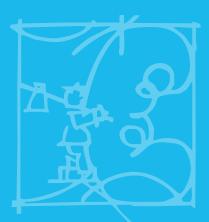


ANNO XXXVII - DICEMBRE 2022 - 3/4 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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)





Rene&Salute

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

FDITORE

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, Diana Zarantonello

COLLABORATORI:

Fabio Cembrani, Cristina Andreotti,
Nadia Buccella, Loris Puleo, Celeste Sassi,
Bombardelli Vilma, Luciana Baroni,
Serena Belli, Danila Bassetti,
Fabrizio Zappaterra, Manuela Crovato,
Laura Pasquali, Anna Maria Ercilli,
Fiorenzo Degasperi, Giovanni Ferri,
Luigi Tomio, Aldo Nardi, Petro Balossino,
Marco Floriani.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN) Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di dicembre 2022.

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

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

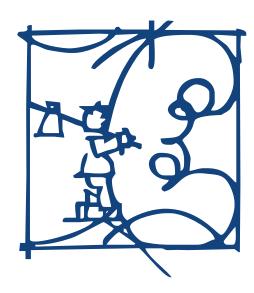
La pubblicazione, anche parziale, di articoli, foto e grafici è consentita solo se accompagnata da citazione della fonte. Rivista abbonata a «L'eco della Stampa».

In copertina: Ivan Novelli, *Costruzione* 1954 olio su tela

SOMMARIO

- 3 Le decisioni anticipate di cura di Fabio Cembrani
- 7 Attualità e Radici di Cristina Andreotti e Nadia Buccella
- 10 Un dono che vale (l') Oro testimonianza di Loris Puleo
- 14 Un reperto neuroradiologico spesso sottovalutato di Celeste Sassi
- 15 Vittoria della squadra Italiana di pallavolo
- 16 Breve storia del Centro Dialisi di Arco di Bombardelli Vilma
- 17 Scegliere responsabilmente cosa mangiare di Luciana Baroni
- 21 Profezie Ritrovate un libro di poesie di Gianfranco Murtinu
- 22 Intervista al nuovo Primario di Geriatria dell'Ospedale S. Chiara di Trento a cura di Serena Belli
- 24 Intervista al nuovo Primario di malattie infettive dell'Ospedale S. Chiara di Trento a cura di Diana Zarantonello
- **La donazione di plasma** di Danila Bassetti
- 28 Aforismi sul mare A cura di Luisa Pevarello

- 29 La donazione del plasma nel contesto nazionale di Fabrizio Zappaterra
- 32 Ritmi e suoni per tornare alle origini
 di Manuela Crovato
- Notizie dall'Associazione
 A cura della Redazione
- **38 Consigliami un libro** a cura di Serena Belli
- 40 Mi ricordo di Torre Pellice di Laura Pasquali
- **42 Malumore** di Anna Maria Ercilli
- 43 L'oriente nelle nostre chiese di Fiorenzo Degasperi
- 46 Il furore di un click di Giovanni Ferri
- **Quando ciò che accade trascende**l'orine della natura
 di Luigi Tomio
- Tra simbolo e psiche di Aldo Nardi
- 55 Una volta c'era un Re di Petro Balossino
- 57 Il Genere Lactarius a cura di Marco Floriani



LE DECISIONI ANTICIPATE DI CURA

di Fabio Cembrani *

uando si discute delle decisioni anticipare di cura, i termini e le parole non sono sempre usate in modo appropriato ed in forma corretta. Indiscutibilmente, il *dominus* è una (purtroppo abusata) parola composta: il 'testamento biologico'. Anche se questo termine è di straordinaria ambiguità perché il testamento è, di regola, qualcosa che produce il suo effetto dopo la morte di chi lo ha redatto quando ciò di cui si discute è la volontà della persona assunta ed in qualche modo formalizzata per dare una traiettoria definita alle sue scelte di vita. Questa locuzione deve essere, così, abbandonata perché le parole non sono quasi mai innocue e perché le trappole tese dal linguaggio sono fin troppo evidenti.

L'esigenza e l'invito è, dunque, al loro uso corretto, riconoscendone i significanti senza creare biases con le tassonomie provenienti dal mondo del diritto per non radicalizzare i salti, le fratture, le deviazioni e le (tante) incomprensioni. Se guardiamo a quel mondo l'inquadramento di ciò di cui stiamo discutendo è relativamente semplice: le tassonomie sono quelle indicate dall'art. 4 e dall'art. 5 della legge n. 219/2017 ("Norme sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento") che, rispettivamente, disciplinano le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e la pianificazione condivisa della cura' (PCA o ACP da advance care planning). Con alcuni punti di contatto ma con sostanziali differenze. Nelle DAT, infatti, è la persona maggiorenne, capace di intendere e di volere e (di regola) sana che formalizza autonomamente la sua volontà anticipata rispetto alle opzioni di cura che si dovessero attuare nel tentativo di salvarle la vita quando la stessa non sarà più in grado di accettarle o di rifiutarle. Con la precisazione che essa deve essere redatta per iscritto, in piena autonomia e non necessariamente con il supporto di un medico prima di essere depositata o presso un notaio o nell'Ufficio dello stato civile del Comune di nascita. In questo documento, la persona può, peraltro, indicare il suo fiducia-



Dottor Fabio Cembrani relatore al Convegno APAN del 27 maggio 2022.

rio senza particolari formalità burocratiche anche se la norma ne fissa alcuni suoi tratti salienti indicandoli nella maggiore età e nella capacità di intendere e di volere. La pianificazione anticipata della cura (PCA o ACP) è una strada che può essere, invece, percorsa nell'ipotesi in cui la persona sia affetta da "una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta", per così vincolare l'agire del medico e dell'èquipe sanitaria "tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità". Dovendo comunque essere il paziente preliminarmente informato "sul possibile evolversi della patologia in atto" e su quanto "può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative" per così esprimere "il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico [...] e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario"; dovendolo fare o in forma scritta ovvero, nel caso in cui le sue condizioni fisiche non lo consentano, attraverso la video-registrazione o l'uso di dispositivi che permettano alla persona con disabilità di comunicare. Con la possibilità di aggiornarla in relazione "al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico" e con l'opportuni-



tà, analogamente a quanto previsto per le DAT, di poter in essa indicare il fiduciario; ovverosia la persona scelta direttamente dall'interessato senza particolari formalità, purchè maggiorenne e capace di intendere e di volere, a cui la legge riconosce il compito di mediare, interpretare, attualizzare e concretizzare i desideri, le preferenze e la volontà della medesima.

È così che la pianificazione condivisa della cura, alla pari delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), rappresenta l'estensione logica del principio del consenso informato che trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 Cost. come ha evidenziato il Giudice delle leggi (sent. n. 438/2008) condizionando l'intervento del medico che non può mai agire all'insaputa del paziente al quale è comunque riconosciuta la facoltà di rifiutarlo e/o di modificarlo in tutte le fasi della vita, naturalmente anche in quella terminale. Ciò nonostante la vincolatività sia delle DAT che della ACP non è assoluta perché la norma prevede la possibilità di disattenderle "in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita" (art. 4, comma 5). Ipotesi, quest'ultima, analogamente a quella della manifesta incongruità che si inserisce nell'ampio problema del come si scrivono e dei contenuti delle DAT, davvero improbabile nel caso della pianificazione condivisa della cura per il dinamismo che contraddistingue il processo di costruzione della volontà decisionale (decision making) che non è mai un atto singolo ma la costruzione graduale di una relazione umana fatta di significati, di carattere prioritariamente morale.

È così che la legge n. 219/2017 ha previsto una duplice modalità di formalizzazione anticipata delle decisioni di cura: nel caso delle persone sane con le DAT e per quelle affette da una o più patologie a traiettoria altamente instabile ed a prognosi negativa con la pianificazione condivisa della cura. Essendo ragionevole suggerire che proprio su quest'ultima opzione della cura si dovranno concentrare i nostri sforzi essendo la sola in grado di avviare e costruire un processo decisionale senza estraniarlo dalla relazione di cura e dalla presa in carico della persona. Perché, mentre nella DAT è il diretto interessato che, spontaneamente e senza alcun supporto medico, decide in un determinato momento della vita di formalizzare la sua volontà anticipata indicando quali sono i trattamenti sanitari a cui desidera/rifiuta essere sottoposto quando non sarà più in grado di esprimere la sua voce, nella pianificazione condivisa della cura è la persona informata che, assieme al medico ed al team di cura, valuta e seleziona le terapie a cui desidera essere sottoposta lungo la prevedibile traiettoria di malattia. Cosicchè, mentre nelle DAT le scelte terapeutiche sono per così dire astrattamente opzionate dalla persona sana in vista di un evento improbabile o comunque davvero poco prevedibile, nella PCA (o ACP) le decisioni devono sempre essere contestualizzate (e comunque condivise) rispetto ad un evento ragionevolmente prevedibile e del tutto plausibile; nel primo caso la decisione è sostanzialmente razionale, nel secondo la si assume, invece, valorizzando in tutto e per tutto il nostro più ampio compasso cognitivo fatto, come confermano tutte le evidenze neuro-biologiche, non solo di ragione ma anche di sentimenti, di emozioni, di desideri, di relazioni e di affettività. Nelle DAT si ipostatizza l'attimo in cui la persona apparentemente sana decide di esprimere per iscritto la sua volontà anticipata e di depositarla nei luoghi previsti, nella PCA si avvia, si costruisce e si dinamizza una relazione umana, a partire dal momento in cui il processo viene attivato da uno dei protagonisti della cura. Che può essere anche la persona medesima, non necessariamente il medico che l'ha in cura. Ricordando che il suo inizio non deve essere né troppo precoce ma nemmeno troppo tardivo per evitare che la fretta dell'ultima ora tradisca, alla fine di tutto, quella fiducia reciproca che lo deve alimentare, sostenere e rinforzare nei tanti momenti di crisi che accompagnano ogni percorso di malattia. Con tutte le difficoltà che ne conseguono proprio perché, trattandosi di un processo con una costruzione di significato e di senso, ad esso occorrerà accostarsi ammettendo che la solidarietà è davvero la virtù dei tempi difficili; soprattutto del nostro tempo contraddistinto dall'inabissamento dei valori comuni, dalla globalizzazione, dallo spietato consumismo, dall'individualismo del 'qui, ora e subito', dalle tante crisi che percorrono il mondo e dalla morte del prossimo. Un tempo davvero difficile che ci esorta a produrre solidarietà ed a muoverci lungo il sentiero che essa condivide con la libertà e con l'uguaglianza, principi di pari rango costituzionale che sono le condizioni-base per la libertà dell'esistenza.

C'è, naturalmente, da chiedersi se le strade previste da quella norma del 2017 siano o meno una buona opzione. Con alcune pregiudiziali, credo di sì anche se nessuno di noi ha contezza su quanto la pianificazione condivisa della cura sia entrata a far parte dell'armamentario medico e se essa sia un'opzione che soddisfi o meno i pazienti, il loro entourage familiare, il team di cura e le organizzazioni sanitarie. Perché, ciò che è purtroppo reale è che mancano indicatori conoscitivi anche perché, come sappiamo, l'ultima delle relazioni annuali che il Ministro della salute è tenuto a fornire al Parlamento sull'attuazione della legge n. 219/2017 è quella risalente al 30 aprile 2019 dove si ammette che le DAT depositate negli uffici di stato civile comunali sono 62.030 senza dar conto di quante sono quelle consegnate negli studi notarili. Altre fonti informative, tutte però da verificare, danno notizia che le DAT depositate nella apposita banca dati del Ministero della salute sarebbero, al 15 dicembre 2020, 156.799, ammettendo che la pandemia avrebbe condizionato il trend in negativo delle richieste visto che da febbraio a dicembre 2020 ne sono state depositate solo 11.096 contro le oltre 145 mila redatte nei due anni precedenti. Difficile comprendere le cause di questa evidentissima dèbacle che l'Associazione Luca Coscioni attribuisce alla mancanza di una campagna di sensibilizzazione nazionale, all'impossibilità di usufruire della videoregistrazione negli Uffici di stato civile comunali oltre che a quella di accesso al domicilio delle persone per il ritiro, da parte dei funzionari a ciò incaricati, delle DAT. Queste tesi, ancorché in parte vere, non mi convincono del tutto. Più realisticamente, le ragioni del fallimento sono altre come ha evidenziato un recentissimo lavoro scientifico pubblicato su una prestigiosa rivista con la firma, come primo autore, altrettanto prestigiosa, del presidente del Dipartimento di geriatria e medicina palliativa della Icahn School of Medicine del Mount Sinai di New York. Interrogandosi sul che cosa c'è che non va nel biotestamento, gli Autori forniscono una risposta che non lascia dubbi, ammettendo che non esistono evidenze empiriche (tra le 1.600 pubblicate e che sarebbero costate oltre 300 milioni di dollari) capaci di dimostrare che questa opzione della cura migliori effettivamente il setting assistenziale non essendo un indicatore di qualità affidabile e valido. Perché le scelte terapeutiche del fine vita non sono mai semplici, coerenti, logiche e lineari

ma complesse, incerte, fluide ed emotivamente instabili; e perché le nostre preferenze non sono quasi mai statiche essendo tra l'altro influenzate dall'età, dallo stato fisico, dalla situazione cognitiva, dalle risorse finanziarie disponibili, dal variare delle relazioni e dall'onere si percepisce ogni qual volta siamo costretti a gravare sulla nostra rete familiare. È il divario tra gli scenari ipotetici considerati nei piani di cura anticipati e le circostanze concrete della vita ciò che è reale e che, a giudizio degli Autori, dovrebbe portare ad un forte ripensamento di tutta la questione. E ad investire su altre iniziative senza dimenticare la dura lezione che ci è stata impartita dalla pandemia quando "this occurred in overwhelmed hospitals during the COVID-19 pandemic when treatment decisions were made according to written documents rather than discussions with patients or their surrogate". Ammettendo che ciò è, purtroppo, avvenuto anche in Europa e che, in alcuni Stati come l'Olanda, in piena prima ondata pandemica quando lo scenario di guerra era stato determinato dalla sproporzione tra i bisogni di cura e la limitatezza delle risorse messe in campo, gli anziani hanno dal loro medico



curante ricevuto una telefonata che chiedeva di decidere il da farsi nella malaugurata ipotesi di contagio e di scegliere se essere ricoverati in terapia intensiva per essere sottoposti ad una lunga ventilazione invasiva o se restare a casa permettendo alla malattia di fare il suo decorso naturale. Un altro cattivo esempio del come la pratica clinica possa essere deviata dalle sue coordinate originarie ed essere strumentalizzata per scopi e finalità discutibili pur essendo da condividere l'idea che la sostenibilità pubblica pretende di misurarci con l'appropriatezza clinica, da non confondere né con le logiche economiche né con quelle del profitto.

Naturalmente, la decisa presa di posizione di Morrison et Al. non è stata accolta in termini favorevoli in tutti gli ambienti scientifici che l'hanno aspramente criticata evidenziando, tra l'altro, che gli Autori avrebbero interpretato in modo arbitrario le evidenze scientifi-

che disponibili travisandone le conclusioni dalle quali emergerebbe che la decisione anticipata della cura offre vantaggi significativi sia per i pazienti che per i loro familiari. Polemiche a parte, il merito che dobbiamo riconoscere a Morrison et Al. è s quello di aver coraggiosamente segnalato la spirale involutiva in cui sembra essere caduta la pianificazione anticipata della cura il cui successo, come segnalano gli stessi Autori, dipende da numerosi fattori. Tra i più rilevanti: (a) la possibilità di allineare in progress le preferenze ed i desideri del paziente con le sue condizioni di salute e con l'evolversi della situazione personale, familiare e amicale: (2) l'individuazione precoce di una persona in grado di prendere le decisioni che il paziente stesso assumerebbe se ne fosse ancora capace basandole sulle preferenze dichiarate, così coadiuvando il team di cura quando l'interessato non sarà più in grado di decidere.

Mi avvio a concludere.

La formalizzazione della volontà anticipata della persona ed il suo rispetto nella fase terminale della vita pongono questioni problematiche su cui occorre seriamente riflettere a partire dall'esperienza pratica e dai dati di letteratura non univoci anche se le criticità evidenziate riguardano sostanzialmente le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e non la pianificazione condivisa della cura. Ciò che è in discussione è se le prime migliorino o meno la qualità della cura e quale sia il continuum biografico tra il momento della loro autonoma ed indipendente redazione e quello in cui esse dovranno poi essere tenute in considerazione dal team di cura. Anche perché la nostra razionalità cognitiva non è quasi mai lineare essendo sempre influenzata dai fattori di contesto oltre che da quelli affettivi ed emozionali come confermano tutte le evidenze neurobiologiche. Se ciò è vero, la strada che dobbiamo privilegiare è quella della pianificazione condivisa della cura visto che essa nasce nel contesto di una complessa relazione umana (quella di cura) dove i suoi (molteplici) protagonisti non devono essere mai abbandonati e lasciati da soli anche se l'estremizzazione tirannica dell'autodeterminazione individuale, rinforzando l'asimmetria dei ruoli, può costituire un serio pericolo finendo con l'ostacolare la promozione della solidarietà. Naturalmente, sul principio di autodeterminazione non si discute ma è quel tutto con cui la si rappresenta ciò che non convince perché l'esigenza del vivere in comunanza è quella di trovare una sintesi ed un punto di equilibrio tra gli interessi individuali e quelli collettivi. Ce lo ha insegnato la pandemia da Covid-19 dimostrandoci quanto grande è la forza della fiducia reciproca e dell'alleanza umana.

Si investa, dunque, nella advance care planning e sul ruolo del fiduciario quale figura di riferimento della persona che dovrà coadiuvare il team di cura non solo quando ciò si renderà necessario onorare la sua volontà ma in tutta la traiettoria di malattia dove è comunque richiesta la periodica verifica dei suoi desideri e delle sue aspettative. Accettando ed affrontando anche i pur sempre possibili cambi di passo perché il dialogo costante con il malato e con il fiduciario sono le sicure chiavi di volta di un percorso promettente che impegna le nostre umane responsabilità nella costruzione di quel significato di senso mai in astratto pre-definibile; perché ogni singola individualità pretende rispetto e perché la dignità umana cessi finalmente di essere quell'orpello retorico cui spesso anche il mondo professionale si aggrappa per banalizzare se non addirittura eludere la complessità. Per chi, invece, vorrà avvalersi delle DAT alcuni ultimi consigli. Prima di redigerle, utile se non addirittura necessario (anche se purtroppo non previsto dalla legge) è il confronto con il proprio medico di fiducia per evitare che il loro contenuto sia influenzato dalla paura dell'ignoto e per redigerle in maniera chiara ed inappellabile: indicando sì a quali terapie la persona desidera/rifiuta essere sottoposta ma specificando, sempre, in quale situazione clinica il futuro terapeuta dovrà tener conto di questa volontà con l'indicazione del nostro fiduciario. Perché non è sufficiente scrivere 'voglio' o 'non voglio' questa o quella terapia apponendo una crocetta sui tanti moduli precompilati reperibili sul Web, dovendo essere sempre precisato, in maniera netta e puntuale, l'eventuale stato clinico al realizzarsi del quale la nostra volontà anticipata dovrà essere tenuta in doverosa considerazione. Altro consiglio: dopo la loro formalizzazione si proceda, con regolarità, alla loro conferma ed alla loro eventuale integrazione o anche modifica ri-formulando periodicamente il nostro punto di vista, le nostre attese e le nostre aspettative; perché la sua rigida staticità, soprattutto quando la DAT sia stata formalizzata in tempi non recenti senza la sua conferma nel tempo, non è sempre un indicatore di buona qualità della nostra umana capacità di pensiero e di giudizio.

> *Dr Fabio Cembrani Professore a contratto Università degli studi di Verona

Ambulatorio trapianti renali della Nefrologia della APSS di Trento

ATTUALITÀ E RADICI

di Cristina Andreotti e Nadia Buccella*

fine del 2022 andrà in pensione la dottoressa Claudia Boesmueller, docente della Facoltà di Medicina dell'Università di Innsbruck, medico immunologo della Chirurgia dei Trapianti del Policlinico di Innsbruck.

Lei è una professionista ben nota ai nostri pazienti che

hanno ricevuto a Innsbruck un trapianto di rene, di fegato o un trapianto combinato, come un trapianto di rene e pancreas; ed è ed è stata anche un riferimento apprezzatissimo dai medici dell'Ambulatorio Trapianti. Infatti la sua disponibilità, la sua competenza, la sua gentilezza e la sua efficienza sono straordinarie. La sua specializzazione in Immunologia dei trapianti non è stata solo completamento necessario per l'attività di un Centro di Chirurgia ma anche fonte di insegnamento continuo per noi.

Il suo nome richiama quello dei chirurghi dei trapianti che hanno permesso la crescita del numero dei pazienti trapiantati in Trentino: il professor Raimund Margreiter, già Direttore della Chirurgia dei Tra-

pianti di Innsbruck, la professoressa Luisa Berardinelli, già Direttrice del Centro Trapianti Renali del Policlinico di Milano e il Dottor Luigino Boschiero, attuale Direttore del Centro Trapianti Renali di Verona.

Questi nomi sono legati ad una precisa cronologia di sviluppo dell'attività dell'Ambulatorio trapianti renali. Risulta che il primo trapianto di rene per una paziente della provincia di Trento, B. A., venne fatto nel 1969 presso il centro di Verona: si trattò di un trapianto da

vivente, donatore il padre. Il Centro trapianti di Verona, primo in Italia, iniziò la sua attività nel 1968 con il prof Pietro Confortini quando a Trento non era ancora disponibile il trattamento emodialitico.

Negli anni successivi l'attività del Centro Trapianti di Verona come di altri Centri in Europa fu resa difficile

> dalla mancanza di una terapia immunosoppressiva adeguata a garantire una soddisfacente durata dei trapianti.

> Questo periodo finì nel 1979 con la scoperta della ciclosporina, un farmaco immunosoppressore in grado di aumentare la sopravvivenza dell'organo trapiantato. Nel periodo 1969-1978, mentre comparivano all'Ospedale di Trento i primi pochi posti di emodialisi presso il reparto di Urologia, venivano trapiantate 12 persone (4 a Verona, 1 a Bruxelles, e 7 a Zurigo).

Nel 1978 il dottor Dante Torelli, medico nefrologo della Nefrologia dell'Ospedale Niguarda di Milano, attiva il primo reparto di Nefrologia e Dialisi a Trento e rapidamente apre un Ambulatorio dedicato al

trapianto di rene. Sono tempi difficili: i posti di emodialisi sono troppo pochi rispetto alle esigenze e i trapianti pochissimi.

Sono però anche tempi di ricerca e di sperimentazione e il dottor Torelli individua nel neonato Centro Trapianti di Innsbruck e nel prof Margreiter il centro e il chirurgo che hanno il dinamismo e la passione necessari per dare una svolta anche alla Nefrologia di Trento. Il primo trapianto di rene a Innsbruck venne fatto nel 1974 e



La dott.ssa Claudia Boesmueller

il prof Margreiter fece il primo trapianto di fegato in Europa nel 1977. Per i nostri pazienti nel 1978 venne fatto il primo trapianto da donatore deceduto, nel 1982 il primo trapianto rene e pancreas e nel 1987 il primo rene e fegato.

Dal punto di vista politico Il nostro legame con Innsbruck implicava una Convenzione tra la Provincia di Trento e il Land del Tirolo e dal punto di vista clinico la iscrizione dei nostri pazienti candidati a trapianto all'organizzazione di Immunologia dei trapianti Eurotransplant che è quella che garantisce la distribuzione degli organi e la loro assegnazione in base a caratteristiche di compatibilità in molti Paesi d'Europa.

Negli anni si sviluppava anche in Italia un analogo locale dell'Eurotransplant, cioè il Nord Italia Transplant con sede a Milano.

La Nefrologia di Trento ha aderito al Nord Italia Transplant nel gennaio del 1986 scegliendo come centro di riferimento per i trapianti renali l'Ospedale Policlinico di Milano.

Dal 2008 il nostro Centro di riferimento è diventato il Policlinico di Verona e il nostro chirurgo di riferimento è attualmente il dott. Luigino Boschiero. Mentre in anni successivi il Nord Italia Transplant diventava Centro nazionale Trapianti.

Per specificare quanto queste collaborazioni siano state importanti ricordo che al 31.12.1999 nella Provincia di Trento l'80,7% dei pazienti era curato con la dialisi e solo il 19,3% con il trapianto mentre al 31.12.2009 il 51,8% era trattato con dialisi ma il 48,2% con il trapianto di rene. A fine 2010 si assiste al sorpasso del numero dei pazienti trapiantati (50.4 %) rispetto ai pazienti in trattamento dialitico (49,5 %), emodialitico e peritoneale.

Da questo punto di vista in Italia siamo l'unica Provincia, insieme a quella di Bolzano, ad avere un numero di trapiantati maggiore dei dializzati.

In 50 anni il trapianto è uscito dalla sua fase di sperimentazione per diventare trattamento ben strutturato. L'ambulatorio trapianti renali ha mantenuto e accresciuto la sua funzione con l'aumentare della attività di trapianto.

Con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche sono aumentati i pazienti che presentano idoneità clinica per essere inseriti in lista da attesa per il trapianto di rene, ma purtroppo i donatori di rene non sono suf-



L'attuale equipe dell'ambulatorio trapianti renali dell'Ospedale di Trento, formata, a partire dalla sinistra della foto da tre infermieri (Eleonora Rametta, Elio Genetti e Davide Pastu) e due medici (dott.ssa Nadia Buccella e Teresa Dipalma).

ficienti a coprire la necessità crescente. Negli ultimi anni il Centro Nazionale Trapianti (CNT) ha sollecitato le varie UU.OO. di Nefrologia distribuite sul territorio ad avviare una politica di informazione volta ad aumentare il numero di donatori viventi e quindi il trapianto da vivente: il trapianto di rene è considerata la migliore strategia di cura per un paziente affetto da insufficienza renale, se questo poi si realizza quando il paziente non ha ancora iniziato il trattamento dialitico (trapianto pre-emptive), la ricaduta risulta essere notevole. È ormai risaputo che il trattamento dialitico si correla ad un aumentato accumulo di fattori proinfiammatori e proaterogeni che possono influenzare negativamente la sopravvivenza del paziente: quanto maggiore è

il tempo trascorso in dialisi tanto più elevato è il rischio di morbilità e mortalità, dovute per lo più a complicanze cardiovascolari.

Inoltre oltre a chiare motivazioni cliniche, avere la possibilità di evitare il trattamento dialitico grazie ad un trapianto pre-emptive, preserva il paziente dallo stress rappresentato dalla necessità di ripensare la propria vita di relazione e lavorativa in funzione della dialisi.

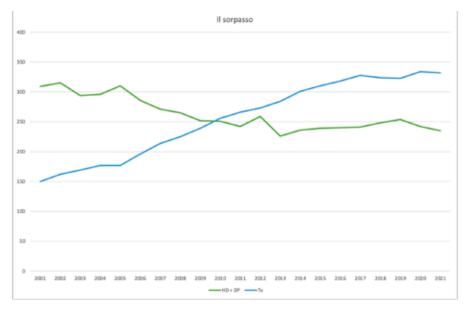
Dal 2015 il trapianto di rene pre-emptive non è una possibilità riservata solo ai pazienti che vengono valutati per il trapianto di rene da vivente, ma è un'opzione possibile per tutti i pazienti con insufficienza renale cronica che scelgono il trapianto come percorso di cura e la cui valutazione può essere avviata ancora in fase pre-terminale (stadio IV della insufficienza renale cronica, GFR 25 ml/min).

È il medico dell'ambulatorio nefrologico, figura presente su più distretti sanitari della nostra Provincia, che individua i pazienti, ed eventualmente i possibili donatori, che presentano caratteristiche tali da poter essere inviati all'Ambulatorio Trapianti per avviare il percorso di valutazione per l'idoneità al trapianto o donazione/trapianto.

Attualmente sono 32 i pazienti con insufficienza renale cronica in valutazione per un possibile trapianto e di questi 7 per trapianto da donatore vivente.

Sono 27 i pazienti attivi inseriti in lista di attesa per trapianto di rene.

Nella nostra Provincia sono, ad oggi, 332 i pazienti trapiantati di rene, di cui 36 da donatore vivente. A fine



Il grafico mostra "il sorpasso", cioè il numero di paziente trapiantati che supera quello dei pazienti in dialisi, evento avvenuto nel 2010.

2021 è stato confermato il progressivo aumento del numero dei pazienti con trapianto di rene arrivato al 59%, rispetto ai pazienti in dialisi, 41% (35% in emodialisi, 6% dialisi peritoneale).

Il trapianto è una grande opportunità, che parte da un dono, ma per cogliere questa opportunità ci vuole una cultura del trapianto, i medici che se ne occupano hanno bisogno di piccole squadre di infermiere/i affiatate che si prendano cura dei vari aspetti: informazione, preparazione all'intervento, rapporti con i Centri chirurgici, cura del post trapianto.

Da un trapianto come da un seme può svilupparsi un albero grande e solido oppure uno più piccolo e fragile, molto dipende dalla qualità del seme ma molto anche dalle cure che gli vengono dedicate per farlo crescere, cure attente, protratte nel tempo e competenti.

*Dr.ssa Cristina Andreotti medico specialista in Nefrologia Dott.ssa Nadia Buccella, medico specialista in Nefrologia, responsabile ambulatorio trapianti renali.

UN DONO CHE VALE (L') ORO

Riceviamo e pubblichiamo un'interessante testimonianza di Loris Puleo*

uando mi è stata offerta l'opportunità di scrivere un articolo per questa rivista ho accettato di buon grado, con l'entusiasmo che contraddistingue un bambino quando gli si chiede se vuole andare al Luna Park, oppure come quando ad un artista si chiede di dipingere un'esperienza particolarmente emozionante avendo a disposizione tutti i colori della scala cromatica.

Perché alla fine uno scrittore è un po' come un pittore: il primo ha a disposizione le parole, il secondo i colori, per poter comporre la loro opera cercando di riuscire nell'intento di trasmettere un'emozione.

E proprio di emozioni queste righe vi racconteranno.

Vi devo confessare che il prestigio che contraddistingue voi, cari lettori, mi ha spinto a scavare dentro di me compiendo una profonda introspezione nella speranza di far emergere ogni singola esperienza per farla giungere fino a voi nel miglior modo possibile, senza filtro alcuno.

Queste parole sono scritte con il cuore.

La possibilità di prendere parte agli European Transplant and Dialisys Games si è presentata lo scorso giugno, quando solo una settimana prima avevo perso la mia mamma. Per chi di voi mi conosce, sa quanto valore avesse lei per me: oltre a genitore era la mia migliore amica e confidente. È stata colei che mi ha dato la forza per diventare l'uomo che sono ora. Dopo un'attenta riflessione ho concluso che lei sarebbe stata felice se avessi rappresentato l'Italia nella pallavolo in una competizione così prestigiosa ed importante.

I campionati europei per trapiantati e dializzati si sono svolti lo scorso agosto ad Oxford, nel Regno Unito. È una competizione che ha luogo ogni due anni in diverse città europee ed ha l'intento di dimostrare che dopo un trapianto si può tornare a fare sport a buoni livelli. Sono presenti un po' tutti gli sport: dalla pallavolo al



Loris Puleo con la medaglia della vittoria.

calcio, dal tennis all'atletica; si può tranquillamente definire una vera e propria olimpiade per atleti trapiantati e dializzati.

Nel 2013 avevo già partecipato ai campionati mondiali in Sudafrica e un anno dopo in Polonia, a Cracovia. Sono estremamente convinto che tali esperienze, uniche nel loro genere, debbano essere vissute da ogni "fratello" trapiantato, perché hanno il potere di metterti al centro e di travolgerti di colori, odori, sguardi e vibrazioni. Siamo ad ottobre del 2022 e sono trascorsi poco più di due anni dal mio secondo trapianto di rene. Mi sembra ieri quando, impaziente di essere dimesso, percorrevo su e giù decine e decine di volte il corridoio del reparto "Trapianto Renale" dell'Ospedale Borgo Trento di Verona. Ricordo con particolare emozione il momento in cui chiesi al Dott. Ugolini quando sarei potuto tornare ad allenarmi e riprendere l'attività fisica così importante

e fondamentale per noi trapiantati. Dopo tre mesi ero in palestra.

Ed ora cari lettori vi ritrovate qui con me, con "Rene&-Salute" tra le mani ad immaginare il momento in cui la sera del ventidue agosto misi piede sul suolo inglese...

Arrivato al Radley College, il secondo più prestigioso della città Inglese, percorsi un lungo viale che introduceva la struttura principale: una maestosa torre che solitamente si può ammirare solo nei film. L'intero college era caratterizzato da varie dependance ed aveva una superficie estremamente vasta.

Percorsi qualche centinaio di metri mi ritrovai in un cortile, ed una struttura fatta a quadrato mi diede il suo benvenuto. All'interno di essa erano presenti svariati quadri raffiguranti gli alunni più prestigiosi che avevano percorso quei corridoi e che con i loro trattati avevano contribuito a rendere ancor più rinomato il Radley College.

Salito qualche gradino, arrivai nella stanza a me assegnata e mi misi a letto. Il giorno dopo sarebbe stata una giornata impegnativa con una sessione di rifinitura in previsione del torneo, programmato per il mercoledì.

Indossata (con estremo orgoglio) la tuta della Nazionale Italiana del Transplant Sport Italia, scesi in cortile e rimasi letteralmente a bocca aperta. Una grande costruzione color legno si ergeva dinnanzi a me, e mi ricordava le mura dei grandi castelli medievali.

Mi sembrava di essere tornato indietro di mille anni. Svanito l'effetto "wow", mi diressi a fare colazione perché il pulmino che avrebbe portato me ed i miei compagni al palazzetto, era già in attesa.

La giornata prevedeva sessioni di un'ora circa e all'Italia spettava la seconda, dopo la temutissima rappresentativa Ungherese. Infatti, arrivati in palestra vennero svelate le squadre partecipanti al campionato europeo:

Italia, Gran Bretagna, Rappresentativa Europea e, per l'appunto, l'Ungheria.

Eravamo tutti curiosi di osservare l'una gli allenamenti dell'altra, per poterne scrutare i pregi ma soprattutto gli eventuali punti deboli.

Gli atleti ungheresi erano dotati di una struttura fisica imponente, tutti abbondantemente sopra il metro e ottanta, ed erano giunti con allenatore, fisioterapista e reporter.

Non potemmo non notare la professionalità che li contraddistingueva.

I padroni di casa non erano da meno, giunti al palazzetto con una cinquantina di supporters al seguito, pronti ad incitarli durante tutta la fase di allenamento.

Dai loro volti si riusciva a percepire la felicità nell' essere

lì a giocarsi un europeo nella loro terra, con tutto il tifo pronto a spingerli per ottenere una medaglia.

Poi la formazione Kazaka, con atleti fisicamente non molto prestanti ma capaci di balzi incredibili.

Alcuni atleti di Olanda, Malta, Cipro e Svizzera, andavano a comporre la rappresentativa europea.

Loro erano definiti da tutti la vera incognita del torneo. E poi c'eravamo noi azzurri, a rappresentare tutti i trapiantati e dializzati d'Italia!

Alessandro, da Bari, trapiantato di rene da quindici anni, era la nostra guida tecnica, pronta a mettere a disposizione tutta la sua esperienza da ex pallavolista di serie C.

Carlo Alberto, da Roma, trapiantato di rene per la terza volta appena un anno fa, era alla sua prima esperienza internazionale. È sempre stato un suo sogno quello di poter, un giorno, partecipare da protagonista ad una competizione internazionale. Non vedeva l'ora di giocare la prima partita.

Roberto, da Busto Arsizio, trapiantato di fegato dieci anni fa, probabilmente era il più emozionato. Forse perché era "quello nuovo" della squadra e non avrebbe mai immaginato che nella sua vita si presentasse l'opportunità di rappresentare il suo Paese in un campionato europeo.

Michele, da La Spezia, trapiantato di cuore quindici anni fa, era una "force of nature" come dicevano gli amici inglesi. Lui era una carica continua, una fonte di energia inesauribile, travolgente con la sua determinazione a raggiungere l'obbiettivo. Vincere. E per farlo era pronto ad offrirci le sue migliori alzate.

Gabriele, il più giovane del gruppo con i suoi ventitré anni, trapiantato di midollo da poco più di cinque, veniva da Sumirago (VA) ed era il nostro asso nella manica. Era la sfrontatezza in persona, complice anche la giovane età, e aveva visto la sua carriera pallavolistica fermarsi bruscamente a causa di una leucemia.

Era pronto per bucare il campo avversario con le sue schiacciate!

Nicolò, trapiantato di fegato e proveniente dalla Toscana, era il nostro centrale, pronto a murare tutti gli attacchi avversari e a sfruttare le alzate rapide del nostro Michele.

E poi c'ero io, che per questo europeo avevo l'onore di ricoprire la carica di Capitano della nazionale italiana di pallavolo del Transplant Sport.

Ero orgoglioso di questa nomina, ero pronto a trasmettere tutto ciò che un Capitano deve dare alla propria squadra. Ero determinato a infondere la carica giusta ma allo stesso tempo la tranquillità necessaria per mantenere un



certo equilibrio sia dentro che fuori dal campo. Credetemi, essere il Capitano di una squadra nazionale in un campionato europeo è una sensazione impareggiabile. È mercoledì 24 agosto, il grande giorno è arrivato.

È una di quelle giornate che cerchi di gustarti fin dal momento in cui apri gli occhi. Sei consapevole che potrebbe essere memorabile, da dover raccontare, da dover vivere fino in fondo.

Durante il viaggio verso il palazzetto, avverto una bella sensazione. Osservo nel finestrino la mia immagine riflessa che subito mi riporta indietro di vent'anni, quando dalla finestra del settimo piano del reparto di Nefrologia di Trento cercavo di perdermi nel bianco delle montagne circostanti, con l'intento di fuggire da quel luogo che sentivo non appartenermi. Il mio volto, gonfiato dall'effetto dei farmaci (utilizzati per cercare di curare una malattia renale della quale prima non ero consapevole), era lì piantato sul vetro che mi osservava, come io osservavo lui, col quesito ricorrente di come sarebbe stato il mio domani. Un urlo di carica di Michele spezza quel momento. Capisco che siamo arrivati.

Entro nello spogliatoio e inizio a cambiarmi, ginocchiere, calzini, pantaloncini, scarpe e, per ultima, la mia maglia con il mio numero nove che accarezza la mia schiena adagiandosi sul dorso.

Resto seduto, appoggio i gomiti sulle ginocchia e con la testa china scruto il pavimento. Chiudo gli occhi e respiro lentamente a pieni polmoni. Sento odore di vita. Quando li riapro penso a quante volte, dopo la dialisi, assumevo la stessa posizione per cercare le ciabatte. Ora ai miei piedi ho le Adidas che in lampo mi accompagnano sul terreno di gioco.

I miei ragazzi si stanno già scaldando con assoluta concentrazione. Il mio ruolo da capitano mi impone di trasmettere loro la carica e la fiducia necessarie per affrontare questa ennesima sfida. Li prendo uno ad uno e gli ricordo che fino a qualche anno prima si trovavano sdraiati su un letto d'ospedale in attesa di un trapianto. Pensate ai passi che avete compiuto per arrivare fino a qui, a giocarvi un campionato europeo!

Le due prime partite, contro Kazakistan e Ungheria ci vedono vincitori, entrambe 2 a zero.

La rappresentativa europea si vede costretta al ritiro a causa di un infortunio consegnandoci la vittoria a tavolino che rende decisivo l'ultimo match contro la Gran Bretagna per l'oro europeo.

Siamo già sul podio e non ce ne rendiamo conto.

Il tifo è assordante, attorno al campo è pieno di maglie e bandiere blu, rosse e bianche, tutte ad urlare "Go Great Britain Go!"

In panchina è giunto Andrea Vecchi, trapiantologo di Ancona e Presidente del Transplant Sport Italia, che non vuole perdersi la partita.

Vinciamo il primo set e facciamo cambio campo, ne rimane ancora uno.

Un set alla vittoria, al riscatto, alla gloria.

Siamo ventiquattro a dodici per noi e gli inglesi battono il servizio.

Sono al posto quattro, con le gambe flesse e le braccia semi-tese, concentrato a ricevere il servizio.

Fisso il pallone superare la rete e arrivare al centro, Gabriele riceve in palleggio e appoggia a Michele che mi guarda e mi alza la palla; la osservo mentre esce dalle sue mani mentre carico la rincorsa: salto e con tutta la forza che ho schiaccio la palla dall'altra parte.

Campioni d'Europa!

Non realizzo.

Guardo i miei compagni correre verso il centro del campo, ci uniamo in un solo grande abbraccio, iniziamo a saltare, è finita.

Ma davvero?

È tutto vero, siamo sul tetto d'Europa.

Gli avversari ci vengono incontro a complimentarsi, ci si abbraccia ancora e ancora. Sorridiamo, ridiamo, vorrei piangere ma non riesco, rido, abbraccio, urlo, mi viene da piangere, stavolta ci riesco.

Penso a quali valori possano celarsi dietro a questa medaglia d'oro che mi ritrovo al collo. Certamente più preziosa del metallo più prezioso.

Il valore sportivo, certo.

Ma penso a te che sei costretto a sottoporti a dialisi e che hai appena letto queste righe, che ti chiedi come sarà il tuo domani. Questa vittoria è anche per te, che possa servire a scuotere la tua coscienza e convincerti che il trapianto non sarà mai un punto d'arrivo, ma un punto di partenza.

Penso anche a te che hai ricevuto il Dono immenso del trapianto e che hai timore nel riprendere l'attività fisica, così terapeutica per "noi".

Ricorda che per arrivare a scalare una montagna si deve sempre partire dalle pendici. Un passo dopo l'altro, tenendo bene in mente che quello più importante è sem-



pre quello successivo. Perché se ce l'ho fatta io, potete farcela anche voi.

E non posso esimermi dal pensare a tutti coloro i quali presto andranno a rinnovare il documento d'identità e gli verrà posta la domanda su quale sia la loro volontà relativamente alla donazione di organi.

Tenete bene a mente quanto possa valere il vostro Dono. Ricordatevi di me che grazie ad un Dono immenso sono diventato campione d'Europa.

E penso alla mia immagine riflessa, ma questa volta con una medaglia d'oro al collo.

*Loris Puleo trapiantato renale, Capitano della nazionale di pallavolo del Transplant Sport Italia

Edema citotossico dello splenio del corpo calloso

UN REPERTO NEURORADIOLOGICO SPESSO SOTTOVALUTATO

di Celeste Sassi*

l corpo calloso è parte integrante della sostanza bianca cerebrale e una commissura intermisferica del cervello e lo splenio rappresenta la sua porzione terminale. Una lesione reversibile a carico di tale struttura è stata recentemente descritta anche nelle infezioni da SARS-CoV 2.

Le lesioni isolate dello splenio del corpo calloso vengono riscontrate con una incidenza di circa 0.6% e 3.0%. Tra queste l'edema citotossico del corpo calloso (CLOCCs) è un reperto radiologico raro, reversibile e non specifico nella risonanza magnetica cerebrale, recentemente descritto da Tada e colleghi nel 2004 che può essere causato da un'ampia gamma di fattori come infezioni (virus: Epstein-Barr, hantavirus, adenovirus, influenza), farmaci (tipicamente antiepilettici: carbamazepina, lamotrigina e fenitoina), tumori maligni del sistema nervoso centrale, emorragia subaracnoidea, disturbi metabolici (insufficienza renale acuta, ipernatriemia, ipoglicemia ed encefalopatia epatica) ed emicrania con aura.

A causa della sua alta densità di recettori per il glutammato e citochine, lo splenio del corpo calloso è particolarmente vulnerabile e le sue lesioni di solito tendono a regredire spontaneamente entro un mese dall'inizio dei sintomi.

Negli ultimi 2 anni, un crescente numero di articoli ha riportato CLOCCs tra le manifestazioni neurologiche e neuroradiologiche delle varianti alfa e delta del virus Sars-CoV-2. In una metanalisi di 23 studi in 7 paesi (Stati Uniti, Italia, Gran Bretagna, Francia, Germania, Svezia e Svizzera) con 602 pazienti affetti da CO-VID-19, 7/602 (1.1%) hanno riportato CLOCCs.

Il quadro clinico di CLOCCs associato alle varianti alpha e delta del virus COVID-19 è variegato e va dalla severa sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) rapidamente fatale a pazienti asintomati-

ci e caratterizzato nella maggior parte dei casi riportati da una lieve encefalopatia (MERS) e più raramente da una grave encefalopatia con lesione spleniale reversibile (SERS). Inoltre è stato anche riportato in seguito a vaccinazioni mRNA SARS-CoV-2.

Attualmente, è probabile che CLOCCs, per la sua rarità e per la mancanza di ripetute scansioni di risonanza magnetica rimanga sotto diagnosticato e in particolare nell'era delle varianti alpha e delta del COVID-19 è stato spesso scambiato per una lesione ischemica dello splenio del corpo calloso.

Inoltre, anche una manifestazione clinica come il singhiozzo, che potrebbe far pensare ad una lesione ischemica del bulbo encefalico è stata associata a CLOCCs in una paziente con neuromielite ottica. A tal proposito, il singhiozzo è stato descritto in pazienti portatori

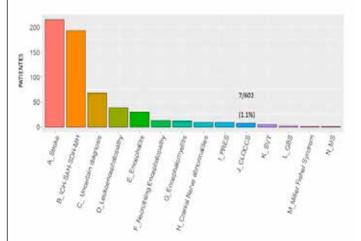


Grafico rappresentante i risultati di una metanalisi di 23 studi in 7 paesi (Stati Uniti, Italia, Granbretagna, Francia, Germania, Svezia e Svizzera) con 602 pazienti affetti dalle varianti alpha e delta del COVID-19, 7/602 (1.1%) pazienti hanno riportato una lesione citotossica del corpo calloso (CLOCCs). ICH, emorragia cerebrale; SAH, emorragia subaracnoidale; SDH, emorragia subdurale; MH, emorragia meningeale; PRES, leucoencefalopatia posteriore reversibile; SVT, trombosi venosa dei seni; GBS, Sindrome Guillain-Barre'; MS, sclerosi multipla.

della variante alfa e delta COVID-19 che mostravano per lo più una grave polmonite ed è stato identificato un peculiare fenotipo tra questi pazienti: particolarmente colpiti sono stati i pazienti di sesso maschile, con un'età media compresa tra 55 e 65 anni, con una polmonite da lieve a molto grave, non fumatori e senza alcun segno clinico aggiuntivo. Sorprendentemente, a causa della malattia respiratoria prevalente, in questi pazienti non è stata eseguita una risonanza magnetica, con una conseguente possibile mancata diagnosi di CLOCCs.

E sebbene i sintomi clinici della variante Omicron del COVID-19 non siano stati dettagliatamente caratterizzati, CLOCCs è stato riportato anche associato a tale variante in una paziente giapponese di 61 anni che si è presentata in pronto soccorso con sintomi simili a un ictus: stato di coscienza alterato, disartria e asimmetria facciale a sinistra.

Nonostante la eziopatologia del CLOCCs rimanga ancora da chiarire, data in generale la sua ampia variabilità clinica, la lesione citotossica dello splenio del corpo calloso, già rilevabile nelle primissime fasi dell'infezione da COVID-19, può rappresentare un biomarcatore neuroradiologico e non specifico di un'infezione di COVID-19, che potrebbe riflettere la cinetica della carica virale con massima iperintensità nelle sequenze T2-FLAIR della risonanza magnetica corrispondente al picco più alto della carica virale COVID-19 e con un segnale progressivamente decrescente in corrispondenza del lento declino della carica virale.



*dr.ssa Celeste Sassi Specializzanda in Neurologia presso l'Ospedale di Werner Formann Ricercatrice presso l'Università della Charité – Università di Medicina di Berlino

VITTORIA DELLA SQUADRA ITALIANA DI PALLAVOLO

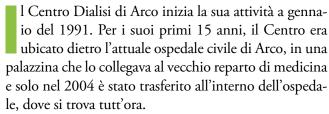
Agli European Transplant and Dialysis Game

oris Puleo, trapiantato renale trentino, fondatore del primo Club Volley di dializzati e trapiantati d'Italia, ha capitanato la vittoria della squadra italiana agli European Transplant and dialysis game che si sono svolti ad Oxford ad agosto scorso. L'APAN ha cofinanziato la trasferta di Loris, che in questo numero della rivista ci racconta in modo più dettagliato la sua importante impresa, che è stata anche riportata dai giornali locali. Vista la rilevanza di tale impresa Loris ha anche ricevuto un riconoscimento ufficiale dal Sindaco di Trento Franco Ianeselli e dall'assessore allo sport Salvatore Panetta il 27 settembre, a Palazzo Geremia.



BREVE STORIA DEL CENTRO DIALISI DI ARCO

di Bombardelli Vilma*



La direzione della struttura era dell'allora primario della nefrologia di Trento dott. Carlo Rovati, con la collaborazione dei medici della nefrologia di Trento.

L'apertura del Centro Dialisi di Arco è stata accolta con entusiasmo dagli utenti dell'Alto Garda, poiché fino a quel momento dovevano recarsi nei Servizi di Rovereto o addirittura Trento, con notevoli difficoltà e disagi.

Oggi il Centro, oltre gli utenti dell'Alto Garda e Ledro (circa 50.000 abitanti), fornisce supporto alle zone limitrofe: Valle dei Laghi, Sarche, Mori e Val di Gresta.



Inoltre, a partire dal 2013, successivamente alla chiusura del Centro privato Dialisi Garda, è notevolmente incrementato l'afflusso di pazienti dializzati vacanzieri, in particolare tedeschi, che necessitano delle sedute dialitiche anche durante le loro vacanze. Nel periodo estivo (giugno-settembre) infatti, il Centro eroga circa 400 sedute di dialisi in più.

Dal 2008, la direzione del Centro Dialisi di Arco è del dott. Giuliano Brunori (direttore dell'UO nefrologia di Trento) e attualmente vede la collaborazione della dott. ssa Chiara Venturelli e dott.ssa Elisabetta Devoti, che a rotazione garantiscono, in aggiunta al dottor Ange-



lo Pica, la loro presenza anche a Rovereto e Tione. La struttura di Arco ha a disposizione 9 posti tecnici (rene artificiale) utilizzabili sui 4 turni a settimana, potendo accogliere un massimo di 36 pazienti.

Il gruppo di lavoro è composto da 8 infermieri, 3 operatori e la coordinatrice infermieristica.

Il punto di forza del Centro è l'approccio multidisciplinare alla cura del paziente e il supporto fornito a familiari e caregiver, grazie anche alla collaborazione con le cure territoriali e palliative; questo garantisce un'assistenza completa e personalizzata al singolo paziente, che viene assistito in un ambiente quasi familiare.

Negli ultimi 10 anni, inoltre, è stato implementato il servizio ambulatoriale per i pazienti nefropatici non dializzati che necessitano di visita nefrologica, infatti ogni anno vengono eseguite circa 300 visite nefrologiche ambulatoriali. Viene inoltre fornita assistenza di consulenza specialistica ai reparti di degenza. Per di più, questi ultimi anni segnati dalla pandemia sono stati uno stimolo alla collaborazione con i Centri Dialisi vicini, in particolare quello di Rovereto, Tione e Trento, per far fronte alla necessità di dializzare anche pazienti in isolamento. L'auspicio per il futuro è quello di proseguire sempre con entusiasmo nella gestione dei pazienti, con l'obiettivo di riuscire ad incrementare l'attività ambulatoriale e dedicare più tempo agli utenti nella gestione della complessità della loro malattia.

*Bombardelli Vilma coordinatrice infermieristica Centro dialisi di Arco

SCEGLIERE RESPONSABILMENTE COSA MANGIARE

di Luciana Baroni*



Dott.ssa Luciana Baroni

i parla di dieta "plant-based" quando la sua composizione è prevalentemente o esclusivamente data da cibi vegetali. In questo senso, il termine "plant-based" così come viene utilizzato negli studi scientifici, non è necessariamente sinonimo di dieta vegana (o 100% plant-based). Tuttavia almeno una parte dei benefici descritti per le diete "plant-based" è da ricondurre alla presenza, più abbondante che nella dieta occidentale, di cibi vegetali.

Una recente rassegna ha individuato come solo il 50% degli studi recuperati che includevano un intervento dietetico "plant-based" ha completamente vietato i prodotti animali e ha utilizzato il termine dieta "plant-based" in modo intercambiabile con una dieta vegana. Al contrario, circa il 33% degli studi includeva prodotti lattiero-caseari e il 20% degli interventi dietetici ha enfatizzato un modello dietetico semi-vegetariano. Sarebbe quindi importante, quando si usa questo termine, fornire anche un'informazione dettagliata dei cibi utilizzati.

È infatti questa generica caratterizzazione dei cibi consumati che può almeno in parte rendere ragione della mancanza di un totale accordo nei risultati degli studi scientifici su questo argomento.

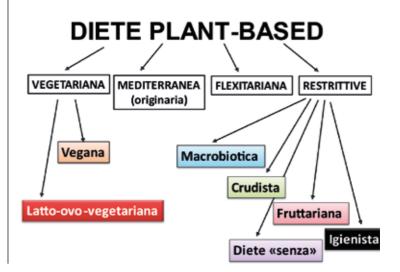
In questo articolo ci riferiremo alla sola dieta vegetariana, intesa come termine che include la dieta latto-ovo-vegetariana e la dieta vegana.

Alla luce delle conoscenze raccolte in più di 50 anni di studi scientifici, risulta infatti confondente classificare una dieta come "vegetariana" solamente in base all'esclusione dei cibi animali diretti (carne).

Questo ha portato a includere nelle ricerche anche pattern a base vegetale che escludono alcuni gruppi alimentari o alcuni cibi di un gruppo alimentare, generando dei dati che non sempre risultano riflettere quelli che si otterrebbero se si applicassero invece, come raccomandato, i due seguenti criteri: il **criterio esclusivo** (vegetariana è qualunque dieta che escluda i cibi animali, totalmente nel caso della dieta vegana, o parzialmente la dieta latto ovo-vegetariana), e il **criterio inclusivo** (vegetariana è qualunque dieta che si basi su un'ampia varietà di cibi vegetali non o poco trasformati e presti attenzione ai nutrienti critici come calcio, omega-3, vitamina B12 e vitamina D.

Considerando questi due criteri vi sarebbe una migliore omogeneità del campione e una migliore accuratezza dei dati raccolti.

Arrivando a questa concordanza di termini tra ricercatori si potrebbe escludere la precisazione "well-planned" (ben pianificata) quando si parla dei benefici per la salute e dell'adeguatezza nutrizionale di una dieta vegetariana, perché solo le diete ben pianificate andrebbero denominate "vegetariane". Per gli altri tipi di dieta restrittiva, andrebbe utilizzato il "nome proprio" che è quello che le caratterizza (es. igienista, fruttariana, crudista, altre).



Composizione di una dieta vegetariana

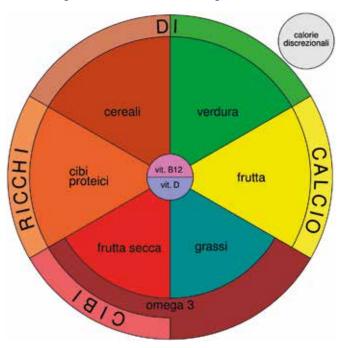
Una dieta vegetariana si deve basare su tutti i gruppi alimentari, che si dividono in 6 principali più 2 trasversali, ovvero: cereali, cibi proteici, verdura, frutta, frutta a guscio e semi, grassi, cibi ricchi di calcio (formato dai cibi più ricchi di calcio di tutti i gruppi ad eccezione dei grassi), cibi ricchi di acidi grassi omega-3 (all'interno del gruppo dei grassi e della frutta a guscio e semi).

I cibi all'interno di ciascun gruppo vanno assunti in modo variato, in modo da realizzare la maggior ricchezza di assunzione di nutrienti.

Va inoltre assicurata una fonte affidabile di vitamina B12 (che si trova quasi esclusivamente nei prodotti di animali che hanno ricevuto l'integrazione di B12 dal mangime) e, se necessario, di vitamina D. Quest'ultima, come noto, non si ricava dalla dieta, e alle nostre latitudini è stato stabilito che l'esposizione alla luce solare non è in grado di garantire una produzione adeguata di vitamina D: è quindi un problema trasversale a tutta la popolazione, a prescindere da come si alimenta.

Quanto appena sommariamente presentato è stato declinato in modo dettagliato nella guida alimentare del PiattoVeg (www.Piattoveg.info), che propone anche le quantità di alimenti da consumare per ogni gruppo sulla base del fabbisogno calorico.

Come riflessione a parte, per nulla peregrina, faccio notare che questo schema alimentare può essere utilizzato



anche da un onnivoro, perché, secondo le Linee Guida dietetiche americane, l'80% di una dieta onnivora sana dovrebbe comunque basarsi su cibi vegetali. Ne discen-

de che i 5 gruppi vegetali (cereali, verdura, frutta, frutta a guscio e semi, grassi) sono comuni a tutti i tipi di dieta, e che gli eventuali cibi animali entrano a far parte del solo gruppo dei cibi proteici, che possono quindi essere: solo vegetali in una dieta vegana, latticini e uova in una dieta latto-ovo vegetariana, cibi animali diretti (carne e pesce) e indiretti (latticini, uova), ma senza escludere i legumi in una dieta onnivora.

Adeguatezza nutrizionale

Le critiche che vengono rivolte alle diete vegetariane riguardano l'adeguatezza nutrizionale e presunti effetti negativi per la salute (in gran parte riferibili a supposti deficit nutrizionali).

Con la corretta pianificazione dei pasti e con l'attenzione ai nutrienti critici, cioè nelle diete vegetariane "well-planned", che corrispondono, per quanto appena esposto, alle "diete vegetariane" propriamente dette, il rischio di inadeguatezza nutrizionale e di patologie carenziali praticamente non esiste: l'organismo ha bisogno di energia e nutrienti, e non gli interessa da dove provengano. Quei nutrienti tradizionalmente reputati esclusivamente di fonte animale, situazione che viene strumentalmente usata per sostenere l'indispensabilità dei cibi animali, sono presenti anche nel regno vegetale. In particolare, le **proteine** vegetali sono ben presenti in tutti i gruppi alimentari ad eccezione dei grassi, e della frutta -dove sono presenti in quantità pari al 7% delle calorie totali-. Pertanto, un buon assortimento di cibi vegetali provenienti da gruppi differenti non rende necessario "sostituire" le proteine animali con un altro cibo proteico. Anche se alcuni cibi (i cibi proteici appunto) contengono più proteine rispetto ai cibi degli altri gruppi, l'apporto di tutti gli aminoacidi necessari si ottiene anche con l'orchestrata presenza di differenti fonti proteiche a partire dai vari cibi della dieta. Non c'è quindi un problema di "bassa qualità" o "incompletezza" delle proteine vegetali, mentre per quanto riguarda le quantità, dal momento che le proteine vegetali risultano lievemente meno digeribili, si applica una correzione del 10% in più sulle quantità raccomandate: 1 g/kg di peso ideale invece di 0.9 g.

Ricavabile dalla dieta è anche il **ferro**, il cui fabbisogno aumenta in alcune circostanze fisiologiche e patologiche, e in questo caso si sviluppa la carenza che va corretta. I vegetariani però non sono maggiormente a rischio di carenza di ferro rispetto agli onnivori, e in una dieta vegetariana, soprattutto se vegana, le fonti di ferro sono solitamente abbondanti, e il ferro non-eme proveniente dalla ferritina viene ben assorbito.

Le proteine e il ferro non rappresentano quindi nutrienti critici delle diete vegetariane, salvo eccezioni.

I **nutrienti critici** vengono infatti definiti così se la loro presenza nei cibi vegetali è marginale o assente: è possibile quindi per alcuni ricavarli dalla dieta con certe attenzioni, per altri l'apporto va garantito da un integratore.

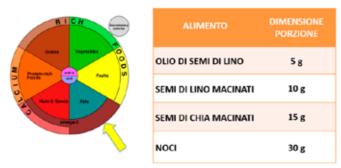
Quelli che si possono ricavare dalla dieta sono **calcio** e **acidi grassi omega-3**, che si trovano in buona quantità solo in alcuni cibi: bisogna quindi conoscere da dove è possibile ricavarli.

Per quanto riguarda il **calcio**, la sua assunzione viene riportata come inadeguata in vari studi sui vegetariani, ma anche in alcuni studi sugli onnivori. Il problema è che i fabbisogni raccomandati di calcio sono molto elevati in molti paesi, compresa l'Italia, mentre in altri sono al di sotto dei 1000 mg al dì. Chiaramente più sono elevati i fabbisogni, più è difficile che la popolazione li raggiunga.

Tornando comunque al calcio in una dieta vegetariana, questo nutriente è ampiamente disponibile nelle verdure a foglia a basso contenuto di ossalati (tutte con l'eccezione di spinaci, bieta e rapa), nella soia e nei suoi prodotti, in mandorle, sesamo, latti vegetali addizionati con calcio e, non ultimo, nelle acque calciche (ormai queste ultime vengono anche pubblicizzate con questo messaggio). Ci sono poi quantità più o meno basse di calcio in tutti gli altri cibi della dieta, e la somma fa il totale: difficilmente non viene fornito abbastanza calcio da una dieta variata che fornisca almeno 2000 calorie ma, al di sotto di questa fascia calorica, sarà utile porre attenzione a consumare regolarmente cibi che forniscano buone quantità di calcio come quelli indicati sopra. Un altro nutriente critico ricavabile dal cibo, gli acidi grassi omega-3, sono presenti in forma di ALA, acido alfalinolenico, che poi l'organismo al suo interno converte in acidi grassi polinsaturi a catena lunga, i LCPUFAs-omega-3, cioè EPA e DHA. Affinché questa conversione sia efficace, è però necessario limitare l'assunzione di omega-6 e acidi grassi saturi, mentre quella di monoinsaturi non è soggetta a limitazione in quanto non interferente. Nonostante l'ALA sia contenuto in molti alimenti, sono però pochi quelli che offrono un rapporto ideale omega-6/omega-3. Questo rapporto dovrebbe non essere superiore a 4:1, ma ad esempio nei semi di lino e nel loro olio è di 1:4 e nei semi di chia di 1:3. Il rapporto estremamente favorevole presente in questi cibi permette quindi con un'assunzione regolare di correggere eventuali squilibri causati da altri alimenti. Consumando giornalmente cibi ricchi di omega-3 in

piccole quantità è possibile fornire all'organismo questo nutriente senza ricorrere a integrazione. Fanno eccezione il bambino fino al compimento del 3° anno di vita e la donna in gravidanza e allattamento, che dovranno affidarsi anche a una fonte di DHA preformato, come quello proveniente dalle microalghe per raggiungere i

Cibi ricchi di omega-3



Consumare 2 porzioni al giorno

livelli ottimali. Integrazione raccomandata a prescindere dal tipo di dieta seguita.

Altri due nutrienti che non sono invece ricavabili dal cibo in quantità adeguate sono la **vitamina D** e la **vitamina B12**.

La **vitamina D** è presente solo nei cibi animali grassi o nei cibi addizionati, che non rappresentano componenti regolari della dieta quotidiana. Inoltre, la sua fonte naturale, la conversione endogena per azione dei raggi UV, non appare sufficiente alle nostre latitudini. Per questo lo stato della vitamina D va valutato ed eventualmente corretto in tutti i soggetti, indipendentemente dalla dieta che seguono. Anche i vegetariani devono quindi seguire le raccomandazioni correnti sulla vitamina D.

La **vitamina B12** si trova invece nei cibi animali grazie alla supplementazione del mangime: nessun animale allevato è più nelle condizioni di averne prodotta tramite i propri batteri intestinali in quantità tali che l'eccesso si possa depositare nei tessuti. Salvo casi eccezionali di chi utilizza prodotti non provenienti da allevamento, dunque, la vitamina B12 dei cibi animali proviene da un integratore ottenuto attraverso sintesi batterica. I vegetariani (tutti: latto-ovo-vegetariani e vegani) sono da circa 10 anni estesamente informati della necessità di integrare questa vitamina. Ho avuto modo di constatare personalmente, attraverso le tante persone che mi contattano direttamente (o indirettamente attraverso SSNV) che questa raccomandazione è nota alla stragrande maggioranza dei vegetariani, anche se non tutti quelli che la conoscono la seguono. C'è poi una quota di irriducibili negazionisti, che nega la necessità di integrazione e che cerca di convincere altri che in una dieta "naturale" ci devono essere tutti i nutrienti richiesti dall'organismo. Si assiste anche ad affermazioni relative all'inaffidabilità dei valori di riferimento ematici, che sarebbero troppo elevati (il valore minimo per un laboratorio è di 180-200 pg/mL).

In realtà è vero l'esatto opposto, verso il quale stanno convergendo sempre più ricercatori: i valori ematici minimi "normali" di vitamina B12, quelli cioè in cui gli indicatori biochimici di carenza funzionale (acido metil-malonico e omocisteina) sono mantenuti nella norma sono molto più elevati, intorno ai 400-500 pg/mL (più elevati ancora nel bambino). Ne consegue che non solo molti vegetariani, ma anche molti onnivori possono sviluppare la carenza, se non integrano.

In conclusione, una dieta vegetariana propriamente detta è completa, in quanto in grado di apportare, attraverso varie modalità, tutti i nutrienti necessari. D'altra parte, seguire una dieta onnivora non è di per sé garanzia di adeguatezza nutrizionale.

Una recente revisione sistematica di 141 studi osservazionali e di intervento pubblicati negli ultimi 20 anni ha riscontrato la presenza di possibili carenze nutrizionali anche in chi assumeva carne, che era a rischio di assunzione inadeguata di fibre, PUFA, acido α -linolenico (ALA), acido folico, vitamina D, E, calcio e magnesio.

Effetti sulla salute delle diete vegetariane

Allora vi chiederete perché i giornali riportino quasi esclusivamente notizie sulla cattiva salute dei vegetariani e su bambini vegetariani malnutriti. La risposta è semplice: per quanto riguarda i bambini, si era di fronte a casi di bambini alimentati in modo bizzarro e non rispettoso di alcuna raccomandazione, con una dieta che quindi non poteva essere definita vegetariana. Per quanto riguarda gli adulti, la questione va sviscerata meglio. I primi studi sui vegetariani iniziano a comparire alla fine dell'800, ma si tratta per lo più di case-report che descrivono situazioni carenziali. Con l'avvento degli studi di epidemiologia nutrizionale condotti su gruppi speciali, come ad esempio sono i vegetariani, è apparso invece chiaro che le diete vegetariane risultavano associate a esiti sulla salute maggiormente favorevoli rispetto alle diete a base di carne. Inoltre, sono stati condotti ampi studi sulla popolazione generale cercando di identificare l'effetto di un certo cibo o un certo nutriente sulla salute. Disponiamo quindi, nel 2022, di un'ampia mole di studi scientifici che sono sostanzialmente coerenti nel concludere che i cibi vegetali non trasformati e le diete vegetariane sono associati con una protezione nei confronti delle principali malattie croniche.

Per semplificare, riporto i risultati delle revisioni sistematiche e metanalisi condotte su studi osservazionali e di intervento.

In confronto agli onnivori, i vegetariani mostrano, negli *studi osservazionali*: ridotta incidenza e mortalità per cardiopatia ischemica, peso corporeo e indici di adiposità inferiori, ridotti valori glicemici e ridotto rischio di diabete tipo 2, più bassi valori di pressione arteriosa, ridotti livelli ematici di colesterolo totale e colesterolo-LDL, ridotto rischio per tutti i tipi di cancro, livelli inferiori dei biomarcatori di infiammazione. A conferma, negli *studi di intervento* i vegetariani rispetto agli onnivori mostrano: peso corporeo inferiore, livelli ematici ridotti di emoglobina glicata, più bassi valori di pressione arteriosa e ridotti valori ematici di colesterolo totale e LDL.

L'unico apparato sul quale gli studi non sono ancora concordi riguardo l'effetto della dieta vegetariana è l'osso. Anche di recente è stato segnalato come la dieta vegetariana potrebbe essere associata ad una peggiore salute dell'osso. Ancora di più quindi assumono importanza le raccomandazioni relative a vitamina D, calcio e vitamina B12 presentate in precedenza, e che è possibile approfondire nella bibliografia sotto riportata.

Conclusioni

In conclusione, le diete vegetariane propriamente dette sono diete nutrizionalmente complete, garantiscono l'adeguatezza nutrizionale e sono associate a un miglior stato di salute.

Chi è vegetariano mostra infatti un rischio ridotto di sviluppare una o più delle principali malattie croniche e chi, già affetto da patologia, adotta questa dieta può assistere a un miglioramento o una remissione della patologia stessa. Ma ben più importante della salute umana è la salute del Pianeta, ormai in condizioni critiche estremamente avanzate, che ci sta dimostrando ampiamente la propria ribellione per come lo abbiamo usato, per l'impatto non solo dei combustibili fossili, ma anche della deforestazione, della pesca e degli allevamenti intensivi, come ben spiegato dal dottor Kob nella sua intervista apparsa del numero precedente della rivista.

Con i costi necessari per riparare le conseguenze dei danni prodotti dal cambiamento del clima potremmo permetterci di finanziare una radicale trasformazione del sistema produttivo, anche alimentare.

Passando a una dieta vegetale si riduce l'impatto ambientale del singolo (inteso come consumo di materie prime, acqua, terreni, produzione di gas serra e inquinamento), tanto che questa transizione viene considerata la singola azione più efficace per ridurre l'impatto individuale sul pianeta.

Riferimenti

- Agnoli C, Baroni L, Bertini I, Ciappellano S, Fabbri A, Papa M, Pellegrini N, Sbarbati R, Scarino ML, Siani V, Sieri S. Position paper on vegetarian diets from the working group of the italian society of human nutrition. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2017 Dec;27(12):1037-1052. doi: 10.1016/j.numecd.2017.10.020
- Baroni L, Goggi S, Battino M. Veganplate: a mediterranean-based food guide for italian adult, pregnant and lactating vegetarians. J. Academy of Nutrition and Dietetics 2018, 118(12):2235-2243. https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.08.125
- Baroni L, Goggi S, Battino M. Planning well-balanced vegetarian diets in infants, children and adolescents: the vegplate junior. J. Academy of Nutrition and Dietetics 2019, 119(7), 1067–1074. http://doi.org/10.1016/j.jand.2018.06.008.
- Baroni L, Goggi S, Battaglino R, Berveglieri M, Fasan I, Filippin D, Griffith P, Rizzo G, Tomasini C, Tosatti MA, Battino MA. Vegan nutrition for mothers and children: practical tools for healthcare providerS. Nutrients. 2018 Dec 20;11(1):5. doi: 10.3390/nu11010005. PMID: 30577451; PMCID: PMC6356233. https://www.mdpi.com/2072-6643/11/1/5.
- Storz MA. What makes a plant-based diet? a review of current concepts and proposal for a standardized plant-based dietary intervention checklist. Eur J Clin Nutr. 2022 Jun;76(6):789-800. doi: 10.1038/s41430-021-01023-z. Epub 2021 Oct 21. PMID: 34675405; PMCID: PMC9187516.
- Neufingerl, N.; Eilander, A. Nutrient intake and status in adults consuming plant-based diets compared to meat-eaters: a systematic review. Nutrients 2022, 14, 29. https://doi. org/10.3390/ nu14010029.
- Sabaté J. The contribution of vegetarian diets to health and disease: a paradigm shift? Am J Clin Nutr. 2003 Sep;78(3 Suppl):502S-507S. doi: 10.1093/ajcn/78.3.502S. PMID: 12936940.
- 8) J. Poore, T. Nemecek, Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. Science, 1 giugno 2018 (Vol. 360, Issue 6392, pp. 987-992, DOI: 10.1126/science.aaq0216).

*Dott.ssa Luciana Baroni medico specialista in Geriatria e Neurologia Master in nutrizione clinica Presidente della Società Scientifica di Nutrizione Vegetariana (SSNV)-APS



"PROFEZIE RITROVATE"

un libro di poesie di Gianfranco Murtinu

stato pubblicato, edito da CTS, un libro di poesie scritte da Gianfranco Murtinu, ospite e amico del Centro Dialisi di Trento ormai da diversi anni. Il volume, arricchito da una bella prefazione del dottor Domenico Marcolini, accompagna ogni poesia con foto artistiche e immagini evocative. Leggiamo dalla prefazione: "la poesia di Gianfranco Murtinu è ...una ricerca che giunge a compimento nell'attraversamento di una notte oscura, un territorio di inquietudine e angoscia, fino ad oltrepassare il dolore e l'avverso... È infatti dalla sofferenza e dalle perturbazioni emotive ed affettive che nasce il linguaggio non ordinario, non esplicito, il linguaggio evocativo."

Gianfranco certamente ci offre una bella testimonianza di come l'arte possa essere cura e dono per affrontare le avversità della vita e della malattia.

"Respirare aria sobria
in armonia col proprio cuore.
snellire la presunzione
con la terapia del buon umore.
E ritrovarmi
Nel bel mezzo di un giardino,
nell'incanto di una natura
assopita nel silenzio
di profezie finalmente ritrovate"

INTERVISTA AL NUOVO PRIMARIO DI GERIATRIA DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO

a cura di Serena Belli

a gennaio 2022 presso il Reparto di Geriatria dell'Ospedale S. Chiara di Trento è arrivato il nuovo Direttore, la dottoressa Anna Casanova, che proviene dall'Ospedale di Feltre, dove dirigeva la medesima U.O. Complessa. Noi di APAN la abbiamo conosciuta in occasione del convegno che abbiamo organizzato a maggio 2022, dal titolo: Assistenza Sanitaria e Qualità della vita per una popolazione che invecchia, dove ha presentato una interessante relazione dal titolo: "Decadimento cognitivo e modelli di assistenza: come sono cambiati e quali sono le prospettive future".

Buongiorno dottoressa Casanova, ci racconta il suo percorso formativo e quali aspetti della Geriatria sono stati quelli che la hanno convinta a scegliere questa specializzazione?

Dal 1/1/2022 sono arrivata all'Ospedale S. Chiara di Trento. Provengo dall'ospedale di Feltre dove ho iniziato la mia attività dal 2002 operando in vari ruoli dapprima in Lungodegenza e, da ultimo dal 2019, come direttrice dell'U.O.C. di Geriatria. Ho collaborato con le strutture territoriali ed in particolare con un sperimentazione di un ospedale di comunità a gestione infermieristica in collaborazione con l'Università di Scienze infermieristiche. Sono specialista in Farmacologia Clinica.

Devo dire che, per quanto mi riguarda, l'area della Geriatria costituisce una passione legata alla valorizzazione del paziente come persona e fonte ricchissima di un "sapere antico" ricco non solo di nozioni, ma di storia e di umanità che consente di coniugare la tecnica e la conoscenze scientifiche a quell'aspetto di cultura umanistica che completa e motiva la visione del mondo. È questo aspetto del "prendersi cura" dell'altro che coniuga la capacità clinico scientifica con quella relazionale e di attenzione alla dignità ed umanità di ogni persona che rende quest'area della medicina così intensa e ricca.



La dott.ssa Anna Canova al Congresso APAN del 27 maggio 2022

Quali sono state le modifiche organizzative più rilevanti, prodotte in Reparto in seguito al suo arrivo a Trento?

Ho trovato un reparto ben organizzato, accogliente, pur negli spazi non propriamente "nuovi". Le professionalità già presenti sono decisamente di ottimo livello ed il clima mi è sembrato buono.

In questi mesi abbiamo reintrodotto alcune attività di scambio culturale e di crescita professionale con gli incontri mattutini (alle ore 8 ci ritroviamo tutti per scambiare notizie cliniche ed esaminare alcuni aspetti critici o problematici). Inoltre, all'incirca ogni 15 giorni, ognuno di noi propone l'approfondimento di tematiche specifiche con le relative innovazioni terapeutiche, al fine di mantenere l'aggiornamento e stimolare la discussione di gruppo. Abbiamo anche potenziato la collaborazione con le Unità Operative, sia chirurgiche che mediche, al fine di una condivisione di informazioni.

Certamente sono stati mesi impegnativi per la necessità di fronteggiare una recrudescenza dei casi di Covid, con il conseguente incremento dei ricoveri, cui è corrisposto un deciso aumento del carico di lavoro, oltre alla necessità di continui indifferibili adattamenti organizzativi.

Tanto l'impegno ma anche molte le soddisfazioni.

Lei crede che ci possa essere uno strumento che possa aiutare a ridurre l'isolamento drammatico che caratterizza certe vecchiaie, caratterizzato soprattutto dal cambiamento epocale della istituzione "Famiglia"?

Per ciò che attiene all'isolamento che caratterizza certe "vecchiaie" in considerazione del cambiamento di concetto di famiglia questo pone sicuramente molti interrogativi. Gli anziani soli sono in numero sempre crescente. Prendono pertanto forma tematiche organizzative che prevedano nuove forme di cohousing strutturati in ambiti anche architettonicamente nuovi, con forme innovative di presa in carico, che coinvolgano sempre di più le comunità che dovrebbero diventare protagoniste nella tutela anche dei "fragili". Vi sono in questo senso esperienze internazionali promettenti. Altro aspetto, non certo secondario, è la necessità di considerare non solo i bisogni fisici, ma anche quelli spirituali in senso ampio, legati alla sfera della condivisione emotiva e sulla reciproca solidarietà, per arrivare a comprendere e rendere reale una vecchiaia di vita in cui non si evidenzi solo l'apparenza, ma emerga ciò che ogni persona è nella sua profonda essenza.

Come ha trovato il livello di collaborazione tra reparto ospedaliero e territorio, e quali le novità che ha introdotto o che pensa di introdurre?

Una novità, a mio avviso molto importante, è stata l'istituzione e l'avvio dell'attività del nuovo Dipartimento Anziani e Longevità, che enfatizza la proiezione territoriale della geriatria in collaborazione con le figure degli altri dipartimenti. Questo consentirà una progressiva integrazione con le figure dei Distretti e delle Cure Primarie. Per ora stiamo cercando di avviare un percorso, in collaborazione con l'U.O. di Malattie Infettive, per il trattamento antibiotico nell'anziano, in particolare rivolto agli ospiti delle RSA, anche su suggerimento di un medico delle strutture residenziali. Ed un secondo argomento sarà l'alimentazione degli anziani con particolare attenzione ai poli-patologici fragili e con malattie degenerative in fase avanzata. La collaborazione con il territorio mi sembra buona, saranno sicuramente da incentivare le occasioni di confronto e di scambio con i Medici di Medicina Generale, mentre mi sembrano già avviati i rapporti con i Medici delle RSA.

Credo che una realtà importante, con la quale lei si troverà a fare i conti, sia quella delle RSA. Come sta gestendo questi rapporti, questa necessaria collaborazione?

Le RSA sono senza dubbio una necessità, ma direi oggi una vera e propria risorsa. Credo fortemente nella collabora-



zione organizzativa e nello scambio dei "saperi" con coloro che operano nell'ambito di queste strutture, che sono sempre più la "casa" dei nostri anziani. La collaborazione tra le varie figure professionali e la messa in comune di protocolli, modalità operative, percorsi di formazione consentirà di fornire servizi sempre più appropriati, di evitare inutili e pericolosi cambiamenti di setting a persone per le quali ogni cambiamento costituisce un rischio ed una fatica, talora non supportati da altrettanto giovamento. Mi auguro di poter sempre più approfondire e costruire queste relazioni e percorsi di reciproco scambio.

L'invecchiamento fisiologico spesso viene negato, in virtù di un giovanilismo sempre rincorso, ma questo può corrispondere ad una eterna giovinezza?

Quanto a quest'ultima domanda, sul rischio che il "giovanilismo" esponga all'aspettativa di eterna giovinezza credo apra a scenari filosofici impegnativi. Viviamo una dicotomia tra ageismo per cui di fronte ad alcune situazioni rifiutiamo di riconosce l'essenza delle persone, oppure solo in base all'età escludiamo attività o proposte possibili ed auspicabili e, per contro, l'aggrapparsi alla giovinezza, con anziani che si attaccano all'età dorata vestendosi come ragazzini, senza consapevolezza del tempo che passa, rischiando poi il tonfo non appena il tempo esprima appieno il suo potere. Misrahi, un filosofo francese, parla di "maturità felice" quando passiamo dalla concezione del tempo-declino alla concezione del tempo-opportunità, concetto che ci consente di apprezzare e vivere ciò che, essendo solo esteriore, ci sfilava davanti agli occhi. È il passaggio dal fascino della primavera e dell'estate a quello dell'autunno dai colori cangianti e del bianco inverno, con la calma della neve.....

Gentile dottoressa Casanova, augurandoLe buon lavoro, la Redazione di Rene&Salute la ringrazia del tempo che ha voluto dedicarci.

INTERVISTA AL NUOVO PRIMARIO DI MALATTIE INFETTIVE DELL'OSPEDALE S. CHIARA DI TRENTO

a cura di Diana Zarantonello

a marzo 2022 il Reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale S. Chiara di Trento vanta un nuovo direttore, il dottor Massimiliano Lanzafame, infettivologo di lunga esperienza proveniente dalla realtà sanitaria veneta, dove ha ricoperto ruoli di crescente responsabilità. Ha inoltre coltivato, parallelamente all'attività clinica, anche l'attività di ricerca, con pubblicazioni nazionali ed internazionali che gli hanno permesso di ottenere l'abilitazione scientifica nazionale da professore universitario nel 2017.

Direttore, ci racconti qual è stato il Suo percorso formativo e quali aspetti delle malattie infettive l'hanno maggiormente appassionata.

Mi sono laureato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona nel 1994. Quindi ho ottenuto la specializzazione in Malattie Infettive nel 1998. Dal 1999 ho iniziato a lavorare in Malattie Infettive come dirigente medico, prima a Legnago (VR) e quindi dal 2001 al 2021 presso le Malattie Infettive della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. La mia vita professionale l'ho dedicata alla cura dell'infezione da HIV, materia che fin da subito mi ha affascinato molto. Nel gennaio 2021 sono diventato Direttore delle Malattie Infettive dell'Ospedale di Rovigo e quindi dal Marzo 2022 sono qui a Trento in qualità di Direttore della neonata Unità Operativa di Malattie Infettive.

A Suo parere, quanto e come la pandemia Covid-19 ha modificato il ruolo delle malattie infettive nella sanità?

L'arrivo del covid-19, a mio parere, ha riportato le malattie infettive ad avere un ruolo centrale in ambito sanitario. Ricordo che i problemi infettivologici sono molteplici ed in costante aumento (antibiotico resistenza, monekypox, tbc, eccetera). Per quanto concerne l'impatto del covid-19 sulle malattie infettive ed il personale medico ed infermieristico afferente devo dire che ci ha messo a dura prova ma ci ha an-



Il Prof. Massimiliano Lanzafame

che fornito la possibilità di acquisire competenze specifiche su materie di pertinenza non prettamente infettivologica.

Come prevede che evolverà la pandemia?

Mi auguro che in poco tempo possa diventare, grazie alla vaccinazione e ai medicinali (antivirali e monoclonali), un lontano ricordo!!! e devo dire che grazie alle vaccinazioni fin qui eseguite siamo sulla buona strada.

Provenendo Lei da una realtà sanitaria veneta, ha notato differenze rispetto all'organizzazione delle malattie infettive in Trentino?

Un paragone è alquanto difficile da effettuare in quanto la mia Unità è neonata e quindi ,anche dal punto di vista organizzativo in divenire. Certo è che quanto appreso nella mia esperienza Veneta lo sto cercando di applicare anche qui.

Prevede vi saranno modifiche nell'assetto organizzativo e/o strutturale del reparto di malattie infettive a Trento?

Da un punto di vista organizzativo i cambiamenti sono già in atto. Questi hanno riguardato sia l'organizzazione



interna sia l'attivazione di collaborazioni con altre Unità Operative del Santa Chiara (per esempio ambulatorio multi specialistico ortopedico-infettivologico, il team "Antimicrobial Stewardship" per la gestione delle infezione correlate all'assistenza), oltre alla creazioni di servizi per il territorio (ambulatorio "PREP", ambulatorio "Migranti" ed altro ancora).

Ora si parla molto di una nuova patologia infettiva emergente, il vaiolo delle scimmie. Ci può spiegare in breve di che cosa si tratta, come si trasmette e come si cura?

Si tratta di un'infezione zoonotica (trasmessa dagli animali all'uomo) causata da un virus della stessa famiglia del vaiolo (Poxviridae) ma che si differenzia da questo per la minore trasmissibilità e gravità della malattia che provoca. Il nome deriva dalla prima identificazione del virus, scoperto nelle scimmie in un laboratorio danese nel 1958. È diffuso in particolare tra primati e piccoli roditori, prevalentemente in Africa. Nelle aree endemiche è trasmesso all'uomo attraverso un morso o il contatto diretto con il sangue, la carne, i fluidi corporei o le lesioni cutanee di un animale infetto. Il virus è stato identificato per la prima volta come patogeno umano nel 1970 nella Repubblica Democratica del Congo. Dalla sua scoperta, casi umani sono stati riportati in diversi paesi africani. Attualmente la malattia è endemica in alcuni stati Africani. Il virus non si trasmette facilmente da persona a persona. La trasmissione umana avviene principalmente tramite il contatto con materiale infetto proveniente dalle lesioni cutanee o con oggetti contaminati (lenzuola, vestiti...), oppure il contatto prolungato faccia a faccia (attraverso droplets respiratori). Nell'epidemia in corso, i dati finora disponibili e la natura delle lesioni in alcuni casi suggeriscono che la trasmissione possa essere avvenuta

durante rapporti intimi. Nell'uomo si presenta con febbre, dolori muscolari, cefalea, rigonfiamento dei linfonodi stanchezza e manifestazioni cutanee quali vescicole, pustole, piccole croste. La malattia generalmente si risolve spontaneamente in 2-4 settimane con adeguato riposo e senza terapie specifiche; possono venir somministrati degli antivirali quando necessario. Fino a questo momento la maggior parte dei casi ha avuto sintomi lievi con un decorso benigno. Tuttavia, il vaiolo delle scimmie può causare una malattia più grave soprattutto in alcuni gruppi di popolazione particolarmente fragili quali bambini, donne in gravidanza e persone immunosoppresse.

Al momento dal punto di vista terapeutico esiste un solo farmaco che si è dimostrato in grado di ridurre la durata della malattia che si chiama tecovirimat a disposizione limitata. Dal punto di vista preventivo abbiamo invece a disposizione un vaccino che prevede la somministrazione di due dosi sottocute a distanza di 28 giorni l'una dall'altra. Come per il farmaco anche per il vaccino abbiamo scorte limitate (per problemi di produzione a livello mondiale)

I nefropatici, dializzati e trapiantati renali sono pazienti immunologicamente fragili, come abbiamo visto per l'infezione covid-19... anche questa nuova patologia potrebbe essere gravata da maggior rischio di complicanze in tali pazienti?

Al momento non abbiamo dati scientifici in merito ma i casi clinici ad andamento grave, riportati in letteratura, riguardano pazienti con grave immunodepressione.

Vi sono stati casi di tale patologia in trentino? Si aspetta un aumento dei casi?

Si al momento quattro casi. No, come sta accadendo a livello mondiale, in questa ultima settimana, mi aspetto un decremento.

Da quando prevede che sarà ampiamente disponibile il vaccino per tale patologia e a quali categorie di persone in particolare sarà rivolto?

Da metà settembre siamo partiti con la vaccinazione che viene eseguita in Malattie Infettive.

Le categorie di rischio per le quali è consigliata la vaccinazione pre-esposizione sono state definite dal Ministero della Salute e riguardano persone sessualmente molto attive.

Ci permetta infine una domanda personale... come ha vissuto il trasferimento in trentino?

Con entusiasmo e tanta voglia di fare e costruire... La ringraziamo del tempo che ci ha gentilmente dedicato e Le auguriamo buon lavoro!

Sintesi convegno AVIS Trento 29 ottobre 2022

LA DONAZIONE DI PLASMA: PROBLEMI E PROSPETTIVE PER L'AUTOSUFFICIENZA

di Danila Bassetti

na goccia rossa con all'interno un profilo femminile e maschile e sovrapposizione di una goccia gialla scissa in tanti componenti: questo il significativo logo che ha caratterizzato il convegno medico organizzato da Avis del Trentino ed Avis Comunale Trento sabato 29 ottobre 2022. Come specificato nell'introduzione alla giornata dalle Presidenti Avis Regionale Elisa Viliotti e Avis Comunale Danila Bassetti, l'evento era stato programmato per diffondere formazione tra i professionisti sanitari ed informazione tra i dirigenti associativi in merito alle problematiche della donazione di plasma ed alla conseguente copertura del fabbisogno di medicinali plasmaderivati. L'adesione al convegno è stata notevole in virtù dell'elevato livello scientifico degli argomenti trattati e della prestigiosità dei relatori e moderatori intervenuti.

La lettura magistrale del dott. Vincenzo De Angelis, Direttore del Centro nazionale Sangue, ha esposto il problema della donazione di plasma nel contesto nazionale ed europeo, sottolineando come tutte le Regioni italiane, ad eccezione della Sardegna, siano potenzialmente autosufficienti per la raccolta di sangue e plasma. In realtà mentre l'autosufficienza per il sangue intero è globalmente raggiunta, grazie alla compensazione interregionale, per il plasma ed i farmaci plasmaderivati essa si ferma attorno al valore medio del 70%. Il programma nazionale per autosufficienza riferito al 2022 stabilisce dei valori soglia pari a 40 unità di sangue intero /1000 abitanti/anno e 18 Kg plasma/1000 abitanti/anno. In base a tali obiettivi si distinguono Regioni che non superano tali valori (Gruppo I: Calabria, Campania, Lazio, Molise), Regioni che raccolgono sangue intero secondo obiettivi ma non plasma sufficiente con valori inferiori alla media nazionale di 14,5 Kg (Gruppo IIb: Abruzzo, Basilicata, Trentino, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria), Regioni con valori medi plasma superiori alla media nazionale (Gruppo IIa:



Liguria, Lombardia, Bolzano, Piemonte, Toscana) e Regioni virtuose che raggiungono entrambi obiettivi (Gruppo III: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Valle Aosta, Veneto). Il plasma è ritenuto strategico ed essenziale per le esigenze attuali della Medicina: esso contiene oltre 1000 proteine, di cui circa 250 identificate e 20 disponibili per essere utilizzate nella terapia umana. Sono comunque prodotti di lavorazione che richiedono 7-12 mesi per la loro messa a punto e che rilevano un costante aumento nella loro richiesta, tanto da ingenerare uno squilibrio allarmante tra raccolta del plasma, matrice di partenza, e fabbisogno. A seguito della pandemia Covid l'autosufficienza europea per le immunoglobuline, prodotto driver, è calata dal 68 al 60%. In Italia ci sono 1.653.258 donatori di sangue (pari al 3% della popolazione) che garantiscono 3.021.143 donazioni di cui 2.566.235 sangue intero e 454.908 aferesi (386.673 plasmaferesi). Risulta quindi strategico mettere in atto procedimenti che possano incrementare la raccolta di plasma.

La dott. Paola Boccagni, Direttore f.f. del SIT di Trento, ha illustrato le procedure che consentono raccolta, conservazione e lavorazione del plasma da utilizzarsi come emocomponente diretto o da inviare al frazionamento industriale per la preparazione di emoderivati come specialità medicinali. Il plasma può essere raccolto a seguito di scomposizione da sangue intero o da plasmaferesi produttiva. In entrambi i casi il plasma deve essere congelato molto rapidamente utilizzando un'apposita apparecchiatura a -80°C che consente il completo congelamento a valori inferiori a -30° C entro un'ora. Il successivo processo produttivo industriale, regolato da un contratto in conto-lavorazione, consente la messa a disposizione di farmaci quali: albumina, fattori VIII, IX coagulazione, fibrinogeno, antitrombina, immunoglobuline polivalenti o specifiche a somministrazione intravenosa e intramuscolare ed altra ancora di uso meno corrente. Tutto ciò ha portato il WHO a riconoscere il plasma come un bene pubblico di interesse nazionale. A seguito dell'intensa attività di promozione della donazione di plasma, nella nostra provincia è in atto un percorso di potenziamento della plasmaferesi, tanto che dalle 89 unità/mese del gennaio 2022 siamo passati in ottobre a 163 unità/mese.

La dott. Anna Stanizzi, dirigente medico SIT Trento, ha sviluppato il tema delle indicazioni di plasma e plasmaderivati. Le indicazioni terapeutiche del plasma fresco congelato sono riscontrabili nel caso di deficit di fattori della coagulazione, microangiopatie trombotiche, ricostituzione di sangue intero dopo emotrasfusione, coagulazione intravascolare disseminata. I medicinali plasmaderivati (prevalentemente albumina, immunoglobuline polivalenti, immunoglobuline specifiche e fattori della coagulazione) sono utilizzati per integrare componenti mancanti tanto da essere considerati dei farmaci salvavita: la loro richiesta è in costante aumento per invecchiamento della popolazione, nuove indicazioni terapeutiche, aumento delle diagnosi, nuovi bisogni espressi da Paesi con economie emergenti.

Anche la dott. **Scilla Conci**, dirigente medico Medicina Ospedale Rovereto, si è soffermata sull'uso di plasma e medicinali plasmaderivati in ambito internistico, come nella coagulazione intravascolare disseminata, nella cirrosi epatica, nella peritonite batterica spontanea, nella sindrome epato-renale. L'uso delle immunoglobuline polivalenti è precipuo nella terapia sostitutiva di deficit o nella immunomodulazione per trombocitopenie immuni, malattia di Kawasaki, patologie neurologiche. Le immunoglobuline specifiche sono elettivamente usate



come profilassi post esposizione per epatite B, tetano, botulino, rabbia, varicella-zoster.

Il dott. **Bruno Giometto**, direttore Neurologia Trento ed uno dei massimi esperti europei nelle patologie neurologiche autoimmuni, ha evidenziato come la sua U.O. risulti avvalersi del 44% sul consumo totale di immunoglobuline per la cura di neuropatie autoimmuni come la poliradicolonevrite acuta (sd Guillain-Barrè), poliradicolonevriti demielinizzanti croniche, neuropatie motorie multifocali, encefaliti immunomediate.

Il dott. **Fabrizio Valente**, dirigente medico Nefrologia e Dialisi Trento, ha illustrato procedure e casistiche dell'aferesi terapeutica, effettuabile con tecnica non selettiva (plasma exchange), semiselettiva (filtrazione a cascata

e reo-aferesi) e selettiva (rimozione endotossine e immunoassorbimento). Essa è una tecnica di depurazione extracorporea utilizzata per la rimozione di sostanze ad elevato peso molecolare come anticorpi, immunocomplessi, endotossine, lipoproteine. Nel caso di aferesi non selettiva è necessaria la sostituzione del plasma rimosso con albumina o plasma fresco congelato.

La dott. Barbara Giussani, medico AVIS Bergamo, ha sviluppato il tema dell'idoneità alla donazione di plasma, per la quale esistono requisiti generali (età, peso, valori pressori) e specifici (emoglobina, protidemia). Altro requisito funzionale è l'avere un buon accesso venoso che consenta un rapido scambio aferetico e di reinfusione. Si sottolinea come i tempi di intervallo tra una donazione di sangue intero e plasma e viceversa consentano donazioni più frequenti senza disagi o reazioni avverse. La dott.ssa Vanda Randi, direttore SIT Bologna e del Centro Regionale Sangue Emilia-Romagna, ha concluso la parte espositiva affrontando la tematica delle possibili reazioni avverse alla plasmaferesi: poco frequenti (1,23-2,16% procedure) e prevenibili con l'osservazione attenta e l'adozione di misure preventive quali l'uso di strumentazione moderna che consenta la reinfusione subitanea di liquidi.

Una breve sessione di testimonianze di pazienti in terapia con farmaci plasmaderivati ha infine reso forte il messaggio della necessità di continuare a garantire cure necessarie ed insostituibili.

I relatori sono stati coordinati da illustri professionisti (dott.ri Gianpietro Briola, Francesco Fiorin, Giuliano Brunori, Susanna Cozzio, Claudio Ramponi, Tiziano Gamba, Fabrizio Zappaterra). Una tavola rotonda finale ha poi consentito al Presidente di AVIS nazionale Gianpietro Briola di trarre le conclusioni che dovranno ispirare futuri provvedimenti atti a conseguire un'autosufficienza anche per il plasma: esigenza di diffondere la cultura della donazione del plasma non solo come alternativa al sangue intero ma come donazione elettiva, collaborazione tra associazione donatori e servizio trasfusionale, aggiornamento tecnologico delle strumentazioni, riorganizzazione negli orari e nella logistica dei vari punti di raccolta al fine anche di fidelizzare e motivare adeguatamente i donatori.

*Dott. Danila Bassetti Direttore sanitario Avis del Trentino

AFORISMI SUL MARE

A cura di Luisa Pevarello

- 1. Non c'è fine al mare. (S. BECKETT)
- L' eternità è il mare mischiato col sole.
 (A. RIMBAUD)
- 3. Quale mondo giaccia al di là di questo mare, non so, ma ogni mare ha un'altra riva e arriverò. (C. PAVESE)
- 4. Soltanto la musica è all'altezza del mare. (A. CAMUS)
- La voce del mare parla all'anima. Il tocco del mare è sensuale, avvolge il corpo nel suo morbido e stretto abbraccio. (K. CHOPIN)
- Solo tre cose sono infinite. Il cielo nelle sue stelle, il mare nelle sue gocce di acqua e il cuore nelle sue lacrime. (G. FLAUBERT)
- 7. La cura per ogni cosa è l'acqua salata; nel sudore, nelle lacrime e nel mare. (I. DINESEN)
- 8. E il mare concederà a ogni uomo nuove speranze, come il sonno porta i sogni. (C. COLOMBO)



- Il mare è il tuo specchio: contempli la tua anima nel volgersi infinito delle sue onde.
 (C. BAUDELAIRE)
- 10 Siamo come isole nel mare, separate in superficie, ma collegate nel profondo. (W. JAMES)
- 11. Il cuore di un uomo è molto simile al mare: ha le sue tempeste, le sue maree e nelle sue profondità ha anche le sue perle. (V. van GOGH)
- Ogni onda del mare ha una luce differente, proprio come la bellezza di chi amiamo.
 (V. WOOLF)

LA DONAZIONE DEL PLASMA NEL CONTESTO NAZIONALE

di Fabrizio Zappaterra*



I plasma è la parte liquida del sangue, di cui costituisce il 55% circa, dal caratteristico colore giallo paglierino, nel quale sono sospesi gli elementi corpuscolati (globuli rossi, globuli bianchi e Piastrine) per il loro trasporto, tramite il sistema circolatorio, a tutte le cellule dell'organismo. Tramite il plasma ogni cellula riceve ossigeno, nutrienti, protezione dalle infezioni, messaggi ormonali e può rilasciare anidride carbonica e composti di scarto per la loro eliminazione con i polmoni ed i reni o il recupero nel fegato.

Il plasma è composto per il 92% da acqua, in cui sono disciolti sali ionizzati (sodio, potassio, cloro, calcio, bicarbonati, ecc.), molecole organiche (glucosio, aminoacidi, lipidi, ormoni, urea, ecc.) e proteine plasmatiche. Queste ultime rappresentano il 7% del plasma, sono oltre un migliaio di cui 250 riconosciute, 117 possono essere identificate mediante test validati dalla FDA e 20 sono estratte con metodiche industriali e commercializzate per essere utilizzate nella terapia umana.

La frazione proteica del sangue è costituita principalmente da albumine (4,5 grammi per 100ml), globuline (2,7 grammi per 100 ml) e fibrinogeno (2,25 grammi per 100ml).

Le albumine hanno la funzione principale di legare molecole d'acqua, per impedire la loro fuoriuscita dai capillari (funzione oncotica).

Fra le globuline si annoverano principalmente le immunoglobuline, ovvero gli anticorpi sintetizzati dalle plasmacellule, evolute dai linfociti, per la difesa dell'organismo.

Il fibrinogeno è il precursore della fibrina, la parte solida del coagulo di sangue, che si forma per attivazione della catena dei fattori della coagulazione, tutti prodotti dal fegato ed essenziali, assieme alle piastrine, ad interrompere le emorragie.

La ventina di proteine ad uso farmacologico estratte dal sangue mediante procedimenti industriali sono i medicinali plasmaderivati (MDP), ovvero specialità farmaceutiche prodotte a partire dalle proteine contenute nel plasma. Sono utilizzate per integrare componenti carenti o assenti del sangue e nella maggioranza dei casi non hanno alternative terapeutiche per cui sono considerati farmaci "salva vita".

Le immunoglobuline aspecifiche estratte dal plasma in pochi anni hanno trovato una miriade di indicazioni terapeutiche nelle più svariate patologie, quali neuropatie degenerative, patologie autoimmuni o immuno-mediate e sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "essenziali".

Quindi il plasma sanguigno, utilizzato inizialmente come succedaneo del sangue intero o per la rapida perdita di liquidi con riduzione del volume circolante (ustioni, traumi) oppure per sostituire interamente il plasma di malati carico di sostanze nocive mediante aferesi terapeutica, oggi trova la sua principale destinazione presso le industrie farmaceutiche per isolarne le varie componenti ed utilizzarle nella cura di numerose patologie: immunologiche, neurologiche, epatiche, renali ed emorragiche.

I principali prodotti driver ricavati dal plasma sono:

- *albumina*: proteina plasmatica prodotta dalle cellule epatiche e costituisce circa il 60% di tutte le proteine di tutte le proteine plasmatiche, viene utilizzata per il trattamento di molte condizioni di epatologia;
- *immunoglobuline*: utilizzate nella terapia sostitutiva delle immunodeficienze e nel trattamento di pato-

- logie autoimmuni o di processi infiammatori sistemici;
- antitrombina: glicoproteina a sintesi epatica, è inibitore naturale della coagulazione ma possiede anche proprietà anti-infiammatorie e anti-aggreganti;
- fattore VIII della coagulazione: utilizzato nella terapia sostitutiva dell'emofilia A, una malattia rara, emorragica ereditaria, a trasmissione recessiva legata al sesso, causata da un deficit del fattore XIII;
- fattore IX della coagulazione: utilizzato nella terapia sostitutiva dell'emofilia B, una malattia rara, emorragica ereditaria, a trasmissione recettiva legata al sesso, con prevalenza stimata pari a 2-3/100.000 soggetti maschi e causata da un deficit del fattore IX:
- fattore VII della coagulazione: glicoproteina vitami-

- na K dipendente utilizzata per curare un difetto congenito di fattore VII, raro disturbo emorragico dovuto ad un'anomalia genetica del cromosoma;
- fattore XIII della coagulazione: fattore stabilizzante la fibrina, è utilizzato nella terapia sostitutiva del deficit congenito della stessa proteina, una malattia a trasmissione autosomica recessiva la cui prevalenza è stimata incirca 1 su 2.000.000;
- concentrati di complesso protrombinico: utilizzati per la correzione acuta e temporanea della carenza dei fattori del complesso protrombinico;
- fibrinogeno: considerata sia una proteina strutturale sia un fattore di coagulazione, viene utilizzata nel trattamento e nella profilassi delle emorragie causate parzialmente totalmente da grave deficit di fibrinogeno.

INDICAZIONI TERAPEUTICHE PER L'USO DELLE IMMUNOGLOBULINE UMANE

Immunologia

- Immunodeficienze primarie (associata a difetti anticorpali significativi)
- Timoma con immunodeficienza (sindrome di Good)
- Immunodeficienze combinate che richiedono il trapianto di midollo
- Deficit anticorpale specifico
- Ipogammaglobulinemia transitoria dell'infanzia
- Deficit anticorpale secondario

Ematologia

- Aplasia acquisita della serie rossa
- Trombocitopenia dell'adulto associata a HIV
- Trombocitopenia alloimmune
- Inibitori dei fattori della coagulazione
- Anemia emolitica autoimmune
- Sindrome di Evans
- Linfoistiocitosi emofagocitica e sindrome emofagocitica
- Porpora trombocitopenica autoimmune (ITP)
- Porpora post-trasfusionale

Neurologia

- Poliradicolopatie infiammatorie croniche demielinizzanti (CIDP)
- Miopatie infiammatorie
- Sindrome di Guillain-Barré
- Neuropatia motoria multifocale
- Neuropatie demielinizzanti associate a paraproteine
- Sindrome di Rasmussen
- Sindrome Stiff-Man (uomo marmoreo)

Dermatologia

- Dermatomiosite
- Malattie immunobollose
- Necrosi tossica dell'epidermide e sindrome di Steven-Johnson

Pediatria

- Trombocitopenia alloimmune
- Idrope fetale
- Malattia emolitica del feto e del neonato
- Porpora trombocitopenica idiopatica
- Malattia di Kawasaki
- Infezione riferibile a tossina in terapia intensiva pediatrica
- Dermatomiosite giovanile

Reumatologia

Dermatomiosite nell'adulto

Malattie infettive

- Malattia streptococcica gruppo A invasiva grave
- Shock tossico da stafilococchi
- Sepsi stafilococcica necrotizzante (associata a PVL)
- Colite da Clostridium difficile grave o ricorrente

Trapianti

- Trapianto anticorpo-incompatibile
- Rigetto anticorpo-mediato
- Polmonite virale

La scoperta dell'efficacia dei MPD in un numero sempre più grande di malattie ha comportato un costante aumento della loro domanda, che dal 1996 ad oggi registra una crescita media annuale del 7,4% ed un passaggio del valore di mercato da 4,8 a 26,6 miliardi di dollari.

In molti Paesi del Mondo, e in particolare negli Stati Uniti, ma anche in diversi paesi europei, la raccolta del plasma avviene mediante pagamento del donatore, o meglio del "datore" di plasma, modalità di raccolta su cui ruotano questioni etiche, come lo sfruttamento di gruppi etnici particolarmente poveri (negli USA sono ammesse due donazioni alla settimana fino ad un totale annuo di 83 litri di plasma), che potrebbero andare incontro ad effetti negativi per la loro salute a causa del progressivo impoverimento delle loro proteine plasmatiche, come dimostra anche la costante decrescita della resa industriale per il plasma così conferito.

I MPD prodotti con tale metodica vengono immessi sul mercato mondiale, per cui Paesi, come l'Austria e la Germania, in cui la raccolta di plasma è superiore alle loro necessità interne, si trovano con gravi carenze in quanto i competitor di mercato comperano buona parte della loro produzione.

Ad oggi il fabbisogno mondiale di plasma raggiunge i 70 milioni di litri all'anno e l'offerta di prodotto è sostenuta per oltre il 60% dagli Stati Uniti d'America.

In Italia la grande tradizione della donazione gratuita, anonima, volontaria, periodica e associata di sangue e plasma, anche in contrasto con altri Paesi Europei, ha di fatto assicurato l'apporto di sangue ed emocomponenti sicuri, di elevata qualità e frutto di un gesto etico.

Il plasma così raccolto non viene "venduto" alle aziende multinazionali per la produzione di MPD.

La titolarità della materia prima plasma, così come dei suoi derivati è pubblica. Le Regioni, singolarmente o in forme associate, conferiscono il plasma raccolto dai Servizi Trasfusionali del proprio territorio alle aziende autorizzate alla trasformazione industriale del plasma per la produzione di medicinali plasmaderivati. Il contratto con le aziende, che operano come fornitori di servizio, è considerato una modalità di "lavorazione per conto terzi" e si configura come una convenzione per la produzione di tali medicinali.

Il decreto ministeriale 5 dicembre 2014 "Individuazione dei centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati autorizzati alla stipula delle convenzioni con le Regioni e le Province Autonome per la lavorazione del plasma raccolto sul territorio nazionale" ha con-

sentito di aprire il mercato alla concorrenza, prevedendo che si possono convenzionare con le Regioni anche Aziende con stabilimenti in Paesi europei.

A seguito del decreto le Regioni e Provincie autonome, attraverso una revisione degli Accordi interregionali esistenti, hanno indetto nuove gare per l'affidamento del servizio di lavorazione del plasma e produzione di medicinali emoderivati "in conto lavoro".

Se per quanto riguarda il sangue intero l'Italia ha raggiunto l'autosufficienza nazionale da diversi anni, la raccolta di plasma sul territorio nazionale, 861 tonnellate nel 2021, consente di raggiungere appena il 70% del fabbisogno, mentre per la restante quota del 30% dei plasmaderivati mancanti è necessario ricorrere al mercato.

Purtroppo, il concomitante calo produttivo nel 2020 a causa della pandemia, -1,6% in Italia, -7% in Europa, -40% negli USA, calo confermato nel 2021 (-1,7 in Italia) ed a settembre 2022, fa temere l'impossibilità di una copertura del fabbisogno nazionale tramite il ricorso al mercato internazionale.

A tali dati e al fatto che lo Stato italiano dispone di scorte di farmaci plasmaderivati per soli 7 mesi a fronte di un tempo di lavorazione del prodotto di circa un anno, è conseguito il "Documento di Indirizzo sull'uso delle immunoglobuline umane in condizione di carenza" approvato in data 2 febbraio 2022 dalla Commissione Tecnico Scientifica di AIFA, che costituisce la normativa da mettere in atto per un razionamento dei MPD, ovviamente a discapito della salute e del benessere dei malati, soprattutto cronici, che necessitano di infusioni periodiche dei farmaci.

Alla situazione che si sta profilando si può e si deve rispondere con una campagna di informazione che sensibilizzi i donatori di sangue e la popolazione intera, nonché i servizi trasfusionali dove si opera la plasmaferesi per incrementare rapidamente la raccolta di plasma secondo un piano che preveda il raggiungimento il prima possibile dell'autosufficienza locale e nazionale.

*Dott. Fabrizio Zappaterra Vicepresidente di Avis del Trentino

L'importanza della tecnica sperimentale di rilassamento a cavallo

RITMI E SUONI PER TORNARE ALLE ORIGINI

di Manuela Crovato*

ono amplissimi gli studi effettuati riguardo la musica e suoi effetti sull'organismo: in questo contesto forse la parte più importante è quella che studia il fenomeno della "musicoterapia ricettiva".

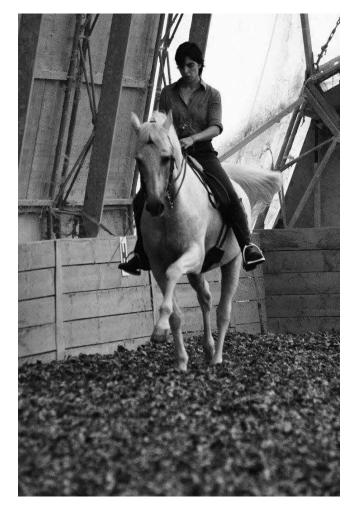
Ci sono due grandi metodi in musicoterapia:

- la musicoterapia attiva, che è creata dal paziente con l'ausilio di strumenti semplici messi a sua disposizione, o con suoni e rumori emessi da lui stesso.
- la musicoterapia ricettiva (chiamata anche passiva), che consiste nell'ascoltare una musica creata da un compositore, scelta appositamente e prescritta dal terapeuta;

Fra gli scopi fondamentali quello del rilassamento ottenuto con la musicoterapia ricettiva individuale, che permette l'insorgere di effetti regressivi e l'apertura di canali di comunicazione che danno accesso alla dinamica psichica, ma non solo: permette anche la rieducazione emozionale. Le vibrazioni sonore trasmesse dall'orecchio al cervello si trasformano in emozioni sostitutive. Non meno importante è il recupero dei ritmi biologici la cui nozione è strettamente legata a quella di salute. La bioritmologia stabilisce i ritmi biologici di ciascuno fondandosi su calcoli matematici: il Dottor Wilhelm Fliess, amico di S. Freud, distingue un ciclo fisico di 23 giorni; lo psicologo Hermann Swoboda, distingue un ritmo emozionale di 33 giorni.

La musicoterapia ricettiva permette il rilassamento e la distensione provocando una caduta del livello di vigilanza, un abbassamento dell'eccitazione della corteccia cerebrale che ha come corollario una decontrazione muscolare e un rallentamento della velocità pulsatile.

Il nostro corpo risuona nel senso che funzioniamo sia da ricettori che da trasmettitori. Produciamo onde udibili e non, vibrazioni che si trasmettono all'esterno, e assorbiamo quelle che ci circondano. Ascoltiamo attraverso l'udito, ma lo facciamo anche con le ossa, con i muscoli,



il sangue, la pelle e tutta la materia di cui siamo fatti. Lo sviluppo dell'udito è parallelo alla strutturazione del sistema nervoso e alla sua evoluzione psichica. Gli studi di Shaidullah e Hopper, condotti con stimoli sonori sotto controllo ecografico, hanno dimostrato però che il feto comincia a reagire a sole 16 settimane, cioè molto prime che l'orecchio si sia formato nelle sue componenti essenziali. Di lì in avanti tutta l'informazione sonora che gli arriverà costituirà una parte importantissima della



sua memoria. Esistono degli archetipi ritmici che sono quelli strutturati in base ai ritmi corporali interni (respirazione, circolazione sanguigna, etc.) ed esterni (movimenti di locomozione). Inoltre l'attrazione di un ritmo avviene tanto più intensamente quanto più si avvicina alle diverse velocità del camminare umano. Ad esempio il ritmo del cuore che è presente nella memoria di tutta la specie umana e pertanto ha molto peso nella musica, al punto da costituire uno degli archetipi ritmici fondamentali.

Accanto ai ritmi esistono i suoni archetipici, anche questi fanno indissolubilmente parte del patrimonio dell'umanità: sono i suoni d'acqua in tutte le loro forme, pioggia, mare, ruscelli, cascate, sgocciolii, ma bisogna qui considerare come registro fondamentale il suono del liquido amniotico che avvolge il feto nel ventre materno, accompagnato da quello della circolazione sanguigna. L'effetto rilassante di questi suoni, lo stesso che hanno quei posti nei quali si possono ascoltare suoni primordiali (riva del mare, fiumi, grotte etc.) è in stretto rapporto con la nostra vita uterina, cioè con quello stato in cui eravamo protetti e nutriti.

La musica e, ampliando il concetto, le onde sonore hanno ripercussioni sugli organismi e sulla materia: sono stati compiuti studi anche sulla materia inerte facendo vibrare con un archetto una piastra metallica ricoperta di uno strato di polvere, ci si rende conto che tutta la polvere assume forme organizzate, come sotto l'effetto di un campo magnetico. Più il suono è musicale, più i disegni sono armonici.

Restando agli esseri viventi, compresi i vegetali, gli studi che hanno interessato l'essere umano abbracciano l'arco della sua esistenza fin dallo stato di cellula fecondata: l'uovo fecondato, annidato nell'utero, è già in contatto con le pulsioni del cuore materno e con numerose altre vibrazioni; il suo istinto vitale è in relazione con i battiti del cuore che inviano il sangue della madre attraverso il cordone ombelicale.

Già nella lontana antichità, i medici indiani sostenevano che il corpo eterico ha dei recettori-emettitori nel corpo fisico, posti sulla linea mediana, si tratta dei cakra che sono in numero di sette, le onde magnetiche o musicali sono in grado di aprire i cakra alla ricezione dell'energia cosmica. È piuttosto curioso constatare che i sette cakra corrispondono alle stette note della scala.

La musica suscita di per se emozioni, allora la domanda che ci si deve porre è: che tipo di relazione c'è tra la nostra emozione e un certo tipo di musica? Non si nega una certa corrispondenza tra le emozioni del compositore e quelle del fruitore, ma quando il testo non c'è (o se c'è non viene riconosciuto come nel caso di una lingua straniera) l'emozione suscitata dalla musica (emozione che comunque ci appartiene) noi la colleghiamo esclusivamente a un contesto soggettivo, che riguarda cioè la nostra storia, la nostra situazione psichica o esistenziale. La musica quindi rilassa, ma evoca anche emozioni a seconda delle caratteristiche intrinseche del componimento.

Nel contesto di questo lavoro, gli effetti che sono di maggiore interesse sono quelli collegati all'ascolto di una musica quanto più possibile vicina all'engramma mnesico o "Prima Orchestra".

È difficilissimo rispondere a questa domanda se consideriamo quanto sia impegnativo proporre una musica ad una persona con l'intento di farle ascoltare qualcosa che non solo possa piacerle, ma soprattutto che possa tornarle utile per provare una sensazione di piacere e rilassamento.

Nei criteri di selezione della musica vengono utilizzati svariati metodi che vedono l'utilizzo della musica in vari modi: più frequentemente viene adottata una selezione di brani che il paziente ascolta in successione.

I francesi Jost, Guilhot e Lecourt, nel 1973, hanno messo a punto una metodologia fondata sulla scelta di tre brani musicali diversi; il metodo è noto con il nome di "Metodo di Musicoterapia ricettiva individuale". In questo metodo, che è composto da 12 sedute in ognuna delle quali il paziente ascolta tre brani, si comincia con l'ascolto di una musica capace di evocare lo stato attuale del soggetto per portarlo progressivamente, attraverso le altre composizioni selezionate, alla condizione voluta. La condizione che si vuole far raggiungere è differente a seconda della necessità della patologia, dell'obiettivo che

il terapeuta si prefigge ed è strettamente collegata al tipo di brano musicale ascoltato per ritmo, tonalità, registro, melodia e armonia. Jean-Jacques Rousseau fu uno dei primi a intuire le corrispondenze che esistono fra i toni del sistema musicale lo stato d'animo dell'ascoltatore.

Nella scelta dei brani musicali è stato indispensabile tener conto di alcuni parametri fondamentali.

La musica doveva essere ad una certa tonalità, non doveva suscitare sentimenti di tristezza o angoscia, non doveva in

alcun modo corrispondere ad uno stato d'animo di iperattività o sovreccitazione.

Da un certo numero di sedute in poi, la musica doveva avere anche un ritmo piuttosto preciso, che fosse il più possibile vicino al passo del cavallo e quindi, al passo umano e, ancora, al ritmo cardiaco umano: la corrispondenza di questi tre elementi gioca un ruolo fondamentale nel ricreare la sensazione di trasporto, cullamento, abbandono che si prova nel grembo materno dove ritroviamo queste stesse condizioni.

Molto importanti sono: la musicalità equestre e la correlazione fra ritmo proprio, metronomo fisiologico, andatura del cavallo e potenza della musica che si ascolta, capace di modificare cadenza e ritmo del binomio uomo-cavallo.

Nella tecnica di rilassamento a cavallo tutto va ricondotto lentamente e progressivamente ad una sola musicalità, quella della prima orchestra con un ritmo, cadenza, armonia, tono ben precisi.

La musica nell'utero (intendendo qui per musica la sonorità dell'interno dell'utero materno composta di elementi vitali: battito cardiaco della mamma, battito cardiaco fetale, rumori intestinali, rumori della circolazione sanguigna) arriva al sistema uditivo (composto da tutto il corpo del bambino che si trova immerso nel senso letterale del termine in questa musicalità) del feto attraverso il liquido amniotico: il propagarsi delle onde sonore nel liquido abbassa la tonalità del suono spezzan-

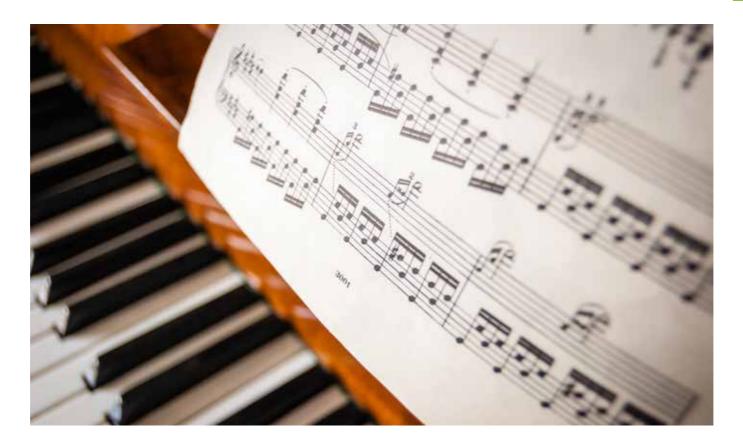
do ed eliminando tutte le frequenze alte al di sopra dei 1000 Hertz: il suono risulta essere ovattato. il battito cardiaco della mamma ha una posizione di dominio, subito seguito da quello del feto, molto più accelerato, somigliante quasi ad un frettoloso battere d'ali, costante è il rumore di acqua che scorre dato dal liquido amniotico in cui il feto si muove, ma anche dalla circolazione sanguigna, meno frequenti i rumori intestinali con una periodicità di 40 minuti circa; i suoni provenienti dall'esterno giungono anch'essi

come ovattati, ma non per questo indistinguibili: il feto riconosce strumenti musicali suonati frequentemente, brani ascoltati più volte, la voce della mamma, rumori collegati alle attività quotidiane della mamma.

Nella progressione dei brani musicali la scelta si è inizialmente orientata su brani che rispondessero semplicemente alla necessità di far rilassare la persona a cavallo: i brani, per le prime tre sedute, sono stato tratti da CD musicali composti da musiche d'ambiente dove fossero assenti percussioni ritmiche e dove, il canto, ove presente, non fosse immediatamente riconoscibile.

A partire dalla terza seduta e fino alla sesta, si sono scelti brani che contenessero un base ritmica escludendo quel-





li dove il ritmo fosse dato da strumenti a percussione: il ritmo poteva essere dato dalla ripetizione di note successive, oppure dalla presenza di un ritornello.

Dalla settima alla decima seduta, è stato introdotto l'ascolto della musica corrispondente alla "Prima Orchestra" dividendo il brano (su imitazione della tecnica dei francesi Jost, Guilhot e Lecourt) in tre sezioni fra loro collegate, senza cioè momenti di silenzio fra l'una e l'altra. Le tre sezioni corrispondono ad un primo momento nel quale la musica si rifà alle sedute precedenti creando uno stato di rilassamento, in un secondo momento o parte centrale, vengono introdotti i suoni della "Prima orchestra", alla fine, nella terza fase, la musica torna ad essere quella di rilassamento. La prima parte fa da introduzione, la parte centrale è quella più importante e con maggior significato rievocativo, la terza parte ha lo scopo di "riaccompagnare" la persona nel modo reale con dolcezza.

L'equalizzazione riveste una particolare importanza: per la parte iniziale e finale dei brani si è mantenuta l'equalizzazione originale di registrazione; nel momento in cui si è introdotto il suono dell'utero materno, l'equalizzazione è stata modificata lentamente fino a ricondurre tutta quella parte del brano al di sotto dei 1000 Hertz con il risultato di avere ricreato l'impressione di ascoltare la musica sott'acqua. Nella terza parte del brano "riemerge" lentamente con un'equalizzazione aderente

alla registrazione stessa del pezzo, ripristinando, quindi, i "suoni alti" ossia tutte le frequenze al di sopra dei 1000 Hrtz ed eliminando i suoni della prima orchestra con un'operazione di mixsaggio.

Il risultato ottenuto acusticamente è paragonabile ad un tuffo in una piscina quando il suono delle voci delle persone che nuotano e la affollano ci appare, sott'acqua, smorzato, distorto, appannato: mentre la musica tuffa il soggetto nell'acqua, il passo del cavallo trasporta e culla al ritmo umano e il sistema uditivo rimanda al sistema libico un suono primordiale, il cavallo disegna l'infinito e la sensazione provata è di "mi sento trasportare indietro", chiara correlazione, mi si consenta il collegamento, fra percezioni sensoriali e regressione psichica.

Il nono e decimo si compongono di una prima parte di pochi minuti, una parte centrale di 25 minuti di "Prima Orchestra" e una terza parte finale di ricollegamento alla realtà di pochi minuti.

*Dott.ssa Manuela Crovato
Psicomotricista E.I.Sc.O.P.

SEMINARIO "CRONICITÀ E SALUTE"

Il 16 settembre dalle 15 alle 17, presso la Facoltà di Giurisprudenza, l'APAN (Associazione Provinciale Amici della Nefrologia), e il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale nonché il Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche dell'Università degli Studi di Trento, hanno organizzato un incontro dedicato al tema della cronicità, partendo dalle riflessioni suggerite dal libro intitolato appunto "La cronicità. Come prendersene cura, come viverla", scritto dalla pneumologa Dagmar Rinnenburger. Le condizioni demografiche sono cambiate e attualmente le persone che vivono con



malattie croniche sono aumentate esponenzialmente. La nuova definizione di salute proposta è «la capacità di adattarsi ai cambiamenti prodotti dall'invecchiamento e dalle sfide fisiche emotive e sociali della vita e di autogestire efficacemente la condizione cronica». Gli operatori sanitari e i pazienti devono essere preparati ad affrontare questo nuovo scenario, le sfide e le difficoltà che tali patologie croniche comportano. «.. Il paziente cronico si lamenta che il medico non si prende cura abbastanza, non ascolta ... Alla fine rimprovera al medico la malattia stessa ... Il medico dà la colpa al paziente, di non essere collaborativo, di non cambiare stile di vita, di non accettare di essere cronico ... La cronicità è un peso che sia il malato che il paziente devono prendere su di sé». Su questi temi si sono trovati a riflettere il dottor Gino Gobber (Presidente Nazionale della SICP nonchè Primario dell'U.O. Multizonale di Cure Palliative), la dott.ssa Violetta Plotegher (medico, Componente Consiglio Direttivo Slow Medicine), Elisa Damaggio (Consigliera Ordine degli Assistenti Sociali Regione Trentino Alto Adige) e la dott.ssa Diana Zarantonello (Presidente APAN, Nefrologa presso l'OU. Multizonale Nefrologia e dialisi dell'APSS). Al termine l'autrice del libro ha concluso l'incontro riprendendo alcuni temi sollevati e proponendo la valorizzazione della medicina territoriale come soluzione indispensabile per rispondere alle esigenze demografiche e sociali odierne. Vi sono stati anche diversi interventi dal pubblico, tra cui la proposta di valorizzare anche a livello mediatico la figura del medico di medicina generale, che risulta una figura chiave per creare una medicina più familiare, rispettosa e che favorisca la prevenzione. I relatori sono stati moderati dalla Professoressa Annamaria Perino, coordinatrice del corso di Scienze Umane della Facoltà di Medicina.

GITA SOCIALE E CENA SOCIALE

Come l'anno scorso, anche quest'anno APAN ha deciso di organizzare una gita a "km zero", alla riscoperta delle bellezze nascoste e spesso poco conosciute anche da chi ci abita, della città di Trento. Il 19 novembre ci troveremo pertanto a fare una visita guidata al Castello del Buonconsiglio, con una guida d'eccezione e di grande esperienza e autorevolezza che ci accompagnerà a scoprire le parti meno conosciute e accessibili del maniero cittadino. Invece ad inizio dicembre è in via di organizzazione una cena aperta a pazienti, soci e simpatizzanti, arricchita da una tombola con ricchi premi! Consultate il nostro sito (apantrentino.it), per avere informazioni più dettagliate e aggiornate su tali eventi!

LA DIETA A BASE VEGETALE (PLANT-BASED) EFFETTI SULLA SALUTE E SULL'AMBIENTE

La sera del 16 settembre scorso la Cassa di Trento in collaborazione con la LAV (lega antivivisezione), ha organizzato nella splendida location di Palazzo Benvenuti, in via Belenzani, una serata informativa dedicata alla nutrizione a base vegetale. I relatori erano la dott.ssa Diana Zarantonello e il dottor Michael Kob (autore che abbiamo intervistato nel precedente numero della rivista), moderati dalla autorevole dottoressa Vittoria Agostini (volto ben noto ai trentini, in quanto conduttrice su Trentino TV della trasmissione di divulgazione medica "Meeting"). La serata si è aperta con un delizioso buffet 100% vegetale offerto nella splendida cornice del Caffè di Palazzo Benvenuti, aperto da pochi mesi. A seguire, nella Sala Nones, gremita di partecipanti, la serata è stata aperta dai saluti inaugurali: il dottor Franco Dapor, della Cassa Centrale, a seguire Simone Ste-



fani, presidente LAV Trentino, e infine la dottoressa Lorena Filippi, consigliere dell'Ordine dei Medici. I relatori ci hanno poi parlato di cosa si intende per dieta a base vegetale, dei documentati effetti benefici per la salute e per l'ambiente, e delle possibili criticità; inoltre il dottor Kob ci ha presentato i primi dati relativi all'applicazione dei green Mondays ("lunedì verdi", nei quali la mensa ospedaliera offre piatti esclusivamente vegetali), in termini di risparmio di risorse. A seguire tante domande da parte di un pubblico molto attendo ed interessato. Un evento sicuramente che verrà riproposto!

IL RICORDO DELL'A.P.A.N PER LA SCOMPARSA DI UN SOCIO FONDATORE, DI UN VOLONTARIO, DI UN AMICO



Il 9 Novembre 2022 ci la lasciati dopo breve malattia ANTONIO FONDRIEST, Socio Fondatore A.P.A.N. volontario silenzioso e instancabile, amico sincero, grande micologo. Abbiamo pensato che il modo migliore di ricordarlo sia quello di condividere la stima, l'affetto e i messaggi sinceri e spontanei che ci sono giunti una volta saputo della Sua scomparsa: ... era una persona squisita e davvero speciale... L'ho proprio pensato in questi giorni. Gli abbiamo voluto bene. Una buona persona. Ci mancherà. Antonio, una bella persona di una umiltà davvero ingiustificata! Era il nostro micologo di fiducia. Veramente una persona speciale che ha dato molto

all'APAN, per molti anni volontario in reparto, sempre assiduo. Una brava persona quando poteva c'era sempre per tutti. È con me è stato compagno di volontariato per i malati da accompagnare a Lourdes. Ci mancherà. È bello sapere che la vita passa, ma le azioni e i ricordi rimangono in ognuno di noi: salutiamo un Amico che ha sempre fatto dell'aiuto agli "Altri" una filosofia di vita, un valore fondante. Ciao ANTONIO.

CONGRATURAZIONI E BUON LAVORO AL PRESIDENTE ALBERTO RIZZO

Il Presidente del Tribunale di Vicenza Alberto Rizzo, che abbiamo avuto l'onore di avere tra i relatori al Congresso APAN dello scorso 27 maggio, è stato recentemente nominato capo di gabinetto del ministro Carlo Nordio, titolare del dicastero della giustizia. Tante congratulazioni e buon lavoro!



CONSIGLIAMI UN LIBRO

a cura di Serena Belli

L'ARTE DEL MATRIMONIO

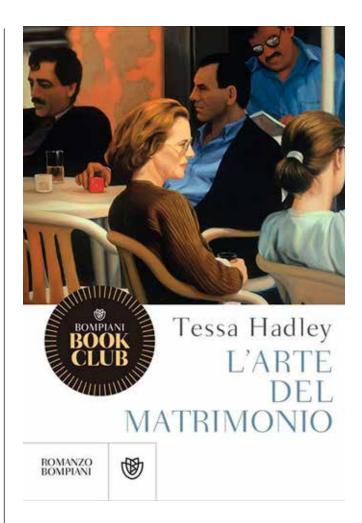
di Tessa Hadley

Due coppie di amici "da una vita", nella Londra bene, anche se non aristocratica, quella che quasi sempre deve lavorare per vivere. Due famiglie che passano tanto tempo assieme: vacanze, cene, mostre d'arte; i figli sono amici tra loro e si sostengono e si frequentano da sempre. Un equilibrio perfetto, ma in realtà è un tavolo che si regge su tre gambe, infatti quando uno dei quattro amici improvvisamente muore, lentamente ma inesorabilmente il tavolo frana a terra.

La morte di Zachary fa affiorare gli squilibri di coppia, il non detto e non dicibile. Gli eventi si susseguono dapprima lentamente, quasi inavvertitamente, ma poi prendono velocità e rotolano rovinosamente verso valle, arrivando infine ad un nuovo equilibrio, che è possibile solo perché gli attori del romanzo sono persone ragionevoli che si vogliono bene davvero. Non a caso ho detto: gli attori, perché L'Arte del matrimonio più che un libro assomiglia al canovaccio di una piece teatrale. Tessa Hadley è veramente gradevole da leggere, una scrittura "piana" e lineare, ma non banale. Un paio di colpi di scena ravvivano la trama, senza rappresentare eventi epocali, tranne che per le persone che li vivono ed a cui sembrano cambiare la vita. In realtà la vita dei personaggi del romanzo era già "altra" anche se loro non lo sapevano.

La conclusione del romanzo è questo nuovo equilibrio tra le parti, che arriva in modo naturale, senza ulteriori strappi, come è talvolta la vita quando non ti vuole colpire troppo forte.

L'Arte del matrimonio oltre ad essere un bel romanzo, è una interessante riflessione sul matrimonio tradizionale, sulla tentazione e sul tradimento. Non ne ricaviamo delle certezze né delle conclusioni definitive, ma il mes-

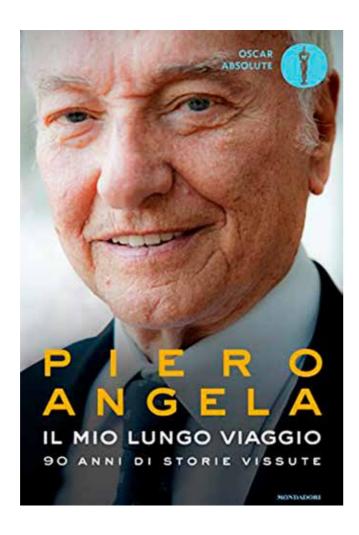


saggio dice più o meno così: il matrimonio ha un senso e può essere una cosa buona e giusta, a patto di essere in grado di modificarsi ed adattarsi all'altro. Il matrimonio è l'aggrapparsi l'uno all'altra, via via che ci si trasforma. O non riuscirci.

IL MIO LUNGO VIAGGIO

di Piero Angela

Chi, in Italia, non conosceva Piero Angela? Immagino che ogni italiano abbia avuto modo di vederlo ed apprezzarlo in una delle sue numerose trasmissioni, da Quark e SuperQuark. Sempre ben documentato con grande rigore scientifico, interessi trasversali, curiosità intelligente, onestà intellettuale. Ma per saperne di più suggerisco la lettura di questo piccolo libro autobiografico, che ci fa scoprire su di lui tantissime cose poco o per niente note. La sua infanzia ed il Volume dei perché della Enciclopedia dei Ragazzi, la guerra ed il rifugio antiaereo sotto casa. Gli anni vissuti da sfollati presso



l'Ospedale psichiatrico, di cui il padre medico era il Direttore, gli ebrei nascosti e mimetizzati tra i malati. Le lezioni di pianoforte, noiosissime, subito abbandonate in funzione di un suonare il piano ad orecchio (evidentemente era molto dotato!), l'amore per il jazz durato tutta la sua lunga vita. Gli inizi a Torino in radio, dove vede il famoso uccellino che annunciava il segnale orario. La sua regola aurea: mai accontentarsi di quello che sembra già buono, si può sempre migliorare. Gli anni da giornalista all'estero, prima Parigi (dove nascono i suoi figli Christine ed Alberto), poi Bruxelles e l'Europa, la caduta del muro di Berlino. Il ritorno in Italia per condurre il telegiornale delle 13,30 su Rai 3. E poi Bernacca quello del meteo, Andrea Barbato, Ruggero Orlando (chi mai sapeva che era laureato in matematica?), lo sbarco sulla luna e l'inizio, nel 1969, delle sue primissime trasmissioni di divulgazione scientifica, fino ad arrivare a Quark e SuperQuark dei giorni nostri. Tanti gli aneddoti, le curiosità sulla sua vita pubblica e privata. Il libro è godibilissimo e ci lascia alcune importanti riflessioni, una fra tutte, quella che mi è piaciuta di più: la passione di sapere e la voglia di scoprire possono portare molto lontano nella vita, e fare di chiunque una persona speciale. Certo, lui non era un chiunque, ma era dotato di grande intelligenza e seppe sempre cogliere ogni opportunità, ogni sfida, appoggiandosi magari a chi ne sapeva di più, per imparare e crescere intellettualmente. Piero Angela è morto qualche mese fa e ne siamo tutti un po' orfani, ma leggere la sua vita è un modo per ricordarlo e non dimenticare l'importanza dello studio e dell'approfondimento, in ogni campo della vita.

I PROMESSI SPOSI

di Alessandro Manzoni

Vorrei approfittare dello spazio mancante per riempire le due facciate che spettano a questa rubrica, per consigliarvi un libro che ogni tanto, nel corso della vita, vale la pena di leggere e rileggere: I Promessi Sposi. Non sto qui a dire di cosa parla il romanzo, né delle qualità dell'Autore, perché le ritengo cose (anche troppo) note a tutti. Volevo però condividere il piacere che ho ricavato da questa ri-lettura negli anni della maturità. Si ride e si piange, si rimane con il fiato sospeso, ci si indigna. Si impara anche un po' della Storia d'Italia e dei vizi e delle virtù degli Italiani. Pare che qui da noi niente cambi mai davvero (lo si impara anche leggendo Il Gattopardo): dal seicento (secolo in cui è ambientato il libro) all'ottocento (secolo in cui è stato scritto) ai giorni nostri, tante cose sono rimaste immutate. Ma il libro ci dona anche pagine di immensa letteratura: la conversione dell'Innominato, "la sventurata rispose", la peste. Ogni tanto ri-leggere I Promessi sposi fa bene!



Il racconto

MI RICORDO DI TORRE PELLICE

di Laura Pasquali

urante la guerra con la mia famiglia abbiamo vissuto circa due anni a Torre Pellice, dove eravamo sfollati. Papà andava ogni giorno in treno a lavorare a Torino, era impiegato alla STIPEL. Abitavamo al primo piano di una casa sulla via principale, c'era un cortile con l'acciottolato e un lungo balcone che terminava con un terrazzo.

All'inizio di Luserna San Giovanni viveva zia Lea in una bella villa, villa Marchisio. Abitava al primo piano e aveva un bel terrazzo. Si entrava da un cancello di ferro sulla strada e si percorreva un viale alberato per raggiungere la casa. Il viale mi sembrava tanto lungo. Sono tornata dopo molti anni a Torre Pellice e ho rivisto tutto in miniatura: la villa più piccola di quanto ricordassi e il viale così corto...

Zia Lea aveva raccolto i bambini della famiglia perché a Torino c'erano i bombardamenti e viverci era alquanto pericoloso. Così i genitori rimanevano in città a lavorare e i bimbi erano al sicuro a casa di zia Lea. Alcuni avevano il magone perché erano lontani dai genitori. Nella casa c'erano altri bambini, i ragazzi della famiglia Giorgio. Nel cortile c'era un capretto, Bernardino, a cui davamo il latte con il biberon.

Non mi sono rimasti che alcuni flash di quegli anni. Papà mi aveva regalato una macchinina a pedali. Nel cortile con l'acciottolato non mi potevo muovere e allora percorrevo la strada fino alla casa di zia Lea. Ora con il traffico sarebbe impossibile o quantomeno rischioso. Torre Pellice era presidiata dalle forze di occupazione tedesche. Quando i militari hanno posto uno sbarramento sul ponte del torrente Angrogna (nome di origine occitana), per passare dall'altra parte occorreva un lasciapassare. Io ero andata all'asilo cinque giorni; non ricordo la scuola né le insegnanti ma so che non ci andavo volentieri. Dopo la divisione della città in due settori non ci sono più andata. La nostra casa e l'asilo erano da



parti opposte rispetto al ponte, occorreva il lasciapassare e il rischio era elevato. Io ero contenta ma la situazione era seria.

Apparentemente la vita scorreva normalmente, ma l'occupazione dei militari tedeschi era drammatica. Erano spietati. Hanno impiccato due ragazzini di tredici anni perché erano staffette partigiane. Ad un certo punto hanno incominciato ad incendiare le abitazioni in fondo a Torre Pellice. Una famiglia di nostri amici era rimasta senza casa ed erano venuti a passare la notte da noi. La guerra partigiana era dura. La montagna era piena di rifugi e di grotte dove nascondersi. Noi ascoltavamo Radio Londra "Tu tu tu tum" : mi avevano spiegato che non ne dovevo parlare perché era pericoloso. Anche papà e zio Leonardo erano partigiani.

Una parentesi lieta è stata quando zia Pina è venuta a prendermi per portarmi ad Alassio. La casa di via Bidone a Torino, dove vivevano all'ultimo piano la nonna Maria , mamma del mio papà, zia Lina e zia Pin, zie di papà , era stata bombardata, non distrutta ma seriamente danneggiata: non ci si poteva vivere. La nonna e le zie si erano trasferite ad Alassio; le zie erano sarte e lavoravano là con una conoscente, la nonna lavorava come aiuto dal parroco del paese. Siamo andate ad Alassio in treno: è stato il mio primo incontro con il mare e me ne sono innamorata.

Per andare al mare cercavamo un varco nelle rete metallica che impediva l'accesso alla spiaggia e rimanevamo lì al sole la nonna, le zie e io. La spiaggia allora era molto ampia , ora e da molti anni si è ridotta. Rimanevamo in spiaggia molte ore e facevamo il bagno nell'acqua bassa. Vivevo dalla nonna. Il parroco mi aveva regalato una bambola. Là ho trascorso giornate felici. L'ultima sera ricordo di aver chiesto: "Portatemi ancora una volta a vedere il mare". Al ritorno a casa mi sono addormentata contenta. Per riportarmi a Torre Pellice è venuto

Il racconto

a prendermi il mio papà. Durante il viaggio è suonato l'allarme, il treno si è fermato e siamo scesi tutti fino a quando il bombardamento è finito. Al ritorno ho trovato la mamma che aveva ripulito e reso bello il mio bambolotto che io avevo maltrattato.

A Torre Pellice è nata mia sorella Anna. Lei dice che è nata per una risata. Infatti la sera precedente la sua nascita mio papà e zio Leonardo, il marito di zia Lea, hanno fatto la scenetta del "mulitta". Il mulitta è l'arrotino. Zio Leonardo faceva l'arrotino e papà la mola a pedale. Lo zio teneva per i piedi papà che camminava sulle mani e spruzzava acqua dalla bocca come dovesse arrotare un arnese. La mamma ha riso tanto! Durante la notte ha avuto le doglie. Mi hanno portata da zia Lea e loro sono andati all'Ospedale Valdese: là è nata Anna. Uno o due giorni dopo papà mi ha accompagnata all'ospedale per vedere la sorellina. Io ho detto: "Allora vedo la cicogna". Non avevo mai visto una cicogna, non avevo idea di come fosse, la immaginavo come uno struzzo tutto bianco: per portare un fagottino di bambino doveva essere robusta! Arrivata all'ospedale la cicogna non c'era, ho immaginato che fosse in una stanza vicina alla culla, mi pareva anzi di sentire un fruscio. Anna, a un certo punto, si è messa a piangere; l'infermiera mi ha detto: "Sei tu che l'hai fatta piangere". Allora sono scoppiata in lacrime anch'io. Questo è stato il primo incontro con mia sorella. Se ben ricordo siamo tornati a Torino nella primavera del '44 e abbiamo passato l'ultimo anno di guerra in città. Siamo scesi con un camioncino e quello che mi ha colpito di più sono stati i tram...ma questa è un'altra storia.

Quando ero piccola ero gelosa di mia sorella: guardavo nel cassetto le sue cose, cuffie, vestitini che mi sembravano così belli. Gli altri si accorgevano di questa gelosia, forse sembrava il comportamento di una bambina streghetta. Ora so che è normale essere gelosi quando ci sono quattro anni di differenza. Enrico, mio marito, ha avuto la prima sorellina quando lui aveva un anno e mezzo e la seconda quando aveva tre anni. Dice che non era geloso. Forse è così quando la differenza di età è minore.

Sono tornata a Torre Pellice vent'anni dopo, nell'ottobre del 1964, ad insegnare Matematica e osservazioni scientifiche in una prima media (5 ore) e Fisica alla terza avviamento industriale (2 ore). Andavo in treno alzandomi all'alba tre giorni alla settimana, gli altri tre giorni andavo a Biella. Le sette ore di Torre Pellice sono state preziose perché hanno contato come anno in una scuola statale. Le altre 15 ore erano all'istituto magistrale di Biella (Matematica e Fisica) e in una prima media (Matematica e Osservazioni scientifiche). Ora non reggerei una settimana, allora l'impegno mi sembrava meno gravoso di quando studiavo. In treno potevo lavorare, ma era anche divertente passare quelle ore con gli altri insegnanti e gli impiegati che viaggiavano per raggiungere la scuola o l'ufficio.

Il secondo anno, nel 1965, sono tornata a Torre Pellice con un corso completo, prima, seconda e terza media sempre per matematica e osservazioni scientifiche. Un giorno avevo lezione mattino e pomeriggio. A pranzo, complici i miei genitori, andavo da Flipot, un bel ristorante con giardino, dove si ritrovavano anche gli altri impiegati in trasferta. In quell'anno ho anche dato l'abilitazione all'insegnamento della Fisica, dove? Ma a Genova perché là c'è il mare. Siamo andati in tanti del corso di Fisica; io ero con la mia amica Dina. L'esame è andò bene.

In conclusione, l'anno1965-66 è stato un anno sereno per l'armonia che ho trovato a scuola in un ambiente raffinato, colto e civile. Abbiamo concluso l'anno con una gita in seggiovia al Vandalino, per il pranzo finale con i colleghi.

Vaghi ricordi di un pezzo di vita trascorsa a Torre Pellice, che Anna da piccola chiamava Torre Pecciole.



MALUMORE

di Anna Maria Ercilli

l malumore si addensa come queste nubi sempre più scure, ma non credo pioverà c'è ancora il vento che ripulisce gli strati alti, solo l'umore rimane al margine dei pensieri.

Uscire o leggere? Un libro assorbe i nostri pensieri, distrae, serve per entrare nell'altra dimensione, quella creata dall'autore, per rimanerci il tempo necessario. Lasciarsi trascinare nell'intreccio delle parole e trovare qualcosa di simile a sé, una situazione, un sentimento che accomuna e rende veritieri il personaggio e l'autore, tiene legata la fiducia riservata al libro. Trovi il trait d'union, fai una spunta alla pagina, parla di abbandono, di chi e perché? Testi che fanno riflettere, impetuosa la poesia come gli eccessi della sua vita, Sergej Esenin, il celebrato poeta contadino, scelse infine la morte o fu simulazione?

Chi abbandona la speranza, gli affetti più cari, gli amici e decide l'abbandono della vita. Il tragitto di questa lontananza lo cerchi nelle pagine, cerchi una spiegazione che possa dare pace.

Nominare la morte con semplicità dovrebbe essere normale, dato che affianca la vita di ognuno, discreta, spesso camuffata da eufemismi, ci sfiora, invita, e porta via. Nel nostro tempo la morte è accettata con difficoltà, tenuta lontana dagli occhi, viene respinta nell'imprevisto; esaltiamo la giovinezza prolungata con ogni mezzo estetico e curativo, i santoni del nulla propongono centoventi anni illusori di lunga vita. Decisamente più realisti i nostri avi che usavano affrescare le chiese delle vallate con la "Danza macabra" dei pittori itineranti Baschenis. In particolare Simone Baschenis per la chiesa di San Vigilio. "Io sont la morte che porto corona et cossi son fiera, forte e dura che trapasso le porte e ultra le mura, e son quella che fa tremar el mondo, revolgendo mia falze atondo atondo". Un libro preso a caso, l'autore Tabucchi dice - la memoria è una grande falsaria - si fanno delle contaminazioni, anche non volendo - In India, lo scrittore dormirà all'hotel Zuari, simile a tanti altri, un albergo che abita già il suo e nostro immaginario, lo riconosciamo dalla descrizione nei libri di Conrad o Maugham e nei film hollywoodiani tratti dai romanzi di Kipling, l'atmosfera fumosa, i grandi ventilatori appesi al soffitto, gli abiti bianchi delle persone. Un medico indiano afferma – essere cardiologi in India è assurdo – sono cardiologo, ma qui nessuno è malato di cuore, soltanto voi in Europa morite d'infarto - "Di cosa si muore qui?" - Di tutto ciò che non riguarda il cuore.

Sifilide, tubercolosi, lebbra, tifo ed altre cose – mi chiamo Ganesh, disse il medico, come il dio allegro col viso d'elefante¹.

Un altro continente si è aperto nelle pagine di Notturno indiano. Dove possiamo ritrovare noi stessi, quando parliamo d'amore, il grande motore della vita ha ispirato l'arte, fatto scrivere pagine infinite e appassionanti. Un amore che ha attraversato generazioni, mai tramontato, che ha generato pagine, trascritto nelle lingue del mondo e ancora vive nel nostro presente. Parla l'amore di Dante per Beatrice.

Donne ch'avete intelletto d'amore, i' vo' con voi de la mia donna dire, non perch'io creda sua laude finire, ma ragionar per isfogar la mente. Io dico che pensando il suo valore, Amor sì dolce mi si fa sentire, che s'io allora non perdessi ardire, farei parlando innamorar la gente.

Se la forza di questo amore platonico lo ha reso immortale, il trasporto di un altro amore rimane intatto e struggente.

"Amor, ch'a nullo amato amar perdona, mi prese del costui piacer sì forte, che, come vedi, ancor non m'abbandona." ²

Questi sono i ricordi della nostra epoca e dei nostri studi, la scuola è cambiata e cambierà ancora, le nuove generazioni trovano in rete – letture e narrazioni, giochi letterari – stimolanti approcci alla lettura. Dante sarà sempre il poeta incontrastato della Divina Commedia. Un libro come amico ci aspetta.

^{1 -} Antonio Tabucchi

^{2 -} Canto V Inferno

Le vie del misticismo

L'ORIENTE NELLE NOSTRE CHIESE

di Fiorenzo Degasperi*



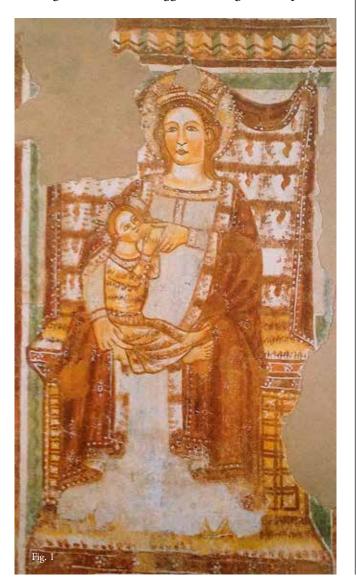
ra le valli impervie e i villaggi vissuti come luoghi d'eremitaggio della nostra regione, per secoli ha serpeggiato il vento dell'oriente. Un vento asciutto, ascetico e filiforme che ha lasciato le sue impronte sui bianchi muri di innumerevoli chiese e cappelle, siano esse di fondovalle che innalzate su colli selvaggi e lontani dai centri abitati. Se qualcuno pensa che i nostri paesi affondino le proprie radici, sacre e profane, soltanto nell'acqua e nella roccia che si trova sotto case, masi e chiese, ebbene si sbaglia di grosso. Le vie sono come i venti, si intersecano, si sovrappongono, sono lievi e talvolta forti, soffiano da nord e da sud a seconda dei casi. Le vie portano con sé suggerimenti, vite diverse, insolite interpretazioni del sacro, storie di altri luoghi e di altri spazi. Per secoli l'oriente ha fornito alla nostra terra esempi di una religiosità profonda, a partire dai martiri della Cappadocia Sisinio, Martirio e Alessandro, venuti a morire nel 397 d.C. nelle selvagge terre dell'Anaunia, la val di Non, per mano di pagani intenti a festeggiare il dio della fertilità Alo/Saturno. Scambi tra monasteri, presenza di territori amministrati da comunità religiose diverse da quelle locali – molte chiese e terreni trentini appartenevano ai monasteri veronesi o bresciani, così come alcune terre sudtirolesi erano e sono ancor oggi in mano a abbazie bavaresi -, fughe di monaci pittori e artigiani durante le ripetute lotte iconoclaste nelle terre bizantine a partire dal VII secolo d.C., hanno portato artisti itineranti a dipingere nelle nostre valli, artisti che hanno lasciato sui muri colori e disegni che riproponevano la tipologia pittorica delle icone: un'arte fatta per Dio e non un'arte pedagogica, come poteva invece essere quella occidentale. Questi artisti/artigiani di Dio dipingevano con il fine ultimo di realizzare un processo di trasfigurazione del cosmo, dalla materia allo spirito puro, senza tempo e senza spazio. Le loro opere, al pari dell'icona, rappresentano una finestra attraverso la quale

possiamo guardare il mondo che è al di là del tempo e dello spazio e da esse si riceve assicurazione che questo pellegrinaggio terreno condurrà ad un'altra vita migliore e più completa. I Santi dipinti guardano dritto negli occhi lo spettatore e desiderano rimanere attivi nella vita dei loro confratelli cristiani. Gli abiti delle Madonne e delle sante rispecchiano l'abbigliamento di corte della ricca e sfarzosa Bisanzio, le posture sono quelle ieratiche e immobili, le figure sono filiformi, esangui, corpi mistici quasi trasparenti, che nascono dalla terra per proiettarsi verso il cielo e l'infinito del Sacro Nome. Dietro molti affreschi ci sta l'idea che il corpo abbia bisogno di essere purificato e rigenerato, una vittoria sulla carne che si legge nell'espressione degli occhi che riflettono l'eterna beatitudine di coloro che hanno raggiunto l'armonia col loro Creatore.

Il primo esempio di questa concezione orientale dell'arte lo troviamo scolpito sullo stipite sinistro della famosa Porta d'Aricarda nel Santuario di San Romedio in val di Non, punto di passaggio tra la Chiesa Maggiore e quella di San Nicolò. Si tratta della raffigurazione di un presepio parzialmente coperto in seguito, in età romanica, da una colonnina che ci obbliga oggi a sbirciare l'evento natalizio bizantino. Qui Maria è raffigurata distesa sul letto, come la vediamo sull'architrave del Duomo di Pienza oppure nell'icona della scuola di Rublev, Galleria Tret'jakov a Mosca; un tralcio di vite fa da grotta, con il significato di dimora del Dio cosmico: è questo un recupero di antichi retaggi mesopotamici per i quali tale pianta ha funzione di albero cosmico, avvolge tutto il cielo e gli acini dei suoi frutti sono stelle. Sotto, Gesù Bambino è adagiato nella mangiatoia, simboleggiante l'alfa e l'omega della sua vita: la mangiatoia è infatti una bara, ad indicare che la Natività è solamente un inizio conducente alla morte salvifica prima della Risurrezione. Qui la Madonna non guarda il Bambino, come è ricorrente invece nell'iconografia occidentale del Presepio. Secondo alcuni Maria, consapevole al pari di Mosè che nessuno può vedere Dio e restare vivo, non osa guardare in faccia il divin Figlio. Oppure gira la testa verso di noi, richiamando gli occhi trascendentali dell'icona, perché nel Bambino vede già la sofferenza e la morte che lo attendono.

Questo esempio, il più antico che troviamo in regione, è soltanto l'inizio di un percorso che ci condurrà in luoghi affascinanti ed emozionanti, al cospetto di veri e propri capolavori dell'arte bizantina, innestatasi qui nelle fredde terre del nord per mano di autori rimasti per lo più anonimi.

Da Levico, per un antico sentiero, si sale ad un colle a picco sull'omonimo lago. Tra i larici secolari spicca una bianca chiesetta: San Biagio. Ha sembianze gotiche e pronao rinascimentale ma fu innalzata nel VII secolo. All'interno appare una Madonna in trono col Bambino. La Vergine con aureola raggiata è raffigurata in posizio-



ne frontale, ieratica e avvolta in un mantello bordato d'oro che rivela la provenienza da modelli bizantino-veneziani. Nella chiesa romanica di San Lorenzo a Tenno, alta sul lago di Garda, incontriamo invece gli Apostoli raffigurati a figura intera e abbigliati con lunghe tuniche manicate, ampi mantelli, con l'orlo inferiore che nasconde completamente i piedi come avviene nelle pitture delle chiese ortodosse.

Risalendo la valle atesina ci imbattiamo nella cappella di Santa Caterina (1131), castello di Appiano. Diverse pitture, datate 1180, sono il frutto della mano di un pittore che apprese l'arte nella bizantina Aquileia. È lo stesso pittore che troveremo negli affreschi di Santa Maria del Conforto a Merano e nel ciclo nella cripta di Montemaria a Burgusio.

Le raffigurazioni di San Paolo, San Matteo Apostolo, Maria in trono col bambino, la teoria delle Vergini sagge e di quelle stolte e, soprattutto, l'Annunciazione e la Visitazione in cui Maria ed Elisabetta sono unite in un intenso abbraccio, seguono lo schema iconografico bizantino.

Anche la chiesa di San Giacomo a Grissiano, a 922 metri, eretta su di un colle frequentato già in epoca preistorica, sull'antica via tra Appiano e il Burgraviato, presenta pitture dal sapore orientale: uno dei due pittori che hanno qui operato ci offre un registro formale bizantino.

Nel catino absidale, sotto un fregio a meandro, si alternano teste maschili al Cristo nella mandorla con Maria e Giovanni Battista ai lati e i simboli degli Evangelisti (XII secolo).

Oltre ai panneggi, agli occhi e alle posture, sono i colori a testimoniare un simbolismo carico di suggestioni teologali. Il sacrificio di Isacco, oltre che raffigurare per la prima volta nell'arte regionale le guglie del prospiciente Catinaccio, è una raccolta di segni simbolici: osserviamo le mani per capire, come nei fumetti, ruoli, sensazioni, umori, storie, di questi personaggi. Inoltre le guglie dolomitiche hanno le caratteristiche delle montagne pietrose, di color marrone/rosso, quasi geometriche, delle icone bizantine.

Siamo ora a Merano, Santa Maria del Conforto, Maia Bassa. Sulla parete di sinistra risalta la figura ieratica di un santo raffigurato in uno stile originale e immediato estraneo all'ambiente tirolese.

Con le dita della mano destra si tiene la grigia barba e nei suoi occhi si legge la sacralità del digiuno e della preghiera per raggiungere l'estasi con il Divino. Anche la Morte della Vergine al cospetto degli Apostoli e di Cristo che ne riceve l'"animula" rispecchia fedelmente la tradizione iconografica e cromatica bizantina.

Come bizantini sono gli affreschi presenti a Santa Margherita a Lana (figura 2), chiesa innalzata nel 981 d.C. nei pressi di un antico waalweg (i canali di irrigazione che ancor oggi portano l'acqua dalle fonti alpine fino in fondovalle) e della romana Via Claudia Augusta, voluta da una principessa bizantina, Theophanau, moglie di Otto II. Anche qui la teoria delle Vergini sagge e di quelle stolte permette al visitatore di osservare il passaggio dal terreno all'ultraterreno. Si tramanda che qui, durante le messe, si siano tenuti per secoli riti bizantini.



Tutti questi esempi sorgono lontani dai centri urbani ed in luoghi altamente suggestivi, come se le astratte figure sacre raffigurate - è pittura sacra e non arte religiosa – avessero bisogno di spazi naturali integri, indenni dalla contaminazione profana dell'urbe. Monastero di Montemaria, Burgusio, alta val Venosta, tappa finale del nostro viaggio bizantino e orientale tra i monti dell'occidente. Il ciclo pittorico presente nella cripta è uno dei più straordinari esempi europei di romanico-bizantino (1180). Il soffitto stellato blu, ottenuto tritando e mescolando il lapislazzulo al colore, s'incendia quando il sole mattutino entra dalla monofora, proiettando gli angeli filiformi con il viso rivolto al Cristo in maestà (tranne uno), in una dimensione ultraterrena. La fissità, le ali, i panneggi e le barbe dei santi che decorano visi scavati dal digiuno ci rimandano ad una decorazione che trascina il fedele in una dimensione atemporale (figura 3).

Il maestro che qui ha operato ha lasciato dietro di sé dei collaboratori che hanno tramandato il senso della teologia della bellezza, con la sua forza di liberazione e di salvezza, nella sottostante chiesa di San Nicolò a Burgusio e nelle absidi e nella parete orientale della chiesa di Santa Maria a Monastero, oltre il passo Tubre.





Per approfondire

Consigliamo di leggere Marlene Lobis, Promettente. Avventure lungo la Via Romanica delle Alpi (Editrice Athesia, 2020, pag. 160, euro 22) e, più specificatamente inerente la cripta del nostro monastero, di Helmut Stampfer, Romanische Wandmalerei im Vinschgau: die Fresken der Krypta von Marienberg und ihr Umfeld (Editrice Athesia, 2018, pag. 152, euro 29.90).

Info visite: www.marienberg.it. La cripta è visitabile soltanto con visita guidata in orario pomeridiano fisso (può variare di mese in mese, si consiglia quindi di consultare il sito).

*Fiorenzo Degasperi Critico d'arte Conoscitore del territorio trentino.

Dal digitale al manuale

IL FURORE DI UN CLICK

di Giovanni Ferri

Noi siamo qui e ora e in questo qui e ora penetra da ogni parte il futuro.

Vilém Flusser

egli ultimi due anni ci siamo resi conto che la pandemia ha trasformato sempre di più il nostro mondo rendendolo dipendente dal medium digitale. Una grande mole di dati e informazioni che troviamo su internet ha invaso ormai buona parte della nostra vita sia nel lavoro che nel tempo libero rendendo il ricorso alla rete insostituibile. Le ICT digitali (tecnologie dell'informazione e della telecomunicazione), come le chiama Luciano Floridi, si diffondono sempre di più e ampliano gli spazi relazionali proiettandoci dal mondo offline a quello online. Tutto ciò ha portato, indubbiamente, dei vantaggi: "il web è una manna", sostiene Nicholas Carr, per chi fa ricerca o scrive semplicemente un libro. Adesso con alcuni click si ottengono informazioni che una volta richiedevano parecchie ore, se non giorni, di ricerche nelle biblioteche o archivi. Per non parlare del tempo che si risparmia con le operazioni bancarie, per prenotare alberghi, visite o voli aerei. Ma tutto ciò ha un prezzo. Già McLuhan affermava che i media non si limitano a fornirci informazioni ma, nel fare ciò, modificano il nostro modo di pensare e agire. Nel suo libro più famoso Internet ci rende stupidi? Carr sostiene proprio che la rete e il digitale stanno cambiando il nostro cervello e attraverso i suoi link consegue il risultato di frammentare le informazioni, disabituarci a leggere testi lunghi e a metter da parte il pensiero profondo. L'utente medio, infatti, tende a connettersi per poco tempo ad una pagina ed è preso dalla frenesia di aggiungere sempre qualcosa di nuovo, un altro link, alla sua "ricerca" in un furore di click. Nell'ambito della scuola, poi, si è potuto constatare che i giovani spesso si accontentano di leggere velocemente testi molto brevi e immediatamente fruibili. Ciò fa aumentare la difficoltà di analizzare, di comprendere e rielaborare testi lunghi e complessi e con questo modo di procedere non ci riesce quasi più da concentrarci, diventiamo irrequieti, perdiamo facil-

mente il filo di un discorso: "che sia on line o no, ora la mia mente si aspetta di ottenere informazioni nel modo caratteristico della rete, come un flusso di particelle in rapido movimento". Il risultato è spesso una conoscenza superficiale e acritica.



Anche il filosofo Byung Chul Han sostiene che la rete e, in generale, il digitale sta cambiando la nostra mente. Nella sua opera più famosa, Nello sciame, viene svolta una critica serrata alla tecnologia digitale che ha creato una comunità di individui che si relaziona e che comunica velocemente fra di loro. Formano, appunto, uno sciame digitale composto da individui iperconnessi ma isolati. In esso il più delle volte prevalgono gli "istinti" rispetto alla razionalità, l'indignazione invece del confronto, l'insulto al posto del rispetto. Secondo Han è nato un Homo digitalis sempre più collegato ma sempre più alienato. L'uso delle dita su computer, smartphone, e-book ha minato il nostro approccio mentale alla realtà, facendoci dimenticare l'importanza dell'uso delle mani. Su questo punto Han pone particolarmente l'accento perché considera la mano uno strumento sia pratico che conoscitivo. In questo senso egli si riallaccia alla tradizione filosofica dai greci in poi. Anassagora, per esempio, ha valorizzato proprio l'uso della mano perché "aiuta" la ragione a comprendere gli oggetti che ci cir-

condano e fa dell'uomo "il più intelligente degli animali". Anche Aristotele, pur se in modo differente, riconosce la mano come "strumento degli strumenti", aspetto importante della stessa anima intellettiva. Gli stoici, ancora, utilizzano le mani per far comprendere meglio la loro gnoseologia. Ma è Giordano Bruno il filosofo che ha valorizzato di più l'uso della mano facendone la peculiarità che caratterizza l'uomo e la sua civiltà e che lo differenzia fortemente dagli animali. La centralità della mano, infatti, si inserisce nell'ambito dell'orientamento pratico della filosofia di Bruno indirizzata ad evidenziare proprio l'operosità dell'uomo nell'ambito del Rinascimento. In altri termini, non vuole fare della filosofia una sterile teoria, bensì, anche un'attività pratica: non si deve solo contemplare la natura, ma anche "agire" al suo interno. Come usava ripetere il nolano: non si contempla senza azione, non si agisce senza contemplazione. La mano risulta quindi, come la definiva Immanuel Kant, "la finestra della mente", perché ogni forte emozione che proviamo è quasi sempre accompagnata da movimen-

ti delle mani. Esse agiscono come estensione del pensiero creativo e spirituale di un corpo destinato a divenire specchio dell'anima. Tutto questo, oggi sembra essere compromesso dal digitale, parola che deriva dal latino digitus, dito. I moderni mezzi tecnologici hanno fatto sì che l'uso delle

mani è sostituito dal lavoro fatto dalle dita che "scivolano veloci sui nostri computer o smartphone" provocando ciò che Han chiama atrofia della mano, che rende la conoscenza superficiale e che porta, soprattutto, ad una perdita del senso della realtà. Ciò contribuisce anche a fare dell'Homo digitalis un cittadino sui generis poiché la tecnologia agisce su di lui come strumento di potere e dominio. La società neoliberista, infatti, non opera attraverso ordini e divieti come le dittature. Ci rende per lo più dipendenti e drogati. Invece di spezzare la nostra volontà, appaga i bisogni, è permissivo, non repressivo e il soggetto sottomesso non è neppure al corrente della propria condizione, si sente libero: "lo smartphone ci sorveglia e ci influenza. Non siamo noi ad usare lo smartphone, ma è lui che ci usa". Indubbiamente Byung Chul Han ha messo in evidenza numerosi problemi. Il suo tono apocalittico e a tratti cinico ci fanno pensare, però, che alla pars destruens sembra mancare una pars costruens. L'onnipresenza digitale ormai è un dato di fatto poiché vi siamo immersi e naturalmente non si può tornare indietro. L'unica cosa che possiamo fare è quella di trarne vantaggio eliminando le conseguenze deteriori per andare verso quello che Flusser chiamava un umanesimo della responsabilità. Possiamo, innanzitutto, impegnarci sul piano personale a ridurre la dipendenza dagli strumenti digitali e a trasmettere questa pratica ai giovani, soprattutto in ambito scolastico. In secondo luogo va sempre esercitato un metodo che ci possa permettere di analizzare, confrontare, valutare e interpretare i dati e le fonti del web criticamente. In questa direzione è meglio integrare la lettura su strumenti informatici con quella su mezzi cartacei (messo sempre più da parte in nome della dematerializzazione), che ci permette di cogliere meglio la complessità di un testo. Si può partire, per esempio, da una app e poi costruire archivi come punto di partenza per continuare la ricerca utilizzando però veri libri. In questo modo si può coniugare la velocità delle letture online con l'approfondimento offline. Questo, da una parte, ci può restituire quella profondità smarrita messa ben in evidenza da Carr. Dall'altra ci può consentire,

seguendo il pensiero di Han, il percorso inverso dalle dita alle mani e quindi recuperare quella dimensione pratica del sapere di cui parlava Bruno senza demonizzare le tecnologie digitali. Così ci si può dialetticamente spostare dal virtuale al reale utilizzando la manualità per riaprirci al mondo e comprenderlo

attraverso la manipolazione delle cose nel senso di Kant. In tal modo, forse, si può riallacciare un contatto con la natura ed evitare di rimanere imprigionati in una bolla digitale e narcisistica. Ciò, comunque, è ancora insufficiente se non mettiamo mano alle regole per esercitare un maggiore controllo verso uno spazio, quello digitale, che tende sempre di più di assorbirci. Occorre quindi agire sull'opinione pubblica, che può trasformare il digitale da strumento di dominio a strumento democratico e di libertà. Pensiamo, ad esempio, al ruolo che ha avuto la comunicazione nella primavera araba o alla diffusione di documenti riservati con il fenomeno wikileaks. Questi e altri casi ci mostrano come gli strumenti digitai e la rete, negli ultimi anni, possano influenzare in senso positivo le idee della gente e costituire un mezzo di difesa verso tutti gli autoritarismi: non è detto che lo sciame sia necessariamente peggio della massa teorizzata da Le Bon e Freud. Luciano Floridi, ad esempio, consiglia di agire su altri livelli quali la legislazione, l'autoregolamentazione di settore e le regole di mercato.

Dal digitale al manuale

QUANDO CIÒ CHE ACCADE TRASCENDE L'ORDINE DELLA NATURA

di Luigi Tomio*

al Vangelo secondo Matteo (Mt 9,18-26): "In quel tempo, [mentre Gesù parlava,] giunse uno dei capi, gli si prostrò dinanzi e disse: «Mia figlia è morta proprio ora; ma vieni, imponi la tua mano su di lei ed ella vivrà». Gesù si alzò e lo seguì con i suoi discepoli. Ed ecco, una donna, che aveva perdite di sangue da dodici anni, gli si avvicinò alle spalle e toccò il lembo del suo mantello. Diceva infatti tra sé: «Se riuscirò anche solo a toccare il suo mantello, sarò salvata». Gesù si voltò, la vide e disse: «Coraggio, figlia, la tua fede ti ha salvata». E da quell'istante la donna fu salvata. Arrivato poi nella casa del capo e veduti i flautisti e la folla in agitazione, Gesù disse: «Andate via! La fanciulla infatti non è morta, ma dorme». E lo deridevano. Ma dopo che la folla fu cacciata via, egli entrò, le prese la mano e la fanciulla si alzò. E questa notizia si diffuse in tutta quella regione."

In poche righe di questo brano del Vangelo vediamo Gesù compiere due miracoli: da un lato il capo, uno dei nobili più illustri del posto, dall'altra parte la giovane donna, impura ed emarginata; entrambi con uguale dignità di attenzione per la loro fede.

Ma cosa sono i miracoli? Il significato del "miracolo" è essenzialmente legato alla religione e alla teologia pur contenendo, come poi vedremo, valenze di rilevanza scientifica e filosofica. In senso teologico, dal latino miraculum, mirari si tratta di un evento "sensibile, straordinario, divino" al di sopra delle leggi della natura, operato da Dio direttamente o tramite un'altra persona. Si tratta dunque di un evento che suscita una profonda meraviglia e sorpresa in chi crede di assistervi e in chi lo sente raccontato e per il quale non è possibile riconoscere da parte di tutti – indistintamente - la causa. Teologicamente, il miracolo può essere: un evento fisico (ad esempio una guarigione) o non fisico (quale una conversione); deve trascendere l'ordine (ritenuto assolutamente costante) della natura (ad esempio: ridare la vita

a un morto), e ciò indipendentemente dalla sua rarità; e non può essere operato da alcun uomo in quanto solo Dio o chi per lui può compiere i miracoli.

Infatti secondo la Chiesa Cattolica romana i miracoli hanno principalmente un valore attestatario, in quanto rivelano la natura, l'autorità e la potenza di chi li compie. Nel Nuovo Testamento i principali miracoli sono opera di Gesù e sono anch'essi accompagnati da un valore simbolico: a Gesù non interessa fare proseliti ma far comprendere alle folle che è veramente figlio di Dio. Il Nuovo Testamento riferisce anche di miracoli operati dagli Apostoli, attribuendoli esplicitamente al potere concesso loro da Gesù. Nel Nuovo Testamento è presente anche la figura di Simone Mago che compie prodigi considerati veri miracoli dai testimoni. I miracoli non sono comunque esclusiva della religione cristiana in quanto ogni tradizione religiosa racconta propri fatti miracolosi. La stessa Bibbia attesta che, così come Aronne sarebbe riuscito a trasformare il proprio bastone in serpente, l'acqua in sangue e a procurare un'invasione di rane, lo stesso avrebbero fatto i sacerdoti egizi. Prima, durante e dopo il tempo di Gesù, in una società in cui le scienze erano rudimentali e le masse facilmente incantabili e ingannabili, i miracoli erano cosa comune.

Esistono decine e decine di personaggi a cui sono stati attribuiti miracoli, guarigioni incredibili e resurrezioni (compresa la propria): per citare solo i più noti, Apollonio di Tiana, Osiride, Dioniso, Adone. La cosa era talmente normale che gli stessi evangelisti attribuiscono la capacità di compiere miracoli persino ai rivali di Gesù. I testi sacri propri dell'Induismo contengono vari esempi di miracoli: anche in epoca recente si sarebbero verificati miracoli da parte del dio Ganesha; tra i più rilevanti quello del 21 settembre 1995, quando in diverse parti del mondo - dall'Asia alle comunità induiste europee ed americane - le statue della divinità avrebbero bevuto del latte.

Al giorno d'oggi il fenomeno è ovviamente in declino: ma a Dharamsala, dove si è rifugiato il Dalai Lama, centinaia di turisti affermano di essere guariti da malattie incurabili grazie agli oroscopi dei monaci buddhisti. L'indiano Sai Baba ha acquisito larga fama per le sue presunte capacità miracolistiche (chiaroveggenza, telepatia, materializzazione di oggetti, bilocazioni...), ovviamente mai sottoposte ad alcuna indagine scientifica. Il miracolo, come abbiamo precedentemente sottolineato, è un'opera di Dio, anche se può avvenire tramite l'intercessione dei Santi. In tal caso la Chiesa cattolica romana richiede due distinti eventi miracolosi, avvenuti dopo la morte e riferibili alla sua intercessione, come presupposto per la causa di canonizzazione dei santi, uno per la Beatificazione, più un secondo per la Canonizzazione.

Una parte preponderante dei miracoli è rappresentata, oggi come al tempo di Gesù, dai "miracoli di guarigione". Di conseguenza lo studio scientifico delle guarigioni ritenute miracolose riveste un ruolo centrale nell'iter processuale di una causa di beatificazione o canonizza-

zione, anche se il riconoscimento del "miracolo" non appartiene alla scienza medica essendo una nozione di pertinenza teologica.

Ma cosa può dire la scienza al riguardo? Le possibili risposte: trovarsi di fronte a un evento le cui cause sono ignote; trovarsi di fronte a un

evento inusitato che contraddice l'esperienza comune (ad esempio: guarigione istantanea di grave malformazione congenita, reversibilità di un fenomeno certamente irreversibile); trovarsi di fronte a un certo evento il quale, in base alle conoscenze oggi acquisite, resta inusitato e inspiegabile. Lo studio medico-scientifico viene affidato a periti medici i quali, riuniti in Consulta medica - organo consultivo della Congregazione per le Cause dei Santi - appositamente istituita, sono chiamati a esprimere un giudizio finale di spiegabilità scientifica o meno circa la guarigione proposta.

L'assetto definitivo della Consulta medica si deve a Pio XII, dopo la sua istituzione che risale a Sisto V. Un giudizio conclusivo viene raggiunto in sede di Consulta medica, dopo le esposizioni dei periti d'ufficio, dei vari esperti, che a seconda della natura delle guarigioni in esame possono essere internisti, chirurghi, pediatri, oncologi, cardiologi e così via, fino alla "discussione collegiale". La metodologia attuata in sede di Consulta

medica è la stessa che presiede alla ricerca scientifica la quale, prendendo le mosse dalla osservazione, passa alla formulazione dell'ipotesi interpretativa (diagnosi) con le conseguenti deduzioni e infine la verifica, decorso della malattia, sua guarigione o cronicizzazione o exitus. Certamente si tratta di una visione scientifica di stampo realista, consapevole di poter raggiungere una conoscenza reale dei fenomeni naturali attraverso la scoperta delle loro cause, presupponendo la nozione di un universo razionale.

Si deve al cardinale Prospero Lambertini, poi papa Benedetto XIV, il merito di aver precisato le caratteristiche del miracolo anche sotto l'aspetto medico-scientifico.

I criteri stabiliti da Benedetto XIV sottendono, realmente: una forte sproporzione tra la guarigione e la gravità della malattia iniziale che appare inguaribile o difficilmente curabile; il mancato rapporto causale con la terapia praticata; la rapidità della risoluzione; la completezza della guarigione e la stabilità nel tempo della stessa. Questi rappresentano anche al presente il giusto riferimento per il giudizio di non-spiegabilità poiché

colgono realmente nella sua sostanza l'inspiegabilità del fenomeno definendo compiutamente una guarigione "non scientificamente spiegabile".

Una guarigione che contenga i caratteri della inspiegabilità, sopra esposti, mostra, alla interpretazione clinico-biologi-

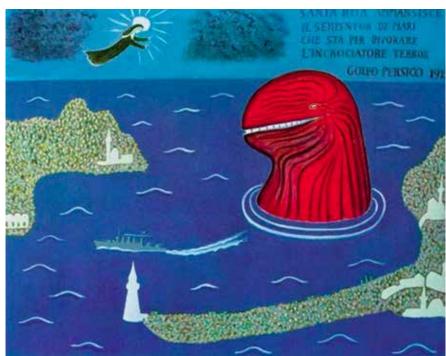
ca un imprevedibile salto qualitativo, di ordine essenziale, cioè riguardante la intrinseca natura o sostanza degli avvenimenti biologici che esulano dalle ordinarie previsioni rendendosi evidente la loro innaturale risoluzione. In tali casi la guarigione non appare più compatibile con le leggi scientifiche conosciute. Ciononostante secondo la scienza determinista, il mondo fisico è governato da leggi inderogabili, per cui il miracolo, per come abitualmente definito, è semplicemente impossibile. Ciò che non capiamo è semplicemente ciò che ancora non conosciamo, e che probabilmente sapremo spiegarci in futuro.

Secondo gli indeterministi (o contigentisti) l'impressione che sia accaduto un miracolo dipende solo dall'avere impropriamente collegato fra di loro due fenomeni indipendenti. I filosofi razionalisti, in particolare David Hume (1711-1776), hanno opposto obiezioni alla possibilità di eventi miracolosi. La tesi razionalista indica che un evento si può considerare miracoloso solamente

perché l'uomo in quel momento non possiede una conoscenza piena ed esaustiva delle leggi della natura che lo regolano.

Tale punto di vista è condiviso da una larga parte degli scienziati contemporanei, per i quali non è possibile parlare di miracolo. I miracoli avvengono infatti nel mondo fisico, che è governato dalle leggi naturali che gli scienziati cercano di scoprire mediante osservazioni

e indagini empiriche. Ciò che alcuni considerano un miracolo è semplicemente un fatto per cui ancora non sono note le leggi naturali ordinarie che lo regolano, oppure un fatto la cui spiegazione con leggi naturali ordinarie è ben nota alla comunità scientifica, ma questa spiegazione è ignorata dalle persone che credono a quel miracolo, oppure una leggenda non avvenuta realmente.



I miracoli di Val Morel di Dino Buzzati 1871

La scienza cerca le spiegazioni dei fenomeni del mondo fisico nell'ambito delle leggi naturali, rifiutando di considerare qualsiasi ipotesi di intervento soprannaturale o trascendente; il concetto di miracolo inteso come intervento diretto divino sarebbe in contraddizione con il metodo scientifico e l'approccio razionalista, che per i fenomeni fisici non contempla la possibilità di una causalità non materiale. Thomas Paine (1737-1809), uno dei padri fondatori della Rivoluzione Americana, scrisse: "Tutti i miracoli, di cui l'Antico e il Nuovo Testamento sono colmi, sono adatti solo a impostori che predicano e stolti che credono." Anche taluni teologi sposano la tesi dell'inviolabilità delle leggi naturali e quindi dell'impossibilità dei miracoli perché se Dio agisse in questo modo andrebbe contro se stesso, dato che è all'origine del mondo e non in contraddizione ad esso, o potrebbe addirittura commettere una discriminazione, intervenendo a favore di qualcuno e non di altri, e il miracolo finirebbe per risultare immorale.

Alcuni scienziati credenti sono tuttavia possibilisti sui

miracoli, ritenendo che la natura sia più complessa di ciò che immaginiamo e abbia delle potenzialità sconosciute. Essi pensano che le leggi naturali non sarebbero rigide ed immutabili, ma avrebbero un ampio spazio di indeterminazione, per cui non sarebbe possibile conoscerle fino in fondo.

Ma i miracoli esistono ancora o quantomeno sono meno frequenti che in passato? Un tempo i miracoli

> erano considerati, evidenziacome to in precedenza, abbastanza usuali. Da quando si è affermata una cultura scientifica e critica nei confronti di questi presunti fenomeni il loro numero si è ridotto drasticamente anche se il numero di miracoli rivendicati, un po'ovunque e in continuazione, rimane sempre importante.

> Ad eccezione dei miracoli di Gesù contenuti nei Vangeli canonici, la

Chiesa cattolica comunque non impone nessun miracolo come obbligatorio da credersi. Per la dottrina cattolica i miracoli sono segni di Dio e non rappresentano la soluzione di problemi materiali.

Pur tuttavia la Chiesa ne ha riconosciuti ufficialmente almeno duemila durante il solo pontificato, dal 1978 al 2005, di papa Giovanni Paolo II: circa due per ognuna delle oltre mille santificazioni e beatificazioni. Dal 2013 al 2022 papa Francesco ha canonizzato complessivamente 911 santi. E quanti sono gli italiani? E, in particolare, quelli contemporanei? A partire dal 1970, risultano sul cammino della canonizzazione almeno 300 persone, alcune note altre, la maggior parte sono invece persone semplici, non famose.

Ricordiamo Chiara Lubich, nata a Trento, che ha fondato un Movimento che è oggi presente in tutti i continenti; e alcuni giovani significativi: Chiara Badano, nota come Chiara Luce, fu dichiarata venerabile da Benedetto XVI il 3 luglio 2008 per il comportamento definito «eroico» davanti alla malattia e beata nel 2010 dopo che

una commissione religiosa definì "miracolosa" la guarigione, attribuita alla sua intercessione, da meningite fulminante in fase terminale di un giovane triestino; Carlo Acutis, appassionato di internet, studente di soli 15 anni morto in seguito ad una leucemia fulminante è stato dichiarato beato nel 2020 da papa Francesco per la sua testimonianza di fede e per la guarigione, riconosciuta dalla Consulta medica, di Matheus, un bambino brasiliano di sei anni affetto da una rara anomalia anatomica congenita del pancreas; la giovane romana Chiara Corbello, morta per poter portare a termine la gravidanza; la beata disabile Gaetana Tolomeo, donna forte nella sua debolezza fisica. Infine, nell'ambito dei santi "martiri" non possiamo non citare due figure quali don Pino Puglisi e il "giudice ragazzino", Rosario Livatino, entrambi uccisi dalla mafia e beatificati.

Ma i miracoli non finiscono qui. Se ci rifacciamo al significato di "evento straordinario e sorprendente" nel linguaggio comune, per estensione, la parola miracolo è stata e viene utilizzata anche per descrivere manifestazioni e fatti del tutto naturali ma che destano una grande meraviglia quali ad esempio la vista di un panorama mozzafiato, il raggiungimento/superamento di un'impresa ritenuta quasi impossibile (ad es. superare un esame al di là di ogni previsione, recuperare un oggetto di valore dopo tanto tempo e così via) o il miracolo di una vita.

E di questi tempi così difficili e complessi come non ricordare ancora il "miracolo economico italiano"? Un periodo della nostra storia compreso tra gli anni cinquanta e sessanta del XX secolo, appartenente dunque al secondo dopoguerra italiano e caratterizzato da una forte crescita economica e sviluppo tecnologico dopo l'iniziale fase di ricostruzione.

Ma per concludere cosa potrebbe esserci di meglio che ricordare la presenza nel nostro Paese di una "Piazza dei Miracoli"? L'origine del nome è da attribuire a Gabriele D'Annunzio che nel 1910 nel suo "Forse che sì, forse che no" scrive: "L'Ardea roteò nel cielo di Cristo, sul prato dei Miracoli." Il Prato dei Miracoli diventa poi negli anni il Campo dei Miracoli e quindi la Piazza dei Miracoli. Ma cosa intendeva D'Annunzio riferendosi ai Miracoli? La Piazza accoglie al suo interno i luoghi in cui si celebrano i principali momenti della vita religiosa, che D'Annunzio definisce i "miracoli": nel Battistero si dà inizio alla vita religiosa, il Duomo è il luogo in cui si svolge la vita religiosa dei cittadini di Pisa e per finire il Camposanto accoglie la fine della vita terrena. E quindi possiamo concludere di essere ritornati, senza volerlo, da dove eravamo partiti.



Ma esistono ancora i miracoli? Spesso ci si chiede per quale motivo i nostri antenati furono testimoni di miracoli di diversa portata, che furono peraltro visibili a chiunque, non trattandosi sempre di rivelazioni individuali, mentre ai giorni non ci è data questa possibilità. Ne ha parlato di recente Papa Francesco in una delle sue omelie: "Mi ricordo una cosa che è successa tre anni fa nel santuario di Luján. Una bambina di sette anni si era ammalata, ma i medici non trovavano la soluzione. Andava peggiorando sempre, sino a quando, una sera, i medici dissero che non c'era più niente da fare e che le rimanevano poche ore di vita. Il papà, che era un elettricista, un uomo di fede, è diventato come pazzo. E spinto da quella pazzia ha preso il bus ed è andato al santuario di Luján, due ore e mezzo di bus, a settanta chilometri di distanza. È arrivato alle nove di sera e ha trovato tutto chiuso. E lui ha cominciato a pregare con le mani aggrappate al cancello di ferro. Pregava e piangeva. Così è rimasto tutta la notte. Quest'uomo lottava con Dio. Lottava proprio con Dio per la guarigione della sua fanciulla. Poi alle sei di mattina è andato al terminal e ha preso il bus. È arrivato all'ospedale alle nove, più o meno. Ha trovato la moglie che piangeva e ha pensato al peggio: cosa è successo? Non capisco. Cosa è successo? Sono venuti i dottori, gli ha risposto la moglie, e mi hanno detto che la febbre è scomparsa, respira bene, non c'è niente... La terranno ancora solo due giorni. Ma non capiscono quello che è successo."

*dottor Luigi Tomio Medico Radioterapista

TRA SIMBOLO E PSICHE

di Aldo Nardi

hi si occupa di antropologia sa che il rapporto simbolo-segno non costituisce un automatismo. Al contrario, in psicoanalisi il simbolo è sinonimo di segno, sia pure sulla base di precise norme che regolano questa relazione o, come ci ricorda Mauro Fornaro (Dilemmi del simbolo in psicoanalisi, 1988), nella classica accezione di aliquid stat pro aliquo (qualcosa che sta al posto di qualcos'altro), secondo la quale determinati precetti stanno alla base dell'attività onirica. Come ben sanno gli psicoanalisti, non tutte le interpretazioni, a questo proposito, sono conseguenti. Melanie Klein, ad esempio, stabilisce una relazione assai stretta tra i numerosi significati del simbolo onirico ed i significati primitivi. Naturalmente tale relazione presuppone una particolare interpretazione dell'inconscio che, per la stessa Klein, è costituito da pochi elementi che coincidono con i denotati del simbolo. Si ricorderà, invece, che Freud vede nell'inconscio la sede naturale dei desideri (rappresentazioni) sottoposti a censure e rimozioni. Nell'opera L'uomo e i suoi simboli Jung definisce il simbolo un termine, un nome, ma anche una rappresentazione che può essere familiare nella vita di tutti i giorni, ma che, al di là dei suoi ovvi significati, possiede dei contenuti specifici. Jung porta l'esempio della doppia ascia che contraddistingue molti monumenti cretesi. L'ascia è un oggetto che, indubbiamente, ci è familiare, ma che acquista in quella circostanza, delle implicazioni simboliche che, ad una prima analisi, possono sfuggirci. Lo stesso Jung tuttavia, fedele alle imposizioni della

L'ascia è un oggetto che, indubbiamente, ci è familiare, ma che acquista in quella circostanza, delle implicazioni simboliche che, ad una prima analisi, possono sfuggirci. Lo stesso Jung tuttavia, fedele alle imposizioni della psicologia, non dimentica di rilevare che una parola o un'immagine è simbolica "quando implica qualcosa che sta al di là del suo significato ovvio e immediato", e questo qualcosa è, a sua volta, caratterizzato da una componente inconscia che non è mai definita con precisione e che, quindi, dev'essere interpretata.

Jung, peraltro, si rende conto delle difficoltà che risie-



dono nella ricerca di un'unica interpretazione con gli strumenti logico-razionali di cui l'uomo è in possesso, poiché quando la mente esplora il simbolo essa viene in contatto con idee che stanno al di là delle capacità razionali. "La ruota - scrive Jung - può condurre i nostri pensieri al concetto di un sole 'divino', ma a questo punto la ragione deve ammettere la propria incompetenza: l'uomo è incapace di definire un essere 'divino'." Il che spiegherebbe, tra le altre cose, i limiti incontrati dall'uomo nel tradurre i simboli sul piano delle idee, ma ci fa capire anche per quale ragione le religioni, nel momento in cui devono rappresentare il proprio impianto concettuale, sono costrette ad utilizzare un apparato simbolico. Tale impiego del simbolo è tuttavia solo un aspetto del problema, dal momento che vi è anche da prendere in considerazione il fatto che "l'uomo produce simboli inconsciamente e spontaneamente sotto forma di sogni" (S. Freud).

La concezione freudiana del sogno come appagamento di un desiderio si inserisce invece, per Freud, nelle azioni psichiche della veglia (che noi possiamo quindi comprendere), sia pure come frutto di un'attività mentale complessa.

Se partiamo dalla convinzione che il materiale che costituisce il contenuto del sogno è la conseguenza di ciò

che abbiamo vissuto, e che nell'attività onirica abbiamo ricordato, Freud si chiede perché il sogno deve essere interpretato, e la risposta viene individuata nel fatto che, durante il sogno, ci troviamo di fronte all'incapacità di dare ai pensieri onirici un'espressione adeguata.

Altrettanto interessante è il concetto di "evento psichico" e della relativa difficoltà di essere tradotto sul versante conoscitivo nel passaggio dal piano di realtà a quello della mente. Jung ci ricorda, a questo proposito, che l'uomo, nella sua attività percettiva non percepisce mai nulla completamente e ciò è dovuto, di fatto, a due elementi fondamentali: la qualità dei sensi di colui che percepisce e la percezione del mondo da parte dello stesso soggetto. Così, anche il fatto esperienziale è contrassegnato da grossi limiti dovuti all'elevato numero di fattori non conosciuti, "per non dire del fatto - aggiunge Jung - che ogni oggetto concreto è sempre sconosciuto sotto certi aspetti dal momento che non siamo in grado di conoscere la natura sostanziale della materia in sé". Il simbolo junghiano, come ha giustamente rilevato Mario Trevi in Metafore del simbolo (1986), arretra continuamente di fronte ai consueti tentativi di comprensione, provocando in tal modo un continuo processo ermeneutico che non ha mai fine.

L'attività onirica costituisce, dal canto suo, il campo privilegiato di indagine nel quale vengono coltivati, in psicologia, gran parte dei simboli. Nell'analisi junghiana si viene messi in guardia più volte sul fatto che il sogno non può essere interpretato allo stesso modo di un racconto prodotto da una mente conscia. Ciò si deve al fatto che il sogno possiede una struttura peculiare le cui immagini sembrano, il più delle volte, contraddittori e prive di senso apparente.

Gli esempi di elaborazioni oniriche tradotte sul piano artistico si sprecano, oltre ad essere sempre di grande interesse. Basterebbe citare, a questo proposito, le opere del pittore russo Marc Chagall, dell'artista svizzero Henry Fuseli, del pittore inglese William Blake o di Peter Birkhauser per avere un'idea alquanto significativa delle associazioni e delle strutture simboliche che intervengono nel legame tra mondo razionale della coscienza, mondo dell'istinto e rappresentazione delle emozioni. In una particolare circostanza Jung evita l'impiego del sostantivo "simbolo", sostituendo ad esso la parola "motivo". Il riferimento è rivolto a situazioni oniriche o simboliche ricorrenti, come nel caso del volo, della caduta, della sensazione di essere perseguitati da animali feroci o da persone ostili o, ancora, di essere vestiti in maniera inappropriata in luoghi pubblici, di perdersi, ecc. Significativo è, a tale proposito, il riferimento al libro

di Lewis Carroll Alice nel paese delle meraviglie, dove acquista ricchezza di significati il sogno di diventare infinitamente grandi o infinitamente piccoli. Ciò che conta - ricorda Jung - è che tali motivi debbono essere considerati nel contesto individuale del sogno e non, invece, come elementi che si spieghino da soli.

Un aspetto singolare riscontrabile nell'analisi junghiana è quello che porta lo psicologo svizzero a distinguere i simboli naturali da quelli culturali, i primi originati da contenuti inconsci della psiche, i secondi quale prodotto delle trasformazioni che avvengono all'interno delle singole culture e che, pur trasformandosi, tendono a conservare dei principi unitari di verità.

I simboli naturali sono strettamente legati alle immagini archetipiche fondamentali e, anzi, in molti casi essi consentono un percorso a ritroso fino all'individuazione di tali archetipi. I simboli culturali, sempre secondo Jung, sono invece dei componenti essenziali della nostra struttura mentale, oltre a costituire un punto di forza nella costruzione della società umana. Eliminarli significherebbe pertanto provocare gravi perdite.

Questo tipo di riflessione pone l'uomo moderno, con il suo razionalismo "antisimbolico", di fronte alla società primitiva con i suoi valori spirituali. «Gli uomini - scrive Jung - perdono il significato della propria vita, la loro organizzazione sociale si disintegra ed essi stessi decadono moralmente». Anche perché, conclude Jung, «abbiamo spogliato ogni cosa del suo mistero e del suo carattere soprannaturale; non c'è più nulla di sacro».

Ciò che viene ribadito nell'analisi junghiana non è altro che l'incapacità, da parte dell'uomo moderno ("civilizzato") di integrare, nella sua sfera cosciente, nella sua mente, quei concetti istintivi che, viceversa, erano presenti nell'uomo primitivo. L'uomo, quindi, si troverebbe nell'incapacità di «assimilare all'inconscio i contributi ausiliari degli istinti». In altre parole, verrebbe meno, in ognuno di noi, proprio quella base simbolica soprannaturale che avrebbe dovuto garantire tale assimilazione.

Nel passaggio dalla società primitiva (in cui forte era il legame con la natura) alla società della conoscenza scientifica, l'individuo perde la sua «identità inconscia» che si costruiva nelle emozioni derivanti dallo stretto legame con i fenomeni naturali. La perdita di tale contatto simbolico ha determinato il venir meno dell'energia emotiva che proprio questo tipo di interazione poteva generare. Scrive Jung: «Il tuono non è più la voce di una divinità irata, né il fulmine il suo dardo vendicatore. I fiumi non sono più dimora di spiriti, né gli alberi il principio vitale dell'uomo, né il serpente l'incarnazione della saggezza o l'antro incavato nella montagna il ricetto di

un grande demonio. Nessuna voce giunge più all'uomo da pietre, piante o animali, né l'uomo si rivolge ad essi sicuro di venire ascoltato.»

Tutto questo vale anche per i maghi, le fattucchiere, i vampiri, i lupi mannari e quant'altro poteva popolare, con il suo contenuto di so-



prannaturale, il mondo del passato con le sue primitive implicazioni. Il nostro tempo risulta essere depurato dalle antiche superstizioni e dagli elementi irrazionali, così anacronistici e disfunzionali rispetto alla nostra organizzazione di vita; ma sappiamo anche come sia ben diverso lo «spazio» dell'interiorità con le sue «scorie primitive» che, solo attraverso l'analisi dei sogni, possiamo ricostruire.

La condizione attuale dell'uomo, il suo modo di vivere all'insegna della razionalità (il dominio della tecnica per compensare i limiti dell'uomo) rimangono tuttavia, come direbbe Jung, «una curiosa mescolanza di caratteristiche volta a volta acquistate nelle lunghe fasi del suo sviluppo mentale». Ma il sogno è anche un "centro regolatore" attraverso il quale si determina la maturazione e lo sviluppo della personalità. L'interpretazione dei sogni consente allora proprio l'individuazione del sé come principio interiore guida che distingue dalla personalità conscia. Come ci indica M.Luise von Franz, è opportuno verificare i messaggi che giungono dal sé per poter stabilire fino a che punto l'ego sia disposto a seguirli. Un tipico esempio è proprio il talento artistico il quale, se non risulta essere sorretto dalla consapevolezza dell'ego, può andare irrimediabilmente perduto.

Il legame tra modi di pensiero simbolici e ritorno allo stadio primigenio dello sviluppo mentale sede delle proprietà archetipiche, viene sottolineato anche dallo psicanalista gallese Ernest Jones per il quale esistono particolari condizioni che favoriscono tale ritorno quali la stanchezza, la sonnolenza, la malattia, la nevrosi, l'alienazione. Ma è soprattutto attraverso i sogni che tale percorso si rende praticabile, dal momento che l'attività conscia è ridotta al minimo.

Così Jones definisce simbolo ciò che sostituisce un'altra idea rispetto alla quale viene fatto derivare un significato secondario che di per sé non è inerente. In tal

senso, secondo lo psicanalista, si cadrebbe in un abuso linguistico qualora si chiamasse un nodo al fazzoletto un simbolo dell'idea che ci vogliamo ricordare, dal momento che non esiste, se non a livello superficiale, una connessione con l'elemento primario, e tutto questo anche

se «un'associazione che appare superficiale alla ragione spesso può essere significativa nel sentimento, particolarmente nell'inconscio» (Jones, 1972).

Alla base della dinamica simbolica viene anche introdotto il concetto di discriminazione, che non sarebbe patrimonio delle menti primitive, più avvezze - per vie del principio piacere-dispiacere - al concetto di somiglianze. In altre parole, la mente primitiva tenderebbe a rilevare, di preferenza, solo ciò che interessa personalmente e, quindi, ciò che è più piacevole o doloroso. Anche il rapporto di somiglianza favorisce l'accumulazione di conoscenza.

La possibilità di collegare cose nuove a qualcosa che già si conosce favorisce, in generale, il processo di apprendimento. Naturalmente è opportuno tener conto del fatto che tale identificazione "nuovo-vecchio" può determinare delle imperfezioni non indifferenti dal punto do vista della comprensione della realtà, sebbene questo metodo di appercezione sia notoriamente il più semplice. Anche Otto Rank e Hanns Sachs offrono a Jones un importante supporto alle sue teorie, soprattutto laddove si individua la formazione dei simboli come fenomeno regressivo che, nell'uomo cosiddetto civilizzato, assume caratteri particolari nelle condizioni in cui «l'adattamento conscio alla realtà o è limitato, come nell'estasi religiosa o artistica, o sembra essere completamente abolito, come nei sogni o nei disturbi mentali».

Ecco allora che, per dirla con O. Rank e H. Sachs, la diretta conseguenza di questo stato di cose è che il simbolismo viene visto come il precipitato inconscio dei mezzi primitivi di adattamento alla realtà, divenuti ormai inutili e superflui, una sorta di ripostiglio della civiltà a cui l'adulto cerca di fuggire negli stati di capacità ridotta o manchevole di adattamento alla realtà, in modo da poter riacquistare « i suoi vecchi giocattoli dell'infanzia, da lungo tempo dimenticati».

UNA VOLTA C'ERA UN RE

di Pietro Balossino

na volta c'era un Re (che barba! sempre la solita storia, l'abbiamo già sentita, è quella di Cenerentola,), no! Invece c'era proprio, una volta, un Re: "REDIQUADRI", che con la consorte "REGINADICUORI" regnava sul piccolo e beato paese di "CHISSADOVE".

Ma i reali hanno un grave cruccio, a causa del difetto della loro unica figlia Fiordaliso (che fantasia nei nomi!). Infatti, la figlia, bellissima, bionda, dagli occhi color del cielo era sorda, totalmente sorda dalla nascita, costretta a vivere in un mondo senza suoni (meno male che possa capitare anche a loro!!).

Inutili si sono rivelati i consulti con i più famosi medici del regno, come pure gli interventi di maghi e taumaturghi: tutto inutile.

La sordità non migliora. La Regina piange continuamente e continuamente dice al Re: (fai qualcosa, sei o non sei il RE?). Il Re, pensando che i medici del Paese non siano all'altezza, invia la principessa, che ha ormai 16 anni, con una delegazione a visitare i paesi vicini per contattare medici, maghi e guaritori.

Tutto inutile. La principessa, oltre ad essere bella, è molto intelligente e riesce ad imparare varie lingue solo osservando le posizioni delle labbra dell'interlocutore nell'indicare un oggetto, ma il suono e il tono della voce induce risate negli ascoltatori, tanto che questo fatto finisce col cagionare alla principessa un fiume di lacrime. Quando viene richiamata in patria, ha ormai 18 anni e, se possibile, è ancora più bella; ma non riesce a fare il discorso del ritorno e finisce per fuggire in lacrime tra le braccia della mamma.

Furibondo il Re, pensando ad un malefizio, mobilita l'esercito e dà al conte de Furbettis il compito di guidare i suoi uomini a setacciare tutto il regno per indagare su chiunque sappia qualcosa sulla vicenda.



Mentre il conte sul suo cavallo bianco passa in una stretta via di un borgo, sente da una vecchietta seduta in un angolo, una filastrocca:

la Principessa guarirà quando da un merlo nero udir potrà il verso trullalleru, trullallà

Il Conte ferma il cavallo, salta giù, cade e quando si rialza la vecchina è sparita, chiama a raccolta i suoi affinché vadano casa per casa a rintracciarla. Niente! Sconsolato torna al castello, poi, ripensandoci, realizza che in fondo non serviva trovare la vecchietta avendo memorizzata la formula magica. Il Re, euforico, con la Regina e la Prin-



cipessa vanno al balcone e dopo il rullo dei tamburi e il suono delle trombe, annuncia di donare un barile di monete d'oro a chi in quindici giorni riesce ad addestrare un merlo a fare il verso di "trullalleru, trullallà". La folla si disperde e dopo 15 giorni si raduna in gran numero sotto il balcone in un gran brusio di suoni vari "trutru, lalla', llelle, truru," senza mai indovinare la formula giusta, tanto che la principessa rimane in lacrime nel suo mondo senza suoni. Ad un certo punto da una estremità della folla, dove si trova un bel giovane si sente, senza dubbio, un "trullalleru-trullallà". Immediatamente le orecchie della principessa sono inondate da una marea di suoni: vocìo, campane, trombe che per un attimo la lasciano stordita, ma poi, saltando ogni etichetta, si precipita ad abbracciare e baciare il bel giovane. Il re esulta, la Regina piange di gioia, suonano le trombe e si dà ordine di portare il barile di monete d'oro al giovane che però ha occhi solo per la principessa a cui rimane abbracciato. Dalla folla iniziano però a sollevarsi mugugni sempre più intensi "è una truffa, non è stato il merlo!," funziona "ma doveva essere il merlo, truffatore, delinquente, incarceratelo!, alla gogna!, cacciatelo dalla città!!" La folla rumoreggia, il Re teme una rivolta popolare e, quindi, a malincuore asseconda il volere della folla, ordinando di incarcerare il giovine. Appena questi, sciolto dall'abbraccio della principessa, viene portato via la poveretta ripiomba nel suo mondo senza suoni, malgrado tutti nella piazza provino in ogni modo a fare il verso "trullalleru-trullallà". La principessa in lacrime è tra le braccia della Regina che cerca vanamente di consolarla, il Re è furibondo perché non sa che fare, la piazza continua a rumoreggiare, allora il Re schiera la guardia in una confusione generale. Con tutto questo vociare nessuno fa caso alla vecchietta che furtivamente passa alle spalle del giovane che è stato messo alla gogna, sussurrando alcune parole. Fu così che, quando il vociare si attenua un po', si sente da parte del giovane, con voce un po' strozzata, poi via via più limpida la frase "trullallà-trullallì", che riporta immediatamente l'udito alla principessa la quale si precipita a liberare il giovane per coprirlo di baci e carezze. La folla ammutolisce e il Re e tutta la Corte capisce che non sono le parole che contano, ma l'amore che le accompagna. Quindi gran festa, per tutto il popolo, tamburi e trombe, abolizione delle tasse arretrate, reddito di cittadinanza per tutti, fuochi artificiali, mentre il Re solleva al rango nobile il giovane nominandolo conte di Belcore e concedendogli la mano dell'innamoratissima principessa. E la vecchina dov'è finita? Sta nuovamente sgattaiolando via, ma io la inseguo, perché ho bisogno che mi insegni la parola magica per ammansire mia moglie e il suo mattarello, quando arrivo a casa a tarda notte, cantando, dall'osteria. Così la storia finisce con il paese di CHISSADOVE, laddove regnano gioia e tranquillità. Quasi come a casa mia.



IL GENERE LACTARIUS a cura di Marco Floriani

el numero precedente di R&S abbiamo affrontato una breve panoramica sui funghi del genere *Russula*, anticipando che in questa occasione avremmo completato la trattazione dei funghi della famiglia delle *Russulaceae*, della quale fanno parte, trattando l'altro importante genere di funghi caratterizzati dalla particolare struttura gessosa della carne, priva di qualunque fibrosità anche nel gambo: il genere *Lactarius*. La caratteristica che da sola è sufficiente ad individuare tali funghi è rappresentata dalla presenza, nella loro carne, di un umore variamente colorato, definito lattice, che viene essudato non appena le parti superficiali del fungo vengono incise o spezzate in qualche modo. L'immagine che accompagna il titolo mostra appunto le lamelle di un *Lactarius* che essudano numerose gocce di lattice bianco. Oltre al

colore iniziale del lattice (bianco, arancio, rosso) è essenziale osservare eventuali cambiamenti di colore (viraggi) che esso può mostrare una volta esposto all'aria. Il viraggio del lattice è talora molto rapido (qualche secondo), mentre in altri casi si osserva dopo diversi minuti, o addirittura solo una volta che il lattice si è rappreso o del tutto essiccato.

Il genere *Lactarius* comprende poco più di un centinaio di specie in Europa, la gran parte delle quali presenti anche nel nostro territorio. Tutte formano delle micorrize con piante superiori, e sono pertanto funghi che vengono rinvenuti all'interno dei boschi o al loro



Fig. 1. Lactarius deterrimus è una diffusissima specie di lattario a lattice color carota, associata in simbiosi con l'abete rosso.

Micologia... che passione!

limitare. Tra l'altro, i lattari formano le micorrize in modo piuttosto selettivo, ed è pertanto molto utile, per il loro riconoscimento, osservare con attenzione l'ambiente di crescita e le piante presenti.

Dal punto di vista della commestibilità i Lactarius godono di una

considerazione assai variabile in base all'area geografica. Se in pressoché tutti i paesi europei le specie a lattice colorato (arancione o rosso) sono apprezzate e anche commercializzate, quelle a lattice bianco vengono in genere scartate a priori, perché sovente caratterizzate da un sapore molto pepato se non indiziate, in qualche caso, di tossicità. Nei paesi scandinavi, tuttavia, e in particolare in Finlandia, essi vengono consumati e ricercati quasi senza eccezioni, spesso previa bollitura o altri trattamenti. Passiamo ad esaminare le caratteristiche di qualche specie particolarmente diffusa nel nostro territorio. La sezione dei Deliciosi raggruppa le specie che secernono un lattice colorato (arancione o rosso) fin dall'inizio. La maggior parte di essi è legata in simbiosi con diverse specie di pino, mentre Lactarius deterrimus, forse il più comune rappresentante del gruppo in Trentino, è associato all'abete rosso. Questo fungo si presenta di colore arancione in ogni sua parte,

con una tendenza a inverdire con l'invecchiamento o alla manipolazione. Si tratta di una specie di buona commestibilità, adatta soprattutto per la cottura in padella o sulla graticola.

Colorazioni a prima vista simili sono quelle di *Lactarius porninsis*, altra presenza estremamente frequente nei boschi del Trentino, dove questa specie segue l'areale di distribuzione del larice, sua unica pianta simbionte.



Fig. 2. Lactarius porninsis, con le sue sgargianti colorazioni aranciate, può essere facilmente rinvenuto ovunque sia presente il larice, sua pianta simbionte.



Fig. 3. Nelle peccete subalpine, con presenza di mirtillo nero, non è raro imbattersi in *Lactarius rufus*, dal caratteristico cappello colore rosso fegato.

Anche in questo caso le colorazioni aranciate dominano le superfici del fungo, che ha però un lattice bianco e immutabile. Si tratta di un fungo commestibile, con caratteristiche analoghe al precedente, nonostante il lattice non sia colorato. Una caratteristica che può facilitarne il riconoscimento è rappresentata dall'odore, gradevole, che ricorda quello dell'arancia o del mandarino.

Micologia... che passione!



Fig. 4. Lactarius blennius è uno dei funghi più frequenti in faggeta. Il cappello è di un colore verde smorto, talora tendente al grigio-bruno.



Fig. 5. Lactarius bertillonii (oggi Lactifluus bertillonii)appartiene a un gruppo di specie dalle colorazioni biancastre in ogni parte. La superficie del cappello è tipicamente vellutata al tatto, e il sapore del suo lattice è estremamente acre.

Le colorazioni di *Lactarius rufus* sono invece decisamente più cariche, sui toni del rosso fegato. È uno dei lattari più diffusi e abbondanti nelle peccete montane, dove viene frequentemente rinvenuto in cerchi o gruppi di numerosi esemplari, nei mesi estivi e fino all'inizio dell'autunno. Il lattice è anche in questo caso bianco e immutabile, caratterizzato da un sapore nettamente acre o pepato: il sapore del lattice è un carat-

tere che in alcuni casi va saggiato nei *Lactarius*, vista la presenza nel genere di specie molto simili tra loro ma distinguibili proprio in base a questo carattere.

Il sapore pepato del lattice è condiviso anche da Lactarius blennius, specie molto diffusa nei boschi di faggio e caratterizzata da colorazioni verdi sia sul cappello che sul gambo. Le superfici sono tra l'altro contraddistinte, quando il fungo è fresco, da una forte viscidità al tatto, caratteristica propria di varie specie di Lactarius. Il lattice è inizialmente bianco anche in questo lattario, ma tende a virare al verde-grigiastro nel giro di qualche decina di minuti. Anche L. blennius è da considerare non commestibile.

Chiudiamo la nostra piccola panoramica sul genere *Lactarius* con una specie dalle colorazioni bianche in ogni parte, ovvero *Lactarius bertillonii*. Si tratta di un fungo molto carnoso e che può raggiungere dimensioni di tutto riguardo, con un cappello che supera talora i venti centimetri di diametro. Anche il lattice è bianco, immutabile, ed è caratterizzato da una estrema acredine.

Questa specie, insieme ad altre simili e a pochi altri lattari, è stata recentemente trasferita, sulla base di indagini genetiche, in un diver-

so genere, denominato *Lactifluus*, molto più ricco di specie in altri continenti rispetto a quanto si riscontra in Europa. È uno dei numerosi esempi di come anche la micologia sia una scienza in continua evoluzione, dove i confini delle specie e dei generi vengono continuamente rivisti e corretti, man mano che i mezzi di indagine a disposizione dello studioso vengono affinati.



