

R&S



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

Rene&Salute

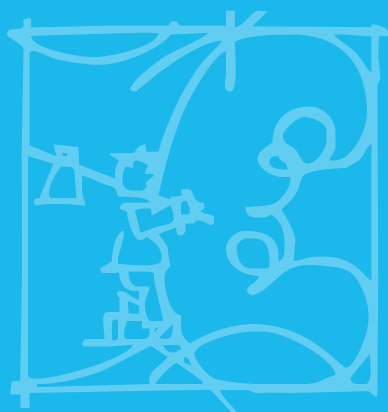
ANNO XLI - GIUGNO 2026 - 1/2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Serena Belli - 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)



- ➔ Prevenzione, consapevolezza e il ruolo della ricerca
- ➔ Un medico rianimatore nei casi di patologie renali in area critica
- ➔ Bioetica e pratica clinica
- ➔ Aspetti del percorso di donazione e trapianto
- ➔ Senza Filtri - Una caposala
- ➔ Il supporto psicoterapeutico in Emodialisi
- ➔ Una cultura corretta della dieta
- ➔ Parole in viaggio

- ➔ La Giornata Mondiale del Rene 2026
- ➔ Notizie dall'Associazione
- ➔ Da Torino i versi di Damiana Gentile
- ➔ Giochi di anime
- ➔ Heidegger e la macchina da scrivere - seconda parte
- ➔ Storia di un'ostetrica
- ➔ Il marketing tra intelligenza artificiale e declino della ragione
- ➔ Consigliami un libro
- ➔ Il genere Cantharellus
- ➔ Natale 2025 presso il Reparto Dialisi



Rene&Salute

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

Dott.ssa Serena Belli

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:

Simona Casarosa, Diana Zarantonello, Nadia Buccella, Emanuela Vignola, Federica Berchielli, Anna Maria Ercilli, Serena Belli, Salvatore Marà, Barbara Agostoni, Francesca Giovannini, Aldo Nardi, Marco Floriani.

GRAFICA E STAMPA:

Litodelta - Scurelle (TN)

Questo numero è stato chiuso in tipografia
nel mese di giugno 2026.

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:

disegno di Piero Balossino anno 2024.

SOMMARIO

- | | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| 3 | Prevenzione, consapevolezza
e il ruolo della ricerca
<i>di Simona Casarosa</i> | 28 | Da Torino i versi
di Damiana Gentile
<i>a cura di Salvatore Marà</i> |
| 6 | Un medico rianimatore nei casi di
patologie renali in area critica
<i>a cura di Diana Zarantonello</i> | 31 | Giochi di anime
<i>di Barbara Agostoni*</i> |
| 9 | Bioetica e pratica clinica
<i>a cura di Diana Zarantonello</i> | 34 | Heidegger e la macchina
da scrivere - seconda parte
<i>di Salvatore Marà</i> |
| 12 | Aspetti del percorso
di donazione e trapianto
<i>di Nadia Buccella*</i> | 37 | Storia di un'ostetrica
<i>di Francesca Giovannini</i> |
| 14 | Senza Filtri - Una caposala | 42 | Il marketing tra intelligenza
artificiale e declino della ragione
<i>di Aldo Nardi</i> |
| 16 | Il supporto psicoterapeutico
in Emodialisi
<i>di Emanuela Vignola*</i> | 44 | Consigliami un libro
<i>a cura di Serena Belli</i> |
| 20 | Una cultura corretta della dieta
<i>di Federica Berchielli*</i> | 47 | Il genere <i>Cantharellus</i>
<i>a cura di Marco Floriani</i> |
| 23 | Parole in viaggio
<i>di Anna Maria Ercilli</i> | 50 | Natale 2025
presso il Reparto Dialisi
<i>A cura della Redazione</i> |
| 24 | La Giornata Mondiale
del Rene 2026
<i>di Serena Belli</i> | | |
| 26 | Notizie dall'Associazione
<i>A cura della Redazione</i> | | |



La salute si costruisce ogni giorno

PREVENZIONE, CONSAPEVOLEZZA E IL RUOLO DELLA RICERCA

di Simona Casarosa

C'è un momento, spesso sottovalutato, in cui la medicina incontra davvero la vita quotidiana delle persone. Non è in sala operatoria, né in un ambulatorio specialistico. È quando qualcuno decide di fermarsi, ascoltare il proprio corpo, fare un controllo, chiedere un consiglio. È lì che nasce la prevenzione. Ed è da lì che può partire un cambiamento profondo, individuale e collettivo.

Negli ultimi anni, il modo in cui pensiamo alla salute è cambiato radicalmente. Sempre meno la consideriamo come semplice assenza di malattia, sempre più come un equilibrio dinamico tra corpo, mente e contesto sociale. In questo scenario, la promozione della salute non è un'attività accessoria, ma una vera e propria strategia di lungo periodo, capace di incidere sulla qualità della vita delle persone e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Molte delle patologie che oggi rappresentano le principali cause di morbidità e mortalità – dalle malattie cardiovascolari al diabete, fino ad alcune forme di tumore – sono legate a fattori modificabili. Alimentazione, attività fisica, abitudini quotidiane, esposizione allo stress: sono elementi che, insieme, contribuiscono a determinare il nostro stato di salute. Intervenire su questi aspetti significa agire prima che la malattia si manifesti, spostando il focus dalla cura alla prevenzione.

Questo cambiamento di prospettiva implica anche una ridefinizione del ruolo del cittadino, che non è più soltanto un destinatario passivo di cure, ma un protagonista attivo del proprio benessere. La salute diventa così il risultato di una serie di scelte quotidiane: cosa mangiamo, quanto ci muoviamo, come gestiamo il tempo e le relazioni, quanto siamo esposti a fattori di rischio ambientali. Anche piccoli cambiamenti, se mantenuti nel tempo, possono produrre effetti significativi, riducendo

il rischio di sviluppare patologie croniche e migliorando la qualità della vita.

In aggiunta alla dimensione individuale, è fondamentale considerare il ruolo del contesto. Le condizioni sociali, economiche e ambientali influenzano profondamente le possibilità di adottare comportamenti salutari. Per questo motivo, la promozione della salute non può limitarsi a informare, ma deve creare le condizioni perché le scelte sane siano anche possibili e accessibili. Ciò significa progettare ambienti urbani che favoriscano il movimento, garantire l'accesso a cibo di qualità, promuovere politiche di prevenzione e ridurre le disuguaglianze.

La prevenzione, quindi, non è solo una questione sanitaria, ma anche una responsabilità condivisa tra individui, istituzioni e comunità. Investire nella prevenzione significa ridurre il carico delle malattie, ma anche costruire una società più consapevole, più equa e più resiliente. È un investimento che produce benefici nel





lungo periodo, sia in termini di salute individuale sia di sostenibilità collettiva.

Eppure, nonostante l'evidenza scientifica, la prevenzione fatica ancora a diventare una pratica diffusa. Spesso si arriva al contatto con il sistema sanitario quando il problema è già presente e i sintomi si fanno evidenti. È qui che le iniziative di promozione della salute assumono un valore fondamentale: perché rendono accessibile, concreta e immediata l'idea stessa di prevenzione.

È il caso delle Giornate di promozione della salute, iniziative che portano la medicina fuori dai contesti tradizionali e la avvicinano alle persone. Screening gratuiti, consulenze, momenti informativi, attività pratiche: tutto è pensato per offrire strumenti utili e immediatamente applicabili nella vita quotidiana. Non si tratta solo di "fare controlli", ma di creare consapevolezza, stimolare domande, costruire conoscenza.

Chi partecipa a queste giornate spesso scopre qualcosa di più su di sé: un valore da monitorare, un comportamento da modificare, un'abitudine da migliorare. Ma, soprattutto, scopre che prendersi cura della propria salute è possibile, e che lo si può fare in modo attivo. È un cambio di prospettiva che, se diffuso, ha un impatto enorme.

Dietro queste iniziative c'è un lavoro complesso, che unisce competenze diverse e mette in dialogo ricerca, didattica e territorio. In questo senso, il **Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche (CISMed) dell'Università di Trento** rappresenta un esempio significativo di come un'istituzione accademica possa svolgere un ruolo centrale nella promozione della salute.

Il CISMed nasce con una vocazione chiaramente interdisciplinare. Riunisce competenze che spaziano dalla biologia alla medicina clinica, dalla tecnologia alla formazione, con l'obiettivo di affrontare le sfide della salute in modo integrato. Questo approccio si riflette non solo nella ricerca, ma anche nelle attività rivolte alla comunità.

Le Giornate di promozione della salute organizzate dal Centro sono un esempio concreto di questa visione. Durante questi eventi, cittadini di tutte le età possono accedere a screening gratuiti, ricevere indicazioni personalizzate e partecipare ad attività educative. L'esperienza è spesso informale, accogliente, lontana dall'idea tradizionale di visita medica. E proprio per questo risulta efficace.

Accanto agli aspetti clinici, trovano spazio momenti di approfondimento su temi quali l'alimentazione consapevole, la lettura delle etichette nutrizionali e l'importanza dell'attività fisica. In alcuni casi, la promozione della salute si traduce anche in esperienze pratiche, come il trekking urbano, che unisce movimento e scoperta del territorio. È un modo per ricordare che la salute non si costruisce solo con interventi medici, ma anche con scelte quotidiane.

Un elemento particolarmente rilevante è il coinvolgimento del territorio. Le iniziative del CISMed non sono concepite come eventi isolati, bensì come parte di un dialogo continuo con la comunità. Associazioni, enti locali, professionisti sanitari: tutti contribuiscono a creare una rete che amplifica l'impatto delle attività.

In questo contesto, anche la recente costituzione **dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUIT)** rappresenta un'opportunità importante. Si stanno progressivamente sviluppando e rafforzando collaborazioni





orientate alla realizzazione di iniziative congiunte di Terza missione, con l'obiettivo di rendere sempre più efficace e capillare la promozione della salute sul territorio. La sinergia tra università e sistema sanitario locale consente infatti di integrare competenze e risorse, offrendo ai cittadini servizi sempre più accessibili e qualificati.

Ma il ruolo del CISMed non si limita alla divulgazione. Il Centro - e la recente Scuola di Medicina - sono profondamente impegnati nella formazione delle nuove generazioni di professionisti della salute. Medici, ricercatori e operatori sanitari vengono formati in un contesto che valorizza l'integrazione tra conoscenze teoriche e applicazioni pratiche, con particolare attenzione alla prevenzione e alla salute pubblica.

Allo stesso tempo, la ricerca condotta presso il Centro contribuisce a far progredire le conoscenze scientifiche e a sviluppare nuove strategie diagnostiche e terapeutiche. È un lavoro spesso non immediatamente visibile, ma che ha un impatto profondo sulla qualità dell'assistenza sanitaria. E che, quando si traduce in iniziative rivolte al pubblico, diventa un patrimonio condiviso.

Promuovere la salute significa anche affrontare il tema delle disuguaglianze. Non tutti hanno le stesse possibilità di accesso alle informazioni, ai servizi, alle opportunità di prevenzione. In questo senso, offrire screening gratuiti e momenti di informazione aperti a tutti rappresenta un passo importante verso una maggiore equità.

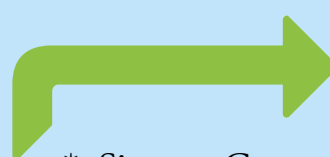
C'è poi un aspetto culturale, forse il più difficile da cambiare. La prevenzione richiede tempo, attenzione, costanza. Non produce risultati immediati, non risponde

a un'urgenza. Eppure, è proprio nella sua dimensione quotidiana che risiede la sua forza. Costruire una cultura della salute significa aiutare le persone a riconoscere il valore delle piccole scelte, a comprendere che ogni gesto può fare la differenza.

Le università, in questo percorso, hanno una responsabilità crescente. Non solo come luoghi di produzione del sapere, ma anche come attori attivi nella società. Attraverso la Terza missione, il sapere esce dalle aule e dai laboratori per incontrare la comunità. E quando questo incontro funziona, genera valore per tutti.

Il CISMed, attraverso le sue attività, dimostra che questo modello è possibile. Che la ricerca può dialogare con la vita quotidiana. Che la medicina può essere non solo cura, ma anche prevenzione, educazione, consapevolezza.

In definitiva, promuovere la salute significa investire nel futuro. Significa costruire una società più informata, più responsabile, più capace di prendersi cura di sé. E significa riconoscere che la salute non è solo una questione individuale, ma un bene collettivo, che si costruisce insieme, giorno dopo giorno.



* **Simona Casarosa, PhD**
Professor of Histology and Developmental Biology

Centre for Medical Sciences - CISMed
University of Trento
Via S. Maria Maddalena 1, 38122
Trento, Italy

CIBIO Department
University of Trento
Via Sommarive 9, 38123 Trento,
ITALY

Intervista a Silvia De Rosa, docente presso l'Università di Trento

UN MEDICO RIANIMATORE NEI CASI DI PATOLOGIE RENALI IN AREA CRITICA

a cura di Diana Zarantonello



Professoressa Silvia De Rosa

La gestione del paziente critico (cioè in condizioni cliniche gravi) con necessità di terapia renale sostitutiva rappresenta una delle sfide più complesse della medicina contemporanea, richiedendo competenze avanzate, capacità decisionali rapide e un costante dialogo tra diverse discipline. Dal 2022, l'Ospedale Santa Chiara di Trento include nel proprio team una figura di riferimento nel panorama accademico e scientifico, sia a livello nazionale che internazionale, nel campo delle terapie renali sostitutive in ambito intensivistico. Si tratta della Professoressa Silvia De Rosa precedentemente anestesista e ricercatrice presso l'International Renal Research Institute (IRRIV) di Vicenza e con un'esperienza in Medical Simulation presso il Center of Simulation, Advanced Education and Innovation del Children's Hospital di Philadelphia.

In questa intervista, la Professoressa Silvia De Rosa condivide la sua esperienza e visione su come integrare conoscenze cliniche, competenze tecniche e lavoro di squadra nella gestione del paziente in area critica con problematiche nefrologiche.

Professoressa, cosa l'ha spinto a intraprendere la carriera in anestesia e rianimazione?

Provengo da una famiglia di medici e universitari, quindi fin da piccola sono cresciuta in un ambiente in cui la medicina e la ricerca erano parte della vita quotidiana.

Ho ricevuto una duplice influenza: da un lato mia zia, professoressa di endocrinologia e malattie del metabolismo, che mi ha trasmesso il rigore scientifico e l'attenzione alla pratica clinica; dall'altro mio padre, ingegnere e professore di Scienza delle Costruzioni, che mi ha insegnato un modo di pensare razionale e strutturato, che continua a influenzarmi ancora oggi. È proprio dall'incontro tra queste due influenze, quella medica e quella ingegneristica, che nasce il mio interesse per un ambito in cui medicina e tecnologia possano integrarsi. L'anestesia e la rianimazione, e in particolare le tecnologie di supporto d'organo e la terapia renale sostitutiva, rappresentano per me questa sintesi.

In termini semplici, cos'è la terapia renale sostitutiva e in quali situazioni diventa necessaria? Quali sono le differenze con l'emodialisi cronica?

La terapia renale sostitutiva è un insieme di trattamenti che si utilizzano quando i reni non riescono più a svolgere correttamente la loro funzione, cioè filtrare il sangue ed eliminare le sostanze di scarto. Questo accade soprattutto nei pazienti critici, ad esempio in presenza di infezioni gravi, shock o insufficienza di più organi. In queste situazioni, la terapia serve a sostenere temporaneamente l'organismo, dando tempo ai reni di recuperare quando possibile. La differenza rispetto all'emodialisi cronica è legata soprattutto al contesto: la dialisi cronica è una terapia programmata per pazienti con una malattia renale stabile, mentre in terapia

intensiva si tratta spesso di trattamenti continui e adattati di volta in volta alle condizioni del paziente. È quindi una terapia che richiede grande flessibilità e si inserisce in un percorso più ampio di cura del paziente critico.

Quando ha iniziato a interessarsi alla terapia renale sostitutiva e cosa l'ha affascinato di questo ambito così specifico?

Il mio interesse è nato durante la specializzazione, anche a partire da aspetti molto pratici: mi trovavo a montare i circuiti e mi chiedevo come fosse possibile ottimizzare davvero questi trattamenti e quale fosse il loro reale funzionamento. Ho presto capito che, nonostante si tratti di tecnologie fondamentali, non esiste un insegnamento strutturato né durante il percorso universitario né durante il percorso di formazione in anestesia e rianimazione, dove spesso vengono considerate solo come strumenti e non approfondite nel loro utilizzo ottimale. Da qui è nata la curiosità di comprendere più a fondo questi sistemi, andando oltre l'aspetto tecnico per coglierne le implicazioni cliniche. Un passaggio fondamentale è stato poi il periodo a Vicenza, centro di riferimento internazionale per la nefrologia critica. In questo contesto ho potuto approfondire in modo strutturato queste tecniche. È un ambito che mi ha affascinato per la sua complessità e per l'integrazione tra fisiopatologia, tecnologia e pratica clinica. Per questo, una volta intrapresa la carriera accademica, ho deciso di approfondire ulteriormente questo settore e di contribuire alla formazione, sviluppando percorsi didattici dedicati, come corsi elettivi su queste tecnologie, con l'obiettivo di offrire agli studenti strumenti più concreti e consapevoli per il futuro.

Sono attivamente coinvolta nella comunità scientifica: faccio parte del direttivo della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIA-ARTI), dove ricopro il ruolo di responsabile della comunicazione, contribuendo alla diffusione di contenuti scientifici e alla condivisione di conoscenze tra professionisti.

In questo ambito, ho inoltre partecipato allo sviluppo e alla promozione dei percorsi dedicati alla nefrologia critica all'interno della società.

A livello internazionale, sono attiva nella sezione AKI (Acute Kidney Injury) dell'ESICM, contribuendo alle attività scientifiche e formative in questo settore.

Quali sono state le tappe fondamentali del suo percorso professionale? Ha avuto dei "maestri" che l'hanno ispirata?

Il mio percorso è iniziato con la formazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, con formazione clinica svolta presso il Policlinico Universitario A. Gemelli, caratterizzata da standard elevati e da una forte integrazione tra clinica e ricerca, due dimensioni che considero inseparabili. Durante questo periodo ho avuto anche l'opportunità di trascorrere circa un anno negli Stati Uniti, presso il Children's Hospital di Philadelphia, dove mi sono dedicata alla terapia intensiva pediatrica e alla simulazione avanzata. Ho lavorato a stretto contatto con il professor Vinay Nadkarni, che mi ha trasmesso un metodo rigoroso e un forte senso di responsabilità. Un passaggio fondamentale è stato poi il periodo a Vicenza, centro di riferimento internazionale per la nefrologia critica, dove ha sede l'International Renal Research Institute of Vicenza (IRRIV), fondato dal professor Claudio Ronco. In questo contesto ho potuto approfondire in modo strutturato le terapie extracorporee e il supporto d'organo.

Ho avuto la fortuna di incontrare maestri che hanno avuto un ruolo determinante nella mia crescita. Il professor Massimo Antonelli è stato per me un vero leader: ha formato e fatto crescere molte persone, contribuendo a diffondere una scuola di eccellenza in Italia. Di lui ho sempre apprezzato la fiducia negli altri, il rispetto per le persone e l'eleganza nei rapporti. Più recentemente, a Trento, ho avuto modo di collaborare con il professor Giuliano Brunori, in un contesto di stima reciproca e confronto continuo.



In questo contesto, nel 2024 l'Ospedale Santa Chiara di Trento è stato riconosciuto a livello europeo come sede di riferimento per la formazione nell'ambito della terapia renale sostitutiva in area critica, ospitando il programma internazionale dell'ESICM Fellowship.

La Fellowship rappresenta la fase conclusiva di un percorso strutturato sull'AKI pathway, e la possibilità di ospitarla è stata il risultato del lavoro e delle competenze sviluppate nel tempo. In questo ambito, ho contribuito attivamente mettendo a disposizione il centro e partecipando all'organizzazione e alle attività formative.

In quell'occasione, il Servizio di Anestesia e Rianimazione e la Nefrologia di Trento hanno lavorato in stretta collaborazione, con nefrologi e intensivisti impegnati insieme in attività di docenza, seminari e formazione, accogliendo colleghi provenienti da diverse parti del mondo.

È stata un'esperienza estremamente significativa, sia dal punto di vista professionale che umano, che ha confermato il valore del lavoro di squadra e della crescita condivisa.

Quanto è importante l'approccio multidisciplinare nei pazienti in area critica che sviluppano problematiche renali?

L'approccio multidisciplinare è fondamentale nella gestione del paziente in area critica, soprattutto quando sono presenti problematiche renali. In questi casi, infatti, non si tratta mai di un singolo organo, ma di un equilibrio complesso che coinvolge più sistemi. La collaborazione tra intensivisti, nefrologi, infermieri e altri specialisti è essenziale per prendere decisioni rapide e appropriate, adattando continuamente le terapie alle condizioni del paziente. In particolare, le terapie extracorporee richiedono competenze integrate: non sono semplicemente tecniche, ma strumenti che devono essere inseriti in una strategia clinica condivisa. È proprio dal confronto tra diverse figure professionali che nasce una gestione più completa e personalizzata, con l'obiettivo di migliorare gli esiti e la qualità delle cure.

Come è cambiata questa terapia negli ultimi anni, anche grazie all'innovazione tecnologica?

Negli ultimi anni la terapia renale sostitutiva è cambiata in modo significativo, soprattutto grazie ai progressi tecnologici. Le macchine sono diventate sempre più precise, sicure e flessibili, permettendo di adattare i trattamenti alle esigenze specifiche di ogni paziente. Oggi non si tratta più soltanto di sostituire la funzione dei reni, ma di utilizzare queste tecnologie come veri e propri strumenti di supporto d'organo, che possono contribuire anche alla gestione di condizioni complesse come la sepsi. Un altro aspetto importante è l'integrazione con sistemi di monitoraggio sempre



più avanzati, che consente una gestione più dinamica e personalizzata.

In questo senso, l'innovazione tecnologica non ha solo migliorato le prestazioni delle macchine, ma ha anche cambiato il modo in cui pensiamo e utilizziamo queste terapie.

Quali sono oggi le principali sfide cliniche in questo ambito, e quali ricerche sta portando avanti?

Le principali sfide cliniche riguardano soprattutto la capacità di intervenire in modo sempre più precoce e personalizzato. Nei pazienti critici, il danno renale acuto è spesso parte di un quadro complesso e in rapida evoluzione, e capire quando iniziare una terapia, come modularla e quando sospenderla resta un aspetto cruciale. Un altro tema centrale è l'integrazione dei biomarcatori e dei dati clinici per guidare le decisioni terapeutiche in modo più preciso, andando verso una medicina sempre più personalizzata. Dal punto di vista della ricerca, il mio lavoro si concentra proprio su questi aspetti, in particolare sulla comprensione dei meccanismi che portano dal danno renale acuto alla malattia cronica e sull'ottimizzazione dell'utilizzo delle terapie extracorporee nei pazienti critici. L'obiettivo è migliorare non solo la sopravvivenza, ma anche la qualità del recupero a lungo termine, attraverso un approccio sempre più integrato tra clinica, tecnologia e ricerca.



*Intervista alla neopresidente
del comitato etico per la pratica
clinica ASUIT*

BIOETICA E PRATICA CLINICA

a cura di Diana Zarantonello

Lucia Galvagni ha studiato filosofia, ha svolto un dottorato in bioetica presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Genova e ha trascorso periodi di studio e ricerca presso centri internazionali di etica clinica e di etica medica (USA e Francia): lavora come ricercatrice presso il Centro per le Scienze Religiose della Fondazione Bruno Kessler di Trento. Componente del Comitato Etico per la Pratica Clinica da molti anni, da gennaio 2026 è stata nominata Presidente, succedendo in tale ruolo al dottor Edoardo Geat.

Professoressa, innanzitutto, che cosa l'ha spinto a orientare i Suoi interessi accademici verso la bioetica?

Al momento della scelta dell'università, al termine del liceo, ero molto controversa tra filosofia e medicina, che mi piacevano e attiravano entrambe, pur sembrando molto diverse. In realtà c'è una profonda analogia tra queste due discipline: c'è infatti sempre una filosofia sottostante alla medicina e la filosofia può rappresentare una forma di cura, come pensavano gli antichi, che talora la definivano come cura dell'anima.

Successe che dopo aver fatto il test d'ingresso a Medicina, e averlo superato, alla fine decisi di iscrivermi a Filosofia, con l'idea di studiare e approfondire l'etica della medicina e la bioetica. È stata una grande passione, una sorta di innamoramento di un ambito e di un approccio che mi



Lucia Galvagni

parevano belli perché mettevano in dialogo la medicina e la filosofia, la medicina e le cosiddette scienze umane. Queste due discipline non sono così distanti, ci sono anzi somiglianze profonde tra loro, dal momento che entrambe si interrogano sull'essere umano e lo studiano, da un punto di vista più scientifico l'una e in termini più umanistici l'altra, ma entrambe con l'intento e il desiderio di comprenderlo, così come di averne cura (la tradizione antica della filosofia e dell'etica si interrogava su cosa fosse la felicità e riteneva che la vita "buona" fosse anche una vita felice).

Ha avuto qualche "maestro" che l'ha indirizzata in tal senso?

Credo di aver avuto molti maestri, il primo è quello con cui ho lavorato per ultimo: è stato infatti un libro di Jean-François Malherbe, che lessi durante l'estate della maturità, Per un'etica della medicina, che mi portò a pensare che mi sarebbe piaciuto poter portare avanti un tipo di riflessione di quel tipo. Ho avuto come maestro per la filosofia Virgilio Melchiorre, docente di Filosofia Morale a Milano, che ha riflettuto sul tema del corpo e della corporeità e che ha molto segnato il mio percorso di formazione, così come quello umano. Considero miei maestri anche alcuni clinici: Giorgio De Sandre, medico di competenza e umanità straordinarie, interessato a questi temi, col quale nel tempo abbiamo riflettuto, dialogato e ragionato, e Loreta Rocchet-

ti, medico di medicina generale a Trento. Loreta aveva studiato bioetica a Lovanio, in Belgio, con Malherbe e mi fece conoscere un gruppo di ricerca di studiosi francofoni – provenienti da Belgio, Francia, Svizzera e dal Québec in Canada – che si occupavano di etica clinica, riunendosi una volta all'anno in uno di questi paesi, portando e mettendo a confronto competenze mediche e cliniche, filosofiche, giuridiche, sociologiche e teologiche. Con loro ci siamo molto confrontati, con qualcuno abbiamo poi lavorato nel corso degli anni: il motto di quel gruppo, coniato da Malherbe, era che l'etica si colloca all'incrocio tra pratiche e saperi e per questo essa sembra adatta a far dialogare i due ambiti della medicina e della filosofia.

Penso di poter considerare come maestre e maestri anche quelle persone, quegli amici e colleghi che mi hanno trasmesso molto nella quotidianità del lavoro, nei confronti accessi e frequenti e con la loro presenza, attenta, dialogica e ironica.

Di che cosa si occupa il Comitato Etico per la Pratica Clinica?

Il Comitato Etico per la Pratica Clinica si occupa di casi o quesiti etici che emergono nella pratica clinica: nel corso degli anni, all'interno della bioetica si è definito un ambito più specifico di riflessione e analisi delle situazioni etiche legate alla clinica, che è stato definito come "etica clinica", appunto. Esso tratta delle questioni etiche che emergono al letto del paziente (come da significato letterale di "clinico"), e ricorre a diverse metodologie di analisi dei casi, che considerano gli aspetti clinici, quelli giuridici, quelli più propriamente etici, così come quelli culturali, per prova-



re ad aiutare i clinici, ossia i diversi professionisti sanitari coinvolti nella cura, i pazienti e i cittadini a capire come procedere lì dove ci siano incertezze, empassi o divergenze profonde su quello che può essere considerato come il miglior percorso di cura per una persona. Le diverse visioni e le divergenze possono essere presenti all'interno dell'équipe di cura, o manifestarsi tra curanti e paziente o rispetto ai familiari.

Le situazioni sulle quali il Comitato viene di solito interpellato sono generalmente situazioni molto complesse, per il quadro clinico che la storia del paziente presenta, per il momento particolare della malattia, per l'impatto e le conseguenze che le scelte che si devono fare potranno avere non solo sulla storia di malattia, ma più ampiamente sulla storia di vita della persona.

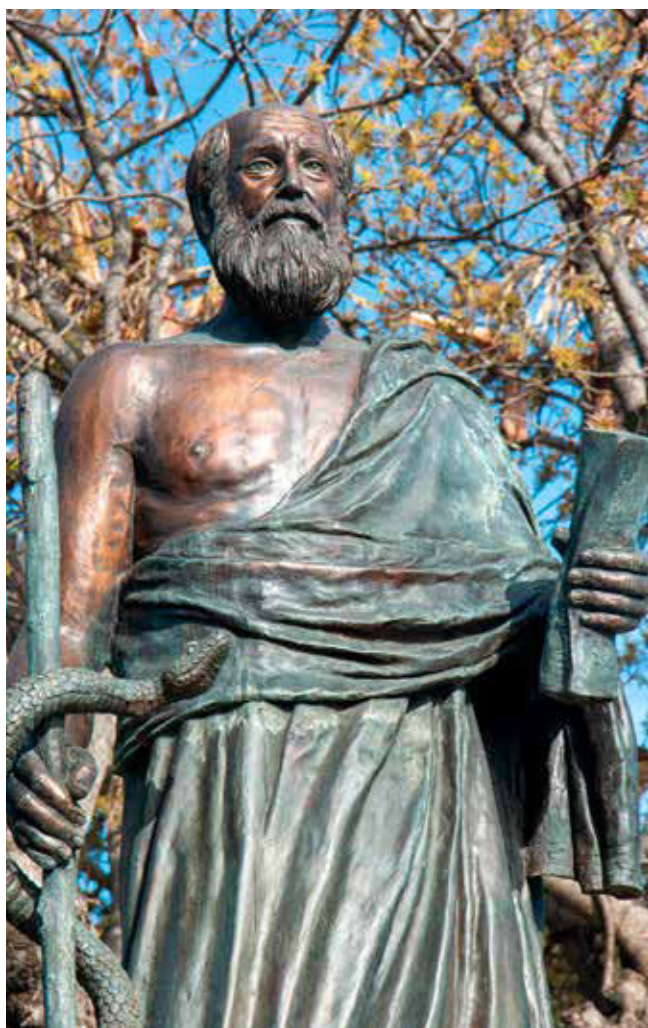
Il Comitato ha lavorato molto sulla cosiddetta Pianificazione Condivisa delle Cure, prevista dalla legge 219/2017, che permette a pazienti con malattie gravi e degenerative di definire assieme al loro medico di riferimento le cure in caso di aggravamento della malattia: le schede nelle quali vengono raccolte le volontà e i desideri della persona vengono inserite nei sistemi informatici dal medico curante, così da renderle facilmente accessibili - in caso di necessità - a chi dovesse prendere in cura il paziente.

Il Comitato interviene anche in situazioni particolari, su questioni che possono arrivare dalla Direzione Sanitaria: durante la pandemia ci è stato chiesto di fornire indicazioni su come i medici si potessero orientare rispetto alle scelte di cura e all'intensità di cura da offrire ai pazienti e al ricovero in terapia intensiva.

Al Comitato spetta anche un compito importante di informazione e formazione per i professionisti e la cittadinanza su temi etici di particolare rilievo. A novembre 2025 è stato organizzato dal Servizio Formazione un convegno sulle "Nuove sfide etiche nella pratica clinica", che ha visto una buona partecipazione sia di professionisti sanitari, che di cittadini interessati: sono stati affrontati, quali problemi emergenti nell'ambito clinico, il tema della violenza nelle realtà di cura e quello del suicidio medicalmente assistito. Se questi scenari sono particolarmente complessi, bisogna ricordare che all'interno della pratica clinica emergono costantemente quesiti etici importati, per via della complessità degli scenari clinici, per via del pluralismo morale crescente, così come per via della ridefinizione della disponibilità delle risorse sanitarie.

Da chi è composto il CEPC?

Del Comitato Etico per la Pratica Clinica fanno parte clinici, rappresentanti dei cittadini e delle associazioni di pazienti, studiosi di etica e diritto. Tutti i componenti del Co-



mitato hanno una formazione specifica in bioetica: alcuni sono entrati a far parte del Comitato a dicembre 2025, con gli altri lavoriamo ormai da alcuni anni e abbiamo trovato un modo di procedere che prevede un confronto acceso e uno scambio importante di competenze e punti di vista.

Quest'organo è presente a livello di tutte le regioni?

I comitati etici per la pratica clinica in Italia sono presenti in alcune regioni e realtà soltanto; quindi, la loro presenza è piuttosto disomogenea. Sono attivi – a partire da delibere regionali – in Toscana e Veneto, in Emilia-Romagna, dove esiste anche un Comitato Regionale per l'Etica Clinica e presso alcuni ospedali e aziende sanitarie in alcune altre regioni dell'Italia. A Bolzano è presente il Comitato Etico Provinciale: ad esso sono attribuite funzioni analoghe.

Se guardiamo all'Europa e consideriamo più ampiamente lo scenario internazionale, troviamo invece una presenza più significativa e capillare di comitati per l'etica clinica: essi vengono interpellati nel caso servano pareri mirati su questioni etiche della pratica clinica e dell'organizzazione sanitaria.

Quali sono le sfide più importanti che siete chiamati a risolvere in questo momento?

Le questioni più significative con le quali ci dovremo confrontare riguarderanno probabilmente situazioni inerenti la pratica clinica, alla luce anche del momento storico particolare che stiamo attraversando, nel quale la dimensione dell'equità della salute è meno scontata e garantita rispetto al passato e che per questo richiedono forme di attenzione e riflessione più dedicate; inoltre le nuove tecnologie implicano e richiedono un ripensamento importante delle modalità di strutturare gli interventi clinici, di ricerca e di prevenzione, così come della comunicazione con pazienti, familiari e cittadini e del modo stesso di lavorare dei professionisti sanitari: richiedono e richiederanno per questo importanti forme di monitoraggio, ricerca e più ampiamente di riflessione, anche etica.

Tra le sfide aperte e complesse, al momento è in corso un dibattito importante – sociale, politico, giuridico ed etico – sulle questioni inerenti all'accompagnamento nel fine vita: lo scenario probabilmente più complesso è quello legato alla possibilità per un paziente di fare richiesta di aiuto medico a morire, nella pratica particolare del suicidio medicalmente assistito. In merito il dibattito bioetico è molto ampio, ma la discussione non è riservata solo a chi deve o dovrà intervenire nel merito, essa riguarda in fondo ciascuna e ciascuno di noi, dato che questo rappresenta uno scenario nuovo, ancora in fase di definizione, per pensare e attuare un accompagnamento medico nel fine vita di una persona. Capire quando e come sia possibile considerare questa possibilità e definire secondo quali modalità mettere in atto questo tipo di aiuto è materia di discussione a livello nazionale, dal momento che le sentenze della Corte Costituzionale prevedono questo scenario e definiscono quali sono le condizioni particolari in cui esso è possibile, ma manca ancora una legge che inquadri in maniera più completa – e omogenea – questo tipo di situazione.

Chi si può rivolgere al CEPC per un parere?

Tutti i professionisti sanitari dell'Azienda Sanitaria, così come delle diverse strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti e operanti in Trentino, possono rivolgersi al CEPC per chiedere un parere. Il Comitato è però pensato anche come contesto di riferimento per le questioni etiche per pazienti, familiari e più ampiamente per i cittadini: si tratta infatti di un comitato pensato non solo interno alla realtà dell'organizzazione sanitaria dell'ASUIT, bensì in dialogo e confronto costanti con le sollecitazioni che possono emergere tra le persone e le realtà che caratterizzano il contesto particolare in cui opera.

Incontro Tecnico Scientifico del Nord Italian Transplant program (NITp)

ASPETTI DEL PERCORSO DI DONAZIONE E TRAPIANTO

*di Nadia Buccella**

Quest'anno la Riunione Tecnico scientifica del Nord Italian Transplant program (NITp) si è tenuta a Trento il 9 marzo, organizzata dalla Presidente in carica dott.ssa Lucia Pilati e dal Coordinamento Provinciale Donazione e Trapianti.

La sala della Cooperazione Trentina e la sala Depero sono state le sedi dove si è svolto l'evento che ha visto la partecipazione di numerosi e qualificati professionisti che si sono confrontati su vari aspetti, sia clinici che organizzativi, nell'ambito del trapianto.

Dopo i saluti delle Autorità sono stati presentati dal Presidente del Centro Nazionale Trapianti (CNT) dott. G. Feltrin, i dati dell'attività trapiantologica sia in area NITp che in area CNT per l'anno 2025: ha segnalato come, rispetto agli anni precedenti, vi sia stato un incremento sia del numero dei trapianti ma anche delle opposizioni alla donazione espresse al momento del rinnovo della Carta d'identità o nelle Rianimazioni. Il Presidente del CNT ha invitato, pertanto, i vari professionisti presenti all'incontro ad attivarsi per cercare di contrastare questa tendenza, stimolando i canali di in-

formazione e proponendo nuove attività e percorsi per diffondere la corretta cultura della donazione.

Le presentazioni, nel corso della mattina, hanno affrontato tematiche riguardanti la gestione e la presa in carico del paziente, donatore o ricevente, da parte delle varie figure professionali, quali medici, psicologi, infermieri: l'aspetto psicologico, nelle varie fasi del percorso di donazione e trapianto, è stato l'argomento più dibattuto, arrivando anche ad affrontare la controversa questione della "buona gestione del fine vita e la donazione di organi e tessuti" presentato dagli psicologi dott. M Picozzi di Varese e dott. A. Buonsignore di Genova.

L'incontro è proseguito nel pomeriggio con la presenza, in parallelo, di un simposio in Sala Depero, dove gli esperti chirurgici del Trapianto si sono confrontati sulle criticità attuali e sulle opportunità future in tema di tecniche chirurgiche nel trapianto dei vari organi.

Nella sala della Cooperazione ha suscitato un grande interesse la Tavola Rotonda riguardo allo "stato dell'arte del programma donazione di rene da vivente alla luce dell'Accordo Stato Regioni (04/08/2021)"; è stato un momento di confronto tra i vari Centri e Ambulatori Trapianti. La dott.ssa P. Fiaschetti del CNT ha richiamato le motivazioni che hanno portato alla stesura di tale accordo, il continuo aumento dei pazienti in lista di attesa, la carenza di donatori, l'aumentato rischio di mortalità e morbidità nei pazienti in dialisi in attesa di un trapianto e per ultimo le motivazioni economiche dovute ad un più elevato costo del paziente in dialisi rispetto al paziente con trapianto di rene.

Come si sono attivati nella pratica i vari Centri e Ambulatori Trapianti in Italia?

Il prof. G. Piccolo, Coordinatore Donazione e Trapianti della regione Lombardia ha segnalato le difficoltà ad organizzare momenti di confronto fra le varie e numerose realtà ospedaliere della propria regione: ha informato



i Direttori Sanitari degli ospedali lombardi riguardo al suddetto Accordo e ora sta raccogliendo la disponibilità per un incontro congiunto. A seguire il dott. G Boscutti, primario della Nefrologia di Udine, ha presentato i dati del suo Centro Trapianti dove si eseguono circa 60-65 trapianti di rene all'anno, di cui 10-11 sono trapianti da vivente. Vengono seguiti in tutta la regione Friuli Venezia Giulia circa 2300 pazienti trapiantati.

Anche noi siamo stati chiamati a riferire a che punto siamo con le direttive date dall'Accordo Stato Regioni.

La Provincia Autonoma di Trento ha un unico reparto di Nefrologia, presso l'ospedale S.Chiera di Trento dove si trova anche l'unico ambulatorio Trapianti di Rene; non è presente sul nostro territorio un Centro Trapianti ma riusciamo comunque a rispondere alle necessità dei pazienti con insufficienza renale avviando percorsi di valutazione che possano confermare l'idoneità all'inserimento in lista di trapianto di rene e al tempo stesso garantire lo studio del potenziale donatore. Una volta concluso il percorso vengono inviati ai Centri Trapianti di riferimento, a Verona o a Padova.

L'Accordo Stato Regioni è stato recepito dalla provincia di Trento a dicembre 2022 e il Coordinamento Trapianti si è messo subito in contatto con il personale dell'Ambulatorio Trapianti per valutare insieme le criticità presenti sul nostro territorio che limitano la diffusione del programma "trapianto di rene da donatore vivente".

In base anche agli interventi proposti dal CNT abbiamo individuato tre barriere che ne ostacolano la diffusione e per le quali ci siamo attivate:

- **Medici di Base sul territorio:** è necessario che il medico sul territorio sia informato riguardo al trapianto di rene ed è indispensabile la sua collaborazione nell'invitare i pazienti a mantenere il follow up presso l'ambulatorio nefrologico, per poter avviare il percorso di valutazione e magari essere chiamato al trapianto di rene prima di dover affrontare la dialisi (trapianto pre-emptive);
- **Medici specialisti nefrologi sul territorio,** loro hanno la possibilità di cambiare la prospettiva futura al paziente presentando il trapianto di rene come il miglior trattamento nell'insufficienza renale;
- **Ridurre i tempi di attesa tra la prescrizione e l'esecuzione degli esami /visite** nel percorso di valutazione delle coppie (donatore/ricevente) in esame.

Sono stati organizzati momenti di incontro e informazione tra medici nefrologi ospedalieri e medici di medicina generale, anche con l'ausilio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Trento, così come abbiamo condiviso

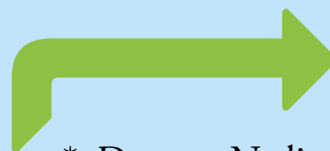


con i colleghi nefrologi degli ambulatori divisionali il percorso di preparazione per l'inserimento in lista di attesa per i pazienti con insufficienza renale pre-terminale, consegnando loro anche dei libretti informativi sul trapianto di rene e sul trapianto di rene da vivente.

Per accelerare il percorso di valutazione delle coppie in studio, abbiamo coinvolto la Direzione Ospedaliera, nella persona della dott.ssa Mazzola, con la quale abbiamo cercato di organizzare, con il coinvolgimento delle varie UU.OO e degli ambulatori sul territorio, un percorso più rapido che agevoli i pazienti in studio (donatore/ricevente) nell'eseguire gli accertamenti richiesti al fine di concludere la valutazione in 3- 4 mesi anziché in 8-10 mesi. Questa collaborazione ha portato all'elaborazione e all'attivazione dei PDTA, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, per i quali occorre comunque un lavoro di condivisione tra medico e infermiere nel richiedere e programmare i vari esami. Il progetto è stato approvato dall'Azienda sanitaria a fine febbraio 2026, ma abbiamo già 3-4 coppie inserite in questo programma.

La giornata si è conclusa con la premiazione del miglior poster e con i saluti in chiusura della dott.ssa Pilati.

La Riunione Tecnico-scientifica del NITp ha rappresentato un'opportunità di confronto per tutti gli specialisti che si occupano di trapianto di diversi organi. Il fatto che si sia svolto a Trento rappresenta sicuramente un motivo di orgoglio per la nostra Sanità ed un riconoscimento nei confronti dei sanitari trentini che si dedicano ai pazienti trapiantati.



* Dott.ssa Nadia Buccella,
RSS Trapianti di Rene
U.O. Nefrologia, Ospedale S.Chiera
Trento

Mi chiamo Eugenia Ragnoli, sono nata il 24 marzo 1986 e lavoro come impiegata. Dal 2015 effettuo emodialisi e per non dimenticare ho scritto un libro intitolato "Il tempo di vivere" a cui ha collaborato Michela Brambilla, psicologa e psicoterapeuta. Ho un canale YouTube chiamato Dialisi Con Eugi e, nel tempo libero, cerco di ringraziare coloro che mi sopportano e mi aiutano a vivere.

UNA CAPOSALA

Ho sempre sognato una rubrica tutta mia e, se sono qui, è per merito delle dottoresse Alessia Dalpiaz e Diana Zarrantonello, che ci hanno creduto prima di me. Si chiama "senza filtri" perché la immagino come uno spazio in cui confessare la mia ostinata voglia di vivere – e perché no, accogliere anche le confessioni dei lettori. Il mio cammino nel reparto emodialisi è iniziato undici anni fa, avevo ventinove anni ed ero un pulcino furioso e caparbio, barricato nel suo guscio d'acciaio. Ero talmente concentrata a odiare la dialisi che per anni non mi sono accorta di essere nel posto giusto al momento giusto. Non solo per ovvi motivi di sopravvivenza, ma perché il mio cammino stava per incrociare quello di una caposala più irriducibile di me, che dal primo giorno ha preso a martellate il mio guscio, fino a insegnarmi a inoculare gli aghi da sola, aprendomi le porte a una forma inedita di autonomia. Era una caposala audace, amava pattugliare le corsie, la sua presenza costante rendeva inevitabile il rispetto. Personalmente, quel suo modo deciso di affrontare le tempeste, senza mai scendere nel panico, mi faceva sentire protetta. Quando andò in pensione fu come perdere una torcia in mezzo al buio. Per anni non l'ho sentita, finché ci siamo date appuntamento un sabato mattina di marzo, pochi giorni dopo il mio quarantesimo compleanno. Guidavo verso il nostro incontro maledicendo il motivo per cui non l'avevo più cercata. È stata la paura, anzi, il terrore di essere dimenticata. La verità è che non sono mai riuscita a odiarla, quello che sentivo era più simile al bruciore di una perdita. Fremevo di emozione quando ho intravisto nello specchietto il suo fisico asciutto e addestrato, protetto da un soffice piumino bianco, in attesa di rivedermi. Incontrarla mi ha liberata dalla paura. È stato bello parlarci davanti a



un cappuccino, è rimasta la stessa caposala che ricordavo, nei gesti, nelle intenzioni, in quel fuoco quieto che ancora illumina i suoi occhi. E qui la mia voce lascia spazio alla sua, sarà Valeria Ferrari a raccontarsi.

Cara Eugenia, da quando sono andata in pensione il pensiero torna spesso a voi, dimenticarvi vorrebbe dire cancellare una parte importante della mia vita. Negli anni in cui ho lavorato come caposala avevo un'idea precisa di reparto, desideravo un luogo dove, oltre alla competenza, venisse custodita la dignità delle persone, ancor prima degli aspetti burocratici. Era una visione a guidarmi, maturata in quarantadue anni di lavoro, che ha trovato il suo compimento nel reparto emodialisi di Montichiari. Il reparto all'inizio era un CAL (centro di assistenza limitata): il medico passava solo una volta alla settimana perché la maggior parte dei pazienti non presentava problemi urgenti o gravi. Ciò nonostante, eravamo una squadra molto unita e l'obiettivo di tutti era offrire cure efficaci e "umane." Uno dei ricordi più cari è senza dubbio la gita al Bosco Fontana, alle porte di Mantova, in cui sono stati coinvolti pazienti, familiari, amici e colleghi. Alcuni tra infermieri e ausiliari si erano organizzati per accompagnare coloro che non potevano spostarsi in macchina. Si era scelta una domenica di maggio, cielo azzurro e brezza mite. Ognuno aveva portato qualcosa di buono, panini, torte salate, dolci di ogni tipo, da condividere su tovaglie colorate stese sul prato. Ciò che ancora oggi mi porto di quell'esperienza, è la consapevolezza di quanto la relazione umana fosse un fattore determinante nel miglioramento della qualità delle cure. Col tempo il CAL è cresciuto, diventando a tutti gli effetti un centro di emodialisi, con più pazienti

e situazioni cliniche complesse. Il lavoro si è fatto più impegnativo, ma abbiamo continuato a coltivare momenti di vicinanza, a organizzare cene e piccole feste, perché lo ritenevo parte della terapia. Oltre a ciò, mi sono battuta affinché il reparto si dotasse di due spogliatoi separati per i pazienti e ho fatto il possibile affinché colleghe e colleghi partecipassero regolarmente a corsi di aggiornamento.

Dopo uno di questi incontri, tenuto da un'équipe di Bergamo, riuscimmo a dotarci di pedaliera-cyclette da utilizzare durante la dialisi, apprezzate da alcuni pazienti che mal tolleravano l'inattività. Tra le varie iniziative, una tra le più notevoli è stata l'introduzione della tecnica buttonhole, che ha permesso a molti pazienti di gestire in prima persona l'inoculazione degli aghi, momento critico e meno piacevole della seduta. Ho creduto molto nella formazione continua del personale. Aggiornarsi significava offrire cure più consapevoli. A mio avviso era anche un modo per proteggersi dal burnout: imparare tiene viva la motivazione, aiuta a non scivolare nell'automatismo, soprattutto in un reparto all'apparenza ripetitivo come la dialisi. Se dovessi dare un consiglio, direi di non perdere mai di vista la persona. Troppo spesso l'attenzione si concentra su monitor e parametri - aspetti fondamentali, senza dubbio - ma non sufficienti.

Accanto alla competenza tecnica serve ascolto, vicinanza, empatia, anche verso i familiari. La verità è che ci sono stati momenti non facili, qualche attrito nel gruppo, soprattutto quando il tempo sembrava non bastare mai e la routine prendeva il sopravvento. Eppure in quei momenti ho capito quanto fosse importante non arretrare. Sentirsi parte di una squadra è fondamentale.



Quando medici, infermieri e ausiliari lavorano insieme, sostenendosi, tutto cambia: il clima, il modo di affrontare le difficoltà, persino la qualità delle cure. Ognuno è essenziale, e da questa collaborazione può nascere un ambiente più sereno, accogliente, dove assistere i degen- ti diventa qualcosa di naturale, oltre che professionale.



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia



PER SUPPORTACI
puoi anche donarci
il tuo 5 per mille!

CF: 96006150229

Un anno di esperienza clinica e setting di cura presso Castiglione delle Stiviere

IL SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO IN EMODIALISI

*di Emanuela Vignola**



L'insufficienza renale cronica e il trattamento emodialitico comportano una profonda riorganizzazione della vita del paziente, con un impatto significativo sulla sfera psicologica e relazionale. Numerosi studi documentano un'elevata prevalenza di disturbi ansiosi e depressivi nei pazienti in dialisi, con conseguenze rilevanti sull'aderenza terapeutica e sugli esiti clinici. Il presente contributo descrive un anno di esperienza clinica di integrazione del supporto psicoterapeutico all'interno del reparto di Emodialisi dell'Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere. L'intervento si è articolato su più livelli: colloqui individuali mirati, presenza osservativa in reparto durante le sedute dialitiche, lavoro informale e strutturato con i familiari e collaborazione continua con l'équipe medico-infermieristica. Vengono descritte le principali fragilità psicologiche emerse, tra cui difficoltà di adesione al trattamento, sintomatologia ansiosa e depressiva, vissuti di lutto anticipatorio, problematiche legate all'immagine corporea e alle relazioni. Particolare attenzione è dedicata al significato psicologico della non aderenza e alle specificità del setting dialitico, caratterizzato da una forte componente corporea, tecnologica e relazionale. Accanto agli aspetti clinici, l'articolo propone una riflessione sul ruolo del terapeuta in un contesto ad alta intensità assistenziale, evidenziando la necessità di un approccio flessibile, capace di integrare interventi strutturati e presenza informale, e di tollerare il limite e la cronicità della condizione. L'esperienza conferma l'importanza di un modello di cura integrato, in cui il supporto psicologico rappresenti una componente stabile del percorso terapeutico, con benefici non solo per il benessere del paziente, ma anche per i familiari e per l'équipe curante.

C'è un momento che ho rivissuto spesso, nel corso di quest'anno. Il primo giorno in reparto, quando ho varcato la porta e mi sono trovata di fronte a una fila di letti, ciascuno occupato da una persona collegata a una macchina che filtrava il suo sangue. Il rumore ritmico dei monitor, il luccicare dei tubi, il silenzio pesante che ciascuno portava con sé. Mi sono fermata sulla soglia, e ho capito che avrei dovuto imparare un modo completamente nuovo di stare con le persone.

Quella soglia, con il tempo, è diventata anche una soglia interna: tra un modo di pensare la psicoterapia che conoscevo e uno che avrei dovuto costruire, giorno dopo giorno, dentro un contesto che non concede illusioni di controllo. L'emodialisi non è un evento, è una condizione che si ripete, che scandisce il tempo e ridisegna l'esistenza. Entrarvi come terapeuta significa accettare di essere trasformati, prima ancora che di trasformare. L'insufficienza renale cronica e il trattamento emodialitico rappresentano eventi traumatici che stravolgono radicalmente l'esistenza di chi li vive.

La dipendenza da una macchina per la sopravvivenza, la rigidità degli orari di trattamento, due, tre volte a settimana, quattro ore per volta, le limitazioni alimentari e idriche, le modificazioni dell'immagine corporea, l'incertezza prognostica: tutto questo costituisce un carico di stress cronico che espone i pazienti a fragilità psicologiche significative e documentate.

La letteratura scientifica è inequivocabile: la prevalenza di disturbi d'ansia e depressione nei pazienti in dialisi oscilla tra il 20% e il 40% a seconda degli studi (Cukor et al., 2007; Lopes et al., 2004). Questi disturbi non compromettono solo la qualità di vita, ma si associano a minore aderenza terapeutica, maggiore morbilità e au-

mentata mortalità. Eppure, nonostante queste evidenze, l'integrazione sistematica del supporto psicologico nei servizi di dialisi italiani rimane ancora sporadica e disomogenea.

Questo articolo nasce dalla volontà di condividere l'esperienza di un anno di attività psicoterapeutica strutturata all'interno del reparto di Emodialisi dell'Ospedale San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere. Non si tratta di un resoconto neutro: è una narrazione clinica che intreccia dati, riflessioni teoriche e vissuto personale, nella convinzione che anche la soggettività del terapeuta sia parte integrante del processo di cura.

Un aspetto che ha richiesto un'elaborazione personale riguarda il confronto quotidiano con il limite. La dialisi rende visibile in modo concreto e continuo la dipendenza, la vulnerabilità e, in ultima analisi, la finitudine. Come terapeuta, questo espone a un duplice movimento: da un lato, il desiderio di alleviare la sofferenza; dall'altro, la consapevolezza della propria impotenza rispetto a una condizione che non può essere modificata sul piano medico. Imparare a tollerare questo limite, senza rifugiarsi in un fare eccessivo o in una distanza difensiva, è stato uno degli apprendimenti più significativi di questo anno. La relazione con i pazienti in dialisi è caratterizzata da una particolare intensità.

La ripetitività degli incontri, la condivisione di uno spazio e di un tempo prolungati, la visibilità del corpo sofferente creano condizioni di prossimità che raramente si incontrano in altri contesti clinici. Questa prossimità, tuttavia, richiede un costante lavoro di regolazione: essere sufficientemente vicini da essere percepiti come presenti e affidabili, ma anche sufficientemente distinti da non essere travolti dalla sofferenza osservata. Un elemento che mi ha particolarmente colpito è la varietà delle modalità con cui i pazienti cercano di mantenere un senso di continuità identitaria. Alcuni investono fortemente nella relazione, altri nel controllo delle informazioni, altri ancora nell'ironia o nella minimizzazione. In alcuni casi, ho osservato come la malattia rischi di diventare l'unico organizzatore dell'identità, mentre in altri emerge una sorprendente capacità di preservare spazi di normalità.

Questo ha rafforzato in me l'idea che il compito del terapeuta non sia tanto "curare" la sofferenza, quanto accompagnare il paziente nel man-

tenere o ricostruire un senso di sé che non sia completamente assorbito dalla condizione patologica. Anche il rapporto con l'équipe ha avuto un impatto significativo sulla mia esperienza.

Essere riconosciuta come parte del gruppo curante ha progressivamente modificato non solo la mia posizione, ma anche il mio modo di pensare l'intervento. Ho potuto osservare quanto il disagio psicologico dei pazienti influenzi profondamente anche il vissuto degli operatori, generando talvolta frustrazione, senso di impotenza o distacco emotivo. In questo senso, il mio ruolo si è esteso implicitamente anche a una funzione di contenimento e traduzione delle dinamiche emotive all'interno dell'équipe, contribuendo a costruire una lettura più complessa e meno giudicante dei comportamenti dei pazienti. Un'ulteriore riflessione riguarda il tema del tempo. In dialisi, il tempo assume una qualità particolare: è al contempo rigido (nei suoi orari) e sospeso (nelle lunghe ore di trattamento).

Questo tempo "altro" entra inevitabilmente anche nel lavoro terapeutico. Ho imparato a riconoscere il valore dei silenzi condivisi, della semplice presenza, della possibilità di "stare" accanto al paziente senza necessariamente riempire lo spazio di parole. In alcuni casi, è proprio in questi momenti che emergono elementi di maggiore autenticità.

Infine, questa esperienza ha avuto un impatto trasformativo anche sul mio modo di concepire la psicoterapia. Mi ha portato a interrogarmi meno sull'aderenza a modelli teorici e più sulla qualità della presenza, sulla capacità di adattamento e sulla disponibilità a lasciarsi modificare dall'incontro con il paziente. In un contesto come quello dell'emodialisi, la psicoterapia assume



una forma più essenziale: diventa uno spazio di riconoscimento, di legittimazione dell'esperienza emotiva e, quando possibile, di costruzione di significato all'interno di una condizione che mette radicalmente in discussione le coordinate dell'esistenza.

La prima scelta strategica che ho compiuto, e che si è rivelata la più importante, è stata quella di non limitarmi ai colloqui in studio. Ho scelto di essere fisicamente presente in reparto durante le sedute dialitiche, due giorni a settimana, camminando tra i letti, fermandomi a scambiare qualche parola, imparando a leggere i silenzi. All'inizio questa presenza mi esponeva a una sensazione di inadeguatezza: non c'era uno spazio definito, non c'erano tempi protetti, non c'era il "setting" come lo avevo sempre inteso. Progressivamente ho compreso che il setting, in questo contesto, non è un luogo ma una qualità della presenza.

Ho dovuto rinunciare a una parte del controllo per sviluppare una maggiore capacità di stare nell'imprevedibilità, nella frammentarietà, nella discontinuità. Questo ha significato costruire il lavoro clinico su tre livelli complementari.

Il primo è quello degli interventi individuali mirati: su segnalazione dell'équipe medico-infermieristica, vengono avviati percorsi di supporto per i pazienti che presentano fragilità specifiche. Nell'arco dell'anno, tre pazienti hanno intrapreso un percorso di colloqui settimanali continuativi; altri hanno ricevuto interventi più brevi, calibrati sulle fasi critiche del loro percorso di cura. Il secondo livello è quello della presenza osservativa in reparto. Stare in sala dialisi durante il trattamento permette di cogliere aspetti che difficilmente emergerebbero nel setting tradizionale del colloquio: l'espressione del volto durante una procedura invasiva, il tono della voce quando si risponde all'infermiere, le dinamiche tra pazienti che condividono quotidianamente quello stesso spazio. Essere testimone diretto della dialisi ha modificato profondamente anche la mia capacità empatica: non si trattava più solo di ascoltare un racconto, ma di vedere, sentire, quasi incarnare una parte dell'esperienza del paziente.



Questa prossimità, tuttavia, ha richiesto un lavoro costante di regolazione: essere abbastanza vicina da essere significativa, ma non così immersa da perdere la funzione di contenimento. Il terzo livello riguarda il lavoro con i familiari.

La sala d'attesa, quello spazio dove i caregiver trascorrono ore a guardare l'orologio, a leggere, è diventata un luogo di incontro prezioso e informale. La collaborazione con l'équipe medico-infermieristica ha rappresentato la spina dorsale di tutto il modello. Non solo riunioni formali: le conversazioni nei corridoi, le pause caffè condivise, i passaggi di consegna a cui ho assistito in silenzio. È in questi momenti informali che si costruisce davvero un linguaggio comune. Progressivamente, ho osservato come il mio ruolo si estendesse anche a una

funzione meno esplicita ma fondamentale: aiutare a tradurre il comportamento dei pazienti in termini comprensibili sul piano emotivo. Restituire senso alla non aderenza, alla rabbia, al ritiro, ha contribuito a ridurre la frustrazione degli operatori e a rendere la relazione di cura più sostenibile per tutti.

Il setting dell'emodialisi presenta caratteristiche peculiari che influenzano profondamente il lavoro psicoterapeutico. Il corpo del paziente è esposto, manipolato, invaso da aghi, collegato a tubi attraverso cui il sangue esce e rientra visibilmente. Questa nudità, fisica e simbolica insieme, richiede al terapeuta una sensibilità particolare. Il colloquio durante la dialisi ha una sua specificità irriducibile: il paziente è fisicamente immobilizzato per ore, in una posizione di particolare vulnerabilità. Questa condizione può facilitare l'apertura emotiva, ma può anche accentuare sentimenti di impotenza e passività. Per me, questo ha significato confrontarmi in modo diretto con il limite. Il limite del corpo del paziente, ma anche il limite del mio intervento. In un contesto in cui la malattia non può essere "risolta", il rischio è quello di rifugiarsi in un fare eccessivo o, al contrario, in una distanza difensiva.

Ho dovuto imparare a sostare in una posizione intermedia: esserci senza dover necessariamente "fare", tol-



lerare di non poter cambiare la realtà ma poter essere significativa dentro quella realtà. Ho imparato a stare nei frammenti: conversazioni brevi, silenzi condivisi, uno scambio di sguardi. E ho scoperto che, in alcuni casi, è proprio in questi spazi minimi che avvengono i passaggi più autentici. Il tempo della dialisi, rigido e al contempo sospeso, ha trasformato anche il mio modo di pensare il tempo terapeutico. Non più solo uno spazio da riempire, ma qualcosa da abitare.

Sarebbe disonesto non parlare anche delle difficoltà. Non tutti i pazienti accettano il supporto psicologico, e questo va rispettato come una scelta legittima. Ho imparato, non senza fatica, che tollerare questi “rifiuti” senza viverli come un fallimento personale è parte essenziale della competenza professionale. In alcuni momenti ho dovuto confrontarmi con una sensazione di inutilità, con la domanda implicita: “a cosa serve essere qui se qualcuno non vuole incontrarti?”. Col tempo, ho compreso che anche una presenza non richiesta può avere un valore, purché non diventi intrusiva. Un'altra criticità riguarda i pazienti che necessiterebbero di interventi più intensivi o specialistici. In questi casi emerge con forza il limite del contesto e la necessità di una rete territoriale più fluida.

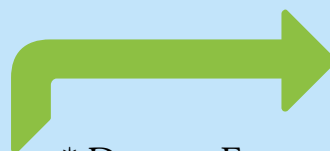
Conclusioni: torno spesso a quella soglia del primo giorno, ai letti allineati, al rumore dei monitor. Quello che non sapevo, allora, è che avrei imparato tanto quanto avrei offerto. Questo lavoro ha modificato profondamente anche il mio modo di concepire la psicote-

rapia. Mi ha portato a interrogarmi meno sull'aderenza a modelli teorici e più sulla qualità della presenza, sulla capacità di adattamento, sulla disponibilità a lasciarmi trasformare dall'incontro con il paziente.

I pazienti dializzati mi hanno insegnato qualcosa di fondamentale sulla natura dell'adattamento umano: la capacità di trovare un modo di vivere, e non solo di sopravvivere, all'interno di vincoli che sembrano insuperabili.

L'esperienza di quest'anno conferma l'importanza e la fattibilità dell'integrazione del supporto psicoterapeutico nella cura dei pazienti con insufficienza renale cronica. Un modello che preveda sia colloqui individuali mirati sia una presenza continuativa in reparto appare particolarmente efficace.

La macchina dializza il sangue, ma prendersi cura della persona richiede qualcosa di più: richiede sguardi, parole, silenzi condivisi, e la disponibilità a stare accanto al limite, senza distogliere lo sguardo.



* Dott.ssa Emanuela Vignola
Psicologa Psicoterapeuta
Ospedale San Pellegrino,
Castiglione delle Stiviere

La sfida della persona con malattia renale tra cliché su dieta e corpo e la necessità di una terapia nutrizionale

UNA CULTURA CORRETTA DELLA DIETA

*di Federica Berchielli**



Viviamo in una cultura profondamente ossessionata dalla dieta, una vera e propria cultura della dieta, che pervade il nostro modo di pensare al corpo, al cibo e alla salute. Nonostante chi si occupa di nutrizione cerchi sempre più spesso di restituire un significato ampio — fatto di stile di vita, equilibrio e sostenibilità — nel sentire comune la parola “dieta” continua a evocare soprattutto restrizione, rinuncia e controllo. Questa cultura impone una divisione rigida tra ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, trasforma la cura di sé in fatica e, paradossalmente, anche in una sorta di dovere morale: una salute percepita come “giusta” solo se conquistata a prezzo di sacrificio. In questo contesto, magrezza e dimagrimento diventano automaticamente sinonimi di salute, successo e autocontrollo, mentre chi non rientra nei parametri proposti dai media e dalla moda spesso si sente sbagliato, in difetto, talvolta persino fallito. Molte persone finiscono così per entrare in un circolo di sensi di colpa, tentativi ripetuti e fallimenti, fasi di restrizione seguite da recupero del peso, e nei casi peggiori questo senso di inadeguatezza può portare a trascurare comportamenti di cura, come se non valesse più la pena prendersi cura di sé. Paradossalmente, un sistema che proclama la salute al centro finisce per alimentare dinamiche che la compromettono. Non è raro, infatti, che molte persone abbiano alle spalle una lunga storia di diete, più o meno rigide, e possano raccontare un rapporto con il cibo fatto di fatica, ambivalenza e giudizio continuo.

Vivo questi aspetti anche sulla mia pelle, perché nell’immaginario collettivo la mia professione è ancora fortemente associata al dimagrimento e al controllo. Quando

mi vedono mangiare, capita spesso che qualcuno commenti, con mio grande fastidio: “Ah, ma lei è dietista, mangerà sempre benissimo”. E ogni volta sorrido, perché la realtà è molto più semplice e molto più umana: anche le dietiste mangiano di tutto, e anche noi scegliamo in base alla fame, al tempo, al contesto e — sembrerà strano dirlo — anche in base al piacere. La dieta non è perfezione e non è performance, non è un modo per dimostrare qualcosa agli altri, ma uno strumento per interfacciarsi con il mondo, che ha a che fare con la convivialità e il piacere oltre che con il prendersi cura di sé, per nutrire il corpo e sostenerne il funzionamento nel tempo. È anche per questo che porto avanti con convinzione una visione più flessibile e meno giudicante dell’alimentazione: perché la dieta è solo un tassello della salute, non la sua totalità. A fare la differenza concorrono molti altri aspetti, come la serenità, la qualità delle relazioni, la possibilità di muoversi con piacere, una condizione lavorativa ed economica dignitosa e la salute mentale.

Eppure, in una società che tende a semplificare e a giudicare, resiste ancora una contrapposizione rigida: magro equivale a sano e responsabile, mentre un corpo grasso — sì, possiamo usare questo termine in tranquillità se ne togliamo la connotazione grassofobica negativa e lo lasciamo come termine descrittivo — viene facilmente associato a trascuratezza, mancanza di volontà o malattia. Una visione non solo riduttiva, ma profondamente fuorviante, che rischia di farci dimenticare quanto siano diverse le storie e i corpi delle persone. In questo contesto, il riconoscimento dell’obesità come patologia, avvenuto nel 2025, ha certamente contribuito a porre

maggior attenzione clinica sul tema. Tuttavia, in alcuni casi ha anche rischiato di rafforzare uno stigma già presente, trasformando il corpo in un'etichetta e il peso in un giudizio implicito, riducendo la complessità di ciascun individuo a un numero sulla bilancia.

Se da un lato è fondamentale riconoscere le condizioni che richiedono attenzione medica, dall'altro è altrettanto importante non ridurre la persona alla sua diagnosi. Ci sono persone con corpi più grassi che non presentano altre patologie, così come ci sono condizioni comuni — dalla depressione agli attacchi di panico, dall'ipertensione alla miopia — che non definiscono il valore o l'identità di chi le vive. Eppure, quando si parla di peso, questo passaggio non sempre viene fatto: il corpo diventa così sinonimo di giudizio morale o sanitario, quando in realtà la salute è molto più complessa e sfaccettata. Rimettere al centro la complessità e, soprattutto, la persona è forse il primo passo per costruire un rapporto più sano e realistico sia con il cibo sia con il corpo, senza lasciarsi intrappolare da un'ossessione per la magrezza o da stereotipi che non rispecchiano la realtà della vita quotidiana e della salute di ognuno.

Dal punto di vista clinico, inoltre, il peso corporeo è un indicatore parziale, che da solo non è in grado di restituire la complessità dello stato di salute di una persona. Non tutto il peso è uguale: conta come è distribuito, quanta parte è rappresentata da massa muscolare e quanta da massa grassa, così come lo stato di idratazione. In molte condizioni, come accade spesso anche nei pazienti con malattia renale, il peso può essere influenzato dalla ritenzione di liquidi, finendo per mascherare la reale composizione corporea. Allo stesso modo, una perdita di peso può apparire favorevole, mentre può nascondere una riduzione della massa muscolare — la cosiddetta sarcopenia — che rappresenta invece un fattore

di rischio rilevante. Tutto questo ci ricorda quanto sia necessario andare oltre la bilancia e imparare a leggere il corpo con uno sguardo più ampio, meno automatico e più attento alla persona nella sua interezza.

Eppure, nello stesso contesto medico, persiste una tendenza a proporre il dimagrimento come primo intervento per una vasta gamma di sintomi, come se fosse una soluzione semplice e immediata. In realtà dimagrire non è un processo lineare né facilmente sostenibile: significa ridurre l'apporto energetico rispetto alle abitudini consolidate, convivere spesso con la fame, con una minore disponibilità di energie e con un equilibrio che nel tempo il corpo tende fisiologicamente a difendere. Non è quindi paragonabile all'assunzione di una terapia farmacologica, né può essere considerato un intervento neutro. Molti attivisti e attiviste grasse dei movimenti di fat liberation sottolineano proprio questo rischio: che il peso diventi una lente attraverso cui leggere tutto, con la conseguenza, in alcuni casi, di ritardare l'avvio di percorsi diagnostici e terapeutici appropriati, perché il primo intervento proposto resta quasi sempre il dimagrimento.

Nei pazienti con malattia renale cronica (IRC), questo vissuto diventa ancora più complesso. Spesso si tratta di persone con condizioni metaboliche associate — diabete, ipertensione, dislipidemia — che per anni hanno sentito ripetere: “deve dimagrire”. Un messaggio continuo, interiorizzato, quasi sempre frustrante, che finisce per accompagnarle anche nel momento in cui la dieta smette di essere solo uno stile di vita e diventa una vera e propria terapia. Ed è proprio qui che le cose si complicano ulteriormente.

Molti arrivano a uno stadio avanzato della malattia con una lunga storia di tentativi di dimagrimento alle spalle, spesso senza risultati duraturi. Sono persone che per anni hanno provato, senza riuscirci in modo stabile, a rispondere a quella richiesta, e questo vissuto pesa profondamente proprio nel momento in cui si trovano ad affrontare una malattia cronica e una terapia nutrizionale complessa. Inoltre, la necessità di intervenire con la dieta arriva spesso in una fase della vita già delicata, per lo più in età avanzata. Ed è proprio qui che qualcosa cambia.

In presenza di insufficienza renale cronica moderata o avanzata, qualche chilo in più non è necessariamente un problema, anzi, in molti casi può avere un ruolo protettivo. In età geriatrica, una maggiore riserva corporea si associa a un minor rischio di fratture, a una migliore capacità di affrontare eventi acuti e a un recupero più efficace dopo un'ospedalizzazione. Un certo quantitativo di





massa grassa — ma soprattutto di massa muscolare — rappresenta infatti una riserva energetica e funzionale fondamentale, e nel paziente nefropatico questo assume un valore ancora più centrale, perché la malnutrizione è una delle complicanze più frequenti e più impattanti sulla prognosi.

Eppure, nonostante queste evidenze, il desiderio di dimagrire rimane profondamente radicato, soprattutto in persone che per tutta la vita si sono sentite dire che dovevano perdere peso. Questo accade nonostante noi specialisti cerchiamo di spiegare il contrario in ogni modo possibile e si inserisce, per di più, in una fase in cui il dimagrimento è facilitato da uno dei sintomi tipici dell'IRC, cioè la riduzione dell'appetito.

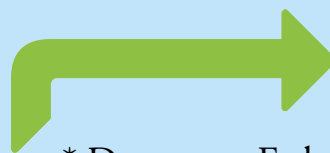
Capita così che il paziente si senta “più bravo” o “più sano” quando perde peso, spesso rafforzato anche dallo sguardo dei caregiver o dei partner, convinti a loro volta che il dimagrimento sia un traguardo positivo, anche quando quella perdita rappresenta in realtà un possibile segnale di peggioramento. Questo, in fondo, è comprensibile: oltre a una vita passata a sentirsi dire di dover dimagrire, molte persone vengono inviate a fare una “dieta” e, come dicevamo all'inizio, nell'immaginario comune questo termine è ancora fortemente associato al dimagrimento e alla restrizione. Per questo motivo, il fatto che il mantenimento del peso possa essere un vero e proprio obiettivo di cura diventa spesso un tema centrale nelle visite dietetiche.

Arrivare alla dialisi già in uno stato di malnutrizione è tutt'altro che raro, ed è una condizione che rende il percorso terapeutico molto più complesso. Un organismo già impoverito fatica maggiormente a tollerare i trattamenti, è più esposto al rischio di infezioni e presenta una minore capacità di recupero, con un impatto diretto sulla qualità della vita. Inoltre, lo stato nutrizionale rappresenta un elemento rilevante anche nella valutazione dell'idoneità al trapianto, rendendo ancora più evidente quanto sia importante arrivare a questa fase della

malattia con riserve adeguate, e non in una condizione di deplezione. È proprio da qui che nasce la necessità di ripensare il senso della dieta in questo contesto.

Mangiare, infatti, non è solo seguire regole: è adattarsi alla propria condizione, trovare un equilibrio tra indicazioni cliniche e vita reale, costruire abitudini che possano durare nel tempo senza diventare un peso ulteriore. Perché una dieta, per funzionare davvero, deve essere sostenibile, deve poter entrare nella quotidianità senza rigidità eccessive né la sensazione costante di essere “in errore”. Deve lasciare spazio al piacere, alla socialità, alla normalità — e questo vale ancora di più quando si convive con una malattia cronica. In questi percorsi, spesso il lavoro più importante non è togliere, ma aggiustare; non è restringere, ma proteggere; non è inseguire un numero sulla bilancia, ma capire cosa serve davvero, in quel momento, a quel corpo e a quella persona.

Per me, tutto questo è anche una sfida quotidiana. Aiutare i pazienti a orientarsi in un mondo in cui la dieta è ancora carica di cliché — quasi sempre associata al dimagrimento — e in cui sul cibo e sul corpo convivono tabù, paure e messaggi contraddittori, richiede tempo, ascolto e una grande alleanza terapeutica. Per loro, però, l'alimentazione non è una moda né una performance: è una vera e propria terapia, in grado di contribuire a rallentare la progressione della malattia, a ritardare l'ingresso in dialisi o, nei casi più favorevoli, a raggiungere il trapianto senza passare prima dalla dialisi, oppure ad affrontare sia la dialisi sia il trapianto nelle migliori condizioni possibili. Si tratta di un lavoro complesso, a volte controintuitivo, ma profondamente significativo, ed è proprio in questa complessità che trovo il senso e la forza del mio lavoro: accompagnare le persone verso un modo di nutrirsi che sia terapeutico, privo di perfezionismi, ma allo stesso tempo possibile, sostenibile e realmente utile alla loro salute.



* Dottoressa Federica
Berchielli Dietista
Struttura Semplice Dietetica
e Nutrizione Clinica
Dipartimento Transmurale Anziani
e Longevità, ASUIT

PAROLE IN VIAGGIO

di Anna Maria Ercilli

Siamo più poveri, un'altra libreria ha chiuso l'attività, forse è rinata altrove, un tempo questa era un punto di riferimento per le ricerche di libri interessanti, il libraio sembrava bene informato, salvo poi venderti il libro dato in "omaggio" dall'editore. Debolezze umane.

Gli incontri tra appassionati lettori rendono piacevole la visita alla libreria, i minuti scorrono senza la cognizione del tempo, come assaporare la curiosità, liberi di aprire libri di parole.

Mina cercava i libri di Patrick L.Fermor di cui aveva letto: Tempo di regali, a piedi fino a Costantinopoli, cercava nello scaffale, spostava i libri con il rispetto del bibliomane, ma uno le cadde a terra, gridolino di disappunto, una ragazza vicina a lei, si china e lo raccoglie. Mina ringrazia, trova lo spunto per scambiarsi qualche parola, necessaria, pensa.

- Cerca un buon libro che non sia un romanzo? Questo scrittore, Fermor, è una rivelazione, lo conosci? -

- No, non lo conosco – risponde la ragazza - però se è bello come dici, potrei prenderlo.-

Mina incalza, è il suo giorno di grazia con il piacere di proporre autori e libri.

Questo autore scrive, "fra cultura e vita, fra memoria erudita o letteraria e necessità dei dettagli", un narratore che affascina trasportando nel suo viaggio il retaggio di Orazio.

Autore, noto anche per le sue imprese eroiche in guerra, nell'isola di Creta, catturò il generale tedesco Kreipe. Memorabile il film che immortalò questa azione della resistenza greca.

Mina prova a ripassare il ricordo del film, visto nel periodo del glorioso Cineforum, ecco ricorda l'attore che interpretava Fermor, Dirk Bogarde. Rivolta alla ragazza – ma in quanto a bellezza e prestantza fisica, Patrick L.Fermor è molto più dotato dell'attore – guarda le fotografie pubblicate.

Questo scambio di passioni letterarie coinvolgeva di

tanto in tanto anche il libraio, che aggiungeva note di colore scherzoso, non aveva molte visite quella mattina. Le due clienti vivacizzavano il locale, un diversivo ogni tanto fa bene all'umore.

La ragazza coinvolta dalle parole di Mina, si convince di amare già questo autore di viaggi colti, ma quale comprare?

La suggeritrice Mina, propone: Mani. Viaggi nel Peloponneso. Una regione isolata e selvaggia descritta con maestria.

"Fino al 1830 e oltre non c'era nel Mani una sola scuola e la regione è senza dubbio la più arretrata della Grecia". La giovane decide di fidarsi, compra il libro Mani, prende il pacchetto come fosse un prezioso reperto greco, prova ad avviarsi verso l'uscita, torna indietro verso Mina – sei molto gentile, ti ringrazio, leggerò come merita l'autore, spero di incontrarti ancora, qui o in mezzo ad altri libri, arrivederci – Il librario ringrazia anche lui, dichiara Mina un'ottima facilitatrice di buone letture.

Era nell'aria il progetto di chiusura della libreria? noi non lo abbiamo intuito.



LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE 2026

di Serena Belli

È difficile raccontare qualcosa di nuovo a proposito di una iniziativa annuale (e mondiale) che si ripete da tanti anni: 20 per la precisione.

Ogni anno, a livello mondiale, i promotori della iniziativa cercano di dare un taglio differente, tale da caratterizzarla. Abbiamo quindi visto l'anno in cui la Giornata era dedicata alla salute renale della donna, oppure dei bambini, oppure delle persona vulnerabili e tanto altro. Nel 2026 il claim della giornata recitava: Vicini alle persone, attenti al Pianeta. Quindi la salute renale con un taglio anche ecologico. A noi di APAN piace moltissimo organizzare la Giornata, perché è l'occasione per sentirsi utili e vicini alle persone.

E così giovedì 12 marzo 2026 eravamo in Piazza Fiera a Trento, con 4 postazioni: due camper/ambulanza concessi dalla Azienda Sanitaria (ora ASUIT) e un tendone, prestato dalla Croce Rossa, con altre due postazioni. Medici ed infermieri provenienti dal Reparto di Nefrologia e Dialisi si occupavano della diagnostica e dei colloqui medici, qualora necessari, mentre altri volontari si occupavano della logistica organizzativa.

Come sempre le persone sono state sottoposte ad una misurazione della pressione arteriosa ed un controllo dell'esame urine estemporaneo, effettuato con Multistix.

È noto che questi due semplici esami, effettuati periodicamente (almeno una volta all'anno), consentono di valutare se i reni funzionano bene o se vi sono elementi che fanno sospettare una insufficienza renale anche minima, anche solo all'esordio. Straordinario! Quello che si dice: poca spesa, massima resa.

Nel caso in cui si riscontrino anomalie, le persone vengono invitate a ripetere l'esame, portarlo al medico curante per una verifica ed eventuale invio all'ambulatorio nefrologico, se è il caso.

Anche quest'anno l'affluenza è stata molto buona: ab-



GIORNATA MONDIALE DEL RENE 2026

GIOVEDÌ 12 MARZO

IN PIAZZA FIERA, (LATO VIA MAZZINI), TRENTO

DALLE 8.00 ALLE 13.00

CONTROLLO GRATUITO DI:

- ✓ **PRESSIONE ARTERIOSA**
- ✓ **ANALISI DELL'ESAME URINE** (portare un vasetto con urine fresche del mattino)

SARANNO INOLTRE FORNITE INFORMAZIONI RIGUARDO LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE MALATTIE RENALI E IL TRAPIANTO D'ORGANO

Con il supporto e patrocinio di:



biamo valutato poco più di 180 persone, tra maschi e femmine.

Tra questi sono stati trovati 7 casi di micro-ematuria (presenza di sangue-globuli rossi nelle urine), 1 caso di glicosuria (presenza di zucchero nelle urine) ma era iatrogena (cioè provocata da un farmaco antidiabetico - il glifozine - che agisce proprio facendo eliminare con le urine lo zucchero in eccesso nel sangue) e 3 casi di proteinuria (proteine nelle urine).

Tutte queste persone, a parte quella con diabete, sono state invitate a ripetere l'esame ed a contattare successivamente il medico di base.

Abbiamo anche identificato alcuni casi di pressione elevata, ma si trattava di persone con ipertensione nota, che evidentemente non erano ben compensate. In questi casi abbiamo dato alcune indicazioni pratiche riguardanti un miglior controllo pressorio, è infatti noto che l'ipertensione cronica nel tempo danneggia il rene: tenere sotto controllo la nostra pressione serve a ridurre il rischio di insufficienza renale.

Mi sembra importante aggiungere che molte persone aspettano la nostra iniziativa per fare il loro controllo annuale ed arrivano già preparati e consapevoli, altre invece vengono perché hanno visto le locandine pubblicitarie esposte in molte farmacie della città e dei sobbor-



ghi. Un'altra quota è venuta a conoscenza della iniziativa assistendo alla trasmissione Meeting della dottoressa Agostini, su Trentino TV. Ogni anno la dottoressa ci dedica un ampio spazio per pubblicizzare la Giornata Mondiale del Rene e le siamo davvero grati per la sua disponibilità.

Infine ci sono persone che passano ignare davanti alla nostra postazione e, incuriosite, chiedono informazioni. Qui si vede la bravura dei volontari APAN: molte di queste persone vengono convinte a partecipare alla iniziativa ed a sottoporsi con gratitudine alle indagini. Concludo ricordando che in Medicina la prevenzione, in primis, è la mossa vincente per mantenersi sani, la seconda mossa è quella della diagnosi precoce. Se questi due comportamenti virtuosi vengono disattesi ci rimane solo l'opzione di aspettare sintomi conclamati e, successivamente, affidarci al medico curante o ad uno specialista d'organo. Purtroppo, per quanto riguarda il rene, i sintomi conclamati arrivano quando è troppo tardi ed i reni sono già a "termine corsa". Ecco perché iniziative come la Giornata Mondiale del Rene sono

così importanti ed efficaci: consentono una diagnosi precoce, in assenza di sintomi soggettivi.

Colgo l'occasione per raccomandare a chi ci legge di evitare, almeno per il momento, il fai da te o l'intelligenza artificiale. Magari in un futuro prossimo le cose cambieranno, ma per ora e secondo la mia modesta opinione, niente può sostituire l'alleanza terapeutica tra medico e paziente.



RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il 14 aprile scorso in corrispondenza dell'annuale assemblea soci, si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo della nostra associazione: Associazione Provinciale Amici della Nefrologia. Sono state confermate le cariche della presidente Diana Zarantonello, della vicepresidente Serena Belli e del tesoriere Roberto Mirigelli. Confermati come consiglieri: Alessia Dalpiaz, Milena Marchiori, Piera Masè, Mirella Stefani, Catalina Ligia Tirado Gallo. In qualità di revisore dei conti è stato confermato il commercialista Giorgio Appoloni. Ettore Mancia non si è ricandidato ed è stato sostituito da Maurizia Valli. Ringraziamo tutti per la disponibilità che, davvero, non è scontata. Complimenti e buon lavoro!

NUOVO PROFESSORE ALLA GUIDA DELLA NEFROLOGIA DI TRENTO

Dal primo maggio 2026 prende servizio il Professor Yuri Battaglia, che sostituirà il neo-pensionato Professor Giuliano Brunori, alla guida del Reparto di Nefrologia e Dialisi. Nel prossimo numero di Rene&Salute contiamo di poter pubblicare una intervista con il Professor Battaglia, sperando di presentarlo e farlo conoscere ai nostri lettori.

NECROLOGIO

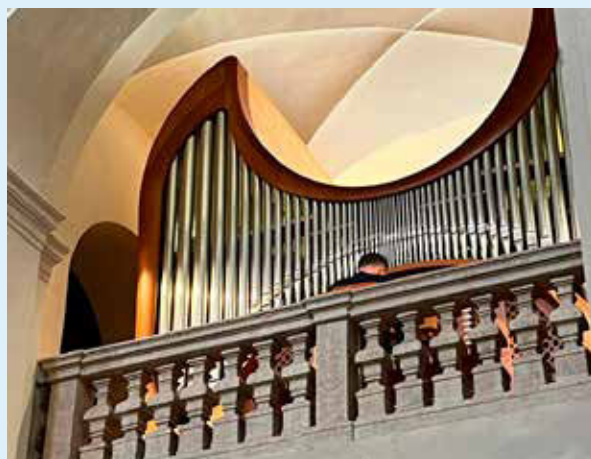
Pochi giorni fa è venuto a mancare Enrico Roversi, marito e compagno di Laura Pasquali Roversi che, come molti attenti lettori ricorderanno, è una nostra fedele collaboratrice. Enrico era un velista appassionato ed esperto, amante del mare. Non per niente i racconti di viaggio di Laura sono spesso reportage di viaggi marini. Il direttivo APAN e la Redazione di Rene&Salute desiderano inviare a Laura un abbraccio affettuoso unitamente alle nostre sentite condoglianze.

APAN E IL TEATRO

Il Venerdì 17 aprile 2026 Gold Service ha organizzato il tradizionale spettacolo teatrale il cui ricavato viene evoluta alla nostra Associazione. La commedia, scritta da Giuseppe Solfato, intitolata: "L'Algeri? L'è vegnù algeri", è stata magistralmente interpretata dalla compagnia BELA APS, con la direzione di Tiziano Cappello. Bravissimi tutti! La serata è stata veramente divertente, con tanti applausi a scena aperta. Il pubblico in sala era numeroso, con tanta voglia di ridere. Ringraziamo di cuore Gold Service che, con il suo contributo, ci aiuta a pubblicare la Rene&Salute.

GITA SOCIALE

Grazie di cuore anche a William Belli, storico dell'arte, che per la seconda volta ha accompagnato i soci APAN e tanti tra simpatizzanti ed Amici a visitare luoghi inusuali di Trento. La gita ha avuto luogo il sabato 18 aprile ed ha registrato una partecipazione numerosa ed entusiasta, tutti attenti e con il naso all'insù. Abbiamo visitato La Chiesa di Santa Maria del Suffragio, di San Francesco Saverio e dell'Annunciata: grandi capolavori nascosti e fuori dai circuiti turistici più battuti. Grazie anche al Maestro Alessandro Martinelli il quale, oltre ad averci consentito l'accesso alle chiese, si è prestato ad allietarci con il suono dell'Organo della chiesa di via del Suffragio e di quella della Annunciata: che grande emozione. Un vero regalo inaspettato. Grazie dunque a tutti e due, con tutto il cuore.



VIVA LA VITA!

Il 17 febbraio scorso è nata Ludovica, figlia della dottoressa Alessia Dal Piaz, membro del Direttivo APAN. Congratulazioni vivissime a mamma e papà. A Ludovica un augurio speciale da tutto il direttivo APAN. Viva La Vita!



DA TORINO I VERSI DI DAMIANA GENTILE

a cura di Salvatore Marà

Jana vive la sua infanzia durante la seconda guerra mondiale e ne ricorda ancora le paure. Nel dopoguerra, a 17 anni è già maestra. Insegna prima in un corso serale per adulti, poi, dopo il '47, inizia la sua carriera da insegnante. Giovanissima, conosce il suo futuro marito, Francesco Cristerà, insegnante d'inglese. L'impulso immediato la spinge a proseguire anche lei gli studi, ma comprende presto che non aspira ad essere chiamata professoressa, vuole soltanto continuare a vivere tra i bambini. Alla fine della sua carriera scolastica, per la dedizione al suo lavoro, viene insignita della medaglia d'oro dal Presidente della Repubblica.

Il suo amore per i bambini si accresce ancora con l'affetto verso i figli, ai quali si dedica completamente. Ne segue con attenzione le prime esperienze, i primi insegnamenti che la vita impartisce loro e ne soffre e gioisce insieme a loro. Li vede crescere e diventare adulti, ma ha di fronte la prova più grande che una madre debba affrontare, quella del distacco. I figli ormai fanno le loro scelte di vita. La casa si svuota. Jana sente il bisogno di esprimere il suo disagio attraverso la scrittura, per esprimere in particolare quel sentimento di abbandono che si porta dentro, cercando così nella poesia una consolazione alle sue sofferenze. Con il passare degli anni, le poesie si sommano una ad una, fino a diventare più di cento, finché la capacità consolatrice della scrittura le permette di ritornare ad una vita serena, fatta di viaggi e nuovi interessi, insieme a suo marito Francesco, ormai in pensione. Così quei quaderni finiscono in un cassetto, quasi dimenticati. Di nuovo però, l'armonia e la serenità familiare viene messa a repentaglio: il marito di Jana si ammala. Torna di nuovo la tristezza, questa volta è il viso di Francesco a portare i segni della sofferenza. Jana allora ripensa alle sue poesie, al farmaco che l'ha guarita, così consegna al marito i suoi quaderni. Con un gesto di estrema generosità, donava al marito i suoi pensieri



più intimi, restati nascosti sino a quel momento, per aiutarlo a superare lo sconforto di una lunga malattia. Un gesto che aveva rivelato ai suoi famigliari le preoccupazioni e i sentimenti che aveva mantenuto fino a quel momento nascosti, nella quotidianità di quella vita, solo in apparenza banale. Francesco commosso, legge le poesie di Jana e decide di farne stampare alcune copie dattiloscritte, per farne dono ai figli. Da quel momento, le poesie di Jana erano fuori dalla scrittura privata dei quaderni per diventare fascicoli rilegati a disposizione di chi avesse la sensibilità di avvicinarsi a un mondo interiore, fino a quel momento lontano da occhi indiscreti. A me non resta altro che ringraziare la signora Damiana Gentile per avermi permesso di leggere le sue poesie, donandomi il piacere di entrare, in punta di piedi, nei suoi ricordi e nel suo mondo incantato:

“Torneranno i miei figli alla mia casa; / e tornerà con loro / il mio sorriso / e, sciocca e ingenua, / la voglia di poetare. / Versi puerili, facili da capire, / senza rime / alternate / né bacciate: / forse solo memoria / di antiche filastrocche. / Che stupida mania! / Sono i figli la mia sola poesia.”

La poesia di Jana nasce da un amore profondo per i figli, un sentimento costante che appare però come un prisma dove si riflettono i ricordi dell'infanzia, le gioie per la nascita dei figli e i timori per il loro futuro. Preoccupata dagli errori inevitabili nel loro esporsi alla vita, Jana

Voglio appendere il mio cuore ad un albero

*Voglio appendere il mio cuore
ad un albero,
bandiera di giustizia.
Vorrei essere radice
e disperatamente
affondare
nelle nere, fredde viscere,
suggerne l'umore vitale
percepire delle ignote
profondità, i casti silenzi,
per dimenticare
le urla oscene
degli uomini.
Voglio appendere il mio cuore
ad un albero,
bandiera di libertà.
Vorrei essere radice,
e tronco e ramo.
Vorrei essere foglia,
fra le innumerevoli altre
e frusciare,
e stormire,
e cantare nel vento
le melodie boschive.
Vorrei essere foglia
perdutamente
verde,
per cancellare il purpureo
che sgorga dalle ferite
del mondo.
Vorrei essere foglia
fra le innumerevoli
altre,
e fiore aulente
che fughi
il putrido lezzo esalante dalle cancrene
dell'arroganza
e della prevaricazione,
della superbia
e dell'ambizione.
Voglio appendere
il mio cuore ad un albero
bandiera d'amore.
Vorrei per i miei
figli.*

La vita nulla mi insegnò

*La vita nulla mi insegnò.
Accumulai errori all'infinito.
Volentieri sto
dove giocano i bambini.
Essi sbagliano
ma sono innocenti
e ridono
dei loro stessi errori.
Io non so più ridere
e continuo a sbagliare.
Per questo
torno volentieri
dove giocano i bambini,
che sono innocenza e allegria.*

Dov'è il mio bimbo?

*Dov'è il mio bimbo
dagli occhi di cerbiatto?
Mamma, son qui!
Figlio, perdono,
non ti ho riconosciuto!
Figlio, perdono, il mondo t'ha mutato!
Naufrago in un mare
sconosciuto
e sono in cerca
di un lembo familiare.
Dov'è il mio bimbo
dagli occhi di cerbiatto?
Dov'è il fanciullo
che mi crebbe al fianco.
Mamma, son qui!
Oh, figlio, e allora
lasciati guardare;
lasciati accarezzare
e forse ritroverò
le tracce antiche
di carezze fiorite
dalle mie mani,
per un volto infante.
Lasciati abbracciare
e ritroverò il calore
degli innumerevoli baci
che ti ho dato.
Eccoti,
figlio, fiore,
figlio, frutto,
luminosa visione
del mio amore
immutato.*



coglie, negli occhi dei figli, il palpitare dei sentimenti, il sopraggiungere dell'amore, con i suoi riti di sempre, - *I tuoi sedici anni/ sono i miei! / Hai posato/ il tuo vulnerabile cuore/ sul palmo aperto/ della mano tesa/ e l'hai offerto all'amore!* - quei riti che lei conosce. Le ritornano alla memoria i ricordi della sua giovinezza, l'incertezza e i fremiti dei primi incontri con Francesco, il suo amore. La poesia porta con sé anche la riflessione sulla quotidianità di una vita trascorsa fra le mura domestiche, - *Vivo la mia realtà/ limitata/ di donna mediocre./ Il lavoro, il mio uomo,/ la casa, i miei figli! / La vita mi ha dato/ tanto poco! / Quel poco/ mi ha riempito la vita!* - Una consapevolezza che segna la distanza dai figli ormai lontani, in cerca di una vita diversa, dagli orizzonti più ampi. Allora la riflessione prende toni pessimistici, si sente inutile, inadeguata, ma le viene in soccorso la fede, insieme al sentimento di aver donato la vita ai suoi tre figli. A lenire il sentimento di ineluttabilità delle sorti umane, compare nei suoi versi la Natura, consolazione del patire umano, con le sue manifestazioni gioiose e colorate, tra alberi verdeggianti e fiori. Ma la natura è anche mistero, profondità insondabile, allora il mare diventa protagonista con la sua mutevole simbologia - *suono sordo di conchiglia, / nenia antica, / dei primordi, / come creatura nascente/ nel grembo della madre!* -. Alla fine però proprio nei bambini e nella loro inconsapevole semplicità Jana trova il luogo dove sentirsi a casa, appagata dalla vita. Il suo amore per i figli si trasforma in un amore per l'infanzia come età dell'innocenza, si universalizza il suo sentimento e si offre ai lettori come esperienza da condividere. Se la poesia è dare forma all'informe,

alle profondità del nostro animo, a quell'ombra che ci segue e che noi vorremmo a volte saltare, allora le parole di Jana torneranno sicuramente a farci compagnia e a consolarci dalle intemperie che le incertezze della vita ci costringono ad affrontare.

La poesia di Jana però non è solo consolatoria. Nelle sue strofe c'è spazio anche per una riflessione sulla poesia. Definisce attraverso pochi versi la sua intenzione di scrivere con parole semplici, comuni, per descrivere sentimenti nati dalla vita quotidiana, vissuta nella semplicità degli impegni di una donna del suo tempo. D'altra parte, alle espressioni semplici, quasi ad imitazione del linguaggio materno più familiare, rivolto spesso ai bambini, - *Passerotto, / cuore di mamma, / fiorellino mio. / Tu ridevi/ ed io continuavo/ a chiamarti/ nei mille modi,/* che mi erano cari - si affiancano echi letterari e un lessico colto. Nei suoi versi emergono la frequentazione dei classici e la passione per la letteratura che ancora oggi coltiva con entusiasmo sulla soglia dei 96 anni.



La poesia di Jana vive nascosta nei sentimenti, nell'affetto, nei timori, oppure nella serenità quotidiana fatta di piccoli gesti e di attenzioni verso il prossimo. In modo inaspettato, ci sorprende e riemerge, per farci consapevoli della sua presenza, a volte consolatrice, oppure disposta ad accogliere espressioni di sfogo, sempre però ci aiuta ad essere consapevoli del nostro vivere. Ci apre nuovi orizzonti e ci spinge di nuovo ad amare, chi ci sta a fianco, i nostri figli, la stessa vita.

GIOCHI DI ANIME

di Barbara Agostoni*



Si dice che i popoli antichi ritenessero che il Dio Cavallo, il re dei cavalli del cielo, fosse arrivato sulla terra quando il tempo era ancora solo nebbia, con addosso redini di nebulosa e in bocca un morso fatto di stelle.

La sua venuta sul nostro pianeta era per motivo di compassione nei riguardi degli umani (gioire e soffrire con loro nel rispetto reciproco di ognuno), per insegnare loro a dirigersi verso qualcosa che rendesse la vita più grande, che la alimenti e non la limiti.

Molti cavalli sono rimasti con gli umani per migliaia di esistenze e si sono evolute come anime individuali. Spesso le anime di un uomo e di un cavallo si uniscono e si reincarnano insieme, assicurando così la continuità di un legame profondo.

Vi sono molte ragioni per cui i cavalli cercano gli esseri umani ed altre per cui li ignorano. La ragione fondamentale per cui li cercano è quella di essere amati.

Tra il corpo del cavallo e il nostro corpo scorre un campo di energia che non può essere misurato ed è in questo campo che scorre l'essenza dell'anima e dello spirito.

Alcune persone chiamano questa forza energetica CHI (il cuore), essa è la sorgente di tutto in noi e intorno a noi ed è colei che guida il cavallo.

Forse non tutti credono che i cavalli abbiano un'anima, ma essa è la scintilla che lega l'individuo all'energia universale. Senza questo legame il cavallo non potrebbe esistere come essere vivente, ecco perché egli ha un lato spirituale molto profondo legato alla natura umana. L'anima è una combinazione di energia mentale e forza vitale che esiste in tutti gli esseri viventi.

Secondo Rudolf Steiner "L'anima animale gode nell'organizzazione degli organi e si reincarna nella specie. Tra spirito e corporeità si trova l'anima." Anche gli uomini godono dell'organizzazione dei loro organi ma, avendo

il dono dell'intelligenza, istruiscono a loro volta gli organi (Goethe).

L'anima del cavallo ha una memoria, questa memoria influisce sia sulla vita che sulla guarigione del cavallo. Se un cavallo non riesce a trovare un equilibrio interiore è perché la sua anima è legata alla memoria di qualcosa di negativo e necessita di una guarigione.

"Nel momento in cui raggiungiamo un contatto con l'anima, vediamo la sua memoria e ne comprendiamo il bisogno" (M. Coates), inoltre: "Lo spirito contenuto in tutte le cose nutre l'anima" (R. Steiner).

Gli occhi di un cavallo non giudicano mai: insegnano, comprendono e amano. Quando si guarda negli occhi di un cavallo si prova una pace infinita e un grande potere di intuizione.

È nello scambio di sguardi che spesso l'anima umana e l'anima animale si incontrano, come se entrambe facessero parte di un'unica famiglia spirituale. Questo incontro porta sempre ad una consapevolezza interiore. "La chiarezza non significa illuminare le figure di luce ma esseri consapevoli dell'oscurità" (Karl Gustav Jung). Questa consapevolezza si esprime come compito da parte dei cavalli di riportare il dialogo fra gli uomini, nel rispetto della propria identità.

I cavalli vengono chiamati anche "Maestri dell'incontro".

Con qualsiasi animale con il quale viviamo e amiamo per tanto tempo c'è una fusione di energie. Non tutti i cavalli possono comunicare mentalmente (Wanda-Mami), così come non tutti gli esseri umani possono farlo. Soltanto quando si è veramente vicino a qualcuno si è capaci di provare gli stessi sentimenti senza vedersi o parlarsi. Quando due cavalli sono emozionalmente sulla stessa lunghezza d'onda possono anche loro sentire quello che pensa o fa l'altro. Gli animali sono molto più connessi fra le loro anime che quelle degli esseri



umani. Quando si inizia una relazione profonda con un animale viene trasferita non solo la positività ma anche la negatività. Ecco perché spesso si crea un'ansia senza ragione in animali che sono amati e non hanno mai conosciuto maltrattamenti. Gli animali assorbono e riflettono le nostre paure. Si dice in particolare del cavallo che sia il nostro specchio.

In qualsiasi sistema oscillatorio, sia materiale che biologico l'apice del rendimento si ottiene quando tutti le parti del corpo sono sincrone, ovvero in perfetta armonia. In questo modo si ha la massima capacità con il minimo dispendio di energia. Il cuore è l'oscillatore principale del corpo umano e produce una bioelettricità da 40 a 60 volte maggiore di quella prodotta dal cervello. Esso possiede un campo elettromagnetico 5000 volte superiore a quello del cervello.

Secondo le ricerche dell'Istituto Heart Math il cuore è in grado di imporre il suo ritmo a tutti gli altri sistemi oscillatori del corpo e a tutti i livelli (fisico, emozionale e mentale) sincronizzandoli automaticamente fra loro. In più grazie alla vastità del suo campo elettromagnetico riesce ad armonizzare il cuore e la mente di un altro essere vivente che si trova entro un certo raggio d'azione. Ciò spiega per esempio il successo della pet-therapy. Per quanto riguarda il cavallo, egli ha un cuore 5 volte il nostro e va ad influire sul nostro campo elettromagnetico.

L'importanza della qualità delle vibrazioni

L'amore è una vibrazione

L'odio è una vibrazione

L'indifferenza ristagna e marisce

Tanto più si è sensibili, tanto più si sentono le vibrazioni, ecco perché i cavalli avvertono quando noi non riusciamo ad avvertire. La vibrazione del nostro cuore è sentita dal loro cuore, quando queste vibrazioni si sviluppano e crescono c'è l'incontro d'anima con i cavalli. Quando l'anima vibra sviluppa energia, creatività ed interesse. Al contrario la depressione fa cessare ogni vibrazione e questo i cavalli lo sentano e, se noi lo vogliamo, ci aiutano ad andare oltre questo stato in cui tutto ristagna. Essi ci permettono di smuovere la nostra anima attraverso le nostre emozioni trasformandola in determinazione, rispetto di sé stessi e stimolo a proseguire la vita.

Aristotele vede gli animali nella loro individualità di soggetti e, seguendo il suo pensiero si annulla l'idea secondo la quale gli animali non possono essere felici e condividere la vita con gli umani.

Quindi non solo è possibile addestrarsi per comunicare di proposito uno stato di quiete, amore e compassione verso l'animale, ma egli, a sua volta, ci trasmette qualcosa.

Usare il cuore significa sapere ciò che è giusto per noi, e questo risiede nella ricerca di un equilibrio. L'equilibrio

è un qualcosa che non va mai forzato ma che prima o poi arriva e ci fa stare bene e comprendere ciò che facciamo o abbiamo fatto.

Per giungere a questo dobbiamo imparare ad “aprire il cuore”. Aprire il cuore significa lavorare sulla concentrazione, il cuore diventa un filtro e lascia passare solo le sensazioni positive o meglio ciò che è giusto per noi. Scientificamente ciò è possibile perché sembra che il cuore sia a sua volta un cervello contenente un sistema nervoso indipendente, la cui materia è diversa da quella del cervello contenuto nel cranio.

Grazie a tutto ciò, il cuore sembra poter agire da sé, prendere decisioni e passare all'azione indipendentemente dal cervello. Esso ha quindi un ruolo nell'intelligenza e nella percezione della realtà.

Omero considerava il cavallo dotato di un cuore in cui aveva sede l'intelligenza, l'animale poteva avere comprensione delle cose e pensare in vista di un'azione. In equitazione quando si parla di concentrazione si parla di qui ed ora, che diventa un momento di profonda armonia fra cavallo e cavaliere che si raggiunge tramite un esercizio psico fisico. Guarda caso fin dai tempi più antichi si diceva che l'esercizio è una cura per l'anima.

I cavalli hanno una grande purezza di spirito e perdono sempre perché non giudicano e “lasciano andare”. Non è nella natura del cavallo attaccarsi a qualcosa quindi non c'è bisogno di lasciar andare. Semplicemente dicono sempre la verità in ogni situazione, non mentono mai. Questo potrebbe essere un concetto Zen, particolarmente utilizzato dalle persone che stanno vicino ai cavalli per un loro sviluppo personale. Del resto il cavallo è simbolo di libertà in molte culture e i valori Zen ci riconnettono (come i cavalli) all'energia universale. Nessun cavallo si stacca dall'energia della terra per far emergere la propria individualità, vanno oltre il loro ego, rispondono all'informazione che viene loro data e poi lasciano andare, pronti ad abbracciare il prossimo momento con la stessa attenzione e lo stesso entusiasmo. La vita vicino ai cavalli ci permette di lasciar andare la negatività grazie alla saggezza della loro energia. Attraverso questa energia impariamo ad accettare la negatività, trasformandola in emozioni positive che prendono un posto nella nostra vita e ci insegnano a sentire, a usare l'intuizione quando non è possibile vedere.

La trasformazione

La trasformazione è uno dei concetti più importanti per chi si avvicina ai cavalli ed anche uno dei più difficili da accettare e capire. Spesso troviamo questo concetto nelle fiabe, quando il rospo è trasformato in principe grazie

al bacio d'amore della principessa o la bestia è trasformata in umano grazie all'amore di una donna o ancora l'incantesimo della principessa caduta nel sonno per un maleficio, si sveglia grazie all'amore del principe. Tutte queste immagini di “trasformazione” racchiudono l'importanza dell'amore, della sensibilità dell'anima e della volontà di credere nei nostri obiettivi interiori.

L'anima dei cavalli ci aiuta, attraverso saggezza ed energia, ad accettare questa trasformazione e ci aiuta a viverla e ad accoglierla con positività durante il cammino della nostra vita.



Bibliografia

The Tao of Equus (Linda Kohanov, ed New world library)

Riding between the worlds (Linda Kohanov ed New world library)

I desideri dell'anima (Clarissa Pinkola Estés ed Frassinelli)

Parola di cavallo (Kate solisti-Mattelon)

Tenersi per zampa fino alla fine (Stefano Cattinelli e Daniela Muggia)

Filosofia Zen: insieme di scuole Buddhiste giapponesi che derivano dalle scuole del Buddismo cinese. Insegna l'arte della meditazione e della visione “del cuore delle cose”, attualizzando la propria natura nel più profondo.

* Barbara Agostoni
Scuderia La Prella
Sessa – CH

HEIDEGGER E LA MACCHINA DA SCRIVERE

di Salvatore Marà

SECONDA PARTE

L'origine della scrittura

Jaques Derrida, in un suo saggio sul pensiero di Heidegger (Jacques Derrida, *La Main de Heidegger*), riprende il famoso esempio del falegname, che Heidegger usa per spiegare come la mano sia l'origine del pensiero: l'artigiano segue le venature del legno, asseconda con la mano le caratteristiche connaturate al materiale che sta usando, così da realizzare un oggetto che non apparterrà al mondo della tecnica e alle leggi del mercato, che tutto uniforma. Allo stesso modo, il pensiero e la scrittura sono al di fuori di ogni legge di mercato, frutto di un lavoro paziente, espressione di quanto più vicino possa esserci all'essenza dell'uomo. Derrida nota che Heidegger si fa fotografare spesso con le mani in procinto di scrivere o che reggono ancora la sua penna in un momento di pausa. Non sembra invece che esistano foto che ritraggano Heidegger mentre scrive a macchina. Si potrebbe affermare che Heidegger aspiri ad un pensiero concreto, incarnato, infatti spesso accenna alla mano che stringe altre mani, che stabilisce contatti con altre persone, con espliciti allusioni ai valori che fondano la vita sociale. Derrida nota però che i riferimenti più ricorrenti sono rivolti alla mano singola e non alle mani, anzi, per Heidegger, le mani al plurale sono quelle del mondo tecnologico, dell'afferrare oggetti di consumo nella frenesia della vita quotidiana, insomma è la mano singola che scrive e pensa, che può congiungersi con l'altra soltanto nella preghiera. Per Derrida il pensiero di Heidegger trova i suoi limiti proprio nel pensare che la mano che scrive possa portare al pensiero il fondamento nascosto dell'essere umano. Inoltre, l'attività concreta della mano, non partecipa nella scrittura alla stessa stregua della parola, alla quale viene riservata maggiore importanza.

“Ciò che Heidegger non dice, ma che mi sembra ancora



più decisivo, la scrittura a mano [è] immediatamente legata alla parola, cioè più probabilmente a un sistema fonetico di scrittura...” (Derrida J., 1990, p. 202)

Il legame della scrittura con lo sviluppo tecnologico, appare come un legame essenziale, attraverso la nascita del libro a stampa e nella creazione di una tradizione letteraria. In altre parole, la nascita della storia della letteratura, indirizzata attraverso il progresso degli strumenti di scrittura e di stampa, frutto della Tecnica, per Heidegger si consuma attraverso un deperimento del linguaggio, “[La] valutazione apparentemente positiva della scrittura manoscritta non esclude, al contrario, una svalutazione della scrittura in generale. Ha senso all'interno di questa interpretazione generale della scrittura come crescente distruzione della parola o del discorso. La macchina da scrivere è solo un'aggravante moderna del male. Questo avviene non soltanto attraverso la scrittura ma anche attraverso la letteratura.” (Derrida J., ibidem) La mano di cui parla Heidegger non è la mano dell'uomo. Secondo Derrida in Heidegger persiste quell'avversione per la scrittura che già Platone aveva manifestato nel Fedro.

Platone è stato testimone del passaggio dalla tradizione orale a quella scritta. In uno dei suoi dialoghi più famosi, il Fedro, per illustrare la sua posizione, inventa un mito, dove racconta la storia del dio egiziano Theuth, che si reca dal re Thamus per annunciarli, fra tante altre invenzioni, quella della scrittura: “... questa conoscenza, o re, renderà gli egiziani più sapienti e più capaci di ricordare, perché con essa si è ritrovato il farmaco della memoria e della sapienza” (Platone, 1998, p.117). Il giudizio del re sulla nuova invenzione è chiaramente quello di Platone. Il re risponde al dio: “La scoperta della scrittura, infatti, avrà per effetto di produrre la dimenticanza nelle anime di coloro che la impareranno, perché,

fidandosi della scrittura, si abitueranno a ricordare dal di fuori mediante segni estranei, e non dal di dentro e da sé medesimi: dunque, quello che tu hai trovato non è il farmaco della memoria, ma del richiamare alla memoria. Della sapienza poi, tu procuri ai tuoi discepoli l'apparenza, non la verità: divenendo per mezzo tuo uditori di molte cose senza insegnamento, essi crederanno di essere conoscitori di molte cose, mentre, come accade per lo più, in realtà non le sapranno; e sarà ben difficile discorrere con loro, perché sono diventati conoscitori di opinioni invece che sapienti" (Platone, *ibidem*)

Per Platone la scrittura rischia di illudere il lettore di possedere delle conoscenze che in realtà potremmo considerare incomplete, il testo scritto non può accogliere la ricchezza del pensiero, che solo in un vero dialogo può trovare la possibilità di emergere. La verità può essere trasmessa solo se si è a conoscenza dell'animo dell'uditore, così da permettere alla parola di raggiungere il suo scopo. Il testo scritto, per sua natura, circola liberamente tra le persone, indistintamente, senza distinguere fra chi abbia la volontà di apprendere e chi, invece, non ne abbia semplicemente le capacità. Il testo scritto è soggetto a fraintendimenti, proprio perché non può, per sua natura, essere alla portata di tutti. L'uomo che insegue la scrittura non può che nutrirsi di opinioni e non della ve-



rità, frutto solo dell'insegnamento. Platone non rifiuta la scrittura, però ne limita l'uso a semplice promemoria per discorsi o appunti personali da conservare, ma a cui non affidare gli aspetti più importanti del percorso verso la verità. La scrittura aiuta certamente a ricordare, ma solo quello che già è stato appreso e conservato nella memoria.

L'opposizione di Platone nei confronti della scrittura si inquadra nel suo uso pubblico attraverso discorsi o proclami e nella volontà di criticare i nuovi gruppi di intellettuali che inseguivano il consenso della folla, preferivano, secondo Platone, l'opinione e non la verità. La parola appare, sin dagli inizi della cultura occidentale, più vicina al pensiero di ogni forma di scrittura, la trasmissione orale della cultura più affidabile di altre, in quanto si serve del dialogo per superare le ambiguità dell'esposizione.

Conclusioni

Non possiamo fare a meno però di tornare a riflettere su quella mole di testi scritti che circola in rete, potenzialmente una fonte di sapere inesauribile. Sarebbe forse troppo semplice chiedersi quanti di essi siano realmente compresi, oppure siano fonte di equivoci e utilizzati per giustificare posizioni antiscientifiche. E' sintomatico che l'industria più proficua oggi sulla rete sia quella delle fake news o delle verità alternative. Rischiamo forse di essere ostaggio dei testi scritti?

Abbiamo considerato da sempre la scrittura come la forma espressiva più idonea a conservare e tramandare il sapere, la più adatta a costruire una tradizione, come la storia di persone o popoli. La cultura occidentale ha stabilito un legame strettissimo tra oralità e scrittura. Ma i testi scritti, come scrive Flusser, "... iniziano a costituire una sorta di paranoico muro di biblioteca che aliena tipicamente l'uomo dal suo mondo." (Flusser V., 2002, p.66). La nostra società ipertecnologica, si ca-



ratterizza come figlia dell'industria culturale del secolo scorso, cioè come società dell'immagine. Flusser fa risalire la nascita della scrittura non tanto al bisogno di fare memoria, quanto al bisogno di illustrare immagini che, diventavano sempre più equivoche nel loro significato e rendevano difficoltoso distinguere la realtà dall'immaginazione, fino a portare l'uomo ad alienarsi in forme allucinate di realtà. Flusser ci ricorda la diffidenza di Platone nei confronti delle arti plastiche, considerate fuorvianti e da tenere lontano dai giovani. D'altra parte però, il testo scritto ha avuto la colpa di diventare sempre più autoreferenziale, staccata dalla realtà culturale dei più. In un futuro, immagina Flusser, torneremo ad illustrare le immagini con la scrittura, ma, a differenza degli uomini del passato, la scrittura non servirà più a salvare l'uomo dalla sua stessa immaginazione, ma sarà compito della scrittura illustrare le ideologie che si celano dietro le immagini.

Flusser profetizza, in modo molto suggestivo, un futuro dove tutti i testi scritti potranno essere trasformati in immagini attraverso una scatola nera. L'aspetto fantasioso si spiega con il periodo in cui scrive il suo saggio, ancora agli albori dell'informatica, siamo nel 1984. La scatola nera oggi potrebbe essere un computer che opera con l'intelligenza artificiale. La sua previsione corrisponde in parte alla nostra realtà: siamo sommersi da filmati e immagini dal significato equivoco, prodotte con poche righe di testo date all'AI. Se si avverassero completamente le previsioni di Flusser, potrebbe essere per la civiltà occidentale una svolta, oppure, come scriveva Spengler, il tramonto dell'Occidente. La nostra cultura potrebbe declinare non per l'accanimento dei potenti gruppi economico/finanziari nel drenare denaro, fino a

ridurre tutti in povertà (Spengler O, 1981, pp. 1393 – 1398); neanche per il calo demografico, un problema che attanaglia gli stati europei, portandoli a soglie di natalità bassissime (Graziosi A., 2023, cap. II). Molto più semplicemente e senza nessun fragore, ci avvieremo verso una società dove la scrittura e la lettura saranno sempre meno praticate. Emblematica l'osservazione conclusiva di Flusser:

“Se l'arte della scrittura dovesse cadere nell'oblio, o se dovesse diventare subordinata alla produzione di immagini (come nella sceneggiatura di un film), la storia nel senso stretto del termine sarebbe finita.” (Flusser V., 2002, p.63).

Bibliografia

Derrida, Jacques, “La main de Heidegger” in Heidegger et la question, Flammarion, Paris, 1990.

Graziosi, Andrea, Occidenti e modernità, il Mulino, Bologna, 2023.

Heidegger, Martin, Essere e Tempo, a cura di Franco Volpi, Longanesi, Milano, 20015.

Heidegger Martin, Gesamtausgabe II, Abtailing: Vorlesungen 1923-1944, Band 54, Parmenides, Vittorio Klosterman, Frankfurt am Main, 1992.

Platone, Fedro, a cura di Giovanni Reale, Arnoldo Mondadori editore, Milano, 1998.

Polt Richard, “Heidegger's Typewriter”, in The Heidegger's Circle, Annual 12, 2022 Reperibile all' indirizzo Web: <https://heidegger-circle.org/wp-content/uploads/2022/10/5-Polt-Typewriter-CORRECTED.pdf>

Spengler, Oswald, Il tramonto dell'Occidente, a cura di Furio Jesi, Longanesi, Milano, 1981.

Vilém Flusser, Writing, Translated by Erik Eisel Andreas Ströhl, Minnesota, University of Minnesota Press Minneapolis, Londra 2002.

La vita di Lina Villotti Giovannini

STORIA DI UN'OSTETRICA

di Francesca Giovannini

Nel XII secolo, l'ostetrica era comunemente identificata con la figura della "Savia donna" o della "comare"; il termine "Trotula" veniva invece usato come nome proprio o per antonomasia, in riferimento alla celebre medica salernitana dell'epoca. A quel tempo, il parto rappresentava un evento ad alto rischio, privo di tutele mediche moderne. Negli anni '20 del Novecento, la professione iniziò a strutturarsi: nel Tirolo e in Alto Adige, in particolare, operavano figure con una formazione pratica acquisita presso la scuola di Innsbruck, dove i corsi erano tenuti esclusivamente in lingua tedesca. Fino alla metà del secolo, questa figura mantenne il nome di "levatrice", un termine derivato dall'azione di "levare" (sollevare) il neonato dal corpo materno. In quel clima di transizione, divenne politicamente urgente riorganizzare e regolamentare l'intero settore sanitario legato alla nascita.

Oggi in pochi si chiedono come nascessero i bambini tra gli anni '50 e '70. Molti risponderebbero istintivamente "in ospedale", e non c'è da meravigliarsi; tuttavia, all'epoca la realtà era ben diversa e il parto in clinica rappresentava un'eccezione. Al contrario, oggi le nascite tra le mura domestiche sono rarissime e avvengono quasi esclusivamente in casi di estrema urgenza.

Prima degli anni '50, l'evento della nascita si svolgeva solitamente in casa, nel letto matrimoniale, con l'assistenza della "Comare": una figura d'esperienza, spesso un'anziana amica di famiglia, il cui compenso consisteva generalmente in beni di prima necessità. Nel secondo dopoguerra la situazione iniziò a mutare drasticamente grazie all'istituzione dell'ostetrica condotta nei comuni. Essendo figlia di un'ostetrica, conosco profondamente il significato di questo lavoro, non solo per mia madre ma per l'intero equilibrio della nostra famiglia.

Lina Villotti Giovannini nacque il 3 novembre 1924 da Costante Villotti e Serafina Benedetti, terza di undici figli. Purtroppo, a causa delle precarie condizioni sanitarie del tempo, solo cinque di loro sopravvissero. Nel 1945, finita la guerra, all'età di 21 anni Lina sposò il fidanzato Renato Giovannini, un contadino e un allevatore di 23 anni. In quegli anni di ricostruzione il lavoro scarseggiava e la crisi spinse molti giovani trentini verso l'emigrazione. La Svizzera, rimasta neutrale durante il conflitto, viveva un boom economico e industriale che

attirava manodopera da tutta Europa. Anche Lina considerò l'espatrio ma, proprio in quel periodo, apprese via radio e tramite la sorella (già infermiera) di un'importante opportunità: un corso pionieristico triennale presso la "Scuola per Ostetriche" di Venezia, annessa all'Università di Padova. Il percorso prevedeva undici mesi di

frequenza annua, alternando didattica e tirocinio ospedaliero. Nasceva così una figura professionale specifica: l'ostetrica condotta, che riceveva l'incarico direttamente dal Comune, con una dignità istituzionale pari a quella del medico condotto.

Lina alternava con dedizione lo studio teorico al tirocinio in corsia. Il suo libretto universitario spaziava tra materie fondamentali: puericoltura, patologia della gravidanza e dell'apparato genitale femminile, tecniche di parto, svezamento e procedure infermieristiche di

primo soccorso. Era un percorso di studi rigoroso che conferiva alle neo-ostetriche una competenza completa; una preparazione vitale, poiché nelle condotte rurali avrebbero dovuto gestire ogni emergenza in totale autonomia. All'epoca, infatti, in molti comuni il medico era presente in ambulatorio solo un paio di volte a settimana, rendendo l'ostetrica un pilastro sociale imprescindibile e un baluardo di sicurezza per l'intera comunità. Per Lina, quella notizia sentita alla radio fu il richiamo di un'aspirazione accarezzata già prima del conflitto e poi forzatamente abbandonata a causa della guerra. Quando ne parlò al marito e ai familiari, ricevette un sostegno





immediato, i quali si sarebbero occupati delle bambine. Il sacrificio era immenso, infatti avrebbe riabbracciato Renato e le sue figlie solo a Natale, Pasqua e per un mese in estate. Sistemati i documenti per l'accesso alla scuola, Lina partì con il cuore pesante ma con un progetto preciso: doveva farcela ad ogni costo.

Il viaggio verso il futuro ebbe inizio sul treno a vapore della Valsugana, un tragitto che segnava il confine tra la vita contadina e le nuove ambizioni professionali. Una volta in convitto, Lina dimostrò una tempra fuori dal comune: per non pesare economicamente sulla famiglia, si pagava parte della retta lavorando all'interno del collegio. Serviva a tavola le altre studentesse, chiamate rispettosamente "signorine", e sbrigava commissioni esterne per conto dell'istituto. Tuttavia, la determinazione deve a volte fare i conti con l'imprevisto. Alla fine del secondo anno, un grave incidente durante uno spostamento in traghetto a Venezia mise a rischio il suo percorso. Le lesioni al braccio furono serie, rendendo necessarie diverse operazioni e lunghe gessature. In quel momento di fragilità, il diploma sembrò allontanarsi, ma né il dolore fisico né la sfortuna riuscirono a fermarla. Sostenuta dal conforto di Renato, che la raggiunse in laguna, e dall'aiuto prezioso della sorella infermiera che già viveva a Venezia, Lina continuò a frequentare le lezioni nonostante l'ingombro del gesso e le difficoltà motorie. La sua forza di volontà fu premiata: nel 1951, al termine del terzo anno, tornò finalmente a casa trionfante. Con il diploma in tasca e l'orgoglio di un'intera famiglia ad accoglierla, la sua nuova vita e la sua missione al servizio delle donne po-



teva finalmente cominciare. Lina iniziò la sua carriera sostituendo l'anziana ostetrica del comune di Baselga di Pinè. Finalmente arrivò il primo stipendio comunale, ovvero una somma modesta, ma accolta con immenso orgoglio e sollievo dalla famiglia. Un antico proverbio dialettale recitava: "Dottor, pret e c'omar, tre persone da rispettar" (Dottore, prete e comare, tre persone da rispettare), a testimonianza della sacralità di questi ruoli nella società rurale.

Pochi mesi dopo, Lina si rimise sui libri per preparare il concorso per la Valle dei Mocheni (o Valle del Fersina), vincendolo e diventando così la prima ostetrica ufficiale della zona. L'istituzione di questa figura professionale era stata imposta dal Tribunale di Trento: il comune di Sant'Orsola, pur disponendo di un medico, necessitava di competenze ostetriche specifiche, anche in virtù della sua vocazione di centro termale frequentato da numerosi turisti.

Tuttavia, l'accoglienza non fu quella sperata. Gli abitanti, in particolare quelli residenti sulla sponda sinistra del torrente Fersina, si dimostrarono inizialmente ostili. Legati a tradizioni ancestrali e restii ai cambiamenti, sostenevano orgogliosamente di "sapersi arrangiare da soli". La nuova ostetrica fu vittima di un vero e proprio boicottaggio: molti le voltarono le spalle, rifiutando la sua

assistenza. Per protesta, la comunità le negò persino un appartamento in affitto, costringendo Lina e la sua famiglia a sistemarsi precariamente in un locale di fortuna, privo di ogni servizio essenziale. Non passò molto tempo prima che gli abitanti del posto imparassero ad apprezzare Lina per la sua premura e l'instancabile dedizione. A Sant'Orsola, la famiglia crebbe con la nascita di altri due figli. Il lavoro in quella valle si rivelava estremamente faticoso: il territorio, diviso dal torrente Fersina, era aspro e dispersivo, e ogni casolare doveva essere raggiunto a piedi, spesso inerpandosi per sentieri impervi. Per conciliare la professione con la cura dei figli, Lina dovette affidarsi all'aiuto di

una donna del luogo. In quegli anni gli inverni erano lunghi, gelidi e carichi di neve; Lina soffriva terribilmente il freddo durante i suoi spostamenti, anche perché il costume sociale dell'epoca non prevedeva ancora l'uso dei pantaloni per le donne, lasciandole scoperte al rigore del clima montano. Dopo cinque anni a Sant'Orsola, si presentò l'occasione di un nuovo concorso per la borgata di Pergine. Per Lina e Renato apparve subito come un'opportunità irrinunciabile per garantire ai figli

migliori prospettive di studio e di lavoro. Lina vinse il concorso a pieno titolo e nel 1957 la famiglia si trasferì, pur con il dispiacere di lasciare la comunità di Sant'Orsola, dove ormai era stimata al punto che molti vecchi pazienti continuarono a cercarla a Pergine per consigli e consulti. Nel 1960, la famiglia si allargò ulteriormente con l'arrivo di un'altra figlia. I tempi stavano cambiando, ma la nascita avveniva ancora prevalentemente tra le mura domestiche, salvo nei casi di gravi complicazioni. Ma come si svolgeva, in concreto, la professione di ostetrica condotta? Lina seguiva la gestante per l'intera gravidanza, offrendo supporto clinico e morale, restando disponibile giorno e notte. Alle prime doglie, era il marito della partoriente a correre a chiamarla per indicarle la strada. Lina inforcava prontamente la bicicletta e partiva al suo seguito; a volte venivano a prenderla con una motoretta e, in quei casi, si avvolgeva le gambe in una coperta per proteggersi dai morsi del freddo notturno. Le frazioni di Pergine erano disseminate su un territorio vastissimo: chilometri di strada che Lina percorreva con uno spirito di sacrificio che non venne mai meno.

La famiglia di Lina era coinvolta profondamente nella sua missione: le partorienti arrivavano in casa a ogni ora, cercando visite, consigli o una parola di conforto. Accadeva persino che il travaglio fosse così avanzato da costringerle a partorire lì, sul momento. In quelle occasioni, la generosità di Lina non conosceva limiti: arrivava a cedere la propria camera da letto, mentre i parenti della donna affollavano la casa come se fosse un loro diritto. Nonostante i comprensibili disagi domestici, il carattere altruista di Lina prevaleva sempre; la sua assistenza non faceva distinzioni, rivolgendosi con la stessa cura a tutti, inclusi i gruppi di zingari che transitavano nel comune. I figli ricordano nitidamente le sue giornate scandite dal ritmo frenetico delle emergenze e dal celebre "giro delle iniezioni": ogni mattina e ogni sera, Lina percorreva le strade del paese per somministrare le cure a domicilio, mentre chi poteva si recava nel suo piccolo ambulatorio domestico. Il suo ruolo istituzionale la vedeva impegnata anche sul fronte della prevenzione: collaborava con il medico alle campagne di vaccinazione, occupandosi personalmente di scrivere e inviare i richiami alle famiglie per conto del Comune. Per Lina, il lavoro è stato la più grande passione dopo la famiglia. Una vita tessuta di sacrifici, ma colma di gioie e umanità. Tra i mille aneddoti che si potrebbero narrare, vale la pena soffermarsi sugli aspetti tecnici della sua professione: quali erano gli strumenti che portava con sé? Cosa componeva il suo bagaglio essenziale per affrontare un parto in casa?

IL BORSONE

Il cuore della professione di Lina era racchiuso in un robusto borsone di cuoio, meticolosamente organizzato. Al suo interno custodiva uno strumento fondamentale: lo stetoscopio di Pinard, realizzato in legno di faggio stagionato per almeno tre anni. Questa particolare stagionatura non era un vezzo, ma una necessità tecnica per garantire una qualità acustica superiore, permetten-



do di auscultare con precisione il battito cardiaco del nascituro. Accanto a questo, Lina portava un orologio di grande valore, indispensabile per cronometrare con esattezza la frequenza e la durata delle contrazioni. La sterilizzazione era un rito rigoroso che Lina eseguiva con estrema cura. Il borsone conteneva infatti un fornello portatile e pentolini specifici, utilizzati per bollire a lungo gli strumenti chirurgici, le siringhe in vetro e gli aghi, garantendo la massima igiene anche nelle abitazioni più umili. L'attrezzatura era completata da un camice bianco immacolato, simbolo della sua autorità sanitaria, oltre a disinfettanti e alcol denaturato. Tra i farmaci, non mancava mai l'ergotina: un potente antiemorragico utilizzato storicamente per stimolare la muscolatura uterina e ridurre il rischio di emorragie post-parto, una delle complicanze più temute dell'epoca. Tuttavia, il pezzo forte del suo equipaggiamento, di cui Lina andava particolarmente fiera, era la bombola dell'ossigeno. Portarla con sé in ogni uscita, nonostante l'ingombro, rappresentava una garanzia di sicurezza straordinaria per l'epoca: era lo strumento che poteva fare la differenza tra la vita e la morte in caso di sofferenza neonatale. (A seguire le foto originali della sua attrezzatura)

MEDICINE PER IL NEONATO



Oltre agli strumenti per l'emergenza, il borsone di Lina custodiva tutto il necessario per i primi istanti di vita del bambino. Non mancavano mai il collirio per la profilassi oftalmica (fondamentale per prevenire infezioni oculari neonatali), il violetto di genziana per trattare l'eventuale mugugno del cavo orale, oltre a forbici sterili per il taglio del cordone ombelicale, garze e cotone idrofilo. Un fiore all'occhiello della sua attrezzatura era il Pondopediometro, uno strumento di precisione per determinare il peso del neonato che non tutte le ostetriche dell'epoca potevano permettersi di possedere. Nonostante la tecnologia a disposizione, la risorsa più preziosa di Lina restava però la sua esperienza clinica: l'osservazione costante della partoriente e il rigoroso rispetto dei protocolli di assistenza al travaglio erano le



sue bussole per prevenire ogni complicazione.

Una volta completate con successo tutte le operazioni sanitarie per la madre e il piccolo, Lina redigeva il certificato di nascita, fornendo tutte le indicazioni legali richieste. Il documento veniva poi consegnato all'ufficio anagrafe dal neo-padre lo stesso giorno, accompagnato dai testimoni, per la registrazione ufficiale. Il legame di Lina con le famiglie che assisteva era così profondo che spesso la sua figura travalicava l'aspetto medico: era consuetudine, infatti, che l'ostetrica accompagnasse il neonato al battesimo, che solitamente veniva celebrato a pochi giorni di distanza dalla nascita, suggellando così il suo ruolo di "madrina" professionale e custode della nuova vita.

L'assistenza post-parto era un impegno rigoroso: Lina effettuava due visite al giorno per i primi cinque giorni, scendendo a una visita quotidiana per i successivi dieci. In queste occasioni, diventava un'educatrice per le neo-mamme, istruendole sull'allattamento, l'igiene del neonato, le tecniche del bagnetto e le cure neonatali. Le madri seguivano i suoi consigli con estremo rispetto, incluse usanze oggi considerate arcaiche come la "quarantena" post-parto e le diete speciali.

Nel 1968, per gestire meglio il vasto territorio di



Pergine, che contava ormai 20.000 abitanti serviti solo da due ostetriche e due medici, Lina fece due passi decisivi verso la modernità: prese la patente di guida e installò il telefono in casa. Erano i segnali di un cambiamento epocale: con il boom economico, le donne iniziavano a preferire la clinica per il parto, cercando maggiore sicurezza e comodità.

Il periodo tra il 1957 e il 1975 fu segnato da un dolore immenso: la perdita dell'adorato marito Renato, scomparso a soli 53 anni. Per Lina fu un colpo durissimo; Renato non era stato solo un compagno, ma il sostegno costante che le aveva permesso di dedicarsi anima e corpo alla professione. Nonostante il lutto e le pressioni dell'amministrazione comunale, che cercava di orientarla verso mansioni d'ufficio a lei poco congeniali, Lina scelse di restare sul campo.

A 50 anni, con il calo dei parti in casa, accettò l'incarico presso il reparto maternità della clinica Camilliane a Trento. Qui scoprì una nuova dimensione lavorativa: per la prima volta dopo decenni di reperibilità totale, aveva turni regolari e tempo da dedicare ai suoi tre figli ancora minorenni. Lina concluse la sua carriera con numeri da record: 4.000 bambini aiutati a nascere e una



vita intera dedicata alla salute delle donne. Il suo valore fu riconosciuto ai massimi livelli: fu eletta Presidente (Sindaca) del Collegio delle Ostetriche delle Tre Venezie e insignita dal Comune di Pergine del titolo di Cavaliere del Lavoro. Lina è stata l'ultima ostetrica condotta di Pergine, il simbolo di una professione che è stata il cuore pulsante della comunità trentina per quasi mezzo secolo.

PER SUPPORTACI

puoi anche donarci
il tuo 5 per mille!

CF: 96006150229



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia



IL MARKETING TRA INTELLIGENZA ARTIFICIALE E DECLINO DELLA RAGIONE

di Aldo Nardi

Quando parliamo di marketing sappiamo tutti, grosso modo, di cosa si tratta. In realtà il marketing presenta sfumature alquanto differenziate, a partire dal fatto che il suo vero obiettivo può essere (come è nella maggior parte dei casi) il profitto, ma anche il non-profit, come negli interventi nei settori della solidarietà internazionale, della ricerca nel campo medico-assistenziale o della protezione dell'ambiente (quello che in gergo prende il nome di "terzo settore").

Storicamente le tecniche di mercato hanno dovuto fare i conti con i profondi cambiamenti che hanno interessato il mondo dell'industria e, più in generale, della produzione di beni e servizi. Crescita della domanda e aumento progressivo della concorrenza, individuazione delle diverse esigenze del cliente, raccolta dei dati per razionalizzare la produzione, miglioramento dell'informazione nel campo della vendita, dei vari segmenti di mercato, delle tipologie di consumatori, del prodotto, dei sistemi di distribuzione sono gli aspetti critici di tali cambiamenti.

Naturalmente non si può ignorare come il marketing diretto all'analisi del mercato e del cliente (marketing analitico), confluisca, poi, nel marketing strategico, che si preoccupa di individuare le strategie per conseguire gli obiettivi preposti a lungo termine e poi anche nel marketing operativo, il cui compito è diretto prevalentemente al raggiungimento di obiettivi specifici. Oggi dobbiamo aggiungere il fatto che, gran parte delle attività di marketing, sono state trasferite sul web, con la conseguente nascita di quello che viene chiamato digital marketing.

Ma, ci si chiede, cosa accade quando una dinamica di marketing si interfaccia con Internet? Cosa accade all'utente che si muove in questo "recinto" caratterizzato da precisi limiti? Come incide, per esempio, Facebook il cui effetto è quello di favorire una gratificazione emotiva



istantanea la quale, come ci ricorda Marco De Veglia, tra i massimi esperti di brand position, "è legata a immagini, frasi, video e favorisce la possibilità di interagire, di scrivere la propria opinione o anche solo di dire che si è d'accordo cliccando su like"?

Ebbene, accade che ogni manifestazione che appare su Facebook, Messenger, Instagram o quant'altro (magari sullo smartphone) che non sia prodotto da un utente è marketing: una sorta di marketing "presentato come annuncio pubblicitario o, subdolamente, come informativo (social marketing), ma rimane marketing". Tutto questo possiamo riscontrarlo anche quando utilizziamo lo stesso smartphone, dove lo scorrimento di Facebook, o il controllo delle notizie su Internet è continuamente intervallato da messaggi pubblicitari, spesso non palesi. Non è un caso che, già da alcuni anni, gli investimenti pubblicitari su Internet abbiano superato gli investimenti pubblicitari televisivi e che Internet venga definito quindi un vero e proprio canale di marketing.

La combinazione di questi nuovi spazi di comunicazione pubblicitaria (più o meno esplicita) finisce per abituare le persone a quella che De Veglia ha definito "gratificazione istantanea", durante la quale vengono

dedicati pochi secondi al messaggio, per passare subito ad un altro.

Se a partire da questa condizione possiamo affermare che gli individui finiscono, sempre più spesso, ad interagire col marketing mediante l'interfaccia di Facebook, allora si comprende per quale ragione avvertiamo da tempo un cambiamento nell'interazione con i brand da parte delle persone. Secondo De Veglia la definizione di una "posizione mentale" per un brand non segue più il modello originale cosiddetto "a scale", ma segue un modello "a montagna", che prevede un brand leader pigliatutto, che sottrae tutti gli spazi agli altri brand.

Tutto questo comporta la creazione di brand-leader che gestiscono una nicchia di mercato attraverso la quale vengono eliminati i potenziali concorrenti. Attraverso questa tipica procedura, Internet si rivela lo spazio ideale per posizionare un numero enorme di nicchie di mercato. Tale tendenza all'affermazione del brand senza concorrenti finisce per influenzare anche il marketing nelle reti tradizionali (Tv, radio, ecc.), le quali non possono più ignorare il fatto che l'attenzione dell'utente dura pochi secondi e, di conseguenza, non rimane poi molto spazio per gli altri brand. Per cui, come sostiene De Veglia, "se negli anni passati si scrivevano libri sulla 'guerra di brand' (Herz Vs Avis, Coca Vs Pepsi, Motta Vs Alemagna), oggi penso che queste guerre non possano più avvenire" (cfr. *Psicologia Contemporanea*, n. 263/2017).

D'altra parte, non possiamo ignorare come, anche dal punto di vista "tecnico", il marketing non sia più inquadrabile entro confini strettamente economici (numeri, statistiche, ecc.), ma subisca la contaminazione di altre discipline come le neuroscienze, sulla base delle quali prende corpo il marketing comunicativo, nel quale vengono presi in considerazione fattori non economici quali gusti, forme, colori, rapporto con le macchine (quello che prende il nome di "magazzino associativo"). Insomma, un bagaglio di elementi che, per dirla con M. Diotto (*Neurobranding*, 2020), consente di lavorare sul cervello del consumatore.

Tuttavia, visto che abbiamo tirato in ballo il cervello, non possiamo non prendere in considerazione la situazione generale del consumatore medio rispetto a ciò di cui abbiamo parlato fino a questo momento e su cui Paolo Guenzi, docente di marketing e vendite all'Università Bocconi di Milano ha, per l'appunto scritto un libro dal titolo inequivocabile: *Il marketing dell'ignoranza*, Egea, 2025.

La tesi di Guenzi, per dirla con parole semplici, è che in Italia siamo i più bravi a "concepire, realizzare e vendere

ignoranza". Addirittura saremmo i migliori al mondo in questo tipo di attività, "non solo come creativi, indefessi produttori e efficientissimi distributori, ma anche come avidi, insaziabili consumatori". Pertanto, dal momento che a produrre e vendere ignoranza non siamo secondi a nessuno, parlare di marketing dell'ignoranza diventa inevitabile, anche se, per svolgere questo tipo di attività ci vuole talento, oltre ad un bagaglio di tecniche guidate da una ferma volontà e da un'assoluta fede nel suo valore". Ciò che un tempo era fonte di imbarazzo e di vergogna, oggi, come ci ricorda tristemente Guenzi, viene sbandierato con orgoglio, rivendicato sfacciatamente. Basti pensare agli addetti alle PR (vera e propria patente dell'ignoranza, dove le conoscenze contano più della conoscenza), sorta di disciplina che sta in bilico sulla sottile e scivolosa linea di confine che separa ciò che è eticamente discutibile da ciò che è giuridicamente perseguibile.



CONSIGLIAMI UN LIBRO

a cura di Serena Belli

LEGGERE LOLITA A TEHERAN

di Azar Nafisi

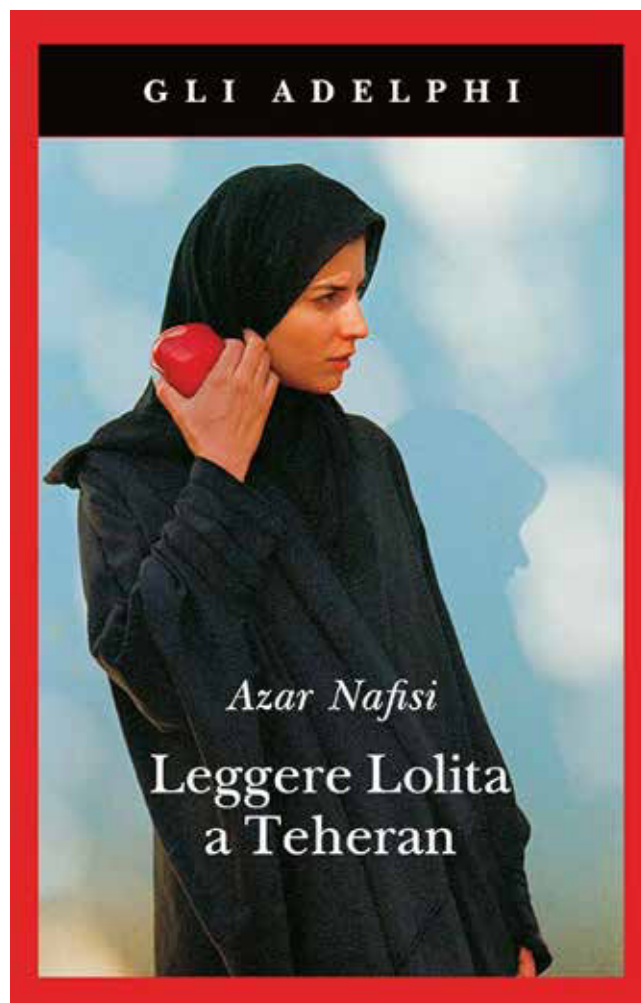
anno pubblicazione 2003 - 337 pagine

Libro autobiografico, che racconta con chiarezza e onestà parte della storia recente dell'Iran: dalla caduta dello Scià, all'avvento degli Ayatollah, al nascere di una teocrazia, alla trasformazione, infine, dell'Iran (la antica Persia) in uno stato assolutista, nel quale la religione comanda su tutto.

Azar Nafisi ha insegnato in vari atenei di Teheran prima di decidere di emigrare negli Stati Uniti, dove ancora oggi insegna Letteratura inglese, presso la Johns Hopkins University.

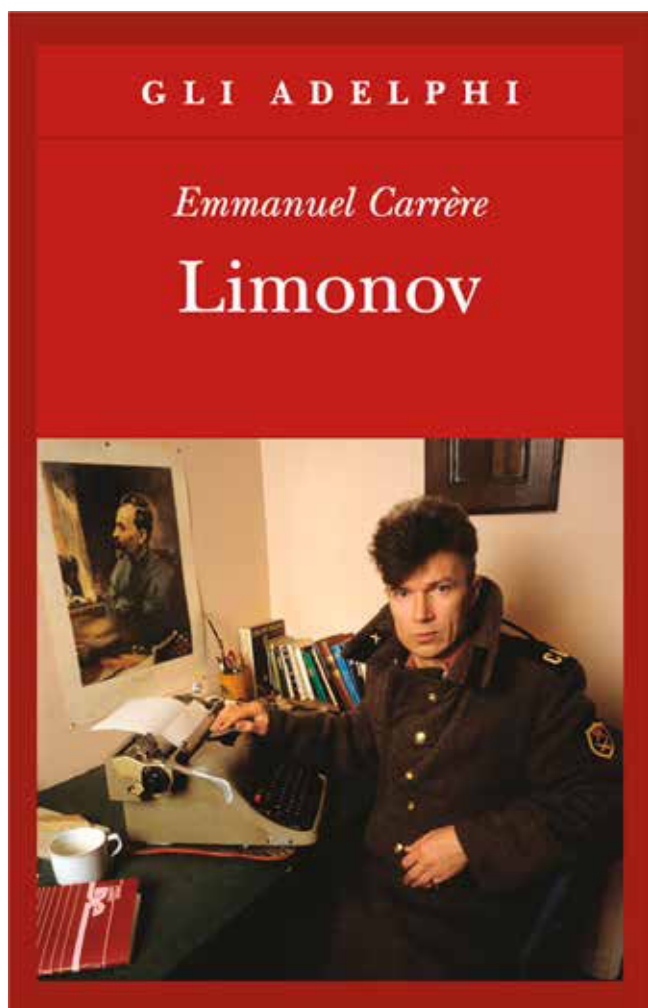
Il libro è stato scritto tanti anni fa, ma io credo che sia quanto mai attuale, per cercare di comprendere cosa sta succedendo proprio in questi mesi in Iran: la protesta giovanile, soprattutto delle donne che sono oggettivamente le più oppresse dal regime degli Ayatollah, la cronica povertà della popolazione, la perdita della antica cultura persiana.

Azar Nafisi in gioventù aveva studiato negli USA, dove si era trasferita in opposizione al regime dello Scià, dopo la cui caduta era tornata in patria, dove ha insegnato per alcuni anni presso l'Università di Teheran, si era sposata ed aveva avuto due figli. Ma ben presto il regime degli Ayatollah si è trasformato in una teocrazia potente, assolutista e crudele, nella quale tutti vengono oppressi, ma le donne di più. Viene addirittura loro impedito di uscire da sole, di guidare, di stringere la mano ad un uomo, di guardarlo in viso, devono velarsi, coprirsi, nascondere i capelli, le mani, il collo. Non si può ballare né cantare. Così Azar raduna un piccolo manipolo di donne alle quali fa lezione di letteratura direttamente in casa sua. Ecco che leggono Nabokov, ma anche Jean Austen e John Fitzgerald ed altro ancora. Ma soprattutto fanno



amicizia e parlano tra loro e lei cerca di aiutarle a crescere ed affermarsi nonostante tutto. Spiega loro che non si riuscirà a riscattarsi finché non si comprende che andiamo avanti a lottare per la libertà politica, senza renderci conto di quanto questa dipenda dalle libertà individuali. Un paio delle sue studentesse sono state anche imprigionate, per motivi futili, e la descrizione di quello che è loro successo e di quello che hanno visto in carcere, è molto duro da leggere. Hanno visto compagne di prigionia condannate a morte le quali, prima di venir giustiziate sono state fatte sposare a forza, abusate ed infine giustiziate, di modo che non fossero più vergini e, pertanto, private del Paradiso Islamico.

Leggere "Leggere Lolita a Teheran" in questi giorni è un atto rivoluzionario che da una parte ci fa capire fin dove può arrivare la crudeltà umana (in nome di un dio!) e dall'altra ci muove a compassione verso questo popolo ricco di storia, di arte e di poesia. Infine, ed è forse la cosa più importante, ci fa capire i meccanismi perversi che hanno portato al potere una teocrazia terribile.



LIMONOV

Emmanuel Carrère

anno di pubblicazione 2011 - 356 pagine

Talvolta, quando uno scrittore perde l'ispirazione, l'inventiva, per un nuovo romanzo, si dedica a raccontare la biografia (magari romanzata, almeno un po') di personaggi famosi o di persone che hanno fatto la cronaca. Carrère lo ha fatto con "L'Anniversario", che avevo recensito nel numero precedente di *Rene&Salute*, Barnes lo ha fatto con "Il rumore del tempo" (la vita di Sostakovich) e con "L'uomo con la vestaglia rossa". (la vita di Samuel Juan Pozzi), Stefan Zweig con "Maria Antonietta una normale vita straordinaria". Insomma, gli esempi illustri si sprecano. Spesso mi è capitato di recensire questi libri, che sono trasversali tra un romanzo ed una biografia, perché a me in realtà piacciono moltissimo. Limonov, anche lui, è un personaggio interessantissimo, realmente vissuto. Eduard Savenko (il vero nome di Limonov) nasce in Ucraina il 2 febbraio del 1943: "è stato teppista in Ucraina, idolo dell'underground sovietico,

barbone e poi domestico di un miliardario a Manhattan, scrittore alla moda a Parigi, soldato sperduto nei Balcani; e adesso, nell'immenso bordello del dopo comunismo, vecchio capo carismatico di un partito di giovani desperados. Lui si vede come un eroe, ma lo si può considerare anche una carogna: io sospendo il giudizio" così racconta Carrère, che ha deciso di scriverne la biografia perché ritiene che possa insegnare qualcosa a tutti noi e, soprattutto, che ci possa aiutare a capire meglio quell'immenso territorio che è la Russia (11 fusi orari e oltre 150 lingue differenti). In realtà Carrère prende le mosse per scrivere questo libro da una intervista che riesce a fargli nel 2006, in maniera un po' fortunosa, in seguito alla quale decide pure di leggere alcuni libri autobiografici scritti dallo stesso Limonov.

Il quale, sottolinea Carrère, non è un vero scrittore perché riesce a raccontare solo sé stesso (egocentrico e narcisista com'è).

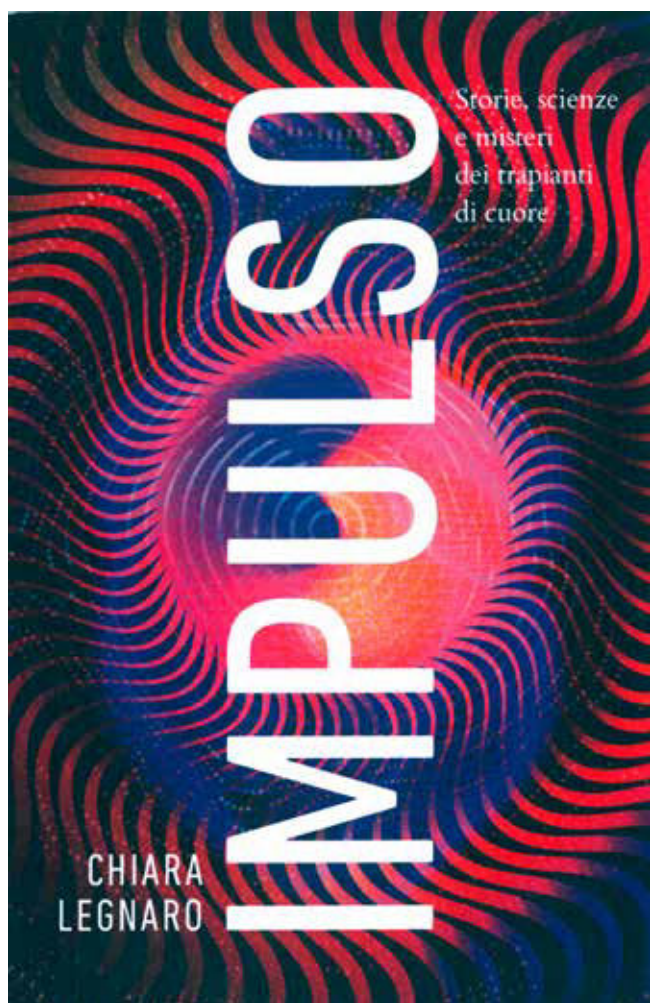
Insomma, la storia di Limonov è stata straordinaria, più romanzesca di un vero romanzo: quando si dice che la realtà supera la fantasia. Il libro è divertente ed imprevedibile, come è stata la sua vita. Ha toccato vette ed abissi inimmaginabili: copre uno spazio temporale di più di 60 anni, ce n'è da soddisfare la vita di tutti noi messi insieme. Leggetelo e vi troverete sulle montagne russe. Ed è tutto vero. Anche se, trattandosi di Limonov ... non ne sarei proprio sicura.

IMPULSO

Chiara Legnaro

anno di pubblicazione 2025 - 141 pagine

L'autrice è una filosofa e ricercatrice, che studia il cuore come ponte tra coscienza e corpo. Il libro è un saggio che parla di trapianto d'organi, in particolare di trapianto di cuore, per questo motivo mi sembra interessante segnalarlo sulla nostra Rivista. Chiara Legnaro, partendo da alcuni racconti fatti dalle persone che hanno ricevuto un trapianto d'organo, si chiede quanto del donatore si trasmetta al ricevente: quanto dei suoi pensieri, gusti, desideri e memoria. Se per i filosofi e pensatori antichi la memoria risiedeva nel cuore, in tempi molto più recenti, causa anche le conoscenze riguardanti il sistema nervoso centrale, sembra più verosimile che la memoria ed il pensiero risiedano in questo organo. Ma successivamente si è scoperto che anche l'intestino ha un suo cervello, o meglio funziona come un cervello e così pure il cuore. E dunque, se l'organo trapiantato è un cuore può essere considerato solo un gruppo di cellule amorfo oppure,



piuttosto, porta con se qualche “sentire” del donatore? Il libro ha un taglio strettamente scientifico, molto ben documentato, non facile da comprendere, ma pone un tema estremamente interessante, che fa riflettere. Si tratta di un testo filosofico, ma non solo: Chiara Legnaro ne sa un sacco anche di genetica e di neurofisiologia, e mette assieme tutte le sue conoscenze per porsi (e porci) la domanda delle domande: esiste l'anima, c'è vita oltre la morte? Quale è il senso di essere nati e catapultati nella realtà tangibile? Ovviamente non esiste la risposta, ma l'uomo almeno la domanda se la deve fare.

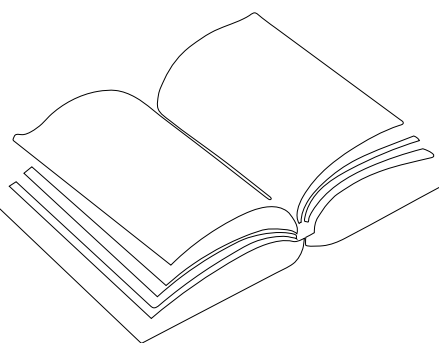


IL NIDO DEL CORVO

di Piergiorgio Pulixi

anno di pubblicazione 2026 - 349 pagine

E per finire la rassegna libri di questo numero di *Re-ne&Salute*, qualcosa di trucido ma leggero. Un bel giallo su un serial killer, che tiene con il fiato sospeso. Non avevo letto niente di Pulixi e mi è piaciuto: il giallo è ben congegnato, la scrittura scorrevole, gli ambienti e i tratti psicologici dei personaggi ben delineati, senza cadere troppo negli stereotipi. Lo spiegone finale degli eventi regge la logica ed è credibile. Naturalmente, essendo un giallo, non vi posso raccontare di più senza rischiare di spoilerare, leggetelo anche voi, non sarà tempo sprecato.



Micologia... che passione!

IL GENERE *CANTHARELLUS*

a cura di Marco Floriani

Esistono varie scuole di pensiero in merito al pregio alimentare delle diverse specie fungine: il grado di apprezzamento di molte tra esse varia fortemente da un'area geografica all'altra, come conseguenza di conoscenze e tradizioni più o meno antiche, ma anche semplicemente da persona a persona, in base alle preferenze alimentari di ciascuno. Se dovessimo però menzionare un fungo che pare mettere tutti, o quasi, d'accordo, citeremmo senz'altro i cosiddetti 'finferli' (per noi trentini), noti anche come 'gallinacci', 'galletti' e con molti altri appellativi nelle diverse regioni italiane: scientificamente, il genere di cui fanno parte è *Cantharellus*, un gruppo di funghi non molto vasto (sono otto le specie europee oggi note), ma ampiamente diffuso in tutto il continente, ovviamente nei boschi che ospitano le piante con cui esso entra in simbiosi.

I *Cantharellus* sono infatti senza eccezioni funghi micorrizici (il micelio fungino deve necessariamente legarsi alle radici di una pianta per completare il proprio ciclo vitale), il che spiega perché, al di là di qualche sperimentazione in vivaio, ad oggi non ne risulti possibile la coltivazione.

L'immagine che accompagna il titolo mostra un particolare dell'imenoforo di un *Cantharellus*: si può osservare come quelle che a prima vista paiono delle normali lamelle in realtà non siano altro che delle pieghe della superficie sottostante il cappello, spesso collegate tra loro anche trasversalmente e molto irregolari. Tecnica-

mente queste pieghe vengono definite 'pseudolamelle', e la loro presenza distingue i *Cantharellus* da tutti i funghi a lamelle. Queste pieghe scendono lungo il gambo per un tratto abbastanza lungo, conferendo al fungo il classico aspetto 'a trombetta' che i cercatori sanno ben riconoscere; l'identikit dei 'finferli' è completato dalle colorazioni, che in tutte le specie europee sono prevalentemente gialle: può trattarsi di un giallo pallidissimo e smorto, quasi biancastro, come di un bel giallo dorato; possono essere inoltre presenti altre sfumature sui toni del violetto o dell'arancione, che tuttavia non sono mai dominanti rispetto al giallo di base.

La carne è appena fibrosa nel gambo, soda ed elastica nel resto del fungo; questa struttura viene mantenuta anche dopo la cottura, conferendo al fungo una consistenza che risulta sovente gradita anche a coloro che in genere meno apprezzano i funghi come alimento.

Nella pagina seguente possiamo osservare le due specie più frequenti presenti nel nostro territorio. *Cantharellus cibarius* è il 'finferlo' per eccellenza, è caratterizzato da colorazioni gialle in ogni sua parte, dimensioni medie, e crescita soprattutto in associazione con conifere (abete rosso e pino silvestre *in primis*).

Cantharellus pallens è invece la specie maggiormente diffusa nei boschi di latifoglie, molto abbondante ad esempio nelle faggete della nostra provincia: negli esemplari giovani si osserva un bel contrasto tra le colorazioni delle pseudolamelle, di un bel giallo vivo, e quelle del cappello

Micologia... che passione!



Cantharellus cibarius: esemplari fotografati in un bosco di conifere della Val di Fiemme



Cantharellus pallens: una raccolta proveniente da un bosco termofilo di quercia

Micologia... che passione!



Cantharellus friesii

Si notino le colorazioni aranciate del cappello, talvolta quasi rosse, uniche nel panorama dei *Cantharellus* europei.



Cantharellus romagnesianus

Si tratta del più piccolo tra i *Cantharellus* del nostro continente; generalmente viene rinvenuto in pochi esemplari, spesso in ambienti ricchi di muschi.

e del gambo, che sono inizialmente coperti da una sorta di pruina biancastra; la differenza tra le due specie non è però sempre ben evidente, e non mancano raccolte che fanno esitare anche il micologo esperto nel riconoscere l'una o l'altra specie.

Va peraltro osservato che dal punto di vista della commestibilità non vi sono differenze tra le due entità, entrambe ottime commestibili.

Presentiamo a titolo di curiosità altre due specie del genere *Cantharellus*, anch'esse commestibili in linea teorica, ma che date le dimensioni ridotte e la loro rarità

vengono normalmente osservate e segnalate più che altro come preziosità micologiche: la prima è *Cantharellus friesii*, un fungo che difficilmente supera i 3 cm di diametro del cappello e che mostra dei toni arancione vivo nella parte centrale: cresce in vari tipi di bosco, anche presso conifere, ma sembra essere più frequente in presenza di castagno.

Ben più rara è l'ultima specie presentata, il minuscolo *Cantharellus romagnesianus*, che può essere considerato come una sorta di miniatura di *Cantharellus cibarius*, con pseudolamelle particolarmente spaziate.

NATALE 2025 PRESSO IL REPARTO DIALISI

a cura della Redazione



A Natale 2025 il Direttivo APAN ha voluto portare un po' di spensieratezza ai pazienti del Reparto Dialisi. Sappiamo che le giornate di festa sono sempre dure per chi è solo e per chi ha problemi di salute e dunque abbiamo pensato di festeggiare con il panettone, come vuole la tradizione, e con due chiacchiere in libertà. Dopo l'iniziale stupore, tutti hanno gradito l'iniziativa: un piccolo brindisi inaspettato e una fetta di panettone, così siamo riusciti a strappare anche qualche sorriso. Oltre al nostro Presidente dottoressa Diana Zarantonello e ai volontari APAN erano presenti un paio di medici ed infermieri del reparto, che sono soci della nostra Associazione. Personalmente, come medico, ritengo che momenti come questo, nei quali si rom-

pe il diaframma tra medico/ infermiere e paziente, siano molto importanti soprattutto nel caso di malattia cronica, come è la insufficienza venosa. Servono a far comprendere che, in realtà siamo tutti dalla stessa parte, a combattere una battaglia quotidiana. Certamente il rispetto dei ruoli ha una sua ragione d'essere nel processo di guarigione o di cura, anche al fine di rispettare l'aderenza al piano terapeutico, ma ciò non toglie valore alla umanizzazione della cura, che passa anche attraverso iniziative come questa.

Il Direttivo APAN desidera ringraziare il personale di turno in reparto durante questa piccola festa, per aver apprezzato e collaborato con grande disponibilità.



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

La segreteria APAN
chiuderà da metà giugno a metà settembre,
ma siamo sempre raggiungibili via mail
apantrentino@gmail.com

Vi suggeriamo di visitare il nostro Sito
<https://apantrentino.it>,
che è sempre aggiornato
e sul quale potete trovare
e leggere tutti i numeri di Rene&Salute
e tante altre notizie interessanti.

*Auguriamo
a tutti una
Buona Estate!*



Grand Hotel Trento – P.za Dante Alighieri, 20, 38122 Trento TN



36° CONVEGNO DELLA SEZIONE TRIVENETA DELLA SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA



**TRENTO
25 SETTEMBRE 2026**