

R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

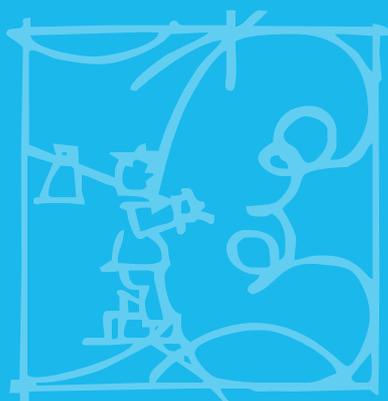
ANNO XXXIX - GIUGNO 2024 - 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ➔ Importanti disposizioni della legge 193/2023 in materia di oblio oncologico
- ➔ Studiare il rene con gli ultrasuoni
- ➔ Buon sangue non mente
- ➔ Inquinamento elettromagnetico e rischi per la salute
- ➔ Lifestyle medicine
- ➔ Un valido supporto per le pazienti gravide
- ➔ Aforismi
- ➔ Intervista al nuovo Direttore del Reparto di Geriatria dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto
- ➔ Le cure palliative in Trentino: intervista al medico Loreta Rocchetti
- ➔ Meditare durante la dialisi
- ➔ Preferisco il rumore del mare
- ➔ Artisti e opere d'arte
- ➔ Notizie dell'associazione
- ➔ Il Museo delle Scienze Mediche di Hong Kong
- ➔ La sacralità dell'acqua
- ➔ Dolci estati di Romagna
- ➔ Qualcosa da leggere e da pensare
- ➔ Presso l'APAN con il Sindaco di Trento
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ APAN: la gita sociale 2024
- ➔ I ricordi di una vita
- ➔ Le Lycoperdaceae

SOMMARIO



Rene&Salute

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

EDITORE:

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

DIRETTORE RESPONSABILE:

Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE:

Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:

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

REDAZIONE:

Serena Belli, Aldo Nardi, Diana Zarantonello

COLLABORATORI:

Fabrizio Zappaterra, Ettore Mancina Danila Bassetti, Nadia Comper, Alessia Pendino, Laura Olivi, Luisa Pevarello, Francesco Fantin, Loreta Rocchetti, Diana Zarantonello, Alessandra Dalla Gassa, Paola Santo, Aldo Nardi, Luigi Tomio, Fiorenzo Degaspero, Laura Pasquali Rovesti, Anna Maria Ercilli, Serena Belli, Francesca Giovannini, Marco Floriani.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di giugno 2024.

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

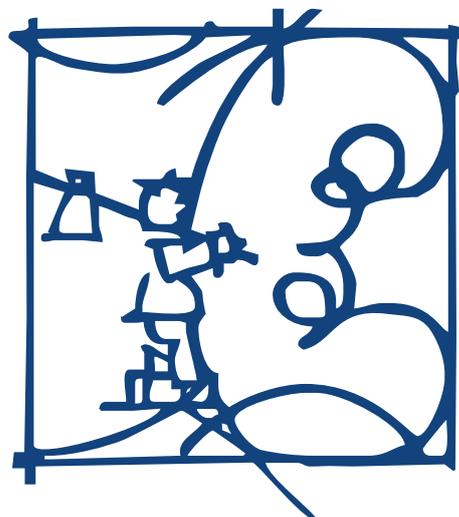
L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento a «RENE&SALUTE».

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

In copertina:

Di Egon Schiele - The Yorck Project (2002) 10.000 Meisterwerke der Malerei (DVD-ROM), distributed by DIRECTMEDIA Publishing GmbH. ISBN: 3936122202., Pubblico dominio, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=158700>

- 3** **Importanti disposizioni della legge 193/2023 in materia di oblio oncologico**
di Fabrizio Zappaterra
- 7** **Studiare il rene con gli ultrasuoni**
di Ettore Mancina
- 9** **Buon sangue non mente**
di Danila Bassetti
- 12** **Inquinamento elettromagnetico e rischi per la salute**
di Nadia Comper
- 15** **Lifestyle Medicine**
di Alessia Pendino
- 18** **Un valido supporto per le pazienti gravide**
di Laura Olivi
- 19** **Aforismi**
A cura di Luisa Pevarello
- 20** **Intervista al nuovo Direttore del Reparto di Geriatria dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto**
a cura di Diana Zarantonello
- 22** **Le cure palliative in Trentino: intervista al medico Loreta Rocchetti**
a cura di Diana Zarantonello
- 27** **Meditare durante la dialisi**
di Alessandra Dalla Gassa
- 30** **Preferisco il rumore del mare**
di Paola Santo
- 34** **Notizie dall'Associazione**
A cura della Redazione
- 36** **Artisti e opere d'arte**
di Aldo Nardi
- 38** **Il museo delle Scienze Mediche di Hong Kong**
di Luigi Tomio
- 41** **La sacralità dell'acqua**
di Fiorenzo Degaspero
- 44** **Dolci estati di Romagna**
di Laura Pasquali Rovesti
- 46** **Qualcosa da leggere e da pensare**
di Anna Maria Ercilli
- 47** **Presso l'APAN con il Sindaco di Trento**
a cura della Redazione
- 48** **Consigliami un libro**
a cura di Serena Belli
- 50** **APAN: la gita sociale 2024**
a cura della Redazione
- 52** **I RICORDI DI UNA VITA**
di Francesca Giovannini
- 56** **LE LYCOPERDACEAE**
a cura di Marco Floriani



IMPORTANTI DISPOSIZIONI DELLA LEGGE 193/2023 IN MATERIA DI OBLIO ONCOLOGICO

di Fabrizio Zappaterra*



L'entrata in vigore della legge 193 del 7 dicembre 2023, approvata all'unanimità dal Parlamento ed entrata in vigore il 2 gennaio di quest'anno, è stata salutata con enfasi per l'allineamento dell'Italia a Paesi come Francia, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Romania e Spagna, ciascuno con le proprie peculiarità, ad un atto di civiltà, definito erroneamente "oblio oncologico", ma il cui scopo è pienamente descritto nel titolo "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche".

Il Regolamento europeo sulla privacy applicabile dal 25/05/2018 (GDPR) contempla all'art. 17 il diritto alla cancellazione («diritto all'oblio»), ovvero "L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e il titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali ...", ma questo non riguarda i dati sanitari e ancor meno i dati oncologici.

Le normative vigenti relative alla conservazione dei documenti sanitari sono essenzialmente tre:

1. La circolare del Ministero della sanità del 19 dicembre 1986 n. 900;
2. L'articolo 5 del decreto ministeriale del 18 febbraio 1982;
3. L'articolo 4 del decreto ministeriale del 14 febbraio 1997.

Secondo tale normativa le cartelle cliniche di ospedali pubblici e privati, i referti di esami, quali i citologici, gli istologici, i radiografici, ecc. devono essere conservati illimitatamente. Se gli spazi non fossero più sufficienti, sarebbe concessa la microfilmatura dei documenti.

Ovviamente, essendo oggi i documenti sanitari nativi digitali o frutto di una digitalizzazione di materiali cartacei (Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini – Normativa e prassi), è diventata obbligatoria la conservazione digitale ovvero l'insieme delle attività e dei processi che, tramite l'adozione di regole, procedure e tecnologie, garantiscono l'accessibilità, l'utilizzabilità (leggibilità e intelligibilità), l'autenticità (identificabilità univoca e integrità) e la reperibilità dei documenti e dei fascicoli informatici con i metadati ad essi associati nel medio e nel lungo periodo, in un ambiente tecnologico presumibilmente diverso da quello originario.

Ogni accesso in struttura pubblica o privata determina la produzione di dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi, che possono essere condivisi tra i professionisti sanitari che lo assistono presso quell'unica struttura sanitaria (ad es. ospedale, casa di cura privata, ecc.) mediante il Dossier Sanitario Elettronico.

Mentre l'impostazione del Regolamento, confermata dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, con riferimento sia alle sei basi giuridiche del trattamento, sia alle dieci condizioni per il trattamento delle categorie particolari di dati personali, prevede la possibilità di trattare i dati relativi alla salute anche senza il consenso dell'interessato, per l'inserimento di dati nel dossier sanitario è necessario acquisire il consenso informato dell'interessato. In particolare, l'inserimento nel dossier di informazioni sottoposte a maggior tutela da parte dell'ordinamento (come, ad esempio, informazioni relative ad atti di violenza sessuale o pedofilia, all'infezione da HIV o all'uso di alcool o di stupefacenti) deve essere espressamente menzionato nell'informativa e sottoposto a un consenso specifico dell'interessato. Con la revoca del consenso il dossier non deve essere ulteriormente implementato, ma le informazioni in esso presenti devono restare disponibili al professionista che le ha redatte e non possono essere cancellate.

Analogamente si comporta il fascicolo sanitario elet-

tronico (FSE), previsto dall'art. 12, del D. Lgs. n. 179/2012 e successivamente disciplinato dal D.P.C.M. n. 178/2015, dall'art. 11 D. Lgs 19.05.2020 n. 34 e dal Decreto del Ministero della Salute 7 settembre 2023.

quale insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, a partire dal 19 maggio 2020, anche da strutture sanitarie private.

Il FSE è messo a disposizione dalle regioni e dalle province autonome con finalità di:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Pur nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, non è possibile chiedere la "cancellazione" di dati, ma è possibile chiedere l'oscuramento di particolari eventi, non solo delle informazioni sottoposte a maggior tutela da parte dell'ordinamento (come, ad esempio, informazioni relative ad atti di violenza sessuale o pedofilia, o all'uso di alcool o di stupefacenti, ad aborti volontari o al ricorso di tecniche di fecondazione medicalmente assistita, ecc.) ma qualunque dato sanitario. L'oscuramento deve avvenire con modalità tali da garantire che nessuno degli altri soggetti abilitati all'accesso al FSE possa capire che esistano dati "oscurati".

La disciplina legislativa sull'HIV (legge 135/90) a sua volta prevede che la comunicazione dei risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per l'infezione da HIV possa essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti. Una volta soddisfatto tale aspetto, il referto sull'HIV può essere reso disponibile all'interessato e dall'interessato, previo consenso informato, tramite il FSE. In Trentino il FSE è conservato presso il Servizio Informatico Ospedaliero (SIO) il cui accesso richiede un accreditamento motivato, solitamente per i medici che hanno in cura l'interessato, ma anche i medici che devono riconoscere particolari prestazioni, come l'invalidità civile o la tessera di esenzione dal ticket per esami e visite inerenti alla patologia. L'esenzione per neoplasia, codice 048, ha durata di 5 anni e può essere rinnovata quando, alla scadenza, permane la necessità di ulteriori controlli diagnostici o specialistici, certificata da una struttura pubblica o accreditata del Servizio Sanitario Nazionale. Oltre il decimo anno l'esenzione viene confermata sulla base della certificazione prodotta dalla struttura oncologica di riferimento che ha in cura

il paziente, che può proporre durata illimitata in relazione a criteri clinici riguardanti la specifica patologia, la particolare forma clinica e la risposta alla terapia.

Appurato quindi che la legge 193/2023 non tratta l'oblio oncologico come interpretato dal GDPR, ovvero non consente di chiedere la cancellazione dei dati sanitari relativi alla neoplasia trattata, del codice di esenzione o del verbale di invalidità civile con le relative prerogative derivate, ma finalizzato al "diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica" in alcuni contesti nei quali assume rilievo la valutazione dell'aspettativa di vita residua dell'individuo, quali l'accensione di un mutuo, la stipula di una polizza assicurativa, la procedura di adozione di un minore di età, la partecipazione ad un concorso lavorativo, ecc. In Italia, come nel resto del mondo occidentale, si assiste ogni anno ad un costante aumento delle diagnosi di tumore maligno parallelamente ad un aumento di efficacia dei trattamenti intrapresi, per cui i soggetti sopravvissuti in remissione completa o "guariti" da oltre 10 anni sono circa 1 milione¹.

Per loro l'aspettativa di vita è praticamente sovrapponibile a quella della popolazione generale.

Perciò la legge è applicabile una volta che siano trascorsi, liberi da malattia, più di 10 anni dal termine del trattamento eradicante, escludendo le eventuali profilassi ormonali. Tale periodo di tempo è ridotto a 5 anni quando la malattia sia insorta (non diagnosticata) prima del compimento dei 21 anni. A seconda dello stadio clinico e del tipo istologico del tumore, sarebbe lecito ipotizzare anche termini inferiori di "guarigione", quindi l'art. 5, c. 2, demanda ad un successivo decreto del Ministro della salute (avrebbe dovuto essere adottato entro 3 mesi dall'entrata in vigore della legge), il compito di classificare a tale scopo le neoplasie.

Stabiliti quindi i termini di "guarigione", l'art. 2 ridisegna espressamente l'accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi stabilendo che, oltre a non essere ammessa la richiesta di informazioni, l'acquisizione di esse da al-

tre fonti o le visite mediche di accertamento relative alle patologie oncologiche, nelle condizioni sopradescritte, nel caso in cui le informazioni siano già state fornite, esse non potranno influenzare i rapporti contrattuali tra le parti (art. 2 c. 5) e dovranno essere cancellate entro trenta giorni dalla ricezione della certificazione di cui all'art. 5, c. 1, della legge in esame.

Anche se non espressamente dichiarato, questo articolo rende nulle le prescrizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c. che consentono all'assicuratore di interrompere il contratto e rifiutare il pagamento dell'indennizzo sottoscritto in polizza in caso di reticenze dell'assicurato, quando la non menzione di malattie oncologiche ricade nella fattispecie di legge.

L'art. 2 presenta comunque alcune criticità applicative che la declaratoria dei vari commi, per alcuni aspetti addirittura ripetitiva, non aiuta a dirimere.

In particolare, qualora l'assicuratore o la banca siano a conoscenza dei precedenti oncologici, come viene garantita la loro ininfluenza sull'entità del premio o sul tasso d'interesse? Quando invece è già in essere un contratto, al perfezionarsi delle condizioni della legge 193/2023 il contratto decade? Subisce una nullità parziale? Deve essere integrato o rinegoziato?²

Lo stesso diritto di non fornire informazioni in merito alla pregressa patologia oncologica non può estendersi ad eventuali esiti importanti, come una nefrectomia, una neovescica, una lobectomia o addirittura una pneumonectomia e così via. Analogamente, un trattamento immunosoppressivo cronico per scongiurare una GVHD dopo trapianto di midollo osseo conseguente alla cura di una leucemia o di un linfoma rappresenta un'informazione che ricade nella previsione della legge in esame?

L'art. 3 impone invece in maniera esplicita modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in materia di adozione. Infatti, l'art. 22, c. 3 e 4, affida al Tribunale per i minorenni, in corso di affidamento preadottivo, il compito di svolgere una serie di indagini funzionali a definire l'idoneità della coppia a seguire sotto ogni aspetto l'adottando. Fra queste, le condizioni di salute dei richiedenti



possono condurre l'autorità giudiziaria ad escludere la coppia dall'adozione per il timore di recidive e/o di una morte prematura³.

Per questo dopo il c. 4 viene riportata la formula di escludere notizie su patologie oncologiche pregresse da oltre 10 o 5 anni, a seconda della fattispecie già indicata. Anche in queste circostanze potrebbero valere la perplessità già espresse circa gli esiti dei trattamenti, ma la giurisprudenza ha sempre considerato le disabilità, anche gravi, purché stabilizzate, quali una sclerosi multipla, una paraplegia, la cecità di entrambi i genitori non comportare inidoneità all'adozione^{4,5}.

L'art. 4, infine, affronta l'accesso alle procedure concorsuali e selettive, al lavoro e alla formazione professionale, pubbliche e private. Anche in queste circostanze, quando sia contemplato l'accertamento di requisiti psico-fisici o concernenti lo stato di salute dei candidati, è fatto divieto di richiedere informazioni relative allo stato di salute dei candidati medesimi concernenti patologie oncologiche trattate positivamente oltre 10 anni prima, ecc. In questo caso la legge svolge semplicemente una funzione formale di "oblio" nella documentazione concorsuale in quanto nessun paziente oncologico guarito, a prescindere dal tempo intercorso dal trattamento, può essere giudicato inidoneo al lavoro.

Al di fuori di questi tre ambiti la legge 193/2023 non ha valenza, per cui, per fare un esempio, persiste l'esclusione permanente dall'idoneità alla donazione di sangue per i soggetti con storia di neoplasie maligne, neoplasie ematologiche, neoplasie associate a condizioni viremiche, salvo donatori con storia di carcinoma basocellulare o carcinoma in situ della cervice uterina dopo la rimozione della neoplasia (SITM, revisione 14).

Le leggi di alcuni stati europei in merito all'Oblio (Francia, Belgio e Lussemburgo) prendono in considerazione anche patologie non oncologiche come l'epatite C dopo il trattamento eradicante l'HIV in regolare trattamento antiretrovirale. Altri Paesi prendono in esame ambiti di tutela aggiuntivi, rispetto ai tre presi in considerazione dalla legge 193. Tutto questo può portare a censure di incostituzionalità per violazione del principio di eguaglianza, in quanto la norma andrebbe ad istituire irragionevoli disparità di trattamento⁶.

Per disposizione transitoria finale il controllo dell'applicazione della norma viene affidato, forse un po' frettolosamente, al garante della privacy, mentre i due decreti necessari per definire la certificazione e l'individuazione di patologie con termini differenziati, da emanare dopo 60 e 90 giorni dall'entrata in vigore della norma, non hanno ancora visto la luce.

In conclusione, la legge persegue un obiettivo nobile e sacrosanto, ma risulta rindondante quando enuncia i termini di applicazione all'art. 1 e li declina nuovamente, anche se con parole diverse nei tre ambiti contemplati, mentre non approfondisce elementi che costituirebbero criticità applicative, né considera altre patologie in grado di sollevare problematiche ed esigenze di tutela analoghe a quelle concernenti i cancer survivors.



- 1 - Piano oncologico nazionale 2023-2027, Dossier n. 83 del Servizio Studi della Camera dei deputati, seconda e quarta ed. rispettivamente di data 24/05/2023 e 21/06/2023 e Nota breve del Servizio studi del Senato n. 35 di novembre 2023, tutti lavori preparatori dei disegni di legge funzionali all'adozione della legge n. 193/2023.
- 2 - Mirko Faccioli: "Il diritto all'oblio oncologico nella l. n. 193/2023: la via italiana alla tutela giuridica dei cancer survivors", *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 1/2024, www.biodiritto.org.
- 3 - G. Bonilini, M. Boselli, "L'adozione dei minori di età", in *Trattato di diritto di famiglia*, diretto da G. Bonilini, III, La filiazione e l'adozione, 2a ed., Torino, 2022, 535 s.
- 4 - C.M. Bianca, "Disabilità e adozione", in *Scritti in memoria di G. Cattaneo*, I, Milano, 2002, 209 ss.
- 5 - N. Cipriani, "Le adozioni", in A. Cordiano, R. Senigaglia (a cura di), *Diritto civile minorile*, Napoli, 2022, 335.
- 6 - Mirko Faccioli: op. citata, pag. 91.

* Dott. Fabrizio Zappaterra
Medico Legale

L'analisi dei parametri morfologici renali attraverso l'ultrasonografia

STUDIARE IL RENE CON GLI ULTRASUONI

di *Ettore Mancia**



L'ultrasonografia è una metodica diagnostica che consente di ottenere immagini bidimensionali dinamiche mediante generazione di onde sonore ad elevata frequenza, non udibili, dette ultrasuoni. Queste ultime, interagendo con le interfacce anatomiche, vengono rilevate da un trasduttore piezoelettrico e digitalizzate in immagini B-mode con elevata risoluzione spaziale. La ripetibilità, il relativo basso costo e l'assenza di rischio di esposizione radiologica rendono l'ecografia l'esame di prima scelta nell'approccio clinico-diagnostico del paziente nefropatico e iperteso.

L'ecografia renale consente di determinare parametri morfologici renali, come il diametro longitudinale del rene e lo spessore parenchimale, che mostrano una stretta correlazione con l'età, il sesso e la funzione renale, in particolare con il GFR.

Il diametro longitudinale del rene è normalmente compreso tra 9-12 cm.

Le dimensioni dei reni tendono a ridursi bilateralmente nella malattia renale cronica; mentre in presenza di asimmetria renale (la differenza delle dimensioni dei reni è superiore ai 2 cm), le condizioni patologiche più frequenti sono la stenosi dell'arteria renale unilaterale, la pielonefrite cronica o il reflusso vescico-ureterale, ipoplasia renale. Un rene di dimensioni inferiori agli 8 cm è considerato sicuramente ridotto. D'altro canto, un incremento delle dimensioni renali, si manifesta in condizioni patologiche come la nefropatia diabetica nello stadio iniziale, nelle patologie infiltrative (amiloidosi, linfomi), nella trombosi della vena renale e nei quadri di AKI da scompenso cardiaco.

Lo spessore parenchimale varia nel soggetto normale tra 13-16 mm. Il parenchima tende ad assottigliarsi con l'età, con l'avanzare della CKD. Uno spessore parenchimale inferiore ai 13 mm è una controindicazione alla esecuzione della biopsia renale.

L'ecografia consente lo studio dell'ecostruttura parenchimale che è costituita da due componenti:

- La corticale che appare iperecogena che si affonda nel seno mediante i raggi midollari;
- La midollare, ipoecogena (più scura), che è rappresentata da formazioni triangolari con la base rivolta verso la capsula.

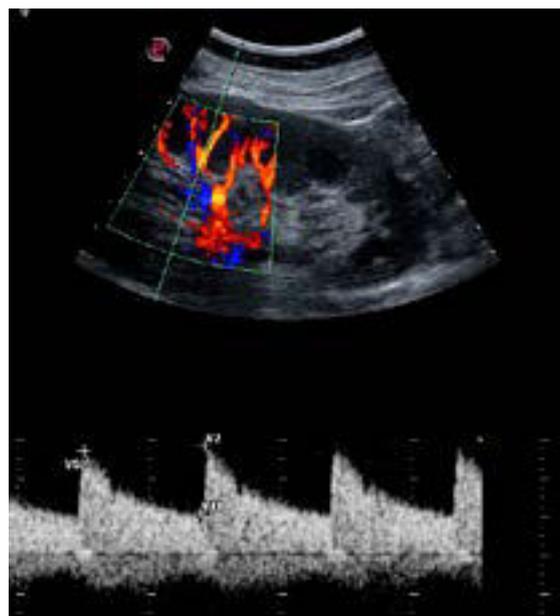
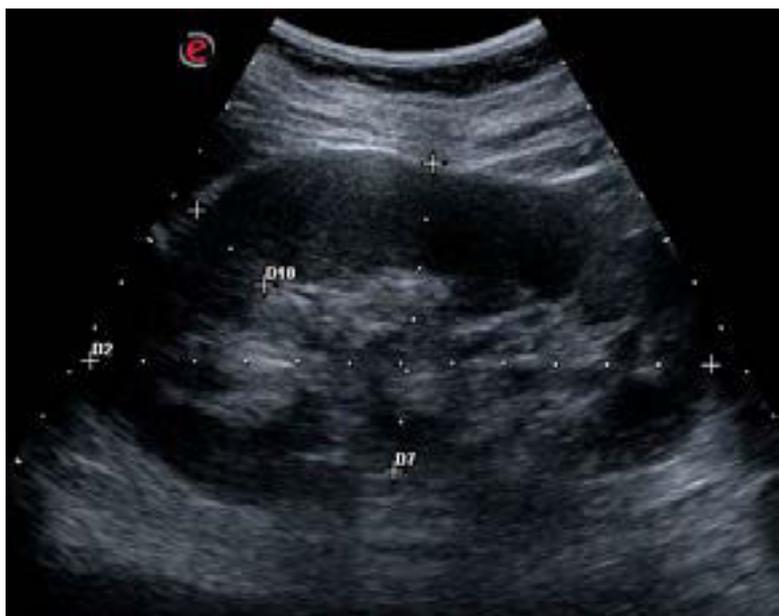
Un incremento della ecogenicità del parenchima e la perdita della differenziazione cortico-midollare rappresentano i segni ecografici precoci di malattia renale cronica, che si manifestano preliminarmente alla riduzione delle dimensioni dei reni.

L'ecografia rappresenta l'indagine di prima scelta nella litiasi renale, raggiungendo sensibilità e specificità diagnostiche molto elevate soprattutto per calcoli >5 mm e consente una valutazione immediata dello stato delle vie urinarie superiori.

Il calcolo delle vie urinarie appare come un aggregato iperecogeno che genera un cono d'ombra posteriore e, al color doppler, un artefatto definito "segno dell'Arlecchino". L'idronefrosi si manifesta quando il calcolo in uno dei punti critici dell'uretere.



Scansione coronale di rene cronico



Scansione coronale di rene normale con campionamento ECD delle arterie interlobari

L'ostruzione determina in maniera indiretta la riduzione dell'intensità e frequenza dei jet ureterali, che rappresentano il movimento del bolo urinario che viene sospinto dalla peristalsi ureterale in vescica.

L'impiego sempre più frequente dell'ecografia nella pratica clinica consente di documentare lesioni focali, come le patologie neoplastiche, rilevandole spesso in modo incidentale e di ridotte dimensioni

I piccoli carcinomi renali (small renal cancer < 3 cm) mostrano spesso una ecostruttura iperecogena simile all'angiomiolipoma, pertanto il rischio di una lesione focale all'ecografia richiede la caratterizzazione con indagini di imaging di secondo livello.

L'ecografia consente di documentare la presenza di cisti che appaiono come formazioni tondeggianti a contenuto liquido (cisti semplice) oppure possono presentare una struttura complessa, come setti sottili, calcificazioni fino ad oggetti nodulari solidi che entrano in diagnosi differenziale con il carcinoma renale di tipo cistico.

L'integrazione color e power-doppler permette di valutare l'entità della perfusione renale, la pervietà dei vasi venosi e arteriosi, rappresentando uno screening diagnostico di primo livello nel paziente con ipertensione arteriosa. Il calcolo degli indici di resistenza sulla curva spettrale registrata a livello delle arterie interlobari fornisce informazioni semiquantitative sulle condizioni del microcircolo, mentre La curva velocità/tempo che si registra nell'arteria renale principale è una curva "a bassa resistenza". Il fronte di ascesa sistolico è rapido ed è seguito da un flusso telediastolico rilevante.

La determinazione diretta delle velocità di flusso delle arterie renali e degli indici di resistenza intraparenchimali consente di rilevare una delle più frequenti cause di ipertensione arteriosa secondaria come, l'ipertensione nefro-vascolare e la stenosi delle arterie renali, con sensibilità e specificità diagnostiche elevate (90-95%).

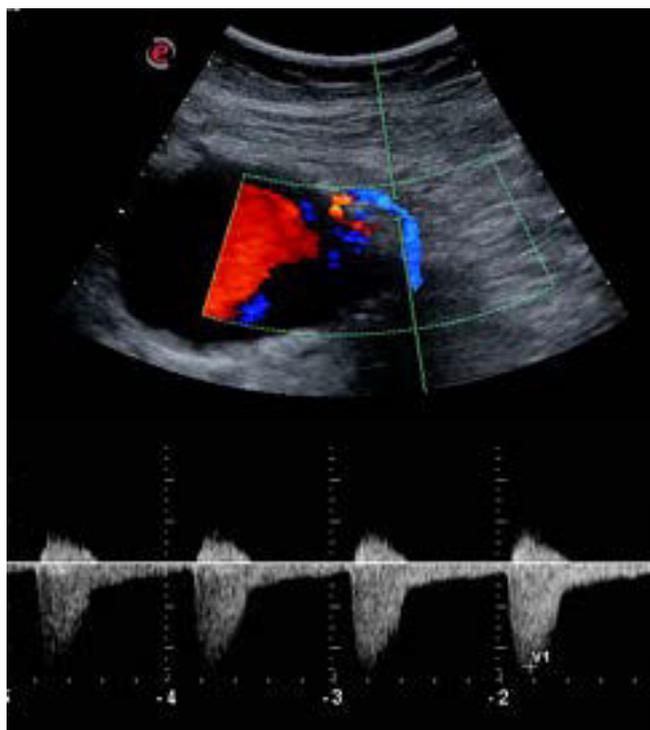
Secondo i criteri ecografici di Zierler e Strandness, i criteri di stenosi delle arterie renali vengono distinti in criteri diretti ed indiretti. I criteri diretti si basano sulla dimostrazione dell'incremento delle velocità del flusso nel tratto stenotico ($VPS > 180$ cm/sec e $VD > 90$ cm/sec); mentre i criteri indiretti sono il rapporto reno-aortico ($RAR > 3.5$) e la lateralizzazione degli indici di resistenza intraparenchimali (> 0.12).

La valutazione ecografica della stenosi dell'arteria renale non ha solo un ruolo diagnostico, ma assume un valore predittivo di risposta terapeutica ad un eventuale trattamento di rivascolarizzazione con PTA in termini di possibile risoluzione del quadro ipertensivo e di progressione della nefropatia ischemica. Infatti il riscontro di indici di resistenza elevati (> 0.75) rappresentano una controindicazione quasi assoluta ad un intervento di rivascolarizzazione.

L'ecografia svolge un ruolo fondamentale nella procedura di esecuzione delle biopsie renali, che rappresentano un cruciale strumento per la caratterizzazione istologica di patologie renali in casi di sindrome nefrosica, la sindrome nefritica, insufficienza renale a rapida progressione e le anomalie urinarie isolate.

L'esecuzione della biopsia prevede generalmente il posizionamento del paziente in decubito prono e l'ecografista esegue una scansione longitudinale mentre l'ago viene affondato in direzione del polo inferiore del rene sinistro fino al prelievo di uno o più frustoli di parenchima renale corticale.

L'ecografia assume un importante ruolo nel controllo postbiotico per documentare la presenza di alcune complicanze come l'ematoma perirenale, la fistola artero-venosa parenchimale fino a quadri che richiedono embolizzazione di ramo arterioso renale.

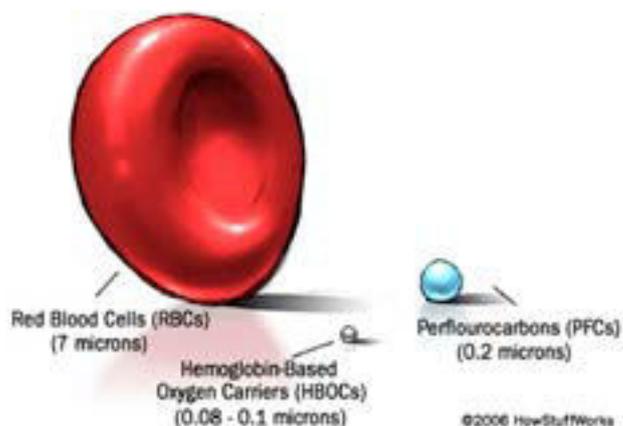


Critero diretto di stenosi dell'arteria renale sinistra campionata all'ostio. Aorta aneurismatica

BUON SANGUE NON MENTE

di **Danila Bassetti** *

Che il sangue sia importante, lo sappiamo tutti: spesso usiamo la parola sangue anche in senso metaforico per esprimere un legame, una fonte di vita, una necessità assoluta, insostituibile ed ancora insostituita. Abbiamo compiuto notevoli progressi in ambito scientifico e tecnologico ma non siamo ancora in grado di riprodurre in laboratorio il sangue, tanto che la sua disponibilità dipende esclusivamente dalla generosità dei donatori di sangue. Il sangue, assolutamente indispensabile in molte situazioni cliniche, si rivela anche essenziale per risolvere controversi casi giudiziari. Da queste riflessioni è scaturita un'idea di collaborazione tra Avis Comunale Trento, che con i suoi 5.300 associati rappresenta il 25% di tutti i donatori Avis del Trentino, e l'associazione Speck&Tech, comunità culturale no profit di persone unite dalla passione per la tecnologia e l'innovazione. Il tutto si è concretizzato nell'organizzazione dell'evento "Buon sangue non mente" tenutosi mercoledì 27 marzo presso l'auditorium della facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Trento in collaborazione anche con l'associazione studentesca UNITiN. Le due relazioni "Creare il sangue artificiale" e "Quando il sangue parla", tenute rispettivamente dal dott. Alvisè Berti, medico dell'Ospedale S. Chiara di Trento e ricercatore CISMED e dal giornalista Stefano Nazzi, autore di numerose indagini giudiziarie, hanno catturato l'atten-



***Dott. Ettore Mancia**
Dirigente Medico, Ambulatorio Ecografia
U.O. Nefrologia, APSS Trento



zione dei 350 spettatori presenti. Essendo la necessità di sangue ed emoderivati costantemente elevata negli ospedali di tutto il mondo, il dott. Berti ha elencato i motivi per cui sarebbe auspicabile una produzione artificiale di sangue: problemi di approvvigionamento specie in Paesi in via di sviluppo, di conservazione, trasporto e durata degli emocomponenti, difficoltà di reperire gruppi sanguigni rari, rischio di trasmissione di malattie e contaminazioni, incompatibilità immunologica. Negli anni la creazione di “sangue artificiale” ha rappresentato una sfida intrapresa da molti ricercatori, sfida che al momento non ha portato alla disponibilità di sostituti totali del sangue. Sono in corso ricerche per ottenere artificialmente preparati in grado di sostituire singoli componenti del sangue e loro funzioni, cioè i globuli rossi per la loro capacità di scambiare ossigeno e anidride carbonica nell’organismo, le piastrine per garantire un’efficace coagulazione, le immunoglobuline per contribuire alla difesa immunitaria.

Le linee di ricerca per supplire alla funzione dei globuli rossi si basano su l’utilizzo di:

- perfluorocarbonati (PFCs), molecole con elevata solubilità dei gas respiratori, in grado quindi di trasportare ossigeno e anidride carbonica,

- trasportatori di ossigeno con base emoglobinica (HBCOs), molecole simil-emoglobiniche create in laboratorio e modificate per ovviare ai molti problemi che l’emoglobina di origine umana crea se inoculata libera, cioè non racchiusa nei globuli rossi.
- sintesi in laboratorio di globuli rossi, partendo da cellule ematopoietiche staminali totipotenti.

Le ricerche basate su PFCs hanno avuto poco riscontro per una loro applicabilità clinica, hanno per lo più ispirato molte opere di fantascienza, tra cui il libro “Il simbolo perduto” di Dan Brown dove uno studioso viene immerso in un liquido che gli permette una ventilazione liquida. Anche l’uso in vivo dei trasportatori di ossigeno HBCOs come emoglobine “libere” ha presentato molti problemi, tra cui la tolleranza immunologica e i danni renali. Più promettente e già sperimentata la possibilità di produrre globuli rossi partendo da cellule staminali ricavate da sangue donato in grado di differenziarsi lungo la linea eritroide, quella cioè da cui derivano gli eritrociti (globuli rossi). Si tratta comunque di una procedura lunga e costosa che richiede sempre la generosa disponibilità dei donatori di sangue.

Il giornalista Stefano Nazzi, creatore del famoso podcast “Indagini”, dove sviluppa il percorso investigativo



e processuale di casi di cronaca nera e giudiziaria, ha esordito affermando che le tracce ematiche sono ormai un elemento cruciale nelle indagini criminali. La Blood-stain Pattern Analysis (BPA) studia forma, dimensione e direzione delle tracce di sangue per ricostruire come è avvenuto un delitto; l'esame del DNA permette invece di scoprire chi ha commesso quel delitto con identificazione dei colpevoli. Grazie all'uso del luminol o della fluorescina è possibile evidenziare tracce di sangue anche lavate o vecchie e ricostruire la loro forma e dinamica nella scena del crimine. Nazzi ha inoltre ribadito come dall'integrità della scena del crimine e dal corretto recupero delle prove dipenda tutto l'esito dell'indagine. L'ammissibilità nei processi penali dei risultati ottenuti dalla ricostruzione della scena del crimine con tutti



i suoi elementi ha consentito la risoluzione di parecchi casi controversi, come il delitto di Cogne.

La serata si è conclusa nella piena consapevolezza dell'importanza della donazione del sangue per garantire salute e vita a tanti ammalati: in Italia ogni minuto primo ben 6 emocomponenti sono trasfusi, un dato che sottolinea il ruolo fondamentale di AVIS nella sua mission di promuovere il dono del sangue e garantirne l'autosufficienza a livello nazionale.

Gli interventi hanno suscitato grande interesse tra il pubblico, prevalentemente costituito da giovani ed è stato occasione per AVIS di presentarsi e lanciare un appello per raccogliere nuove adesioni all'associazione. I requisiti fondamentali di idoneità alla donazione sono pochi: età dai 18 ai 65-70 anni, peso non inferiore ai 50 Kg e buona salute.

L'associazione Speck&Tech ha poi svolto un'indagine per valutare interesse ed impatto pratico dell'evento tra gli spettatori, come evidenziato nella figura seguente facendo ben sperare per l'obiettivo avisino di garantire un ricambio generazionale di donatori in grado di proseguire efficacemente il percorso di AVIS con un gesto solidale e generoso che "costa" poco a chi dona ma "vale" moltissimo per chi lo riceve.

Hai imparato qualcosa di nuovo sull'argomento trattato da questo evento?
142 risposte



Dopo questo evento, pensi che donerai il sangue?
142 risposte





***Dott.ssa Danila Bassetti**
Direttore Sanitario Avis del Trentino
Presidente Avis Comunale Trento OdV

*Un argomento oggetto di numerosi dibattiti
nella comunità scientifica*

INQUINAMENTO ELETTROMAGNETICO E RISCHI PER LA SALUTE



*di Nadia Comper **

Per “inquinamento elettromagnetico” si intende la contaminazione ambientale dovuta a campi elettromagnetici (CEM) riconducibili allo sviluppo di attività umane, supportate dai progressi scientifico e tecnologico crescenti a partire dal XX secolo. Non è quindi attribuibile a cause naturali; in natura esistono infatti sorgenti di onde elettromagnetiche come il sole, le stelle, fenomeni meteorologici come i temporali, e la stessa Terra che genera il campo magnetico terrestre.

I CEM si propagano sotto forma di onde elettromagnetiche e le sorgenti artificiali da cui originano sono: elettrodomestici, cellulari classici e smartphone, dispositivi Wi-Fi (tablet, computer portatili...), dispositivi medici come la risonanza magnetica e molti altri, e soprattutto gli impianti radiotelevisivi e per la telefonia cellulare. I CEM sono caratterizzati da intensità, lunghezza d'onda e frequenza. In riferimento ai possibili effetti biologici e quindi agli studi effettuati, si distinguono CEM a frequenza molto bassa fino a 300 Hertz, generati dagli elettrodomestici e dai normali apparecchi che funzionano con l'elettricità, CEM a frequenza intermedia (300 Hertz - 10 Mega Hertz), e CEM a radiofrequenza FR (10 Me-

gaHertz - 300 GigaHertz) generati da radio, televisione, microonde, telefono cellulare, antenne per la telefonia cellulare, trasmettitori radiotelevisivi e radar.

La sigla 5 G indica la quinta generazione del sistema di telefonia cellulare, una tecnologia che non sarà finalizzato solo alla comunicazione tra persone, ma anche al cosiddetto “Internet delle cose”, in cui sarà possibile lo scambio di dati fra milioni di dispositivi wireless che comunicano direttamente tra loro. Lo sviluppo di questa tecnologia utilizzerà anche frequenze diverse da quelle attualmente in uso per la telefonia cellulare, e saranno comprese nella banda 24-28 GHz, molto vicine e pertanto assimilabili a quelle delle onde millimetriche. Nel futuro prossimo quindi l'installazione di migliaia di antenne per la tecnologia 5G si sommerà alle emissioni dovute alle antenne già presenti per i sistemi 3G e 4G e provocherà una irradiazione di tutti gli esseri viventi senza precedenti, oltre all'uso di frequenze mai utilizzate prima su larga scala, con effetti sanitari al momento imprevedibili. La Commissione Tecnico Scientifica della Comunità Europea ha inserito il 5G tra i 14 massimi fattori di rischio emergenti per la salute e l'ambiente.



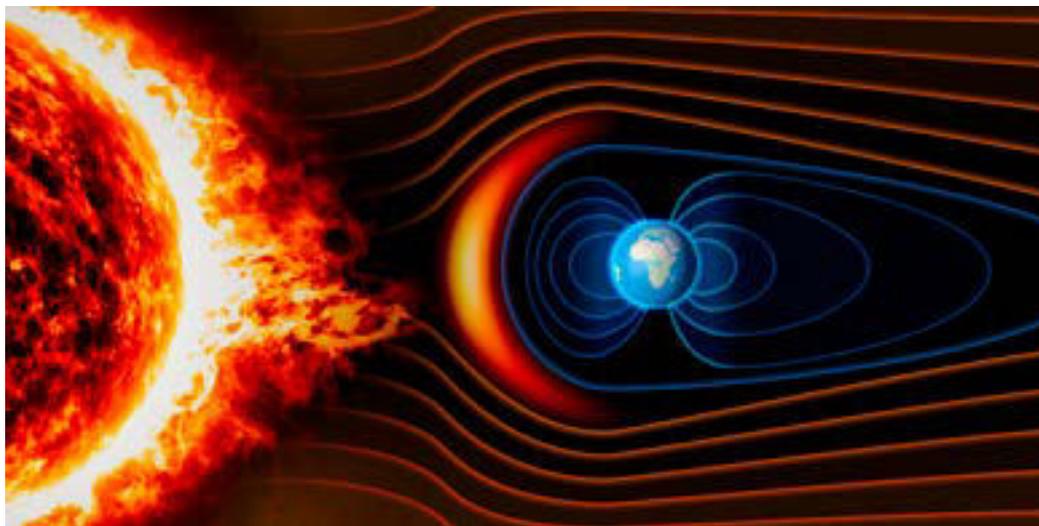
L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha classificato già nel 2011 i campi elettromagnetici a radiofrequenza (CEM FR) come cancerogeni di gruppo 2B, ovvero come possibilmente cancerogeni per gli esseri umani. In seguito all'emergere di nuove evidenze nel 2019, il gruppo Advisory della IARC ha previsto per il periodo 2020-2024, la rivalutazione in "alta priorità" della classificazione delle radiazioni FR. Le patologie tumorali non sono gli unici effetti avversi associati all'esposizione ai CEM FR. Secondo il recente rapporto del Comitato per il Futuro della Scienza e della Tecnologia, Servizio Ricerca del Parlamento Europeo, Unità Prospettica Scientifica (Stoa PE 690.012-giugno 2021), che costituisce al momento l'unica revisione aggiornata sistematica istituzionale e internazionale disponibile, è possibile affermare che i campi elettromagnetici generati dalle radiofrequenze FR 1 (450-6000Mhz), sono probabilmente cancerogeni per l'uomo (gliomi, neurinomi dell'acustico), influenzano chiaramente la fertilità maschile e possibilmente anche quella femminile e possono avere effetti avversi sullo sviluppo di embrioni, feti e neonati. Per quanto riguarda le frequenze più alte FR2, sono necessari ulteriori studi per esplorare gli effetti sulla salute delle onde millimetriche. Il più evidente effetto biologico dei CEM a radiofrequenza FR è il riscaldamento. Gli effetti termici sono connessi al riscaldamento dei tessuti del corpo umano dovuto all'assorbimento di energia elettromagnetica e alla sua conversione in calore. Per tali effetti termici dovuti a esposizioni acute e a elevati livelli di campo sono definiti dalla legge dei limiti di esposizione. Il dibattito attuale è incentrato però sulla possibilità di effetti negativi per la salute diversi da quello termico e dovuti all'esposizione a bassi livelli per lunghi periodi. Nel caso del 5 G bisogna considerare i dati prodotti finora in letteratura sugli effetti delle tecnologie attualmente in uso (2-3-4 G) e la ricerca in divenire sulle frequenze più alte come quelle delle onde millimetriche, poiché il 5G userà entrambe. Secondo studi preliminari le onde millimetriche hanno mostrato capacità di aumentare la temperatura cutanea, interferire su espressione

genica e proliferazione cellulare, di alterare le proprietà delle membrane cellulari, di indurre stress ossidativo, e causare danni oculari.

In Italia l'esposizione della popolazione a CEM della popolazione è regolamentata dal DPCM dell'8 luglio 2003 (successivamente modificato dal decreto-legge n. 179 del 2012). I limiti di esposizione proteggono dagli accertati effetti acuti dei campi elettromagnetici (effetti termici) i quali si differenziano in base alla frequenza dei campi elettromagnetici. I limiti variano quindi in relazione alle tre bande di frequenza nelle quali il DPCM suddivide l'intervallo 100 kHz-300GHz. Nell'intervallo 3 MHz-3GHz che comprende la grande maggioranza delle sorgenti di inquinamento (compresi gli impianti di radiodiffusione e per la telefonia cellulare), il limite di esposizione per il campo elettrico è di 20 V/m. Esso non deve essere superato in tutte le aree accessibili alla popolazione ed è inteso come media dei valori ("valore efficace") nell'intervallo di 6 minuti.

Per la protezione dai possibili effetti a lungo termine eventualmente connessi con le esposizioni ai campi, sono fissati i valori di attenzione e gli obiettivi di qualità, entrambi posti pari a 6 V/m nell'intero intervallo di frequenze. I valori di attenzione devono essere rispettati in corrispondenza di edifici adibiti a permanenze non inferiori a quattro ore giornaliere (ad esempio abitazioni e luoghi di lavoro). Gli obiettivi di qualità devono essere rispettati presso le aree "intensamente frequentate", edificate o attrezzate permanentemente per il soddisfacimento di bisogni sociali, sanitari e ricreativi. I valori di attenzione e degli obiettivi di qualità, si intendono come media dei valori nell'arco delle 24 ore.

Ora la legge 214 del 30 dicembre 2023 dispone l'aumento del limite di attenzione e l'obiettivo di qualità



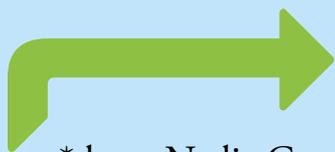
da 6 a 15V /m, e il 30 aprile 2024 l'aumento di soglia diventerà operativo e permetterà di amplificare l'adozione del 5G. C'è inoltre una forte pressione da parte delle compagnie telefoniche, ed anche di agenzie come Agenda Digitale Europea per innalzare ulteriormente i limiti da 6Volt/m a 61 Volt/m.

La comunità non chiede solo il rispetto dei limiti di legge ma prioritariamente che sia tutelata la salute collettiva. Certi fattori di rischio non sono individuali e non dipendono da scelte personali, ma riguardano tutta la popolazione, che non ha possibilità di sottrarsi, compresi bambini e donne in gravidanza ed altri soggetti fragili, e quando un'esposizione riguarda tutta la popolazione anche un basso rischio può di fatto tradursi in un numero consistente di effetti dannosi per la salute. Anche per questa tecnologia dunque, che può avere un impatto sulla salute, dovrebbe valere il principio di precauzione citato nell'articolo 191 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea.

Tale principio prevede un approccio alla gestione del rischio in base al quale, se vi è la possibilità che una data politica o azione possa danneggiare i cittadini o l'ambiente, e se non c'è ancora consenso scientifico sulla questione, la politica o l'azione non dovrebbe essere perseguita. Una volta disponibili più dati scientifici la situazione dovrebbe essere riesaminata.

Dal punto di vista del rischio sanitario allo stato attuale delle conoscenze è quindi ragionevole adottare i limiti più bassi possibile investendo in soluzioni tecnologiche in grado di limitare emissioni ed esposizioni.

Non si tratta di rinunciare o ostacolare le possibilità offerte dallo sviluppo tecnologico, ma di considerare che non è etico oltre che imprudente ignorarne i rischi e che è necessario gestire il rischio puntando alla prevenzione con l'avvio di pratiche di monitoraggio ambientale e sanitario in parallelo alla enorme diffusione dell'elettromagnetismo.



***dr.ssa Nadia Comper**
Medico pediatra, medico ISDE
Membro commissione ambiente Ordine
dei Medici di Trento

Bibliografia

Impatto del 5 G sulla salute. STUDIO Comitato per il futuro della scienza e della tecnologia EPRS | Servizio Ricerca del Parlamento europeo Unità Prospettiva scientifica (STOA) PE 690.012 – Giugno 2021 IT [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/690012/EPRS_STU\(2021\)690012_IT.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/690012/EPRS_STU(2021)690012_IT.pdf) Di Ciaula A. Towards 5G communication systems: Are there health implications? *Int J Hyg Environ Health*. 2018 Apr;221(3):367-375. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1438463917308143> 5 G wireless telecommunications expansion: Public health and environmental implications Cindy L Russell. *Environ Res*. 2018 Aug. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29655646/> Associations of Maternal Cell-Phone Use During Pregnancy With Pregnancy Duration and Fetal Growth in 4 Birth Cohorts Ermioni Tsarna et al. *Am J Epidemiol*. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30995291/> The semen quality of the mobile phone users R Rago et al. *J Endocrinol Invest*. 2013 Dec. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23722985/> Roser K, Schoeni A, Röösl M. Mobile phone use, behavioural problems and concentration capacity in adolescents: A prospective study. *Int J Hyg Environ Health* 2016; 219(8):759-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27665258/> Calvente I, Pérez-Lobato R, Núñez MI, et al. Does exposure to environmental radiofrequency electromagnetic fields cause cognitive and behavioral effects in 10-year-old boys? *Bioelectromagnetics* 2016;37(1):25-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769168/> Tamura H, Nishida T, Tsuji A, Sakakibara H. Association between Excessive Use of Mobile Phone and Insomnia and Depression among Japanese Adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(7). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28661428/> Hardell L. Effects of Mobile Phones on Children's and Adolescents' Health: A Commentary. *Child Dev* 2018;89(1):137-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28504422/> <https://www.ordinemedic.it/wp-content/uploads/2019/12/Verso-il-5G-possibili-rischi-sanitari-A.Di-Ciaula.pdf> <https://www.agendadigitale.eu/infrastrutture/aumento-limiti-elettromagnetici-perche-e-vera-svolta-per-il-mercato/> <https://www.agendadigitale.eu/infrastrutture/campi-elettromagnetici-senza-una-riforma-a-rischio-il-5g/> <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Nota-informativa-su-5G.pdf> <https://www.isde.it/speciale-isde-su-5g-materiale-documenti-e-iniziativa-in-giro-per-litalia/> <https://www.isde.it/wp-content/uploads/2019/06/2019-Inquinamento-da-elettromagnetismo-ad-alta-frequenza-informazioni-essenziali-per-i-cittadini.pdf> <https://www.anci.it/wp-content/uploads/Nota-informativa-su-5G.pdf> <https://www.isde.it/limiti-elettromagnetici-rispondiamo-alla-richiesta-di-assotelecomunicazioni-di-portare-i-valori-di-esposizione-ai-campi-elettromagnetici-da-6-v-m-a-61-v-m/>

LIFESTYLE MEDICINE

di Alessia Pendino*



La Lifestyle medicine (LM) o medicina dello stile di vita, è una specializzazione medica che utilizza lo stile di vita come principale intervento terapeutico per prevenire, trattare e invertire patologie croniche come malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malattie renali, tumori e non solo.

I medici certificati e specializzati in questo ambito della medicina sono formati per applicare evidenze scientifiche consolidate e favorire un cambiamento nelle abitudini dei pazienti al fine di trattare e, laddove possibile, invertire la maggior parte delle patologie croniche, migliorando lo stato di salute complessivo del paziente.

La LM si basa su molteplici evidenze scientifiche, sia su studi clinici randomizzati che su studi osservazionali, che ne confermano l'efficacia estesa a molti ambiti, tuttavia presenta qualche fondamentale differenza con la medicina "tradizionale", in primis riguardo al ruolo del paziente. Il paziente, nell'approccio della LM, non accoglie in modo passivo le terapie farmacologiche, bensì è vera e propria parte attiva nel suo trattamento terapeutico; infatti, quando pronto al cambiamento, accetta le modifiche dello stile di vita e le mette in atto con impegno, guidato dal medico o, ancora meglio, da un team multidisciplinare che includa figure di fondamentale importanza quali nutrizionista e personal trainer. Alla base del successo dell'approccio della LM c'è l'alleanza terapeutica che si instaura tra medico e paziente. La LM impatta dunque drammaticamente sui costi della Sanità, sia nel breve termine, riducendo per esempio il costo delle terapie, ma soprattutto nel lungo termine, garantendo un migliore stato di salute generale e una ridotta morbilità e mortalità. La LM è già molto conosciuta e diffusa all'estero, in particolare negli USA e UK, dove viene molto incentivata anche allo scopo di ridurre significativamente i costi e il ricorso alle cure mediche, in paesi dove, per ragioni differenti, esiste una grande

disparità ed iniquità sociale rispetto all'accesso al Sistema Sanitario. In Italia è ancora molto poco conosciuta, sebbene le maggiori linee guida internazionali nell'ambito delle patologie cardiovascolari, metaboliche e non solo, menzionino le modifiche dello stile di vita come primo approccio terapeutico.

La definizione ufficiale della LM proposta dall'American Society of Lifestyle Medicine (ACLM), società di riferimento fondata nel 2004 da John Kelly (Università di Loma Linda, California), precisa che la LM si basa su un approccio terapeutico "evidence-based" e si fonda su sei principali pilastri: alimentazione prevalentemente vegetale, esercizio fisico, buona qualità del sonno, astensione da sostanze d'abuso quali droga, alcool e fumo, gestione dello stress e benessere mentale ed importanza delle relazioni sociali positive.

Benché riconosciuta in modo ufficiale nel 2004 con la fondazione dell'ACLM, i primi studi con risultati significativi emergono già negli anni '80 e '90, frutto anche di alcune esperienze considerate pionieristiche nell'ambito della LM con programmi terapeutici intensivi, come per esempio il Nathan Pritikin Longevity Center e il John Mc Dougall Program, solo per citarne alcuni tra i primi. La LM è in realtà ancora più vecchia di quanto si possa immaginare, se consideriamo lo stesso Ippocrate un pioniere. Infatti amava dire: "Lascia che il cibo sia la tua medicina e la tua medicina sia il cibo", insegnava ai suoi pazienti i principi di una sana alimentazione e li invitava ad essere fisicamente attivi per evitare di ammalarsi.

Alimentazione ed esercizio fisico, due dei pilastri della LM, sono stati molto condizionati dal progresso degli ultimi secoli. Se da un lato il progresso dell'industria alimentare ha portato numerosi vantaggi, come maggiore disponibilità di cibo, maggiore sicurezza alimentare,

maggior tempo di conservazione degli alimenti, possibilità di arricchirli con nutrienti benefici, c'è anche da considerare l'altro lato della medaglia. L'eccessiva disponibilità del cibo ha portato ad un notevole incremento di sovrappeso e obesità nelle popolazioni dei paesi occidentali in particolare, ed un significativo aumento delle patologie cardiometaboliche. L'industria alimentare infatti aggiunge al cibo processato grassi insaturi, zuccheri, sale e conservanti vari di certo non favorevoli per la salute. Negli ultimi decenni inoltre è aumentato notevolmente il consumo di cibi di origine animale a discapito di cibi di origine vegetale. Ciò comporta un maggiore introito di colesterolo e una riduzione di introito di fibre, nutrienti e vitamine provenienti da frutta e verdura. Per questo motivo l'alimentazione consigliata e prescritta dalla LM è integrale e a prevalenza vegetale, prediligendo quindi cibi meno elaborati e non processati, il più vicini allo stato naturale e principalmente di origine vegetale: cereali integrali o comunque il meno raffinati possibile, legumi, frutta fresca e frutta secca, verdura, possibilmente di stagione, semi oleaginosi, grassi saturi come olio di oliva ed avocado. Il secondo pilastro della LM riguarda l'esercizio fisico. È necessario chiarire che esercizio fisico ed attività fisica sono differenti; per attività fisica si intende qualsiasi movimento del corpo che, eseguito attraverso una attivazione muscolare, produce un dispendio energetico. Per esercizio fisico si intende invece un'attività che è pianificata e strutturata ed include ripetuti movimenti del corpo che contribuiscono a mantenere o a migliorare la forma fisica e la salute complessiva. Esistono innumerevoli studi che correlano i vantaggi dell'esercizio fisico con la salute fisica ma anche con il benessere mentale ed è altrettanto dimostrato il rischio della sedentarietà: più del 7% di tutte le cause di morte e della mortalità cardiovascolare è associato all'inattività fisica. Purtroppo la nostra società rende meno possibile la vita attiva e all'aria aperta, riducendo le possibilità di praticare esercizio fisico ed essere fisicamente attivi. Basta pensare a quanto tempo si passa in macchina fermi nel traffico o al tempo perso davanti gli schermi, inclusa la TV.

Esistono diversi tipi di esercizio fisico: l'esercizio cardiovascolare o aerobico, come la corsa, il nuoto ad esempio; l'esercizio di forza o resistenza che ha lo scopo di aumentare la massa muscolare ed è definito come la contrazione del muscolo contro una resistenza esterna, tipo un peso; l'esercizio di flessibilità che aumenta la flessibilità a livello articolare, come yoga, pilates, tai chi, stretching; l'esercizio di equilibrio o attività neuromotoria, utile nel migliorare l'equilibrio sia in stazione eretta che durante il movimento.

Esistono precise linee guida riguardo la prescrizione dell'attività fisica ed ogni tipologia di esercizio fisico ha grande valore ed incide positivamente sullo stato di salute generale della persona e sul suo benessere mentale. Tra i vantaggi dell'esercizio fisico voglio ricordare: l'aumento della densità ossea con effetti protettivi sull'osteoporosi, la riduzione del massa grassa ed l'aumento della massa magra nella composizione corporea, l'aumento della forza muscolare, gli effetti positivi sul metabolismo glucidico con l'aumento della sensibilità all'insulina, il miglioramento dell'assetto lipidico, in particolare una riduzione moderata dei trigliceridi attraverso l'esercizio aerobico, e i numerosi effetti a livello cardiovascolare che risultano protettivi per eventuali patologie.

Ogni tipo di esercizio fisico dovrebbe essere presente nella nostra vita: per esempio diventa molto importante di un paziente anziano "prescrivere" sia esercizi di resistenza che di equilibrio per ridurre il rischio cadute, tenendo conto delle sue possibilità. In generale, per tutte le tipologie di pazienti, la giusta prescrizione dell'esercizio fisico sarebbe quella di 150 minuti di esercizio di intensità moderata o 75 minuti di esercizio di intensità vigorosa o una combinazione di entrambi alla settimana. Certo non è facile trovare il tempo per allenarsi per 2,5 ore alla settimana, ma l'obiettivo può essere raggiunto gradualmente e la nostra battaglia principale sarà piuttosto contro l'inattività fisica. Il motto è "ogni quantità di esercizio è meglio che niente". La prescrizione dell'esercizio fisico andrà comunque "personalizzata" in base alla tipologia di paziente, con l'idea di aumentare progressivamente ed avvicinarsi il più possibile alle linee guida, tenendo conto anche di eventuali limitazioni fisiche e del paziente nonché di eventuali patologie.

La LM riconosce molta importanza anche all'astensione dalle sostanze d'abuso: droghe, alcool e fumo a cui si associa un importante aumento della mortalità, morbilità e disabilità e di conseguenza aumento dei costi per

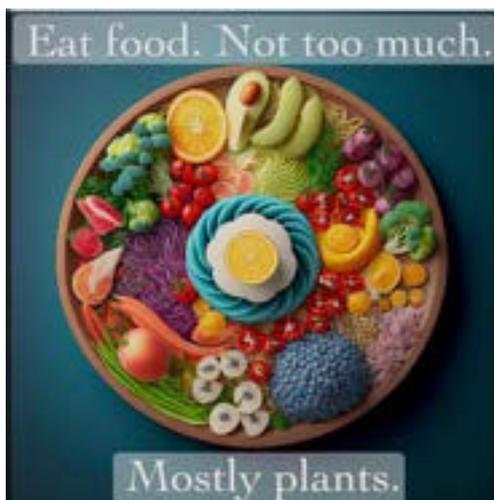


eat plants
keep moving
sleep well
be present
stay calm
love people

il Sistema Sanitario. Il medico specializzato in LM saprà riconoscere le condizioni di utilizzo/abuso per cui è necessario intervenire con programmi specifici e saprà indirizzare il paziente, aiutandolo a comprendere l'importanza di intraprendere tale percorso.

Altro importante pilastro è rappresentato dalla qualità del sonno, anche se la nostra società vede nel sonno una poco conveniente perdita di tempo, tempo rubato al lavoro o ad altre attività. Pensare al sonno come una perdita di tempo rappresenta una credenza limitante rispetto ai grandi benefici che ne scaturiscono se di giusta durata (per l'adulto si devono considerare tra le 7 e 8 ore circa) e di buona qualità. Molto spesso l'approccio medico ai disturbi del sonno è di tipo farmacologico, ma in realtà l'approccio LM spesso riesce a risolvere varie problematiche con norme igieniche ed approcci non farmacologici che ne migliorano la qualità. Il sonno è strettamente correlato al corretto funzionamento del nostro organismo e del nostro sistema nervoso; per esempio alterazioni del sonno possono determinare un aumento notturno dei livelli di glucosio, un aumento del rischio di sovrappeso/obesità e diabete, un aumento della pressione arteriosa notturna, con perdita del fisiologico calo pressorio ed in generale un aumento del rischio cardiovascolare, mentre nell'immediato stanchezza e sonnolenza durante il giorno. Durante il sonno il nostro sistema nervoso si ripara e si rigenera e migliora i processi di apprendimento e di memoria. La LM riconosce come pilastri anche il benessere mentale, inteso anche come gestione dello stress, e le connessioni sociali positive. Viene riconosciuto un ruolo importante anche alla psicologia positiva, attraverso cui il paziente aumenta la propria autoefficacia nel consolidare i propri cambiamenti dello stile di vita.

In generale le modifiche dello stile di vita intese in modo terapeutico come avviene nell'approccio della LM, conducono ad un benessere mentale ed emotivo realizzando un circolo virtuoso che conduce a migliorare la vita del paziente in ogni suo aspetto, non solo dal punto di vista della salute in senso lato. È importante ricordare infatti che il benessere mentale che emotivo sono stati messi in relazione al rischio cardiovascolare, come è emerso con gli studi INTERHEART ed INTERSTROKE, condotti rispettivamente per determinare i maggiori fattori di rischio per l'infarto del miocardio e per lo stroke.



Vale la pena aggiungere un'importante nota sull'epigenetica, ovvero lo studio delle modifiche dell'espressione genetica non legata all'ereditarietà ed in pratica la relazione tra la lunghezza dei telomeri e l'invecchiamento. L'epigenetica e i più recenti studi in merito rappresentano una grande buona notizia per noi: la nostra salute e il nostro invecchiamento non sono legata ai nostri geni, bensì allo stile di vita che decidiamo di adottare. Seguire le prescrizioni della LM conduce a modifiche indubbiamente positive per l'espressione dei

nostri geni e di conseguenza per il nostro stato di salute. Per concludere vorrei aggiungere che in un momento storico in cui la "Salute Planetaria" è un argomento molto attuale e di primaria importanza, la LM rappresenta il primo passo per una medicina più "sostenibile". Nell'ottica dell'interconnessione che ci lega indissolubilmente al nostro Pianeta e alla Natura, ciò che danneggia la salute del pianeta, danneggia anche la salute umana e viceversa. Il cambiamento climatico è di certo influenzato dalla produzione di alimenti di origine animale, dal consumo di acqua e dai trasporti; se consideriamo la scelta di un'alimentazione a base vegetale o l'aumento dell'attività fisica promuovendo un ridotto uso dell'automobile, tali prescrizioni LM possono avere un impatto sulla salute planetaria e sulla salute di chi le mette in atto, promuovendo comportamenti ed abitudini più sostenibili. La mia passione per questi temi, non ultimo quello ambientale, mi ha portato ad approfondire il loro studio ed ottenere con grande soddisfazione la mia certificazione in LM. Sogno una medicina più sostenibile, sotto ogni punto di vista, e che la conoscenza della LM venga divulgata il più possibile. Attraverso questo articolo spero di aver destato in tal senso l'interesse di medici e di pazienti.

***Dr.ssa Alessia Pendino**
Medico specialista in Nefrologia, con
certificazione "International Board of
Lifestyle Medicine"
Ospedale S. Chiara di Trento

Istituto a Trento un ambulatorio unico nefro-ginecologico

UN VALIDO SUPPORTO PER LE PAZIENTI GRAVIDE

*di Laura Olivi**

La relazione tra rene e gravidanza risulta essere alquanto complessa e articolata: se da un lato infatti la gravidanza può portare a un aggravamento di una ipertensione/nefropatia preesistente, il rene risulta implicato in una serie di complicanze della gravidanza (quali ipertensione gestazionale e pre-eclampsia) che possono insorgere anche in donne precedentemente sane. Infine, la malattia renale cronica costituisce essa stessa un fattore predisponente a tali complicanze e più in generale a eventi avversi materno-fetali.

La preeclampsia in particolare, definita storicamente come la combinazione di ipertensione e proteinuria a partire dalla ventesima settimana di gestazione ma che attualmente trova una definizione ben più ampia (potendosi associare l'ipertensione a ulteriori sintomi/altezzazioni laboratoristiche) costituisce una degli eventi più temibili in quanto, soprattutto se a insorgenza precoce, comporta un elevato rischio di mortalità e morbilità perinatale, connesse soprattutto con la nascita pre-termine.

Anche la sola ipertensione gestazionale costituisce un importante fattore di rischio non solo per lo sviluppo di una futura pre-eclampsia e per complicanze materne e fetali perinatali ma anche per possibili future patologie materne di natura cardiovascolare, caratteristica che condivide anche con la pre-eclampsia.



Se infatti nella grande maggioranza dei casi questi disturbi si risolvono entro poche settimane dal parto, il fatto di averne sofferto comporta un aumentato rischio per le eventuali ulteriori gravidanze e per lo sviluppo sul lungo termine di ipertensione cronica, diabete, insufficienza renale cronica e dislipidemia.

Per quanto riguarda le pazienti con malattia renale cronica (soprattutto se proteinurica) antecedente la gravidanza, costituiscono anch'esse una categoria a rischio, gravato dal fatto che alcuni farmaci spesso assunti in precedenza devono essere obbligatoriamente sospesi e che in alcune situazioni la condizione preesistente costituisce un fattore di confondimento per l'identificazione di una pre-eclampsia incipiente, essendo sia la proteinuria sia l'insufficienza renale alcuni dei criteri diagnostici. La tempestiva introduzione di tutte le misure di controllo, sia in termini di terapia, sia in termini di monitoraggio dei parametri vitali e di laboratorio, risulta quindi fondamentale per un buon esito della gravidanza in tutte queste pazienti, per cui è necessario che si sottopongano a frequenti rivalutazioni che da sempre vengono effettuate nell'ambulatorio delle gravidanze ad alto rischio, afferente al reparto di Ostetricia. A questo ambulatorio fino al 2023 si affiancava un altro servizio gestito unicamente dal Nefrologo che forniva un supporto più strettamente internistico, con visite a cadenza mensile o bimestrale.

A partire da quest'anno è stato deciso di istituire un unico ambulatorio, che si svolge un venerdì al mese presso il padiglione Crosina al primo piano; la prenotazione avviene tramite mail scrivendo ad ambulatoriostetricia-trento@apss.tn.it o telefonando al mattino al numero 0461903356. Le pazienti vengono inviate o da un ginecologo, da un nefrologo o dal proprio medico di medicina generale.

L'impostazione attuale prevede la presenza di una ginecologa e una nefrologa dedicate, che in contemporanea valutano le pazienti sia da un punto di vista ostetrico che nefrologico. Tale impostazione risulta vantaggiosa sia per l'utenza sia per il personale: per le donne infatti si traduce in un minor numero di esami da eseguire e di accessi in un ambulatorio con sede ospedaliera. I medici d'altra parte hanno l'opportunità di confrontarsi nell'immediato sia per quanto riguarda decisioni da prendere in situazioni che talvolta richiedono tempestività, sia per le tempistiche di follow-up sul breve e lungo termine. Il continuo scambio di informazioni e di punti di vista tra specialisti in ambiti differenti costituisce inoltre una fonte di arricchimento culturale in entram-

be le direzioni. Infine, l'ambulatorio si avvale del continuo e prezioso supporto delle ostetriche e delle mediatrici culturali, figure in molte situazioni indispensabili e il cui operato spesso va ben oltre la sola interpretazione linguistica in sede di visita.

L'ambulatorio ostetrico-ginecologico costituisce quindi un luogo in cui più competenze e figure professionali si incontrano e si impegnano per fornire un'assistenza il più possibile completa e adeguata a pazienti caratterizzate in molti casi da un elevato grado di complessità.



***dottorssa Laura Olivi**
Medico Specialista in Nefrologia
APSS Trento.

AFORISMI

“Aforismi leggeri per tempi difficili”

A cura di Luisa Pevarello

1. Il cinquanta per cento degli Americani non ha mai letto un giornale. Il cinquanta per cento degli Americani non vota per il presidente. Si spera che sia la stessa metà. (GORE VIDAL)
2. Ci sono anche dei vantaggi a diventare Presidente. Il giorno dopo essere stato eletto, i miei voti al liceo furono classificati top secret. (RONALD REAGAN)
3. Le donne sono pronte a tutto per l'amore, compreso fare l'amore. Gli uomini sono pronti a tutto per fare l'amore, compreso amare. (NATALIA ASPESI)
4. I cavalieri antichi, per amore di una damigella, erano pronti a uccidere un drago. Io, al massimo, potrei tirare un calcio a un tacchino, ma per quella tizia, dovrei aver perso la testa (ROMANO BERTOLA)
5. Ci sono due tipi di artisti: quelli che vogliono passare alla storia e quelli che si accontentano di passare alla cassa. (GIORGIO GABER)
6. Non perdonerò mai Noè per aver imbarcato anche una coppia di zanzare (ENZO COSTA)
7. Sono bravissima a tenere la casa. Ogni volta che divorzio tengo la casa. (ZSA ZSA GABOR)
8. Il modo migliore per perdere una cattiva abitudine è sostituirla con una peggiore. (JACK NICHOLSON)
9. I liquori ti uccidono lentamente. Ma chi ha fretta? (LEOPOLD FECHTNER)
10. Le vie del Signore sono infinite, è la segnaletica che lascia a desiderare. (ANONIMO)
11. L'uomo diventa vecchio quando i rimpianti prendono il posto dei sogni. (JOHN BARRYMORE)

INTERVISTA AL NUOVO DIRETTORE DEL REPARTO DI GERIATRIA DELL'OSPEDALE S. MARIA DEL CARMINE DI ROVERETO

a cura di Diana Zarantonello

Il prof. Francesco Fantin è da qualche mese Direttore dell'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Rovereto. Egli proviene dalla Clinica Geriatrica dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona dove, dal 2017, è professore associato di Geriatria. Attualmente è professore associato di Metodologia Clinica e Nutrizione Clinica presso il CISMED - Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche e afferisce al Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Trento. L'interesse clinico e di ricerca del prof. Fantin, che emerge dalle sue numerose pubblicazioni, riguarda le problematiche di interesse geriatrico con particolare attenzione alla caratterizzazione clinica del paziente anziano disabile, alla valutazione degli effetti dell'invecchiamento sulla composizione corporea e sulla funzionalità fisica del soggetto geriatrico. Il prof. Fantin si occupa inoltre di invecchiamento del sistema cardiovascolare e di ipertensione arteriosa ed ha ottenuto l'alta specialità presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata per la valutazione del rischio cardiovascolare nell'anziano.

Professor Fantin, innanzitutto ci racconti come sta vivendo questo cambiamento di regione, oltre che di competenze, sia sul piano professionale che umano.

Mi sto trovando molto bene, grazie a persone accoglienti e colleghi e personale infermieristico-assistenziale preparato e disponibile al cambiamento e a nuovi progetti sia clinici che didattico-scientifici.

Ha notato aspetti organizzativi diversi tra Rovereto e Verona? Vi sono modifiche gestionali che pensa di introdurre nel nuovo Reparto?

Sicuramente l'Ospedale di Rovereto è una realtà più piccola rispetto all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, ma è una bella realtà con grandi potenzialità anche di collaborazione assistenziale e scientifica. In particolare



Il Professor Francesco Fantin

stiamo portando avanti il progetto dell'Ortogeriatria, già iniziato qualche mese prima che arrivassi, che prevede la presa in carico da parte di un Geriatra dei pazienti con frattura di femore ricoverati in Ortopedia che abbiano anche problemi internistici/geriatrici. Inoltre, sulla base dei risultati ottenuti in Ortogeriatría, stiamo pensando di intraprendere altre collaborazioni con reparti chirurgici al fine di portare competenze e assistenza geriatrica anche in altri contesti dell'Ospedale secondo un modello di multidisciplinarietà che, anche dagli studi della letteratura, ha dimostrato di migliorare outcomes importanti quali i tassi di ri-ricovero, le complicanze post-chirurgiche e anche la mortalità.

All'interno della UO di Geriatria, da quando sono arrivato, è stato messo in atto un modello di riorganizzazione sia della componente medica che infermieristica. Abbiamo



Il Prof. Fantin, primo a sinistra, nominato tra i Professori della Facoltà di Medicina di Trento.

sperimentato la presa in carico del paziente anziano da parte di una équipe integrata medico-infermieristica con il maggior coinvolgimento degli infermieri sia nel meeting di reparto che nel giro visite, così da porre il paziente al centro e attuare una completa valutazione multidimensionale che consenta di fare emergere i bisogni non solo clinici del paziente ma anche assistenziali, con maggiore attenzione anche alla situazione familiare e del caregiver, per garantire anche una più completa pianificazione del percorso di post-acuzie dei nostri pazienti.

Su queste pagine avevamo intervistato, qualche numero fa, la dott.ssa Casanova, che è Direttore della Geriatria di Trento. Ci racconta che collaborazioni e che peculiarità vi sono tra i Reparti di Trento e Rovereto?

La collaborazione con la Geriatria di Trento è molto attiva. In particolare con la Dott.ssa Casanova, direttore del Dipartimento transmurale Anziani e Longevità, abbiamo iniziato un progetto di collaborazione per portare la Geriatria sul territorio, al fine di valutare già sul territorio i pazienti ricoverati presso le nostre UO con elevato rischio di ri-ricovero. Un collega geriatra andrà quindi a domicilio a valutare periodicamente questi pazienti più fragili al fine di fornire competenze geriatriche per ridurre i rischi di un nuovo ricovero ospedaliero anche attraverso la collaborazione con i colleghi della medicina di base e con il team infermieristico territoriale.

Tra i Suoi ambiti di interesse vi è la valutazione dello stato nutrizionale dell'anziano, aspetto che è assai importante, in termini prognostici, anche nel paziente nefropatico; vi sono novità in termini di diagnosi e trattamento della malnutrizione nel paziente anziano?

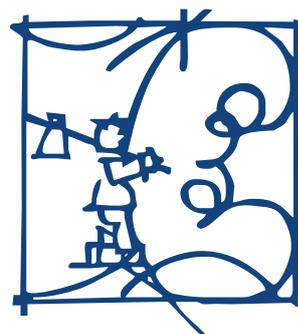
La nutrizione in medicina e in particolare nel soggetto anziano gioca un ruolo chiave. Un buono stato nutrizionale consente migliore sopravvivenza ma soprattutto riduce il rischio di disabilità. Essendo anche docente di Nutrizione Clinica per la Scuola di Medicina dell'Università di

Trento, ritengo indispensabile la valutazione dello stato nutrizionale in ogni ambito medico. In particolare nell'anziano, la malnutrizione per difetto rappresenta una delle grandi sindromi geriatriche con prevalenze che vanno dal 10% fino all'80% in ambito ospedaliero e nelle residenze sanitarie assistenziali. Essa riconosce tra le sue cause non solo problematiche mediche ma anche socio-economiche. Diventa quindi fondamentale una valutazione multidimensionale del paziente anziano che faccia emergere tutti questi aspetti. In particolare, per quanto concerne la nutrizione nell'anziano, grande importanza va data alla quantità di proteine nella dieta che andrebbe aumentata in questi pazienti rispetto ai soggetti giovani, al fine di preservare una adeguata sintesi proteica e quindi una buona massa muscolare la cui riduzione invecchiamento-correlata, che prende il nome di sarcopenia, si correla ad una importante disabilità fisica.

Parliamo di cure palliative nell'anziano: quali strumenti a Suo giudizio aiutano ad orientare per un approccio palliativo rispetto ad uno interventistico? Quanto è diffusa la pianificazione condivisa delle cure nel paziente geriatrico?

Le cure palliative rivestono un ruolo molto importante nei nostri pazienti anziani. Ancora una volta, solo una valutazione da parte di più figure professionali mediche, infermieristiche e assistenziali, diventa elemento chiave per decidere il migliore approccio per il fine vita dei nostri pazienti. La condivisione di competenze e l'approccio multidimensionale, elemento cardine della medicina geriatrica, consentono di valutare la prognosi e la qualità della vita dei pazienti e forniscono gli elementi necessari per orientare verso un percorso di tipo palliativo, condiviso anche con i familiari e i caregivers dei pazienti. Nella nostra Unità Operativa, in particolare, ogni settimana il team di Cure Palliative territoriale svolge meeting con medici e infermieri per la presa in carico di pazienti dopo ampia discussione collegiale.

Grazie del Suo tempo e buon lavoro!



LE CURE PALLIATIVE IN TRENTINO: INTERVISTA AL MEDICO LORETA ROCCHETTI

a cura di Diana Zarantonello

La dott.ssa Loreta Rocchetti, figura ampiamente conosciuta nel territorio trentino e non solo, ha lavorato come medico di famiglia, con particolare attenzione allo sviluppo dell'approccio palliativo. Inoltre ha, nel Suo percorso formativo, un Dottorato di ricerca in Santé Publique – Bioéthique alla UCL - Bruxelles, è stata docente a contratto presso l'Università di Verona, e fa parte del gruppo di Biodiritto fondato in collaborazione con la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Trento. Attualmente collabora con la Fondazione Hospice Trentino e fa parte del comitato scientifico.

Abbiamo il piacere e l'onore di intervistarla, e ricostruire grazie alla Sua testimonianza la nascita delle cure palliative in Trentino.

Dott.ssa Rocchetti, ci racconti quando e come è nata l'idea di effettuare un dottorato in Bioetica e che ricadute ha avuto nel Suo percorso formativo ed umano

In realtà è stata un'idea che si è formata a poco a poco quasi inconsciamente, senza programmazione come naturale evoluzione della ricerca di fare un lavoro che fosse professionalmente efficace ma anche fornito di senso e fonte di soddisfazione personale.

All'Università (Padova) ho avuto dei bravi maestri. Tuttavia nella pratica sul campo, mi sono resa conto di aver avuto una preparazione modesta, il tanto che basta per stimolare la curiosità (un corso facoltativo di psicologia medica con il prof. Pavan) sulla relazione con il malato. Con alcuni colleghi medici di famiglia abbiamo quindi organizzato un Gruppo Balint, al fine di una formazione psicologica alla relazione con il paziente ed una analisi e riflessione del proprio ruolo di curanti (Fondati da Michel Balint nel 1957 sono tutt'ora validi), con riunioni mensili



Dott.ssa Loreta Rocchetti

sotto la guida della dott.ssa Simona Taccani. Lei e il confronto col gruppo dei pari sono stati importanti per me: ho compreso l'importanza della gestione del tempo, dell'accettare di non avere sempre delle risposte, del rispetto della dignità e libertà della persona comunque, della sospensione del giudizio. È stata un'esperienza formativa che mi ha fatto nascere una ulteriore domanda: quale è il senso del mio lavoro? Ci riflettevo spesso in particolare quando qualche mio paziente che, per suo desiderio, seguiva a domicilio fino alla fine, moriva. Pensavo che il mio compito fosse quello di mantenere la vita a tutti i costi il più a lungo possibile



Immagine del primo medico condotto donna, Adelasia Cocco nominata Medico Condotta nel 1914 in Sardegna.

perché la vita è comunque sempre migliore della morte! Ho scoperto un corso che poteva aiutarmi a trovare una risposta: “Etica e filosofia della medicina” organizzato a Roma dalla Fondazione Fatebenefratelli dell’Isola Tiberina: una finestra spalancata sul mondo! Docenti di altissimo livello che venivano da tutta Europa, la chiarezza, il confronto, le differenze di opinioni e culture ... respiravo a pieni polmoni. Quando ho discusso la mia tesi di diploma nella giuria era presente il Prof. Jean-Francois Malherbe, Direttore dell’Istituto di bioetica dell’Università di Lovanio il quale mi ha proposto di proseguire le mie ricerche nel suo Istituto. Quasi senza rendermene conto ho detto Sì. Ed ecco il mio dottorato.

Ricadute nel mio percorso umano? Sicuramente una maggior apertura mentale al mondo della vita, delle scelte soprattutto nel campo della salute, dell’autonomia, della dignità di ognuno. Tutto molto utile nel mio lavoro con i malati e le loro famiglie.

Quando è nato l’interesse per le cure palliative?

L’interesse per come “gestire” nel modo migliore il morire, quando inevitabile, dei malati che curavo, controllandone i sintomi, ascoltando i bisogni, le paure, le speranze, i problemi esistenziali e assistenziali sempre all’interno e con il supporto delle famiglie, è stato molto precoce e l’università non mi aveva preparata a ciò. Non pensavo alle “cure palliative” ma il mio approccio come quello di tanti medici di famiglia, me ne rendo ora conto, era un approccio palliativo individuale non di equipe e con aiuti a volte formati sul campo. Difficile ma non impossibile.

Nei primissimi tempi di professione, quando moriva una persona che avevo seguito a domicilio, ero triste, dovevo fare il lutto della mia incapacità a trattenere la vita, mi chiedevo cosa avessi potuto fare di più o meglio.

Un giorno, uscita dalla casa di uno di loro ero contenta. Mi sono fermata di botto, ricordo perfettamente il momento e il luogo, e mi sono detta: cosa ti succede lui è morto e tu sei contenta? Sì, era morto ad una età avanzata, sereno, senza dolore, nel suo letto, con tutta la numerosa famiglia attorno, compresi i chiassosi nipotini. Ecco, avevo fatto il salto di obiettivo non più la quantità di vita ma la qualità anche nel vivere la propria morte. Avevo privilegiato il senso della cura all’ostinazione di cercare che tutti i parametri fossero secondo “prescrizione”.

Si cominciava a parlare anche di hospice e io pensavo: no gli hospice no, delle strutture dove si va a morire no!

Ma alla fine del mio dottorato ho avuto l’occasione di fare un post.Doc all’Università di Sherbrooke in Québec, Canada, in una unità mobile di cure palliative della clinica universitaria. Erano gli anni ‘90 e festeggiavano i 30 anni delle Cure Palliative; tra l’altro ho avuto occasione di incontrare Thérèse Vanier, medico, fondatrice delle cure palliative in Quebec. Ricordo una giovane ragazza, Gio, ricoverata in fase terminale per un tumore cerebrale. Era in una stanza lunga e stretta con tre letti, nel letto di mezzo, e vedeva sempre e solo la parete bianca di fronte a sé. Una domenica con la dott.ssa Pauline Lésage, primario dell’Unità, stavamo godendoci il sole ai bordi di uno degli splendidi laghi di quelle zone e ad un certo punto lei rompe il silenzio e dice: “se avessimo l’hospice Gio potrebbe essere qui con noi a godersi questo sole e non immobile a fissare la parete bianca”. Ho capito e per la seconda volta dentro di me ho detto sì all’organizzazione e alla filosofia delle cure palliative.



Un omaggio del pittore Luke Fildes 1887 al suo “medico di famiglia”.



L'ingresso della Casa Hospice Cima Verde di Trento.

In che modo questo ha modificato il Suo lavoro di medico?

Lo ha reso più sereno, permettendomi di lavorare per obiettivi possibili, senza ostinazione terapeutica quando l'obiettivo guarigione è ragionevolmente irraggiungibile, senza pensieri di "sconfitta", che nascondono idee di onnipotenza, se il trattamento è stato clinicamente appropriato ed eticamente proporzionato, secondo le scelte del paziente, assieme alla sua famiglia.

Quando si giunge alla fine della vita le sovrastrutture delle relazioni (ruoli, categorie, ciò che è "politicamente corretto" dire o tacere ecc.) cadono e si instaura un rapporto sincero, essenziale, franco, emotivamente difficile a volte, ma ricchissimo. Un rapporto tra esseri umani che stanno in un certo senso e con molto pudore condividendo un mistero, ciascuno dalla propria parte: il medico è testimone di un'esperienza che domani sarà anche la sua e tutto quello che può fare è aiutare il malato a vivere questa esperienza estrema nel modo meno doloroso, più libero e più dignitoso possibile, favorendo e rispettando l'emergenza – o la non emergenza/negazione – del senso, quale che sia, che il malato vuole dare all'insensato (la morte). Mi piace pensare che come nel film Still life, le numerose persone che ho accompagnato vengano a confortarmi nei miei ultimi istanti. I familiari si trovano a intessere/condividere un rapporto con il loro medico che continuerà anche "dopo" con l'aiuto a superare una perdita, forse da entrambe le parti. Ne ho ricavato molte soddisfazioni, esperienze e incontri con persone splendide il cui ricordo porto davvero con molta serenità e affetto, senza peso, nella mia mente.

Si sta riferendo al suo lavoro di medico di famiglia quando l'assistenza sul territorio era delegata praticamente solo a lui? Come sono cambiate le cose con l'istituzione del Servizio Provinciale di Cure Palliative?

Certo l'istituzione del servizio ha portato con sé molti aspetti positivi: la possibilità di assistere al domicilio molte più persone, cosa che il medico da solo non poteva fare; il sostegno e lo sguardo di un infermiere al domicilio; visite e interventi di medici dedicati ed esperti nelle cure di fine vita, una equipe con la quale potersi consultare, la possibilità di accesso a farmaci di uso ospedaliero; e, non ultimo, la possibilità di assistere tutte le persone che ne hanno bisogno anche se il loro medico di famiglia per motivi vari (un lutto suo, difficoltà di affrontare la morte, poca energia fisica, ecc.) non poteva garantire una presenza efficace.

Ho lavorato anche come medico palliativista all'interno dell'equipe territoriale e l'unico rimpianto che potevo avere era quello di assistere persone che incontravo per la prima volta in quella loro grave situazione, non sapendo nulla (o molto poco) della loro vita prima della malattia. Con i pazienti dei quali ero il medico di fiducia si instaurava negli anni una "amicizia medica" (per dirla con Entralgo) che permetteva anche un linguaggio comune. Delle persone che ho assistito come medico di cure palliative ricordo episodi toccanti, dei "miei" malati conservo delle storie di vita lunghe a volte che coprono più generazioni e molto belle, ho coltivato la meraviglia verso il miracolo della vita, fino alla fine.

Per questo ritengo che la presenza del MMG all'interno dell'equipe di cure palliative sia preziosa.

Quando è stato istituito il Servizio di cure palliative in Trentino, quali figure ne hanno favorito lo sviluppo e quali sono state le tappe dello sviluppo di questa branca?

Attorno agli anni 90 in Italia si è cominciato timidamente a parlare di cure palliative. A Trento ricordo una Commissione allargata nella quale ero presente come medico di famiglia, quasi sempre presieduta dall'allora assessore Erminio Lorenzini negli anni dal 89 al 92. Gli ipotetici progetti sono diventati concreti quando la legge Bindi del 1999 ha stanziato dei fondi vincolati a creare hospice e servizi di cure palliative in ogni Regione. Ha sdoganato finalmente una pratica che prima era sostenuta in Italia solo da quello che oggi chiamiamo "terzo settore", in particolare la Fondazione Floriani nel 1977 con il pioniere

della terapia del dolore prof. Ventafridda e il primo Hospice come struttura privata a Brescia nel 1987. Era già nata la Società Italiana di cure palliative (SICP) nel 1986, ma in genere, chi si occupava di cure palliative non era considerato molto in alto nella gerarchia sanitaria.

Nel 1999 – anno della promulgazione della legge Bindi, era presente presso il reparto oncologia del S. Chiara un “gruppo omogeneo di lavoro sul malato terminale” coordinato dal dott. Robbiati, con tre MMG al suo interno, oltre a me, Marco Clerici e Giuseppe Parisi per la “Formazione di medici e infermieri ospedalieri e territoriali”.

La direzione APSS ha affidato al distretto sanitario di Trento le cure palliative territoriali, il Servizio è stato inaugurato a novembre del 2000 a Trento. Organizzatori sono stati il dott. Giuseppe Penasa, Direttore di distretto, la dott.ssa Renata Brolis, responsabile del Servizio Infermieristico. La direzione del servizio è stata affidata al dott. Giovanni Menegoni che unitamente a medici, infermieri, assistente sociale, psicologa costituivano una équipe dedicata. Il Coordinatore infermieristico Carlo Tenni ha formato una squadra di giovani infermieri neo laureati che si sono rivelati fantastici!

La prova che non si è trattato per loro di un mero compito amministrativo è che tutti (Penasa, Brolis, Menegoni, Tenni) ora pensionati svolgono attività di volontariato presso la Fondazione Hospice Trentino che gestisce Casa Hospice Cima Verde.

Dei primi sanitari il dott. Alessandro Fedrizzi nel 2004 si è spostato in una nuova équipe a Rovereto, il dott. Luca Ottolini è rimasto a Trento, poi, con una forma organizzativa diversa, il servizio si è esteso a tutto il territorio provinciale. Quando il dr. Ottolini, che cercava un medico di famiglia con

un curriculum adatto, mi ha proposto di entrare nel Servizio di cure palliative, ho accettato. Ho imparato molto da lui. Ricordo che quando esprimeva qualche situazione complicata e difficile, lui chiedeva: cosa ne dice il paziente? Cosa

ne dice il suo medico? Adesso possiamo parlarne noi. Il servizio si è molto adoperato anche nella diffusione della cultura alla popolazione e formazione su tutto il territorio di medici e infermieri. Per le situazioni non gestibili a domicilio, due stanze erano disponibili all'Ospedale S. Camillo, finché nel 2006 l'APSS ha aperto un hospice a Mezzolombardo. Altre realtà esterne all'Azienda Sanitaria si sono poi mosse: nel 2012 è stato aperto a cura della APSP Benedetti di Mori, un Hospice intitolato al vecchio medico condotto molto amato della zona dott. Amedeo Bettini, e a Trento nel 2017 la Casa Hospice Cima Verde a cura della Fondazione Hospice Trentino onlus. Entrambi gli hospice sono convenzionati con APSS e attualmente sia l'accesso che la clinica sono garantiti dal servizio Cure Palliative dell'APSS.

Come è nata Casa Hospice Cima Verde?

Un signore, quando è mancata la moglie assistita dal Servizio a domicilio, mi ha detto: “Io sono stato fortunato perché ho una bella casa dove ho potuto assistere agevolmente mia moglie, vorrei che a tutti fosse possibile, per questo vorrei si costruisse un hospice a Trento”. Ha fatto con questo obiettivo una donazione alla Fondazione Trentina per il volontariato sociale, dalla quale nel 2007 è gemmata Fondazione Hospice Trentino per la costruzione di un Hospice a Trento. Mi ha autorizzato a dire il suo nome Celso Pasini con la motivazione “forse le persone che mi conoscono possono prendere l'esempio”. Da allora un piccolo gruppo di persone con diversa professionalità, tutte a titolo volontario, si sono spese per realizzare il progetto: dalla ricerca di una casa esi-

stente da adattare, al terreno per costruirla, al progetto per la costruzione, a diffondere la cultura delle cure palliative, alla ricerca fondi coinvolgendo la comunità perché la casa doveva essere vissuta dalle persone come qualcosa “di loro”, e così via. Sarebbe



Le mani di un gruppo di volontari durante una tradizionale salita a Cima Verde, la montagna del Bondone.



Il motto e il logo di Fondazione Hospice Trentino, che gestisce Hospice Cima Verde

bello che qualcuno scrivesse questa storia. Per non far torto a nessuno ricordo la prima presidente Francesca Paris Kirchner, instancabile e ottimista propugnatrice di molte iniziative sociali. Del gruppo, che chiamavamo scherzosamente di regia, faceva parte anche Stefano Bertoldi che ha assunto la direzione della neonata Casa Hospice Cima Verde, recentemente scomparso lasciando una forte impronta umana alla struttura.

Da quando sono in pensione anch'io e altri dell'ex "gruppo di regia" collaboriamo attivamente con Fondazione Hospice Trentino.

Come sono cambiati le finalità e gli obiettivi delle cure palliative?

Le cure palliative, secondo la recente (2018) definizione OMS, sono "la cura olistica attiva di individui di tutte le età con gravi sofferenze di salute dovute a malattie gravi, e in particolare di coloro che si avvicinano alla fine della vita. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver".

Quando sono nate le cure palliative erano solo "cure palliative di fine vita" per malati oncologici. Per accedere al servizio si richiedeva infatti la presenza di patologia oncologica e prognosi non superiore inizialmente a tre mesi, poi si è allungata la previsione di prognosi, fino a quanto è arrivata la legge 38/10 che ha introdotto una potenziale "rivoluzione" di approccio. Non solo persone con patologie oncologiche con prognosi infausta a breve, ma ogni portatore di patologia cronica, orfana di farmaci e interventi mirati alla guarigione indifferente dalla prognosi. Ciò comporta un cambiamento organizzativo molto complesso e quindi graduale, che porterà a superare – ma assolutamente non cancellare – l'idea di "cure palliative di fine vita" allargando molto il campo degli aventi diritto.

In effetti le prognosi di malattie anche oncologiche sono divenute molto più lunghe con una vita anche buona, al punto di parlare di cronicizzazione. Mi piace pensare che la filosofia delle cure palliative abbia contagiato tutto l'am-

Diamo dignità alla vita che c'è

bito delle cure sanitarie. Vedremo come sarà possibile attuare questo senza diminuire degli standard già stabilizzati per uniformarli a un criterio di omogeneità.

Infine, ci dica, dalla Sua esperienza, come è cambiato il ruolo del medico oggi e quali consigli si sente di offrire ai giovani che oggi si avvicinano a questa professione?

La situazione della società (famiglie, culture, possibilità di informazione, organizzazioni, diritti in campo sanitario, percezione collettiva del ruolo medico, e non solo), della sanità (SSN vs sanità privata, telemedicina ecc.) e della Medicina (sempre più efficace e tecnologica) è cambiata, anzi continua a cambiare, in modo importante e molto rapido. Per questo mi sento "antica" e non credo di poter fare valutazioni né dare consigli.

Faccio solo un invito ai giovani medici: avete l'opportunità di esercitare uno dei mestieri più belli, di essere testimoni privilegiati di straordinaria umanità, in particolare lavorando sul territorio a diretto contatto della vita reale e multiforme, lottate perché questa ricchezza non vi venga sottratta da meri calcoli aziendalistici.



*Uno strumento semplice ed efficace
per il benessere mentale*

MEDITARE DURANTE LA DIALISI

*di Alessandra Dalla Gassa**



Nella frenesia della nostra società, la ricerca di pace interiore, serenità e calma ha fatto sì che un numero crescente di persone si sia avvicinato alla pratica della meditazione.

Quando si parla di meditazione vengono subito alla mente immagini di saggi orientali, templi esotici e monasteri sperduti sull'Himalaya. Ma la meditazione in realtà affonda le sue radici in tutte le tradizioni spirituali del mondo, anche nella tradizione cristiana, in particolare nel cristianesimo delle origini con i padri del deserto. La meditazione sia essa ebraica, indiana, cristiana, tibetana, buddista, taoista...ha sempre avuto come obiettivo quello di elevare l'essere umano ad una dimensione trascendente.

Quasi tutte le tecniche meditative di origine indiana richiedono il canto o la ripetizione mentale di un mantra, ad es. hong-so, una formula sacra, una parola, una preghiera che funga da veicolo per l'elevazione della mente ed il ritiro dei sensi. Spesso il mantra è segreto, personale e viene comunicato dal maestro all'adepto al momento dell'iniziazione. Anche la meditazione cristiana dei padri del deserto, l'esicasmo, consiste nella ripetizione mentale della formula "Signore Gesù Cristo, figlio di Dio, abbi pietà di me peccatore", pratica ancora molto diffusa nei monasteri ortodossi del monte Athos.

È bene notare che per la fede cristiana la meditazione non ha come obiettivo il distacco dal mondo ed il controllo della mente, ma la comunione con l'amore di Cristo.

Nel mondo di oggi la meditazione da pratica esoterica è diventata una pratica essoterica; dalle case di Dio si è guadagnata un posto nell'evidence-based medicine, diventando così un insieme eterogeneo di tecniche psicologiche che hanno come obiettivo il raggiungimento del benessere psicofisico e/o l'aumento delle performance personali. Pensiamo al manager o allo sportivo che utilizzano tecniche di focus mentale per affrontare riunioni

o gare, allo studente che utilizza tecniche di respirazione per affrontare un esame oppure al paziente che attraverso tecniche di rilassamento e visualizzazione si prepara all'otturazione dal dentista.

Mindfulness è la tecnica contemporanea più diffusa e studiata, messa a punto da un medico americano Kabat-Zinn negli anni '90, e consente di raggiungere uno stato di profonda concentrazione sul momento presente, alimentando consapevolezza ed accettazione priva di giudizio, attitudini utili in moltissimi contesti clinici per la gestione del dolore, dello stress e del trauma.

L'uso della meditazione può avere diversi effetti benefici per la salute mentale ed il benessere complessivo anche nei pazienti in emodialisi.

A questo proposito non sono stati ancora promossi trials clinici su grandi numeri, ma quelli pubblicati negli ultimissimi anni hanno portato risultati incoraggianti. Nel 2022 il gruppo indiano di Vaishnav et al. ha messo a punto un trial clinico randomizzato controllato: un protocollo di meditazione guidata, da seguire durante la dialisi, è stato proposto a 40 pazienti per 6 settimane contro 40 pazienti randomizzati in un gruppo di controllo; i ricercatori hanno utilizzato il Kidney Disease Quality of Life Score per quantificare i risultati positivi attesi: i pazienti che avevano potuto accedere al programma di meditazione erano, alla fine del percorso, più felici, stabili, meno ansiosi ed aggressivi e con un sonno migliore.

Nello stesso anno, risultati analoghi sono stati ottenuti dal gruppo giordano di Alhawattmeh et al. con un trial clinico randomizzato controllato in cui 37 pazienti hanno praticato trenta minuti di mindfulness durante ogni seduta di dialisi, per cinque settimane e 37 sono stati randomizzati in un gruppo di controllo in cui venivano invitati solamente a chiudere gli occhi per trenta minuti.



I benefici apportati sul piano psicofisico dalla meditazione sono noti anche alle medicine tradizionali. Ad esempio secondo la tradizione cinese e la tradizione yogica anche la semplice respirazione addominale con ritenzione del respiro a polmoni pieni e poi vuoti, permette di tonificare l'organismo distribuendo l'energia vitale in tutti gli apparati.

A mio parere infine, la visualizzazione della stessa macchina di dialisi come sorgente di luce benefica e ristoratrice può aiutare il paziente a vivere più serenamente i trattamenti, attenuando i sentimenti ambivalenti che contraddistinguono il vissuto dei pazienti emodializzati. Di seguito vengono proposti due semplici rilassamenti guidati con visualizzazioni, ovvero pratiche di Yoga Nidra.

Yoga nidra è una tecnica di origine tantrica divulgata da Swami Satyananda Saraswati negli anni '40; significa letteralmente yoga del sonno e consente di raggiungere uno stato di profondo rilassamento simile a quello che precede l'addormentamento, grazie all'ascolto di una voce guida; il ritiro progressivo dal mondo esterno ha effetti ristoratori ed è facilmente praticabile anche da chi non ha esperienza di meditazione.

Possono essere letti e memorizzati per poi essere ripetuti mentalmente ogni volta che se ne avverte il bisogno.

Rilassamento guidato con visualizzazione del mare (con il QR code si può accedere all'audio della meditazione guidata).

Ricerca una posizione comoda mentre sei disteso nel

letto in modo da poter mantenere una certa immobilità. Chiudi gli occhi e inizia a respirare profondamente, portando l'attenzione al tuo respiro. Porta la mano sinistra sul cuore e la mano destra sull'ombelico. Respira dentro e fuori con calma, seguendo il ritmo naturale del tuo respiro. L'aria entra e l'addome si solleva, l'aria esce e l'addome si abbassa, lentamente come un'onda che va e viene.

Immagina di trovarti su una spiaggia tranquilla, disteso nella sabbia calda. Senti il calore del sole sulla pelle e il suono dolce delle onde che si infrangono sulla riva. Osserva il cielo sopra di te, limpido e sereno, con qualche nuvola bianca che fluttua dolcemente.

Inspira profondamente e immagina di respirare l'aria fresca e salmastra. Senti il profumo del mare. Con ogni respiro, il tuo corpo si rilassa sempre di più, lasciandosi andare.

Ascolta il dolce rumore delle onde, costante e rassicurante. Immagina di essere parte di questo movimento, come se il tuo respiro fosse in sintonia con il ritmo del mare. Lasciati cullare dal suono del mare.

Quando sei pronto a lasciare questo stato di profonda quiete, porta l'attenzione di nuovo al tuo respiro e ai movimenti del tuo corpo. Visualizza una luce calda e dorata provenire dalla macchina di dialisi al tuo fianco;



immagina questa luce giungere fino a te; la luce avvolge e riscalda completamente tutto il tuo corpo. Muovi le dita delle mani e dei piedi, se lo desideri piega le ginocchia. Poi apri lentamente gli occhi e prenditi un momento per apprezzare la sensazione di calma e rinnovamento che hai sperimentato durante questa meditazione.



Rilassamento guidato con visualizzazione di un ruscello montano.

Ricerca una posizione comoda mentre sei disteso nel letto in modo da poter mantenere una certa immobilità. Chiudi gli occhi e inizia a respirare profondamente, portando l'attenzione al tuo respiro. Porta la mano sinistra sul cuore e la mano destra sull'ombelico. Respira dentro e fuori con calma, seguendo il ritmo naturale del tuo respiro. L'aria entra e l'addome si solleva, l'aria esce e l'addome si abbassa. Inspirando conta mentalmente fino a 4, trattieni il respiro a polmoni pieni qualche istante ed espirando conta mentalmente di nuovo fino a 4, trattieni il respiro a polmoni vuoti per qualche istante. Ripeti per altre 3 volte questo ciclo.

Immagina adesso di trovarti in una valle circondata da maestose montagne. Alzi lo sguardo e vedi le vette scintillanti baciata dal sole. Percepisci la stabilità e la regalità delle montagne intorno a te. Mentre prosegui nel tuo cammino senti avvicinarsi il dolce suono di un ruscello, il suono rilassante dell'acqua che scorre tra le pietre. Giunto sulle rive del ruscello siediti ad osservare le acque cristalline che riflettono la luce del sole. Con ogni respiro, lascia che la tensione e lo stress si dissolvano, fluendo via nella corrente.

Inspira profondamente, senti il profumo della terra umida e l'odore balsamico della resina dei pini. Assapora la sensazione di freschezza e vitalità.

Rimani in questo stato di pace per alcuni istanti.

Quando sei pronto porta l'attenzione di nuovo al tuo respiro e ai movimenti del tuo corpo. Visualizza una luce calda e dorata provenire dalla macchina di dialisi al tuo fianco; immagina questa luce giungere fino a te; la luce avvolge e riscalda completamente tutto il tuo corpo. Muovi le dita delle mani e dei piedi, se lo desideri piega le ginocchia. Poi apri lentamente gli occhi e prenditi un momento per apprezzare la sensazione di calma e rinnovamento che hai sperimentato durante questa meditazione.

Buona meditazione a tutti!



Bibliografia

Alhawatmeh H et al. Effects of mindfulness meditation on trait mindfulness, perceived stress, emotion regulation, and quality of life in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Sci.* 2022 Mar 8;9(2):139-146.

Vaishnav BS et al. Study of effect of guided meditation on quality of life in patients of end stage renal disease (ESRD) on maintenance hemodialysis - a randomised controlled trial. *BMC Complement Med Ther.* 2022 Sep 9;22(1):238.

***dottorssa Alessandra Dalla Gassa**
Medico specialista in Nefrologia,
Agopuntore e Nutrizionista
Responsabile del Servizio di Emodialisi
dell'O. San Pellegrino
Castiglione delle Stiviere (MN)

PREFERISCO IL RUMORE DEL MARE

*di Paola Santo**



Ormai la letteratura scientifica sul tema è unanimemente d'accordo nel ritenere che un buon Servizio di Salute Mentale debba essere orientato alla recovery. Prima di entrare nel vivo dell'argomento, è necessario intendersi quindi sul significato del concetto di "recovery", una parola inglese per la quale difficilmente è individuabile un corrispettivo nella lingua italiana. Particolarmente completa ed esaustiva è la definizione che ne dà William Anthony, secondo la quale "Recovery è un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità, ruoli.

È un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. E implica il recupero non solo di una condizione di maggiore benessere, ma piuttosto di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale" (Anthony, 1993).

In sostanza si afferma con forza il diritto dell'utente a vivere la miglior vita possibile e, affinché ciò avvenga, è necessario mettere al centro non il sintomo, non la patologia, ma la persona che viene ad essere protagonista indiscussa del proprio percorso di recupero. In tal senso diventa fondamentale valorizzare i suoi punti di forza, le sue competenze, i suoi bisogni, i suoi interessi e desideri.

È essenziale che la persona si riscopra risorsa, per sé e per gli altri, sperimentando quel senso di utilità che spesso costituisce il primo passo per l'avvio di un buon percorso di recovery. In questo modo l'utente potrà reimpossessarsi di un'identità propria che non sarà più quella del paziente psichiatrico, ma di cittadino al pari di tutti gli altri (Carozza, 2006; Davidson et al., 2006).

Alcuni tra i principi a fondamento di ogni azione recovery oriented:

- 1) La recovery riguarda la costruzione di una vita soddisfacente e dotata di senso così come definita dalle persone stesse, nonostante la presenza di sintomi o problemi ricorrenti;
- 2) La recovery rappresenta un progressivo distanziamento dalla malattia verso la salute e lo stare bene;
- 3) La speranza è un aspetto centrale della recovery. Le persone possono aumentare il loro senso di speranza acquisendo un controllo più attivo sulla propria vita e traendo esempio da chi ha già trovato la propria strada verso la guarigione;
- 4) La possibilità di potersi gestire autonomamente va incoraggiata e facilitata;
- 5) La relazione di aiuto tra operatore ed utente diventa una relazione tra due esperti: la persona "esperta per esperienza" e l'operatore "esperto per professione", in un viaggio che diventa di scoperta reciproca;
- 6) Il processo di recovery è in stretta connessione con la capacità delle persone di acquisire un ruolo sociale attivo e soddisfacente all'interno della loro comunità;
- 7) Il linguaggio, le storie e la possibilità di dare un senso alla propria esperienza hanno un'enorme importanza nel processo di recovery;
- 8) I servizi recovery-oriented valorizzano sia le qualità professionali sia quelle personali degli operatori aumentando il livello di soddisfazione e motivazione nel proprio lavoro;
- 9) I familiari e le altre figure di sostegno sono cruciali nel processo di recovery e dovrebbero essere inclusi come partners nel percorso verso la guarigione.
(Davidson et al., 2007)

Pertanto la recovery è un percorso di cambiamento unico e strettamente personale ma non da effettuarsi in solitario. Senza dubbio nessuno può sostituirsi alla persona protagonista del proprio percorso, tuttavia coloro che gravitano intorno alla persona posso fare molto, con le loro azioni quotidiane, per favorirlo oppure ostacolarlo. Appare quindi doveroso chiedersi, soprattutto da parte degli operatori dei Servizi di Salute Mentale, quali sono le azioni che ciascun Servizio può mettere in campo per favorire questo percorso.

Favorire la nascita e l'implementazione di un recovery college all'interno del proprio Servizio è una delle possibili risposte a questa domanda. Importato dai paesi anglosassoni, il recovery college è un luogo di formazione, condivisione e partecipazione attiva dove le persone esperte di disagio psichico, per professione o per esperienza diretta, diventano al tempo stesso maestri e studenti del proprio benessere, proponendo corsi a tema per autoformarsi assieme ed aumentare così il livello personale di conoscenza, consapevolezza ed acquisizione di competenze (Perkins et al., 2018). Nel 2009 viene aperto il primo recovery college a Londra ed attualmente nel Regno Unito se ne contano più di 220. Nell'ultima decade si sono diffusi in 26 paesi in tutto il mondo, tra cui l'Europa occidentale, la Scandinavia, Hong Kong, Giappone, Australia, Canada. Tra le caratteristiche principali dei recovery college ricordiamo che sono luoghi ad accesso gratuito ed aperti a tutta la cittadinanza, funzionano come una vera e propria università all'interno della quale si propone un'offerta formativa che spazia da temi più tecnici a quelli più esperienziali e laboratoriali. L'impostazione è educativa non terapeutica, implicando di conseguenza un adattamento del linguaggio: ad esempio termini quali "operatore" ed "utente" sono sostituiti da "docente" e "studente". Uno degli aspetti fondamentali dei recovery college è legato alla modalità di conduzione dei corsi i quali sono condotti da "esperti per professione" (coloro che il disagio psichico lo hanno studiato sui libri) ed "esperti per esperienza" (coloro che invece hanno vissuto il disagio psichico sulla propria pelle). Unitamente a ciò, un'altra delle caratteristiche essenziali è che questa scuola del benessere, come potremmo altrimenti definirla, sia co-progettata e co-prodotta, ovvero venga realizzata attraverso il contributo alla pari di tutti gli interlocutori coinvolti (operatori, utenti, familiari, cittadini) nell'ottica di un proficuo scambio reciproco. I recovery college sono quindi molto radicati sul territorio che si cerca di coinvolgere e valorizzare il più possibile. Pertanto, solitamente, si cerca di attivare collaborazioni con le realtà del territorio quali associazioni, coopera-



tive, scuole, altri servizi in un prezioso lavoro di partenariato. Ovviamente la presenza di un recovery college all'interno di un Servizio non sostituisce la valutazione, il trattamento e la terapia specialistica offerta dai team clinici (Repper e Perkins, 2013). In una revisione approfondita del Nottingham recovery college (McGregor et al. 2014), sono state individuate le "sei dimensioni del successo" che giustificano l'ampia diffusione ottenuta da questo tipo di iniziativa: i recovery college sono stati definiti educativi, collaborativi, basati sui punti di forza e centrati sulla persona, progressivi (nel senso che favoriscono la progressione di un buon percorso di recovery), rivolti verso la comunità ed inclusivi.

"PREFERISCO IL RUMORE DEL MARE"

"Preferisco il rumore del mare" è il Recovery College dei territori afferenti ai Centri di Salute Mentale di Cles e Mezzolombardo. Come accennato all'inizio è un luogo di formazione, condivisione e partecipazione attiva che propone corsi relativi al tema della salute mentale e del benessere psicosociale. La peculiarità di questi corsi, oltre al fatto di essere gratuiti e aperti a tutta la cittadinanza, è quella di essere condotti da "esperti per professione" (operatori) ed "esperti per esperienza" (utenti e familiari). La nascita di questo Recovery College ha necessitato di diverse fasi volte a creare e strutturare in modo effettivo la scuola del benessere di Cles e Mezzolombardo.

Nello specifico, inizialmente si è svolto un incontro tra operatori del Servizio di Salute Mentale (SSM) interes-

sati al tema per confrontarsi e condividere idee sul progetto, per poi presentarlo all'interno di tutta l'equipe di operatori e medici dei CSM di Cles e Mezzolombardo.

Dopo questa fase di condivisione ed approvazione del progetto (marzo 2023), si è passati alla fase di "reclutamento" di utenti e familiari del SSM, protagonisti di un percorso di recovery personale oppure

sensibili al tema della recovery, e di associazioni e/o altre realtà territoriali vicine al mondo della Salute Mentale e/o interessate al progetto.

È nato così il gruppo di co-progettazione e co-produzione: un tavolo di lavoro che ha visto fin da subito la partecipazione attiva di operatori, utenti, familiari, cittadini ed esponenti del mondo dell'associazionismo i quali, seduti in cerchio, si sono dapprima confrontati sul concetto di recovery, successivamente hanno ampliato le proprie conoscenze attraverso la letteratura scientifica disponibile sul tema dei Recovery College. Fondamentali nel percorso sono stati i momenti di confronto con



altre realtà già promotrici di progetti affini, in particolare i Recovery College di Trento "FARe" e Rovereto "Futuro in circolo".

Per quanto riguarda gli aspetti più pratici, è nata presto l'esigenza di riunirsi a cadenza regolare, settimanalmente, presso due sedi, Cles e Mezzolombardo, collegate da remoto. Nel tempo questa organizzazione ha subito qualche modifica: attualmente

il gruppo si trova in presenza, una volta a Cles e una volta a Mezzolombardo, pur mantenendo la possibilità di collegarsi da remoto per chi lo preferisse. Attualmente il gruppo è composto da circa 20-25 persone, tra cui circa 4 operatori, 3 familiari, 8-10 utenti, 2 rappresentanti di associazioni locali ("Valle Aperta" e "Porte Aperte"), 4 cittadini attivi.

Una tappa fondamentale nella creazione del nostro Recovery college è stata la scelta del nome da dare alla scuola, utile a conferire un'identità concreta al gruppo, si è optato per "Preferisco il rumore del mare – Recovery College di Cles e Mezzolombardo" (tratto da una poesia di Dino Campana). In maniera analoga è stato scelto il logo della scuola.

La nostra offerta formativa prevede corsi che spaziano da argomenti più tecnici ad altri più esperienziali e laboratoriali, tutti relativi al tema salute mentale e benessere psico-sociale, con l'obiettivo principale di promuovere la Salute Mentale come bene individuale e della comunità.

I corsi, condotti da esperti per professione ed esperti per esperienza, nei tre cataloghi pubblicati fino ad ora, sono stati vari e molto partecipati dalla comunità.

Nel primo catalogo Primavera 2023 sono stati proposti tre corsi: il corso "Guarire si può" a Cles, il quale si propone di introdurre al tema della recovery intesa come possibilità di vivere al meglio la propria vita nonostante la presenza di un disagio psichico; il corso "I principali disturbi psichici: proviamo a conoscerli", a Cles, che si propone di fornire conoscenze di base sulle princi-

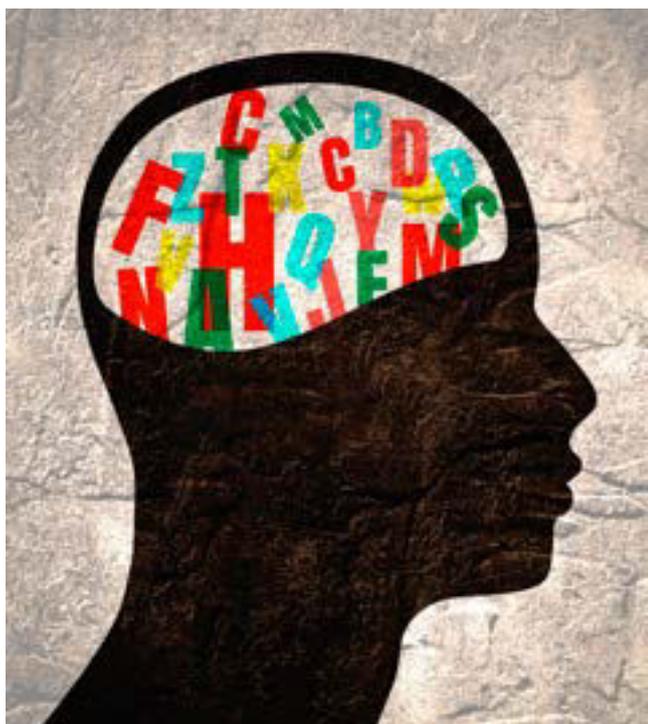


pali forme di disagio psichico e le loro manifestazioni cliniche; il corso “Scrivere di sé” a Mezzolombardo, il quale ha permesso di conoscere ed utilizzare il mezzo della scrittura per imparare ad accogliere e gestire stati emotivi e fare chiarezza dentro di sé.

Nel secondo catalogo 2023/2024 è stato aggiunto un nuovo corso, intitolato “La strada verso di me”, finalizzato all’utilizzo di mezzi creativi per entrare in contatto con le proprie risorse ed integrarle nella vita quotidiana.

Il catalogo primavera 2024 si è arricchito con “Stigma e pregiudizio”, volto a fornire strategie per fronteggiare questi temi; “L’esperto in supporto tra pari (ESP)” per far conoscere questa innovativa figura; “Musica per conoscersi”; infine il corso “Bioenergetica”, nel quale si proverà ad aumentare la propria mobilità corporea e respiratoria per una maggiore consapevolezza di sé.

In questi due anni circa il Recovery college di Cles e Mezzolombardo è indubbiamente cresciuto sia per quanto riguarda la consapevolezza e la coesione all’interno del gruppo, sia per quanto riguarda la varietà e la qualità dei corsi allestiti. A detta dei partecipanti, questo progetto ha potuto favorire il livello di protagonismo e soddisfazione di tutti e l’avvio e la prosecuzione di percorsi di recovery personale. Ha inoltre implementato azioni concrete a vantaggio della comunità, favorendo la nascita di una salute mentale intesa come patrimonio di tutti e riducendo stigma e pregiudizi riguardanti il



mondo della salute mentale, oltre che aumentare motivazione e soddisfazione degli operatori impegnati in prima persona.

In conclusione possiamo affermare che il progetto è cresciuto nel tempo e che attualmente può contare sulla partecipazione di utenti, operatori, familiari del Centro di Salute Mentale di Cles e Mezzolombardo, di cittadini attivi sensibili al tema della salute mentale, di associazioni del territorio quali “Valle Aperta” e “Porte Aperte”, oltre alla collaborazione con la scuola di musica Celestino Eccher, l’associazione culturale LeArTi, la scuola musicale Guido Gallo, il sostegno di Svolta ed i patrocini dei comuni di Cles, Mezzolombardo, della Comunità della Val di Non e della Comunità della Rotaliana-Königsberg. L’auspicio è che il futuro veda un coinvolgimento sempre maggiore di tutta la cittadinanza in modo che la Salute Mentale esca finalmente dai confini dei Servizi ad essa adibiti e diventi a tutti gli effetti patrimonio della collettività.

Bibliografia

- Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990’s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4),11-23.
- Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica - Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. FrancoAngeli ed., 2006:173-174.
- Davidson L. Recovery - Concepts and application. 2007 Devon Recovery Group.
- Davidson L. Tondora J. Lawless MS. O’Connell MJ. Rowe M. Il recovery in psichiatria - Organizzazione dei servizi e tecniche operative. Erikson ed., 2007:25-30.
- McGregor J. Repper J. Brown H. “The college is so different from anything I have done”. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice.* Vol 9 NO 1, 2014:3-15.
- Perkins R. Meddings S. William S. Repper J. Recovery Colleges Ten Years On. Briefing Paper 15, 2018. ImROC – Implementing Recovery through Organisational Change.
- Repper J. Perkins R. The Team Recovery Implementation Plan: A Framework for Creating Recovery-focused Services. ImROC, Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation. 2013. <https://imroc.org/>

***Dr.ssa Paola Santo**
Medico specialista in Psichiatria
Responsabile Servizio Territoriale
Valle di Non

GIORNATA MONDIALE DEL RENE

Il 14 marzo, in corrispondenza della Giornata Mondiale del Rene, abbiamo organizzato in associazione con l'APSS, la Croce Rossa Italiana e l'Associazione Italiana Donatori d'Organo, un momento di sensibilizzazione in piazza con la possibilità di monitoraggio della pressione arteriosa, esecuzione di stick urine. Quest'anno tale evento si è svolto in piazza di Fiera anziché, come di consueto, in piazza Italia. Sono stati effettuati più di 160 monitoraggi e abbiamo avuto la possibilità di fornire molte informazioni riguardo la prevenzione e la terapia delle malattie renali. Qualche giorno prima, alla trasmissione Meeting, si è parlato degli stessi temi con la dott.ssa Agostini che ha intervistato il prof. Brunori (primario del Reparto di Nefrologia e Dialisi dell'APSS) e la dott.ssa Zarantonello (presidente APAN).



RINNOVO CONSIGLIO DIRETTIVO APAN

Il 22 aprile si è tenuta l'assemblea soci elettiva dell'associazione, con rinnovo dei membri del consiglio direttivo. Segnaliamo che è entrato a farne parte il dottor Ettore Mancina, al quale facciamo i migliori auguri di buon lavoro! Ospitiamo anche un suo articolo in questa rivista, relativo all'utilizzo dell'ecografia nella diagnostica renale.

ELEZIONE NUOVO PRESIDENTE DELLA CONSULTA DELLA SALUTE

Il dottor Dori, presidente della Consulta Provinciale per la Salute, non si è ricandidato per un nuovo mandato ed è stato sostituito da Elisa Villotti.

GITA SOCIALE

Il 4 maggio si è tenuta a Palazzo Roccabruna una visita culturale guidata dal dottor Ezio Chini, storico dell'arte. La visita di questo palazzo, poco conosciuto, ha fatto riscoprire gli splendidi affreschi, e si è conclusa con un rinfresco ospitato in sala della Barchessa. Riguardo gli aspetti artistici di Palazzo Roccabruna abbiamo pubblicato un articolo, sempre di Ezio Chini, tratto da Vita Trentina.



SPETTACOLO TEATRALE IN FAVORE DI APAN

Giovedì 18 settembre si terrà al teatro San Marco lo spettacolo teatrale "Non ne resta che viver", curato da Goldservice.

Una parte del ricavato sarà devoluto alla nostra associazione.



È STATO SCELTO IL NUOVO DIRETTORE DELL'HOSPICE CIMA VERDE

A inizio anno è stato scelto, dopo la prematura e dolorosa scomparsa di Stefano Bertoldi, il nuovo direttore dell'Hospice Cima Verde.

Si tratta di Riccardo Ravagni, sociologo e attualmente impegnato nella Cooperativa "la goccia" di Bassano.

Ha già preso servizio presso l'Hospice anche se per il momento in part-time, per poter concludere il Suo lavoro del precedente impiego. Gli auguriamo buon lavoro!

ARTISTI E OPERE D'ARTE

di Aldo Nardi



Van Gogh le scarpe del contadino

Nel corso di una famosa conferenza del 1935 alla *Kunstwissenschaftliche* di Friburgo Martin Heidegger arrivò a sostenere che, se l'artista è all'origine dell'opera, la stessa opera è all'origine dell'artista. Nel senso che l'uno non vive senza l'altro. E, aggiungeva Heidegger, l'artista e l'opera sono in sé stessi e nel loro reciproco rapporto, in diretto legame con ciò da cui entrambi derivano, ovvero l'arte.

Ciò premesso, per il filosofo diventa essenziale chiedersi che cosa sia l'arte, al di là della presunzione di circolarità che tale ragionamento vuole indicare. Ora, se considerassimo l'opera d'arte come qualsiasi altra cosa (*res*), nel senso che un quadro sta appeso come un cappello o una giacca sull'appendiabiti, entreremmo in una incontestabile realtà in base alla quale, dice Heidegger, "i quartetti di Beethoven giacciono nei depositi della casa editrice come le patate in cantina".

In realtà l'opera d'arte, oltre ad essere una *res* (per i tedeschi una *ding*) è anche qualcos'altro.

Questa operazione, che definisce l'opera in quanto cosa e in quanto arte contemporaneamente, si traduce nella sua dimensione simbolica, poiché mette assieme (dal greco *sun ballein*) l'una cosa con l'altro di cui la stessa cosa è costituita.

Si tratta quindi di capire in che misura una *res* è *res*. Heidegger ritiene che ogni ente che sia un che di reale (*ding*) è meritevole di essere definito *res e*, scomodando anche Kant, è *res* ciò che è mondo nella sua interezza. Nel richiamare un quadro di Van Gogh che rappresenta delle scarpe da contadino Heidegger si chiede cosa mai possa esserci da vedere in un paio di scarpe consumate. La scarpa, in quanto *res* è fatta di una suola di cuoio, di una tomaia, unite con cuciture o chiodi che si presentano con forme diverse a seconda dell'uso a

cui devono servire. Pertanto, fino a quando ci limitiamo ad osservare quelle "scarpe" nel loro essere lì, vuote e inutilizzate, non potremo sapere molto di più su di esse, a partire dal luogo in cui si trovano. Ma è proprio attraverso l'azione artistica che abbiamo la possibilità di scoprire in cosa consista l'opera d'arte. "Dallo scuro dell'involto consumato delle scarpe si protende la fatica dei ritmi di lavoro. Nella corposa ruvidità della caratura si conferma la durezza dei passi tra i solchi, tesi e sempre uguali, del campo battuto da un vento tagliente. Sul cuoio restano la freschezza e l'umidità del terreno. Sotto le soles si fa incontro la singolarità del sentiero campestre all'imbrunire. Nelle scarpe vibra il richiamo scabro della terra, il maturare silenzioso delle sue messi e il suo impenetrabile negarsi quando essa si mostra nell'incoltezza del campo invernale. In questo attrezzo, respirano l'apprensione, senza lamenti, per la sicurezza del pane, la gioia, senza parole, per lo stato di bisogno nuovamente superato, il trepidare nell'imminenza della nascita e il tremore nell'avvolgente minaccia della morte (...)"

Se la contadina queste scarpe semplicemente le calza, tutto il resto noi lo possiamo dedurre dalle scarpe raffigurate nel quadro dell'artista. In altre parole: il quadro ha parlato.

D'altra parte, ci ricorda Heidegger, essere-opera significa anche installare e soffermare un mondo. E per mondo dobbiamo intendere non qualcosa che sta o giace stabilmente, ma qualcosa di instabile e mai incontrabile verso cui tendiamo. Così la pietra è priva di un mondo, mentre la contadina ha un mondo: quello in cui "si trattiene nell'insorta estensione dell'essente". (Heidegger)

Se accettiamo il concetto di arte esposto dal filosofo tedesco, possiamo altresì cercare di capire come si inserisce, in termini logici, il rifiuto (o il superamento, se si

preferisce) delle categorie estetiche che il ready-made ha introdotto nel mondo dell'arte grazie alle avanguardie del Novecento; ma anche per mezzo delle "espressioni artistiche" dei periodi successivi.

L'artista George Maciunas, tra i fondatori di Fluxus, affermava che l'antiarte è la vita, la natura, la realtà vera. "La pioggia che cade è antiarte, il rumore della folla è antiarte, un volo di farfalla, i movimenti dei microbi sono antiarte". Ciò significa che se ogni individuo fosse in grado di fare l'esperienza del mondo nello stesso modo in cui vive l'arte, non ci sarebbe più bisogno di arte né di artisti.

L'arte come superamento di se stessa è appunto il compito che si sono assunti i movimenti di avanguardia o le neoavanguardie. Se tutta l'arte dopo Duchamp è concettuale lo dobbiamo al fatto che ciò che interessa non è più l'oggetto, attrezzo, la res come categoria estetica, ma ciò che vien detto a proposito dell'opera, insomma si dà vita a quella che possiamo chiamare meta-comunicazione. A Duchamp non interessano l'Orinatoio o la Ruota di bicicletta (ready made), ciò che interessa l'artista è ciò che viene detto a margine dell'opera e dell'azione artistica, in una forma che trascende l'opera stessa se non, addirittura, la nega (come nei brani musicali silenziosi di John Cage).

A tale proposito, l'arte come divenire e accadere della verità prospettata da Heidegger diventa soprattutto forma di comunicazione sull'arte, mentre se qualcosa è definito arte, tale rimane in ogni caso. Anche se non si esaurisce in essa, nell'arte tutto inizia e si esaurisce nel discorso, cioè nelle convenzioni e nel loro ribaltamento, dal momento che - come opportunamente ci ricorda Thomas Samuel Kuhn - "il discorso è decisivo, allo stesso modo in cui la scienza si fonda su paradigmi normali, convenzionali".

Più che mai l'arte contemporanea è legata al discorso che la fonda, essendo al contempo arte e meta-arte (Dallago, Giordano). Di riflesso possiamo dedurre le categorie storiche residuali a fronte delle convenzioni (accettate o rifiutate che siano) attraverso le quali l'artista decide di rappresentare il mondo esterno. Categorie storiche che condizionano inevitabilmente il nostro sguardo.

Viceversa, se il nostro sguardo esulasse da tali categorie, nulla impedirebbe di definire l'opera di un artista con categorie del tutto diverse. Per esempio, secondo Alessandro Dallago e Serena Giordano, l'opera di Caravaggio potrebbe essere definita come pop-art al pari delle sculture iperrealistiche dello scultore statunitense Duane Hanson il quale, al pari di Caravaggio "mette in scena ciò di cui la grande arte si è per lo più disinteressa-



Duchamp La ruota di bicicletta

ta: l'esistenza quotidiana della persona qualsiasi e degli esclusi del proprio tempo".

Non possiamo tuttavia ignorare il fatto che, oggi, l'opera d'arte che non entra nelle logiche di mercato rimane una mera espressione biografica dell'artista o, per riprendere le conclusioni a cui pervengono gli stessi A. Dallago e S. Giordano (Mercanti d'aura, 2006), l'arte nel suo complesso è una "sfera culturale che esprime, più di ogni altra, la natura mercantile del nostro mondo". A cui possiamo aggiungere, come ulteriore spunto di riflessione, che l'arte è anche (per riprendere la deduzione a cui pervenne il filosofo e sociologo francese Pierre Bourdieu negli anni ottanta) espressione della gerarchia sociale, per cui l'ossessione per la forma, la ricerca della purezza, la stravaganza, il disprezzo per l'immediatezza del gusto popolare alla fine altro non sarebbero che forme di distinzione dei ceti superiori da quelli inferiori.

Fondato nel 1996 custodisce gli eventi più significativi in campo medico

IL MUSEO DELLE SCIENZE MEDICHE DI HONG KONG

di Luigi Tomio*

Da quando mio figlio si è trasferito ad Hong Kong (HK) per lavoro, capita talora di imbarcarmi nel viaggio che mi porta fino alla sua nuova residenza e posso dire che ormai riesco ad orientarmi abbastanza bene tra i diversi quartieri della città e i territori limitrofi. È evidente quindi la curiosità di scoprire eventi e luoghi ancora sconosciuti. Nell'ultimo viaggio che risale a qualche settimana fa ho avuto la fortuna di assistere ad un seminario del giornalista e scrittore Federico Rampini presso la City University (CityU) di HK, un complesso situato a Kowloon, la parte di HK sviluppatasi sul continente. CityU è stata fondata nel 1984 come City Polytechnic of HK ed è diventata un'università completamente accreditata nel 1994. Attualmente, secondo i principali ranking internazionali, CityU è considerata una tra le migliori università in Asia e nel mondo. Alla CityU lavorano diversi professori

italiani e questo è il motivo per cui ho ricevuto l'invito a partecipare alla lezione tenuta il 26 marzo da Rampini dedicata a: "Marco Polo 700 years after: his legacy in Italian and Western History. How an Italian merchant and traveler from Venice shaped the vision of China in his time and beyond". L'evento è stato organizzato dall'Ambasciata d'Italia a Pechino, dall'Istituto Italiano di Cultura di Pechino, dal Consolato Generale e dall'Istituto Italiano di Cultura. Durante la conferenza, Federico Rampini ha analizzato l'immagine della Cina nel

tempo, l'importanza dell'originaria Via della Seta e il suo impatto economico e culturale sul mondo occidentale, nonché la narrazione della Cina in Europa dopo i viaggi di Marco Polo e la rivelazione di un Nuovo Mondo. È curioso scoprire che i contatti tra paesi occidentali, Italia compresa, e Cina hanno radici ben più lontane nel tempo rispetto al viaggio fatto da Marco Polo e dai suoi fratelli dal 1271 in poi. Infatti, anche se in maniera indiretta i primi contatti possono essere fatti risalire addirittura all'epoca dei greci e dei romani. Lo scrittore

latino Plinio parlava del popolo dei Seri, i setaioli – i cinesi appunto – per lamentarsi che dalle casse dell'Impero romano spariva ogni anno un milione di sesterzi "per pagare il lusso delle nostre mogli" amanti dei tessuti di fine seta. Tra le varie iniziative della CityU vi è quella di aprire quanto prima possibile anche una Facoltà di Medicina e questo mi ha spinto ad approfondire



qualche elemento in più della medicina a HK partendo dalla visita al Museo delle Scienze Mediche (HKMMS). L'HKMMS è stato fondato nel 1996 e si trova in un edificio ristrutturato in stile edoardiano di tre piani al numero 2 di Caine Lane, Livello Medio sull'isola di HK. Il museo ospita attualmente una serie di mostre di lunga data che coprono eventi significativi e istituzioni chiave legate alla storia medica di Hong Kong, tra cui l'epidemia di peste di Hong Kong del 1894 e lo scoppio della SARS del 2003. Il confronto tra medicina occidentale e

medicina tradizionale cinese è un altro importante tema. L'edificio che accoglie il Museo iniziò la sua vita come l'Istituto Batteriologico, il primo laboratorio clinico e sanitario pubblico appositamente costruito a Hong Kong. L'Istituto infatti è stato costruito nel 1906 nell'ex distretto di Tai Ping Shan (oggi Sheung Wan), il più colpito dalla peste bubbonica di Hong Kong. La peste apparve a Canton all'inizio del 1894 uccidendo più di 60.000 persone in poche settimane. Il flagello raggiunse rapidamente Hong Kong, un territorio confinante la cui posizione strategica tra Oriente e Occidente rappresentava una seria minaccia per il resto del mondo. Nel 1894 la peste rimaneva una malattia di cui si conosceva molto poco: che è estremamente contagiosa, che non esiste cura e che è quasi sempre fatale (un tasso di mortalità del 96%). A quel tempo, i soldati britannici stavano cercando di contenere l'epidemia in HK ispezionando le case e portando le vittime della peste negli ospedali. Tutto ciò che si trova all'interno viene accatastato e bruciato e le case vengono disinfettate con cloruro di calce. Nel giugno 1894, il governo francese e l'Istituto Pasteur inviarono Yersin a Hong Kong per studiare le ragioni dell'epidemia. Yersin, era nato nel 1863 ad Aubonne in Svizzera, ed espatriò in Francia per svolgere gli studi di medicina all'Hôtel-Dieu de Paris dove incontrò Émile Roux che gli aprì le porte dell'Istituto Pasteur. Ottenuta la nazionalità francese divenne il



primo docente del corso di microbiologia dell'Istituto ma nel 1890, stanco dei laboratori e appassionato di avventura, Yersin decise di diventare medico militare in Indocina dove appunto fu raggiunto dall'incarico anzidetto. Sbarcò il 15 giugno e fu accolto da padre Viganò, che viveva a Hong Kong da trent'anni, e che gli fece da interprete. Appena arrivato, lottò per ottenere le autorizzazioni necessarie per studiare la malattia, e apprese che un team giapponese lo aveva preceduto per studiare l'origine e la natura della malattia. Yersin si stabilì di fronte al Kennedy Town Hospital, ma fu

rapidamente messo da parte dagli inglesi, che diedero la preferenza ai giapponesi. In considerazione delle insostenibili condizioni di lavoro, padre Viganò ottenne da Yersin il permesso di costruire in fretta e furia una capanna di bambù ricoperta di paglia vicino al nuovo ospedale, l'Alice Memorial, dove Yersin allestì il suo rudimentale laboratorio il 22 giugno. In un primo momento per ottenere i cadaveri necessari allo studio della malattia Yersin fu costretto a corrompere i becchini, ma la sua situazione migliorò successivamente quando gli fu permesso di accedere ai pazienti dell'ospedale e di prendere il materiale di cui aveva bisogno per l'approfondimento degli studi. Nei suoi appunti, Yersin descrive i fattori che favoriscono lo sviluppo della malattia, tra cui le condizioni di vita insalubri della popolazione cinese di Hong Kong, prima vittima della malattia. Nota un sistema fognario inadeguato e infestato dai topi, aggravato dal sovraffollamento nei quartieri poveri. La mancanza di igiene gli sembra essere il principale ostacolo alla lotta contro la malattia. Pur dotato di mezzi irrisori, riuscì a identificare e isolare l'agente responsabile di questa malattia in tre settimane. Si tratta di un bacillo molto resistente che da allora prende il nome dal suo scopritore: "Yersinia pestis". Yersin non poteva permettersi l'attrezzatura per incubare i suoi campioni, e questa sarà la sua migliore risorsa: Yersinia pestis prolifera a basse temperature. Per Yersin, questi due mesi a Hong Kong furono solo una tappa, poco dopo la sua scoperta, smantellò la sua capanna di paglia per stabilirsi in Vietnam dove



continuò il suo lavoro sulla peste, sviluppò la coltivazione degli alberi della gomma e curò gratuitamente gli abitanti impedendo la morte di migliaia di persone.

Tutto ciò è testimoniato ai giorni nostri della presenza della statua di Yersin, progettata dalla scultrice francese Antoinette Rozan, in un angolo tranquillo del giardino dell'HKMMS. L'Istituto Batteriologico venne ribattezzato Istituto Patologico dopo la II Guerra Mondiale. Progettato da Leigh & Orange, uno dei principali studi di architetti nella città, era costruito con mattoni rossi. Essendo il primo laboratorio di batteriologia ad Hong Kong consisteva in tre blocchi. Il blocco principale è un edificio a due piani con un seminterrato dedicato alle attività di laboratorio. Il secondo era usato come dormitorio e il terzo per tenere gli animali. Nel 1972, l'istituto



fu trasferito a Victoria Road e l'edificio fu poi utilizzato come magazzino per il servizio di patologia per il dipartimento della salute. Nel 1990, il governo dichiarò il sito un monumento, e divenne noto come l'Old Pathological Institute. L'Hong Kong College of Pathologists, riconoscendo il potenziale dell'edificio e che era importante che il pubblico fosse consapevole della storia e dello sviluppo in questa regione, ha presentato una petizione al governo per il suo uso come museo. No-

nostante le numerose offerte in competizione (anche notevoli considerando la posizione dell'edificio) la petizione ha avuto successo. Nel 1996, il monumento è stato inaugurato e aperto come il Museo delle scienze mediche di Hong Kong. Oltre alle necessarie riparazioni, il museo conserva le originali caratteristiche esterne ed interne del monumento originario. Su una superficie di 930 mq ospita 11 gallerie tra cui l'Old Laboratory dove sono riprodotti ricercatori e studenti (senza alcuna protezione) che esaminano i cadaveri dei ratti per l'isolamento degli agenti patogeni, la Hong Kong Tuberculosis, Chest and Heart Diseases Association Gallery, e la Hong Kong College of Radiologists Gallery. Altre sezioni interessanti sono di seguito: a) quella dedicata all'Hong Kong College of Medicine dove è possibile seguirne il ruolo cruciale e l'evoluzione nel plasmare la formazione medica e l'assistenza medica della regione con numerosi testi dell'epoca; b) l'angolo SARS, mostra che esplora l'impatto dell'epidemia di sindrome respiratoria acuta grave (SARS) che colpì Hong Kong nel 2003 in maniera drammatica e come la città ha risposto a questa crisi sanitaria globale e le lezioni apprese; c) quella dedicata alla storia della vaccinazione contro il vaiolo e al suo significato nella prevenzione delle malattie; d) il Giardino delle Erbe e l'Erboristeria che si concentra sulla medicina tradizionale cinese a base di erbe esplorando le proprietà curative di varie erbe e il loro ruolo nel mantenimento della salute per terminare con e) Salute e Medicina a Hong Kong, mostra che fornisce una panoramica dello sviluppo dei servizi sanitari a Hong Kong dalla medicina tradizionale cinese ai moderni progressi della medicina coprendo una vasta gamma di argomenti dalla genetica all'agopuntura.

Come si può intuire la missione del HKMMS, gestito da una associazione senza scopo di lucro, è di fornire un ambiente stimolante per educare la popolazione in materia di salute e scienze mediche tra passato, presente e futuro attraverso la raccolta e la conservazione dei materiali medici di interesse storico ma mantenendo contemporaneamente un costante aggiornamento alle ricerche e scoperte più recenti.



*dr. Luigi Tomio
Medico specialista in Radioterapia

LA SACRALITÀ DELL'ACQUA

di *Fiorenzo Degasperi**



I pellegrini che, alla fine di luglio, ancor oggi salgono ai 2000 metri dei laghi di San Giuliano (figura 1), tra la Val Rendena e la splendida Val di Genova, bagnandosi nelle fredde acque per poi recarsi a pregare nella vicina cappella medioevale di San Giuliano, per tutelarsi contro le morsicature delle vipere – qualcuno durante il tragitto raccoglie sassolini di granito con i quali si strofina il corpo, soprattutto le gambe e le mani – lo fanno perché ritengono che l'acqua radioattiva possieda una virtù naturale oppure attribuiscono all'intervento del Santo la capacità di sanare i mali? Nel primo caso ci troveremo

di fronte ad una superstizione antica di secoli, quella di ritenere l'acqua un elemento portentoso il che sarebbe in odore di idolatria. Nel secondo caso si rientrerebbe nei canoni consueti ed accettati della grazia concessa da un Santo. Sono le stesse domande che si sono poste, nel lontano 1443, il vescovo di Sain-Papoul, in Occitania, e l'inquisitore domenicano Ugo Nigri, della provincia di Tolosa, di fronte al via vai di pellegrini alla fonte di Planhes, una fonte ritenuta miracolosa, vicina ad una cappella dedicata ai santi Basilissa e Giuliano (non a caso il nostro Santo). Allora il vescovo proclamò: «la

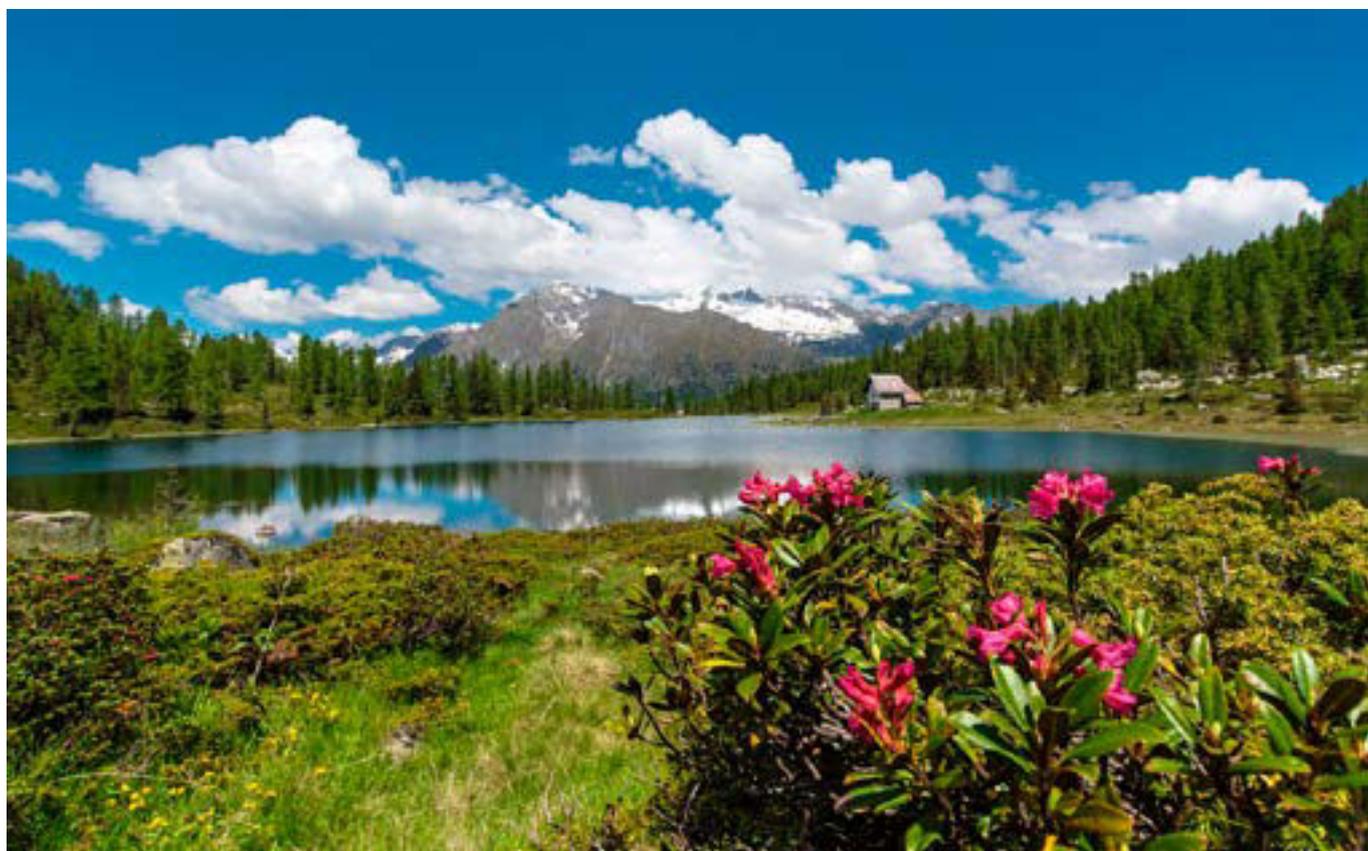


Figura 1. Val Rendena, Lago di San Giuliano.



Figura 2. Val dei Mocheni, Lago di Erdemolo. Uno dei tanti occhi dell'anima del Trentino.

scusa ingannevole di questi campagnoli che dicono “noi preghiamo san Giuliano la cui cappella è qui” non regge affatto: non di questo li rimproveriamo, ma di credere che le preghiere non valgono nulla se essi non bevono l'acqua e non fanno delle abluzioni e non rivolgono delle invocazioni a questa fontana pretesa sacra, il che significa offendere san Giuliano e la potenza divina».

Gli specchi acquatici sono occhi che guardano, mezzi di comunicazione tra chi ci abita e il mondo esterno (figura 2). Osservano, carpiscono informazioni dal mondo fisico per poi agire di conseguenza. Ancor oggi in alcune zone dell'Italia meridionale le sorgenti vengono talvolta chiamate “occhi”. Un ovvio legame fra l'occhio e l'elemento acquatico è dato infine dalle lacrime. Che diventano infuocate nel caso delle leggende raccontate in val di Fundres, lacrime di strega, che vanno ad aumentare la già tumultuosa portata del rio omonimo: acque tumultuose si schiantano lì nella stretta gola che conduce al Passo di Dan, costretta a servire da cavalcatura al Diavolo.

Ancora prima che il fedele cristiano intingesse la mano nell'acquasantiera per ricevere la benedizione per una vita spirituale migliore – nella chiesa/ospizio di San Giovanni a Tubre l'acquasantiera è posta all'esterno per permettere ai viandanti un veloce quanto sbrigativo gesto beneaugurante – l'acqua, per l'uomo, è sempre stata vissuta come sorgente di vita e di rigenerazione. Per nove mesi siamo cullati dal liquido amniotico, dopo il trauma dell'aria che brucia i polmoni, è il battesimo che ci reintroduce nella vita dopo essere stati mondati dal peccato originale.

Nelle cosmologie delle antiche religioni l'acqua è il fondamento del mondo, l'essenza della vegetazione, l'elisis dell'immortalità. Amrta la chiamano gli indù, assicura lunga vita, è il principio di ogni guarigione. Le acque

sono risanatrici, le acque espellono e guariscono tutte le malattie. Ci si immerge per completare il ricordo del ciclo della rinascita/morte/rinascita, equivalente al ruolo purificatore svolto dal Diluvio nelle mitologie universali. Si getta una moneta per assicurarsi un buon ritorno come una volta, nell'età del bronzo, si gettava una spada, o altri oggetti, per ingraziarsi gli dei acquatici. Come la spada a lingua da presa di tipo Castions di Strada, proveniente dal letto di un torrente non esattamente identificato nei pressi di Strigno, Valsugana.

Per le regioni alpine l'acqua non è una rarità. Non c'è bisogno di Inanna, la dea della fertilità mesopotamica, la quale fece zampillare una sorgente d'acqua che trasformò la terra riarsa in un paese fertile. Laghi, torrenti, sorgenti s'incontrano continuamente. La loro presenza fa parte del paesaggio, anzi del panorama. Scorrono via, scivolano altrove. Non sentiamo quasi più neppure l'acqua nel suo presentarsi come elemento sonoro, come eco del suo rimbalzare tra le ripe sassose o gorgogliante tra prati e boschi. Eppure di fronte all'elemento liquido dovremmo sospendere la nostra corsa contro il tempo, utilizzando l'acqua come specchio. Non per perpetrare il mito di Narciso che vide il proprio alter ego riflesso sulla superficie della polla d'acqua e del conseguente perduto amore. Interpretiamo la superficie dalle sue qualità di lucentezza, levigatezza, dal suo essere scrigno della vita. Perché l'acqua simboleggia la totalità, fons et origo, la matrice di tutte le possibilità di esistenza. Riflette i nostri percorsi esistenziali, come onde che si propagano verso l'infinito, con forza centrifuga. Ha la capacità di condurre le esperienze oltre la dimensione dell'Io, della sua illusoria centralità.

E tutto ha inizio con la sorgente. Si usa ancora questo termine per dire all'origine delle cose, quando le cose iniziarono. E lì, nei tempi remoti, presiedeva alla vita e alla morte la Signora degli Animali, quella che diventerà nel tempo, la grande Dea Madre, le cui forme sono state ricavate nei corni di cervo e nelle placche ossee, dipinte di ocre rosse, il colore del sangue e della vita, e denominate le “Veneri”. Famosa quella rinvenuta al Riparo Gaban di Piazzina di Martignano (Trento). Sue testimonianze sono emerse anche ai 2000 metri del Passo da Schlingia, in Alta Val Venosta, antica via di comunicazione tra l'area atesina e l'odierna Svizzera. Oppure sul Monte del Pascolo (Sarentini orientali): nel lago sottostante, il Lago Rodella, furono trovati un notevole ammasso di cocci e di pietre focaie, le quali legavano il fuoco alla terra e all'acqua.

I nostri antenati retici, celti, e romani, avevano l'usanza di “lustrarsi” nell'acqua, avvicinarsi ad essa con riveren-

za e circospezione, donando regali, utilizzandola come mezzo per l'aldilà (libazioni funebri, umidità e leimon dell'inferno, morte iniziatica) o per l'aldilà sopra (purificazione rituale, ripetizione simbolica della nascita del mondo e dell'uomo nuovo, reintegrazione ab origine). L'acqua è viva, è agitata. Non si devono gettare sassi pena lo scatenarsi di forze oscure, di temporali o bufere, preannunciate da sordi e cupi brontolii, come si racconta per il Lago di Pisorno nel Vanoi/Primiero, nel lago di Übelseen, Val Passiria, e in quello di Kratzberger in Sarentino. L'incauto che non rispetta questa regola tacita antica quanto la pelle della terra, si trova a far i conti non soltanto con l'inclemenza del tempo meteorologico, bensì anche con streghe, draghi, e serpenti volanti. E sotto le acque stanno interi villaggi pietrificati perché maledetti. In Valsugana, nel lago di Caldonazzo, si possono ancora vedere i bagliori dei resti di un antico villaggio la cui popolazione fu punita duramente perché rifiutò la carità mendicata da Cristo. È il lago della Dea Diana, il cui tempio sorgeva sulle sue rive, in località Calceranica (ara votiva e cippo romani presso l'antichissima Chiesa di Sant'Ermete, un Hermes/Mercurio cristianizzato che non ha perso però gli attributi di protettore delle greggi).

Anche chi inquina, chi guasta la purezza candida dell'elemento liquido va incontro a disgrazia sicura. "Quando si inquina l'acqua, la dea dell'acqua piange", recita un proverbio retico dei Grigioni. La dea triste è la "Sontgra-Margriata", la santa Margareta dei romanci, originariamente parente stretta della ladina Dea Madrina o Merisana, connessa ai pozzi oltre che alle sorgenti. D'altronde il pozzo è equiparato alla sorgente, così come la coppella, piccola buca/incavo rotonda, scalpellata nella roccia, di origine preistorica, solitamente situata in luoghi elevati ed isolati, è accomunata all'acqua. Con il tempo, alcune di queste, sono diventate presenze tangibili del demonio. A Gaido, sotto le propaggini rocciose del Macaion, le buche nella roccia sono diventate l'orma del corpo del maligno. A Valcava, Val di Cembra, l'incavo della roccia mantiene la sua sacralità, diventando il Croz di San Paolo. La leggenda popolare racconta che appoggiò la punta del suo bastone alla rupe, facendo sgorgare un frotto di acqua fresca. Bagnarsi in questa preservava dal morso delle vipere. Come avviene nel lago di San Giuliano.

Per queste sorgenti la gente si metteva in viaggio, pellegrinava da luogo in luogo. Alle Tre Fontane, presso Trafoi (figura 3), sullo Stelvio, santuario pagano delle fonti al cospetto dei ghiacciai perenni dell'Ortles, arrivavano perfino dall'Anaunia, scavalcando la Val d'Ultimo, dove

era obbligo fermarsi alle sorgenti sacre di San Maurizio e a quelle venostane di San Medardo a Tarces. In quest'ultima località, nella splendida chiesa romanica, l'altare è stato innalzato sopra la sorgente e fino al 1909, data in cui il tempio fu profanato, la fonte sgorgava direttamente nella chiesa ed era meta di fedeli da tutta la val d'Adige.

Antichi riti, antichi miti, mai dimenticati dalla fede delle genti di montagna.



Figura 3. Le tre fontane a Trafoi.

A blue rounded rectangle containing a green arrow pointing right and text identifying the author.

***Fiorenzo Degasperì**
Critico d'arte e scrittore
Collabora con Trentino Mese
e Arte Trentina.

DOLCI ESTATI DI ROMAGNA

di Laura Pasquali Rovesti

Per la prima volta abbiamo raggiunto mio papà a Russi, in provincia di Ravenna, dove lavorava. La sua azienda, una compagnia telefonica, faceva la posa e la giunzione dei cavi. Lui era spesso in trasferta e noi lo raggiungevamo d'estate nel posto in cui si trovava. A Russi ho terminato la terza elementare frequentando là l'ultimo trimestre. Affittavamo due camere uso cucina, era questa la consuetudine; la mamma si accordava con la padrona di casa per l'uso della cucina. La casa si affacciava sul vicolo Farini e lì giocavamo mia sorella ed io con gli altri bambini davanti a casa e alla chiesa. Qualche volta usciva il parroco a dirci di fare piano. A scuola si disegnava molto, si copiavano i fiori. Quando sono arrivata la maestra ha dato un tema sulla nuova compagna. Le altre bambine mi osservavano con grazia e tenerezza. Qualche volta andavamo al fiume, il Lamone, e là facevamo il bagno nell'acqua fredda. Altre volte una puntata al mare a Porto Corsini. Ci siamo andati con un camion con i colleghi di papà. Che cosa abbiamo trovato? Sulla spiaggia non c'erano ombrelloni e sdraie: ci si distendeva sulla sabbia con un telo e poi si andava nell'acqua. A Russi, nella casa, c'era un cortile dove le persone rimanevano a lungo a parlare dei fatti accaduti durante la guerra, finita da poco. Era il 1948, in centro c'era l'ufficio della Timo, la compagnia telefonica dell'Emilia-Romagna. Le telefoniste erano gentili: quando con Anna mia sorella raggiungevamo l'ufficio ci accoglievano con simpatia. Vivere là era un bel modo di stare insieme. Con la mamma, papà,



Anna avevamo la possibilità di conoscere le varie zone dell'Italia. Condividere la vita di chi abitava quei luoghi, conoscere i modi di dire; la scansione delle ore della giornata ci permetteva di sentirci vicini alla gente. I Romagnoli erano gente attiva, generosa, solidale, avevano una gentilezza che veniva dal cuore, che non era formale.

E a Cervia? Il proprietario della ditta di papà aveva organizzato, come l'ing. Olivetti a Ivrea, oltre alle case per i dipendenti a Torino, le ferie a Cervia. Quante belle estati! Ricordo che quando tornavamo dal mare al pomeriggio, con ai piedi le zoccollette, passavamo accanto alle giostre e ogni volta ascoltavamo "Grazie dei fior" cantata da Nilla Pizzi. Era l'estate del 1951 e la canzone aveva vinto il primo festival di Sanremo. Si stava tutti insieme, ci si trovava a cena e di giorno si andava al mare.

Anni dopo a Villa Clelia, a Misano Adriatico, una pensione isolata sulla spiaggia senza altre case intorno. Nella sala c'era un pianoforte che il padrone della pensione suonava di tanto in tanto. Andavamo a nuotare con il costume e l'asciugamano, allora non c'erano i sarong e i parei. Lungo la spiaggia, con una passeggiata di 4 km, si raggiungeva a nord Riccione e a sud Cattolica. Non c'erano case sulla spiaggia. Fu una settimana di sogno. Il mare era bello, diverso dal mar Ligure. Al mattino si faceva il bagno, si camminava un po' per raggiungere l'acqua profonda, poi si nuotava. Al pomeriggio c'erano sempre le onde alte. Il colore dell'acqua era verde e sembrava più salata degli altri mari. Non per nulla a Cervia ci sono le saline.

Sono tornata anni dopo a Misano Adriatico e non ho più trovato Villa Clelia, quella villa isolata sulla spiaggia non si vedeva più. C'erano costruzioni dappertutto sulla spiaggia. Giovanni Pascoli con la sua poesia "Romagna solatia dolce paese..." ha descritto il fascino e la dolcezza di questa regione.

Mi piace ricordare che le creme solari erano un lusso, non le usavamo e così le scottature sulle spalle erano

Il racconto

la regola e per me le efelidi sul viso e sul corpo, Anna invece si abbronzava rapidamente. Non ricordo quando sono apparsi i primi bikini, allora li chiamavano “due pezzi”. Non erano belli come quelli che si indossano ora, erano solo un reggiseno e un paio di slip, eppure all’inizio, su certe spiagge erano vietati. E i primi costumi che indossavamo? Erano fatti a maglia, di lana, e pungevano prima di essere bagnati.

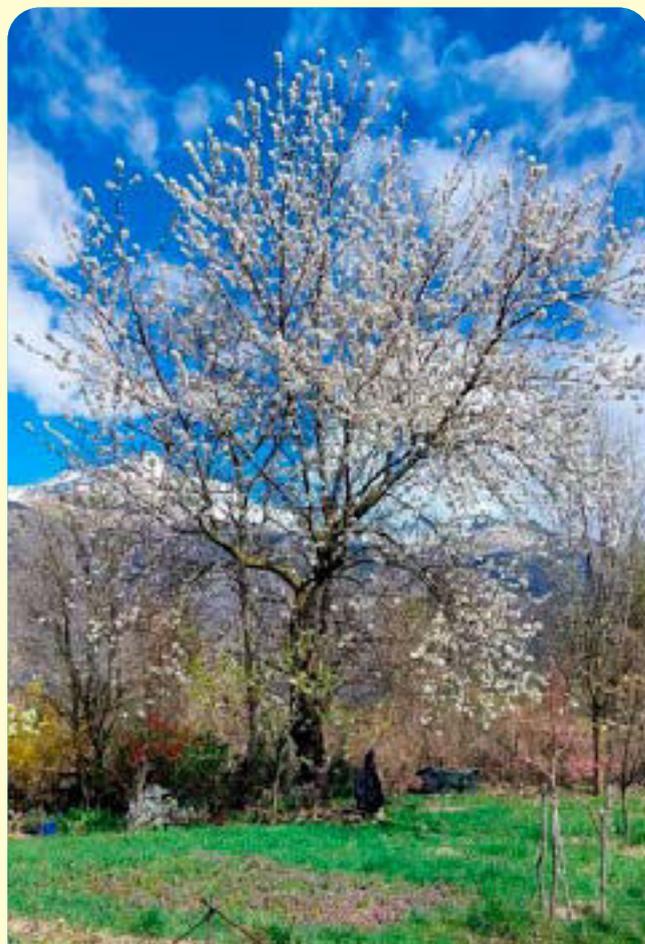
Le città marine dell’Adriatico hanno un porto canale con le barche ormeggiate. Anche Ravenna ha un porto e un canale di acqua salata lungo 14 km che arriva dal mare. Quel canale mi ha fatto sognare... Il porto di Ravenna in passato è stato molto importante, sia come porto militare che commerciale. Ravenna ha un certo fascino con le sue belle chiese bizantine Sant’Apollinare Nuovo, Sant’Apollinare in Classe, San Vitale, il Mausoleo di Galla Placidia, la tomba di Dante. Ravenna è stata l’ultima capitale dell’impero romano di Occidente (dal 402 al 476). E’ una città in cui vivrei volentieri.

Un’estate siamo andati a Spilamberto (Modena). Eravamo in una bella casa in mezzo alla campagna, tutt’intorno campi coltivati, alberi da frutta, di fianco un canale con rane, girini, sanguisughe (così non ci si poteva immergere). Di bello i giri in bicicletta con la giovane padrona di casa su e giù per quelle stradine. Un altro bel passatempo era andare al pomeriggio al fiume Panaro, distenderci su quelle grosse pietre e immergerci e nuotare nell’acqua fredda.

Un’estate indimenticabile è quella passata a Rapallo, non più in Romagna ma in Liguria. La maestra mi aveva detto: “Vai nel golfo del Tigullio”. Come sempre abbiamo affittato due camere uso cucina, non lontano dal mare. Andavamo al mare ai Bagni Colombo. Che bello! C’era un lungo molo e si entrava in acqua a riva. È lì che ho imparato a nuotare. Ero vicina a mamma e semplicemente le ho detto: “Io provo a nuotare, se vado giù mi tiri su”. Ma sono rimasta a galla. All’inizio non riuscivo ad andare avanti. Poi ho imparato a nuotare a rana e andavo nell’acqua alta. Il bagnino Guido mi chiamava: “Laura torna indietro”. Che felicità stare nell’acqua! Qualche anno fa sono tornata a Rapallo e ho cercato quei bagni. Era tutto cambiato. C’era però ancora la statua di Cristoforo Colombo. Ho pensato che i bagni potessero essere lì, così ho chiesto informazioni alla ragazza all’ingresso; lei era giovane, non poteva ricordare, ma mi ha fatto parlare con suo padre, che si è

ricordato del bagnino Guido. Nel secondo mese siamo andati ad abitare in una casa in collina, era lungo il percorso, ma lassù era bello stare: si giocava con gli altri bambini del luogo. Mi piaceva disegnare, la mamma mi aveva comperato una matita e dei fogli, così potevo fare degli schizzi. Che felicità in queste cose semplici. Ogni estate si concludeva con un mese dai nonni al Poggiolo sull’Appennino Tosco-Emiliano.

Penso spesso alla Romagna devastata dall’alluvione. Non riesco a non sentirmi vicina ai luoghi e alle persone che hanno sofferto e combattuto per tornare a una vita normale.



ERRATA CORRIGE

La foto che corredeva il precedente racconto di Laura Pasquali, causa nostra dimenticanza, non è stata attribuita all’autrice: Viviana Monasterolo. Ci scusiamo con l’autrice.

QUALCOSA DA LEGGERE E DA PENSARE

di Anna Maria Ercilli

Argomento frivolo: una seduta dalla pettinatrice, sempre più convinta che per sistemare una chioma si perda troppo tempo, lo occupo leggendo un quotidiano o la rassegna stampa sullo smart.

La giovane C. mi dice, come fa di solito: “quanto è fortunata lei che ama leggere, la invidio, io mi annoio, non riesco ad andare avanti”. Saggio il terreno sulle sue passioni extra lavorative, oltre all’interesse per il suo ragazzo cosa prova per la vita, l’arte, la musica? Niente, non si trova un punto d’incontro. Provo con argomenti di interesse generale, l’ultimo libro, il cinema, le arti visuali, lo sport...niente.

La stuzzico: - Pensa alla fine del mondo civile, se tutti fossero disinteressati alla cultura, potrebbero sparire anche le tinte che oggi spalmi sui capelli delle donne? Se non apri alla conoscenza ti perdi tutto il resto del mondo, le sue voci, la musica, i colori. La gente.

Un altro invito: - Prova con i fumetti colti, Hugo Pratt potrebbero incuriosirti – Ma chi sarà questo Pratt? Solo un nome strano.

Continuo: - Se guardi i programmi della BBC, trovi documentari a tema, o Jane Austen e i film tratti dalle sue opere, potrebbe incuriosirti la lettura di un suo noto libro, “Orgoglio e Pregiudizio”. Non conosce la BBC. Percepisco un flebile interesse al nome dell’attore Colin Firth, ma forse non è quello che pensa. Chi mai sarà? Ti farà piacere mangiare bene, insisto, - ma sì - risponde poco convinta – mi piace quello che prepara mamma, qualunque piatto – dimmene uno, quello che hai mangiato ieri, nello specchio si riflette il suo sguardo vagante – ah ecco, l’orzetto!

Bene, è un buon piatto se fatto bene, concludo. Forse leggerai qualche rivista di ricette, di verdure, frutta e dolci, alcune raccontano particolari insoliti, gli argomenti corredati di immagini accattivanti. Silenzio. Poi

quasi con un senso liberatorio – Si sfoglio le riviste, mi piacciono le fotografie, quelle belle della moda, mi perdo a guardarle – Bene penso, troverà anche qualche riga scritta -

Il tempo non passa, così attacco nuovamente con una filastrocca di Rodari - Mi metterò una maschera/da imperatore,/avrò un impero/per un paio d’ore/...

Forse questo autore lo conosci, ti ricorda la scuola? Un sorriso, finalmente un sorriso sul suo viso giovane – Ma certo ricorda, “Scherzi di Carnevale” del geniale Rodari. Sottovoce recita le ultime strofe - per volere mio dovranno/levarsi la maschera/quelli che la portano/ogni giorno dell’anno/E sarà il Carnevale/più divertente/veder la faccia vera/di tanta gente.-

Si è scoperto anche il suo grazioso viso più autentico. Arriva finalmente la fine del lavoro, ultimo ritocco ai capelli e posso uscire contenta di salutare e riprendere i miei pensieri interessati al mondo.



Di Geoff Charles - Redman's Hairdressers, Oswestry, an advertizing feature, CC0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=38725147>

Un confronto produttivo sulla situazione del volontariato in Trentino

PRESSO L'APAN CON IL SINDACO DI TRENTO

a cura della Redazione

Il giorno lunedì 11 marzo, presso la nostra Sede, che è condivisa con altre due associazioni (ALMAC e IL Cerchio), abbiamo avuto la gradita visita del Sindaco della città di Trento: Franco Ianeselli.

L'incontro è stato improntato alla spontaneità ed alla voglia di conoscerci, al di là di qualunque formalità.

Il Presidente di APAN Diana Zarantonello ha presentato la nostra Associazione, vision e mission, come si dice in questi casi. In primo luogo ha sottolineato il nostro impegno nei confronti delle richieste ed esigenze dei pazienti nefropatici, dializzati o ricoverati in Reparto di Nefrologia e Dialisi. Ha poi parlato della nostra attività rivolta alla informazione, prevenzione e conoscenza della malattia renale e della donazione di organi. A questo proposito ha raccontato della Giornata Mondiale del Rene, che a marzo ci vede impegnati in piazza, direttamente a contatto con la cittadinanza, a fare prevenzione, oppure della nostra rivista Rene&Salute, sulla quale si parla moltissimo di corretta alimentazione e di corretti

stili di vita, vera via maestra per la prevenzione delle malattie renale, e non solo di quella.

Il Sindaco, da parte sua, ha sottolineato l'importanza del volontariato sanitario, quale supporto alla Sanità Pubblica che talvolta non è in grado di rispondere alle aspettative della popolazione. Ha anche apprezzato la nostra condivisione di spazi con altre Associazioni, vista non solo come un risparmio di risorse ma, soprattutto, come momento di sinergia e collaborazione, concetto sottolineato anche dal nostro vice-Presidente Serena Belli.

Franco Ianeselli ha poi accennato brevemente ad alcune altre tematiche tra le quali una ci è sembrata importante: quale sarà il destino dell'Ospedale S. Chiara, quando sarà disponibile il Nuovo Ospedale? A tale proposito si è dichiarato disponibile ad ascoltare eventuali proposte e suggerimenti. Dopo di noi hanno preso la parola anche i rappresentanti delle altre Associazioni: Andrea Puecher, Presidente de Il cerchio e Marcello Disertori, in rappresentanza di ALMAC.



CONSIGLIAMI UN LIBRO

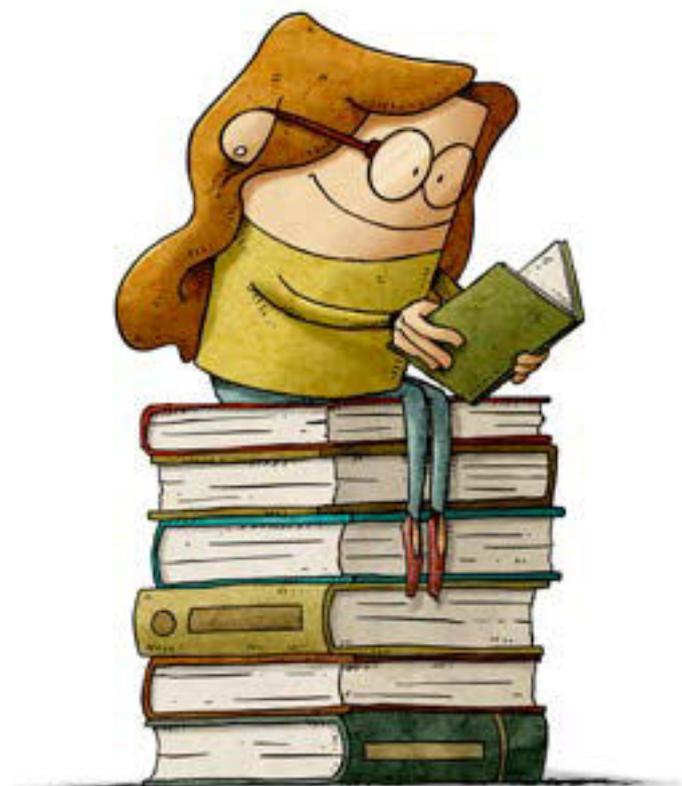
a cura di Serena Belli

LA RICREAZIONE È FINITA

Dario Ferrari

Libro vincitore del Premio Mastercard letteratura 2023, del Premio Flaiano 2023 e Libro dell'anno di Fahrenheit Radio Tre

Il libro racconta la storia di Marcello, un trentenne che vuole rimanere adolescente per sempre, e quella di Tito Sella, un terrorista degli anni di piombo, morto in carcere dove era stato recluso per un delitto del quale,



in realtà, potrebbe essere parzialmente innocente. Un doppio romanzo di formazione, con le due storie che si intrecciano strettamente perché Marcello ripercorre letteralmente i passi di Tito, allo scopo di “capire”.

Nella prima parte del romanzo, assolutamente esilarante, si parla del mondo accademico, di come deve essere scritto un lavoro scientifico, anche se nessuno lo leggerà mai, di come deve essere concepita una bibliografia, al fine di essere utile per chi la scrive. In questo percorso Marcello ha uno spirito guida, una specie di Virgilio, che lo indirizza e lo conduce, al fine di evitargli errori grossolani, errori che lo escluderebbero a vita dall'ambiente universitario, un mondo a sé spesso caratterizzato da lotte di potere ed intrighi.

Nella seconda parte, vincendo la sua pigrizia costituzionale, Marcello parte in cerca della Fantasma la mitica autobiografia scritta in carcere da Sella, ma che in realtà nessuno sa dove sia finita, se pure era esistita. Per fare questo va a Parigi, Biblioteca Nazionale (altro momento esilarante) per consultare l'archivio Sella. Da qui in poi Marcello si identifica sempre di più in Tito, al quale cede addirittura la parola, per raccontarci come potrebbe essere andata, quella volta.

I giorni perduti dai due giovani, Marcello e Tito, e i giorni perduti anche dallo spirito guida Virgilio, lasciano capire che la ricreazione è veramente finita.

VIAGGIO AL TERMINE DELLA NOTTE

Louis-Ferdinand Céline

Ho deciso di leggere questo meraviglioso libro attratta da titolo che mi evocava qualcosa di inquietante, profondo ed oscuro. In effetti Il viaggio al termine della notte è il viaggio che ciascuno di noi deve compiere dentro di sé: per conoscersi veramente, per comprendere i suoi limiti, le sue paure ed angosce. L'anarchico Céline si avvale di uno sguardo lucido e profetico e nulla perdona a sé e agli altri, egli ha veramente il coraggio di affrontare la notte dell'uomo, così com'è. Detto così, potrebbe dare l'impressione di un libro cupo, disperante, mentre in realtà i vari temi sono trattati con mano leggera, ironicamente.

Vi si narra la storia quasi autobiografica di Louis Destouches, vero nome di Céline, che combattè nella Prima Guerra mondiale come soldato semplice, trasformandosi quasi in un disertore, recandosi successivamente nell'Africa coloniale, dove giunse in maniera fortunosa e dalla quale, altrettanto fortunatamente, riuscì a scappare raggiungendo New-York, all'epoca della nascita della industria automobilistica, per approdare infine nella Parigi delle periferie più desolate, dove riesce a laurearsi in



Medicina e prestare servizio come medico del territorio. Nell'ultima parte del romanzo Louis-Céline approda infine in una specie di Clinica per pazienti psichiatrici, nella quale non è chiaro se i più disturbati siano costoro, oppure i medici che li hanno in cura.

Questo libro riassume in sé la disperazione del Novecento: ma in realtà è un'opera comica, esilarante, in cui lo spettacolo dell'abiezione e della miseria scatena un riso liberatorio, un divertimento grottesco più forte dell'incubo.

Se fossi più colta potrei fare un parallelismo tra il Viaggio e La Storia della Morante, non tanto e non solo perché ambientati nel medesimo periodo storico, anche se ne parlano in maniera molto differente, ma perché, secondo me, si tratta di due affreschi complementari del '900: cinico e dissacrante il Viaggio, disperato e dolente La Storia.

Non essendone in grado, mi limito unicamente a dire che tutti e due questi romanzi andrebbero letti, al fine di avere un quadro più completo.

Molto interessante è lo stile di scrittura adottato, una specie di parlata volgare (da vulgus), reso molto bene anche nella traduzione italiana di Ernesto Ferrero.

Si narra che quando il libro fu mandato in stampa, i tipografi decisero di intervenire sulla punteggiatura e sull'impianto grammaticale, per renderlo meno dialettale.

Quando Céline scoprì il misfatto, fece una scenata all'editore: "Questi mi vogliono far scrivere come Francois Mauriac! Non aggiungere una sillaba senza dirmelo! Mi buttereste all'aria il ritmo come niente. Ho un'aria scalcinata, ma so esattamente quel che voglio!!"

*Ringraziamo
Cassa di Trento
per il generoso supporto
alla pubblicazione
della rivista*

 **CASSA DI TRENTO**
CREDITO COOPERATIVO ITALIANO

APAN: LA GITA SOCIALE 2024

a cura della Redazione

Anche quest'anno abbiamo deciso di fare la nostra Gita sociale andando a visitare qualche Museo o Palazzo della nostra bella città, luoghi particolari e magari sconosciuti, che abbiamo veramente sotto casa. Complice la disponibilità e la generosità del dottor Ezio Chini, storico dell'arte e grande conoscitore di Trento (noto ai più per essere stato direttore del Castello del Buonconsiglio) che ogni volta ci propone, meta irrinunciabile, qualche chicca inedita.

Il sabato 4 maggio egli ha condotto un folto gruppo di Soci e Simpatizzanti APAN a visitare Palazzo Roccabruna con le sue bellezze, da lui descritte anche in un articolo pubblicato su Vita Trentina, che siamo autorizzati a riportare integralmente nella nostra Rivista

e che potete leggere di seguito. Cogliamo l'occasione per ringraziare il dottor Chini e il dottor Paolo Milani Coordinatore dell' Ufficio della Camera di Commercio di Trento (CCIAA) preposto alla "comunicazione e informazione", che hanno reso possibile l'evento, oltre al dottor Adriano Zanotelli che ha acconsentito all'utilizzo delle sale ed a Simone Brion addetto alla promozione del territorio della CCIAA, per il suo sostegno logistico.

Ricordo che a Palazzo Roccabruna è possibile organizzare eventi sociali e privati, mostre d'arte, degustazione dei prodotti del territorio e tanto altro. La location è veramente prestigiosa e accogliente, tutto il personale è caratterizzato da alta professionalità.



Il palazzo ritrovato

palazzo roccabruna

13

Palazzo Roccabruna a Trento è uno degli edifici più significativi del tardo Rinascimento. Oggi ospita l'Enoteca provinciale del Trentino ed è la "Casa dei prodotti trentini", un punto di riferimento per chi desidera approfondire la conoscenza degli aspetti enogastronomici.

Già di proprietà privata, giunse in pessime condizioni di conservazione, ma fu restaurato e recuperato, per iniziativa della Camera di Commercio Industria e Artigianato di Trento, che lo tiene aperto al pubblico dall'autunno del 2004. Fu eretto intorno al 1550-1560 per iniziativa di Girolamo Roccabruna (1525-1599): canonico della cattedrale di Trento nel 1551, arcidiacono nel 1571, sommo scolastico e arciprete della chiesa di Civezzano, fu tra i più stretti collaboratori dei principi vescovi Cristoforo e Ludovico Madruzzo. Un pubblico atto d'omaggio al cardinale Cristoforo è lo stemma di pietra sopra il portale della facciata. La cinquecentesca decorazione a stucco del corridoio d'ingresso comprende quattordici busti di imperatori romani, alcuni dei quali identificabili grazie alle iscrizioni; per la qualità si distinguono i ritratti di Nerone, dal volto corrucciato, e quelli dei più sereni Tiberio e Domiziano. Dal lungo corridoio che attraversa l'edificio si accede al cortile, sul quale si affacciano due logge architravate sovrapposte.

Al primo piano si trova l'ambiente più importante, la Sala del Conte di Luna, così chiamata in memoria dell'ambasciatore del re di Spagna al Concilio, Claudio Fernandez de Quiñones, meglio conosciuto come Conte di Luna, che abitò il palazzo al tempo del Concilio, nel 1563. Dotata di un soffitto ligneo a cassettoni ottagonali, con ornati a grottesca ed il ricorrente stemma dei Roccabruna (campo dello scudo alla torre nera merlata alla ghibellina), la sala

i lavori

I lavori di restauro sono stati realizzati fra il 2022 e il 2023, sotto la direzione dell'arch. Manuela Baldracchi e con la supervisione della Soprintendenza provinciale per i beni culturali, da Sonia Bertolini (restauro pittorico), da Stefano Gentili e Lucia Bosio (restauro soffitti lignei policromi), da Andrea Fratta e Nicola Bondi (restauro pavimento ligneo antico).

di Ezio Chini

Il recente restauro dà nuova luce all'edificio del tardo Rinascimento, oggi "Casa dei prodotti trentini"



Nella Cappella, il ritratto del canonico Girolamo Roccabruna. Assai originale è la decorazione delle pareti con il sole alternato al fiore candido dell'eliotropio

fotoservizio Gianni Zotta

aveva in origine le pareti interamente affrescate: nella parte inferiore con un finto tessuto appeso, in quella superiore con un fregio. La finta tappezzeria è fittamente decorata da immagini del sole antropomorfo raggiante alternate a quelle dell'eliotropio: un fiore candido al cui interno sono dipinte le lettere N S M, ossia le iniziali del motto *Nec sorte movebor*: "neppure la sorte (aversa) mi potrà distogliere" (*dalla fiducia in Dio o dalla mia vocazione*). Al di sopra, separati da erme a monocromo bruno, tredici riquadri contengono stemmi di famiglie nobili legate ai Roccabruna, e deliziose, vivacissime grottesche, diverse l'una dall'altra, che sembrano sospese, leggere, su un fondo a finto mosaico. L'elegante camino cinquecentesco di pietra bianca è caratteristico della metà del Cinquecento. Ai lati sono affrescate due figure femminili che mostrano l'eliotropio insieme al motto *Nec sorte movebor*. L'affresco in alto sulla parete, che doveva esser incluso nella parte sommitale di stucco del camino, è di tema mitologico e raffigura Perseo che ha



La Sala del Conte di Luna oggi e, a lato, com'era prima del restauro del palazzo

pone il palazzo fra i più insigni edifici cinquecenteschi della città. Meravigliosa, assai originale, la decorazione delle pareti con il sole alternato al fiore candido dell'eliotropio.

La decorazione pittorica interna, compreso il raffinato soffitto di legno di un'altra sala al primo piano, è stata nuovamente restaurata nel 2023 anche con lo scopo di integrare, per quanto possibile, le disturbanti lacune, lasciate in vista nel precedente intervento. Grazie a nuove operazioni di equilibrato ritocco integrativo la leggibilità delle decorazioni è aumentata in modo considerevole. Non solo nella Sala principale, ma anche nella Cappella



dedicata a S. Girolamo, dove alcune porzioni deperite degli affreschi sono state recentemente restaurate e rese più leggibili. Soprattutto va detto che la Cappella ospita da poco, là dove era l'antico altare, perduto, una copia fotografica a grandezza naturale della pala di Giovan Battista Moroni con S. Girolamo penitente in adorazione del Crocifisso, che qui, come si è detto, nel secolo XVII si trovava. Dipinta in origine per i Madruzzo verso il 1543-1545, dunque al tempo in cui si stava aprendo il Concilio, passò in seguito ad altri proprietari, fra cui i Roccabruna; quando fu dei Salvadori (insieme a un ritratto del cardinal Cristoforo, di Tiziano, e di quelli dei due nipoti, essi pure capolavori del Moroni), la preziosa tela venne venduta a un antiquario parigino nel 1906 e pochi anni dopo risultò irreperibile: forse oggi è gelosamente custodita in qualche sconosciuta collezione privata. La vendita destò proteste sulla stampa locale in un articolo del 1907: "È ancor viva in tutti l'impressione dolorosa causata in città dalla vendita dei tre ritratti del Madruzzo, di cui il primo era di Tiziano e gli altri due di Giovan Battista Moroni, furono nella scorsa estate ceduti dal barone Valentino Salvadori a un antiquario di Parigi, che a sua volta li vendette, facendo un affare brillantissimo, a un ricco signore americano".

Così la collocazione nel luogo antico della riproduzione della pala di S. Girolamo ha in certo modo riproposto la situazione originaria. Altri due oggetti sono in esposizione da poco nella Cappella: il campanello di bronzo del canonico Roccabruna, presente in copia fedele (l'originale è al Castello del Buonconsiglio) e un picchiotto di bronzo, assai elegante, già sul portone principale del palazzo (anch'esso è una copia, in bronzo).

Per approfondire

Roberto Giampiccolo e Paolo Milani, *Palazzo Roccabruna: un'introduzione storica, 2004* (vedi: www.palazzo-roccabruna.it/content/palazzo-roccabruna-ieri)

Palazzo Roccabruna. La casa dei prodotti trentini, Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Trento, s. d. m. 2004.

Per l'aiuto gentile l'Autore è grato a Paolo Milani della Camera di Commercio

Saluto ai lettori

Con questo numero si conclude la collaborazione dello storico dell'arte Ezio Chini con il nostro settimanale. Le precedenti pagine sono state pubblicate sui numeri 8-12-16-20-24-28-32-36-40-44-48 del 2023 e sul numero 3 del 2024.

*Le avvincenti storie di una famiglia
dal 1860 agli anni sessanta*

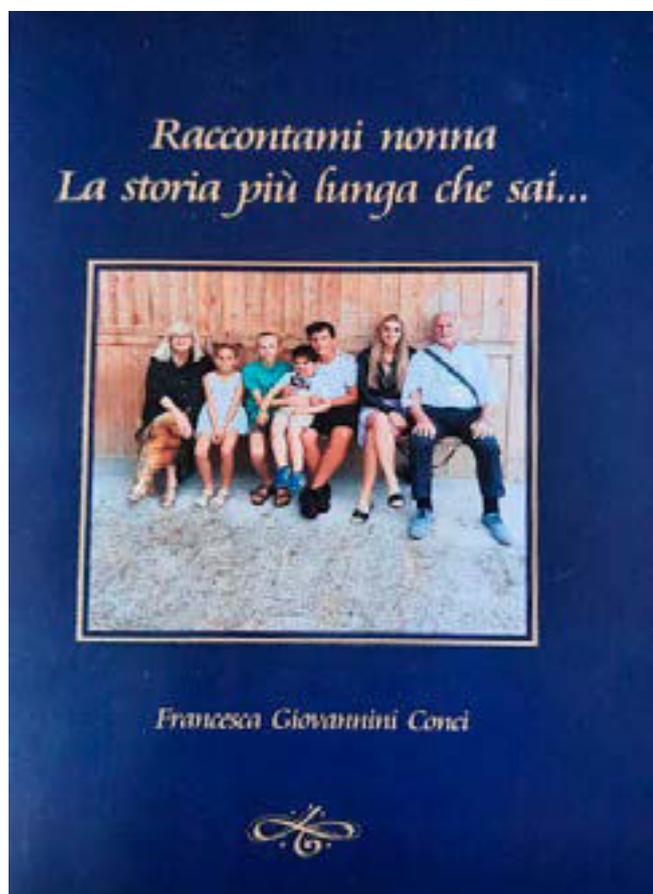
I RICORDI DI UNA VITA

di Francesca Giovannini



Sono Francesca Giovannini e risiedo a Casalino, una frazione di Pergine Valsugana. Sono madre di tre figlie, che mi hanno regalato la gioia di avere cinque meravigliosi nipoti di diverse età. Questo dono, mi offre l'opportunità di essere coinvolta e presente nella loro quotidianità, consentendomi, in un certo senso, di vivere attraverso le tappe delle loro vite.

Da qualche anno ormai però, è entrata a far parte nella mia vita una malattia renale cronica. Tuttavia, grazie all'impegno degli specialisti del settore, viene tenuta sotto controllo.



Ma come si suol dire, non tutto il male viene per nuocere. Questo evento, seppur difficile, mi ha offerto l'opportunità di riflettere sulla mia vita e sui miei sogni. Uno di questi sogni, chiuso nel cassetto da molti anni, era quello di fissare i miei ricordi nero su bianco, e quindi di renderli infiniti, raccontando la storia dei miei antenati. Questo per dare l'opportunità ai miei nipoti ed alle mie figlie di conoscere le loro radici e per trasmettere l'importanza e il valore del passato, poiché, come affermava Ugo Foscolo, "Nessuno muore finché vive nel cuore di chi resta".

La mia passione per la storia, prende le sue radici fin dai primi anni della mia vita, quando abitavo con mia nonna materna in una piccola frazione di Segonzano chiamata Teaio. Sin da bambina, ero molto sensibile e desiderosa di conoscere e approfondire gli aneddoti e i ricordi che venivano tramandati dai nonni e dai genitori. Così, nel corso degli anni, accumulando ricordi scritti su foglietti e quaderni, fotografie e oggetti tenuti con affetto, sono riuscita a ricostruire questa storia. Una narrazione vissuta direttamente sulla pelle dei miei antenati durante le due grandi guerre.

Eventi che li hanno profondamente cambiati, costringendoli a modificare il loro modo di vivere, la lingua e persino la loro nazionalità, passando da essere austriaci ad italiani da un giorno all'altro. Ecco che quindi è nato il mio libro: "Raccontami nonna la storia più lunga che sai...", con l'obiettivo di esplorare non soltanto le origini del cognome "Giovannini", ma anche di approfondire la mia discendenza dalla parte materna, rappresentata dai "Villotti".

Ho narrato questa storia con l'intento di creare un racconto avvincente, poiché alla fine, ciascuna vita si configura come un romanzo unico, degno di essere apprezzato...

Il libro narra le vicende della mia famiglia dall'anno 1860 all'anno 1960.

L'ho pubblicato e distribuito tra i miei famigliari, non ne esiste al momento una versione disponibile al pubblico.

Di seguito un estratto del mio libro, nel quale tra la storia di famiglia, ho inserito delle note storico/culturali.

Quando ancora il Trentino apparteneva all'Austria

VIGILIO BENEDETTI E LUCIA PETRI

Capitolo I

Siamo nel 1860 circa e la storia che conosco comincia dalla famiglia Petri, la quale viveva a Teairo in val di Cembra. I coniugi Petri avevano tre bambine: Rosa, Giulia e Giuditta.

Purtroppo rimasero orfane di padre in tenera età e la madre, dopo aver portato il lutto e il "mezzo lutto", come da usanza, volle risposarsi.

Il giovane marito defunto lasciò tanta sostanza alle figlie, ma con l'usufrutto alla madre. Questa però risposandosi, perse tale diritto e la conseguenza fu che alle ragazzine venne assegnato un tutore, il Sig. Petri di Teairo (forse lo zio delle bambine).

Il tutore, con tono severo, disse alla madre delle bambine:

- "Tu vuoi sposarti? Bene, fai quello che vuoi, ma io porterò le bambine a studiare dalle Canossiane a Trento".

Infatti le tre figlie partirono, fecero il loro percorso scolastico e infine Rosa e Giulia divennero insegnati mentre Giuditta divenne ostetrica.

Il Sig. Petri che si era rivelato davvero un brav'uomo, riuscì nel suo intento di tutore. Le ragazze, ormai cresciute, si trovarono con un diploma e con molta sostanza gestita assai bene.

Una cugina di queste tre sorelle Petri di nome Lucia, si sposò con un certo Vigilio Benedetti.

SERAFINA

(Figlia di Lucia e Vigilio)

Vigilio Benedetti, colpito nell'animo e nel fisico per la morte della prima moglie, visse la vedovanza con molto

dolore e con grande preoccupazione per il "Come fare ad allevare le figliole ..."

Gli uomini portavano il lutto con un nastro nero al braccio cucito sulla camicia o sulla giacca oppure indossavano un bottone nero, come una spilla, sul risvolto del colletto della giacca.

Lucia era la sorella della sua defunta moglie e quando poteva, aiutava le ragazzine e in casa. Lo faceva volentieri anche se lavorava come insegnante ed aveva poco tempo. La loro vita andò avanti così per qualche tempo, ma Vigilio era comunque frastornato e molto preoccupato per la sorte delle sue piccole perché era molto impegnato col lavoro nella sua ditta di falegnameria. L'attività era necessaria per il sostentamento economico della famiglia ma il tempo da dedicare alle figliole era troppo poco. Sembrava che tutto gli crollasse addosso. Erano gli ultimi anni del secolo, il secolo che è stato "teatro del Risorgimento Italiano".

La professione di educatrice di Lucia aveva dei principi diversi dalle educatrici di oggi infatti, dall'ottocento fino ai primi del novecento, istruire era considerata una missione e per questo le maestre non potevano sposarsi. Se lo facevano perdevano il posto.

Un po' di storia

I famosi Moti Carbonari, la Presa su Roma, le guerre di Indipendenza, insomma una situazione politica precaria per l'unità d'Italia.

Il Trentino, territorio Austriaco, non era considerato tanto bene dagli austriaci, basti pensare ai modi dispregiativi con i quali ci chiamavano.

Noi Trentini infatti, sembriamo ancor oggi un'isola a se', né Tedeschi né Italiani ma TRENTINI.

Sotto l'Austria non si stava male, nel senso che la fame non si "pativa" e l'analfabetismo non esisteva, ma si subivano umiliazioni da parte dei Tirolesi.

Il tempo passava e le bambine crescevano come meglio potevano: andavano a scuola, giocavano, a volte piangevano nel ricordare la mamma che non c'era più e la situazione familiare diventava sempre più pesante. Vigilio un giorno si fece forza e chiese alla cognata Lucia di diventare sua moglie. In questo modo sarebbero rimasti tutti insieme nella stessa casa e per le sue figlie sarebbe stata la cosa migliore. Non l'avrebbero mai considerata come una matrigna, bensì come zia e madre. Lucia acconsentì e naturalmente dovette licenziarsi dal suo lavoro.



(Lucia Petri e Vigilio Benedetti)

Da questa unione nel 1895 nacque a Teaio di Segonzano una bella bambina, con gli occhi azzurri, di carnagione chiara e con i capelli neri di nome Serafina Benedetti. Qui ha inizio il nostro futuro...o passato...!



(Foto colorata a mano di Serafina Benedetti)

Un po' di storia

A quei tempi era usanza battezzare i piccoli il giorno dopo la nascita.

I neonati venivano portati nella chiesa principale del paese che si trovava in cima alla collina, nella località chiamata Villa.

Questo comportava però dei rischi per il bambino, soprattutto nelle stagioni fredde perché se il piccolo si ammalava o peggio si prendeva una polmonite le conseguenze potevano essere molto gravi.

Da ricordare che in quegli anni la mortalità natale era altissima e per molteplici cause. Si moriva nel periodo post-allattamento o verso il 9° mese o a sei-sette anni per malattie infettive. Anche nell'età dello sviluppo dei fanciulli si registravano molte perdite per la mancanza di chirurgia o medicinali appropriati e perciò si moriva anche per una semplice appendicite o per una banale dissenteria.

Per farci un'idea: su dieci nascite soltanto quattro raggiungevano l'età adulta, ma di questo ne parlerò più tardi.

A quell'epoca nascevano tanti figli, "tutti quelli che Dio concedeva". Il matrimonio era inteso come unione per mettere al mondo figli e in questo la chiesa cattolica si poneva molto severa e critica condizionando moltissimo il pensiero e la vita delle persone. Ecco perché ancora oggi c'è il detto "beghe de confession!!!".

La neo-mamma non poteva entrare in chiesa se non dopo quaranta giorni dal parto e solo dopo essersi fatta benedire dal prete, davanti alla statua della Vergine Maria, in segno di purificazione, rito a mio parere inaccettabile in quanto gli uomini ne erano esenti.

Il riferimento a tale rito sembra riconducibile al peccato originale, quando ancora Eva aveva dato la mela ad Adamo che l'accettò, e nonostante fossero entrambi colpevoli fu colpevolizzata solo la donna.

Questa pratica purtroppo andò avanti fino all'anno 1960 circa.



(La famiglia di Petri Lucia e Benedetti Vigilio, con Serafina sulla sinistra e due delle tre sorellastre)

La famiglia viveva a Teaio di Segonzano in una casetta, tipo “a schiera”, di colore giallo chiaro, posta su un piccolo colle ancora oggi esistente e conservata con la stessa tipologia.

Nei primi anni del 1900 l'Italia fu teatro di un forte fenomeno di emigrazione. Tantissimi Italiani espatriarono in Germania, altri in America. Flotte di bastimenti salpavano dai porti traboccanti di persone e famiglie intere.

L'Austria aveva tolto l'obbligo di essere nubili per poter insegnare, perché lo Stato aveva bisogno di maestri. Lucia venne richiamata all'insegnamento alle scuole per i figli degli Italiani a Lienz, portando con sé la piccola figlia Serafina, lasciando che le sorellastre, ormai grandi, accudissero il padre.

Il viaggio fu molto duro, come anche l'inserimento in questa nuova città. Soprattutto per Serafina, perché Lucia decise di iscriverla alle scuole tedesche, così mentre lei insegnava alle scuole italiane, la figlia imparava il tedesco. Decisione geniale, quanto d'impatto per Serafina, ma che col tempo imparò il tedesco quasi come una seconda lingua madre. Una volta tornate a Teaio, la vita ritornò quella di prima...

Serafina è mia nonna.

La storia continua...



(Vocabolario della lingua italiana del 1800 “Fanfani”)



(Foto dei primi del 1900 di Segonzano)

Micologia... che passione!

LE LYCOPERDACEAE

a cura di Marco Floriani

Proseguiamo idealmente il percorso intrapreso negli ultimi due numeri di R&S concentrando la nostra attenzione su un terzo gruppo di funghi dalle forme inconsuete, diverse da quella classica a gambo e cappello. La famiglia delle *Lycoperdaceae*, come tradizionalmente intesa, comprende un piccolo numero di generi accomunati da una forma piuttosto semplice, assimilabile a quella di una sfera o di una sorta di pera capovolta. L'altra caratteristica tipica di questo gruppo di funghi è quella di avere una carne inizialmente di colore bianco, abbastanza soda, che con la maturazione tende progressivamente a divenire più soffice e colorarsi di giallo-verdastro, fino a dissolversi in una polvere brunastra, costituita dalle spore del fungo.

Molti dei nostri lettori avranno riconosciuto in questa descrizione i funghi popolarmente noti come "vesce" o, in Trentino, con il nome dialettale di "slofe". Questi nomi, come innumerevoli altri diffusi nella nostra penisola, fanno riferimento alla curiosa modalità di dispersione delle spore. Quando le *Lycoperdaceae* sono mature, infatti, la membrana che contiene la massa polverosa delle spore si apre con diverse modalità: spesso con un singolo foro posto all'apice, altre volte in modo più irregolare. In tutti i casi, comunque, tale apertura favorisce la diffusione delle spore nell'ambiente circostante, spesso favorita dagli agenti atmosferici come la pioggia o il vento. È esperienza comune come schiacciando tra le

dita una vescia ormai adulta si possa favorire la fuoriuscita dalla stessa di un nugolo di spore, simulando così l'azione esercitata dalle gocce di pioggia che cadono su questi funghi.

La singolarità della forma di questi funghi ne ha favorito, sin dai tempi antichi, una diffusa conoscenza popolare. Tutte le *Lycoperdaceae* sono infatti considerate commestibili e in alcuni casi anche di buon pregio. Si tratta di funghi di riconoscimento agevole anche da parte del principiante, che dovrà solo stare in guardia rispetto a possibili scambi con giovanissimi esemplari di funghi a gambo a cappello, in particolar modo quelli del genere *Amanita* che si presentano inizialmente avvolti da un velo generale di colore bianco: in questa situazione una giovane *Amanita* potrà somigliare superficialmente a una *Lycoperdacea*. Operando una sezione, tuttavia, sarà ben evidente la presenza di un gambo e di un cappello in fase di formazione.

Il genere capostipite della famiglia qui trattata è il genere *Lycoperdon*: comprende vesce di dimensioni piccole o medie, caratterizzate dalla presenza di una parte basale sterile, che si distacca abbastanza nettamente dalla porzione di forma rotonda, formando una sorta di piccolo gambo, carattere che è invece assente nel genere *Bovista*.

Nei *Lycoperdon* la dispersione delle spore avviene nella maggior parte dei casi attraverso un foro posto all'apice

Micologia... che passione!



Alcune diffuse specie del genere *Lycoperdon*: a sinistra, *Lycoperdon perlatum* (foto M. Floriani); in alto a destra, *Lycoperdon echinatum*; in basso a destra, *Lycoperdon utriforme* (foto Alessandro Valdagni).

del carpoforo; nelle specie più robuste questa apertura può tuttavia essere più ampia e irregolare.

La specie probabilmente più diffusa in tutto il territorio italiano è *Lycoperdon perlatum*, caratteristico per essere ornato da delle decorazioni più o meno spinose, molto evidenti e facilmente asportabili passando un polpastrello sul fungo: questa operazione lascerà delle piccole depressioni nella superficie esterna (aspetto simile a una pallina da golf), molto caratteristiche di questa specie. È un fungo ubiquitario, presente nei prati come nei boschi, sia di latifoglie che di conifere, sovente in grandi gruppi.

All'interno di un genere in cui il colore bianco è il più consueto, *Lycoperdon echinatum* rappresenta un'eccezione, per le colorazioni brune e la decorazione costituita da spine molto vistose, tanto da farlo assomigliare a un

riccio: l'etimologia del nome vuole sottolineare proprio questa somiglianza. Meno frequente rispetto al precedente, è comunque molto diffuso in tutta la penisola, e non difficile da osservare.

Le dimensioni medio-grandi (carpofori che raggiungono e sovente superano i 10 cm di diametro) sono il tratto caratteristico di *Lycoperdon utriforme*, una delle vesce più diffuse nei pascoli di montagna. A maturità la membrana esterna di questa specie tende a disgregarsi e rompersi in modo irregolare, lasciando esposta al vento la massa polverosa costituita dalle spore. Quando questo fungo è giovane e in buone condizioni (carne perfettamente bianca e dotata di una certa consistenza) è adatto per il consumo. Le vesce di dimensioni più grandi sono spesso utilizzate a mo' di cotoletta: affettate, impanate e poi fritte nell'olio.

Micologia... che passione!

Questa preparazione è utilizzata in modo particolare per *Langermannia gigantea*, in assoluto la specie più grande fra tutte le vesce europee, della quale presentiamo in questa sede un'immagine in habitat molto rappresentativa.

Fungo davvero notevole per le sue dimensioni, può talvolta superare i 50 cm di diametro e raggiungere un peso di 5 kg. Considerate queste enormi dimensioni, non sorprende che questa specie sia ritenuta quella che produce spore in numero maggiore rispetto ad ogni altra: un recente studio ha stimato che un singolo esemplare di 38,5 × 37 × 22,5 cm abbia prodotto l'incredibile numero di cinquemila miliardi di spore!

Non è questo l'unico motivo per cui questo fungo figura nel Guinness dei primati: sebbene risulti sempre difficoltoso attestare la veridicità di alcuni dati, pare abbastanza fondata la notizia di un esemplare di *Calvatia gigantea* dalle incredibili dimensioni di 163 × 137 × 24 cm, osservato, fotografato e misurato nel 1877 nello stato di New York.

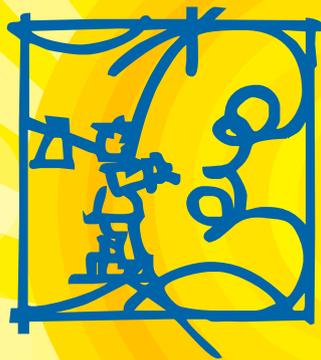
Si tratta anche della specie di vesca maggiormente ricercata sul territorio italiano, non solo ai giorni nostri, ma fin dai tempi antichi. Uno studio di imminente pubblicazione a firma di Edoardo Suriano e Nicola Sitta, dedicato all'etnomicologia alimentare in Italia (tradizioni legate al consumo dei funghi nel nostro Paese), rivela fin dal XVI secolo documentazioni scritte relative al suo consumo; addirittura, questo fungo era ritenuto così pregiato da alcuni nobili da essere omaggiato agli ospiti più illustri e da essere oggetto di un apposito editto per regolarne la sorveglianza e la raccolta!



Esemplare di *Calvatia gigantea*, la più grande vesca europea, in un pascolo in alta quota. (Foto Edoardo Suriano)

BIBLIOGRAFIA

- LI, D.-W. (2011) – Five trillion basidiospores in a fruiting body of *Calvatia gigantea*. *Mycosphere* 2 (4): 457-462.
- SURIANO, E. & SITTA, N. (2024, in stampa) – Etnomicologia in Italia. Il consumo alimentare tradizionale dei funghi spontanei. *Boll. Gr. Micol. G. Bres.* (nuova serie) voll. 67-70.



*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



www.erbamea.com

Adatto ai Vegani

SENZA GLUTINE
SENZA LATTOSIO



Puradren
DEPURAZIONE-DRENAGGIO

Puradren Plus
DEPURAZIONE-DRENAGGIO-CIRCOLAZIONE

Quattro gusti, una scelta:
il tuo **BENESSERE!**

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

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

ERBAMEA

Via L. Gonzaga 12/A - 06016 Selci Lama di San Giustino (PG)

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata, equilibrata e di un sano stile di vita.