

R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

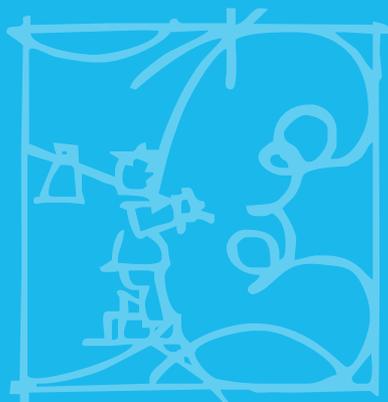
ANNO XXXVIII - DICEMBRE 2023 - 3/4 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ➔ Una nuova esperienza accademica all'Università di Trento
- ➔ La Cannabis Medica
- ➔ Disturbi cognitivi e demenza
- ➔ A proposito della dieta vegetale
- ➔ Componenti etiche a fronte di malattie renali croniche e neoplastiche
- ➔ La calcolosi renale
- ➔ L'inquinamento dell'aria e gli effetti sulla salute
- ➔ Prevenzione e cura dell'Osteoporosi
- ➔ L'assistenza del paziente con disagio psichico
- ➔ Aforismi sulla pace e sulla guerra
- ➔ Notizie dall'Associazione
- ➔ Stefano Bertoldi costruttore di solidarietà
- ➔ Nel tempo che scorre la bellezza di una rosa
- ➔ La voce della ricotta
- ➔ Il linguaggio del corpo
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ Lo spaventapasseri
- ➔ A Meana di Susa
- ➔ I funghi coralloidi

SOMMARIO



Rene&Salute

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

EDITORE:

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

DIRETTORE RESPONSABILE:

Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE:

Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:

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

REDAZIONE:

Serena Belli, Aldo Nardi, Diana Zarantonello

COLLABORATORI:

Giuliano Brunori, Alessandra Dalla Gassa,
Angela Manica, Alessandra Lombardi, Chiara
Lenoci, Federica Berchielli, Paolo Bortolotti,
Roberto Bortolotti, Paolo Giusto, Maurizio
Agostini, Laura Froner, Annamaria Ercilli,
Ilaria Goya, Aldo Nardi, Fiorenzo Degasperri,
Laura Pasquali Rovesti, Marco Floriani.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

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

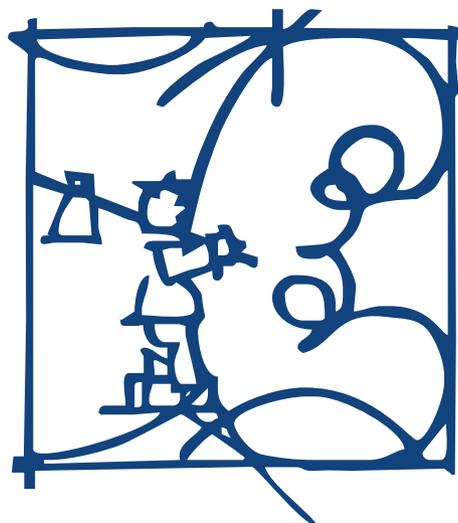
L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento
a «RENE&SALUTE».

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

In copertina:

Ferro e fuoco, anno 2017 di Aldo Pancheri
(pastelli, pasta acrilica e timbri su tavola
70 x 70 cm) Foto di Viviana Monasterolo.

- 3** Una nuova esperienza accademica
all'Università di Trento
a cura di Diana Zarantonello
- 6** La Cannabis Medica
di Alessandra Dalla Gassa
- 9** Disturbi cognitivi e demenza
a cura di Angela Manica
- 12** A proposito della dieta vegetale
Annachiara Stenico
- 16** Componenti etiche a fronte
di malattie renali croniche
e neoplastiche
di Chiara Lenoci
- 20** La calcolosi renale
*di Diana Zarantonello
e Federica Berchielli*
- 24** L'inquinamento dell'aria
e gli effetti sulla salute
di Paolo Bortolotti
- 26** Prevenzione e cura dell'Osteoporosi
di Roberto Bortolotti
- 29** L'assistenza del paziente
con disagio psichico
di Paolo Giusto
- 31** Aforismi sulla pace e sulla guerra
A cura di Luisa Pevarello
- 32** Notizie dall'Associazione
a cura della Redazione
- 34** Stefano Bertoldi costruttore
di solidarietà
- 36** Nel tempo che scorre la bellezza
di una rosa
di Anna Maria Ercilli
- 37** La voce della ricotta
di Ilaria Goya
- 40** Il linguaggio del corpo
di Aldo Nardi
- 44** Consigliami un libro
a cura di Serena Belli
- 46** Lo spaventapasseri
di Fiorenzo Degasperri
- 49** A Meana di Susa
di Laura Pasquali Rovesti
- 52** I funghi coralloidi
a cura di Marco Floriani



Intervista al prof. Giuliano Brunori

UNA NUOVA ESPERIENZA ACCADEMICA ALL'UNIVERSITÀ DI TRENTO

a cura di Diana Zarantonello

Abbiamo l'onore di intervistare il neo-nominato Professore Giuliano Brunori, Direttore della U.O. di Nefrologia e Dialisi e già past-President della Società Italiana di Nefrologia e Direttore Sanitario dell'Ospedale di Trento.

Professor Brunori, da qualche settimana è entrato a far parte ufficialmente del corpo docenti della neonata Facoltà di Medicina di Trento, con la qualifica di Prof. Associato di Nefrologia. Si aspettava di entrare nel mondo accademico, dopo una lunga carriera in ambito ospedaliero?

La scuola di Medicina di Trento è nata 4 anni fa, e questo è stato il momento che mi ha fatto decidere che il mio percorso formativo iniziato in una cattedra di Nefrologia nell'Università di Brescia poteva chiudersi nell'opportunità di entrare a far parte del corpo accademico dell'Università di Medicina di Trento. Per diventare Professore sono richieste caratteristiche specifiche, determinate da tre mediane, e sono gli articoli pubblicati negli ultimi 5-10 anni, e l'H-index (valore che quantifica la prolificità e l'impatto scientifico di un autore, basandosi sia sul numero delle pubblicazioni, che sul numero di citazioni ottenute. Avendo proseguito, dopo la prima esperienza bresciana, tutta una serie di attività di ricerca e pubblicazione, è stato per me naturale fare la domanda di abilitazione scientifica nazionale; l'ho ottenuta nel 2020. Questo mi ha poi permesso, di concorrere al posto di professore associato in Nefrologia nel momento in cui l'Università di Trento e il Cismed, il centro che gestisce la scuola di Medicina, hanno indetto un concorso per tale posizione. Ho ritenuto che fosse mio dovere



Il Professor Giuliano Brunori

effettuare questo ulteriore passaggio, anche alla luce di tutto l'impegno che ho messo in atto da quando sono arrivato in Trentino, ormai 16 anni fa. Del resto, pur avendo sempre lavorato da ospedaliero ho sempre frequentato anche precedentemente ambienti universitari (presso l'Università di Brescia e poi un anno in California presso l'Università-UCLA) e pertanto tale passaggio mi è sembrato naturale, in quanto l'ambiente universitario è sempre stato vicino alla mia esperienza professionale. Quindi ho avviato la clinicizzazione del reparto di Nefrologia; anche se il mio percorso universitario sarà purtroppo breve getterà le basi per la prosecuzione di un percorso universitario. Questo permetterà la crescita dei futuri medici di nefrologia, che dopo la specializzazione potranno continuare ad essere coinvolti in un percorso universitario, che è un percorso fatto di ricerca, ma anche di formazione per gli studenti, per i laureandi, per gli specializzati e permette di vivere l'esperienza dell'università che certamente è un percorso arricchente dal punto di vista personale e professionale.

Quali sono state le figure che ha conosciuto in ambito accademico che l'hanno maggiormente ispirata e indirizzata in tal senso?

Sicuramente devo citare il Professor Maiorca che è stato il mio maestro dal 1979 quando ho iniziato a frequentare

la Nefrologia degli ospedali Civili di Brescia, mi ha accompagnato nel momento della mia laurea nell'1981 e anche quando sono stato assunto in Nefrologia nel 1983. Con lui, che proveniva da Parma, ho condiviso un lungo periodo formativo. Lui, che è considerato uno dei padri fondatori della Nefrologia italiana, è andato poi in pensione nel 2002, quindi per più di 20 anni ho lavorato al suo fianco. Non posso poi dimenticare il Prof. Cancarini, altro universitario di Brescia succeduto a Maiorca, e poi il Prof. Scolari successore di Cancarini. Tre figure che nell'ambito bresciano mi hanno accompagnato nella mia crescita professionale e formativa. Devo inoltre citare anche il Prof. Joel Kopple che è stato il mio maestro/tutor durante la mia esperienza negli Stati Uniti e alte persone con cui ho avuto un ottimo rapporto dal punto di vista professionale, tra cui il Prof. Tino Gesualdo, ordinario di Nefrologia di Bari e il Prof. Giacomo Garibotto, ordinario di Nefrologia di Genova. Non posso non citare poi anche il Prof. Giovanni Gambaro che è l'ordinario di Nefrologia di Verona con il quale abbiamo un rapporto strettissimo di collaborazione tra la Nefrologia di Trento e quella di Verona.

I Suoi familiari, nell'apprendere di questo nuovo incarico, sono stati contenti o piuttosto preoccupati? Sappiamo che svolge anche un importante lavoro di nonno, che sarà costretto a limitare con questo ulteriore impegno accademico!

Sicuramente i miei familiari sono stati orgogliosi di sapere che ho ricevuto questo importante riconoscimento professionale. Fortunatamente la scuola di Medicina non ha lezioni il sabato e la domenica e quindi il nonno riesco a farlo in ogni caso! Inoltre l'impegno sul fronte familiare sarà ulteriormente aumentato dal fatto che sono in attesa che mia nuora partorisca in questi giorni il quarto nipotino, anzi, nipotina! Finalmente, dopo tre maschietti, arriva una bimba! Quindi il lavoro di nonno tenderà ad aumentare, ma come dicevo sarà compatibile con gli orari delle lezioni. Naturalmente, oltre al nuovo incarico, mantengo tutte le posizioni all'interno del sistema sanitario trentino, quindi direttore dell'Unità Operativa di Nefrologia, e capo di dipartimento delle medicine specialistiche.

E come cambierà ora la sua attività ospedaliera? Riuscirà a conciliare gli impegni di reparto con l'attività di ricerca e formazione?

Diciamo di sì, c'è la quota assistenziale e quella didattica, e in tutti questi anni siamo riusciti a creare un'ottima squadra di professionisti, quindi di grosse competenze nefrologiche. Dovermi assentare per gli impegni di didattica mi toglierà certamente tempo all'attività assistenziale, ma

ho la certezza che tutti i miei collaboratori sapranno svolgere in maniera efficace il loro compito, e quindi questo mi lascia tranquillo! In questi anni ho svolto anche il ruolo di direttore sanitario dell'APSS, e questo è stato un compito forse ancora più impegnativo di quello di professore universitario. Anche in quel frangente sono riuscito a conciliare gli impegni aziendali facendo sentire la mia presenza in Reparto anche attraverso contatti telefonici e via mail, con i miei collaboratori che erano sempre in contatto con me. Lo stesso verrà fatto anche ora.

L'USC di Nefrologia e Dialisi che attualmente dirige, modificherà in qualche modo la sua attività?

L'unico vero problema saranno le sedute di sala operatoria, che potranno essere parzialmente modificate in base alle esigenze della didattica presso la scuola di Medicina. Normalmente abbiamo due giorni fissi in cui viene svolta la sala operatoria, probabilmente bisognerà valutare se spostare queste giornate in base alla mia presenza.

Questa nomina le permetterà di rimanere come docente più a lungo?

No, sia ospedalieri che universitari hanno l'anno di pensionamento che coincide con i 70 anni. L'unica differenza è che resterò in servizio come universitario qualche mese in più rispetto al compimento dei miei 70 anni, e cioè fino a settembre 2025.

Il direttore che Le succederà dovrà anch'egli provenire dall'ambito accademico?

Mi auguro di sì in senso positivo... l'Università di Medicina di Trento è giovane e potrà offrire una grossa crescita professionale anche a chi verrà da fuori. La Nefrologia si inserisce tra quelle specialità che hanno un peso non indifferente in quella che è l'economia di un ospedale e di una sanità del territorio. Basti pensare alla costante presenza dei Centri dialisi sparsi su tutto il territorio, delle attività di trapianto di rene, della diagnostica delle malattie renali attraverso la biopsia renale, di quello che è lo sviluppo della dialisi peritoneale. Settori che sono molto vari ma che danno l'idea di quanto sia importante la presenza di un nefrologo, di una buona scuola nefrologica all'interno di un'Ospedale. Non dimentichiamoci di tutto quello che riguarda il trattamento dei pazienti con insufficienza renale acuta, dei trattamenti effettuati in rianimazione. L'Università permette di conciliare tutta quella che è la parte assistenziale con quella di ricerca che è quella che serve sicuramente per migliorare le competenze dei professionisti che lavorano nell'Unità Operativa. Quindi mantenere un'attività universitaria aiuterebbe a mantenere alte le



Palazzo Consolati, sede del Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche (CISMED)

performance dei professionisti che operano nella diagnostica e nella cura dei nostri pazienti. Penso per esempio a ciò che facciamo nell'applicazione delle terapie nutrizionali come trattamento conservativo della malattia renale, e dell'applicazione delle cure palliative nel paziente nefropatico, nel quale rappresentiamo un centro di riferimento a livello nazionale. Quindi mantenere queste componenti di ricerca e approfondimento di tematiche a livello universitario può riflettersi in un'attività clinica di standard elevato.

Pensa vi sarà spazio per aprire nuove collaborazioni con altre facoltà oltre a quella di Verona, magari anche extra-nazionali?

Nel momento in cui si potenzieranno tutti gli ambiti della ricerca non è detto che debbano avvenire solo con università a noi vicine. Abbiamo collaborato negli anni passati con l'Università di Los Angeles e più recentemente con il Prof. Kam Kalantar Zadeh della Università di California di Irvine (a fine 2023 diventerà direttore della cattedra di nefrologia all'università di Los Angeles). E come abbiamo avuto queste collaborazioni quando ancora non eravamo universitari; sarà ancora più semplice ora instaurare rapporti di collaborazione una volta inseriti in un contesto accademico.

Quali sono gli obiettivi principali che ha in previsione di attuare nei prossimi anni?

Sicuramente l'obiettivo principale è quello di formare e ispirare futuri medici con la passione per la nefrologia, ed avviare il reparto ai grandi obiettivi della ricerca che poi potranno essere proseguiti ed approfonditi da colui o colei che mi succederà.

E, infine, i Suoi viaggi di formazione in Africa proseguiranno nonostante questo nuovo impegno?

Io spero di sì, ma proseguiranno nei limiti delle guerre civili che purtroppo stanno interessando tutta l'Africa subsahariana dove in questo momento anche il visto di ingresso è difficile da ottenere e dove sicuramente le vicende dell'ottobre 2023 con quello che è successo tra palestinesi ed ebrei determina una grossa instabilità in quell'area. Fortunatamente in questi momenti abbiamo la tecnologia che, con la possibilità di effettuare chiamate, videochiamate e messaggi attraverso whatsapp, ci consente di mantenere i rapporti con quei medici che lavorano presso i Centri dialisi in Africa, in particolare in Mali ed in Ghana, alcuni dei quali hanno effettuato anche un periodo di formazione in Nefrologia da noi a Trento.

Grazie per la disponibilità e buon lavoro Professore!

Dall'antichità al comodino di una paziente in dialisi

LA CANNABIS MEDICA

*di Alessandra Dalla Gassa**



Originaria dell'Asia centrale, la Cannabis Sativa ha una storia di più di 10000 anni di utilizzo terapeutico e religioso.

L'utilizzo stupefacente a scopo mistico e divinatorio è diffuso in moltissime civiltà indoeuropee. Nell'induismo i devoti di Shiva, gli shivaiti, utilizzano anche ai giorni nostri la cannabis per via inalatoria come strumento di ascesi e distacco dal mondo della materia. L'utilizzo di cannabis in cerimonie religiose è riportato anche in alcuni antichi testi taoisti. In numerose tradizioni indigene come quella degli Indiani d'America, sciamani e guaritori utilizzavano la cannabis per indurre uno stato di trance e facilitare la comunicazione con il regno degli spiriti. Una delle prime testimonianze storiche dell'uso della cannabis a scopo medicinale risale all'antico Egitto, oltre 3500 anni fa. I medici egiziani la utilizzavano per trattare diverse affezioni, tra cui infiammazioni, dolori ed emorroidi.

La Cina ha una delle tradizioni più antiche di utilizzo della cannabis a fini medicinali: in antichi testi, come il "Shennong Ben Cao Jing", la cannabis, detta "ma", è menzionata come pianta medicinale utilizzata per il trattamento di dolori, reumatismi e altre condizioni dolorose. La medicina tradizionale indiana, conosciuta come Ayurveda, include la cannabis come parte del suo arsenale di erbe medicinali e viene menzionata per la prima volta nel testo sacro Atharvaveda, datato tra il 1500 e il 2000 a.C. In ayurveda, la

cannabis è chiamata "bhang" ed è utilizzata per alleviare il dolore e trattare i disturbi gastrointestinali.

Diffusa per secoli in Italia, gli antichi romani la conobbero dagli sciti; essi ne facevano un gran uso come fibra per abbigliamento, corde per le navi, utilizzo medicale. Galeno, uno dei pilastri della medicina occidentale, raccomandava l'uso della cannabis a scopo antalgico.

Fino all'800 l'Italia era il secondo esportatore di canapa ad uso tessile nel mondo, dopo la Russia. Nel recente passato, a cavallo delle due Guerre, ed in particolare durante il periodo autarchico del ventennio fascista, le aree di maggiore produzione erano l'Emilia Romagna, la Campania ed il Piemonte, soprattutto nel Canavese, toponimo che per alcuni autori significa appunto terra della canapa. Dopo la seconda guerra mondiale un'ondata di proibizionismo rese illegale la coltivazione della cannabis anche in Italia, a favore di altre fibre sintetiche derivate dal petrolio e dal cotone, favorendo in questo modo la crescita economica degli Stati Uniti.

Dal 2017 specie selezionate ad uso industriale, prive di fitocannabinoidi ad azione stupefacente, stanno tornando ad essere una coltura emergente in Italia.

La cannabis pur essendo utilizzata a scopo terapeutico e ricreazionale da più di 5000 anni è ancora una terapia discussa, principalmente per l'effetto psicotropo e per il potenziale d'abuso. Negli ultimi decenni, molti paesi nel mondo stanno cercando di rivalutare il suo potenziale terapeutico mettendo da parte giudizi aprioristi-



ci, aprendo così nuovi scenari di cura, soprattutto per pazienti cronici gravi non responsivi o intolleranti alle terapie standard.

La cannabis contiene oltre 100 composti chimici, i cannabinoidi, tra cui i più noti sono il tetraidrocannabinolo (THC) e il cannabidiolo (CBD): entrambi hanno effetti analgesico e miorelaxante, il THC ha maggior effetto antiemetico, psicotropo e stimolante dell'appetito, il CBD ha una maggiore effetto antinfiammatorio, neuroprotettivo e antiossidante.

Il THC è il composto responsabile degli effetti psicoattivi, mentre il CBD non presenta effetti psicoattivi significativi.

Il sistema endocannabinoide è un sistema di mediatori (il primo ad essere scoperto nel 1992 è l'anandamide) e recettori (CB1 e CB2) presenti in ogni cellula del corpo umano che entra in gioco dopo qualsiasi evento stressante per ridare equilibrio, per recuperare l'omeostasi. In particolare regola la trasmissione nervosa, la percezione del dolore, il sistema immunitario, la fame, il sonno.

I fitocannabinoidi interagiscono proprio con questo nostro sistema endocannabinoide; per questo l'utilizzo della cannabis medica è riconosciuto come efficace in numerose patologie croniche.

La norma di riferimento per l'uso della cannabis terapeutica in Italia è rappresentata dal Decreto ministeriale del 9 novembre 2015, che regola l'utilizzo e la somministrazione della sostanza.

La coltivazione della cannabis medica in Italia è affidata allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, con l'obiettivo di poter soddisfare il fabbisogno nazionale. L'erogazione con oneri a carico del SSN varia in Italia da regione a regione.

Tale erogazione è comunque limitata agli assistiti esenti per le seguenti patologie: sclerosi multipla; paziente oncologico (dolore, nausea e vomito in corso di trattamenti antitumorali); glaucoma; anoressia nervosa; anoressia e cachessia in HIV o tumori; terapia del dolore cronico; terapia del dolore neuropatico; sindrome di Gilles de la Tourette. La prescrizione di tali preparazioni galeniche magistrali a carico del S.S.R. avviene sulla base di un Piano Terapeutico compilato esclusivamente da medici specialisti operanti nei reparti di Anestesia e Rianimazione, Neurologia, Malattie Infettive, Oncologia, Medicina Interna, Oculistica, Reumatologia, Pediatria, Ematologia, Psichiatria, Radioterapia in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

In Emilia Romagna, unica regione in Italia, il Piano Terapeutico può essere redatto anche dal MMG.

La prescrizione di cannabis medica su ricetta bianca a carico del paziente è invece consentita a qualsiasi medico iscritto all'Albo.

In Italia, i pazienti possono accedere alla cannabis medica sotto forma di olii, resine, spray, tisane, decotti.

Il dolore cronico affligge molti pazienti in dialisi e talvolta rappresenta una vera sfida sia per i nefrologi che per gli altri curanti. Fino al 50% dei pazienti in dialisi lamenta dolore e nell'82% dei casi si tratta di dolore moderato-severo. I sintomi che i pazienti lamentano sono molto simili a quelli del tumore metastatico; di questi, la maggior parte non è adeguatamente trattata. L'utilizzo degli oppioidi nella malattia renale cronica, in particolare in dialisi, può essere limitante per l'esacerbazione di alcuni sintomi quali la nausea, l'anoressia, il prurito e



Baba shivaite che fuma il chillum

l'insonnia, anche in considerazione dell'aumentata emivita dei metaboliti degli oppioidi (escrezione renale).

L'unico studio pubblicato di farmacocinetica ha dimostrato che la somministrazione di 200 mg di CBD per bocca non presenta differenze statisticamente significative di picco plasmatico nei pazienti con funzione renale normale e con severa insufficienza renale. La maggior parte dei metaboliti dei cannabinoidi ha inoltre un ampio volume di distribuzione e un forte legame con le proteine tanto da non essere rimossi con la dialisi.

La cannabis medica potrebbe pertanto costituire un'ottima risorsa antalgica in dialisi. Così è stato per una nostra paziente rientrata in dialisi dopo anni di trapianto, con una grave forma di calcifilassi. La calcifilassi è una patologia che colpisce i pazienti uremici, in particolare



quelli in dialisi, e consiste nella calcificazione di piccoli vasi del tessuto adiposo con conseguente ischemia tissutale e formazione di ulcere necrotiche molto dolorose. In dicembre 2021 la paziente ha subito un grave lutto per la morte improvvisa del marito. In aprile 2022 ha sviluppato un rigetto acuto di trapianto di rene ed in maggio 2022 l'organo è stato espantato. In giugno 2022 si è assistito ad un rapido esordio di calcifilassi ad entrambi gli arti inferiori, trattata con sodio tiosolfato e.v a fine dialisi. Ad ogni trattamento la paziente è stata sottoposta a medicazioni avanzate complesse da parte di personale infermieristico specializzato in vulnologia e al bisogno a curette chirurgici, previo blocco antalgico dei nervi femorale e ischiatico.

Fin dall'esordio della calcifilassi il dolore è stato trattato dapprima con buprenorfina cerotto e successivamente con fentanyl.

La terapia antalgica con oppioidi ha presentato numerose criticità in questa paziente, in particolare la comparsa di nausea, vomito, anoressia, perdita di peso.

In dicembre 2021, prima della morte del marito, la paziente aveva un peso secco post-dialisi di 57 kg. All'esordio della calcifilassi la paziente pesava 48 kg con rapido peggioramento di anoressia e vomito all'aumentare della terapia antalgica con oppiacei, fino a raggiungere, in agosto 2022, un peso secco di 43 kg post dialisi, con albumina di 2,7 gr/dl. Il tono dell'umore era molto depresso tanto da manifestare idee suicidarie, con categorico rifiuto di avviare una terapia antidepressiva. In agosto 2022 veniva pertanto proposta alla paziente una terapia con cannabis medica a scopo antalgico e stimolante dell'appetito. Il preparato galenico a base di tetraidrocannabinolo (THC) al 22% e cannabidiolo (CBD) <1% (concentrazione media per goccia di 0,5 mg di THC) è stato assunto al dosaggio iniziale di due gocce sublinguali tre volte al giorno con incrementi di una goccia ogni tre giorni, fino ad un dosaggio massimo di 11 gocce tre volte al giorno, per un totale di 4

mesi di utilizzo. Nei primi giorni di utilizzo della cannabis medica è stata introdotta terapia con aloperidolo per os, per comparsa di sintomi psicotici, i quali si sono rapidamente risolti dopo una settimana di utilizzo, per verosimile comparsa di tolleranza. Durante l'utilizzo di cannabis medica l'assunzione degli oppiacei è stata completamente sospesa, la paziente ha ripreso ad alimentarsi ed anche il tono dell'umore è migliorato rapidamente. In dicembre 2022 la paziente aveva recuperato peso fino a raggiungere 48 kg con albumina 3,4 gr/dl. Il trattamento con cannabis medica è stato infine gradualmente sospeso per completa guarigione delle lesioni degli arti inferiori e scomparsa del dolore.

In alcuni casi come questo appena descritto, la cannabis medica potrebbe rappresentare un'importante risorsa antalgica, soprattutto quando il dolore si accompagna a quadri di anoressia, cachessia e deflessione del tono dell'umore.

Mi auguro che le evidenze preliminari dei benefici, possano incoraggiare la comunità dei nefrologi e dei terapisti del dolore a condurre nuovi, numerosi ed indipendenti studi su questa pianta che accompagna l'uomo fin dalla notte dei tempi.

Bibliografia

Rein JL. The nephrologist's guide to cannabis and cannabinoids. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* 2020 Mar;29(2):248-257. doi: 10.1097/MNH.0000000000000590.

Kliuk-Ben Bassat O, Schechter M, Ashtamker N, Yanuv I, Rozenberg A, Hirshberg B, Grupper A, Vaisman N, Brill S, Mosenzon O. Medical cannabis for pain management in patients undergoing chronic hemodialysis: randomized, double-blind, cross-over, feasibility study. *Clin Kidney J.* 2022 Dec 23;16(4):701-710. doi: 10.1093/ckj/sfac275. eCollection 2023 Apr.

Sitografia:

<https://cannabiscienza.it/>

* Dott.ssa Alessandra Dalla Gassa
Medico specialista in Nefrologia,
agopuntore e nutrizionista
Responsabile del Servizio di Emodialisi
dell'O. San Pellegrino
Castiglione delle Stiviere (MN)

Una patologia in crescita esponenziale

DISTURBI COGNITIVI E DEMENZA

*a cura di Angela Manica**



Dott.ssa Alessandra Lombardi

Sull'argomento abbiamo intervistato la dott.ssa Alessandra Lombardi, responsabile del Centro di Disturbi Cognitivi e Demenza (CDCD) di Trento, afferente al Dipartimento Anziani e Longevità dell'APSS. La dott.ssa Lombardi, Medico Geriatra e Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, riveste incarichi di docenza presso l'Università di Verona e presso la scuola di formazione specifica in MMG (Medicina generale) di Trento; in collaborazione con quest'ultima e la fondazione FBK è stato inaugurato nel 2022 il corso di formazione dei medici di RSA, di cui riveste il ruolo di Responsabile.

È inoltre una componente del tavolo di lavoro presso il Ministero della Salute per la stesura del "Piano Nazionale demenze" fin dal 2013 e partecipante al tavolo di lavoro istituito presso l'Assessorato alla Salute e Politiche sociali della Provincia Autonoma di Trento.

Dott.ssa Lombardi, ci spiega cosa è il CDCD, a chi si rivolge e come è possibile accedere al Servizio?

Il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze, il CDCD è l'ambulatorio che si occupa della diagnosi e della terapia della malattia di Alzheimer e delle altre demenze.

Costituisce il riferimento specialistico nel Sistema sanitario Nazionale per tali patologie, è stato istituito nell'anno 2000 nell'ambito del Progetto CRONOS, come Unità Valutativa Alzheimer – UVA e rinominato nel 2015 dal

Piano Nazionale Demenze, in tutta Italia, dove si contano circa 500 centri.

I CDCD operano nella rete dei servizi per gli anziani ed in collegamento con i medici di medicina generale, coinvolgono la famiglia dalla fase diagnostica.

Sono costituiti da équipe multidisciplinari composte da: geriatria e neurologo con competenze avanzate nella diagnosi e cura delle demenze, con particolare attenzione alla gestione del paziente con co-morbilità e fragilità, secondo un approccio multidimensionale (dimensione fisica, cognitiva, funzionale, relazionale); psicologo con capacità consolidate nell'ambito neuropsicologico e psicometrico per l'identificazione e la misurazione delle alterazioni cognitive, per la definizione dei disturbi comportamentali e per il sostegno psicologico delle famiglie; infermiere con esperienza all'educazione terapeutica e all'empowerment, con particolare attenzione alla prevenzione e alla gestione delle complicanze fisico-funzionali, di supporto ai familiari; terapeuta occupazionale con capacità specifiche nel campo delle demenze per modulare le proposte di attività in modo da promuovere l'utilizzo delle potenzialità ancora sufficientemente conservate.

Per la diagnosi delle demenze presso il CDCD sono prescritti esami di secondo livello, in funzione del sospetto clinico: RM cerebrali, FDG-Pet, Pet amiloide, rachicentesi. Vengono quindi impostati gli interventi farmacologici e psicoeducativi appropriati rivolti al paziente e ai familiari, anche attraverso la co-progettazione di interventi post dia-

gnostici con i servizi sociali, le associazioni, gli enti locali territoriali.

Si accede al CDCD con impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG) per visita specialistica e successiva prenotazione telefonica al CUP dell'Azienda provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

Sappiamo che la patologia della demenza è in crescita esponenziale e presenta un impatto drastico, oltre che su tante famiglie, sul Sistema sanitario, sociale ed economico nazionale. Ci può fornire qualche dato a livello nazionale e locale?

Attualmente in Italia il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze sul piano economico e sociale.

Secondo le proiezioni demografiche nazionali, nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età e tra queste le demenze.

In Trentino si stimavano circa 8000 casi di demenza nel 2015, destinati a diventare 10.600 nel 2030.

Il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della malattia di Alzheimer, che è la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%).

Una domanda che si sentirà porre molte volte durante la sua pratica clinica ambulatoriale: la demenza è ereditaria? È possibile prevenirla? Quali strategie ci consiglia?

Solo in una minoranza di casi (non superiore al 5%), la malattia di Alzheimer ha un'origine genetica con esordio più frequente in età presenile (prima dei 60-65 anni).

Nella maggior parte dei casi la malattia si presenta in forma sporadica, cioè senza ereditarietà nelle generazioni di una famiglia, ed ha un esordio dopo i 65 anni.

Nel 60% delle forme ad esordio precoce la malattia compare in due o più persone appartenenti alla stessa famiglia; tali forme sono denominate familiari.

Di queste solo il 13% è causato dalla presenza di una mutazione genetica ed è trasmesso con modalità autosomica dominante con alta penetranza.

Prove crescenti suggeriscono che il 40% dei casi di demenza potrebbe essere ritardato o ridotto correggendo solo 12 fattori di rischio modificabili.

In assenza di una cura o di un trattamento accessibile a livello globale, la riduzione del rischio rimane il modo più efficace per combattere la demenza.

Un'infografica recentemente pubblicata nel Report dell'A-

DI (Alzheimer's Disease International), rappresenta bene quali siano le strategie vincenti.

Qual è il vantaggio di eseguire una diagnosi precoce e tempestiva di una patologia neurodegenerativa?

Sebbene non esista ad oggi un farmaco in grado di modificare la storia della patologia (disease-modifying), una diagnosi precoce può portare diversi vantaggi.



Sintomi simili alla demenza o al lieve declino possono essere dovuti a cause reversibili, che se intercettate precocemente e curate, possono regredire o stabilizzarsi. Inoltre, la presenza di un deficit cognitivo può allertare un medico a evitare farmaci con effetti negativi sulla memoria e sedativi.

La diagnosi tempestiva riduce il rischio di situazioni pericolose come trattamenti farmacologici inappropriati, difficoltà logistiche, finanziarie o eventi drammatici come infortuni domestici (cadute), incidenti automobilistici.

Un paziente che riceve tempestivamente la diagnosi ha in-

fine la possibilità di decidere in anticipo la pianificazione anticipata delle proprie cure e dell'assistenza.

In generale la diagnosi precoce migliorarla qualità di vita del paziente e del caregiver.

Quanto è importante la presa in carico del caregiver, oltre che del paziente stesso, nelle patologie cronico degenerative che prevedono una progressiva perdita della propria autosufficienza?

La famiglia ha un ruolo fondamentale nella presa in carico del paziente con demenza e riveste la funzione del caregiver informale principale anche quando può contare sull'aiuto delle badanti o di altra assistenza. È spesso sottoposto ad un pesante carico assistenziale, emotivo, organizzativo e fisico, da cui spesso deriva elevato stress con ripercussioni negative sul benessere personale e sulla salute. Si parla in tal caso di Burden. È importante prevenire situazioni di stress eccessivo, è compito anche del CDCD rilevare tale condizione e supportare il caregiver, attraverso percorsi di sostegno psicologico e indirizzando tempestivamente le famiglie alla valutazione dei bisogni sociali e all'attivazione di servizi specifici.

Parliamo ora di pazienti affetti da demenza di grado grave. La rete dei servizi attiva sul territorio prevede anche progetti assistenziali a supporto di pazienti e delle famiglie in questa fase avanzata della patologia? In Trentino è alta l'attenzione anche per le fasi avanzate della demenza?

Esiste la possibilità di attivare servizi di assistenza a domicilio, l'ADPD è rivolta in particolare a soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento, che spesso complicano la fase moderata-severa della patologia.

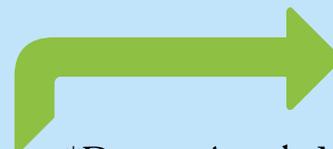
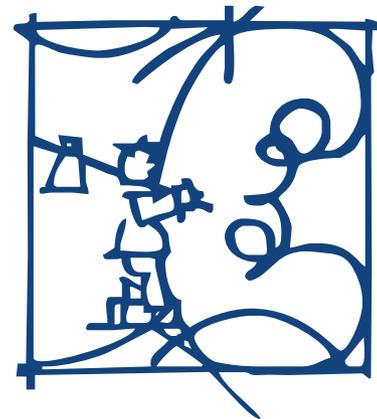
Per coloro che non hanno possibilità di essere accuditi a casa, è possibile l'inserimento in RSA, dove in molte realtà della Provincia esistono nuclei dedicati all'assistenza delle demenze severe. Da un anno e mezzo è in corso un'esperienza, che sta testando la revisione di tale modello nell'ottica di un miglioramento continuo delle cure e dell'assistenza.

Un'ultima domanda, più una riflessione. Assistere una persona con demenza non è un compito facile, a causa delle alterazioni comportamentali cognitive e comunicative che prevede la malattia e che richiedono continui adattamenti sia assistenziali che terapeutici. Qual è l'importanza dell'alleanza terapeutica con uno specialista di riferimento? Il lavoro in equipe multidisciplinare che, come nel caso del CDCD prevede varie figure professionali, può essere un valore aggiunto?

L'alleanza terapeutica con il paziente e con la sua famiglia è fondamentale per la formulazione della diagnosi e per la riuscita delle cure, in tutte le sue fasi.

La demenza è una patologia complessa e pone questi spesso complicati, che non trovano risposte facili, né immediate, da parte di singoli professionisti.

Tale malattia richiede competenze cliniche specialistiche, collaborazioni tra operatori e tra servizi. Il Piano nazionale sottolinea l'importanza della gestione integrata delle demenze e nell'ambito di "una rete di servizi e funzioni, a partire dal CDCD, che si configura come sistema integrato in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale ed un corretto approccio alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri Diurni, ADI dedicata, etc.), con particolare attenzione agli aspetti etici".



***Dott.sa Angela Manica**
Dirigente medico, specialista in Geriatria,
CDCD, APSS, Trento

*I risultati di un'indagine
sulle abitudini alimentari*

A PROPOSITO DELLA DIETA VEGETALE

*Annachiara Stenico**



Negli ultimi anni, l'attenzione verso le diete a base vegetale ha visto una crescita esponenziale in tutta la popolazione dei Paesi occidentalizzati, tra cui anche l'Italia: stando ai dati dell'istituto di ricerca Eurispes, nel 2023 erano almeno 2,4% i cittadini italiani ad aderire ad una dieta vegana, mentre nel 2022 lo era solo l'1,4%.

Questo aumento è in parte sicuramente dovuto ad una maggiore considerazione e sensibilità per la propria salute, così come anche ad una maggiore divulgazione delle tematiche legate al benessere degli animali e ad una crescente preoccupazione per la sostenibilità ambientale e i cambiamenti climatici, che purtroppo toccano sempre più da vicino le vite di tutti noi.

Durante la scorsa primavera è stato condotto uno studio cross-sectional attraverso un questionario anonimo divulgato attraverso il web, con l'intenzione di indagare e osservare vari aspetti relativi alle abitudini alimentari e comportamentali della popolazione vegana italiana. Fino ad oggi infatti, non erano mai state fatte valutazioni approfondite sul comportamento dei vegani residenti in Italia e all'estero in termini di salute, abitudini alimentari e relazioni con i professionisti nel settore.

Conoscere questi parametri infatti, tra cui integrazione vitaminico-minerale (con un occhio di riguardo alla vitamina B12), le frequenze di consumo di alimenti trasformati e l'aderenza alla piramide alimentare mediterranea, le motivazioni che hanno portato ad adottare una dieta vegana, le maggiori difficoltà percepite nei contesti sociali e nello scambio con gli operatori sanitari, ha dato la possibilità di avere una panoramica più ampia e dettagliata della scena vegana italiana, utile per valutare eventuali e potenziali criticità. Inoltre ha permesso di

valutare la relazione tra le scelte sociali e alimentari dei partecipanti ed il loro stato di salute, al fine di osservare eventuali differenze attitudinali e mediche.

I risultati emersi mostrano come un'ampia fetta della popolazione presa in esame (quasi il 70%) abbia intrapreso questa scelta alimentare da almeno un anno, anche se da meno di 5 anni. Inoltre, coloro che sono stati esclusi dal sondaggio perché vegani da un periodo inferiore a 365 giorni e quindi non rientravano nei parametri della ricerca, corrispondono ad un cospicuo 15%, segnale che nell'ultimo periodo l'incremento è stato importante.

Un altro dato interessante emerso è che la stragrande maggioranza di chi segue il modello alimentare vegano appartiene al genere femminile. Una possibile spiegazione di questo fenomeno potrebbe derivare dal grande riscontro nella compilazione del questionario in seguito alla divulgazione dello stesso tramite i profili Instagram delle dottoresse Silvia Goggi e Luciana Baroni, le quali annoverano un seguito prevalentemente femminile. Di contro, gli uomini sono una percentuale molto bassa, inferiore al 10%.

In passato, diversi studi di carattere internazionale hanno esaminato le motivazioni principali dietro lo shift verso un'alimentazione a base vegetale, e tali motivazioni vengono confermate anche dal presente studio: benessere e diritti degli animali, questioni ambientali e salute - rispettivamente in tale ordine di importanza - sono i tre aspetti preponderanti dietro l'adozione di una dieta vegetale.

In relazione allo svezzamento, nonostante la scelta vegana di uno o di entrambi i genitori, la maggior parte dei figli ha seguito comunque un divezzamento onnivoro, preferito ad uno di tipo vegano, a sua volta preferito a

quello vegetariano. A prescindere dalla scelta perpetrata dai genitori, la posizione del pediatra di riferimento circa l'adozione di uno svezzamento vegano per il bambino, si è dimostrata essere nel in un terzo dei casi contraria, in accordo con quanto riscontrato in precedenza da altri studi. È comunque necessario notare che oltre il 30% dei soggetti non aveva in ogni caso intenzione di svezzare il proprio o i propri figli con un regime vegano, evidenziando quindi il fatto che l'avversità del pediatra non sia il più delle volte un deterrente a tale proposito. Tra i motivi per cui i figli attualmente non vegani non seguono una dieta a base interamente vegetale, si evidenzia nella maggior parte dei casi il fatto che gli interessati non ritengono tale modello alimentare la scelta adatta in questa fase della propria vita, a seguire una contrarietà del partner e infine una contrarietà dello stesso genitore rispondente al questionario. Inoltre, l'impossibilità di un menu 100% vegetale influisce ulteriormente sulla decisione.

Un ostacolo considerevole e non indifferente per coloro che si avvicinano ad un'alimentazione vegana riscontrato dallo studio e la mancanza di opzioni interamente vegetali nelle occasioni conviviali, circostanza che dimostra la necessità di fare eccezioni, dunque non accidentali, alla propria dieta. Circa la metà del campione infatti - spinta dal desiderio di assaggiare, di non deludere altre persone o di non sentirsi in imbarazzo - ha preferito fare una "deroga" alla dieta vegetale, come si può vedere dal (Grafico I). Secondo la maggior parte di coloro che hanno preso parte al questionario risulta ancora difficile trovare un'opzione vegana quando si esce a mangiare.

Probabilmente anche per tale motivo, la stragrande maggioranza e solita consumare i pasti quasi sempre a casa propria, ed in tale occasione e il soggetto stesso a cucinare per se. E cucinare più frequentemente a casa, come dimostrato da altre ricerche, è stato associato ad un punteggio più alto nell'Healthy Eating Index-2015, strumento utilizzato per misurare la qualità della dieta. Si può osservare in letteratura come la popolazione vegana generalmente si accosti molto di più alle indicazioni della dieta mediterranea rispetto alla popolazione vegetariana e onnivora, consumando significativamente

molta più frutta e verdura, legumi e frutta secca oleaginosa. Ciò trova la conferma ancora una volta nel campione da noi analizzato: il consumo di frutta e verdura figura più d'una volta al giorno per quasi la totalità dei soggetti, mentre i legumi appaiono quotidianamente almeno una volta per più dell'80% del totale e 3-5 volte a settimana per la restante parte. Andamento simile si è verificato per la categoria dei semi oleaginosi e della frutta a guscio nonché dell'olio extravergine di oliva, che rimane la fonte di grasso più utilizzata. Come per tutte le categorie sopra citate, anche per quanto riguarda cereali e derivati la frequenza è totalmente in linea con le Linee Guida CREA.

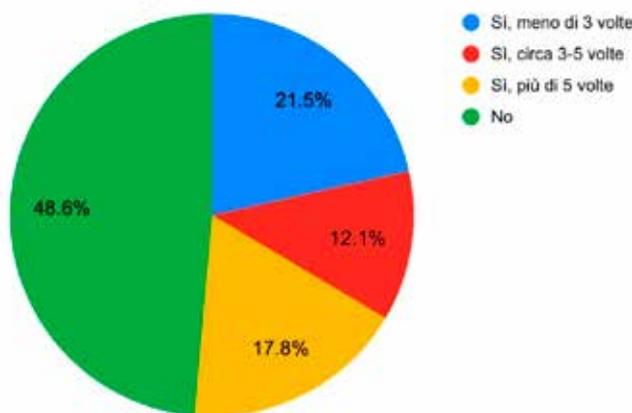
Sempre secondo il CREA, bibite zuccherate e alimenti fritti, definiti alimenti "voluttuari", dovrebbero essere consumati con frequenza occasionale e limitati ad eventi

particolari, indicazione che viene decisamente rispettata dalla quasi totalità della popolazione presa in esame. Trend molto simile si evidenzia anche per prodotti pronti surgelati e conservati, formaggi vegani a base di olio di cocco e a base di frutta secca, dimostrando nuovamente un'attinenza con quanto indicato nelle indicazioni di frequenza di consumo.

La frequenza di consumo di burger e sostituti della carne è invece leggermente differente: un quinto dei rispondenti consuma tali prodotti dalle 3 alle 5 volte in settimana, e trattandosi di alimenti processati, il loro consumo andrebbe limitato il più possibile. Tuttavia, tale dato, seppur evidenziando una tendenza dei vegani a consumare più alimenti ultra processati rispetto a vegetariani e onnivori già riscontrata in un precedente studio, non fornisce nessun pretesto per poter categorizzare la dieta vegana come nutrizionalmente povera o non bilanciata: si tratta infatti comunque di prodotti di derivazione totalmente vegetale - quindi privi di colesterolo, spesso meno calorici e con una discreta percentuale di fibra - che se confrontati alla controparte animale, hanno dimostrato diversi vantaggi in termini di salute.

Il diffuso consumo di tali alimenti trova spiegazione analizzando il fattore che ne influenza maggiormente l'acquisto, ossia il "gusto": questo risultato dimostra che spesso coloro che diventano vegani, rifiutano solamente

Ti è capitato di fare "eccezioni" (non accidentali) alla dieta vegana nell'ULTIMO ANNO?



il modus operandi con cui vengono realizzati determinati prodotti, ma non intende rinunciare alla componente del piacere e della gioia nel mangiare. Motivo per cui il mercato delle alternative vegetali e inoltre in continua e rapidissima ascesa.

Spostando il focus allo stile di vita, e risaputo che chi pratica regolarmente attività fisica ha un migliore stato di salute generale, riscontrando benefici sia di ordine clinico-metabolico, che psicologico e comportamentale. Più di tre quarti del campione intervistato nella presente analisi pratica attività fisica almeno 1-2 volte in settimana per una durata media di 1-2 ore, dati che si avvicinano molto alle raccomandazioni della WHO (World Health Organization). Ugualmente anche per quanto concerne l'abitudine al tabagismo e al consumo di bevande alcoliche, i risultati emersi sono più che positivi: i non-fumatori ed ex-fumatori costituiscono la parte più abbondante del campione, così come astemi e bevitori occasionali, ovvero che consumano alcolici da 1 volta al mese a massimo 4 volte in settimana. E ben noto infatti che il consumo di alcol rap-

presenta uno dei più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di cancro dopo il fumo, l'obesità, l'inattività fisica e l'inadeguato consumo di frutta e verdura, nonché di sviluppo di patologie ematiche. Il fumo invece è un fattore di rischio importante per numerose patologie, come tumori e patologie cardiovascolari.

Sedentarietà e scorrette abitudini alimentari, così frequentemente associate, rivestono un ruolo determinante nel diffondersi di quadri patologici gravi, definiti "patologie del benessere". A fronte di questi dati però, nel presente campione, si osserva un'assenza di patologie croniche in oltre l'85% dei soggetti totali, mentre la presenza di malattie potenzialmente associate a scorretti stili di vita (cardiopatie, diabete mellito di tipo 2, malattie infiammatorie croniche intestinali, dislipidemie ed ipertensione arteriosa) pari a meno del 5%. Nonostante sia fondamentale considerare l'età media del campione (29,9 aa), questi risultati potrebbero confermare due ipotesi: la prima, ossia che un'alimentazione interamente vegetale potrebbe avere conseguenze positive sulla salute degli individui, e la seconda, come suggerisce la letteratura, che coloro i quali seguono una dieta

plant-based, compiono non solo scelte alimentari più attente e consapevoli, ma tendono anche ad avere uno stile di vita in generale più sano e attivo rispetto alla popolazione onnivora, prendendosi cura della propria salute a 360 gradi.

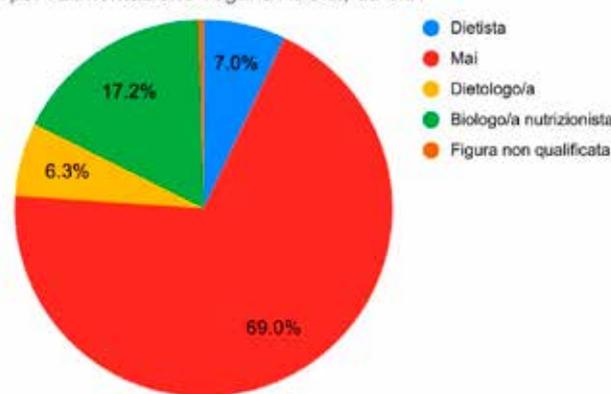
Come ben sottolineato da vari position paper di numerose istituzioni, per poter considerare un'alimentazione vegetale nutrizionalmente bilanciata e sana e assolutamente necessaria l'integrazione della vitamina B12. E la quasi totalità del campione dimostra di essere a conoscenza di tali indicazioni, integrando regolarmente la vitamina. E doveroso tuttavia notare e monitorare quella parte della popolazione che dichiara di non fare mai uso del supplemento: nonostante si tratti di una percentuale molto ridotta (3,7%), i rischi per la salute sono evidenti e non trascurabili.

E di assoluta importanza dunque continuare ad informare i pazienti e istruire il personale medico-sanitario affinché dimostri di aver recepito l'entità di tale raccomandazione. Non è invece di uguale interesse l'integrazione di altri supplementi, come ferro, omega 3 e multivitaminici, per

i quali non si denota infatti la stessa urgenza - se non per la vitamina D, che viene integrata con regolarità da circa un terzo del campione analizzato.

A tal proposito, è sorprendente osservare che seppur meno del 70% del campione abbia ricercato supporto e avuto un'esperienza diretta con un professionista in nutrizione per l'alimentazione vegana (Grafico II), quasi tre quarti hanno riscontrato più volte resistenza o scetticismo da parte degli stessi o di altre figure medico-sanitarie, come ben evidenzia il Grafico III. Sono i medici di base in modo particolare a mostrare maggior scetticismo, dimostrando scarse competenze e conoscenze riguardo l'alimentazione vegetale. Ma i motivi per i quali viene da tali figure sconsigliata, ovvero il timore che insorgano potenziali problemi di malnutrizione o l'aggravarsi di condizioni fisiche precarie già presenti, sono ripetutamente smentiti dalla letteratura, come riportato in precedenza. Il dato forse più preoccupante però è proprio lo scetticismo e l'avversione nei confronti dei pazienti vegani, che vengono spesso ostacolati e derisi per la loro scelta, anziché correttamente consigliati e supportati.

Sei mai stato/a seguito/a da un professionista in nutrizione per l'alimentazione vegana? Se sì, da chi?



L'esiguo numero di partecipanti (2%) avente avuto esperienze positive nell'approccio con personale sanitario suggerisce l'urgente necessità di formare e rendere consapevoli i professionisti - specialisti della nutrizione o non - sulla validità di una dieta 100% vegetale, che se correttamente pianificata e integrata, e perfettamente applicabile ad ogni paziente in ogni fase della vita e può spesso svolgere un ruolo preventivo nell'insorgenza di determinate patologie.

Ad ogni modo, la quasi totalità del campione è desiderosa di imparare e ricevere informazioni circa l'alimentazione vegana, ricercando autonomamente nozioni utili da numerosi fonti, come professionisti in nutrizione, articoli scientifici, libri e riviste, amici e conoscenti e soprattutto dal web. Instagram riveste infatti un ruolo cruciale nella divulgazione di contenuti in merito, e grazie agli account di dottori e dottoresse qualificati, aiuta la diffusione del messaggio in maniera consapevole ed efficace.

Per concludere, è confortante notare come modelli alimentari sì vegani ma anche restrittivi e potenzialmente pericolosi (diete fruttariane o crudiste), non riscuotono alcun interesse tra la popolazione in esame, che invece, per oltre il 95% segue una dieta vegana "standard", senza particolari restrizioni dietetiche nell'ambito dei gruppi di alimenti vegetali.

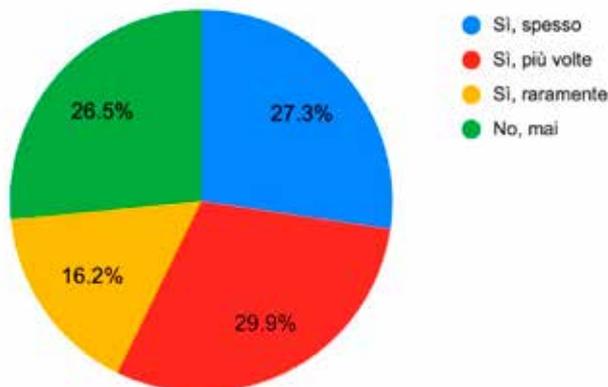
Questo studio ha fornito risultati interessanti circa le abitudini alimentari e i comportamenti della popolazione vegana italiana, permettendo di avere una visione d'insieme aggiornata, utile sia come benchmark che

per scopi di monitoraggio futuro. Inoltre, considerando un'applicazione dei risultati a livello pratico, potrebbe risultare utile l'introduzione di corsi e seminari formativi o l'implementazione di lezioni di educazione alimentare nel piano di studio dei corsi di laurea in medicina

e professioni sanitarie, eseguite da figure professionali esperte in alimentazione vegetale quali i dietisti, dietologi e biologi nutrizionisti specializzati. L'idea è infatti di aumentare la consapevolezza delle figure sanitarie sopra citate circa la fattibilità e la invalidità di un'alimentazione a base completamente vegetale, nonché a trasmettere informazioni aggiornate e scientificamente

fondate ai pazienti. L'obiettivo principale degli interventi proposti consisterebbe infatti nel rendere informato e consapevole il personale medico-sanitario in merito alle diete a base vegetale e di conseguenza a ridurre nei pazienti il rischio di sviluppare carenze nutrizionali.

Hai mai riscontrato resistenza/scetticismo da parte di professionisti sanitari riguardo l'alimentazione vegana?



***Annachiara Stenico**
Dietista Specializzata in Alimentazione plant-based, Nutrizione sportiva



L'ERBOLARIO

Natura e CosmEtica, insieme a te da 45 anni.

L'ERBOLARIO ROVERETO
Via Garibaldi, 27
38068 Rovereto (TN)

L'ERBOLARIO TRENTO
Via S. Pietro 16
38122 Trento (TN)

COMPONENTI ETICHE A FRONTE DI MALATTIE RENALI CRONICHE E NEOPLASTICHE

di Chiara Lenoci*



(Questo contributo è tratto dalla relazione del Prof. Giuliano Brunori al Congresso tenutosi a Torino il 25-26/05/2023 dal titolo "Onconeurology: the new challenge for nephrologists and oncologists")

Al giorno d'oggi, a livello mondiale, le neoplasie rappresentano una delle principali cause di morte, così come la malattia renale cronica in stadio terminale (End Stage Renal Disease - ESRD) interessa percentuali sempre più ampie di popolazione.

A partire dagli anni '70 la dialisi è diventata il trattamento salvavita per pazienti con insufficienza renale acuta o cronica in stadio terminale e negli ultimi decenni nei Paesi occidentali il numero di dializzati cresce del 5% annuo. Fra le principali cause vanno ricordate l'invecchiamento della popolazione generale e l'incidenza sempre più crescente di diabete mellito di tipo II, condizione frequentemente associata a deterioramento della funzione renale. La terapia sostitutiva della malattia renale cronica permette una maggior sopravvivenza rispetto al paziente con malattia renale cronica terminale in assenza di terapia sostitutiva, maggior sopravvivenza che può favorire la comparsa di neoplasie. Recentemente sono stati pubblicati studi che hanno dimostrato una maggiore incidenza per alcuni tipi di tumore nei pazienti in dialisi, come per esempio le neoplasie a carico delle vie urinarie extrarenali, vescicali e renali, del fegato e della tiroide.

Pertanto, come nefrologi ci troveremo sempre più spesso a trattare pazienti con ESRD o già in dialisi che sviluppano un tumore (spesso la diagnosi di cancro viene fatta grazie ai programmi di screening per inserimento in lista trapianto) così come gli oncologi dovranno gestire pazienti oncologici con ESRD o in dialisi. Le prescrizioni dovranno essere adattate in termini di adeguamento del dosaggio e del tempo di somministrazione al fine di prevenire effetti collaterali renali e non, dovuti alla modifica della farmacocinetica dei farmaci antitumorali in pazienti con alterata funzione renale. La corretta conoscenza della farmacocinetica dei farmaci antineoplastici permetterà così di evitare gli effetti tossici dovuti ad accumulo del farmaco per la minore escrezione renale, così come l'inefficacia terapeutica dovuta alla somministrazione di una dose non adeguata e ridotta arbitrariamente a scopo precauzionale. Lo studio multicentrico CANDY (CANcer and DialYsis, 2012) ha dimostrato che con il dosaggio appropriato del farmaco antineoplastico i pazienti oncologici con malattia renale in trattamento sostitutivo possono essere trattati come i pazienti non dializzati. Pertanto, è fondamentale utilizzare i dati disponibili per regolare la dose di farmaci antitumorali per questi pazienti e programmare la somministrazione in base alle sessioni di dialisi.

È quindi necessario un approccio multidisciplinare che includa oncologi, nefrologi e farmacologi per gestire correttamente i pazienti oncologici che presentano

ESRD e proporre quindi una strategia farmacologica antitumorale adattata a questi pazienti che sviluppano tumori piuttosto che controindicarla sistematicamente, utilizzando le poche raccomandazioni che derivano prevalentemente da report basati su singoli casi clinici e non da studi con una significativa numerosità di pazienti dializzati (che sono attualmente le uniche disponibili) e raccogliere correttamente i dati osservati nei pazienti trattati per avere ulteriori strumenti a disposizione per il trattamento delle neoplasie nei pazienti con ESRD o in dialisi.

Pertanto si rende sempre più necessario, alla luce anche della continua introduzione nella pratica clinica di nuovi farmaci antitumorali, poter disporre di algoritmi terapeutici basati sullo stato fisico del soggetto, sulla mortalità prevista per malattia renale, sul tempo di dialisi, sul tipo e stadio della neoplasia, sull'impatto che il trattamento potrà avere sul grado di autonomia del paziente e il risultato ottenuto dall'algoritmo potrà quindi essere di supporto al clinico nella scelta terapeutica (si terapia verso no terapia).

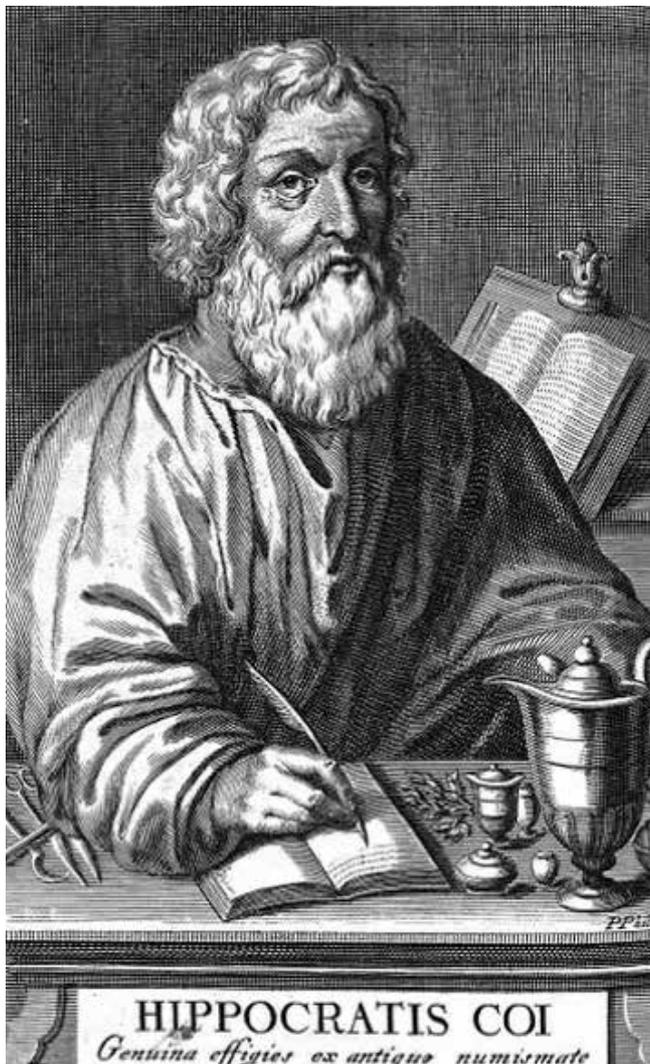
Alla luce dell'età media di inizio trattamento dialitico sempre più avanzata (nel mondo occidentale è attorno ai 69 anni), della possibile comparsa di neoplasia nel corso del trattamento dialitico, delle attese dei pazienti e familiari in un'epoca sempre più connessa e con informazioni non sempre attendibili, è lecito che la comunità dei professionisti si chieda: "è giusto trattare i pazienti dializzati con riscontro di neoplasia quando anche in condizioni di "assenza di neoplasia" hanno una minor sopravvivenza rispetto alla popolazione generale? Tratto tutti indistintamente, non tratto nessuno, quali strumenti posso utilizzare per supportarmi nella decisione?" La scelta decisionale in questo caso richiede, a nostro giudizio, il supporto della bioetica, branca della filosofia che nasce con lo sviluppo delle scienze e delle tecnologie biomediche e che si occupa dell'analisi razionale dei problemi morali emergenti nel campo delle scienze biomediche, proponendosi di definire criteri e limiti di liceità alla pratica medica e alla ricerca scientifica, affinché il progresso avvenga nel rispetto di ogni persona umana e della sua dignità. Partendo dalla descrizione del dato scientifico, biologico o medico, la bioetica esamina la legittimità dell'intervento dell'uomo sull'uomo, avendo come orizzonte di riferimento la persona in tutte le sue dimensioni: fisiche, psichiche e spirituali. Il fine del giudizio bioetico non è solo quello di dire 'come' si deve agire, ma 'perché' si deve agire in quel modo basandosi sui 4 principi, riconosciuti come finalità implicite di questa pratica: il principio di autonomia del paziente, il

principio di non maleficenza, di beneficenza che deve mettere in atto il medico e il principio di giustizia che sottolinea l'esigenza di equità e giustizia della pratica medica e sanitaria.

Ed ecco che alla luce di tali premesse, dinanzi ad un paziente oncologico con ESRD o in dialisi il medico dovrebbe proporre un piano di assistenza personalizzato che consideri la prognosi e le opzioni terapeutiche per ogni condizione, rispettando anche le preferenze del paziente. La stretta collaborazione tra oncologi, nefrologi, palliativisti e geriatri è fondamentale per prendere decisioni terapeutiche ottimali e sono disponibili diversi strumenti per definire la prognosi della neoplasia, la prognosi della malattia renale e la prognosi generale correlata all'età. Trattare o non trattare queste condizioni cliniche spesso si pone come quesito soprattutto nei pazienti più anziani con ESRD che presentano anche altre comorbidità, e che in una percentuale sostanziale mostrano una significativa compromissione funzionale e cognitiva oppure perdono l'autonomia funzionale entro i primi mesi o anni di dialisi.

Il trattamento dialitico è da considerarsi come "terapia salvavita", ma in alcune situazioni può essere visto anche come un prolungamento sproporzionato della sopravvivenza e che può peggiorare la qualità della vita del paziente così come comportare un aumento del carico di cure. Compito del clinico pertanto è di "dare vita agli anni, non anni alla vita". Molti pazienti con ESRD sono fragili e hanno molteplici comorbidità e la loro sopravvivenza globale in dialisi cronica rimane bassa, con un tasso di sopravvivenza a 5 anni inferiore al 50%; tuttavia, vi è un'elevata variazione interindividuale a seconda dell'età, dello stato funzionale e della presenza di comorbidità specifiche al momento dell'inizio della terapia





renale sostitutiva. Oltre alle complicazioni mediche, è ben noto che l'inizio della terapia renale sostitutiva è associato ad un improvviso declino funzionale e ad una diminuzione della qualità della vita. Lo stato funzionale è un risultato importante per i pazienti più anziani, la maggior parte dei quali lo considera prioritario rispetto al prolungamento della vita. Inoltre, vi è una maggiore probabilità per i pazienti in dialisi di morire in ospedale o in strutture sanitarie piuttosto che in Hospice o a domicilio e la maggior parte dei pazienti in dialisi riceve negli ultimi anni di vita un trattamento sproporzionato rispetto alla prognosi e ai reali bisogni del soggetto. Dato il contesto complesso dovuto sia alla neoplasia che alla malattia renale (e della possibile fragilità), in questa popolazione è fortemente raccomandato non utilizzare la sola valutazione geriatrica ma utilizzare l'intero processo CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), ossia la valutazione geriatrica completa, per fornire la migliore assistenza e includere assistenti e infermieri del

servizio dialisi nel team interdisciplinare CGA. La CGA è definita come un processo diagnostico multidimensionale e interdisciplinare che fornisce una solida base per un processo decisionale condiviso perché raccoglie informazioni sulle capacità e sui limiti funzionali e psicosociali che sono legati alla discussione di ciò che conta di più nella vita quotidiana del singolo paziente. Con queste informazioni raccolte obiettivamente, il team medico è in grado di sviluppare un piano coordinato e integrato per il trattamento e il follow-up a lungo termine.

Inoltre, nei pazienti con malattia renale avanzata, ci sono rapporti secondo i quali la valutazione geriatrica è utile per integrare il processo decisionale condiviso in merito alla scelta della modalità e per massimizzare le opportunità di riabilitazione e mantenimento dell'indipendenza. È stato suggerito che la CGA dovrebbe essere eseguita, e dovrebbe essere applicata per la pianificazione avanzata dell'assistenza, al momento dell'inizio della dialisi e poi riveduta quando si verifica un cambiamento importante nella salute o nello stato funzionale di un paziente, come nel caso di un ricovero in ospedale.

Non iniziare la dialisi, o interromperla, è quindi una valida opzione terapeutica anche nelle persone anziane con neoplasia, in particolare se la prognosi della neoplasia o la prognosi generale correlata all'età è sfavorevole. L'équipe medica ha l'obbligo etico nei confronti del paziente di delineare la diagnosi e di evidenziare l'opzione della dialisi senza omettere informazioni sul rapporto rischio-beneficio. Il paziente può anche decidere di provare la dialisi per un tempo limitato, prendendosi il tempo necessario per prendere la decisione definitiva di interrompere o proseguire la dialisi. Allo stesso modo, dovrebbe essere descritta la possibilità alternativa di un approccio conservativo con cure palliative. I pazienti hanno il diritto di rinunciare a qualsiasi trattamento; al contrario non può essere richiesta la somministrazione di una terapia che l'équipe medica valuti come futile o dannosa.

Alla luce del declino cognitivo che può manifestarsi nel periodo successivo all'inizio della terapia sostitutiva, è pertanto importante iniziare le discussioni sull'inizio o la fine della dialisi il prima possibile nel decorso clinico del paziente, per consentire un processo decisionale informato e condiviso (équipe sanitaria-paziente-familiari).

Fornire informazioni è essenziale ed i pazienti che decidono se iniziare o interrompere la dialisi devono essere informati della loro prognosi e della possibile insorgenza di sintomi che si presenteranno alla sospensione del

trattamento o al non avvio della terapia sostitutiva. L'alternativa al non avvio della terapia dialitica rimane la massima gestione conservativa, un approccio che comprende il trattamento di supporto per alleviare i sintomi nei pazienti con ESRD, oltre a misure per preservare la funzione renale residua. Ovviamente vanno garantiti alla persona con prognosi infausta il non abbandono (ageismo) garantendo un supporto multidisciplinare al paziente, il sollievo delle sofferenze attraverso l'attivazione delle cure palliative, il rispetto di tutti i diritti della persona (dignità) e il diritto alla verità/speranza attraverso un'informazione veritiera.

Il delicato equilibrio tra il trattamento e la palliazione nel paziente nefropatico con neoplasia (sia nel paziente già in trattamento che in quello che deve iniziare trattamento dialitico) ha portato in questi ultimi anni alla individuazione di una nuova specializzazione in rapida evoluzione quale è l'onconeurologia, che centralizza le competenze oncologiche, nefrologiche e geriatriche per permettere la definizione del percorso di cura del paziente anziano e nefropatico con neoplasia. Le decisioni terapeutiche vanno quindi condivise attraverso un confronto tempestivo tra pazienti, familiari o caregiver e professionisti, sui delicati argomenti della prognosi e delle preferenze del paziente. La pianificazione anticipata dell'assistenza delinea i confini della perseveranza terapeutica in base alle preferenze dei pazienti e mira a preparare i pazienti e i loro caregiver al processo decisionale di fine vita, nel tentativo di migliorare la qualità della vita, senza necessariamente estenderla. Al termine del percorso di confronto, che può richiedere anche momenti di interruzione per permettere una adeguata elaborazione delle informazioni ricevute al paziente e ai familiari, si definisce in maniera dettagliata la pianificazione dell'assistenza (escalation terapeutica, sospensione trattamento dialitico, palliazione). Condivisione, informazione corretta, tempo per l'elaborazione delle decisioni, supporto al paziente e ai familiari nel percorso decisionale sono step fondamentali perché il percorso di cura sia basato sulle conoscenze del clinico e sulle volontà del paziente e dei caregiver.

Nei pazienti con malattia renale cronica, di solito c'è una relazione terapeutica di lunga data tra il nefrologo e il paziente, e questa relazione favorisce le discussioni congiunte. Nel caso di riscontro di neoplasia in un soggetto dializzato cronico deve essere valutato il peso del trattamento dialitico (sia in termini assistenziali che di impatto sulla vita del paziente) e il vantaggio di sopravvivenza che il trattamento dialitico può dare, valutazione che si rende particolarmente necessaria nei pazienti

anziani fragili. Le informazioni predittive sulla sopravvivenza attesa con o senza un trattamento antineoplastico specifico sono importanti per i pazienti nel processo decisionale. La complessità di questo contesto è che la prognosi globale è determinata da almeno tre fattori, in parte indipendenti: la prognosi della neoplasia, la prognosi associata alla fragilità (che include altre comorbidità, lo stato funzionale e le sindromi geriatriche) e la prognosi basata sulla malattia renale. Tuttavia, la prognosi è più della sola aspettativa di vita; una definizione più ampia è quella di considerare la prognosi come la visione anticipata della convivenza con una malattia e deve includere considerazioni sulla qualità della vita, lo stato funzionale, l'onere dell'assistenza e delle cure, le speranze e le preoccupazioni dei pazienti e la possibilità di eventi imprevedibili. Sulla base di tutte queste considerazioni, il medico può aiutare il paziente a prendere decisioni che abbiano senso per il paziente nella propria vita.

Un documento utile per la definizione condivisa del processo delle cure nel paziente nefropatico è il "Documento condiviso SICP-SIN" frutto del tavolo di lavoro intersocietario fra la Società Italiana Cure Palliative e la Società Italiana di Nefrologia, approvato nel 2015. Nel documento si possono trovare gli strumenti utili per l'identificazione precoce nel paziente con malattia renale cronica avanzata del bisogno di cure palliative, gli aspetti di natura etico-giuridica e indicazioni generali sulle possibili opzioni terapeutiche.

Infine, per il paziente in terapia conservativa o in trattamento dialitico con la neoplasia in cura attiva è necessaria la presa in carico "continuativa e transmuraria (territorio-ospedale-territorio)", sul modello delle cure simultanee, in questo caso "onco-nefro-palliative".



***Dott.ssa Chiara Lenoci,**
Medico specializzando presso la Scuola
di Specializzazione in Nefrologia
Università di Verona

LA CALCOLOSI RENALE

di Diana Zarantonello* e Federica Berchielli**

I calcoli renali sono piccole concrezioni che si formano nelle vie urinarie e possono causare l'occlusione del deflusso di urina nell'uretere (il dotto che collega i reni alla vescica), provocando le cosiddette "coliche renali", condizioni molto dolorose determinate dal fatto che le vie urinarie cercano di favorire l'estrusione del calcolo.

È una patologia che da sempre è nota nella storia della medicina. Il primo calcolo renale è stato rinvenuto in una tomba egizia risalente a circa 7000 anni fa, epoca antecedente a quella dei Faraoni. Nell'antichità i calcoli espulsi venivano conservati come amuleti, con effetti benauguranti per i possessori. Non conoscendo la natura di come si formassero, i sapienti dell'antichità proponevano fantasiosi metodi per il trattamento delle coliche: per esempio Plinio il Vecchio (I° secolo DC) indicava l'assunzione di gusci di chioccioline polverizzate, mentre Areteo di Cappadocia suggeriva di consumare bruchi intrisi nel miele. Con l'avvento del cristianesimo e la creazione degli orti botanici nei conventi e nei monasteri, cominciarono ad essere coltivate erbe officinali come il basilico, il timo, la malva, l'alloro e il finocchio alle quali veniva attribuita la capacità di contrastare la formazione di calcoli o di favorirne l'eliminazione. Anche la scuola Salernitana si occupò del problema, stilando ricette con presunti effetti benefici, come decotti di betulla, ginepro, ortica, ciliege, gramigna.

Di tale patologia soffrirono molti uomini illustri nella storia, da Plinio il vecchio a Napoleone, da Epicuro a Pietro il Grande, da Luigi XVI ad Isaac Newton. Fu Michelangelo a chiamare il dolore delle sue coliche renali «il mal della pietra».

Di calcolosi renale soffrono più gli uomini delle donne, con un rapporto di 3 ad 1 e la fascia di età più colpita è quella che va dai 30 ai 60 anni. Inoltre negli ultimi 10 anni si è registrato un aumento della prevalenza di tale patologia in tutti i Paesi più sviluppati. Questo pare essere in parte legato alla modifica delle abitudini die-

tetiche, con eccessivo apporto di sale, calorie, proteine animali e zuccheri semplici, ma anche le condizioni climatiche sembrano favorire un'elevata prevalenza di calcolosi (figura 1). La cosiddetta "cintura di pietra" (in rosso) si estende in tutto il mondo ed è caratterizzata da una elevata prevalenza di calcoli urinari dal 10 al 15%. In questa zona le condizioni climatiche e sociali sono favorevoli alla formazione dei calcoli. Alcuni calcoli sono associati alla povertà (calcoli di struvite, legati ad infezioni croniche), altre al benessere. In Europa e negli Stati Uniti si è registrato un forte aumento, quasi esclusivamente legato al benessere, dei calcoli di ossalato di calcio e di acido urico. Le previsioni climatiche per gli Stati Uniti indicano che la "cintura di pietra" si sposterà verso nord nei prossimi due decenni.

I calcoli si formano a livello renale quando vi è un eccesso di concentrazione di minerali e/o un deficit di fattori anti-litogeni (fattori che evitano la formazione dei calcoli). Il 97% dei calcoli si trova all'interno del rene (calici e pelvi) e negli ureteri, mentre solo il 3% si trova a livello della vescica o dell'uretra. Il calcolo della vescica, raro nei paesi occidentali, è invece più comune nei bambini dei paesi in via di sviluppo spesso a causa di disidratazione, infezioni, anomalie del tratto urinario e a diete molto povere in contenuto proteico.

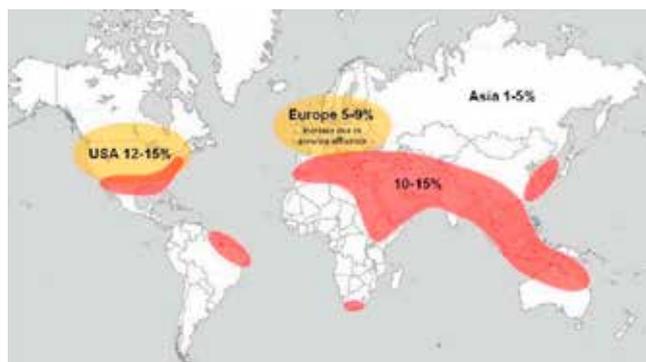


Figura 1: la "cintura di pietra", alta prevalenza di calcolosi renale, legata a condizioni climatiche favorevoli (in rosso) e l'aumento di prevalenza di calcolosi legata al benessere (in giallo).

Le dimensioni dei calcoli possono variare da pochi millimetri ad alcuni centimetri di diametro, e spesso rimangono silenti per lunghi periodi prima di manifestarsi con coliche renali o essere individuati casualmente con un esame strumentale come TAC o ecografia.

I calcoli riscontrati più frequentemente sono quelli formati da ossalato di calcio (80%), seguiti da quelli di acido urico (10%), calcio fosfato (5%), magnesio ammonio fosfato (o struvite, legati a infezioni 4%) e raramente a cistina (<1%); quest'ultima condizione è legata ad una patologia genetica ereditaria (cistinuria) e comporta la formazione di calcolosi a stampo che insorge precocemente.

Dopo un primo episodio di colica renale il 50% dei pazienti presenta almeno una recidiva, mentre il 10-20% presenta 3 o più episodi successivi.

La stragrande maggioranza delle persone che soffre di calcoli renali, nei paesi sviluppati, attua stili di vita che predispongono alla formazione dei calcoli, come scarso introito di liquidi, eccessi alimentari, sovrappeso/obesità, scarsa attività fisica, abitudine al fumo e al consumo di alcolici.

Più raramente vi sono patologie che predispongono alla calcolosi, come la sarcoidosi, l'iperparatiroidismo (entrambe correlano con elevati livelli di calcio nel sangue), le alterazioni delle vie urinarie, alcune patologie genetiche del rene (come malattia renale policistica), le alterazioni dell'assorbimento intestinale secondario a interventi di chirurgia bariatrica e l'assunzione di certi farmaci (alcuni antivirali, eccesso di vitamina D, alcuni tipi di diuretici).

È inoltre importante considerare che la calcolosi renale non si limita a coinvolgere esclusivamente le vie urinarie, ma può comportare anche un aumentato rischio di sviluppare insufficienza renale a causa delle complicanze o delle patologie di base che la inducono. Inoltre, la calcolosi calcica si associa anche ad un più elevato rischio di malattia ossea e patologia cardiovascolare.

Come comportarsi a tavola per ridurre il rischio di formare calcoli renali

Le indicazioni generali nutrizionali per una persona che soffre di calcolosi renale sono innanzitutto quello

di aumentare l'apporto di acqua (va bene anche quella del rubinetto, in quanto è più importante la quantità piuttosto che la qualità) e di seguire un'alimentazione tendenzialmente latto-vegetariana, ricca di frutta, cibi vegetali (salvo qualche eccezione che vedremo in seguito) e con ridotto apporto di sale e proteine di origine animale (carne e derivati, pesce, uova), mantenendo invece il consumo di latticini (figura 2). Infatti i latticini, essendo ricchi di calcio, svolgono un'azione protettiva nella formazione di calcoli perché il calcio aiuta a ridurre l'assorbimento intestinale dell'ossalato contenuto nei cibi.

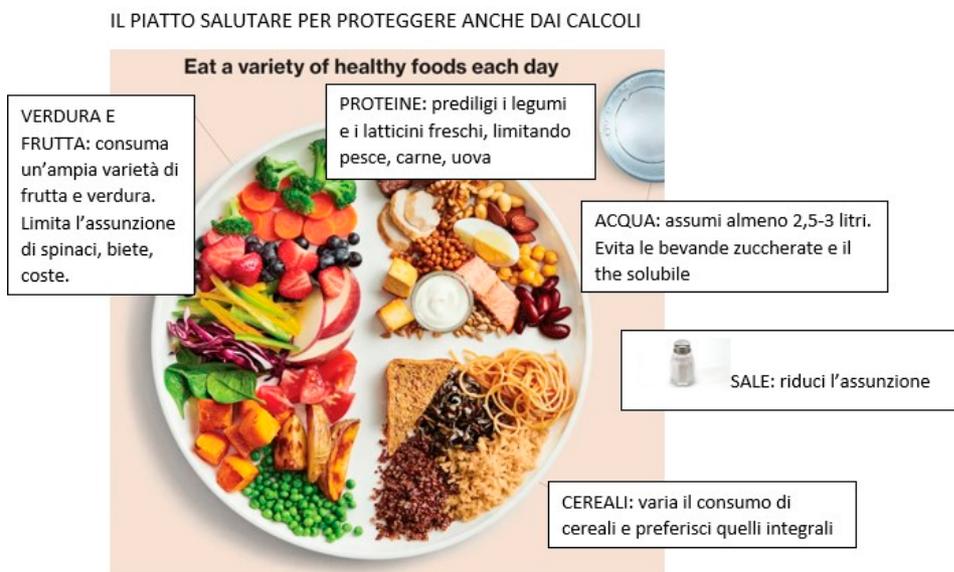


Figura 2: in questa rappresentazione (tratta dalle indicazioni di nutrizione salutare canadesi), vengono riassunte le indicazioni per una dieta salutare, adatta anche a contrastare la formazione di calcoli.

Vediamo ora più dettagliatamente le indicazioni per quel che riguarda i liquidi e i diversi gruppi alimentari.

- **ASSUNZIONE DI LIQUIDI:** l'abbondante assunzione di acqua favorisce la diluizione delle sostanze che vanno a formare i cristalli che generano i calcoli. È più importante la quantità rispetto alla qualità dell'acqua assunta (quindi bene anche quella del rubinetto, l'importante è che sia in quantità generose!). Anche le spremute di agrumi sono protettive (sono infatti ricche di citrato, sostanza che evita la cristallizzazione dell'ossalato di calcio), meglio se diluite con acqua, per aumentare il volume di liquidi assunti e limitare l'assunzione di zuccheri. Vanno invece categoricamente evitare le bevande zuccherate come succhi di frutta, sciroppi, arancia-

te frizzanti (che si associano a maggior escrezione di ossalato e favoriscono l'iperuricemia), coca-cola (ricca di fosforo e ossalato) e bevande gassate in generale. L'assunzione di caffè non è controindicata e sembra associarsi ad un ridotto rischio di calcolosi (probabilmente grazie alla presenza di composti bioattivi del caffè, all'effetto diuretico della caffeina e al contemporaneo aumento dell'escrezione urinaria di citrato). Ugualmente l'assunzione di tè non risulta controindicata (purché non si aggiunga zucchero e non si ecceda).

- **CIBI VEGETALI FRESCI** (verdura, frutta): sono ricchi di magnesio, potassio e citrato, sostanze alcalinizzanti che agiscono a livello renale contrastando la formazione di calcoli. Inoltre sono poveri di calorie e aiutano nel controllo del peso. È importante che le verdure (crude o cotte), siano consumate ad ogni pasto in quantità generose, di varia qualità e colore: non devono essere relegate a semplice contorno! Per quel che riguarda la frutta, sono consigliate 2-3 porzioni al giorno possibilmente di stagione.
- **ASSUNZIONE DI CIBI RICCHI DI CALCIO** (verdure e latticini, meglio freschi): l'assunzione di cibi ricchi di calcio è importante, in quanto il calcio riduce l'assorbimento di ossalato, una sostanza che spesso forma i calcoli. Il calcio si trova in molti cibi vegetali e nei latticini. Si consiglia pertanto il consumo quotidiano di verdure a foglia verde (in particolare cavolo nero, cavolo riccio, cavolo cappuccio, broccoli, rucola, cavolfiori) latticini magri (ricotta, kefir o yogurt bianco naturale senza zuccheri aggiunti), e altri alimenti come piselli, fagioli mung o red kidney, porridge d'avena, semi di girasole, pistacchi. Bene anche il consumo di latte e bevande vegetali non zuccherate addizionate con il calcio (es. latte di avena, riso, cocco e soia), salvo il latte di mandorla.
- **CIBI RICCHI DI OSSALATI**: alcuni cibi vegetali sono molto ricchi di ossalati e pertanto andrebbe limitato il loro consumo; è il caso degli spinaci, delle biette, delle coste, delle foglie di rapa rossa (quando si consumassero, in modiche quantità, meglio prima bollire tali verdure ed eliminare l'acqua di cottura, per ridurre il carico di ossalati; evitare anche assunzione di estratti di frutta e verdura contenenti queste verdure). Evitare anche l'assunzione di grandi quantità di rabarbaro, anacardi e mandorle, fungo chaga in polvere, tè solubile (mentre quello in infusione può essere assunto in quantità

moderate). Attenzione inoltre allo star fruit (o carambola), il cui consumo andrebbe evitato, sia per l'elevato contenuto di ossalato, sia per la presenza di una neurotossina che può essere letale nei pazienti con insufficienza renale. Andrebbe limitato anche il consumo di curcuma.

- **ATTENZIONE AL SALE**: il sale aumenta l'escrezione urinaria di calcio, pertanto bisogna ridurre l'apporto di sale aggiunto e soprattutto l'assunzione di cibi che ne contengono molto, come affettati, formaggi stagionati, cibi conservati e cibi pronti quali: piatti pronti surgelati (es. pasticcio/bastoncini di pesce), piatti pronti del banco frigo (es. cordon bleu/polpette), sughi pronti (es. ragù/pesto ecc.), salse (es. soia/ketchup), patatine, salatini, piatti disidratati in busta (es. minestre/risotti/purè).
- **ATTENZIONE AGLI INTEGRATORI**: è cruciale informare sempre il proprio medico nel caso si assumano integratori a base di vitamina C, calcio e vitamina D ad alte dosi. Gli integratori di vitamina C sono fonte di ossalato e pertanto possono favorire la formazione di calcoli in soggetti predisposti. L'assunzione di vitamina C proveniente dai cibi è invece sicura e benefica per la salute.
- **ATTENZIONE ALLE PROTEINE ANIMALI** (pesce, carne rossa, pollame, formaggi stagionati, uova): le proteine animali rendono più acide le urine in quanto contengono una quota maggiore di aminoacidi solforati (metionina e cisteina) rispetto alle proteine vegetali; aumentano l'escrezione urinaria di calcio e determinano una riduzione dell'escrezione di citrato. Inoltre essendo una fonte di purine contribuiscono all'aumento di acido urico nelle urine, ed essendo ricche di metionina vanno limitate anche nel caso di calcolosi cistinica. Pertanto vanno ridotte sia la frequenza di assunzione (non più di una volta al giorno, meglio non tutti i giorni) che le quantità delle porzioni, prediligendo le fonti proteiche di origine vegetale (i legumi).
- **EVITARE LE DIETE DIMAGRANTI IPEPROTEICHE** (basate sul consumo di fonti proteiche animali e che limitano l'assunzione di carboidrati), che espongono ad elevato rischio di formare calcoli. Questo tipo di diete favoriscono infatti la produzione di l'acido urico, aumentano la calciuria e acidificano le urine, riducendo parallelamente l'assunzione di citrato (che invece protegge dai calcoli): creano insomma la tempesta perfetta per favorire la formazione di calcoli urinari!



MANTIENITI NORMOPESO SEGUI UNA DIETA LATTO-VEGETARIANA	NON AGGIUNGERE SALE ALLE PIETANZE E ATTENZIONE AD ALCUNI INTEGRATORI (VITAMINA C, calcio, vitamina D)
AUMENTA L'ASSUNZIONE DI ACQUA A 2-3 LITRI AL GIORNO (IN MODO DA AVERE UNA DIURESIS > 2-2,5 LITRI)	RIDUCI IL CONSUMO DI FORMAGGI STAGIONATI, AF- FETTATI, CIBI CONSERVATI (contengono molto sale!)
PREFERISCI L'ASSUNZIONE DI CIBI VEGETALI FRE- SCHI E PROTEINE VEGETALI (CEREALI E LEGUMI)	LIMITA L'ASSUNZIONE DI PROTEINE ANIMALI (CAR- NE, PESCE, UOVA) IN QUANTITA' E FREQUENZA
CONSUMA REGOLARMENTE CIBI VEGETALI RICCHI DI CALCIO (FRUTTA SECCA, LEGUMI, SEMI DI SESA- MO) E LATTICINI FRESCHI	LIMITA L'ASSUNZIONE DI CIBI MOLTO RICCHI DI OSSALATO (SPINACI, BIETE, COSTE RABARBARO E STAR FRUIT)
PREDILIGI L'ASSUNZIONE DI CARBOIDRATI COM- PLESSI E CEREALI INTEGRALI	LIMITA L'ASSUNZIONE DI ZUCCHERI SEMPLICI, FA- RINE RAFFINATE E ALIMENTI ALTAMENTE PROCES- SATI
EFFETTUA REGOLARMENTE ATTIVITÀ FISICA	LIMITA LE BEVANDE ALCOLICHE E EVITA IL FUMO

Figura 3: Le indicazioni nutrizionali generali per chi soffre di calcolosi urinaria.

- EVITARE/LIMITARE L'ASSUNZIONE DI ZUCCHERI e quindi i dolci in generale. Occasionalmente può essere assunto un piccolo dessert, ma nella quotidianità sono da evitare: torte, biscotti, pasticceria, brioche, gelati etc. Evitare di aggiungere zucchero (compresi zucchero di canna, zucchero integrale e fruttosio) nel caffè o in altro. Evitare anche il miele, la melassa e gli sciroppi (es. agave, acero, sambuco).
- AUMENTARE L'APPORTO DI PROTEINE VEGETALI (legumi e cereali): le proteine vegetali sono ricche di magnesio, potassio, fibra alimentare (che riduce l'assorbimento di ossalato), calcio, tutti elementi benefici per la prevenzione della calcolosi. Utile pertanto aumentare l'apporto proteico da cibi vegetali, incrementando la frequenza di assunzione di legumi (fagioli, lenticchie, ceci, soia e derivati), che dovrebbero essere assunti almeno 4 volte a settimana (se si segue una dieta latto-vegetariana suggerito il consumo quotidiano di legumi, da alternare ai latticini). Anche i cereali (grano, farro, avena, orzo ect.) sono una buona fonte vegetale di proteine, e andrebbe certamente privilegiato il consumo di quelli integrali, sempre perché ricchi di fibra. Sia i legumi che i cereali sono inoltre poveri di grassi e aumentano il senso di sazietà, pertanto sono ottimi alleati per il controllo del peso corporeo.

Concludendo, possiamo affermare che nella maggior parte dei casi, con la modificazione dello stile di vita e delle abitudini dietetiche possiamo ridurre in modo significativo la probabilità di formare calcoli renali, e il rischio di avere nuove coliche renali se già ne abbiamo sofferto in passato. Le modifiche dietetiche messe in atto inoltre ci aiuteranno anche a migliorare la nostra salute in generale, riducendo il rischio di sviluppare dislipidemia, diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e l'insorgenza di nefropatie.



* Dott.ssa Diana Zarantonello

Nefrologa, master di II livello in Nutrizione e Dietetica USC Nefrologia e Dialisi, APSS Trento

** Dott.ssa Federica Berchielli

Dietista esperta in pazienti nefropatici adulti e in pazienti diabetici pediatrici
Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, APSS, Trento

L'INQUINAMENTO DELL'ARIA E GLI EFFETTI SULLA SALUTE

di Paolo Bortolotti*

Si è svolto nell'ottobre scorso a Sansepolcro il Congresso Nazionale Isde (Associazione Medici per l'Ambiente) dal titolo significativo: "Inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici; ruolo del medico: imparziale ma non neutrale".

Tra i molti temi trattati, sono state presentati alcuni studi propedeutici alla preparazione di un Position Paper sul tema dell'inquinamento dell'aria.

Questo documento diverrà uno strumento funzionale che permetterà a ciascuno di avere una informazione aggiornata ed una metodologia condivisa di intervento per la difesa della salute dei cittadini.

Ruolo del medico

Come medici non possiamo rimanere passivi: l'inquinamento è ubiquitario e danneggia tutti poiché tutti respiriamo aria inquinata, e i danni per la salute sono ormai solidamente documentati, anche per basse dosi di inquinanti, anzi in realtà è ormai acclarato che non esiste una soglia sotto la quale non si abbiano effetti sulla salute.

È quindi necessario ed urgente una svolta nelle scelte per ridurre le emissioni ed accelerare la transizione energetica verso forme di energia pulita.

Ciò non è facile, stante la scarsa volontà politica di cambiamento unita alla insufficiente consapevolezza dei cittadini.

Proprio per aumentare la corretta informazione dei cittadini/pazienti, in modo che attraverso essi siano influenzati anche i decisori politici, è indispensabile l'azione dei medici.

Per evitare una catastrofe ambientale e sanitaria bisogna intervenire rapidamente sulle tre cause principali di inquinamento atmosferico: trasporto stradale di persone e merci, riscaldamento da fossili, agricoltura e allevamenti intensivi.



Dottor Paolo Bortolotti al congresso nazionale ISDE

Linee guida e valori limite

L'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha già pubblicato due anni fa le nuove Linee Guida per la qualità dell'aria che dovrebbero guidare la Direttiva europea superando le resistenze di Paesi come l'Italia che ritengono impossibile raggiungere i limiti entro i termini proposti. Nel nostro Paese preferiamo pagare le sanzioni per le infrazioni comunitarie per il non rispetto dei limiti normativi passati, piuttosto che lavorare davvero per ridurre i livelli di inquinamento. Non stiamo andando bene: l'inquinamento atmosferico è calato negli ultimi venti anni ma ormai questa diminuzione sta procedendo molto lentamente, soprattutto in Pianura Padana. A settembre 2023 il Parlamento europeo ha dato la sua approvazione ai limiti più stringenti sulla qualità dell'aria proposti nella nuova direttiva, posticipando però l'adozione dei valori limite, più vicini a quelli raccomandati dall'OMS, di cinque anni, quindi al 2035. Ora si passa al negoziato con il Consiglio sulla forma definitiva della legge. Mentre si discute sulle normative, ogni anno quasi 300 mila europei muoiono prematuramente a causa dell'inquinamento.

È stato calcolato che l'adozione dei nuovi standard permetterebbe di ridurre le morti premature dovute all'inquinamento dell'aria di almeno il 70 per cento nei prossimi 10 anni. È inoltre necessario, secondo la Commissione Ambiente del Parlamento europeo aumentare il numero di punti di rilevazione della qualità dell'aria, in particolar modo nelle località in cui è probabile che si

verifichino elevate concentrazioni di particelle ultrafini, black carbon, mercurio e ammoniaca (NH₃) per avere sempre un'informazione puntuale.

Effetti sulla salute

Nel convegno sono stati trattati anche i danni alla salute dovuti all'inquinamento, considerando e non solo gli effetti già noti sulle vie respiratorie e sul sistema cardiovascolare ma soprattutto gli studi recenti che evidenziano un importante danno anche quelli sul sistema nervoso e riproduttivo. I bambini sono più sensibili al danno per fattori biologici, comportamentali e ambientali; i primi anni di vita (mille giorni) e l'età puberale sono i periodi di massima suscettibilità. L'esposizione a inquinanti atmosferici quali polveri sottili, ossidi di azoto, ozono, benzene durante la prima infanzia avviene in un periodo caratterizzato da uno sviluppo intensivo del sistema nervoso centrale. Per questo appare sempre più una correlazione con disturbi quali autismo, disturbo da deficit di attenzione iperattività, demenza e problemi psichiatrici. Alta importante conferma dimostrata da decine di studi pubblicati soprattutto negli ultimi anni è stata la relazione tra inquinamento atmosferico e salute riproduttiva. È in atto una perdita di fertilità, soprattutto nei Paesi occidentali. Gli inquinanti possono causare alterazioni dello sviluppo dell'apparato maschile già nell'utero materno e sono definiti interferenti endocrini. L'inquinamento influenza inoltre la qualità dello sperma, le dimensioni dei testicoli e del pene, la riduzione dei livelli di testosterone, la maggiore diffusione di disfunzione erettile e di cancro ai testicoli. Nella donna causa una difficoltà a portare a termine una gravidanza.

Inquinamento da cause belliche

Si è anche discusso sui danni all'ambiente e alla salute dovuti a cause belliche. Sono in corso nel mondo circa 60 i conflitti armati tra cui quello in Ucraina e quanto sta accadendo nella striscia di Gaza in Palestina con la terribile strage di bambini e civili in ambedue le parti. Il danno per l'ambiente non avviene però solo durante una guerra, in quanto le forze armate mondiali hanno un'enorme Carbon footprint -impronta di carbonio- ovvero di livello di emissioni di gas serra. Le stime, per approssimazione, variano tra l'1% e il 5% delle emissioni globali. Ed inoltre la costruzione delle armi, dei veicoli (aerei militari, navi) o delle infrastrutture necessitano di enormi quantità di energia. I conflitti armati provocano danni diretti all'ambiente. Il movimento e l'utilizzo di mezzi militari distrugge habitat ed ecosistemi, incendi e devastazioni colpiscono coltivazioni e campi, prati e zone boschive con

piante e animali che vengono persi. Gli incendi boschivi sono una conseguenza dei bombardamenti e del lancio di missili ma anche del fatto che, come un jet o aerei da bombardamento possano bruciare terra e foreste volando a bassa quota o sganciando bombe a grappolo. Tutto ciò ha conseguenze devastanti con morte delle persone, degli animali, ed alterazioni degli ecosistemi. Inoltre la guerra oltre ad avere effetti devastanti sull'umanità è responsabile dell'immissione di enormi quantità di polveri sottili in aria, così come di CO₂ e dalle macerie si liberano sostanze tossiche e inquinanti. Per non parlare dell'inquinamento più rischioso e durevole nel tempo, decenni e decenni, dovuto ai residui radioattivi o nucleari e ai metalli pesanti. Nel corso del Congresso si è andata delineando la volontà anche di tutte le società scientifiche partecipanti, associazioni di cittadini, giornalismo d'informazione ambientale, giovani e non più giovani medici di fare rete, una coalizione per adoperarsi e chiedere misure urgenti nei vari campi contro l'inquinamento atmosferico e il cambiamento climatico connesso.



Medici per l'ambiente

Congresso Nazionale ISDE Italia 2023

**Inquinamento atmosferico e mutamenti climatici:
ruolo del medico imparziale ma non neutrale**

20, 21 e 22 ottobre 2023

Auditorium Sede Direzionale Aboca - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR)



***Dottor Paolo Bortolotti**
Presidente Medici per l'Ambiente del Trentino

*La patologia che colpisce
soprattutto le donne*

PREVENZIONE E CURA DELL'OSTEOPOROSI

*di Roberto Bortolotti**

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da alterazioni qualitative scheletriche (macro e microarchitettura, proprietà materiali, geometria, microdanni) tali da provocare un aumento della fragilità ossea e del rischio di frattura.

Le fratture da fragilità possono presentarsi in quasi tutti i segmenti scheletrici, ma sedi preferenziali sono il corpo vertebrale, l'estremo prossimale del femore e dell'omero e l'estremo distale del radio (frattura di Colles). Il trauma da caduta è la causa di gran lunga più frequente delle fratture che colpiscono le ossa dello scheletro appendicolare (femore, omero, radio), mentre è più difficile determinare il momento causale delle fratture da fragilità del corpo vertebrale, spesso non diagnosticate. Questa malattia interessa maggiormente le donne e le fasce di età più avanzata.

L'osteoporosi post-menopausale è la forma più frequente ed è dovuta al deficit estrogenico legato alla menopausa che determina un'accelerazione della perdita ossea. Nell'uomo si verifica progressivamente al calo degli ormoni sessuali ed all'invecchiamento. Inizialmente la malattia è caratterizzata da una rapida perdita di massa ossea a livello dell'osso trabecolare responsabile di fratture da fragilità a carico soprattutto delle vertebre e del polso. In una percentuale non trascurabile di casi l'osteoporosi è legata a al altri fattori come malattie endocrine o sistemiche come diabete mellito, l'insufficienza renale negli stadi avanzati. Una delle forme secondarie più frequenti inoltre è legata all'uso di farmaci come il cortisonico o altri trattamenti che influenzano il metabolismo osseo (come alla terapia adiuvante ormonale nella cura dei carcinomi) Per questo in ogni caso viene effettuata un'indagine, al basale che mira a definire la condizione o dell'osso per scoprire eventuali condizioni causali. Il dato epidemiologico dell'osteoporosi è molto elevato: si ritiene che in Italia



Foto dell'autore

ne siano affetti circa 4 milioni di donne ed 1 milione di uomini. La prevalenza dell'osteoporosi nella popolazione italiana totale ammonta al 6,3%, leggermente superiore a quella dei paesi della Unione Europea (5,6%) Poiché nei prossimi 20 anni la percentuale della popolazione italiana al di sopra dei 65 anni d'età aumenterà del 25%, ci dovremo attendere un proporzionale incremento dell'incidenza della malattia. Nella popolazione ultracinquantenne il numero di fratture di femore per anno in Italia supera le 90.000, e, per quelle di vertebra sono stati riportati più di 70.000 accessi al Pronto Soccorso, ma, considerando che molte non vengono diagnosticate, si ritiene che il loro numero complessivo sia di almeno 10 volte superiore.

L'impatto economico di una patologia così diffusa è naturalmente molto elevato: è stato stimato che in Italia il costo per il trattamento delle fratture da osteoporosi superi i 7 miliardi di euro all'anno, in particolare le fratture dell'estremo prossimale del femore contribuiscono al 60% dei costi. A ciò, ovviamente, deve essere aggiunto il costo delle terapie farmacologiche e della spesa sociale (giornate lavorative perse, invalidità, ecc.). In Trentino

si stima una incidenza di circa un migliaio di fratture di femore anno. Se da una parte si può riportare una riduzione dell'incidenza delle fratture femorali negli ultimi anni nel soggetto "giovane anziano" (sotto gli 80 anni), si assiste ad un aumento dell'incidenza nel "grande anziano". Oltre gli 85 anni le fratture di femore rappresentano il 40% del totale. Considerando che questa fascia di popolazione passerà dal 2-3% al 12% del totale questo comporterà un aumento significativo di questa casistica.

L'evento fratturativo al femore è quello più temuto: Il 50% dei soggetti dopo la frattura presenta una consistente riduzione del livello di autosufficienza che, in circa il 20% dei casi, comporta l'istituzionalizzazione a lungo termine. In generale tutte le fratture da fragilità causano disabilità, significativa morbilità, riduzione della qualità di vita e limitazione funzionale.

Il dolore in questa malattia non è il sintomo precoce perché la perdita del calcio dall'osso è asintomatica. Quindi nelle forme di dolore diffuso, muscolare o articolare occorre pensare ad altro mentre questo sintomo è facilmente attribuibile alla frattura agli arti in partico-

lare dopo caduta e accertamento radiologico. Il dolore nella frattura al rachide può avere caratteristiche variabili ma in genere è intenso e tende ad essere protratto e migliora con il riposo a letto.

L'esame che ci permette di fare diagnosi di osteoporosi prima della complicità fratturativa è la densitometria ossea (MOC: mineralometria ossea computerizzata): definisce una condizione di massa ossea significativamente ridotta a rischio di frattura.

Fatte queste premesse possiamo orientarci verso i provvedimenti curativi, che potremmo distinguere in tre momenti: prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Prevenzione primaria: significa orientarsi verso uno stile di vita che cerchi di mantenere l'osso in "buona salute". I valori massimi di massa ossea che si raggiungono dopo l'accrescimento li otteniamo intorno alla terza decade di vita. Se è vero che la componente genetica e quindi ereditaria rappresenta una buona quota di contributo per definire la propria massa ossea, altri fattori modificabili possono aiutarci a raggiungere un buon quantitativo di calcio nelle ossa da preservare per



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento



una campagna condotta da



In collaborazione con



CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA PREVENZIONE DELL'OSTEOPOROSI

età successiva. I consigli sono: non fumare, fare regolarmente attività fisica. Il programma dovrebbe quindi includere esercizi aerobici, di forza, di equilibrio, di allungamento (stretching). Le attività che prevedono maggior impatto (sotto carico stimolano maggiormente l'osso a "rinforzarsi") sono indicate negli individui giovani adulti. Ma anche il soggetto già osteoporotico trae giovamento dell'attività fisica in termini di forza, equilibrio e riduzione del rischio di cadute. Idealmente l'esercizio deve essere opportunamente calibrato in base all'età e alle specifiche necessità del singolo individuo prescritto e somministrato da personale qualificato.

Altro aspetto riguarda l'alimentazione: l'osso ha bisogno di un corretto apporto di calcio con la dieta che si aggira in media sul 1200 mg die. Le principali fonti alimentari di calcio sono il latte e i suoi derivati, dove si trova nella forma maggiormente biodisponibile. È necessario promuovere un consumo adeguato di latte e latticini privilegiando, nel caso di fattori di rischio particolari quali ipercolesterolemia, il latte parzialmente scremato. Anche il calcio presente nell'acqua bicarbonato calcica è biodisponibile e ne rappresenta quindi una discreta fonte, considerando un consumo medio giornaliero di circa 1,5 litri. Discrete quantità sono presenti anche in legumi secchi, carciofi, cardi, indivia e spinaci: tuttavia, in questi ultimi alimenti, sono presenti diverse sostanze (es. ossalati e fitati) che possono influenzarne la biodisponibilità. Vitamina D: si apre un grande capitolo. È una sostanza essenziale per l'assorbimento del calcio dall'intestino. In genere non è possibile ottenere un apporto completo con la dieta ed il contenuto nell'organismo proviene maggiormente dalla sua formazione attraverso l'attivazione di precursori nella cute sotto l'azione di raggi ultravioletti (esposizione sole più caldo, quello estivo). Le cause della carenza di vitamina D sono molteplici e comprendono: compromessa produzione endogena (invecchiamento cutaneo, scarsa esposizione solare, stagionalità nei Paesi temperati o nordici, abitudini culturali, iperpigmentazione cutanea), diminuita biodisponibilità (obesità, malassorbimento), malattie o terapie concomitanti influenzanti il suo assorbimento e/o metabolismo (anticonvulsivanti, insufficienza epatica, insufficienza renale, stati fisiologici come la gravidanza o l'allattamento). Ora è molto diffusa la sua assunzione perché è pratica, poco costosa e priva di effetti collaterali. Occorre ricordare tuttavia che è quantitativo adeguato di vitamina D è un provvedimento necessario ma non sufficiente per la cura dell'osteoporosi.

Prevenzione secondaria. Si dovrebbe attuare quando il rischio di frattura da fragilità è significativamente elevato.

Si tratta di condizioni con bassa massa ossea, definibile come osteoporosi densitometrica, o di situazioni di rischio aumentato anche in presenza di massa ossea non particolarmente ridotta ma con presenza di altri dati clinici e anamnestici che rendono indicato anche l'utilizzo di una terapia farmacologica in grado di modulare il turnover osseo e ridurre la perdita di minerale. Più spesso si prescrivono farmaci come i bifosfonati. Questi sono molto selettivi sull'osso ed hanno dimostrato efficacia nell'incrementare la massa ossea e ridurre il rischio di frattura.

Prevenzione terziaria. In questo caso la malattia è conclamata ossia si è già verificata una frattura. La terapia mira a prevenire ulteriore danno. Occorre ricordare che l'evento fratturativo è la condizione di rischio più importante per nuovi episodi di frattura. La terapia medica, in aggiunta ad un corretto apporto di calcio e vitamina D, se regolarmente assunta per un periodo di tempo adeguato, almeno 3-5 anni, ha dimostrato di ridurre la rifattura del 50-70% dei casi e di poter migliorare la massa ossea. Per le forme più severe esistono dei farmaci, cosiddetti anabolici, in grado di stimolare le cellule dell'osso a produrre nuovo tessuto che poi verrà mineralizzato incrementando così sensibilmente la massa ossea.

In conclusione, si può riassumere ricordando che l'osteoporosi è la patologia metabolica dell'osso più frequente. L'evento fratturativo conseguente alla malattia può portare a gravi conseguenze. L'incidenza aumenta con l'età ma non per questo l'osteoporosi può essere considerata una condizione semplicemente legata all'invecchiamento. In questo contesto ben si adatta la cosiddetta **medicina delle 4 P: personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa.**

Oggi abbiamo tutti gli strumenti per agire in questo senso. Occorre sottolineare il ruolo partecipativo come componente attiva e convinta del paziente e di chi si occupa di salute: un corretto stile di vita, la diagnostica precoce ed un trattamento adeguato sono i provvedimenti fondamentali per limitare la malattia e le sue conseguenze.



*Dottor Roberto Bortolotti
Direttore U.O. Reumatologia
APSS, Trento

Il ruolo dell'Associazione
“IL CERCHIO FAREASSIEME”

L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON DISAGIO PSICHICO

di Paolo Giusto*



L'Associazione Il Cerchio Fareassieme Onlus nasce il giorno 1 marzo 2019 dalla fusione delle associazioni La Panchina Onlus e Ama Salute Mentale Onlus.

Le due associazioni hanno operato sul territorio di Trento per oltre 20 anni collaborando con il Servizio salute mentale di Trento per la realizzazione di interventi di psichiatria di comunità.

È costituita da un organico di circa 30 persone - operatori, utenti e familiari esperti nel supporto tra pari (ESP), amministratori - ed eroga servizi socio-sanitari per persone con problemi di salute mentale. L'associazione opera in regime di accreditamento con la Provincia Autonoma di Trento (del. PAT n.83 del 21/2/2020) Nel quotidiano vengono realizzati interventi di assistenza a favore di persone affette da disagio psichico nelle aree della prevenzione, della cura e della riabilitazione, cercando di soddisfare le legittime esigenze ed aspettative di qualità della vita di utenti e familiari.

Nell'assicurare e migliorare continuamente sicurezza, tempestività, efficacia, equità, efficienza dei servizi erogati e promuovere la centralità dell'utente e dei suoi familiari, l'Associazione si ispira ai principi della psichiatria italiana di comunità e adotta la filosofia del 'fareassieme'.

L'Associazione nel suo esercizio garantisce la promozione, il mantenimento e il recupero dell'autonomia psico-fisica, sociale e lavorativa delle persone affette da disagio psichico e da dipendenze patologiche.

Promuove e rinforza il loro inserimento e/o reinserimento nelle reti familiari e sociali, assicura ascolto e supporto ai loro familiari ai fini di migliorare la qualità della loro vita personale, relazionale, sociale, nella tutela dei loro diritti, contrastando lo stigma che ancora persiste nei confronti del disagio psichico, l'emarginazione e l'esclusione.

Nella pratica quotidiana l'Associazione si riferisce costantemente ad alcuni principi fondanti:

- Il riconoscimento che tutti possiedono un sapere: professionale per gli operatori, esperienziale per utenti e familiari. La valorizzazione dei reciproci saperi significa aumentare il sapere collettivo.
- La responsabilità personale come investimento in salute e benessere: promuovendola, sostenendola e valorizzandola attraverso l'auto mutuo aiuto e l'auto-coinvolgimento.
- Il cambiamento è sempre possibile, anche in situazioni di grande sofferenza e difficoltà.
- Ognuno ha delle risorse: riconosciamo le risorse di ciascuno e le valorizziamo. Considerare che la persona sia il problema o abbia solo problemi impedisce di cercare e valorizzare le sue risorse.



Questi principi costituiscono la filosofia del fareassieme che ispira l'organizzazione e le azioni del Servizio salute mentale di Trento.

L'Associazione Il Cerchio Fareassieme Onlus concorre alla sua realizzazione condividendo la metodologia della co-produzione e portando la propria competenza nel campo dell'auto mutuo aiuto, dell'empowerment e della recovery e nell'intervento di rete per realizzare

interventi orientati alla persona, che assicurino qualità e soddisfazione, che siano efficaci, efficienti, flessibili, economici.

Una specifica necessaria riguarda gli ESP (esperti in supporto tra pari) che costituiscono il prodotto più importante del Fareassieme.

Gli ESP sono utenti e familiari del Servizio di salute mentale che hanno acquisito consapevolezza del proprio percorso e della propria malattia e hanno deciso di mettere a disposizione il proprio sapere esperienziale ad altri utenti, familiari e operatori.

Nel percorso di inserimento ogni ESP fa un periodo di affiancamento a degli ESP già attivi a cui seguono dei momenti di valutazione e riflessione. L'ESP, in quanto

“pari” costituisce per l'utente un riferimento per ritrovare fiducia e speranza, elementi considerati sempre più fondamentali per migliorare l'adesione ai trattamenti e per ottimizzare i percorsi di cura. Sono dei professionisti “esperti per esperienza”, formalmente riconosciuti dall'Azienda sanitaria e retribuiti per le loro prestazioni. Portano il loro sapere esperienziale

a fianco degli operatori in diverse aree di attività: Centro di salute mentale, équipe territoriali, centro diurno, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, area abitare, area lavoro, percorsi di cura condivisi, attività di sensibilizzazione e contrasto allo stigma, Gruppo di Progettazione Partecipata, progetto FARē.

Gli ESP sono da sempre un volano fondamentale delle pratiche del “fareassieme”, e più in generale della crescita della capacità di orientamento all'utente e della capacità di lavorare secondo criteri di qualità del Servizio, permettendo di affrontare i problemi tradizionali comuni nel mondo della salute mentale (adesione ai trattamenti, clima organizzativo, fiducia e di speranza, soddisfazione, etc.).

L'associazione opera in convenzione con APSS in tre aree specifiche Abitare, Socialità, Lavoro

L'area Abitare si impegna a dare risposte coerenti e diversificate ai bisogni abitativi e riabilitativi in linea con il percorso di cura dell'utente condividendo gli interventi con medici di riferimento. Cerca di individuare risposte personalizzate, non standardizzate e in una prospettiva evolutiva e di autonomia, grazie al lavoro integrato con altre realtà non a gestione diretta (appartamenti della

Fondazione Comunità Solidale, convivenze, accoglienza etero-familiare ecc.).

È rappresentata da un insieme opportunità residenziali a intensità assistenziale diversa, flessibili e che permettono di rispondere con efficacia al bisogno abitativo delle persone seguite dal Servizio Salute mentale di Trento, tenendo conto delle loro necessità, fragilità e risorse. Comprende le strutture: Casa del Sole, Casa dell'Auto Aiuto, appartamenti di piazza Mostra (1 e 2), via Trieste, via Palestrina, via Suffragio, via Conci, via Bettini e piazza Garzetti.

L'area socialità si impegna a sviluppare nel Servizio, negli operatori, nella comunità i principi della massima partecipazione dell'utente alla cura, promuove il protagonismo degli utenti in un'ottica di recovery, promuove la partecipazione ed il sostegno dei familiari, attivare percorsi di informazione e di sensibilizzazione rivolti alla cittadinanza.

Questa funzione viene svolta attraverso l'area del Fareassieme che organizza attività e prestazioni in cui sono coinvolti alla pari utenti, familiari, operatori e cittadini.

Questa funzione viene svolta attraverso l'area del Fareassieme che organizza attività e prestazioni in cui sono coinvolti alla pari utenti, familiari, operatori e cittadini.

Vengono svolte attività che promuovono la recovery, informazione e di sensibilizzazione (interna ed esterna), iniziative di sostegno ai gruppi di auto aiuto, diffusione di cultura e pratiche di empowerment e mutualità presso altri enti, associazioni, realtà coinvolte direttamente e/o indirettamente nell'ambito della salute mentale (livello locale, nazionale, extranazionale) sostegno ad iniziative e/o enti gruppi presenti nella comunità con particolare riferimento ai mondi dello sport, della cultura e della socialità.

L'area lavoro si impegna ad attivare percorsi individualizzati di accompagnamento al lavoro al fine di promuovere e rafforzare le competenze tecniche e sociali delle persone destinatarie, favorendone l'autonomia e l'emancipazione per l'accesso al mercato del lavoro o ad altre opportunità socio occupazionali.

È rappresentata da tutte le attività finalizzate al recupero delle capacità lavorative degli utenti seguiti dal Servizio di salute mentale e alla diffusione della cultura dell'inclusione sociale contro il pregiudizio e la discriminazione.

Tali attività sono progettate e gestite in un regime di co-produzione tra Servizio Salute mentale associazione La Panchina, associazione Il Cerchio Fareassieme Onlus.



L'area lavoro sviluppa una forte sinergia con il Centro per l'Impiego di Trento che opera come tramite dell'Agenzia del Lavoro e si avvale della collaborazione di altri enti pubblici e soggetti del privato sociale.

Viene assicurato, inoltre, un sostegno alle persone già occupate per garantire la permanenza nell'attività lavorativa e, ove non più possibile, per terminare l'esperienza lavorativa seguendo le procedure necessarie a garantire un'uscita serena dal mondo del lavoro.

L'associazione Il Cerchio si è inoltre distinta per aver progettato, sostenuto, realizzato iniziative e progetti innovativi e sperimentali, sempre orientati all'utenza, alle famiglie e alla qualità/progetti di vita.

I P.C.C.(percorsi di cura condivisi), il gruppo che ha delineato il Servizio di Salute Mentale Ideale, il progetto "Un amico alla porta" (finanziato da CaRiTro), il G.P.P ("parlamento" del servizio di salute mentale), l'iniziativa

"Cosa è importante per te", il libro "Psichiatria da protagonisti" sono alcune iniziative che è necessario ricordare poiché ricche di significato.

L'associazione può ricevere donazioni ed erogazioni liberali a sostegno delle varie attività, per maggiori informazioni è possibile consultare la pagina web all'indirizzo: <https://www.ilcerchiofareassieme.it/>



AFORISMI SULLA PACE E SULLA GUERRA

A cura di Luisa Pevarello

1. La guerra non si può umanizzare, si può solo abolire (A. EINSTEIN)
2. Il meglio del meglio non è vincere cento battaglie su cento bensì sottomettere il nemico senza combattere (SUN TZU)
3. La durezza di questi tempi non deve farci perdere la tenerezza nei nostri cuori. (E.CHE GUEVARA)
4. Il sentiero della non violenza richiede molto più coraggio di quello della violenza. (MAHATMA GANDHI)
5. Quando i ricchi si fanno la guerra tra di loro, sono i poveri a morire. (J.P. SARTRE)
6. Tutte le guerre sono combattute per denaro. (SOCRATE)
7. La pace è il raccolto dell'amore come la guerra è il frutto dell'odio. (J.W. ANGLUND)
8. Le vittorie più vere e durature sono quelle della pace e non della guerra. (K.W. EMERSON)
9. Tutti parlano di pace ma nessuno educa alla pace. A questo mondo si educa per la competizione e la

competizione è l'inizio di ogni guerra. Quando si educerà per la cooperazione e per offrirci l'uno all'altro solidarietà, quel giorno si starà educando per la pace (M. MONTESSORI)

10. Tutto quello che chiediamo è dare una possibilità alla pace (J. LENNON)
11. Ogni guerra lascia il mondo peggiore di come lo trova (PAPA FRANCESCO)



CONDIVISIONE DELLA SEDE CON L'ASSOCIAZIONE "IL CERCHIO FAREASSIEME"

Da luglio 2023 la sede della nostra Associazione in via Sighele 5, che già condividiamo con ALMAC (Associazione Per La Lotta Alle Malattie Cardiovascolari), ospita una terza Associazione "Il Cerchio Fareassieme". Il Direttore Paolo Giusto, in un articolo pubblicato su questo numero, ci spiega quali sono i loro scopi e finalità, le loro attività ed impegno. Questa nuova entry è stata l'occasione per alcuni lavori di miglioramento della Sede, lavori che si sono avvalsi proprio dell'attività dei Soci de Il Cerchio.

ADEGUAMENTO DELLO STATUTO PER MANTENERE ISCRIZIONE AL RUNTS (REGISTRO UNICO NAZIONALE DEL TERZO SETTORE)

A metà settembre si è svolta un'Assemblea soci straordinaria per apportare al nostro statuto le modifiche necessarie a mantenere l'associazione nel RUNTS, al quale risultiamo essere iscritti da inizio giugno 2023. Tali modifiche sono state approvate e il nuovo statuto è stato depositato all'agenzia delle entrate.

IL PRIMARIO DELLA NEFROLOGIA DI TRENTO NOMINATO PROFESSORE PRESSO L'UNIVERSITÀ DI TRENTO

Il 13 settembre scorso il dottor Giuliano Brunori, primario della Nefrologia di Trento, è stato nominato Professore associato di Nefrologia presso la facoltà di Medicina dell'Università di Trento. Lo abbiamo intervistato per avere alcune informazioni aggiuntive, riguarda al suo nuovo incarico. In questo numero trovate l'intervista.

NOMINA DEL COMPONENTE APAN ALL'INTERNO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE HOSPICE TRENTO ONLUS

A novembre scorso è avvenuta la nomina del nuovo componente del CDA della Fondazione Hospice Trentino Onlus, designato da APAN, che sostituirà il dottor Maurizio Agostini. Il dottor Agostini, dopo tre mandati, durante i quali ha sempre operato con serietà e dedizione, ha infatti deciso di lasciare spazio ad una nuova figura. È stata nominata la dott.ssa Diana Zarantonello, Presidente di APAN, alla quale auguriamo un buon lavoro.



EVENTO MORTALI

La Fondazione Hospice Trentino-Onlus nella prima settimana di novembre ha organizzato una serie di eventi conclusi in data 11 novembre, giornata di San Martino dedicata alle Cure Palliative, focalizzati sul tema della mortalità. Vi hanno partecipato illustri relatori tra cui la dott.ssa Giada Lonati, direttrice sociosanitaria di VIDAS nonché autore di diversi libri sul fine-vita, il teologo e scrittore Vito Mancuso, la filosofa e autrice Laura Campanello. Gli eventi si sono svolti in diverse sedi della città di Trento e hanno avuto un'enorme partecipazione di pubblico, con un vero e proprio sold-out dopo pochi giorni dall'apertura delle prenotazioni.



CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA E NOMINA DEL NUOVO PRESIDENTE INCOMING

Quest'anno il congresso della Società Italiana di Nefrologia (SIN) si è svolto nella splendida città di Torino. Durante il Congresso è stato anche nominato il nuovo Presidente della SIN incoming, il Professor Luca De Nicola, che affiancherà il Presidente in carica dottor Stefano Bianchi fino al prossimo anno. Il Prof. De Nicola, classe 1962, è Direttore della Scuola di Specializzazione in Nefrologia presso l'Università della Campania L. Vanvitelli, nonché Professore Ordinario di Nefrologia.



STEFANO BERTOLDI COSTRUTTORE DI SOLIDARIETÀ

Nel settembre scorso ci ha lasciato, a soli 59 anni, Stefano Bertoldi, educatore professionale, protagonista nelle vicende della società civile trentina, notissimo nel mondo del volontariato e da ultimo direttore della Casa Hospice Cima Verde di Trento. Pubblichiamo un suo ricordo firmato da Laura Froner, presidente della Fondazione hospice trentino e da Maurizio Agostini, rappresentante di APAN nel Consiglio di amministrazione della Fondazione stessa.



Poco più di un anno fa, sul ponte Lodovico, quello che unisce la rotonda di San Donà con la strada che sale a Povo, ormai da anni chiuso al traffico, la Fondazione Hospice Trentino organizzò una cena di gala, con tanto di chef stellato e musica dal vivo, per raccogliere fondi a sostegno di un progetto di rafforzamento delle attività di musicoterapia nell'ambito delle cure palliative. Fu un'iniziativa riuscitissima, non solo per la ragguardevole cifra raccolta, ma per il clima che vi si respirò. Il luogo suggestivo e inusuale contribuì a con-

ferire a quella serata un alone fiabesco ma tutto il resto, l'organizzazione impeccabile, l'accoglienza calda e affettuosa, la conduzione garbata ma mai formale, furono opera di Stefano Bertoldi, il direttore di Casa Hospice Cima Verde.

Non avremmo mai pensato di ritrovarci, a distanza di così poco tempo, a piangere la sua prematura scomparsa. In questo momento vogliamo condividere con i suoi cari il dolore per la separazione e la nostalgia che già ci prende, ripensando alle cose fatte insieme e alle mille

occasioni di confronto avute. Fuori da ogni retorica di circostanza, pensiamo che il Trentino perde con Stefano un protagonista sensibile, intelligente, impegnato e capace delle vicende civili, sociali e politiche della nostra comunità.

Tutta la sua vicenda personale, a partire dalla formazione fino ai ruoli professionali e di animazione sociale che ha ricoperto, è stata all'insegna dell'attenzione per le persone, per le relazioni umane da costruire al fine di sostenere ed aiutare le situazioni di fragilità, di difficoltà, di emarginazione. È stato un costruttore di solidarietà, non solo con le parole e la testimonianza personale, cosa già importante e preziosa, ma con la capacità di promuovere iniziative e di contribuire all'organizzazione di concreti servizi a disposizione di quanti vivono momenti di sofferenza e di crisi per le vicende incontrate nella vita. È questo un tratto importante e distintivo che va riconosciuto alla figura di Stefano: il carattere buono, accogliente, la capacità di ascolto e contemporaneamente la tensione all'operatività, alla realizzazione, per strutturare risposte non provvisorie o solo volontaristiche ai bisogni e alle necessità che incontrava. L'Auto Mutuo Aiuto, che Stefano Bertoldi ha contribuito ad ideare e a fondare è insieme un metodo, quasi una filosofia di vita, e un'associazione che in modo organizzato ha fornito e fornisce a migliaia di persone un prezioso percorso di ascolto e di supporto nell'affrontare problemi e fasi critiche che nel corso della vita possono apparire talvolta irrisolvibili e senza uscita.

Nell'ultimo decennio il principale motivo di impegno per Stefano è stato quello di partecipare alla promozio-

ne, istituzione e infine gestione, con il ruolo di direttore, della Casa Hospice Cima Verde, tassello importante della rete delle Cure Palliative nella nostra Provincia. Anche in questa avventura, potremmo dire di frontiera perché quello dei servizi di cure palliative è un terreno relativamente nuovo e ancora in fase di costruzione, Stefano è stato protagonista a tutto tondo, e non ha mai rinunciato a spendersi, oltre che sui contenuti tecnici e gestionali del suo ruolo, nelle iniziative di sensibilizzazione e di diffusione della cultura delle cure palliative e nel lavoro di formazione rivolto a quanti, professionalmente o come volontari, sono impegnati sul campo in questo delicato settore. Un esempio suggestivo e coinvolgente di cosa significhi "dare dignità, senso e valore alla vita che c'è" lo possiamo trovare nel film/documentario "Il mantello di San Martino" che è stato prodotto da Fondazione per la regia del figlio di Stefano, Andrea, lavoro selezionato e presentato al Film Festival della Montagna di Trento nel 2018.

Il destino ha voluto che Stefano, nell'ultima fase della sua vita, vivesse sulla sua persona l'esperienza di essere ospite della Casa Hospice che ha diretto e in questa veste ci ha lasciato una testimonianza toccante, capace di aiutare quanti lo hanno conosciuto da vicino a trovare qualche sprazzo di serenità in una vicenda così travolgente e dolorosa e di infondere coraggio e fiducia in quanti vivono la fase finale della loro esistenza e nelle loro famiglie. Certo, ora Stefano non c'è più, ma la sua vita continua, nella sua famiglia e nelle opere che lo hanno visto protagonista e che noi tutti ci impegniamo a portare avanti, anche in suo nome.



NEL TEMPO CHE SCORRE LA BELLEZZA DI UNA ROSA

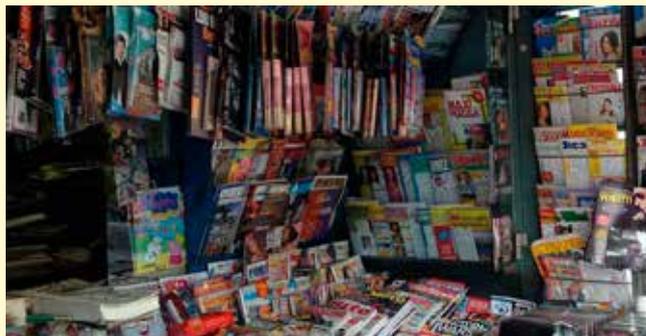
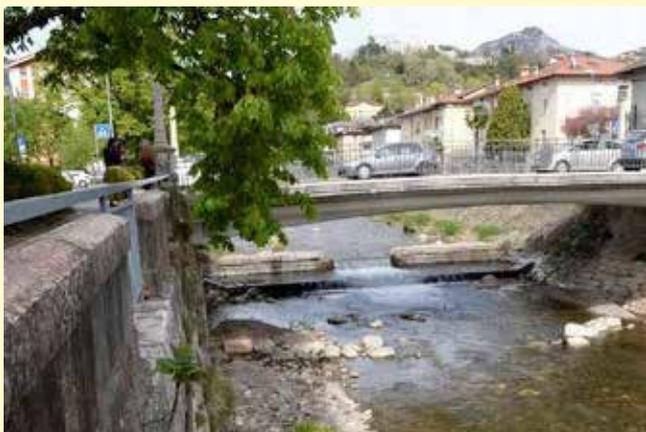
di Anna Maria Ercilli

La mattinata calda cerca l'ombra degli ippocastani lungo il torrente, cammina ricordando quanto è cambiata nel tempo la città. La casa d'angolo vicino al ponte mostra l'assenza dei vani vuoti senza storia, ma una storia c'era, rammenta il calzolaio che stava proprio lì, sul piano strada, ne era cliente affezionata, consegnava prima di andare al lavoro e la sera ritirava le sue scarpe. Una figura umana di cui non ricorda il viso e il nome, le parole che scambiavano: tutto inghiottito dal tempo.

Non lontano ritrova un altro ritaglio di ieri, il giardino circonda la casa, una recinzione, arbusti, rosai, la siepe sempreverde, un numero: il 27. Le rose molto appariscenti attiravano lo sguardo dei passanti, distribuivano bellezza e piacere. Per gli appassionati, ecco la rosa damascena, la Grace de Monaco, la Cognac, la Masquerade. Un piccolo giardino di preziose essenze.

"l'immarcescibile rosa che non canto, / quella che è peso e fragranza, / quella del buio giardino a notte alta, / quella d'ogni giardino e d'ogni sera, / la rosa che per arte d'alchimia nasce di nuovo dalla tenue cenere," (J.L. Borges).

Qui il ricordo va ad una figura maschile, di corporatura snella, andatura saltellante incerta, puntava a qualcosa, si fermava ad ammirare il giardino, molto prima del movimento in strada al mattino, aspettava il momento



adatto e dava uno, due tagli all'arbusto di rose. Si allontanava con la sua preda in mano. Un furto da amatore. Le incursioni, nel maggio di quell'anno avevano impoverito i rosai, i proprietari lo avevano notato e si erano appostati a guardia del loro giardino. Il reo venne identificato, la giustizia fu magnanimo, causa l'irresistibile attrazione. Sicuramente per il futuro cambierà strada per togliersi ogni possibile tentazione.

Un pensiero alla vecchia signora che conservava le abitudini dell'edicola ormai chiusa. La lasciavano libera di fingere la vendita al bancone davanti alla finestra, metteva in mostra quotidiani vecchi, dell'anno precedente. Se ti avvicinavi a curiosare incontravi un sorriso disarmante, ti porgeva un giornale qualunque. Un giorno lo presi pagando l'obolo. Tempo dopo passai nuovamente, la finestra era chiusa, il bancale ritirato. Un ultimo pensiero alla vecchia signora, alla rivendita sulla curva che porta al torrente, poco lontano dal ponte delle Dame di Sion. Seguo il rumore del torrente fino al quarto ponte, lì sul largo marciapiede c'era, fino alla demolizione, una costruzione di forse due metri per due, un'edicola sorta nel dopoguerra per creare lavoro, su concessione del sindaco. Il proprietario aveva poco spazio di movimento, e pur scaldando non credo fosse molto confortevole il suo lavoro. Arrivato alla pensione, pochi mesi dopo, il Comune fece demolire la piccola costruzione liberando il marciapiede. Conservo gli scatti fotografici di quel baluardo di tenacia, nella memoria rivedo le mani

dell'uomo, guantate a metà dita, mi porgeva il giornale e il freddo era pungente. La stagione più calda all'ombra degli ippocastani e la vicinanza dell'acqua rendeva più sopportabili le ore nella 'garitta'. Questa mi sembrava un'eroica esistenza del tempo andato. Il pensiero torna a com'eravamo, forse più umanamente partecipi ai bisogni altrui, più semplici nelle relazioni umane, forse sorridevamo.

La rosa, l'immarcescibile rosa che non canto, quella che è peso e fragranza, quella del buio giardino a notte alta, quella d'ogni giardino e d'ogni sera, la rosa che per arte d'alchimia nasce di nuovo dalla tenue cenere, la rosa dei persiani e dell'Ariosto, quella ch'è sempre sola, quella che è sempre la rosa delle rose, il giovane fiore platonico, l'ardente e cieca rosa che non canto, la rosa irraggiungibile.

Jorge Luis Borges

LA VOCE DELLA RICOTTA

di *Ilaria Goya*

Dillo, tu odi fare i ravioli. Neanche li scegli al ristorante, non ti piace la pasta ripiena.

Ricordi con orrore le sessioni di lavoro per fare i ravioli che nel corso della tua vita ti sei inflitta a più riprese.

Quelli al ripieno di carciofi poi costituivano un'ordalia impressionante: anni fa credevi proprio di dover dimostrare che avevi meritato il lusso di essere madre di 3 figli nutrendoli con cibo salutare fatto da te stessa medesima; spinare e pelare gambi di piante coltivate dai loro nonni, stufare e ridurre in purea le foglie esterne più coriacee, facendole girare in passaverdure manuale di faticoso utilizzo, mescolare crema vegetabile così ottenuta con uova freschissime di galline di cui conoscevi il nome e insaporirla con formaggi pregiati ottenuti da latte crudo non

pastorizzato e creati da pastori sulle colline circosvicine: ecco come ti pregiavi di passare ore di inferno con alacrità ossessiva, a faticare per perdonarti di essere in vita così come sei.

Follia, ora lo sai, o meglio, credevi di aver imparato questa lezione a caro prezzo, sulla tua pelle.

La Vita è come un gattone apparentemente placido e distaccato, che mostra una straordinaria abilità di caccia e mai a caso, ma regolarmente in modo imprevedibile, ti porta sullo zerbino di casa la sua preda viva o morta, affinché tu trasformi ciò che ancora residua in te non visto e non digeribile altrimenti. Poi torna ad accoccolarsi su una superficie idonea ad ulteriore placida meditazione, sino alla prossima necessaria trasformazione.

Le cose ti parlano e tu a volte riesci a sentirle, quando sei fuori dal pensiero ordinario. Questa tua abilità percettiva è in verità comune a tutti gli esseri umani e come quasi tutti i meccanismi di funzionamento della 'macchina' umana, può essere una benedizione e anche una solenne iattura.

Da qualche giorno hai acquistato due confezioni di ricotta di capra localmente prodotta in modo artigianale, rarità che ti ha chiamato dal bancone della lattaia di fiducia. Non è un modo di dire, hai proprio sentito la sua voce, dopo molto tempo di 'sordità' condizionata.

Quella simpatica ricotta ti ha detto subito: "sono tutta bianca e morbida, guardami, portami a casa e mettimi nel ripieno dei ravioli, è la vita mia che te lo chiede, sono stata creata per questo" - che tenerezza la sua vocina di bimba! L'avevi comprata sperando che non fosse così, forse ti eri sbagliata, allucinazioni da caldo assassino? Estate inclemente. Poi hai pensato laterale: "vedremo, magari con miele e granella di nocciole posso servirti ai figli come dessert. O con un trito di menta e polvere di cioccolato. Intanto starai nel frigo di casa, bella mia, poi deciderò di te!" - delirio di onnipotenza gastronomica...hai creduto



di avere la situazione sotto controllo. Per due giorni hai finto di non vederla lì dove l'hai messa, vicino al burro e al latte di mandorla. Hai negato di sentirne la voce ogni volta che aprivi il frigo per prendere qualcosa di fresco. Ma la sentivi, la voce della ricotta! Fresca, bianca e morbida, indifesa e bisognosa di amore da cuoca, ti ricordava la tua infanzia e quella dei tuoi figli; la voce appena percepibile della ricotta se ne fa un baffo del tempo che è passato e che ancora deve passare, essa s'insinua delicatamente nelle tortuose vie del naso che portano alla memoria olfattiva e ti frega!

Tornando da un funerale in collina, il giorno prima eri passata a trovare Marinella, la signora che ti aveva aiutato in casa sin allo scorso inverno; lì in campagna, avevi indagato su come faceva lei i ravioli, en passant; ti ha dato persino della maggiorana, l'erba aromatica detta 'la regina dei ravioli'. Tornando a casa sapevi che era questione di ore, poi avresti ceduto, te nolente, al richiamo della fatica inutile.

È l'ora rovente della siesta, ma t'inganni. La ricotta ha studiato uno stratagemma astuto per farti muovere nella sua direzione, subliminare il suo suggerimento, arcana la sua saggezza nel sussurrarti: "Sai che al tuo amorino i ravioli piacciono tanto, sai che la sua mamma e sua nonna ne fanno a profusione e buoni. Sai che i prodotti di latte di capra danno meno fastidio di quelli di latte di mucca, a cui è intollerante. Vuoi di certo far cosa gradita ai tuoi figlioli, una cena a base di torta di verdura e ravioli, niente di più ligure. Certo non puoi competere con delle specialiste del catering familiare come quelle, però sai che te la puoi cavare e dar piacere alle papille gustative di ogni commensale". La tua risposta è la resa incondizionata, *Alea jacta est*: vada per i ravioli e la torta di verdura! Son giorni afosi, umidi e la tua casa sotto il tetto, inopportunamente non coibentato, ti offre un anticipo dell'inferno dantesco cui sarai esposta nei secoli dei secoli se non t'impegni a fare il Bene.

Seconda doccia della mattinata. Ti schianti sul letto con i tuoi nuovi 60 chili avvolti nello spugnone. Il momentaneo abbassamento della temperatura corporea dona ali al tuo pensiero: hai deciso. Recuperi tutti gli arnesi e gli ingredienti utili ad eseguire il ripieno dei ravioli e la farcia della torta di verdura e in più viaggi, come ape operosa, li porti in camera dove proprio il letto è ora diventato un office attrezzato alla bisogna, mentre la te-



levisione spara don Matteo e pubblicità a volume equipollente alla tragedia che sta per compiersi. Odi fare i ravioli, lo ricordavi benissimo, ma adesso è troppo tardi! Quando l'hai estratta dal frigo, la ricotta ti ha sorriso dolcemente, come solo certi serial killers possono fare per incantare la nuova vittima: "lo sapevo che venivi, mi hai resistito già troppo! Dai che ora ci divertiamo! So che anche tu lo vuoi fare...", sei tutta un brivido di eros malato, tra lo schifo e la dipendenza. Un richiamo alle armi, all'azione, donna: attrezzati!

Ti sei avvolto nella grembiule da cucina madras, quello più leggero; coltelli, terrine, taglieri e vassoi, cipolle di tropea, zucchine trombetta, prezzemolo e maggiorana, riso, pecorino e parmigiano già grattugiati, un cestino di uova, una piccola mezzaluna e l'arrosto di filetto di maiale di due giorni prima e, ovviamente, la Principessa del giorno, la temibile e irresistibile Ricotta di Capra.

Tutto aspetta te per mettersi in moto e dar vita a nuova cosa, mescolarsi e tramutarsi in prodotto edibile di interessante qualità organolettica. Il tuo sudore potrà operare la transustanziazione degli ingredienti primi in pregevoli manufatti di tradizione millenaria, ti senti parte del mistero della creazione, sei la sacerdotessa della nutrizione che sacrifica il pomeriggio al mare per offrire ai fratelli e sorelle credenti un'esperienza dal sapore mistico.

Mentre cominci a tritare la carne e il prezzemolo con la

mezzaluna, benedici il cibo che sarà. E sudi. E pensi a come accidenti fanno in Marocco, almeno qui non ci sono mosche in eccesso. E le forze non si moltiplicano come per incanto, sai che sorpresa. Per distrarti passi alle cipolle, lacrimando assai, poi le trombette, rompi le uova con una macabra soddisfazione, una cupio dissolvendi che non sembra entrare nel tuo sacro ministero, ma tant'è... la maggiorana al posto dell'incenso e giù di giaculatorie! Riporti in cucina le terrine piene delle nuove mescole, fai ordine sul letto e poi ti viene un'idea: perchè non condividere questo mistero della fede col tuo partner? In fin dei conti ha dormito accanto a te sin ora mentre tu sminuzzavi, tritavi, facevi a tocchetti e giravi gli ingredienti...e dato che ogni officiante ha sempre un chierichetto, perché non chiedere una mano santa per stendere la sfoglia dei ravioli? Quella della torta di verdura te la fai da sola, è morbida da stendere, ma l'altra con l'uovo dentro è più resistente e sai che ci vorrebbe un braccio da tagliatelle più tonico del tuo!

Accendi il forno e vai a perorare la tua causa. Acconsente tra qualche dubbio, ti guarda come fossi una talebana della cucina, sperava in un tuffo in mare, con successiva doccia rinvigorente e aperitivo con amici al porto, ma dice: ok. Vuoi credere alla sua buona fede, benché l'infedeltà gli stia addosso come un gilet fatto su misura e lo sai. I suoi occhi però hanno una strana luce che adesso non ti soffermi a decifrare, c'è ancora molto da sudare. Siete insieme in cucina e ti senti corroborata dalla sua presenza, dunque stendi la sfoglia e componi la torta in poco tempo. Lasci il campo alla forza nuova e ti allontani per andare a fare la terza doccia, te la sei meritata!



Improvvida decisione: il tuo partner sta impastando di malagrazia e freme d'impazienza, si ribella alla fatica, il labbro superiore si imperla di sudore e iniziano le maledizioni: "ma che idea del cavolo, come si fa a fare i ravioli con 40 gradi in casa; poi accendi bene il forno, brava, così oltre al sole di ponente che si becca la cucina ci son altri 200 gradi aggiunti! E poi mia madre usa la macchina per tirare la sfoglia, mica la tira a mano, guarda qui che casino, sei l'unica che d'estate si mette a fare i ravioli e se vai a farti la doccia adesso io ti spargo pasta e farina per tutta la cucina e poi vediamo come ti diverti!" Non hai energie per litigare, gli intimi di andare al mare a nuotare col suo amico Giulio – sempre che non sia una Giulia - almeno si leva dai piedi; ti accorgi che non potevi pretendere nulla, non ha sentito la voce della ricotta, perchè meravigliarsi se non crede, come San Tommaso?! Evangelizzare l'infedele è operazione lunga e fa troppo caldo per iniziare ora.

Doccia e ravioli, ora et labora.

Mentre tutto si compie in stato di coscienza alterato, una specie di trance da raviolare pallido e assorto, un'epifania improvvisa ti rivela che sei già single di fatto. Appena ripulito con cura il piano di lavoro dai rimasugli d'impasto e farina, un brivido di preveggenza ti percorre il corpo: un ingrediente estraneo si era insinuato nella tua vita, ne avevi percepito l'effetto tossico da molto tempo, eppure sino a quel momento non eri riuscita a identificarlo. Il lavoro creativo è complesso, non deve per forza diventare complicato...dal caos all'ordine, dalla farcia all'impasto alla confezione di ogni singolo raviolo, che custodisce l'Essenza delle tue intenzioni di Bontà nel suo cuore, a te spetta proteggerla sigillandola con cura tra quelle sottili mura. Quanto è bello far pulizia, mettere in ordine, dopo tutto?!

"Lavora in purezza, con ingredienti di qualità, cosa te ne fai di questo qui che sbilancia l'armonia dell'insieme?", la voce della ricotta ora ti rivela la sua verità fatta di gusti calibrati con garbo e sapienza.

Parla di bontà primigenia, di riconoscere e accettare la propria e l'altrui natura. Ricorda che con un retto sforzo si potevano ottenere risultati eccellenti, ma solo a patto di non scendere a patti con l'ignoranza e la pigrizia. Ricotta, la rivoluzione è iniziata da te, io ho combattuto, ho evinto l'elemento intruso, ho vinto e me ne vanto!

IL LINGUAGGIO DEL CORPO

di Aldo Nardi

Il tempo che stiamo vivendo è quello dei social network, della comunicazione digitale e quant'altro possa essere collegato alla galassia di Internet. Potrebbe sembrare quindi scarsamente produttivo parlare di linguaggio del corpo, tenuto conto anche del fatto che, spesso, il linguaggio e i corpi vengono nascosti (o sovrapposti) proprio grazie alla rete. In realtà il linguaggio del corpo è qualcosa di troppo importante da poterlo ignorare o, peggio ancora, da nascondere con l'ausilio dei social media.



Gli indizi e i segnali che provengono dalle posture del corpo e, in generale dai cosiddetti segnali non verbali, continuano ad avere un impatto notevole sul piano della comunicazione: un impatto che, già negli anni settanta, era stato stimato nell'ordine del novanta per cento dell'intera comunicazione. A fronte di tale constatazione si poteva perfino affermare che i soggetti che avevano raggiunto maggiori livelli di successo erano anche quelli forniti di maggiore abilità nell'interpretazione di questi segnali.

L'etologo e zoologo inglese Desmond Morris, oltre cinquant'anni fa, ci aveva descritto con l'opera *La scimmia nuda* (e poi anche con *L'uomo e i suoi gesti*, *In posa*.

L'arte e il linguaggio del corpo, *La tribù del calcio*, ecc.), i tratti fondamentali della comunicazione non verbale, partendo soprattutto dal linguaggio animale. Tuttavia, ad una recente domanda su come le nuove tecnologie stanno cambiando quel suo lavoro di partenza (oggi ha 91 anni), ha risposto che attualmente viviamo in una mega tribù, dove magari non conosciamo chi abita accanto a noi, ma siamo connessi con tutti. È evidente come tutto questo comporti dei cambiamenti anche sul piano della comunicazione. Rimane il fatto che, nei rapporti interpersonali, gran parte di quello che comunichiamo non viene comunicato attraverso il linguaggio verbale, ma attraverso quello che gli addetti ai lavori chiamano linguaggio muto, ovvero una serie di contenuti che possono confermare ciò che affermiamo verbalmente, ma che possono anche contraddire quanto stiamo dicendo.





Nel suo testo pratico *Il linguaggio del corpo* (2009), lo psicologo del lavoro James Borg, nel ricordarci il principio Shakespeariano secondo cui il mondo è un grande palcoscenico, così come l'attore deve padroneggiare il linguaggio corporeo per poter coinvolgere il pubblico emotivamente, anche noi, nella vita quotidiana - quella privata, ma soprattutto quella lavorativa - dobbiamo essere in grado di adottare il linguaggio corporeo adeguandolo al personaggio che rappresentiamo.

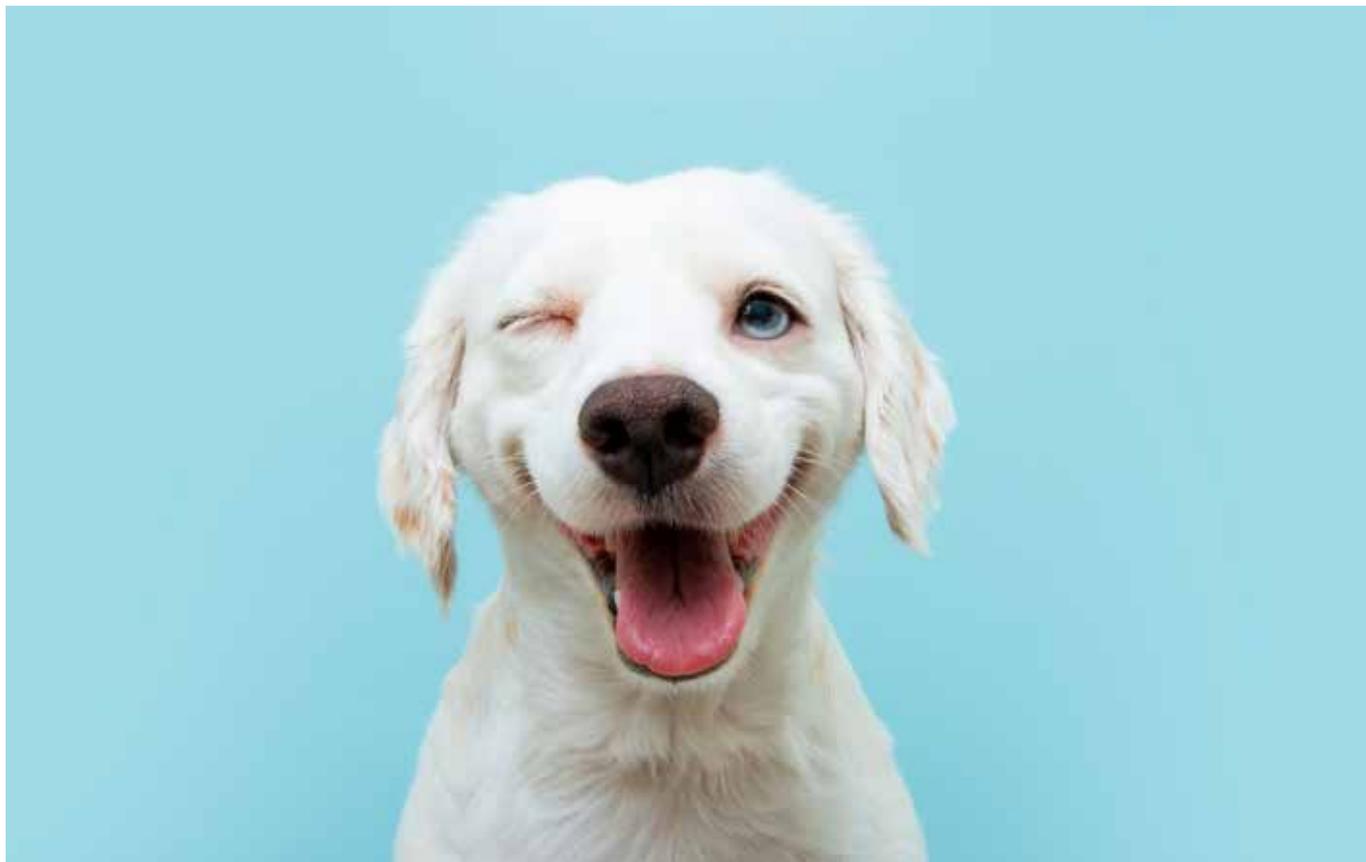
In tutto questo non possiamo mai dimenticare che ragioniamo con la mente, ma amiamo e odiamo con il cuore. La mente esercita il suo controllo sulle passioni, ma vi sono passioni che sfuggono al controllo della mente. È quella che Platone condensa nel mito dell'Auriga che guida verso il cielo il carro trainato da due cavalli: uno nero (l'anima concupiscente) e uno bianco (l'anima irascibile). Quando ci rapportiamo agli altri, cerchiamo continuamente di "leggere nella loro mente" attraverso l'osservazione costante del loro linguaggio corporeo, tenendo conto del fatto che si tratta, nella fattispecie, di un processo bidirezionale, nel senso che, mentre cerchiamo di essere consapevoli dei messaggi che comunichiamo attraverso il nostro corpo, dobbiamo essere in grado di leggere il linguaggio del corpo degli altri per interpretarne i messaggi che ci intendono comunicare. Per fare questo è necessario cercare di padroneggiare il linguaggio del corpo. Tuttavia, anche dopo aver preso cura di

tutti i presupposti che tale comunicazione comporta, non possiamo ignorare che, in taluni casi, si possono anche fare degli errori di interpretazione, dal momento che non siamo di fronte ad una scienza esatta.

Per dirla con Borg, falsificare il linguaggio verbale è pressoché impossibile, se non altro per il fatto che nessuno di noi è in grado, in ogni istante, di controllare l'attività di tutti i muscoli del corpo, compresi quelli del viso. Sentimenti, emozioni, atteggiamenti sono elementi della comunicazione non verbale che il nostro corpo trasmette e che chi ci sta di fronte può inconsciamente percepire e reagire di conseguenza.

Prendiamo per esempio gli occhi i quali, come è noto, sono direttamente connessi alle immagini, alle sensazioni e ai suoni. Nella conversazione con una persona,





ad esempio, il nostro sguardo assume delle interazioni diverse a seconda del tipo di rapporto esistente con l'interlocutore (dominanza-subordinazione).

Borg ci viene in soccorso ricordandoci che la persona che guarda in basso e a destra riporta alla mente sensazioni e sentimenti, quella che guarda in basso e a sinistra parla con se stessa, quella che guarda in alto e a sinistra cerca di visualizzare qualcosa che è accaduto in passato, la persona che guarda in alto e a destra cerca di immaginare qualcosa, chi guarda verso sinistra cerca di ricordare dei suoni, mentre la persona che guarda verso destra i suoni cerca di ricostruirli.

Vi sono poi numerosi segnali del corpo che possono rappresentare disagio e ansia (es. battito accelerato delle palpebre), a fronte dell'incapacità da parte del soggetto di esprimere un determinato parere, oppure perché l'interlocutore ha espresso un pensiero che mette a disagio chi gli sta di fronte.

Ci sono poi i cosiddetti comportamenti rassicuranti (toccarsi i capelli, il naso, le guance ecc.), che segnalano anch'essi uno stato ansiogeno o un momento di particolare sforzo nell'affrontare una situazione.

Per riprendere velocemente l'esempio degli occhi, Anna Oliverio Ferraris ha segnalato, in un sua nota sulle relazioni asimmetriche ("Visibilità", Psicologia contemporanea, n.240/2013), che, quando una persona comune si sente guardata da un passante, tende a ricambiare lo sguardo, perché pensa che possa trattarsi di una persona che conosce. Se si tratta invece di una persona famosa è molto probabile che questa distolga rapidamente lo sguardo (sguardo ineguale). In questo caso la persona famosa sa già perché la guardano (la sua identità è nota), mentre l'altro è uno sconosciuto che non è tenuto a conoscere. Ciò spiega perché, spesso, le star indossano occhiali scuri: non per proteggersi dal sole, ma dagli sguardi, e per evitare uno scambio che non può essere soddisfacente.

Si parla spesso, in ambito psicologico, di intelligenza emotiva, volendo con ciò intendere la capacità di relazionarsi con il prossimo. Il che equivale alla capacità di interpretare quello che provano gli altri senza che questo venga espresso con le parole. D'altra parte, com'è facilmente intuibile, i segnali che un singolo comunicatore trasmette possono essere ricevuti dal ricevente e viceversa. Secondo Borg "poiché i nostri interlocutori fanno altrettanto nei nostri confronti, per padroneggiare la

comunicazione non verbale dobbiamo essere consapevoli di ciò che esprimiamo noi attraverso il corpo e al contempo percepire empiricamente ciò che esprimono gli altri con il loro”.

Sulla base di quanto appena detto non si può non condividere la regola delle tre C che ci viene proposta dalla stesso Borg per poter effettuare una corretta lettura del pensiero di chi ci sta di fronte, ovvero: contesto, coerenza, complesso. Nel primo caso, va da sé che il comportamento preso in esame va considerato in base al contesto in cui si attua; per quanto riguarda la coerenza è necessario verificare che quanto dichiarato sia in sintonia col linguaggio del corpo; infine, affinché il giudizio sia affidabile, non è sufficiente l'interpretazione di un solo gesto, ma è necessaria l'analisi di tutti i gesti del corpo. Strumenti, questi, che sono ben noti agli esperti di cinesica (per esempio quelli in forza all'FBI), la scienza che osserva il linguaggio del corpo e il comportamento verbale di testimoni e individui sospetti.

Se gli studi condotti sull'importanza del linguaggio non verbale si sono consolidati soprattutto negli anni settanta, nondimeno oggi possiamo ancora affermare che questo tipo di comunicazione è tutt'ora fortemente prevalente rispetto a quello verbale. D'altronde, le ricerche condotte sull'argomento hanno da tempo stabilito che solo il 7% dei significati della comunicazione viene dedotta dalle parole, contro il 33% dagli elementi vocali (tono, timbro, ritmo) ed il 55% da elementi visivi del corpo (gesti, postura, mimica facciale, ecc.).

Pensiamo allo sguardo. Gli occhi costituiscono una componente fondamentale della comunicazione non verbale, al punto che il contatto oculare diventa l'elemento di conferma o disconferma della comunicazione stessa a seconda che stabilisca linea retta con l'interlocutore (relazione di fiducia) oppure ne diventi un ostacolo nel caso in cui venga rilevata la non sincerità del parlante.



Ad esempio, abbassare lo sguardo evitando il contatto oculare può denotare uno stato di insicurezza, ma può anche essere interpretato da chi ci sta di fronte come un segnale di sottomissione. Battito delle palpebre, sguardo oscillante, dilatazione delle pupille, espressioni facciali e molto altro sono tutte manifestazioni di un complesso sistema comunicativo dal quale e per mezzo del quale possiamo ottenere informazioni più complete rispetto alla comunicazione verbale. D'altronde, è stato lo stesso Leonardo da Vinci a ricordarci che “l'uomo medio guarda senza vedere, ode senza ascoltare, tocca senza percepire, si muove senza essere cosciente del suo corpo, e parla senza prima pensare”.



CONSIGLIAMI UN LIBRO

a cura di *Serena Belli*



L'UOMO CON LA VESTAGLIA ROSSA

di Julian Barnes

Il libro, che si potrebbe definire un saggio pur essendo avvincente come un romanzo, prende le mosse da un dipinto di John Singer Sargent, che rappresenta il dottor Simon Jean Pozzi, valente chirurgo-ginecologo degli anni della Belle Epoque. La storia del dottor Pozzi è il filo conduttore del libro, affollato di personaggi del bel mondo: viveur, dandy, conti, visconti, principi e altro ancora; tutti personaggi assolutamente reali, dei quali Barnes racconta le gesta onorevoli e disonorevoli, i vizi e le virtù. Il tutto è ben documentato, perché la maggior parte di queste persone era così importante per l'epoca da aver avuto dei biografi (anche più di uno, talvolta) che ne hanno immortalato la vita. E' così che troviamo Oscar Wilde, Gustave Flaubert, Edmond de Goncourt, Sarah Bernhardt, Eleonora Duse, Richard Wagner e molti altri ancora. Le vicende si svolgono per lo più a Parigi, Londra e Venezia, anche se l'instancabile Pozzi arriva fino in America e sud-America. Una sottile ironia permea tutto il libro rendendo agile la lettura.

Tra tutte è proprio la vita di Pozzi che mi è sembrata la più interessante. Pur essendo un aristocratico, se non di nascita sicuramente di nozze e di amicizie, si è dedicato alla chirurgia ed alla ginecologia con passione e nobiltà d'animo. Tra i suoi clienti troviamo nobili, aristocratici e personaggi influenti dell'epoca, ma egli ha sempre prestato anche servizio gratuito per i poveri, presso l'ospedale pubblico di Parigi. Pozzi ha introdotto alcune tecniche chirurgiche innovative in campo ginecologico, oltre ad aver adottato a 360 gradi l'utilizzo della sterilità del campo operatorio, salvando sicuramente numerose vite. Ad un certo punto viene creato, proprio per lui, un vero reparto di Ginecologia, il primo nel mondo, dove sarà primario per molti anni. In occasione del suo inse-

diamento tiene un discorso "vestito da chirurgo" (niente marsina o redingote, insomma) che, secondo me, dovrebbe essere condiviso ancora oggi da molti chirurghi. Dice di lui Julian Barnes: " Samuel-Jean Pozzi era razionale, scientifico, progressista, internazionale; salutava ogni giorno nuovo con entusiasmo e curiosità, riempì la vita di medicina, arte, libri, viaggi, società, politica e più sesso possibile. Grazie al cielo non era senza difetti". Insomma l'uomo con la vestaglia rossa non era uno qualunque e leggerne la vita è galvanizzante.

JULIAN BARNES

L'UOMO CON LA VESTAGLIA ROSSA




ET SCRITTORI

EDUARDO
DE ANGELIS
SANDRO
VERONESI



COMANDANTE

Tratto dall'omonimo film
di Edoardo De Angelis
con Pierfrancesco Favino
in concorso all'ottantesima
Mostra internazionale d'arte
cinematografica di Venezia



I CIGNI DELLA QUINTA STRADA

di Melanie Benjamin

Anche questo è un romanzo popolato da personaggi realmente esistiti che narra la vita, parzialmente romanizzata, di Truman Capote e del suo romanzo più scandaloso: "La Cote Basque 1965". I Cigni sono le donne più belle, ricche ed eleganti del bel mondo di quegli anni, tra le quali troviamo Gloria Vanderbilt e Marella Agnelli, Jackie Kennedy e la principessa Margareth, regine dei cocktail, delle feste di beneficenza e dei party più esclusivi. Tutte impegnate ad adorare e contendersi l'amicizia e le attenzioni di Capote, il quale in "La Cote Basque 1965" le tradisce tutte, raccontando i loro segreti, le loro confidenze, i loro tradimenti. Ovviamente l'uscita del romanzo segna la fine della affascinante relazione tra Truman e i suoi cigni, e lo trasforma ai loro occhi in un volgare nanerottolo ma, soprattutto, sancisce il declino inarrestabile di uno dei grandi romanzieri del novecento. Il bel mondo degli anni Cinquanta e Sessanta brilla in questa incantevole storia di rivalsa e tradimento, che si fa leggere con una sorta di voyeurismo nei confronti di un mondo oramai finito (senza rimpianti) ma che ha segnato il nostro immaginario per molti anni.

COMANDANTE

di Edoardo De Angelis e Sandro Veronesi

Un libro breve ma fulminante, che ti colpisce in pieno. Si tratta della storia vera, parzialmente romanizzata (ma non troppo, in quanto l'episodio è vero e viene riportata da numerose testimonianze e documenti), del Comandante di sottomarino Salvatore Todaro che, durante un'azione di guerra nel secondo conflitto mondiale, affonda una nave nemica, ma contrariamente ad ogni buonsenso prova a salvare l'equipaggio nemico dal naufragio.

Todaro rappresenta il meglio di ciascuno di noi, l'eroe coraggioso e mitico, senza macchia, umano fino alla disumanità. Ed al comandante della nave ostile, che gli domanda: "Perché, perché lo fai?" risponde "Perché noi siamo italiani".

Sono convinta che la maggior parte di noi italiani si senta Salvatore Todaro.

Non voglio aggiungere altro, perché la mia recensione non diventi più lunga del libro. Suggestivo solo di leggerlo e di regalarlo. È un libro bellissimo.



L'alter ego del contadino

LO SPAVENTAPASSERI

*di Fiorenzo Degasperi**



La monocultura, la coltivazione intensiva e l'industrializzazione delle campagne ha portato con sé il declino e la lenta scomparsa degli spaventapasseri. Gli spaventapasseri resistono ancora nei masi in quota, nelle terre coltivate con amore oltre che per soldi. Vivono lì dove l'uomo interagisce ancora con la natura in maniera armonica, dove l'agricoltura riscopre le sue origini vere di cultura, di educazione a rapporti equilibrati fra le forze genetiche delle piante ed il contesto umano. In fin dei conti lo spaventapasseri è l'alter ego del contadino, specchio degli "ultimi" come diceva Aldo Gorfer.

Girovagando per i masi altoatesini o nelle campagne trentine se ne trovano ancora molte di queste presenze mitiche, elaborate o povere, arricchite da suoni provocati dal sibillare del vento o luccicanti da banderuole di stagnola che come bandiere sventolano verso il cielo. Loro segnano uno spazio che altrimenti sarebbe indistinto, sono soglie: proteggono ciò che è dentro e danno significato a ciò che è fuori.

Dietro ad ogni personaggio c'è una storia: gli stracci sono carichi di memoria, le scarpe rotte sono il frutto di migliaia di passi, i cappelli di paglia hanno raccolto il sudore per anni e le orbite vuote sono l'accanimento con cui il contadino montano rimane avvinghiato al suo maso e alla sua terra.

Gli agricoltori sono, o dovrebbero essere, gli esteti del territorio, gli architetti della natura. Ma c'è un momento, in primavera, in cui si trasformano in valenti assemblatori, in artisti creativi, inserendosi di diritto in quello spazio dove l'artigiano diventa artista e i saperi si offrono nella loro essenziale visibilità. Questo attimo è quando



si dà vita, o nuova vita, proprio agli spaventapasseri, ai tanti golem sparsi sui terreni, negli orti, lungo i filari di ribes e lamponi, appesi agli alberi, affinché compiano nuovamente il loro lavoro: sono gli spaventapasseri, un tempo chiamati "spauracchi".

Probabilmente alle origini di questo cumulo di stracci che sventola al vento e che macchia di colore la terra e i prati ci sta una piccola statua lignea con un grande fallo

sporgente, appesa agli angoli dei campi o sugli stipiti di entrata negli orti. Il personaggio, Priapo, era il figlio di Dioniso e di Afrodite, una sorta di satiro a metà strada tra l'umano, il selvaggio e l'animale, famoso per la grandezza del suo pene.

Svolgeva la funzione di termine, di confine ma anche di sorvegliante, atto a scacciare i ladri e a tener lontano gli uccelli dai frutti portando con sé la vis genitales della natura stessa, simbolo-statua dello strumento della generazione e della fecondità: "... sono un dio grandissimo spauracchio di ladri ed uccelli ... ed a bada li tiene il rosso palo che si rizza dall'inguine osceno/Gli uccelli importuni li spaventa il fastello di canne che ho legato sul capo/e gli impedisce di posarsi su questi orti recenti".

Priapo era l'alter ego di Mutunus Tutunus, dio che presiedeva il ciclo vegetativo e stimolava magicamente la crescita arborea e la fruttificazione. Ma Priapo svolgeva la funzione anche di sorvegliante, di colui che scaccia, come avrebbero fatto poi gli spaventapasseri o i "caccia-oceddi" sonori, sorta di girandole in ferula delle campagne siciliane. Nel corso dei secoli gli spauracchi sono diventati opere d'arte, con una ridotta durata nel tempo, in grado di sopravvivere generalmente solo per un ciclo del raccolto stagionale.

Questo senso dell'effimero lo aveva ben capito il fotografo trentino Flavio Faganello che ne era diventato il silenzioso testimone fotografandone centinaia in tutta la regione.

Gli agricoltori sapevano che le sagome antropomorfe erano inefficaci nei confronti degli animali predatori. Allora i fantocci che popolano ancor oggi le campagne e gli orti hanno ben altro significato.

Infatti la funzione di tener lontano i ladri, sia quelli umani che uccelli, volpi, martore, ecc. era stata affidata ad un personaggio liminare come il Saltner/saltaro. Probabilmente l'inglese John Ray (1628-1705), della Royal Society, in viaggio in Italia e diretto a Merano, rimase sbigottito di fronte ad una scena che sembrava lo proiettasse in un accampamento pellerossa piuttosto che in un vigneto. Durante la vendemmia un folto gruppo di contadini danzava tra le vigne.

La danza sfrenata, ricca di movenze casuali, era condotta da un uomo addobbato in maniera curiosa, con un copricapo elaborato fatto di stoffa e piume. Portava sul suo corpo amuleti e croci dotati di poteri magici. Si dimenava sbattendo le mani, scuotendo ripetutamente e ritmicamente le variegata e colorate piume del cappello. Si muoveva veloce tra i filari e ogni tanto sparava verso il cielo un colpo di pistola. Non era uno stregone o uno



sciamano: semplicemente John Ray si era imbattuto in un Saltner, un Saltaro, colto nello svolgimento della sua funzione, quella di difendere i vigneti dal pericoloso assalto degli uccelli quando l'uva era matura o durante la vendemmia. Il suo vivere giorno e notte tra la natura lo portava a convivere con le forze demoniache che vi abitavano e i talismani di cui si circondava servivano proprio a tener lontani diavoli, folletti, streghe ed esseri fatati.

Gli spaventapasseri, lo spaventacchio o spavracchio, cencio di straccio che si scuote al vento, tramandano una paura legata al potere degli antenati e al ritorno dei defunti su questa terra, terrore rimasto impresso nelle maschere che, un tempo, ricoprivano i visi di pezza e di erba degli spaventapasseri.

Per tener lontano il male, il diabolico, il maligno, i lapidici cristiani e i pittori riempivano le chiese e le stanze di palazzi e castelli di mascheroni. Famose le figure apotro-



La "Casa degli spaventapasseri" a Marter.

paiche di Castel Roncolo oppure quelle che sorreggono i costoloni gotici di molte chiesette alpine dell'Alto Adige, una per tutte San Giorgio ad Antlas sul Renon oppure San Leonardo a Favogna. Oppure testine ghignanti si stagliano sulle bifore dei campanili. I loro sguaiati sorrisi tengono lontano il Diavolo oppure vogliono sorridere al sole nascente? I campanili di S. Giacomo a Sardagna o quello di S. Maddalena a Tagusa (Castelrotto) sono silenzio testimoni di paure e speranze dimenticate.

Un tempo gli spaventapasseri servivano anche come sentinelle di un invisibile che faceva paura perché non lo si conosceva. Nei giardini di Ruffé, in alta val di Non, gli allegri spaventapasseri sorvegliavano i masi del paese dagli uccelli e dalle streghe che si aggiravano sull'antico sentiero del Lez che menava a Cavareno. Ma basta seguire il sentiero che da S. Genesio conduce alla chiesa di S. Giacomo a Lavenna: ci si imbatte in decine di figure di stracci, suonatori, streghe, orchi, aguane, seduti ai tavolini oppure appesi ai dorati rami di larice. Per la gioia di piccini e dei grandi che hanno ancora voglia di far volare la fantasia e l'immaginazione, questi personaggi fiabeschi si sono trasformati in spaventapasseri e gli uomini mascherati si confondono con l'umano e il selvaggio.

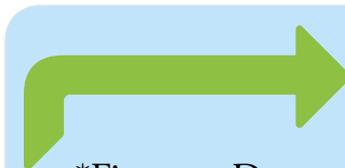
Al maso Platider, sull'altopiano dello Sciliar, c'era una strega che tormentava la contadina rovinandole il burro. La strega Tschelmerin di Fiè faceva parte delle cosiddette streghe del burro, che si ritrovavano a Saltria per poi spiccare il volo verso il Monte Pez, sullo Sciliar, per i loro sabba notturni. Usava cantare "contadina del Platider, che vuole fare il burro, burro lei non farà, oplà! Solo crema impazzita farà, aha! E un topo nel secchio troverà!". Dopo diversi topi ritrovati nel latte e ripetute creme impazzite la contadina pensò bene di mettere

alcuni spaventapasseri con funzione di spaventa-streghe attorno al maso. Erano così brutti che la gobba e guercia strega Tschelmerin se ne volò via e mai più tornò a rovinare il burro del maso.

Di queste storie nei masi se ne contano a decine. Più che le preghiere e le corse lungo i campi brandendo bastoni e agitando strumenti sonori valgono questi muti personaggi che sanno fugare il pericolo, bipede reale o fantastico – notturno o solare –, alato o quadrupede che fosse. E tutto questo nonostante l'incredulità dei cittadini o l'irrisione degli intellettuali: lo spaventapasseri, fortunatamente, fa parte ancora del nostro paesaggio culturale.

Per chi volesse approfondire questo tema consigliamo di recarsi al "Centro di esperienze Mulino Angeli", ovvero la "Casa degli spaventapasseri", si trova in Valsugana a Marter, frazione di Roncegno, Via S. Silvestro n 2. Dentro ci sono le opere fotografiche più care a Flavio Fagnello, frutto di una ricerca etnografica protrattasi per quasi vent'anni. Più di 5700 documenti fotografici in vario formato, rimasti qui in dotazione al museo dopo aver partecipato a mostre importanti presso il Museo di Scienze Naturali di Trento, a Merano, presso Castel Roncolo a Bolzano, a villa Welsperg in Primiero, al Tiroler Volkskunstmuseum di Innsbruck, ecc. forniscono una documentazione importantissima del rapporto uomo-natura e del mondo dell'immaginario delle valli della nostra regione. All'esterno 50 spaventapasseri-oggetti, una commistione tra elementi antropomorfi, girandole e meccanismi vari, ci fanno capire come l'ingegno montanaro viene applicato per tener lontani coloro che potevano portare alla fame un'intera famiglia: gli uccelli.

Info: 0461 764387, roncegno@biblio.infotn.it oppure consultare il sito www.lacasadegliospaventapasseri.net.



*Fiorenzo Degasperi

critico d'arte e autore racconta i suoi viaggi compiuti all'interno dell'arte, nel paesaggio mitologico e nella geografia sacra della cultura alpina sulle riviste Trentino Mese e Arte Trentina. È anche autore di diversi libri.

A MEANA DI SUSÀ

di *Laura Pasquali Rovesti*

Siamo arrivati a Meana per la prima volta durante la guerra, ma io ero piccola, non ricordo quasi nulla. Quello che so l'ho sentito raccontare dai miei genitori. Papà era militare ed era nella casa del Genio vicino alla chiesa valdese. Era addetto alle telecomunicazioni, era molto bravo e il Capitano l'ha voluto tenere lì perché aveva bisogno delle sue competenze e in questo modo non è stato mandato in Russia. Abbiamo abitato in tre case, due le vedo ancora oggi, le fotografie lo testimoniano. Una è a Campo del Carro, dove c'è una scala di pietra vicino alla farmacia. C'è una foto che mostra me piccola con il cappotto e il berretto intenta a fare un teatrino davanti a due o tre bambini spettatori: chissà che cosa raccontavo loro... Un'altra casa è alla borgata Scottò dove c'è un grande terrazzo. Di questa ho un ricordo: giocavo con un cagnolino birichino che seminava tracce dappertutto. Ora hanno migliorato il terrazzo con una nuova ringhiera, ma lo vedo sempre quando passo da quelle parti.

Andavamo alla messa in chiesa, dove il parroco è rimasto per molti anni. Mi ricordano di un grosso capriccio che ho fatto. All'uscita dalla chiesa sono scoppiata in lacrime e piangevo così forte da far accorrere anche il parroco. "Che cosa è capitato?" ha detto. E io: "L'Adriana ha il cappello e io no!" Adriana era mia cugina di cinque anni più grande di me.



Papà è rimasto amico del parroco e ci portava spesso a trovarlo. Lui ci accoglieva con la sua bella famiglia e a volte ci tratteneva a cena. Papà gli aveva chiesto di informarlo se c'era qualche ciabota* in vendita e così è arrivata la casa della Gran Borgata.

Come molti altri il proprietario era andato a lavorare in Canada e vendeva la sua abitazione. Si trattava di una costruzione col tetto di lose (pietre piatte), la scala esterna per salire al primo piano, il gabinetto sul balcone. Papà e mamma l'hanno trasformata, in pochi anni, in una casa confortevole.

Hanno fatto fare una scala interna, hanno creato un piccolo bagno con la doccia. Ne avevano visto uno simile durante un viaggio in Toscana. Il solaio è diventato una bella camera con una finestra che dà sul Rocciamelone e un'altra finestra con balconcino. Lassù si può dormire ma anche studiare e lavorare.



Quando siamo andati ad abitare alla Gran Borgata tutte le case erano occupate. A Susa c'era un'industria meccanica, l'Assa, nella valle due cotonifici e altre attività. Le persone lavoravano a Susa e vivevano a Meana. Ci sono solo due km da percorrere da casa nostra a Susa, si può scendere a piedi. Col tempo le industrie sono state chiuse, nelle case sono rimaste le persone anziane. Ormai poche case sono abitate tutto l'anno, alla Gran Borgata solo cinque o sei. D'estate tutte le case sono aperte. Noi siamo fortunati, i nostri vicini vivono lì tutto l'anno e così i vicini di fronte, un po' più in là la mia amica Rosa con la sua famiglia e su in alto Silver, i suoi fratelli e le loro famiglie vengono spesso nella loro bella casa. Prima c'erano negozi in tutte le borgate, tre macellerie ed empori dove si trovava di tutto. Via via i negozi hanno chiuso, ne è rimasto uno bello a Campo del Carro. Per fare compere si va a Susa.

Durante l'inverno il sole arriva sempre di meno, solo un'ora al giorno alla Gran Borgata: ci sono frazioni nelle quali non arriva per niente in prossimità del solstizio del 21 dicembre. Si è immersi nel verde, tra una borgata e l'altra ci sono boschi e orti, castagni, alberi da frutta, anche qualche conifera.

Due strade salgono verso l'alto, una va al Pian del Frai, dove andavamo a sciare, e una al Colle delle Finestre da cui si scende nella Val Chisone. All'inizio sciavamo anche alla Grangia dove c'è una discesa, ora hanno costruito una bella casa.

A Campo del Carro c'è il Comune e l'Ufficio postale, di fianco la scuola elementare. A Susa c'è la scuola media, il liceo classico e lo scientifico, c'è anche l'ITIS il cui primo Preside è stato un insegnante dell'ITIS Avogadro di Torino. Il ginnasio c'è fin dagli anni '50. Ricordo che la mia compagna di banco al liceo Cavour di Torino

aveva fatto quarta e quinta ginnasio a Susa ed era ben preparata. I ragazzi della Val di Susa si abituano a usare il treno e l'autobus per andare a scuola e si adattano a queste scomodità fin da adolescenti.

A 1200 m di altezza si arriva alla Certosa della Madonna della Losa (1189). C'è un campanile romanico e bei dipinti. Dietro alla chiesa si erge una bella balconata sulla vallata da cui si vede la strada del Moncenisio e di fronte il Rocciamelone. Ci sono le abitazioni dei monaci, ora case abitate. Si può salire a piedi o per la strada che porta al Frai. Se si va invece verso Mattie si arriva al Rio Scaglione, ci si affaccia e si vede in basso la marmitta dei giganti, scavata dal torrente, una curiosità geologica. Se no si prosegue per Mattie attraversando il ponte del diavolo.

Sembra che il nome Meana venga da Mediana, a metà strada tra Roma e Parigi. Non so se è vero, le distanze lo dimostrerebbero: 750 km per parte, ma le testimonianze dei Romani ci sono. Allargando la strada che porta a Susa è stata rinvenuta la tomba di un soldato romano (con in bocca la monetache serviva per attraversare lo Stige). Dicono, che per un attimo, la figura si sia vista e poi si sia dissolta in polvere. Anche i nomi di alcune borgate, le Sarette (le strette), Campo del Carro fanno pensare a un accampamento. Ci sono 22 borgate, da Bassa Meana, a meno di 500 m di altezza, alle Assiere a 800 m. Noi siamo alla Gran Borgata, 700 m di quota, la stazione ferroviaria a poco meno di 600 m. Un tempo alla stazione c'era la biglietteria ora non c'è nemmeno la macchinetta per fare i biglietti. Se si arriva alla stazione senza biglietto si sale sul treno, si cerca il capotreno, lui o un altro ferroviere viene e te lo fa.

A Meana ho preparato l'esame di maturità studiando con la mia amica Annamaria, la più brava delle mie compagne; studiavamo come matte, ripassavamo anche



camminando per strada, eravamo la favola del paese. Mia sorella Anna ci preparava il pranzo e la cena, anche se era una ragazzina di soli 14 anni. Questo lavoro comune mi ha aiutato parecchio. Naturalmente non c'era solo lo studio. Quando eravamo in vacanza con Anna andavamo in giro la sera con i nostri amici, cantavamo le canzoni di montagna. Si ballava alla Grangia. La proprietaria sbriciolava la cera per terra, con i nostri passi lucidavamo il pavimento.

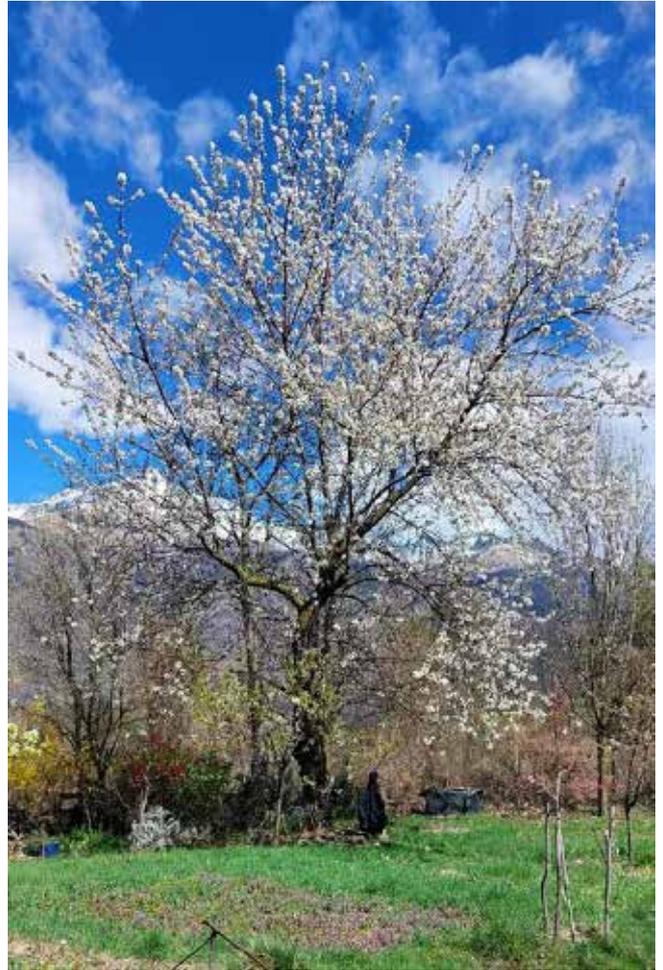
A pochi metri dalla casa c'è l'orto; per molti anni abbiamo passato ore serene seduti sugli sdrai; una parte dell'orto era riservata al gioco delle bocce. L'ha coltivato per molti anni Enrico, mio marito, passandoci molte ore a partire dal mese di marzo. Poi ha concluso il lavoro di "contadino". Anna ha poi acquistato il terreno a fianco ed è diventato un bell'angolo di riposo e di svago. Una piccola parte è coltivata, per il resto: meli e frutti di bosco.

Abbiamo avuto dei visitatori graditi anche se affamati: i caprioli, e altri indesiderati e più invadenti: i cinghiali. Venivano lì e ti guardavano infastiditi come per dire: "Che ci fai tu qui?" Finché Stefano, mio nipote, ha circondato l'orto con una rete. Ora si vede, al di là dell'orto, un capriolo che continua a brucare senza mostrare segno di fastidio anche se ad osservarlo ci siamo noi con Nina, il cane.

Vicino all'Ente Turismo nella piazza del mercato di Susa c'è un cartello che dà il benvenuto a chi viene a visitare il gioiello delle Alpi Cozie. Si fanno dei giri per visitare le antichità. Quali sono? L'anfiteatro romano, tuttora in funzione. L'arco di Augusto con in alto la rappresentazione dell'incontro tra gli abitanti di Segusia, sudditi del re Cozio e i Romani. L'acquedotto romano e dietro gli altari druidici. Una porta romana ben conservata unita al duomo. Nella piazza davanti al duomo un pavimento trasparente mostra gli scavi. Per le strade si trovano turisti francesi che scendono dal Moncenisio e dal Monginevro. Il cartello che invita a visitare la città dovrebbe essere messo all'inizio della vallata.

Non lontano da Susa a Novalesa il monastero benedettino del 700 con le belle cappelle, quella di Sant'Eldrado è ancora integra con i suoi begli affreschi.

A proposito dei personaggi importanti che hanno vissuto a Meana vorrei ricordare Ada Gobetti, alla frazione Cordola (vedo la sua casa quando faccio una passeggiata verso l'Arnoderà), Benedetto Croce, che abitava in una villa sopra la stazione, Primo Levi, che in un elzeviro apparso sul quotidiano La Stampa, parla delle belle vacanze estive passate qui con la sua famiglia.



Anni fa gli abitanti anziani di Meana parlavano in patois, ad esempio per dire "sì" dicevano "uoi" simile a "oui". E' un ricordo tenero, ora parlano più semplicemente in piemontese.

A una distanza di soli 27 km si raggiunge il lago del Moncenisio. E' un lago incantevole con le sue rive coperte di fiori. Alcune specie, cinque per la precisione, sono proprio di qui e vengono indicate con "cenisia". Ricordo il borgo circondato da un muro e la chiesa. Ora sono in fondo al lago perché molti anni fa è stata alzata la diga e il livello dell'acqua si è sollevato. Avevano trovato dei pesci giganti perché nel lago non c'era il luccio. Li avevano ricoverati in un acquario per poi riportarli lì. Prima il lago era italiano, ora è francese. A cinque km dal confine una strada porta al lago delle Ferriere e al comune del Moncenisio, il più piccolo comune del Piemonte, forse d'Italia, 41 abitanti. C'è il municipio e la biblioteca, sulle case le meridiane. Anni fa l'unico bambino del comune frequentava la scuola elementare lì con la maestra che veniva da Susa. Alcuni anni dopo il secondo bambino veniva condotto a scuola a Susa con un'auto del comune.

I FUNGHI CORALLOIDI

a cura di Marco Floriani

Nella scorsa puntata di questa rubrica abbiamo descritto alcuni funghi della divisione degli Ascomiceti, con una particolare forma simile a quella di una coppa. In questa occasione proseguiremo l'illustrazione di funghi dalle forme inconsuete e ben diverse da quelle che i funghi hanno nell'immaginario collettivo: la nostra attenzione si soffermerà infatti su Basidiomiceti che hanno una conformazione tale da renderli simili a dei coralli. Trattandosi di funghi molto diffusi in natura, e sovente anche molto vistosi, essi hanno da tempo immemore attirato l'attenzione dell'uomo, che li ha paragonati, anche attraverso i nomi popolari, a vari oggetti dall'aspetto ramificato: "manine", "ditole" sono due esempi di tali nomi, mentre epiteti dialettali richiamano spesso forme vegetali come quella del cavolfiore. Nella provincia di Trento, "zate de órs" (zampe d'orso) è il nome vernacolare più diffuso.

In micologia, questi funghi vengono assegnati a più generi appartenenti anche a famiglie diverse: il più ricco di specie è certamente il genere *Ramaria*, che comprende oltre 50 specie, ma ad esso si sommano altri generi quali *Phaeoclavulina*, *Clavulina* e altri ancora, che portano il numero totale di entità identificate per il territorio italiano ben oltre le 100 unità. Tutti i generi sopra menzionati condividono una particolarità nella consistenza della carne, che è piuttosto ceracea e tende a sfaldarsi facilmente quando viene manipolata. La distinzione delle diverse specie di funghi clavarioidi non è purtroppo facile. Il loro studio presuppone spesso l'osservazione dei caratteri

microscopici, mentre da un punto di vista macroscopico le diverse specie tendono ad assomigliarsi in modo via via più marcato quando inizia la maturazione delle spore, che porta i rami ad assumere una tinta progressivamente più ocrea.

Nella pagina seguente possiamo osservare tre esempi significativi di specie del genere *Ramaria*, che possono dare un'idea della variabilità cromatica di questo affascinante gruppo di funghi. La prima specie, *Ramaria botrytis*, è una presenza assai frequente soprattutto nei boschi di latifoglie, caratterizzata dall'aspetto carnoso e compatto (con base molto consistente e ramificazioni corte) e dalle colorazioni rosa fragola dell'apice dei rami. Emana un odore gradevole, quasi fruttato, ed è considerata una tra le pochissime specie commestibili e riconoscibili con una certa facilità. Anche *Ramaria sanguinea* risulta ben identificabile senza l'ausilio del microscopio: sono infatti molte le *Ramaria* dai colori giallo pallido sui rami, ma *Ramaria sanguinea* è unica nel presentare delle fiammature vinose alla base del tronco; anch'essa è considerata commestibile.

Diverso è il caso di *Ramaria pallida*, la terza specie qui illustrata. Simile nel portamento alle due precedenti, presenta però colorazioni meno appariscenti, sostanzialmente grigiastre in ogni parte, e un caratteristico odore simile a cicoria tostata o dadi da brodo. Questa entità è spesso citata insieme a *Ramaria formosa* come esempio di specie tossica, capace di provocare episodi di intossicazione di tipo gastrointestinale anche molto violenti.

Micologia... che passione!



Fig. 1.
Ramaria botrytis, specie commestibile,
riconoscibile per gli apici rosa rossastri dei rami.



Fig. 2.
Le colorazioni gialle dei rami e la presenza
di fiammature rossastre alla base del tronco
permettono un'agevole identificazione di
Ramaria sanguinea.



Fig. 3.
Ramaria pallida, ritenuta specie tossica, è caratterizzata
dai toni inizialmente bianco-grigiastri dell'intero
carpoforo; con la maturazione la colorazione ocracea
delle spore tenderà a sovrapporsi al colore iniziale.

Micologia... che passione!

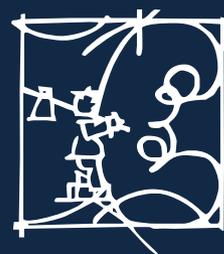
Il tema della commestibilità delle *Ramaria* è in realtà abbastanza controverso, e sebbene il loro consumo venga generalmente sconsigliato in ambito micologico, proprio in virtù della citazione di episodi di intossicazione, in molte regioni italiane il consumo di *Ramaria* avviene in modo indiscriminato, senza conseguenze nefaste. Probabilmente la consuetudine di utilizzare questi funghi soprattutto per preparazioni che, come le conserve sott'olio o sott'aceto, prevedono la preventiva sbollentatura dei funghi, può spiegare la rarità di episodi negativi.

Chiudiamo questa breve presentazione con l'immagine di un piccolo fungo coralloide, molto comune, che a dispetto di una superficiale somiglianza con le specie precedenti, è in realtà del tutto slegato da esse; si tratta di *Calocera viscosa*, specie lignicola di consistenza fortemente gelatinosa e non ceracea. Si tratta di un fungo probabilmente innocuo, che trova le sue reali affinità con altre entità caratterizzate dalla stessa consistenza elastica della carne, ma con forme del tutto diverse. Diverso è il caso di *Ramaria pallida*, la terza specie qui illustrata. Simile nel portamento alle due precedenti, presenta però colorazioni meno appariscenti, sostanzialmente grigiastre in ogni parte, e un caratteristico odore simile a cicoria tostata o

dadi da brodo. Questa entità è spesso citata insieme a *Ramaria formosa* come esempio di specie tossica, capace di provocare episodi di intossicazione di tipo gastrointestinale anche molto violenti. Il tema della commestibilità delle *Ramaria* è in realtà abbastanza controverso, e sebbene il loro consumo venga generalmente sconsigliato in ambito micologico, proprio in virtù della citazione di episodi di intossicazione, in molte regioni italiane il consumo di *Ramaria* avviene in modo indiscriminato, senza conseguenze nefaste. Probabilmente la consuetudine di utilizzare questi funghi soprattutto per preparazioni che, come le conserve sott'olio o sott'aceto, prevedono la preventiva sbollentatura dei funghi, può spiegare la rarità di episodi negativi. Chiudiamo questa breve presentazione con l'immagine di un piccolo fungo coralloide, molto comune, che a dispetto di una superficiale somiglianza con le specie precedenti, è in realtà del tutto slegato da esse; si tratta di *Calocera viscosa*, specie lignicola di consistenza fortemente gelatinosa e non ceracea. Si tratta di un fungo probabilmente innocuo, che trova le sue reali affinità con altre entità caratterizzate dalla stessa consistenza elastica della carne (i cosiddetti 'eterobasidiomiceti'), ma con forme del tutto diverse.



Fig. 4. Un'immagine della comunissima *Calocera viscosa*, che evidenzia le colorazioni giallo fuoco e la vistosa ramificazione del corpo fruttifero.



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Visita il nostro sito
per maggiori informazioni

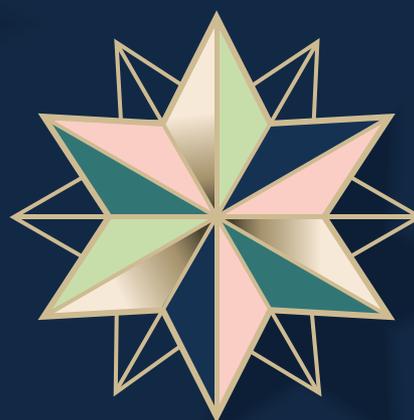
www.apantrentino.it

Per associarsi
e supportarci effettua un bonifico

IBAN IT55Y0830401807000007771781

E donaci il tuo 5 per mille!

CF: 96006150229



WISHING YOU *A* MERRY
CHRISTMAS
AND A HAPPY *New Year!*

ALBA IN ASIA

Un armonioso risveglio dei sensi

INGREDIENTI DI
Fino al
99%
ORIGINE NATURALE*

*La restante percentuale di ingredienti garantisce stabilità e gradevolezza dei prodotti.



A. D. Angelo Sganzerla

Dischiude la sua corolla alle prime luci del mattino, aprendosi al mondo in perfetta armonia ed equilibrio: è il Fiore di Loto, simbolo di grazia, leggiadria e purezza. A esso si ispira questa nuova linea profumata, che si prende cura della tua bellezza distillando puri momenti di benessere sensoriale. Dalla

fragrante detersione alla dolce esfoliazione della pelle, dai trattamenti per mani e piedi fino ai meravigliosi profumatori per ambienti, Alba in Asia avvolge ogni istante con il suo tocco raffinato ed etereo.

Scopri tutti i prodotti di Alba in Asia



Visita il nostro profilo Instagram



L'ERBOLARIO ROVERETO
Via Garibaldi, 27
38068 Rovereto (TN)

L'ERBOLARIO TRENTO
Via S. Pietro 16
38122 Trento (TN)



L'ERBOLARIO

Natura e CosmEtica, insieme a te da 45 anni.