sia sempre più frequentemente anziano e affetto da numerose patologie, con una qualità di vita scarsa ed una bassa aspettativa di vita, quando avviato alla dialisi. In tale contesto l'avvio della terapia dialitica non sempre migliora le condizioni di vita del paziente, potendo talvolta peggiorarla a causa di un maggior rischio di ospedalizzazione e di declino funzionale. Il paziente nefropatico e dializzato anziano e fragile potrebbe pertanto beneficiare di una presa in carico precoce da parte delle cure palliative.

A tal proposito, a livello nazionale, sono stati recentemente pubblicati dei documenti condivisi tra Società Italiana di Cure Palliative e Società Italiana di Nefrologia, per migliorare la conoscenza e l'applicazione delle cure palliative nel paziente nefropatico. Anche a livello provinciale nel 2017 è stato approvato un protocollo per la presa in carico condivisa, in tutte quelle situazioni in cui il paziente decida il "non inizio" o la sospensione della terapia dialitica. Di tale argomento ha trattato anche la relazione della dottoressa Diana Zarantonello, medico nefrologo trentino, nonché Presidente APAN, che ha presentato i dati raccolti dal 2019 relativi ai pazienti che sono stati seguiti in tale percorso di assistenza condivisa. In particolare, dai dati relativi ai pazienti che sospendono la dialisi è emerso che la maggior parte di essi sono anziani, con lunga storia dialitica e affetti da numerose patologie. Nel 2019 i pazienti dializzati che sono deceduti assistiti dalle cure palliative sono stati il 38% dei deceduti totali, il 31% nel 2020. La sede di decesso del paziente si è spostata, confrontando i dati del 2019 rispetto a quelli del 2020 e inizio 2021, dall'ospedale al domicilio e, in misura minore, in Hospice. Ciò a dimostrazione che anche per i pazienti dializzati vi è la possibilità di migliorare la qualità del fine-vita, permettendo loro di trascorrere gli ultimi momenti a casa con i propri famigliari. L'ultimo intervento è stato quello del dottor Stefano Bertoldi, direttore della Casa

Hospice Cima Verde, che ha illustrato l'organizzazione della Struttura e i servizi che vengono offerti ad utenti e famigliari. L'obiettivo è quello di creare un ambiente familiare, seppur con tutto il supporto offerto dal personale sanitario. C'è anche la possibilità di ospitare un animale, organizzare pranzi condivisi e persino feste in giardino, oltre alla possibilità per i famigliari di condividere la stanza con il proprio caro.

Al termine è stato proiettato un filmato: "il mantello di San Martino" che mostra l'avventura della signora Luisa, ex giuda alpina, ormai al tramonto della sua vita, che accetta di essere trasportata da un gruppo di volontari, operatori e utenti del Centro Salute Mentale di Trento in una gita in montagna all'ombra delle pale di San Martino.

Un convegno che ha permesso di comprendere meglio l'importanza e le potenzialità delle cure palliative, strumento prezioso per migliorare la qualità di vita e la presa in carico dei pazienti e dei loro famigliari.

Convegno

Le cure palliative: saperi ed esperienze a confronto. Aspetti medico-legali, profili assistenziali e ricaduta sul territorio

Giovedì, 14 ottobre 2021

Webinar (Zoom) - Ore 15.00-19:00

Coordina ed introduce: **Prof.ssa Teresa Pasquino**, Università di Trento

Intervengono:

Prof.ssa Lucia Busatta, Università di Trento
I primi dieci anni della legge 38/2010: problematiche applicative e proiezioni future

Dott. Gino Gobber, APSS Trento
La rete italiana di cure palliative e il modello trentino

Dott. Giuliano Brunori, APSS Trento
Le cure palliative in nefrologia: stato dell'arte e potenzialità

Dott.ssa Diana Zarantonello, APSS Trento
Analisi dei dati sulla esperienza trentina di collaborazione tra nefrologi e palliativisti

Dott. Stefano Bertoldi, Direttore Casa Hospice "Cima Verde", Trento
Interventi complementari in Hospice
Visione del cortometraggio "Il mantello di San Martino"

Dibattito

Coordinamento scientifico: Prof.ssa Teresa Pasquino



***Dottoressa Alessia Dal Piaz**,
Medico in formazione specialistica
U.S.C. Nefrologia e Dialisi Trento

QUALCHE DOMANDA ALLA PROF. PASQUINO, ORGANIZZATRICE DEL CONGRESSO

a cura di Diana Zarantonello



Prof. Teresa Pasquino

Intervistiamo ora la Professoressa Teresa Pasquino, Ordinario di Diritto Privato presso l'Università di Trento e organizzatrice del Congresso.

Professoressa, da quanto si occupa dei temi del fine-vita e cosa l'ha spinto a seguire questo indirizzo di ricerca?

Seguo i temi del diritto alla salute e del fine vita sin dal 2007, ossia da quando si è posto all'attenzione degli studiosi e dei giuristi il caso di Eluana Englaro, la giovane in stato vegetativo permanente che ha visto impegnato il padre, suo tutore e curatore speciale, in una battaglia giudiziale durata più di 15 anni per ottenere l'autorizzazione al distacco delle macchine che la tenevano in vita artificialmente.

Perché pensa sia importante parlare del tema delle cure palliative, a 11 anni dalla legge 38 del 2010?

Inizialmente, il tema delle cure palliative è stato molto trascurato nel dibattito scientifico e, ancora di più, nella programmazione relativa alla concreta realizzazione delle finalità che la legge persegue per l'obiettivo difficile di mettere in atto tutti gli strumenti necessari per attuare la legge.

Più di recente, invece, si è dato maggior rilievo a questo tipo di terapia poiché si è scoperto che, seguendo la via delle cure palliative e della terapia del dolore, possa essere meglio precisata quella funzione di garanzia che deve connotare l'attività del medico e gli operatori sanitari e che implica che questi si adoperino per garantire di alleviare gli ultimi istanti di vita piuttosto che per agevolare la morte. Si tratta di un vero e proprio obbligo di garanzia in carico ai medici ed agli operatori sanitari, che non può né deve essere garanzia di vita, quanto piuttosto garanzia di cura, intesa come alleviamento della sofferenza, e di

adeguata informazione sullo stato di salute; sulle terapie farmacologiche e sull'uso delle tecnologie che si pensa di adoperare, per lenire il dolore ed evitare sofferenze inutili. Della volontà del paziente conseguentemente espressa non si potrà non tener conto in termini di vincolatività, con la sola eccezione della richiesta di azione finalizzata alla morte, richiesta ancora contra legem nel nostro sistema.

Questo Congresso ha avuto un approccio multidisciplinare sull'argomento, e si è occupato soprattutto di raccontare la realtà locale. Perché questa scelta?

L'interdisciplinarietà è sempre un metodo di analisi da preferire in ogni approfondito studio su qualsiasi argomento; a maggior ragione, su questi temi inerenti alla salute delle persone, dove la comprensione del problema - da tradurre in soluzioni giuridicamente sostenibili ed eque - non può che partire dall'ascolto delle esperienze diagnostiche e dei diversi problemi che i medici incontrano nel trattare in concreto le diverse patologie con cui hanno a che fare. In questo ambito, il diritto deve cedere il passo al dato esperienziale e poi provare a disciplinarlo.

L'attenzione alla realtà locale si è imposta da sé poiché è qui in questo territorio che ho trovato da parte della classe medica la maggiore e migliore attenzione al tema delle cure palliative e della terapia del dolore e le migliori strutture organizzative dove realizzarle nel pieno rispetto della dignità della persona umana.

Ha in programma eventi simili in futuro?

Certamente sì! E spero sempre con tutti coloro che hanno già partecipato a questo evento - e che ringrazio pubblicamente ancora una volta - e con tutti quanti gli altri che si vorranno aggiungere per portarci la loro esperienza.

NUOVO INCARICO PER IL PRIMARIO DI NEFROLOGIA DELL'OSPEDALE S.CHIARA DI TRENTO

a cura di Diana Zarantonello

Recenti fatti di cronaca locale riguardanti la scomparsa di una ginecologa del "S. Chiara" di Trento hanno determinato anche alcuni cambiamenti all'interno della struttura ospedaliera in questione. Per l'occasione, il primario di Nefrologia dott. Giuliano Brunori è stato anche incaricato della Direzione sanitaria dell'Azienda ospedaliera. Non potevamo evitare di porgli alcune domande in merito a questa sua nuova incombenza.

Primario, non finisce mai di stupirci, da qualche mese ha assunto anche l'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera. Ci racconta in breve le vicissitudini che l'hanno portata a rivestire tale incarico?

Com'è noto l'Azienda Sanitaria Trentina è stata travolta dalla vicenda della ginecologa scomparsa nella zona del lago di S. Giustina a marzo dell'anno corrente. Tutto questo ha poi portato ad una serie di riassetamenti a livello di Direzione Generale (che era già passata attraverso il recente trasferimento, a luglio del 2020, del precedente Direttore Generale Bordon all'azienda di Bologna) e quindi l'assenza di alcune figure di responsabilità direzionale in Azienda ha portato alla fine di luglio dell'anno corrente il Direttore Generale dell'Assessorato e l'Assessore alla Sanità a chiedere la mia disponibilità per un periodo di transizione, in attesa di un nuovo concorso per Direttore Generale. Il bando per nuovo Direttore Generale non è stato fatto nelle immediate dimissioni del dottor Benetollo in quanto era in corso la riorganizzazione aziendale e quindi interrompere un percorso così importante che era stato segnato da numerosi incontri tra professionisti e che aveva visto il coinvolgimento di oltre 300 persone in oltre 50 incontri, sembrava inopportuno. E quindi è stato nominato in questo momento di transizione il dottor Antonio Ferro come facente funzione di Direttore Generale, e mi è stato chiesto di rivestire la funzione di direttore sanitario con la delega del dottor Ferro.



In cosa consiste questo nuovo ruolo? Come riesce a conciliarlo con il ruolo di Primario della Nefrologia?

In questo momento mi trovo a dover rivestire la carica di delegato di Direttore Sanitario, quindi responsabile di tutte le politiche sanitarie dell'APSS, attività queste coinvolte con il Direttore del Servizio Ospedaliero provinciale il dottor Benetollo e dal dottor Gino Gobber che riveste il ruolo di Direttore dell'integrazione socio-sanitaria; oltre al dottor Andrea Anselmo che è il Direttore Amministrativo. In questo momento cerchiamo di portare a termine tutto quello che è stato il percorso sulla riorganizzazione dell'azienda, nel frattempo verrà istituito il bando per la selezione del nuovo Direttore Generale e questo una volta nominato potrà scegliere la squadra con la quale vorrà lavorare. In quel momento terminerà la mia attività. I tempi previsti sono quelli tra febbraio e marzo, quindi un'esperienza che dovrebbe limitarsi a questi 7-8 mesi, sicuramente molto intensi, perché oltre alla parte burocratica amministrativa e di gestione delle relazioni con tutti i colleghi, e il confronto con i bisogni dei direttori di unità operativa, delle varie associazioni, dei sindacati, ho anche chiaramente il compito

di Direttore dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi e Direttore del dipartimento delle Medicine specialistiche. Quindi non mi è stato tolto nulla di quello che già facevo, e mi è stato aggiunto altro lavoro... ma le mie giornate continuano ad essere purtroppo di sole 24 ore!

Sappiamo anche che è ha recentemente ricevuto l'abilitazione da Professore Universitario. Che ricadute pratiche avrà tale nomina? La vedremo presto Professore della neonata Facoltà di Medicina di Trento?

All'inizio dell'anno mi è arrivata la conferma che avevo ottenuto l'idoneità a Professore Associato in Nefrologia. È stata per me la chiusura di un lungo percorso iniziato a Brescia con il Prof. Maiorca, negli anni molto proficui in cui la dialisi peritoneale cominciava a muovere i primi passi. Brescia è stata sicuramente una delle culle nella quale questo tipo di dialisi è cresciuta e ha avuto una grossa visibilità e un grosso richiamo sia a livello nazionale che internazionale. Erano gli anni in cui il reparto ospedaliero era diventato clinicizzato, poiché nel 1986 il Prof. Maiorca aveva ricevuto l'abilitazione da Prof. Ordinario di Nefrologia nella neonata Università di Brescia, e quindi ci ha abituati a fare attività di ricerca, di formazione e di pubblicazione. Quindi negli anni, oltre al periodo trascorso a Brescia, e poi un anno trascorso negli Stati Uniti dal Prof. Kopple e poi dal 2008, da quando sono arrivato a Trento, ho sempre mantenuto questa passione di cercare di elaborare dati, raccogliere informazioni, di poter pubblicare, quindi di mantenere quella che è indirettamente anche la visibilità per il Reparto stesso. Cioè attraverso le pubblicazioni si riesce a far sapere cosa si fa in Reparto, quali sono gli interessi specifici, quali possono essere le collaborazioni con altri istituti nazionali. Per cui diventa molto importante mantenere un'attività di ricerca e pubblicazione. Chiaramente l'abilitazione universitaria ha tra i suoi punti fondamentali, l'H index (che rappresenta l'indice di citazione che hanno ricevuto le tue pubblicazioni) il numero di citazioni totali e le pubblicazioni di rilievo in cui hai il primo o l'ultimo nome (che individuano chi ha fatto il lavoro principale o a che scuola si appartiene). Ecco queste tre mediane le avevo tutte, e certamente il gruppo dei miei collaboratori di Trento mi ha supportato molto in questo raggiungimento. L'arrivo della nuova Facoltà di Medicina mi ha stimolato a fare questa domanda che avrei potuto fare anche precedentemente, ma che non ho fatto perché la mia carriera era prevalentemente ospedaliera. L'idea di poter concludere gli ultimi anni della mia professione trasmettendo agli studenti della scuola di Medicina la passione che io ho avuto per la nefrologia mi sembrava un dovere nei confronti della comunità trentina e della facoltà stessa.



La squadra dell'APSS voluta dal dottor Ferro. Andrea Anselmo, Giuliano Brunori come direttore sanitario, Gino Gobber dirige l'integrazione socio-sanitaria. A Simona Sforzin è stato affidato il servizio territoriale, mentre Maria Grazia Zuccali guiderà il dipartimento di prevenzione.

Sempre che l'Università di Medicina voglia chiamarmi, ovviamente ci potranno essere anche candidati esterni, ma se serve io ci sono!

Come pensa che cambierà il Reparto di Nefrologia con l'apertura della facoltà di Medicina a Trento?

Il Reparto di Nefrologia di Trento, con l'arrivo della Facoltà di Medicina cambierà per tre aspetti fondamentali. In primo luogo sarà frequentato dagli studenti di Medicina del quarto anno che oltre alle lezioni frontali in aula avranno la possibilità di frequentare il Reparto. Potremmo avere tra gli studenti di Medicina di Trento quelli che vorranno fare una tesi di laurea in ambito nefrologico e che per caso frequentando il reparto avranno raccolto alcuni stimoli o alcuni interessi e infine avremo la possibilità di avere sempre più specializzandi in Nefrologia. Frequenza che oramai è già ben consolidata; al momento dall'Università di Verona abbiamo 5 medici in formazione specialistica. Per cui dovremmo coltivare una capacità a farci carico della formazione e della crescita professionale degli studenti di Medicina e degli specializzandi. Quindi i medici della nefrologia di Trento dovranno diventare sempre più esperti nel trasmettere non solo conoscenze ma anche passione per lo studio, la ricerca, l'approfondimento, creando un clima di supporto e aiuto ai medici in formazione.

A questo punto la domanda sorge spontanea... quale altro ruolo prevede di ricoprire nel prossimo futuro?

Beh, mi hanno chiamato in effetti dal Vaticano e ho chiesto per il momento di aspettare qualche anno e lasciare ancora Papa Francesco, in modo che io possa liberarmi da qualche impegno... A parte le battute, il mio ruolo nei prossimi anni sarà quello di concludere la mia carriera a Trento e poi aprire in maniera più importate la mia attività di nonno e quindi curarmi dei nipotini senza dimenticare l'impegno con l'Africa, che come sapete rimane la mia grande passione!

LA DISCIPLINA PSICHIATRICA ORIENTATA ALLA CURA ANZICHÈ ALLA CUSTODIA



di Maurizio Davi

L'applicazione della Legge 180, entrata in vigore nel 1978, ha senza dubbio decretato un cambio di rotta nella Psichiatria Italiana. Se prima di tale riforma la funzione della Psichiatria era quella di affrontare la malattia mentale (ritenuta inguaribile) con un approccio custodialistico e contenitivo, con lo sviluppo della Psichiatria di comunità è ormai largamente accettata l'idea che gli interventi in ambito psichiatrico debbano avere approcci multidisciplinari orientati al *recovery*, valorizzando la responsabilità, la partecipazione e il protagonismo degli utenti alla cura, nel rispetto della dignità della persona.

Da anni vari organismi nazionali e internazionali si pongono l'obiettivo della riduzione della contenzione, fino al suo completo superamento, a partire dal Comitato di Bioetica, che considera la pratica della contenzione come lesiva della dignità della persona, nonché un residuo della cultura manicomiale, che produce "cronicizzazione, invece che il recupero della malattia"¹.

Tuttavia, la pratica di legare i pazienti contro volontà risulta essere tuttora applicata in forma non eccezionale nella maggior parte delle strutture psichiatriche, come



Lavoro in team – SPDC Trento

denuncia il Comitato Nazionale per la Bioetica² e come discusso anche pochi mesi fa, in occasione della Seconda Conferenza nazionale Per una salute mentale di comunità (Roma, 25-26 giugno 2021), dove sono state sottolineate le notevoli differenze regionali rispetto all'applicazione delle Raccomandazioni del 2010 "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione". È stata quindi presentata una proposta concreta "Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale" entro il triennio 2021-2023, approvata ed inviata dal Ministero della Salute alla Conferenza delle Regioni per la stipula di Accordo in Conferenza Unificata.

Su questo binario si muovono i Servizi Salute Mentale *no restraint* che da anni hanno scelto di avviare un processo verso una progressiva diminuzione delle contenzioni negli SPDC (Servizi Psichiatrici diagnosi e cura), sostenendo con costanza strategie di prevenzione alla contenzione, mettendo in atto determinati **accorgimenti organizzativi, strutturali, formativi**, privilegiando tutti gli interventi relazionali e stimolando la responsabilità delle persone ricoverate nel proprio percorso di cura.

Sulla scorta del pensiero di Franco Basaglia, la cura delle persone affette da un disagio psichico è possibile infatti solo se i pazienti psichiatrici sono liberi e hanno con il personale sanitario una relazione caratterizzata dalla reciprocità e dalla conservazione del potere contrattuale.

Per promuovere la cultura *no restraint* nei Servizi, è stata fondata nel 2013 a Trento, l'associazione di promozione sociale denominata "Club SPDC No Restraint"³. L'associazione, che non ha scopi di lucro, ha acquisito negli anni una dimensione importante in termini di credibilità e spazio pubblico. Negli ultimi anni ha aderito alla Campagna "E tu slegalo subito" e a quella sul superamento degli OPG, assieme ad organizzazioni sindacali, professionali e scientifiche ha avuto la possibilità di in-

terloquire con amministrazioni centrali e regionali, allo scopo di promuovere un monitoraggio del fenomeno; in molte parti d'Italia manca ancora qualsiasi informazione rispetto alle contenzioni meccaniche praticate nei Servizi.

Nel 2019 il Club è stato anche tra i promotori della Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, stabilendo una partnership con una rete molteplice di Servizi ed associazioni che hanno contribuito alla creazione di un vero e proprio “no restraint tour” che, attraverso numerosi convegni, seminari, dibattiti itineranti ha toccato diverse città italiane da nord a sud (tra queste Milano, Ravenna, Prato, Bergamo, Caltagirone). L'ultimo incontro si è svolto il 23 settembre 2021 a Bologna, sul tema “La contenzione è superabile nelle grandi città?”. Gli interventi hanno sottolineato l'importanza di creare una cultura condivisa all'interno dei Servizi (non importa che siano piccoli centri o grandi città) e il ruolo centrale dei Direttori e dei Coordinatori professioni sanitarie per fare in modo di creare sia le condizioni organizzative e strutturali per applicare questo metodo di lavoro, che per aiutare gli operatori a sviluppare competenze adeguate.

SPDC in Italia che adottano un modello orientato al no restraint

GLI SPDC IN ITALIA CHE ADOTTANO UN MODELLO ORIENTATO AL NO RESTRAINT SONO SITUATI NELLE CITTÀ INDICATE*



*La ricerca è aggiornata all'anno 2019 e si basa su autodichiarazioni in attesa di che l'associazione di promozione sociale denominata “Club SPDC no restraint” definisca i criteri di inclusione

Maurizio Davi
Coord. Prof. Sanitarie
SPDC NO RESTRAINT TRENTO
contatti:
CLUBNORESTRAINT@GMAIL.COM
<https://www.facebook.com/associazioneclubspdcno-restraint/>

Anche l'Ospedale S. Chiara di Trento, che ha ricevuto di recente la visita dell'ente di accreditamento JCI (*Joint commission International*), ha posto particolare attenzione al tema della riduzione delle contenzioni e nel corso dell'anno la sua Direzione ha istituito un gruppo di la-



PORTE APERTE “taglio del nastro”: era il 17 gennaio 2011

voro ad hoc formato da operatori della Salute mentale, Neurologia, Geriatria, Medicina interna, con l'obiettivo di revisionare le politiche ospedaliere sulla contenzione meccanica. Nel mese di settembre 2021 il gruppo ha avviato una nuova procedura ospedaliera dal titolo “**Procedura per la limitazione e la gestione della contenzione meccanica in ospedale**”. Il prossimo passo sarà quello di produrre delle linee guida allargate a tutta l'Azienda.

L'esperienza no restraint del SPDC di Trento

L'SPDC di Trento, in linea con la Delibera Provinciale 2874/20101, da anni si è orientato verso un modello “no restraint” e sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia (le porte sono aperte durante il giorno) e sull'uso del farmaco, al fine di promuovere un'assistenza orientata al *recovery*.

Durante il ricovero viene garantito un programma settimanale di attività riabilitative, che può variare nel tempo e comprende: un'assemblea di comunità quotidiana con tutti i pazienti, interventi cognitivo-comportamentali, un gruppo Recovery, l'iniziativa “Io mi racconto” (in cui gli U.F.E. - Utenti familiari esperti raccontano la loro esperienza), interventi assistiti con gli animali, riuni-

oni con redazione di *Liberalamente*, interventi di psico- educazione, attività espressivo-manuali e molto altro. Inoltre viene proposta ai pazienti la compilazione della Lettera Recovery: uno strumento utile per aiutare la persona a riflettere sulla crisi come opportunità per trovare



Porte aperte – SPDC Trento

strategie e risorse personali per affrontare futuri momenti di difficoltà. Quest'anno abbiamo festeggiato 10 anni dall'apertura delle porte del reparto, un progetto partito nel 2007 in coerenza con le pratiche e la cultura dell'*empowerment* e del "Fareassieme" e su spinta dell'allora Direttore del Servizio salute mentale di Trento il dottor Renzo De Stefani, in collaborazione con il dottor Claudio Agostini e la dottoressa Wilma di Napoli e oggi portato avanti dal responsabile di reparto dottor Antonino Giacobbe e dal direttore Marco Goglio, assieme a tutta l'equipe del reparto ed ai familiari i quali, tutti assieme, utilizzando la propria esperienza di malattia, favoriscono una maggiore adesione ai trattamenti e la creazione di un clima di fiducia e speranza.

1 - CNB, Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici, 2000, p. 18.

2 - La contenzione: problemi bioetici. Comitato Nazionale per la bioetica. 23 aprile 2015

3 - <https://www.facebook.com/associazioneclubSPDCnostraint/?fref=ts>



*dottor Maurizio Davì,
Coordinatore delle Professioni Sanitarie
Servizio Psichiatrico diagnosi
e cura (SPDC) Trento

*Un caso di calcinosi tumorale
iperfosfatemica da mutazione
di FGF23 con amiloidosi secondaria*

QUANDO IL CALCIO PRENDE LE VIE SBAGLIATE

di Laura Sottini*



La calcinosi pseudo tumorale iperfosfatemica è una rara condizione dovuta a deficit o a resistenza al fibroblast growth factor 23 (FGF23) (una sostanza prodotta dall'organismo che normalmente facilita l'eliminazione di fosforo con le urine), che causa una ritenzione di fosforo nell'organi-

simo con conseguente iperfosforemia e calcificazioni ectopiche della cute e del tessuto sottocutaneo. Tali lesioni sono costituite da idrossiapatite e/o carbonato di calcio e tipicamente si localizzano in prossimità delle articolazioni maggiormente interessate da trauma, in particolare la coxofemorale ma anche gomiti, spalle, mani e tendine achilleo. Insorge nelle prime decadi di vita già a partire dalle 6 settimane di età. Una volta manifestatesi, le lesioni crescono lentamente e possono diventare di grosse dimensioni e comportano dolore importante; possono essere molto debilitanti tanto da compromettere la mobilità e la funzione dell'arto coinvolto. In casi severi possono portare a lesione della cute con drenaggio di liquido contenente idrossiapatite; l'ulcerazione della cute può inoltre sovrainfettarsi. Dal punto di vista radiologico le calcificazioni appaiono come masse eterogenee; la tomografia computerizzata permette di ottenere informazioni anatomiche dettagliate e monitoraggio della progressione. In alcuni casi si può manifestare la cosiddetta iperostosi, caratterizzata da dolore e tumefazione a livello delle regioni diafisarie delle ossa lunghe, spesso accompagnata da edema, arrossamento e calore. Le ossa tibiali sono le sedi più di frequente interessate. Spesso può essere confusa con un'infezione delle ossa (osteomielite). Alle radiografie è possibile osservare un'importante reazio-

ne periostale con osso corticale ipermineralizzato e aree sclerotiche coinvolgenti il canale midollare; la biopsia rivela tipicamente osso reattivo con stroma fibroblastico che mostra un infiltrato polimorfonucleato e linfocitario. I pazienti possono mostrare segni clinici di infiammazione sistemica quali febbri ricorrenti, astenia, anemia e poliartriti spesso accompagnati da incremento dei valori ematici di proteina C reattiva e VES; si ritiene che questa manifestazione sia da correlare ad un “intasamento” da macrofagi a livello dei cristalli di idrossiapatite presenti nelle lesioni calcifiche. Le calcificazioni possono coinvolgere anche le palpebre e/o la congiuntiva causando prurito e irritazione; si può arrivare alla cosiddetta cheratopatia “a bandelletta” e alla formazione di striature angioidi retiniche. Anche i piccoli e i grandi vasi arteriosi possono essere interessati dalla calcificazione, con conseguente significativa riduzione del flusso ematico periferico con dolore e, in rari casi, ischemia tale da richiedere amputazione. Le coronarie possono essere interessate così come i vasi della lingua e del tratto gastrointestinale e quelli testicolari. Infine il coinvolgimento dentario è uno dei più caratteristici: si può osservare accorciamento delle radici e parziale obliterazione della polpa dentaria. Il nostro paziente, maschio di 44 anni, veniva ricoverato per sindrome nefrosica e insufficienza renale rapidamente progressiva. All’ingresso si presentava in buone condizioni generali. Era presente edema improntabile agli arti inferiori ed erano apprezzabili due masse di notevoli dimensioni a livello dell’articolazione della spalla sinistra e dell’anca destra (Fig.1-Fig.3). La storia del paziente era



caratterizzata, sin dall’infanzia, da persistenti elevati valori di fosforemia con riscontro di lesioni calcifiche a livello dei tessuti molli (gomiti e spalla destra) per cui era stato sottoposto a plurimi interventi chirurgici di asportazione delle stesse con successive recidive. Era stata ipotizzata la diagnosi di calcinosi pseudotumorale iperfosfatemica con probabile ipoprodotto di FGF23 (ma all’epoca non erano state effettuate indagini genetiche) ed era stata impostata terapia con chelanti del fosforo (idrossido di alluminio e sevelamer). Il paziente riferiva inoltre episodi



febrili ricorrenti associati a dolore nelle sedi delle lesioni calcifiche, trattati con terapia antibiotica dal medico di medicina generale. Agli esami del sangue effettuati all’ingresso nel nostro reparto si confermava la sindrome nefrosica. La funzione renale, normale l’anno precedente, era rapidamente peggiorata. Era presente iperfosforemia con paratormone normale e bassi livelli di vitamina D; inoltre gli indici di flogosi erano elevati. Sottoponevamo il paziente ad agobiopsia renale con riscontro di amiloide a livello mesangiale e tubulare caratterizzata con immunostochimica come amiloide AA; l’interstizio era inoltre caratterizzato da segni di un danno cronico, con discreto infiltrato infiammatorio. Veniva eseguita biopsia osteomidollare che mostrava la presenza di amiloide vascolare. Il paziente effettuava valutazione presso il Centro Amiloidosi di Pavia. Veniva confermata la diagnosi ma non veniva impostata alcuna terapia specifica. Eseguiamo il test genetico che confermava la presenza di mutazione in omozigosi di FGF23 (c.221A>G; p.Ser71Gly). Alla dimissione veniva incrementata la terapia con i chelanti del fosforo. Nei due mesi successivi si osservava una rapida progressione dell’insufficienza renale per cui veniva confezionata fistola arterovenosa per emodialisi e il paziente veniva avviato a trattamento emodialitico extracorporeo. A 14 mesi dall’inizio della dialisi le condizioni generali del paziente sono obiettivamente e soggettivamente molto migliorate. Abbiamo osservato una netta e significativa riduzione delle masse a livello delle articolazioni (Fig.2-Fig.4). I valori di fosforo si sono ridotti, la amiloide A livello ematico è lievemente aumentata così come la Proteina C reattiva. È ancora presente proteinuria in range nefrosico in assenza di ipoalbuminemia.

***dottorssa Laura Sottini,**
Medico nefrologo
U.S.C. Nefrologia e Dialisi Trento

LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO

di Aldo Nardi



Quando parliamo di comunicazione (verbale e non verbale) ci riferiamo in generale ad uno scambio di informazioni che avviene per mezzo di segni tra sistemi. Tutto questo si verifica anche in ambito sanitario, dove vengono messi in gioco ruoli, scopi, esiti dell'informazione con effetti che possono rivelarsi di notevole impatto sui comportamenti dei diversi attori sociali. Ciò tuttavia non è sufficiente, perché la caratteristica fondamentale dei sistemi che comunicano consiste proprio nella capacità di interagire (la comunicazione si differenzia dalla semplice informazione perché presuppone una *relazione*) e di comprendere ciò che viene comunicato. Partiamo dalla considerazione che il concetto di comunicazione lineare, che fonda le sue basi nel modello matematico di Shannon e Weaver (1949), non è più accettabile, se non all'interno di una comunicazione interattiva, nella quale, peraltro, è assai raro che ci si capisca del tutto. Si tratta di squilibri che si verificano perché, ad esempio, il mittente spiega qualche cosa, ma il ricevente non riesce a comprendere il messaggio, il codice non è recepito nel modo migliore, mittente e ricevente sono in disaccordo sul canale il quale, a sua volta, può risultare compromesso da rumori, interferenze ecc. Sono i casi della *miscommunication*, ovvero della comunicazione problematica. Se prendiamo, per esempio, un conferenziere che si è preparato la sua relazione (*speech*) nel modo migliore (e della quale magari leggerà alcuni brani), ebbene egli non avrà mai la certezza di essere compreso appieno dai suoi interlocutori. Questi ultimi potranno porgli delle domande di chiarimento che serviranno al relatore per attivare nuovi collegamenti col suo intervento e per arricchire le sue premesse.

Da ciò possiamo dedurre che la comunicazione è possibile solo se si attua un processo di conoscenza reciproca e condivisa alla cui base sta la consapevolezza di una

intenzionalità comune fra i partecipanti. Il filosofo del linguaggio H. P. Grice (1975) affermava che il successo della comunicazione deve fondarsi sul *principio di cooperazione* secondo quattro massime che possiamo così riassumere di seguito: 1. fornisci tutte le informazioni necessarie alla conversazione (*massima di quantità*); 2. non dire ciò che ritieni falso e ciò che non puoi controllare (*massima di qualità*); 3. sii pertinente (*massima di relazione*); 4. evita espressioni oscure e ambiguità, sii ordinato nell'esposizione (*massima di modo*).

Ora, senza voler entrare nel merito del rapporto tra atti locutori e illocutori (peraltro importanti per interpretare l'ambiguità di certe espressioni), non si possono ad esempio ignorare altri aspetti che si rivelano decisivi per la riuscita della comunicazione. È il caso del contesto in cui la comunicazione ha luogo, delle relazioni che esistono tra gli interlocutori, dei rapporti di potere, delle rispettive volontà. È per queste ragioni che un atto illocutorio è strettamente connesso alla situazione contingente e ai rapporti sociali che questa implica. Per esempio, voler dirigere il comportamento di un altro (con un *comando*) implica anche una particolare condizione tra gli interlocutori che instaura una condizione di superiorità (*one up e one down*).

Se ci riferiamo all'ambito sanitario, ed in particolare al delicato rapporto medico-paziente, sono numerosi i modelli comunicativi che sono stati proposti, ma quasi tutti hanno in comune alcuni aspetti relativi alle modalità di dare informazioni ai pazienti circa le loro condizioni di salute e il relativo trattamento da seguire. Tra questi vanno ad esempio rilevati la soddisfazione del paziente, la comprensione (elemento non sempre automatico in questo tipo di comunicazione), il ricordo delle informazioni ricevute e l'obbedienza rispetto alle prescrizioni che gli vengono assegnate (*compliance*). Ci si chiede, a questo proposito se sia più importante, per esempio, fare leva



maggiormente sugli aspetti affettivi o piuttosto su quelli cognitivi dell'interazione. Se per un medico sia, in altre parole, più conveniente adottare un tono distaccato e professionale, oppure essere più amichevole e informale, sia pure nel rispetto del proprio quadro deontologico. Inoltre, che tipo di incidenza possono avere, nell'interazione comunicazionale, variabili quali il sesso, l'età, lo status sociale, le credenze, gli atteggiamenti ecc.? Le esperienze a questo proposito sembrano aver dimostrato (Dryden, Giles, 1987) che su alcuni tipi di pazienti (come nel caso degli alcolisti e dei malati di Aids), tanto i medici e gli infermieri quanto gli altri operatori sanitari, hanno consolidato determinati stereotipi in base ai quali adottano poi, nei loro riguardi, un particolare tipo di comunicazione.

Il caso del rapporto medico-paziente (ma non solo questo) si presenta come uno dei casi più rappresentativi della *relazione comunicativa*, con una peculiarità: quella in base alla quale, colui che trasmette informazioni al paziente deve assumersi il punto di vista di quest'ultimo. E non a caso questa prende il nome di *relazione terapeutica*, che si inserisce opportunamente in quello che in ambito psicosociale viene tecnicamente definito *modello dialogi-*

co. Nient'altro che un modello di comunicazione in cui gli interlocutori sono contemporaneamente (e non in momenti diversi) emittenti e riceventi durante la comunicazione, così da rendere pressoché impossibile (oltre che inutile) isolare un singolo atto della comunicazione da ciò che lo precede o da ciò che lo segue. Così facendo la comunicazione non è vista come il prodotto di un soggetto indirizzato ad un altro, ma come un processo bidirezionale in cui, su una vera base cooperativa, i due interlocutori creano insieme il significato dello scambio e, così facendo, realizzano un *progetto comune*.

La psicologa Bruna Zani, docente presso l'Università di Bologna, ha analizzato nello specifico la comunicazione che si instaura tra medico e paziente (1995), e ha posto in evidenza proprio l'*asimmetria* dell'interazione esistente tra questi due soggetti a fronte di quella che viene definita *ineguaglianza del rapporto di potere*. Si tratta, rileva la Zani, di una duplice simmetria: quella rispetto al *contenuto* (dal momento che si parla delle condizioni di salute del paziente e non di quelle del medico), e quello rispetto ai *compiti* che emergono all'interno dell'interazione (il paziente deve esporre dei sintomi, rispondere alle domande, accettare le decisioni del curante, mentre il medico ha il compito di ascoltare i problemi, analizzare il caso, decidere in merito al trattamento e alla terapia). Tale rapporto, basato su compiti altamente asimmetrici, pone il medico su un piano di dominanza (considerata naturale), mentre il fatto che il paziente venga sottoposto ad una fase investigativa, dovendo rispondere a domande e accettare i consigli del medico, pone quest'ultimo in una posizione di sottomissione.

Senza entrare nel merito dell'analisi della consultazione medica, sulla quale esiste peraltro un'ampia letteratura e numerose ricerche, possiamo tuttavia rimarcare come nel contesto clinico raramente il paziente assume l'iniziativa che, di fatto, viene trasferita al medico.

Con riferimento ad un'indagine condotta da C. West nel 1984, Bruna Zani ricorda come le domande poste dal paziente fossero molto rare (solo il 9% delle domande) e, di queste, il 46% contenevano delle imperfezioni linguistiche. D'altra parte, "porre domande rappresenta lo strumento principale di controllo delle sequenze interattive da parte del medico". Il che equivale a dire che il medico possiede l'accesso privilegiato nel rapporto interattivo medico-paziente, fornendogli altresì il controllo su ciò che può essere detto. Nello scambio comunicativo medico-paziente si segue pertanto un copione fissa articolata secondo precise sequenze.

Secondo C. Cacciari, che negli anni ottanta ha affrontato il problema del colloquio nell'ambito della comu-

nicazione ginecologica, è il medico che dà inizio all'interazione con la domanda rituale "Come sta?", per poi prendere in esame le diverse strategie della paziente la quale, secondo le esperienze condotte, tende ad utilizzare il modello dello *storytelling*, ovvero del racconto.

È evidente che uno degli obiettivi più importanti nel rapporto medico-paziente sia quello di migliorare l'interazione tra le parti con particolare riferimento all'aspetto comunicativo. Da questo punto di vista le ricerche che sono state condotte in passato, si sono orientate, da

un lato, a verificare l'interesse dei medici all'utilizzo di modalità più adeguate sul piano della comunicazione col paziente (acquisizione di competenze specifiche) e, dall'altro, a stabilire se i pazienti sono in grado di uscire dal loro ruolo di subalternità e passività in cui di fatto si trovano all'interno di tale rapporto. A questo proposito è appena il caso di rilevare come, da alcune indagini condotte nel Regno Unito e negli Stati Uniti d'America, risulterebbe

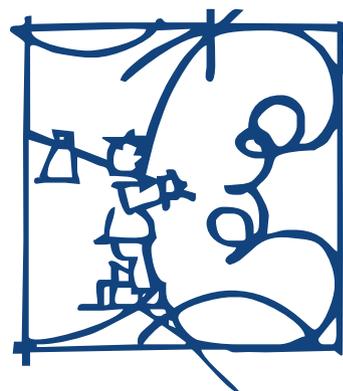
che l'acquisizione di abilità comunicative del medico sia considerata desiderabile, anche se la parte di *curriculum* destinata a tale competenza viene considerata poco rilevante (nelle scuole di medicina inglesi vi si dedica non più del 5% del *curriculum*) (cfr. L.G. Frederikson, P.Bull, 1992). Gli studi condotti su questa scottante materia hanno tra l'altro dimostrato (E.J.Robinson, 1989) l'importanza del fatto che il paziente possa esprimere commenti e richieste sulla base delle sue conoscenze ed esperienze, anche senza l'esplicito invito del medico (Zani, 1994). Ciò anche ai fini di una migliore comprensione e memorizzazione delle informazioni ricevute. La richiesta di una maggiore partecipazione da parte dei pazienti alla consultazione rappresenta un tassello importante per fare in modo che essi diventino dei soggetti autonomi responsabili della loro salute. Nel caso specifico della psichiatria, ad esempio, non possiamo non menzionare il

contributo dello psicoanalista ungherese Michael Balint, figlio a sua volta di un medico, il quale riteneva che una pratica psichiatrica basata esclusivamente sull'uso di farmaci rispecchia una concezione antiscientifica della malattia, mentre viene ignorata la funzione fondamentale del rapporto interpersonale e del racconto del paziente sulla sua malattia.

Nel complesso sistema della sanità, fino a che punto possiamo contare sugli *scambi comunicativi* simmetrici e in quali ambiti è giusto che prevalgano quelli *complementari*?

In quali casi conviene sottolineare il rispecchiamento del comportamento di un operatore in quello di un altro? Quando è opportuno sottolineare la differenza tra due soggetti? E come farlo? Se, come si usa dire, la simmetria e la complementarità non sono né buone né cattive, tuttavia esse devono essere alternate nella relazione in maniera opportuna. D'altra parte, anche nelle relazioni a carattere complementare o asimmetriche si

possono verificare scambi contrassegnati da simmetria, basati sul reciproco riconoscimento delle aree di competenza. In fondo basterebbe ricordare quel che diceva Kafka a proposito del fatto che scrivere una ricetta tutto sommato è facile, mentre parlare con chi soffre è molto più difficile.



IL POSSIBILE RUOLO DEGLI INQUINANTI NELLA DEMENZA

di Angela Manica e Michele Orlandi***

La genetica gioca un ruolo rilevante nella insorgenza delle demenze anche se in realtà non è l'unico fattore responsabile della insorgenza delle malattie neurodegenerative, infatti si è visto che anche l'ambiente ha un ruolo importante. Il coinvolgimento dei pesticidi nella patogenesi della malattia di Parkinson, per esempio, è stato chiaramente dimostrato in una recente review in cui Gunnarson e collaboratori hanno analizzato 23 studi scientifici ad elevato valore epidemiologico, riscontrando che il rischio di ammalarsi di Parkinson era più del doppio in chi presentava una precedente esposizione ai pesticidi rispetto agli altri. Il coinvolgimento dei pesticidi nell'insorgenza della malattia di Alzheimer è ancora oggi oggetto di dibattito.

La Demenza a *corpi di Lewy* è la terza forma di demenza più diffusa, dopo la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare. Essa, dal punto di vista fisiopatologico, condivide alcune caratteristiche con il morbo di Parkinson (anch'esso una sinucleopatia) e si caratterizza per l'accumulo di una proteina, detta sinucleina, nelle cellule del cervello.

Tali depositi anomali sono definiti corpi di Lewy e si ritiene che queste formazioni interferiscano con la segnalazione chimica tra i neuroni della corteccia cerebrale e quelli della *substantia nigra*.

Il quadro clinico è un misto tra i segni clinici dell'Alzheimer e quelli del morbo di Parkinson. L'esordio è subdolo, analogo alla malattia di Alzheimer, con deterioramento



progressivo delle funzioni cognitive, che in breve tempo diviene di tale gravità da interferire con lo svolgimento delle attività sociali e lavorative del paziente (perdita di memoria, disorientamento, difficoltà di comunicazione e nel controllare il proprio comportamento).

L'andamento della malattia presenta carattere fluttuante, i soggetti tendono a passare repentinamente da stati di vigilanza a stati di sonnolenza, possono avere difficoltà a svolgere alcune azioni come disegnare, cucinare, possono presentare allucinazioni visive.

Dal punto di vista motorio i pazienti affetti da Demenza a corpi di Lewy (DLB) possono presentare una rigidità muscolare che li porta a perdere l'equilibrio facilmente, avere tremori e assumere una postura curva analoga all'atteggiamento posturale tipico della malattia di Parkinson.

Può insorgere anche il cosiddetto *disturbo di comportamento del sonno paradossale*, che conduce ad adottare un eloquio bizzarro e movimenti violenti in reazione a un sogno. Possono presentarsi, infine, disfunzioni del sistema nervoso autonomo relativi alla capacità di regolare la pressione arteriosa e la temperatura corporea: ne conseguono svenimenti e problemi di sudorazione.

Il potenziale ruolo dei farmaci xenobiotici nell'insorgenza del DLB, contrariamente al morbo di Parkinson, non è ancora stato chiaramente dimostrato, tuttavia sono state formulate differenti ipotesi riguardanti l'insorgenza di alfasinucleopatie.

Tra le discussioni che ricorrono maggiormente ci sono quelle che riguardano la porta di ingresso degli xenobiotici e la diffusione di essi all'interno dell'organismo. Si pensa che nella DLB tre possano essere i meccanismi compatibili con la esposizione con i pesticidi: inalazione, ingestione e assorbimento cutaneo.

La perdita di olfatto è stata riscontrata in molte patologie neurodegenerative e nel DLB i sintomi olfattivi hanno insorgenza precoce e sono considerati sintomi prodromici della malattia.

La vicinanza anatomica del bulbo olfattivo alle regioni limbiche, così come la comparsa precoce di disturbi cognitivi osservati nelle DLB, fa sorgere il dubbio del-

la diffusione di una patologia alfasinucleica dal bulbo olfattivo alle altre zone cerebrali, con un meccanismo propagativo *Prion Like*. Secondo un numero crescente di evidenze, sussiste la possibilità che alcune proteine in conformazione alterata (tra queste la alfa-sinucleina) possano accumularsi sotto forma di aggregati insolubili e tossici che, a lungo termine, possono concorrere, in vario modo, allo sviluppo della malattia e all'esordio dei sintomi, influenzando direttamente o indirettamente la funzionalità dei neuroni oppure attraverso la diffusione con vari meccanismi da cellula a cellula e mediante trasporto assonale in aree cerebrali distanti.

La Demenza a corpi di Lewy ed il Parkinson mostrano segni tipici di coinvolgimento del sistema nervoso autonomo (es. ipotensione ortostatica, instabilità neuro-cardiovascolare, stipsi, impotenza e difficoltà nella deglutizione) e possono essere correlati alla deposizione di alfa sinucleina nel tratto gastrointestinale, nelle fibre cardiache simpatiche e nella pelle, che costituiscono potenziali porte di entrata per agenti esogeni (microrganismi, tossine, xenobiotici) e soprattutto di pesticidi, anche se in letteratura non ci sono grosse evidenze a

riguardo. Uno studio recentemente pubblicato sul *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, aveva come obiettivo quello di verificare la presenza di pesticidi o di altri liquidi xenobiotici nel liquido cerebrospinale dei pazienti affetti da DLB. Allo studio hanno partecipato **un totale di 45 pazienti**: 16 erano affetti da DLB allo stadio prodromico, 8 da DLB allo stadio avanzato, 8 presentavano malattia di Alzheimer (AD) allo stadio prodromico e 13 AD allo stadio avanzato.

I risultati di questo studio non hanno dimostrato la presenza di pesticidi nel CSF dei soggetti affetti da Alzheimer, tuttavia, analizzando il liquido cerebrospinale dei soggetti coinvolti nello studio, è emerso che i pazienti affetti da DLB presentavano valori molto maggiori rispetto ai malati di Alzheimer di uno ftalato chiamato di di-2-etilesilftalato (DEHP) o *diottilftalato*. Dal punto di vista chimico, gli *ftalati* sono una classe di composti di sintesi derivati dall'acido ftalico, ottenuto a sua volta dalla lavorazione di petrolio o carbone.





Gli ftalati sono stati utilizzati su scala industriale a partire dagli anni venti fino alla fine del secolo scorso quando, interventi legislativi in particolare in EU, Canada e USA, ne hanno limitato l'uso.

Il loro principale impiego è quello di *plastificanti*: additivi delle plastiche per renderle più flessibili e lavorabili a bassa temperatura. In quanto tali, si trovano in molte plastiche, principalmente nel comune PVC (polivinilcloruro), ma anche in una ampia gamma di altri prodotti fra cui: oli lubrificanti, adesivi e colle, detergenti, vernici, cosmetici, farmaceutici e pesticidi.

L'ampio utilizzo ne ha determinato una presenza ubiquitaria in ambiente, dove però vengono rapidamente fotodegradati e biodegradati, non comportando quindi rischio di tossicità acuta.

I maggiori pericoli per la salute umana derivano invece dall'ingestione di cibi e bevande contaminate per contatto con plastiche o da inalazione di aria contaminata in ambiente urbano.

Interessante notare che le porte di ingresso degli ftalati nell'organismo coincidono con quelle dell'ipotesi formulata per l'entrata degli altri agenti esogeni (microrganismi, tossine, xenobiotici): il naso e bulbo olfattivo, con diffusione in altre zone cerebrali con l'aggregazione di alfasinucleina attraverso il meccanismo precedentemente spiegato.

A causa della vasta diffusione del DEHP gli umani sono costantemente esposti a questi agenti chimici attraverso l'ingestione, l'inalazione e l'assorbimento cutaneo.

L'ingestione può avvenire attraverso cibo e bevande contaminate.

L'inalazione di Ftalati può avvenire attraverso la polvere proveniente da prodotti quali giochi, vestiti, accessori e plastiche nei componenti dell'automobile.

Gli assorbimenti attraverso la cute avvengono attraverso abiti, cosmetici, insetticidi, prodotti per l'igiene. Infine la porta di entrata intravenosa è collegata all'utilizzo di dispositivi medici che contengono DEHP.

Gli ftalati sono una sostanza tossica per il sistema endocrino e riproduttivo e anche il cervello è uno degli organi che possono essere coinvolti dall'insulto del DEHP.

Il sospetto effetto sul sistema nervoso interessa lo sviluppo neuropsicologico nei bambini e potrebbe originare disordini neuro-cognitivi e dello spettro autistico.

Interessante notare che DLB e l'esposizione a DEHP condividono caratteristiche comuni anche fuori dal SNC, come per esempio il sistema nervoso autonomo e il sistema vascolare.

Se è vero che sono state rinvenute quantità maggiori di ftalati nel liquido cerebrospinale di pazienti affetti da DLB, è anche vero però che *non è ancora stato dimostrato che essi siano effettivamente responsabili della formazione dei corpi di Lewy*. La questione avrà bisogno di ulteriori studi per essere approfondita.

Fonti:

- Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry – Demenza a corpi di Lewy, l'esposizione agli ftalati potrebbe essere correlata allo sviluppo della malattia degenerativa conosciuta come demenza a corpi di Lewy.
- Center for disease control and prevention- USA- Phthalates FactSheet. https://www.cdc.gov/biomonitoring/Phthalates_FactSheet.html
- Allen D. Godwin, in Applied Plastics Engineering Handbook, 2011
- H. Fromme, Phthalates: Human Exposure. In Encyclopedia of Environmental Health 2011, Pg. 498-510

*dr.ssa Angela Manica,
Medico specialista in Geriatria
Ambulatorio Centro Decadimento
Cognitivo, APSS

** Dr. Michele Orlandi,
Ricercatore Laboratorio IdEA
(Idrogeno, Energia, Ambiente)
Dipartimento di Fisica, Università di Trento

Come la dieta può influenzare la risposta al virus

ESISTE UN LEGAME TRA VIRUS E ALIMENTAZIONE?

di Diana Zarantonello*



A quasi due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19 sono emersi in letteratura diversi studi che sottolineano come gli stili di vita ed in particolare la dieta possano influenzare la probabilità di sviluppare la malattia in forma più o meno grave o persino mitigare i disturbi correlati al Long-Covid.

Studi precedenti suggerivano che le persone affette da patologie quali obesità, diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, risultavano ad elevato rischio di sviluppare forme più gravi di malattia da Covid-19, ed erano ad elevato rischio di mortalità. Come ben sappiamo la causa di queste patologie è ampiamente connessa con fattori dietetici (eccessiva assunzione di calorie e grassi) e scorretti stili di vita (inattività fisica), che sono diffusi specialmente nei paesi economicamente avanzati come USA ed Europa. Tuttavia non sono state chiaramente identificate strategie nutrizionali per ottimizzare la risposta immunitaria

Per chiarire il ruolo delle abitudini dietetiche sullo sviluppo della malattia legata al Sars-Cov-19, è stato pertanto eseguito uno studio basato su un questionario alimentare distribuito a operatori della salute (nella maggior parte medici) ad elevato rischio di esposizione al Covid-19, appartenenti a 6 paesi (Francia, Germania, Italia, Spagna, Inghilterra e USA). I partecipanti hanno compilato il questionario tra il 17 giugno 2020 e il 23 settembre 2020. Sono stati raccolti i questionari di 568 casi (che avevano contratto la malattia da Covid-19) e 2316 controlli (che non avevano contratto la malattia). Coloro che avevano contratto la malattia dovevano specificare nel questionario il grado di severità della stessa (dal grado 1 "molto lieve" fino

a un massimo di grado 5 "critica" che comprendeva la necessità di ventilazione meccanica e ricovero in terapia intensiva). Nessun partecipante al questionario ha selezionato quest'ultima opzione (forse perché, come ipotizzato dagli autori, questi pazienti non erano in grado di compilare il questionario). Nel questionario veniva poi richiesto al partecipante se nell'anno precedente avesse seguito qualche dieta particolare, e veniva chiesto di specificare quale fosse la frequenza di assunzione di diversi tipi di alimenti. Da questi dati sono state estrapolate 3 abitudini dietetiche: dieta integrale a prevalente contenuto vegetale, comprendente anche le diete vegetariane (plant-based diet, seguita da 254 persone), dieta integrale a prevalente contenuto vegetale con consumo di pesce (plant-based and pescatarian diet; 294 persone), dieta a basso contenuto di carboidrati ed alto contenuto di proteine (low carbohydrate-high protein diet; 483 persone). Per dieta a prevalente contenuto vegetale (plant-based diet) si intende una dieta che si basa sul

BMJ Nutrition, Prevention & Health

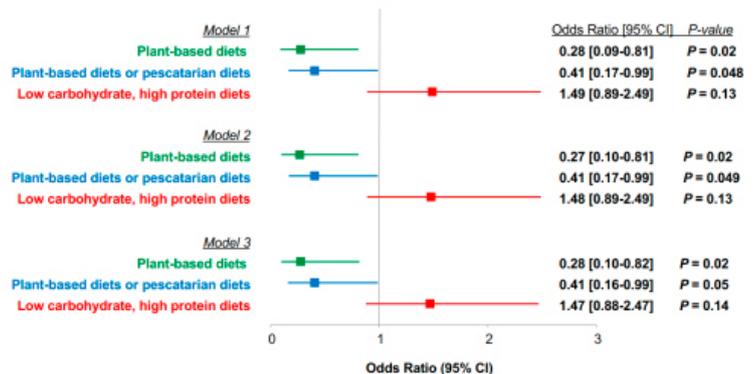


Fig. 1: il rischio di sviluppare la malattia da Covid-19 in forma più grave è ridotto nei soggetti che seguivano una dieta plant-based (verde) o plant-based pescatariana (azzurro), anche dopo gli aggiustamenti di sesso, età, razza e paese di origine (Modello 1), l'abitudine al fumo e l'attività fisica (Modello 2), BMI e patologie di base (Modello 3). Al contrario questo rischio è aumentato in coloro che seguivano una dieta ad alto contenuto proteico e basso contenuto di carboidrati (rossa).



consumo di cibi vegetali non raffinati (frutta, verdura, legumi, frutta oleaginosa, cereali) e minimizza il consumo di prodotti di origine animale (carne, latticini, uova e pesce). Nei gruppi analizzati coloro che seguivano una dieta plant-based consumavano un maggior quantitativo di verdura, proteine vegetali (legumi, semi oleaginosi), frutta e poca carne (sia pollame che carne rossa e processata), poche bevande zuccherate e meno alcol rispetto a coloro che non seguivano una dieta plant-based. Analizzando i dati relativi alle tre categorie di dieta seguita, sono state poi effettuate delle sottoanalisi: la prima sottoanalisi ha aggiustato i dati in base al sesso, età, razza e paese di origine, la seconda per l'abitudine al fumo e l'attività fisica, e la terza per il BMI (indice di massa corporea) e la presenza di specifiche patologie di base (diabete, dislipidemia, ipertensione, patologie cardiovascolari, patologie respiratorie, asma, malattie autoimmuni, sovrappeso). Anche dopo gli aggiustamenti (figura 1) emerge che i pazienti che seguivano una dieta integrale a prevalente contenuto vegetale avevano un rischio ridotto del 73% di sviluppare la malattia da Covid-19 in forma più grave. Anche coloro che seguivano una dieta prevalentemente vegetale con il consumo di pesce avevano un rischio ridotto, seppur di minore entità, di sviluppare la malattia in forma grave, nella percentuale del 59%. Confrontati con coloro che seguivano una dieta plant-based, coloro che seguivano una dieta a basso contenuto di carboidrati e alto contenuto di proteine avevano un rischio tre volte maggiore di sviluppare il Covid-19 in forma moderata-severa. Al contrario coloro che seguivano una dieta a basso contenuto di carboidrati e ad alto contenuto di proteine avevano un rischio aumentato del 48% di sviluppare una forma medio-severa di covid-19. I partecipanti di questo studio che seguivano una dieta plant-based o plant-based/pescetariana risultavano anche avere un minor rischio di

contrarre l'infezione da Covid-19. Una possibile spiegazione proposta dagli autori è legata al fatto che i cibi vegetali sono ricchi di sostanze fitochimiche, come polifenoli e carotenoidi, fibre, vitamina A, C ed E, folati e minerali (potassio, ferro e magnesio); persone con elevata assunzione di tali sostanze risultano a rischio ridotto dal contrarre infezioni respiratorie e quando le contraggono tali infezioni tendono a risolversi più precocemente. Questo effetto protettivo vale probabilmente anche per l'infezione da Covid-19. Inoltre la dieta plant-based è notoriamente protettiva verso lo sviluppo di alcune patologie croniche come obesità, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, diabete mellito di tipo II e anche patologie renali, tutte condizioni che notoriamente espongono ad un maggior rischio di manifestare forme gravi o persino letali di infezione da covid-19. I limiti di questo studio sono legati al fatto che si basa su questionari alimentari compilati dai partecipanti, e che non sono stati inclusi pazienti con forme molto gravi di infezione da covid-19.

Fonte:

H. Kim ed al. Plant-based diets, pescatarian diet and COVID-19 severity: a population-based case-control study six countries, BMJ Nutrition Prevention and Health, 2021

*Dottoressa Diana Zarantonello,
Medico nefrologo con master in Nutrizione,
U.S.C. Nefrologia e Dialisi, Trento

STORIA DI UN PERCORSO PROFESSIONALE

a cura di Diana Zarantonello



La dott.ssa Silvana Selmi

Abbiamo posto alcune domande alla dott.ssa Silvana Selmi, psicologa e psicoterapeuta già Responsabile della Psicologia Ospedaliera e cure palliative dell'U.O. di Psicologia dell'Apss, oggi in pensione. Di seguito le sue risposte

Dottoressa Selmi, ci racconta in breve la sua storia professionale che l'ha portata a lavorare all'Ospedale S. Chiara?

La mia storia professionale è davvero molto fortunata e privilegiata. Dall'Università, che ho frequentato a Padova, in poi ho sempre avuto l'opportunità di formarmi, prima, e di lavorare poi, con grandi maestri nell'ambito della Psicologia Clinica e Sperimentale che più mi interessava: la Psicologia della Salute e Ospedaliera. Così grazie ad una tesi sperimentale che prevedeva l'utilizzo di strumentazioni, allora, all'avanguardia per la valutazione del dolore, sono stata chiamata a far parte dell'equipe multidisciplinare del Servizio di Terapia del Dolore dell'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) di Milano diretto dal Prof. Vittorio Ventafridda. Da allora è iniziata una strettissima collaborazione con il dott. Marcello Tamburini, responsabile del Servizio di Ricerche Psicologiche dell'INT e massimo esperto di stu-

di sulla Qualità di Vita in oncologia e in Cure Palliative. Proprio in quei mesi (fine 1979) il Prof. Ventafridda aveva dato il via alla grande sfida che l'ha portato a realizzare il sogno di riprodurre in Italia il nascente modello delle Cure Palliative domiciliari e creare così la prima équipe multidisciplinare. Obiettivo del Professore e di tutti i suoi collaboratori era quello di far arrivare cure ed assistenza qualificata al domicilio dei pazienti per il sollievo del dolore, dei sintomi e della sofferenza "globale" quando questi non erano più in grado di recarsi in ospedale, garantendo così il massimo supporto al fine vita. La passione del gruppo di giovani medici motivati e trainati dall'entusiasmo del Professore, la competenza di alcune infermiere, il grande impegno delle Associazioni di Volontariato e la disponibilità di decine di volontari selezionati e formati, il costante supporto ed incentivo da parte del Dott. Tamburini mi hanno fatto innamorare di questo lavoro che non ho più lasciato, nemmeno quando ho vinto, nel 1991, il concorso come psicologa ospedaliera per l'Ospedale di Rovereto e fino al giorno del pensionamento. Dal 2016 la Struttura Semplice di Psicologia Ospedaliera e Cure Palliative che mi era stata assegnata nel 2008 per il territorio del Trentino Centro Sud è diventata a valenza aziendale, mi sono quindi trasferita a Trento e aperto gli ambulatori della Psicologia all'Ospedale S Chiara.

Ci racconta qualche episodio che l'ha particolarmente colpita occupandosi di Cure Palliative?

È davvero difficile poter raccontare una storia piuttosto che un'altra. Non è demagogia se affermo che da ogni persona, paziente e/o familiare, ho imparato io qualcosa. Ho "rubato" saperi, conoscenze, significati, lezioni di Vita. Ho lasciato che le storie delle persone assistite si intrecciassero alla mia storia professionale e non solo. Ho infatti avuto il privilegio di poter imparare fin da giovanissima, grazie a ciascuno di loro, il valore di ogni singolo momento della



vita, la determinazione nel non perdere le occasioni di realizzare ciò in cui più credo per il bene dei pazienti e nella mia quotidianità. Quando a 23 anni sei già depositaria di tante storie, sei stata a fianco di tante persone fino all'ultimo momento della loro vita, hai già assistito al saluto "ultimo" di tanti familiari di tutte le età, non puoi che impostare la tua vita ricercandone costantemente il senso e godendo di ogni singola opportunità di realizzazione professionale e, soprattutto, personale. Per non fare torto a nessuno voglio ricordare solo la mia prima paziente. Era una donna gentilissima, riservata ed apparentemente molto schiva almeno così era apparsa durante tutte le visite eseguite in ospedale nell'arco di quell'anno. Quando, per l'aggravamento delle condizioni generali, abbiamo deciso per una presa in carico a domicilio, con la dottoressa e l'infermiera delle cure palliative, grazie alla sua sempre maggiore fiducia in noi



e confidenza, siamo venute a conoscenza della sua storia. Non eravamo al corrente, fino ad allora, che fosse la sorella di un notissimo personaggio pubblico e che avesse scelto (in realtà le fosse stato imposto) di restare nell'ombra a causa di un matrimonio sbagliato con una persona inaffidabile. L. aveva tre figli ancora piccoli e soffriva disperatamente al pensiero di doverli lasciare, immaginando per loro un futuro privo di sicurezze affettive e materiali. Grazie al rapporto di fiducia creatosi tra di noi, siamo riuscite a realizzare un piccolo miracolo. Le assistenti sociali e un "filantropo", molto vicino al mondo delle cure palliative, hanno garantito ai figli di L. l'accoglienza in una famiglia affidataria molto apprezzata da L. stessa con la determina scritta che sarebbe stato garantito ad ognuno di loro il percorso di studi ed avviamento professionale più consono alle inclinazioni di ciascuno. L. lottava strenuamente contro il dolore fisico ed ogni altro sintomo, al di là di ogni previsione prognostica la sua vita si prolungava nella sofferenza. Bene, ricordo come fosse oggi, la mattina in cui, sedute sul suo letto, leggemo il documento stilato dal notaio. Vidi uno dei sorrisi più belli che la mia memoria può ricordare, una stretta di mano così forte ed intensa che non scorderò mai. Ci salutò serena quando ce ne andammo dandoci appuntamento per

il giorno dopo. La sera ci chiamarono in ospedale dicendo che L. se ne era andata tranquilla dopo aver salutato i suoi bambini al ritorno da scuola. Credo che questa storia ne racchiuda decine di altre. Storie di genitori, di figli, di compagni di vite più o meno lunghe, di saluti, di ricerche di senso, di profonde rabbie e disperazione, ma anche di rassegnazione e di sollievo. Storie, biografie che per 42 anni si sono inesorabilmente intrecciate alla mia, spesso determinandone l'approccio a tutto ciò che la Vita ti propone.

Ha partecipato anche alla stesura della Carta dei Diritti del Morente, ci racconta in breve di cosa si tratta?

La Carta dei Diritti del Morente venne redatta nel 1999 a cura del Comitato Etico presso la Fondazione Floriani. Fu un lavoro che impegnò gli esperti, medici palliativisti, giuristi e bioeticisti per molti mesi. All'epoca collaboravo ancora attivamente con i colleghi dell'INT di Milano che mi coinvolsero in numerose occasioni di discussione dei singoli articoli. Fu un lavoro davvero molto interessante che portò alla realizzazione del primo documento in cui venivano riconosciuti i diritti delle persone nelle fasi terminali della loro vita. È una Carta estremamente attuale, tanto che i principi in essa declinati e ribaditi li possiamo ritrovare in più di un articolo della Legge 219/17 sulle Disposizioni anticipate di Trattamento, meglio conosciuta come la Legge sul Biotestamento.

Quali sono i progetti ai quali si è dedicata durante la Sua carriera, che Le stanno più a cuore?

Sicuramente in primis realizzare Servizi di Psicologia Ospedaliera e Cure Palliative che, all'interno degli ospedali, possano fornire a pazienti, familiari e personale sanitario supporto e collaborazione competente. Oggi sia presso l'Ospedale S Chiara a Trento che presso l'ospedale S Maria del Carmine di Rovereto esistono due Sedi interne di Psicologia Ospedaliera che fanno capo all'UO di Psicologia dell'APSS. Vi è inoltre una sede presso l'Ospedale di Arco e l'Ospedale riabilitativo Villa Rosa a Pergine. Inoltre tutte le equipe di cure palliative operanti in Trentino possono avvalersi della collaborazione degli psicologi dell'UO di Psicologia, sia in area adulti che pediatrica. Ovviamente poi c'è da sempre l'impegno alla diffusione della cultura palliativa che credo, anzi sono certa, non finirà con il pensionamento.

Il Servizio di Psicologia si occupa anche di supportare pazienti nefropatici. Quali sono le condizioni che più frequentemente vi trovate ad affrontare?

Negli anni la collaborazione con l'UO di Nefrologia e con i Centri Dialisi si è andata molto modificando proprio per il cambiamento delle richieste psicologiche sia da parte dei

pazienti che degli operatori. Per molti anni la psicologia ospedaliera ha fornito supporto e formazione agli operatori sanitari partecipando alle riunioni di equipe e discussione casi clinici. Nel tempo si è sempre più configurata, invece, come collaborazione consulenziale su richiesta di pazienti e/o familiari oltre che, ovviamente, da parte dei sanitari stessi. Le situazioni sono le più varie, ma riguardano soprattutto l'accettazione delle procedure dialitiche e il più o meno complesso processo di adattamento al nuovo stile di vita.

Negli ultimi anni si è aperta una nuova collaborazione che riguarda la delicatissima discussione interdisciplinare sulle scelte di fine vita dei pazienti relative, nello specifico, ad esempio, la sospensione del trattamento dialitico.

Inoltre c'è la costante disponibilità di presa in carico dei pazienti oncologici in tutto il loro percorso.

Non va dimenticato, infine, che frequentemente i pazienti trapiantandi e/o trapiantati oltre alla valutazione psicologica di prassi, richiedono per loro e per i loro familiari una presa in carico preparatoria o di sostegno nel, talvolta, complesso adattamento successivo al trapianto. Insomma le occasioni di collaborazione non mancano di certo.

Come avete gestito il vostro lavoro durante la pandemia Covid? Avete svolto attività di supporto anche degli operatori?

Questi due ultimi anni sono stati davvero impegnativi per tutti i colleghi dell'UO di Psicologia ed in particolare per le psicologhe che hanno svolto continuativamente in presenza il lavoro presso gli ospedali garantendo, in ospedale e da remoto, sostegno a pazienti, familiari e personale sanitario. Tutti gli psicologi ospedalieri con alcuni colleghi dell'area adulti e dell'età evolutiva hanno collaborato, inoltre, alla realizzazione delle attività del Nucleo Supporto Covid aziendale che prevedeva, in maniera coordinata ed organizzata, la possibilità di accedere a prestazioni di supporto psicologico individuali e di gruppo per il personale delle UUOO ospedaliere e territoriali.

Sono state eseguite decine di colloqui individuali, sia in presenza che da remoto e realizzati numerosi debriefing rivolti al personale delle equipe a più elevata esposizione dello stress lavorativo.

A tutto ciò va aggiunto l'impegno "informale" dell'essere accanto e condividere i tantissimi momenti di grande distress emotivo che quotidianamente ha vissuto chi ha prestato servizio in ospedale in questi due anni, sia nei reparti riconvertiti covid che non. È davvero difficile capire a quali pressioni emotive siano stati sottoposti i sanitari durante le varie fasi emergenziali. Cercare di viverle a loro fianco e dare un minimo di contenimento è stato uno dei nostri primi obiettivi. Purtroppo non ci siamo riuscite sempre, la fatica



emotiva e fisica degli operatori è stata davvero grande, ma i ritorni sono stati sempre positivi. Delle goccioline nel mare.

Come Le sembra sia cambiato il paziente che viene da voi negli ultimi anni? C'è minor reticenza nell'avvalersi del supporto psicologico?

Direi che nelle realtà in cui lo psicologo è parte realmente integrante delle equipe di lavoro, generalmente, sia pazienti che familiari, colgono la proposta di sostegno psicologico come parte integrante del percorso di cura e reale presa in carico dei loro bisogni. Ovviamente si possono incontrare delle resistenze in chi non ha ben presente il ruolo dello psicologo; sta quindi sempre a noi tutti andare incontro alle persone e far conoscere le varie competenze ed obiettivi di cura in tutto il percorso di presa in carico. Per quanto riguarda la sola l'attività ospedaliera negli ultimi 5 anni i dati mostrano che solo le richieste di consulenza sono più che quintuplicate. Mi sembra un dato molto eloquente ed incoraggiante per il futuro. Lo voglio leggere come indicatore di un costante impegno della sanità nella direzione della presa in carico sempre più attenta a tutti i bisogni, compresi appunto quelli psico-sociali, delle persone ammalate e delle loro famiglie.

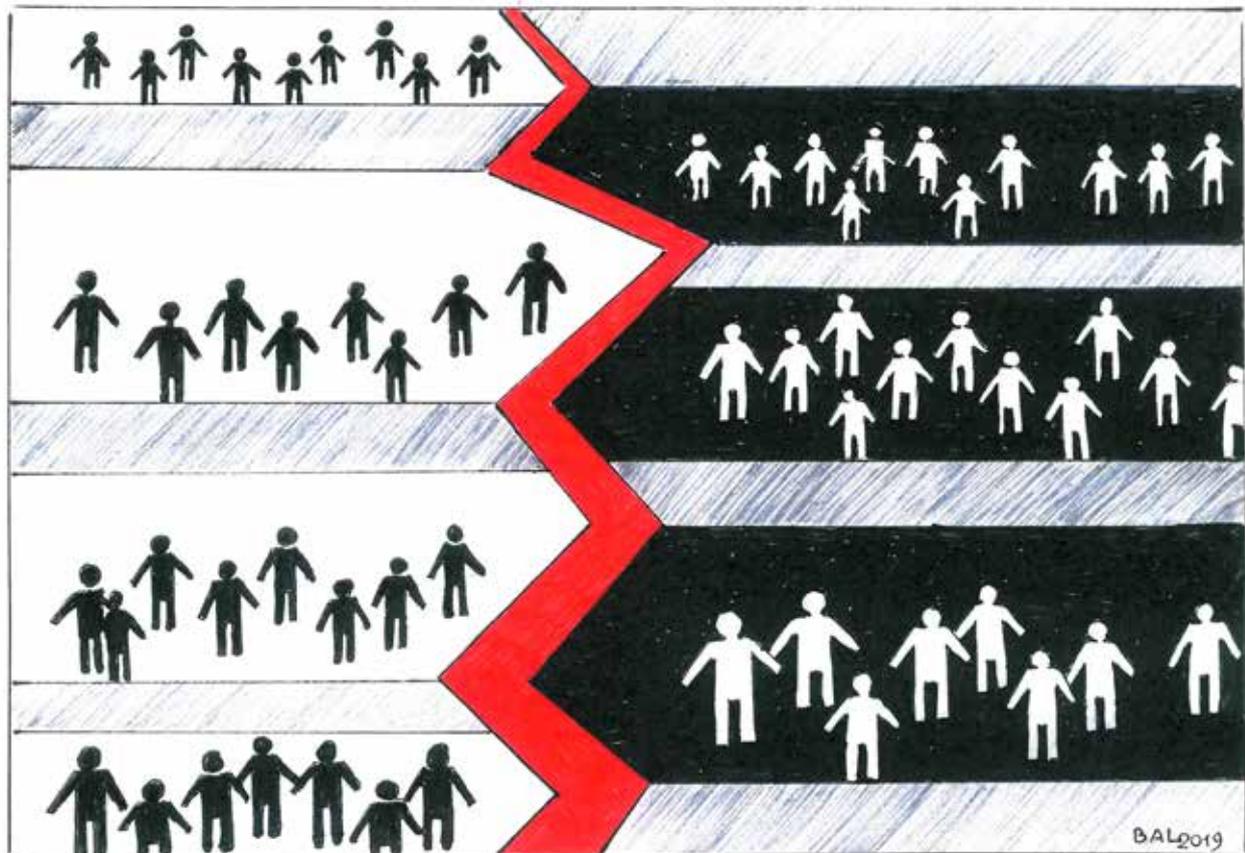
Un'ultima domanda personale... Ora che è in pensione ha sogni nel cassetto che vorrebbe realizzare?

Beh se la mettiamo sul piano personale per il momento il mio sogno è quello di riuscire a rispondere adeguatamente alle esigenze dei miei nuovi datori di lavoro: hanno rispettivamente due anni lui e tre mesi lei!!! Sono Brando ed Evita, i miei nipotini: molto esigenti ed impegnativi, ma mi domando come ho fatto a stare lontana da loro per tante ore al giorno fino a qualche settimana fa! Poi ci sono tanti progetti lasciati in sospeso per anni... ma ne riparleremo!

Grazie del Suo tempo dottoressa!

AFORISMI SULLA PAURA

A cura di Luisa Pevarello



—LA GUERRA—

1. La più antica e potente emozione umana è la paura, e la paura più antica e potente è quella dell'ignoto (H. P. LOVECRAFT)
2. Troppi di noi non vivono i loro sogni perchè stanno vivendo le loro paure (ANONIMO)
3. Il nemico è la paura. Si pensa che sia l'odio, ma è la paura (GANDHI)
4. Un giorno la paura bussò alla porta. Il coraggio andò ad aprire e non trovò nessuno (M. L. KING)
5. Non vi è sentimento che cresca più rigoglioso della paura e saremmo ben poca cosa senza le paure che abbiamo patito. E' tendenza caratteristica degli esseri umani esporsi continuamente alla paura. Le nostre paure non vanno mai perdute, anche se i loro nascondigli sono misteriosi. Forse, di tutte le cose del mondo, nulla si evolve e si trasforma meno della paura (E. CANETTI)
6. Fu solo la paura che all'inizio del mondo creò gli dei (B. JHONSON)
7. Si sbaglierà di rado se si riconurranno le azioni estreme alla vanità, quelle medie all'abitudine e quelle meschine alla paura (F. NIETZSCHE)
8. Gli uomini, di norma, non sono così malvagi tra loro se non quando cominciano ad avere paura gli uni degli altri (H. de LUBAC)
9. Se c'è paura, non c'è la felicità (SENECA)
10. La paura è la principale fonte di superstizione e una delle principali fonti di crudeltà. Vincere la paura è l'inizio della saggezza.

CONGRESSO DEL 14 OTTOBRE

“le cure palliative: saperi ed esperienze a confronto aspetti medico-legali, profili assistenziali e ricaduta sul territorio”

L'Università di Trento ha organizzato un Congresso sulle Cure Palliative a 11 anni dall'uscita della Legge che ne promuoveva l'applicazione sul territorio nazionale. Sulla locandina era presente anche il logo dell'APAN, che ricordiamo, ha un legame particolarmente forte con le cure palliative, essendo stata come associazione, tra i soci fondatori della Fondazione Hospice Cima Verde. Per maggiori dettagli sul Congresso vi rimandiamo all'articolo ad esso dedicato in questo numero, dove troverete anche un'intervista alla Prof. Pasquino, che ne è stata l'organizzatrice. Il Congresso ha avuto anche risonanza mediatica, grazie ad un articolo sull'Adige uscito qualche giorno dopo.

GITA SOCIALE DEL 16 OTTOBRE, ALLE GALLERIE DI PIEDICASTELLO

Il 16 ottobre è stata organizzata una visita guidata alle Gallerie di Piedicastello. Abbiamo scelto una meta vicina per evitare la necessità di spostamenti con mezzi di trasporto condivisi, visto la situazione non ancora risolta della pandemia. Dopo la visita è stato organizzato un ricco buffet. Anche per questo evento vi rimandiamo all'articolo ad esso dedicato.



PROSSIMI APPUNTAMENTI

SPETTACOLO TEATRALE “LA SFERA MISTICA” di E. Zenato (Compagnia Teatrale “il Mosaico”)

Giovedì 17 marzo 2022 alle ore 16.30 si terrà uno spettacolo teatrale presso il Teatro S. Marco (via San Bernardino, Trento), il cui ricavato verrà in parte devoluto alla nostra Associazione. Per la prevendita di biglietti contattare la ditta Goldservice al numero: 0461.1810400.

SITUAZIONE COVID IN NEFROLOGIA

Dopo un'estate trascorsa senza ricoveri di pazienti covid-positivi nella zona dedicata del Reparto di Nefrologia, a settembre abbiamo avuto il ricovero di una paziente, covid-19 positiva con insufficienza renale cronica avanzata che ha iniziato dialisi durante la degenza. Al momento in cui scriviamo (inizio novembre) non abbiamo avuto altri ricoveri di pazienti dializzati affetti da covid-19.

SOMMINISTRAZIONE 3° DOSE DI VACCINO NEI PAZIENTI DIALIZZATI E TRAPIANTATI

Con la Circolare del 14 settembre il Ministero della Salute ha dato indicazione a somministrare una dose addizionale del vaccino anti COVID-19 (quindi aggiuntiva dopo il completamento del ciclo vaccinale di due somministrazioni) al fine di raggiungere un adeguato livello di risposta immunitaria. Le categorie di pazienti che hanno diritto a ricevere tale dose addizionale in maniera prioritaria sono quelli che soffrono di una marcata compromissione della risposta immunitaria per cause legate alla patologia di base o legate a trattamenti farmacologici. Tra queste categorie vi sono i pazienti dializzati e i trapiantati di rene. L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari si è attivata per rispettare tempestivamente tale indicazione, e da fine settembre sono iniziate le somministrazioni della 3° dose di vaccino nei pazienti emodializzati (effettuate nei centri dialisi, partendo dal centro dialisi di Trento). I pazienti in dialisi peritoneale e trapiantati sono stati invece segnalati all'Azienda e chiamati per eseguire la vaccinazione negli ambulatori e Hub vaccinali dedicati.

CRITICITÀ DI PERSONALE INFERMIERISTICO NEI CENTRI DIALISI

Negli ultimi mesi, a causa della sospensione di personale infermieristico non vaccinato si è assistito ad un depauperamento del personale infermieristico dei centri dialisi, con una particolare criticità presso il Centro dialisi di Rovereto, dove, da metà ottobre, è stato necessario chiudere un turno dialisi e provvedere a indirizzare parte dei pazienti presso il Centro Dialisi di Arco. Il personale infermieristico della dialisi è difficilmente sostituibile, in quanto necessita di un percorso di formazione della durata di 3 mesi.

CONVEGNO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

Si è svolto a Rimini dal 6 al 9 ottobre il Congresso Nazionale della Società Italiana di Nefrologia, nel quale si è conclusa anche l'elezione del presidente incoming della Società. Il nuovo eletto è il dottor Stefano Bianchi, Primario del Reparto di Nefrologia e Dialisi di Livorno. La Nefrologia trentina ha partecipato con l'esposizione di 5 poster, una comunicazione orale e alcune relazioni portate dal Primario.

UN MENÙ NATALIZIO PER TUTTI

di Federica Berchielli*

Si avvicinano le feste natalizie ed è quindi il momento di organizzarsi per poter allestire un ottimo menù anche per chi soffre di insufficienza renale cronica. Preparare un pasto sfizioso per le feste è possibile anche in questi casi, ma sappiamo che sono necessari alcuni accorgimenti in più, sia che si stia facendo la terapia conservativa (con i prodotti aproteici), sia in corso di dialisi. Con questo scopo di seguito si propongono 2 menù. Su internet sono a disposizione per tutti ricette adeguate e allo steso tempo gustose, elaborate da cuochi, dietisti e anche dai pazienti stessi. Si prenderà spunto da queste e si lasceranno in fondo all'articolo i link per consultarle nel dettaglio. In generale, salvo casi particolari, le attenzioni per ridurre il potassio e il fosforo, sono da attuare sia in dieta conservativa che in fase di dialisi, perciò quello che differenzia i due menù è solo l'apporto proteico. Nello specifico, il menù proposto per la dieta conservativa prevede amidi aproteici (farina, pasta, pane e derivati aproteici) e la porzione del secondo piatto proteico (in questo caso il polpettone) è ridotta secondo la prescrizione dietetica. Bisogna però dire che, se la persona in terapia conservativa fa attenzione ad alleggerire i restanti pasti della giornata, utilizzando principalmente prodotti aproteici, potrà sfruttare il menù dialisi, sempre con l'accortezza di moderare la porzione del secondo piatto. Certo che trattandosi di feste "lo sgarro", la coccola culinaria in più, può esserci anche in questi casi, ma ci sono sgarri e sgarri. Il consiglio della dietista è - a prescindere da quale preparazione si decida di fare - quello già detto di mantenere le attenzioni per potassio e fosforo ed eventualmente concedersi qualcosa in più dal punto di vista di grassi e zuccheri (per esempio frittute, intingoli e dolci). Infine bisogna ricordarsi che è sempre la dose che fa il veleno, quindi, qualora ci si voglia togliere lo sfizio di assaggiare qualcosa di non proprio consigliato, sarà opportuno che sia giusto un assaggio.

ALCUNE ATTENZIONI ED IDEE IN PIÙ

Si può notare come nei menù per alcune portate sono proposte più varianti. Chiaramente nel caso in cui si vogliono realizzare tutti i piatti, sarà opportuno ridurre



MENÙ PER TERAPIA CONSERVATIVA

Antipasto

gnocchetti fritti ipoproteici
quadratini di crostata alla zucca
verdurine fritte: peperoni, zucchine e melanzane

Primo piatto

lasagne al pomodoro
spaghetti aproteici alla norma
gnocchi con farina aproteica con burro e salvia

Secondo piatto

polpettone di vitello freddo

Contorno

cavolfiori gratinati
strudel di verdure

Dessert

panettone ipoproteico
torta aproteica alle mele



la porzione delle varie portate. Eventualmente è sempre possibile fare porzioni abbondanti e poi surgelarle. Per quanto riguarda le lasagne aprotiche purtroppo ad oggi le produce una sola ditta e non è così scontato trovarle in farmacia. Il consiglio è di prepararsi in anticipo ed eventualmente chiedere in farmacia se è possibile ordinarle oppure acquistarle su internet, ma in questo caso non sarà possibile utilizzare l'autorizzazione per l'acquisto dei prodotti aprotici. In alternativa ci sono gli altri due piatti del menù e, volendo, è anche possibile sfruttare l'idea del menù dialisi del riso allo zafferano e alle rose, da realizzare con pasta formato riso aprotica. Osservando i link riportati si può notare come per costruire questi menù si è

MENÙ PER DIALISI

Antipasto

stick di polenta al forno
insalata russa con maionese senza uova
mini polpettine di lenticchie

Primo piatto

tagliatelle al ragù
risotto alle rose e zafferano

Secondo piatto

arrosto di maiale

Contorno

involtini di peperoni
zucchine in carpione

Dessert

sorbetto di limone
crostata alla crema pasticcera senza uova



preso spunto anche da alcuni siti che propongono ricette cento per cento vegetali o vegan. Ciò è dovuto al fatto che con l'aumentare della consapevolezza dei benefici per la salute e il miglior impatto ambientale di una dieta a base vegetale, ricettari vegan e prodotti vegetali sono in crescita e la persona con malattia renale può prenderne numerosi spunti. In particolare sono estremamente utili i lattini vegetali, sia da bere come tali che per realizzare svariate ricette. In terapia conservativa sono da prediligere i lattini vegetali derivanti dai cereali, in primis riso e avena oppure quelli derivanti dalla frutta secca come mandorla e cocco. Queste bevande contengono naturalmente pochissime proteine. Per la persona in dialisi invece la bevanda vegetale ottimale è quella di soia in quanto è, tra quelle vegetali, l'alternativa più proteica. In ogni caso è sempre preferibile che le bevande scelte siano addizionate di calcio. Come detto sopra, le bevande vegetali si prestano ad essere utilizzate nella preparazione di dolci, gelati, creme (vedere crema pasticcera per la crostata del menù dialisi) yogurt e frullati ma anche in ricette salate. In quest'ultimo caso si raccomanda di utilizzare le versioni senza zucchero aggiunto. Sono ottime per esempio per la già citata maionese, per realizzare la besciamella, per fare le mantecature e gli impasti. Chiaramente, sebbene per semplicità vengano chiamati lattini, sono completamente diversi dal latte vaccino, per questo è importante avvicinarsi sapendo di assaggiare un sapore nuovo e diverso da quello del latte. Per concludere si sottolinea il concetto che un'alternativa che sia allo stesso tempo salutare e gustosa è sempre possibile e il Natale può essere l'occasione giusta per prendersi del tempo e cimentarsi in nuovi esperimenti culinari. Sicuramente sono di fondamentale importanza la voglia di provare cose nuove ed essere aperti a gusti anche un po' diversi da quelli classici. Inoltre niente è realmente proibito, salvo la presenza di vere e proprie allergie, e si può assaggiare un po' di tutto facendo attenzione alle quantità e cercando di bilanciare il pasto e/o la giornata. Per finire quindi non resta che augurare un gustoso Natale a tutti.

Tutte le ricette qui:

www.francapasticci.it - www.fondazioneitalianadelrene.org
www.flavis.com - www.vegolosi.it - permanoinsieme.com
www.renalizie.it - www.nephrocare.it

*dottoressa Federica Berchielli,
Dietista U.O. S. Dietetica e Nutrizione Clinica
O. S. Chiara Trento

A Le Gallerie di Trento

"SPETTACOLO"

di Michele Toss*

Come riportato nelle "NOTIZIE DELL'ASSOCIAZIONE" quest'anno abbiamo fatto una Gita Sociale un po' anomala, perché si è trattato di partecipare ad un evento-spettacolo, presso Le Gallerie, una delle Sedi del Museo Storico del Trentino. Di seguito riportiamo un resoconto dettagliato di quanto rappresentato, a cura di Michele Toss.

Dal 12 settembre 2021, Le Gallerie ospitano la messa in scena di 200 anni di storia: non una mostra o un percorso espositivo tradizionale, ma uno **SPETTACOLO**.

La narrazione, progettata con i criteri di un racconto immersivo, percorre un arco temporale che va dalla prima metà dell'800 fino alla fine del secolo scorso, toccando alcuni dei principali momenti che hanno scandito la storia negli ultimi 200 anni.

Come in tutti gli spettacoli vi è un soggetto, una sceneggiatura e una scenografia. Il racconto si organizza in unità narrative che seguono un codice binario. Da una parte, la vicenda paradigmatica degli Jülg, una famiglia di tradizione mitteleuropea che incrocia la storia del Trentino. Dall'altra, in contrappunto, le voci di persone comuni e altri protagonisti della storia, i cui percorsi biografici emergono attraverso lettere, diari e documenti. La narrazione degli eventi, accompagnata dalle riflessioni del poeta inglese John Donne e da alcuni passi dello scrittore e saggista Elias Canetti, si mescolano nello SPETTACOLO dando luogo ad un percorso storico e culturale che evidenzia connessioni tra differenti punti di vista della storia. Così, lo spettatore si sente guidato in un itinerario a tappe che vuole essere, soprattutto, un'esperienza.

Con questa iniziativa, infatti, la Fondazione Museo storico del Trentino intende favorire un uso corretto e consapevole di un lessico della cittadinanza. La moda-



lità di "immergersi nella storia", raccontata in Galleria prendendo spunto da un contesto ricco di biografie e memorie, si pone proprio questo obiettivo: "educare alla cittadinanza" attraverso nuove forme di narrazione. SPETTACOLO è concepito come una *experience exhibition* e come un *viaggio*. Suddiviso in 14 stanze e un prologo, durante il percorso va in scena la storia di un territorio e delle sue genti lungo due secoli. Si tratta di un "grande racconto immersivo", impossibile da classificare come una tradizionale mostra, perché è pensato come uno spettacolo.

Come uno spettacolo, il percorso comincia con l'apertura del sipario. È questo il primo oggetto che il pubblico incontra, che dà luogo all'effetto sorpresa. Proprio l'effetto sorpresa è una costante, che si rinnova in tutto il percorso, durante il quale i visitatori e le visitatrici si trovano immersi in una scena senza sapere come sarà quella seguente, con un susseguirsi di "scoperte" sorprendenti. Il mondo che viene rappresentato dalle immagini entra anche nella traccia audio-immersiva, che accompagna l'esperienza. Le vicende della famiglia Jülg si intrecciano ad altri percorsi biografici di trentini e trentine mentre sullo sfondo rimangono i grandi eventi della Storia. Emergono i racconti dei diari e della memorialistica popolare, i canti d'emigrazione, gli appunti di vita contadina, i ricordi di guerra, le testimonianze di lavoro, gli articoli dei quotidiani, i brani della stampa d'epoca, le relazioni ufficiali, le citazioni della letteratura. Le fonti e i documenti storici individuati – come le fotografie, le scritture popolari, le testimonianze, i materiali filmici – contribuiscono a sostenere questo racconto, arricchiscono la sceneggiatura e la narrazione degli eventi.

Molte delle storie e dei materiali utilizzati provengono dal patrimonio archivistico della Fondazione Museo storico del Trentino. Ma non solo, la ricerca si è rivolta anche ad altri archivi locali, nazionali e internazionali.

Le vicende familiari della famiglia Jülg sono tratte da “Il vento della Storia. Ritratti di famiglia a Villa Clementi”. Un libro di Carla Festi e Nicolao Merker che ripercorre le biografie più significative. Una parte dell’archivio familiare si trova presso la Fondazione Museo storico del Trentino.

Si è deciso di non utilizzare i documenti storici in maniera tradizionale ma di sperimentare una modalità innovativa per valorizzare le memorie e il patrimonio storico-archivistico che nel tempo si è raccolto. L’intento è di offrire un’esperienza. Le fotografie si animano, i video vengono rielaborati, le cartoline turistiche diventano tridimensionali, le parole delle scritture popolari si trasformano in una coraltà di voci. Le fonti prendono vita e creano una grande installazione immersiva che



consente di vivere il nostro passato in maniera differente. Nonostante i materiali storici siano stati adattati alle esigenze narrative, ciò che rimane inalterato è il loro carattere di testimonianza: documenti che raccontano la nostra storia.

Nello SPETTACOLO dialogano tecniche di produzione digitale e nuove tecnologie, scenografie e proiezioni, suoni e voci, stimoli e suggestioni che danno luogo ad *exhibit* e a rappresentazioni estremamente coinvolgenti. Queste modalità tendono a coinvolgere l’universo percettivo e sensoriale del visitatore per tutta la durata della visita nella Galleria: un luogo che si presta perfettamente ad accogliere questo tipo di soluzioni innovative.

SPETTACOLO è il risultato di un progetto che ha accomunato la Fondazione Museo storico del Trentino e ITAS Mutua. In occasione dei 200 anni dalla fondazione dalla compagnia assicurativa (1821-2021), questa collaborazione si è concretizzata e ha preso forma grazie ad un bel gioco di squadra, a tanta creatività, competenze e professionalità.

La produzione dell’installazione è stata curata dalla società FilmWork srl.

Infine alcune informazioni pratiche, per chi desiderasse visitare questo “Mostra” così particolare:

Allo SPETTACOLO si accede ogni 45 minuti a partire dalle ore 10.00 fino alle 18.00 dal martedì alla domenica (ultimo spettacolo alle ore 17.15). La visita dura 40 minuti. L’ingresso è gratuito.

È consigliato prenotare la visita sul sito della Fondazione Museo storico del Trentino: www.museostorico.it. Nel caso il visitatore si presenti direttamente a Le Gallerie dovrà attendere il primo posto disponibile. Nell’attesa potrà visitare le altre mostre allestite.

Per il mondo della scuola e della formazione, utilizzando il sistema di prenotazione disponibile sul sito della Fondazione Museo storico del Trentino, si accederà alla prenotazione online dello SPETTACOLO e delle attività didattico-educative proposte nello spazio ESPERIENZA. Informazioni più dettagliate sulle attività didattico-educative si potranno ottenere scrivendo a edu@museostorico.it o chiamando al numero 0461-230482. Solo per i gruppi classe dal martedì al venerdì è previsto uno SPETTACOLO alle ore 09.30.

SPETTACOLO sarà anche fruibile per il pubblico con disabilità visive e auditive grazie alla collaborazione di AbC IRIFOR del Trentino. Informazioni sull’accessibilità a SPETTACOLO saranno disponibili sul sito della Fondazione Museo storico del Trentino: www.museostorico.it.

Info:

Fondazione Museo storico del Trentino

Tel. 0461-230482

www.museostorico.it

comunicazione@museostorico.it



*Michele Toss,
Ricercatore presso la
Fondazione Museo Storico del Trentino
Collaboratore della curatela dell’evento

Decorazioni murali esterne dal Medioevo ai giorni nostri

TRENTO CITTÀ DIPINTA

di *Ezio Chini*

È in uscita nei prossimi mesi un interessante volume sponsorizzato dalla Sezione Trentina di Italia Nostra che cataloga, con numerosi documenti fotografici e ampia descrizione storico-artistica, i palazzi di Trento caratterizzati da facciate decorate.

Si tratta di una importante testimonianza che intende valorizzare la nostra città ma, soprattutto, si prefigge di mantenere la memoria di un passato che è sempre a rischio di essere inghiottito da un presente poco attento alla conservazione di importanti valori artistici, sia in nome di un profitto, che a causa di una non meno condannabile incuria. Riportiamo di seguito quanto scrive Ezio Chini, uno dei coordinatori del progetto e noto per essere stato Direttore del Castello del Buonconsiglio, a proposito della iniziativa.

I decori murali esterne dal Medioevo ai giorni nostri

Dopo la cura conservativa e l'attenzione editoriale nei confronti della pittura murale all'esterno degli edifici che tra gli anni Settanta e gli anni Novanta del Novecento hanno caratterizzato molte città italiane, specie d'area veneta, l'impegno della salvaguardia e valorizzazione è progressivamente diminuito. In quel periodo, anche a Trento vennero effettuati molti importanti restauri per iniziativa della Provincia autonoma di Trento, del Comune di Trento e dei proprietari. Ma ad essi non seguirono, nel corso del tempo, regolari manutenzioni e revisioni delle opere di restauro; la conseguenza fu il progressivo degrado, più o meno accentuato, delle superfici dipinte, con il rischio della loro perdita.

L'interesse per questo prezioso patrimonio culturale è rinato, in area veneta, in anni recenti con la pubblicazione del volume (con banca dati digitale) *Treviso urbs picta*. Facciate affrescate della città dal XIII al XXI secolo, a cura di Rossella Riscica e Chiara Voltarel (Fondazione Benetton Studi Ricerche, 2017). Si tratta di un unicum,



grazie all'ampiezza d'impianto e alle caratteristiche profondamente innovative della ricerca e della comunicazione dei risultati.

A Trento, principale riferimento è ancora il volume *Luochi della Luna*. Le facciate affrescate a Trento, a cura di Enrico Castelnuovo, del 1988. A più di trent'anni di distanza la sezione trentina di Italia Nostra ne propone un radicale aggiornamento, attraverso un censimento completo delle testimonianze pittoriche esterne (circa 140) eseguite tra il XIV e il XXI secolo, un'analisi dettagliata degli aspetti storico-artistici e conservativi e una nuova documentazione fotografica.

Facendo tesoro dell'esperienza di Treviso, si intende dotare Trento di uno strumento simile, in forma sia cartacea che digitale, finalizzato ad approfondire la conoscenza della urbs picta, fornendo nuovi elementi per ripercorrere la storia della città, ma anche per la conservazione, il restauro e la valorizzazione dei decori murali esterni.

Voluto e ideato da Italia Nostra, il volume è in corso di realizzazione d'intesa con il Comune di Trento, con l'Università degli Studi di Trento, con la Soprintendenza per i beni culturali della Provincia autonoma di Trento. Il volume è di grande formato (alt. 31 cm, largh. 24,5 cm) e comprende 224 pagine con un'ampia documentazione fotografica.

Per il coordinamento della ricerca è all'opera un Comitato scientifico formato da otto esperti (storici dell'arte, restauratori, archivisti e biblioteconomisti) designati da Italia Nostra, dal Dipartimento di Lettere e Filosofia dell'Università degli Studi di Trento, dal Comune di Trento e dalla Soprintendenza per i beni culturali.

Il censimento, la catalogazione e l'approfondimento

critico delle testimonianze pittoriche (affreschi, tempe, graffiti, mosaici) vengono realizzati, nello spirito del volontariato, da giovani ricercatori formati in ambito universitario, non pochi dei quali anche a Trento: Alessandra Campestrini, Giosuè Ceresato, Silvia Coraiola, Dario De Cristofaro, Valentina Delbianco, Nicolò Faccenda, Giulia Gambarotto, Chiara Radice, Vittoria Rebecca Rigotti, Sara Tonni.

Il volume ospita saggi di carattere storico, storico-artistico, araldico, archivistico e di metodologia della ricerca curati da Luciano Borrelli, Brunella Brunelli, Serena Bugna, Franco Cagol, Ezio Chini, Emanuele Curzel, Elisabetta Doniselli, Salvatore Ferrari, Roberto Perini, Rossella Riscica, Marco Stenico e Chiara Voltarel.

Il coordinamento editoriale e gli apparati (bibliografia generale, indici) sono a cura di Daniela Dalla Valle con la collaborazione di altri esperti, fra cui Sara Retrosi e Chiara Tozzi. Collaborano fotografi in possesso di archivi importanti, tra i quali Gianni Zotta. Tutti partecipano nell'ambito del volontariato culturale.



QUELLE ESTATI AL POGGIOLO

di Laura Pasquali

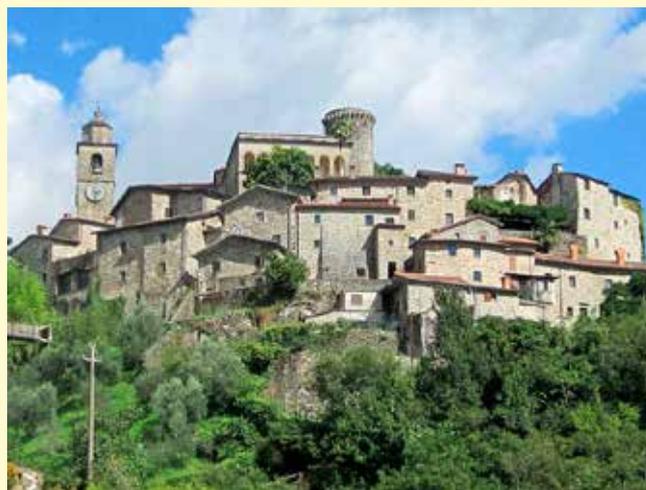
Mi è capitato di leggere il bel libro di Francesco Guccini *Tra lumme e scuro* e questo mi ha riportato alla mente i luoghi dell'Appennino in cui ho trascorso tante stagioni felici. Si tratta dell'Appennino Tosco-emiliano: ci si arriva da Bologna con la Porrettana. Il treno fermava a Molino del Pallone e poi si andava su a piedi per circa 4 km fino a Casa Boni e poi al Poggiolo dove abitavano i miei nonni e dove è nata la mia mamma. I nonni stavano in una bella casa del 1590, che d'estate ospitava tutti noi. C'era un ingresso, una piccola cucina, una stanza grande con il camino, saliti tre gradini la sala da pranzo, poi una camera da letto. Una scala portava a una seconda camera, una rampa ad altre due camere con un piccolo terrazzo. Nella parte sottostante si accedeva a due stanze dove c'erano le madie che contenevano le farine di castagne, di grano, di



granoturco e altre provviste; una porta conduceva all'aia sottostante dove si affacciavano le case dei vicini.

La prima volta ci siamo arrivati d'estate, dopo la guerra, credo nel 1946, dopo un lungo viaggio con sosta a Bologna, un tratto in treno e poi su un camioncino e infine a piedi.

Ci ritrovavamo d'estate con le cugine, i cuginetti, gli zii e vedevamo così la nonna Vittoria e il nonno Narciso. Riuscivamo a stare tutti in quella casa; noi bambini dor-



mivamo testa e piedi nel letto. In casa non c'era l'acqua allora la si andava a prendere alla "Fontana" con le brocche e i fiaschi. In ogni camera c'era un catino e una brocca per lavarci. All'inizio il bagno non c'era, solo un brutto gabinetto in cantina e allora si andava nell'orto davanti a casa dietro alle culuie, le nocchie. Più tardi hanno fatto un gabinetto nell'orto e molto dopo un bel bagno in cantina.

Come ho detto l'acqua non c'era, poi è arrivata una fontana nella piazzetta sotto casa e finalmente l'acqua dal rubinetto, ma molto dopo. Alla Fontana c'era un lavatoio quadrato dove tutte le donne andavano a lavare i panni e chiacchieravano.

La luce elettrica l'aveva portata Gosto che aveva il mulino, pensate che genio! Quando la luce mancava bastava affacciarsi alla finestra della cucina e gridare: "Gosto la luce", e la luce tornava.

I nonni avevano un orto davanti a casa poi altri orti più in alto: si prendevano lì la frutta e le verdure. Più su c'era la stalla con quattro pecore, lo stalluccio del maiale, davanti a casa le galline e i conigli. Facevano il pane nel forno sotto casa, si univano alla farina le patate per renderlo più morbido e poi si facevano i necci. I necci sono delle tortine tonde fatte con la farina di castagne, servono da pane, quelli con un po' di pancetta sono i necci guerci.

Nelle stanze in basso c'erano le madie con la farina di castagne che noi bambini prendevamo e mangiavamo con gioia, con il risultato di avere il mal di pancia!

Il nonno aveva i castagneti che coprivano i lati della montagna. Con i figli e le figlie raccoglieva le castagne,

Il racconto

le faceva seccare nel caniccio (seccatoio), le portava al mulino per avere la farina di castagne e in cambio anche la farina bianca.

Come erano ben organizzati lì al Poggiolo i nonni e i vicini: a turno ogni giorno uno di loro portava le pecore (al peggre) di tutti al pascolo: sette giorni e sette turni. Sono andata anch'io con la nonna ma non ero brava, correvo dietro agli agnelli e loro scappavano.

Noi bambini giocavamo nel sassone, quanto ci divertivamo. I pomeriggi più belli li passavamo andando alla iara, il torrente. Scendevamo per sentieri scoscesi e arrivavamo in un punto dove si poteva fare il bagno. Non c'era una pozza d'acqua abbastanza profonda e ampia, allora costruivamo una piccola diga, il livello dell'acqua si alzava e si creava una piccola piscina dove nuotavamo con i girini. Ci tuffavamo da quelle pietre piatte: che incoscienti! Ho scoperto leggendo un libro di Guccini, che iara non era il nome del torrente, ma iara vuol dire torrente. Erano pomeriggi felici, ci accompagnavano gli zii, zia Lea, zio Ivo o la mamma e tornavamo a casa appagati.

C'è stato sempre un legame profondo con tutti i cugini, gli zii, i nonni. Ora non è rimasto quasi nessuno: se ho scritto delle inesattezze non ho modo di controllare.

La mamma ci raccontava che quando era bambina e poi ragazza nelle sere d'inverno si riunivano in molti davanti al camino. Tra i vicini Ligio (Eligio) aveva i libri e così leggevano ad alta voce "La sepolta viva", "Il bacio di

un morta" di Carolina Invernizio. La zia Giovannina si commuoveva e diceva "puvrina".

Il nonno anche se aveva tutti quei terreni che fornivano le castagne e gli orti e le pecore e il maialino doveva andare a lavorare in Francia e in Germania perché lì nella zona il lavoro non c'era. Andava su con gli altri, vivevano insieme, si facevano da mangiare. Quando tornava insegnava ai figli le parole che aveva imparato, la mamma ce lo raccontava. Erano persone semplici ma di grande signorilità. Si aiutavano, quando c'era bisogno, senza esitare. La nonna trattava gli ospiti come signori. Una donna, Maria, veniva a dire le preghiere e le litanie seduta sulla panchina di pietra davanti a casa e la nonna la trattava con riguardo come fosse un ospite importante. Quel mondo non esiste più.

Ancora una notazione geografica. A piedi si passava da una provincia all'altra. Per andare alla casa di zia Lea a Lagacci si scendeva a piedi fino al Reno che divide l'Emilia dalla Toscana e poi si risaliva sull'altra sponda fino a raggiungere la stessa quota di circa 700 m sul livello del mare.

Al Poggiolo siamo andati una volta, ai Santi. Si scaldava la casa con il camino e la stufa della cucina. Le camere da letto erano al freddo. Per scaldare il letto si usava il prete (intelaiatura di legno che si infila sotto le lenzuola e regge lo scaldino).

In questo modo, dopo un po', il letto era caldo e si dormiva bene. Se il prete non era disponibile, prima di coricarci scaldavamo un mattone, lo avvolgevamo in un panno e lo infilavamo nel letto. All'inizio si sentiva freddo ma poi si stava bene. In sala da pranzo si metteva un braciere con i tizzoni sotto il tavolo per scaldare i piedi.

In quel luogo sento ancora le mie radici: il profumo di un'erba o di una pianta che non ho sentito altrove. Ora quel mondo non esiste più. Io non ci sono più tornata ma so che, forse, solo una famiglia o due vivono tutto l'anno al Poggiolo, mentre le altre case si aprono solo d'estate. A Casa Boni invece si vive tutto l'anno e c'è una bella bottega. Mi piace dedicare queste brevi note a tutti coloro che hanno amato questi luoghi e che noi, ancora oggi, chiamiamo "i Boschi".



CAMBIO DI CAMPO

di Anna Maria Ercilli

Un giorno come tanti, anche in vacanza il tempo sembra fermarsi nelle ore più calde, Olga doveva uscire dopo mezzogiorno per un appuntamento telefonico. Si ritrova nella via centrale deserta, i negozi chiudevano per la pausa e l'ultimo furgone si stava allontanando. Il borsello sottobraccio, cammina guadagnando l'ombra delle case, guarda davanti a sé, sotto il sole a picco vede un bimbetto urlante, correre scomposto, il visetto sporco di gelato, i capelli biondi spettinati, sembrava l'illustrazione del Piccolo principe di Saint-Exupéry.

Cosa fare – incredibile ma quel bambino era solo, nessun adulto vicino a lui, se arriva una macchina nella zona vietata al traffico, è in pericolo -

Si guarda attorno, lo chiama, prova a rincorrerlo, ma lui è veloce nella disperazione di trovare due braccia familiari, non si lascia fermare, corre e grida spaventato.

Come mai non riesce a raggiungerlo, deve pensare all'allenamento sportivo dei tempi andati per ritrovare l'agilità utile, riprende a correre cercando di pararlo di fronte, che possa vedere il viso amichevole e non minaccioso di una sconosciuta.

Riesce a fermarlo inginocchiandosi a terra, abbraccian-dogli le spalle e parlando dolcemente per rassicurarlo, non capiva, forse era del nord Europa. Sempre parlando lo prende in braccio, e decide di portarlo a casa, era a pochi passi.

Entra, accolta con stupore da tutta la famiglia, la lasciano occuparsi del bambino senza fare troppe domande – ho trovato il bambino tutto solo in strada qui a Pia, devo uscire subito e cercare la sua famiglia nel vicino camping, chiamerò i vigili urbani - per prima cosa gli lava il visetto e le mani impiastriate, poi gli porge un bicchiere d'acqua che beve avidamente, gli scapperà la pipì? Pensa che sia meglio non fare troppo, magari si spaventa, quindi si riavvia verso l'uscita, il piccolo sem-



bra tranquillizzato, le si aggrappa al collo fiducioso. Con un senso di protezione passa una carezza sulla testa sudata.

In strada incrocia solo una donna, la ferma – signora per cortesia può tenermi il borsello un attimo che accomodo meglio il bambino, grazie – con naturalezza surreale, si incammina, più avanti vicino al club del tennis trova aperta una rosticceria, entra con il bambino sempre in braccio, chiede al commerciante avvolto nel grembiulone bianco se lo riconosce, se qualcuno lo cerca – no non ha idea di chi sia e nessuno sembra cercarlo -

Olga chiede un po' di collaborazione – informa che andrà al camping, se lo cercano dica dove sono diretta – riprende la strada lungo il torrente Sciusa, prende la via in salita, si accorge ora del peso che porta in braccio, ansimando arriva all'entrata, chiama, le si fanno attorno alcune persone, ma nessuno conosce il piccolo, sembra parli danese.

Qualcuno si incarica di telefonare ai vigili urbani, nello stesso momento Olga vede all'inizio della via, due uomini, il commerciante con il grembiule bianco che indica il camping ad un uomo biondo e magro con la faccia stravolta, non poteva essere che il padre.

Posa il bambino a terra indicando la via, uno scatto, padre e figlio corrono a braccia tese uno incontro all'altro. La felicità ritrovata non ha bisogno di estranei, lei si allontana discreta, poteva tentare un'ultima carezza.

In conclusione – mentre il padre giocava una partita a tennis, il bambino seduto in panchina lo aspettava leccando un gelato, quando il padre cambia campo, non lo vede più, e inizia la sua corsa disperata – il padre ignaro, altrettanto disperato incontra il provvidenziale commerciante, il lieto fine è conosciuto.

L'ARTE VERSO LA FILOSOFIA

di Giovanni Ferri

L'arte contemporanea suscita spesso atteggiamenti contrastanti che vanno dall'esaltazione alla critica estrema. Le accuse più ricorrenti sono: "manca un gradimento estetico" o "non c'è abilità esecutiva". Se, per esempio, ci si pone di fronte allo *Scolabottiglie* di Duchamp o all'opera *A line made by walking* di Richard Long si rimane esterrefatti ci si chiede "che significato ha?", "è davvero arte?", "dove sta la bravura in tali opere?". Duchamp, si dirà, si è "limitato" a usare uno dei tanti oggetti della vita quotidiana elevandolo ad opera d'arte. Long, invece, si è messo a camminare su un prato in linea retta finché non ha fatto diventare piatta l'erba. Vi sono due modi per superare questo impasse e apprezzare l'arte contemporanea. Il primo è approfondire la conoscenza stessa dell'opera e del suo autore; il secondo è quello di metterla in relazione con la filosofia.

Ciò va fatto, però, in un modo del tutto diverso dalla visione ottocentesca in quanto la definizione di bellezza da un punto di vista estetico non sarà più il criterio per giudicare un'opera d'arte o per ritenerla tale. Uno sguardo sull'arte di oggi, infatti, sembra indicarci che il "bello" non rientra più nei criteri di giudizio o almeno non nei termini in cui i teorici dell'estetica, Baumgarten e Kant, lo intendevano. È soprattutto quest'ultimo che ha delineato il canone di bellezza di un'opera d'arte connettendolo al gusto e cercando di conciliare la soggettività del giudizio estetico con l'universalità intesa come consenso altrui. Per Kant la bellezza non è semplicemente ciò che piace secondo il detto comune non è *bello ciò che è bello, ma è bello ciò che piace*. Bello, invece, è ciò che piace seguendo un giudizio estetico o di gusto e, in particolare, è l'oggetto di un piacere senza interesse, che deve essere universale, ovvero deve piacere oggettivamente a tutti, e deve essere senza concetto. Questa universalità, in altri termini, non è di carattere concettuale o conoscitivo ma è tale perché vale per ogni



Duchamp: Scolabottiglie.

soggetto nel senso che va commisurata al sentimento di tutti. Se ci si pone, infatti, di fronte a quadri come *La tempesta* di Giorgione o il *Tondo Doni* di Michelangelo non abbiamo dubbi nel considerarle "belle". Altri filosofi, dopo Kant, hanno pensato che ci fosse un modello universale per definire un'opera d'arte affermando che l'eccellenza artistica può essere trovata nella stessa struttura dei suoi elementi.

Nel corso del '900 tutto questo sembra progressivamente superato in quanto già nelle prime avanguardie artistiche, dal cubismo all'astrattismo, si possono intravedere la crisi del criterio stesso di bellezza. Il definitivo rifiuto, se così si può dire, può essere collocato subito dopo la seconda guerra mondiale in un percorso che arriva sino ad oggi con un rifiuto di canoni estetici sempre più radicale. Prendiamo qui, come esempio l'arte concettuale. Il termine stesso sembra proprio indirizzarci verso una forma artistica fortemente impregnata di filosofia già nel termine che usa, "concetto", che, paradossalmente, riprende la terminologia kantiana.

L'arte concettuale si sviluppa, più o meno, tra il 1966 e il 1972 ma le sue radici si possono rintracciare nell'opera di M. Duchamp che per primo utilizzò oggetti della vita quotidiana reinventandoli come opere d'arte attraverso il *ready-made* (pronto per l'uso): lo scolabottiglie perde la sua funzione pratica e attraverso una ideazione si propone come oggetto artistico. Questo, poi, non deve compiacere l'occhio e non deve essere, come dice Duchamp, retinico come un quadro di Caravaggio. Più che altro deve invitarci a ragionare e a porci la do-

manda: “perché questa è arte?” Non deve appagare i sensi ma, piuttosto, l’intelletto. Anche la cosiddetta scuola di New York, nel secondo dopoguerra, con Rothko e Newmann, va in questa direzione accentuando sempre di più l’aspetto progettuale. Questi artisti, in effetti, mettono al centro dell’attenzione non l’oggetto artistico ma l’idea che è, *necessariamente, un atto estetico*. Il bello è il residuo di una tradizione artistica, quella europea, e quindi *va accantonato ovunque si presenti*. (...) *In ogni nostro quadro è presente l’evidenza di una rivelazione, reale e concreta; tutti, purché non li guardino attraverso le lenti nostalgiche della storia dell’arte, possono comprendere i nostri quadri*. In pratica si rifiuta un modello filosofico, quello estetico classico, ma nello stesso tempo si rende l’arte “filosofica” nella sua più intima essenza. Ciò fa di questo movimento un’anticipazione del concettualismo vero e proprio di cui Joseph Kosuth è il fondatore. Egli, riprendendo proprio la lezione di Duchamp, contesta fortemente l’arte tradizionale e la nozione stessa di estetica come delineata dal modello kantiano. Anzi occorre separare l’estetica stessa dall’arte perché essa è sempre



estranea alla funzione o ragion d’essere di un oggetto. Anche nelle avanguardie del primo ‘900 (Cubismo, futurismo, surrealismo, astrattismo) Kosuth vede lo sforzo di esprimere cose e forme nuove all’interno, però, di un linguaggio che resta sempre lo stesso nella dimensione “ristretta” e penalizzante di una tela o scultura. La ricerca formale è un puro esercizio estetico che non mette in dubbio ciò che il nostro chiama la natura dell’arte. Duchamp, che Kosuth considera precursore del concettualismo, ci insegna che si può usare un altro linguaggio: “il ready-made mutò la natura dell’arte da una questione di morfologia a una questione di *funzione*. Tutta l’arte, dopo Duchamp è, per Kosuth, concettuale”. Molti, infatti, inseriscono in questo ambito anche la *Land art* di



Christo, l’*arte povera*, la *body art*, narrative art e così via. Tutte queste tendenze dell’arte di oggi, infatti, hanno in comune sia una forma di comunicazione fortemente antiestetica sia lo scopo fondamentale dell’arte concettuale: trasformare la ricerca artistica in una ricerca sul significato stesso dell’arte.

Se osserviamo un’opera concettuale immediatamente ci provoca un senso di indeterminatezza e, contemporaneamente, di insicurezza. Se potesse parlare non ci direbbe, come un quadro di Monet, “sono un quadro”, cioè un’opera d’arte, ma bensì: “potrei essere un’opera d’arte?” Filosoficamente il suo senso può essere contenuto più che in una risposta, in una domanda. Prendiamo ad esempio l’opera di Kosuth *One and three Chairs* (una e tre sedie), realizzata nel 1965. La sedia viene presentata in tre modi: al centro è collocata una vera sedia di legno pieghevole. A sinistra è esposta una sua foto a grandezza reale. A destra, invece, c’è la riproduzione, ingrandita, della voce *chair* (sedia) ripresa da un vocabolario. Chi osserva rimane piuttosto perplesso perché si pone una serie di domande: quale delle tre sedie è effettivamente la sedia? L’oggetto reale o la sua rappresentazione? Oppure la sua descrizione linguistica? In realtà, come si è già detto, l’aspetto non è l’elemento più importante. L’opera tende a coinvolgere l’intelletto dello spettatore

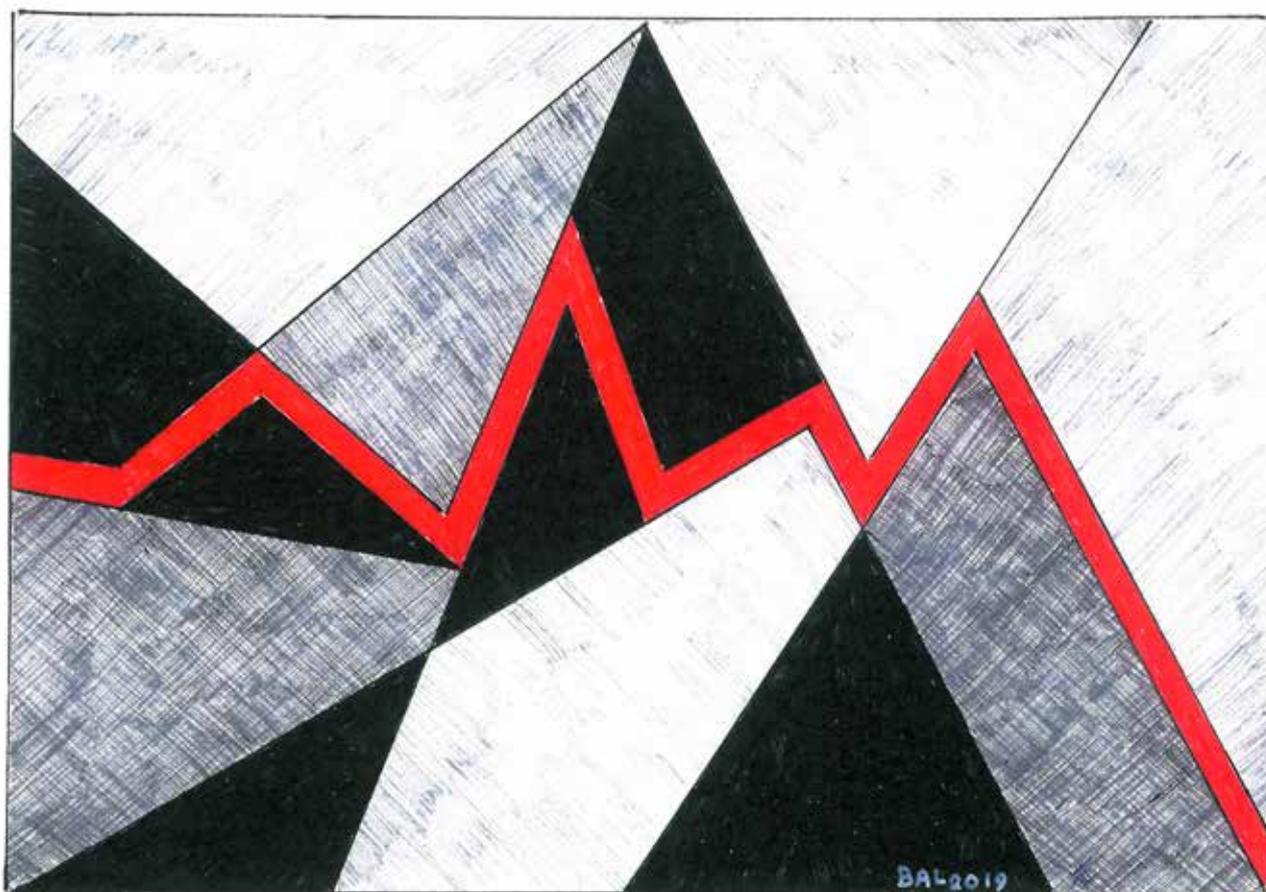
più che il suo sguardo o le sue emozioni, in modo da evidenziarne sia la dimensione progettuale che di pensiero: il concetto è più importante dell'oggetto in sé, l'idea è "una macchina che crea l'arte" come sostiene LeWitt. La ricerca allora, non è sulla forma, ma sul significato stesso dell'arte eliminando ogni riferimento all'innovazione stilistica. L'estetica, come sostiene Osborne, non può configurare l'artistico e l'orizzonte concettuale è la cifra dell'arte stessa. Il fine, quindi, non è mostrare particolari abilità tecniche dell'artista, ma stimolare la ragione portandola alla riflessione. Questo è anche il motivo, come dicevamo all'inizio, perché il concettualismo è pensare l'arte stessa come filosofia. In questo senso il valore degli artisti, dice Kosuth, può essere soppesato in base ciò che hanno aggiunto alla concezione dell'arte.

Tutte queste idee sono condensate proprio nel suo famoso saggio, *L'arte dopo la filosofia*, dove sostiene che la filosofia del '900, soprattutto quella continentale, non ha più niente da dirci e che il suo posto possa essere preso proprio dall'arte. L'accento viene posto sugli aspetti linguistico-filosofici attingendo, con una elaborazione personale, sia ad alcune tesi del secondo Wittgenstein che alla filosofia analitica inglese considerata unica filosofia "sopravvissuta". In particolare Kosuth configura

l'opera d'arte linguisticamente come una sorta di proposizione analitica dove la sua validità non è data dal suo legame con l'esperienza ma dipende solo dai simboli che contiene. In questo senso l'opera d'arte è "una proposizione presentata nel contesto dell'arte a commento dell'arte". Da ciò ricava una tesi estrema, forse discutibile, e cioè che un'opera d'arte è una *tautologia*, una presentazione dell'intenzione dell'artista, e non fornisce informazioni su dati concreti. L'arte, dunque, è vera a priori ed è proprio l'arte concettuale, in quanto libera da costruzioni morfologiche, a "rispecchiare" il nostro tempo e a sostituirsi alla filosofia. Una conclusione forse un po' troppo forte. Mi piace pensare, invece, che la vera intenzione di Kosuth è quella di un *movimento* dell'arte verso la filosofia, ad una connessione sempre più stretta, e non una sostituzione vera e propria.



*Professor Giovanni Ferri,
Docente di Filosofia



-LA RABBIA E POI LA CALMA-

Una pianta tropicale importata dalle Indie Occidentali nel XVI secolo

L'ORCHIDEA

di Luigi Tomio



Vanda Miss Joaquim

Non ho mai posseduto un pollice verde particolarmente sviluppato ma da quando, circa quindici anni fa, mi sono trasferito nella nuova casa le mie orchidee hanno trovato una giusta esposizione e atmosfera tanto da fiorire in modo sorprendente una o anche due volte all'anno a patto di osservare alcune regole di coltivazione e cura di questa pianta (l'orchidea non deve essere esposta alla luce diretta del sole, salvo eccezioni. L'illuminazione deve essere solitamente abbondante ma filtrata, magari da una persiana o da una tenda, in maniera che foglie e fiori non si brucino e che allo stesso tempo ricevano la giusta quantità di raggi solari. Non bisogna poi esagerare nell'annaffiare l'orchidea. È bene dare acqua alla pianta ogni 5/12 giorni, aumentando la frequenza nella stagione più calda. Ponete comunque sempre attenzione ai ristagni d'acqua per evitare che la pianta marcisca). Tra noi è scoppiata la passione e ho scoperto che da questo sentimento comune a molti - c'è chi parla di vera e propria "orchidofilia" - diventa poi difficile separarsi. Infatti le orchidee sono tra i fiori più belli, sofisticati ed eleganti presenti in natura. Avvolte da un'aura misteriosa dovuta anche alla presunta difficoltà di coltivarle, molte sono le leggende attorno a questa pianta, a cominciare dal nome stesso: orchidea deriva infatti dalla parola greca "orchis" che sta per "testicolo" e si riferisce alla caratteristica presenza di due tubercoli sferici alla base delle radici del tubero. Il fiore fu identificato per la prima volta da Teofrasto botanico e filosofo dell'antica Grecia che visse tra il IV e III secolo a.C. e che scelse nel suo trattato di botanica "De Historia Plantarum" di nominarlo con la parola "orchis" proprio per questa somiglianza anatomica. A contribuire all'accostamento potrebbe essere stato anche il mito di Orchis, figlio di una ninfa e di un satiro che fu ucciso durante un baccanale perché tentò di violentare una sacerdotessa del dio Bacco. Si narra che gli dei, impietosi

dalla bellezza del giovane, decisero di trasformarne il corpo in un splendido fiore, e così nacque l'orchidea. Un'altra curiosità interessante è che analizzando il polline di una pianta ormai estinta e rinvenuta all'interno di un'antica ambra, si è scoperto che questo fiore è vecchio più di 65 milioni di anni. Praticamente preistorico. Si deve però arrivare al XI secolo, per trovare il primo vero e proprio trattato di coltivazione delle orchidee ad opera dei cinesi i quali amavano ed amano molto questo fiore esaltato nelle loro feste di primavera e da sempre utilizzato non solo per allontanare le influenze maligne ma anche come afrodisiaco ed efficace rimedio contro la sterilità. Anche gli Aztechi conoscevano l'orchidea in particolare la specie *Vanilla* che veniva usata per creare fragranti bevande a base di caffè, cacao e vaniglia utilizzando il baccello. L'orchidea, come noi la conosciamo in Europa, nasce come pianta tropicale importata dalle Indie occidentali nel XVI secolo grazie a un sacerdote gesuita ma è pur vero che i resti più antichi sono stati trovati in Italia sul monte Bolca vicino a Verona. Le prime specie di orchidee introdotte nelle serre europee furono i *Cymbidium*, gli *Epidendrum*, i *Phaius*, la *Vanilla*. Furono principalmente l'Inghilterra e a seguire l'Olanda che contribuirono maggiormente a scoprire e a diffondere queste straordinarie piante in tutto il mondo. La specie più popolare e diffusa nel mondo è sicuramente la *Phalenopsis*. Il nome della pianta è dovuto alla particolare forma del suo fiore: da *phalaena*, farfalla, e *opsis*, simile, il nome indica proprio la tipica forma a farfalla dei fiori. Nome di questa specie che venne inventato nel lontanissimo 1852 da Carl Ludwig Blume, un botanico che si innamorò della bellezza di un'orchidea ammirata sull'isola di Giava, nella lontana Indonesia. La *Phalenopsis* appartiene alla vastissima famiglia delle *Orchidaceae* composta da più di 800 generi e quasi 30.000 specie differenti, senza contare gli ibridi. A loro volta le

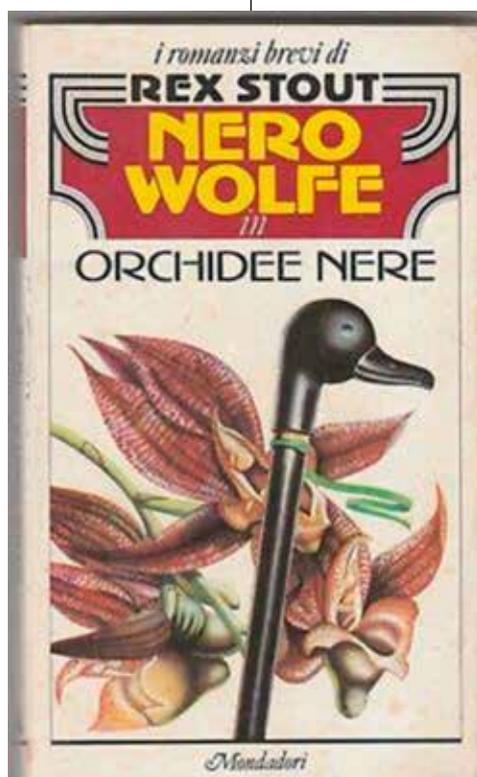
Orchidaceae sono piante monocotiledoni appartenenti all'ordine delle *Orchidales* (o *Asparagales* secondo la classificazione APG). Questa famiglia è costituita da piante erbacee perenni, alcune delle quali sono in grado di assorbire dall'acqua presente nell'ambiente le sostanze necessarie alla loro sopravvivenza tramite le radici aeree (autotrofia) e capaci anche di nutrirsi assimilando sostanze da organismi in decomposizione (sapròfite). Si tratta sostanzialmente della pianta erbacea perenne con più varietà e specie al mondo sia per il numero dei suoi esemplari che per la sua propagazione. Come già anticipato il maggior numero di orchidee hanno origine nelle zone del mondo tropicali e sub-tropicali, come l'Asia, ma anche il Centro America e il Sud America mentre soltanto un'esigua minoranza, pari al 15%, cresce invece nelle zone più fredde in modo spontaneo. In Italia le orchidee selvatiche comprendono 29 generi e 190 tra specie e sottospecie. Tra queste ultime anche la profumatissima e rara *Nigritella Nigra* delle nostre montagne. Grazie al fatto che uno dei miei figli da molti anni vive e lavora nel sud-est asiatico, ho avuto la fortuna di visitare in più occasioni la città-stato di Singapore. Di cose da vedere a Singapore ce ne sono parecchie (oltre, al momento giusto, al Gran Premio di Formula Uno che si corre per le strade della città attorno a Marina Bay) ma se c'è una cosa che consiglieri di vedere sicuramente a tutti quella è il Royal Botanical Garden con la sua parte più bella: il National Orchid Garden. Situato nel cuore del Royal Botanical Garden, creato nel 1928 e dichiarato Patrimonio dell'umanità Unesco nel 2015, il National Orchid Garden è una stupefacente esposizione di orchidee tropicali immersa in una lussureggiante vegetazione. Qui, su una superficie di 3 ettari, è ospitata la più grande collezione al mondo di orchidee. A causa della mia passione non ho potuto evitare di fare una visita a questo autentico museo dei fiori: la bellezza delle orchidee conservate qui è qualcosa che non ha eguali. Si tratta di ammirare 60.000 gli esemplari di orchidee presenti nel giardino, con 1.000 specie diverse e 2.000 ibridi, di cui circa 600 in mostra in quanto i giardinieri le fanno ruotare in base alla fioritura. Entrare nel National

Orchid Garden significa immergersi in un meraviglioso giardino fatto di orchidee coloratissime e un paesaggio curato fin dei minimi dettagli.

All'ingresso la prima cosa che si incontra è una maestosa fontana d'acqua cascante con le sculture di due gru. Alla fontana fanno da sfondo palme, cespugli lussureggianti e una miriade di orchidee colorate. Superata la fontana e proseguendo sulla sinistra si incontra un sentiero fiancheggiato da migliaia di orchidee disposte su splendidi e curatissimi archi, un luogo ideale per scattare qualche foto di ricordo. Proseguendo si trova la zona della *orchidea tigre*, la specie di orchidea più diffusa al mondo, in genere epifita (cioè che cresce su altre piante ma si sostiene da sola) ma occasionalmente litofita (cioè che cresce sulle rocce). Poco oltre si raggiunge la Burkill Hall, una casa coloniale di fine '800, che ospitò Sir Henry Nicholas Ridley, stimato botanico e "orchideologo" oltre che primo direttore dei giardini. Appena fuori si trova il VIP Orchid Garden, dove si trovano diversi esempi di orchidee ibride create su misura per celebrare la visita ai giardini di personaggi illustri. Da ammirare fra tutte una splendida orchidea dedicata a Lady Diana, ma anche a Margareth Thatcher, Nelson Mandela, Laura Bush e Angela Merkel. Appena oltre ecco la *Vanda Miss Joaquim*, la prima orchidea ibrida creata nel parco, poi eletta fiore nazionale di tutta Singapore per via della sua bellezza, resistenza e capacità di fiorire nel corso di tutto l'anno. Proseguendo nel percorso si incontra la Tan Hoon Siang Mist House, dedicata al filantropo Tan Hon Siang, che ospita una collezione di specie rare e pluripremiate di orchidea, come la *Vanda Mini Palmer* o la *Vanilla planifolia* (da cui si ricava la vaniglia) e la Yuen-Peng McNeice Bromeliad Collection che ospita Bromeliacee provenienti dalla Florida. Percorrendo la passerella punteggiata di *Argyrea nervosa* si arriva alla Cool House, una serra che simula una foresta tropicale, dove tra alberi e rocce si trova una profusione di specie di orchidee che crescono sui tronchi degli alberi, tra cui specie notevoli come la *Bulbophyllum echinolabium*, oltre a felci e piante carnivore. La visita al National Or-



chid Garden dura in media 45 minuti ma vi confesso che non è difficile riuscire a trascorrervi tutta la giornata o quasi come è capitato a me. Esiste un altro posto a Singapore dove si possono ammirare in tutto il loro splendore le orchidee: i Gardens by the Bay, una città in un giardino. Qui colpisce la presenza di due gigantesche cupole formate da migliaia di pannelli di vetro: sono le serre chiamate Cloud Forest e Flower Dome. La Cloud Forest si sviluppa intorno ad una montagna artificiale di 35 metri d'altezza, che alberga la cascata artificiale più alta del mondo. Scendendo lungo la montagna, sono visibili i diversi ecosistemi che esistono a seconda dell'altitudine, alcuni dei quali ospitano esemplari silvestri che crescono a più di 2.000 metri d'altitudine. Il Flower Dome, invece, è considerato il giardino d'inverno più grande del mondo, con i suoi 12.000 metri quadri di superficie. Al suo interno, è possibile trovare specie floreali provenienti da ogni continente tra cui, appunto, le meravigliose orchidee. Poiché le orchidee sono una famiglia vastissima, eterogenea e largamente diffusa, sono entrate in molti modi nella vita dell'essere umano. Lo fecero anticamente le specie europee ed orientali i cui tuberi erano utilizzati da tempi memorabili in medicina, e per confezionare prodotti alimentari. Sin dall'antichità infatti, dai tuberi radicali delle orchidee, bolliti, seccati e polverizzati, si ricava il "salep", ossia una farina commestibile, una specie di fecola, ricca di amidi, proteine, zuccheri e cumarina, che nella credenza popolare si pensava avesse proprietà contro la infertilità maschile e femminile, proprio per le sembianze conformazionali dei tuberi con gli organi riproduttivi maschili. Si usava anche come emolliente e veniva consigliato nelle infiammazioni della mucosa e nelle diarreie infantili. Nella medicina popolare inoltre si credeva che la "scarpetta di Venere" (*Cypripedium calceolus*) avesse proprietà antispasmodiche. Oggi è stato appurato che i reali poteri terapeutici delle Orchidaceae, di cui peraltro ai giorni nostri è vietata la raccolta, sono scarsi o nulli. Successivamente ed in circostanze varie, queste piante hanno fatto il loro ingresso nelle arti magiche e nei riti religiosi. Nell'ambito letterario mentre in Oriente da sempre le



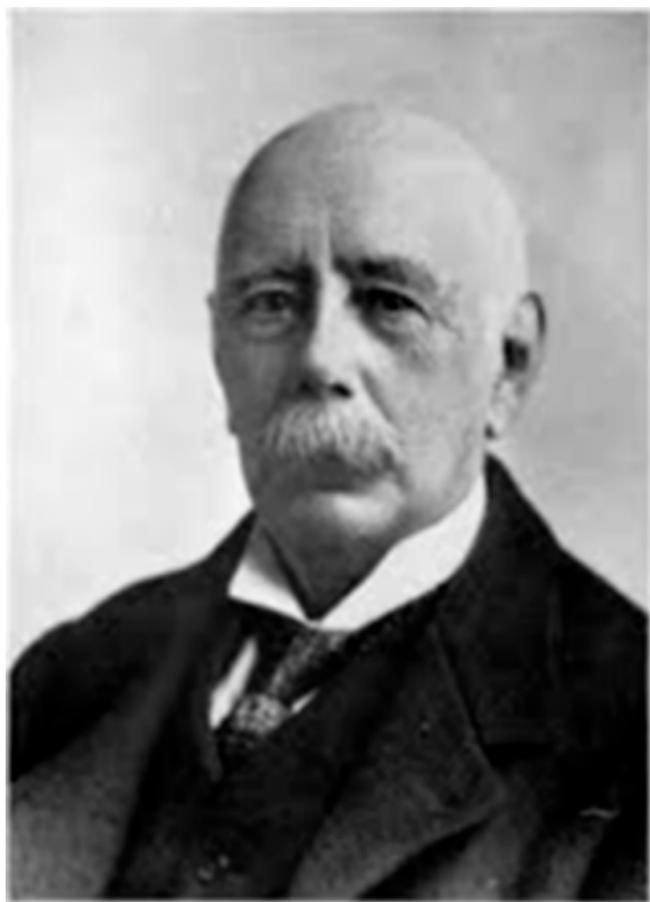
orchidee hanno ricevuto accoglienza nei testi letterari (Confucio ne esaltava bellezza e profumi già nel VI a.C. e il V secolo a.C), in Occidente sono rimaste piuttosto ai margini, confinate ai soli aspetti commerciali e

farmacologici, e soltanto nei tempi moderni alla fine del Settecento hanno trovato posto nella letteratura, nell'arte, nella vita di società, nel cinema. Fiera ma al contempo fragile, affascinante e misteriosa con le sue venature a contrasto e le foglie carnose, questa pianta dai caratteristici tre sepalii superiori e tre petali inferiori è entrata di diritto nelle opere di molti artisti quali Gabriele D'Annunzio, Guy de Maupassant e Marcel Proust, nei quadri di Manet, di Georgia O'Keeffe e nelle foto di Robert Mapplethorpe. Vediamo. Sembra ormai certo che alcune delle piante presenti nel bouquet di erbe e fiori della folle Ofelia, altro non fossero che orchidee.

Nell'Amleto shakespeariano la regina, annunciando l'avvenuta morte della giovane, la descrive nei suoi ultimi istanti, quando avvolta dalle

nebbie del delirio, si incammina cantando verso il ruscello che la trascinerà via. Reca con sé curiose ghirlande composte di ranuncoli, ortiche, margherite e "fiori purpurei" cui gli sboccati pastori danno un nome triviale, mentre le caste fanciulle le chiamano "dita di morto". È assai probabile che si trattasse di orchidee, certamente conosciute dai contadini con termini scurrili. Le orchidee attirano anche l'attenzione di John Ruskin, grande intellettuale inglese dell'Ottocento, che portò avanti con fervore una crociata sul bisogno di bellezza in un mondo dove il grigio squallore della civiltà industriale minacciava di sommergerla. Insieme all'arte, che lui considerava un mezzo per innalzare vita spirituale, i fiori divennero la maggiore espressione e testimonianza della bellezza divina ma solo quelli "innocenti" quali il giglio, l'iris, le rose, o quelli delle campagne. Non è un caso che sia proprio Oscar Wilde ad essere stato assunto come simbolo dell'orchidea avendo scritto nel suo *Ritratto di Dorian Gray* "Ieri colsi un'orchidea per mettermela all'occhiello; era una mirabile cosa, tutta macchiata, efficace come i sette peccati mortali." Ma l'autore che ne rimase più di tutti affascinato fu Marcel Proust (1871-1922). È in una scena chiave della *Recherche* che Marcel

Proust colloca la metafora erotica dell'orchidea. Siamo nelle prime pagine di *Sodoma e Gomorra* (uno dei sette volumi della *Recherche*). L'orchidea è il simbolo della passione di Swann per Odette e la rara specie *Cattleya*, da lei preferita, diventa un codice segreto a preludio di un rapporto intimo tra i due amanti mentre, in un altro episodio, l'orchidea diventa una metafora erotica omosessuale. Immagine-chiave, dunque, per Proust. Fiori esotici e francesi per eccellenza, se è vero che, prima di Proust, anche Maupassant aveva definito le orchidee "esseri prodigiosi, inverosimili, figlie della terra sacra, dell'aria impalpabile e della calda luce". "Grotteschi e multiformi" in d'Annunzio. Nel *Piacere*, il Vate, soffermandosi sulle suppellettili in casa di una marchesa alla moda, intravede tra porcellane e argenterie, un vaso di Murano con dentro, appunto, un'orchidea "sanguigna e difforme". "Fior diabolico" è il commento di donna Elena, che nel guardarla non nasconde un moto di repulsione. Sylvia Plath, poetessa e scrittrice statunitense del secolo scorso anni dopo, avrebbe usato aggettivi analoghi: "mostruoso", "diabolico". Diabolico? In Italia, come in area anglosassone, il suo colore è il noir (in realtà un



Sir Henry Nicholas Ridley

marrone scuro). Per la verità, un'aria già un po' minacciosa assume nel *Manifesto futurista* del 1917, dove Marinetti immagina appunto, nella "danza mitragliatrice", una ballerina con una grande orchidea bianca e rossa tra le labbra, che verrà poi agitata febbrilmente "come una canna durante lo sparo". Bisognerà aspettare comunque ancora qualche anno perché anche da noi il fiore proustiano venga definitivamente sdoganato nel genere poliziesco, forse in omaggio al più celebre coltivatore di orchidee della letteratura, il detective-gastronomo Nero Wolfe di Rex Stout che fu il protagonista di 33 romanzi e 39 romanzi brevi tra gli anni '30 e il '70, uno dei quali fu intitolato *Orchidee nere* e al più prolifico dei giallisti, l'inglese Edgar Wallace, che scrisse *L'enigma dell'orchidea rossa*. Così nel 1942, ecco uscire *Il mistero delle tre orchidee* di Augusto De Angelis, l'inventore del commissario De Vincenti (portato in tv da Paolo Stoppa): il romanzo racconta di tre omicidi avvenuti nel mondo della moda milanese. Accanto ai cadaveri delle donne, un'orchidea: "mostruoso fiore fatto di carne, nato dal limo in putrefazione, cresciuto in atmosfera da tropico". Fiore mostruoso. E dunque apparentemente adatto al cinema noir anche se, nonostante le ripetute versioni, il risultato fu mediamente migliore sulla pagina che sullo schermo. In conclusione si può dire che il fiore più amato e coccolato da Nero Wolfe, detective-grand gourmet lui sì con il pollice verde, è entrato oggi nelle nostre case (ma anche in molti ambienti di lavoro quali uffici, studi, negozi e ristoranti) come un soprammobile chic e di lunga durata. A conquistare il trono è un genere di orchidea assai particolare. Non la *Cattleya* di Proust, che ha fatto il suo tempo. Dalle esclusive boutique milanesi di via Montenapoleone di Milano, della Quinta Avenue di New York ai megastore di Tokyo o di Los Angeles, tutti preferiscono la bellissima *Phalaenopsis* bianca.

A cosa attribuire così tanto successo? La gettonatissima *Phalaenopsis* si è lasciata alle spalle i prezzi delle orchidee di una volta, di quando per un alcuni esemplari si potevano spendere persino due miliardi di vecchie lire. Oltre a essere accessibile a tutti ha perso un altro tratto caratterizzante.

Per la sua tradizione di fiore dai mille segreti e messaggi nascosti, regalare orchidee era sconsigliato, considerato quasi volgare. Non si può trascurare che nel linguaggio dei fiori e delle piante le orchidee sono da sempre associate a significati positivi ma oggi in particolare, esse sono non solo sono considerate piante in grado di allontanare le influenze negative ma, per la loro bellezza, sono diventate il simbolo stesso dell'armonia e della perfezione spirituale.

ANDROMACA, ASTIANATTE E L'ANGELO DELLA PIETÀ

di Fabio Rosa

In un dialogo delle Operette morali Leopardi scrive: «Se alcun libro morale potesse giovare, io penso che gioverebbero massimamente i poetici». La forma ipotetica è d'obbligo per un poeta che, in polemica con i suoi tempi, non cercava l'utile nella poesia e ai lettori del suo libro consigliava di bruciarlo o, tutt'al più, di serbarlo come una raccolta di capricci pieni di quelle immagini antiche, che erano capaci di fargli ancora sentire un moto del cuore. Sono immagini di volti, luoghi, situazioni, legate al mondo dell'infanzia e della prima adolescenza, che ognuno di noi porta dentro di sé come una traccia indelebile, essendo le ultime anche a cancellarsi dalla memoria quando, con il deperimento organico, comincia ad accusare dei vuoti. Una di queste immagini, per me, è legata all'Iliade, che ai miei tempi si leggeva nella scuola media nell'altisonante versione di V. Monti. Per la mia generazione è stata un serbatoio di miti e figure

dell'immaginazione. Le nostre simpatie ovviamente non andavano all'ira funesta del Pelide Achille, alla menis che distrugge e si autodistrugge, bensì a Ettore la cui capacità di compassione è più forte del senso della vergogna (aidós), che gli impone di combattere anche quando tutto è irrimediabilmente perduto. Nel mondo antinomico della forza, di cui, a dire di S. Weil, l'Iliade è il più puro degli specchi, la moira, molto più del valore, è quella che determina le sorti della guerra e alla fine, con equanimità, pareggia tutti in quella sofferenza (áchos) che Achille porta persino nel nome, ma di cui troppo tardi si accorge. Non così, invece, Ettore. Come egli dice: Ares è imparziale «ed avvien spesso che morte incontra chi di darla ha speme». Per questo non è solo il difensore di Troia, ma è anche una figura del cuore, capace di quei gesti di sospensione dell'impulso all'azione che sono i gesti del raccoglimento e della tenerezza. Come quello di togliersi



G. De Chirico, Ettore e Andromaca, 1917 - I manichini sono senza volto e braccia (particolare)

l'elmo e prendere in braccio il figlioletto impaurito per, poi, riconsegnarlo alla madre e fare anche a lei, commosso, una carezza. È la scena memorabile dell'incontro alle Porte Scee, archetipo di tutte le scene di addio di cui è costellata la storia della letteratura e dell'arte. Il «grande Ettore» è giunto a quest'angolo della città, da cui si accede alla pianura. Difronte a lui c'è Astianatte e c'è la balia e c'è «di pianto Andromaca bagnata», che gli è corsa incontro per implorarlo di non uscire in battaglia, perché presagisce la sua morte e lei, che ha visto morire in guerra tutti i suoi cari, non ha altri che lui: «Or mi resti tu solo, Ettore caro, | tu padre mio, tu madre, tu fratello, | tu florido marito. Abbi deh! dunque | di me pietade e qui rimanti meco». I versi di Omero sono incomparabilmente più belli, ma sono quelli del cavalier Monti che istintivamente associo all'episodio ogni qual volta le situazioni me lo portano a ricordare. Perché la vita, si sa, è piena di addii come questo e i personaggi che ne compongono la scena non sono personaggi: sono emblemi dell'amore dolente per ciò che è minacciato dalla forza, figure della mutilazione fissate nel gesto senza tempo di un addio, di un abbraccio irrealizzabile. Amarezza, a voler dire con S. Weil, che germina dalla compassione e compassione che germina dalla consapevolezza dell'umana miseria. Più ancora che una scena di addio, è un teatro della pietà. Così la rappresentò nel suo inconfondibile stile G. De Chirico che realizzò varie versioni dello stesso episodio. Ma prima di lui, molto prima, la Pietà.

Ricordo la sorpresa che provai quando un giorno, sfogliando la *Patrologia del Migne*, mi imbattei in un *planctus* attribuito a Bernardo, in cui le parole di Andromaca risuonano in bocca alla Vergine ai piedi della Croce. «Tu per me padre, tu per me madre, tu per me sposo, tu per me figlio, tu per me tutto eri»: così lamenta la Vergine nel *Liber de Passione Christi*. Un universale del dolore che non può dirsi se non ripetendo e, ripetendosi, contraddirsi? O il riuso di quei topoi che, passati attraverso il Medioevo latino, costituirebbero, a dire di E.R. Curtius, il tessuto connettivo della letteratura europea? Come *topos* lo incontriamo nella tragedia attica e nella commedia di Terenzio, a cui attinse anche Machiavelli per il discorso di Lucrezia nella *Mandragola*. La retorica del pianto è fatta di interiezioni e ripetizioni e, come formula del *pathos*, l'espressione omerica compare anche in altri *planctus*. Il XII secolo, si sa, è quello delle cattedrali gotiche e del culto mariano che celebra la Vergine nella duplice veste di intermediaria della salvezza e di *Mater dolorosa*. Il pianto ai piedi della croce è parte essenziale del suo culto ed è tema di lamentazioni, inni e laude, dove la passione del Cristo e le lacrime della madre



Giotto, *Compianto sul Cristo morto*, 1303 ci.

non sono semplicemente narrate, sono rivissute. Nell'Italia centro-meridionale, interessata da correnti mistiche, questa drammaturgia del dolore si intrecciò con quella del pianto funebre studiato in un celebre libro da E. De Martino. Non è un caso che il primo testo teatrale della letteratura italiana sia una lauda del mistico Jacopone, che evoca i vari momenti della via crucis attraverso il dialogo della madre. Ma nella parte finale il dialogo si converte in «corrotto», e lì compare anche la formula omerica: «Figlio, ch'eo m'αιο anvito, | figlio, pat'e mmarito! | figlio chi t'à ferito!» In *Andromaca* l'ossimoro è giustificato dalla sua condizione di orfana, in bocca alla Donna del Paradiso dal mistero trinitario, per cui non è solo madre, ma figlia di suo figlio e mistica sposa. Nel suo ventre, scrive Dante, si raccese l'amore per cui «il suo fattore non disdegnò di farsi sua fattura».

Della presenza di Maria *iuxta crucem* non si trova testimonianza nei sinottici. Solo Giovanni la include nel gruppo delle Marie. Nei *planctus* questi sono i personaggi principali che compongono la scena. Nell'iconografia coeva si aggiungono anche gli angeli incaricati di sostenere le braccia del Cristo, come nella *Deposizione dell'Antelami*, o più semplicemente di unirsi al compianto. Nella Cappella degli Scrovegni, a Padova, il *pathos* delle storie della Passione raggiunge il suo apice nella scena della deposizione: Cristo è steso a terra in francescana nudità, la Vergine e le pie donne si prendono cura del suo corpo, gli sguardi e le pose delle altre figure convergono verso questo punto decentrato della scena. Il declivio roccioso, che delimita lo spazio del compianto, digrada verso questa *ianua mundi*, come se la natura, morta e

pietrificata, volesse anch'essa raccogliersi intorno al Cristo. Completa la scena un gruppo di angeli scorciati in varie pose e in pianto. Per alcuni particolari l'affresco è stato associato al sarcofago romano di Meleagro. Di fattura classica, anzi omerica, è il gruppo dei piccoli angeli raffigurati, come ad Assisi, al modo di Astianatte. Ma non perché Giotto, si badi, attingesse a qualche compendio latino dell'episodio, bensì perché, a dire di S. Weil, il Vangelo è l'ultima, meravigliosa espressione del genio greco, come l'Iliade ne è la prima. Il sentimento della miseria umana dà ai racconti della Passione un accento di semplicità.

La tristezza degli angeli è di per sé un paradosso logico non meno di quanto lo sia l'ossimoro omerico nei *planctus mariani*. Perché gli angeli sono posseduti eternamente dalla gloria. Nulla può distogliere il loro sguardo dal volto di Dio, in cui tutto è eternamente presente. Anche se la compassione potesse accidentalmente incrinare la fruitio, Dio tergerebbe dai loro occhi ogni lacrima, e non esisterebbe più morte, né lutto né clamore né dolore. È, però, anche vero che gli angeli sono esseri cangianti. Nella loro veste di ministri celesti, assumono quella forma che più corrisponde al loro ministero: possono ridere, come l'angelo di Reims, o possono piangere, come nell'affresco di Giotto. In nessun caso sono quello



Antonello da Messina, Cristo in pietà con un angelo, 1476 ci.

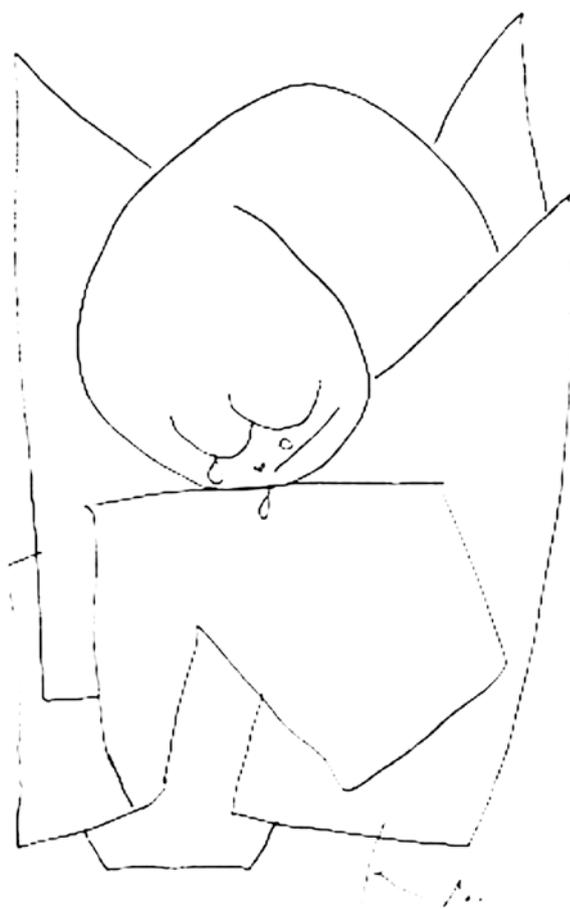
che sembrano. E poi perché mai dovrebbero piangere se il terzo giorno il Cristo risorgerà? In questo lasso di tempo, che potrebbe anche essere lunghissimo, perché il tre non è un numero matematico, sono chiamati al compianto, a farsi specchio di quel «disio d'i corpi morti» che, a dire di Dante, non finisce con il finire della vita, ma continua anche dopo «per le mamme, per li padri e per li altri che fuor cari».

La lezione di Giotto fece scuola. Nei due secoli successivi il compianto sul Cristo morto è tema frequente soprattutto come pala d'altare. Si ricomincia, insomma, da lì dove tutto è cominciato: dal pianto e da quei moti del cuore, a cui Omero antichissimo, in parole di Leopardi, ha tanto mirato. Come il piccolo Astianatte, anche l'angelo della pietà è presenza abituale accanto alla madre e agli altri dolenti; a volte addirittura li sostituisce nell'ufficio del trasporto e della deposizione. Al momento dell'unzione è legato il Cristo in Pietà sorretto da angeli, che è tema non meno frequente fino a tutto il barocco e anche oltre. Nella versione di Antonello, oggi al Prado, Cristo è seduto sul coperchio del sepolcro, l'angelo alle sue spalle ne sostiene il corpo senza vita, ma lo sforzo e il dolore sono tali che sembra essere lui ad aggrapparsi al suo corpo. La postura è la stessa che in altri dipinti, in G. Bellini, nel *Vesperbild*, ma l'intensità e il magnetismo sono quelli della Vergine nell'ultima Pietà di Michelangelo. Creatura molteplice, come la ninfa che ossessionò A. Warburg, l'angelo è intercambiabile e, nelle sue metamorfosi, inesauribile. Dissociato dal gruppo dei dolenti non ha bisogno nemmeno del Cristo, gli bastano un paio di ali e una pietra tombale su cui versare le lacrime, come nei nostri cimiteri. Può addirittura essere lui a farsi trasportare, come nell'angelo ferito di H. Simberg. Impossibile, perciò, seguirne tutte le tracce.

In un passo dello *Zibaldone* Leopardi si chiedeva da dove provenga la nostra compassione per gli estinti. Se le loro anime sono immortali, perché piangerli? Il fatto è che la fede ha poca presa sul lutto. Quando piangiamo i morti, diceva, li piangiamo né più né meno di come li piangevano gli antichi: «non come morti, ma come stati vivi; piangiamo quella persona che fu viva, che vivendo ci fu cara, e la piangiamo perché ha cessato di vivere, perché ora non vive e non è più». In questo mai più è l'essenza delle grandi figure femminili di Silvia, di Nerina, di Clelia: «state vive» che appaiono un istante per subito scomparire e mostrarci con la loro mano una tomba ignuda. Angeli della pietà anch'esse, ma senza fruitio Dei. Il loro mondo è quello degli eroi omerici che emergono dal divenire per un istante e per sempre, come ha scritto R. Besseloff, e, perciò, solo conoscono l'amore delle cose



P. Tenerani, Bassorilievo funebre per Clelia Severini, 1825

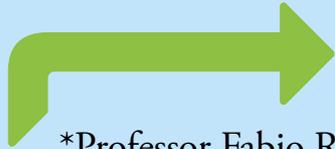


P. Klee, Es weint, 1939

periture. Questo è anche il pianto di Andromaca sul corpo di Ettore, che funge da ipotesto delle due grandi canzoni pisano-recanatesi. Nella sepolcrale per Clelia non abbiamo bisogno di cercare le orme dell'«antichissimo» fra le pieghe del testo. La scena è quella tipica dell'addio, così come è rappresentata nel bassorilievo dello scultore P. Tenerani e in tante altre opere di artisti e scrittori dell'epoca ispirate all'episodio di Ettore e Andromaca.

L'eroe romantico, si sa, è un viandante (Wanderer) sempre in cammino, sempre chiamato a un commiato (Abschied), che è misura del suo amore e del suo destino. Nel bassorilievo di Tenerani, che il poeta poté ammirare nel suo atelier romano, la giovane morta è ritratta nell'atto di accomiarsi dai suoi e di coprirsi il capo con un lembo della veste. Perché così, a capo velato, si entra nel regno delle ombre. La compassione del poeta è tutta per la «stata vita», per ciò che lei è stata e non è più, e non vedremo mai più. «Sentimento della nostra caducità (non però egoistico) – diceva –, che ci attrista dolcemente e c'intenerisce».

Conosciamo bene, noi, questo sentimento dopo due anni di pandemia che ci hanno segregato da quello che ci è più caro, in uno stato d'assedio che rischia di minare le basi stesse della convivenza. Abbiamo sentito farsi il vuoto intorno a noi. Abbiamo perso conoscenti, amici, familiari, senza poterci stringere intorno a loro in un gesto tenero di commiato. Incollati a uno smartphone, abbiamo mandato scampoli di saluto in laconici sms per dire che sì, che c'eravamo, per darci appuntamento in un nebbioso domani, ombre fra le ombre. Abbiamo licenziato Dio, come cantava De André, abbiamo gettato via amori, valori, regole. E adesso che metteremo in questo vuoto dell'anima e del cuore? A chi confideremo le nostre paure? A quale angelo o talismano o sortilegio affideremo la nostra tristezza? Potendo scegliere, io opterei per il piccolo essere in pianto di P. Klee. Non è famoso quanto l'angelo amato da W. Benjamin, è più debole e informe. Le punte delle sue ali racchiuse si allungano come mani imploranti, ma non le usa. Sembra, invece, che vi cerchi rifugio come Astianatte nel grembo della nutrice. Qualcosa era in divenire e non è divenuto. Qualcosa si è perduto, e per sempre. Per questo piange. È troppo smarrito e indifeso per essere ancora un messaggero. Sembra, anzi, un gatto col musino così ripiegato e gli occhi chiusi, ma non è angelo né demone, è pianto: es weint. Le sue lacrime, che non salvano, ci toccano e, toccandoci, ci danno l'impressione che, dopotutto, non attraversiamo la vita in pura perdita. Il gesto, che lo fissa in esili linee, è quello del raccoglimento: di chi raccoglie il dolore e con tenerezza gli porge la mano prima che lo possa corrompere. Non vorremo raccoglierne l'augurio?


*Professor Fabio Rosa,
Università di Santiago Cile

IL GENERE LECCINUM

a cura di Marco Floriani e Alessandro Valdagni

I funghi appartenenti alla famiglia delle *Boletaceae*, riconosciuti un po' da tutti i cercatori di funghi per la struttura della parte fertile del cappello paragonabile a una sorta di spugna, sono certamente uno dei gruppi che riscuotono maggiore popolarità, data anche una superficiale somiglianza con i celebri 'porcini'.

Il genere di cui ci occupiamo in questo numero della rubrica è piuttosto noto tra i raccoglitori di diverse regioni italiane, spesso con il nome popolare di 'porcinelli', proprio a rimarcare tale affinità. La fotografia a corredo del titolo mostra una torbiera montana abitata da betulle. Questi alberi, infatti, sono il partner preferenziale di numerose specie del genere *Leccinum*, e in particolare di quasi tutti quelli a cappello brunastro.

Ma andiamo con ordine e cerchiamo di capire come attribuire un fungo al genere *Leccinum*: fra le *Boletaceae*, questi funghi si individuano per un portamento in genere abbastanza slanciato (gambo allungato rispetto al diametro del cappello) e soprattutto per la particolare superficie del gambo, che presenta una fioccosità o una fine squamulosità che, nella maggior

parte delle specie, contrasta anche cromaticamente con la superficie sottostante, come ben evidenziato nell'immagine presentata in Fig. 1.

I *Leccinum* presentano per la maggior parte colorazioni abbastanza ripetitive: bianco o biancastro il gambo, ornato però come abbiamo visto da una squamulosità più colorata, cappello con toni che variano, a seconda delle specie, dal rosso-arancio al bruno-grigio; alcune specie possono peraltro presentare aspetti fortemente decolo-



Fig. 1. La superficie scabrosa e squamulosa del gambo consente di individuare facilmente i funghi appartenenti al genere *Leccinum*, come esemplificato da questa immagine che ritrae quattro diverse specie.

Micologia... che passione!

rati o albini e mostrare quindi un cappello pressoché bianco.

Tutte le specie di *Leccinum* sono funghi micorrizici, e pertanto si possono incontrare solo nei boschi o in prossimità di piante arboree. Come già detto, la betulla è la principale fra le piante che formano simbiosi con i *Leccinum*, ma altre specie sono legate al pioppo o ad altre latifoglie; non è inoltre raro rinvenire specie di *Leccinum* a cappello rosso anche sotto conifere (pini o abeti rossi). Dal punto di vista della commestibilità i *Leccinum* non sono certo tra i funghi più rinomati, ma sono comunque commestibili di discreto pregio, purché ben cotti e scartando la parte più fibrosa del gambo. Sicuramente sono limitate le possibilità di scambio con specie tossiche o non commestibili: le già citate peculiarità riguardanti l'aspetto del gambo e il portamento sono sufficienti per inquadrare con facilità il genere.

Passando ad esaminare alcune entità rappresentative del genere, pensiamo in primo luogo alle specie a cappello da rosso ad aranciato. Questi *Leccinum* si associano a

diverse latifoglie e sono caratterizzati, oltre che dalle colorazioni, da una cuticola del cappello che deborda leggermente dal margine. La specie più nota, associata soprattutto al pioppo tremolo, è *Leccinum albotipitatum*, più conosciuto con il nome di *Leccinum aurantiacum*. È caratteristico il gambo che rimane del tutto bianco (sempre con superficie ruvida, tuttavia) per lungo tempo. La specie illustrata in questo articolo, *Leccinum quercinum*, presenta invece toni rossastri a livello del gambo e si associa con molte specie di latifoglie: querce, come suggerisce il nome specifico, ma anche pioppi, betulle, salici, faggi e altre.

Un secondo gruppo di *Leccinum*, molto numeroso in termini di specie, è quello che fa capo a *Leccinum scabrum*; in questo caso il cappello ha colorazioni variabili sui toni del bruno e del grigio, più o meno intensi, la cuticola non deborda dal margine e la micorriza viene stabilita specificamente con le betulle; per questa caratteristica ecologica i *Leccinum* del gruppo *scabrum* risultano molto diffusi soprattutto sull'arco alpino, mentre



Fig. 2. *Leccinum quercinum* è una delle specie che si associano con un'ampia gamma di partner simbiotici; caratteristica la colorazione rossastra che si intravede anche sul gambo, nella parte più decorata da squamule.

Micologia... che passione!

risultano sporadici se non del tutto assenti nelle regioni del centro e del sud Italia. *Leccinum scabrum*, qui illustrato, non ha particolari esigenze ecologiche, al di là della pianta simbionte, e può essere rinvenuto anche in ambienti urbani, parchi e giardini, ovunque siano presenti le betulle. Particolarmente evidenti sono le squame nerastre presenti sul gambo, ben in rilievo e contrastanti con la superficie bianca sottostante.

Completiamo questa breve panoramica sul genere *Leccinum* con un cenno alle specie caratterizzate da colorazioni vivaci (gialle) anche nella carne e nei pori; tali specie sono distribuite in ambienti termofili, principalmente

nell'Italia mediterranea, e sono localmente molto note e ricercate. Oggigiorno esse sono state classificate in un genere a se stante (*Leccinellum*), ma in molti trattati di micologia vengono tuttora trattate nell'ambito del genere *Leccinum*. La specie più diffusa in questo gruppo, *Leccinum lepidum*, è stata ripetutamente segnalata anche per la provincia di Trento, dove può essere osservata, soprattutto nel tardo autunno, nell'areale di diffusione del leccio, suo partner micorrizico preferenziale, e dunque nella Valle dei Laghi, fino a raggiungere le sponde del lago di Garda.

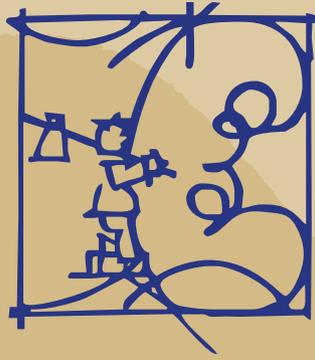


Fig. 3. *Leccinum scabrum* è il capostipite del gruppo dei leccini con cappello bruno. Legato in simbiosi esclusiva con la betulla, mostra un cappello di colore bruno non troppo scuro e un gambo vistosamente decorato da squamule nerastre.



Fig. 4. Una raccolta rappresentativa di *Leccinum lepidum*, bella specie di dimensioni anche ragguardevoli caratterizzata da gambo, carne e pori di colore giallo vivo. Questa specie è nota e apprezzata come fungo edule in varie regioni dell'Italia centro-meridionale.

Associazione Provinciale Amici della Nefrologia



✉ apan.tn@alice.it

🌐 <https://apantrentino.it>

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





**Buon Natale
e Felice
Anno Nuovo**



<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.