

R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

ANNO XXXVIII - GIUGNO 2023 - 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

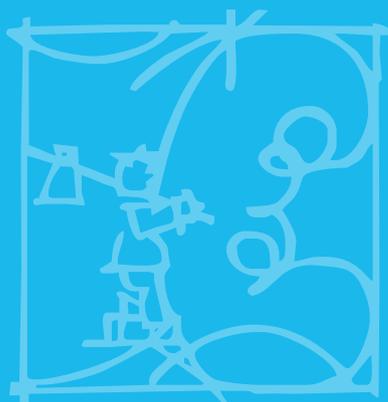
Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38122 Trento - Via Sighele, 5 - Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Trento - Stampa: Litodelta - Scurelle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



- ➔ La Slow Medicine
- ➔ Di fronte all'Alzheimer
- ➔ Incontro tra Scienze Umane e Medicina
- ➔ L'alimentazione su base vegetale nella prevenzione e nel trattamento del diabete gestazionale
- ➔ Maternità surrogata o gravidanza per altri
- ➔ I rischi delle modifiche ambientali sulla nostra salute
- ➔ Prevenzione del tumore al seno
- ➔ Nell'addestramento alla dialisi peritoneale a domicilio

- ➔ La dialisi peritoneale in RSA nella Provincia di Trento
- ➔ Notizie dall'Associazione
- ➔ La nefrite lupica
- ➔ Il corriere postale
- ➔ La creatività è una metafora
- ➔ Fascinoso Madagascar
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ Un tasto su cui battere
- ➔ A Venezia i cicli pittorici di Carpaccio
- ➔ Tutto in una botte
- ➔ I funghi a coppa

SOMMARIO



Rene&Salute

**Trimestrale d'informazione
e cultura dell'Associazione
Provinciale Amici della Nefrologia
(A.P.A.N.) - Anno XXXVIII - N. 1/42**

EDITORE:

A.P.A.N. - Presidente
Dott.ssa Diana Zarantonello
Vice Presidente Dott.ssa Serena Belli
Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Sped. in abb. postale - Pubblicità inf. al 50%

DIRETTORE RESPONSABILE:

Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE:

Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:

38122 Trento - Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 - apan.tn@alice.it
www.apantrentino.it

REDAZIONE:

Serena Belli, Aldo Nardi, 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 Degasperì, Giovanni Ferri,
Luigi Tomio, Aldo Nardi, Petro Balossino,
Marco Floriani.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

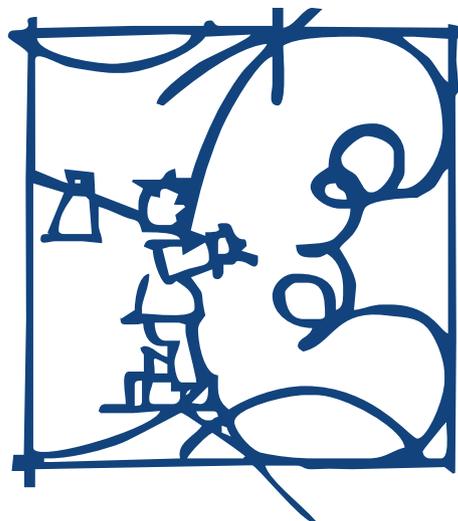
Questo numero è stato chiuso in tipografia
nel mese di giugno 2023.

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

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

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

- 3** **La Slow Medicine**
di Violetta Plotegher
- 7** **Di fronte all'Alzheimer**
a cura di Angela Manica
- 10** **Incontro tra Scienze Umane
e Medicina**
a cura di Diana Zarantonello
- 14** **L'alimentazione su base
vegetale nella prevenzione e
nel trattamento del diabete
gestazionale**
di Cinzia Murgia
- 18** **Maternità surrogata
o gravidanza per altri**
di Fabrizio Zappaterra
- 20** **I rischi delle modifiche
ambientali sulla nostra salute**
di Paolo Bortolotti
- 22** **Prevenzione del tumore al seno**
di Simona Mautone
- 24** **Nell'addestramento alla dialisi
peritoneale a domicilio**
di Ilaria Zulian
- 26** **La dialisi peritoneale in RSA
nella Provincia di Trento**
di Ilaria Prezioso
- 24** **Notizie dall'Associazione**
a cura della Redazione
- 30** **La nefrite lupica**
Alvise Berti & Laura Sottini
- 33** **Il corriere postale**
di Anna Maria Ercilli
- 34** **La creatività è una metafora**
di Aldo Nardi
- 36** **Fascinoso Madagascar**
di Laura Pasquali
- 40** **Consigliami un libro**
a cura di Serena Belli
- 42** **Un tasto su cui battere**
di Serena Belli
- 44** **A Venezia i cicli pittorici
di Carpaccio**
di Luigi Tomio
- 47** **Tutto in una botte**
di Fiorenzo Degasperì
- 49** **I funghi a coppa**
a cura di Marco Floriani



In copertina:

Domenico Ferrari, *Muro Giallo* 1°, 2003
Acrilico 120x70 cm

Cura della salute sobria, rispettosa e giusta

LA SLOW MEDICINE

di *Violetta Plotegher**



Slow Medicine, da poco Ente del Terzo Settore, è una rete di professionisti, cittadini, enti e associazioni che si propone di diffondere una visione sistemica della salute come diritto fondamentale della persona e bene della comunità e si riconosce nella proposta di una cura della salute “sobria, rispettosa e giusta”. È stata costituita come associazione nel 2011 per costruire un movimento d’idee che riporti i processi di cura all’interno di una relazione di fiducia con la persona ammalata, con grande attenzione alla appropriatezza delle cure e alla giustizia sociale e ambientale. Nel mondo della sanità e di quel complesso di strutture e servizi che hanno il compito di garantire la salute dei cittadini c’è oggi il rischio preoccupante di una deriva valoriale che metta in secondo piano le persone e le loro relazioni e in primo piano procedure e protocolli, farmaci, tecnologie, esami e screening, convenienze economiche. I progressi della scienza hanno portato grandi conquiste terapeutiche ma hanno creato nei cittadini anche troppe aspettative irrealistiche e irragionevoli, tanto che la stragrande maggioranza della popolazione crede che la medicina sia una scienza quasi esatta. I professionisti della salute, consapevoli dei limiti e delle incertezze che appartengono ai percorsi di cura, si trovano così ad affrontare una crisi di fiducia con le persone ammalate che è importante e necessario recuperare. Perché possa esserci una pratica terapeutica adeguata e soddisfacente e un prendersi cura della persona anche quando non vi è la possibilità di guarigione della sua malattia, occorre

una relazione rispettosa dell’autonomia decisionale della persona ammalata, che la consideri nel suo contesto di relazioni familiari e di vita sociale, che sia basata sull’ascolto e su un dialogo sostenuto da parole oneste.

Cosa intendiamo per “salute”?

L’obiettivo della Slow Medicine è quello di un cambiamento della cultura della salute e per questo è anzitutto importante che si condivida cosa si intende per “salute”. Secondo Giorgio Bert, uno degli illuminati fondatori di Slow medicine: “La salute non è uno stato, ma è una ricerca di equilibrio tra due estremità: un’estremità si chiama «massimo benessere possibile», l’altra «massimo malessere possibile». In nessun caso si è mai al benessere o malessere totale: tutti i sani sono anche un po’ malati e i malati hanno uno spazio di salute anche nella malattia.” Si può definire la salute come “il miglior equilibrio dinamico possibile tra gli aspetti biologici, psichici, spirituali, sociali, ambientali che una persona può raggiungere, nei diversi momenti e nelle diverse situazioni della sua vita”. Essere in salute dunque non significa assenza di problemi o malattie, piuttosto è la capacità di adattarsi ai cambiamenti prodotti dalle sfide fisiche, emotive e sociali della vita e di autogestire efficacemente una condizione di malattia cronica o quella data dall’invecchiamento. Fra i fattori che possono aiutare la nostra salute le risposte dei servizi sanitari influiscono certamente, ma in percentuale inferiore rispetto al peso dei *determinanti sociali della salute* nella vita delle persone, come la disponibilità economica, il lavoro, la casa, il livello di istruzione, l’inserimento in una comunità di relazioni positive, il vivere in un ambiente non inquinato e avere una alimentazione sana. Questo concetto di salute è molto importante oggi perché, nonostante si viva con evidenza in una realtà dove prevalgono decisamente le patologie croniche, persiste un modello di organizzazione sanitaria orientato alla soluzione della situazione acuta, centrato sull’ospedale e meno sulle cure primarie





territoriali, che non è ovviamente né adeguato né sostenibile nel tempo. Secondo Slow Medicine occorre una diversa organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari per i cittadini che sappia accompagnare e sostenere nel tempo le persone ammalate perché possano vivere nel modo migliore, nonostante la loro patologia. Questo cambiamento culturale si può ritrovare espresso nel termine “Slow” medicine, che non significa perciò medicina “lenta” ma richiama il concetto di medicina riflessiva, ponderata, che lascia il tempo al pensiero, al ragionamento e al discernimento. Che dà tutto il tempo necessario all’ascolto, al dialogo e alla costruzione di una relazione di fiducia con la persona ammalata. Una medicina slow che promuove quel “prendersi cura basato sulla relazione” in cui la salute non è affidata alla sola sanità, ma alla capacità dei sistemi sociali della comunità, in cui vive la persona con la sua malattia, di attivare le proprie capacità di risposta e di riequilibrio del suo benessere esistenziale.

Le tre parole chiave che caratterizzano la filosofia di Slow Medicine-ETS, una cura “sobria, rispettosa e giusta”, aprono a grandi temi del nostro tempo su cui è fondamentale soffermare la riflessione per promuovere quel cambiamento culturale che non coinvolge solo la medicina. Sobrietà, rispetto, giustizia sono valori che non riguardano infatti solo il rapporto individuale tra il professionista e il cittadino che ha bisogno di cure, ma è necessario coinvolgono la comunità dove avviene la loro relazione.

Una cura della salute “sobria”

La sobrietà che Slow Medicine-ETS promuove riguarda l’attenzione alla appropriatezza delle terapie e pratiche diagnostiche ed assistenziali, evitandone sia il sovra utilizzo che lo spreco, agendo con moderazione e gradualità. La diffusione e l’uso di sempre nuovi e sofisticati trattamenti sanitari o strumentazioni diagnostiche, spesso pubblicizzati come fossero banali prodotti commerciali, non sempre porta a maggiori benefici per i pazienti. I

cittadini hanno diritto ad avere informazioni corrette e realistiche e questo è un compito e una responsabilità del servizio pubblico, anche per arginare il diffuso consumismo sanitario di prestazioni inutili, se non dannose. Si calcola che fino ad un quinto della spesa sanitaria riguardi interventi di non documentata efficacia o che apportano un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone. Se la riduzione degli sprechi nel settore sanitario, evitando trattamenti di non comprovata efficacia, fosse perseguita con decisione vi sarebbe a mio avviso la possibilità di un travaso di risorse verso quegli investimenti che oggi mancano al Servizio Sanitario Nazionale e verso il sostegno sociale alle persone in difficoltà, portando ad un aumento di salute e benessere per tutta la popolazione.

Il primo e più impegnativo progetto di Slow Medicine, reso operativo nel 2012, è stato proprio il progetto “Fare di più non significa fare meglio”, che ha dato l’avvio alla costituzione di una rete di Società medico-scientifiche e di Associazioni professionali impegnate nell’individuazione e nella diffusione di raccomandazioni sulle pratiche professionali “a rischio di inappropriately”, potenzialmente non necessarie e talvolta dannose. Queste pratiche non appropriate è importante siano conosciute e che i professionisti ed i loro pazienti ne parlino per giungere insieme a scelte condivise e consapevoli. Dal 2016 il progetto ha preso il nome di “**Choosing Wisely Italy**” prendendo spunto dall’analogo movimento statunitense. Le raccomandazioni di Choosing Wisely Italy sono contenute nel sito omonimo e nella applicazione Choosing Wisely Italy che anche ogni cittadino può scaricare e consultare. Queste raccomandazioni sono entrate a far parte, qualche anno fa, delle “Buone Pratiche” del Sistema Nazionale delle Linee guida dell’Istituto Superiore di Sanità e dello strumento di supporto decisionale internazionale “Dynamed”.

La sobrietà nella scelta delle cure ha un impatto anche sul rispetto dell’ambiente. L’emergenza climatica è tra le più gravi minacce per la salute globale. Secondo l’Health Care Without Harm se il settore sanitario globale fosse una nazione sarebbe il quinto Paese più inquinante della Terra: le stime, pubblicate nel 2019, parlano di un’impronta ecologica dei sistemi sanitari, in particolare dei complessi ospedalieri, di 2 gigatonnellate di CO₂ equivalente, cioè quanto emesso in un anno da 514 centrali a carbone, corrispondente al 4,4% dell’impronta ecologica globale. Utilizzare le terapie in modo appropriato e solo quando serve, così come prescrivere accertamenti strumentali solo nel caso che comportino un reale beneficio diagnostico, non è solo una azione

corretta nei confronti del paziente e un buon uso delle risorse, non evita solo effetti iatrogeni e consumismo sanitario inutile, ma riduce anche l'impatto relativo all'inquinamento ambientale. Impegnarsi nell'uso corretto dei farmaci, della diagnostica e delle tecnologie sanitarie è dunque un atto etico che riguarda la vita presente e futura di tutti.

Una cura della salute "rispettosa"

L'aggettivo "rispettosa" attribuito alla cura è denso di significato e riguarda in modo particolare la relazione tra curante e persona curata. Come dice il manifesto di Slow Medicine "valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili" e dunque esigono una accoglienza e una considerazione non giudicante. Se la relazione tra chi chiede di essere curato e chi è chiamato per la sua competenza e professionalità a corrispondervi è asimmetrica, la loro relazione umana è invece basata sulla pari dignità e sul rispetto reciproco. È importante tenere presente che se il medico è l'esperto della terapia *il malato è esperto del con-vivere con la malattia*. Questa è una delle ragioni per cui l'alchimia di una relazione di cura che genera benessere ha bisogno di una reciprocità

che consideri il pari protagonismo di persona curante e persona curata pur nella asimmetria dei ruoli e dei saperi. C'è infatti un sapere esperienziale di cui dispone la singola persona che affronta "a modo suo" una malattia e che le consente di trovare i motivi di benessere "nonostante" la malattia. L'influenza di una buona relazione tra professionista sanitario e persona ammalata sull'esito delle terapie e sulla qualità della vita è documentata da numerosi studi che riportano una diminuzione degli errori diagnostici, una miglior adesione alle terapie e una maggior soddisfazione da parte sia del paziente che del medico. Per poter rinforzare una cultura sanitaria centrata sulla persona nella sua totalità esistenziale e promuovere un'etica della cura in ambito sociale e sanitario occorre fare in modo che l'attenzione alla relazione e alla comunicazione sia considerata una competenza professionale che può essere formata. Oggi la relazione di cura

è cambiata notevolmente: non è più una relazione paternalistica dove vi era una posizione passiva della persona ammalata ma richiede un coinvolgimento attivo consapevole e partecipe della stessa alle scelte e decisioni. Per questo è fondamentale una competenza comunicativa dei professionisti che con parole oneste costruisca e mantenga la reciproca fiducia. Non meno importante è la collaborazione della comunità, delle associazioni e istituzioni locali, in un rapporto di alleanza progettuale con gli operatori sanitari e sociali per promuovere insieme la salute collettiva. Questa collaborazione può fare la differenza per migliorare la partecipazione attiva di pazienti, utenti e familiari al funzionamento del sistema sanitario e dei servizi sociali e al buon esito del percorso di cura ed assistenza. Slow Medicine ETS ha pensato

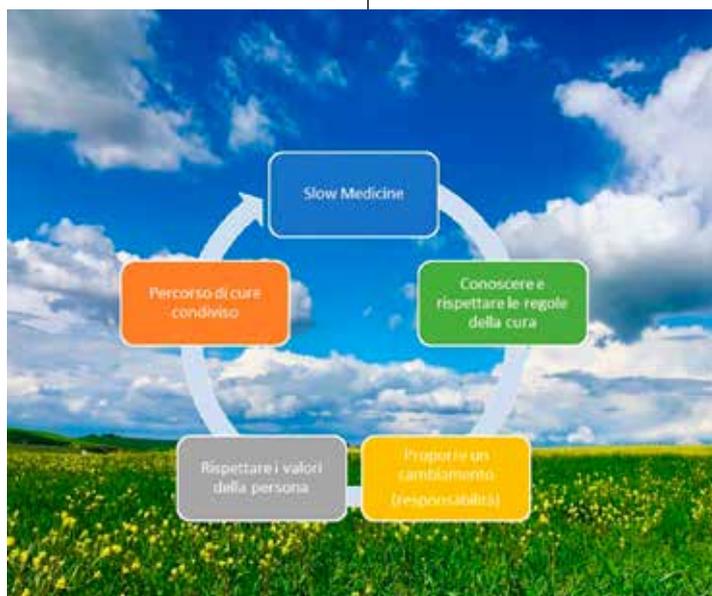
di compiere un ulteriore passo nella direzione della medicina rispettosa con il progetto "Building Trust Italy/Creare fiducia" per progettare azioni concrete che sappiano ripristinare e consolidare la fiducia delle persone nei confronti dei professionisti che operano per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie e nei confronti dei servizi e delle istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Le crescenti possibilità della intelligenza artificiale

e delle nuove tecnologie, che con la telemedicina apporteranno nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche (ma anche nuovi problemi etici e di tutela dei diritti personali), dovrà essere ancor di più valorizzata la relazione tra curante e persona assistita "in presenza". Sarà importante non utilizzare la tecnologia per cercare di "risparmiare tempo" come vorrebbe una "organizzazione fast" ma servirsene perché aggiunga opportunità e qualità alla cura. Il tempo dedicato alla relazione e alla conoscenza reciproca è un tempo fondamentale per la cura, che evita molti errori, molti controlli inutili, molte incomprensioni, oltre a favorire un legame umano che aumenta la adesione alle terapie.

Una cura della salute "giusta"

Il terzo aggettivo che caratterizzare la cura della salute secondo Slow Medicine ETS (ente del terzo settore)



riguarda il valore della giustizia. Consideriamo giusta la medicina che garantisce cure appropriate e di buona qualità per tutte le persone. Una medicina giusta contrasta i determinanti sociali delle disuguaglianze di salute e facilita l'accesso ai servizi sanitari e sociali delle persone più fragili. Mira a contrastare le più frequenti problematiche connesse con le modalità di erogazione delle pratiche assistenziali, come il sovra utilizzo (o il sottoutilizzo) di esami e trattamenti, la sovra diagnosi, l'accanimento terapeutico. Una cura della salute giusta contrasta la disumanizzazione delle cure, integrando la medicina basata sulle prove di efficacia con le competenze relazionali e le Medical Humanities. In una società multiculturale una medicina giusta favorisce il servizio di mediazione linguistica e culturale per poter costruire una relazione con la persona che proviene da un altro paese che tenga conto dei diversi significati culturali che possono essere attribuiti alla malattia e dei diversi bisogni per affrontarla. Una medicina giusta significa anche evitare di frammentare le cure e di rimbalzare il paziente da uno specialista all'altro, favorendo invece la collaborazione e lo scambio di saperi fra professionisti. La corruzione e i conflitti di interesse in sanità minano i valori dell'etica professionale e la sostenibilità di un Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universalistico, in cui possano declinarsi con coerenza i valori di riferimento di Slow Medicine -ETS. Molti cittadini anche nel nostro Paese non hanno accesso per motivi economici alle cure di cui hanno necessità e questa è una violazione del diritto alla salute che non può essere accettata da una medicina giusta. Tenendo conto dell'appropriatezza e dell'equità sociale degli interventi sanitari i medici e i professionisti possono svolgere un importante ruolo di advocacy rispetto al diritto di tutte le persone alla salute. La recente pandemia di Covid-19 ci ha insegnato l'importanza delle cure per tutti, senza esclusioni, il primato della medicina di prossimità, l'importanza del coinvolgimento sociale del terzo settore e della cittadinanza per i programmi di salute pubblica, la necessità di raggiungere soprattutto i soggetti più deboli e ai margini della comunità. È apparso drammaticamente evidente quanto proteggere i più fragili aumenti la salute della collettività.

Diffondere una Slow Medicine in una società "fast"
Viviamo in un'epoca segnata a livello globale dalla tragica presenza di conflitti armati, da migrazioni forzate di interi popoli, dalla distruzione delle risorse naturali con la conseguente emergenza climatica, e in cui crescono le disuguaglianze sociali. Queste sono le principali minac-

Slow medicine è una rete di professionisti che si riconoscono nei principi di una medicina sobria, rispettosa, giusta.



ce per la salute a livello globale, purtroppo sostenute da un sistema politico guidato dalla economia di mercato, dalla competizione, dalla frenesia della finanza speculativa, dalla mercificazione di ogni cosa importante della vita, perfino delle persone. In molti casi anche la salute e le cure sanitarie sono divenute una merce come le altre. Non è facile fare "Slow Medicine" in una società "fast" che corre e accelera ogni cosa, impone tempi di vita che non lasciano respiro, stravolge la naturale ritmicità dei bisogni vitali favorendo una economia dell'usa e getta. Molti si chiedono se nella pratica clinica esista lo spazio per una medicina che non va di fretta (quando non si tratta di una urgenza), che non dipende solo dalla tecnologia, che può fare a meno di qualche farmaco. Una medicina basata sulla relazione di fiducia, orientata alla salute e non alle malattie. Esiste e si sta diffondendo. Se prestiamo attenzione siamo consapevoli e grati infatti dell'impegno di tanti operatori della sanità che quotidianamente, nella concretezza delle situazioni di molti reparti ospedalieri, negli ambulatori dei medici di medicina generale e a domicilio degli ammalati stanno contribuendo, nonostante tutte le difficoltà e le fatiche, a questo cambiamento di modello nella relazione di cura. Le cose cambiano soprattutto perché alcune persone si mettono in gioco con coerenza, testimoniando che un altro modo di fare medicina e di promuovere la salute è possibile.


*Dott.ssa Violetta Plotegher
Medica, specialista in Ginecologia;
ha lavorato nei Consultori Familiari
del Trentino e dell'Alto Adige
Componente del Collegio dei Probi Viri
di Slow Medicine

*Un'intervista a Renzo Dori,
Dirigente medico
del Centro Disturbi cognitivi
e Demenze di Trento*

DI FRONTE ALL'ALZHEIMER

*a cura di Angela Manica**

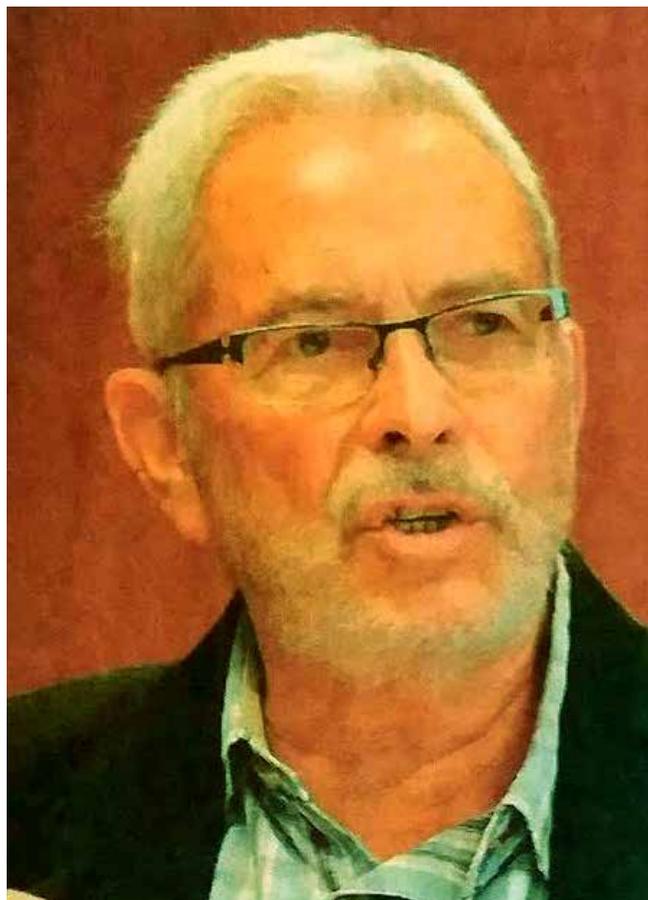
Renzo Dori è stato per molti anni Presidente dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Margherita Grazioli con sede a Povo (TN) dove ha apportato significativi miglioramenti nella qualità di vita dei residenti. Solo per citare alcuni dei suoi interventi presso la RSA M. Grazioli ha collaborato alla progettazione strutturale e gestionale del primo nucleo residenziale per malati di Alzheimer in Provincia di Trento dove viene applicato il metodo non farmacologico Gentle Care di Moyra Jones (certificato); ha collaborato alla definizione del metodo "Global Music Approach to Person with Dementia", validato internazionalmente, sugli interventi di musicoterapia nelle demenze.

È anche stato nominato Presidente della Consulta Provinciale della Salute di Trento, un incarico importante e impegnativo visto che rappresenta una realtà composta da ben 67 associazioni di volontariato sanitario e socio-sanitario, una fucina davvero interessante di quel lavoro in rete che in passato l'associazionismo, tanto diffuso in Trentino quanto frammentato, ha faticato spesso a realizzare.

Quando è nata l'Associazione Alzheimer e che obiettivi presenta?

Nel 1998 un gruppo di familiari che stavano assistendo a domicilio un loro caro affetto da Alzheimer decisero dopo un periodo di incontri e sostegno reciproco di dar vita ad una associazione capace di dar voce ai bisogni sia materiali che morali delle numerose famiglie che a Trento e in provincia stavano prendendosi cura di persone con demenza di Alzheimer o altre forme.

L'obiettivo era ed è quello di ottenere un sostegno, un'assistenza qualificata e dei servizi appropriati nel rispetto dei diritti e della dignità delle persone, superando lo stigma largamente presente dentro la comunità.



Dottor Renzo Dori

Da quando riveste il ruolo di Presidente dell'Associazione Alzheimer e da dove nasce la sua formazione che presenta una particolare sensibilità all'approccio olistico al malato e al caregiver?

Sono stato nominato presidente nel 2019. Ho iniziato ad occuparmi e studiare la demenza di Alzheimer nello specifico dal 2002 in qualità di Presidente della RSA Margherita Grazioli frequentando percorsi formativi specifici. In tale contesto, nel 2006, abbiamo realizzato il primo nucleo specializzato per demenza di Alzheimer curando prima l'aspetto informativo e formativo del personale e poi anche l'ambiente (terapeutico) e il giardino esterno dedicato a tale patologia.

In tale nucleo veniva seguito e attuato l'approccio e metodo GentleCare di Moyra Jones, ottenendo nel 2008 la relativa certificazione di qualità.

Da allora ho continuato ad interessarmi di tale problematica approfondendo i vari aspetti di care con particolare attenzione ai metodi non farmacologici, vista la pressoché assenza di terapie risolutive.

Nell'Associazione faccio parte del "Punto di ascolto" a favore dei familiari caregiver garantendo colloqui personalizzati di approfondimento con i familiari stessi.



Ricorda particolari iniziative sostenute dall'Associazione Alzheimer che vorrebbe raccontarci?

Le molteplici iniziative che normalmente intraprende l'Associazione sono da un lato di aiuto e sostegno ai caregiver formali o informali nella non facile gestione quotidiana del malato e dall'altro hanno l'obiettivo di mantenere l'alta l'attenzione attorno alle problematiche della demenza di Alzheimer attraverso attività di sensibilizzazione della comunità. L'Associazione si è pure impegnata a sostenere la ricerca finanziando, in forza di un lascito, un progetto specifico nel 2015 (chiuso nel 2019) presso il centro ricerca CIBIO di Trento. Da qualche anno stiamo proponendo iniziative di varia natura che sappiano coinvolgere in modo diverso e più "leggero" familiari, malati e cittadini: visite mirate e guidate ai vari Musei presenti a Trento (Al Sass, Castello del Buonconsiglio, Diocesano); la realizzazione, con la collaborazione di un fotografo specializzato (Luca Chistè), di una mostra fotografica dedicata ai malati di Alzheimer nei vari contesti domicilio, Centro diurno e RSA, poi presentata in molteplici sedi; teatro all'aperto con attori professionisti in una narrazione della malattia; realizzazione di cartellonistica con messaggi di stimola-

zione cognitiva e fisica in un parco pubblico a Trento, lungo la passeggiata del lago di Levico e in un parco pubblico a Povo di Trento; da segnalare un accordo con il Centro Demenze e Disturbi Cognitivi (CDCD) della APSS per un utilizzo della Doll Therapy per malati con demenza in fase intermedia-avanzata con positive ricadute di ben-essere per i malati stessi e per il recupero di momenti di serenità del caregiver... Moltissime altre iniziative organizzate direttamente dall'Associazione o partecipando attivamente ad altri progetti che sarebbe troppo lungo elencare.

Vorrebbe raccontarci una situazione che avete preso in carico come Ass.ne Alzheimer e che l'ha particolarmente colpita?

Durante i colloqui con i caregiver spessissimo ci dobbiamo confrontare con situazioni molto delicate e con forti cariche emozionali e di aspettative. Ciò che colpisce maggiormente sono quelle situazioni ove la persona con demenza iniziale è ancora relativamente giovane (55 -65 anni) in età lavorativa e con figli in età scolare. Qui le problematiche da affrontare sono di costruzione di un percorso possibile che attenui le naturali tensioni

interne alla famiglia, che sostenga il caregiver e i figli (magari non molto disponibili ad accettare la malattia del genitore) e il malato stesso che ha reali difficoltà ad accettare la demenza, il suo lento progredire e la parziale difficoltà nel continuare a svolgere le attività fatte fino a poco tempo prima. La difficoltà è inoltre aggravata dalla pressoché assenza di servizi di supporto e aiuto dedicati all'età adulta.

Nel 2018 è stato eletto Presidente della “Consulta provinciale per la salute” composta dalle associazioni che operano a tutela del diritto alla salute. In cosa consiste questo Organismo e quali sono i compiti che si prefigge?

La Consulta provinciale per la salute è stata istituita con legge provinciale n. 16/2010 che gli assegna compiti di consulenza, impulso e proposta sui temi della salute. Essa è composta da oltre 65 Associazioni di volontariato che svolgono la loro attività di sostegno e tutela dei malati affetti da molteplici patologie anche a carattere cronico degenerativo e rare e più in generale alla difesa dei diritti alla salute e all'accesso alle cure. Partecipano anche Associazioni la cui attività è principalmente rivolta alle tematiche

di natura sociale. Compito principale svolto dalla consulta è la difesa dei diritti del malato e del diritto alla salute mantenendo un rapporto dialettico e di confronto sia con la parte istituzionale Assessorato provinciale alla salute che con l'Azienda Sanitaria Provinciale. Rivendicare costantemente di essere preventivamente consultati nelle materie definite dalla legge istitutiva.

Dunque in qualità di Presidente della Consulta si è ritrovato spesso a dover sottolineare alle Istituzioni le difficoltà ormai evidenti di un Sistema Sanitario che è stato messo in discussione dall'epidemia Covid. Qual è la sua visione sul futuro della sanità trentina?

La pandemia Covid e l'invecchiamento della popolazione aggravato da una costante diminuzione della natalità, obbligano il sistema sanitario pubblico ad affrontare una profonda riforma passando dalla visione ospedale-cen-

trica ad una molto legata da un lato alla prevenzione e dall'altro alla medicina del territorio, medicina predittiva, medicina di vicinanza, domiciliarità, integrazione dei percorsi di cura, sviluppo del socio-sanitario, continuità delle cure e presa in carico, lavoro d'equipe del personale sanitario e forte rafforzamento della telemedicina e teleconsulto. Per questo l'attuazione di quanto previsto dal PNRR e relativi finanziamenti destinati dall'Europa alla missione 6 salute e 5 sociale, rappresentano la possibile svolta verso un futuro più sostenibile e meglio dedicato alla salvaguardia dei temi della salute (one health) ancor prima della malattia. Altro passaggio fondamentale: da un welfare “riparativo” ad uno di comunità in cui anche la persona affetta da malattia sa divenire “protagonista” nel percorso di cura.

Da anni ormai riveste il ruolo di informatore e formatore a numerosi incontri divulgativi, è inoltre autore

di molteplici interventi su quotidiani e periodici locali e nazionali su tematiche welfare, servizi alla persona, invecchiamento e Alzheimer. Vuole raccontarci quali sono i suoi progetti in futuro?

Continuare nel lavoro di volontariato e di studio e approfondimento

delle tematiche legate alla salute; indicare soluzioni innovative e meglio rispondenti ai reali bisogni e diritti delle persone; lavorare per favorire una crescita partecipata e consapevole della comunità attorno ai temi della salute, dei servizi, dell'aiuto, dell'inclusione e della solidarietà.



***dr.ssa Angela Manica**
Medico, specialista in Geriatria,
Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

INCONTRO TRA SCIENZE UMANE E MEDICINA

a cura di Diana Zarantonello

Abbiamo il piacere di intervistare Annamaria Perino, sociologa e assistente sociale specialista, prof.ssa associata dell'Università di Trento, dove insegna nei corsi di laurea di Servizio Sociale (Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale) e di Medicina e Chirurgia (CISMed).

In quest'ultimo è coordinatrice dell'insegnamento "Scienze Umane In Medicina", destinato agli studenti iscritti al secondo anno di corso.

Professoressa, da pochi anni è stata avviato il corso di laurea a ciclo unico di Medicina e Chirurgia, ed è stato deciso di introdurre nei primi anni un corso di Scienze Umane. Che valore aggiunto può dare questo corso ai futuri medici?

Il corso a cui facciamo riferimento è un corso integrato, composto da cinque diversi moduli di insegnamento – Psicologia clinica, Medicina e Società, Bioetica, Medical Humanities, Medicina di genere – e da un modulo di 50 ore di tirocinio.

Si tratta di materie che dovrebbero consentire allo studente che si prepara a diventare medico di acquisire competenze che vanno oltre la conoscenza "scientifica" della salute e aiutano a guardare alla persona in maniera olistica, prestando attenzione anche ad aspetti - sociali, psicologici, relazionali, comunicativi, spirituali - apparentemente irrilevanti, che non di rado assumono un peso consistente nel vissuto della salute/malattia.

La pandemia da Covid-19, tanto per citare un esempio noto, ha ampiamente messo in evidenza l'esistenza di una interrelazione tra i fattori citati e suggerito che è necessario lavorare in maniera integrata e collaborativa per fare in modo che si riescano a fornire risposte globali.



Prof. Annamaria Perino

Accanto alle lezioni teoriche gli studenti vengono precocemente avviati ad un tirocinio di un paio di settimane in alcuni reparti. Che reparti sono stati scelti e con quale finalità?

In effetti questa esperienza di tirocinio è la prima che gli studenti iscritti al corso di Medicina e Chirurgia dell'Università di Trento fanno nei luoghi in cui concretamente si cerca di "promuovere" il benessere o di "ripristinare" la salute. Si tratta di un tirocinio "osservativo" – svolto per 40 ore nei reparti dell'APSS e, per 10 ore in aula, al fine di orientare (nella fase preliminare) gli studenti e fare in modo che rielaborino quanto osservato (nella fase finale) – che ha l'obiettivo di avvicinare i tirocinanti al mondo dei servizi sanitari, facendo sì che riescano, da un lato, a conoscere gli aspetti organizzativi e comunicativi più rilevanti delle realtà in cui si inseriscono e, dall'altro, a gestire gli aspetti relazionali ed emotivi connessi alla relazione con i colleghi e con i pazienti.

Le Unità Operative (UO) sede di tirocinio sono state scelte privilegiando quelle in cui c'è la possibilità di osservare le suddette dinamiche, quelle in cui è indispensabile lavorare in équipe – non di rado multiprofessionali – e in cui è opportuno utilizzare appropriati strumenti di comunicazio-

ne, oltre che privilegiare la rilevazione integrata dei bisogni: Cure Palliative, Riabilitazione, Oncologia, Geriatria, CSM, Ser.D, Nefrologia, Consultorio. Va detto che, nonostante i dubbi iniziali rispetto allo svolgimento di questa prima esperienza di tirocinio, i risultati sono stati buoni, così come la soddisfazione degli studenti e dei medici che hanno svolto il ruolo di tutor nelle diverse UO dell'APSS.

Quali altri elementi innovativi offre il corso di laurea di Medicina di Trento?

Innanzitutto va ricordato che il corso di laurea di cui stiamo parlando è un corso inter ateneo avviato grazie al supporto dell'Università degli Studi di Verona, quindi un primo elemento distintivo è proprio quello della collaborazione con il citato Ateneo. Va poi detto che la spinta ad attivare il corso di Medicina a Trento è stata innescata dalla esigenza di voler connettere due importanti aree di innovazione scientifica, sociale e tecnologica della medicina, quella delle scienze della vita e quella delle tecnologie informatiche, digitali e della microelettronica. E qui a Trento la ricerca in ambito biomedico si è sviluppata ampiamente grazie agli apporti di alcune strutture di questo Ateneo; si pensi al Dipartimento in Biologia Cellulare, Computazionale ed Integrata (CIBIO), al Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive (DIPSCO) e al Centro Interdipartimentale Mente e Cervello (CIMeC).

L'obiettivo che si prefigge il corso è quello di riuscire a formare non solo medici "tradizionali" ma anche medici con profili tecnologici innovativi, in grado di accogliere le richieste della popolazione e di fornire risposte appropriate alle stesse. In un simile quadro le scienze umane – per le quali non dimentichiamo che l'Università di Trento ha una importante e riconosciuta tradizione – dovrebbero fungere da elemento di facilitazione, di mediazione tra elementi diversi: scienza, tecnologia e vissuto personale di coloro che necessitano di cura e assistenza. Ci piacerebbe riuscire a formare medici che padroneggino una cultura biomedica, tecnica e psicosociale e che siano in grado di utilizzare una visione multidisciplinare e integrata della salute e della malattia.

Che cosa si intende con integrazione socio-sanitaria e quali sono i suoi scopi?

L'integrazione sociosanitaria (che scriverei senza trattino proprio per dare senso di unità e continuità) è, a mio avviso, una necessità crescente, che non può essere identificata solo nella collaborazione tra gli attori responsabili dei servizi sanitari e dei servizi sociali ma che deve fare riferimento all'unità della persona. In una società che vede aumentare

la vita media e, in parallelo, le patologie cronicodegenerative, che è caratterizzata da profondi mutamenti nell'istituto della famiglia (aumento di separazioni e divorzi, lavoro fuori casa della donna, diminuzione dei componenti del nucleo familiare, ecc.), mutamenti che spingono a guardare fuori dal nucleo familiare e a rivolgersi ai servizi per soddisfare le esigenze dei suoi componenti, immaginare un sistema di risposta che separa il sanitario dal sociale significherebbe andare contro corrente. Privilegiare la logica dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari comporta il dover guardare alla persona come a un unicum, privilegiare una visione olistica che integra il bisogno fisico, biologico, a quello sociale, psicologico e spirituale. Ciò presuppone che gli operatori dei comparti di riferimento si abituino a lavorare assieme, a confrontarsi e a utilizzare linguaggi e strumenti di lavoro condivisi. Il lavoro d'équipe multiprofessionale, quindi, diventa un must, una strategia operativa che comporta il dover abbandonare le visioni – spesso eccessivamente rigide – delle singole discipline e professioni di riferimento, per abbracciare una modalità di pensiero e di azione integrata che le ricomponi, valorizzandone le specificità. Così facendo la diagnosi medica può giovare del supporto della diagnosi psico-sociale (e viceversa) al fine di realizzare prese in carico efficaci e mettere in atto progetti di assistenza e cura che si confacciano ai reali bisogni della persona che si rivolge ai servizi.

Quali sono le criticità e le potenzialità dell'integrazione socio-sanitaria sul territorio trentino?

Lavorare privilegiando la logica dell'integrazione sociosanitaria non è per nulla facile; lo dimostra il fatto che, nel nostro Paese, il tema è al centro dell'attenzione dai tempi della prima riforma sanitaria e che – attualmente – non si può certo affermare che il processo di integrazione sia giunto a compimento. Nonostante siano passati più di quaranta anni dalla citata riforma e che altre riforme, negli anni seguenti, abbiano cercato di fare chiarezza sul tema e di individuare strategie per il suo rafforzamento, non si può parlare di una situazione uniforme. Alcune Regioni hanno lavorato alacremente e in maniera più convinta – sin dalla fine degli anni '70 del secolo scorso – per costruire sistemi regionali di risposta ai bisogni sociosanitari (penso, in particolare all'Emilia-Romagna e alla Toscana), altre sono rimaste un po' indietro. Il Trentino che, per tradizione, ha tenuto a lungo separate le due dimensioni, sembra essersi accorto delle potenzialità derivanti dalla collaborazione tra sociale e sanitario solo negli anni 2000. A testimoniare ciò l'emanazione della legge 16/2010 che, nell'affrontare il tema della tutela della salute in provincia di Trento, fa

esplicito riferimento alla promozione dell'integrazione sociosanitaria. Nell'art. 21, infatti, si parla di "servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute della persona che necessitano dell'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale, allo scopo di garantire la continuità curativa e assistenziale nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze".

I cambiamenti, però, come sappiamo, necessitano di tempo per mostrare i risultati e per poter consentire una valutazione corretta. Io, come studiosa della tematica, dico che in Trentino i presupposti per la realizzazione dell'integrazione tra sociale e sanitario sono presenti (i bisogni si complessificano, esistono le leggi che promuovono il lavoro sociosanitario integrato, i professionisti avvertono la necessità di confrontarsi e collaborare...) ma occorrerebbe uno sforzo organizzativo che permetta ai professionisti dei due comparti di lavorare realmente assieme (penso al fatto che in molti servizi in cui occorrerebbe la presenza dell'assistente sociale – la Salute Mentale, ad esempio, o le Cure Palliative – questa figura non sia presente) e di approfondire la conoscenza reciproca (per alcuni medici, l'assistente sociale è un perfetto sconosciuto). Non sarebbe male progettare dei percorsi di formazione congiunta per i professionisti dei due ambiti e anche "contaminare" la formazione di base dei suddetti professionisti con delle nozioni utili agli uni e agli altri. Io, dal mio canto, lo sto facendo sia con gli studenti di Medicina (nel corso di cui abbiamo parlato all'inizio), sia con quelli di Sociologia e di Servizio Sociale, per i quali sono riuscita ad attivare un corso di Cure Palliative (CP).

Le associazioni di volontariato possono svolgere un qualche ruolo di supporto nell'integrazione socio-sanitaria?

Le associazioni di volontariato, così come tutte le organizzazioni di terzo settore (fondazioni, associazioni di promozione sociale, cooperative, ecc.) - possono dare un contributo importante al percorso di costruzione/potenziamento dell'integrazione sociosanitaria. Essendo le richieste dei cittadini sempre più complesse e dovendo i servizi pubblici fare i conti con continui tagli di risorse, il supporto del terzo settore risulta essere indispensabile per il buon funzionamento dei servizi locali. La triangolazione tra pubblico,

privato e terzo settore dovrebbe ergersi a garanzia della qualità dei servizi, grazie all'ottimizzazione delle risorse – umane e finanziarie – disponibili e alla capacità di cogliere le reali esigenze della popolazione di riferimento. Il volontariato – e il terzo settore più in generale – ha assunto, nel corso del tempo, un ruolo rilevante – anche grazie ad alcune importanti riforme che hanno investito i servizi sanitari e i servizi sociali¹ – non solo nella erogazione dei servizi ma anche nella programmazione e organizzazione degli stessi. È proprio nelle attività di programmazione che – utilizzando le opportune sinergie - si possono disegnare scenari e progettare servizi orientati alla integrazione tra dimensione sanitaria e sociale.

Ritiene che i medici dovrebbero interessarsi maggiormente all'aspetto relativo alle problematiche sociali? E se sì, per quali ragioni?

Sì. Credo che il personale sanitario (tutto) dovrebbe prestare attenzione agli aspetti sociali della salute/malattia. I sociologi della salute suggeriscono di utilizzare il cd "triangolo terapeutico", in tutte le fasi del percorso di cura. Si dovrebbe cioè guardare alla salute e alla malattia utilizzando, sempre, tre lenti: a) quella della medicina e dell'operatore sanitario; b) quella della persona malata; c) quella della società. Ciò a sottolineare il fatto che il successo del percorso di cura non

dipende solo da una corretta diagnosi e da una opportuna terapia ma anche da come la persona vive la sua malattia e percepisce il sistema curante, nonché dalla considerazione che la società ha nei confronti di alcune patologie e delle persone che ne sono portatrici (si pensi alla stigmatizzazione nei confronti di coloro che hanno problemi di dipendenza o disturbi di salute mentale ma anche alla "estromissione" spesso esercitata nei confronti di coloro che hanno malattie inguaribili). I medici dovrebbero sforzarsi di guardare oltre la malattia e la diagnosi e cercare di osservare la persona che hanno di fronte, per cercare di capire se c'è la necessità



¹ - Penso, in particolare, alla Terza riforma sanitaria (1999), alla legge di riforma dei servizi sociali (2000) e a tutta la normativa sul terzo settore, che ha di recente condotto alla riforma dello stesso (2017).



di un aiuto di altro tipo, oltre a quello messo a disposizione dalla scienza medica. I medici di medicina generale, in particolare, sono molto esposti a richieste che sono a cavallo tra il bisogno sanitario e il bisogno sociale, soprattutto con l'utenza anziana. Quindi ben vengano i corsi di formazione congiunta in cui si cerca di avvicinare i due mondi. In Trentino stiamo cercando di andare in questa direzione.

È da poco stato pubblicato il Suo ultimo libro “Introduzione alle cure palliative”; ci parli del libro e a chi è rivolto.

Il libro è rivolto a tutti coloro che si avvicinano alle Cure Palliative o che vogliono conoscerle meglio. L'ho pensato, in particolare, per gli studenti del corso a cui accennavo prima, “Cure Palliative, Sociologia e Servizio Sociale”, che ho voluto fortemente inserire nel percorso di studi dei futuri sociologi e dei futuri assistenti sociali, vista la rilevanza che stanno assumendo – e assumeranno, con l'aumento della cronicità – le CP e stanti le esigenze di integrazione cui accennavo poco fa.

Le Cure Palliative, occupandosi a tutto tondo della persona malata e della sua famiglia, sono - a mio avviso - un concreto e lampante esempio di integrazione sociosanitaria, da cui tutte le altre discipline mediche dovrebbero trarre spunti. Chiamano in causa diversi professionisti, dal me-

dico all'infermiere, dallo psicologo all'assistente sociale, dal fisioterapista all'operatore sociosanitario, e cercano di dare la migliore qualità di vita possibile alle persone affette da malattie inguaribili, non solo oncologiche. Non vanno identificate solo con le cure di fine vita, anche se le contemplano, ma possono essere attivate anche contestualmente ad altre terapie.

Il libro cerca di fare chiarezza su tutti gli aspetti che connotano le Cure Palliative: cosa sono, a chi sono rivolte, quali sono i professionisti chiamati in causa, quali le leggi di riferimento nel contesto italiano e quali i possibili setting di cura. L'obiettivo è quello di delineare un quadro di riferimento sufficientemente chiaro che permetta di collocarle – senza dubbi ed esitazioni - nell'ambito del sistema sanitario ma anche quello di incentivare la riflessione sull'apporto che possono trarre dalla medicina narrativa. Nell'ultima parte del testo, infatti, vengono riportate alcune storie di cura e anche forniti dei suggerimenti operativi che possano consentire di migliorare l'utilizzo della narrazione e l'efficacia delle sue ricadute in questo complesso ambito di assistenza. Mi auguro possa essere un valido supporto non solo per i futuri sociologi e assistenti sociali ma per tutti coloro che nutrono interesse per le CP e possa altresì contribuire alla promozione della conoscenza delle stesse e allo sviluppo dell'interesse scientifico e professionale in quella direzione.

L'ALIMENTAZIONE SU BASE VEGETALE NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE GESTAZIONALE



di *Cinzia Murgia**

Il Diabete Gestazionale è una delle più comuni patologie della gravidanza, con una prevalenza molto variabile a seconda delle aree geografiche, che normalmente rispecchia quella del Diabete di tipo 2. Questa distribuzione epidemiologica è dovuta al fatto che queste due condizioni possono essere definite, secondo le parole di uno dei più grandi studiosi dell'argomento, Oded Langer, come la stessa malattia con esordio diverso: una, il Diabete Gestazionale ad esordio precoce, e l'altra, il Diabete di tipo 2, ad esordio tardivo.

Così come il Diabete di tipo 2 anche il Diabete Gestazionale è in pericoloso aumento in tutto il mondo, per il dilagare dell'obesità e di stili di vita non sani. Si stima che circa il 46% del Diabete Gestazionale sia attribuibile al sovrappeso e all'obesità, il che significa che circa la metà dei casi potrebbe essere prevenuto con un peso corporeo prima della gravidanza nella norma (Body Mass Index <25 kg/m²).

I rischi del Diabete Gestazionale per il nascituro consistono principalmente nell'aumento del peso corporeo (macrosomia) e in particolare della circonferenza addominale, che può portare a una difficoltosa fuoriuscita delle spalle al momento del parto (distocia di spalla), con conseguenti stiramenti del plesso nervoso corrispondente. Nei casi di macrosomia conclamati e diagnosticati prima della nascita (peso stimato > 4000gr) si rende necessario il taglio cesareo. Ma il neonato può anche andare incontro a crisi ipoglicemiche alla nascita, a una maggiore frequenza di ittero e di ricoveri in terapia intensiva neonatale, e corre più rischi di diventare obeso o diabetico sia in età infantile che nell'età adulta.

A carico della mamma si registrano invece un maggior rischio di pre-eclampsia (la patologia della gravidanza contrassegnata da valori elevati di pressione arteriosa) e di traumi perineali al momento del parto.

Ma la conseguenza ritenuta più importante dal punto di vista epidemiologico è sicuramente il rischio superiore di circa 7 volte di avere un Diabete di tipo 2 dopo il parto, a volte diagnosticato anche solo pochi anni dopo. Tuttavia un'adeguata terapia nutrizionale, affiancata solo se necessario dalla terapia insulinica, può consentire di ridurre praticamente a zero le complicanze, e di partorire a termine e per via vaginale un bambino sano e di peso normale.

Ma l'effetto della terapia nutrizionale va molto oltre la gravidanza, perché condiziona il futuro del bambino e addirittura quello dei suoi figli e nipoti. Si dice infatti che il futuro di salute o malattia di tutti noi si decide in utero. In che modo? È ormai noto e documentato da importanti studi scientifici che l'alimentazione influisce profondamente sull'ambiente intrauterino tanto da determinare sul DNA del feto modificazioni chiamate "epigenetiche" a carico dei geni che determinano il rischio di Diabete e malattie cardiovascolari. In pratica con l'alimentazione possiamo silenziare o accendere questi geni, e queste modificazioni possono essere trasmesse sino alla terza generazione successiva. È quello che studia la DOHaD (Development Origin of Health and Disease: l'origine nello sviluppo della salute e della malattia), una delle più affascinanti Scienze moderne. Sono proprio queste modificazioni a determinare il circolo vizioso che lega la gravidanza all'epidemia, tipica

dei nostri tempi, delle malattie chiamate non trasmissibili (ma che in realtà tanto non trasmissibili non sono: Non Communicable Diseases, NCD) come il Diabete o la malattie cardiovascolari: una donna obesa avrà probabilmente in gravidanza un Diabete Gestazionale, partorirà un bambino che sarà probabilmente obeso, che avrà probabilmente un'insulino-resistenza precoce e una sindrome metabolica e che, se di sesso femminile, durante la gravidanza perpetuerà il circolo vizioso. Per questo oggi sappiamo che il genere femminile è la chiave per la prevenzione delle NCD.

Ma attraverso modifiche dello stile alimentare possiamo intervenire ancora meglio addirittura prima della gravidanza. È stato dimostrato ormai da diversi studi scientifici che le abitudini alimentari prima della gravidanza sono infatti determinanti per l'insorgenza del Diabete Gestazionale. Come è facile intuire quando parliamo di Diabete, è stato dimostrato che un'alimentazione ad alto carico glicemico (ricca cioè di zuccheri semplici e carboidrati raffinati) e povera di fibre provoca un aumento del rischio di Diabete Gestazionale di 2,5 volte. Viceversa un'alimentazione ricca in fibra, in particolare da cereali (soprattutto da pane integrale) e frutta è stata dimostrata essere protettiva.

Quello che non era altrettanto scontato (e che è ancora poco conosciuto) è il ruolo determinante svolto dal consumo di prodotti animali. Un aumento significativo del rischio è stato riportato infatti per i grassi animali (grassi saturi e colesterolo), mentre la sostituzione dei grassi animali con quelli vegetali porta a una sua significativa diminuzione. Analogamente, proteine animali e vegetali hanno effetti divergenti: mentre un'elevata assunzione di proteine totali e animali è direttamente correlata al rischio di Diabete di tipo 2 e di Diabete Gestazionale, le proteine vegetali, come quelle della frutta secca e dei legumi sono protettive.

Sappiamo ancora che esiste sicuramente un'associazione positiva tra il consumo di carne rossa e soprattutto di carni trattate (insaccati) e lo sviluppo sia di Diabete di

tipo 2 che di Diabete Gestazionale, mentre il consumo di frutta secca e legumi ha dimostrato avere un effetto protettivo su entrambi.

Se volessimo quindi tracciare l'identikit della alimentazione che previene il Diabete Gestazionale e che garantisce un futuro di salute ai nostri figli possiamo sicuramente affermare che essa deve essere il più possibile su base vegetale e di buona qualità: sì ai carboidrati complessi integrali, ai legumi, alla verdura, alla frutta, alla frutta secca e ai semi oleaginosi, mentre il consumo di dolci e carboidrati da farine raffinate, prodotti industriali, e prodotti animali deve essere drasticamente ridotto. Anche le nuove linee guida sull'alimentazione in gravidanza raccomandano infatti di prediligere le proteine vegetali a quelle animali, di consumare la carne rossa massimo una volta la settimana e di abolire gli insaccati. Le stesse considerazioni valgono naturalmente anche per il trattamento.

La dieta è una pietra miliare del trattamento del Diabete e anche nel caso del Diabete Gestazionale deve costituire sempre la prima scelta. La terapia insulinica potrà essere aggiunta (attenzione, non in sostituzione!) solo nel caso che la dieta non sia stata sufficiente a raggiungere un buon controllo glicemico. La dieta infatti, se ben formulata soprattutto nella qualità

dei suoi componenti, è in grado di modulare i valori glicemici nell'85-90% dei casi. Nel restante 10-15% dei casi la dieta non va abbandonata, ma semplicemente supplementata con l'insulina.

La dieta del Diabete Gestazionale è soprattutto una sfida, perché deve tenere sotto controllo i valori glicemici ma consentire allo stesso tempo un giusto incremento ponderale materno (che può essere anche pari a zero se la paziente è obesa, o superiore alla media se prima della gravidanza era sottopeso) e soprattutto una crescita e uno sviluppo normale del bambino, non in eccesso ma nemmeno in difetto. Capita spesso infatti che le pazienti per la paura della glicemia inizino a sottrarre alimenti (soprattutto i carboidrati) dalla dieta con il rischio di

EIFIS Editore **NOVITÀ - MEDICINA** **USCITA IN LIBRERIA: 15 LUGLIO 2021**

Cinzia Murgia

La dieta che cura il Diabete gestazionale

Come trasformare una malattia in una meravigliosa opportunità per regalare a te e a tuo figlio un futuro di salute

Il Diabete Gestazionale sta diventando, analogamente al Diabete di tipo 2 a cui è strettamente correlato, un'emergenza mondiale, con importanti risvolti di salute pubblica. Il libro scaturisce dalla esperienza trentennale dell'autrice e dalla sua passione nel correlare gli alimenti ai valori glicemici, per raggiungere un controllo metabolico ottimale e un'adeguata crescita fetale. Nella parte introduttiva si spiega in linguaggio semplice ma con basi scientifiche cosa è il Diabete Gestazionale e quali sono le sue conseguenze, mentre la parte pratica si compone di menu semplici e veloci per colazione, pranzo, e cena, da alcuni menu da 1800/2000 calorie e da una sezione di ricette, suddivise in colazione, pranzi e sera.

► RICHIESTA DEL LIBRO
 ► EDIZIONE: Formato: 185 x 225 mm
 ► Brochure
 ► Pagine: 172
 ► € 9,90
 ► COLLANA: NATURAL WELLNESS
 ► GENERE: SALUTE E BENESSERE
 ► ISBN: 978-88-7617-300-9
 ► ISBN: 978-88-7617-301-6
 ► ISBN: 978-88-7617-302-3
 ► ISBN: 978-88-7617-303-0
 ► ISBN: 978-88-7617-304-7
 ► ISBN: 978-88-7617-305-4
 ► ISBN: 978-88-7617-306-1
 ► ISBN: 978-88-7617-307-8
 ► ISBN: 978-88-7617-308-5
 ► ISBN: 978-88-7617-309-2
 ► ISBN: 978-88-7617-310-9
 ► ISBN: 978-88-7617-311-6
 ► ISBN: 978-88-7617-312-3
 ► ISBN: 978-88-7617-313-0
 ► ISBN: 978-88-7617-314-7
 ► ISBN: 978-88-7617-315-4
 ► ISBN: 978-88-7617-316-1
 ► ISBN: 978-88-7617-317-8
 ► ISBN: 978-88-7617-318-5
 ► ISBN: 978-88-7617-319-2
 ► ISBN: 978-88-7617-320-9
 ► ISBN: 978-88-7617-321-6
 ► ISBN: 978-88-7617-322-3
 ► ISBN: 978-88-7617-323-0
 ► ISBN: 978-88-7617-324-7
 ► ISBN: 978-88-7617-325-4
 ► ISBN: 978-88-7617-326-1
 ► ISBN: 978-88-7617-327-8
 ► ISBN: 978-88-7617-328-5
 ► ISBN: 978-88-7617-329-2
 ► ISBN: 978-88-7617-330-9
 ► ISBN: 978-88-7617-331-6
 ► ISBN: 978-88-7617-332-3
 ► ISBN: 978-88-7617-333-0
 ► ISBN: 978-88-7617-334-7
 ► ISBN: 978-88-7617-335-4
 ► ISBN: 978-88-7617-336-1
 ► ISBN: 978-88-7617-337-8
 ► ISBN: 978-88-7617-338-5
 ► ISBN: 978-88-7617-339-2
 ► ISBN: 978-88-7617-340-9
 ► ISBN: 978-88-7617-341-6
 ► ISBN: 978-88-7617-342-3
 ► ISBN: 978-88-7617-343-0
 ► ISBN: 978-88-7617-344-7
 ► ISBN: 978-88-7617-345-4
 ► ISBN: 978-88-7617-346-1
 ► ISBN: 978-88-7617-347-8
 ► ISBN: 978-88-7617-348-5
 ► ISBN: 978-88-7617-349-2
 ► ISBN: 978-88-7617-350-9
 ► ISBN: 978-88-7617-351-6
 ► ISBN: 978-88-7617-352-3
 ► ISBN: 978-88-7617-353-0
 ► ISBN: 978-88-7617-354-7
 ► ISBN: 978-88-7617-355-4
 ► ISBN: 978-88-7617-356-1
 ► ISBN: 978-88-7617-357-8
 ► ISBN: 978-88-7617-358-5
 ► ISBN: 978-88-7617-359-2
 ► ISBN: 978-88-7617-360-9
 ► ISBN: 978-88-7617-361-6
 ► ISBN: 978-88-7617-362-3
 ► ISBN: 978-88-7617-363-0
 ► ISBN: 978-88-7617-364-7
 ► ISBN: 978-88-7617-365-4
 ► ISBN: 978-88-7617-366-1
 ► ISBN: 978-88-7617-367-8
 ► ISBN: 978-88-7617-368-5
 ► ISBN: 978-88-7617-369-2
 ► ISBN: 978-88-7617-370-9
 ► ISBN: 978-88-7617-371-6
 ► ISBN: 978-88-7617-372-3
 ► ISBN: 978-88-7617-373-0
 ► ISBN: 978-88-7617-374-7
 ► ISBN: 978-88-7617-375-4
 ► ISBN: 978-88-7617-376-1
 ► ISBN: 978-88-7617-377-8
 ► ISBN: 978-88-7617-378-5
 ► ISBN: 978-88-7617-379-2
 ► ISBN: 978-88-7617-380-9
 ► ISBN: 978-88-7617-381-6
 ► ISBN: 978-88-7617-382-3
 ► ISBN: 978-88-7617-383-0
 ► ISBN: 978-88-7617-384-7
 ► ISBN: 978-88-7617-385-4
 ► ISBN: 978-88-7617-386-1
 ► ISBN: 978-88-7617-387-8
 ► ISBN: 978-88-7617-388-5
 ► ISBN: 978-88-7617-389-2
 ► ISBN: 978-88-7617-390-9
 ► ISBN: 978-88-7617-391-6
 ► ISBN: 978-88-7617-392-3
 ► ISBN: 978-88-7617-393-0
 ► ISBN: 978-88-7617-394-7
 ► ISBN: 978-88-7617-395-4
 ► ISBN: 978-88-7617-396-1
 ► ISBN: 978-88-7617-397-8
 ► ISBN: 978-88-7617-398-5
 ► ISBN: 978-88-7617-399-2
 ► ISBN: 978-88-7617-400-9
 ► ISBN: 978-88-7617-401-6
 ► ISBN: 978-88-7617-402-3
 ► ISBN: 978-88-7617-403-0
 ► ISBN: 978-88-7617-404-7
 ► ISBN: 978-88-7617-405-4
 ► ISBN: 978-88-7617-406-1
 ► ISBN: 978-88-7617-407-8
 ► ISBN: 978-88-7617-408-5
 ► ISBN: 978-88-7617-409-2
 ► ISBN: 978-88-7617-410-9
 ► ISBN: 978-88-7617-411-6
 ► ISBN: 978-88-7617-412-3
 ► ISBN: 978-88-7617-413-0
 ► ISBN: 978-88-7617-414-7
 ► ISBN: 978-88-7617-415-4
 ► ISBN: 978-88-7617-416-1
 ► ISBN: 978-88-7617-417-8
 ► ISBN: 978-88-7617-418-5
 ► ISBN: 978-88-7617-419-2
 ► ISBN: 978-88-7617-420-9
 ► ISBN: 978-88-7617-421-6
 ► ISBN: 978-88-7617-422-3
 ► ISBN: 978-88-7617-423-0
 ► ISBN: 978-88-7617-424-7
 ► ISBN: 978-88-7617-425-4
 ► ISBN: 978-88-7617-426-1
 ► ISBN: 978-88-7617-427-8
 ► ISBN: 978-88-7617-428-5
 ► ISBN: 978-88-7617-429-2
 ► ISBN: 978-88-7617-430-9
 ► ISBN: 978-88-7617-431-6
 ► ISBN: 978-88-7617-432-3
 ► ISBN: 978-88-7617-433-0
 ► ISBN: 978-88-7617-434-7
 ► ISBN: 978-88-7617-435-4
 ► ISBN: 978-88-7617-436-1
 ► ISBN: 978-88-7617-437-8
 ► ISBN: 978-88-7617-438-5
 ► ISBN: 978-88-7617-439-2
 ► ISBN: 978-88-7617-440-9
 ► ISBN: 978-88-7617-441-6
 ► ISBN: 978-88-7617-442-3
 ► ISBN: 978-88-7617-443-0
 ► ISBN: 978-88-7617-444-7
 ► ISBN: 978-88-7617-445-4
 ► ISBN: 978-88-7617-446-1
 ► ISBN: 978-88-7617-447-8
 ► ISBN: 978-88-7617-448-5
 ► ISBN: 978-88-7617-449-2
 ► ISBN: 978-88-7617-450-9
 ► ISBN: 978-88-7617-451-6
 ► ISBN: 978-88-7617-452-3
 ► ISBN: 978-88-7617-453-0
 ► ISBN: 978-88-7617-454-7
 ► ISBN: 978-88-7617-455-4
 ► ISBN: 978-88-7617-456-1
 ► ISBN: 978-88-7617-457-8
 ► ISBN: 978-88-7617-458-5
 ► ISBN: 978-88-7617-459-2
 ► ISBN: 978-88-7617-460-9
 ► ISBN: 978-88-7617-461-6
 ► ISBN: 978-88-7617-462-3
 ► ISBN: 978-88-7617-463-0
 ► ISBN: 978-88-7617-464-7
 ► ISBN: 978-88-7617-465-4
 ► ISBN: 978-88-7617-466-1
 ► ISBN: 978-88-7617-467-8
 ► ISBN: 978-88-7617-468-5
 ► ISBN: 978-88-7617-469-2
 ► ISBN: 978-88-7617-470-9
 ► ISBN: 978-88-7617-471-6
 ► ISBN: 978-88-7617-472-3
 ► ISBN: 978-88-7617-473-0
 ► ISBN: 978-88-7617-474-7
 ► ISBN: 978-88-7617-475-4
 ► ISBN: 978-88-7617-476-1
 ► ISBN: 978-88-7617-477-8
 ► ISBN: 978-88-7617-478-5
 ► ISBN: 978-88-7617-479-2
 ► ISBN: 978-88-7617-480-9
 ► ISBN: 978-88-7617-481-6
 ► ISBN: 978-88-7617-482-3
 ► ISBN: 978-88-7617-483-0
 ► ISBN: 978-88-7617-484-7
 ► ISBN: 978-88-7617-485-4
 ► ISBN: 978-88-7617-486-1
 ► ISBN: 978-88-7617-487-8
 ► ISBN: 978-88-7617-488-5
 ► ISBN: 978-88-7617-489-2
 ► ISBN: 978-88-7617-490-9
 ► ISBN: 978-88-7617-491-6
 ► ISBN: 978-88-7617-492-3
 ► ISBN: 978-88-7617-493-0
 ► ISBN: 978-88-7617-494-7
 ► ISBN: 978-88-7617-495-4
 ► ISBN: 978-88-7617-496-1
 ► ISBN: 978-88-7617-497-8
 ► ISBN: 978-88-7617-498-5
 ► ISBN: 978-88-7617-499-2
 ► ISBN: 978-88-7617-500-9
 ► ISBN: 978-88-7617-501-6
 ► ISBN: 978-88-7617-502-3
 ► ISBN: 978-88-7617-503-0
 ► ISBN: 978-88-7617-504-7
 ► ISBN: 978-88-7617-505-4
 ► ISBN: 978-88-7617-506-1
 ► ISBN: 978-88-7617-507-8
 ► ISBN: 978-88-7617-508-5
 ► ISBN: 978-88-7617-509-2
 ► ISBN: 978-88-7617-510-9
 ► ISBN: 978-88-7617-511-6
 ► ISBN: 978-88-7617-512-3
 ► ISBN: 978-88-7617-513-0
 ► ISBN: 978-88-7617-514-7
 ► ISBN: 978-88-7617-515-4
 ► ISBN: 978-88-7617-516-1
 ► ISBN: 978-88-7617-517-8
 ► ISBN: 978-88-7617-518-5
 ► ISBN: 978-88-7617-519-2
 ► ISBN: 978-88-7617-520-9
 ► ISBN: 978-88-7617-521-6
 ► ISBN: 978-88-7617-522-3
 ► ISBN: 978-88-7617-523-0
 ► ISBN: 978-88-7617-524-7
 ► ISBN: 978-88-7617-525-4
 ► ISBN: 978-88-7617-526-1
 ► ISBN: 978-88-7617-527-8
 ► ISBN: 978-88-7617-528-5
 ► ISBN: 978-88-7617-529-2
 ► ISBN: 978-88-7617-530-9
 ► ISBN: 978-88-7617-531-6
 ► ISBN: 978-88-7617-532-3
 ► ISBN: 978-88-7617-533-0
 ► ISBN: 978-88-7617-534-7
 ► ISBN: 978-88-7617-535-4
 ► ISBN: 978-88-7617-536-1
 ► ISBN: 978-88-7617-537-8
 ► ISBN: 978-88-7617-538-5
 ► ISBN: 978-88-7617-539-2
 ► ISBN: 978-88-7617-540-9
 ► ISBN: 978-88-7617-541-6
 ► ISBN: 978-88-7617-542-3
 ► ISBN: 978-88-7617-543-0
 ► ISBN: 978-88-7617-544-7
 ► ISBN: 978-88-7617-545-4
 ► ISBN: 978-88-7617-546-1
 ► ISBN: 978-88-7617-547-8
 ► ISBN: 978-88-7617-548-5
 ► ISBN: 978-88-7617-549-2
 ► ISBN: 978-88-7617-550-9
 ► ISBN: 978-88-7617-551-6
 ► ISBN: 978-88-7617-552-3
 ► ISBN: 978-88-7617-553-0
 ► ISBN: 978-88-7617-554-7
 ► ISBN: 978-88-7617-555-4
 ► ISBN: 978-88-7617-556-1
 ► ISBN: 978-88-7617-557-8
 ► ISBN: 978-88-7617-558-5
 ► ISBN: 978-88-7617-559-2
 ► ISBN: 978-88-7617-560-9
 ► ISBN: 978-88-7617-561-6
 ► ISBN: 978-88-7617-562-3
 ► ISBN: 978-88-7617-563-0
 ► ISBN: 978-88-7617-564-7
 ► ISBN: 978-88-7617-565-4
 ► ISBN: 978-88-7617-566-1
 ► ISBN: 978-88-7617-567-8
 ► ISBN: 978-88-7617-568-5
 ► ISBN: 978-88-7617-569-2
 ► ISBN: 978-88-7617-570-9
 ► ISBN: 978-88-7617-571-6
 ► ISBN: 978-88-7617-572-3
 ► ISBN: 978-88-7617-573-0
 ► ISBN: 978-88-7617-574-7
 ► ISBN: 978-88-7617-575-4
 ► ISBN: 978-88-7617-576-1
 ► ISBN: 978-88-7617-577-8
 ► ISBN: 978-88-7617-578-5
 ► ISBN: 978-88-7617-579-2
 ► ISBN: 978-88-7617-580-9
 ► ISBN: 978-88-7617-581-6
 ► ISBN: 978-88-7617-582-3
 ► ISBN: 978-88-7617-583-0
 ► ISBN: 978-88-7617-584-7
 ► ISBN: 978-88-7617-585-4
 ► ISBN: 978-88-7617-586-1
 ► ISBN: 978-88-7617-587-8
 ► ISBN: 978-88-7617-588-5
 ► ISBN: 978-88-7617-589-2
 ► ISBN: 978-88-7617-590-9
 ► ISBN: 978-88-7617-591-6
 ► ISBN: 978-88-7617-592-3
 ► ISBN: 978-88-7617-593-0
 ► ISBN: 978-88-7617-594-7
 ► ISBN: 978-88-7617-595-4
 ► ISBN: 978-88-7617-596-1
 ► ISBN: 978-88-7617-597-8
 ► ISBN: 978-88-7617-598-5
 ► ISBN: 978-88-7617-599-2
 ► ISBN: 978-88-7617-600-9
 ► ISBN: 978-88-7617-601-6
 ► ISBN: 978-88-7617-602-3
 ► ISBN: 978-88-7617-603-0
 ► ISBN: 978-88-7617-604-7
 ► ISBN: 978-88-7617-605-4
 ► ISBN: 978-88-7617-606-1
 ► ISBN: 978-88-7617-607-8
 ► ISBN: 978-88-7617-608-5
 ► ISBN: 978-88-7617-609-2
 ► ISBN: 978-88-7617-610-9
 ► ISBN: 978-88-7617-611-6
 ► ISBN: 978-88-7617-612-3
 ► ISBN: 978-88-7617-613-0
 ► ISBN: 978-88-7617-614-7
 ► ISBN: 978-88-7617-615-4
 ► ISBN: 978-88-7617-616-1
 ► ISBN: 978-88-7617-617-8
 ► ISBN: 978-88-7617-618-5
 ► ISBN: 978-88-7617-619-2
 ► ISBN: 978-88-7617-620-9
 ► ISBN: 978-88-7617-621-6
 ► ISBN: 978-88-7617-622-3
 ► ISBN: 978-88-7617-623-0
 ► ISBN: 978-88-7617-624-7
 ► ISBN: 978-88-7617-625-4
 ► ISBN: 978-88-7617-626-1
 ► ISBN: 978-88-7617-627-8
 ► ISBN: 978-88-7617-628-5
 ► ISBN: 978-88-7617-629-2
 ► ISBN: 978-88-7617-630-9
 ► ISBN: 978-88-7617-631-6
 ► ISBN: 978-88-7617-632-3
 ► ISBN: 978-88-7617-633-0
 ► ISBN: 978-88-7617-634-7
 ► ISBN: 978-88-7617-635-4
 ► ISBN: 978-88-7617-636-1
 ► ISBN: 978-88-7617-637-8
 ► ISBN: 978-88-7617-638-5
 ► ISBN: 978-88-7617-639-2
 ► ISBN: 978-88-7617-640-9
 ► ISBN: 978-88-7617-641-6
 ► ISBN: 978-88-7617-642-3
 ► ISBN: 978-88-7617-643-0
 ► ISBN: 978-88-7617-644-7
 ► ISBN: 978-88-7617-645-4
 ► ISBN: 978-88-7617-646-1
 ► ISBN: 978-88-7617-647-8
 ► ISBN: 978-88-7617-648-5
 ► ISBN: 978-88-7617-649-2
 ► ISBN: 978-88-7617-650-9
 ► ISBN: 978-88-7617-651-6
 ► ISBN: 978-88-7617-652-3
 ► ISBN: 978-88-7617-653-0
 ► ISBN: 978-88-7617-654-7
 ► ISBN: 978-88-7617-655-4
 ► ISBN: 978-88-7617-656-1
 ► ISBN: 978-88-7617-657-8
 ► ISBN: 978-88-7617-658-5
 ► ISBN: 978-88-7617-659-2
 ► ISBN: 978-88-7617-660-9
 ► ISBN: 978-88-7617-661-6
 ► ISBN: 978-88-7617-662-3
 ► ISBN: 978-88-7617-663-0
 ► ISBN: 978-88-7617-664-7
 ► ISBN: 978-88-7617-665-4
 ► ISBN: 978-88-7617-666-1
 ► ISBN: 978-88-7617-667-8
 ► ISBN: 978-88-7617-668-5
 ► ISBN: 978-88-7617-669-2
 ► ISBN: 978-88-7617-670-9
 ► ISBN: 978-88-7617-671-6
 ► ISBN: 978-88-7617-672-3
 ► ISBN: 978-88-7617-673-0
 ► ISBN: 978-88-7617-674-7
 ► ISBN: 978-88-7617-675-4
 ► ISBN: 978-88-7617-676-1
 ► ISBN: 978-88-7617-677-8
 ► ISBN: 978-88-7617-678-5
 ► ISBN: 978-88-7617-679-2
 ► ISBN: 978-88-7617-680-9
 ► ISBN: 978-88-7617-681-6
 ► ISBN: 978-88-7617-682-3
 ► ISBN: 978-88-7617-683-0
 ► ISBN: 978-88-7617-684-7
 ► ISBN: 978-88-7617-685-4
 ► ISBN: 978-88-7617-686-1
 ► ISBN: 978-88-7617-687-8
 ► ISBN: 978-88-7617-688-5
 ► ISBN: 978-88-7617-689-2
 ► ISBN: 978-88-7617-690-9
 ► ISBN: 978-88-7617-691-6
 ► ISBN: 978-88-7617-692-3
 ► ISBN: 978-88-7617-693-0
 ► ISBN: 978-88-7617-694-7
 ► ISBN: 978-88-7617-695-4
 ► ISBN: 978-88-7617-696-1
 ► ISBN: 978-88-7617-697-8
 ► ISBN: 978-88-7617-698-5
 ► ISBN: 978-88-7617-699-2
 ► ISBN: 978-88-7617-700-9
 ► ISBN: 978-88-7617-701-6
 ► ISBN: 978-88-7617-702-3
 ► ISBN: 978-88-7617-703-0
 ► ISBN: 978-88-7617-704-7
 ► ISBN: 978-88-7617-705-4
 ► ISBN: 978-88-7617-706-1
 ► ISBN: 978-88-7617-707-8
 ► ISBN: 978-88-7617-708-5
 ► ISBN: 978-88-7617-709-2
 ► ISBN: 978-88-7617-710-9
 ► ISBN: 978-88-7617-711-6
 ► ISBN: 978-88-7617-712-3
 ► ISBN: 978-88-7617-713-0
 ► ISBN: 978-88-7617-714-7
 ► ISBN: 978-88-7617-715-4
 ► ISBN: 978-88-7617-716-1
 ► ISBN: 978-88-7617-717-8
 ► ISBN: 978-88-7617-718-5
 ► ISBN: 978-88-7617-719-2
 ► ISBN: 978-88-7617-720-9
 ► ISBN: 978-88-7617-721-6
 ► ISBN: 978-88-7617-722-3
 ► ISBN: 978-88-7617-723-0
 ► ISBN: 978-88-7617-724-7
 ► ISBN: 978-88-7617-725-4
 ► ISBN: 978-88-7617-



mettere il feto a rischio di difetti di crescita intrauterini. È importante ricordare che la dieta è una vera e propria prescrizione medica e come tale deve essere seguita scrupolosamente in tutte le sue componenti.

Per tali motivi essa è normalmente solo leggermente ipocalorica, e con un contenuto leggermente ridotto e distribuito durante la giornata di carboidrati complessi, mentre quelli semplici, almeno quelli aggiunti, devono essere eliminati. Rispetto a quello che viene indicato nelle altre forme di Diabete in altre fasi della vita in cui si può essere leggermente più elastici, è opportuno ricordare che nel Diabete Gestazionale le norme devono essere un po' più stringenti perché dobbiamo considerare che in questo caso il paziente è soprattutto il feto che, come organismo in rapido accrescimento, risente molto velocemente degli effetti dell'iperglicemia materna.

In particolare dovrà essere abolito il saccarosio, e quindi tutto quello che lo contiene, e cioè i dolci, compresi prodotti di uso comune e quotidiano, ad esempio i biscotti, croissant e merendine per la prima colazione, a cui normalmente non si fa attenzione, o le bibite zuccherate, compresi alcuni succhi di frutta.

Particolare attenzione andrà posta anche all'aggiunta di zucchero negli alimenti industriali, diventata quasi ubiquitaria, tanto da essere presente anche in alimenti assolutamente insospettabili e ritenuti addirittura salati, come ad esempio le fette biscottate, il pane confezionato, la maionese, lo yoghurt, il ketchup, i piselli in scatola, i sughi pronti, per fare solo qualche esempio.

Uno degli insegnamenti primari è quindi trasmettere alle pazienti questa consapevolezza e insegnare loro a guardare attentamente le etichette. Non è solo al saccarosio che bisogna stare attenti, ma tra gli ingredienti non devono comparire nemmeno: destrosio (che è un sinonimo di glucosio), sciroppo di glucosio o di glucosio-fruttosio, maltosio (che è formato da due molecole di glucosio). Un discorso a parte merita il maltitolo, spesso usato

dall'industria come dolcificante nei prodotti "senza zuccheri aggiunti", è formato da una molecola di glucosio e una di sorbitolo, ha il 50% circa dell'indice glicemico del saccarosio e circa la metà delle calorie. Questo non vuol dire che può essere assunto con assoluta tranquillità: ha meno effetti sulla glicemia ma non assenti e il suo effetto deve comunque essere "testato" sulla glicemia. I dolcificanti migliori sono i succhi di frutta naturali, ma anche in questo caso gli effetti sulla glicemia dipendono naturalmente dalla quantità utilizzata: anche il succo d'uva o lo sciroppo d'acero, benché naturali hanno un elevato indice glicemico e se usati in quantità elevate impattano ugualmente sulla glicemia. Essi sono utilizzati quasi esclusivamente nei prodotti biologici, che sono anche quelli di qualità migliore per tutti gli altri componenti e con meno additivi, e normalmente hanno anche un gusto meno dolce rispetto ai prodotti della grande distribuzione, ma naturalmente non abbiamo nessuno studio che dimostri se e quali hanno un impatto minore sulla glicemia. E purtroppo sia nel caso del maltitolo che dei succhi di frutta le quantità nei prodotti non sono quasi mai dichiarate.

Il consiglio fondamentale è quindi quello di limitare drasticamente tutti i prodotti industriali, e se proprio necessario prediligere quelli di qualità superiore ma senza tralasciare di guardare le etichette.

Per quanto riguarda invece i carboidrati complessi essi devono essere integrali, poiché la fibra della cuticola esterna del chicco dei cereali, che viene asportata nel processo di raffinazione, riduce significativamente l'indice glicemico. Ma non solo: poiché nella cuticola sono contenuti tutti i nutrienti che servono alla crescita del chicco essa apporta un contributo fondamentale di vitamine, sali minerali e proteine, e costituisce da sola quasi l'intero valore nutrizionale dei cereali. Inoltre essi devono essere in quantità controllata e frazionati nel corso della giornata, e possibilmente scelti in base all'indice glicemico: i cereali in chicco a più basso indice glicemico come l'orzo, la segale, l'avena ed il farro, sono di notevole aiuto al controllo glicemico e dovrebbero essere sempre alternati alla pasta.

Nei pasti principali pasta e cereali in chicco devono essere preferibilmente accompagnati dalle verdure che rallentano l'assorbimento degli zuccheri, soddisfano il senso di sazietà nonostante la quantità del cereale sia ridotta, e aumentano la quantità di vitamine, sali minerali e fibra del piatto. Particolarmente utile è mangiare prima del primo piatto, come antipasto, un piatto di insalata mista di verdure crude a piacimento. Questo permetterà di rallentare ulteriormente l'assorbimento

dei carboidrati e quindi il loro effetto sulla glicemia. Altresì bisognerebbe evitare, o mangiare solo occasionalmente e in piccole quantità, gli alimenti che pur essendo naturali e senza zuccheri aggiunti, hanno un alto indice glicemico, come il riso, soprattutto quello bianco (ma anche quello integrale in questo caso non differisce di molto), le patate e tutte le preparazioni a base di patate (puré, gnocchi, pane di patate, ecc), le carote lesse, piselli freschi, la zucca e tutta la frutta particolarmente dolce: uva, cachi, fichi, anguria, ananas, ecc. La frutta non dovrebbe essere comunque abbinata al piatto principale di carboidrati perché innalza notevolmente il carico glicemico del pasto.

Accanto all'attenzione al carico glicemico dei pasti analogo attenzione dovrebbe essere posta alla riduzione dei grassi animali (saturi). Infatti non solo come abbiamo visto tutti i cibi di origine animale e in particolare la car-

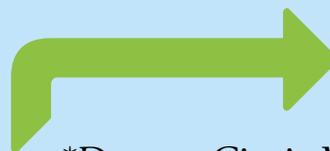


ne rossa e conservata sono ritenuti responsabili dell'insorgenza del Diabete Gestazionale così come il Diabete di tipo 2, ma ci sono evidenze scientifiche che, anche per quanto riguarda il trattamento nutrizionale del Diabete di tipo 2, una dieta "low fat" cioè povera di grassi, soprattutto animali, migliori notevolmente il controllo glicemico. Questo tipo di dieta è talmente efficace da venire attualmente considerato come il più potente strumento non farmacologico per la cura del diabete, dell'obesità e della sindrome metabolica. La ragione per questo meccanismo è ancora oggetto di studio ma sembra essere collegato al fatto che i grassi che si accumulano all'interno della cellula (in particolare la cellula muscolare) diminuiscono la sensibilità all'insulina, diminuendo quindi la sua attività di "sequestratore" del glucosio. Non abbiamo ancora studi che dimostrino l'innocuità di una dieta "low fat" in gravidanza e la sua efficacia nel trattamento del Diabete Gestazionale, ma è stato dimostrato che una dieta non solo a basso indice glicemico ma anche basso contenuto di grassi saturi iniziata precocemente in gravidanza è sicura per il bam-

bino, previene l'insorgenza di Diabete Gestazionale e ne riduce le complicanze. Quindi, sebbene ancora non ci siano evidenze sul trattamento è ragionevole pensare che non esagerare con le dosi e privilegiare i grassi vegetali come l'olio d'oliva e quelli contenuti nella frutta secca e nei semi oleaginosi (per altro fonte preziosa di Omega 3), sia sicuramente più salutare.

Le fonti proteiche dovrebbero essere quindi prevalentemente vegetali, e questo è concorde anche con quanto raccomandato dalle linee guida sull'alimentazione in gravidanza a cura delle maggiori Società Scientifiche di Ostetricia e Ginecologia. Legumi in primis quindi, preferibilmente consumati a cena come secondo in sostituzione della carne e delle altre fonti animali (possono anche essere cucinati come polpette, burgers o puré, oltre che nelle forme più tradizionali) quando la porzione di carboidrati è ridotta, per non innalzare troppo il carico glicemico. Possono però essere considerati anche i derivati della soia, come tofu, tempeh o preparati a base di farina di soia come bocconcini e bistecchine che, sebbene non appartengano alla tradizione mediterranea possono essere inseriti nella dieta quotidiana imparando a cucinarli come un ottimo sostituto della carne perché ricchi di proteine con tutti gli aminoacidi essenziali, poveri di grassi (e solo grassi buoni) e bassissimo indice glicemico, quindi particolarmente utili in abbinamento anche con un primo piatto tradizionale all'italiana.

Possiamo concludere dicendo che le donne affette da Diabete Gestazionale, pur essendo affette da una patologia potenzialmente pericolosa per il loro bambino, hanno nello stesso tempo un grandissimo potere nelle loro mani: attraverso la loro alimentazione prima, durante e dopo la gravidanza, possono non solo garantire un futuro di salute al bambino che aspettano, ma attraverso le modificazioni epigenetiche determinate dalla composizione della loro dieta condizionare addirittura la salute delle generazioni future e dell'umanità intera, invertendo la tendenza alla diffusione epidemica del Diabete di tipo 2 del mondo occidentale che sta affliggendo la nostra era.



***Dott.ssa Cinzia Murgia**
Medico specialista in Ginecologia
e Ostetricia,
Master in Nutrizione Vegetariana
Autrice del blog "Passavo Leggera"

MATERNITÀ SURROGATA O GRAVIDANZA PER ALTRI

di *Fabrizio Zappaterra**

Il recente episodio dell'attrice/conduttrice televisiva spagnola, Ana Obregón, diventata madre grazie alla Gestazione per Altri (GPA), ha suscitato un'ondata di polemiche se non di pura indignazione che ha riaperto il dibattito sulla liceità di questa procedura anche nei giornali e nei social in Italia.

In effetti la piccola Anita, così si chiama la neonata, è stata concepita fecondando un ovocita donato con il seme del figlio Aless, congelato prima di iniziare la chemioterapia per un tumore inesorabile che se lo è portato via. La mamma Ana è quindi anche la nonna biologica della piccola. Questa GPA, come tante altre, trova la sua ragione per lenire l'immensa sofferenza patita dalla signora Obregón, che nel suo post su Instagram ha annunciato l'arrivo di «una luce piena d'amore nella mia oscurità. Non sarò mai più sola, sono tornata a vivere». La maternità surrogata è vietata anche in Spagna, come in Italia, e tutto è avvenuto a Miami, dove invece è permessa, ed in virtù dello *ius soli* la piccola è cittadina statunitense, registrata come figlia della signora Obregón che ora dovrà farla registrare presso il Consolato spagnolo per poterla portare in Spagna.

Anche la recente sentenza della Corte di Cassazione, 30 dicembre 2022, n. 38162, delle Sezioni Unite Civili, rivedendo tutto il percorso giurisprudenziale italiano degli ultimi due decenni ha disposto che il genitore genetico deve essere riconosciuto come tale, mentre l'altro componente della coppia, che ha condiviso con il partner il percorso che ha portato al concepimento e alla nascita pur senza fornire il proprio apporto biologico, può ricorrere all'adozione (*step child adoption*).

Altri esempi di nonna-mamma hanno un tenore ben diverso, in quanto si tratta gravidanze condotte per conto della figlia o della nuora, impossibilitate a condurle in proprio a causa di malformazioni uterine, isterectomie precoci per tumori o trattamenti cronici con farmaci

antirigetto o biologici, assolutamente controindicati in gravidanza, in trapiantate o affette da gravi malattie autoimmuni croniche. Allo stesso modo si sono verificati casi di zie-madri, quando la gravidanza è stata condotta per conto di una sorella, e di amiche-madri, in assenza di legami di parentela fra le due donne.

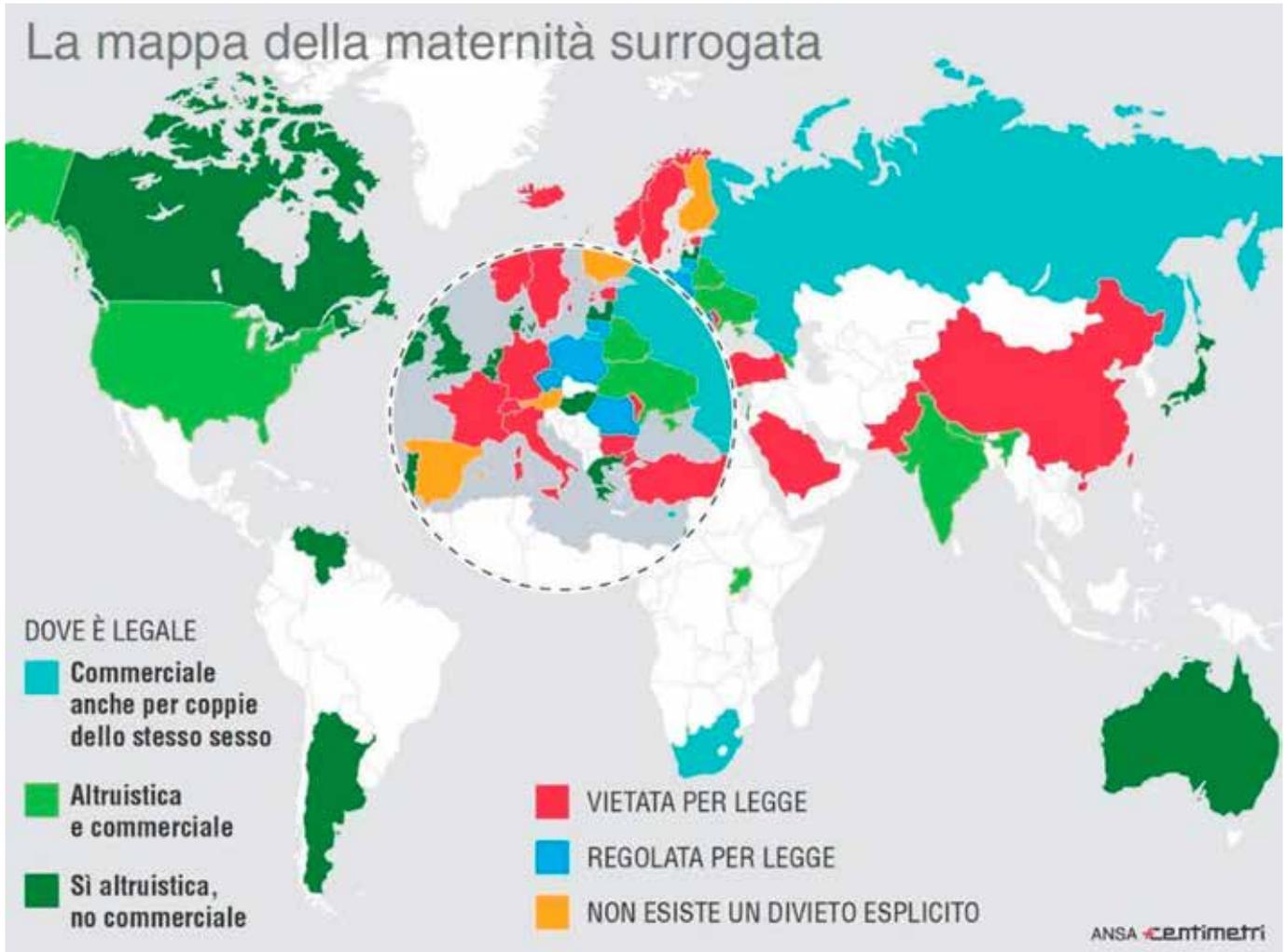
La procedura prevede l'impianto di un embrione prodotto in vitro nell'utero della madre surrogata "gestazionale". Se è possibile viene utilizzato un ovocita ed il seme della coppia committente, se la madre intenzionale ha perso utero ed ovaie si dovrà ricorrere alla donazione di ovocita fecondato dal seme del marito/compagno committente. Se anche quest'ultimo ha un seme sterile verrà impiantato un embrione frutto della donazione di ovocita e di seme eterologo. In tutti i casi si tende ad escludere un legame biologico fra la madre surrogata ed il nascituro.

Il divieto di ricorrere alla MS (ed alla PMA) nel proprio Paese induce molte coppie (o single per la PMA) a rivolgersi a servizi o agenzie estere, dove tale procedura è ammessa a pagamento o in forma altruistica.

Il legislatore italiano ha scelto di vietare sempre e comunque tale tecnica, applicando anche una sanzione penale in caso di violazione. Questo però non ha impedito alle coppie sterili, spinte da un desiderio ineluttabile di genitorialità, di rivolgersi a quei Paesi dove la MS era ed è consentita, affrontando successivamente l'iter burocratico per la registrazione dell'erede in Italia. La legge non regola la sorte del nato malgrado il divieto, attualmente indicata dalla Sentenza a Sezioni Unite civili, 30 dicembre 2022, n. 38162, già citata, conformemente all'art. 8 della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo che si è espressa in numerosi casi analoghi in Europa e in un parere non vincolante per la *Cour de cassation* francese il 9 aprile 2019.

Ovviamente tali sentenze non entrano nel merito della

La mappa della maternità surrogata

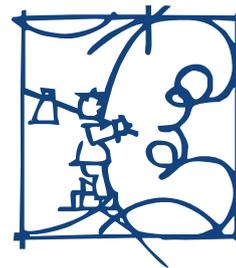


legittima discrezionalità dello Stato di vietare tali pratiche di procreazione, ma sostiene che in ogni caso, nelle situazioni **nelle quali è coinvolto un minore, l'interesse superiore di questi deve comunque prevalere ed essere l'oggetto principale dell'opera di bilanciamento fra interesse del singolo e quello della comunità.**

Nel dispositivo della sentenza 38162 il Collegio ha appena sfiorato il caso della MS altruistica, in quanto una lesione della dignità della gestante è ravvisata solo qualora emergano fattori che lascino dubitare della sua libera partecipazione alla surrogazione. Il Collegio, tuttavia, osserva che gli ufficiali del registro non sono in grado di accertare la volontà della madre surrogata e che il nostro sistema vieta qualunque forma di surrogazione di maternità, sul presupposto che solo un divieto così ampio sia in grado, in via precauzionale, di evitare forme di abuso e sfruttamento di condizioni di fragilità.

Risulta quindi evidente che il percorso legislativo, per una riscrittura della legge 40/2004 che affronti tutte le questioni ancora irrisolte sia ancora lungo, nonostante l'evidente evoluzione dettata dalle sentenze.

La figura riporta la mappa mondiale degli Stati dove la maternità surrogata è consentita o vietata.



*Dottor Fabrizio Zappaterra
Medico Legale

*Consumo del suolo, inquinanti atmosferici,
esposizione a sostanze chimiche tossiche*

I RISCHI DELLE MODIFICHE AMBIENTALI SULLA NOSTRA SALUTE

*di Paolo Bortolotti**

disastri ambientali sempre più frequenti ed il diffondersi di nuove malattie hanno mostrato come l'ambiente da fonte di vita possa divenire un rischio per la salute. Il tema è talmente rilevante che lo scorso

anno sono stati modificati due articoli della nostra Costituzione (9 e 41) per imporre una maggior tutela dell'ambiente. Per il medico, il rispetto dell'ambiente e la promozione della salute globale è da tempo anche un obbligo deontologico, sancito dall'Articolo 5 del Codice, che afferma: "Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva."

Le alterazioni dell'ambiente hanno importanti e gravose ripercussioni sulla salute e il benessere psicofisico delle persone: l'inquinamento delle matrici ambientali, il cambiamento climatico, il consumo di suolo sono alcune delle tante minacce ancora troppo spesso sottovalutate nonostante i ripetuti allarmi da parte dei maggiori Organismi internazionali (ONU, OMS, FAO).

Si stima che circa un quarto delle malattie e delle morti possa essere attribuito a cause ambientali modificabili. L'inquinamento atmosferico è uno dei principali fattori di rischio per mortalità e morbosità. Sono più di 50.000/anno in Italia le morti per inquinamento atmosferico e 7.000.000 le morti premature evitabili nel

mondo mentre si sta sempre più riducendo la speranza di vita in buona salute. Inoltre la concentrazione atmosferica di particolato e di inquinanti gassosi ha relazioni causali ben documentate con numerose malattie

croniche in progressivo aumento in tutte le età come l'obesità e le malattie metaboliche, le malattie neuro-degenerative, le malattie endocrine e cardiovascolari, ed il particolato è stato classificato come cancerogeno di classe I secondo IARC.

A partire dagli anni '50 sono state sintetizzate più di 140.000 sostanze chimiche e pesticidi, di cui più della metà non ha ancora ricevuto una valutazione per quanto riguarda la pericolosità sanitaria. L'esposizione a sostanze chimiche tossiche avviene attraverso aria e acqua inquinate, alimenti e prodotti di consumo. Alcune di queste sono persistenti e bioaccumulabili, nella catena alimentare, passando da vegetali ad animali arrivano all'uomo, agiscono come interferenti endocrini e sono potenziali cancerogeni.

Gli inquinanti ambientali causano danni incalcolabili nel periodo preconcezionale e concezionale, durante lo sviluppo fetale e tutta l'età infantile e adolescenza, creando anche le condizioni per lo sviluppo di malattie che si evidenzieranno in età adulta.

Anche le condizioni del clima stanno rapidamente peggiorando, con notevole impatto sulla salute. La temperatura globale media è aumentata per effetto delle attività umane con produzione di gas serra. Il cambiamento climatico è responsabile di danni diretti da alluvioni, inondazioni, ondate di calore. Queste ultime sono correlate ad un aumento di mortalità per malattie respiratorie, ischemia cardiaca, accidenti cerebrovascolari.



Dottor Paolo Bortolotti



L'aumento delle temperature favorisce la diffusione di alcuni insetti come zecche e zanzare, vettori di malattie infettive. La desertificazione che si accompagna all'aumento delle temperature e alla siccità comporta perdita di terreni coltivabili, povertà, malnutrizione, migrazioni di uomini e animali, diffusione di malattie.

La salvaguardia della salute passa necessariamente attraverso quella dell'ambiente e in questo il Medico ha un ruolo decisivo.

C'è ancora troppa distanza tra le evidenze scientifiche oggi disponibili della correlazione ambiente-salute e il loro concreto utilizzo nella pratica clinica, attraverso la prevenzione primaria. La salute dell'ambiente non è una delle priorità, è "la priorità": la salute dell'ambiente è la nostra salute. C'è una sola salute (One Health): è l'idea che sta alla base di una nuova concezione della medicina che riconosce come la salute degli esseri umani, degli animali, delle piante e dell'ambiente siano strettamente interdipendenti.

Alla domanda di salute i sistemi sanitari rispondono con l'aumento di prestazioni tecnologiche sofisticate e farmaci costosi, concentrandosi soprattutto sulla diagnosi precoce piuttosto che sulla identificazione e rimozione delle cause ambientali di malattia, intervenendo di fatto quando la salute è già compromessa. I rischi ambientali per i pazienti/ cittadini sono molteplici e il medico deve acquisire consapevolezza della transazione epidemiologica cui stiamo assistendo. Al medico occorrono conoscenze scientifiche solide e aggiornate per promuovere e sostenere la cultura della salute ambientale, per diffondere conoscenze e pratiche atte a limitare le conseguenze negative di un ambiente degradato, per riconoscere tempestivamente eventuali cluster di patologie correlabili a cause ambientali, per comunicare adeguatamente coi pazienti /cittadini, per orientare le scelte individuali e collettive.

All'interno dell'Ordine dei Medici di Trento è attiva la Commissione Ambiente, costituita da medici con varie specializzazioni, che si occupa di offrire ai medici l'opportunità di migliorare le proprie conoscenze in tema ambiente-salute in modo da sensibilizzare a loro volta i pazienti /cittadini e favorire il cambiamento di paradigma.

La Commissione organizza eventi formativi accreditati ECM aventi per tema patologie e problematiche ambiente correlate, la cui documentazione è a disposizione sul sito dell'Ordine di Trento (<https://www.ordinemedicitn.it/ordine/commissioni/ambiente/articoli-ambiente/>), appronta seminari per la Scuola di



La pagina web della Commissione Ambiente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Trento

Medicina Generale, con l'obiettivo che la medicina dell'ambiente diventi materia curriculare, collabora con Istituzioni quali APPA e Dipartimento di Prevenzione, interviene, per quanto di competenza, su segnalazione di medici o cittadini, per analizzare problematiche ambientali che potrebbero impattare sulla salute. I medici della Commissione partecipano, a richiesta, nelle scuole superiori, a programmi educativi in tema.

È in progetto l'organizzazione sul territorio di una rete di Medici Sentinella formati in grado di rilevare e segnalare situazioni di salute in possibile relazione con specifiche criticità ambientali del territorio in cui operano.

La Commissione è in contatto inoltre con la Facoltà di Medicina di Trento per favorire l'attivazione di un corso di medicina ambientale.

Si avvale anche della collaborazione di esperti della Associazione Medici per l'Ambiente (ISDE), (<https://www.isde.it/>) affiliata all'International Society of Doctors for the Environment riconosciuta dall'ONU e OMS. ISDE è composta da medici di varie specializzazioni ed esperti di altre professioni, consapevoli che per garantire la salute di tutti occorre occuparsi dell'ambiente in cui viviamo.

"Se ciascuno è responsabile dell'ambiente i medici lo sono due volte" (ISDE): è questo il pensiero che riassume l'importanza del ruolo del medico.



Sul programma di screening mammografico del Ministero della Salute

PREVENZIONE DEL TUMORE AL SENO



Dott.ssa Simona Mautone

di *Simona Mautone**

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequente nelle donne e nel nostro paese ogni anno vengono diagnosticati circa 50.000 nuovi casi. La sopravvivenza per questa patologia, anche a lungo termine, è tra le più elevate in ambito oncologico: a 5 anni dalla diagnosi arriva quasi al 90%, questo grazie al miglioramento delle tecniche diagnostico-terapeutiche e all'attenzione sempre più alta verso l'attività di prevenzione. In particolare parliamo di prevenzione primaria quando indichiamo le misure volte a ridurre il rischio di sviluppare la patologia, adottando stili di vita sani ed equilibrati. Questo si realizza attraverso il controllo dell'alimentazione (in particolare hanno valore protettivo l'elevato consumo di fibre vegetali ed il basso consumo di grassi animali), l'attività fisica e la riduzione di fattori di rischio quali il fumo, l'abuso di alcool e l'obesità (l'eccesso di tessuto adiposo in post-menopausa rappresenta infatti la principale fonte di sintesi di estrogeni circolanti, con conseguente aumentato stimolo ormonale della ghiandola mammaria).

La prevenzione secondaria è l'altra forma di prevenzione, che riveste un ruolo fondamentale nella lotta contro il tumore al seno. Viene attuata attraverso esami che portano ad una diagnosi precoce, con conseguente riduzione della mortalità per tumore della mammella.

Nel nostro paese esiste un programma di screening mammografico previsto dal Ministero della Salute, per cui ogni donna tra i 50 e 69 anni residente in Italia riceve, ogni 2 anni, un invito per effettuare gratuitamente una mammografia presso il centro di screening della propria ASL. Molte regioni stanno attuando, sulla base dei più recenti dati epidemiologici e di nuovi studi, l'estensione dello screening mammografico a fasce di età più ampie, ed in particolare con cadenza annuale dai 45 ai 49 anni e biennale dai 71 ai 74 anni.

Il programma di screening è stato testato e validato da

numerosi studi che hanno dimostrato, ad oggi, la mammografia come l'esame diagnostico capace di ridurre in modo significativo la mortalità per tumore al seno, circa del 30%.

Lo screening è rivolto a donne asintomatiche e il vantaggio principale è quello di diagnosticare e trattare un tumore precocemente, quando è ancora in fase pre-clinica, quando cioè non ha dato sintomi, permettendo così un trattamento meno invasivo e una migliore prognosi. Il programma di screening si basa sulla chiamata attiva e periodica della popolazione asintomatica, invitata tramite lettera ad eseguire l'esame mammografico. Avviene poi una doppia lettura in cieco con arbitro, cioè due medici radiologi leggono in modo indipendente l'esame mammografico, dando un giudizio di negatività o di sospetta positività; in caso di discordanza tra i due lettori, ne interviene un terzo per l'arbitrato. La donna il cui esame viene valutato negativo viene richiamata al successivo round dopo 2 anni. In caso di sospetta positività invece la donna riceve una telefonata per recarsi presso il centro senologico ed eseguire ulteriori accertamenti.

Diversa è la mammografia spontanea in cui è la donna che si attiva rivolgendosi al medico di base, in quanto fuori dalla fascia di screening (è indicato eseguire il primo esame mammografico già al compimento dei 40 anni) o perché sintomatica. Quali sono i sintomi sospetti che ci devono allarmare? La presenza di un nodulo o un addensamento mammario di nuova insorgenza, l'alterazione di cute e capezzoli, la presenza di secrezioni spontanee dal capezzolo ed adenopatie ascellari. In presenza di sintomi di questo tipo è necessario rivolgersi al proprio medico di base che valuterà se inviare la donna al centro di senologia, dove l'attività diagnostica verrà svolta con un approccio individuale soggettivo.

La mammografia non è un esame infallibile e presenta dei limiti, come ogni test diagnostico. Uno di questi è

legato agli esami falsi negativi, in cui il tumore al seno non viene identificato, principalmente in rapporto alla costituzione del seno, in particolare, alla sua densità, che può limitare la sensibilità di questo test diagnostico.

Un altro rischio è quello dei falsi positivi, cioè la presenza di un sospetto alla mammografia di screening, per cui la donna viene richiamata ad eseguire approfondimenti diagnostici di secondo livello, che accertano l'assenza di lesione neoplastica.

Un limite ulteriore della mammografia è legato alla sovra diagnosi, cioè la diagnosi di piccoli tumori in situ o invasivi che, pur essendo maligni, potrebbero progredire così lentamente, da non rappresentare un pericolo per la vita della donna. Si tratta di tumori che non avrebbero mai dato segno di sé nel corso della vita della donna se non fosse stata eseguita la mammografia. Questo problema di sovra diagnosi e di conseguente sovra trattamento purtroppo, ad oggi, non può essere superato perché non è possibile distinguere quali tumori sono effettivamente sovra diagnosticati, quindi non realmente pericolosi per la vita della donna, e quali no.

Accade di leggere di ricerche che mettono in discussione lo screening mammografico. Molti studi sono stati fatti e, attualmente, sono a favore dei programmi di screening per le donne nelle fasce di età indicate. Tuttavia continua la ricerca volta al miglioramento di questo strumento; è per esempio tutt'oggi oggetto di studi l'uso della TOMOSINTESI (digital breast tomosynthesis – DBT) nello screening. Si tratta di una mammografia pseudo-tridimensionale, che, grazie alle caratteristiche di acquisizione delle immagini, supera il limite legato alla sovrapposizione delle strutture della ghiandola mammaria, limite che può determinare il mancato riconoscimento di lesioni tumorali o l'identificazione di immagini dubbie che poi risultano non essere reali lesioni tumorali. Questa tecnica permette quindi una riduzione dei falsi negativi e dei tassi di richiamo; sono oggetto di discussione tuttavia il suo impatto sui canceri ad intervallo e sulla sovra diagnosi. Ulteriori studi sono necessari e per il futuro sarebbe auspicabile cominciare a pensare ad uno screening mammografico personalizzato, costruito sulla donna.

Un approccio maggiormente personalizzato potrebbe portare a mettere a punto programmi basati sul rischio individuale di ogni donna, che dipende da più fattori, quali età, familiarità, fattori genetici, stile di vita e anche fattori costituzionali. In particolare la densità mammaria, che può essere classificata anche in modo oggettivo attraverso l'ausilio di software dedicati, rappresenta un fattore indipendente di rischio per la neoplasia mamma-

ria e può avere un effetto di mascheramento, riducendo la sensibilità dell'esame mammografico.

Per quanto riguarda il fattore di rischio eredo-familiare, bisogna ricordare che la maggior parte dei tumori mammari sono sporadici, insorgono cioè in donne senza una predisposizione familiare. Tuttavia esiste una minoranza di tumori, circa il 5-7%, legato a fattori ereditari, determinati cioè dalla mutazione di geni, i più noti dei quali sono i BRCA-1 e BRCA-2. Nelle donne che presentano un rischio di sviluppare tumore mammario particolarmente alto nel corso della vita esistono protocolli di prevenzione specifici, che iniziano in età più precoce (a 25 anni), con controlli più ravvicinati nel tempo e che comprendono indagini aggiuntive, quali ecografia e RM mammaria. Esiste quindi già una personalizzazione della prevenzione per certe popolazioni che hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare un tumore della mammella.

Oggi sono in corso progetti di ricerca internazionali che hanno come obiettivo la personalizzazione dello screening in termini di frequenza e delle metodiche con cui attuarlo in base al rischio individuale, studi che daranno risultati tra qualche anno. In attesa di questi rimane fondamentale oggi la prevenzione attraverso l'adesione ai programmi esistenti e l'attenzione verso eventuali sintomi, che non devono mai essere sottovalutati.




*dottoressa Simona Mautone
Medico specialista in Radiologia
lavora presso la U.O. di Senologia
di Rimini

Il ruolo chiave degli infermieri

NELL'ADDESTRAMENTO ALLA DIALISI PERITONEALE A DOMICILIO

di *Ilaria Zulian**

Sono un'infermiera di Dialisi Peritoneale da qualche anno ormai. In questi anni in ho visto passare tante persone: uomini, donne, mamme, papà, figli. Ognuno con una vita, un lavoro, una famiglia, tante esperienze diverse.

Quando arriva il momento di iniziare insieme il percorso di dialisi, si cerca di fare scegliere la persona: dialisi peritoneale o emodialisi? Infatti salvo particolari condizioni cliniche, la scelta dialitica rimane una scelta per la persona e della persona. Per supportare la decisione cerchiamo di spiegare a pazienti e familiari, attraverso un colloquio informativo, che cos'è la dialisi peritoneale, come funziona e l'impegno che comporta. Se pensiamo a chi ha scelto la dialisi peritoneale spesso le motivazioni principali rimangono: l'indipendenza dall'ospedale, la paura degli aghi, il non influire troppo sugli orari di lavoro, il sentirsi meno malati... Dall'altro lato della medaglia però c'è un "tubo in pancia", c'è l'essere impegnato tutti i giorni nello svolgere la metodica, c'è lo spauracchio delle infezioni che possono accadere. E

poi ancora la quantità industriale di rifiuti, gli scatoloni con le sacche che ti riempiono la casa, gli allarmi che ti svegliano durante la notte. Inoltre, se la dialisi peritoneale è gestita da un familiare c'è la paura di pesare sulle persone vicine o, se si è genitori con bimbi piccoli c'è il terrore di portarsi a casa la malattia.

La dialisi è un cambiamento di vita, per tutti: per chi deve passare 4 ore attaccato a una macchina per l'emodialisi tre volte in settimana, per chi con una macchina di peritoneale deve farci i conti tutte le notti per 9 ore e per chi deve sostituire il liquido manualmente durante il giorno per 4 volte. E l'autogestirsi una dialisi domiciliare significa assumersi delle responsabilità, rispettare delle regole e seguire delle sequenze operative.

Per noi infermieri, invece, significa insegnare a quella persona ad autogestirsi la dialisi e fornirle gli strumenti con cui convivere con la malattia nel miglior modo possibile, evitando le complicanze. Per insegnare e per imparare però ci vuole tempo, almeno una settimana in ospedale: in regime di ricovero se la persona abita lontano, in regime ambulatoriale se la persona se la sente e non ha troppa strada da fare.

È nata quindi l'idea dell'insegnare e far apprendere la metodica peritoneale direttamente a domicilio del paziente, che così può evitare l'ospedalizzazione. Nell'ambiente conosciuto dai pazienti, nella loro casa, con i loro familiari. Sono state circa una decina le persone che hanno iniziato il loro percorso di dialisi peritoneale direttamente a casa loro. Hanno appreso cosa significa gestirla e come gestirla nel loro ambiente domiciliare. Abbiamo cercato insieme e organizzato gli spazi per il materiale e il luogo più adatto dove fare la dialisi. Entrando nella casa di queste persone "in punta di piedi". Cercando di sconvolgere il meno possibile il loro ambiente di vita, pur rispettando i requisiti richiesti per una dialisi domiciliare. Ci sono stati papà che hanno





Una parte del team della dialisi peritoneale dell'Ospedale S. Chiara di Trento. A partire da sinistra, in primo piano, Milena Mattedi, al centro Ilaria Zulian (autrice dell'articolo) e Alice Dalmonech. In secondo piano il dottor Alessandro Laudon, medico responsabile della Dialisi Peritoneale.

imparato insieme ai figlioletti vivaci che giravano per casa oppure che si mostravano timidi nei confronti di noi sconosciuti venuti dall'ospedale. Ci sono stati tre figli che pazientemente hanno deciso di prendersi in carico la dialisi della loro mamma.

Un rapporto con pazienti e familiari a tu per tu e soprattutto con tutto il tempo necessario per dedicarci a loro, senza telefoni che squillano o campanelli che suonano. In questo modo anche il tempo destinato alla formazione si accorcia perché il tempo dedicato a loro è solo ed esclusivamente per loro!

Il nostro team è formato da cinque infermieri e un medico e il "successo" della Dialisi Peritoneale non può non dipendere dal gruppo intero: dagli infermieri e dal medico che rimangono in ospedale e da chi invece è sul territorio e soprattutto dal confronto tra tutti noi. Ogni persona che deve imparare a gestire una dialisi ha tempi e modalità di apprendimento diversi e il confronto tra

noi operatori ci ha spesso permesso di trovare le strategie e gli strumenti più utili.

A volte da infermieri entrare così nelle case dei pazienti ci ha fatto cogliere maggiormente dinamiche familiari, sofferenze, paure; perché nell'ambiente domiciliare spesso si percepiscono maggiormente. Altre volte ci siamo chiesti se siamo entrati sufficientemente in punta di piedi in quelle case, stanze, vite. Speriamo sia stato così...



*I.P. Ilaria Zulian dialisi Peritoneale,
USC Nefrologia e Dialisi
APSS Trento

Forme di terapia per una popolazione con necessità crescenti

LA DIALISI PERITONEALE IN RSA NELLA PROVINCIA DI TRENTO

di *Ilaria Prezioso**

Presentiamo di seguito un lavoro che è stato recentemente presentato al XXI Convegno del Gruppo di Progetto di Dialisi Peritoneale della Società Italiana di Nefrologia, svoltosi a S. Benedetto del Tronto dall'11 al 13 maggio 2023.

Negli anni il maggior accesso alle cure e l'efficace prevenzione e gestione delle complicanze, hanno causato un incremento della prevalenza della malattia renale cronica, dell'aspettativa di vita e dell'età media dei pazienti che arrivano a sviluppare uremia terminale e dunque necessità di trattamento sostitutivo della funzione renale.

Le metodiche di terapia sostitutiva renale sono due, che sono tra loro equivalenti in termini di efficacia: la dialisi extracorporea o emodialisi e la dialisi peritoneale (DP).

L'emodialisi si svolge in ospedale e vede tra i vantaggi un minimo

impegno del paziente nella gestione della terapia dialitica, che viene interamente affidata agli infermieri della dialisi, ma che implica la necessità di recarsi nella struttura ospedaliera per una media di 12 ore settimanali con le relative difficoltà di gestione dei trasporti e tempo per gli spostamenti.

L'altra possibilità è rappresentata dalla dialisi peritoneale che il paziente, o il care-giver, svolge in autonomia al proprio domicilio, dopo un percorso di addestramento alla metodica e con una stretta sorveglianza periodica medica ed infermieristica da parte del personale dell'ambulatorio di dialisi peritoneale.



Seppur più fisiologica, in quanto la depurazione avviene 7 giorni su 7 per diverse ore giornaliere fino a 24/24, e spesso più indicata soprattutto nei pazienti anziani e/o gravati da importanti comorbidità cardio-vascolari grazie allo stress emodinamico minore rispetto all'emodialisi, la dialisi peritoneale ha avuto storicamente come limite la necessità di uno stato cognitivo integro del paziente o una solida rete sociale che si facesse carico delle manovre dialitiche per la gestione della metodica in sicurezza.

Quando il paziente deve compiere la scelta della metodica, vengono effettuate valutazioni mediche per verificare

l'applicabilità dell'una o dell'altra e il paziente, insieme alla sua famiglia, viene edotto sulle diverse possibilità esplicitando i vantaggi e le criticità delle due diverse metodiche al fine di garantire una scelta libera, informata e consapevole.

Per anni il deterioramento cognitivo usuale

nel paziente anziano o la dipendenza da un care-giver hanno costituito un limite per la scelta della dialisi peritoneale. Per questo nel territorio della provincia autonoma di Trento a partire dal 2008, sono state coinvolte nel progetto di dialisi peritoneale un totale di 10 strutture residenziali del territorio, in risposta alle nuove esigenze assistenziali e sociali.

Nel corso degli anni, il personale specializzato dell'ambulatorio di dialisi peritoneale ha addestrato globalmente un pool di circa 200 infermieri delle RSA della provincia alla gestione della dialisi peritoneale automatizzata notturna (NPD), attraverso corsi di training e



Dott.ssa Ilaria Prezioso

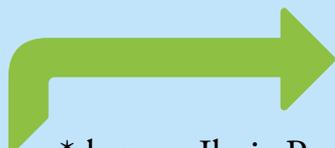
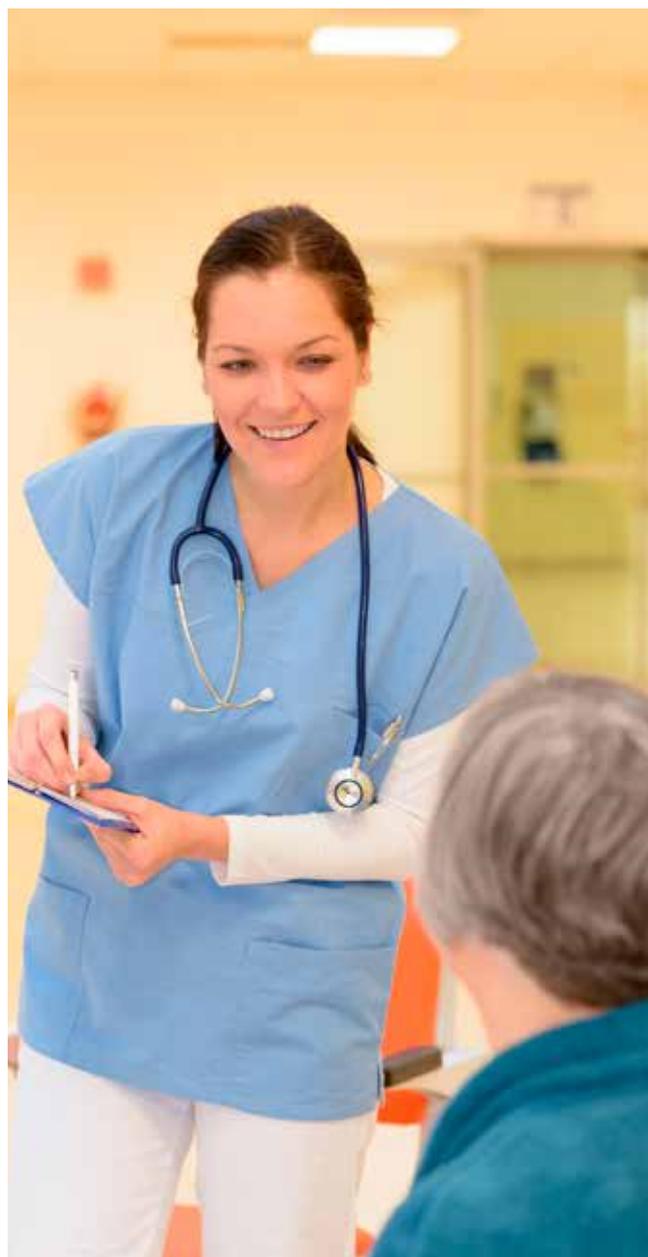


re-training periodico per garantire uno svolgimento ottimale delle procedure.

La scelta della metodica automatizzata notturna (NDP) è stata fatta per garantire il minor impatto sulle attività lavorative degli infermieri e sulle attività diurne dei pazienti delle strutture residenziali, che a partire dal 2008 sono stati un totale di 52 malati che altrimenti non avrebbero avuto accesso a questa tipologia di terapia sostitutiva renale.

Il gruppo dei pazienti era omogeneo per età e sesso, con una media di età all'inizio della dialisi peritoneale di 79.6 anni. La durata media del trattamento è stata di 369 giorni, interrotto nella quasi totalità dei casi per exitus, come atteso per la media di età e comorbidità. Sono state inoltre analizzate le principali complicanze che si riscontrano anche nella popolazione generale, tra cui spiccano certamente quelle infettive: nel gruppo di pazienti trattati in RSA l'incidenza di peritonite è stata 0.1 episodi per paziente annui, contro una media della popolazione domiciliare di 0.3 episodi/paziente/anno. In conclusione il progetto ha permesso a pazienti altrimenti non eleggibili, di scegliere la DP indipendentemente dallo stato sociale e cognitivo, riducendo le complicanze a parità di adeguatezza dialitica e costituisce quindi un valido modello di cura oggi e nel prossimo futuro.

Immagine della RSA Beato De Tschiderer, una delle strutture convenzionate dove è possibile effettuare la dialisi peritoneale.



***dott.ssa Ilaria Prezioso**

Medico in formazione specialistica in Nefrologia presso l'Università di Verona; nel suo percorso formativo ha frequentato il Reparto di Nefrologia e Dialisi di Trento da maggio 2022 a maggio 2023.

LOTTERIA DI CAPODANNO ALLA DIALISI DI TRENTO

Il 30 ed il 31 dicembre scorso presso la dialisi di Trento, grazie alla preziosa collaborazione di infermieri e soci, abbiamo organizzato una lotteria con tanti premi, che sono stati distribuiti ai nostri pazienti. L'iniziativa è stata molto apprezzata, ed è stato anche un modo per far conoscere l'Associazione APAN dai nuovi pazienti in trattamento dialitico.

Un'iniziativa certamente da ripetere!



GIORNATA MONDIALE DEL RENE 9 MARZO 2023

Giovedì 9 marzo è stata festeggiata a livello mondiale la giornata mondiale del rene. Quest'anno, dopo 3 anni di sospensione dell'iniziativa legata all'emergenza pandemica, siamo tornati in piazza per fare prevenzione! APAN, in collaborazione con l'APSS (che ha messo a disposizione materiale sanitario, personale medico e infermieristico), la Croce Rossa Italiana e l'AIDO (Associazione Italiana Donatori d'Organo), abbiamo offerto un momento di prevenzione della patologia renale, effettuando la misurazione della pressione arteriosa e l'esame estemporaneo delle urine assieme a tante informazioni riguardanti le malattie renali ed il trapianto renale. Hanno aderito all'iniziativa circa 150 persone. La manifestazione era patrocinata anche dal Comune di Trento, dall'Ordine dei Medici e da quello degli Infermieri di Trento.



PRESENTAZIONE DEL LIBRO DI SANDRO SPINSANTI

Il 15 marzo presso il Centro Vigliano, la Fondazione Hospice Cima Verde ha organizzato la presentazione dell'ultimo libro del Prof. Sandro Spinsanti (illustre relatore che avevamo avuto l'onore di ospitare al Congresso per i 40 anni dell'associazione) intitolato "La cura in modalità palliativa". Moderate da Loreta Rocchetti, hanno offerto la lettura del libro Lucia Busatta (docente dell'Università di Trento), Anna Gretter (infermiera domiciliare), Anna Casanova (Primario del Reparto di Geriatria di Trento), Violetta Plotegher (medico, componente del CD del movimento Slow-Medicine) e Diana Zarantonello (nefrologa, presidente APAN).

ASSEMBLEA ANNUALE SOCI

Il 19 aprile si è svolta l'Assemblea Annuale Soci di APAN, durante la quale sono stati presentati i progetti per l'anno 2023, il più importante dei quali è stata la proposta di condivisione della nostra Sede con una nuova associazione "Il Cerchio fareassieme".

SPETTACOLO DI ANDREA CASTELLI

La sera dell'11 maggio si è svolto presso il teatro Nuovo Cinema Roma di Trento lo spettacolo teatrale di Andrea Castelli dedicato alla raccolta fondi per la nostra Associazione. Una serata davvero speciale e molto partecipata, all'insegna del sorriso!



RINGRAZIAMENTI

Vogliamo ricordare con affetto il nostro amico Ferruccio Pedrotti, che si è spento lo scorso autunno, tra le braccia amorevoli della Sua cara Adriana. Di lui ricorderemo il sorriso e l'ironia, con la quale Ferruccio si rapportava con tutti noi, pur nelle difficoltà della malattia. La generosità Sua a della moglie si è espressa anche dopo la Sua morte, attraverso una generosa offerta a supporto del nostro lavoro. Analogo ringraziamento lo facciamo anche alla moglie del nostro amico Sergio Derio, amico e musicista che ci ha lasciati un anno fa, che ha voluto ricordare l'anniversario della morte dell'amato marito, con una donazione alla nostra Associazione. Un ringraziamento speciale va inoltre alla Cassa di Trento, che ha scelto di supportare economicamente l'uscita di questo numero della rivista.



LA NEFRITE LUPICA

Alvise Berti* & Laura Sottini**



Dott.ssa Laura Sottini e Dott. Alvise Berti

Il lupus eritematoso sistemico è una malattia reumatologica infiammatoria cronica su base autoimmune che colpisce il tessuto connettivo e la cute, le articolazioni, il rene e potenzialmente qualsiasi organo. La malattia è causata dall'alterazione della risposta immunitaria che aggredisce il "self", ovvero il proprio corpo, riconoscendolo come un qualcosa di estraneo, alla stregua di un agente infettivo, e innesca quindi una risposta infiammatoria. In particolare, uno dei markers di malattia del lupus e dei meccanismi attraverso i quali l'infiammazione viene generata, è la produzione di autoanticorpi, ovvero di anticorpi che riconoscono antigeni (i "bersagli" del sistema immunitario) contenuti nel nucleo delle cellule umane, che per l'appunto vengono chiamati anticorpi "anti-nucleo" o ANA.

La nefrite lupica è una delle complicanze più gravi e più frequenti del lupus e può coinvolgere fino al 50% dei pazienti. Può essere presente già all'esordio oppure può comparire durante il decorso di malattia, anche diversi anni dopo la diagnosi. In passato era associata ad un elevato rischio di mortalità e di morbilità, compresa la dialisi, ma oggi grazie agli avanzamenti terapeutici la prognosi è molto migliorata.

La nefrite lupica è di fatto una glomerulonefrite, ovvero un'infiammazione a livello glomerulare renale, la struttura vascolare renale formata da un gruppo di capillari con funzione di filtrazione dell'urina dal sangue. L'infiammazione è dovuta al deposito dei complessi antigene-anticorpo a livello del glomerulo (a livello subendoteliale, mesangiale, subepiteliale), e causa l'attivazione del sistema immunitario e l'infiammazione a livello del glomerulo. È una complicanza potenzialmente molto grave, per questo è importante trattarla precocemente in maniera adeguata.

La scelta terapeutica si basa sull'integrazione delle manifestazioni cliniche con il quadro istologico, ovvero il

risultato della biopsia renale. La valutazione clinica prevede alcuni parametri come creatinina, proteinuria, sedimento urinario: più gravi sono le manifestazioni renali (come la presenza di insufficienza renale, proteinuria grave, etc. etc.), più impegnativo sarà il trattamento e maggiore l'intensità di terapia. È necessario che il paziente venga sottoposto a biopsia renale in quanto la clinica non sempre riflette l'entità dell'infiammazione presente a livello del glomerulo renale. La biopsia renale ci permette infatti di identificare il preciso quadro istologico e la sua prognosi, e consente di modulare la terapia. Complessivamente, i dati clinici integrati con i dati istologici ci permettono di utilizzare la terapia appropriata, che è diretta ad evitare le complicanze nel lungo termine della malattia e della terapia.

Si classificano sei diverse classi di nefrite lupica (Tabella 1) di cui le prime due hanno la prognosi buona e sono le meno frequenti. La classe terza e la quarta che sono quelle caratterizzate dalla maggiore infiammazione hanno prognosi più severa e richiedono un trattamento aggressivo. La classe quinta, membranosa, è una forma intermedia perché è una forma non particolarmente infiammatoria; la sesta classe è la sclerosi glomerulare globale, caratterizzata da danno irreversibile e corrisponde clinicamente all'insufficienza renale terminale.

In presenza di manifestazioni come dolore articolari, febbre, manifestazioni cutanee non meglio specificate, presenza di esame urine alterato, in particolare se in donne in età fertile (la categoria di pazienti maggiormente colpita da lupus), è indicata l'esecuzione degli esami del sangue che includano test come gli anticorpi anti-nucleo e l'invio allo specialista reumatologo o nefrologo.

Se viene posta diagnosi di lupus eritematoso sistemico, a prescindere dal coinvolgimento renale, è importan-

CLASSE ISTOLOGICA	QUADRO CLINICO ASSOCIATO
CLASSE I: glomeruli normali con depositi mesangiali all'immunofluorescenza	Asintomatica
CLASSE II: glomerulonefrite mesangiale minima. Aumento matrice mesangiale e lieve-moderata ipercellularità mesangiale	Lieve proteinuria, modeste alterazioni del sedimento urinario
CLASSE III: glomerulonefrite proliferativa focale. <50% dei glomeruli, segmentaria, non tutte le anse, necrosi fibrinoide, aumentata cellularità, depositi mesangiali e sottoepiteliali	Proteinuria ed ematuria, modesta insufficienza renale, talora sindrome nefrosica
CLASSE IV: glomerulonefrite proliferativa diffusa.>50% dei glomeruli, segmentaria, non tutte le anse, necrosi fibrinoide, semilune epiteliali, aumento cellularità mesangiale ed endoteliale, depositi mesangiali e sottoendoteliali	Proteinuria spesso nefrosica, ematuria, ipertensione arteriosa, insufficienza renale
CLASSE V: glomerulo nefrite membranosa. Ispessimento membrana basale glomerulare, depositi sottoepiteliali e mesangiali	Sindrome nefrosica, talvolta insufficienza renale a lenta evoluzione
CLASSE VI: sclerosi glomerulare >90% dei glomeruli	Insufficienza renale terminale

Tabella 1. Classificazione ISN/RPS (International Society of Nephrology/Renal Pathology Society) della nefrite lupica: le sei classi con i corrispondenti quadri clinici associati.

te controllare regolarmente l'esame urine, la funzione renale e la pressione arteriosa, tre elementi che devono essere monitorati in questi pazienti per diagnosticare precocemente la nefrite lupica o un peggioramento della compromissione renale se già presente nefrite lupica. Questi sono tra i primi segni della nefrite lupica, ma spesso questi segni così modesti corrispondono a quadri istologici anche gravi. Pertanto, questa modesta alterazione deve essere assolutamente presa in considerazione e indagata con inquadramento diagnostico specialistico e biopsia renale.

Il trattamento del lupus prevede un approccio multidisciplinare che vede intorno al malato il reumatologo, il nefrologo, ed eventualmente altri specialisti a seconda dell'interessamento d'organo (il dermatologo se manifestazioni cutanee, il neurologo se manifestazioni cerebrali, etc.). Nel caso della nefrite lupica, nell'azienda sanitaria APSS di Trento esiste un ambulatorio dedicato "nefro-reumo" per la gestione delle nefriti (lupiche e non solo), che vede direttamente coinvolti il nefrologo e il reumatologo.

Le **forme lievi di nefrite lupica** sono quelle caratterizzate da una creatinina normale, una proteinuria non nefrosica (cioè una proteinuria inferiore ai 3.5 grammi al giorno), una microematuria lieve, in presenza di un quadro istologico corrispondente ad una classe I e II,

caratterizzato solo da lieve proliferazione mesangiale. In queste forme di nefrite non è necessaria una terapia immunosoppressiva, che eventualmente va aggiunta in relazione all'eventuale presenza di manifestazioni extra-renali del lupus, e risulta generalmente sufficiente un farmaco antiproteinurico (come l'ACE inibitore). Questi pazienti devono essere osservati molto attentamente nel corso del tempo perché la malattia può evolvere, passando ad uno stadio più grave.

Le **forme gravi** sono caratterizzate da un'alterazione della funzione renale, da proteinuria "nefrosica", vale a dire una proteinuria superiore a 3.5 grammi al giorno, e dalla presenza di microematuria. Queste forme associate ad una classe terza e quarta che sono le forme proliferative caratterizzate da un'infiammazione importante a livello dei glomeruli renali richiedono una terapia in due fasi. La prima fase è la terapia di induzione, che prevede l'utilizzo di farmaci più potenti dal punto immunosoppressivo, vale a dire corticosteroidi ad alte dosi associati a micofenolato mofetile oppure ciclofosfamide (sempre meno utilizzata oggi), o in alcuni casi a Rituximab (un farmaco biologico anti cellule B), il cui scopo è quello di ridurre l'infiammazione acuta. La terapia della seconda fase, o di mantenimento, prevede dosi di corticosteroidi inferiori - per prevenire gli effetti collaterali - e l'associazione di un immunosoppressore meno importante

come l'azatioprina o il micofenolato mofetile (spesso a più basso dosaggio) per periodi prolungati, allo scopo di consolidare la terapia e di prevenire le riacutizzazioni. È importante segnalare che oggi si tendono ad usare dosaggi inferiori di corticosteroidi rispetto al passato nell'induzione di remissione e nel mantenimento a lungo termine, nel tentativo di evitare quelle conseguenze a breve termine (es. infezioni) e a lungo termine (es. diabete, osteoporosi, incremento del rischio cardiovascolare, etc.) che questi farmaci possono causare.

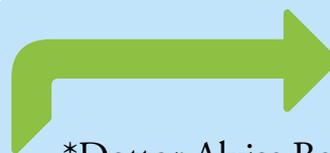
Più o meno recentemente, alcuni farmaci per la nefrite lupica sono stati approvati. Il **Belimumab** è uno di questi, il cui meccanismo d'azione consiste nel bloccare la maturazione della cellula B, la cellula che produce gli anticorpi e tra questi anche gli autoanticorpi responsabili di malattia nei pazienti con lupus. È un farmaco che è stato dapprima registrato per il trattamento del lupus e successivamente per la nefrite lupica nelle forme proliferative, grazie ad un recente studio molto ampio. Oggi questo farmaco viene associato ai farmaci "standard" come micofenolato mofetile, ciclofosfamide e azatioprina, con ottimi risultati.

La **voclosporina** è un inibitore della calcineurina di nuova generazione; rispetto ai vecchi farmaci ciclosporina e tacrolimus, utilizzati nel trapianto di rene ma anche nel lupus, ha una potenza clinicamente superiore e una minore tossicità in termini di danno renale e complicanze metaboliche (iperglicemia, ipercolesterolemia). Un recente studio ha combinato questo farmaco insieme al micofenolato mofetile e a corticosteroidi a basso dosaggio, dimostrando una maggiore efficacia rispetto al placebo. Questo farmaco è stato recentemente registrato in Italia e sembrerebbe particolarmente promettente nei pazienti con una elevata proteinuria, che sono quelli in cui è più difficile ottenere una remissione.

Anche se non ancora approvati nella nefrite lupica, si stanno studiando l'**anifrolumab**, farmaco anti-interferone, una molecola implicata nell'infiammazione cronica inclusa quella indotta dal lupus, e l'**Obinutuzumab**, farmaco anti cellula B con meccanismo d'azione simile al rituximab, per i quali esistono studi preliminari nella nefrite lupica con risultati promettenti, ma che devono ancora essere testati su numeri maggiori di pazienti prima di poter essere approvati per il trattamento di questa malattia.

Grazie agli avanzamenti terapeutici e alla maggior consapevolezza a capacità dei medici di diagnosticare questa malattia, la prognosi è notevolmente migliorata salvando molti pazienti con nefrite lupica grave dalla dialisi, passando da una sopravvivenza renale del 20% a 5 anni

al 90% a 10 anni. Rimane fondamentale che il paziente venga seguito da quegli specialisti che si interessano di queste condizioni, che siano in grado di seguire ed intervenire nei vari stadi di malattia, dal riconoscimento precoce del lupus alla gestione delle forme avanzate come l'insufficienza renale terminale e la dialisi, che fortunatamente oggi coinvolge una piccola percentuale di pazienti.



*Dottor Alvise Berti,
medico specialista in Reumatologia,
CISMED, Ospedale S. Chiara APSS Trento

**Dott.ssa Laura Sottini,
medico specialista in Nefrologia,
USC Nefrologia e Dialisi APSS Trento

IL CORRIERE POSTALE

di Anna Maria Ercilli

Per fermare un ricordo che appartiene a pochi può aiutare la scrittura, un'immagine, un brano musicale, il lavoro di una donna.

La vedo nei quadri della memoria, lungo la via 4 Novembre, nel traffico lento di ieri, la vedo avviarsi sulla strada, il corriere postale, "la Gina".

La ricordo con i calzettoni grigi di lana, comunemente fatti a mano come un tempo, la gonna aderente fino al ginocchio, un maglione e nei mesi freddi, una giacca a coprire il tutto, così la rivedo, sul suo carro con le ruote pneumatiche, trainato da un mastodontico cavallo. Mi sembrava grandioso, ero la piccola pulce sul lato della strada.

Curiosa di ritrovare nella memoria il suo viso che per forza di prospettiva, vedevo sempre di profilo sul suo carro in movimento, una figura rassicurante, le redini allentate sulle ginocchia, i capelli ordinati raccolti a crocchia.

Il docile cavallo lentamente si incamminava, conosceva a memoria il percorso dal paese alla stazione dei treni. Sarebbe andato e tornato anche senza seguire i comandi della conducente.

Diretti verso la città, il passo lento del cavallo, trainava il carro fino allo scalo ferroviario, Gina provvedeva al carico dei colli di merce, abbeverava il cavallo e tornava al paese, lavoro che la impegnava fino a tarda mattina.

Una donna semplice che svolgeva un lavoro destinato a cambiare, un residuo del passato, in strada si vedevano viaggiare i camion Gondrand autotrasporti lombardi, nel mentre il paese lievitava di iniziative, nuove fabbriche si aggiungevano a SLOI e acciaieria, l'aeroporto militare G.Caproni dismesso e trasferito a sud della città con funzioni civili.

L'ufficio postale puntuale mandava gli avvisi ai destinatari per il ritiro dei colli, qualche ricordo riaffiora, vicino alle feste un pacco arrivava anche a noi, dai parenti lontani, il postino bussava alla porta – era la postina - un'altra donna icona del lavoro femminile, aveva l'incarico



recapito di lettere, documenti, bollettini, telegrammi, un Servizio importante che dava prestigio ai suoi impiegati. Per analogia penso al servizio postale dell'impero romano, assicurato dai cursores su carri postali, una rete stradale funzionante, il cambio dei cavalli alle stazioni di posta. Efficienza antica.

Costantina il nome, un vissuto all'ombra di un'immagine, nel salotto d'entrata un veliero d'argento su velluto incorniciato, simboleggiava il viaggio di ritorno della figlia dalla lontana isola di Rodi. Le vele gonfie di vento. Vi era sfollata con numerosi bambini per cause belliche. Un'attesa che avvicinava la madre al giorno felice del ritorno in famiglia, una casa di tre donne indipendenti e laboriose con una giovane da crescere. Una famiglia. L'aspettativa ingigantiva la curiosità attorno alla figura dell'adolescente prossima all'arrivo, ognuno lavorava di fantasia. Come sarebbe stata la nuova amica, perché amica doveva essere, come e quanto bella, perché non poteva che essere bella e affettuosa, ancora indefinita nel suo alone di mistero.

La nave arrivò al porto di Ancona, una pausa di giorni, nessuna notizia, finché il rumore dei passi sulla scala, segnarono il ritmo del ritorno.

Un incontro assieme agli adulti, un timido benarrivata. Due occhi scuri vivaci i suoi, viso maturo da bambina cresciuta in fretta, l'altro sguardo, il mio, rimase interrogativo, carico di domande non espresse, neppure nel futuro.

Il veliero d'argento ammainò per sempre le sue vele.

LA CREATIVITÀ È UNA METAFORA

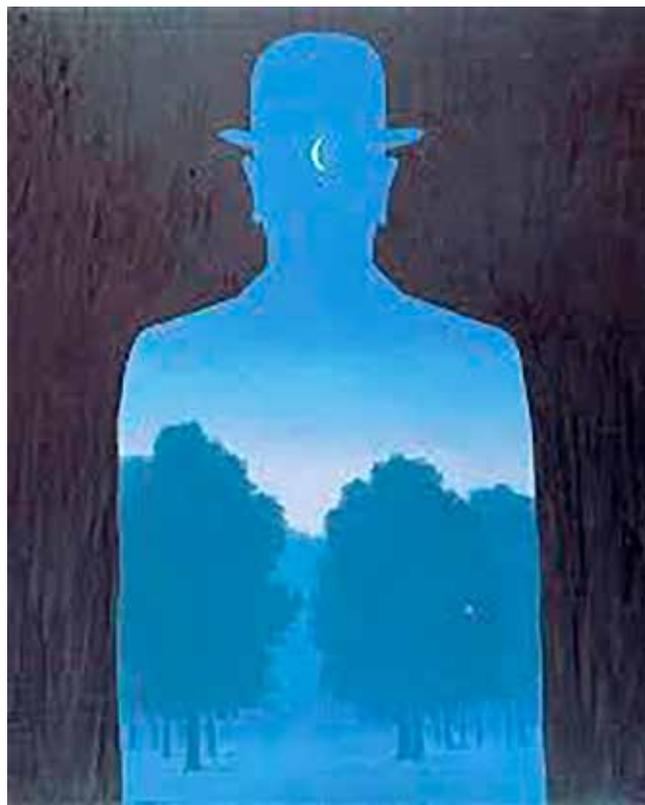
di Aldo Nardi

Sappiamo che esistono numerose interpretazioni del concetto di creatività e non tutte con una valenza positiva. Per esempio, in determinate organizzazioni – come nel caso del lavoro di catena – essere creativi non solo non è considerato utile, ma può essere visto addirittura con sospetto. Tuttavia, la facoltà della mente che lo psicologo americano J.P. Guilford definì negli anni sessanta “pensiero divergente” (appunto la creatività), rimane una componente rilevante del comportamento umano, che in alcuni soggetti è prevalente rispetto ad altri. Sappiamo anche che, nel nostro paese, soprattutto all’inizio del periodo in cui vanno diffondendosi le teorie della psicologia americana sull’argomento, tende a confermarsi la concezione romantico-idealista secondo cui la creatività, anziché il portato di esigenze culturali e produttive, rappresenta la modalità dell’individuo di rapportarsi al mondo delle idee e al mondo delle arti.

Affrontare oggi il tema della creatività significa pertanto avere il coraggio di mettersi in gioco nel tentativo di realizzare nuove scoperte nei campi delle conquiste fisiche, intellettuali o affettive.

Poiché scoprire equivale anche ad essere scoperti, ne consegue che si dovranno pagare dei prezzi, pur sapendo che il prezzo della creatività è quello più elevato. Come ci insegna la psicologia, per mantenere in vita la creatività occorrono tutte le capacità e le modalità dell’essere, al contrario della sicurezza, che richiede un prezzo più modesto: quello della disciplina.

Comunque sia, alla base dell’asset creativo si pone la conoscenza. Se da un lato l’apprendimento può scaturire da procedimenti diversi, dall’altro possiamo affermare che non tutti si riveleranno effettivamente creativi. Prendiamo per esempio il caso delle organizzazioni nelle quali fattori come conoscenza e creatività possono applicarsi solo in senso metaforico. Ce ne offre un



singolare esempio Andrew Ortony del Dipartimento di Psicologia e Scienze informatiche della Northwestern University dell’Illinois. Secondo Ortony l’unico modo per facilitare la creatività di un’organizzazione (un’impresa, una scuola, ecc.) consiste nella promozione della creatività nei singoli individui che ne fanno parte. Infatti, se, come abbiamo detto più sopra, in talune organizzazioni la creatività è un attributo visto con sospetto, in altre, laddove la creatività è presente, essa lo è il modo puramente metaforico.

Ma cosa intendiamo per metafora? Premesso che dal punto di vista della relazione non c’è particolare differenza tra azioni creative e metafore, è tuttavia importante rilevare - come direbbe Ivor A. Richards (*The philosophy of Rhetoric*, 1936) - l’atto della giustapposizione creativa comporta, almeno inizialmente, lo stesso tipo di tensione che contraddistingue la metafora. Pertanto, come le metafore e le analogie efficaci ci consentono di esprimere delle cose che non sapremmo esprimere in altro modo, l’atto creativo ci permette di risolvere problemi che non saremmo in grado di risolvere avvalendoci di un approccio puramente razionale. Per dirla con Ortony, sarebbe come affermare che “la metafora è la creatività all’interno del linguaggio, mentre la creatività in senso stretto si colloca al di fuori del linguaggio.

Ora, se tutto questo è vero, allora, anche se siamo convinti che la creatività si pone come un’azione partico-



larmente elevata dell'intelletto, a conti fatti si tratta di uno stadio molto antico della mente umana che precede quello del linguaggio e del pensiero verbale simbolico. Una sorta di sistema elaborativo con il quale l'individuo è stato in grado di vedere le soluzioni molto prima di parlare di queste soluzioni.

Dice Schleiermacher: Ich denke mich Tausend Bildungen, io mi penso in mille forme diverse, ovvero io penso me stesso in mille formazioni allo scopo di ricercare quella che mi è propria. Ma la creatività è anche un processo emotivo. Quando infatti ci troviamo di fronte ad un problema, in prima battuta saremmo portati a cercare una soluzione razionale. Tuttavia, come si interroga opportunamente Ortony, dobbiamo anche chiederci perché la ragione non ci spinge a desistere dall'adottare soluzioni creative? Perché la ragione non ci "convince" che si tratta di un problema troppo arduo e che dobbiamo rinunciare a risolverlo?

Ed è proprio qui che intervengono le emozioni, le quali svolgono un ruolo centrale a favore della creatività e finendo così per prevalere sulla razionalità.

Tutto questo ci porta ad affermare che la creatività è un processo molto emotivo e che, se la partenza si caratterizza con una sorta di inquietudine per il problema, il successo ottenuto coincide con l'eccitazione derivante dalla soluzione del problema stesso.

Pensiamo per un momento allo psicologo statuniten-

se Howard Gardner, noto soprattutto per la sua teoria sulle intelligenze multiple. Da piccolo, anche per non incorrere nella disapprovazione della madre, si esercita regolarmente al pianoforte, tanto che dai sette ai dodici anni una parte importante del suo tempo viene dedicata a questi studi salvo poi, condizionato anche da un ambiente particolare e da un talento polivalente che via via stava prendendo corpo in lui, viene condotto dai genitori allo Steven Institute of Technology per essere sottoposto a cinque giorni di test psicologici per vedere "cosa avrebbe potuto diventare da grande". Essendo particolarmente dotato Gardner riesce a dare risposte corrette a tutti i test, salvo poi diventare egli stesso uno dei più accesi critici di quegli stessi test, dal momento che essi fornivano, a suo parere, informazioni principalmente sull'intelligenza linguistica e logica, con evidenti vantaggi per le persone dotate di velocità, flessibilità e superficialità.

La conclusione di questo lungo e conflittuale percorso si è potuta così tradurre nella convinzione che "l'innovazione è un bene, anche quando è fine a se stessa" e, in ogni caso, "è più importante esplorare le cose da soli e imparare a conoscerle direttamente anziché conformarsi alla saggezza di altri o ad abitudini trasmesse acriticamente dalle generazioni precedenti".

Tra lemuri, orchidee e piante tropicali

FASCINOSO MADAGASCAR

di Laura Pasquali

Partenza ventisette settembre 1997. Sveglia alle 4.00 Taxi 22000 lire (offerto dalla mamma). Arrivo in via Sacchi dove parte il bus per l'aeroporto, caffè e poi 5.15- 5.55 aeroporto di Caselle. Check-in per Antananarivo. Salotto Cisalpina : viaggiamo con Air France, quindi 1° tratto Torino-Parigi. Dall'aereo vedo il Rocciamelone, il lago di Ginevra, montagne senza neve, la Francia e poi atterriamo. Siamo al terminal B, con lo shuttle al terminal A. Telefono a casa (zia Lea) "Siamo a Parigi, riferisci il messaggio". Ci imbarchiamo, posto 28 A vicino al finestrino. Partiamo alle 11.15 in ritardo. Vedo Nizza e la Corsica, poi l'Elba e le isole dell'arcipelago toscano (ripasso la Geografia), la costa e l'Argentario, il Circeo, il Cilento, Maratea, Napoli, Ischia, Procida e Capri, la Calabria, forse l'isola di Dino, lo Ionio, l'Aspromonte. Poi molto più tardi il deserto del Sudan (attraversiamo Libia, Egitto, Sudan, Etiopia); arriviamo esausti ad Antananarivo, Tanà. Andiamo all'Hotel Mellis angolo Rue Indépendance, non lontano dalla stazione. Il direttore è indiano. È tutto semplice, stile coloniale.

Enrico e io contavamo di spostarci in treno: la guida dava la presenza dei treni lungo la dorsale e fino a Tamatave, per raggiungere poi l'isola di Sainte Marie, l'isola dei pirati, e invece i treni non ci sono più. La stazione di Antananarivo è diventata semplicemente un bar. Che fare? L'unico modo per visitare l'isola è affittare un'auto con autista. Combiniamo il giro con Pierrot e Thierry, consigliati dal padrone dell'hotel, il prezzo è alto ma almeno non c'è il rischio che l'autista ci molli per la strada. 6500 FF (più di 2 milioni di lire, ora 1100€). Il prezzo dell'agenzia è 9500 FF. L'autista si chiama Coco. Cena buona e poi a dormire, domani si parte presto.

Ventotto settembre. Si parte. Comperiamo un po' di frutta, un ananas costa 3000 FMG e così una papaia, sarebbero 1000 lire, ora 50 centesimi di euro. Come sono



cambiati i prezzi! Ci dirigiamo a sud. Attraversiamo paesini e coltivazioni. La vegetazione è molto bella, un misto di alberi di montagna, conifere (siamo a 1500 m di altezza) e piante tropicali (eucaliptus, ananas, papaia, banani, manioca). Le persone indossano un "lamba", un pareo con bellissimi disegni di paesaggi. D'inverno la temperatura scende a 0°C data l'altitudine. La meta è Antsirabé, nome che vuol dire "Là dove c'è molto sale", per le sue sorgenti termali, fondata da missionari norvegesi, 169 km da Tanà sulla RN7. Le case sono belle, sembrano chalet svizzeri, ville scandinave con giardini inglesi. Ci fermiamo in un hotel tranquillo con una suite. Alle 14 giro per la città in risciò, lago e terme. Telefonata a casa.

Per visitare il Madagascar è consigliabile noleggiare l'auto con autista. La strada è percorsa da viandanti che camminano ai bordi, è attraversata da animali, zebù, papere, polli. Guidare da soli sarebbe rischioso.

Ventinove settembre. Secondo tratto Antsirabé-Ambositra (80 km, 141 da Fianar). Ci alziamo presto, alle 6. Ci prepariamo: doccia calda e partiamo. Cielo azzurro e fiori, bellissima giornata. Coco ci aspetta alle 7.30, ci accompagna al salone da tè dove con 6000 FMG (1 €)

facciamo colazione alla francese, con baguette, burro e marmellata di fragole, tè e caffè. Fuori ci sono mendicanti anziani. Poi in viaggio fino ad Ambositra, la città delle rose. Ambositra è la città della scultura del legno. Ci sono negozi di artigianato ovunque. Piccoli lemuri di legno, piccole sculture. Ne ordiniamo 5 e passiamo a prenderli più tardi. Qui si trasmette di generazione in generazione l'arte del legno, Art Zafimaniry.

Lungo viaggio fino al parco di Ranomafana, sono 25 km di strada pessima. Fiume con rapide lungo il percorso. Ranomafana vuol dire "l'acqua calda". La città è conosciuta per le sue sorgenti termali. Si dorme in un bungalow. Trenta settembre. Visita del parco con la guida Fidi (Fede). Si gira in compagnia dei lemuri che fanno evoluzioni tra gli alberi. Eucalipti, pini e palme e piante tropicali, rose e orchidee. Nella foresta si sente il profumo della cannella e delle piante medicinali. Venditori di animali di legno scolpiti, collane, monili.

Arriviamo a Fianarantsoa alle 5 e troviamo posto alla Tsara Guest-house. (45000 FMG pari a 15000 lire ora circa 7,5€).



Fianarantsoa, "la città dove si impara bene", è la capitale intellettuale del Madagascar, "Fianar" per i locali, a 408 km da Antananarivo. I missionari cristiani ne hanno fatto un centro culturale, ci sono scuole di tutti i tipi. Si vedono i ragazzini con le divise bianche, le bimbe con la gonna a pieghe che si avviano alla scuola. Nelle strade librerie e negozi di artigianato. Nei dintorni risaie a gradini e vigneti. I migliori vini malgasci sono prodotti in questo territorio.

Primo ottobre. Partiamo alle 8, ufficio postale, giro per la città, e poi via per Ambalavao, un'ora di strada, risaie a gradini irrigate dalla pioggia e dai torrenti che bagnano le terrazze. Anche qui artigianato ed erbe medicinali. Visitiamo la fabbrica della carta antaimoro che si ricava dalla corteccia dell'albero.

Abbandonata la zona verde e fiorita dell'altipiano proseguiamo in un paesaggio brullo e arido: pista rossa. Capanne e povera gente alberi isolati. Alle 5 arriviamo a Ranohira al fresco. Hotel Orchidea camera con doccia. Faccio un giro per il paese che non è piccolo come sembra: che senso di pace! Incontro un'ostetrica che ha studiato a Roma, ha tre bambini. Mi dice che ci sono due dottori, un'infermiera, la scuola elementare. Ci sono due chiese, una cattolica e una protestante. Ci sono le fontane dove le donne vanno ad attingere l'acqua.

Due ottobre. Visita al parco dell'Isalo con la guida Odon. Canyon delle scimmie. Ci arriviamo attraverso una zona brulla. Finalmente vediamo i lemuri da vicino, sono piccoli stanno in piedi e mangiano i lillà. È uno spettacolo indimenticabile. C'è profumo di fiori, intorno alberi e verde, acqua e sorgenti. La vista dell'Isalo è fantastica, con pagode sagomate dal vento. Un giovane italiano ha un incidente serio alla piscina, viene soccorso da un'infermiera francese. Ritorno all'albergo a vedere le coucher du soleil alla finestra. Il villaggio sembra vuoto ma è abitato; c'è tutto: la posta, scuole fino a 13 anni, l'ospedale con due medici, due chiese.

Tre ottobre. Manca la benzina. Mentre aspettiamo alcuni bambini si avvicinano, dicono le tabelline del 5 per una stilo e il piccino che dice la tabellina del due rimane senza niente perché non trovo il crayon che gli ho promesso, poi se ne va perché la mamma lo chiama. Percorriamo la RN7, dopo Antsirabe alle montagne segue la pianura. Spesso una mandria di buoi attraversa la pista. Lemuri e scimmie attraversano i tratti verdi. Poi i giganteschi baobab. Tulear con le falaises. La vista si estende fino al mare. Tulear è una città bianca ricca di alberi, mango e tamarindi.

Tulear è la meta del nostro giro verso sud, vi arriviamo alle 11.45, 945 km da Tanà. Abbiamo visto tanti paesag-

gi diversi, persino i baobab. Zebù, cinghiali attraversano la strada, cavallette in gran quantità. Mangiamo buon pesce chez Alain. Poi comperiamo cinque bei "lamba" dai vari colori. In auto attraversiamo le dune e le mangrovie. Arriviamo al Lakona Vezo : Mme Yvette ci trova una camera a 62000 FMG senza acqua. Andiamo al mare, facciamo il bagno. Sembra un posto noto, (Saint Tropez o Trincomalee). Aspettiamo il tramonto del sole. Di fronte c'è il Mozambico. Torniamo alla camera, che ha alcuni difetti ma è grande con i servizi e il dehor. La sera fa fresco ma ci sono le madiri (zanzare).

Ho solo alcuni flash di questo luogo. Al mare sono seduta su un lettino, di fronte la bassa marea. Parlo con il signore dell'Armée, che fa le terme ad Abano ed è deluso di quello che ha visto aprè 45 anni. Quando mi volto il mare si è ritirato tanto che non si può più fare una nuotata. Mi ha stupito vedere quanto volentieri i turisti francesi tornino a fare le vacanze qui in quest'isola. Sembra che il dramma di 45 anni fa sia superato. Durante la guerra i Malgasci (gli abitanti del Madagascar) sono stati mandati al fronte allo sbaraglio con la promessa dell'indipendenza alla fine della guerra. Questa non è stata concessa. Gli abitanti si sono ribellati con i pochi mezzi che avevano. È stato un conflitto feroce. L'indipendenza è arrivata nel 1960. Purtroppo gli abitanti del Madagascar non hanno saputo continuare a utilizzare le cose positive costruite come la ferrovia che portava da Tanà a Tamatave.

Cinque d'ottobre. Ritorno da Tulear, troviamo Monsieur Coco che ci aspetta con l'auto. Telefonate a casa, parlo con mia nipote. Coco ride perché gesticolo mentre telefono anche se non vedo la persona con cui parlo. Stop per mangiare chez Alain poi ce ne andiamo. La strada è lunga e fa molto caldo. Rivediamo il paesaggio noto, i boschi, i baobab. Osserviamo i villaggi e la gente, giovani e bambini che vivono poveramente apparentemente sereni. Comperiamo una papaia e un cuore di bue.

Sei d'ottobre. Partiamo alle 7.20 dopo colazione. Saluto la padrona Odon e il bell'albergo fresco e fiorito con gerani di tutti i colori. Ripercorriamo la strada di terra battuta che ora mi sembra più fresca. Sono raffreddata. Dalle 7.15 viaggiamo fino alle 12.45. Ad Ambalavao pranziamo e riprendiamo la strada nel primo pomeriggio. La strada è bella ma è attraversata da mandrie di zebù, ci sono persone che camminano sul ciglio della strada. Attraversiamo alcuni villaggi, la vegetazione si fa più ricca: eucaliptus, manghi, banani.

A Fianar al solito hotel Tsara Guest House. Alla posta, poi compero quattro bei lamba.



Sette ottobre. Ci alziamo alle 5 e partiamo alle 6. Ripercorriamo la strada nel bel paesaggio agricolo tutto da fotografare, le donne e gli uomini vestiti di colori vivaci, le mandrie di zebù, la gente che va e viene dal mercato. Proseguiamo, ritiriamo i lemuri e i plumiers (astuccio per le penne), le cartoline di Antsirabe. Poi camera e cena. Sono occorse 13 ore di viaggio da Fianar a Perinet. Ci fermiamo in un bel bungalow, mangiamo la papaia ben preparata in cucina e lo yogurt. Il ristorante è il buffet dell'ex stazione. Fa freddo, ho dormito tutta vestita. Visitiamo il parco di Perinet, guida Bari. Vediamo i lemuri indri che emettono un suono lamentoso inconfondibile, sono molto grandi si nutrono delle foglie delle piante che nascono solo qui. Li osserviamo mentre mangiano le foglie girando la testa. C'è anche un altro tipo di lemure fulvo più piccolo, lo guardiamo mentre fa la pipì davanti a noi. Piante medicinali, felci, un laghetto con le ninfee, orchidee, camaleonti che mangiano le sauterelles (cavallette). Poi ancora la strada per Tamatave con paesaggio tropicale, l'albero del pane, mango, cocotiers, ravinala (albero del viaggiatore). Sulle colline di fianco alla strada compaiono i bei ventagli del ravinala. È uno spettacolo indimenticabile. Si chiama così, albero del viaggiatore, perché alla base delle foglie si trova l'acqua e così i viaggiatori potevano dissetarsi. Ho creduto di riconoscere questa pianta qui a Sanremo, aveva però il ventaglio un po' asimmetrico e ridotto e infatti è un'altra pianta, è la strelitzia gigante. Un'altra pianta molto diffusa è la lantana nei suoi vari colori rosso, giallo, violetto. Questa si vede ovunque qui a Sanremo nelle siepi lungo la strada. Rimaniamo al mare, nel bungalow sulla spiaggia all'hotel "Au gentil pecheur". Usciamo per andare alla barriera corallina in piroga con Antoine. Pochi pesci azzurri a righe gialle ma la barriera sembra morta. Una lunga nuotata al ritorno. Prendo il sole con delle bimbe graziose che vengono a parlare, vendono borse e collanine. A dormire presto alle 8.30.

Undici ottobre. Alle 5.30 il sole è già sorto. Saluto questo posto incantato. Partiamo alle 5.35, ci muoviamo in un paesaggio tranquillo. Dobbiamo prendere il battello per l'isola di Sainte Marie. Salutiamo Coco. Due ore e mezza di viaggio con salvagente e carico eccessivo.

Arriviamo a Nosy Boraha, l'isola di Sainte Marie. Telefoniamo alla posta, ci apre il guardiano. Aspettiamo a lungo che arrivi l'auto e ci porti al bungalow sulla spiaggia.

L'isola di Sainte Marie è detta l'isola dei pirati. Nel XVII secolo è divenuta il soggiorno dei pirati che, finite le loro scorrerie, si sono stabiliti in questo luogo bello e sicuro. Nel corso dei secoli sono passati di qui commercianti asiatici ed europei. La popolazione ha tratti molto delicati, data questa mescolanza di origini. Il soprannome è anche l'île des femmes. Le persone sono amichevoli e simpatiche, graziose nel vestire, salutano in modo cortese. L'isola è stata chiamata Santa Maria dai marinai portoghesi del XVI secolo. La vegetazione è ricca e folta; il profumo di spezie, cannella e chiodi di garofano, vaniglia e pepe ti accompagna mentre ti sposti per la strada. Noi ci siamo stabiliti in un bungalow sulla spiaggia; le nuotate erano frequenti e deliziose. L'isola è molto bella, piena di baie, fa pensare alle Seychelles.

Due episodi mi vengono alla mente, anche a distanza di tempo: una mattina alle sei sentiamo dei colpi sull'acqua, usciamo e vediamo uomini e bambini in piedi sulla spiaggia e al largo ma non lontano dalla riva una balena nel tratto di mare tra l'isola e la terra ferma. La vediamo battere la coda sull'acqua, inarcare il dorso, sbuffare, sollevare la coda, attraversare la baia. Incredibile!

Un altro flash la passeggiata nel bosco con due signore finlandesi che stavano nel bungalow accanto. L'intenzione era di giungere al mare dall'altra sponda attraversando l'isola, in realtà abbiamo camminato per due ore senza giungere al mare. Ad un certo punto mi sono afferrata ad un ramo che sotto la mia presa si è mosso e... se ne è andato: era un camaleonte perfettamente mimetizzato! Altra curiosità: ho trovato un posto come professeur de Physique all'isola di Sainte Marie!

Ancora un ricordo: non lontano dal villaggio un po' in alto si vedono costruzioni rettangolari con piccole finestre: sono le residenze definitive degli antenati che di là sembrano guardare e proteggere i loro cari. È consuetudine dopo cinque anni dalla sepoltura riesumare i resti e sistemarli in questi luoghi.

Arriva il giorno della partenza. È il 19 ottobre. Ci svegliamo alle cinque. Caffè e manioca. Partiamo alle sei. Alle 6.20 siamo in ville. Il battello è pronto. Partiamo alle 7.30 e arriviamo alle 9. Troviamo Coco ad aspettar-

ci. Che sollievo ritrovarlo, risalire in macchina, andare a fare colazione alla Navette (pane burro e marmellata) e ripartire nella bella natura che ci scorre a fianco. Partiamo alle dieci, passiamo dal Gentil Pecheur a rivedere Ortensia, il posto è sempre bello e tranquillo. Oggi è domenica e ci sono parecchi turisti, forse vengono da Tamatave. Finalmente telefono alla mamma e a Anna, mia sorella. Dormiamo a Perinet. Fa freddo, sto male per strada. È il lariam (profilassi antimalarica), lo prendo il sabato e sto male la domenica. Andiamo a dormire alle otto di sera. Mi sveglio all'una di notte e sento fischiare un treno: forse c'è ancora qualche treno merci. Alle sei ci alziamo. Colazione (yogurt e banane) Telefono ad Anna. In giro per il mercato, fango e umido, ancora lamba.

Arriviamo a Tanà, un salto all'AIR FRANCE per vedere se il volo è confermato.

Salutiamo Coco che è stato un compagno di viaggio competente e delizioso.

Il ritorno è stato buono con Air France, Tanà-Parigi e Parigi-Torino.

All'arrivo all'aeroporto di Caselle, un momento di malessere per Enrico. Siamo contenti di essere a casa. Dopo pochi giorni Enrico ha la febbre ed è confuso. Telefono al dottore che fortunatamente viene a vederlo anche se ha lo studio lontano, accompagnato da una collega. Il dottore visita Enrico, trova le sue condizioni preoccupanti, chiama l'autambulanza perché lo porti alle Molinette. Lo accompagno. All'arrivo un impiegato che ha fatto servizio in Africa crede che sia malaria. E così è. Fatto l'esame del sangue appaiono i plasmodi della specie falcipara. È il tipo diffuso in Madagascar e sulle coste dell'Africa Sudorientale. Lo ricoverano all'Amedeo di Savoia, l'ospedale delle malattie infettive. Il dottore lo visita, diagnostica la malaria di tipo medio, cioè seria. Lo rimprovera di non aver preso il lariam per la profilassi antimalarica. Lo ricoverano in una stanzetta di un reparto, sono tutti padiglioni separati. Rimane a lungo con la febbre alta, delira, dice: "Va alla reception fatti fare l'addition e andiamo a casa". Io vado tutti i giorni e rimango lì a lungo. C'è anche un peggioramento, che spavento! Non ricordo quanto tempo rimane in ospedale, di sicuro non poco. Poi finalmente si riprende, non ci sono state complicazioni. Alla fine saluta il compagno di stanza e torna a casa. Impiega parecchio tempo a riprendersi, nel complesso qualche settimana. Due annotazioni a margine di questi ricordi: l'abnegazione dei medici e degli infermieri che corrono trascurando a volte la sicurezza; quando si torna da un viaggio è bene fare l'esame, dato che la protezione della profilassi è solo del cinquanta per cento.

CONSIGLIAMI UN LIBRO

a cura di Serena Belli

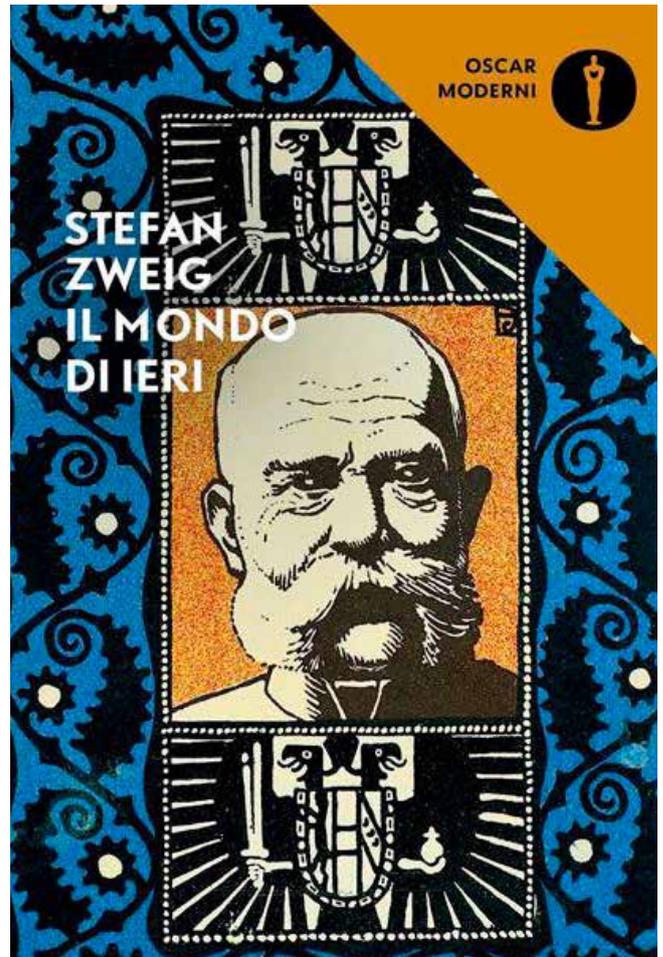
IL MONDO DI IERI

di Stefan Zweig

Non solo di autobiografia si tratta, perché è anche un vero e proprio libro di Storia, che racconta il nostro recente passato: gli anni a cavallo tra il diciannovesimo ed il ventesimo secolo. Zweig ha una chiarezza ed una lucidità non comune, scrive in maniera densa (basta sfogliare il libro per accorgersene) ma scrive veramente BENE. È vita vissuta in prima persona, ma si legge come fosse un romanzo. Lui era austriaco, nato a Vienna da una ricca famiglia ebrea a fine '800, morirà suicida nel 1942, in Argentina.

Un europeista DOC della primissima ora, Zweig sognava una grande Federazione europea anche se, personalmente, era soprattutto un cittadino del mondo. Ha vissuto in India, Inghilterra, Francia, Italia, Svizzera, USA, sud America. Ha sempre creduto nella centralità dell'Uomo al di là della nazionalità e della religione o di altre caratteristiche individuali. Lui, uomo di pace, ha vissuto gli orrori della prima guerra mondiale, la nascita del Nazismo, l'ascesa di Hitler, l'inizio della seconda guerra mondiale. Nel '42 emigra in Argentina dove, assieme alla seconda giovanissima moglie, si toglie la vita. La sua vita è stata interessante e certamente degna di essere raccontata: ha conosciuto bene moltissimi personaggi che hanno fatto la storia di quel periodo: ha frequentato personaggi come Strauss, Freud, Lenin, Toscanini, Thomas Mann, van Loon, Bartok, Dalì e tanti altri i cui nomi sono al momento un po' dimenticati, di loro racconta episodi intimi e familiari, con alcuni di loro ha condiviso anche l'esilio.

Quello che ho particolarmente apprezzato sono le sue riflessioni a proposito del significato di essere ebrei (in quel particolare periodo storico) e per tale unico motivo essere perseguitati. Egli spiega molto bene come in realtà



si sentisse austriaco a tutti gli effetti: lingua, tradizioni, usi e costumi, aveva vissuto e combattuto durante la Prima Guerra Mondiale in nome del suo essere austriaco. Il fatto di essere ebreo lo considerava certamente un fatto secondario, e come lui, probabilmente, molta parte degli ebrei del suo tempo. A proposito della persecuzione si chiede: “dove stava la ragione, il senso, lo scopo di questa assurda persecuzione? Venivano scacciati da tutte le terre e non si dava loro una terra. Si diceva loro: non dovete vivere con noi, ma non si diceva dove dovessero vivere. Si attribuiva loro una colpa e si negava ogni via per scontrarla”.

Insomma, un libro che fa davvero riflettere sull'Olocausto, come pochi altri libri che ho letto. Andrebbe studiato a scuola!





LEZIONI DI CHIMICA

di Bonnie Garmus

Un libro godibilissimo, nonostante la trama un po' scontata, che scorre veloce attraverso alcuni colpi di scena che arricchiscono il racconto e con un finale educativo. Alcune buone battute e molte nozioni da piccolo chimico, con le istruzioni anche per preparare un veleno, per chi volesse.

Siamo negli anni cinquanta ed Elizabeth Zott è una giovane chimica che viene bullizzata dai colleghi di laboratorio, in quanto donna, bella ed intelligente. Qualche anno dopo la ritroviamo madre single di Madeline e padrona di un cane dal curioso nome di Seiemezzo, per mantenere i quali accetta di condurre una trasmissione televisiva di cucina "Cena alle sei" durante la quale mette in pratica molte nozioni di chimica, perché è la chimica che trasforma un alimento crudo in un cibo commestibile. Si presenta in camice di laboratorio, la maionese diventa una emulsione, CH_3COOH è l'aceto, H_2O sarà ovviamente l'acqua, mentre NaCl sta per

sodio cloruro, cioè il sale da cucina, e così via con risultati esilaranti. In realtà Elizabeth durante la trasmissione trasmette alle sue ascoltatrici molte nozioni scientifiche e, contemporaneamente, le stimola ad una rivoluzionaria consapevolezza di sé.

Tutti i personaggi hanno caratteristiche peculiari, al limite del politically correct, e suscitano simpatia e divertimento, ma è soprattutto lei, Elizabeth, che con la sua apparente ingenuità e il suo rigore morale, che ti resta dentro. Ma quanto era difficile essere una donna libera ed indipendente negli anni cinquanta!

Non racconto altro della trama, per non rischiare di svelare troppo: se avete voglia di una lettura leggera, da fare sotto l'ombrellone, questo libro fa per voi.



Il lungo percorso della macchina per scrivere

UN TASTO SU CUI BATTERE

di *Serena Belli*

Se le origini della macchina per cucire, di cui abbiamo raccontato in un numero precedente di R&S, sono incerte, quelle della macchina per scrivere lo sono ancora di più. Come spesso succede in questi casi, molti si arrogano il diritto di primogenitura ma, in base ad una piccola ricerca da me fatta, quello che è certo è che... l'inventore è incerto. Questo perché lo strumento finale che tutti conosciamo è il risultato di tentativi successivi e migliorativi, rispetto ad un primo modello che era del tutto imperfetto, tentativi messi a punto in anni differenti, da persone diverse e di diversa nazionalità. Difficile dunque assegnare la paternità con ragionevole certezza.

Desidero qui riportare, comunque, alcuni passi fondamentali e documentati, che hanno segnato questa storia complessa.

Secondo quanto scrive Alberto Angela nel suo bel libro: "SEGNI, l'invenzione della scrittura" è stato Henry Mill nel 1714 a brevettare uno strumento (di cui non è rimasto alcun esemplare) "per stampare lettere progressivamente una dopo l'altra come nella scrittura...".

Tuttavia non possiamo dimenticare che il veneziano Rampazzetto circa 150 anni prima di Mill (nel 1575!!) inventò uno strumento per non vedenti che stampava le lettere in rilievo, mentre molti anni dopo Henry Mill, siamo all'inizio dell'800, i fratelli Pellegrino e Agostino

Turri inventarono uno strumento per scrivere per una loro amica non vedente. Anche questa macchina non è stata conservata, però esiste una lettera battuta con essa, datata 1808. Oltre ai prototipi che ho qui ricordato,

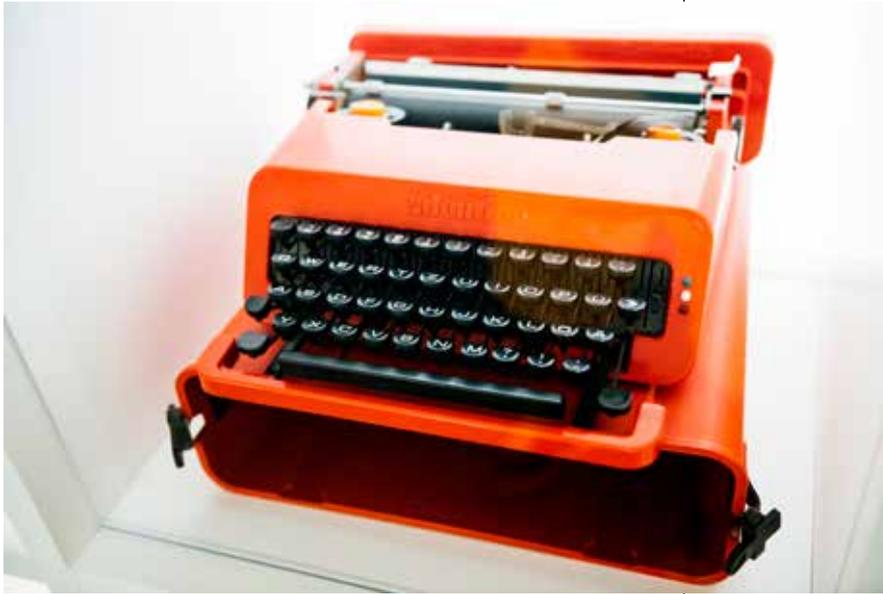
ne sono stati prodotti altri, sia in Italia che all'estero, che rappresentano successivi perfezionamenti, sempre più agili ed efficienti.

Comunque, se dobbiamo credere a quanto riportato sul sito del Museo della Macchina da scrivere di Milano, fu l'avvocato novarese Giuseppe Ravizza (1811-1885) a costruire nel 1846

un "cembalo scrivano" brevettato nel 1855, un modello del quale è conservato al Museo della Scienza e della Tecnica di Milano. Come a dire che l'inventore della macchina per scrivere, del vero prototipo di quelle che conosciamo e che molti di noi hanno utilizzato, è un italiano.

Come spesso succede non si è compresa subito l'utilità dello strumento anche perché presentava una serie di criticità. Ad esempio: le leve dei caratteri più usati tendevano ad incastrarsi tra di loro (questo lo possono capire solo coloro che ricordano come erano fatte le macchine per scrivere nella prima metà del '900). Sarà un giornalista americano, Christopher Latham Sholes (1818-1890), a studiare una disposizione più congeniale dei tasti, per evitare tale inconveniente. Questa disposizione, denominata QWERTY - dalle prime lettere che





sen viene ricordato il filosofo Friedrich Nietzsche. Un'altra interessante new-entry nel panorama delle macchine per scrivere di quegli anni, fu la Erika n. 1 della ditta Seidel&Naumann di Dresda, prima macchina da scrivere portatile europea, datata 1910.

Bisognerà però che arrivi un italiano, l'ingegnere Camillo Olivetti, perché la macchina da scrivere oltre che utile e funzionale, diventi anche ergonomica e bella: un vero e proprio pezzo di design. L'ingegnere, dopo due anni passati nel reparto di ingegneria elettrica dell'Università di Stanford, torna in Italia e nel 1911 presenta la prima

troviamo in alto a sinistra sulla tastiera - è stata una intuizione così geniale che viene usata ancora ai giorni nostri ed è la stessa che è stata conservata anche sulla tastiera del computer (so che adesso siete andati a controllare!). Un'altra criticità era secondaria alla disposizione della carta e del rullo, che impediva di vedere immediatamente quello che si stava scrivendo, pertanto gli eventuali errori dovevano essere corretti successivamente. Sarà un ingegnere tedesco, Franz Xavier Wagner, a risolvere il problema introducendo la scrittura frontale nel 1899. Una industria bellica statunitense, la Remington che già produceva in serie la macchina per scrivere con la tastiera QWERTY, non volle acquistare il brevetto di Wagner, in quanto di nazionalità tedesca. Sarà dunque la Underwood, anche questa un'industria americana produttrice di nastri inchiostriati, ed evidentemente più pragmatica, ad acquistare il brevetto Wagner. La Underwood nei successivi 30 anni produsse modelli sempre più avanzati, il più diffuso dei quali è stato il n.5, con cui conquistò il mercato americano e di cui ne sono stati venduti milioni di pezzi in tutto il mondo. Alberto Angela, sempre nel suo "Segni" ci ricorda un'altra macchina da scrivere prodotta in grandi numeri: la Skrivekugle (letteralmente: la sfera di scrittura) progettata nel 1865 dal pastore Rasmus Mailing-Hansen, direttore di un Istituto per sordomuti danese: 50 aste tipografiche guidate da una calotta sferica, singolarmente connesse ad una molla al punto di pressione comune, al centro della sfera. Roba da mal di testa! Tra i clienti più famosi della Mailing-Han-

Olivetti alla esposizione Universale di Torino.

Ne seguirono molti altri modelli, prodotti non solo dalla Olivetti: inizialmente solo manuali, poi versioni elettriche, con display luminoso, con nastro correttore ed inoltre molti modelli portatili. Ma come non ricordare qui la Lettera Olivetti 22, progettata da Marcello Nizzoli nel 1949 che diventa in breve un simbolo del design italiano nel mondo, tanto che nel 1959 l'Illinois Institute of Technology la sceglie come miglior oggetto di design degli ultimi 100 anni. E che dire della Valentine? Fu un vero oggetto del desiderio di molte persone della mia generazione, naturalmente esclusivamente rossa. Se volevi diventare scrittore, possedere una Valentine era un buon inizio!



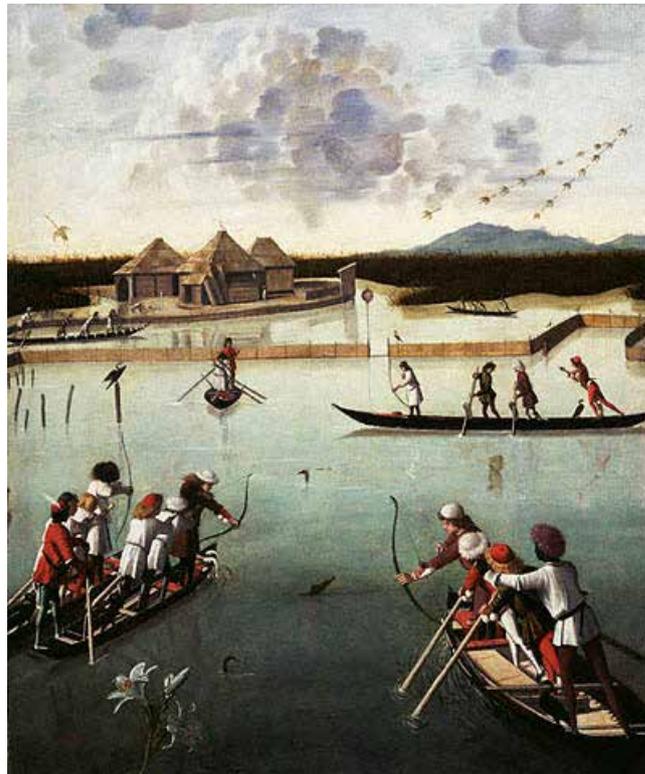
Et il nome mio è dicto Victor Carpathio

A VENEZIA I CICLI PITTORICI DI CARPACCIO

di Luigi Tomio

Visitare Venezia è sempre un viaggio meraviglioso perché è una città unica al mondo. Venezia da sola possiede un'enorme ricchezza di bellezze artistiche, architettoniche e urbanistiche da ammirare mentre ci si muove tra le sue calli e i canali fino a quando i piedi, un po' gonfi e doloranti, non ti impongono una sosta magari in un "bacaro" o in un più ampio ristorante. Tornare dopo parecchi anni di assenza a Venezia, ospite di cordialissimi e cari amici, è stata una piccola rinascita che mi ha portato a scoprirla dall'occhio di uno dei suoi massimi pittori.

Il 18 marzo infatti si è aperta a Venezia presso l'appartamento del Doge del Palazzo Ducale la mostra "Vittore Carpaccio. Disegni e dipinti". Sicuramente una delle mostre più attese dell'anno a Venezia. La mostra, per chi fosse interessato o avesse l'occasione di arrivare a Venezia, rimarrà aperta fino al 18 giugno 2023. Voglio essere sincero. Il nome Carpaccio inizialmente non mi aveva suscitato particolari ricordi scolastici come sono soliti fare, invece, i nomi di artisti quali Leonardo, Bellini, Tintoretto, Michelangelo e così via. Anzi, per stare terra a terra, quel nome mi aveva immediatamente ricordato una tipica pietanza gastronomica di facile e semplice preparazione a base di controfiletto di manzo. Peraltro, nella stessa presentazione della mostra si sottolinea che, nell'ultimo mezzo secolo, l'opera del Carpaccio era stata piuttosto trascurata tanto che a partire dal 1963, anno di una prima memorabile mostra allestita sempre a Palazzo Ducale, il suo nominativo era caduto in un profondo benché inspiegabile silenzio. E, per rimediare alla mia inesatta ignoranza, a questo punto va detto che fu proprio quest'ultima mostra ad ispirare Giuseppe Cipriani a battezzare col nome del pittore quello che sarebbe diventato uno dei piatti più famosi del suo Harry's Bar prima e in tutto il mondo successivamente. In quell'occasione Carpaccio venne quasi considerato un



Vittore Carpaccio - Caccia in Laguna
Pubblico dominio - Wikimedia Commons
File:Vittore carpaccio, caccia in laguna, 1490-1495 ca, getty museum.jpg
Creato: 1490-1495 circa

pittore "pop" e la sua monografia entrò nelle case degli italiani nelle vendutissime collane de "I maestri del colore" e "I classici dell'arte".

In mostra sono state riunite soprattutto opere provenienti da musei e collezioni internazionali anche private, dal Louvre di Parigi al Stadel Museum di Francoforte, dal Paul Getty Museum di Los Angeles alla National Gallery of Art di Washington oppure tuttora presenti in chiese degli antichi territori della Serenissima, dalla Lombardia all'Istria e alla Dalmazia. Fortunatamente la maggior parte delle opere migliori del Carpaccio è rimasta a Venezia e i visitatori di Venezia hanno ovviamente la possibilità di ammirare i cicli pittorici di Sant'Orsola e della Scuola degli Schiavoni direttamente nelle loro sedi abituali. Uno degli elementi più caratterizzanti e curiosi della mostra è quello di svelare anche il talento del Carpaccio come disegnatore riunendo molti dei disegni preparatori creati per i suoi dipinti, inclusi quelli per i grandi cicli narrativi.

La vita e la parabola artistica di Vittore Carpaccio sono strettamente legate alla città di Venezia dove nacque intorno al 1465 e alla quale rimase particolarmente legato nonostante un altalenante interesse nei suoi confronti. Infatti, dopo aver conosciuto un periodo di grandi commissioni e successo, verso il termine della sua vita, non

volendo adeguarsi alla novità prorompente nell'uso del colore portate da Giorgione e Tiziano e alle insistenti voci sulle grandi opere di Raffaello e Michelangelo, Carpaccio finì per trovarsi a lavorare per piccole chiese dei territori veneziani. Una di queste fu il duomo di Capodistria dove si stabilì definitivamente fino al momento della morte avvenuta nel 1526.

Carpaccio divenne celebre soprattutto per i grandi teleri, grandi opere su tela che nella città lagunare sostituivano gli affreschi (facile preda dell'umidità), e su cui spesso venivano rappresentati soggetti religiosi, in particolare storie di santi. Pittore abile e coinvolgente, l'artista lavora per le famiglie veneziane benestanti ma soprattutto per le confraternite cittadine. È così che nascono i teleri con le Storie di Sant'Orsola presso l'omonima Scuola, ai quali seguirono i teleri per la Scuola Grande di San Giorgio Evangelista, quelli con le Storie di San Giorgio per la Scuola di San Giorgio degli Schiavoni, quelli per la Scuola di Santa Maria degli Albanesi e per quella di Santo Stefano.

Grazie ai suoi teleri Carpaccio rappresenta uno dei migliori testimoni dell'essenza stessa della "venezialità" nel Quattrocento. Memorabile è la sua rappresentazione di Venezia nel Miracolo della Croce a Rialto presso la Scuola Grande di San Giorgio Evangelista in cui l'evento miracoloso si trova relegato nell'ariosa loggia in alto a sinistra, mentre gran parte della tela è messa a disposizione della rappresentazione di una città brulicante di vita. La luce vibra liberamente su tutti i dettagli costituendo uno dei casi in cui la veduta della città lagunare raggiungerà un livello così elevato da detenere a lungo il primato, che non avrà rivali fino all'arrivo di Canaletto. Carpaccio volle rappresentare la città di Venezia nel suo momento di massimo splendore e ricchezza. L'artista, pur possedendo una vasta cultura umanistica, non si sottrasse a utilizzare tratti di autentica originalità. Spesso Carpaccio si permise di inserire alcune licenze nelle sue opere, come la rappresentazione di edifici non esistenti nella realtà, oppure la presenza di abiti e copricapi molto variopinti ed animali dal gusto esotico, conferendo alle scene un carattere fa-



Vittore Carpaccio - Opera propria - Fuga in Egitto
 Pubblico dominio - Wikimedia Commons
 File: The Flight into Egypt-1500 Vittore Carpaccio.jpg - Creato: 31 dicembre 1499

volistico, che tuttavia non sfociava mai nell'immaginario visionario in quanto rappresentazione, malgrado ciò, di fatti accaduti realmente. Realtà, speciale spirito poetico e fantasia: sono questi i tre elementi attorno a cui ruota la produzione dell'artista. Per questo la sua tecnica risulta a volte molto precisa, offrendo allo spettatore meravigliosi dettagli, ma a volte è anche abbozzata e suggestiva.

La mostra si sviluppa in senso cronologico a partire dalla Scuola di Sant'Orsola. I dipinti sono visibili nelle nuove Gallerie dell'Accademia ma qui sono presenti alcuni significativi disegni preparatori che lasciano intravedere le sue talentuose doti con lo studio dei dettagli e degli effetti della luce. Muovendosi nelle sale successive si arriva davanti a un'occasione unica - una perla della mostra - di poter ammirare, eccezionalmente riunite, le due parti di una scena appartenuta in origine a una porta a soffitto: le Due Dame del Museo Correr si ricongiungono con la Caccia in Laguna del Paul Getty Museum di Los Angeles. Le due parti, separate in circostanze sconosciute verso la fine del Settecento, riformano la conturbante scena in

cui due nobildonne veneziane sono in annoiata attesa del ritorno dei mariti dalla caccia in laguna. Elegantissime, stanno oziando su un balcone popolato da cani, uccelli e varie altre presenze. Dall'altra la veduta della laguna è rappresentata a volo d'uccello, con grande cura dei dettagli naturalistici e di quelli legati alle attività umane. Tre barche a fondo basso con rematori scivolano silenziosamente convergendo verso un paio di uccelli acquatici a cui mirano gli arcieri. Una storia raccontata da Carpaccio con sottile sensibilità psicologica e sublime fascino immaginativo e descrittivo. Il grande storico inglese John Ruskin - pur solo vedendo la parte con le Dame - ne fu letteralmente rapito, tanto da definirlo "il quadro più bello del mondo...; non conosco nessun altro dipinto al mondo che possa reggere il confronto" (St Mark's rst, 1884).

Attraverso altre opere di gran pregio quali il Il ritratto del Doge Leonardo Loredan, L'ambasciata di Ippolita, regina della Amazzoni, a Teseo re di Atene, Cristo mor-

*È uscito in libreria il volume
di Fiorenzo Degasperi
sulla produzione ed il commercio
del vino nel Trentino Alto-Adige*

TUTTO IN UNA BOTTE

di Fiorenzo Degasperi

Sulle strade, sulle mulattiere, sui sentieri del Trentino Alto Adige, si incontravano carradori e portatori d'ogni sorta, compresi gli zattieri che solcavano le acque dell'Adige: erano l'elemento di contatto, di collegamento tra i vari mercati allestiti con scadenze fisse nelle città e nei villaggi.

Tutti comunque, se potevano, trasportavano sui loro carri, o con le loro kraxen, il sale e il vino. Mentre il primo, l'oro bianco, era facile anche contrabbandarlo, il secondo comportava sicuramente la ricerca di qualche stratagemma più funzionale. Allora poteva capitare che per portare il vino senza pagarne il dazio o le innumerevoli gabelle, oppure per evitare i numerosi divieti che ogni città e contado emanavano continuamente a protezione del proprio vino e dei propri contadini, si arrivasse perfino a costruire una mulattiera di montagna in val dei Mocheni, sfidando le ire del principe vescovo. Una fitta rete viaria, fatta di salesà, di acque chete che potevano diventare tumultuose, come quelle del fiume Adige attraverso le quali gli zattieri di Sacco, erano maestri nell'ammucchiare e trasportare le botti sulle loro zattere, s'intersecavano formando un apparato sociale, economico e culturale tra i più ricchi della storia della nostra terra.

I carri arrivavano ai magazzini, alle Ballhaus, dove c'erano gli scaricatori e i caricatori, i controllori, i dazieri, i gendarmi che impedivano risse e liti, i commissari e i canonici che pretendevano la loro decima o che aspettavano in grazia il vino per adempiere alla loro liturgia, a quel miracolo del sangue di Cristo che si trasforma in vino e il vino che si trasforma in sangue.

Ancor prima che la botte venisse caricata e fissata sul carro si usava, allora come ancor oggi, nell'area sudtirolese, affidarsi a Sant'Urbano, novello Dioniso, l'italico Bacco, il quale presiede affinché la vite non venga assalita da parassiti e malattie. Ma bisogna pensare anche alle troppe piogge o alla carenza di acqua, alla maledetta siccità. Un



tempo si pregava nelle campagne, in chiesa e lungo i sentieri campestri affinché il tempo fosse buono, le gelate tardive non rovinassero un anno di lavoro, i temporali non portassero la grandine e gli incendi non divorassero il delicato frutto. Tutta una teoria di Santi in cantina è chiamata in prima persona dai contadini, dai commercianti, dai carradori, a difendere la vite e il vino.

Il vino che si usava a tavola, a messa, in guerra, faceva stare allegri, talvolta faceva sognare, altre volte teneva lontano le malattie. O almeno così si credeva ed erano diverse le terapie che lo vedevano soggetto indiscusso. Di sicuro era atto a far dimenticare la fatica, la fame, la morte che da sempre aleggiava sui borghi e sui villaggi, sui masi e sulla gente della nostra montagna. Aveva e ha nomi corposi, sia esso bianco o nero: Lagrein, Gewurztraminer, Blauburgunder/Pinot Nero, Teroldego – che si narra derivi da Tiroler Gold, l'oro dei Tirolo –, Marzemino (il romano marceninum). Per non dimenticare i nomi dei vitigni scomparsi o che sopravvivono in qualche nicchia ecologica. Nomi arcaici, saporiti, di antica memoria come l'Enanzio Lagarino noto agli antichi come Oenanthium, la scomparsa Pavana valsuganotta portata da tempi immemorabili in questa terra dai Colli Euganei padovani, dove aveva il nome di Pattaresca, o la Biancaza, o le rosse Rossara o Turca.

Quel vino antico, nato nelle terre visitate dagli Argonauti, nella Georgia caucasica approdò nelle terre porfiriche, micacistiche e dolomitiche, cambiando di nome, di gusto, di sapore, incrociandosi con altri vini d'oriente e d'occidente, del mezzogiorno e del settentrione, dimostrando così, se ce n'era bisogno, come il vino – prelibata bevanda lasciata depositare nelle oscure cantine ctonie, cripte del gusto, dentro il sacro legno – sia da sempre un motore di cultura, di scambio, d'incontro. Ma è anche ambrosia di scontro, di lotta: liti nate lungo i pendii vallivi per i confini, per i passaggi, per i furti che l'impavi-



I FUNGHI A COPPA

a cura di Marco Floriani

Chi frequenta i boschi alla ricerca di funghi, soprattutto se animato dal proposito di raccogliere specie apprezzabili dal punto di vista alimentare, tende a concentrare la propria attenzione sulle entità più vistose e di grandi dimensioni, ovvero sui funghi dalla classica forma a gambo e cappello. I boschi, e più in generale tutti gli ambienti dove i funghi possono nascere, sono però popolati anche da forme di vita magari meno appariscenti, ma altrettanto intriganti dal punto di vista delle fogge e dei colori. In questa e nella prossima puntata della nostra rubrica micologica osserveremo da vicino due di questi gruppi di funghi spesso negletti ma di grande fascino. In queste pagine, in particolare, illustreremo alcune specie dei cosiddetti 'funghi a coppa', tutti appartenenti alla sterminata classe degli ascomiceti, che comprende anche

le ben note spugnole, tipicamente primaverili e molto ricercate anche a scopo alimentare. Nella moltitudine di specie facenti parte di questo raggruppamento, tuttavia, una delle forme più ricorrenti è appunto quella di una piccola coppa, o scodellina, come ad esempio quella della minuscola *Calycina citrina*, ritratta nella foto che accompagna il titolo, che può colonizzare in gruppi di centinaia di esemplari i rami morti caduti a terra di varie latifoglie. Si tratta di un fungo di piccole dimensioni (non più di 3 mm di diametro) di un colore giallo vivace in ogni parte. Non tutti i funghi a coppa hanno dimensioni così minuscole: il genere *Peziza*, ad esempio, annovera diverse decine di ascomiceti con dimensioni che possono superare i 5 cm di diametro, fino a raggiungere in casi eccezionali anche i 10 cm. Nelle foto proposte possiamo osservare



Fig. 1. *Peziza varia*.



Fig. 2. *Peziza michelii*.

Micologia... che passione!

due tra queste specie: *Peziza varia* e *Peziza michelii*. L'immagine proposta per la prima specie la ritrae crescente in un ambiente domestico, dove ha colonizzato residui di carta bagnati e degradati. Questa specie in effetti sorprende per la sua predilezione per gli ambienti antropizzati, tanto che non è difficile vederla svilupparsi anche all'interno di cantine e case, in presenza di forte umidità: un buon esempio di come i funghi, come altri esseri viventi, riescano ad adattarsi agli ambienti più insoliti, approfittando di nicchie ecologiche inconsapevolmente create dall'uomo.

Le colorazioni dei funghi a coppa sono molto varie, come dimostrato dalle tre entità ritratte in questa pagina: da sinistra a destra osserviamo *Sarcoscypha austriaca*, un meraviglioso fungo che possiamo rinvenire tra la fine dell'inverno e i primi mesi primaverili, soprattutto nei boschi collinari con presenza di piccoli corsi d'acqua; è proprio in prossimità di questi che possiamo osservare le sue cop-

pe di un rosso acceso, ancorate a ramoscelli interrati di diverse latifoglie.

Anche *Aleuria aurantia* (foto al centro) ha colori sorprendenti, in questo caso sui toni dell'arancione; può essere rinvenuta con una certa frequenza, soprattutto in autunno, sul terreno nudo, sovente sulle strade sterrate di montagna o sui sentieri.

Dimensioni molto più ridotte (il diametro di un singolo esemplare difficilmente raggiunge il centimetro) sono caratteristiche del bellissimo fungo verde-azzurro ritratto nella foto a destra, denominato *Chlorociboria aeruginascens*. Anche il micelio di questa specie presenta lo stesso colore verde brillante, che penetra in profondità nel legno su cui il fungo si sviluppa, conferendogli le medesime tonalità. Per questo motivo il legno invaso dal micelio di questa specie è stato ricercato e selezionato dagli artisti già in epoca rinascimentale per essere utilizzato nella composizione di intarsi lignei colorati, che sono giunti a noi con



Fig. 3. Diversità cromatica nei funghi a coppa. Da sinistra a destra, *Sarcoscypha austriaca*, *Aleuria aurantia* e *Chlorociboria aeruginascens*.

Micologia... che passione!

il pigmento verde perfettamente conservato; un curioso esempio di come la conoscenza dei funghi si intrecci con l'attività umana anche nel campo delle arti decorative.

Per concludere questa breve rassegna illustrata, che evidenzia solo una piccola parte della diversità dei funghi a coppa, proponiamo due immagini di ascomiceti caratterizzati, oltre che dalla particolare forma, dalla presenza di peli più o meno vistosi sulla superficie esterna, e in particolare del bordo della coppa. La prima specie, *Humaria hemisphaerica*, è caratterizzata da un aspetto bicolore (bianco all'interno, bruno all'esterno) mentre la minuscola *Scutellinia* ritratta nell'ultima immagine ravviva con le loro colorazioni rosso-aranciate il substrato su cui si sviluppano (generalmente legno marcescente, più di rado terreno nudo).

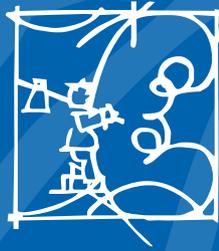
Tutte le specie qui illustrate, pur essendo innocue, non rivestono alcun interesse dal punto di vista alimentare. Molti tra coloro che avranno avuto la pazienza di legge-

re queste righe si saranno meravigliati nell'osservare immagini di funghi mai incontrati sul loro cammino. È in effetti il destino di tanti di questi piccoli funghi quello di rimanere celati nei recessi ombrosi e umidi dove sono soliti svilupparsi, e solo una ricerca paziente e mirata potrà permettere di scovarli e osservarli nei minimi particolari, magari con l'aiuto di una lente d'ingrandimento.

Questa puntata della nostra rubrica micologica ha proprio l'intento di ricordare a tutti gli appassionati del mondo dei funghi che ciò che vediamo normalmente durante una passeggiata nel bosco è solo una piccola parte di un mondo ben più vasto, colorato e multiforme, che acquista ulteriore fascino qualora prendiamo coscienza della pervasività con la quale questi organismi riescono a colonizzare e lentamente degradare una moltitudine di substrati ormai privi di vita, contribuendo così al rinnovamento e al delicato equilibrio di ogni ambiente naturale.



Fig. 4. Esempi di ascomiceti della famiglia delle *Humariaceae*, caratterizzati dalla presenza di peli sulle superfici esterne. A sinistra *Humaria hemisphaerica*, a destra una delle molte specie del genere *Scutellinia*.



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

UNA BUONA SALUTE DEI RENI PER TUTTI

PREPARARSI AGLI EVENTI
INATTESI,
SOSTENENDO
I PAZIENTI FRAGILI!



9 MARZO 2023



#worldkidneyday #kidneyhealthforall
www.worldkidneyday.org

World Kidney Day is a joint  ISN  IFKF-WKA initiative



www.apantrentino.it