

R&S



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXVI - NOVEMBRE 2011 - N. 2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ **INFEZIONI DELLE VIE URINARIE**
- ▶ **I MISTERI DELL'ICTUS**
- ▶ **GUERRA AL DIABETE PER SALVARE RENE E CUORE**
- ▶ **IL PLACEBO**
- ▶ **LE MALATTIE CISTICHE RENALI**
- ▶ **UNA TERAPIA SEMPLICE PER UNA MALATTIA COMPLESSA**
- ▶ **SUL DENARO**
- ▶ **CRISTALLI PERICOLOSI**
- ▶ **IL RUOLO DELL'AMBULATORIO DEDICATO**
- ▶ **INDAGINI DIAGNOSTICHE NELLA MALATTIA REUMATICA**
- ▶ **L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA IN DIALISI PERITONEALE**
- ▶ **ALL'INSEGNA DELL'ASTRAZIONE**
- ▶ **PARCO NAZIONALE DEI LAGHI DI PLITVICE – CROAZIA**
- ▶ **IL BRUCO DIVENTA FARFALLA?**
- ▶ **NELLA SCRITTURA L'ESSENZA DELL'UOMO**
- ▶ **LA CASA DI GIORGIO**
- ▶ **IL SIGNOR OSVALDO**
- ▶ **DALLA NEFROLOGIA TRENTINA UNA FINESTRA SUL MALI**
- ▶ **LA TRILOGIA DI SENDKER**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **IL CIONDOLO**

sommario

| | |
|--|----|
| Infezioni delle vie urinarie <i>di Cristina Andreotti</i> | 3 |
| I misteri dell'ICTUS <i>di Daniele Orrico</i> | 5 |
| Guerra al diabete per salvare rene e cuore <i>di Cristina Comotti</i> | 7 |
| Il placebo <i>di Serena Belli</i> | 8 |
| Le malattie cistiche renali <i>di Chiara Venturelli</i> | 9 |
| Una terapia semplice per una malattia complessa <i>di Francesca Rivieri</i> | 12 |
| Sul Denaro <i>a cura di Luisa Pevarello</i> | 13 |
| Cristalli pericolosi <i>di Fiorenza Soli</i> | 14 |
| Il ruolo dell'ambulatorio dedicato <i>di Rosario Midiri</i> | 15 |
| Indagini diagnostiche nella malattia reumatica <i>di Danila Bassetti</i> | 16 |
| L'educazione terapeutica in dialisi peritoneale <i>di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian</i> | 18 |
| All'insegna dell'astrazione <i>di Aldo Nardi</i> | 22 |
| Parco Nazionale dei Laghi di Plitvice – Croazia <i>di Teresa Di Palma</i> | 25 |
| Il bruco diventa farfalla? <i>di Sara Parolari</i> | 26 |
| Nella scrittura l'essenza dell'uomo <i>di Luigi Petrosino</i> | 27 |
| La casa di Giorgio <i>di Donata Borin</i> | 28 |
| Il signor Osvaldo <i>di Lorenzo Ricci</i> | 30 |
| Dalla nefrologia trentina una finestra sul Mali <i>di Gianni Toninato</i> | 32 |
| La trilogia di Sendker <i>di Lonely Bear</i> | 34 |
| Micologia che passione! <i>di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i> | 36 |
| Il ciondolo <i>di Anna Maria Ercilli</i> | 38 |
| Qualche news... | 39 |

Cari Soci APAN, Amici e Sostenitori,

anche questo 2011 è alla fine del suo mandato. Tra poche settimane sarà Natale e l'arrivo di Rene&Salute nelle vostre case mi sembra un'ottima occasione per farvi, con un piccolo anticipo, i migliori auguri di Buone Feste. Che questo Natale sia un momento di festa con i vostri cari, di serenità e riposo, ma anche un momento di riflessione su questioni più profonde. In questo senso ricordo a tutti che il tempo che dedichiamo agli altri, non solo attraverso una azione attiva nel campo del volontariato, ma anche nelle micro-occasioni quotidiane, che sono a portata di mano di ciascuno di noi, ci viene sempre restituito con gli interessi. È un investimento sicuro, che io raccomando con tutto il cuore. Voglio infine cogliere l'occasione per ringraziare tutti i collaboratori di R&S per il tempo che dedicano alla rivista, in particolare i componenti della redazione. È grazie alla loro grande disponibilità, se anche questa volta siamo riusciti ad andare puntuali in stampa.

L'augurio che faccio a tutti voi, ma anche a me stessa, è di tenere il Natale nel nostro cuore, tutto l'anno (C. Dickens).

La Presidente
dott.ssa Serena Belli



In copertina:
Giorgio de Chirico
Archeologi in riva al mare, 1926
Olio su tela, 46 x 37 cm

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:
38122 TRENTO - Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 - apan.tn@alice.it

REDAZIONE: Alberto Valli, Cristina Comotti, Aldo Nardi, Gianni Toninato, Serena Belli, Wilma Graziadei

COLLABORATORI per questo numero: Cristina Andreotti, Danila Bassetti, Lonely Bear, Serena Belli, Donata Borin, Ermanno Brunelli, Cristina Comotti, Anna Dalprà, Teresa Di Palma, Anna Maria Ercilli, Antonio Fondriest, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Rosario Midiri, Aldo Nardi, Daniele Orrico, Sara Parolari, Luigi Petrosino, Luisa Pevarello, Lorenzo Ricci, Francesca Rivieri, Fiorenza Soli, Gianni Toninato, Alberto Valli, Chiara Venturelli, Ilaria Zulian.

GRAFICA E STAMPA: Esperia s.r.l. - Lavis (Trento)

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di novembre 2011.

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».

Infezioni delle vie urinarie

di Cristina Andreotti*

Una studentessa di 20 anni lamenta minzione frequente e dolorosa. Una signora con un trapianto renale non ha sintomi ma ha una significativa crescita batterica nelle urine. Un uomo con precedenti coliche renali ha improvvisamente febbre a 39 con brivido, vomito e dolore ad un fianco.

Tutte e tre queste persone hanno i sintomi di una infezione delle vie urinarie. Vediamo quindi cosa comunemente si intende con questa generica definizione.

Il sistema urinario è composto dai reni, dagli ureteri, dalla vescica, dall'uretra e può essere interessato da una infezione a qualsiasi livello. Nella maggior parte dei casi l'infezione interessa le basse vie urinarie, cioè la vescica e l'uretra, in questo caso si parla di cistite. Quando l'infezione interessa il rene si parla invece di pielonefrite.

L'infezione delle vie urinarie è contraddistinta dalla presenza nelle urine di batteri in quantità elevata, almeno 100.000 unità formanti colonie, ogni millilitro di urina; di solito si accompagna anche il riscontro di un elevato numero di globuli bianchi, chiamato piuria.

I sintomi più comuni nella cistite sono il bisogno impellente di urinare, il dolore, le minzioni frequenti, l'aspetto torbido dell'urina, la eventuale presenza di sangue, il cattivo odore ed infine il dolore addominale.

La **pielonefrite** acuta, cioè l'infezione del rene, ha un quadro sintomatologico più severo con febbre ad esordio improvviso, tipicamente accompagnata da brividi, nausea, vomito, dolore al fianco.

In quasi tutti i casi di infezione del-



le vie urinarie, i batteri entrano nel tratto urinario attraverso l'uretra. La cistite è per lo più causata da un batterio chiamato Escherichia Coli (E. Coli), normalmente presente nel tratto intestinale. Non tutti i ceppi di E. Coli sono in grado di infettare la vescica, ma solo quei gruppi che hanno delle particolari fimbrie (fimbrie P: appendici cellulari) con le quali il batterio può attaccarsi alle cellule della mucosa vescicale.

Altri batteri che possono essere coinvolti sono: il Proteus, la Klebsiella, l'Enterobacter, responsabili di una piccola percentuale di infezioni, non complicate. Questi germi, soprattutto i primi due, sono quelli che riscontriamo frequentemente in caso di infezione in persone con cateteri o calcolosi urinaria. Altri batteri, come lo Stafilococco e gli Enterococchi, sono molto meno frequentemente coinvolti.

In caso di infezione delle vie urinarie sono spesso presenti dei fattori di

rischio, cioè situazioni che favoriscono l'infezione stessa. Ci sono fattori specifici delle donne, come la gravidanza, l'attività sessuale, la presenza di presidi anticoncezionali (diaframma), la menopausa. Fattore di rischio nei maschi è l'ostruzione, secondaria ad un ingrossamento della prostata.

Altri fattori di rischio sono invece comuni ai due sessi, questi sono le anomalie delle vie urinarie e l'ostruzione da calcoli, la vescica che non si svuota (vescica neurologica) secondaria a lesioni del midollo spinale, la presenza di un catetere vescicale, l'esposizione a germi patogeni soprattutto durante la permanenza in ospedale. Infine, tutte le situazioni nelle quali le difese del paziente sono ridotte, come nel caso di assunzione di farmaci immunosoppressori, favoriscono le infezioni delle vie urinarie, e questo lo vediamo anche dopo un trapianto renale.

Nei pazienti trapiantati le infezioni delle vie urinarie sono quelle di più frequente riscontro, inoltre dopo il trapianto renale viene lasciato un catetere ureterale per circa 1 mese che, ovviamente, aumenta il rischio di infezione.

Uno studio retrospettivo su 500 pazienti adulti trapiantati tra il 1996 e il 2002, in due Centri degli Stati Uniti, ha mostrato che il 43% dei pazienti aveva sviluppato una o più infezioni delle vie urinarie, in un periodo medio di follow-up di 42 mesi. Tra i fattori di rischio sono emersi: l'età avanzata, il sesso femminile, la presenza di reflusso vescico-ureterale, la terapia con azatioprina, il rene da donatore deceduto.

Sempre nel paziente trapiantato, sono le infezioni delle vie urinarie le

principali cause di batteriemia e i germi patogeni di più frequente riscontro sono: E. Coli (29%), Enterococco (24%), Stafilococco (12%), Klebsiella (10%) (Chuang P et al Clin Transplant 2005;19(2):230-5).

L'indagine di laboratorio che ci consente di fare **la diagnosi di infezione delle vie urinarie è l'urino-coltura**: un campione di urina viene raccolto in contenitore sterile e coltivato in Microbiologia. Molto importante è la determinazione del numero e del tipo di batteri.

L'urino-coltura va fatta prima del trattamento in tutti i casi, eccetto che nei casi in cui si tratta di cistite semplice, in una donna senza altra patologia e senza fattori di rischio. Nella pielonefrite o nelle infezioni molto frequenti si consiglia di eseguire anche **un'ecografia**, che non è necessaria né utile nel caso di cistite acuta isolata. La tomografia computerizzata (TC) con mezzo di contrasto, è invece la metodica diagnostica più appropriata nel caso di pielonefrite.

Infine, nei casi in cui si debba evitare l'esposizione a radiazioni, o si voglia evitare la nefrotossicità da mezzo di contrasto o, nel caso in cui ci sia il sospetto di un ascesso, si può ricorrere alla CEUS (**contrast enhanced ultrasound**): un ascesso è una cavità necrotica, che contiene pus e materiale di sfaldamento, e non assume il contrasto durante l'infusione.

Per quanto riguarda **la terapia**, se si tratta di una cistite in una donna sana, in assenza dei fattori di rischio sopra elencati, si utilizza un antibiotico per bocca per 1 o 3 giorni; per lo più trimetoprim/ sulfametossazolo, o un chinolonico o la nitrofurantoina (questa per 7 giorni). Le infezioni frequenti hanno bisogno di una terapia più prolungata o di brevi, ma frequenti, periodi di terapia. Quando la persona riconosce che la cistite è favorita dall'attività sessuale, si può prescrivere un antibiotico dopo il rapporto.

Per la pielonefrite acuta non grave si può usare un antibiotico per bocca

per 14 giorni. Nelle infezioni severe la terapia deve essere fatta per endovena; tutti i pazienti che non rispondono ad un trattamento mirato entro le 72 ore, vanno sottoposti a TC per escludere la presenza di ascessi intra-renali, calcoli o malattie urologiche.

Per la terapia delle infezioni delle vie urinarie ci vuole tempo perché la scomparsa dei sintomi non sempre significa la guarigione dell'infezione, ricordiamo inoltre che per la terapia iniziale delle infezioni delle alte vie urinarie non è consigliabile usare né ampicillina né trimetoprim/ sulfametossazolo, perché il 25% dei ceppi di E. coli è ormai resistente a questi antibiotici.

Un aspetto particolare è quello della **batteriuria asintomatica**: presenza di batteri nelle urine senza sintomi. La batteriuria asintomatica, senza piuria, non richiede terapia nella popolazione in generale. Al contrario, nei riceventi di trapianto renale la batteriuria, anche se asintomatica, è spesso trattata, nel timore di complicanze, che non sono previste in caso di trattamento tempestivo.

Le infezioni non trattate aprono la strada alla pielonefrite cronica, che è un danno cronico di uno o due reni, o al rischio di batteriemia specie nel paziente immunodepresso, con possibile shock settico.

Alle persone che hanno infezioni sintomatiche frequenti, almeno tre all'anno, dopo che l'infezione è stata eradicata, si propone una **profilassi** antibiotica, ad esempio con trimetoprim/ sulfametossazolo per tre volte alla settimana, o nitrofurantoina 50 mg/die, si possono usare anche i chinolonici. Al contrario non si fa profilassi nei pazienti cateterizzati cronicamente, nei quali si pratica direttamente la terapia, in caso di sintomi o piuria.

A questo punto una menzione particolare la merita l'utilizzo quotidiano del cranberry juice (il nostro mirtillo rosso), che viene proposto **dalla medicina alternativa**. Uno degli articoli più citati sull'argomento è "Randomised trial of cranberry juice and lactobacillus drink for the

prevention of UTI in women" pubblicato su British Medical Journal nel 2001 da Kontiokari T, un autore finlandese, il quale afferma che con succo di cranberry (50 ml/al giorno - 7.5 g di concentrato di cranberry) si è osservata una riduzione del rischio di infezione di circa il 20 per cento.

Le bacche della specie *Vaccinium*, ma in particolare il mirtillo rosso (*Vaccinium oxycoccus*), contengono proantocianidine, una sostanza in grado di prevenire l'espressione delle fimbrie P dell'E. coli. Le fimbrie P sono considerate il più importante fattore di virulenza di questo batterio. Negli Stati Uniti, dove il *cranberry* è coltivato in grandi distese, esiste un Centro dedicato allo studio delle proprietà di queste bacche, il Marucci Center for blueberry - cranberry Research.

In caso di assunzione di questo preparato non bisogna peraltro dimenticare che interferisce con il Coumadin.

E per concludere una piccola curiosità: il batterio Escherichia Coli prende nome dal suo scopritore, un professore di Pediatria dell'Università di Graz: Theodor Escherich. Il dottor Escherich scoprì il batterio nel 1886 e lo denominò Bacterium Coli commune, poi denominato Escherichia Coli in suo onore nel 1919. In effetti, il batterio è molto comune nella flora intestinale di uomini e animali e ne esistono numerosi diversi sierotipi, la maggior parte dei quali è utile. Al contrario qualche sierotipo è patogeno per le vie urinarie. Esistono anche sierotipi molto più cattivi, come l'0104:H4, altamente patogeno per l'intestino, che abbiamo imparato a conoscere nel maggio scorso con i casi di colite emorragica e sindrome uremico-emolitica occorsi in Germania.

* Dr.ssa Cristina Andreotti, Responsabile Ambulatorio Trapianto renale Ospedale S. Chiara di Trento

Nel mondo occidentale è la terza causa di morte

I misteri dell'ICTUS

di Daniele Orrico*

Ictus è il vocabolo latino che indica "colpo", termine che nella parlata corrente definisce la malattia cerebrovascolare. La caratteristica clinica dell'ictus è, infatti, la sua improvvisa comparsa, il più delle volte nel giro di pochi attimi, solo raramente in un maggiore lasso di tempo. Lo stesso significato ha il termine inglese *stroke*, che pure significa colpo. L'ictus è la malattia neurologica più frequente, che colpisce mediamente circa 250 soggetti ogni 100.000 abitanti per anno. Ovviamente è meno frequente nelle classi di età più giovani e lo è molto di più nelle classi di età più avanzate.

Cos'è l'ictus? E' la repentina comparsa di sintomi a carico delle aree cerebrali che vengono interessate da un disturbo circolatorio. Nel cervello infatti risiedono diverse funzioni: motoria, sensitiva, sensoriale, oltre alle funzioni cognitive. La funzione motoria è quella che permette il movimento volontario del capo, degli occhi, di un braccio o della gamba; la funzione sensitiva ci avverte se qualcosa ci sfiora la pelle, se siamo punti o se modifichiamo la posizione di parti del nostro corpo (abbiamo dei sensori sia nelle articolazioni, che all'interno dei muscoli, che ci avvertono); la funzione sensoriale della vista la esercitiamo in continuazione, come pure l'udito, il gusto, l'odorato; le funzioni corticali sono quelle che hanno elevato l'essere umano al di sopra delle altre specie animali, con la fenomenale capacità di trasmettere informazioni grazie al linguaggio, parlato o scritto.

Tutte queste funzioni, e molte altre ancora, sono regolate da aggregati di cellule (i neuroni) che insieme formano il cervello umano: miliardi e

miliardi di neuroni, con altri miliardi di cellule di sostegno ai neuroni. Tutte queste cellule, per poter funzionare al meglio, hanno bisogno di essere continuamente rifornite di zucchero e ossigeno, il che avviene grazie al costante apporto di sangue al cervello, attraverso la circolazione.

Il cuore lavora senza interruzione, sia di giorno che di notte, per far circolare il sangue e gli elementi energetici e l'ossigeno in esso contenuti. Il cervello, che pesa solo il 2% circa del nostro corpo, utilizza il 20% di questi substrati energetici, con una attività che è praticamente costante giorno e notte, ma che abbisogna, per potere essere espletata, di continuo apporto di sangue (con zucchero e ossigeno), dato che il cervello non ha riserve di energia al suo interno. In altre parole, l'organo più sofisticato del nostro organismo dipende, per il suo funzionamento e per la sua integrità, dal costante apporto di sangue. Se questo si interrompe, la funzione cerebrale dapprima diviene deficitaria e poi scompare del tutto.

Tenendo conto di quanto fin qui esposto, è facile intuire quali possono essere i sintomi che derivano da un disturbo circolatorio cerebrale: disturbi a carico del movimento, con paresi (deficit di forza) o paralisi (incapacità di muovere volontariamente un arto), disturbi a carico della sensibilità, disturbi a carico del movimento degli occhi, del campo visivo, della parola. Il più delle volte il quadro clinico è quello di una improvvisa emiparesi con disturbi sensitivi, vale a dire una riduzione, o perdita totale, della forza localizzata ad una metà, destra o sinistra del corpo (faccia, arto superiore e arto inferiore) accompagnata da un

disturbo a carico della sensibilità nella medesima area.

Ci sono poi caratteristiche diverse a carico delle funzioni cognitive, se viene colpito l'emisfero dominante o l'altro emisfero. Il cervello infatti è strutturato in due metà simili ma non uguali; il destrimane ha dominanza emisferica sinistra, il mancino ha dominanza emisferica destra. Nell'emisfero dominante risiede la capacità di utilizzare il linguaggio, parlato e scritto, per tale motivo, in caso di lesione dell'emisfero dominante, alla paralisi della metà del corpo contro-laterale si aggiunge il disturbo a carico della capacità di comprendere o formulare il linguaggio. Questo disturbo si chiama afasia.

Anche in caso di lesione dell'emisfero non dominante ci può essere un disturbo della parola, che in tal caso si definisce disartria, dovuto però a semplici disturbi di tipo puramente fonatorio-articolatorio, dipendenti dall'interessamento della muscolatura e non dall'interessamento delle funzioni simboliche del linguaggio.

A cosa è dovuto l'ictus? Nella maggioranza dei casi l'ictus è di tipo ischemico, cioè legato al ridotto apporto di sangue al cervello. In percentuale minore è dovuto invece alla emorragia, cioè allo stravasamento di sangue al di fuori dell'albero circolatorio. In generale sappiamo che 8 volte su 10 l'ictus è ischemico, mentre negli altri 2 casi è di tipo emorragico.

I fattori di rischio, cioè le condizioni che in soggetti predisposti facilitano l'insorgenza dell'ictus, si dividono in: **fattori non modificabili e fattori modificabili**. I non modificabili (età: l'ictus è malattia degli anziani; sesso: più colpiti i maschi; fattori ereditari)

non sono appunto passibili di intervento correttivo. Più utile è quindi conoscere i fattori sui quali possiamo intervenire: i valori della pressione arteriosa, la glicemia, i problemi cardiaci e quelli carotidei, gli stili di vita. Per ognuno di questi si potrebbero scrivere pagine intere di considerazioni e proposte correttive, basti comunque sapere che ipertensione arteriosa e diabete sono tra i più frequenti fattori di rischio per l'ictus. Ma anche i disturbi del ritmo cardiaco, il restringimento e le lesioni a carico della parete arteriosa delle carotidi, sono frequentemente all'origine del successivo danno cerebrale. Infine, tra i fattori di rischio, non dobbiamo dimenticare l'abitudine di fumare, la vita sedentaria, una dieta eccessivamente ricca di grassi.

L'ictus è, nel mondo occidentale, la terza causa di morte e la prima causa di invalidità. Infatti l'ictus può essere talmente grave, con effetti così devastanti, da portare rapidamente a morte la persona colpita: questo succede in circa il 10% dei casi. Più spesso il malato sopravvive all'ictus e, in circa la metà dei casi, presenterà degli esiti che richiederanno un trattamento riabilitativo, nell'intento di ridurre le sequele a distanza. Va detto che il recupero non è direttamente proporzionale alla quantità di riabilitazione eseguita, anche se è certo che, in caso essa sia indicata, il non eseguirla aggraverebbe il quadro, rallentando inoltre il recupero.

Il trattamento dell'ictus è drasticamente cambiato negli ultimi due decenni; infatti oggi si cerca di riabilitare quanto prima le funzioni colpite ed il paziente viene da subito, già nei primi giorni del ricovero in ospedale, avviato alla riabilitazione. Da alcuni anni inoltre, nella fase acuta dell'ictus più frequente, quello di tipo ischemico, viene praticata la trombolisi per via venosa. Si tratta di una iniezione endovenosa, seguita da una flebo, di una sostanza chimica capace di sciogliere il coagulo che ha causato la ostruzione, che viene praticata in Centri abilitati. Per quanto riguarda il Trentino questo avviene nella Stroke Unit della Neurologia del Santa Chiara, l'unico Centro ad oggi abilitato per tale procedura. Fondamentale è che il



TAC cranio con lesione ischemica a carico della arteria cerebrale media.



TAC cranio con raccolta emorragica.

paziente colpito da ictus se ne renda conto e sia in grado di chiamare immediatamente il 118, per arrivare quanto prima in ospedale. Infatti il trattamento trombolitico è tanto più efficace quanto prima viene attuato, essendo il tempo massimo di intervento di tre ore dalla comparsa dei sintomi. Per sottolineare quanto sia importante il fattore tempo, basti citare il lavoro sperimentale in cui è stata documentata la perdita di 32.000

neuroni ogni secondo di ischemia e, nello stesso tempo, di 230 milioni di sinapsi, cioè di contatti tra un neurone e l'altro.

Nella popolazione in generale l'infarto, inteso come infarto del muscolo cardiaco, riceve giustamente grande attenzione. L'ictus ischemico è l'infarto del cervello; il meccanismo che lo provoca è lo stesso, vale a dire la scarsa irrorazione ematica, ma ovviamente i sintomi sono diversi. Primo tra tutti, l'infarto cardiaco è molto doloroso, mentre l'infarto cerebrale non provoca dolore. Manca quindi la percezione che stia accadendo qualcosa di rilevante, dato che la persona colpita da ictus non avverte dolore. È inoltre frequente che l'ictus si manifesti durante il sonno, senza risvegliare il soggetto, che si rende conto che una metà del suo corpo non funziona a dovere, solo nel momento in cui cerca di alzarsi per uscire dal letto.

Non si deve perdere tempo di fronte a sintomi come quelli che abbiamo descritto più sopra, sintomi che potrebbero farci compagnia per i successivi 20-30 anni della nostra esistenza, privandoci della autonomia e gravando la famiglia della necessità di prestare assistenza. Il trattamento con trombolisi per via venosa non è naturalmente la panacea di tutti i mali, ma nel 30-40% circa dei casi risolve o attenua notevolmente la gravità dei sintomi.

Fondamentale è che la popolazione generale sia edotta di quali sono i sintomi che possono far sospettare un ictus, al fine di evitare la perdita di tempo prezioso. Per tale motivo è molto importante la disponibilità data dalla Università della Terza età nell'ospitare una serie di incontri con i Neurologi del Santa Chiara per parlare di questa importante patologia.

I costi personali e sociali dell'ictus sono enormi ed è giusto mettere in campo le più svariate strategie per ridurre la numerosità, l'impatto e le conseguenze della malattia.

* Dr. Daniele Orrico, Direttore
S.C. di Neurologia Ospedale S.
Chiara



Guerra al diabete per salvare rene e cuore

di Cristina Comotti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, nei paesi industrializzati, le persone affette da diabete mellito tipo 2 (diabete "non insulino-dipendente") siano 180 milioni e che tale numero raddoppierà entro il 2030.

Questa epidemia, conseguenza dei cambiamenti dello stile di vita (sedentarietà, sovrappeso, dislipidemia, fumo, ecc.) costituisce un grave problema socio-sanitario, ulteriormente aggravato dall'evidenza che la malattia insorge sempre più precocemente, anche in età adolescenziale. Ciò comporterà la comparsa di complicanze, dipendenti dalla durata del diabete, in età ancora giovane e quindi produttiva. Tra tutte, quella più temibile è la nefropatia (malattia renale).

Circa un terzo delle persone affette da diabete manifesta, nel corso della propria malattia, danni renali che non solo possono portare all'insufficienza renale terminale, quindi alla dialisi, ma anche ad un importante aumento del già elevato rischio cardiovascolare, che è associato al diabete.

Oggi, la maggior parte dei pazienti che giunge alla dialisi è affetta da diabete tipo 2.

L'incidenza di insufficienza renale cronica terminale, in costante aumento in tutti i paesi industrializzati dal 1980 al 2000, ha peraltro subito, per la prima volta nel 2004, e solo negli Stati Uniti, una modesta riduzione sia nella popolazione generale (-1%), che in quella diabetica (-2.1%).

Nel diabete, sia di tipo 1 che 2, la ri-

duzione dell'albuminuria (perdita di albumina con le urine) al di sotto del *range* nefrosico (albuminuria superiore a 3.5 grammi al giorno) comporta non solo la riduzione della progressione della malattia renale, e quindi del bisogno di dialisi, ma anche la riduzione di mortalità per tutte le cause correlate, principalmente per quella cardiovascolare.

La proteinuria infatti è un marker precoce di nefropatia ed ha un ruolo causale nella sua progressione.

L'ottimizzazione del controllo glicemico (emoglobina glicata uguale o inferiore al 7%) e del trattamento

saggio dell'albuminuria. È infatti noto che il riconoscimento precoce di microalbuminuria (anomala escrezione urinaria di albumina compresa tra 30 e 300 milligrammi al giorno) ottimizza la possibilità di prevenire la progressione della nefropatia diabetica.

Se il tradizionale esame delle urine rivela la presenza di macroalbuminuria, altrimenti detta proteinuria conclamata ("dipstick" positivo; escrezione urinaria di albumina superiore a 300 milligrammi al giorno), sarà necessario dosare la proteinuria delle 24 ore ed eseguire un'indagine nefrologica approfondita.

In assenza di proteinuria all'esame standard delle urine è necessario eseguire lo screening della microalbuminuria. Se la ricerca è negativa, il controllo verrà ripetuto annualmente.

La presenza di microalbuminuria in 2 su 3 raccolte delle urine non consecutive (eseguite in un periodo di 3-6 mesi) identifica il precoce danno d'organo, in assenza di infezioni delle vie urinarie, febbre, attività fisica intensa, scompenso cardiaco.

Tale dato andrà ricontrollato ogni 6 mesi, associandolo alla ricerca di altre sedi di danno d'organo: retina ed apparato cardiovascolare.

Per concludere, possiamo riassumere sottolineando come diabete, nefropatia e malattia cardiovascolare, pur essendo entità distinte, sono strettamente correlate e la terapia di una non può prescindere, e non sarà efficace, se non terrà conto del probabile coinvolgimento delle altre due.



anti-ipertensivo (pressione arteriosa inferiore a 125/75 mmHg), che sono fattori predittivi indipendenti della possibilità di indurre la remissione dell'albuminuria, rendono verosimilmente conto della riduzione dell'incidenza di insufficienza renale cronica terminale ultimamente registrata.

Lo screening e la stadiazione della nefropatia diabetica si basano sul do-

Informazioni generali sui farmaci

Il placebo

di Serena Belli

Placebo: intuitivamente è qualcosa che ci farà piacere. Con questo termine in campo medico si intende una medicina che non contiene nessun principio attivo, inerte dal punto di vista farmacologico. Il suo aspetto deve essere quello di una medicina vera, quindi si presenta sotto forma di gocce, polvere, compressa o capsula. A seconda del suo uso può essere confezionata in blister o flaconi per sembrare un vero e proprio farmaco, a tutti gli effetti. Tale sostanza, somministrata ad un paziente, che non sa trattarsi di un placebo, serve quindi a compiacerlo. A dir la verità, secondo Wikipedia, vocabolario universale del terzo millennio, anche un consiglio, un conforto o (ma si esageriamo pure) un intervento chirurgico non strettamente necessario, somministrati a fini terapeutici, potrebbero essere definiti placebo. In questa sede, comunque, ci limitiamo a discutere del placebo-medicina, dato che il placebo-intervento chirurgico mi sembra un argomento ingombrante e il placebo-conforto, antico rimedio della nonna, non lo definirei placebo quanto, piuttosto, sostanza sentimentalmente-utile e necessaria per qualunque guarigione.

Ma quale è lo scopo del placebo: a chi e per che cosa può essere utile? Per comprendere lo scopo e i motivi dell'utilizzo di un placebo, dobbiamo discutere dell'effetto placebo. L'effetto placebo è la reazione di un individuo alla somministrazione del placebo. Questo effetto non è determinato dalla sostanza assunta, che è inerte ma, verosimilmente, dalle aspettative di chi la assume. Perché l'effetto placebo sia registrabile è necessario che il paziente sia consapevole che sta assumendo un farmaco (di cui ignora la natura placebo). È infatti noto che l'effetto placebo non

viene rilevato in soggetti ignari o anestetizzati o cerebropatici.

Credendo nella efficacia della terapia, e sperando in un miglioramento dei sintomi, il malato conferma la prima e avverte i secondi. E non guariscono o migliorano solo le malattie psicosomatiche, come probabilmente state pensando mentre leggete queste righe. Possono guarire anche le *malattie vere*. D'altra parte non è che i sintomi di una patologia psicosomatica, pur veicolati dal sub-conscio, non siano realmente rilevati dall'individuo che li lamenta. Per cui: la somministrazione di un placebo ad un ammalato vero o immaginario, che lo crede un farmaco dotato di attività biologica, attraverso l'effetto-placebo può essere colpevole di guarigione.

Questo concetto dovrebbe farci fare due riflessioni. La prima è a proposito della utilità di certe medicine, anche se questa riflessione non deve indurci a correre a vuotare del suo contenuto l'armadietto dei medicinali. Infatti farmaci utili e necessari ce ne sono molti: la medicina in questo senso ha fatto enormi progressi e molte malattie vengono attualmente curate con i farmaci appropriati. Non solo, anche alterazioni della pressione, del colesterolo, della coagulazione del sangue, prima ancora che diventino malattie nel senso classico del termine, vengono ottimamente curate con farmaci. Prevenire è meglio che curare, anche se per prevenire devo assumere una terapia, ma in questo modo eviterò l'insorgere della malattia vera e propria e delle sue complicanze.

La seconda riflessione riguarda un mio convincimento: un farmaco aiuta la guarigione, qualche volta è indispensabile alla guarigione, ma siamo noi stessi che guariamo. È il nostro corpo medesimo che "si risana".

Un placebo può essere utilizzato in

Tutte le scoperte della medicina si possono ricondurre alla breve formula: "l'acqua, bevuta moderatamente, non è nociva".

Mark Twain

maniera compassionevole, quando non ci siano farmaci efficaci per una data malattia, oppure quando non siamo proprio certi della presenza di un determinato sintomo, e vogliamo quindi verificarne l'esistenza e l'entità, ex iuvantibus diremmo in questi casi. Cioè il placebo ci aiuta a capire se un certo sintomo è reale, oppure psicosomatico o dettato dall'ansia.

Nella mia vita precedente, durante la quale facevo il pediatra di reparto, mi è capitato di curare con un placebo alcuni disturbi dell'addormentamento, od altri sintomi aspecifici, in piccoli pazienti. Il sonno, inopportunitamente scomparso in qualche corridoio dell'ospedale, tornava come per miracolo a chiudere gli occhietti, dopo aver assunto qualche goccia di un preparato miracoloso a base di acqua e succo di frutta. In questi casi, peraltro, era bene utilizzare anche il placebo-consiglio e il placebo-rassicurazione, di bambino e genitori.

Un altro uso del placebo si colloca nella ricerca clinica. Serve ad identificare e quantificare le capacità terapeutiche di un nuovo farmaco. In pratica: prima che un farmaco sia messo in commercio, dopo aver stabilito che non è dannoso (primum non nocere, ricordate?), bisogna dimostrare che la sua capacità di curare un determinato sintomo è significativamente superiore a quella di un placebo. I pazienti che potrebbero beneficiare di una nuova terapia vengono divisi in due gruppi possibilmente omogenei, ad un gruppo viene somministrato il farmaco che stiamo studiando, all'altro il placebo. Né il medico sa, il paziente nemmeno, chi sta assumendo cosa: cieco il medico e cieco il paziente, ecco perché si chiamano studi in "doppio cieco". Dopo un certo periodo di assunzione, si valuta se sono guariti di più i pazienti curati con il principio

Malattie Rare di interesse nefrologico

Le malattie cistiche renali

di Chiara Venturelli*



attivo, oppure quelli trattati con placebo, si valuta inoltre la percentuale di differenza tra i due gruppi. Solo farmaci che superano di una certa percentuale il risultato ottenuto con il placebo, verranno messi in commercio. O almeno così dovrebbe essere. Per i lettori curiosi mi sembra interessante ricordare un altro termine, che è il contrario di placebo: **nocebo**. Ovviamente anche questo è un termine latino che indica, senza spremerci troppo le meningi, nuocerò, ti farò del male. Si tratta, parimenti al placebo, di una sostanza inerte dal punto di vista farmacologico che, invece di curare, peggiora o fa comparire determinati sintomi. Ovviamente chi assume tale sostanza crede che si tratti di un farmaco per la cura della sua malattia ma, dopo che lo ha assunto, si ritrova più ammalato di prima. Tali reazioni negative sono secondarie alle aspettative negative che il nostro paziente ha nei confronti di tale medicina. Quindi, più correttamente, non dovremmo parlare di nocebo ma di "effetto nocebo". Potere della mente !
Potere della mente che ci convince a guarire, pur avendo assunto una sostanza inerte, e che ci convince di avvertire dei sintomi, in seguito alla assunzione della medesima sostanza inerte. Effetto placebo ed effetto nocebo: le solite due facce della solita medaglia. In mezzo ci sta l'uomo fatto di corpo e spirito, con il suo carico di malattie e dolori del corpo e dello spirito: curiamo uno per risanare l'altro, danneggiamo l'uno e si ammala l'altro. La linea di confine è incerta e misteriosa, c'è di che meditare.

Le malattie cistiche renali sono patologie ereditarie, frequenti nell'uomo, che rappresentano una causa importante d'insufficienza renale cronica terminale. La classificazione tradizionale suddivideva le patologie cistiche renali, sulla base della modalità di trasmissione genica, in: autosomiche dominanti (Rene Policistico dell'Adulto o ADPKD, Sclerosi Tuberosa o TSC e Malattia Cistica della Midollare o MCKD), autosomiche recessive (Rene Policistico Autosomico Infantile o ARPKD) e legate al sesso, X-linked (malattie rare tra le rare, tra cui ricordiamo la sindrome OroFacioDigitale di tipo 1 o OFD-1).

L'identificazione e lo studio dei geni responsabili di queste malattie hanno permesso di chiarire il meccanismo alla base della formazione delle cisti. Grazie a queste nuove conoscenze è stata anche stilata una nuova classificazione, che tiene conto del difetto genetico associato: malattie del cilio primitivo e malattie uromodulina-associate.

Il **ciglio primario** è un organello cellulare di tipo sensitivo, deputato a regolare il trasporto intracellulare. Le mutazioni a carico dei geni correlati allo sviluppo del cilio determinano ADPKD, ARPKD, NPHP e la Sindrome OFD-1.

L'**uromodulina** o proteina di Tamm-Horsfall è la glicoproteina più abbondante presente nelle urine umane in condizioni fisiologiche (50-100 milligrammi/die), il cui ruolo non è ancora ben conosciuto, anche se è



stata avanzata l'ipotesi che svolga un ruolo nel trasporto dei sali e sia importante nel processo di concentrazione delle urine. Ulteriori funzioni biologiche sono la protezione dell'urotelio dalle infezioni e la prevenzione della formazione di calcoli. Le mutazioni del gene che codifica per uromodulina sono associate a MCKD.

Entriamo ora nel dettaglio di questa importante patologia, iniziando dal **Rene Policistico dell'Adulto** (ADPKD), che è la malattia genetica ereditaria più frequente al mondo, con un'incidenza di circa 1 su 400-1.000 nati vivi, a seconda delle regioni geografiche.

È una malattia sistemica caratteriz-

zata da cisti renali bilaterali di grandi dimensioni, che si accompagnano a manifestazioni extra-renali quali cisti epatiche, pancreatiche ed aneurismi intracranici. La formazione di cisti determina la compressione ed il sovertimento del parenchima renale, che perde progressivamente la sua funzione. Circa la metà degli affetti sviluppa insufficienza renale cronica terminale entro i 60 anni di età. La diagnosi di ADPKD viene per lo più fatta tramite una semplice ecografia.

Entrambe le proteine coinvolte nell'ADPKD (policistina 1 e 2) sono localizzate nel ciglio primario. Il processo che sottende la formazione delle cisti (cistogenesi) non è ancora chiaro. L'ipotesi prevalente è che la cisti origini da cellule tubulari, in cui si sommano una mutazione germinale (ereditata da un genitore affetto) ed un'altra che avviene direttamente nella cellula tubulare: mutazione somatica ("two hit hypothesis").

Fino ad oggi sono stati identificati due geni che possono causare ADPKD: uno localizzato sul cromosoma 4 e uno sul cromosoma 16.

Molto più rara è la **Sclerosi Tuberosa (TSC)**, malattia ereditaria che ha un'incidenza di 1 su 10.000 nati. La TSC è caratterizzata da lesioni amartomatose che coinvolgono diversi organi e tessuti: cute (macchie ipomelanotiche, angiofibromi faciali, placche fibrose sulla fronte e sul cuoio capelluto, fibromi ungueali); sistema nervoso centrale (tuberi corticali, noduli subependimali); rene (angiomiolipomi e cisti); cuore (rabdomiomi); polmoni (leiomiangiomi).

Anche nel caso della TSC sono stati identificati due geni responsabili della malattia: TSC1 sul cromosoma 9q34, e TSC2 localizzato sul cromosoma 16p13.3. Si tratta di due geni oncosoppressori che codificano rispettivamente per le proteine amartina e tuberina. Nell'80 per cento dei casi l'indagine genetica è in grado di identificare una mutazione malattia a carico di TSC1 (27%) o TSC2 (73%). Al contrario, nel 20 per cento dei pazienti l'indagine

genetica risulta negativa. È noto inoltre che solo nel 30 per cento dei casi la malattia viene ereditata da un genitore affetto, mentre nel restante 70 per cento dei pazienti la storia familiare è negativa e la malattia, evidentemente, compare in seguito ad una mutazione "de novo".

Il meccanismo di trasmissione è autosomico dominante; ciò significa che ogni persona affetta (per aver ereditato la mutazione da un genitore affetto, o in seguito ad una mutazione "de novo") ha la probabilità del 50% di trasmettere la malattia alla generazione successiva. Nell'80 per cento degli affetti da TSC è possibile identificare una lesione renale entro i 10 anni di vita (angiomiolipomi, cisti, oncocitomi, carcinomi a cellule renali).

Brook-Carter ha anche descritto una nuova sindrome: **Sindrome da geni contigui TSC2-PKD1**, caratterizzata da una mutazione (delezione) così ampia da comprendere i due geni TSC2 e PKD1, che sono localizzati sullo stesso cromosoma 16. Tali pazienti sono quindi affetti dalle due patologie: Sclerosi Tuberosa e Rene Policistico.

Malattia ancora più rara è il **Rene Policistico Infantile (ARPKD)**, condizione ereditaria caratterizzata da cisti renali bilaterali e fibrosi epatica congenita, che ha una incidenza di 1 su 40.000 nati. Il gene responsabile della malattia è localizzato sul braccio corto del cromosoma 6.

L'esordio della malattia è prevalentemente perinatale con reni aumentati di volume, associati, nella metà dei casi, ad anomalie epatiche come: epatomegalia e/o dilatazione dei dotti biliari. Dobbiamo peraltro aggiungere che il miglioramento della tecnica ecografica, nella maggior parte dei casi consente la diagnosi già in epoca prenatale, con l'identificazione di cisti renali ed assenza del liquido amniotico (oligoidramnios). Tale oligoidramnios compromette grandemente la prognosi, perché è causa di ipoplasia polmonare e conseguente insufficienza respiratoria grave, che si evidenzia nel periodo perinatale. Tra i casi che sopravvi-

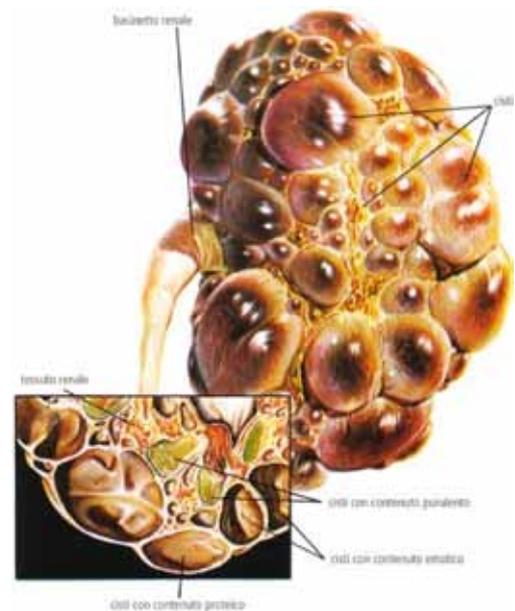


Figura 1: Rene Policistico dell'adulto presentazione macroscopica

vono al periodo perinatale, circa la metà progredisce in insufficienza renale terminale nella prima decade di vita. Nei restanti casi l'esordio della malattia è nell'infanzia, con una predominanza dei segni clinici correlati alla fibrosi epatica congenita: epatosplenomegalia, ipertensione portale e ipersplenismo. I reni sono aumentati di volume con profilo renale conservato, le cisti sono piccole e numerose.

ARPKD è una malattia genetica a trasmissione autosomica recessiva; questo significa che i genitori di un bambino affetto sono portatori sani (*eterozigoti*) della malattia, ed hanno la probabilità del 25% di avere un altro figlio affetto (*omozigote*). La diagnosi molecolare di ARPKD è disponibile, ma l'indagine genetica viene intrapresa raramente, sia perché la possibilità di identificare le mutazioni non supera il 70 per cento, sia perché il gene è molto grande e complesso e l'indagine richiede moltissimo tempo, sia perché mancano regioni mutazionali tipiche (*hot spot*) infine, per lo più, si tratta di mutazioni private, uniche per ogni famiglia.

Più complessa è stata invece la storia della **Malattia Cistica della Midollare (MCKD)**. Fino a pochi anni fa, quando si parlava di malattie ereditarie cistiche tubulo-interstiziali si faceva riferimento al complesso **Nefronoftisi (NPHP)/MCKD**, che raggruppava forme recessive ad esordio infantile e forme dominanti tipiche dell'adulto. Le due malattie infatti condividono caratteristiche clinico-istologiche quali la presenza di poliuria e polidipsia, urine isostenuriche, anemia e progressione verso l'insufficienza renale cronica terminale. Dal punto di vista istologico sono ambedue caratterizzate da atrofia tubulare, fibrosi interstiziale, dilatazioni cistiche, ispessimento della membrana basale tubulare. Ecograficamente sono caratterizzate da cisti alla giunzione cortico-midollare. Tuttavia, presentano anche caratteristiche distintive: modalità di trasmissione (autosomica dominante per la MCKD e autosomica recessiva per la NPHP), età di esordio dell'insufficienza renale cronica terminale (quarta-quinta decade nella MCKD e seconda decade nella NPHP), coinvolgimento extrarenale (iperuricemia nella MCKD e retinite pigmentosa nella NPH). All'inizio degli anni '90, la genetica molecolare ha rivoluzionato il concetto di "complesso NPHP/MCKD" come unica entità, suggerendo che si trattasse di due malattie diverse. Nello stesso periodo è stato mappato un primo locus per la MCKD sul cromosoma 1 (MCKD1); successivamente un secondo locus è stato mappato in un'altra grande famiglia Italiana con MCKD ed iperuricemia sul cromosoma 16 (MCKD2). Per la NPHP sono invece stati identificati, fino ad ora, quattro differenti geni, localizzati su differenti tratti cromosomici. Questi dati chiarivano quindi che NPHP e MCKD sono due malattie distinte. In seguito, gli studi sulle proteine coinvolte nella NPHP (nefrocistine) hanno mostrato che queste proteine localizzavano nel complesso ciliare primitivo, analogamente a quelle coinvolte in altre malattie cistiche renali (ADPKD, ARPKD). Per quanto riguarda la MCKD, si

è successivamente scoperto che mutazioni a carico del locus localizzato sul cromosoma 16 (MCKD2) possono essere responsabili anche di un'altra malattia tubulointerstiziale: **la Nefropatia Iperuricemica Familiare Giovanile (FJHN)** caratterizzata da alterata capacità di concentrazione urinaria, poliuria, polidipsia, iperuricemia, gotta e progressione verso l'insufficienza renale, raramente cisti renali.

Per decenni la FJHN era stata considerata una malattia diversa dalla MCKD per l'età di esordio più precoce e per la rarità delle cisti alla giunzione cortico-midollare. Peraltro già si sospettava che i geni responsabili delle due patologie fossero localizzati molto vicini, sullo stesso cromosoma.

Nel 2002 sono state infine identificate mutazioni nel gene che codifica per la proteina uromodulina (UMOD) sia in famiglie con MCKD2 con iperuricemia, che in famiglie con FJHN. Si è quindi potuto concludere che si tratta di due malattie alleliche, causate da mutazioni nel gene UMOD, che codifica per l'uromodulina. Anche alcuni rari casi di **Glomerulocisti (GCKD)**, associati ad iperuricemia e danno interstiziale, possono essere secondarie a mutazioni di uromodulina.

In conclusione, MCKD2, FJHN e GCKD con iperuricemia presentano caratteristiche cliniche sovrapponibili, lo stesso gene-malattia (UMOD) e la stessa anomalia funzionale, ovvero un ritardo nel trasporto di uromodulina in membrana. Questo permette di riunire queste patologie, considerate fino ad oggi distinte, in un unico gruppo definito "malattie uromodulina - associate".

Concludiamo questo viaggio all'interno delle malattie cistiche renali, parlando brevemente di un'ultima patologia estremamente rara: la **Sindrome Oro-Faciale-Digitale tipo 1 (OFD-1)**, che ha una prevalenza di 1 ogni 250.000 nati vivi. Si tratta di una condizione caratterizzata da dismorfismi facciali (bozze frontali prominenti, asimmetria facciale, ipertelorismo, radice del naso piatta, *milia* sul viso), anomalie del

cavo orale (pseudoschisi del labbro superiore, palatoschisi, schisi linguale, palato ogivale, frenuli linguali soprannumerari e anomalie dentarie) e delle dita (sindattilia, brachidattilia, clinodattilia, polidattilia). La OFD-1 è caratterizzata da coinvolgimento cerebrale e renale. Nel 40% dei pazienti è presente ritardo mentale, solitamente moderato, perlopiù associato a malformazioni del sistema nervoso centrale come: idrocefalo, anomalie cerebellari, pencefalia e agenesia del corpo calloso. Il coinvolgimento renale, presente in circa la metà dei pazienti, è caratterizzato da reni ingranditi con cisti diffuse di piccole e medie dimensioni (di origine tubulare ma soprattutto glomerulare), che non alterano il profilo renale. Le cisti renali compaiono tardivamente e la diagnosi di OFD-1 viene spesso posta quando la funzione renale è già compromessa. In alcuni pazienti sono state descritte anche cisti epatiche e pancreatiche. Il gene responsabile della malattia è il gene *OFD-1* localizzato sul cromosoma X in posizione p22. La malattia si presenta prevalentemente nelle femmine, essendo per lo più letale in utero nei maschi. La malattia riconosce, infatti, una modalità di trasmissione *X-linked* dominante. Nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti con forme sporadiche, dovute a mutazioni "*de novo*", peraltro non è escludibile che una femmina affetta, con sintomi lievi, possa partorire una figlia affetta a sua volta. La diagnosi molecolare è disponibile solo per ricerca. Nei casi di malattia familiare è possibile una diagnosi ecografia prenatale della malattia, ricercando nel feto eventuali anomalie cerebrali o labiopalatoschisi; le anomalie renali sono state invece descritte raramente in epoca fetale.

* Dr.ssa Chiara Venturelli, Medico Nefrologo, S.C. Nefrologia-Dialisi Ospedale S. Chiara Trento

L'acidosi renale tubulare distale Malattia Rara tra le Rare

Una terapia semplice Per una malattia complessa

di Francesca Rivieri*

L'acidosi renale tubulare distale (ATR distale) comprende disordini caratterizzati da acidosi metabolica secondaria a difetti dell'escrezione urinaria di ioni idrogeno (H⁺) da parte delle cellule del tubo collettore renale (in presenza di funzione glomerulare poco o non alterata). Ne consegue un aumento del pH urinario, che si manifesta con acidosi metabolica ipercloremica (associata a ipokaliemia, ipercalciuria e ipocitraturia) e anion gap normale. L'ATR distale è una patologia cronica con un importante impatto sulla qualità di vita dei pazienti affetti che, se non sono adeguatamente trattati, presentano difficoltà di alimentazione, anoressia, ritardo di crescita, osteoporosi, rachitismo, nefrolitiasi e talora, anche insufficienza renale. L'ATR distale può essere primitiva, originando da difetti genetici dei meccanismi di trasporto tubulare, o secondaria. In questi casi può essere associata a patologie sistemiche (disordini autoimmunitari come la sindrome di Sjogren) o far parte di un quadro di reazioni avverse a farmaci. La terapia, semplice, efficace e poco costosa, si basa sulla somministrazione di potassio e la supplementazione di bicarbonato di sodio, essendo mirata a riportare i livelli di bicarbonato, potassio e calcio entro limiti accettabili.

Descriviamo un caso clinico giunto alla nostra osservazione in età giovanile a seguito di paralisi flaccida, secondaria a grave ipopotassiemia e acidosi metabolica. Pamela (nome di fantasia) era nata negli anni '80 un po' prima del tempo e, a 15 giorni di vita, aveva presentato vomito alimentare, disidratazione con importante calo ponderale, che aveva richiesto un ricovero

ospedaliero. La diagnosi di ATR distale, non certo facile, era stata posta in seguito ad una tempestiva intuizione del medico di reparto. Pamela era stata dimessa con la sua terapia a base di bicarbonato di sodio e potassio. Nei mesi successivi i controlli erano stati costanti ma, passando il tempo si erano fatti via via saltuari ed irregolari, anche la terapia veniva spesso dimenticata, finché a 3 anni è stato necessario un ricovero per disidratazione e vomito. Verso i 5 anni altro ricovero: Pamela versava in gravi condizioni, sempre a causa del vomito, che aveva provocato una grave disidratazione con calo di peso importante. In occasione di tale ricovero è stata confermata anche la presenza di ipoacusia (sordità) neurosensoriale bilaterale di grado profondo, che fino ad allora era solo sospettata. Peraltro, tale sintomo non era stato messo in relazione con la sua malattia di base, ed era stato considerato unicamente come "casualmente associato". Anche in occasione di questa dimissione è stata raccomandata la solita semplice terapia, mentre per la ipoacusia è stata intrapresa una terapia riabilitante, con logopedia. Negli anni successivi Pamela è stata trattata in maniera adeguata ma, diventando adulta, non essendo ben consapevole del suo problema e della possibile gravità di eventuali scompensi, ha nuovamente trascurato la terapia. Una paralisi flaccida, secondaria a grave ipopotassiemia ed acidosi metabolica, la ha portata ad un nuovo ricovero presso la Neurologia del nostro Ospedale. Dopo che le sue condizioni sono state compensate, la ormai giovane donna è stata inviata presso il Servizio di Genetica Medica, al fine di un più preciso inquadramento eziopatogenetico. È stato così che i due sintomi presentati da Pamela sono stati finalmente inquadrati corretta-

mente in una singola malattia: ATR distale con sordità progressiva.

L'ATR distale con sordità progressiva è una patologia genetica caratterizzata classicamente da alterazioni degli elettroliti, ritardo di crescita e ipoacusia neurosensoriale progressiva (che in alcuni casi ha un'insorgenza tardiva). La prevalenza di tale condizione nella popolazione non è nota, si tratta comunque di una malattia molto rara. La modalità di trasmissione ereditaria è autosomica recessiva (l'affetto ha ereditato le copie alterate del gene responsabile da entrambi i genitori portatori sani). La maggioranza dei casi può essere ricondotta ad alterazioni a carico di 2 geni: ATP6V1B1 e ATP6V0A4.

Nel caso di Pamela, l'epoca precoce di comparsa dell'ipoacusia ha indirizzato ad analizzare per primo il gene ATP6V1B1, nel quale è stata identificata una mutazione patogenetica in omozigosi, confermando la diagnosi di ATR distale con sordità progressiva. Dal punto di vista clinico, oltre alle caratteristiche tipiche dell'ATR distale, l'ipoacusia neurosensoriale bilaterale progressiva è diagnosticata, nella maggioranza dei casi, tra 1 e 2 anni di vita e comunque non oltre i 6 anni. Diversamente, i casi con mutazioni identificate nel gene ATP6V0A4 presentano un'ipoacusia neurosensoriale progressiva a insorgenza più tardiva. L'elemento clinico principale, che permette di indirizzare la diagnosi molecolare verso lo studio di uno o l'altro gene è, appunto, l'epoca di comparsa della sordità, decisamente più precoce nel caso in cui sia coinvolto ATP6V1B1.

Esiste anche una forma di ATR distale non associata a ipoacusia, che è dovuta a mutazioni di un altro gene (SLC4A1). Tale condizione è a trasmissione autosomica dominante (vale a

aforismi

Sul Denaro

a cura di Luisa Pevarello



Quale argomento più attuale del DENARO in questa fase difficile e confusa della vita degli Italiani? Qualche riflessione arguta su questo tema può farci riflettere.

1. Coloro che credono che col denaro si possa fare ogni cosa, sono indubbiamente disposti a fare ogni cosa per denaro. (E.P.BEAUCHENE)
 2. E' stato detto che l'amore per il denaro è la radice di tutti i mali. Lo stesso può dirsi della mancanza di denaro. (S.BUTLER)
 3. Il denaro non può comprare la felicità, ma rende l'infelicità più sopportabile. (S.MILLIGAN)
 4. Per disprezzare il denaro bisogna averne, e molto. (C.PAVESE)
 5. Il denaro che si possiede è strumento di libertà, quello che si insegue è strumento di schiavitù. (J.J.ROUSSEAU)
 6. Il denaro è la felicità umana in abstracto: perciò colui che non è più capace di goderla in concreto, si attacca con tutto il cuore alla felicità in abstracto. (A.SCHOPENHAUER)
 7. Oggi giorno i giovani credono che il denaro sia tutto, e quando sono grandi ne hanno la certezza. (O.WILDE)
 8. Il denaro non dà la felicità, ma ti permette di scegliere l'infelicità che ti piace. (J.P.VAILLARD)
 9. Nella vita bisogna scegliere tra guadagnare denaro e spenderlo: non si ha il tempo di fare entrambe le cose. (E.BOURDET)
- e ora qualche battuta per sorridere...
10. Vissero felici perchè costava meno. (L.LONGANESI)
 11. Perchè denunciare il reddito dopo il bene che vi ha fatto? (M.MARCHESI)



dire che è sufficiente una copia alterata del gene per il manifestarsi della patologia) e, in alcuni casi, a trasmissione autosomica recessiva. Clinicamente non differisce dalle condizioni correlate ai geni sopraindicati, tuttavia è generalmente diagnosticata più tardivamente (adolescenza o in età adulta) e ha una sintomatologia più lieve.

Il riconoscimento tempestivo del quadro clinico di tutte queste malattie caratterizzate da acidosi metabolica è importante per prevenire gli scompensi elettrolitici neonatali e, nelle fasi successive, per monitorare la funzionalità renale e uditiva. Peraltro, la terapia sostitutiva è in grado di correggere i difetti metabolici sistemici, mentre non sembra migliorare né prevenire l'ipoacusia progressiva.

Pamela, dopo l'ultimo ricovero e dopo aver ricevuto esaurienti informazioni riguardo alla sua malattia, ha deciso di attenersi scrupolosamente alle indicazioni terapeutiche, anche perché ci ha detto che desidera avere un bambino. Per fortuna, a questo proposito abbiamo potuto rassicurarla: il meccanismo di trasmissione di questa particolare forma di acidosi renale è tale per cui il rischio di ricorrenza è da considerarsi trascurabile.

* Dr.ssa Francesca Rivieri,
Medico Genetista, S. S.
Genetica Medica Ospedale
S. Chiara Trento

Iperossaluria primitiva

Cristalli pericolosi

di Fiorenza Soli*



Sin da piccola, Elisa (nome di fantasia) aveva sofferto di disturbi renali non meglio caratterizzati, per i quali era stato posto il sospetto diagnostico di acidosi tubulare renale. In seguito, verso i 25 anni, in occasione di controlli eseguiti periodicamente, le era stato riscontrato un alto valore di creatinina, che aveva determinato il ricovero in ospedale al fine di chiarire la causa di questo incremento, ma gli esami eseguiti non avevano consentito di inquadrare la condizione da cui era affetta. Nel corso del ricovero era stata sottoposta anche a dialisi peritoneale.

Successivamente, per il perdurare dei suoi disturbi renali, Elisa si era recata presso un centro ospedaliero altamente specializzato, dove è stata programmata anche l'esecuzione di biopsia epatica tramite la quale si è giunti finalmente alla diagnosi corretta: iperossaluria primitiva.

L'iperossaluria primitiva, anche detta ossalosi di tipo 1, è una patologia genetica trasmessa come carattere autosomico recessivo, ciò significa che un affetto ha ereditato entrambe le copie alterate del gene-malattia dai genitori, che sono portatori sani. Significa inoltre che i genitori di un primo figlio affetto hanno la probabilità del 25% di avere un altro figlio malato.

La patologia è dovuta alla mancanza di un enzima dei perossisomi epatici (L-alanina-gliossilato amino transferasi: AGT), codificato dal gene AGTX,

localizzato sul cromosoma 2. Questo enzima ha la funzione di convertire il gliossilato in glicina. La deficienza di tale enzima causa un accumulo di gliossilato che successivamente si trasforma in ossalato. Le conseguenze cliniche dell'iperproduzione di ossalato sono dovute a tre proprietà di questo metabolita: 1) è un prodotto terminale del metabolismo; 2) ha una forte affinità per il calcio; 3) i suoi sali possiedono una solubilità molto bassa. Ne consegue un suo accumulo nell'organismo, con conseguenze assai gravi, tra le quali la formazione di calcoli renali.

Nella maggior parte dei casi il primo segno clinico dell'iperossaluria si manifesta prima dei 5 anni: i pazienti sviluppano calcoli renali, che causano infezioni secondarie o ostruzioni nelle vie urinarie.

L'ultimo stadio dell'insufficienza renale, presente nella metà dei casi, compare per lo più nella seconda decade di vita. Se non trattato, l'aumento di ossalato di calcio circolante produce depositi tissutali, che causano aritmie, ipertensione, arteriti agli arti e fratture con anchilosi dolorose. L'attività dell'AGT può essere valutata sulle biopsie epatiche.

La terapia si basa sull'apporto di liquidi con piridossina fosfato (coenzima dell'AGT) e l'alcalinizzazione delle urine. Dopo l'insorgenza della insufficienza renale terminale è necessario il trattamento dialitico sostitutivo. Il trapianto renale, da solo, non è in grado di correggere il difetto meta-

bolico, che ricorre dopo il trapianto. Il trattamento di elezione è pertanto il trapianto combinato di fegato e rene e, se possibile, deve essere eseguito prima o immediatamente dopo l'inizio della dialisi, per prevenire le complicazioni extrarenali.

La ossalosi 1 è comunque caratterizzata da una ampia variabilità clinica, anche all'interno della medesima famiglia e, in linea di principio, non è possibile prevedere l'andamento della malattia nel singolo paziente.

La diagnosi di Elisa alla dimissione fu: "Insufficienza renale cronica da sospetta iperossaluria primitiva, in dialisi peritoneale". Per sua fortuna, 18 mesi dopo l'inizio della dialisi, fu sottoposta a doppio trapianto di rene e fegato, con la risoluzione definitiva della sua sintomatologia. Da allora gode di buona salute, assumendo unicamente terapia immunosoppressiva, a causa del trapianto.

Elisa si è rivolta al nostro Servizio di Genetica Medica per avere informazioni sul rischio di ricorrenza di questa condizione, ovvero sulla probabilità che i suoi eventuali futuri figli presentino la medesima condizione.

Trattandosi di una malattia genetica autosomica recessiva, ed essendo lei stessa affetta, tutti i suoi futuri figli saranno portatori sani obbligati di iperossaluria. Il rischio che tale patologia possa presentarsi nella loro prole dipenderà dall'assetto genetico del futuro partner. Per fortuna, si tratta di una condizione genetica rara, con una incidenza di circa 1-2 affetti su un milione. Di conseguenza, il rischio di avere figli affetti è molto basso.

*E' comunque possibile la **diagnosi prenatale** nelle coppie a rischio di ricorrenza, attraverso lo studio delle mutazioni (solo se note) su materiale biologico fetale, ottenuto tramite villocentesi.*

* Dr.ssa Fiorenza Soli, Medico Genetista, S. S. Genetica Medica Ospedale S. Chiara Trento

Malattie nefrologiche in gravidanza e importanza del nefrologo

Il ruolo dell'ambulatorio dedicato

di Rosario Midiri*

Un processo fisiologico con se non adeguatamente trattate, costituiscono una condizione di rischio per la loro evoluzione e per l'esito fetale.

Il Nefrologo dunque, come o più di altri specialisti, viene frequentemente coinvolto e sollecitato a dare un contributo, che a volte può essere decisivo, nella risoluzione delle patologie renali in corso di gravidanza.

Il termine "preeclampsia" sta ad indicare la condizione di ipertensione arteriosa e di proteinuria con o senza edema (gonfiore) che insorgono nel secondo o terzo trimestre di gravidanza. L'ipertensione è definita come aumento della pressione arteriosa (PA) sopra i 140/90, che compare ex novo dopo la ventesima settimana di gestazione, mentre il riscontro di proteine nelle urine, con valori superiori a 300 mg al giorno, è un segno inequivocabile di avvenuto danno renale. Gli edemi (gonfiore localizzato in prevalenza al volto ed agli arti inferiori) sono presenti in vario grado da modesto ad importante, anche se talvolta possono essere assenti.

La preeclampsia viene definita moderata, se la PA si mantiene comunque inferiore a 160/110 e la proteinuria è compresa tra 300 mg e meno di 3 grammi; grave se la PA è superiore a 160/110 o, qualora fosse inferiore a tale valore, se è associata a segni o sintomi che coinvolgono il sistema nervoso centrale (cefalea, tremori, disturbi visivi), la funzionalità renale (proteinuria sopra i 3 grammi, riduzione della diuresi sotto 500 ml in 24 ore) e quella del fegato. In base all'evoluzione della malattia e all'epoca di gestazione, si prenderanno i provvedimenti necessari, che possono essere



rappresentati da un semplice periodo di osservazione ospedaliera con riposo a letto non restrittivo, oppure associare adeguata terapia antiipertensiva. D'altra parte, se il quadro clinico si aggrava, il parto dovrà essere espletato il più rapidamente possibile per evitare gravi complicanze materne e fetali, che vanno al distacco di placenta, alle emorragie cerebrali, alla insufficienza renale ed epatica.

L'ipertensione arteriosa nel corso della gravidanza si chiama gestazionale se insorge dopo la ventesima settimana e cronica se preesiste alla gravidanza o si manifesta prima di venti settimane; essa può associarsi alla preeclampsia e può dare un aumento significativo di complicanze cardiovascolari, soprattutto nelle decadi successive al suo sviluppo, se non viene adeguatamente trattata.

Per inquadrare e seguire nel modo migliore le patologie renali in gravidanza, la Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi di Trento, si è dotata di un

ambulatorio specifico. Tale ambulatorio ha iniziato la sua attività circa 15 anni fa, in stretta collaborazione con il Reparto di Ostetricia.

Il nefrologo ha un compito complesso, in quanto deve farsi carico di: 1) identificare le donne a rischio di sviluppare preeclampsia, tramite raccolta di dati personali e familiari; 2) diagnosticare precocemente le forme preeclampatiche, indirizzandole all'ostetrico e seguendole poi nel tempo, anche durante un eventuale ricovero; 3) diagnosticare e trattare le varie forme di ipertensione durante tutto l'arco della gravidanza; 4) seguire e trattare le donne affette da nefropatia cronica (preesistente alla gravidanza), diagnosticare precocemente e trattare la nefropatia che compare in corso di gravidanza (forme acute); 5) programmare ed effettuare il follow-up delle donne ipertese, preeclampatiche e nefropatiche, nel periodo immediatamente dopo il parto, da protrarre fino ad un anno per le nefropatiche. Attualmente, l'Ambulatorio "Rene e gravidanza" iniziato dal sottoscritto circa 15 anni orsono, e che prosegue anche grazie alla continuità che il dottor Giuliano Brunori (direttore dell'U.O. di Nefrologia) ha voluto assicurare, è retto dal dottor Mondello, ottimamente coadiuvato dalla Infermiera Professionale Roberta Giacomelli.

Il lavoro capillare svolto negli anni precedenti, e che continua tutt'ora con questa nuova équipe, consente di prevenire e trattare le complicanze nefrologiche legate alla patologia gravidica, con risultati lusinghieri, come dimostrano le nostre casistiche.

* Dr. Rosario Midiri, specialista nefrologo

Il ruolo della medicina di Laboratorio

Indagini diagnostiche nella malattia reumatica

di Danila Bassetti*

La Medicina di Laboratorio in questi ultimi anni ha compiuto notevoli progressi nell'ambito degli esami utilizzabili per la diagnosi delle malattie reumatiche, tanto da affiancarsi efficacemente al medico reumatologo, mettendo a disposizione indagini mirate, in grado di orientare la diagnosi e di offrire elementi utilizzabili a fini prognostici e per il monitoraggio.

Secondo tali finalità, ed in base ai criteri di adeguatezza dei processi diagnostici e terapeutici definiti dalla medicina basata sulle evidenze scientifiche, possono essere distinti esami di laboratorio generici o di base, ed esami specifici. I primi, utilizzabili come indagine preliminare nel sospetto di una malattia reumatica, sono generalmente poco specifici e definiscono una situazione di flogosi o sofferenza di eventuali organi bersaglio come fegato e reni; i secondi sono più specifici ed orientativi nella definizione di una malattia reumatica (vedi tabella 1).

Nelle malattie reumatiche l'**esame emocromocitometrico** può evidenziare una anemia infiammatoria, una anemia ipocromico-microcitica emolitica, una leucopenia con linfocitopenia (LES), una leucocitosi, una piastrinopenia (soprattutto su base



autoimmunitaria) o una piastrinosi. La **VES** aumenta in fase di attività della malattia reumatica, così come la proteina C reattiva (**CRP**), che è aumentata in modo significativo nell'artrite reumatoide, tanto da costituire anche un test di monitoraggio della malattia stessa. Un moderato aumento della CRP lo si può riscontrare anche nel LES o nella sclerosi sistemica, è invece più variabile nelle altre malattie reumatiche. Il **protidogramma** evidenzia un aumento delle α_2 -globuline, un'iper-gammaglobulinemia (in accordo con l'anomala produzione di autoanticorpi), un'iper-albuminemia. Gli **esami ematochimici generali** e

l'**esame urine** possono evidenziare una elevazione di determinati valori (transaminasi, bilirubina, azotemia, creatinina, ecc.), espressione della patologia dell'organo interessato.

Più specifico è invece il significato degli altri esami, riportati nella tabella 1, la cui interpretazione viene di seguito riassunta.

Anti-CCP, Fattore reumatoide e artrite reumatoide

La diagnosi precoce di Artrite Reumatoide ha importanti implicazioni cliniche, perché una terapia instaurata nelle fasi iniziali della malattia si è dimostrata efficace nel limitare o ridurre la progressione delle lesioni e nel migliorare la qualità di vita dei pazienti. Accanto all'uso del Fattore Reumatoide, marcatore sierologico sensibile, ma poco specifico, si è affiancata la ricerca di anticorpi anti-peptidi citrullinati (anti-citrullina o CCP), dotati di elevata specificità, di alto valore predittivo diagnostico e prognostico nei pazienti con Artrite Reumatoide.

Ricerca autoanticorpi

L'utilizzo più specifico di esami di Laboratorio nella definizione di una malattia reumatica si basa sulla ricerca di **autoanticorpi**, quale espressione dell'organismo del fenomeno autoimmunitario, che sta alla base di molte malattie reumatiche. Essi sono espres-

ESAMI GENERICI O DI BASE

- emocromo
- VES, CRP
- protidogramma
- ALT, fosfatasi alcalina, GT
- glicemia, colesterolemia
- creatininemia, uricemia, esame urine
- CK, LDH
- ricerca sangue occulto nelle feci

ESAMI SPECIFICI IN REUMATOLOGIA

- anticorpi anti-citrullina (CCP) e fattore reumatoide
- autoanticorpi anti nucleo (ANA)
- autoanticorpi anti DNA nativo
- autoanticorpi ANCA
- autoanticorpi anti ENA
- anticorpi anti fosfolipidi (aPL)
- componenti del complemento: C3 e C4
- esame liquido sinoviale
- crioglobuline

(tabella 1)

si nei confronti degli autoantigeni, che sono costituenti normalmente riscontrabili nel nucleo e nel citoplasma di tutte le cellule, oppure nel citoplasma dei granulociti neutrofili.

Corrispondentemente si riscontrano autoanticorpi anti-nucleo (ANA), anti-DNA, anti-antigeni nucleari estraibili (ENA), anti-citoplasma dei granulociti neutrofili (ANCA) ed anti-fosfolipidi (aPL).

Gli **ANA** sono rivolti verso antigeni nucleo-citoplasmatici presenti in tutte le cellule umane, a differenza degli autoanticorpi delle malattie autoimmunitarie organo-specifiche, come l'anemia perniciosa, le tiroiditi autoimmuni, la cirrosi biliare primitiva, l'epatite autoimmune etc., nelle quali sono riscontrabili autoanticorpi verso antigeni specifici del singolo organo coinvolto.

La positività della ricerca di ANA è considerata una delle caratteristiche principali delle malattie autoimmuni sistemiche, tanto che alcuni di essi rientrano nei criteri diagnostici e classificativi delle stesse malattie.

La **ricerca di ANA** trova il suo significato clinico nella fase di:

screening diagnostico, perché ha una funzione di elemento o criterio diagnostico;

approfondimento, per la definizione di sottogruppo o subset di malattia autoimmune sistemica (MAIS). Ad esempio: la presenza di autoanticorpi verso CENP-B o Scl70 indirizza verso una classificazione clinica di sclerosi sistemica localizzata oppure diffusa; la psicosi associata al LES ha un marcatore specifico nell'anticorpo anti p-ribosomiale;

monitoraggio, per definire un follow-up del decorso e/o della malattia, con variazioni significative del titolo della positività. (vedi tabella 2)

La ricerca di ANA ha significato perché, se effettuata con la tecnica analitica adeguata quale l'immunofluorescenza indiretta, consente, in base al titolo e al quadro fluoroscopico individuato, l'indirizzo verso un determinato auto-antigene e relativa patologia reumatica, come schematizzato nella tabella 3 e nello schema successivo. (vedi tabella 3)

| PRINCIPALI AUTOANTIGENI NELLE MAIS | |
|------------------------------------|--|
| Acidi Nucleici | dsDNA |
| Proteine associate a DNA | Istoni Ku PCNA Proteine centromeriche Topoisomerasi I (Scl70) |
| Proteine associate a RNA | Proteine spliceosomiali Proteine nucleolari Prot. nucleo-citoplasmatiche |

(tabella 2)

| Positività ANA-IFI | | | |
|--------------------|---------------------------------|----------------|---|
| Omogenea | • nDNA | Anticentromero | • CENP-B |
| Speckled | • Sm • RNP • SSA • SSB | Nucleolare | • PMScl • RNA polimerasi • Fibrillarina • Ku - To/Th |
| Diffuse grainy | • Topoisomerasi I | PCNA | • Ciclina |

(tabella 3)

| | |
|--|-------------------------------------|
| ANA omogeneo | LES, Artrite Reumatoide |
| ANA granulia diffusa | Sclerosi sistemica |
| ANA speckled | Connettivite Mista (s. di Sharp) |
| ANA fine speckled | sindrome di Sjögren |
| ANA PCNA (ag nucleare delle cellule in proliferazione) | LES |
| ANA anticentromero | Sclerosi sistemica (variante CREST) |
| ANA nucleolare | Sclerosi sistemica |

Il valore predittivo degli ANA, cioè la loro capacità di individuare una determinata patologia, non è assoluta ma dipende da una serie di fattori come:

- contesto clinico (età, sesso, patologie, farmaci), per cui la positività in una signora di 80 anni ha un significato diverso, rispetto alla positività in una bimba di 2 anni o in un maschio rispetto ad una femmina, infine vi è la possibilità di forme iatrogene, per cui nella scheda clinico-anamnestica occorre tener conto anche dell'uso di determinati farmaci;
- tecnica analitica utilizzata, poiché l'immunofluorescenza è una tecnica difficile e poco accessibile, ma

più predittiva di altre;

- pattern fluoroscopico: alcuni sono patognomonicamente, marcatori della malattia;
- titolo della positività: ovviamente una positività 1:2480 è ben più significativa di una positività 1:80; una positività ANA (a basso titolo) si può facilmente trovare in alcune condizioni patologiche ed altre para-fisiologiche come: neoplasie, leucemie, insufficienza renale acuta e cronica, malattie renali, infezioni virali (EBV, HIV), soggetti sani (gravidanza, femmine > 40 anni, anziani).
- persistenza nel tempo: certe infezioni virali (Cytomegalovirus,

Hepstein-Barr virus), farmaci o attivazioni policlonali miste possono determinare un transitorio aumento di autoanticorpi.

Per quanto riguarda le altre indagini specifiche in Reumatologia, la ricerca degli ENA va intesa come indagine di II livello per l'identificazione di specificità auto-anticorpali, dopo il riscontro di positività degli ANA, così come la ricerca di anticorpi anti-DNA nativo, che trova significato nei pazienti nei quali sia stata già riscontrata una positività ANA di tipo omogeneo e speckled ad elevato titolo, compatibili con la presenza di anticorpi verso DNA. La quantificazione di questi anticorpi è utile nel monitoraggio clinico e terapeutico di pazienti affetti da LES, perché vi è una stretta relazione fra titolo o meglio unità internazionali ed attività della malattia stessa.

In conclusione gli esami di Laboratorio maggiormente utili per la diagnosi, prognosi e monitoraggio delle malattie reumatiche sono:

- diagnosi: identificazione di markers di malattia (CCP, FR, ANA, DNA, ENA)
- prognosi: DNA quantitativo, markers di subset clinico, esami bioumorali
- monitoraggio: DNA quantitativo, CRP, esami bioumorali per patologia d'organo.

Ovviamente, come già sopra riportato, sarà necessaria una stretta collaborazione tra specialista reumatologo che richiede le indagini ed il collega che, in Laboratorio, esegue le stesse. È necessario che tra i due specialisti vi sia una trasmissione di informazioni riguardanti il paziente in carico, al fine di non eseguire indagini inutili, in tempi o troppo ravvicinati o troppo distanti, mirate a definire la patologia sospettata o a monitorarla, al fine da ridurre al minimo il disagio per il paziente e di evitare un inutile spreco di risorse.

* Dr.ssa Danila Bassetti, Medico Responsabile S. S. Sierologia e Autoimmunità U.O. Microbiologia e Virologia - Ospedale S. Chiara, Trento

Esperienza del Servizio di Dialisi Peritoneale di Trento.

L'educazione terapeutica in dialisi peritoneale

di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

Nel mese di maggio 2011 il gruppo infermieristico di Dialisi Peritoneale dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, ha partecipato al "XXIX Congresso Nazionale EDTNA/ERCA Filiale Italiana" (Associazione Europea Infermieri Dialisi e Trapianto/ Associazione Europea per il Trattamento delle Malattie Renali), dal titolo "L'Assistenza nefrologica tra competenze, emozioni ed etica", che si è tenuto a Bellaria - Igea Marina. Il gruppo di infermieri ha portato la propria esperienza, rispetto all'assistenza nefrologica della persona affetta da insufficienza renale cronica, dal periodo pre-dialisi fino al periodo di addestramento in dialisi peritoneale.

Tenendo conto del notevole aumento dei pazienti in dialisi peritoneale avvenuto negli ultimi anni, e del fatto che sempre più ci sono anziani, senza supporto familiare, che necessitano di fare dialisi, ci è sembra importante, per prima cosa, illustrare la delibera provinciale n. 1887 del luglio 2008, che vede la Provincia Autonoma di Trento come la promotrice in assoluto di assistenza infermieristica ai pazienti in dialisi peritoneale, presso le RSA accreditate sul territorio.

La relazione si è poi incentrata sull'educazione terapeutica, atto indispensabile con cui viene delegato il potere al paziente, che diventa protagonista e regista della sua cura. L'educazione terapeutica è un processo che varia in base alle esperienze



della persona e che transita attraverso i suoi vissuti. Il nostro obiettivo, in quanto infermieri-educatori, è quello di formare una persona che conosca ciò che occorre sapere della sua malattia, i benefici attesi delle cure, i rischi e le corrette procedure, una persona cioè che metta in pratica ragionamenti e gesti corretti, associati a comportamenti e stili di vita adeguati. L'alleanza terapeutica inizia nell'ambulatorio con il colloquio pre-dialisi, gestito dagli infermieri. Scopo del colloquio è far conoscere al paziente

affetto da insufficienza renale cronica avanzata, la dialisi peritoneale, quale trattamento sostitutivo. Tale obiettivo fa parte di un progetto più ampio, che è quello di portare il paziente a conoscenza delle possibilità dialitiche offerte dal Centro (dialisi peritoneale ed emodialisi) e la loro modalità di esecuzione, affinché sia lo stesso paziente a scegliere consapevolmente il tipo più confacente al suo stile di vita. Nel 2011, fino ad ora, sono stati fatti 35 colloqui e sono stati messi ben 24 cateteri peritoneali, che sono quelli utilizzati nel trattamento dialitico peritoneale. Il percorso dell'educazione terapeutica



è intriso di conoscenza, responsabilità, educazione nel senso stretto del termine. Lo scopo è quello di condurre i pazienti ad una accettazione più serena della malattia, non solo fornendo cure di qualità, ma anche lasciando spazio affinché essi manifestino le loro attese ed i loro timori. I pazienti devono poter acquisire un saper-fare consapevole, per la gestione della malattia e devono, soprattutto, diventare autonomi. Successivamente abbiamo illustrato il percorso che viene proposto presso il

nostro ospedale, il cui focus è l'ascolto del paziente. E' attraverso le spiegazioni che diamo, e la discussione guidata, che cerchiamo di creare una relazione di fiducia, al fine di mettere l'utente in condizione di prendere le sue decisioni in merito al trattamento che ritiene più idoneo per lui e per i suoi familiari.

Durante la nostra relazione abbiamo anche presentato alcune schede del progetto educativo, che accompagnano il paziente dializzato in ogni sua azione e che gli sono di supporto quando è a casa, anche se per molti dubbi non possono sostituire il contatto telefonico.

La presentazione si è conclusa illustrando i risultati di un questionario somministrato a 36 pazienti, attualmente in dialisi peritoneale, e a 4 pazienti, attualmente trapiantati, che in precedenza avevano effettuato tale terapia sostitutiva.

Da questo studio è emerso che la maggior parte dei pazienti, nel momento in cui ha saputo di dover ini-

ziare la dialisi, ha provato tranquillità e si è sentito sostenuto, perché le spiegazioni date dal personale medico ed infermieristico sono state esaustive sotto tutti gli aspetti. Ci è sembrato un risultato gratificante, perché ci ha fatto comprendere che il nostro lavoro è apprezzato, ma anche significativo, perché ha sottolineato che è la strada giusta da percorrere. Rispettando i limiti, la potenzialità e la volontà del paziente, lui stesso diventa una risorsa anche per chi se ne prende cura e carico.

Il Convegno di Bellaria è stato un momento importante di condivisione della nostra esperienza con quella di altri colleghi infermieri, tutti consapevoli della centralità di un lavoro nel quale l'educazione terapeutica del paziente, con il suo vissuto filtrato attraverso le emozioni, si traduce in una scelta condivisa.

Concludendo potremmo definire il tutto con ciò che evince da questa foto: *ti sostengo ma non ti stringo*.



* Infermieri del Servizio di Dialisi Peritoneale dell'Ospedale S. Chiara di Trento

Notizie dall'Associazione

a cura di Wilma Graziadei

GITA SOCIALE ALL'ISOLA DEL GARDA

Sabato 21 maggio ha avuto luogo la nostra Gita sociale sull'Isola del Garda. C'è stata una bella partecipazione di soci, amici e simpatizzanti. Tutti sono rimasti entusiasti dal meraviglioso scenario che l'isola ci ha offerto, incorniciata da fiori colorati e da una bella giornata di sole. Nel pomeriggio un forte temporale ci ha costretti a fare la tradizionale lotteria sul pullman, ma la simpatia dell'amico Daniele è stata impareggiabile come sempre. Alla fine è tornato il sole e siamo riusciti a fare la nostra, altrettanto tradizionale, merenda sulla riva del lago di Garda.



LA QUINTA EDIZIONE DI RENART

È con grande soddisfazione - e con notevole sforzo - che l'A.P.A.N. (Associazione Provinciale Amici della Nefrologia) venerdì 28 ottobre ha inaugurato quinta edizione della mostra d'arte "RenArt - Artisti per la donazione" negli spazi espositivi di Torre Mirana in via Belenzani.

L'obiettivo della manifestazione, come ogni anno, è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi legati alle malattie renali, e sui costi economici e sociali che tali patologie possono provocare (basti pensare che, negli ultimi vent'anni, nel nostro paese, il numero dei pazienti avviati in dialisi è più che raddoppiato e continua ad aumentare, con particolare riferimento ai soggetti con oltre 65 anni). Scopo dell'A.P.A.N. è quello di raggiungere questo obiettivo attraverso interventi di natura diversa: dal volontariato, alla formazione, all'informazione. Le collaborazioni costruite ad hoc con esponenti del mondo della cultura e dell'arte rientrano, per l'appunto, in tale contesto ed il loro scopo è quello di veicolare, anche con l'ausilio di strumenti tradizionalmente di diverso orientamento, il messaggio di aiuto e di solidarietà che sta alla base di tutto questo complesso lavoro.

La rassegna di quest'anno vede la partecipazione di artisti della nostra provincia quali Annalisa Filippi, Giulia Trettel, Roberto Codroico, Massimiliano Rosa, Alessandro Goio.

A TEATRO CON GOLDONI

Giovedì 6 ottobre, presso il Cinema Teatro Nuovo Roma di Trento, e giovedì 10 novembre presso il Teatro Rosmini di Rovereto, è stato presentato "Il vero amico" di Carlo Goldoni.

La commedia di tre atti in prosa è stata rappresentata per la prima volta a Venezia nel Carnevale del 1751. Gli spettacoli sono rappresentati dalla Compagnia Teatrale "Gruppo Teatro d'Arte Rinascita". Florindo e Lelio, innamorati della stessa donna, trovano una soluzione quando il primo comprende che i sentimenti dell'amico sono più autentici e gli lascia campo libero. Un sentito grazie alla Media Ticket Srl, che tramite quest'iniziativa riserva all'Associazione un prezioso contributo finanziario.



Anche quest'anno la pasticceria Filippi& Gardumi ha offerto il rinfresco: li ringraziamo per la loro generosità.

Notizie dall'Associazione

CONVEGNO EUREGIO

Il 4 e 5 novembre un importante appuntamento per il mondo della nefrologia ha avuto luogo a Bolzano presso l'Accademia Cassa di Risparmio. Si tratta del Convegno dell'Euregio, che riunirà le realtà di Trento, Bolzano e Innsbruck.

NEPHROLOGY TODAY ON EUREGIO

Bolzano, 4 - 5 Novembre 2011
Bozen, 4. - 5. November 2011

Inizio/Beginn: 4.11. ore 9⁰⁰ Uhr / 5.11. ore 8⁰⁰ Uhr

Accademia Cassa di Risparmio, via Cassa di Risparmio 16
Sparkassenakademie, Sparkassenstr. 16



REFERENTI/REFERENTEN:

Dott.ssa Cristina Andreoli, U.S. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera S. Chiara, Trento
Dr. Stefan Brandt, Direttore U.S. di Nefrologia, Ospedale San Basilio, Istituto **MG Claudio Mitterleir**, Department of General and Transplant Surgery, Innsbrucker Universität
Dr. Giuliana Brunner, Direttore U.S. di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera S. Chiara, Trento
Dr. Giovanni C. Casanovi, Direttore U.S. di Nefrologia Speciali, Ospedale "Sancti Spiritus" di Specializzazione in Nefrologia, Azienda Ospedaliera S. Chiara, Trento
Dott.ssa Cristina Cavallari, U.S. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera S. Chiara, Trento
Dr. Paolo Cecchi, Primario Servizio Medicina di Base, Complesso Ospedaliero di Bolzano-Piemonte
Dr. Alessandro Nanni Costa, Direttore Generale del Centro Nazionale Nefrologia, Bolzano
Dr. Bruno Falter, responsabile CDO, Divisione di Medicina Interna, Ospedale di Bolzano-Piemonte
Dr. Bruno Gnanon, Direttore U.S. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Bolzano-Piemonte
Prof. Hermann Haller, Department of Nephrology, Medical School, Innsbruck
Dr. Rüdiger Henning, Charité-Klinik für Innere Medizin IV der Humboldt Universität
Dr. Rüdiger Henning, Leiter der Abteilung für Nephrologie, Leiter
Prof. Dr. Peter König, Stufenambulanz Leiter der Nephrologischen Abteilung der Universität Innsbruck
Dr. Simone Kuchler, Präsident der Südtiroler Gesellschaft für Nephrologie, Abteilung Nephrologie, Krankenhaus Bozen/Südtirol
Dr. Roberto Leuchner, Abteilung Nephrologie, Krankenhaus Bozen/Südtirol
Dr. Luca Luchini, Direttore Servizio di Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Bolzano-Piemonte
Dr. Giulio Marchi, Primario Abteilung Dialyse, Krankenhaus Bozen/Südtirol
Prof. Raymond Margherita, Abteilungsleiter der Abteilung für Nephrologie und Transplantationsnephrologie der Universitätsklinik Innsbruck
Dir. Prof. Dr. Kurt Mayer, Direktor Städtische Klinik für Innere Medizin IV, Innsbruck
Dr. Pierluigi Meola, Direttore U.S. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Maggiore, Milano
Prof. Christian Mitterleir, Präsident des Südtiroler Nephrologievereins, Mezzolambardo
Dr. Werner Prasser, Abteilung Nephrologie, Krankenhaus Bozen/Südtirol
Dr. Cristina Pifferi, Researcher Institute of Genetic Medicine, Universität Innsbruck
Dir. Prof. Dr. Johann Pratschke, Direktor der Univ.-Klinik für Nephrologie, Transplantations- und Dialyse, Universität Innsbruck
Prof. Paolo Rigo, responsabile CDO Ospedale della Provincia, Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Pediatriche, Ospedale S. Chiara, Trento
Prof. Claudio Rossi, Direttore U.S. di Nefrologia e Dialisi, Presidente dell'International Renal Research Institute (IRRI), Ospedale S. Basilio, Roma
Dir. Günther Salz, geschäftsführender Direktor des Landesamtes für Gesundheitswesen
Dr. Christian von Waldmann, Primario Innere Medizin, Krankenhaus Bozen/Südtirol
Prof. Carmen Zoccali, Direttore U.S. di Nefrologia, Dialisi, Trapianti e Centro dell'Ipertensione arteriosa degli Ospedali Riuniti, Reggio Calabria, Direttore della di Specializzazione Clinica in Nefrologia dell'U.S.R.

TRADUZIONE SIMULTANEA / SIMULTANÜBERSETZUNG:
Traduzione simultanea in italiano e tedesco / Die Simultanübersetzung erfolgt in Italienisch und Deutsch.

PUNTI ECM / ECM-PUNKTE:
Punti ECM per medici, infermieri e personale tecnico / ECM- Punkte für Ärzte, Krankenschwester und technisches Personal

ISCRIZIONI E INFORMAZIONI / ANMELDUNG UND INFORMATIONEN:
Andrea Meyer - Tel. 0039 345 4561450 / E-Mail: medeventconcept.it@igim.com / Fax 0039 0471 418009

CENA SOCIALE

Lo scorso novembre ha riscosso grande successo la cena sociale, che ha avuto luogo presso l'Hotel Everest, che ci ha accolti la solita ospitalità, professionalità e simpatia: siamo arrivati a toccare i 110 partecipanti, con qualche "giovane leva", che si è molto divertita grazie alle magie di Messer Folie e all'ilarità del nostro amico Italo Leveghi. Il menù "trentino" è stato molto gradito e pensiamo di ripeterlo, magari con qualche variazione. L'appuntamento è per domenica 20 novembre. Ai soci verrà inviata apposita lettera con l'indicazione degli amici da contattare per le prenotazioni.



14 Novembre 2010

Menu:

Strudelini caldi misti
con mela, rucola e grana

Polenta di Storo con puntine di vitello,
Salcicce alla trentina e pizzatino della Nonna
con Finferli e carciofi gratinati

Dolce alla frutta

Caffè

Acqua Minerale
Teroldego Rotaliano di Mezzolombardo

L'A.P.A.N. VERSO I 30 ANNI

Il 2012 sarà un traguardo molto importante per l'A.P.A.N., perché festeggerà i 30 anni dalla sua fondazione. A.P.A.N. è nata nel 1982, grazie alla volontà del dottor Alberto Valli e del nostro amico Paolo Tomasi. A tal proposito ci stiamo attivando per raccogliere idee e proposte, al fine di fare una bella festa, assieme ai nostri amici e soci. Pensiamo che 30 anni siano un traguardo importante, che vada festeggiato nel migliore dei modi. Sarà un'occasione di incontro, riflessione, divertimento ma anche una occasione per ringraziare tutte le persone che quotidianamente hanno lavorato e lavorano per sostenere l'A.P.A.N.



Associazione
Provinciale
Amic della
Nefrologia

Conclusa con successo la quinta edizione di RenArt

All'insegna dell'astrazione

di Aldo Nardi

Si è conclusa a Trento presso la Sala Thun la quinta edizione della rassegna RenArt, proposta dall'Associazione provinciale amici della nefrologia. La mostra, organizzata con il patrocinio della Provincia autonoma di Trento e del Comune di Trento ha richiamato, come d'altronde ogni anno, un notevole pubblico interessato alle proposte artistiche degli espositori, ma anche alle questioni legate alle patologie renali, alle donazioni e alla solidarietà, punti cardine delle iniziative dell'Apan di Trento. Di seguito riportiamo alcune note critiche degli artisti presenti nella rassegna di quest'anno (Annalisa Filippi, Giulia Trettel, Roberto Codroico, Massimiliano Rosa, Alessandro Goio) secondo quanto esposto anche nel catalogo che ha accompagnato la mostra.

Annalisa Filippi

Lo spazio, di cui la pittrice Annalisa Filippi ridefinisce continuamente i confini è quello che il gergo viene definito lo "spazio percorso", uno spazio che si costruisce attraverso il continuo posizionarsi del corpo secondo orientamenti che non possono essere stabiliti a priori. Lo spazio così inteso è *spazio in situazione*, e in esso il corpo si colloca al-



Annalisa Filippi
"L'abito di piume" 2010 tecnica mista su tela cm 134x78

la ricerca di un dialogo che non potrebbe darsi ad una semplice lettura oggettiva. Per questa ragione l'Artista muove la sua sequenza di impulsi attraverso un percorso che pone in discus-

sione il *limen* tra spazio fisico esterno e dimensione interiore, tra spazio reale e virtuale. Annalisa Filippi disegna, quasi incidendolo, dei corpi senza volto, come se il problema non

fosse quello di affacciarsi all'oggettualità del mondo, quanto piuttosto di creare uno specchio per la propria coscienza.

Nell'opera di questa artista, pertanto, il corpo non solo si definisce, ma anche costruisce un proprio "altro da sé" che non è arto, né coordinazione dell'azione, né strutturazione dell'immagine. Quanto meno, non è solo questo. Esso è piuttosto un'esperienza vissuta che condiziona in modo dinamico il mondo delle relazioni interpersonali, il ruolo dell'interiorità e i diversi modi di rappresentarla.

Giulia Trettel

Si avverte, nella pittura di Giulia Trettel, la necessità di indagare in maniera sistematica i diversi linguaggi con i quali deve mediare l'individuo, a partire dal linguaggio della natura, per passare al linguaggio del Sé, fino ad arrivare al linguaggio dell'oggettualità. Tutto questo per creare, in chi osserva le sue opere, una sorta di "disagio" dovuto primariamente alla difficoltà di collegare in maniera armonica tutti i fili di questa trama espressiva. In realtà, si tratta di un falso problema. L'Artista utilizza il colore, che diventa materia a se stante, per definire questo collegamento fino a realizzare il *trait-d'union* di tutti questi mondi dai quali la

Trettel si è lasciata contaminare nella costruzione della propria identità personale. Le sue esperienze artistiche e di vita nella comunità di Bussana Vecchia, a ridosso di San Remo (l'antico borgo medievale distrutto dal terremoto nel febbraio del 1887 e rinato come colonia internazionale di artisti negli anni sessanta grazie all'artista piemontese Clizia) hanno indubbiamente acuito questa sensibilità e questo modo di sperimentare colori e forme. Elementi, questi, che non tradiscono particolari concessioni per l'arabesco e le decorazioni, e che esprimono la consapevolezza della definizione di un *testo* che vive in totale autonomia. Un elemento testuale che si collega costantemente sul piano linguistico (e metalinguistico) con tutti gli altri testi che l'artista trentina propone.

Se da un lato gli elementi segnici si sovrappongono, dall'altro definiscono vere e proprie "sentieri interrotti", attraverso i quali si possono iniziare sempre nuovi viaggi.

Roberto Codroico

E' stato detto che nell'espressione artistica, possono prendere corpo due diversi elementi: i *colori dell'esperienza* (con i quali si tende a dialogare in prevalenza con la natura) e i *colori dell'arte* (che trovano riscontro sempre più frequente nella vita quotidiana, nell'arredamento, nell'abbigliamento, nei colori del cinema, o del monitor del computer). Questo vale per i colori, ma, più in generale, può essere applicato a tutti gli studi che, in campo artistico, si dedicano ad analizzare variazioni di luce, tagli compositivi, sfumature, nuove elaborazioni



Roberto Codroico
"Come sono o vorrei essere" 2006 acrilico su pannello di legno cm 66,5x55



Giulia Trettel
"Rocce" 2008 tecnica mista su tela cm 80x80

di segni che aprono il cammino a nuove avventure espressive.

Nel citazionismo artistico di Codroico, possiamo cogliere l'influenza degli studi di Hans Richter sulla terza dimensione (basti ricordare le sue *boxes* incentrate sulla narrazione, talvolta provocatoria, costantemente descrittiva), ma anche l'ambivalenza delle composizioni le quali, mentre ci dicono, subito dopo sembrano tacere il contenuto di un'indagine che, per sua stessa natura, può essere solo sperimentale. Un contesto rivolto verso la ricerca dei rapporti migliori tra le parti e dove si manifesta uno spostamento compositivo

degli elementi a seconda dei materiali o dei colori utilizzati. Così facendo, l'esperienza di Roberto Codroico si traduce in un'indagine solitaria nella quale prevale la continua ricerca di nuovi segni.

Massimiliano Rosa

Come sappiamo, l'astrazione utilizza i simboli, le sintesi, i miti e le trasposizioni per sondare la realtà, per andare al di là di essa, fino a diventare "altro" da essa. Ma, come ben ricordava Kandinsky, forma astratta e reale sono intimamente uguali. E' necessario aver chiaro tale concetto se vogliamo penetrare il rapporto tra mentale



Massimiliano Rosa
"Sensibilità" 2004 tecnica mista e corde su legno cm
99x79

ed emotivo nell'opera di questo giovane artista della Val di Ledro che ha ben presenti in sé le immagini e le suggestioni del suo mondo vitale. I quadri di Massimiliano Rosa sono pertanto costruiti su veri e propri reperti cromatici che l'Artista cerca di calibrare, talvolta sulla base di equilibri molto delicati, in altri casi avvalendosi di effetti casuali e definizioni plastiche appositamente studiate. Mentre quindi, da un lato, si presenta una superficie cromatica non ordinata, dall'altra si fa strada l'esigenza di costruire una nuova armonia, un'articolazione

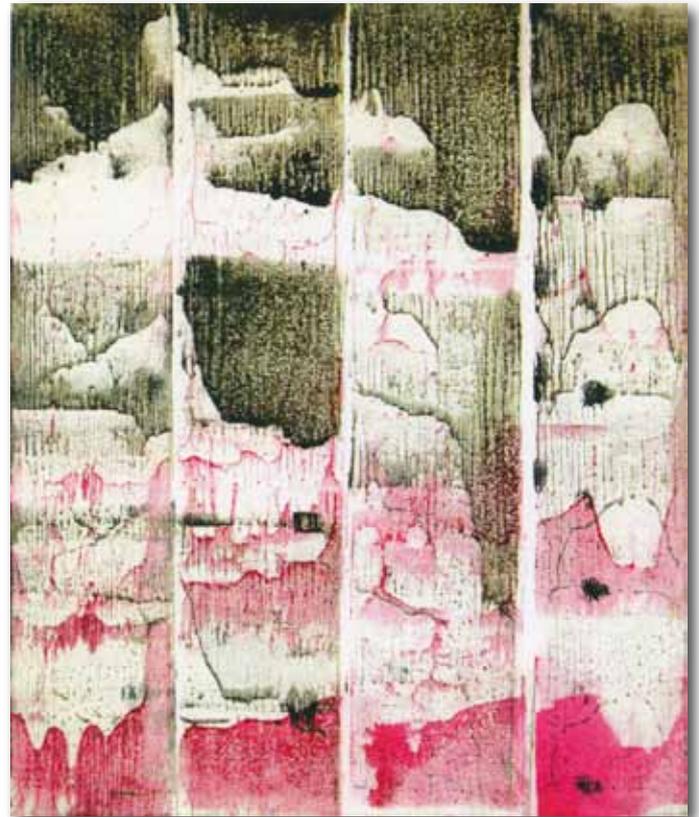
maggiormente circoscritta tra colore e struttura. Una pittura, quindi, di *emozione*, dove le combinazioni e le tematiche sottese rimandano costantemente ai segni della terra (uso del legno), ai suoi colori, alle alchimie mentali, che altro non sono se non il prodotto della *rêverie*. Una *rêverie* affettiva, levigata, giocosa fatta di accadimenti e di tensioni dell'anima che affiorano nelle carte della memoria.

Alessandro Goio

Di Alessandro Goio si è più volte sottolineato lo stretto collegamento tra meccanismi comunicativi della natu-

ra e la dimensione originaria, il tutto rafforzato da un elaborato lirismo attraverso il quale la materia viene modellata. Oltre a tutto questo verrebbe da aggiungere l'effetto di un'ulteriore rappresentazione, un'astrazione nascosta nella quale gli accostamenti di forme e colori, sempre accuratamente equilibrati, registrano i termini di una meditazione silenziosa che serve all'artista per trasferire il complesso mondo interiore sulla tela. Goio dispone la tela in modo tale che i colori possano dialogare con la luce fino a materializzarsi in una serie di combinazioni spaziali nelle quali l'osservatore rimane avvolto e dove è descritto ad un tempo un

mondo irraggiungibile, ma anche un "mondo-rifugio", che si rivela e si rende accessibile. Un Artista pronto a rifugiarsi in questi spazi consolidati di colore nei quali la struttura è rigorosamente progettata per esprimere la complessità del profondo. Arte, quindi, quella di Alessandro Goio, più simbolica che sintomatica, dove sembrano prevalere immagini primordiali, nel senso più junghiano del termine, dove le possibilità innate di rappresentazione integrano esistenza ed esperienza, e pongono limiti alle categorie della fantasia, al processo visivo come atto creativo che è, a suo modo, produttore di energia pura.



Alessandro Goio
"Muschio sullo sfondo" 2011 acrilico su tela cm 60x50

Parco Nazionale dei Laghi di Plitvice – Croazia

di Teresa Di Palma*

La Croazia è conosciuta da molti italiani per la bellezza delle sue coste e delle sue isole, ma meno conosciute sono le regioni più interne. Avendo un po' di tempo e voglia di esplorazione, una delle mete croate che vale la pena di visitare è il Parco Nazionale dei Laghi di Plitvice, dal 1979 riconosciuto come patrimonio dell'Umanità dall'Unesco. Questo Parco Nazionale si trova a metà strada tra Zagabria e Zara ed è costituito da 16 laghi, alimentati dai fiumi Bijela Rijeka e Crna Rijeka (Fiume Bianco e Fiume Nero) e da sorgenti sotterranee, collegati tra loro da cascate che si riversano nel fiume Korana.

Arrivando da nord, dopo un percorso suggestivo che costeggia paesaggi mozzafiato a strapiombo sul mare, ci si inoltra nelle regioni interne, le cui strade sono costellate da piccoli gazebo o semplici panche sulle quali fanno bella mostra di sé i prodotti locali, ovvero il sir (formaggio) e il miele. La strada si snoda tra dolci colline ed altipiani in cui, tra campi coltivati e fattorie, non è infrequente vedere cartelli indicanti la disponibilità di "soba" (stanze) o "apartmani" (appartamenti).



All'interno del Parco, circondati da una rigogliosa foresta, sono presenti i laghi di diverse dimensioni, collegati fra loro da numerose cascate. Tra queste è possibile ammirare la "Veliki Slap" che, con il suo salto di 78 metri, rappresenta la cascata più alta della Croazia. Sentieri e passerelle si snodano lungo il Parco, costituendo diversi percorsi.

Ci sono due entrate: la principale, più a nord, e l'altra a metà dell'area, entrambe affiancate da comodi parcheggi.

Dalla prima entrata si accede ai laghi inferiori, dalla seconda ai laghi superiori e, in questo caso, il percorso è più agevole in quanto per la maggior parte è in discesa.

Al momento dell'ingresso è possibile scegliere un itinerario in base al tempo ed alle energie disponibili; a seconda del percorso scelto, la visita potrà durare dalle due alle otto ore di cammino, da percorrere in un'unica giornata o due giorni. Una volta deciso, il percorso da seguire è indicato dalle lettere dell'alfabeto, dalla A alla K e, a partire dall'ingresso, una serie di indicazioni accompagnano il visitatore lungo le passerelle. Sono previsti tratti, più o meno lunghi a seconda dell'itinerario prescelto, in cui ci si potrà servire anche di un trenino o di un battello, quest'ultimo dalla capa-

cità massima di cento persone. Il percorso è in genere agevole e, anche se presenta tratti impegnativi, non è infrequente incontrare coppie di coraggiosi genitori che spingono passeggini sui percorsi in salita, o gruppi di turisti non propriamente giovani. Durante l'itinerario, il paesaggio muta continuamente: i laghi superiori sono i più imponenti, circondati da fitte foreste e collegati da numerose cascate formate da barriere di roccia dolomitica; qui l'accumulo di muschi e alghe, che hanno

assorbito il carbonato di calcio trasportato dall'acqua, costituisce pittoresche sculture di travertino; i laghi inferiori sono più piccoli, meno profondi e circondati da una rada boscaglia.

Ciò che più colpisce di questo parco sono i colori affascinanti e cangianti delle acque, la rigogliosa vegetazione e una quantità inimmaginabile di pesci che popola indisturbata i laghi, dal momento che non è permesso fare il bagno né pescare.

All'interno del parco si trovano anche numerose grotte di cui solo una piccola parte è agibile. Una particolare menzione la merita la grotta "scoperta", chiamata "supljara". I boschi del Parco sono popolati da centinaia di specie di farfalle ed uccelli, decine di specie di mammiferi e vari tipi di pipistrelli ed altri animali, fra i quali l'orso bruno, il cinghiale, il lupo, la lince ed il capriolo che però difficilmente si riescono a scorgere.

Il Parco nazionale di Plitvice, con i suoi paesaggi, che a tratti sembrano irreali e fiabeschi, è una tappa adatta a tutti coloro, grandi o piccoli, che desiderano un contatto diretto con una natura incontaminata.

* Dr.ssa Teresa Di Palma, Medico nefrologo, Ospedale Santa Chiara, Trento



Dai Comprensori alle Comunità di valle

Il bruco diventa farfalla?

di Sara Parolari*

Non potevamo proprio fare a meno? Serviranno o diventeranno un ente costoso e inefficiente?

Questo si sono chiesti la maggior parte dei trentini in occasione della prima elezione (risalente allo scorso ottobre) dei membri delle Comunità di valle, nuovo ente pubblico locale costituito in sostituzione dei vecchi Comprensori.

A giudicare dalla scarsa affluenza alle urne (solo il 44%, la percentuale più bassa nella storia del Trentino) si direbbe che sono prevalsi disinteresse e scetticismo, nei confronti dei nuovi organismi e, nel complesso, della riforma istituzionale introdotta dalla Provincia Autonoma di Trento nel 2006 e modificata nel 2009, riforma che ha disposto il trasferimento ai Comuni di tutte le funzioni amministrative che non richiedono l'esercizio unitario a livello provinciale, ovvero quelle in settori strategici e particolarmente sensibili per la cittadinanza, come le politiche sociali, l'edilizia abitativa pubblica, l'urbanistica e l'assistenza scolastica.

Ai Comuni trentini è stata data l'alternativa di esercitare le funzioni trasferite, singolarmente o in forma associata. E qui sta la grande novità della riforma: ovvero la creazione, per l'esercizio associato delle funzioni, di un nuovo ente intermedio - la Comunità di valle appunto - costituito dai Comuni aggregati per ambiti territoriali omogenei. Il quadro è piuttosto vario, si passa da territori con 5 Comuni che formano la Comunità della Paganella ai 39 Comuni della Comunità delle Giudicarie.

Resta aperta la domanda se le Comunità siano una valida alternativa ai tanto vituperati Comprensori o



se non siano invece una soluzione di compromesso del legislatore provinciale, incapace di ridurre il numero dei - forse troppi - Comuni trentini (n.d.r. il doppio dell'Alto Adige).

I Comprensori erano in numero di 11 ed i membri non erano democraticamente eletti. Le Comunità di valle sono 15 e hanno organi formati da membri nominati dai Comuni e membri eletti dai residenti in Trentino. Ed ecco la doppia faccia della medaglia: la natura parzialmente elettiva delle assemblee delle Comunità aumenta il loro carattere rappresentativo; la creazione di un ente nuovo però - e in numero persino più elevato dei precedenti - fondato su un sistema elettorale misto con assemblee anche di un centinaio di componenti (la Comunità delle Giudicarie ad es. in quanto formata da 39 Comuni ha un'assemblea costituita complessivamente da 99 membri) rischia di de-

terminare la paralisi del nuovo ente intermedio.

Per non parlare dell'inevitabile pericolo che i costi della politica aumentino. Il personale delle Comunità dovrebbe essere quello dei precedenti Comprensori, nonché personale trasferito dai Comuni o dalla Provincia senza costi aggiuntivi per il contribuente, ma un nuovo livello istituzionale significa anche la moltiplicazione di poltrone, assessori e consiglieri e, di conseguenza, spese.

Così si spiega la riluttanza della cittadinanza: pochi hanno compreso il senso di un nuovo ente intermedio quando nel Paese si parla, ormai da tempo, di semplificare le istituzioni, abrogando le Province e riducendo il numero dei Comuni per eliminare gli sprechi in tempi di crisi economica.

Il presente contributo costituisce una rielaborazione di un precedente articolo pubblicato nella rivista *Accademia* n. 55/2011 dell'EURAC - Accademia Europea di Bolzano/Bozen e disponibile online sul sito: www.eurac.edu

* Sara Parolari è ricercatrice presso l'Istituto per lo Studio del Federalismo e del Regionalismo dell'EURAC di Bolzano.

Nella scrittura l'essenza dell'uomo

di Luigi Petrosino*

La grafologia è certamente uno degli strumenti più utili nella ricerca e conoscenza del Sé. La conoscenza di se stessi (γνώθι σεαυτόν = conosci te stesso) è il primo obiettivo cui bisognerebbe tendere, come suggeriva, alcuni secoli prima di Cristo, il filosofo greco Socrate. E raggiungere la conoscenza, in senso lato, era il sommo bene. Il Bene è conoscenza. Il legame tra bene e conoscenza è un tratto caratteristico di tutto il pensiero greco. L'etica cristiana è del tutto agli antipodi: qui, la cosa importante è un cuore puro, ed è più probabile trovarlo tra gli ignoranti, come diceva Bertrand Russell.

In realtà, la grafologia per come ci è stata presentata ed insegnata da Tiziano Attrezzi, mi è parsa subito una scienza utilissima a farci prendere consapevolezza del nostro modo di essere, che traendo origine da un temperamento di base, immutabile e geneticamente determinato, si esprime dal punto di vista del carattere (visto come la combinazione del temperamento che si adatta al vissuto e, quindi, modificabile attraverso nuovi messaggi ed esperienze) con le modalità di Assalto-Attesa-Resistenza-Cessione. Il foglio di carta rappresenta la realtà entro cui ci muoviamo, la scrittura la modalità con cui ci muoviamo. Ma qual è il nesso fra il segno grafico ed il suo senso psicologico? Tale nesso è il *simbolo*. La scrittura è essenzialmente simbolica. Il termine simbolo deriva dal greco σύνβαλλειν (= mettere insieme) e si riferisce all'uso di ricongiungere due o più pezzi dello stesso oggetto conservati come segno di appartenenza, amicizia o debito. Nell'analisi della scrittura, come nell'analisi del profondo, il contenuto manifesto di un comportamento

rimanda al rispettivo significato latente e inconscio: uno dei due frammenti dell'unico oggetto spezzato rimanda necessariamente ed inequivocabilmente all'altro. Fuor di metafora, la grafologia permette di risalire da un certo movimento grafico ad un contenuto profondo, determinato, personale, univoco. Ecco in sintesi la chiave per leggere e decodificare la scrittura nei suoi elementi simbolici. Il foglio bianco è inconsciamente percepito come l'ambiente in cui ci si muove, in cui si ma-

gli altri, il procedere verso la vita, il futuro.

Il gesto grafico non solo utilizza ma crea lo spazio e creandolo dà origine anche al tempo: l'inizio, la fine, l'andamento di una lettera e di una parola rappresentano anche l'inizio, la fine e l'andamento di un'azione, di un rapporto, di un ragionamento. La linea di base – anche questa introdotta dalla razionalità greca – rappresenta la concretezza dei rapporti con la realtà, il suolo su cui si cammina e si opera, il confine tra coscienza ed inconscio.

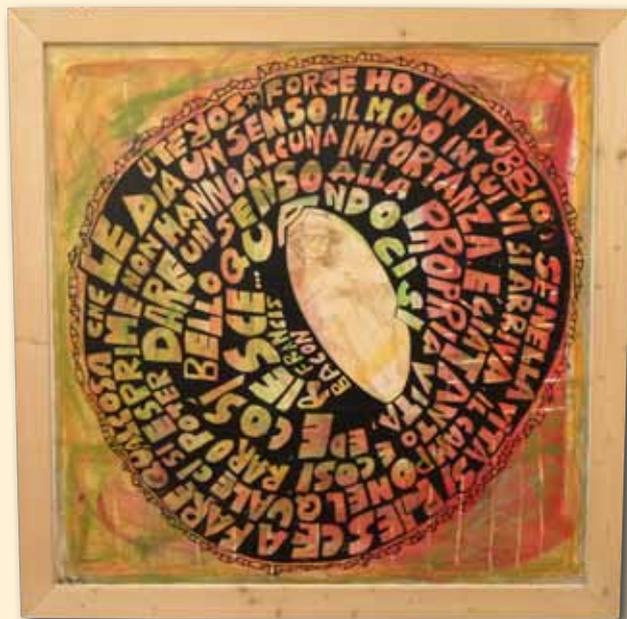
Creando lo spazio e collocandoci in esso, siamo continuamente attratti da quattro forze fondamentali o vettori: sinistra, destra, alto, basso. Rispondiamo in maniera diversa e personale a queste sollecitazioni simboliche attivando inconsciamente ed esprimendo la ricchezza dei rapporti dell'io, la spontaneità o la preoccupazione, l'ansia o l'immediatezza.

Nella scrittura tutti i movimenti centripeti, regressivi, conservatori, egocentrici (rispondenti cioè in qualsiasi modo al vettore di sinistra) sono realizzati dai muscoli pronatori (che chiudono la mano verso sinistra) nei tragitti dell'adduzione e della flessione o tensione.

Viceversa, i movimenti di abduzione e di estensione, frutto della prevalente azione dei muscoli supinatori, producono movimenti centrifughi, progressivi, allocentrici, effusivi.

Il simbolo è un linguaggio universale. In realtà, ci è difficile accettare che la maggior parte di noi stessi ci è sconosciuta e riconoscere che siamo il frutto di mille condizionamenti sia ontogenetici che filogenetici.

In effetti la nostra storia individuale e anche la storia collettiva dell'umanità (e degli stadi dell'evoluzione preumana) agisce qui e adesso, nel nostro comportamento, nel nostro gesticolare, nella nostra scrittura, indipendentemente dalla nostra volontà. L'inconscio collettivo - la base ereditaria della struttura della personalità, che modella e spesso determina, an-



Giulia Trettel
"un pomeriggio in giardino" 2009 tecnica mista su
tela cm 80x80

nifestano e si esternano le tendenze della vita interiore.

Il movimento sul foglio (l'immagine della scrittura sostituisce, nell'*homograficus* di Jung, quella dell'*aratura*) è il corrispettivo del comportamento nella realtà. La direzione del movimento – scelta storica, culturale, operata dai greci – simboleggia l'andare verso

che se non in modo assoluto, tutte le esperienze successive – costituiscono sicuramente un limite ed un condizionamento, ma nello stesso tempo anche una ricchezza potenziale di infinite esperienze, attualmente presenti a livello subliminale, di milioni di persone e di esseri viventi che ci hanno preceduto.

Nei bordi dello spazio grafico del foglio agiscono dunque quattro forze, quattro archetipi fondamentali (chiamati da Jung anche dominanti, immagini primordiali, modelli di comportamento) che sono delle strutture di pensiero, delle categorie impregnate di forte portata affettiva con cui ci poniamo di fronte alla realtà. Per Jung l'uomo nasce con forme mentali che prendono concretezza a contatto con la realtà e, quindi, anche con quella del foglio di carta su cui scriviamo.

Ancora: l'esperienza che l'uomo ha fatto del costante apparente tragitto del sole nel cielo è all'origine dell'archetipo "sole" così come l'esperienza ripetuta delle grandi forze naturali ha attivato l'archetipo "energia". L'archetipo, che è un deposito stabile nella psiche di una esperienza costantemente ripetuta durante moltissime generazioni, diventa un centro autonomo di energia tendente a produrre in ogni generazione la ripetizione e la rielaborazione delle stesse esperienze. L'archetipo, dunque, è attivo anche quando il soggetto scrive: di fronte allo spazio del foglio che si concretizza fondamentalmente nei vettori alto, basso, destra e sinistra, si reagisce e ci si comporta come se si fosse nello spazio e nell'ambiente in cui si vive.

A mano a mano che si scrive non è solo il foglio ad agire da stimolo e da simbolo, ma le parti scritte diventano a loro volta punti di riferimento per cui la dinamica del simbolismo è presente ed agisce nel complesso della scrittura, nell'intera pagina scritta, nei margini, nelle parole, nelle lettere, negli spazi lasciati in bianco, nell'andamento sul rigo di base, nella disposizione della firma rispetto al testo ed al foglio, nei tratti apparentemente trascurabili ed insignificanti come i puntini delle "i", gli accenti e la punteggiatura.

Gli spazi bianchi, in particolare, possono essere paragonati alle pause ed

ai silenzi del linguaggio parlato, pause e silenzi che nel codice non verbale diventano estremamente espressivi.

In definitiva la dinamica del gesto tra una lettera e l'altra rimanda ai rapporti esistenziali IO-TU.

Infine, il simbolo supera il tempo e lo spazio. A conferma della presenza attiva dei meccanismi e degli archetipi simbolici nell'attività grafica ma anche nelle manifestazioni culturali dell'uomo, ricordiamo che, pur a distanza di centinaia di anni e addirittura di millenni, siamo ancora oggi in grado di leggere prodotti grafici appartenenti a culture molto lontane tra loro ma tutte rispondenti a determinate leggi simboliche sostanzialmente valide anche per noi.

"Quando vediamo l'arte primitiva – scrive Erich Fromm ne *Il linguaggio dimenticato* – fino all'arte rupestre di trentamila anni fa, o l'arte di culture radicalmente diverse, come quella africana o greca o quella medioevale, per noi è scontato che riusciremo a capirle, sebbene siano completamente diverse dalla nostra. Sogniamo simboli e miti simili a quelli concepiti migliaia di anni fa, a occhi aperti da uomini come noi. Prescindendo dalle enormi differenze nella percezione conscia, non sono forse il linguaggio comune di tutta l'umanità?"

Dai questi pochi elementi riportati, è possibile avere un'idea di quanto sia importante lo studio di questa branca dello scibile umano per chi si accinge ad iniziare od a continuare l'affascinante, infinito viaggio nel proprio mondo interiore, che per chi scrive è un piccolo universo, in cui possiamo trovare le risposte anche per quanto riguarda il grande universo che è fuori di noi. Perché noi siamo una parte del tutto, un piccolissimo frammento del mosaico universale e quindi siamo fatti della stessa materia. C'è una piccola "divinità" in ognuno di noi, ma per verificare tutto ciò una vita non sembra sufficiente.

* Dr. Luigi Petrosino, Nefrologo presso l'Ospedale di Legnago; esperto di grafologia presso l'Università di Urbino

In ospedale succedono tante storie

La casa di Giorgio

di Donata Borin*

La casa di Giorgio, la casa della sua famiglia, sorge su una bassa collina, circondata da prati e da campi. Gli ippocastani secolari, ormai pieni di foglie, fanno da contorno: sono lì da sempre, come vigili sentinelle, immobili testimoni delle vicende che si svolgono davanti a loro.

Dalla collina si vede il paese, giù in pianura, avvolto dalla luce rosata del tramonto. E' una bella serata di primavera, una di quelle serate calme che ti riconciliano con il mondo. Giorgio però non ha bisogno di riconciliarsi con nessuno: è contento della sua vita, di come l'ha vissuta e di quello che ancora può offrirgli. E questa storia, la sua storia, spiega il perché.

Nel 1976 Giorgio ha 25 anni: si sposa con Bertilla, una bella ragazza del paese, con cui è stato fidanzato per pochi anni; è già ammalato, ha la nefrite da quando era bambino, ma la malattia in quegli anni prende una brutta piega, diventa più aggressiva. Dopo un anno di ricoveri, esami sofferenze, inizia la dialisi.

Giorgio e Bertilla affrontano sempre insieme le difficoltà della vita; e accettano quindi anche questa nuova situazione. Se la ricorda, Giorgio, la dialisi di allora: erano ancora i tempi pionieristici: grandi filtri, sedute di dialisi sofferte, con bruschi cali della pressione, vomito, stanchezza. Ma Giorgio non si abbatte, ha avuto una bambina, ha un lavoro, vive nella casa di famiglia. Decide di mettersi in lista per il trapianto: non se ne sa ancora molto di trapianti, se non che si fanno meglio all'estero che in Italia; quindi sceglie di provare in Francia, a Lione. Dopo due anni arriva il rene. Non va tutto liscio, però: per altri 20 giorni



dopo l'intervento Giorgio deve fare dialisi, poi, grazie alle alte dosi di cortisone, il rene inizia a funzionare regolarmente. Giorgio rimane ricoverato per molte settimane in ospedale in Francia: è da solo, perché Bertilla deve badare alla loro bambina e anche lavorare, in questo momento è lei che mantiene la famiglia. Finalmente Giorgio torna a casa: sa che c'è un rigetto cronico, ma ha fiducia, ed infatti la funzione renale migliora lentamente. Sono anni sereni, quelli, allietati dalla nascita di un altro bambino: è bello riappropriarsi della propria vita, della propria famiglia, del proprio lavoro, anche se i viaggi in Francia per i controlli sono lunghi e faticosi. Il trapianto dura più di vent'anni, poi la funzione renale peggiora e Giorgio deve tornare in dialisi. Sceglie di andare in un altro ospedale, dove lega subito con gli infermieri e i medici; crea una specie di clan nella stanza con gli altri pazienti: cerca di rendere più vivibile la situazione di dializzato, organizza proiezioni di film durante la dialisi, cene, qualche gita con i compagni di stanza. E si rimette in lista per un nuovo rene. Passano dieci anni, molto lunghi, costellati da varie vicende e da molti problemi di salute, tutti superati, anche a costo di qualche intervento chirurgico. Dopo tante traversie, tante speranze e delusioni, finalmente arriva un nuovo rene, questa volta in Italia. Al momento della partenza per il centro trapianti Giorgio è scettico, non è poi così certo che gli andrà ancora bene, non ha più la sicurezza e l'entusiasmo della prima volta. Infatti si fa promettere che gli terranno il suo letto di dialisi, quello vicino alla finestra, che non lo daranno a nessun altro paziente così,

se dovrà tornare, riavrà il suo posto: come non fosse mai partito. E' solo scaramanzia? Forse, o forse è una premotivazione.

Infatti il rene non "decolla" e dopo soli 6 mesi, ma sei mesi di sofferenze, di cateteri, di biopsie, di cortisone, di viaggi, di speranze e di delusioni, bisogna arrendersi. Il rene non

funziona, bisogna tornare in dialisi.

Giorgio è un po' ammaccato, ma riprende il suo tran tran: tre sedute di dialisi alla settimana, il suo posto, la stanza con i vecchi compagni, che sono sempre gli stessi e lo riaccolgono come un commilitone tornato dal fronte.

E' così ammaccato Giorgio, che decide per un po' di non pensare al trapianto, non ne vuole sapere, vuole rimandare, non ha voglia di prendere ancora una volta una decisione così importante e così difficile. Ma stavolta è sua moglie che ha l'idea.

Un anno fa Bertilla propone a Giorgio di donargli un rene. Loro amano viaggiare, ormai sono tutti e due in pensione, i figli sono già grandi ed hanno una vita autonoma. E' un peccato dover rinunciare a tante cose per il problema della dialisi. E' cocciuta, Bertilla, e cerca qualsiasi argomento per vincere le resistenze e convincere Giorgio. Ma lui sa di avere alle spalle già due trapianti, di avere ormai 60 anni e, soprattutto, che se le cose vanno male avrà privato sua moglie di un rene. Non si potrebbe mai perdonare se Bertilla per colpa di questo trapianto avesse dei problemi o addirittura dovesse anche lei finire in dialisi. Ne parla con i medici che lo seguono, quelli con cui ha sempre avuto un buon rapporto, che lo hanno consigliato e seguito nei momenti di difficoltà. Ma sa che la decisione è solo sua. E alla fine dice di sì.

Le difficoltà purtroppo non sono finite anzi, iniziano proprio adesso. Giorgio infatti non è più un giovanotto, ha sulle spalle tanti anni di dialisi, ma è fortunato, perché trova lungo il suo cammino dei medici che ci credono, che non si arrendono alla prima difficoltà,

che riescono a convincere il chirurgo che si può fare. Inizia un nuovo percorso di esami, di ricoveri per escludere qualsiasi imprevisto, qualsiasi cosa che possa far andare storto il loro progetto. Finalmente viene il momento: alla fine di ottobre Giorgio viene sottoposto ad un intervento per rimuovere uno dei reni trapiantati, per fare posto all'altro e, dopo tre giorni, viene eseguito il vero e proprio intervento: in contemporanea prelevano un rene a Bertilla e lo impiantano a Giorgio. La convalescenza per entrambi è piena di domande e di aspettative: andrà tutto bene? Funzionerà il nuovo rene?

Le cose vanno bene, anzi benissimo, per entrambi. Bertilla torna alla vita di prima in poche settimane, ricomincia dopo pochi giorni a gestire la casa, a fare le sue passeggiate, a preparare cenette per gli amici. Anche il trapianto di Giorgio va bene da subito, non deve più fare dialisi e, poco alla volta, comincia a credere anche lui che la sua vita ha preso una svolta diversa, positiva. Passa i mesi freddi dell'inverno chiuso in casa, esce solo per i controlli, non vuole compromettere niente a causa di qualche imprudenza. Ma gli esami sono buoni, Giorgio sta bene, è sereno, sente che hanno fatto la cosa giusta.

Quando arriva la primavera, insieme alle foglie nuove degli alberi e ai primi fiori anche Giorgio inizia una nuova vita. La sua casa sulla collina circondata dagli ippocastani, è immersa in un verde tenero, che quest'anno ha un aspetto diverso; il miracolo compiuto anche quest'anno dalla natura ha un sapore nuovo: non si ricordava di quanto fosse bello il suo giardino a primavera.

Gli ippocastani, immobili e silenziosi, fedeli compagni al succedersi di tutte queste vicende, continuano ad essere presenti nella vita di Giorgio e Bertilla, che adesso si godono sereni, insieme, il tramonto di questa sera di primavera, e guardano il paese, dalla loro casa sulla collina, circondato da un alone di luce rosata.

* Dr.ssa Donata Borin U.O.C. di Nefrologia e Dialisi Ospedale di Legnago (VR)

Il signor Osvaldo

di Lorenzo Ricci

Il signor Osvaldo se ne partiva da O* tutte le settimane con una puntualità che si potrebbe definire cronometrica e faceva il giro delle sue proprietà. Riscuoteva le pigioni e curava i rapporti con i condomini che abitavano le sue case. Li conosceva tutti uno per uno e si informava con regolarità delle loro condizioni di salute, dell'andamento scolastico dei figli, delle relazioni affettive che i figli più grandi andavano maturando. Se accadeva che il figliolo di qualche suo inquilino si doveva sposare egli appariva tra gli invitati di riguardo e lui, a sua volta, non mancava di fare un regalo agli sposi come si conviene in questi casi.

In particolare, quando passava per G*, andava a fare visita alla famiglia Albertini. Quest'ultima era una famiglia modesta composta dal signor Mario, lavorante in un'impresa idraulica, dalla moglie signora Giulia, casalinga, e dal figlio Andrea, un ragazzino di otto anni con una testa di riccioli biondi ed un sorriso disarmante.

Le visite del signor Osvaldo alla Famiglia Albertini erano sempre all'insegna dell'allegria, ed anche il piccolo Andrea recepiva questi momenti circondati da piacevoli sensazioni rispetto alle quali si lasciava contagiare senza sapere veramente il perché.

"Osvaldo, siediti qui, sulla poltrona," diceva il signor Mario, indicando una vecchia poltrona di stile ottocentesco dalle grosse imbottiture di stoffa, "Raccontami, cosa si dice di nuovo dalle vostre parti? E il tuo allevamento, come procede?"

Da questi approcci, Andrea, che non conosceva nulla del paese del signor Osvaldo, ricavava una serie di informazioni minimali che tuttavia gli servivano per fantasticare che quell'ospite di riguardo e così familiare ad un tempo, nel suo genere un po' bizzarro, doveva essere proprietario di armenti, di po-



deri e che, avendo egli tutto quanto gli Albertini non avevano, non poteva essere che un uomo ricco. Di tutto questo Andrea era assolutamente convinto, anche se il rapporto che con questo ospite la sua famiglia aveva instaurato non aveva nulla di formale. E' assai probabile che, il fatto di vederlo sotto questa luce circondava la persona del signor Osvaldo di un certo fascino, come uomo di successo, ma anche temibile, come si addice alle persone circondate da un alone di mistero.

Il signor Osvaldo indossava sempre vestiti di color *beige*, ed una preziosa catenella d'oro gli pendeva dal taschino del gilet. A quella catenella doveva essere appeso un orologio, che tuttavia Andrea, nella sua curiosità di bambino, non ricordava di aver mai visto nelle mani grassocce dell'uomo. Quando si trovava dalla famiglia Albertini, infatti, il signor Osvaldo per controllare l'ora gettava sempre l'occhio sulla vecchia pendola che, con orgoglio, la signora Giulia teneva appesa tra le due finestre della sala da pranzo. Nel corso della cena (raramente si trattava di un pranzo) il signor Osvaldo ed il padre di Andrea si abbandonavano a profonde riflessioni politiche sulla situazione di governo del momento, avanzando anche talune previsioni sulle conseguenze della

congiuntura economica.

"Caro Mario," attaccava il signor Osvaldo tentennando il capo e rimanendo per alcuni secondi con la forchetta sollevata a mezz'aria, "hai visto come ci hanno ridotto? Qui a mangiare baccalà, mentre quelli chissà come se la spassano!"

"Si sa, si sa." gli faceva eco il signor Mario, il quale finiva sempre per aggiungere: "Se nasco un'altra volta, nasco aristocratico e ricco... E poi voglio vedere chi mena le danze. Ma sia ben chiaro: a me il baccalà piace, eccome!"

Il signor Osvaldo rideva di gusto e la signora Giulia gli faceva eco, non senza richiamare il marito ad un maggiore realismo: "Ma cosa dici, *aristocratico*! A noi toccano soltanto due cose: fatica e fatica, il resto ci è consentito solo di sognarlo."

Anche di fronte a tanto realismo il signor Mario non demordeva: "Eh, ma le cose cambieranno, vedrai se cambieranno...".

Nell'incrociarsi di questi dialoghi, fatti di allusioni e frasi monche, lasciate cadere a metà o composte in modo tale che ognuno potesse adattarle alle proprie esigenze, mangiavano con gusto l'intingolo che la signora Giulia aveva cucinato con sapiente abilità culinaria. Anzi, ma questo Andrea lo capì solo più tardi, le parole



erano un pretesto per gustare in cordialità la gustosa e rituale pietanza. Protraendosi su questi ritmi, la cena finiva col dilungarsi fino ad ore impossibili, soprattutto per un bambino come Andrea che, il giorno seguente, doveva recarsi a scuola. Per l'occasione tuttavia, i suoi genitori si rivelavano piuttosto tolleranti. "Bada Andrea - gli dicevano - prepara le tue cose e vai a dormire." Andrea prendeva tempo: "Tra poco vado," rispondeva, ma il tono del loro invito era così poco imperioso che lui stesso rispondeva quasi meccanicamente, nel rispetto di una sorta di convenzione alla quale tutti sembravano aderire tacitamente.

Il padre di Andrea era un uomo simpatico, che era stato partigiano ed amava raccontare sempre di quando si era trovato a Roma durante i bombardamenti del luglio 1943 e dovette scavare le macerie per recuperare i corpi delle persone che vi erano rimaste sepolte.

Il signor Osvaldo annotava con attenzione e, di tanto in tanto, interveniva con un "Che tempi!" oppure "Poveri disgraziati.", o con altre frasi dello stesso tenore, che avevano il solo scopo di mantenere attiva la traccia del dialogo su esperienze che entrambi avevano vissuto, sia pure in condizioni e in luoghi diversi.

La signora Giulia partecipava alla

discussione, ma lo faceva cogliendo spezzoni di dialogo, perché non era nel suo stile di abbandonare ciò che stava facendo, magari una delle tante riparazioni agli abiti del figlio o del marito. Nonostante ciò non perdeva mai il filo del discorso ed interveniva sempre con acume e con battute lapidarie che lasciavano il più delle volte i due uomini sconcertati.

Quando finalmente, Andrea era al calduccio nel suo letto, vinto dal sonno, la voce del signor Osvaldo costituiva l'unico sottile filo che legava il bambino al mondo cosciente.

"Eh, mio caro, così non si può andare avanti. Adesso che la guerra è finita bisognerebbe fare di più e, invece, qui i furbi si stanno spartendo la torta alle nostre spalle...". Questo spezzettato fluire del dialogo entrava così lentamente nei sogni che il subconscio di Andrea andava un po' alla volta disegnando. E i personaggi dei suoi sogni procedevano in formazione, ricoperti da lunghi mantelli azzurri che gli apparivano sempre obesi, con lunghe catenelle d'oro in lussuosi panciotti ricamati e con in mano superbe torte alla crema. La famiglia Albertini dovette trasferirsi, due anni dopo, in un altro rione, assai più lontano rispetto a dove abitava prima. Il signor Osvaldo non era più andato in visita dall'amico Mario e dalla signora Giulia col merluzzo da cucinare e, da parte sua, Andrea non sapeva darsi una spiegazione. D'altronde il nuovo ambiente, la nuova scuola e i nuovi amici lo occupavano già abbondantemente. Una sera, mentre aspettava il padre che tardava dal lavoro, chiese alla madre notizie del signor Osvaldo e perché non si fosse fatto più vivo. "Eh già, era una cara persona," rispondeva la madre, che sembrava stesse parlando di un tizio defunto da poco. "Pensa - poi riprendeva - l'anno scorso ha deciso di vendere tutte le sue proprietà, il bestiame e quant'altro e si è trasferito in Brasile, o almeno così mi ha detto una signora del suo paese che ho incontrato tempo fa." "E perché avrebbe fatto questo?", riprendeva stupito Andrea. "Chi può dirlo? Sembra che si fosse stancato del nostro Paese e fosse alla ricerca di nuovi stimoli, di nuove esperienze. Forse voleva conoscere gente

nuova".

"E per questo ha venduto tutto quello che aveva?"

"A quanto pare sì. E come se avesse voluto cancellare tutto il suo passato in una volta sola. Quel passato che ritrovava nei volti delle persone, delle cose e nei luoghi che non avevano più molto da dirgli".

Andrea, nella sua ancora acerba visione del mondo, non era in grado di accettare tutto questo e insisteva con la madre: "Ma così ha dovuto lasciare anche gli amici, le persone che gli volevano bene..."

"Forse di persone che gli volevano bene non ne aveva poi molte. D'altra parte, devi pensare che anche coloro che lo stimavano, lo guardavano con sospetto. Era pur sempre un uomo benestante. E, in ogni caso, non aveva figli e non era sposato, quindi, per lui, forse è stato più facile tagliare i ponti con il passato."

"Sarà come dici tu, sentenziava Andrea, ma noi abbiamo perso un amico, una persona cara."

"Così è la vita", tagliava corto la signora Giulia, mentre riprendeva le sue faccende ed il figlio tornava nella sua camera assorto in mille pensieri.

Col tempo Andrea sembrò non pensare più al signor Osvaldo, occupato com'era dagli studi e dalle nuove compagnie. Così fu, almeno fino al compimento del diciottesimo compleanno, quando festeggiato da amici, parenti, e dalla sua nuova amica del cuore, ricevette un telegramma di auguri che proveniva dal Brasile. Era il signor Osvaldo il quale aggiungeva "impossibile dimenticare veri amici - Stop". Potrà sembrare strano, ma di tutti i regali che Andrea ricevette fu quel proprio quel telegramma il "regalo" che gradì di più. Per diversi anni lo conservò gelosamente dentro un libro e quando capitava qualche amico a trovarlo, tirava fuori il telegramma e raccontava la storia del signor Osvaldo, che aveva venduto tutti i suoi averi per trasferirsi un giorno dall'altra parte del mondo per rifarsi una vita. E in questa narrazione Andrea finiva sempre con l'aggiungere, di suo, qualche particolare avventuroso che rendeva il resoconto più movimentato e coinvolgente.

Nelle corsie dell'ospedale S. Chiara di Trento
l'esperienza formativa di Jean Marie, giovane medico africano

Dalla nefrologia trentina Una finestra sul Mali

di Gianni Toninato

Non puoi parlare con Jean Marie senza che ti prenda un immediato ritorno di simpatia. Semplice e genuino come la terra che l'ha visto nascere 32 anni fa, ti guarda con l'aria disarmata di chi ti sta chiedendo qualcosa, più per gli altri che per sé. Ci mettiamo a parlare piacevolmente in francese, lingua in voga nel suo paese, perchè senta più familiare l'ambiente e più vicine le voci di casa.

Il suo Mali è terra lontana, troppo diversa dal panorama e dall'ambiente sociale trentino e troppo impoverita dalla storia, più che dalla natura. Come per tante altre terre africane, anche il suo paese ha attirato, a suo tempo, l'ingordigia frenetica dei colonizzatori europei e, nello specifico, dei potenti di Francia, che andavano a sfruttare le miniere d'oro. E intanto la gente del posto arrancava, anche tra vertiginosi sentieri e pareti rocciose, alla ricerca di angoli di terra da coltivare e da riservare all'allevamento del bestiame.

Jean Marie questa storia la conosce, perchè da questa terra è partito alla ricerca di una formazione medico-scientifica che gli consenta di contribuire, nel suo piccolo, assieme ad altri amici africani, a un graduale passaggio di sponda per la gente del suo paese: dall'analfabetismo di massa (il tasso di alfabetizzazione non arriva al 50 %) a un vasto coinvolgimento culturale di base e, seppure parzialmente, universitario; da una insufficiente presenza di strutture sanitarie, assistenziali, scolastiche a un progressivo affiorare delle stesse, soprattutto a Bamoko, la capitale, nella quale



ha condotto i suoi studi superiori e a Segou, sua città natale, attraversata dalle acque del Niger.

Me ne parla con la consapevolezza di chi sa di doversi preparare a compiti importanti. Ecco perchè non mi trattengo dalla voglia di conoscere più a fondo la sua storia e le vicende che lo hanno portato in Trentino: me le tratteggia con la garbata sobrietà che fa parte evidente del suo DNA. Questa la sintesi.

Dopo il dottorato in medicina conseguito in patria, va tre anni in Senegal per specializzarsi in nefrologia e poi due anni e mezzo in Francia per un ulteriore corso di formazione.

Il progressivo addentrarsi nell'area nefrologica gli rende ancor più evidente la limitata fase embrionale delle terapie in uso negli ospedali del suo paese, soprattutto nei momenti in cui si renderebbe necessario intervenire con la terapia delle fistole artero-venose.

Per questo non esita un momento di fronte alla proposta fattagli dal dottor Giuliano Brunori, primario del reparto di Nefrologia e Dialisi dell'ospedale Santa Chiara di Trento, per una più approfondita fase di formazione nel capoluogo trentino, accanto a personale medico e infermieristico, che per quattro

mesi gli può offrire informazioni professionali di rilevante specificità e garantirgli l'approccio ad esperienze concrete di interventi terapeutici e chirurgici propri dell'area nefrologica. Non lo spaventano certo i 5.000 e più chilometri che lo separano da Bamoko, situata proprio nell'estremità sud-occidentale del paese, a ridosso della Guinea. Le distanze, più che remore, gli pongono allettanti sfide alle quali sa rispondere con pacata ma decisa reazione.

Benedice in cuor suo l'occasionale incontro col dottor Brunori, avvenuto nel nuovo ospedale di Sebenikoro (quartiere di Bamoko), costruito e ge-

stato grazie al contributo economico e professionale dello stesso medico e di alcuni suoi colleghi ed amici.

Risoluta e spontanea la loro decisione di riservare proprie energie, disponibilità di tempo e di sostegno professionale oltre che economico, a beneficio della gente del luogo. E ciò, inserendo programmaticamente anche dei periodi di ferie, per volare laggiù a sostenere, curare, operare. I pazienti non mancano. Le cure, l'assistenza, gli interventi chirurgici hanno bisogno, e tanto, di medici, infermieri e risorse per sopperire alla povertà, alle carenze strutturali, alla limitatezza del numero di personale preparato.

Sì, il soggiorno trentino di Jean Marie assume i contorni di un progetto possibile ed estremamente opportuno. Ci si mobilita per assicurarne le premesse economiche e i confortevoli ambiti di soggiorno. Su interessamento del Dottor Brunori, entrano in campo la nota sensibilità dell'Assessorato alla politica di solidarietà internazionale della Provincia di Trento, che garantisce un sostanzioso contributo economico, e la diretta collaborazione dell'APAN, l'Associazione di volontariato che si occupa, per la sua "mission" specifica, del mondo dei nefropatici trentini, che si fa carico di procurare ed organizzare una borsa di studio e di contribuire al volo aereo. Ed ecco sistemato il nuovo tassello nel già pregevole quadro di solidarietà, avviata ormai da qualche tempo con l'obiettivo di sostenere una dignitosa ed efficiente rete di protezione nefrosanitaria in questo paese africano.

Jean Marie sta seguendo da vicino l'intrecciarsi della vasta, solidale vicinanza al suo popolo e dal suo sguardo più che dalle sue parole, misurate ma profondamente vere, traspare oggi una riconoscenza totale. Presto anche lui entrerà nel circuito dei chiamati a proseguirne gli obiettivi.

Gli si illumina il volto quando mi dice: "Al mio ritorno in Mali sarò in grado di fare l'ecografia doppler dei vasi sanguigni delle braccia; saprò fare ecografie delle fistole a scopo diagnostico; potrò posizionare dei cateteri venosi centrali sotto ecografia; eseguire delle ecografie dei reni ed eventualmente praticare delle fistole



artero-venose". Tutte cose alle quali lo stanno avviando le esperienze quotidiane accanto ai medici ed infermieri del Santa Chiara, in questo periodo di formazione. Il risultato finale si tradurrà nella capacità di gestire la sala operatoria ed ecografica della dialisi. Ed è qui che Jean Marie trova le risposte più convincenti, ai suoi precedenti perchè. Il perchè dei suoi svariati corsi di studio, il perchè del suo interesse non solo medico ma anche sociale, il perchè della sua stagione trentina, il perchè del suo ideale di fondo: contribuire a migliorare la speranza di vita della sua gente, oggi limitata ad una media che non si allontana dai 50 anni, mentre la mortalità infantile supera ancora il 10 %.

" Anche per questo, mi confida Jean Marie, mi impegnerò sul versante della prevenzione delle malattie renali e mi farò carico di quanti ne sono coinvolti; inoltre voglio contribuire alla formazione degli studenti nel campo della sanità " .

Forse la sua storia andrà ad assumere dei contorni dal sapore pionieristico . Forse altri seguiranno il sentiero che lui sta percorrendo.

Anzi, proprio mentre ci stiamo lasciando, ci confortano le rassicuranti parole

del dottor Brunori: "Siamo già pronti ad accogliere un altro giovane medico in partenza dalla stessa terra di Jean Marie e che aggiornerà la sua formazione nefrologica nel nostro reparto". Anche per questa futura esperienza la cordiale collaborazione tra Primario e la nostra "Associazione Amici della Nefrologia" saprà facilitare un soggiorno produttivo per il nuovo ospite e farà crescere l'indice di speranza per un graduale innalzamento del livello sanitario in questo paese africano.

La Nefrologia trentina ha ormai aperto una finestra sul Mali; una finestra attraverso la quale può seguirne da vicino il panorama nefro-sanitario e intervenire nei punti e nei momenti più delicati. E' una finestra che ormai nessuno vorrà chiudere.

Forse proprio grazie a questa fiducia nella solidarietà trentina, Jean Marie si allontana sorridendo, mentre i suoi occhi neri, carichi di impercettibile, pudica inquietudine, si illuminano al pensiero che "se sarà possibile, vorrei ritornare ancora da voi per completare la fase conoscitiva e operativa riguardante la biopsia renale, un intervento diagnostico estremamente importante e non ancora praticato in Mali". Come negargli questa speranza?

Voglia di leggere

La trilogia di Sendker

di Lonely Bear

Ci sono romanzi che, pur nella semplicità della scrittura, stimolano il lettore ad approfondire argomenti che vanno ben oltre la trama. Tra questi si annoverano quelli scritti da Jan-Philipp Sendker che, utilizzando come ambientazione il Sud-Est asiatico e la Cina dei giorni nostri, ci fanno conoscere un mondo che, per lo più, è noto attraverso stereotipi, ormai superati dalla storia.

Leggere la trilogia pubblicata da poco di Sendker, ci permette di approfondire questo mondo apparentemente lontano, ma che è più vicino di quanto non sembri. Un mondo con cui presto, grazie (o a causa?) alla globalizzazione dovremo confrontarci, anche aspramente. Troppo lontani dal nostro modo di vivere, agire, comportarci, sono i modelli della Cina, ma proprio per questo, se non li sapremo affrontare, come Occidente ne verremo facilmente sopraffatti.

L'arte di ascoltare i battiti del cuore, Il sussurro delle ombre, Gli scherzi del dragone, ecco titoli della trilogia di Sendker. Brevemente alcuni accenni alle trame.

L'arte di ascoltare i battiti del cuore:

a Kalaw, una tranquilla città annidata tra le montagne birmane, vi è una piccola casa da tè dall'aspetto modesto. Il caldo è soffocante, come gli sguardi degli avventori che scrutano ogni volto a loro poco familiare. Julia Win, giovane newyorchese appena sbarcata a Kalaw, se ne tornerebbe volentieri in America, se un compito ineludibile non la trattenesse in quel luogo. Suo pa-



dre Tin Win è scomparso durante un viaggio nella sua terra d'origine. Tin Win era arrivato negli Stati Uniti dalla Birmania, con un visto concesso nel 1942 per motivi di studio; nel 1959 era diventato cittadino americano, poi avvocato newyorchese di grido. Un uomo sicuramente dalla doppia vita, se le sue tracce si perdono nella capitale del vizio, a Bangkok. L'atroce sospetto che una simile ricostruzione della vita di suo padre potesse in qualche modo corrispondere al vero, si è fatto strada nella mente e nel cuore di Julia fino al giorno in cui sua madre, riordinando la soffitta, ha trovato una lettera del padre. La lettera era indirizzata a una certa MiMi residente a Kalaw, in Birmania, e cominciava con queste struggenti parole: "Mia amata MiMi, sono passati cinque-milaottocentosessantaquattro giorni da quando ho sentito battere il tuo cuore per l'ultima volta". Una pura, indimenticabile lettera d'amore che scuote Julia profondamente. Il desiderio di scoprire i segreti del padre, e magari persino di ritrovarlo, si è fatto così irresistibile che Julia ha deciso di partire immediatamente per Kalaw. Di questo romanzo colpiscono l'affascinante trama che racconta, con gli occhi di una figlia, la storia di un uomo che rimane innamorato di una stessa donna lontana, anche dopo tantissimi anni.

L'arte di ascoltare i battiti del cuore è un viaggio nei segreti della Birmania, nella sua bellezza, nello stile di vita e nella filosofia dei suoi abitanti, completamente misteriosi e diversi dal punto di vista occidentale. La descrizione coinvolge il lettore e lo porta alla scoperta di mon-

di e filosofie diversi. Questo libro è la storia di un amore illimitato, di una grande fede e di una profonda conoscenza buddhista, tutte racchiuse nelle bellissime parole che Sendker fa pronunciare a U May: "Che altro ti serve?" chiese U May. "L'essenziale è invisibile agli occhi. I nostri sensi amano ingannarci, e gli occhi sono i più ingannevoli di tutti. Dobbiamo imparare a comprendere l'essenza delle cose, la loro sostanza, e per fare questo gli occhi ci sono più di impedimento che altro. Ci inducono a distrarci, e noi ci lasciamo abbagliare. Chi si fida troppo dei propri occhi trascura gli altri sensi, e non intendo solo le orecchie e il naso. Parlo di quell'organo che è dentro di noi e per il quale non c'è un nome. Chiamiamolo la bussola del cuore."

Il sussurro delle ombre

è il secondo romanzo. Il protagonista principale è Paul Leibovitz, da anni residente a Hong Kong, ma ritirato a vita privata da quando ha perso suo

figlio, a causa di una malattia fulminea. "Non voglio più dimenticare", ha detto dopo la morte del bambino Paul a Meredith, sua moglie. E Meredith se n'è andata, incapace di accettare un dolore così grande e smisurato. Per custodire lontano dal chiasso del mondo il ricordo di suo figlio, Paul



si è allora ritirato a Lamma, un'isola vicina a Hong Kong. Chi, però, può seriamente mettere alla porta la vita? Un giorno incontra per caso Elizabeth Owen, una donna americana accompagnata dal marito. Elizabeth racconta che suo figlio, partito per Shenzhen per affari, non dà più notizie di sé da tempo. In compagnia di David Zhang, un poliziotto buddhista della squadra omicidi di Shenzhen dalla rettitudine esemplare, Paul si ritrova coinvolto in un'inchiesta scottante. Nel romanzo spiccano forti contrasti tra le personalità dei vari personaggi, come fra Paul e David: tra chi non vuole dimenticare e chi invece vorrebbe dimenticare, ma non può. Perché le ombre degli uomini, del loro dolore e delle loro sconfitte, dovranno essere affrontate, quando Paul e David si troveranno coinvolti in un'indagine troppo grande per loro. Dovranno affrontare il cinismo di chi si sente padrone in una nazione cresciuta troppo in fretta, e le ombre del passato di un intero popolo. Ombre che hanno segnato l'anima e il destino di chi si è trovato travolto dalle ruote impazzite del carro del cambiamento, lanciato a tutta velocità sulle strade della storia, dove l'oppressione, i diritti umani negati, la libertà violata, la corruzione, a qualcuno sembrano scorciatoie verso un fine più grande, ma sono solo un baratro senza ritorno.

Sendker ci racconta la Cina, non semplicemente usi e costumi da guida turistica, ma il modo di pensare e di rapportarsi con gli altri da parte dei cinesi. Cosa può soffiare via le ombre,



se non l'amore, l'amicizia e un'indomabile senso di giustizia?

Gli scherzi del Dragone

È il terzo romanzo della trilogia. Nelle prime pagine si legge:

"Christine non aveva pensato che suo fratello potesse avere un aspetto così vecchio. Sfinito. Stanco. Stanco della vita, pensò. Li separavano poco più di dieci anni. Anni cinesi, però. Lui aveva vissuto anni cinesi, lei anni di Hong Kong. Non era lo stesso. Gli anni cinesi divorano. Logorano e consumano."

Il romanzo ha nuovamente come protagonisti Paul Leibovitz e Christine Wu. Christine è arrivata a Hong Kong quando era una bambina, in fuga dalla Cina di Mao, dove infuriava la Rivoluzione Culturale e dove suo padre si era suicidato per sottrarsi alle Guardie Rosse. Christine aveva anche un fratello, Da Long, che era stato mandato nei campi per essere rieducato. Dopo quasi quarant'anni Da Long si è fatto vivo, scrivendo una lettera alla sorella. Potrebbe andare a trovarlo, la sua mei-mei, la sorellina?

Ed è così che Paul e Christine partono - è la prima volta che Christine rimette piede in Cina. Il tempo è passato, le cose

s o n o cambiate. Sono davvero cambiate le cose? È cambiato lo stile di vita, è cambiato il volto delle città, ma si

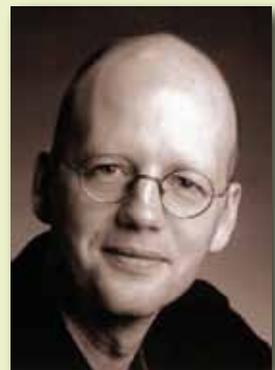


può contare su uno stato di diritto? Una volta gli avvocati neppure esistevano ma ora, che libertà hanno gli avvocati? Se osano, per ingenuità, per idealismo (o per stupidità) accettare di portare avanti cause che toccano gli interessi dei 'grandi', è certo che saranno ridotti a fare i passacarte. O gli archivisti. Quando Paul sospetta che Min Fang sia stata avvelenata dal mercurio contenuto nelle acque del lago in cui pescava, quando ne è certo, quando è chiaro che è la fabbrica sulla riva del lago che scarica i veleni nelle acque, la situazione si fa minacciosa. Pericolosa. Non c'è avvocato che se la senta di portare avanti la loro denuncia. Al più consigliano di metterla in internet. Con conseguenze che lascio scoprire al lettore.

Gli scherzi del Dragone è un bel romanzo, una vicenda di colpe e di tradimenti, in un tempo in cui era difficile resistere al vento della Storia. Ed è pure un grido di allarme, la denuncia di una totale mancanza di scrupoli, nei confronti del benessere e della salute del popolo, nel silenzio generale.

Jan-Philipp Sendker

È nato nel 1969 ad Amburgo, ha vissuto negli Stati Uniti dal 1990 al 1995 e dal 1995 al 1999 è stato corrispondente in Asia per Stern. Dopo un secondo soggiorno negli Stati Uniti è tornato in Germania, dove lavora come giornalista per Stern. Vive a Berlino con la sua famiglia. Nel 2000 ha pubblicato un reportage sulla Cina: Risse in der Grossen Mauer. L'arte di ascoltare i battiti del cuore è stato il suo primo romanzo.



Micologia che passione!

a cura di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli*

CLITOCYBE NEBULARI fungo comme

Ancora oggi si discute se il fungo sia commestibile o tossico, pur essendo stato tolto dal commercio dei funghi commestibili, a seguito di una numerosa casistica di avvelenamenti verificatisi al Centro Antiveneni di Milano.

Il quadro che provoca è quello di una "sindrome gastrointestinale" che insorge a distanza di 1-2 ore dal pasto, spesso accompagnata da nausea e cefalea.

Molti lo apprezzano comunque, soprattutto per la facile e rapida raccolta e per il notevole numero di esemplari presenti nel periodo autunnale nei nostri boschi.

E' verosimile che i casi di intossicazione da **Clitocybe nebularis** siano sottostimati in quanto i sintomi spesso vengono interpretati come senso di peso da eccessiva introduzione di cibo, come una "indigestione", mentre si tratta di una vera e propria intossicazione.

La cottura con l'ebollizione e l'eliminazione dell'acqua, riducono ma non annullano il quadro tossico. Il fungo cotto e conservato sott'olio, non risulta aver mai dato problemi. Verosimilmente in questi casi la sua assunzione è fatta in quantità modesta e saltuaria per cui gli effetti sfavorevoli non si manifestano.

CLITOCYBE NEBULARIS

Cappello: diametro da 6 a 20 cm. inizialmente convesso poi espanso spia-

nato con lieve depressione centrale, di colore perlaceo da grigio chiaro a grigio scuro plumbeo, talvolta però molto decolorato, biancastro; rivestimento liscio



Foto 1: **Clitocybe nebularis** (Foto di E. Brunelli)

* Ermanno Brunelli, docente di Tossicologia ai corsi nazionali per ispettori micologi P.A.T., Trento. Antonio Fondriest, ispettore micologo, Trento. Alberto Valli, Nefrologo e ispettore micologo.

estibile o tossico?

e lucido, margine spesso involuto.

Lamelle: inizialmente bianche, abbastanza fitte e alte che poi ingialliscono facilmente verso un

color crema avorio, più o meno decorrenti.

Gambo: robusto, spugnoso, spesso claviforme alla base, che

ingloba residui di foglie e detriti vegetali.

Carne: bianca, molle di sapore dolciastro, con odore molto forte fino al nauseoso tale da determinare cefalea se la raccolta viene tenuta in ambiente non ventilato.

Note: recentemente sono apparsi sulla rivista della Associazione Micologica Bresadola gli studi riguardanti i tossici contenuti nel fungo. Questi sono composti volatili quali la benzaldeide, 2-feniletanolo, indolo, scatolo e derivati dell'acido butirrico che si ritengono responsabili della sintomatologia, quali nausea, vertigini, stanchezza e vomito.

Oltre a questi composti ci sono principi attivi presenti nel fungo e termostabili quali la nebularina, una lectina e degli inibitori della proteasi che contribuiscono a loro volta a dare l'etichetta di tossico a questo fungo (dr. Marra Medico Veterinario e Micologo - Cosenza).



Foto 2: **Clitocybe nebularis** (Foto del Gruppo Micologico Giacomo Bresadola, Tn MGB)

La **Clitocybe nebularis** può essere infestata da un altro fungo parassita che si chiama "Volvariella surrecta" che libera principi attivi dannosi fruttificando. Inizialmente compare come chiazze biancastre sulla cute grigiastra del cappello, crescendo può arrivare a 4-7 cm di altezza con cappello, lamelle e volva bianche (vedi foto 3).



Foto 3: **Clitocybe nebularis** infestata da *Volvariella surrecta* (Foto di E. Brunelli)

Il ciondolo

di Anna Maria Ercilli

Le stagioni e i vestiti non si trovano mai d'accordo, l'armadio aperto trabocca di abiti e colori di ogni forma, ne mancava uno, quello per il viaggio. Ada pregustava la giacca lunga adatta ai pantaloni, nel suo guardaroba non c'era, doveva procurarsela.

Si incammina svelta nelle vie del centro, entra nei negozi decisa a trovare la sua giacca, punta su una piccola bottega. La cernita è rapida, una giacca è troppo seria, l'altra rossa non va, quest'altra le sta bene, impermeabile con il cappuccio, la prende, è bicolore, interno verde brillante, esterno prugna scuro. Un particolare la lascia perplessa, il cordino con ciondolo che spunta dall'orlo in basso. Una caratteristica della lavorazione cinese, sono i cordini, le asole e gli occhielli in verticale. Lei maniaca della sicurezza, si vede agganciata alla scala mobile, come le era accaduto mesi prima, coinvolta dalla sbadataggine di un ragazzino. Il cordino della giacca tenuta sul braccio, s'era infilato nel corrimano scorrevole, tirato all'inverosimile e, schizzato poi contro la sua mano, ferendola. Un dolore acuto e nessuno che l'aiutasse. Se l'era cavata da sola, medicandosi in un negozio. Abbigliamento pericoloso pensò, se indossato dai bambini, sembra che nessuno ci faccia caso.

Tornata a casa prepara il bagaglio per i pochi giorni di visita all'amica, non dimentica gli orecchini mimetizzati nella confezione. La mattina parte alla solita ora, otto e dieci, conosce a memoria il paesaggio, i fiumi e le stazioni, il rito del controllore 'buongiorno, biglietto prego'!



Il treno è un Eurostar, il vagone passeggeri non ha divisorie, la toilette è nella strozzatura del corridoio. Ada ascolta il ritmo del treno, il suono concilia il flusso dei pensieri in libertà, socchiude gli occhi, arrivano immagini piacevoli e lontane.

Lo squillo del cellulare rompe l'armonia, la voce acuta di una donna si alza sopra il brusio: "Sì sono io L. ma che piacere sentirti...lasciami tue notizie all'albergo...domani parto per Parigi, non sai che la rivista V., vuole il mio articolo...nooo non lo sapevi?...ma sì, mi mandano al festival...sono rientrata da Taormina, oggi sono a Milano e poi riparto per Parigi..."

Molti passeggeri si alzano, la stazione si avvicina. La giornalista freelance, continua a cianciare di spostamenti e strabilianti articoli, succede che la linea cade e lei agitata all'inverosimile, tenta di infilarsi nella toilette con cel-

lulare e trasformatore, per ricaricarlo nella presa.

Incrocia Ada, si urtano - scusi - la giornalista agitata le pesta un piede, l'altra cerca di guadagnare l'uscita, ma non si sposta che di un passo, è agganciata con il cordino della giacca al cavo del cellulare. - "Ma non vede che mi ha preso la giacca, mi liberi, devo scendere" -

La giornalista parla e parla ancora: " aspetta devo finirti il discorso della rivista - cade la linea - adesso carico il cellulare...non ho finito, devi chiamarmi tu poi...senti..."

Ada perde la pazienza, urla: "mi lasci, stacchi quel cavolo di filo, voglio scendere", gli altri passeggeri sono bloccati nel corridoio dietro

Ada, protestano a voce sempre più alta: "allora signora vuole sganciare quel cavo, penserà dopo alla sua rivista, ci faccia passare".

La giornalista rossa in viso, scarmigliata con fili, cellulare, borsa e notes in equilibrio precario, non si arrende, parla ancora, qualcuno infila la mano lungo la parete, stacca il caricabatterie che finisce a terra - un grido di chissà chi - Ada sfila il cavo e infine libera, sblocca il corridoio e si avvicina all'uscita, il treno è ormai fermo. I viaggiatori scendono sbuffando.

Il trambusto ha accaldato anche lei, corre verso la metro, ancora pochi minuti per raggiungere la casa di Milly, scende alla stazione Udine, pochi metri con passo svelto, il rullo del trolley sul marciapiede, ecco il palazzo, si infila nell'ascensore... Milly apre la porta, lei: - che piacere ritrovarti, sono proprio felice, poi ti racconto, ma dammi subito la forbice - zac - un taglio al cordino e il ciondolo tintinna a terra. Tolto l'ostacolo le amiche si abbracciano.

Qualche news...

Qualche anno fa, e precisamente nel luglio del 2008, l'A.P.A.N. ha stretto un gemellaggio con l'A.P.P.E.D. (Associazione Provinciale Pordenonese Emodializzati, Trapiantati e Neuropatici) di Pordenone. Questa collaborazione ha dato vita a un rapporto di amicizia testimoniato dagli scambi intercorsi tra le due associazioni in occasione di convegni, mostre o altre iniziative intraprese. In occasione dell'inaugurazione della quinta edizione di RenArt abbiamo avuto il piacere della visita del nostro amico Piero Vidotto, Presidente del sodalizio pordenonese, assieme alla amica Paola.

Nella pagina potete vedere la locandina che abbiamo ricevuto per la "Festa della zucca" che l'A.P.P.E.D. ha organizzato per domenica 23 ottobre.

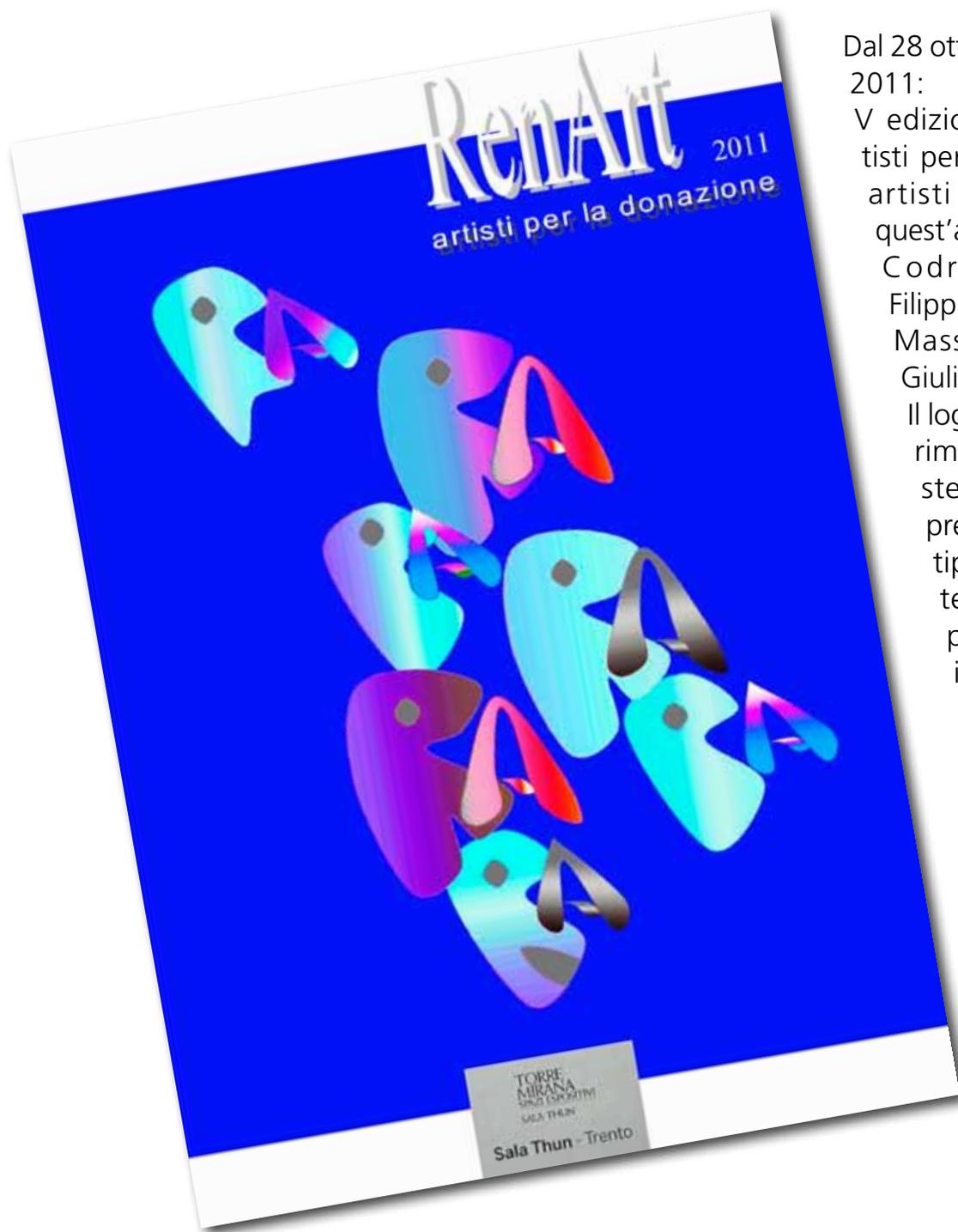
Città di CORDENONS
Domenica 23 ottobre 2011
FESTA DELLE ZUCCHE
ORE 11,30
degustazione della
TORTA TRI COLORE
Per il 150° dell'unità d'Italia

**In collaborazione dei giovani volontari e le pasticcerie
la Golosa, Busato, il panificio Buttignol**

con il patrocinio di



Vi aspettiamo



Dal 28 ottobre al 6 novembre 2011:

V edizione di RenArt, artisti per la donazione. Gli artisti che espongono quest'anno sono: Roberto Codroico, Annalisa Filippi, Alessandro Goio, Massimiliano Rosa e Giulia Trettel.

Il logo della mostra, pur rimanendo sempre lo stesso, ogni anno si presenta in una veste tipografica differente e racchiude una perfetta sintesi tra intenti, significato della iniziativa e stile dell'artista che lo ha ideato. Grazie all'architetto Goio che ha ideato il logo e curato la mostra, con la collaborazione con il professor Aldo Nardi.

L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA

AUGURA A TUTTI

UN SERENO NATALE
E FELICE ANNO NUOVO!