

R&S

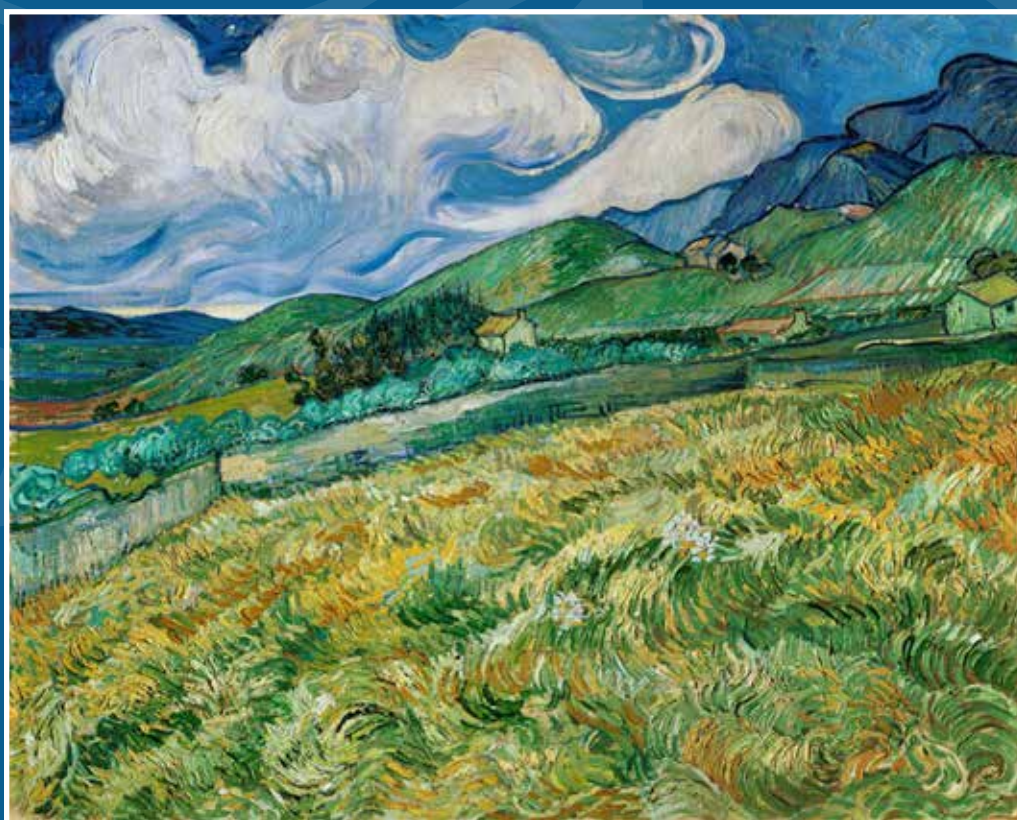


Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

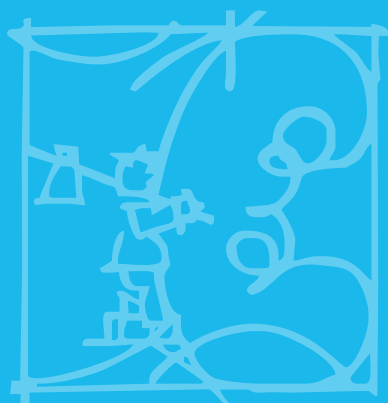
ANNO XL - GIUGNO 2025 - 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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)



- ➔ Le conseguenze di una patologia trascurata
- ➔ 5 maggio: giornata mondiale della igiene delle mani
- ➔ Andar per erbe
- ➔ La Giornata mondiale del rene
- ➔ L'ictus: Prevenzione Primaria e Secondaria
- ➔ L'XI giornata trentina sulle Malattie Rare
- ➔ Il prezioso contributo del Prof. Giuliano Brunori
- ➔ Tra dialisi e cure palliative
- ➔ In memoria di Alberto Valli
- ➔ Aforismi d'autore per tempi difficili Ennio Flaiano (1910/ 1972)

- ➔ Notizie dall'Associazione
- ➔ E le stelle stanno a guardare...
- ➔ La Cava
- ➔ L'Autonomia del Trentino-Alto Adige nell'avvincente testimonianza di Giorgio Postal
- ➔ In giro per le Isole
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ Il Mistero dei Mascheroni nelle Chiese
- ➔ La comunicazione è un passo di valzer
- ➔ Gyromitra Esculenta



Rene&Salute

**Trimestrale d'informazione
e cultura dell'Associazione
Provinciale Amici della Nefrologia
(A.P.A.N.) - Anno XL - 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:

Sandro Inchiostro, Mirella Stefani, Ewa Kowalska, Alessandra Dalla Gassa, Alessia Dalpiaz, Valeria Bignamini, Barbara Agostoni, Monica Zornio, Giorgio Postal, Luisa Pevarello, Salvatore Marà, Anna Maria Ercilli, Lorenzo Ricci, Laura Paquale Roversi, Serena Belli, Fiorenzo Degasperì, Aldo Nardi, Marco Florianì.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di giugno 2025.

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

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

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

In copertina:

Panorama di montagna dietro l'Ospedale
Saint Paul - 1889 - Van Gogh.

SOMMARIO

- 3** **Le conseguenze di una patologia trascurata**
di Sandro Inchiostro
- 8** **5 maggio: giornata mondiale della igiene delle mani**
Inf. Mirella Stefani - ISRI. Ewa Kowalska
- 10** **Andar per erbe**
di Alessandra Dalla Gassa
- 13** **La Giornata mondiale del rene**
di Alessia Dalpiaz
- 14** **L'ictus: Prevenzione Primaria e Secondaria**
di Valeria Bignamini
- 17** **L'XI giornata trentina sulle Malattie Rare**
a cura della Redazione
- 18** **Il prezioso contributo del Prof. Giuliano Brunori**
a cura della Redazione
- 20** **Tra dialisi e cure palliative**
di Monica Zornio
- 24** **In memoria di Alberto Valli**
di Giorgio Postal
- 25** **Aforismi d'autore per tempi difficili Ennio Flaiano (1910/ 1972)**
A cura di Luisa Pevarello
- 26** **Notizie dall'Associazione**
A cura della Redazione
- 28** **E le stelle stanno a guardare...**
di Salvatore Marà
- 32** **La Cava**
di Anna Maria Ercilli
- 33** **L'Autonomia del Trentino-Alto Adige nell'avvincente testimonianza di Giorgio Postal**
di Lorenzo Ricci
- 34** **In giro per le Isole**
di Laura Paquale Roversi
- 36** **Consigliami un libro**
a cura di Serena Belli
- 38** **Il Mistero dei Mascheroni nelle Chiese**
di Fiorenzo Degasperì
- 42** **La comunicazione è un passo di valzer**
di Aldo Nardi
- 45** **Gyromitra Esculenta**
a cura di Marco Florianì



Mentre la rivista andava in stampa è deceduto improvvisamente il dottor Alberto Valli, nostro Direttore Responsabile (vedi articolo a pagina 24). Questo numero esce ancora a suo nome, visto che ne aveva comunque approvato la pubblicazione. Con il prossimo numero provvederemo a modificare l'intestazione.

*Il caso di un paziente affetto
da diabete di tipo due*

LE CONSEGUENZE DI UNA PATOLOGIA TRASCURATA

*di Sandro Inchiostro**



Nel secondo decennio del 21° secolo, in un paese industrializzato come l'Italia, è ancora possibile che persone con diabete mellito (DM) di tipo 2 relativamente giovani giungano all'osservazione del diabetologo con complicanze in atto già avanzate, secondarie ad una inadeguata informazione, mancanza di consapevolezza e rifiuto della malattia. È questo il caso di un Paziente di 56 anni, inviato alla mia osservazione nel settembre 2017 dal collega oculista che aveva diagnosticato una grave retinopatia diabetica proliferante e un edema maculare bilaterali.

Al momento della prima valutazione l'anamnesi familiare evidenziava una positività per DM (madre), ipertensione arteriosa (padre), vasculopatia cerebrale (padre). Il paziente, sposato con figli, lavorava come impiegato, dichiarava di aver smesso di fumare da 14 anni (20 pack/year), non assumeva alcolici, nicturia due volte per notte con ritmo sonno-veglia conservato, peso costante. Non svolgeva attività motoria. All'anamnesi patologica alcuni dati di rilievo: ipertensione arteriosa nota da circa due anni senza monitoraggio dei valori pressori domiciliari, inoltre sapeva di essere affetto da diabete tipo 2 da 10-15 aa, scompensato da almeno 6 anni, con valori di emoglobina glicata superiori a 86 mmol/mol (10%). Non aveva affrontato la malattia diabetica con finalità curative ma si era trascinato in una situazione di scompenso metabolico apparentemente senza una chiara giustificazione. Riferiva di soffrire da qualche anno di disfunzione erettile, che progressivamente non aveva più risposto all'utilizzo di inibitori della fosfodiesterasi di tipo 5. Recentemente aveva effettuato una visita oculistica per calo del visus con evidenza di una grave retinopatia e maculopatia per le quali era stato inviato all'ambulatorio della retinopatia diabetica per programmare la laser-terapia e la terapia endovitreal.

Era in terapia con insulina glargine (10 UI alle ore 21.00), inoltre assumeva da tempo non precisato metformina (1 g x 3), repaglinide (1 mg x 2), ramipril (5 mg 1 c).

L'esame obiettivo evidenziava delle buone condizioni generali, con un peso corporeo di 97 kg, l'altezza di 191 cm, per un indice di massa corporea pari a 26.6 kg/m², la circonferenza vita di 101 cm. La pressione arteriosa era pari a 215 su 105 mmHg.

A livello di entrambi i piedi era evidente l'ipotrofia dei muscoli interossei, con esposizione delle teste metatarsali ed ipercheratosi a livello della testa del I° e III° metatarso, bilateralmente, più marcata sinistra. I polsi periferici erano palpabili mentre la sensibilità al Touch test e al diapason era ridotta.

Venivano programmati gli esami bioumorali e strumentali necessari per un completo inquadramento diagnostico e i primi risultati evidenziavano un grave scompenso glicemico (HbA1c 97 mmol/ml), una macroproteinuria di 1966 grammi/die, un filtrato glomerulare pari a 74,1 ml/min, calcolato con la formula CKD-EPI, inquadrabili in un grado di malattia renale cronica in stadio G2 A3 [1]. Infine era presente una dislipidemia combinata. È stata proposta una terapia insulinica basal-bolus con controlli glicemici pre e post-prandiali, indicazioni alla titolazione della basale con un obiettivo di glicemia a digiuno compreso tra 80 e 120 mg/dl, e post-prandiale inferiore a 180 mg/dl. Alla metformina (2 g/die) è stato associato empagliflozin 5 mg x 2 volte al dì. Inoltre è stata potenziata la terapia antiipertensiva (triplice terapia in mono-somministrazione: perindopril 10 mg, indapamide 2.5 mg e amlodipina 5 mg) e prescritte le Statine.

L'elettrocardiogramma evidenziava un ritmo sinusale con una frequenza tendenzialmente elevata. Un'eco-co-

Emoglobina glicata e pressione arteriosa

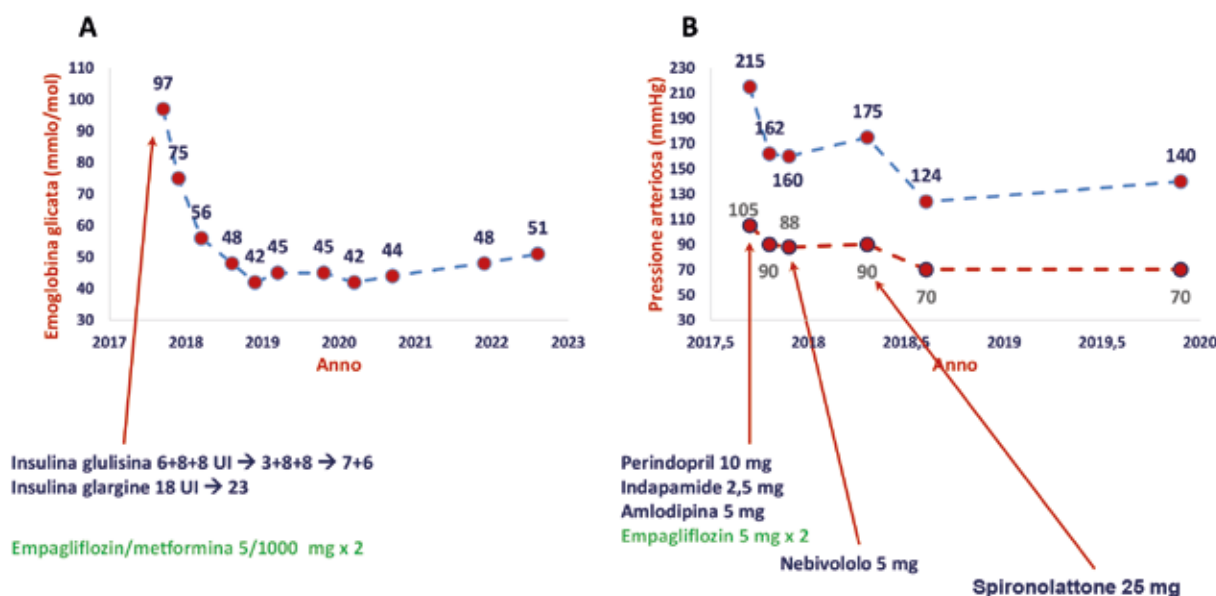


Figura 1. Andamento nel tempo dei livelli di emoglobina glicata (A) e di pressione arteriosa (B) in relazione alla terapia farmacologica introdotta.

lor-doppler dei tronchi sovra-aortici segnalava una stenosi del 30% alla carotide comune dx, del 20% alla biforcazione dx e del 30% alla biforcazione sin. L'ecocardiografia evidenziava una ipertrofia ventricolare sinistra concentrica, con frazione di eiezione pari a 64%, disfunzione diastolica di I° grado ed un ingrandimento atriale sinistro.

Dopo aver iniziato il trattamento farmacologico prima descritto sono stati eseguiti un monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa delle 24 ore che evidenziava valori pressori diurni pari a 158/85 mmHg, notturni pari a 166/84 mmHg, con inversione del ritmo sonno-veglia e una variabilità della pressione sistolica diurna pari a 15 mmHg. Il test da sforzo al cicloergometro risultava non diagnostico per interruzione alla fine del IV step per esaurimento muscolare ed eccessivo rialzo pressorio.

In conclusione il Paziente risultava affetto da diabete tipo 2 scompensato con retinopatia diabetica proliferante, maculopatia, nefropatia diabetico-ipertensiva con macroalbuminuria in stadio G2A3, neuropatia sensitivo-motoria ed autonoma, ipertensione arteriosa di grado III, ipertrofia ventricolare sinistra con disfunzione diastolica di I° grado, ateromasia non emodinamicamente significativa dei tronchi sovraaortici.

L'obiettivo terapeutico è stato quello di ridurre la progressione delle complicanze micro e macroangiopatiche della malattia diabetica e dell'ipertensione arterio-

sa attraverso il miglioramento del controllo glicemico (emoglobina glicata inferiore a 53 mmol/mol, in assenza di ipoglicemie e con ridotta variabilità glicemica), la riduzione dei valori pressori (valori inferiori a 130/80 mmHg), lipidici (colesterolo LDL < a 70 mg/dl e non HDL < a 100 mg/dl, che rappresentavano gli obiettivi lipidici proposti per i pazienti a rischio cardiovascolare molto alto dalle linee guida europee allora vigenti) e l'introduzione di acido acetilsalicilico. Per raggiungere tali obiettivi sono state introdotte nella terapia molecole che, al di là dei loro effetti sulla pressione arteriosa e la glicemia, potessero svolgere una specifica attività cardio e nefroprotettiva, e cioè l'ACE inibitore a dosaggio pieno, l'antialdosteronico ed empagliflozin.

Gli effetti protettivi del blocco del sistema renina-angiotensina a livello cardiaco e renale sono noti da parecchi anni, come pure l'azione cardio-nefro-vasculoprotettiva degli antagonisti del recettore dell'aldosterone. È emerso dal 2015 l'importante ruolo dell'importante effetto cardio e renoprotettivo degli SGLT2-inibitori e, specificatamente, di empagliflozin, che ha determinato, somministrato on-top di una terapia cardio e nefroprotettiva già massimali, la riduzione del 35% del rischio di scompenso cardiaco, del 39% di progressione della malattia renale, del 38% di mortalità cardiovascolare e del 32% di mortalità totale [2,3].

L'andamento clinico del Paziente, nei suoi dati essenziali, è riportato nelle figure successive. L'obiettivo glicemi-

co (figura 1) è stato raggiunto nell'arco di sei-nove mesi, in assenza di ipoglicemie, parallelamente alla riduzione del peso corporeo di 2 kg, effetto verosimilmente legato all'introduzione di empagliflozin, nonostante l'inizio di un trattamento insulinico basal-bolus e l'ottimizzazione del controllo glicemico. È stato molto più complesso il controllo della pressione arteriosa (figura 1): la triplice terapia antiipertensiva, impostata alla prima visita in sostituzione del solo ramipril, assunto peraltro non a dosaggio pieno, non è stata sufficientemente potente nel ridurre i valori pressori, nonostante l'associazione con empagliflozin. Sono stati così introdotti sequenzialmente il beta bloccante (nebivololo) e il risparmiatore di potassio a basso dosaggio (spironolattone), ottenendo il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico. Per quanto riguarda i lipidi plasmatici il target previsto è stato ottenuto molto precocemente, scendendo da un colesterolo LDL di 124 a 53 mg/dl e da un colesterolo non HDL di 174 a 83 mg/dl.

L'aspetto più interessante è stato l'andamento nel tempo della funzione renale, specificamente della proteinuria e del filtrato glomerulare stimato.

La proteinuria è diminuita drasticamente già dopo le prime settimane, con una riduzione del 37% rispetto ai valori basali, ed è calata ulteriormente dopo circa venti settimane, ridotta del 47% rispetto al basale. In seguito è stata osservata una sua progressiva ed ulteriore riduzione, andando a sfiorare valori quasi normali nelle ultime osservazioni. I dati sono stati confrontati come valori di proteinuria delle 24 e non di microalbuminuria, essendo quello il primo parametro rilevato prima di iniziare i trattamenti farmacologici.

Il filtrato glomerulare, che mostrava una velocità di caduta molto elevata, pari a 10 ml, nell'anno e mezzo precedente all'inizio del nuovo trattamento, ha presentato una brusca riduzione nei primi cinque mesi di terapia, pari ad un calo di 13 ml/min, per poi passare ad una fase di stabilizzazione che ha visto una perdita di filtrato, nei tre anni e mezzo successivi, sostanzialmente pari a 0 ml/min.

Il Paziente ha effettuato all'inizio del 2019 un'ecocardiografia di controllo che ha dimostrato la persistenza di una normale frazione di eiezione, di una disfunzione diastolica di I° grado ma una riduzione della massa

ventricolare sinistra che era passata da 69 g/m².7 a 56 g/m².7.

Il trattamento oculistico basato su una panfotocoagulazione in entrambi gli occhi ed un trattamento endovitreale con aflibercept, inibitore del VEGF, ha consentito un buon mantenimento del visus, l'assenza di formazione di neovasi iridei, il recupero del profilo maculare con la persistenza di isolate microcisti e di leakage focale perifoveale in occhio destro da rottura di barriera.

Il paziente non è stato un assiduo frequentatore dell'ambulatorio diabetologico negli anni successivi, sia per l'intercorrente pandemia da COVID-19 che per le frequenti visite oculistiche che ha dovuto continuare a fare. Il caso descritto evidenzia quale sia l'effetto potenzialmente letale del diabete mellito e dell'ipertensione arteriosa trascurati, in termini di danno progressivo e grave a carico di vari organi vitali, con una perdita rapida e progressiva di funzione.

Il caso è altresì interessante e didattico in quanto descrive un paziente che è affetto dalle complicanze microvascolari avanzate della malattia diabetica per il quale è stato possibile mettere in atto una strategia terapeutica, sicuramente non proponibile alcuni decenni orsono, che ha consentito di rallentare la storia naturale della microangiopatia diabetica e, specificatamente, della nefropatia, con estrema efficacia.

L'elemento clinico più interessante è stato l'effetto decisamente positivo della terapia farmacologica sulla nefropatia macroproteinurica. Tale effetto è sicuramente il risultato della combinazione di vari fattori protettivi, in primis la netta riduzione della pressione arteriosa, l'in-

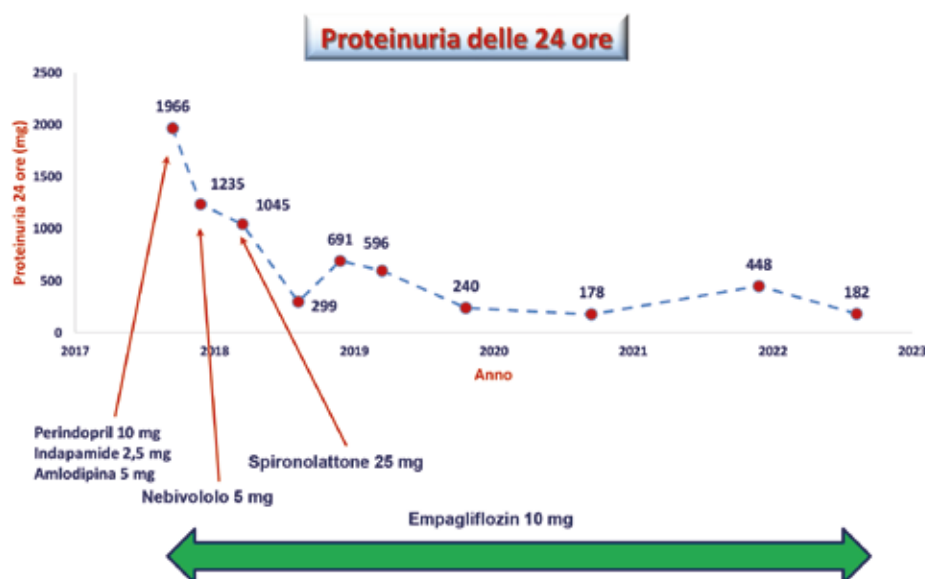


Figura 2. Andamento nel tempo dei livelli di proteinuria delle 24 ore in relazione alla terapia farmacologica introdotta.

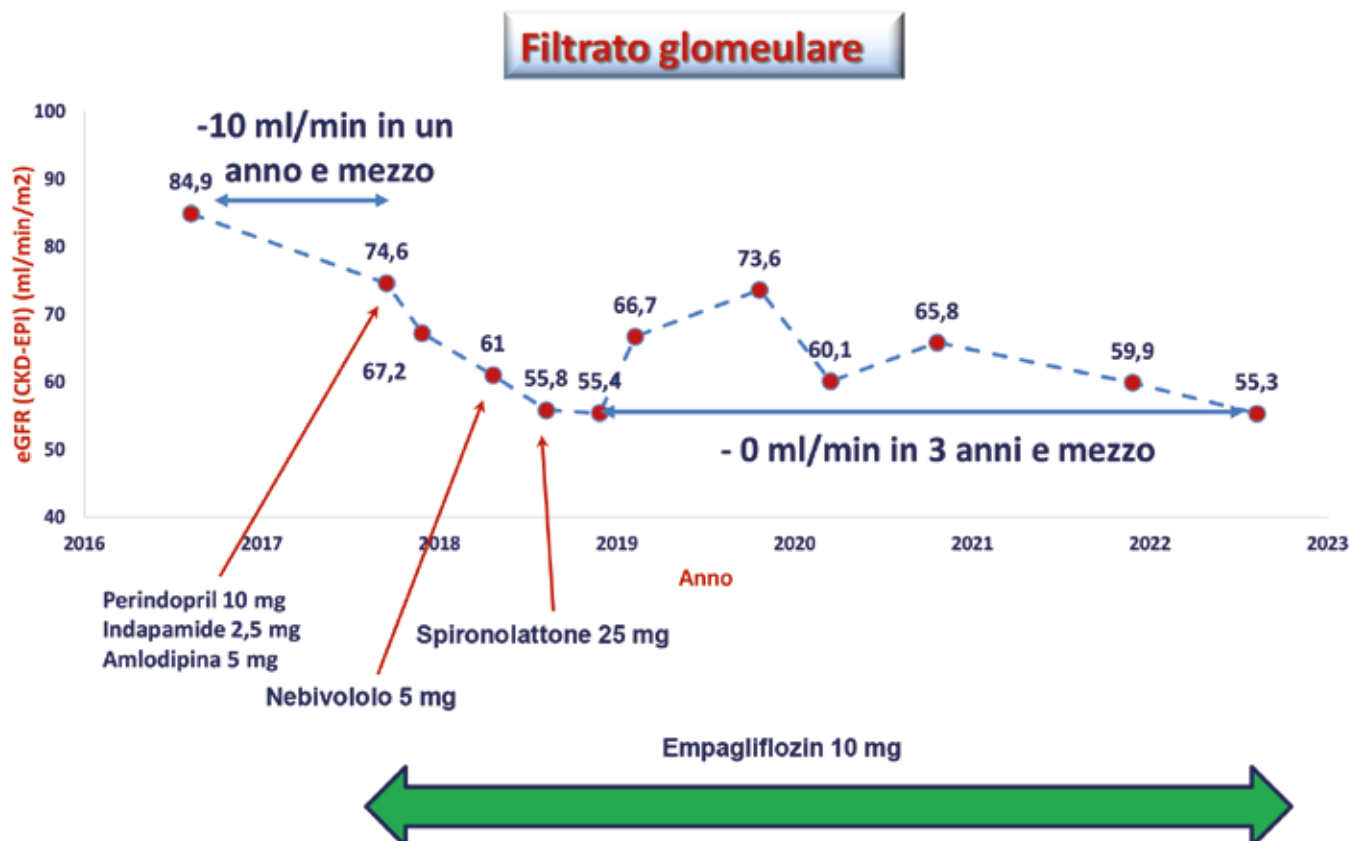


Figura 3. Andamento nel tempo dei livelli di filtrato glomerulare in relazione alla terapia farmacologica introdotta.

troduzione a dosaggio pieno dell'ACE inibitore, e dello spironolattone, della riduzione dei valori glicemici, dell'ottimo controllo lipidico, ma, soprattutto, dell'introduzione di un SGLT2 inibitore quale è empagliflozin. Empagliflozin ha dimostrato di ridurre l'entità della macroproteinuria del 49% rispetto a placebo (ultima misura in corso di trattamento) [4], in pazienti già in terapia con il blocco del sistema renina-angiotensina, in ottimo controllo pressorio ed in soddisfacente controllo glicemico e lipidico. Il Paziente dopo cinque mesi di trattamento ha mostrato una riduzione della proteinuria del 47%, in presenza di valori pressori non ancora a target. Tale effetto è stato osservato prima della introduzione dello spironolattone, che può a sua volta esercitare un effetto antiproteinurico. E' noto che il meccanismo antiproteinurico di empagliflozin differisce da quello indotto dal blocco del sistema renina-angiotensina: quest'ultimo determina una riduzione della pressione intra-glomerulare mediata dalla vasodilatazione dell'arteriola efferente, empagliflozin riduce la pressione intra-glomerulare attraverso la vasocostrizione della arteriola

afferente [5]. Dal punto di vista della sicurezza è importante segnalare che l'uso di empagliflozin in pazienti in trattamento con bloccanti del RAS, diuretici o antialdosteronici non si associa al rischio di insufficienza renale acuta [2]. Peculiare degli SGLT2 inibitori è anche la riduzione del consumo energetico a carico delle cellule del tubulo renale, attraverso l'inibizione del cotrasporto glucosio/sodio con conseguente minor consumo di energia, stimato in una riduzione del 12% del turnover renale di ATP [6]. Tale aspetto potrebbe essere importante nel preservare la funzionalità delle cellule tubulari, elemento fondamentale, assieme al glomerulo, nel determinare il buon funzionamento del nefrone. Nei mesi successivi il Paziente ha visto progressivamente ridursi la sua proteinuria riuscendo a passare da una conduzione di macroalbuminuria a quella di microalbuminuria (stimata sulla base dei valori di proteinuria delle 24 ore). Tale risultato è prognosticamente importante sia a livello renale che di protezione cardiovascolare. Infatti, la perdita di filtrato glomerulare nel tempo è direttamente correlata all'entità della proteinuria e la

presenza di sola microalbuminuria non si associa, nel diabete di tipo 2, ad una perdita di filtrato superiore a quella osservata nel paziente diabetico normoalbuminurico [7]. Inoltre, ottenere la regressione della proteinuria si associa anche ad una riduzione del rischio cardiovascolare [8].

Per quanto riguarda il filtrato glomerulare, si è osservata una sua perdita importante nell'anno e mezzo precedente all'introduzione della terapia farmacologica multifattoriale, dell'ordine di 10 ml/min, indicativa di una condizione di "fast progressor". Successivamente all'introduzione delle nuove terapia si è osservato nei primi 5-6 mesi un netto decremento del filtrato, pari ad un calo di 13ml/min, per poi passare ad una fase di stabilizzazione che ha visto una perdita di filtrato, nei tre anni e mezzo successivi, pari sostanzialmente a 0 ml/min. Tale andamento è spiegato da vari fattori: l'iniziale decremento è da attribuire alla riduzione dei valori pressori, dei livelli glicemici, al potenziamento dell'ACE inibitore ed all'introduzione di empagliflozin: tutti questi elementi, per un meccanismo funzionale e non di ulteriore danno strutturale, hanno ridotto acutamente il filtrato glomerulare, che era sicuramente aumentato nel caso del nostro paziente, in relazione al suo numero di nefroni funzionanti, in quanto ipertensione arteriosa ed iperglicemia determinano iperfiltrazione glomerulare. Il potenziamento dell'ACE-inibitore, attraverso lo stimolo alla vasodilatazione dell'arteriola efferente glomerulare, ed empagliflozin, attraverso la vasocostrizione dell'arteriola afferente glomerulare mediata dal feedback tubulo-glomerulare [5], hanno contribuito all'ulteriore riduzione funzionale del filtrato. Pertanto, prima di iniziare la terapia, il Paziente presentava una condizione di iperfiltrazione glomerulare relativa al numero di nefroni funzionanti, legata ad ipertensione ed iperglicemia, che, dopo l'introduzione della terapia antiipertensiva ed antiiperglicemica è venuta a ridursi. All'eliminazione dello stimolo dell'iperfiltrazione si è associato l'ulteriore meccanismo nefroprotettivo di riduzione della pressione intraglomerulare indotto da empagliflozin e dall'ulteriore potenziamento dell'ACE-inibitore, con conseguente, ulteriore, lieve calo del filtrato associato ad una concomitante e netta riduzione della proteinuria, elemento indicativo di un potenziale successivo miglioramento del quadro.

Conclusioni

Questo caso clinico è emblematico di come la malattia diabetica e ipertensiva, non controllate, determinino un danno multiorgano grave e progressivo, e quanto sia importante un intervento precocissimo nel trattamento

di tali patologie per evitare di giungere a condizioni di perdita di funzionalità d'organo e di disabilità gravi. Il trattamento multifattoriale del diabete mellito consente comunque di rallentare la progressione delle complicanze micro e macro-angiopatiche, tra cui quella renale e cardiovascolari già in atto, utilizzando oculatamente l'importante ed efficace bagaglio terapeutico, farmacologico e non, che abbiamo a disposizione.

Bibliografia

1. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Intern* 2013; 3, Suppl.1: 1-150
2. Bernard Zinman, M.D., Christoph Wanner, M.D., John M. Lachin, Sc.D., David Fitchett, M.D. et al. for the EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373:2117-2128.
3. Christoph Wanner, M.D., Silvio E. Inzucchi, M.D., John M. Lachin, Sc.D., David Fitchett, M.D. et al. for the EMPA-REG OUTCOME Investigators*. Empagliflozin and Progression of Kidney Disease in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375:323-334.
4. David Z I Cherney, Bernard Zinman, Silvio E Inzucchi, Audrey Koitka-Weber et al. Effects of empagliflozin on the urinary albumin-to-creatinine ratio in patients with type 2 diabetes and established cardiovascular disease: an exploratory analysis from the EMPA-REG OUTCOME randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 610-21.
5. Hans-Joachim Anders, M.D., John M. Davis, Ph.D., and Klaus Thurau, M.D. Nephron Protection in Diabetic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2016; 375 (21): 2096-2098.
6. Ferrannini E. Sodium-Glucose Co-transporters and their inhibition: Clinical Physiology. *Cell metabolism* 2017; 26: 27-38.
7. Esteban Porrini, Piero Ruggerenti, Carl Erik Mogensen, Drazenka Pongrac Barlovic, et al. for the ERA-EDTA diabetes working group. Non-proteinuric pathways in loss of renal function in patients with type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 382-91
8. de Zeeuw D, Remuzzi G, Parving HH et al (2004) Albuminuria, a therapeutic target for cardiovascular protection in type 2 diabetic patients with nephropathy. *Circulation* 110:921-927.

*** Dr Sandro Inchiostro**
Direttore del Percorso Aziendale
di Cura del Diabete
APSS Trento

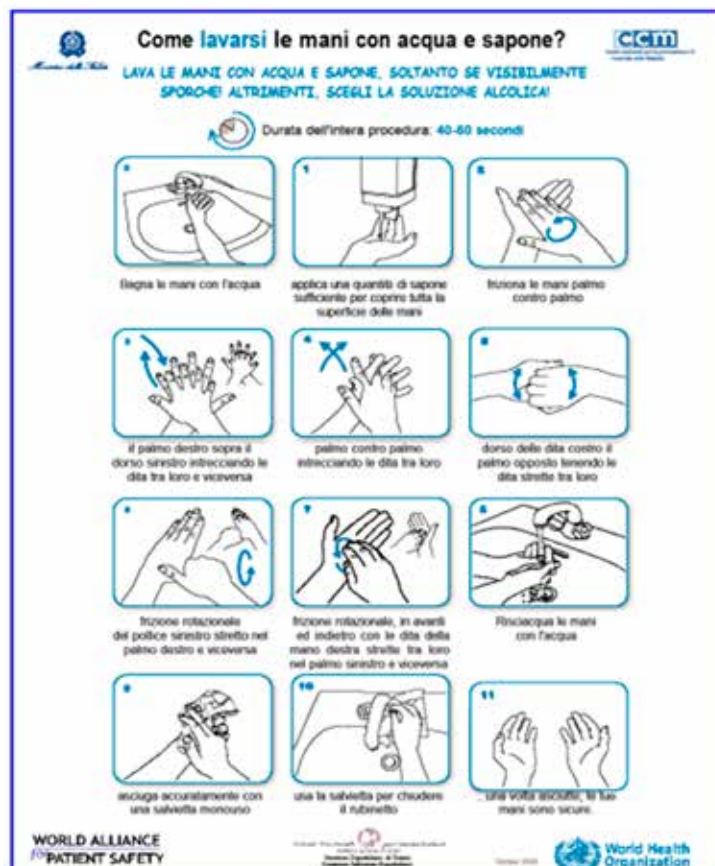
5 MAGGIO: GIORNATA MONDIALE DELLA IGIENE DELLE MANI



***Perché l'igiene delle mani
a casa, all'aperto
o in Ospedale è così importante?
Perché le mani possono
diffondere germi.***

È risaputo che le mani non lavate sono la principale via di trasmissione di germi. Un paziente e operatore sanitario che si lava le mani sta eseguendo un'importante azione di igiene per prevenire la diffusione di germi.

L'igiene delle mani può prevenire la diffusione di germi, compresi quelli resistenti agli antibiotici, e protegge il personale sanitario e i pazienti.



I pazienti, i loro cari e il personale sanitario possono svolgere un ruolo importante in questa pratica semplice ma spesso dimenticata.

I disinfettanti per le mani a base di alcol eliminano la maggior parte dei germi cattivi che causano malattie ma si ripresentano rapidamente sulle mani. Perciò è importante eseguire l'igiene delle mani più volte nelle giornata. Negli Ospedali, i dispenser di soluzione idroalcolica si trovano all'entrata della stanza di degenza, negli ambulatori e sale dialitiche o sono distribuiti nei punti facilmente accessibili ai pazienti e operatori sanitari. Questo metodo è veloce, efficace e tollerato dalle mani. Applica il prodotto idroalcolico sulle mani e strofinalo tra loro.

Copri tutte le superfici finché le mani non risultano asciutte per 20 secondi - come si vede nelle immagine accanto.

Quando pazienti e visitatori devono lavarsi le mani?

Prima di preparare o mangiare cibo.

Prima di toccarsi occhi, naso o bocca.

Dopo essersi soffiati il naso, aver tossito o starnutito.

Dopo la seduta dialitica.

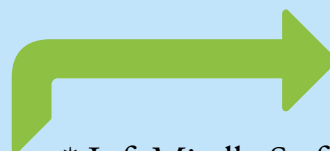
Quando lavarsi le mani con acqua e sapone?

Prima e dopo aver cambiato medicazioni o bende.

Dopo essere andati in bagno.

Come si vede nella immagine accanto.

I germi si trovano ovunque, perciò l'igiene delle mani è importante sia a casa, che all'aperto o dopo aver avuto il contatto con animali domestici.



* Inf. Mirella Stefani

Servizio Emodialisi

Ospedale S. Chiara di Trento

* ISRI Ewa Kowalska

Infermiera specializzata nel rischio infettivo

Direzione Medica Ospedale

S. Chiara di Trento

*Foraging, ovvero la tradizione verde
che sopravvive sulle tavole italiane*

ANDAR PER ERBE

*di Alessandra Dalla Gassa**



Partenio

Uscendo dall'ospedale un tardo pomeriggio di alcune settimane fa, nel parcheggio sul retro, delimitato da rive erbose e da quel che resta di un vecchio bosco, ho incontrato un'energica vecchietta "armata" di coltellino e cestino di vimini, in compagnia di un giovanissimo scudiero, suo nipote. Dal cesto facevano capolino dei freschi germogli di tamaro e cuori verdi di rosale, ovvero le foglie basali, giovani e tenere, dei papaveri. Una sottile gioia, mista alla malinconia che

a volte accompagna i ricordi dell'infanzia, ha reso vivido il ricordo della polenta con i germogli di tamaro, noti in veneto come *tanoni* e del risotto con i germogli di luppolo, noti come *bruscanzoli*.

"Raccogliere erbe spontanee", in inglese "foraging" o "fitoalimurgia" in italiano, è un'attività che i nostri bisnonni svolgevano nella quotidianità, qualcosa di normale che faceva parte della sopravvivenza.

Fitoalimurgia è un termine derivato dall'unione del pre-

fisso greco “fito” (pianta) e del latino “alimenta urgentia” (alimentazione in caso di necessità) ed è la disciplina che studia l'utilizzo delle piante spontanee a scopo alimentare.

Il termine “alimurgia” fu coniato nel 1767 dal medico e naturalista fiorentino Giovanni Targioni-Tozzetti che, nel suo trattato “De alimenti urgentia”, affrontava la possibilità di far fronte alle carestie attraverso l'uso dei prodotti spontanei della terra. Successivamente, nel 1918, Oreste Mattiolo presidente dell'Accademia di Agricoltura di Torino, ampliò il concetto con la sua opera “Phytoalimurgia Pedemontana”, aggiungendo il prefisso “fito”, sottolineando l'uso alimentare delle piante spontanee in generale.

Il legame tra alimentazione umana e piante selvatiche si perde nella notte dei tempi, quando, prima dell'avvento dell'agricoltura circa 10.000 anni fa, l'*Homo sapiens sapiens* era prevalentemente un raccoglitore, con una dieta costituita per oltre il 70% da piante commestibili. Anche in epoche successive, la raccolta ha rappresentato una risorsa fondamentale, soprattutto in periodi di carestia e più recentemente nel Dopoguerra, quando le erbe spontanee, le radici e i frutti selvatici fungevano da succedanei dei prodotti coltivati.

Molti nonni ancora custodiscono gelosamente i loro “luoghi segreti” dove verdeggiano in primavera i germogli del luppolo o le foglioline tenere della silene, testimoniando la ricchezza della conoscenza etnobotanica italiana.

Le piante alimurgiche non contengono composti pericolosi per la salute umana se raccolte in luoghi non inquinati dalla presenza dell'uomo, crescono spontaneamente in natura e non sono state addomesticate o selezionate geneticamente; sono ricche di vitamine, sali minerali, fibre e antiossidanti ed alcune hanno anche

proprietà terapeutiche diuretiche, depurative, antinfiammatorie.

Spesso presentano sapori naturalmente decisi e caratteristici, come l'amaro (ad es. il tarassaco), il piccante (ad es. il raperonzolo) o l'acidulo (ad es. l'acetosella), sapori ormai dimenticati e quindi a volte poco apprezzati da chi è abituato ad un'alimentazione più moderna con cibi raffinati, prodotti industrialmente o intensivamente.

La famiglia più diffusa nella banca dati AlimurgITA è quella delle Asteraceae (20,22%), cui appartengono ad esempio il tarassaco, la cicoria selvatica, la crepide, il piattello, erbe note complessivamente e comunemente come “radicchi selvatici” e mangiati lessi o stufati in tegame con soffritto di cipolla ed aglio, impastati con ricotta e/o farina per ottenere gnocchi, ripieni per torte salate e pasta fresca. Le già menzionate rosole (papavero) sono ingrediente principale dei famosi cascione romagnolo ed erbazzone emiliano. Nel mantovano la balsamita o erba di San Pietro, sempre della famiglia delle Asteraceae è ingrediente distintivo e peculiare dei *tortelli amari*, una pasta fresca ripiena.

Spostandoci lungo la penisola italiana, altre ricette tipiche regionali sono i pansoti liguri, ravioli ripieni di “magro” ovvero un misto di erbe tra cui spicca la borragine e conditi con salsa alle noci, così come gli gnudi o malfatti toscani, gnocchi di ricotta ed erbe selvatiche varie (tarassaco, etc...). A Sud non possiamo non nominare la famosa ricetta della tradizione pugliese, povera ma ottima, il purè di fave e cicoria.

Non solo asteracee; in tutto il Nord Italia sono utilizzati anche l'ortica ed il lamio, detto *falsa ortica* in risotti, gnocchi, minestre e ripieni.

Ancora per risotti “da favola” i raperonzoli, ovvero le radici delle belle campanule azzurre che si vedono fiorite



Fiori di Silene



Fiori di Borragine



Germogli di Luppolo

in estate, sono impiegati in particolare sui Colli Berici. Le erbe ed i fiori spontanei trovano impiego tradizionalmente anche nelle ricette dolci; ad es. il partenio, detto in vicentino *erba maresina* ed in veronese *daniel*, è ingrediente caratterizzante di frittelle dolci, *fritole con l'erba maresina* o di una torta lievitata tipo torta margherita. I fiori di acacia tuffati in una pastella dolce e fritti diventano gustosissime frittelle, diffuse tradizionalmente in tutto il Nord Italia.

Molti altri fiori sono commestibili, profumati e decorativi. Calendule, violette e fiori di borragine possono portare un tocco di colore e arricchire qualsiasi piatto. Questo breve scritto, lontano dal poter essere esaustivo sull'immenso mondo della fitoalimurgia, ha il solo scopo di incuriosire ed appassionare i lettori per mantenere la memoria dell'uso di queste piante. Conoscere significa iniziare ad amare; amare le piante spontanee può contribuire alla loro salvaguardia e con il migliore degli auspici ad educare le future generazioni alla diversificazione della dieta e alla sostenibilità alimentare; infine la trasmissione dei saperi tradizionali aiuta a mantenere un dialogo tra le diverse generazioni che continua nei ricordi di chi resta, come nonna e nipote insegnano.

Bibliografia

- Alberti M. Erbe Spontanee - Conoscerle e riconoscerle, 2020.
 Motti R. (2021). Wild Plants Used as Herbs and Spices in Italy: An Ethnobotanical Review. *Plants*, 10(3), 563.
 Pepe B, Di Marzo P, Salerno G et al (2021). The Italian Wild Edible Plant Database: AlimurgITA. *Plants*, 10(4), 743.

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

Come ogni anno in Piazza Fiera a Trento

LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE

*di Alessia Dalpiaz**

Il 13 marzo si è svolta la giornata mondiale del rene, che decorre a cadenza annuale in tutto il mondo, ogni secondo giovedì del mese di marzo.

Noi come APAN, in collaborazione con APSS di Trento e con l'aiuto dei volontari della Croce Rossa Italiana e dell'AIDO (Associazione Italiana Donatori d'Organo), abbiamo organizzato in Piazza Fiera a Trento una mattinata di sensibilizzazione e prevenzione, mediante misurazione della pressione arteriosa e la valutazione dell'esame urine.

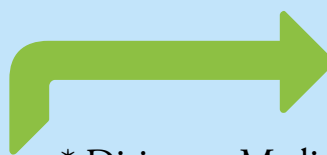
Erano presenti quattro medici dell'U.O di Nefrologia e sei infermieri della Dialisi di Trento, oltre che alle nostre preziosissime volontarie.

L'aderenza all'iniziativa è stata ottima, complessivamente 164 persone, di cui 78 maschi e 86 femmine, con età media di 55.8 anni. Il paziente più giovane aveva 17 anni, più vecchio 95 (entrambi di sesso maschile). L'età media femminile è 57.9 anni, età media maschile invece 53.5 anni.



Alle persone in cui è stata riscontrata un'alterazione dell'esame urine, intesa come evidenza di proteinuria, ematuria o glicosuria (non iatrogena, ovvero determinata da terapia farmacologica), è stato consigliato una valutazione presso il proprio medico di medicina generale e successivamente un controllo nefrologico ambulatoriale.

Durante il colloquio con il personale sanitario, inoltre sono stati rilasciati consigli dietetici, di stile di vita, e sono stati consegnati i diari cartacei utili per effettuare il monitoraggio pressorio.



* Dirigente Medico
U.O.M. Nefrologia e Dialisi, APSS

*È la seconda causa di decesso
più comune al mondo*

L'ICTUS: PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

*di Valeria Bignamini**



L'ictus è una patologia caratterizzata dall'improvvisa comparsa di segni e sintomi neurologici focali o dall'improvviso stato di coma, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale. Si verifica quando il flusso ematico in una zona cerebrale viene interrotto (ictus ischemico) oppure a causa della rottura di un vaso (ictus emorragico o emorragia cerebrale).

A seconda della sede cerebrale interessata si possono avere sintomi diversi. Se non trattato in tempo, l'ictus potrebbe avere conseguenze anche molto invalidanti.

Secondo l'OMS l'incidenza dell'ictus arriva a 15 milioni di casi all'anno e sta crescendo ulteriormente, a causa dell'aumento generale della popolazione e della longevità. Si stima un aumento dell'incidenza del 34% in Europa tra il 2015 e il 2035, del 32% in Italia. In Italia l'incidenza oscilla fra i 144 e 293 casi/100000 abitanti/anno. L'ictus risulta esser la seconda causa di decesso più comune al mondo, dopo le coronaropatie, la terza causa di disabilità più comune al mondo, la prima negli anziani. Circa il 35% dei pazienti colpiti da ictus avrà una disabilità grave come esito.

L'ictus dunque è anche un'emergenza economica, se si pensa ai costi di ospedalizzazione e cure nel post acuto, come ai costi indiretti, legati all'assistenza alle famiglie e alla perdita di produttività nei pazienti colpiti in età lavorativa.

La maggior parte degli eventi avviene in paesi o contesti sociali a basso reddito, e ciò è in parte giustificato dalla prevalenza dei fattori di rischio comuni dell'ictus (dislipidemia, fumo, diabete mellito, ipertensione ecc.).

L'ictus può manifestarsi come evento ischemico o emorragico. Tra gli eventi ischemici acuti distinguiamo il TIA (attacco ischemico transitorio) in cui una sintomatologia

neurologica focale regredisce spontaneamente generalmente entro pochi minuti e non lascia traccia ai controlli TC/RMN, oppure l'ictus ischemico, in cui il deficit neurologico generalmente dura oltre i 30 min e che normalmente trova corrispondenza agli esami radiologici con l'evidenza TC e/o RMN encefalo di una lesione ischemica recente.

L'eziopatogenesi dell'ictus ischemico è varia. La classificazione più utilizzata in tal senso è stata sviluppata dal Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). La classificazione TOAST si basa sui sintomi clinici e sul risultato di ulteriori indagini strumentali e prevede una genesi da:

- Aterosclerosi dei grossi vasi
- Cardioembolismo
- Occlusione delle piccole arterie cerebrali (da microangiopatia)
- Ictus di altra eziologia determinata
- Ictus ad eziologia non determinata (ictus criptogenetico)

La gran parte di queste problematiche riconosce la sussistenza di fattori di rischio comuni per il paziente, quali ad esempio: diabete mellito, ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemia, tabagismo, assunzione di alcool, mancato esercizio fisico. L'ipertensione arteriosa a sua volta gioca un ruolo fondamentale nel rischio di ictus emorragico da patologia dei piccoli vasi intracranici. Ricordiamo che questi sono fattori di rischio MODIFICABILI, dunque potenzialmente eliminabili, con relativo peso sulla riduzione del rischio di ictus, oltre che di eventi cardiovascolari, come già è noto. Da qui l'importanza di un corretto stile di vita, di una prevenzione primaria e secondaria (in caso di un evento ictale già occorso) da

G	F	A	S	T
				
GAZE sguardo	FACE volto	ARM/LEG arti	SPEECH linguaggio	TIME tempo
deviazione forzata dello sguardo unilaterale	Deviazione della rima orale	Paresi dell'arto superior e/o inferiore	Deficit di articolazione (disartria); linguaggio confuso (afasia)	Orario h:mm di esordio dei sintomi (oppure orario ritrovamento/risveglio ed ora ultima volta visto bene)
0-1	0-1	0-1	0-1	Nessun punteggio

SCALA G-FAST una delle scale pre-ospedaliere più utilizzate a livello internazionale e la scala attualmente utilizzata in APSS nella fase pre-ospedaliera di un sospetto stroke.

associare all'eventuale terapia farmacologica proposta dal medico curante o dallo specialista.

L'ictus è dunque una patologia in parte prevenibile e per la quale in fase acuta tutti possiamo fare la differenza per migliorare la prognosi del paziente, prima di tutto riconoscendo precocemente l'evento ictale e chiamando i soccorsi con sollecitudine. A questo proposito esistono standardizzate che anche la popolazione generale può essere formata ad utilizzare in caso di ictus, per permettere di riconoscere tempestivamente i sintomi e allertare su una presa in carico immediata del paziente.

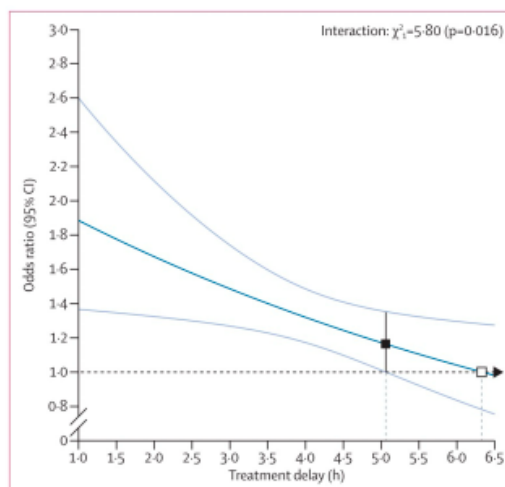
Un ulteriore fattore cruciale in grado di modificare la prognosi nel caso dell'ictus acuto è il trattamento di rivascolarizzazione effettuato in tempi rapidi. Per questo motivo è estremamente importante organizzare la rete ictus provinciale così che il paziente venga portato all'ospedale "stroke ready", cioè l'ospedale di riferimento di quel territorio per un eventuale trattamento in acuto. L'ictus ischemico infatti, come l'infarto miocardico, è una patologia tempo dipendente, il cui andamento clinico è quindi potenzialmente modificabile se il paziente viene sottoposto a trattamento rivascolarizzante quanto più precocemente possibile. Per dare un'idea del danno tissutale da ictus basti sapere che un paziente non trattato perde circa 1,9 milioni di neuroni/minuto.

I trattamenti disponibili attualmente sono la trombolisi sistemica (intravenous treatment o IVT) con Alteplase e il trattamento endovascolare (trombectomia meccanica, endovascular treatment o EVT), quest'ultimo solo in caso di occlusione di grosso vaso intracranico. Essi hanno l'obiettivo di ridurre il danno ischemico e migliorare i sintomi del paziente.

Tali trattamenti si eseguono su criteri di inclusione/esclusione specifici in linea con le linee guida italiane e internazionali e vengono effettuati in finestra terapeutica

precocemente (rispettivamente entro 4,5 ore dall'esordio dei sintomi e entro 6 ore), oppure in finestra tardiva, in centri con disponibilità e supporto di imaging di terzo livello (TC perfusionale/RMN perfusionale), che permettano di definire per ogni caso il rapporto rischio/beneficio di un eventuale trattamento.

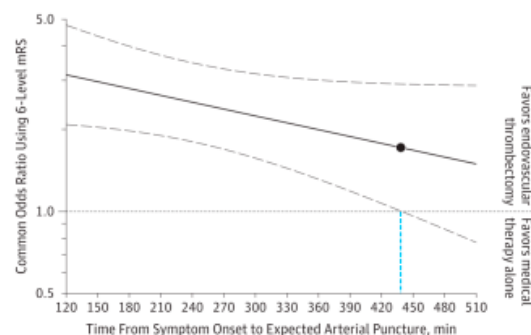
IVT



Lancet 2014; 384: 1028-35

EVT

A Odds ratio for less disability at 3 mo in endovascular thrombectomy vs medical therapy alone groups by time to treatment



JAMA. 2016;316(12):1279-1288. doi:10.1001/jama.2016.13647

Effetto del ritardo di TIV-TEV dall'esordio dei sintomi e l'outcome funziona

Nel 2024 l'AIFA ha approvato un altro farmaco per il trattamento dell'ictus ischemico in fase iperacuta (Tenekteplase), già utilizzato in vari paesi europei, molto efficace e più maneggevole di Alteplase. Come neurologi siamo in attesa di aggiornamenti delle linee guida italiane (ISA-AII), per cui non è escludibile la possibilità di utilizzarlo anche entro la fine del 2025.

Nella nostra provincia il percorso del paziente con sospetto ictus (ischemico o emorragico) è riportato nel PDTA dell'ictus acuto pubblicato nel 2023. Il modello di ge-

stione trentino prevede una centralizzazione primaria all'ospedale di Trento in caso di sospetto ictus ischemico in finestra precoce, previa pre-notifica al neurologo di Trento da parte dei medici della centrale operativa di TE (Trentino Emergenza). A Trento sono disponibili ed effettuabili i trattamenti di trombolisi e trombectomia meccanica h. 24, all'ospedale di Rovereto i trattamenti di trombolisi h. 24 per i pazienti in autospedimentazione.

A Trento abbiamo istituito una figura infermieristica esperta e dedicata (infermiere team leader), che consideriamo estremamente preziosa, proprio per abbattere il più possibile i tempi di trattamento: l'infermiere/a è presente in Neurologia in orario diurno, festivi compresi e, oltre a svolgere il lavoro in reparto, segue il neurologo di guardia in Pronto Soccorso appositamente per avviare la trombolisi non appena eseguita la TC encefalo e presa la decisione sul trattamento. Questo ha consentito di ridurre via via i tempi di trattamento anche di 20 minuti. Il nostro Centro inoltre aderisce al programma di monitoraggio Monitor ISA, che in due mesi dell'anno (marzo e settembre) monitora i tempi e la qualità delle cure dei pazienti colpiti da ictus. Grazie ai molti sforzi di tutti i colleghi che fanno parte della rete stroke, ci stiamo avvicinando gradualmente agli obiettivi internazionali che prevedono che la maggior parte dei pazienti con sospetto ictus ischemico sia trattata entro i 30 minuti per quanto riguarda la IVT (dall'ingresso in PS all'infusione ev) e entro 90 minuti per quanto riguarda l'EVT.

Dopo ogni evento ictale viene impostato un programma di prevenzione secondaria dell'ictus. La prevenzione secondaria deve essere farmacologica e non farmacologica: è fondamentale che i pazienti già colpiti da un ictus seguano un corretto stile di vita, tale da minimizzare il più possibile i fattori di rischio modificabili, tramite abolizione di fumo e abuso di alcool, impostando una dieta adeguata, attività fisica aerobica costante, con l'obiettivo di normalizzare il più possibile il profilo metabolico (glicemia, profilo lipidico, pressione arteriosa, peso corporeo). Accanto a ciò vi saranno sempre indicazioni specialistiche sulla terapia farmacologica di prevenzione secondaria, con farmaci antiaggreganti o anticoagulanti a seconda dell'eziopatogenesi riconosciuta per quell'ictus, farmaci antipertensivi e ipolipemizzanti in caso di ipertensione e

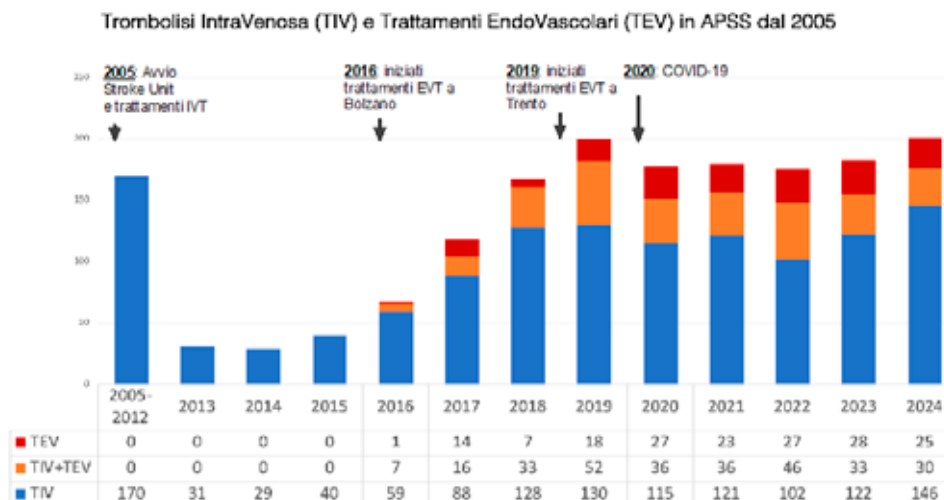


Grafico relativo al numero dei trattamenti di rivascolarizzazione per ictus effettuati in APSS dal 2005 al 2024

dislipidemia, farmaci ipoglicemizzanti in caso di diabete mellito.

Dove reperire informazioni sull'ictus alla portata di tutti e come aiutare la lotta all'ictus? Il riferimento è ALICE Italia (Associazione per la Lotta All'Ictus Cerebrale), che ha un sito web in cui si possono trovare informazioni, approfondimenti e materiale divulgativo. Da qualche anno Alice si è resa promotrice di un progetto rivolto alle scuole primarie e denominato FAST HEROES: si tratta di una iniziativa che prevede un programma educativo sul riconoscimento dei sintomi dell'ictus e sulla necessità di un intervento immediato. Ai bambini viene insegnato a riconoscere nei nonni i sintomi premonitori dell'ictus perché si attivino a chiamare subito il numero di emergenza unico europeo (NUE) 112. Il bambino diventa così un supereroe che può salvare il nonno. Il progetto ha una diffusione internazionale e auspichiamo che anche nella nostra provincia possa esser presto avviato.



Logo ed eroi del Progetto FAST HEROES

* Valeria Bignamini
Medico specialista in Neurologia
U.O. Neurologia O. Santa Chiara, APSS.

L'XI GIORNATA TRENTINA SULLE MALATTIE RARE

a cura della Redazione

Ogni anno bisestile, il giorno 29 febbraio che è un giorno “raro”, si festeggia la giornata delle Malattie Rare. Negli anni non bisestili la giornata ha luogo il 1 marzo. La data è un utile promemoria per gli addetti ai lavori, perché si focalizzino sulle tematiche che riguardano le Malattie Rare, come la rilevazione di problemi inerenti e le possibili soluzioni, la programmazione di obiettivi futuri, la condivisione di esperienze e risultati raggiunti. Il primo marzo 2025 si è svolta a Trento la XI giornata trentina sulle Malattie Rare, promossa dalla associazione Malattie Rare Trentino ETS, costituita il 13 gennaio scorso presso la sede ANFFAS Trentino Onlus, di cui sono stati nominati presidente Massimo Molinari, vice-presidente Enrico Cristoforetti, segretario Zora Kacemi e consiglieri Mirella Florian, Claudio Osti e Mattia Filippi. La Giornata è stata patrocinata da: UNIAMO assieme alla APSS, all'Università degli Studi di Trento, alla Consulta per la Salute ed infine al Comune di Trento.

L'iniziativa si è articolata in due momenti distinti, che hanno avuto luogo a Palazzo Consolati, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'incontro del mattino, intitolato: *Le Malattie rare tra associazionismo, sanità e ricerca*, ha riunito esperti del settore per un confronto sulle principali criticità e sfide future. Durante la discussione è emersa la necessità di rafforzare un dialogo multidisciplinare tra associazioni e stakeholder, ai fini di una più stretta collaborazione. La proposta più rilevante che ne è emersa è la riattivazione del Tavolo multidisciplinare per le Malattie Rare, con l'introduzione



ne anche di un medico di Medicina Interna, e l'incentivazione di tesi di laurea e di progetti di ricerca nel campo delle Malattie Rare presenti sul nostro territorio.

Nel pomeriggio, con il titolo: *Rarità e scuola, Orizzonti di inclusione*, si è parlato di problemi inerenti la frequenza scolastica da parte di bambini ed adolescenti affetti da malattia rara. L'incontro del pomeriggio è stato organizzato come workshop e prevedeva il coinvolgimento di tutti i partecipanti che, suddivisi in tavoli, sono stati chiamati ad approfondire tre punti chiave: analisi dello stato dell'arte delle Malattie Rare in Trentino, l'identificazione dei bisogni più significativi, l'identificazione di proposte risolutive per migliorare il processo di inserimento nel mondo scuola per le persone “rare” in età evolutiva. APAN è stata invitata a partecipare al workshop pomeridiano con un suo rappresentante, nella figura del vice-presidente Serena Belli.

Le criticità emerse sono state numerose e secondarie a cause differenti; da più parti è stata sottolineata l'importanza di una maggiore conoscenza delle patologie da parte del personale scolastico, perché possa essere in grado di gestire le varie situazioni, anche in regime di criticità, nel modo più efficace possibile ed in serenità.

La giornata si è conclusa con un momento significativo: la consegna ufficiale della donazione raccolta del 2024 da Comun General de Fascia e dal Comitato di Fassa e Fiemme della Croce Rossa Italiana a favore della ricerca sulle Malattie rare. Un segnale concreto dell'impegno di tutto il territorio trentino per sostenere la ricerca e promuovere un futuro più inclusivo per le persone con malattie rare.



IL PREZIOSO CONTRIBUTO DEL PROF. GIULIANO BRUNORI

A cura della Redazione

Il Professor Giuliano Brunori da fine maggio lascia la direzione del Reparto di Nefrologia e Dialisi dell'AP-SS e va in pensione... o meglio, va a dedicarsi più intensamente all'altro ruolo che ricopre da circa un anno, che è quello di Sindaco del suo comune d'origine, Gardone Val Trompia.

Originario della Val Trompia e Nefrologo presso gli Spedali Civili di Brescia, nel marzo del 2008 era arrivato a Trento come Direttore dell'Unità Multizonale di Nefrologia e Dialisi.

Durante tutto questo periodo ha saputo apportare molti cambiamenti alla Nefrologia di Trento ed ha rappresentato un prezioso contributo ed un disponibile interlocutore anche per la nostra Associazione. Gli saremo sempre grati perché da subito ha compreso e supportato la nostra attività di volontariato, mai sottovalutando il nostro impegno nella prevenzione, conoscenza e divulgazione nel settore delle patologie renali.

Il professor Brunori ha collaborato alle iniziative di APAN, mettendosi in gioco in prima persona. Come dimenticare la sua presenza in occasione delle varie Giornate Mondiali del Rene quando, alle 7 del mattino, nel mese di marzo, era uno dei primi ad arrivare in piazza per aiutarci ad allestire gazebo, tendone e roulotte in tempo per accogliere la popolazione che arrivava ad eseguire lo screening renale. Oppure quando si è prestato a svolgere numerosi incontri rivolti alla popolazione scolastica, al fine di sensibilizzare i giovani nella donazione d'organi, collaborando con i volontari APAN e dando spessore all'iniziativa. È anche stato presenza di peso in occasione del Convegno che abbiamo organizzato per i 30 anni dell'Associazione, ed è stato responsabile scientifico, moderatore e relatore dei Congressi scientifici or-



Il Prof. Brunori in veste di Presidente SIN al Congresso nazionale SIN a Riva del Garda, nel 2020.

ganizzati da APAN negli ultimi anni. Oltre ad essersi prestato a presenziare alle varie edizioni di RenArt e a tantissime altre occasioni. Tra tutte ci fa piacere ricordare ancora la sua collaborazione con la nostra rivista *Re-ne&Salute*, dove aveva una rubrica fissa: *Voglia di leggere* (spoiler: *Lonely Bear* era lo pseudonimo con il quale firmava la rubrica. Non gli dispiacerà se sveliamo questo piccolo segreto). Disponibile e umano, con semplicità e tantissima apertura mentale: APAN ha certamente un debito nei suoi confronti.



Alla cena di saluto, con il gruppo di medici della Nefrologia e Dialisi di Trento.

Per quanto riguarda il Reparto di Nefrologia ha saputo innanzitutto potenziare e valorizzare la dialisi peritoneale, che evita la mobilità sul territorio, soprattutto quella dei pazienti che abitano lontani dal Centro dialisi, favorendo la domiciliazione della terapia renale sostitutiva, nel rispetto della scelta del paziente. Ha inoltre aperto la possibilità di effettuare la dialisi peritoneale in diverse RSA, al fine di permettere l'effettuazione di tale metodica anche a pazienti senza caregiver. E sempre in quest'ottica di decentramento, sono stati aperti gli Ambulatori Nefrologici negli Ospedali periferici, che consentono la presa in carico dei pazienti più vicino a casa. Entrambe queste iniziative favoriscono una medicina che si avvicina di più al paziente e alle sue esigenze, una medicina più umana.

Riguardo al trapianto renale, in questi anni si è avviato il percorso di trapianto da donatore vivente: dal 2010 il numero di pazienti trapiantati in Trentino supera quello dei pazienti in trattamento dialitico, dato unico a livello nazionale!

Il dottor Brunori ha inoltre portato una parte della sua passione per l'Africa, ed in particolare per il Mali - dove si reca periodicamente per supportare i medici locali nell'allestimento degli accessi vascolari per dialisi - in Trentino: 2 medici e due infermieri maliani sono stati ospitati per alcuni mesi presso l'Ospedale di Trento, al fine di imparare la gestione della dialisi.

Con il dottor Gino Gobber ha dato il via ad una concreta collaborazione con il Servizio di Cure Palliative per la presa in carico condivisa dei pazienti nefropatici e dializzati, percorso che è stato preso ad esempio da diverse

altre realtà a livello nazionale. È stato Presidente della Società Italiana di Nefrologia, e con tale ruolo nel 2020 ha portato per la prima volta in Trentino il Congresso Nazionale della SIN, al Centro Congressi di Riva del Garda.

Nel 2022 ha ricoperto il delicato e difficile ruolo di sostituto Direttore Sanitario della APSS, proprio nel complicato periodo della pandemia COVID.

Dal 1° ottobre 2023, infine, è diventato Professore Associato di Nefrologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Trento.

In questi anni con il suo entusiasmo ha creato e cresciuto una valida squadra di professionisti nefrologi che cercheranno di mantenere alto il livello della nefrologia in Trentino.

Un ringraziamento affettuoso da parte di tutto il Direttivo APAN per la preziosa collaborazione intessuta in questi anni!



Relatore al Congresso per i 40 anni di APAN a maggio 2022.

Un'analisi retrospettiva presso il Distretto di Pieve di Soligo in provincia di Treviso

TRA DIALISI E CURE PALLIATIVE

di Monica Zornio*



La qualità di vita nella malattia renale cronica è influenzata da diversi fattori, ed è indispensabile far sì che questa sia valorizzata cercando di favorire il miglior benessere possibile per ogni persona. *«I pazienti dializzati spesso sperimentano un deterioramento dello stato funzionale e della qualità di vita, che li fa sentire dipendenti e incapaci di partecipare alle attività sociali»*; in questa popolazione viene osservato un peggioramento dello stato funzionale generale (riduzione dell'aspettativa e della qualità di vita) all'inizio della dialisi e durante il primo anno.

Molte delle persone che iniziano l'emodialisi hanno più di 75 anni e hanno concomitanti patologie: cardiovascolari, decadimento cognitivo e debilitazione funzionale. Inoltre, diversi studi evidenziano che i dializzati sperimentano un'alta percentuale di ospedalizzazioni e di procedure invasive negli ultimi 6 mesi di vita. La ridotta qualità di vita di questi ultimi, è dovuta ad un elevato impatto di sintomi che possono essere: gastrointestinali, cardio-polmonari, dermatologici oppure presentano dolori, crampi muscolari importanti, sanguinamenti, infezioni, malessere, neurologici, psicologici. L'impatto dei sintomi percepiti da queste persone potrebbe essere a quello dei malati di cancro avanzato. Anche i dializzati hanno a che fare con decisioni difficili rispetto al trattamento e alle cure di fine vita. Molti dei malati in trattamento dialitico non ricevono un'adeguata educazione prima di iniziare la dialisi, diversi studi evidenziano un sentimento di rimpianto da parte del dializzato riguardo l'avvio della stessa. La perdita delle relazioni personali, il dover dipendere da un caregiver, le limitazioni di tempo dettate dalle sedute, i vincoli alimentari e il doversi spostare 3 volte a settimana per recarsi in ospedale, sono qualcosa che i dializzati faticano a sostenere.

Per le persone in dialisi è una sfida psicologica importante accettare di sospenderla, perché sospenderla significa

morire. Parlare della morte risulta terrificante per molti e pochi medici sono preparati ad accogliere tali forti sentimenti. Un approccio tempestivo di pianificazione anticipata delle cure però è necessario come *continuum* della cura della malattia renale cronica e un approccio di tipo palliativo di base è fondamentale. L'approccio conservativo, è olistico e centrato sul malato attraverso la condivisione del processo decisionale, la gestione dei sintomi e la comunicazione comprensiva (incluso un supporto psicologico, sociale e spirituale secondo la propria cultura).

In ambito nefrologico stanno crescendo modelli di cura basati sul coinvolgimento del paziente. Per fare ciò, è necessario creare modelli di routine condivisa da utilizzare per la valutazione dei bisogni. Dalla letteratura i principali strumenti consigliati sono: il *Charlson Comorbidity Index (CCI)*, l'*Indice di Cohen*, il *NECPAL CCOMS-ICO (NECesidades PAliative CCOMS-ICO tool)*. Emerge un bisogno urgente di integrare le cure palliative in emodialisi: non solo queste riducono il carico dei sintomi e delle emozioni negative, ma soprattutto le persone che le scelgono sono più inclini ad esprimere i loro desideri di trattamento e il luogo di morte, riducendo le ospedalizzazioni e le spese mediche e sentendosi partecipi della loro vita.

Ad agosto 2024 è stata condotta un'analisi retrospettiva dei dati degli utenti che accedono all'emodialisi presso il Distretto di Pieve di Soligo (P.O. di Conegliano e Vittorio Veneto – provincia di Treviso) attraverso gli strumenti informatizzati in uso per la registrazione dialisi. I dati raccolti hanno fatto riferimento ad un periodo di 12 mesi (luglio 2023 - luglio 2024). Sono stati esclusi i dati degli utenti in dialisi peritoneale, di quelli che hanno effettuato dialisi in acuto e le persone che si sono sottoposte a trapianto. La raccolta ha incluso: dati anagrafici, patologie concomitanti, anni di dialisi, tipo

di accesso vascolare, numero di sedute, inserimento in lista trapianto o trapiantato precedentemente, cadute o ricoveri nell'ultimo anno, tipo di trasporto per recarsi al centro e provenienza. Si è provveduto a calcolare rispetto l'ultimo mese: l'indice di *Karnosky* (*Karnosky Performance Status – KPS che valuta lo stato funzionale*), il *CCI* (*punteggio di patologie presenti*), l'indice di *Cohen* (*rischio di morte a 6 mesi*); la presenza di dolore (la relativa gestione) e gli altri sintomi sono stati rilevati analizzando retrospettivamente i diari clinici. In seguito è stato elaborato il *NECPAL CCOMS-ICO* per quelle persone che hanno ottenuto una risposta negativa alla Domanda Sorprendente: “*Saresti sorpreso se X morisse entro 6 mesi?*” posta agli infermieri. Infine sono stati analizzati i decessi (tempi di sospensione della dialisi, luogo).

Al 31 luglio 2024 erano attivamente in carico 92 utenti in emodialisi (esclusi 37 deceduti e 12 trapiantati). L'età media era di 68 anni, con un'età minima di 34 anni e una massima di 85. Le fasce d'età più numerose erano quelle tra i 71-80 anni (25%) e quella over 80 (24%) - *Figura 1*. La popolazione era per l'83,7% italiana e per il 16,3% straniera; un'alta prevalenza di uomini (66,3%) rispetto alle donne (33,7%). Il 17% degli assistiti era inserito in lista trapianto, mentre il restante 83% non era candidabile in quel momento.

Il 27% del campione si recava autonomamente alla seduta dialitica mentre il restante 73% era dipendente negli spostamenti: di questi, il 63% usufruiva del servizio pulmino (semi-assistito) e il 10% tramite il trasporto ambulanza. Dalle anamnesi si evince che i dializzati in carico avevano comorbidità frequenti (mediamente 5), in particolare cardiologiche (80%), ipertensione arteriosa (78%), diabete con danno d'organo (22%), dislipidemia (15%), neoplasie passate o presenti (15%) ed altro ancora. Il campione aveva una media di 2 ricoveri

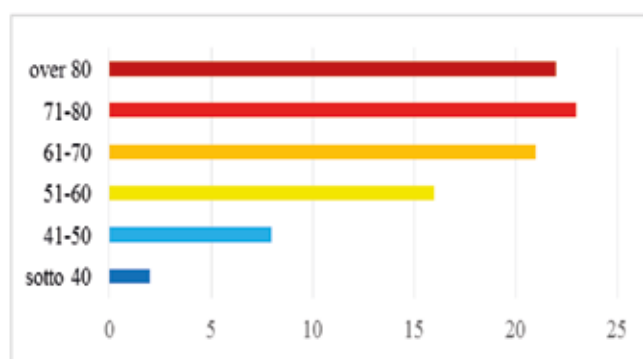
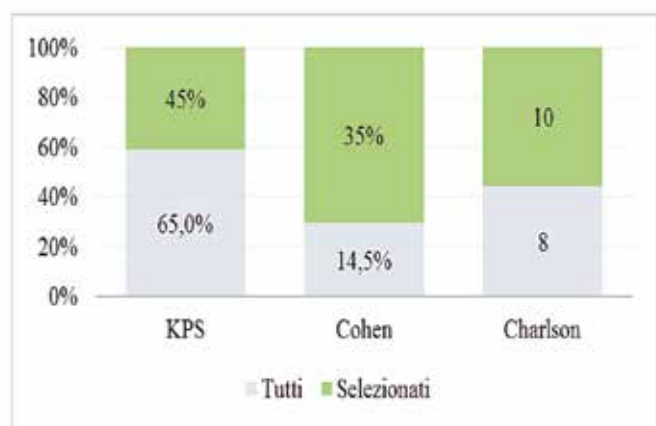
all'anno, con un range che variava da nessun ricovero ad un massimo di 6 ricoveri all'anno.

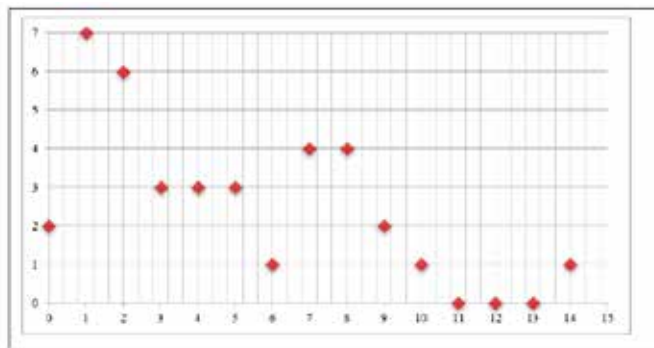
L'indice di *Karnosky* medio è risultato del 65% (*min 30% - max 90%*), ma tra gli utenti selezionati come potenziali destinatari di cure palliative il punteggio medio scendeva a 45% (*min 30% - max 70%*). Il punteggio medio dell'Indice di *Charlson* era di 8 (*min di 8 - max 15; dev standart 2,7*). Considerando i potenziali destinatari di cure palliative di base il punteggio medio era di 10 (*min 5- max 15*). La media dell'Indice di *Cohen* è risultata del 14,7% (*min 1,6% - max 95,9%*), mentre la stima media di sopravvivenza a 6 mesi era dell'85,3% (*min 4,1% - max 98,4%*). Se consideriamo i potenziali destinatari di cure palliative, il rischio di morte medio era del 35% (*min 7% - max 96%*), mentre la percentuale media di sopravvivenza del 65% (*min 4% - max 93%*). Le percentuali degli indici calcolati sono stati confrontati in *figura 2*.

Attraverso la lettura dei diari clinici del mese di luglio 2024 (e in parte anche attraverso le informazioni raccolte dagli infermieri), sono stati indagati i sintomi impattanti presenti durante e/o subito dopo la seduta dialitica. Il 65% del campione non dichiarava dolore, il 15% lo riferiva ad almeno una seduta, mentre il 20% a ogni trattamento.

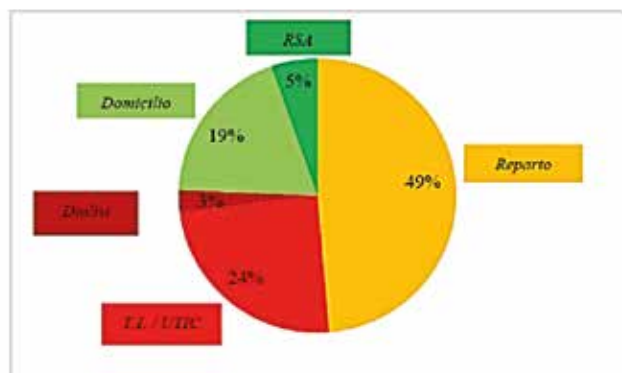
La maggior parte dei malati che provava dolore durante la seduta dialitica, aveva una FAV (58%). Gli altri sintomi rilevati sono stati: astenia, crampi, ipotensione e altro ancora. Il 21,7% del campione ha ottenuto una risposta negativa alla domanda sorprendente. Per questa percentuale di persone è stato elaborato il *NECPAL CCOMS-ICO*, che è risultato complessivamente basso.

Sono stati analizzati anche i decessi, il luogo e le attivazioni di cure palliative avvenuti nell'ultimo anno, per capire se questi potessero rappresentare un punto





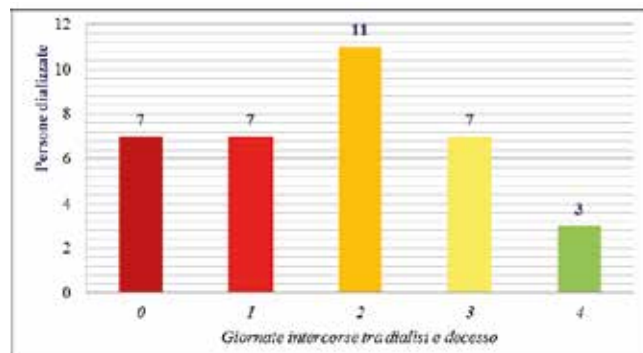
di partenza per un cambiamento. Nel periodo preso in analisi sono deceduti 37 pazienti, il 62,2% uomini e il 37,8% donne. L'età media era di 76 anni. Due terzi dei decessi è avvenuto in ospedale, il restante dei decessi a domicilio (*figura 3*). Il periodo più lungo intercorso tra la sospensione della dialisi e il decesso era di 4 giorni e ciò è avvenuto in 3 situazioni in cui sono stati intrapresi comportamenti di sospensione delle cure intensive. In altri 2 casi i malati sono stati trasferiti presso U.O. al di fuori del distretto e le informazioni rispetto agli ultimi giorni non sono rintracciabili. Nei restanti 25 casi (67,6%) non sono stati esplicitamente attuati interventi



di cure palliative se non in maniera tardiva (come sedazione terminale, non in un'ottica di sospensione del trattamento) e il tempo medio intercorso tra l'ultima dialisi e la morte era di 1,8 giorni. Il 10% dei decessi è avvenuto il giorno stesso della seduta dialitica – *figura 4*.

Infine, si è provveduto a correlare il decesso con gli anni di dialisi – *figura 5*.

I limiti di quest'analisi sono il campione ristretto e la rilevazione dei sintomi condotta solo su un mese, per tempistiche limitate. Inoltre alcuni dati sono incompleti. Nella pratica quotidiana della realtà operativa, per quanto riguarda il fine vita degli emodializzati, ci si è sempre avvalsi dell'appoggio dei reparti di medicina, mentre per la gestione del dolore refrattario le persone venivano in-



dirizzate alla terapia antalgica. Non esisteva al momento della rilevazione un collegamento con il nucleo di cure palliative; ciò può essere dettato da un retaggio culturale legato al fatto che le cure palliative sono rivolte quasi unicamente ai malati oncologici. Sicuramente il fatto che le cure palliative includano anche le patologie croniche è un pensiero recente, e questo è un ambito che deve essere sempre più implementato ed approfondito. Il CCI del campione totale è risultato mediamente alto, ciò indica pazienti molto complessi che comportano una difficoltà nel prendere decisioni e un dispendio di risorse sanitarie importante. Le persone in emodialisi cronica, dai dati analizzati, oltre a morire per la gran parte in ospedale, sono state sottoposte a cure intensive (quali il trattamento dialitico o un ricovero in TI), fino all'ultimo istante di vita, nonostante spesso ci fossero stati segni clinici di peggioramento.

I dati raccolti indicano che i decessi sono avvenuti maggiormente nei primi 2 anni dall'inizio della dialisi, questo aprirebbe delle riflessioni sulla decisione di avviare o meno il trattamento considerando gli indici sopra esposti. Rispetto al NECPAL, al momento dell'analisi non sussistevano particolari esigenze di attivazione di cure palliative, ma dimostra comunque che è possibile una precoce identificazione degli assistiti per una possibile presa in carico.

I Direttori di U.O.C. Nefrologia/Dialisi e dell' U.O.C. di Cure Palliative, hanno dimostrato la volontà di creare una collaborazione per una continuità assistenziale. Ciò ha rappresentato il punto di partenza per un lavoro d'équipe interprofessionale che potrà garantire alle persone che accedono al servizio una presa in cura reale, completa ed olistica, che inizia dalla scoperta della malattia e termina con il fine-vita.

Risvolti futuri che ci auspichiamo di raggiungere sono: il poter coinvolgere maggiormente il caregiver per favorire il benessere a domicilio; implementare il servizio di sostegno psicologico individuale sia per i dializzati che per i familiari; sperimentare tecniche complementari

per la gestione del dolore, dell'ansia/malessere durante il trattamento (l'ascolto di musica selezionata, la respirazione guidata, il caring massage da parte di personale formato). Inoltre, vista l'eterogeneità delle culture presenti, sarebbe interessante approfondire la sfera spirituale dei malati per comprendere i bisogni di ogni cultura e le loro posizioni rispetto il fine vita; avviare un percorso di Pianificazione Condivisa delle Cure in ambulatorio pre-dialisi e per i pazienti in dialisi da molti anni. Rispetto al personale operante nei centri dialisi, sarebbe interessante integrare una formazione di base sulle cure palliative in dialisi, con approfondimenti rispetto le DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento), la PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure), la sfera comunicativa e il confronto su temi etici.

L'elaborazione e presentazione dei dati raccolti ha permesso di realizzare una collaborazione con i palliativisti del territorio. Dopo un primo incontro tra i Direttori di U.O. e l'infermiera di dialisi in cui si è ipotizzato un percorso, è stata creata una cartella condivisa tra le due U.O.C. al fine di avere aggiornamenti rispetto alle persone che afferivano ad entrambe le U.O.

Partendo da una raccolta dati iniziale, viene compilata la scheda di riepilogo dei bisogni di cure palliative per ogni paziente. Questa viene aggiornata ogni 3 mesi, rivalutando oltre agli indici, la presenza di sintomi impattanti, l'incapacità di portare a termine il trattamento o la presenza di eventi sentinella. Se le percentuali dell'CCI e/o del Cohen risultano elevate e/o c'è la presenza di sintomi impattanti, l'infermiere referente segnala la persona al nefrologo. La scheda si pone l'obiettivo di avere una visione della progressione di malattia e orientare le scelte dei professionisti, permettendo di indirizzare tempestivamente la persona alle cure palliative domiciliari. Dopo una successiva valutazione da parte del Nefrologo, che effettua un colloquio con il soggetto coinvolto, viene compilato e inviato al Nucleo di CP il modulo di segnalazione in uso in Azienda. Una volta ricevuta la richiesta, il servizio contatta la persona per un primo colloquio/valutazione a domicilio o in dialisi con il medico palliativista.

Il ruolo dell'infermiere assume un significato importante nel valutare come si modificano le condizioni cliniche del dializzato, nel cogliere le sue impressioni e le sue volontà. Di fatto l'infermiere trascorrendo molto tempo assistenziale con l'utente, percepisce, osserva e raccoglie eventuali modifiche del comportamento/atteggiamento ed emozioni; pertanto è importante sensibilizzare il

personale infermieristico attraverso una formazione ad hoc, vista l'importanza e la rilevanza della tematica. *“Sicuramente il paziente dializzato presenta un decorso clinico spesso poco prevedibile, con peggioramenti repentini ma anche riprese inaspettate, e questo rende difficile valutare il momento più appropriato di sospensione del trattamento dialitico. La difficoltà nel prevedere l'andamento clinico dei pazienti dializzati e le particolarità di tali pazienti (spesso anurici e con alterazioni elettrolitiche), rende la collaborazione tra palliativista e nefrologo particolarmente proficua e arricchente per entrambi i professionisti”.*

Questa collaborazione ha permesso un supporto nel proseguire il percorso di dialisi che, oltre a tenere in considerazione l'aspetto medico-nefrologico, sostiene le volontà del dializzato e della sua famiglia, definendo insieme a lui la Pianificazione Condivisa delle Cure.

A distanza di 3 mesi dall'inizio della collaborazione, sono state attivate le cure palliative per 5 persone: 3 di queste hanno sospeso la dialisi e sono morte a domicilio, una persona è deceduta in hospice poco dopo la sospensione della dialisi; la quinta persona è attualmente seguita a domicilio. Ci sono stati due decessi in ambiente ospedaliero che hanno riguardato pazienti cronici ma che non erano in carico alle cure palliative. Questo piccolo, ma grande traguardo, rappresenta un punto di svolta e l'inizio di un percorso che è in divenire. Come ci ricorda il documento condiviso SICP-SIN, *“un'integrazione precoce tra le unità nefrologiche e le articolazioni della rete locale di Cure Palliative non solo potrà contribuire efficacemente ad ottimizzare il controllo dei sintomi e migliorare la qualità di vita, ma permetterà di facilitare il passaggio della persona malata, qualora si rendesse necessario, verso la sola palliazione e le cure di fine vita”.*



* Infermiera di Dialisi

Ospedale di Conegliano Veneto (TV)
Master di 1° livello in Cure
Palliative Università di Verona

La scomparsa del fondatore dell'A.P.A.N.

IN MEMORIA DI ALBERTO VALLI

Giorgio Postal

Ricordare Alberto Valli significa per me, in primo luogo, riportare con gratitudine alla mia memoria l'affetto, l'attenzione, la cura con le quali Alberto mi ha seguito incessantemente in una delle fasi più critiche della mia vita, quando nel lontano 1993 fui sottoposto ad una operazione renale. Non lo posso dimenticare e ogni qualvolta ci penso mi prende una profonda emozione. Sono stati mesi nei quali ho potuto apprezzare fino in fondo non solo la professionalità, ma prima di tutto la disponibilità e l'umanità di Alberto. Quel suo essere sempre pronto e sollecito come medico, ma anche quel suo essere immediato nel rapporto umano con il paziente. Intendiamoci, Alberto lo conoscevo già da molti anni, era il mio medico di fiducia, dotato di grande intuito nel diagnosticare malanni e cure, cosa che nel suo percorso professionale lui attribuiva sempre alle esperienze fatte nei reparti di pronto soccorso all'inizio della sua carriera. Le piccole cose, i piccoli disturbi riuscivo sempre a risolverli con una semplice telefonata. Nel tempo siamo diventati amici. Comunque ciò che ci accomunava era anche la sua grande passione per i funghi, di cui era un importante esperto, soprattutto per la cura di persone colpite da avvelenamento da funghi. Al S. Chiara era lui l'esperto in questo campo, soprattutto quando si trattava di avvelenamenti da varie specie di Cortinari, in particolare dal Cortinarius Orellanus, un fungo di norma mortale per i suoi esiti sull'apparato



renale. Ricordo ancora la sua grande tristezza quando, nonostante ogni sforzo, non era riuscito a salvare qualcuno.

Fin dalla fondazione, agli inizi degli anni 80, mi aveva coinvolto nell'APAN.

Era stata la sua esperienza in Francia, presso l'ospedale di Montpellier, nella dialisi peritoneale, a indurlo a trasferire anche da noi alcune modalità di assistenza ai dializzati, con uno specifico impegno da parte del privato e del volontariato.

Dell'Apan è stato il fondatore, ma soprattutto l'anima, riuscendo a coinvolgere lungo la strada molte persone. Alcune impegnate nella direzione dell'Associazione, ma molte altre impegnate direttamente, come volontari, nell'assistenza ai pazienti nei reparti del Santa Chiara,

una attività benemerita che per alcuni decenni l'Associazione è stata in grado di assicurare.

Senza dimenticare i numerosi convegni di carattere scientifico, l'edizione di una rivista specializzata e l'intensa e assidua attività di informazione e di prevenzione delle malattie renali, che l'APAN, sotto la sua direzione, fin da subito, si era posta come impegno primario.

Alberto era un uomo straordinariamente versatile, sempre proteso a trovare e talvolta addirittura a inventare strumenti atti a alleggerire la vita dei pazienti.

È il caso del cosiddetto "Catetere Valli", un catetere peritoneale pensato appunto per alleviare la pratica della dialisi, una pratica, come ben sappiamo, tanto disagiata e affaticante.

O, ancora, è il caso di specifici adattamenti a letti ospedalieri, con l'obiettivo di renderli girevoli e quindi più

facilmente fruibili da persone affette da particolari infermità o disabilità.

Il grave lutto che l'aveva colpito negli ultimi mesi, la morte di Norma, lo aveva profondamente prostrato e forse proprio questo suo stato di sconforto profondo ha avuto l'effetto di accelerare i mali dai quali era stato colpito negli ultimi tempi.

Comunque bisogna riconoscere che la sua eredità nell'APAN è stata raccolta oggi con grande fervore da un Direttivo composto da persone particolarmente impegnate e sensibili e da una attivissima Presidente, Diana Zarantonello, con il prezioso supporto sempre assicurato dal primario professor Giuliano Brunori.

Dal momento della fondazione i tempi sono profondamente cambiati, è naturale, ma lo spirito della originaria missione della Associazione è rimasto intatto.

AFORISMI D'AUTORE PER TEMPI DIFFICILI ENNIO FLAIANO (1910/ 1972)

A cura di Luisa Pevarello

1. L'uomo che conduce una vita indegna deve esprimere sempre propositi morali.
2. Il tiranno più amato è quello che punisce e premia senza ragione.
3. Ci lusinga di più il cieco favore della fortuna che il riconoscimento dei nostri meriti.
4. Il peggio che può capitare a un genio è di essere riconosciuto.
5. Colui che crede in sé stesso vive coi piedi fortemente poggiati su una nuvola.
6. Da quando l'uomo non crede più nell'inferno, ha trasformato la sua vita in qualcosa che somiglia all'inferno. Non può farne a meno.
7. La felicità consiste nel non desiderare che ciò che si possiede.
8. La libertà conduce alla noia e la noia alla dittatura.
9. I giorni indimenticabili della vita di un uomo sono cinque o sei in tutto. Gli altri fanno volume.
10. Ci sono molti modi di arrivare, il migliore è di non partire.



Il 20 dicembre 2024 si è tenuto il congresso: *“Le cure palliative nelle patologie d’organo end-stage: attualità e prospettive”*. L’evento, organizzato all’auditorium del Centro Servizi Sanitari di viale Verona è stato molto partecipato, ed ha visto la presenza anche di partecipanti provenienti da altre regioni. L’obiettivo del convegno era quello di formare i partecipanti a saper riconoscere, accogliere e rispondere alle necessità palliative dei pazienti affetti da insufficienze d’organo (insufficienza renale, insufficienza cardiaca, malattie neurologiche degenerative, insufficienza polmonare cronica). È infatti noto che l’allungamento dell’età media e i progressi della medicina hanno permesso di cronicizzare molte patologie che un tempo erano considerate rapidamente mortali. Tuttavia oggi l’approccio alla cronicità deve tener conto degli inevitabili limiti degli strumenti terapeutici, dell’evolversi della patologia e delle preferenze del paziente e saper includere pertanto un approccio di cure simultanee e palliative nelle fasi di progressione della malattia. L’evento ha permesso in tal senso di far incontrare i sanitari che si occupano di cure specialistiche d’organo con quelli che si occupano di cure palliative, per favorire una conoscenza reciproca e favorire un approccio integrato al paziente. Vi sono state relazioni da parte di esperti nel settore e discussione di casi clinici per favorire la discussione.

Il 13 marzo 2025 abbiamo festeggiato in piazza la Giornata Mondiale del Rene, per la quale abbiamo stilato un breve resoconto (vedi articolo a pagina 13).

Il 12 aprile 2025 abbiamo partecipato alla Giornata della Prevenzione organizzata dal Cismed (Facoltà di Medicina) presso la sede di Palazzo Consolati. Rispetto alla precedente edizione alla quale avevamo partecipato a ottobre 2024, in questa edizione abbiamo proposto, oltre ad un questionario alimentare e sugli stili di vita, anche l’effettuazione dello stick urine per evidenziare eventuali problematiche come ematuria e/o proteinuria.

Ad **aprile** è mancato il Dottor Alberto Valli, storico fondatore della nostra associazione. Abbiamo chiesto a Giorgio Postal di scrivere un suo personale ricordo di una figura così importante per l’APAN (vedi pagina 24).

Il **prossimo 26 settembre** (vedi locandina) è stato organizzato da Goldservice uno spettacolo teatrale (Tut Colpa de L'ors - Gruppo teatrale Rumo) il cui ricavato andrà in parte devoluto alla nostra Associazione. Vi invitiamo ad aderire, per trascorrere una serata piacevole e divertente e per sostenere la nostra associazione!



GRUPPO TEATRALE RUMO

presenta

TUT COLPA DE L'ORS



Venerdì 26 Settembre 2025

alle ore 20,00

"Teatro Arcivescovile - Aula Magna"
Via Endrici, 23 - Trento



"Sei stato un dono, un raggio di sole
vivissimo e te ne sei andato
come una meteora.
Ci manchi tantissimo!"

Mariarosa, in ricordo del marito Sergio Derio



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

E LE STELLE STANNO A GUARDARE...

di Salvatore Marà

Non è difficile notare in noi e negli altri dei gesti inconsapevoli ai quali diamo poca importanza, ma ad osservarli meglio, ci riportano ad abitudini che da sempre attraversano la vita delle persone. Uno in particolare è abbastanza ricorrente: si può osservare al bar, davanti a un caffè, quasi nessuno si nega il piacere di soffermarsi sulle ultime pagine del giornale per leggere l'oroscopo, alleviare l'ansia quotidiana con i consigli delle stelle.

Un gesto d'altri tempi, vecchie mode del secolo scorso! In realtà, sorprende sapere che molti giovani cercano ancora lo stesso conforto fatto di consigli e di previsioni, interrogando un oracolo più vicino alla loro mentalità *ipertecnologica*. Hanno il conforto di chi li conosce meglio di tanti altri, persino dei loro genitori. Chiedono aiuto all'*AI*, all'*intelligenza artificiale*, che ha raccolto così tanti dati sui suoi utenti, da poterli consigliare su qualsiasi argomento, persino sull'amore¹.

La lettura dell'oroscopo, certamente, in una società complessa come la nostra, può aiutare a ridurre l'ansia per il futuro, come può spingerci a riflettere sulle conseguenze delle nostre azioni, oppure ad accettare i propri limiti e quelli degli altri. Insomma l'oroscopo ci aiuta a vivere meglio, ma non è soltanto una pia illusione, di fronte alla quale si può mantenere una certa dose di scetticismo. Potremmo dire che fa parte della nostra civiltà da sempre e che, per questo, merita un'attenzione non certo superficiale. Questo gesto "innocente" ha motivazioni molto più profonde da quelle accennate qualche riga sopra, tanto da spingere uno dei maggiori pensatori del Novecento a interessarsi della sopravvivenza e alla diffusione dell'oroscopo nell'industria culturale americana.

na. Mi riferisco al lavoro del sociologo e filosofo Th.W. Adorno (*The Stars Down to Earth*²), nel quale analizzava la rubrica di astrologia del Los Angeles Time, al suo ritorno negli Stati Uniti, fra il 1952 e il '53. A dispetto della distanza temporale che ci separa dal saggio *Le stelle su misura*³, difficilmente possono sfuggire al lettore, nei rilievi che Adorno muove alla società di allora, alcune somiglianze con la nostra situazione politica e culturale.

1) Zone d'ombra

Cerchiamo di seguire le argomentazioni di Adorno sulla diffusione dell'oroscopo, in particolare in quella società che l'autore definisce *tardo-capitalistica*, caratterizzata da una forma di *socializzazione secondaria* che potremmo riscontrare facilmente anche nella nostra realtà sociale ed economica. Infatti la *socializzazione secondaria* si riferisce a relazioni non dirette tra persone, ma mediate dai prodotti della moderna *industria culturale*, oggi ancora più sviluppata che negli anni '50. Anche se potrebbe suonare anacronistico, l'oroscopo è un prodotto dell'industria culturale come altri; a differenza di essi però, mette in mostra un aspetto assolutamente irrazionale della modernità. Un aspetto ulteriormente amplificato oggi dalla convergenza dei mezzi di comunicazione verso il digitale. Basti pensare al posto che occupano nella nostra routine quotidiana i *Social*, che ci permettono di pubblicare brevi filmati o immagini personali per condividere emozioni e momenti della nostra vita, eliminando però ogni esperienza diretta dell'altro, ogni coinvolgimento immediato.

¹ Concita De Gregorio, *Le amiche dei miei figli – anche gli amici, ma soprattutto le ragazze – quando hanno un problema si consultano con ChatGp*, *La Repubblica*, 22/12/2024.

² Th.W. Adorno, *The Stars Down to Earth: The Los Angeles Times Astrology Column*, in *The Stars Down to Earth*, Routledge, London; New York, 1994.

³ Th.W. Adorno, Luca Baranelli (editor), *Stelle su misura. L'astrologia nella società contemporanea*, trad. it. di Nicola Paoli, Einaudi, Torino, 1985.

Adorno considera l'oroscopo una *superstizione secondaria*, in quanto a differenza dal vero e proprio *occultismo*⁴, si rivolge ad un pubblico molto ampio e si presenta in una forma istituzionalizzata, sotto forma di rubriche, di programmi radiofonici e così via. Già allora, in una società sempre più legata ai consumi, dove il lavoro si presentava nelle sue forme di sfruttamento e alienazione più immediate, gli individui non comprendevano la complessità dei processi e le ragioni che avrebbero dovuto portare ad un miglioramento della società. L'oroscopo diventava, e lo è ancora oggi, la cartina di tornasole con la quale misurare il livello di percezione dell'irrazionalità che sembrava dominare la società postindustriale. Nel saggio di Adorno, l'irrazionalità non viene indagata solo come soddisfazione degli impulsi individuali, ma in una prospettiva più ampia, comprende persino quegli aspetti che ne dovrebbero essere immuni. "L'irrazionalità non è una forza che opera fuori dalla razionalità"⁵. In questo caso, il riferimento è ai movimenti politici e sociali, che anche nelle forme più spinte di autoconservazione, per Adorno, producono in realtà forze irrazionali che le portano all'autodistruzione. Insomma, la volontà di controllo e l'eccessiva razionalizzazione delle relazioni tra cittadino e istituzioni, tra individuo e società, in nome di una presunta efficienza e conservazione delle forme essenziali di benessere, secondo Adorno, potrebbero portare alla dissoluzione della società stessa. Un'altra categoria alla quale ricorre spesso Adorno per comprendere la funzione dell'oroscopo nella società, è quella della *pseudorazionalità*, che si manifesta nella mentalità espressa dall'*industria culturale*. Una delle sue conseguenze tipiche è l'affievolimento del senso critico, la perdita di contatto con la realtà, di conseguenza la costruzione di un mondo nel quale il lettore della rubrica astrologica si trova a suo agio. Adorno lo definisce il mondo della *semicultura*, ovvero una zona d'ombra tra razionalità scientifica e irrazionalità dei sentimenti. Come si può comprendere, le suggestioni sono molteplici. Emerge con particolare rilevanza la differenza tra ciò che si crede realmente, che fa parte ormai, potremmo dire così, del nostro senso comune, e un mondo diverso, contrapposto al primo, più vicino alle nostre pulsioni, quelle tenute a bada dalla razionalità del nostro Io. Ricordiamo però, che la *semicultura*, per Adorno, non è un fatto soggettivo, ma riguarda l'intera so-

cietà. In quanto fenomeno irrazionale è una realtà con la quale, più di ieri, oggi ci troviamo a fare i conti. Già negli anni '50, Adorno avvertiva della gravità della situazione, segnalando che lo stesso pensiero irrazionale presente nell'astrologia era stato notato nella mentalità autoritaria⁶: "... l'istituzionalizzazione della superstizione (...) ha raggiunto con la produzione di massa una quantità che è probabile trapassi in una nuova qualità di atteggiamenti e di comportamento."⁷

Adorno ci vuole dire che la diffusione di alcune forme irrazionali di pensiero era allora ormai così ampia, da poter indurre gli individui a un comportamento sempre più asociale e violento.

Gli indizi che Adorno cercava di intravedere nelle diverse forme di superstizione, espresse dalla cultura americana degli anni Cinquanta, sembrano affermarsi nella cultura del nuovo millennio, dove non pare esserci posto per i vecchi valori occidentali, che hanno improntato lo sviluppo della nostra civiltà.



2) Il lettore e la rubrica astrologica

La rubrica astrologica analizzata da Adorno, si presentava come quelle di oggi: una serie di consigli all'apparenza innocui, elargiti dall'astrologo, che si propone come mediatore tra i segni delle stelle e il lettore. In realtà resta incomprensibile il criterio con il quale i movimenti degli astri dovrebbero influenzare il comportamento

4 Th.W. Adorno, *Theses Against Occultism*, in **The Stars Down to Earth**, Routledge, London; New York, 1994, p.172.

5 Th.W. Adorno, Luca Baranelli (editor), *Stelle su misura. L'astrologia nella società contemporanea*, Op cit., p.17.

6 Il riferimento di Adorno è allo studio svolto insieme ad altri in America; pubblicato per la prima volta nel 1950: Theodor W. Adorno, Else Frenkel-Brunswick, Daniel J. Levinson, Nevitt Sanford, **The Authoritarian Personality**, Verso, London; New York, 2019. (Trad. it. **La personalità autoritaria vol.1-2**, ed. Pgreco, Milano, 2016)

7 Th.W. Adorno, Luca Baranelli (editor), *Stelle su misura. L'astrologia nella società contemporanea*, Op cit. (il corsivo è nostro), p.7.



individuale. Questa lontananza e opacità degli influssi astrali conservano quell'aspetto irrazionale che il lettore già vive nella società, attraversata da processi economici e politici che spesso sfuggono alla sua comprensione, immerso com'è in quella pseudocultura prodotta dai media. D'altra parte, l'astrologia gli permette di trovare delle giustificazioni alle situazioni contraddittorie che vive quotidianamente, persino gli promette delle gratificazioni insperate, riconciliandolo con il mondo e permettendogli di evitare un comportamento psicotico, tipico di una vita frustrante. Il lettore, facendo così, si sottomette ad un'autorità astratta, ma egualmente forte, che gli regala sicurezza. Dal punto di vista psicologico, l'astrologia offre una soluzione rassicurante: promette di decifrare l'incomprensibile. L'astrologo però fa leva su un aspetto psicologico più profondo, per indurre il lettore a sottomettersi alle sue previsioni. Il potere di persuasione della rubrica astrologica, secondo Adorno, non sarebbe altro che un'estensione di quel potere autoritario che Freud riconosce nel complesso di Edipo. Il potere delle stelle è il riflesso del potere paterno, inteso in senso freudiano, in una forma però molto astratta e avvolta da una misteriosa imperscrutabilità, non priva di aspetti minacciosi, in particolar modo, espressi attraverso raccomandazioni di evitare persone o situazioni dalle caratteristiche marcatamente negative.

Gli individui accettano il messaggio astrologico *non perché lo ritengano necessariamente vero, ma perché fornisce un senso di controllo e di appartenenza*. Inoltre si abitu-

no a cercare risposte esterne ai loro problemi, evitando un confronto critico con la realtà. Questo processo, secondo Adorno, rafforza la tendenza al conformismo, riducendo la capacità di un'autonoma analisi critica.

3) Astrologia e industria culturale

Adorno indaga i meccanismi dell'*industria culturale* nel tentativo di spiegare come possa l'individuo sottoporsi volontariamente ad un'autorità assolutamente irrazionale. L'autore si concentra sulle cause che spingono le persone ad accettare narrazioni verosimili, ma distanti dalla loro esperienza, a volte, causando nell'individuo una reale dissociazione tra immaginazione e realtà. I meccanismi alla base dell'industria culturale sembrano sfruttare i processi psichici che Freud aveva già individuato nel rapporto tra pulsioni e sogno. I sogni permetterebbero di soddisfare le pulsioni che, durante il giorno, vengono represses per seguire le norme della vita sociale, interiorizzate dall'Io. La notte, il sogno soddisfa in modo illusorio l'aspetto più aggressivo della nostra personalità, evitando il disagio mentale e permettendoci così, di giorno, una tranquilla vita sociale.

L'industria culturale, attraverso il cinema, il teatro e in diverse altre forme, ci fa trovare intorno a noi, già pronti, dei prodotti dell'immaginazione, ai quali aderiamo per soddisfare così i nostri impulsi, alla stessa maniera dei sogni. Alla fine, ci sottrae all'innocenza dei sogni per alimentare il potere della *semicultura*. Allontana le persone dall'esperienza diretta della vita reale, per consegnarle a un mondo dove verità e menzogna si confondono, un mondo dove qualsiasi affermazione, anche la più strana può trovare i suoi sostenitori. Per Adorno è la rivincita del Demagogo, del politico che usa le armi della retorica per convincere le persone a seguirlo, oppure promuove per proprio tornaconto la pseudoscienza: come accade sempre più spesso, mentalità autoritaria e pseudoscienza vanno a braccetto⁸. La *razionalità* però non è da meno della sua concorrente, anch'essa è contaminata da forme di irrazionalità, dalle quali non può salvarsi. Adorno condivide con Freud l'idea che la razionalità moderna nasca dal differimento del piacere. Il rinvio della soddisfazione delle nostre pulsioni permette così di creare lo spazio per la riflessione critica. Ma fino a quando potranno essere tenute a freno le pulsioni?

La razionalità porta dentro di sé il concetto di sacrificio, ma non offre nessuna garanzia per una gratificazione

⁸ Elena Cattaneo, *Il Parlamento scopre la mototerapia. Così la pseudoscienza governa l'Italia*, in **La Stampa**, 22/11/2024, p.19.

futura. Le contraddizioni non risolte della razionalità moderna spingono l'individuo a vivere in una terra di mezzo, una realtà opaca, alla ricerca compulsiva di una qualche forma di gratificazione che l'oroscopo può offrire.

4) Una razionalità "alternativa"

La rubrica astrologica solitamente dà consigli sul modo di comportarsi e mette in guardia da influenze esterne, che possano compromettere la buona riuscita di un progetto di lavoro o di una relazione affettiva. Fa intendere che ci siano persone che conoscano meglio del lettore la situazione che sta vivendo e sappiano come affrontarla più di ogni altro. Il lettore ne accoglie i consigli, con la sensazione di partecipare ad un gruppo di persone particolarmente intelligenti e avvedute su come va il mondo. Una *gratificazione narcisistica*, nata con la convinzione di poter spiegare i fatti che gli accadono durante la giornata.

Nella dinamica tra vita reale e consigli degli astri, il lettore dell'oroscopo cerca un equilibrio attraverso una sorta di rispecchiamento tra oroscopo e realtà. Spesso però, per rafforzare la gratificazione del lettore, la rubrica tende a costruire, con allusioni ed espressioni coniate ad arte, un nemico misterioso. Nascono allusioni a complotti e a gruppi di persone che operano nell'ombra per opporsi agli influssi favorevoli degli astri. Adorno individua un meccanismo di *gratificazione/frustrazione* che dovrebbe rafforzare il senso di appartenenza, ma che porta con sé il timore di poter perdere tutto e di dover combattere contro forze ignote. Allo stesso modo, anche la società viene vista come percorsa da dinamiche irrazionali, di complotti orditi da forze oscure che tramano nell'ombra. L'effetto sui lettori è quello di esaltarne l'individualismo, la competitività, con un risultato contraddittorio: l'adattamento alla società contiene un aspetto di profondo disadattamento, di eccessivo egocentrismo, sino ad arrivare al *carattere proiettivo*, che vede negli altri gli aspetti più oscuri delle proprie pulsioni, per effetto di una *sindrome paranoica*.

Adorno dà una definizione del tipo di razionalità che emerge osservando i consigli più frequenti presenti nella rubrica: "... non mettere in discussione situazioni irrazionali, ma riuscire a trarne il massimo vantaggio dal punto di vista del proprio interesse privato."⁹

Assistiamo a un depotenziamento della razionalità, considerata un semplice strumento economico, privo

di ogni aspetto critico, in una società composta da individui che mirano soltanto all'opportunismo più manifesto. Ne consegue un'idea di libertà assolutamente distorta, lontana da quella teorizzata dai padri della moderna democrazia, piuttosto espressione delle capacità egoistiche di sfruttare le situazioni nel modo più favorevole al proprio tornaconto. Una sorta di adattamento machiavellico alle varie situazioni, incoraggiato dai consigli della rubrica astrologica.

Le congiunzioni astrali consigliano però sempre una certa misura nel comportamento, una mediocrità che dovrebbe rispecchiare la mentalità piccolo borghese propensa ad adattarsi alla società, nonostante le situazioni contraddittorie. Ancora una volta, Adorno ci mostra una costante della società nata dai due conflitti mondiali, facilmente riscontrabile nei fatti politici ed economici che stiamo vivendo: la coincidenza tra *pseudocultura e mentalità autoritaria*.

Possiamo notare come le osservazioni di Adorno trovino oggi una conferma sorprendente. Viviamo in una società in cui la pseudocultura si intreccia con il pensiero autoritario, i social media amplificano le derive irrazionali e la costruzione del consenso si fonda sempre più su logiche emotive, anziché su argomentazioni razionali. Il mondo dell'oroscopo, quindi, non è solo una curiosità folkloristica, ma il sintomo di un fenomeno molto più ampio e inquietante.



9 Th. W. Adorno, Op. cit., p.16

LA CAVA

di Anna Maria Ercilli

Quando impari a riconoscere la sua voce, non la dimentichi, ritorna dove ha lasciato le sue tracce, ogni anfratto, ogni arbusto, ogni albero conosce i segni del vento. Riconosci ad occhi chiusi l'albero della musica, il suono si ripete nel canto a cappella, una voce della madre terra.

Sulla collina il vento si fa sentire e sembra spingere la ragazza sul sentiero, avvolta dalla corrente che rovescia le foglie argentate verde scuro, pastello, scabre o muschiate, aromi e suoni.

Cammina lentamente con gli occhi sulla costa, il mare in lontananza solleva creste di schiuma bianca sulle onde in burrasca, forza otto. Si ferma a riposare a Regina Pacis, un alito caldo umido esce dalla grata della cappella, traccia un segno a ics sul labbro per rispetto, la gola secca chiede acqua e menta della borraccia, poi prosegue sulla via napoleonica, diventata nel tempo un'attrazione per gli escursionisti.

Docile la segue l'amica di quel pomeriggio, lentamente con le soste che si prende per brucare - sì brucare -. Lei di gambe ne ha quattro, non fa domande indiscrete, non maligna, si lascia condurre fiduciosa, si chiama Bedin (nome onomatopeico), una capra piemontese allevata con altre per produrre il latte. Così dicevano.

In realtà la strada ricalca il tracciato della via romana Julia Augusta, si snoda attorno al monte Caprazoppa, inciso da molti sentieri che conducono alle vecchie cave di pietra calcarea e scendono da Verezzi al piano. Sul lato mare, si vede la divorante ferita della cava ex Ghigliazza, nel sito dal nome evocativo "Arene Candide". Infatti in quella località esisteva una grande duna sabbiosa di candido quarzo, un "residuo dei forti venti della glaciazione", un tesoro naturale, sfruttato attorno agli anni venti. Al suo posto si insediò l'attuale cava.

La camminata prosegue con accelerazioni e soste. Le due amiche seguono il variare della macchia, lentisco, sorbo, lavanda e rosmarino dal profumo intenso, cercano i fiori di ginestra, con strappi decisi staccano dei rami, entrano

nell'ombra dei lecci, dove le rocce traforate pavimentano il sentiero. Solitari pini domestici ombreggiano tratti di pendio. Arrivano al pianoro davanti alla cava abbandonata, da quel punto il paesaggio si allarga alla costa di Ponente, l'isola Gallinara sullo sfondo, riflessi di sole dentro il mare.

La ragazza siede con il libro aperto, *Il Ranger del Texas* di Zane Grey, lo scrittore preferito di quell'estate. La capra stacca le foglie degli arbusti, sembra seguire la lettura dell'amica umana, ad ogni cambio di pagina sceglie un nuovo arbusto. La masticazione è il rumore della sua presenza; quando le amicizie trovano ostacoli nel semplice ritrovarsi, un animale può accompagnare per un pezzo di strada, senza chiedere nulla in cambio.

I rumori della costa salgono al pianoro rimescolati dal vento, la luce dorata copre alberi e rocce, i gabbiani si lasciano trasportare dalla corrente, galleggiano nell'aria. È l'ora del ritorno. "Vieni Bedin", la ragazza raccoglie la corda allentata e si avviano verso casa.



L'AUTONOMIA DEL TRENTINO-ALTO ADIGE NELL'AVVINCENTE TESTIMONIANZA DI GIORGIO POSTAL

di Lorenzo Ricci

La delicata questione dell'autonomia della Regione Trentino-Alto Adige, unitamente alle posizioni spesso divergenti tra Trento e Bolzano su alcuni aspetti fondamentali, hanno contrassegnato la storia della democrazia cristiana della provincia di Trento e di Bolzano con riferimento al fallimento del Primo Statuto.

A distanza di sessant'anni Giorgio Postal, già Sottosegretario alla ricerca scientifica e, successivamente, agli Interni con delega alla Pubblica sicurezza, rivive, attraverso una serie di riflessioni raccolte in un volume di scorrevole lettura (*"Brani di vita vissuta"*, a cura di Mauro Marcantoni, IASA ed., 18 Euro), le vicende relative alla costruzione di quel delicato equilibrio politico fondato sull'Accordo De Gasperi-Gruber, base della convivenza con i Sudtirolesi, sia pure in un contesto in cui spesso le posizioni tra le due province non collimavano. Se tuttavia si tende a parlare di "fallimento" del Primo Statuto, Giorgio Postal sembra propendere per una sorta di inadeguatezza dello stesso, aumentata in modo particolare dalle rigidità espresse dalle classi dirigenti trentine cui veniva addebitata una visione piuttosto chiusa del mondo tirolese.

Una situazione che divenne ancor più problematica dopo le Risoluzioni dell'ONU del 1960 e del 1961, che bloccarono le richieste di autodeterminazione per il Sudtirolo, dando inizio all'escalation del terrorismo.

"Personalmente - afferma Postal - sono convinto che nel 1919 la via più dritta e più giusta sarebbe stata certamente quella dell'autodeterminazione, perché, dal punto di vista della nazionalità, non c'era nessuna valida ragione perché il Regno d'Italia rivendicasse e ottenesse l'annessione del Sudtirolo, un Paese compattamente austro-tedesco per cultura, lingua e tradizioni".

Una situazione che si prolunga, irrisolta, a fronte del disagio del gruppo di lingua tedesca, e che sfocerà nella cosiddetta Notte dei fuochi e nei numerosi attentati a ferrovie e caserme, fin'anche alla decisione successiva al raduno di Castel Firmiano del "Los von Trient".

Giorgio Postal descrive con precisione tutti questi avvenimenti a margine della Questione tirolese, non esclusi i lavori della Commissione dei 19 per la predisposizione del Pacchetto, contenente le norme a favore delle popolazioni altoatesine, approvato nel dicembre del 1969. L'analisi di Postal non si limita tuttavia solo a questo poiché essa prende in esame svariate vicende inerenti la vita della terra trentina, non esclusa la nascita dell'Istituto superiore di Sociologia nel 1962.

Il tutto all'insegna di un percorso complesso dal quale sono tuttavia emersi risultati straordinari perché, come ci ricorda lo stesso Postal, non possiamo ignorare che "da uno stato di sottosviluppo e di marginalità, sia Bolzano che Trento, hanno raggiunto livelli che le collocano ai gradi più alti in Italia, e anche in Europa".

Di fatto un patrimonio di esperienza nella gestione dell'Autonomia che, comunque la si voglia intendere, rimane un esempio per tutti.



IN GIRO PER LE ISOLE

di *Laura Paquale Roversi*

Seguo alla televisione le notizie dello tsunami che ha colpito il Sud Est asiatico e le Maldive. Male, allagata, è irriconoscibile: sarà di nuovo un giorno la mia Male, assoluta e immota nella luce accecante del giorno?

Da "La Stampa" di oggi "...il mare si è ritirato e ha svuotato lentamente la lingua d'acqua che separa la nostra isola (Boduhiti) da Kudahiti. Il livello del mare è calato di diversi metri, la barriera corallina che si vede soltanto in immersione o facendo snorkelling d'improvviso si è come scoperchiata, rami di calcare sembravano tronchi d'albero che uscivano di un metro dal livello del mare,,"

Il mio pensiero corre a quel primo incontro con le Maldive di tanti anni fa.

Abitavamo a Male in una casa vicino al palazzo del presidente.

L'abitazione era povera e squallida ma era la più confortevole che Enrico avesse trovato. C'era un vero bagno e non un bagno maldiviano, (Il bagno maldiviano è costituito da un cortile cintato con un pavimento di corallo, un bastone e un pozzo da cui tirare su l'acqua) e una vera doccia.

Peccato che con tutte quelle finestre non ci fosse un po' di privacy: sul più bello passava qualcuno, si affacciava alla finestra e chiedeva: "Chi kurani?" E cioè "Che cosa fai?".

Insetti vari (cimici e scarafaggi) ci impegnavano in una lotta quotidiana. Qualche topolino faceva la traversata di tanto in tanto. Ma questa era la norma e ci si adattava. In contrasto con la povertà della vita a Male c'era lo splendore delle altre isole. Non vedevamo l'ora di conoscerle.

Finalmente il 6 luglio noleggiamo un dhoni (barca a vela maldiviana) per l'intera giornata.



Saliamo a bordo: i due marinai abbigliati con camicia e mundu (sarong a quadretti che indossano gli uomini delle Maldive in luogo dei pantaloni), sorridenti e tranquilli escono con elegante disinvoltura dal porto manovrando la barra del timone con un piede. La loro bravura e la loro sicurezza nel portare la barca fanno dissipare le mie paure anche se per un po' continuo a tenermi aggrappata al bordo. Il primo tratto di mare ci porta a Villinghili, l'isola di fianco a Male. La randa si gonfia con il vento costante e in breve siamo all'isola, nella laguna e buttiamo l'ancora vicino alla spiaggia.

Noi scendiamo, mentre i due marinai rimangono a bordo. A loro non è consentito approdare a un'isola turistica, possono scendere solo nelle isole dei pescatori. Si mettono all'ombra di una palma e aspettano.

L'isola sembra abbandonata, il villaggio è chiuso perché siamo fuori stagione, è infatti il periodo del monsone di sud-ovest che porta la pioggia.

Ci sono solo i guardiani che ci vengono incontro, ci accolgono con sorrisi di benvenuto, ci lasciano visitare l'isola e poi ci offrono uno spuntino. Sembra di essere in una favola: tra le palme e i cespugli fioriti spuntano i bungalows, ora chiusi. Sembrano confortevoli, tutti allineati e tinti a macchie di colore bordeaux e vinaccia. Dappertutto i camaleonti, che si vedono solo quando sono in movimento perché assumono il colore dell'erba o della pietra su cui si appoggiano, sui muri i gechi immobili, uccelli bianchi ovunque nella vegetazione.

La spiaggia è bianca, con certi granchi enormi sempre indaffarati a spostare la loro abitazione con la marea. Nella laguna nuotano pesci di tutti i tipi e anche alcuni piccoli squali che seminano il panico tra i branchi di pesciolini.

Passaggio e mi sento Alice nel Paese delle Meraviglie... mi chiedo quale fortuna mi ha portata qui a provare questa felicità... poi a malincuore, perché non mi tro-

verò mai più in questo sogno, lascio quel paradiso e torno a bordo con Enrico.

Il secondo tratto di mare ci porta in mezz'ora di navigazione (vento in poppa o al lasco) a Curumba (=il cocco), la prima isola turistica costruita alle Maldive.

Anche questa è disabitata; solo i guardiani sono presenti e ci accolgono. Ci invitano a visitare l'isola e poi uno spuntino: sono sorridenti, comunichiamo in Inglese.

È bello scendere da una barca su un'isola per esplorarla! I bungalows sono anche qui vuoti: siamo out of season! E pensare che oggi i turisti affollano le isole tutto l'anno indipendentemente dal monzone e dal tempo.

Ancora una volta sembra di essere in una fiaba!

Non ricordo se abbiamo fatto il bagno, penso di sì.

Il reef e i pesci del reef sono uno spettacolo indimenticabile e facilmente accessibile. Pare che ora la barriera corallina sia morta in molte isole, soffocata dall'inquinamento, dalle costruzioni e dal rialzo della temperatura: sarà difficile rivedere quello splendore!

È ormai pomeriggio: ci muoviamo con il dhoni verso Fahrukulufushi, l'isola di fianco all'aeroporto di Hulule. È la sede del Club Méditerranée (allora Club Nature) ed è l'unica frequentata dai turisti in questa stagione.

Il direttore è un bel tipo dall'aria scanzonata e vissuta, viso alla Jean Marais, abbronzato e navigato. Indossa l'elegante pareo del Club. Ci accoglie come un ex hippie arrivato ed affermato che non disdegna di incontrare i compagni giramondo più spiantati.

Ci invita a fare un giro per l'isola e ci dà il braccialetto di palline-monete con cui si possono fare gli acquisti. Giro per un po' e poi mi sistemo sulla spiaggia all'ombra di

un cespuglio. Faccio il bagno poi prendo il sole. Mentre mi riposo e sonnecchio distesa a pancia in giù, con la coda dell'occhio vedo alcuni ospiti del Club passeggiare sulla spiaggia con in vista particolari anatomici solitamente celati.

Guardo meglio con aria indifferente: è proprio vero, sono tutti nudi, e la nudità non passa inosservata, anzi è sottolineata dal colore paonazzo che assume la pelle quando è esposta al sole per la prima volta.

Io mi sento all'improvviso a disagio, perché indosso il costume, e fuori posto, ma che posso fare? Cerco di passare inosservata, ma è difficile.

Raggiungo il bar dove, seduti a un tavolino, incontro Enrico e Monsieur le directeur, che nella dispensa ha scovato un vino "savoureux" lasciatogli da un cliente italiano. Brindiamo... il gusto frizzante e mosso lo conosco... mi dà alla testa, dopo quasi un mese di astinenza da ogni cibo buono. Mi sembra di conoscere questo vino. Leggo l'etichetta della bottiglia: Cantina sociale. Moscato d'Asti. Ecco che cos'era! Che ci faceva quaggiù in questo atollo sperduto?

Mi metto a ridere come una sciocca e mi sento felice. Mi sento vicina a tutti e buona e mi pare che tutti siano buoni. Che sia l'effetto del sole e delle isole, della laguna o il fatto che viviamo in una fiaba? O semplicemente del vino e del mese di astinenza?

Non ho mai dimenticato quel giorno, l'atmosfera di favola delle isole, il giro in barca... Il bel sogno è finito e forse è da ricordare così come l'ho descritto. Il ritorno al presente è amaro.



CONSIGLIAMI UN LIBRO

a cura di Serena Belli



LA PROVA DELLA MIA INNOCENZA

di Jonathan Coe
Novembre 2024
pg 416

Premesso che dovremmo essere tutti d'accordo sul fatto che Coe è un ottimo romanziere, che sa raccontare (bene) delle storie, questo libro parte benissimo ma nel prosieguo, pur rimanendo una lettura divertente ed

interessante, a mio avviso è inferiore ad altri suoi romanzi, peraltro piacerà moltissimo agli amanti dei "gialli alla Agatha Christie".

Ambientato in Inghilterra, nel periodo dopo la Brexit e dopo il Covid, in una tradizionale famiglia borghese, genitori con figlia aspirante scrittrice appena laureata - Phyl, il romanzo prende le mosse dall'arrivo di un ospite: Christopher Swann vecchio amico della madre, accompagnato dalla figlia adottiva.

Vengono affrontati molti temi interessanti, di attualità: la difficoltà a trovare un lavoro ed il conseguente sfruttamento dei giovani, la nomina della nuova Premier inglese conservatrice (Liz Truss, che durerà in carica solo 7 settimane), la morte della Regina Elisabetta seconda, il tentativo della opposizione di riprendere il governo, le spinte di una destra estremista che gioca nell'ombra. In realtà attraverso alcuni salti temporali all'indietro, il romanzo risale agli anni settanta del secolo scorso, pe-



riodo durante il quale è nata la amicizia tra Christopher e la mamma di Phyl ed altri studenti di Cambridge, che ritroviamo tutti adulti ad un convegno dei Conservatori, al quale partecipano a vario titolo: come sostenitori o come oppositori del Partito.

Durante il convegno c'è una morte improvvisa e Phyl prende spunto da questo evento per scrivere il suo romanzo, che pur essendo un prodotto di fantasia potrebbe essere la rappresentazione più aderente alla realtà, di quanto si possa immaginare.

Tornando al fatto che il libro sembra scritto da Agatha Christie, lo dico perché da un certo punto in avanti troviamo proprio tutti gli elementi classici dei suoi gialli: l'assassinio si verifica in un ambiente chiuso e ristretto, i sospettati sono un numero limitato, il poliziotto arguto ed originale assistito da un collaboratore che fa le giuste domande, gli interrogatori durante i quali vengono raccolti una serie di indizi, che porteranno alla risoluzione del caso.

Non mancano nemmeno due investigatrici dilettanti che, rischiando grosso, scoprono indizi importanti. Alla fine del racconto Jonathan Coe ri-diventa Coe e, riprendendo le redini della trama, ci riporta ai giorni nostri chiudendo il romanzo.

La questione che si pone Coe il Romanziere, è la seguente: è giusto che uno scrittore scriva di cose inventate, non sarebbe meglio che raccontasse solo di sé e della sua vita o, per lo meno, di cose di cui ha avuto una esperienza diretta? E se racconta di sé, quanto è lecito "romanzare"?

Questo modo di scrivere un romanzo ha anche una definizione: autofiction. Il tema è interessante al di là de "La prova della mia innocenza", romanzo che offre lo spunto per fare una riflessione sull'argomento, riflessione che riguarda certamente il lettore, ma soprattutto chi scrive.



IL RUMORE DEL TEMPO

Julian Barnes

Maggio 2015 pg 187

Julian Barnes (sì, ancora lui) ci racconta la biografia di un grande musicista russo: Dmitrij Sostakovic, inizialmente amato dal regime comunista di Stalin, poi caduto in disgrazia ed infine riabilitato, suo malgrado. Magnifiche e drammatiche le prime pagine nelle quali lo

vediamo, notte dopo notte, vicino all'ascensore nell'attesa che la polizia politica lo venga a prendere, vestito di tutto punto, per non disturbare e spaventare i figli e la moglie, che in realtà sta solo fingendo di dormire. Un uomo incerto, timido e forse anche pavido (lo dichiara lui stesso), che non trova il coraggio di ribellarsi alla dittatura comunista, durante l'Età del terrore di Stalin. Sostakovic usa l'ironia per minare dal di dentro il sistema, anche se è consapevole che si tratta di una debole arma, se l'oggetto della stessa non ha l'intelligenza e l'umiltà per comprenderla.

Rifugge altresì dal sarcasmo, che potrebbe essere un'arma più incisiva, ma che definisce essere l'ironia quando ha perduto l'anima. Dopo anni in cui le sue composizioni non venivano più suonate in Russia, vista la sua fama internazionale, viene riabilitato ed inviato nel mondo quale ambasciatore e rappresentante della Unione Sovietica a dimostrazione di quale Grande Paese Democratico si tratti.

E lui va, come un animale al macello, disperato per non avere il coraggio di ribellarsi, né di chiedere asilo politico, né di esporsi dichiarando gli orrori di cui è stato testimone. E anche quando, nell'era di Kruscev, gli viene imposto di iscriversi al Partito Comunista, cosa che era riuscito sempre ad evitare, le prova davvero tutte ma alla fine si adegua.

Con rimpianto e disperazione, ma si adegua. Negli ultimi anni della sua vita, infine, arriva alla conclusione che, a differenza dell'eroe che esprime il suo coraggio in unico atto, l'aver vissuto come ha fatto lui, da vigliacco, ha significato imbarcarsi in una impresa di resistenza

che è durata tutta la vita. E poi si chiede: quando tutto sarà dimenticato (quando la mia storia e la mia biografia non interesseranno più a nessuno) la mia musica, se avrà conservato un suo valore oggettivo, troverà un suo posto autonomo nel mondo della Musica?

Sarà infine Musica e nient'altro?

La mia arte, sarà in grado di resistere al Rumore del Tempo? E così in effetti è stato. Fatevi un regalo, leggete questo libro.



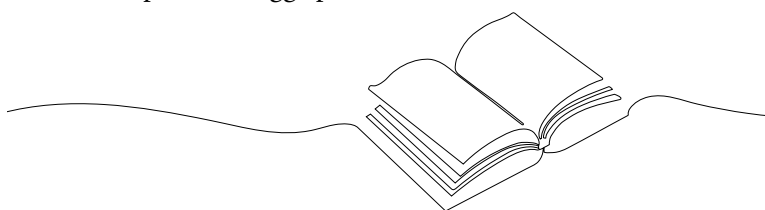
CELEBRE

Maud Ventura

2024 pg 360

Chiudo con un divertimento non superficiale e con finale a sorpresa, che mi ha fatto ricordare: L'altra faccia di mezzanotte di Sidney Sheldon (vecchia roba anni '80 credo). È la storia di Cléo che fin da bambina è sicura di diventare una

star internazionale della musica, mettendo tutta sé stessa nell'impresa, al di là dell'umano. In effetti i suoi sogni si realizzano e diventa famosa, ricchissima ma crudele. Circondata da un cerchio magico che la protegge da tutto quello che la può anche lontanamente disturbare, ma anche dalla Vita vera, il suo carattere, già molto difficile, via via peggiora: l'amore è un fallimento e la sua vita va a rotoli. È così che, all'inizio del libro, la vediamo approdare su un'isola deserta, dove si fa portare in gran segreto per ritrovare sé stessa, e lì durante il soggiorno ripercorre tutti gli errori della sua parabola. Il libro parla di social, di come si possono manovrare, della inconsistenza delle amicizie di Facebook, di algoritmi, di delirio di onnipotenza, di una vita virtuale, che è completamente avulsa dalla realtà oggettiva. Il romanzo mi ha lasciata interdetta, letto tutto di un fiato. Riletto il finale due volte. Cosa chiedere di più, se si legge per divertimento?



Ghigni, sberleffi e un bestiario variegato

IL MISTERO DEI MASCHERONI NELLE CHIESE

*di Fiorenzo Degasperi**



Le nostre chiese offrono un bestiario medioevale trasformato in geometria ornamentale che presiede e dirige il movimento delle immagini e ritma la varietà del gioco, proiettando e moltiplicando un importante schema difensivo. È a questo strano popolo formato da uomini, bestie e uomini-bestie che è stato delegato il compito di sorvegliare lo spazio sacro. In un tempo in cui non c'era differenza tra alto e basso, fuori e dentro, colto e incolto. Tutto faceva parte di un tutto.

Per quanto isolate, le chiese della nostra regione offrono una ricchezza scultorea poco nota. Eppure sta

in questa presenza muta la forza delle immagini che si fanno storia. Ammirare questi visi e musì arruffati, la cui collocazione ci costringe a torcere il collo, ci avvicina all'uomo medioevale, all'uomo di montagna, combattuto tra il fascino dell'ignoto demoniaco e l'allontanamento dello stesso attraverso l'immagine apotropaica. Non ce ne accorgiamo ma gli scaccia-maligno esercitano la loro funzione ancor oggi.

Giovanni Francesco Gemelli Careri, transitando per Bressanone nell'autunno del 1686, annota: sulla porta del palagio Vescovile vidi 29 teschi di lupi. Perché non solo di facce e teste si coprono le chiese. Il male è

potente e forte, quasi invincibile per la mentalità medioevale. Ed ecco allora un esercito di animali fiorire sui doccioni, agli angoli delle absidi, sui frontoni. Lupi, draghi, grifoni, orsi, cani, cavalli mortuari, leoni. Sembra quasi che gli animali totemici dei clan galli, celti e germanici siano tornati ad occupare lo spazio che gli spetta: quello di emblemi di forza, aggressività, potenza e autorità. Ultimo exploit prima di finire, depotenziati, come simboli araldi-



Duomo di Trento grifoni

ci su tombe, stemmi e bandiere, o essere sostituiti dal più tranquillo e ammiccante gallo canterino segnavento, che ci ricorda il tradimento di Pietro e il sorgere del sole (quindi di una speranza rinnovata quotidianamente).

È il mondo di là che arriva di qua e lo spettatore entra in una dimensione in cui il ringhio del cane o il ruggito del leone tiene i krampus, gli orchi e l'homo selvadego relegati fuori dalla cinta sacra della chiesa e del cimitero.

Loro sono posti a difesa dello spazio sacro, quello in pietra dell'architettura ma anche quello della nostra anima.

Se l'interno della chiesa di S. Biagio a Trodena ci accoglie con la "sonorità" delle sculture degli angeli musicanti è perché possono suonare l'immaginaria musica grazie alla protezione affidata, all'esterno, a due robusti e irrequieti orsi, che tengono lontani gli spiriti che scendono dalle miniere della val di Fiemme e i demoni che popolano le foreste del Monte Corno. Il grifone di Lagundo, chiesa di S. Ippolito, è posto nel timpano, assieme ad un unicorno: si deve essere puri per superare la soglia altrimenti ci pensa lui, guardiano demoniaco rivalutato qui in simbolo del Cristo. Lo stesso grifone, un po' più artistico e plastico, lo troviamo sull'abside del duomo di Trento, in compagnia di basilischi, serpenti che si mordono la coda, leoni e telamoni. Mentre non possiamo dire quale sia l'animale che sporge dal campanile della chiesa di S. Caterina a Roverè della Luna: metà orso e metà lupo, ma quelle enormi orecchie non sappiamo proprio a chi attribuirle. Così come fantasiosi sono gli animali che difendono il portale della cappella romanica di Castel Tirol. È questa zoologia umana e animale ornamentale a dirigere il movimento difensivo delle immagini contro



Castel Tirol 2 portale della cappella

il male, a ritmare la varietà della loro presenza per difendere le figure e le pitture interne della chiesa, che raccontano gli episodi dell'Antico e Nuovo Testamento. Una geografia dell'immaginario poco noto, eppure erano queste teste a far sì che il fedele si sentisse al sicuro entro queste mura. In questo grottesco mondo venuto dall'oriente e contaminato dai miti e dai riti nordici, con una sbirciatina al Physiologus, i fedeli vedevano un mondo alla rovescia, un "umanesimo" diverso, dove erano la maschera e l'animale dalle indefinite forme a difendere l'uomo da ciò che temeva e che né cavalieri né preti riuscivano, se non proprio a uccidere, almeno a tener lontano.

Tutto questo bestiario, con il Rinascimento, non scompare: semplicemente si privatizza. Scende dalle pareti e dai campanili delle chiese e, complice l'intaglio ligneo, diventa soffitto di stube, pannello decorativo di saloni e camere di castelli (Castel Velturno), cassettoni come nella camera del municipio di Vipiteno.

Queste immagini, di cui sono ricche le nostre chiese alpestri, ci presentano un mondo bizzarro e fantastico che supera sicuramente l'immaginazione dei nostri tempi. Sembra quasi che sorrida questa testina di pietra bianca appena sbazzata. È tonda come il sole che la riscalda ogni mattina, con i raggi che portano speranza e



Duomo di Bolzano

il ricordo del Paradiso Perduto. La testina è scolpita sulla stampella della bifora dell'esile campanile romanico della chiesa gotica dei SS. Filippo e Giacomo a Sardinia, a pochi chilometri da Trento. Ormai quasi nessuno sa dell'esistenza di questa immagine eppure un tempo i fedeli alzavano gli occhi in quella direzione perché consideravano questa testina un simbolo di augurio e di vita feconda.

Per questo è rivolta ad oriente e non si trova sulle stampelle delle altre bifore.

Nel medioevo i costruttori e i lapicidi di chiese romaniche e gotiche, anche le più isolate, si sbizzarrivano a popolare gli edifici religiosi di teste, testine, crani, teschi, maschere e mascheroni di uomini e animali, di diavoli, esseri fantastici e demoni. Tutte svolgevano comunque la funzione apotropaica di tener lontano il male, scacciare la sfortuna e impedire al demonio di impossessarsi della chiesa, oppure di attirare la fortuna, la speranza sui fedeli che si aggiravano nello spazio sacro della chiesa. E proprio per tener lontani i fantasmi maligni fu scolpita una teoria di testine umane alternate a quelle animali (soprattutto tori, simbolo di

fertilità, forza, potenza) sul cornicione meridionale del Duomo di Trento.

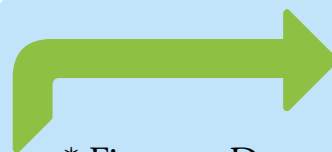
Perché i demoni meridionali fanno altrettanta paura di quelli che nascono ad occidente e accompagnano – o trascinano – i viventi nell'oltretomba. Una forte difesa simbolica la cui origine si perde nelle facce etrusche spaventose, sbeffeggianti e linguacciate collocate come antefisse in terracotta sui bordi dei tetti, diventate con il tempo meduse, gorgoni, sileni con evidenti caratteri demoniaci e apotropaici. Gli stessi popoli galli, esenti da architetture sacrali in pietra, hanno contribuito all'eredità medioevale "abbellendo" le loro capanne con teschi di animali, di nemici, mascheroni totemici scolpiti nel legno tra realtà e mito. Strabone riferisce che inchiodavano all'architrave delle proprie case le teste mozzate dei nemici uccisi in combattimento.

Se i costruttori romanici si accontentavano di arricchire l'esterno delle chiese e delle cappelle alpestri di un bestiario umano terrificante, irriverente, talvolta invece solare, i lapicidi gotici disseminavano questa presenza ovunque, partendo dalle mensole che sorreggono i costoloni, fino ai soffitti, ai pulpiti, alle entrate delle

porte: un vero e proprio mondo di teste senza corpo. Basta entrare nella piccola chiesa di S. Andrea ad Antlas, vicino a Longostagno, per sentirsi accerchiati da queste presenze mefistofeliche. Le troviamo a pochi metri dall'altare, nell'abside, nella parte più sacra e misteriosa della chiesa. Sono forse lì per tener lontani gli spiriti che aleggiavano su questo terreno, antico luogo di culto retico? Oppure per accogliere – visto che siamo sul Renon – i ricorrenti sabba delle streghe, come ben sanno le donne di Castelrotto? Uno ha la lingua completamente fuori come se fosse la dea Kali, colei che è il tempo, oppure Ganesha, l'elefante apportatore di fortuna: ti sbefeggia a pochi metri dall'altare. Un'altra testa sembra tenere in bocca una mela, un'altra ancora spunta da una colonna. Sul soffitto un lacerto di marmo presenta due facce opposte, una sbigottita e sorpresa, l'altra silenziosa e truce. Ci vengono in mente i doccioni del duomo di Bolzano fatti di draghi, serpenti e volti satanici, o quello aereo della cappella della Madonna al Santuario di Maria Trens. Ben più terribile è la bocca che s'ingoia una colonna nella chiesa di Terlano o l'inquietante uomo-albero con gli occhioni sgranati che ci accoglie sullo stipite della parrocchiale di Burgusio frenando – basta lo sguardo – ogni malintenzionato. Bisogna arrampicarsi fino a Tagusa (Castelrotto) per vedere, sul campanile della chiesa di S. Maddalena, una testina assai stramba: il mento schiacciato, il naso affilato e un berretto frigio con pon pon finale. Che sia il ricordo del culto del dio Mitra che si teneva nel paese sottostante di Ponte Gardena, l'antica "statio" di Sublavio? Anche l'abside di S. Floriano a Laghetti affida ad una testina, alternata ad aquile e animali simbolici, la difesa dello spazio sacro. Guardano tutti ad oriente.

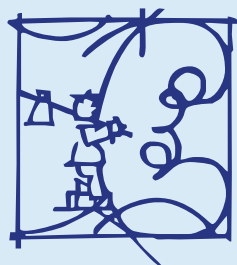


S. Leonardo a Favogna



* Fiorenzo Degasperì

Critico d'arte e scrittore racconta i suoi viaggi compiuti all'interno dell'arte nel paesaggio mitologico e nella geografia sacra della cultura alpina sulle Riviste: Trentino mese e Arte Trentina.



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

PER SUPPORTACI

puoi anche donarci il tuo 5 per mille!

CF: 96006150229



LA COMUNICAZIONE È UN PASSO DI VALZER

di Aldo Nardi

Nella società globalizzata stiamo assistendo, da alcuni anni, ad una vera e propria mutazione delle dinamiche comunicative, le cui caratteristiche prevalenti descrivono la necessità di costruire una relazione comunicazionale all'insegna dell'accoglienza reciproca all'interno di una realtà ad elevato grado di complessità. Partendo da questa premessa non si può che ritenere fondamentale la capacità di ascoltare, per uscire fuori dalle pertinenze di uno specifico modello culturale e per entrare nelle dinamiche identitarie e culturali dei casi che non rientrano direttamente nel nostro contesto identitario. L'etnografa e antropologa Marianella Sclavi ha proposto una specie di "mappa" che ha voluto denominare "triangolo magico dell'arte di ascoltare" e che prevede un ascolto attivo, un'autoconsapevolezza emozionale e una gestione creativa dei conflitti.

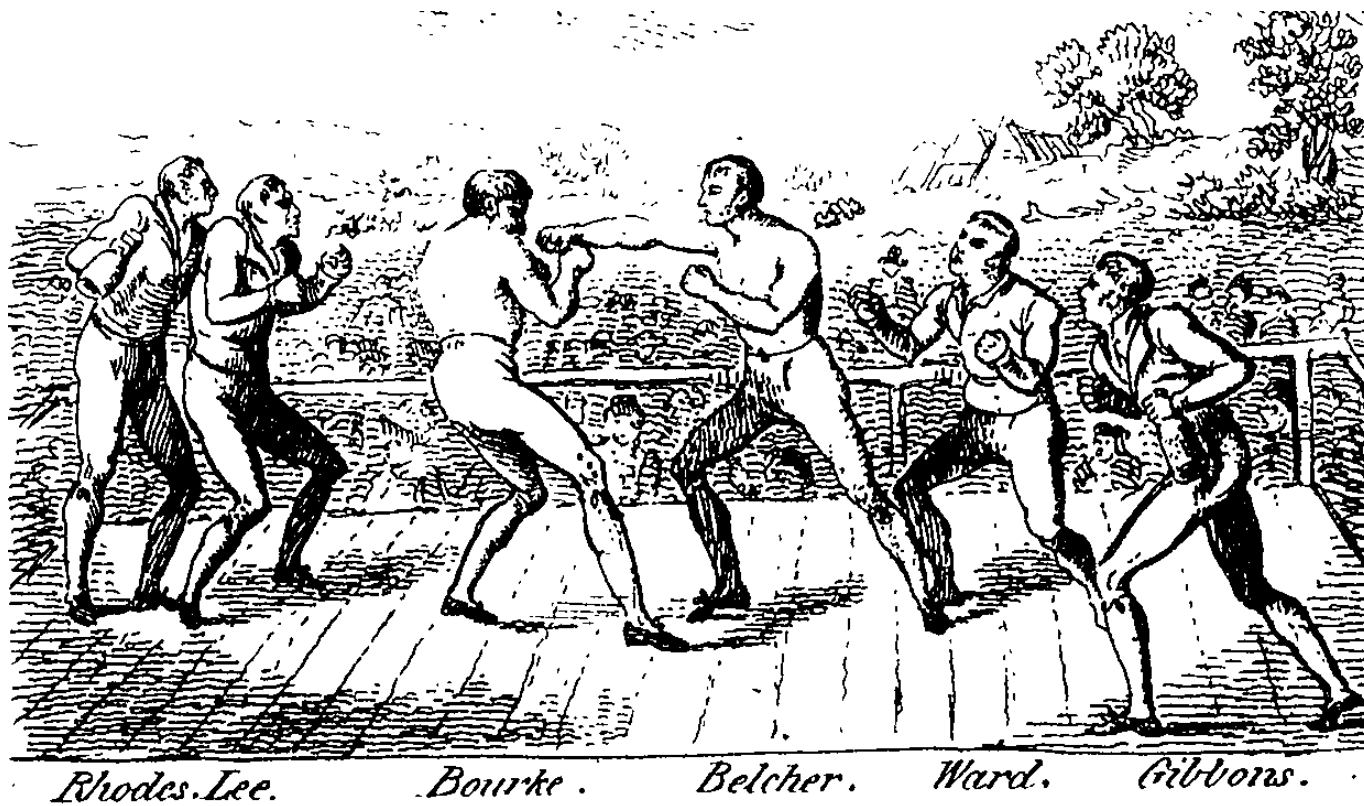
Se è vero che la comunicazione complessa si presenta come una serie di esperienze di interfaccia, allora è necessario che gli autori che ne fanno parte abbiano acquisito una specifica capacità di interazione. Come ap-

punto precisa Sclavi (*Arte di ascoltare e mondi possibili*, 2003), il cambiamento diventa turbolento e incontrollabile. La mancanza di sensibilità a tali contesti equivale a ciò che potremmo definire una sorta di *hybris* della cultura occidentale.

Ripercorrendo l'insegnamento di Gregory Bateson, M. Sclavi cita il caso che sta alla base dei trattati sulla gestione creativa dei conflitti. "Se uno mi dà intenzionalmente un pugno – Scrive Sclavi – sta evocando e proponendo uno scenario del tipo "Sii antagonista".

E allora deve sapere che quando reagisco anch'io con un pugno, a un livello – quello dell'azione – mi sto opponendo, ad un altro – quello del contesto relazionale – sto collaborando." Detto in altri termini, il soggetto si è lasciato coinvolgere in quella danza che l'altro con il pugno proponeva. "D'altra parte – prosegue Sclavi – se non reagisco e faccio la vittima, non mi sottraggo a quella danza, sto solo collaborando (forse) a chiuderla più in fretta. (...)" Si tratta allora di fare in modo di evitare di collaborare cercando di indurre l'altro a cambiare





Mendoza, Daniel, Public domain, via Wikimedia Common

danza. Naturalmente si tratta di un percorso tutt'altro che facile, ma relativamente più facile se sono consapevoli che "l'altro non può sostenere la danza nella quale è impegnato senza la mia collaborazione".

Nella dinamica quotidiana gli stili di convivenza sono caratterizzati da un bagaglio di conoscenze e di comportamenti che vengono appresi informalmente e dati per scontati e quindi, secondo Sclavi, "ci rendiamo conto della loro esistenza e della loro importanza solo quando vengono disattesi".

Dal momento che, come ci insegna l'antropologo e psicologo inglese Gregory Bateson, gli individui costruiscono la propria identità attraverso la comunicazione, allora si capisce il ruolo che può giocare l'autoconsapevolezza emozionale all'interno della pratica relazionale e della conoscenza del mondo circostante.

La qual cosa non ha niente a che vedere con il sentimentalismo, l'emotività, l'intuizione o la spontaneità. Ha piuttosto a che fare "col linguaggio del corpo che parla in un codice diverso da quello verbale e con gli scenari paradigmatici dell'organizzazione sociale e della nostra cultura" (Sclavi).

A conferma di tale affermazione la stessa ricercatrice, utilizzando una metafora del sociologo tedesco Norbert Elias, paragona le emozioni a dei passi di danza, una

sorta di valzer, un un-due-tre a cui deve adattarsi l'interlocutore, poiché se capita invece che l'interlocutore stia ballando un tango è evidente che si finisce col pestarsi i piedi.

"Se invece stiamo già ballando il valzer o se ci facciamo coinvolgere in quella danza, possiamo dare per scontata la cornice e chiacchierare o corteggiarci mentre stiamo ballando".

Esiste uno stretto rapporto tra emozioni e conoscenza, che tuttavia si può manifestare in due modi diversi.

Da un lato c'è chi, in quanto appartenente alla civiltà occidentale, lo considera scontato dal momento che viene verificato continuamente nella nostra vita quotidiana; dall'altro lato si ritiene che le emozioni non sono delle semplici profezie che si auto-adempiono, ma siano preziosi strumenti di cui le persone sono munite per conoscere meglio il mondo di cui fanno parte.

A questo proposito Sclavi cita l'esempio di una sua nipote, commessa in un negozio di abbigliamento di Londra.

Un giorno si presenta una cliente inglese che chiede se hanno una cintura di cocodrillo.

Alla risposta della commessa "ne siamo al momento sprovvisti", la cliente assume un atteggiamento risentito (ha subito uno sgarbo?).

Se invece la signora è una giapponese, alla risposta negativa della commessa, essa piega leggermente il corpo in avanti incurvando le spalle, e porta le mani sulla bocca come a dire “non dovevo chiederlo” (ho inferito uno sgarbo?).

Si tratta, come si può notare, di due diverse reazioni che descrivono una versione dei fatti che sta alla base di un meccanismo informativo dal quale possiamo dedurre se il rapporto di relazione è basato su un fallimento oppure no.

Nell'esempio citato, al centro della scena permane il disagio causato dal comportamento della giapponese che diventa, sulla base di quanto detto in precedenza, “la chiave per un mutamento di prospettiva che ci consente di vedere in una luce nuova non solo e non tanto la reazione della giapponese, quanto i nostri modi di comportarci che prima davamo per scontati” (Sclavi).

Detto in termini più generali, secondo i canoni della teoria comunicazionale, è sempre necessario – per richiamare lo psicologo norvegese Ragnar Rommetveit – considerare le variazioni di significato dovute all'uso quotidiano della comunicazione in situazioni diverse. Tutto questo comporta una conversazione in cui una parte non si pone in conflitto con l'altra, non cerca di destabilizzarla, di farla contare di meno.

Al contrario, come nell'esempio citato da Sclavi, quanto più valorizziamo i nostri interlocutori, “tanto più mettiamo in risalto anche la nostra intelligenza”.

Dal che possiamo dedurre che in un buon asset comunicativo non ci saranno né vincitori né vinti.



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



GYROMITRA ESCULENTA

a cura di Marco Floriani

Nello scorso numero di R&S abbiamo parlato di una specie mortale appartenente al genere *Cortinarius*. Le intossicazioni letali da funghi, nel nostro Paese, sono dovute solo raramente a questa specie, mentre risultano più frequenti i decessi provocati da funghi contenenti tossine denominate *amanitine*, presenti in alcune *Amanita* (tra le quali la famigerata *Amanita phalloides*), in diverse *Lepiota* e in *Galerina marginata*.

Sporadiche intossicazioni mortali sono inoltre imputabili ad altre specie fungine, che però manifestano i propri effetti nefasti in modo incostante, tanto da essere spesso consumate impunemente non solo in Italia, ma anche in altre nazioni.

A questa categoria di funghi tossici appartengono, per motivi differenti, *Amanita proxima*, *Paxillus involutus*

e il fungo di cui parleremo in questa nota: *Gyromitra esculenta*.

I funghi del genere *Gyromitra* appartengono al *phylum* degli Ascomiceti, il raggruppamento di gran lunga più vasto all'interno del regno dei funghi. Nonostante l'elevato numero di specie che ne fanno parte, gli Ascomiceti sono tuttavia poco noti ai raccoglitori, poiché la maggior parte presenta dimensioni microscopiche o comunque trascurabili.

Le *Gyromitra* possono presentare sostanzialmente due tipologie di carpoforo: la maggior parte delle specie assume la forma di una sorta di disco o di coppa, più o meno regolare, mentre le specie più vistose, come quelle qui illustrate, presentano un gambo ben differenziato rispetto alla parte fertile, detta *mitra*, che mostra un aspetto molto irregolare e contorto, spesso definito *cere-*

Micologia... che passione!



Gyromitra gigas, che come suggerito dal nome specifico può raggiungere notevoli dimensioni, è presente sia nei boschi di conifere che in quelli di latifoglie, in stagione primaverile.

briforme per le sembianze simili a quelle di un cervello. *Gyromitra esculenta*, illustrata nella pagina precedente, è probabilmente la specie più nota in seno a questo genere: di dimensioni medie o grandi (può superare i 15 cm di altezza e di diametro), possiede un gambo di forma irregolare, contorto o solcato, che sorregge una mitra di colore bruno rossiccio carico, con circonvoluzioni fitte e caratteristiche. La carne ha consistenza elastica e ceracea, e il fungo, in sezione, mostra cavità più o meno ampie. Si può rinvenire in tarda primavera (soprattutto nei mesi di maggio e giugno), a quote superiori ai 1000 metri, tipicamente ai margini delle peccete montane. Presentiamo una riproduzione fotografica anche di altre due specie simili, sempre appartenenti al medesimo genere: *Gyromitra gigas* si distingue da *G. esculenta* per le colorazioni più pallide, bruno ocracee, e per le circonvoluzioni della mitra meno fitte e contorte; cresce

nello stesso periodo, ma prevalentemente in ambienti collinari e più caldi, senza peraltro disdegnare anche i boschi di conifere. *Gyromitra infula*, per contro, rappresenta un'eccezione all'interno del genere per la crescita autunnale; la sua forma è ancora più semplice e cresce volentieri su substrati ricchi di residui legnosi, se non direttamente su ceppaie di conifere in decomposizione. Come accennato nei paragrafi iniziali, la commestibilità delle *Gyromitra* è argomento delicato e tuttora oggetto di discussione. L'etimologia stessa del nome della specie più nota (*esculenta* in latino significa "commestibile"!) suggerisce che questo fungo sia stato oggetto di tradizioni alimentari, riscontrabili localmente anche in Trentino, dove, insieme alle più note spugnole (genere *Morchella*), le *Gyromitra* venivano un tempo consumate. Non solo: in alcune nazioni europee (la Finlandia in primis) è ancora possibile trovare *Gyromitra esculenta* in

Micologia... che passione!



Gyromitra infula presenta una mitra di forma più semplice rispetto alle altre due specie qui illustrate, spesso semplicemente conformata come una sella. Cresce nei mesi autunnali, spesso su ceppaie di conifere.

commercio, seppure soggetta a numerose raccomandazioni riguardo alle modalità di preparazione. Le tossine in essa contenute sono infatti piuttosto instabili e in parte eliminabili tramite procedimenti di prebollitura, seguiti dall'eliminazione dell'acqua di cottura. Tali pratiche, tuttavia, non sono sufficienti a eliminare completamente i rischi connessi al consumo, che dipendono da diversi fattori: quantità ingerita, stadio di maturazione, capacità individuale di metabolizzare le sostanze tossiche contenute nel fungo. Queste ultime possono causare, anche se non frequentemente, una sintomatologia variabile: dai soli disturbi gastrointestinali a forme più gravi con danno epatico, talvolta anche renale, e in alcuni casi effetti neurologici severi, fino a convulsioni, coma e morte. Le sostanze contenute in *Gyromitra esculenta* liberano nell'ambiente acido dello stomaco quantità variabili di monometilidrazina (MMH), una

molecola nota non solo per gli effetti acuti, ma anche per un potenziale effetto cancerogeno a lungo termine. È dunque evidente come il forte sconsiglio al consumo non derivi da un eccesso di prudenza, ma da una valutazione fondata dei rischi.

Recenti ricerche sistematiche condotte su basi molecolari hanno parzialmente ridisegnato l'assetto del genere *Gyromitra*, chiarendo tra l'altro che le tre specie qui trattate, nonostante un aspetto superficialmente simile, non sono così strettamente legate tra loro. Anche dal punto di vista tossicologico sembrerebbero esistere delle differenze, e in particolare sarebbe proprio *Gyromitra esculenta* la specie contenente le quantità più significative di tossine. Ciononostante tutte le specie del genere vanno ugualmente sconsigliate, considerata da un lato la loro somiglianza reciproca e dall'altro la non esaustività delle ricerche citate.

LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE

13 MARZO 2025



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia