

INSIEME CONTRO IL DOLORE POST-OPERATORIO

Il controllo del dolore dopo l'intervento chirurgico

Secondo una convinzione ancora molto diffusa, dopo aver subito un intervento chirurgico è inevitabile soffrire, anche duramente.

Si tratta di una convinzione sbagliata: oggi ci sono terapie antalgiche in grado di trattare efficacemente i sintomi dolorosi.

- Il dolore dipende dalla sede dell'intervento chirurgico
- La percezione del dolore è soggettiva
- Il dolore persistente e intollerabile può rendere più complessa la guarigione

Oggi con una terapia adeguata è possibile attenuare molto il dolore dopo l'intervento chirurgico, fino a renderlo tollerabile.

Ciò consente al paziente di:

- affrontare meglio il decorso post-operatorio e la convalescenza
- sentirsi meglio
- fare esercizi respiratori e di fisioterapia
- cominciare a camminare più rapidamente
- accelerare i processi di guarigione



Tre cose che devi sapere

1) Durante l'intervento chirurgico sarò protetto dal dolore?

Tutte le tecniche di anestesia proposte, generale o loco-regionale, garantiscono la protezione dal dolore.

2) Anche nel decorso post-operatorio potrò avere sollievo dal dolore?

Per trattare adeguatamente il dolore è necessario misurarlo e ti chiediamo di collaborare.

La scala di valutazione che ti proponiamo è quella numerica



Il numero da te scelto aiuterà medici e infermieri a stabilire se la terapia in corso è adeguata o se sono necessari altri interventi.

3) Chi si occuperà di tutto questo?

L'équipe medica - composta da anestesista e chirurgo - concorderà con te il programma terapeutico da seguire prima e dopo l'intervento chirurgico per darti sollievo dal dolore.

Il personale infermieristico ti aiuterà a valutare i tuoi bisogni per aumentare il tuo benessere.

Se senti dolore, comunicalo subito al medico o all'infermiere di reparto.

Non preoccuparti di essere insistente.

Il medico e l'infermiere hanno bisogno di sapere come stai per adeguare le terapie proposte in relazione all'intensità del dolore che provi.



Con l'arrivo dell'autunno torniamo a parlare delle infezioni delle vie respiratorie, dal semplice raffreddore alla vera e propria influenza con le sue possibili complicanze



In questo periodo dell'anno ci si ammala più spesso a causa del freddo che indebolisce le barriere contro virus e batteri ma soprattutto perché si vive in ambienti chiusi e spesso affollati che favoriscono la trasmissione di queste malattie. Per la **prevenzione** è utile osservare alcune norme igieniche, quali **lavarsi spesso le mani, utilizzare fazzoletti usa e getta, umidificare l'aria e aerare gli ambienti.**



La terapia del semplice raffreddore prevede la pulizia delle fosse nasali con soluzione fisiologica o a base di acqua di mare e inalazioni con soluzioni balsamiche decongestionanti. In particolare quando questa è così insistente da compromettere l'alimentazione ed il sonno. Nel caso di tosse produttiva vengono impiegati espettoranti e mucolitici. Se compaiono **sintomi gastro-intestinali è utile assumere fermenti lattici** associati eventualmente a integratori salini per la reidratazione in caso di vomito e/o diarrea. **Per stimolare le difese immunitarie** si possono utilizzare rimedi fitoterapici e omeopatici quali **l'Echinacea Angustifolia** in tintura madre o il **Ribes Nigrum macerato glicerico**, assunti, a cicli, per tutta la stagione fredda. Diluizioni omeopatiche a base di **Anas barbarie**

Le infezioni delle vie respiratorie

come timo, eucalipto e rosmarino. Solo in caso di importante congestione nasale si possono utilizzare OCCASIONALMENTE prodotti contenenti decongestionanti che, riducendo l'aumentata permeabilità nasale, migliorano la sensazione di ostruzione.

L'influenza è una patologia causata da virus che colpisce l'apparato respiratorio e si esaurisce in genere entro una settimana, salvo complicazioni dovute a sovrainfezioni batteriche favorite dallo stato di debolezza del malato. Insorge con febbre, brividi, mal di testa, mal di gola, tosse, dolori articolari e muscolari e a volte con disturbi gastrointestinali. Nel 20-30% degli individui può persistere stanchezza generalizzata per un paio di settimane. La terapia è in genere sintomatica e prevede l'utilizzo di paracetamolo, acido acetilsalicilico (mai al di sotto dei 12 anni) o analoghi per il controllo della febbre e della sintomatologia dolorosa. Sedativi della **tosse** sono consigliati in particolare quando questa è così insistente da compromettere l'alimentazione ed il sonno. Nel caso di tosse produttiva vengono impiegati espettoranti e mucolitici. Se compaiono **sintomi gastro-intestinali**

è utile assumere fermenti lattici associati eventualmente a integratori salini per la reidratazione in caso di vomito e/o diarrea. **Per stimolare le difese immunitarie** si possono utilizzare rimedi fitoterapici e omeopatici quali **l'Echinacea Angustifolia** in tintura madre o il **Ribes Nigrum macerato glicerico**, assunti, a cicli, per tutta la stagione fredda. Diluizioni omeopatiche a base di **Anas barbarie**

riducono l'infezione se somministrate settimanalmente da settembre a marzo e sono indicate anche ai primi sintomi influenzali e in fase acuta più volte al giorno per 2 o 3 di. Sintomatici utili sono:

Aconitum Napellus per febbre ad esordio improvviso, **Belladonna** se il viso è arrossato e sudato, **Ferum Phosphoricum** per febbre moderata con cefalea e dolori articolari. **Bryonia** se è presente tosse e gola secca, **Gelsemium** per cefalea e sudorazione abbondante. Per il raffreddore con abbondanti secrezioni acquose è utile **Allium Cepa**, per raffreddore con raucedine **Arum Triphyllum**, per le secrezioni mucopurulente giallo verdastre **Kali Bichromicum**. **La sintomatologia legata alla gola** può essere migliorata con l'assunzione quotidiana di Propoli in tintura madre che presenta attività battericida, antivirale ed immunostimolante. In commercio la Propoli si trova in molteplici altre forme, spesso in sciroppo associata a vitamina C naturale o ad altri fitoestratti (liquirizia, menta, timo, echinacea, rosa canina). Prima di concludere si vuole ricordare anche l'utilità dell'oligoterapia che offre diverse soluzioni: il Rame con la sua azione antinfettiva ed antinfiammatoria e lo Zinco come attivatore delle difese.

Fonte: L'Amico degli Infermi - Opera Santa Teresa Ravenna



DOMUS
NOVA.IT

26
2013



IL PERIODICO
DELL'ESPERIENZA

Periodico d'informazione sanitaria della Domus Nova S.p.A. Via PPavirani n. 44 Ravenna
N. 26 / 2013. Stampa: Mail Boxes Etc. 667 - Via Bassano del Grappa, 41 - RA

*Salviamo il nostro
Servizio Sanitario Nazionale*

*Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico
rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per
l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani*



Dopo un anno di studi, analisi e consultazioni, il 15 marzo 2013 la Fondazione GIMBE ha lanciato la fase operativa del progetto Salviamo il Nostro SSN, pubblicata in esclusiva da uno speciale de Il Sole 24 Ore Sanità.

Concepito in una fase di grande incertezza politica ed economica, il progetto nasce dalla consapevolezza che, nonostante i tagli, un SSN equo e universalistico è ancora sostenibile. Oggi, infatti, una quota consistente della spesa sanitaria viene sprecata in maniera intollerabile perché gli obiettivi dei numerosi portatori di interesse (stakeholders) sono spesso divergenti, conflittuali e opportunistici. Pertanto, il progetto intende coinvolgere tutti i

protagonisti della sanità italiana per identificare le criticità e suggerire possibili soluzioni per un SSN sostenibile.

La Fondazione GIMBE sostiene che:

Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.

Le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del SSN. Il protrarsi di questo status ha determinato inaccettabili di-

seguaglianze, sta danneggiando la salute dei cittadini e rischia di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare le proprie ambizioni.

Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il SSN, spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati e aumenta le disuguaglianze sociali.

La Fondazione GIMBE invita gli attori della sanità italiana, cittadini inclusi, ad aderire al progetto: il contributo di tutti è indispensabile per Salvare il Nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Antonino Cartabellotta
Presidente Fondazione GIMBE

Per la salvaguardia dell'ambiente

Domus Nova partecipa dai primi mesi del 2013 ad un laboratorio provinciale sulla Responsabilità Sociale d'Impresa, quale conferma di un'attitudine oramai consolidata nel dedicare attenzione agli aspetti sociali della propria attività, sia riguardo ai propri collaboratori che alla collettività.

Vorremmo ricordare in queste brevi righe il progetto che più di tutti, fino ad ora, ha dato espressione pratica al concetto di responsabilità sociale: l'iniziativa "La Domus e la Bici".

Il progetto, avviato nel 2007 con l'intento di favorire la riduzione dell'inquinamento derivante dall'uso di veicoli a motore, è

tutt'ora attivo e coinvolge una grande percentuale dei dipendenti.

In pratica il progetto è volto a favorire il raggiungimento del posto di lavoro mediante l'utilizzo della bicicletta quale veicolo sostitutivo dell'automobile.

Ma come funziona il progetto "La Domus e la Bici"? Semplice:

il dipendente che si reca al lavoro in bicicletta o a piedi, matura ogni giorno un numero di minuti di permesso retribuito in base ad una tabella che riconosce 5 fasce di distanza, assegnando un massimo di 12 minuti al giorno a chi dista



oltre i 2000 metri, ed un minimo di 3 minuti a chi abita entro una fascia da 500 a 1000 metri.



Numeri e step del progetto



Per ulteriori informazioni
www.gimbe.org

35 principi guida configurano la vision della Fondazione GIMBE sulla sanità pubblica e sono stati definiti tenendo conto di: legislazione vigente, contesto politico, economico e sociale, evidenze ed esperienze mutate da sistemi sanitari internazionali.

10 linee di azione costituiscono le proposte dalla Fondazione GIMBE per favorire l'attuazione dei principi guida: sono coerenti con la mission istituzionale della Fondazione, il know-how e la reale fattibilità.

14 categorie di stakeholders - I diversi "portatori di interesse" della Sanità sono stati classificati in primari e secondari. Per ciascuna categoria la Fondazione GIMBE renderà progressivamente disponibili liste preliminari di criticità e proposte per la consultazione pubblica.

15 maggio 2013 - Avvio della consultazione pubblica: attraverso una piattaforma web tutti gli stakeholders, cittadini inclusi, potranno aderire al progetto e apportare il loro contributo.

14 marzo 2014 - In occasione della 9a Conferenza Nazionale GIMBE sarà presentato il Libro Bianco.

Cosa succede quando ci innamoriamo? la chimica dell' amore

La ricerca scientifica ha da tempo evidenziato che sensazioni e stati d'animo sono strettamente collegati alla presenza o all'assenza di alcune sostanze chimiche nel corpo. Reazioni biochimiche che avvengono all'interno del cervello in relazione a stimoli provenienti dall'ambiente, determinano e condizionano i comportamenti, l'umore, i pensieri e le emozioni. Perciò anche l'amore non sfugge a questa regola. I feromoni sessuali (sotanze emmesse dall'organismo che hanno funzione di veicolare informazioni all'esterno), determinano l'attrazione ed aprono le porte all'innamoramento. Dopo esserci inconsapevolmente attirati e reciprocamente piaciuti, il corpo aumenta a dismisura la produzione di una sostanza, la **feniletilamina** (simile alle amfetamine) che produce effetti simili ad una droga stimolante.

Questa è responsabile a sua volta della fabbricazione di un'altra molecola, la **dopamina** (controlla la fame, la sete e la sessualità), legata alla percezione del piacere, agisce sulle parti cerebrali che controllano la gratificazione e la soddisfazione. Quando un evento viene percepito come piacevole, essa genera uno stato di felicità ed euforia che stimola la ricerca ed il ripetersi dell'esperienza valutata come piacevole, e similamente a come accade per le droghe si diventa dipendenti dalla persona amata. Associamo mentalmente la persona amata a molteplici percezioni e pensieri piacevoli, e questo ci porta a ricercarla per gioire nuovamente. L'innamoramento si abbraccia al desiderio, a sua

volta legato ad un'ulteriore sostanza la **noradrenalina** (produce stato di agitazione e iperattività) la quale rende più probabile la messa in atto del rapporto sessuale.

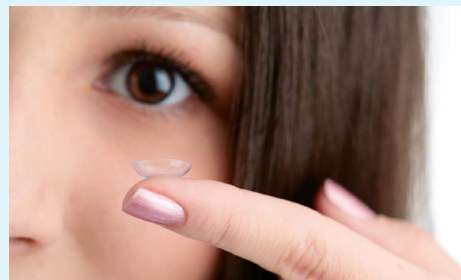
Poco a poco però così come avviene per le sostanze stupefacenti, l'organismo si abitua e sviluppa tolleranza alle "**molecole dell'amore**", le iniziali emozioni dirompenti si attenuano e spesso questo segna la fine della coppia. Tuttavia ciò non significa che terminata la tempesta chimica termini pure la relazione sentimentale, semplicemente si trasforma in ciò che si definisce "attaccamento romantico".

Si entra in una fase più tranquilla di benessere e calma che risponde anche in questo caso a precise molecole le **endorfine** simili alla morfina che producono un effetto sedativo, rilassante e analgesico. Responsabile del passaggio ad un sentimento amoroso più maturo e solido sarà anche l'**ossitocina** definita l'"ormone delle coccole", che stimola comportamenti teneri ed affettuosi. **Ossitocina** ed **endorfine** si possono considerare come una "colla affettiva" che tiene unita la coppia anche dopo molto tempo dall'esaurimento della feniletilamina.

Ovviamente affettività e relazioni amorose non possono essere ridotte ad una semplice reazione chimica, gli elementi di natura psichica, ambientale e culturale che agiscono su tali meccanismi apportano così tante variabili quanti sono gli individui e le loro storie personali. Non si può soppiantare il romanticismo a favore di una materialistica visione delle emozioni, ma alla scienza va dato il merito di contribuire a fare luce su comportamenti umani tanto complessi che hanno potere di condizionare le nostre scelte e la nostra vita.



Dott.ssa Donatella Valmori
Psicologa - Sessuologa



E' IL MOMENTO DI SCEGLIERE LE LENTI A CONTATTO!

Morbide, rigide, annuali, semestrali, quindicinali, giornaliere, in pratica di ogni genere e per ogni necessità. Stiamo parlando delle lenti a contatto che, grazie alla ricerca, sono diventate sempre più versatili e adattabili alle esigenze degli occhi e delle abitudini di vita di ogni persona ametrope, cioè con un problema visivo.

Le lenti a contatto morbide possono essere gior-

naliere, settimanali, quindicinali, mensili, trimestrali, quadrimestrali, semestrali. I tempi di utilizzo sono determinati non dalla delicatezza del materiale, ma dalla capacità da parte di questo di "soportare" l'accumulo di scorie del metabolismo corneale, per cui la lente non mantiene più le sue caratteristiche di trasparenza, permeabilità e quindi di igiene e sicurezza.

Molto interessanti, oggi, sono le lenti settimanali imbibite di Jaluronate gel, un prodotto umettante che, rilasciato nell'arco di sette giorni, serve a migliorare il rapporto lente-occhio, durante il periodo in cui si portano. Resta invariata la confortevolezza a parità di ore di utilizzo. Anche le lenti realizzate con prodotti a base di silicon gel consentono un maggior numero di ore di utilizzo a fronte di un miglior comfort. La ricerca, quindi, mette a disposizione degli ottici-optometristi professionisti una vasta gamma di prodotti per cui occorre avere pazienza e attenzione nello scegliere il materiale più opportuno in modo da eliminare inconvenienti e difficoltà nel portato-

re di lenti a contatto. Questo per dire che non basta semplicemente rivolgersi a un negozio di ottica o al supermercato e chiedere un tipo di lente come fosse un semplice prodotto da banco, ma occorrono valutazioni precise sia sotto l'aspetto rifrattivo che sotto l'aspetto lacrimale (consistenza, composizione e persistenza del film lacrimale) e dei parametri corneali.

Con il topografo corneale, ad esempio, possiamo fare scelte anche sui diametri e sulle geometrie delle lenti tali da poter indicare già con buona approssimazione una lente confortevole.

Oggi l'80% delle persone che portano le lenti a contatto utilizza delle lenti cosiddette morbide, ma da circa tre anni a questa parte sono stati sviluppati e posti sul mercato dei materiali gas permeabili per le lenti rigide dai risultati davvero inaspettati.

Gianni Greco
Optometrista



Domus Nova e Chirurgia Vertebrale: una nuova offerta terapeutica per i nostri pazienti

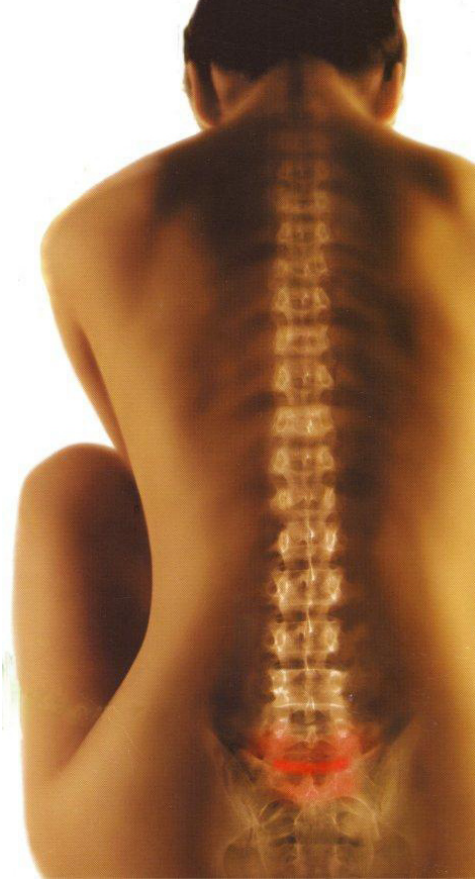
La nostra filosofia sulla chirurgia vertebrale

Perché l'unico essere vivente che soffre di patologia lombare è l'uomo? La domanda/osservazione nasce spontanea perché ad oggi nessuna dissezione di animali quadrupedi ha evidenziato alterazioni osteo-strutturali degenerative della colonna lombare, e tanto basta per confermare che gli animali sicuramente non soffrono di patologie lombari croniche ad etiopatogenesi degenerativa. Questa premessa per ricordare che, allo stato attuale, la medicina ha offerto tante soluzioni alla risoluzione (temporanea) del dolore lombare, senza però avere affrontato a fondo ed in modo univoco il problema che ne è alla base; ovvero a tutt'oggi non vi è un'opinione conforme nel mondo scientifico né circa la patogenesi (ovvero i meccanismi che provocano il dolore lombare) né circa l'etiologia (ovvero le cause che determinano la lombalgia). Ciò deriva da molti fattori, non ultimo quello secondo cui, ancora oggi, non è certissima la meccanica del segmento motorio lombare nell'uomo.

Di conseguenza è giusto chiedersi perché il segmento motorio dell'uomo degeneri al contrario di quanto avviene invece nel mondo animale. Si tratta di normale invecchiamento oppure di un cattivo uso, oppure ancora di ipotetiche carenze strutturali dovute al fatto che la colonna vertebrale dell'uomo non è nata per stare in piedi? Nel caso si tratti di normale invecchiamento sicuramente ci sarebbe molto poco da fare, ma nella seconda e terza ipotesi, la scienza può e deve fare di tutto per risolvere alla radice il problema

del dolore lombare anche perché, non dimentichiamolo, la patologia lombare occupa i primi posti nella scala dei costi sociali oltre ad incidere moltissimo nella qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. Ritornando al segmento motorio lombare dell'uomo esso appare tanto complesso nel suo bilanciamento osteo-muscolo-articolare quanto perfetto nella distribuzione dei pesi, nei suoi bracci di leva, e nella sua biomeccanica. Chiaramente proprio perché è tanto perfetto da consentire all'uomo di rimanere solo su due arti invece che su quattro arti come negli animali, esso può facilmente andare in cortocircuito e quindi innescare le alterazioni meccaniche che poi causano la patologia. Nasce così il concetto di patomeccanica cui il nostro Gruppo di Studio e Ricerca, che fa capo al Prof. Emerito di Biomeccanica Vertebrale P. Rabischong dell'Università di Montpellier, è molto affezionato; e' da questi moderni e per certi versi "rivoluzionari" concetti che nasce l'affermazione che poi guida e differenzia la nostra attività chirurgica: ernia del disco, stenosi del canale lombare, frattura da durata dei peduncoli articolari, sindrome delle faccette, osteo-artrosi, eccetera eccetera, non sono una diagnosi, perché spesso rappresentano solo l'epilogo di un processo di patomeccanica che va prima diagnosticato con precisi e scrupolosi esami clinici e strumentali e poi adeguatamente trattato con tecniche chirurgiche che mirano non solo a togliere il dolore ma soprattutto a risolvere definitivamente il meccanismo patogenetico del dolore lombare di ogni singolo paziente. Quindi l'obiettivo a cui noi miriamo è quello di raggiungere una diagnosi la più possibile "personalizzata" per ogni paziente: es. lombalgia cronica da instabilità antero-posteriore e/o rotatoria da L1 ad L5 con conseguente ernia del disco, oppure lombalgia cronica da stenosi del canale di natura organica oppure funzionale (c.d. stenoinstabilità), oppure dolore lombare da artrosi delle faccette articolari, eccetera ecc. ecc.

A nostro avviso è molto importante accettare questa impostazione clinico-diagnostica, sia fra i pazienti che nel mondo scientifico, altrimenti si continuerà a pensare che il curare l'epilogo, ad esempio operare un'ernia del disco, lasciando però in essere la patologia meccanica che ne ha determinato la comparsa, sia sufficiente a risolvere il problema; in realtà così facendo spesso non si fa altro che aggravare il problema del dolore lombare (e ciò lo vediamo quasi quotidianamente con l'elevato numero di reinterventi che effettuiamo per fallimento di precedente intervento di ernia del disco). Sarebbe come voler pensare che somministrare ad un paziente con 40° di temperatura solo un antipiretico senza curare la causa dei 40°, sia sufficiente. Parimenti, in presenza di un conflitto disco-radicolare che crea la paralisi di una radice, è giustissimo eliminare il conflitto, ma contemporaneamente è necessario eliminare la causa meccanica che ha creato il conflitto. Da ciò ne deriva, come già accennato, che è sbagliato pensare che aver fatto diagnosi di "ernia del disco" in un paziente che ha una lombosciatalgia sia sufficiente a inquadrare compiutamente la malattia. Volendo quindi riassumere la genesi del dolore lombare da degenerazione discale con conseguente ernia discale, possiamo immaginare che alcuni gruppi muscolari della colonna dorso lombare (in particolare il muscolo larghissimo del dorso) nel tempo (per svariati fattori eziologici) divengano asimmetrici nella loro forza, ovvero un emisoma della colonna vertebrale diventerà più forte del controlaterale creando una ipercontrazione muscolare da un lato della stessa



colonna rispetto all'altro lato. Siccome l'inserzione vertebrale del muscolo larghissimo del dorso è sulle spinose fino alla terza lombare, esso imprime una forza di trazione-torsione determinando una forza di taglio sui dischi a valle ovvero L3-L4 ; L4-L5 ; L5-S1. Così, fino a quando l'anulus dei dischi a valle continuerà a conservare la sua naturale tenuta, la colonna lombare non avrà problemi, appena invece l'anulus inizierà a cedere, si innescerà la disidratazione del nucleo polposo, ed il disco degenererà formando la faticida ernia del disco. Il disco degenerato determinerà a sua volta una "DISTABILITA'" ovvero altererà la stabilità di movimento del segmento motorio, sia nel senso iper sia nel senso ipomobilità. Infatti se la capacità meccanica di movimento della struttura ossea diviene insufficiente, i segmenti vertebrali a monte o a valle dovendo

vicariare il deficit, saranno sovraccaricati, ed allora l'equilibrio diverrà anomalo, e la distabilità aumenterà il danno accelerando la cascata degenerativa così definita da Rabischong. Naturalmente vorremo precisare che non tutte queste "distabilità" devono essere risolte chirurgicamente; all'inizio è d'obbligo cercare di limitare la progressione di questa patologia applicando tutti i mezzi non chirurgici di cui oggi disponiamo, sia per trattare il dolore lombare, sia per tentare di riequilibrare con adeguata fisioterapia e ginnastica posturale le anomalie muscolari vertebrali di cui abbiamo prima accennato. Solo dopo il fallimento di queste terapie incruente si può prendere in considerazione una soluzione chirurgica che, come ricordato, deve obbligatoriamente risolvere la patomeccanica lombare di ogni singolo paziente.

Abbiamo voluto soffermarci su questi concetti di "patomeccanica" apparentemente ostici da comprendere, perché siamo fermamente convinti della loro bontà e vorremmo che piano piano potessero essere diffusi fra la popolazione dei pazienti al fine di rendere anche il nostro lavoro un po' più semplice in termini di comunicazione medico/paziente.

Solo attraverso questo paziente lavoro di spiegazione e di "educazione" dei pazienti che sono affetti da lombalgia cronica noi medici, insieme a tutto il team di specialisti che opera in Domus Nova, potremo raggiungere l'obiettivo di sconfiggere o limitare al massimo questa patologia storicamente così difficile da trattare.

Dott. Luigi Tarricone
Chirurgo Ortopedico

Dott. Luca Antonelli
Chirurgo Ortopedico

I MURI DI RAVENNA RACCONTANO

I due bisonti di Porta Adriana

di Guido Cerohi

"Ehi, Jimmy, che ti dice questa città, ora che ci spostano mille miglia più a nord?"
"Mi dice che è un buon posto. Gente ospitale, ragazze carine. Qui, ormai, la guerra è finita.

Dove ci mandano, in Olanda, siamo ancora in tempo a farci accoppiare."

Il dialogo si svolse, probabilmente, in una sera di nebbia alla fine di febbraio dell'ultimo anno di guerra. Sotto una delle porte della città, quella da cui erano entrati neanche tre mesi prima. La luce dei pochi lampioni era meno che fioca, ma la porta era illuminata da un paio di fari. Era un punto di accesso, controllato dalla MP. Stavano proprio sotto il simbolo del loro reggimento, un bisonte nero stampigliato sulla pietra, con tanto di freccia direzionale, che fin da subito li aveva orientati alle loro destinazioni.

In sordina arrivava il suono di un'orchestrina, una musica veloce, sorprendente in quel luogo. Jimmy propose di cercare il locale da cui veniva. L'altro nicchiò.

"Ah, già, tu sei metà professore e metà prete. Suoni l'organo nella tua chiesa, ti piacciono i monumenti, non il ballo e le ragazze." Poi Jimmy si scusò. Sapeva che l'altro, Alex, era un gran bravo ragazzo, magari un po' coglione, come tutti quelli che suonano l'organo in chiesa. "E a te, Alex, che dice questa città?"

"Mi dice un gran bene. La gente e i monumenti qui intorno sono fatti allo stesso modo. Poveri fuori, asciutti, solo pietre e poco altro. Ma dentro sono veramente splendidi. Mi spiace andarmene. Non mi capiterà più di metter piede in questa città."

Si sbagliavano entrambi. James "Jimmy" Cameron saltò su una mina sopra l'argine del Reno, il giorno dopo. Anche Alex si sbagliava. Alexander T. Shaw, per la precisione. Classe 1922, da Walkerton, Ontario, Canada. 82° Royal Fusiliers. Tornò a Ravenna diverse volte. La prima di persona. Verso la fine dei '40.

Ci sono le foto di lui e di mio padre, in giro in Lambretta. Mio padre scuro, tozzo, quadrato. Lui, magro, alto, biondo. Faccia da bravo ragazzo, solo un po' coglione, come tutti gli organisti da chiesa. Molte altre volte fu a Ravenna in spirito. Nelle lettere che scrisse per un certo tempo, nei discorsi che si facevano in casa. L'ultima volta apparve nei primi anni novanta, quando se ne era persa traccia da un pezzo. Capì una delegazione di veterani, venuti a visitare i cimiteri dove riposavano i loro morti. Vecchi bellissimi, asciutti, coi capelli argentati, il basco



in testa, i blazer eleganti, le cravatte reggimentali. Parlai di Alex ad uno dei Ministri dei Veterani, gli fornii il suo ultimo domicilio conosciuto. Mi promise attenzione e fu di parola. Un paio di mesi dopo mi arrivò dal Canada una grossa busta gialla con le insegne del Governo. Dentro c'erano la storia del fortunato ritrovamento di Alex, i suoi nuovi recapiti ed anche una lettera di lui. Ne ricevemmo altre, per un anno circa. Poi più nulla.

Se passate sotto Porta Adriana venendo da fuori, guardate ai lati del varco. Vedrete i due bisonti neri, con un numero — l'82 — ed una freccia rivolta all'insù. Guardate i bisonti e salutate Alex, anche per me.