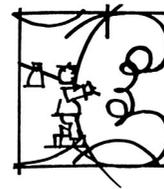


R&S

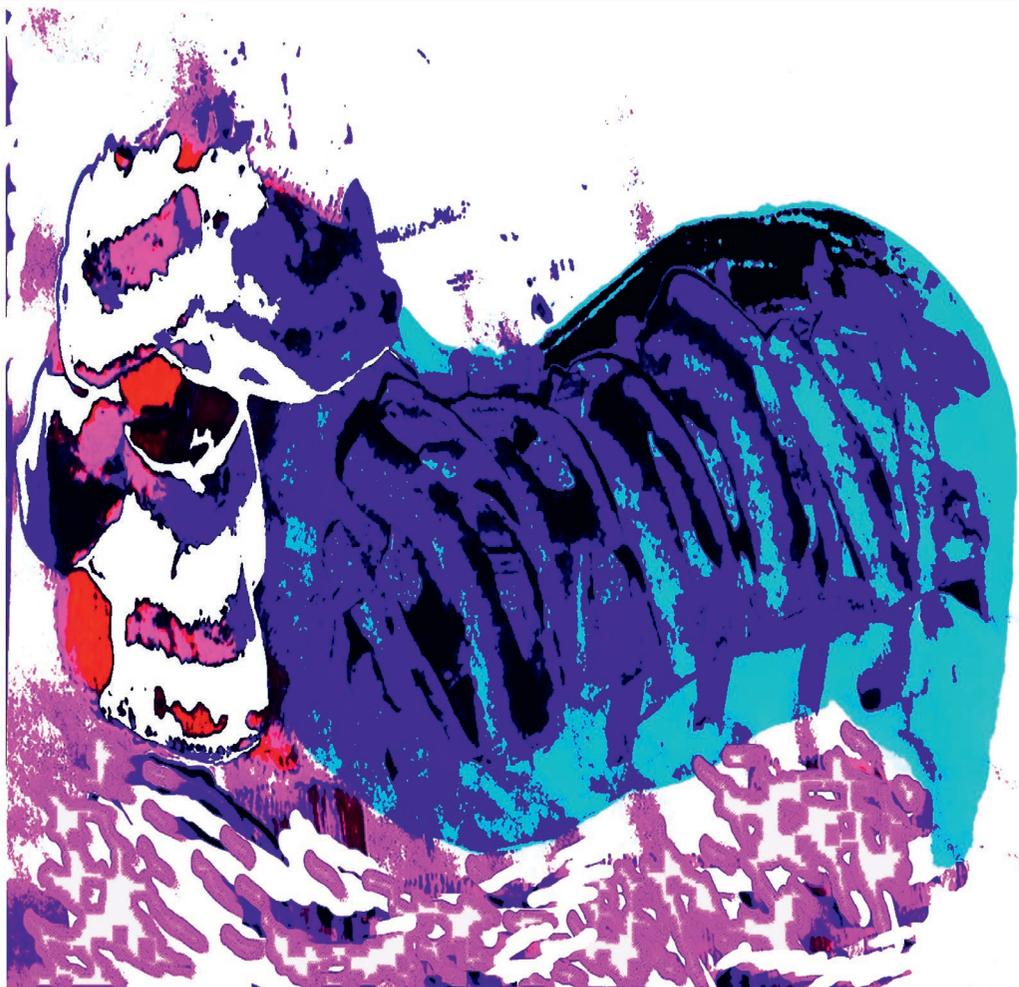


**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE & SALUTE

ANNO XXIII - NOVEMBRE 2008 - N. 2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38100 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



- ▶ SCIENZE, ARTI E MUSICA IN CASA VERONESI
- ▶ VERSO UN PESO FORMA
- ▶ QUATTRO TRAPIANTI PER QUATTRO FRATELLI
- ▶ UN PAZIENTE VENUTO DAL NORD
- ▶ IL PROGRAMMA DI CURE DEL MALATO
COME "AGENDA CONDIVISA"
- ▶ E LA MALATTIA DIVENTA RISORSA
- ▶ UNA REALTÀ IMPORTANTE
DELLA SOCIETÀ MODERNA
- ▶ LE INTOSSICAZIONI DA FUNGHI IN TRENTO
- ▶ FORMAZIONE SULLA DIALISI PERITONEALE

- ▶ ASPETTI PSICOLOGICI E RELAZIONALI
NEL PAZIENTE IN DIALISI
- ▶ BREVI NOTE DI UN VIAGGIO
NELLO YUCATAN
- ▶ DIALISI E DINTORNI DI UN DICOTTENNE
- ▶ L'UOMO SENZA TESTA
- ▶ IN RICORDO DI NELLA,
ANIMA DEL NOSTRO GRUPPO
- ▶ IL PERCORSO DEL SOGNO AMERICANO
- ▶ MICOLOGIA CHE PASSIONE!
- ▶ I LATI OSCURI DELLO SVILUPPO MONDIALE

sommario

Scienze, arti e musica in casa Veronesi <i>a cura di Olimpia Gargano</i>	3
Verso un peso forma <i>di Carlo Pedrolli</i>	4
Quattro trapianti per quattro fratelli <i>di Cristina Andreotti</i>	6
Un paziente venuto dal nord <i>di I.P.</i>	7
Il programma di cure del malato come "agenda condivisa" <i>di Antonella Lama</i>	8
E la malattia diventa risorsa <i>di Maria Elena Tovazzi</i>	10
Una realtà importante delle società moderne <i>a cura di Luisa Giovannini ed Anna Dalprà</i>	12
Le intossicazioni da funghi in Trentino <i>a cura di Alberto Valli, Cristina Comotti, Ermanno Brunelli</i>	13
Formazione sulla dialisi peritoneale <i>L'Equipe</i>	15
Aspetti psicologici e relazionali nel paziente in dialisi <i>a cura di Maria Assunta Floretta e Silvana Prada</i>	18
Brevi note di un viaggio nello Yucatan <i>di Serena Belli</i>	20
Dialisi e dintorni di un diciottenne <i>di Gianni Toninato</i>	23
L'uomo senza testa <i>di Lorenzo Ricci</i>	24
In ricordo di Nella, anima del nostro Gruppo <i>gli Amici dell'Auto Mutuo Aiuto</i>	25
Il percorso del sogno americano <i>di Lonely Bear</i>	26
Micologia che passione! <i>di Aldo Nardi</i>	28
I lati oscuri dello sviluppo mondiale <i>di Aldo Nardi</i>	30

L'A.P.A.N. e i suoi scopi



L'A.P.A.N. è un'Associazione di Volontariato, senza scopo di lucro, operante già dal 1982, dotata di personalità giuridica ed iscritta all'albo Provinciale delle Associazioni di volontariato.

I PRINCIPALI SCOPI E OBIETTIVI SONO:

- Effettuare un servizio di volontariato presso i reparti di Nefrologia e Dialisi a favore dei pazienti ivi ricoverati, con particolare attenzione alle loro esigenze umane e sociali, portando assistenza, ove possibile, anche al di fuori dei reparti;
- studiare i problemi inerenti la nefrologia ed il trapianto, organizzare incontri, dibattiti e convegni, promuovere iniziative volte alla informazione ed alla prevenzione;
- studiare e promuovere la definizione e l'attuazione di una politica sanitaria anche in collaborazione con altre Associazioni a favore del dializzato e del trapiantato;
- pubblicare e diffondere la rivista "Rene & Salute", che raccoglie articoli sull'attività dell'associazione, su problemi medico-scientifici, su questioni di politica sanitaria, su eventi culturali di attualità;
- organizzare e svolgere altre attività, come la gestione "no profit" di Centri per Dialisi;
- promuovere attività ricreative e socio-culturali a favore dei soci;
- creare gruppi di Auto Mutuo Aiuto tra pazienti.

IN QUESTO NUMERO

ASSOCIATO
ALL'UNIONE
ITALIANA
STAMPA
PERIODICA



In copertina:
"mutazioni 0108", 2008
acrilico su carta
di Alessandro Gioio

RENE&SALUTE

Trimestrale d'informazione e cultura dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.) - Anno XXIII - 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:
38100 TRENTO - Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 - apantrento@virgilio.it
apan.tn@alice.it

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

COLLABORATORI per questo numero: Cristina Andreotti, Lonely Bear, Serena Belli,

Ermanno Brunelli, Cristina Comotti, Anna Dalprà, Maria Assunta Floretta, M. Floriani, Olimpia Gargano, Luisa Giovannini, Antonella Lama, Aldo Nardi, Carlo Pedrolli, Silvana Prada, Lorenzo Ricci, Gianni Toninato, Maria Elena Tovazzi, Alberto Valli.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di novembre 2008.

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».

L'intervista ad un grande oncologo

Scienze, arti e musica in casa Veronesi

a cura di Olimpia Gargano

Nell'antica Grecia ogni forma di espressione culturale, dalle arti alle scienze, era governata dalle Muse, le nove figlie di Giove che dalla loro dimora sul Parnaso ispiravano poeti, scienziati e musicisti.

Nella famiglia del prof. Umberto Veronesi, scienze, arti, musica, poesia e canto sono armoniosamente intrecciati in un Parnaso dei tempi moderni: non per niente, i suoi componenti sono anch'essi nove, con altissime professionalità e interessi che toccano tutti i campi del sapere. Cominciamo dal padre, scienziato di fama mondiale che dà lustro alla medicina italiana. Alto, bello, atletico (ex campione italiano di sci nautico e canottaggio: "due con", come gli Abbagnale", tiene a sottolineare); un sorriso solare che gli illumina il volto brunito, dai tratti schietti e cordiali; una voce calda e pacata che si ascolterebbe per ore. Il suo nome è da decenni una speranza nella lotta contro uno dei più temibili mali del nostro tempo (un "male curabile", secondo la sua definizione): direttore dell'Istituto Europeo di Oncologia, già ministro della Sanità, Veronesi è stato fra i primi a sperimentare con successo un tipo di intervento non invasivo nella cura dei tumori del seno. Un traguardo raggiunto, oltre che con l'impegno scientifico, con la forza del cuore: un gesto d'amore offerto alle donne e alla vita, maturato con la sensibilità del grande medico, consapevole degli strazi inferti nell'anima dalla mutilazione di una parte del corpo che in tutte le culture è considerata l'essenza stessa della femminilità.

Tra i suoi figli (sette, un bell'esempio di fiducia nella vita) ci sono due chirurghi, un Economista all'Università di Chicago,

un architetto e un avvocato. La moglie del professore, una bella pediatra di origine turca, da ragazza studiava canto. Uno dei loro figli, Alberto, è fra i più affermati maestri d'orchestra italiani: direttore musicale del Festival Pucciniano di Torre del Lago, stabilmente alla guida dell'Orchestra Sinfonica Siciliana, nelle scorse settimane ha riportato grandi consensi alla Deutsche Oper di Berlino con la sua direzione dell'"Amico Fritz" di Mascagni.

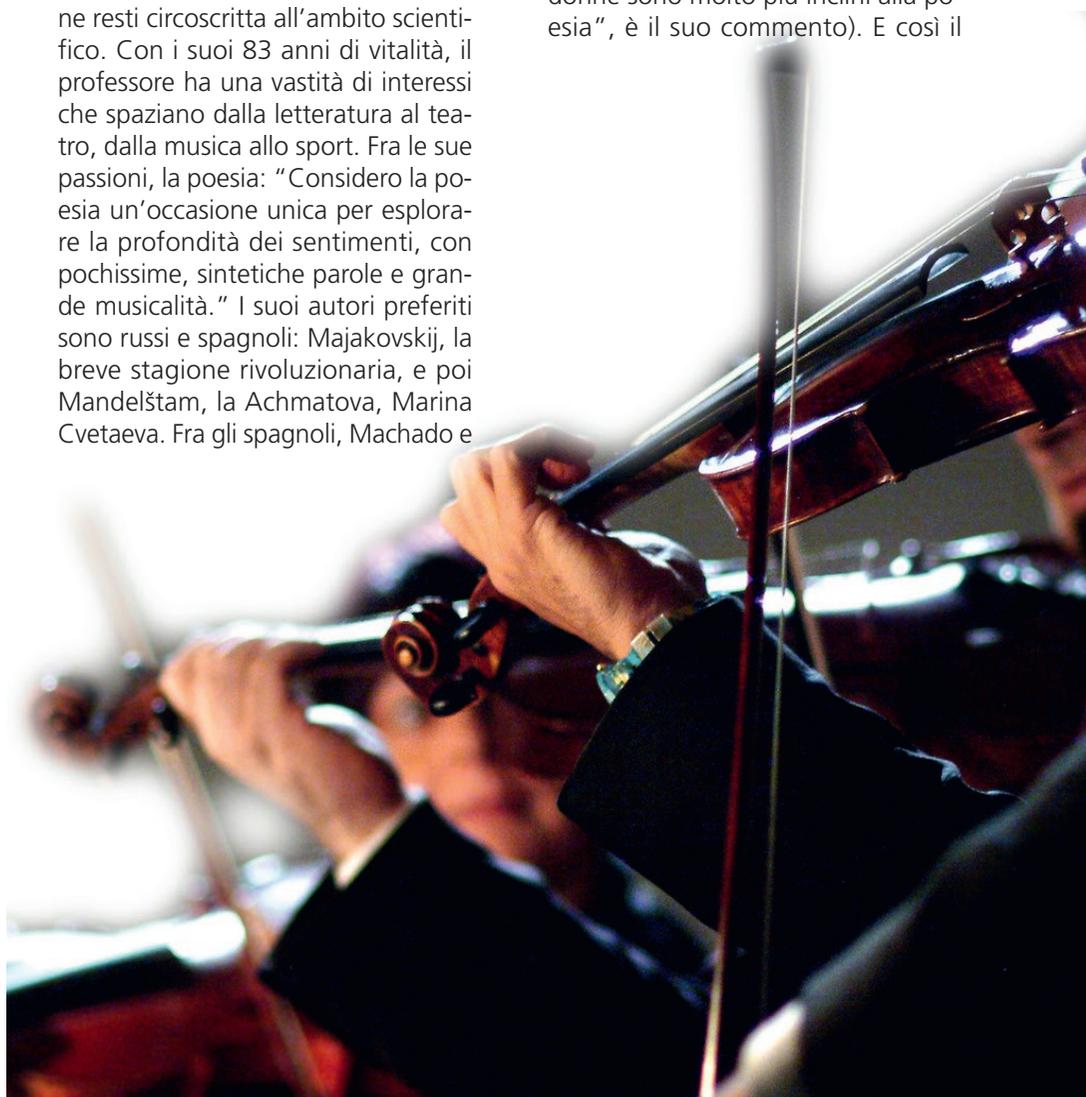
Con un interlocutore come Umberto Veronesi, è difficile che la conversazione resti circoscritta all'ambito scientifico. Con i suoi 83 anni di vitalità, il professore ha una vastità di interessi che spaziano dalla letteratura al teatro, dalla musica allo sport. Fra le sue passioni, la poesia: "Considero la poesia un'occasione unica per esplorare la profondità dei sentimenti, con pochissime, sintetiche parole e grande musicalità." I suoi autori preferiti sono russi e spagnoli: Majakovskij, la breve stagione rivoluzionaria, e poi Mandelštam, la Achmatova, Marina Cvetaeva. Fra gli spagnoli, Machado e

Alberti. Nella narrativa, ama soprattutto il romanzo di ricerca, autori come Thomas Mann, Musil, Joyce: "Pagine complesse, a volte ostiche, tese a indagare l'uomo nella sua interiorità, le grandi questioni esistenziali."

E poi c'è l'arte drammatica: "Ho sempre frequentato con grande passione il teatro che persegue la ricerca della verità a tutti i costi."

Già, la verità a tutti i costi. Venendo da un luminare della scienza che convive fianco a fianco con le grandi, spesso terribili, verità dell'esistenza, quest'ultima affermazione è di quelle che lasciano il segno: chissà se il professore se n'è accorto, ma il termine che usa con maggiore frequenza quando parla delle sue passioni di lettore è "ricerca". Non sarà un caso.

Gli interessi letterari, Veronesi è riuscito ad applicarli anche alla sua quotidiana lotta contro il cancro. Erano anni che nei suoi armadi si andavano accumulando volumetti rilegati e poesie sciolte, spesso inviategli dalle ex pazienti, e da donne in genere ("le donne sono molto più inclini alla poesia", è il suo commento). E così il



Movimento "Europa Donna", da lui fondato nel 1991, ha indetto un concorso di poesie e racconti brevi, giunto quest'anno alla V edizione, scaturiti da esperienze, dirette o partecipate, di malattie tumorali del seno.

"L'anno scorso, quando la giuria si è riunita a leggere i testi, non ho potuto trattenere le lacrime di fronte a tanta intensità emotiva. La sofferenza produce maturità espressiva, il dolore affina, scavando dentro di noi."

A questo punto, proviamo a carpirgli un piccolo segreto: sappiamo che, oltre a esserne appassionato lettore, il prof. Veronesi le poesie le scrive. Alla richiesta di sentirne qualche verso, si schermisce, garbato: "Piccole cose, non ne vale la pena...". Difficile credergli, in questo caso.



dal sito www.ondaosservatorio.it
© O.N. Da Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna

Per finire, qualche consiglio salutista. Definendosi "vegetariano pacifista a oltranza", espone con fermezza la propria regola alimentare: "Il cibo, il pranzo in compagnia sono una celebrazione della vita". Dunque, niente vittime alla sua tavola.

E il suo alimento preferito? "Spaghetti! Che ci potrebbe essere di meglio? L'allegria, la ricchezza di un piatto di spaghetti." In particolare? "In tutte le salse, ma più di tutto... aglio, olio e peperoncino!" Un prestigioso riconoscimento all'emblema della mediterraneità.

Consigli preziosi dall'Obesity Day

Verso un peso forma

di Carlo Pedrolli*

Tutti parlano di obesità: giornali, televisioni, spesso in modo competente, spesso in modo superficiale e non sempre senza secondi fini; basti pensare agli imbonitori televisivi che cercano di venderci improbabili rimedi sciogli-grassi o sciogli - pancia a prezzi elevatissimi e purtroppo spesso anche con delle implicazioni giudiziarie.

Meglio pertanto affidarsi a società scientifiche serie, come per es. l'ADI (Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica) che anche quest'anno promuove una giornata di prevenzione dell'obesità definita "Obesity Day" che viene celebrata a Trento, Rovereto e in centinaia di altre città dove è presente un Servizio di Dietetica.

Uno dei problemi che si sta evidenziando in questi ultimi mesi è il fatto che anche la nostra dieta comincia a risentire della crisi economica attuale; dal carrello della spesa, infatti, sono sempre meno presenti frutta, verdura e olio d'oliva con il loro carico di nutrienti, elementi alla base della cosiddetta dieta mediterranea dalla quale ci stiamo sempre più allontanando, proprio quando questa viene apprezzata e caldeggiata da paesi, come quelli anglosassoni, che ne sono così lontani in termini culturali e storici.

Si verifica infatti un paradosso in questo momento di crisi economica: più gli italiani tirano la cinghia, più ingrassano. Infatti le difficoltà economiche forzano ad un modo di fare la spesa

che tiene conto più dello scontrino che della salute; in nome del risparmio si abbassa la qualità. Questo dal punto di vista nutrizionale si traduce in alimenti più ricchi di grassi e zuccheri. Ed è difficile, davanti ad evidenti difficoltà economiche, dire ad una donna di fare la spesa badando alla qualità e di portare in tavola più frutta, verdura e pesce, usare pochi grassi, meglio se olio extravergine di oliva. Tuttavia conciliare portafoglio e bilancia non è impossibile. Così l'esercito di chi si allarga in attesa dello stipendio, gli obesi e sovrappeso 'da fine del mese', va letteralmente a ingrassare le fila degli italiani che hanno problemi con la bilancia.

Secondo i dati emersi dal Progetto cuore dell'Istituto superiore di sanità, in Italia oggi il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi.

Dall'ADI vengono una serie di consigli pratici su come comportarsi al momento di acquistare i prodotti alimentari e sul come consumarli

1) Mai fare la spesa in grandi quantità se non si è più che sicuri che gli alimenti acquistati si possano conservare e mangiare con gradualità.





Si rischia di mangiare troppo per paura di buttare o, al contrario, di non aver risparmiato perché il superfluo finisce nella spazzatura; da questo punto di vista sarebbe opportuno fare la spesa con un elenco scritto delle cose da comprare per non farsi allettare troppo da prodotti esposti in modo particolarmente invitante e che poi avvertiamo un obbligo morale a consumare.

- 2) Mai avere fretta. Cibi pronti, pasti veloci e cibi freddi mal si conciliano con la linea. Mai come in dietetica "il presto è nemico del bene"; cucinare e nutrirsi sono attività che meritano tempo e rispetto; è impossibile assumere una dieta bilanciata e corretta senza dedicare ad essa il tempo necessario in cucina e a tavola.
- 3) Mai "rinunciare al modello mediterraneo", magari per una più economica dieta 'fast food'; la cosa è particolarmente importante per le pause pranzo troppo spesso sacrificate in tempi e spazi esigui con scelte alimentari che nulla hanno a che fare con la nostra cultura culinaria.
- 4) Controllare la spazzatura: sembra strano che tale invito venga da un dietologo, ma se la quantità dei nostri "scarti alimentari" aumenta tanto vuol dire che compriamo troppo o male.
- 5) Consumare frutta e verdura di stagione e se possibile prodotti regionali. Si tratta quindi di favorire la cosiddetta filiera corta dei prodotti alimentari che, oltre ad effettuare un risparmio energetico sui trasporti, sviluppa il nostro comparto agro-alimentare e ci fa

risparmiare anche del denaro.

- 6) Mangiare pesce azzurro, anche surgelato, e il nostro pesce d'acqua dolce come la trota, il pesce persico, che hanno dei costi contenuti e un contenuto di acidi grassi particolari, detti omega-3, che ci danno una certa protezione coronarica.
- 7) Limitare la carne; stare attenti soprattutto ad evitare un eccessivo utilizzo di carni alla griglia, scartando tutte le parti di alimento carbonizzate perché potenzialmente cancerogene. Incrementare l'utilizzo dei legumi in modo adeguato come fonte proteica, impiegando anche legumi poco utilizzati nella nostra provincia come lenticchie e ceci.
- 8) Confezionare in casa il più possibile alimenti come dolci e torte. Tali prodotti non vanno esclusi in una dieta sana ma vanno limitati in quantità e soprattutto devono essere preparati con ingredienti di ottima qualità che spesso la grande distribuzione non può usare per il loro costo eccessivo; basterebbe solo citare l'uso dei famosi grassi vegetali, indicati sulle etichette di snacks e merendine e che spesso nascondono non olio di oliva, come si potrebbe pensare, ma olio di origine tropicale di dubbia sicurezza igienica e di sicura composizione ricca in acidi grassi saturi atherogeni.

Il motto della giornata di quest'anno dell'Obesity Day è "Non rimbalzare da una taglia all'altra. Fai centro!". Con questo motto si vuole indicare che ogni persona deve tendere a raggiungere un peso "ragionevole" che la porti ad avere una qualità di

vita migliore e la protegga in senso cardiovascolare al di là dei condizionamenti e dei miraggi imposti dai media. Pertanto un peso ragionevole che non induca alcuno a raggiungere pesi eccessivamente bassi, come spesso succede nel mondo degli adolescenti, soprattutto di sesso femminile; d'altra parte bisogna evitare gli eccessi di peso, che spesso sono sotto gli occhi di tutti quando camminiamo per strada, con il loro fardello di problematiche fisiche, di relazione ma anche di salute. Lo slogan vuole anche indicare come oscillazioni di peso troppo alte nel tempo possano essere più di danno che di utilità; il peso non dovrebbe essere una preoccupazione solo per i mesi estivi o quando ci dobbiamo presentare ad una cerimonia importante per noi o la nostra famiglia; dovrebbe essere una preoccupazione costante per la quale affrontiamo costantemente una dieta salutare ed una attività fisica regolare.

In questo tuttavia non si è soli; quasi tutti gli ospedali di media grandezza sono dotati di un Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica dove si trova personale medico e dietetico specializzato che sa dare un consiglio dietetico professionale, equilibrato e serio ed al quale è opportuno rivolgersi per consigli piuttosto che affidarsi a diete miracolose suggerite da attori, fattucchiere o guru della comunicazione di dubbia competenza dietologica.

* Dott Carlo Pedrolli, Unità Operativa Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica -A.P.S.S. Trento

Quattro trapianti per quattro fratelli

di Cristina Andreotti*

Nel giugno scorso, con il trapianto di rene dell'ultima componente della famiglia, si è realizzato il sogno: un'intera famiglia è passata dalla dialisi al trapianto. Questa famiglia, composta da due sorelle e due fratelli, di cui due gemelli eterozigoti, è stata sottoposta a dialisi a causa della perdita della funzione renale, secondaria ad una malattia genetica, la malattia renale policistica (ADPKD); ora tutti e quattro i fratelli hanno ricevuto il dono di un rene. Una sorella è stata trapiantata presso il Centro Trapianti dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, due fratelli presso il Centro Trapianti di Verona Ospedale Maggiore, una sorella presso il Centro Trapianti dell'Università di Innsbruck.

La malattia renale policistica autosomica dominante (ADPKD) è una malattia ereditaria congenita, già presente alla nascita, ma con una fase asintomatica molto lunga per cui è raro vedere pazienti con perdita della funzione renale prima dei 40 anni.

Anche in questa famiglia la dialisi è stata iniziata verso i 55 / 56 anni per i due fratelli più vecchi e dai 50 / 51 anni per i due gemelli eterozigoti, più giovani.

In caso di ADPKD, l'aggravarsi della insufficienza renale si accompagna sempre ad un marcato aumento della dimensione delle cisti e, secondariamente, ad un aumento del volume dei reni. Talvolta il volume renale è tale da richiedere una nefrectomia, cioè una asportazione dei reni, prima del trapianto.

Nel corso della valutazione di ido-

neità alla iscrizione in lista di attesa per il trapianto, si valuta infatti l'indicazione alla nefrectomia per quei reni così grandi da occupare tutto l'addome. Altre volte la nefrectomia può essere indicata per pazienti che abbiano presentato infezioni ricorrenti, emorragie, dolore o compressione sullo stomaco da parte di un rene troppo voluminoso. Anche uno dei quattro fratelli è stato sottoposto a nefrectomia pre-trapianto.

Nei pazienti policistici un altro problema clinico rilevante, che peggiora la situazione di base, è la comparsa di ipertensione. Anche i componenti

della nostra famiglia hanno presentato, in maniera omogenea, vari gradi di ipertensione. Tale ipertensione, spesso difficile da trattare, è secondaria ad una attivazione del sistema renina-angiotensina, che causa sia vasocostrizione tramite l'attivazione dell'angiotensina II, che ritenzione di sodio tramite l'attivazione dell'aldosterone.

Tornando alla nostra famiglia, il tempo di attesa per il trapianto da donatore deceduto è stato diverso per i quattro fratelli: attesa di 5 anni per quello che è stato trapiantato a Milano, di 4 anni per quello trapiantato ad Innsbruck e, rispettivamente di 3 ed 1 anno, per i due fratelli che si sono recati a Verona. Fortunatamente però, in un periodo in cui registriamo un calo delle donazioni, tutti e quattro hanno ricevuto il trapianto.

Dopo il trapianto i quattro fratelli hanno iniziato una triplice terapia immunosoppressiva con la combinazione di: prednisone, mofetil micofenolato e ciclosporina (due casi), prednisone, mofetil micofenolato e tacrolimus (gli altri due). Due di loro hanno purtroppo manifestato un diabete post trapianto. Ovviamente non tutti i reni trapiantati hanno lo stesso livello di funzione, qualcuno funziona bene, qualcuno ha una funzione ridotta. Inoltre, in uno dei fratelli, si è registrato un rigetto acuto che ha richiesto una terapia antirigetto con alte dosi di cortisone.

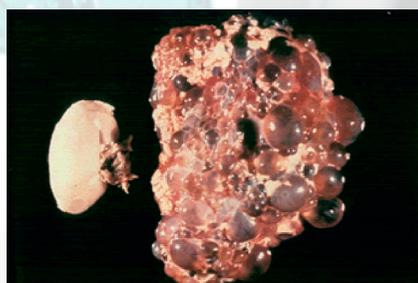
Ma la dialisi e il trapianto sono



Dall'Arcipelago delle Isole Faroe

Un paziente venuto dal nord

di I.P.



ADPKD kidney

l'unica prospettiva per la malattia renale policistica ?

Nel futuro della ADPKD si profila una intensa stagione di studi clinici, indirizzati a prevenire la progressione della patologia. Le mutazioni genetiche responsabili sono state identificate, la funzione delle proteine codificate da questi geni è stata in parte esplorata. Questa maggiore comprensione nella genesi e nella progressione del danno renale ha posto le basi per lo sviluppo di terapie efficaci.

L'utilizzo, sia degli antagonisti dei recettori V2 della arginina-vasopressina, che degli inibitori mTOR, ha dato risultati promettenti nella sperimentazione di laboratorio. Ci auguriamo quindi che ne derivi una terapia utilizzabile in campo umano. Nel frattempo, nella pratica clinica, l'arruolamento dei pazienti nello studio HALT con farmaci ipotensivi (ACEi e ARB) sta per essere ultimato. Da questi farmaci ci aspettiamo che allunghino la vita dei reni, migliorando la prognosi e la qualità di vita dei pazienti con rene policistico.

* La dottoressa Cristina Andreotti è Responsabile dell'Ambulatorio del trapianto renale - Ospedale di Trento



Il Centro Emodialisi Garda di Arco ha accolto nel mese di giugno, per due settimane, un gruppo di una ventina di pazienti venuti in vacanza sul Lago di Garda dalla lontana Danimarca.

Il gruppo, oltre ad essere accompagnato da un Responsabile dell'Associazione Danese dei Pazienti Dializzati, aveva al seguito due Infermiere. I pazienti, pur non provenendo tutti da un unico Centro Dialisi, ma bensì la maggior parte di loro da Centri Dialisi diversi, si sono dimostrati fin da subito un gruppo ben amalgamato e molto socievole.

Fra questi c'era un paziente in particolare, il Sig. Poulsen Eiler, che vive in un'isola dell'Arcipelago delle Isole Faroe ("isole delle pecore"). L'Arcipelago si trova nel Nord Atlantico tra la Scozia, la Norvegia, l'Islanda ed il Circolo Polare Artico ed appartiene politicamente alla Danimarca. È un posto magico dove il tempo sembra essersi fermato, composto da 18 Isole, con una popolazione complessiva di circa 48.000 abitanti.

La città principale, nonché capoluogo, è Torshavn che conta circa 19.000 abitanti, con le case dai colori variopinti in stile vichingo, il mare blu e le verdi colline. Il Signor Poulsen era accompagnato dalla moglie, una signora molto simpatica ed intraprendente; entrambi avevano frequentato l'Università a Copenaghen.

Alla fine delle due settimane di permanenza il gruppo era molto dispiaciuto di lasciare l'Italia e si è ripromesso di ritornare. In particolare, gli ospiti hanno espresso la loro ammirazione per le bellezze del Lago di Garda. Nelle due settimane trascorse presso di noi hanno fatto numerose escursioni nei dintorni, ammirando paesaggi per loro inediti.

Un particolare apprezzamento va all'Associazione Danese dei Pazienti Dializzati, che ha dimostrato di saper programmare ed organizzare momenti di serenità e benessere per i propri pazienti.

Abbiamo trovato nel gruppo un bel entusiasmo di vita e, soprattutto, abbiamo notato, come succede spesso nei gruppi di pazienti che ospitiamo, che nonostante le specifiche difficoltà "il gruppo dà la forza".



Il programma di cure del malato come "agenda condivisa"

di Antonella Lama*

Nei prossimi 50 anni un terzo degli abitanti dei Paesi Sviluppati avrà un'età superiore ai 60 anni. Al progressivo allungamento dell'età media farà seguito un corrispondente aumento del numero di persone affette da malattie di lunga durata o permanenti, malattie dovute a cause non reversibili, che procurano invalidità di vario grado: **le malattie croniche**. Tali malattie costituiscono una conseguenza indiretta e imprevedibile del miglioramento delle condizioni di vita a livello sociale, igienico sanitario ed economico, oltre che del costante progredire della scienza medica. La cronicità si differenzia dalle forme acute di malattia: non è una parentesi di malessere destinata a risolversi nel breve tempo, quanto piuttosto una condizione stabile di mancanza di salute che comporta conseguenze a livello psicosociale per la persona malata e per i suoi familiari.

La persona con malattia cronica deve farsi carico attivamente e costantemente della propria condizione di malato adottando stili di vita adeguati ai bisogni soggettivi di salute ed assumendo i farmaci che gli sono stati prescritti. Parte del proprio tempo lo dovrà dedicare a prenotare le visite mediche e gli accertamenti sanitari e per recarsi in Ospedale per i controlli necessari. Dovrà infine attivarsi per ottenere dai Servizi Sociali quelle facilitazioni economiche previste per le persone nelle sue condizioni di salute. Per la maggior parte delle persone non è affatto facile mantenersi costantemente attivi e propositivi nei riguardi della propria malattia e del personale curante: parecchi malati cronici hanno un rapporto incostante con i loro medici e altri non aderiscono correttamente ai bisogni di cura dovuti alla malattia. Molti escono dai programmi terapeutici senza averne parlato coi sanitari.

La capacità della persona malata di concordare con il medico il programma di cure adeguato alle sue caratteristiche e alle sue condizioni di salute viene definito con il termine aderenza, dall'inglese Adherence. Se fino ad alcuni decenni fa il paziente che seguiva il programma di cure veniva definito compliant, e con questo termine si intendeva la sua propensione a seguire norme e prescrizioni indicate dal medico, con l'introduzione del termine adherence (aderenza per noi italiani) si vuole sottolineare maggiormente il carattere di adesione ad un contratto stabilito tra il medico ed il paziente. Con questo mutamento di terminologia si è voluto introdurre un nuovo approccio tra il sanitario e la persona assistita caratterizzato da maggior condivisione delle conoscenze e coinvolgimento nelle decisioni. Si tratta di un approccio dove ciascun contraente svolge un ruolo attivo di partnership. Tuttavia non deve essere facile né per il paziente assumersi la responsabilità di un ruolo così attivo né per il sanitario impostare una relazione caratterizzata da un alto livello di reciprocità se la percentuale di pazienti che non rispettano i consigli del medico resta molto elevata, secondo alcuni anche del 40-50% dei casi. Si tratta di un fenomeno che non può andare più a lungo sottaciuto nella misura in cui può portare conseguenze negative sul malato stesso, che corre il rischio di peggiorare le proprie condizioni di salute, oltre che sugli operatori sanitari, che si sentono feriti nell'autostima ed efficacia professionale dall'eccessivo ricorrere al drop-out da parte dei pazienti (con il termine drop out gli inglesi intendono l'abbandono unilaterale del programma di cure da parte del paziente). Lo stesso sistema sanitario subisce conseguenze negative da

un numero così elevato di abbandoni perché diviene più difficoltoso effettuare una adeguata programmazione sanitaria in presenza di una casistica poco stabile e costante.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un aumento di studi sulle cause del fenomeno dell'abbandono unilaterale delle cure e sulle possibili soluzioni.

Gli studi hanno individuato e approfondito le **variabili maggiormente implicate, a partire da quelle relative al paziente, a quelle riferite al tipo di malattia e al trattamento; ed infine le variabili riguardanti l'interazione operatore-paziente.**

Tra le **variabili riferite alla soggettività del paziente** vengono sondate innanzitutto alcune componenti connesse con l'età della persona malata. È stato osservato come i soggetti in età adolescenziale e gli anziani tendano ad aderire ai programmi di cura con maggior fatica: i giovani perché vorrebbero ridurre la profonda distanza esperienziale rispetto ai loro coetanei in buona salute; gli anziani perché spesso hanno difficoltà a comprendere quanto il medico riferisce loro, non di rado faticano ad udire le indicazioni del medico; soffrono inoltre di una compromissione della memoria a breve termine e della memoria prospettica, che invece risultano fondamentali per fissare le informazioni fornite dal medico e organizzare le cure necessarie. Gli anziani inoltre sono meno disponibili a modificare le abitudini specie in presenza di regimi terapeutici complessi.

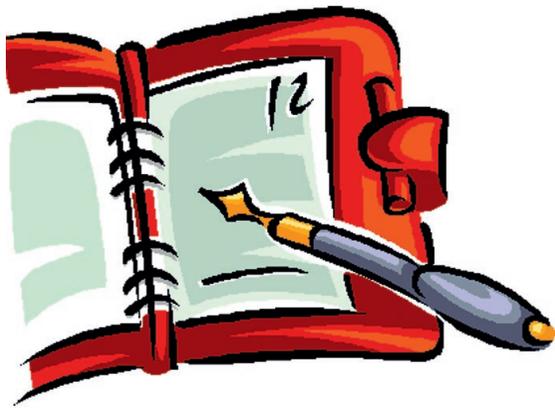
La stessa condizione di solitudine incide negativamente sull'aderenza alle cure: le persone divorziate o vedove e quelle che vivono da sole fanno più fatica delle persone che vivono in compagnia ed hanno una buona rete di

supporto a mantenere i programmi terapeutici.

Infine, tra le variabili relative alla persona malata, un peso determinante viene svolto dalle variabili psicopatologiche. I disturbi psichiatrici, la depressione e l'ansia sono sempre correlate negativamente con l'aderenza.

Per quanto riguarda invece **le variabili riguardanti la malattia** risulta più facile aderire ai programmi terapeutici se le malattie di cui si soffre - *si fanno sentire* -, sono malattie sintomatiche. Quando invece le malattie - *non si fanno sentire* - sono asintomatiche, risulta molto più difficile aderire ai programmi di cura.

Le malattie i cui sintomi non vengono eliminati od attenuati ottengono un minor grado di aderenza di quelle i cui sintomi vengono eliminati con l'assunzione dei trattamenti specifici. Per non



parlare poi della durata della malattia: anch'essa è un fattore che influenza l'aderenza. Le persone sembrano meno inclini ad affrontare un programma di cura quando hanno la consapevolezza di doverlo portare avanti per un tempo molto lungo o, come accade nelle malattie croniche, per l'intera durata della loro esistenza.

Tra le difficoltà segnalate dai pazienti vengono citate le **variabili relative al trattamento**, cioè tutte quelle componenti legate al trattamento che interferiscono con l'attività quotidiana. Per le persone malate risulta più facile introdurre nelle proprie abitudini di vita l'assunzione di qualche farmaco, specie se associato ad un momento quotidiano già ben memorizzato (appena alzato, prima o dopo i pasti principali, prima di coricarsi) che dover modificare le abitudini di vita ed in particolare

le abitudini alimentari. La difficoltà a modificare le abitudini è probabilmente sottovalutata dagli operatori sanitari che faticano a riconoscere il nesso tra abitudini e storia personale, cultura di appartenenza e rapporti affettivi.

Anche il confezionamento dei farmaci rappresenta una variabile significativa: colore, forma, dimensioni, gradevolezza al palato, sono tutti aspetti cui si collega una maggiore o minore facilità di assunzione.

Ed ancora più determinante ai fini di una buona adesione al trattamento risulta la complessità del programma di cura: un alto numero di dosi giornaliere si associa più frequentemente a bassi livelli di aderenza.

Un ulteriore fattore da non sottovalutare riguarda il bilancio tra vantaggi e svantaggi di un trattamento complesso: quando i vantaggi percepiti immediatamente risultano meno apprezzabili degli svantaggi non ci si deve stupire se l'aderenza è più difficile.

Infine il fattore tempo: lunghe liste d'attesa e molto tempo fra una visita e l'altra non accrescono la motivazione del paziente.

La qualità dell'incontro tra la persona dell'operatore sanitario e la persona del paziente diviene una delle variabili che incidono maggiormente sull'aderenza del paziente alle cure. Quando si parla di qualità dell'incontro operatore-paziente entra in gioco la capacità di stabilire una relazione improntata al rispetto reciproco, all'attitudine all'assistenza, al prendersi cura, alla comunicazione e al rispetto del tempo da dedicare ad ogni utente. Il rapporto medico-paziente sta modificandosi: da rapporto di tipo paternalistico in cui il medico era l'unico depositario della conoscenza, si sta introducendo un nuovo modello di relazione, improntato maggiormente alla partnership. Questo nuovo stile di relazione prevede che il medico ed il paziente concorrano entrambi, ciascuno per gli aspetti di propria competenza, nella costruzione del loro rapporto, concordando il tipo di programma da seguire e la sua progressione.

Tra i comportanti virtuosi va ricordata la riduzione dei tempi di attesa; l'attenzione agli orari concordati per le visite, le facilitazioni per l'accesso del

paziente all'ambulatorio se si tratta di una prima visita; la programmazione e condivisione dei follow-up; l'attitudine a discutere apertamente delle proprie ragioni, degli appuntamenti mancati o del ritardo e a chiedere le ragioni dei mancati appuntamenti o dei ritardi imputabili al paziente. Ed ancora: incoraggiare il paziente ad esprimere tutte le sue preoccupazioni, discuterle insieme, concordare le finalità del trattamento, accordarsi sulle priorità.

La conoscenza di questi studi da parte degli operatori sanitari e dei pazienti dovrebbe indirizzarli a cercare nuovi e più efficaci modelli di comunicazione e di relazione operatore-paziente che facilitino l'aderenza alle cure. L'operatore sanitario è stimolato da queste ricerche a dare importanza alla soggettività di ciascun paziente. Ogni persona infatti, a seconda dell'età, delle caratteristiche psicosociali, del tipo di malattia di cui è portatore etc, sarà più o meno facilitato nel seguire le cure che gli sono necessarie. Soltanto esplorando apertamente con il paziente tutte le difficoltà, il medico potrà contribuire all'aderenza.

Anche il paziente dovrà acquisire un nuovo approccio con le cure e col personale sanitario. Anziché celare i dubbi e le difficoltà incontrati dovrà esprimerli e discuterli apertamente, verbalizzando inoltre chiaramente quali impegni intende prendersi per la buona riuscita del trattamento.

A questo proposito oggi si parla frequentemente di **agenda condivisa**. L'agenda condivisa è l'esito, anche provvisorio, di una negoziazione aperta di obiettivi e intenti relativamente al programma di cure possibile. Tale agenda non sarà data una volta per tutte, ma si modificherà nel tempo adattandosi alle novità portate e discusse dai due contraenti. Nell'agenda verranno virtualmente sottoscritti gli impegni assunti di volta in volta dall'operatore sanitario e dal paziente in un rapporto di condivisione di responsabilità rispetto alle cure.

*Antonella Lama è responsabile di psicologia ospedaliera presso l'U.O. 1 di Psicologia dell'A.P.S.S. di Trento

Cresce il peso delle comunità locali e delle persone

E la malattia diventa risorsa

di Maria Elena Tovazzi*

L'invecchiamento della popolazione pone i sistemi sociali e sanitari di fronte a nuove sfide: l'aumento delle patologie croniche e la perdita di autonomia ad esse correlata determinano nuovi bisogni, cambiamenti nella domanda di beni e servizi e la necessità di trovare nuovi modelli assistenziali che possano avere effetti positivi sia sulla salute che sull'economia.

Una parte importantissima dell'attività extraospedaliera è rappresentata dalla cura a lungo termine di pazienti affetti da patologie croniche che richiedono un controllo costante nel tempo.

Nella patologia cronica, a differenza di quella acuta, il malato non è colpito soltanto a livello biologico ma anche a livello psicologico e sociale. Chi è affetto da una patologia cronica non solo deve fare i conti con una malattia di lunga durata ed irreversibile che può procurargli invalidità di vario grado ma anche con importanti cambiamenti nello stile di vita.

Negli Stati Uniti si sta dimostrando efficace un nuovo modello assistenziale nella gestione della malattia cronica. Secondo questo modello, il miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti si realizza attraverso un approccio proattivo (in grado cioè di prevedere e anticipare eventuali complicazioni e peggioramenti della malattia) in cui è fondamentale il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità; la forte integrazione tra cure primarie e secondarie; l'utilizzazione di percorsi assistenziali e di linee guida basate sull'evidenza; la motivazione dei professionisti attraverso adeguati incentivi.

Operare in maniera proattiva significa riconoscere i pazienti con differenti livelli di rischio e con comorbidità. Secondo questo paradigma per garantire una buona assistenza ai malati cronici, bisogna agire su sei punti fondamentali:

- I sistemi informativi
- Le risorse della comunità
- Le organizzazioni sanitarie
- Il supporto all'autocura
- L'organizzazione del team
- Il supporto alle decisioni

Poiché alcuni dei punti sopraelencati sono già stati ampiamente sviluppati nelle precedenti edizioni di questa rivista, ritengo utile porre l'attenzione sul ruolo delle risorse comunitarie nella gestione della malattia cronica.

Secondo il "Chronic Care Model" per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici è importante che le istituzioni sanitarie stabiliscano un solido collegamento con le risorse della comunità ed in particolare con il volontariato sociale. La maggior complessità dei bisogni espressi dalla popolazione, soprattutto nell'ambito della patologia cronica, la crescente specializzazione verificata all'interno delle discipline clinico-terapeutiche, che tendono sempre più a parcellizzare la cura e la crisi delle reti sociali naturali ci rendono consapevoli che le istituzioni formali non riusciranno da sole in futuro a rispondere alla domanda espressa dai cittadini nel campo della salute.

In questi ultimi anni le leggi vigenti, sia in campo sanitario che sociale, hanno provocato profondi mutamenti nel nostro sistema di "welfare" contribuendo ad assegnare maggior peso alla comunità locale e alle persone. L'obiettivo della "welfare community"

è quello di produrre servizi orientati a valorizzare le risorse e le potenzialità degli individui.

Gli stessi principi sono contenuti anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. In particolare si vuole promuovere la partecipazione del cittadino attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari.

La partecipazione non è intesa solo come adesione del cittadino alle scelte clinico-terapeutiche che lo riguardano ma, dal momento che sono i cittadini a finanziare il sistema sanitario, anche come partecipazione delle associazioni dei pazienti e delle loro famiglie alla determinazione delle politiche assistenziali. Viene quindi valorizzato anche il ruolo del terzo settore nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il cittadino deve essere il protagonista principale delle scelte che riguardano la sua salute. Solo se le persone sono consapevoli della propria situazione clinica e delle possibilità terapeutiche possono scegliere consapevolmente e liberamente il proprio piano di cura assumendosi le relative responsabilità. In Trentino, nell'ambito della malattia renale cronica, esistono enti di volontariato che si pongono come obiettivo quello di promuovere una maggior partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie alle decisioni riguardanti la salute. L'A.P.A.N. (Associazione Provinciale Amici della Nefrologia) fondata nel 1982 ha tra i suoi obiettivi quello di effettuare servizio di volontariato presso i reparti di Nefrologia e Dialisi del Trentino; di diffondere e studiare i problemi inerenti il campo della Nefrologia; di promuovere la definizione e l'attuazione di una politica a favore del dializzato e del trapiantato e per ultimo quello di cooperare ad iniziative di vario interesse nel settore della Nefrologia e Dialisi in ogni forma e con ogni mezzo possibile.

Allo stesso modo l'A.N.E.D. Trentina (Associazione Nazionale Emodializzati) ha come obiettivo la tutela a livello legislativo, sanitario e assistenziale dei cittadini affetti da insufficienza renale cronica.

Oltre ad impegnarsi in campagne di educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie renali si occupa di sensibilizzare la popolazione al problema dei trapianti d'organo.

***“Trovarsi è un inizio, restare assieme un progresso,
collaborare un successo!
Ognuno e tutti possono collaborare al successo;
con Noi provaci anche Tu”.***

Inoltre l'associazione è anche membro effettivo del CEAPIR (Confederazione Europea Associazione Nefropatici).

L'A.M.A (Associazione Mutuo Aiuto) riveste infine un ruolo importante e particolare nella cura della nefropatia cronica.

Nata nel 1935 negli Stati Uniti per scongiurare l'alcolismo, quando quest'ultimo era considerato ancora un problema morale, si è poi diffusa nell'ambito della tossicodipendenza, del tabagismo, della malattia mentale, della depressione, dell'obesità, dell'oncologia etc.

Per quanto concerne l'alcolismo, si notò che la capacità di mantenere la sobrietà da parte degli affetti da questa dipendenza era legata all'aiuto e al sostegno che essi potevano offrire a persone che avevano lo stesso loro problema.

Nell'ambito della tossicodipendenza, dove il tasso di ricaduta è maggiore nei soggetti che si avvalgono di consulenze psicologiche individuali, si riscontrarono gli effetti benefici dei gruppi di self help: si è visto infatti che i gruppi di auto mutuo aiuto incrementano le loro conoscenze sulle risorse disponibili nel territorio ed amplificano la loro rete sociale. Sorge spontanea a questo punto la domanda:

che cos'è un gruppo di mutuo aiuto? Sostanzialmente è un piccolo gruppo di persone (gruppo di pari) che si associa su base volontaria il cui scopo è quello di aiutarsi e sostenersi reciprocamente per superare un problema, un handicap o per intraprendere un percorso di cambiamento personale o sociale. Ciò che differenzia i gruppi di mutuo aiuto rispetto alle altre organizzazioni di volontariato è che chi vi partecipa dà e riceve aiuto. La possibilità di dare e nello stesso tempo di ricevere aiuto è

data dal fatto che il soggetto portatore del problema possiede un particolare tipo di conoscenza, un bagaglio esperienziale da valorizzare, da condividere con altri e che come tale può essere un punto di riferimento nella risoluzione del loro problema. Condividendo la propria esperienza, ed è questo il principio su cui si basa "l'helper therapy" (terapia dell'aiutante), i soggetti diventano attivi, recuperano fiducia in se stessi e nelle loro potenzialità, scoprono di essere utili a qualcuno e ciò li aiuta a superare il loro stato di passività dato dalla malattia.

Infatti il principio alla base dei gruppi di self-help è quello di mettere in luce le nostre potenzialità partendo dall'assunto che in ciascuno di noi ci sono risorse da scoprire e da valorizzare. Le persone si costruiscono così una nuova identità e diventano consapevoli che, accanto a un'immagine negativa di loro stessi, data dalla fragilità e dalla dipendenza, ne esiste una altrettanto positiva, forte e potente che è la capacità di fornire aiuto.

Si ritiene che la loro efficacia sia dovuta a più fattori: uno molto importante è il sostegno informativo (nel gruppo ci si scambiano consigli, informazioni), un altro la speranza e l'ottimismo (una persona che ha superato un determinato problema può infondere ottimismo e speranza agli altri membri del gruppo). Il gruppo è anche un momento di socializzazione:

si impara a relazionarsi e a riconoscere le difficoltà altrui condivise in momenti di ascolto reciproco; tale comportamento fa bene agli altri e a se stessi. Il racconto all'interno del gruppo ha un ruolo fondamentale: il narrare la propria storia personale consente al soggetto di chiarificare meglio le proprie esperienze e i propri sentimenti, aggiudicando

un maggior significato alla sua vita. Ottenendo una maggior conoscenza di sé, condividendo con altri le esperienze e le intuizioni positive, comprende che il proprio vissuto non è poi così diverso da quello di altre persone. Relativizzando la propria esperienza si riesce a rileggere la propria storia da un punto di vista diverso e soprattutto si capisce di non essere soli a dover portare il fardello della malattia.

Elemento del gruppo di auto mutuo aiuto è l'ascolto empatico; quest'ultimo è la leva fondamentale per costruire una relazione di fiducia nel gruppo. Ad ogni membro deve essere concesso uno spazio adeguato per poter parlare di sé: ponendosi in atteggiamento di ascolto si ha modo di riflettere sull'esperienza altrui e di confrontarla col proprio vissuto, cercando di trovare gli elementi di comunione tra la propria esperienza e quella altrui.

Nella malattia renale cronica i gruppi di self help aiutano il paziente a integrare la malattia all'interno della propria storia individuale e, malgrado il tempo rubato dalla malattia, a costruirsi un nuovo progetto di vita.

L'assiduità al gruppo di auto aiuto consente al malato il confronto con altre persone che condividono lo stesso problema, ma soprattutto gli permette di abbattere le pericolose barriere della solitudine che la malattia comporta.

L'informazione e l'educazione del paziente costituiscono delle tappe fondamentali per la sua aderenza alla cura: si rende necessario che gli operatori sanitari, sia medici che infermieri, informino e orientino il paziente sull'esistenza e sulla valenza terapeutica di questi servizi in quanto le istituzioni non possono farsi carico della salute intesa globalmente.

A Trento esiste un gruppo di mutuo aiuto a cui partecipano dializzati e trapiantati che hanno stretto tra loro un forte rapporto di amicizia. Gli incontri si svolgono ogni quindici giorni a Trento, nella sede di Via Sighele.

*Maria Elena Tovazzi, infermiera professionale Centro Dialisi di Rovereto, sociologa e servitrice insegnante presso il Club degli alcolisti in trattamento.

Secondo l'Istat sono più di ventimila in Italia le Associazioni di volontariato

Una realtà importante delle società moderne

a cura di Luisa Giovannini ed Anna Dalprà*

È facile nutrire una certa ammirazione per le persone che si dedicano al volontariato, ossia quelle persone che dedicano parte del loro tempo libero all'aiuto degli altri, e lo fanno in modo del tutto gratuito, senza chiedere niente in cambio.

Noi viviamo in un mondo in cui i valori principali sono spesso materiali, dove non c'è tempo; fra lavoro, gestione dei figli e della casa si è sempre di fretta ed è difficile riuscire a rallentare. È bello stupirsi vedendo che ci sono ancora delle persone in grado di pensare agli altri e che fanno qualche cosa di concreto per loro.

Oggi le associazioni di volontariato sono molte, sia nel nostro Trentino che nel resto del Paese.

Dall'ultimo *Rapporto biennale sul volontariato - a cura dell'Osservatorio Nazionale* (aprile 2006), è possibile ricavare che, negli ultimi dieci anni, il volontariato in Italia è cresciuto in maniera rilevante. Dalla prima rilevazione del 1995 alla più recente, diffusa dall'Istat nel 2005 e riferita al 2003, l'incremento del numero delle associazioni è stato del 152 per cento. In valore assoluto si è passati da 8.343 a 21.021 unità. Per ogni organizzazione che durante questo lasso di tempo ha cessato la sua attività, ne sono state iscritte negli appositi registri regionali più di dieci nuove.

La composizione territoriale della realtà del volontariato è così distribuita: il 28,5% delle organizzazioni sono nel nord-ovest; il 31,5% nel nord-est; il 19,3% al centro e il 20,7% nel Sud e Isole. La maggiore crescita, del 300%,



si registra in Sicilia, Molise, Campania, nelle province di Trento e Bolzano, in Basilicata e nelle Marche.

Nel 2003 il numero medio di volontari per associazione era inferiore a 40 soggetti.

Da chi è formato il volontariato? Più della metà dei volontari è occupata, l'altra metà si divide tra pensionati, studenti, casalinghe, disoccupati e persone in cerca di prima occupazione; il titolo di studio prevalente è il diploma di scuola media superiore.

Per quanto riguarda i servizi offerti, i volontari agiscono in vari settori: dalla protezione civile, alla tutela dell'ambiente, ai gruppi di auto mutuo aiuto, alla croce rossa; li troviamo negli ospedali, nelle case di riposo, a domicilio di chi ha bisogno. Gli operatori prestano la loro attività nel territorio di residenza, ma anche all'estero, ospitando al proprio domicilio per una vacanza bambini che vivono in ambienti non idonei (bielorussi); organizzano mercatini, lotterie, vendite di dolci per la raccolta di fondi, il cui ricavato è de-

stinato a qualche associazione senza fini di lucro.

I settori di attività prevalenti sono la sanità e l'assistenza sociale, la cultura, la protezione civile e la protezione dell'ambiente.

I servizi più diffusi sono quelli dell'ascolto, sostegno e assistenza morale, donazione di sangue; vengono offerti servizi ricreativi, l'accompagnamento e l'inserimento sociale, la realizzazione di corsi tematici, l'organizzazione di spettacoli, le campagne di informazione, l'assistenza domiciliare, il trasporto di anziani e disabili, le esercitazioni di protezione civile e le prestazioni di soccorso e trasporto malati.

Per quanto riguarda l'utenza a cui si rivolgono le associazioni di volontariato, dobbiamo riscontrare che, nel 2003, tra le categorie di utenti che si sono rivolti alle varie associazioni di volontariato ci sono quelle dei malati e traumatizzati, degli anziani autosufficienti, dei minori, degli immigrati, dei portatori di handicap, degli individui in difficoltà economica, dei familiari di persone con disagio, degli anziani non autosufficienti e dei senza tetto. Che cosa spinge una persona a fare del volontariato? Spesso è l'ideologia, la fede religiosa, tuttavia vi sono anche molte persone non credenti, di diverse ideologie e fasce sociali, di tutte le età, non solo pensionati e anziani, che hanno notoriamente più tempo libero.

Tutti loro hanno alla base lo stesso valore, un comune denominatore che è il rispetto dell'essere umano: il considerare l'altro come uno di loro, la consapevolezza dell'importanza di un sorriso, dell'ascolto, una parola di conforto. Sono persone che mettono a disposizione il proprio sapere, la propria esperienza, il proprio tempo per cercare di fare stare meglio qualcuno, o almeno portare un po' di sollievo. Tutte sono spinte da un sentimento di solidarietà, di appartenenza all'umanità, al genere umano, alla comunità, in cui tutti noi siamo chiamati a far parte della complessa e articolata maglia della rete sociale.

Un altro motore trainante è il desiderio di appartenenza ad un gruppo (associazione), per condividere gli stessi obiettivi. Il gruppo è infatti un insie-

me di persone, tra le quali si stabilisce una relazione, un legame che dà luogo ad un sentimento di appartenenza, poiché tutte tendono al raggiungimento degli stessi obiettivi. Il gruppo offre anche la possibilità di confrontarsi rispetto alle esperienze che si stanno vivendo e condividerle così con gli altri. È tuttavia fondamentale che vi sia un riconoscimento da parte della collettività dell'importanza dell'associazione, perché è proprio tale riconoscimento che ne garantisce l'esistenza.

Nella realtà ospedaliera in cui lavoriamo esistono varie associazioni di volontariato, quasi ogni Unità operativa ha il suo gruppo; operano vicino ai piccoli malati, ai bambini, cercando di strappare loro un sorriso, nei reparti oncologici, chirurgici, nelle geriatrie, dove non è difficile trovare situazione di vera solitudine.

Per queste persone che svolgono la loro attività in un ambito particolare come quello della sanità, a contatto con il malato e i suoi familiari, è necessario un percorso formativo.

Tale formazione, oltre a dare delle conoscenze specifiche riguardo a determinate malattie, dovrebbe offrire all'individuo una chiara definizione del suo ruolo: devono essere chiare le aspettative del volontario rispetto al proprio servizio, nonché le aspettative del gruppo nei suoi confronti.

Tutto questo aiuta l'individuo a trovare un equilibrio, a non farsi coinvolgere in modo eccessivo da alcune situazioni di malattia e sofferenza, ma nemmeno ad assumere un atteggiamento freddo e "asettico". Il volontario deve imparare il modo giusto di porsi e di farsi coinvolgere, costruendo dei confini fra sé e le varie situazioni. Solo in questo modo sarà possibile raggiungere gli obiettivi prefissati dall'attività volontaria.

Per concludere, vorrei esprimere il mio Grazie a tutti i volontari, con una frase di Maria Teresa di Calcutta: *"Quello che facciamo è soltanto una goccia nell'oceano, ma se non ci fosse quella goccia all'oceano mancherebbe"*.

*Le autrici sono infermiere presso l'U.O. di Nefrologia e Servizio di Dialisi Peritoneale - Ospedale Trento

Le intossicazioni da funghi in Trentino



Cortinarius orellanus
(E. Brunelli)

a cura di Alberto Valli, Cristina Comotti, Ermanno Brunelli

I casi di intossicazione da funghi in Trentino non rappresentano una rarità e questo nonostante la cultura micologica ampiamente diffusa nella nostra Provincia, spesso tramandata da padre in figlio, e gli storici contributi dell' Abate Bresadola, micologo di fama mondiale. Le ragioni di tale stato di cose sono diverse. Anzitutto crediamo che, sebbene in passato la tradizione rurale fosse preminente, ormai da tempo anche in Trentino la cultura contadina ha lasciato il posto alla cultura della città e il lavoro agricolo è stato sostituito da quello amministrativo, commerciale, artigianale ed industriale. Anche se alcuni di loro hanno cercato di conservare le tradizioni della famiglia d'origine, (delle gite in montagna o in campagna), ormai i giovani preferiscono dedicarsi ad altre attività ricreative e di lavoro. Il contatto con la natura da parte della maggior parte della popolazione si sta riducendo ed anche la saggezza trasmessa ai ragazzi dalle figure storiche, a causa della vita vorticoso che conduciamo, è un valore destinato a rarefarsi.

Per quanto concerne l'argomento che stiamo trattando, è evidente la necessità di intervenire, mediante terapie disintossicanti o sostitutive della funzione renale ed epatica, in quei casi, per fortuna abbastanza rari ma potenzialmente letali, di intossicazioni da funghi del genere *Amanita*, *Lepiote* di piccola taglia, *Galerina* e *Cortinarius*, funghi che comprendono, nelle loro famiglie, specie devastanti per il fegato e/o i reni.

Scopo principale di una terapia disintossicante deve essere quello di allontanare o inattivare le tossine presenti nell'organismo ed ingerite inavver-

titamente. Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile conoscere rapidamente la tossina incriminata. Sorge pertanto la necessità di affiancare all'attività medica quella specialistica del micologo. Si tratta di un'esigenza recepita da tempo dalla nostra Provincia che ha istituito, nel periodo giugno-settembre, la "reperibilità micologica" trovando nell'Associazione Bresadola, ed in particolare nel suo Presidente, il dott Marco Donini e relativi Collaboratori, un gruppo di esperti sempre disponibili nel prodigarsi contro i rischi di avvelenamenti potenzialmente mortali.

La diagnosi micologica precoce porta infatti ad iniziare una terapia disintossicante rapida ed efficace in quanto impedisce che gli effetti tossici delle sostanze ingerite possano danneggiare organi vitali, quali il fegato e i reni.

L'intervento di disintossicazione iniziale deve essere eseguito presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino e consiste in catarsi salina, lavaggio gastrico con studio del materiale di drenaggio. È questa una procedura estremamente importante che può permettere di discriminare le varietà di funghi ingerite e soprattutto può consentire l'esame diretto delle spore. Anche il periodo di latenza tra ingestione del o dei funghi e la comparsa dei sintomi gastrointestinali può aiutarci a diagnosticare la specie incriminata. Abitualmente, maggiore è il tempo di latenza più grave è l'intossicazione. La lunga latenza si correla infatti a specie estremamente pericolose del genere *Amanita* (*phalloides*, *virosa*, *verna*, *porrinensis*) e *Cortinarius* (*orellanus* e *speciosissimus*); sei, quattordici ore per le prime, addirittura giorni per le seconde.

Nelle intossicazioni da funghi del genere *Amanita* i veleni responsabili sono raggruppabili in tre grandi classi: a) *Falloidine* (falloidina, falloina, fallocidina); b) *Amanitine* (alfa, beta, gamma, delta, epsilon); c) *altre sostanze* (fallina, amanullina, fallina A ed antanamide). Mentre le *falloidine* sono quantitativamente e qualitativamente meno tossiche, grande importanza rivestono le *amanitine*. Le *amanitine* sono composti ciclopeptidici formati da aminoacidi tra loro legati a creare un anello continuo riconducibile ad uno scheletro ocatapeptidico con peso molecolare inferiore a 1000 Daltons. Secondo determinazioni spettrofotometriche 100 gr. di *Amanita phalloides* fresca contengono approssimativamente 10 mg di falloidina, 8 mg di alfa-amanitina, 5 mg di beta-amanitina e solo tracce di altre tossine. La D.L. 100, ossia la dose letale per il cento per cento degli animali trattati, è compresa fra 0,1-0,2 mg/kg. Un carpoforo di *Amanita phalloides* di medie dimensioni contiene dai 5 agli 8 mg di amanitina, quantità sufficiente per uccidere un uomo. Penetrate nell'organismo le tossine svolgono la loro azione a livello del tubo gastroenterico con coinvolgimento della mucosa gastrica, duodenale, digiunale e ileale. Lesa la barriera intestinale passano in circolo e raggiungono l'organo bersaglio, il fegato. Mentre le fallotossine sono tossiche solo per il fegato, le amanitotossine lo sarebbero, secondo alcuni Autori, anche per i reni. Altri negano questa lesività diretta: il rene soffrirebbe indirettamente a causa della disidratazione legata alla perdita abbondante di liquidi dovuta alla diarrea. L'azione tossica verrebbe espletata sul fegato a livello del nucleo delle cellule epatiche e consisterebbe in una inibizione specifica dell'RNA polimerasi B. Ne conseguirebbe un blocco della sintesi delle proteine e degli enzimi essenziali per la vita delle cellule con morte delle stesse. Peculiare, come già accennato, è il lungo periodo di latenza tra l'ingestione dei funghi e la comparsa della sintomatologia gastroenterica caratterizzata da: dolori addominali, vomito e scariche diarroiche subentranti (*fase coleriforme*). A tale fase segue, dopo circa 48 ore, quella "*dell'epatite anitterica o del*

danno epatico" caratterizzata da innalzamento delle transaminasi, delle lattico-deidrogenasi, ipoglicemia e caduta dell'attività protrombinica.

La quarta fase è quella della "*insufficienza epatica o caduta dei fattori della coagulazione*": abbassamento critico dell'attività protrombinica anche al di sotto del 10%, iperbilirubinemia, iperammoniemia e caduta degli enzimi epatici (per mancata produzione epatica). L'evoluzione successiva può portare a morte per coma epatico ed emorragie infrenabili.

Mentre fino a qualche anno fa se non si interveniva precocemente con la disintossicazione la morte era praticamente certa in assenza di trapianto epatico, attualmente è possibile trattare questo tipo di avvelenamento con una macchina sostitutiva della funzione epatica in attesa della risoluzione, almeno parziale, del quadro epatico o di un trapianto di fegato. La sostituzione della funzione renale mediante dialisi è invece raramente necessaria se le perdite dei liquidi per vomito e diarrea sono state adeguatamente compensate.

Il genere *Cortinarius* comprende oltre 3000 funghi, molti dei quali non ancora del tutto classificati. Solo negli ultimi anni, a fronte di precedenti segnalazioni, si è potuto appurare che sono solo due quelli realmente tossici, il *Cortinarius orellanus* (Grzymala) e lo *speciosissimus* (Kuhner). Entrambi questi funghi contengono una tossina chiamata *orellanina*, fotosensibile, termo e pH stabile. Esposta ai raggi U.V. emette fluorescenza blu turchese, non viene alterata dalla cottura se non a temperature molto elevate.

Caratteristica di questa tossina è il tropismo per le cellule dei tubuli renali prossimali con distruzione cellulare che, sul piano clinico, si traduce in una rapida riduzione della funzione renale (Insufficienza Renale Acuta), spesso irreversibile, della quale i segni più caratteristici sono rappresentati dalla contrazione della diuresi e dall'iperazotemia. La *sindrome orellanica* è caratterizzata da un periodo di silenzio sintomatologico, o latenza, variabile, solitamente due-tre giorni; seguono i primi disturbi, modesti, prevalentemente gastroenterici, con secchezza del cavo orale,

nausea, a volte vomito, dolenzia addominale ed epigastralgia. Il dolore addominale presto scompare e così gli altri sintomi. A distanza di circa sette, dieci giorni, in pieno benessere, compaiono dolore lombare bilaterale, tremori, crampi, muscolari, cefalea e, soprattutto, conclamata insufficienza renale. Si capisce chiaramente come l'approccio al paziente con intossicazione da *Cortinarius* debba tendere a proteggere l'integrità renale e debba essere precocissimo, prima che si instauri la distruzione delle cellule tubulari renali ad opera della tossina. Purtroppo, spesso, i pazienti giungono all'osservazione già con insufficienza renale conclamata data la modestia della sintomatologia iniziale e la mancata associazione tra ingestione dei funghi, avvenuta giorni prima, e malessere presentato.

Negli anni ottanta e novanta l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi di Trento s'è particolarmente dedicata allo studio delle intossicazioni da funghi del genere *Cortinarius* dimostrando che dopo dieci, dodici giorni dalla loro ingestione la tossina è assente dal circolo e saldamente fissata al tessuto renale. Questa scoperta ha portato ad abbandonare metodiche depurative sofisticate (emoperfusione, plasmaferesi), inizialmente tentate con l'obiettivo di rimuovere il tossico dai liquidi corporei e alla convinzione che, ad insufficienza renale conclamata, l'unico trattamento attuabile sia quello dialitico e/o trapiantologico.

Siamo convinti che le conseguenze sulla salute, a volte drammatiche, in corso di avvelenamenti da funghi e l'alta incidenza riscontrata (380 casi in 8 anni nella sola nostra provincia) impongano le seguenti procedure:

1. Un'adeguata campagna annuale di sensibilizzazione;
2. la Creazione di una consulenza micologica in ogni Provincia;
3. l'istituzione di un registro delle intossicazioni da funghi;
4. il ricovero precoce per il monitoraggio delle persone a rischio;
5. l'attuazione di protocolli terapeutici adatti al tipo di intossicazione ed alle caratteristiche del paziente;
6. la specializzazione di alcuni laboratori per la ricerca dei tossici.

Formazione sulla dialisi peritoneale

L'Equipe*



Lo scorso 19 ottobre si è svolto a Trento presso l'Ospedale "Santa Chiara" un evento formativo molto rilevante, rivolto a medici ed infermieri, organizzato dal dott. G. Brunori, Direttore dell'U.O. Servizio di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale "Santa Chiara" di Trento: "PD Start Up".

Tale evento argomentava degli aspetti gestionali e clinici di un programma di Dialisi Peritoneale con particolare attenzione alla valutazione del paziente candidato alla metodica.

I docenti sono stati il dott. G. Brunori ed il dott. R. Dell'Aquila, che lavora presso la Divisione di Nefrologia, Dialisi e Trapianto dell'Ospedale "San Bortolo" di Vicenza.

Tematiche affrontate:

- Trattamento dell'insufficienza renale cronica: strategie dialitiche
- Valutazione psico-sociale del paziente, per fornire le indicazioni e le controindicazioni di carattere socio culturale ed ambientale alla pratica dialitica domiciliare
- Valutazione clinica del paziente
- Il catetere peritoneale: modelli e tecniche d'inserimento
- Aspetti clinici: prescrizione dialitica (CAPD – APD), adeguatezza dialitica, terapia in caso di infezioni, valutazione dello stato nutrizionale, terapia dialitica in dialisi peritoneale, complicanze non infettive proprie della dialisi peritoneale.

Il dott. R. Dell'Aquila, che da dicembre 2008 sarà il direttore della Struttura

di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale di Bassano, ha portato la sua personale esperienza e quella dei suoi collaboratori riguardo alla Dialisi Peritoneale (DP). Nella sua realtà Ospedaliera, la DP è ritenuta una strategia dialitica molto valida e per questo di primaria importanza nella cura dell'insufficienza renale cronica. Infatti ben il 42% delle persone che necessitano del trattamento dialitico effettuano questa metodica. I motivi che spingono il paziente a scegliere la DP, secondo il dott. Dell'Aquila, sono principalmente dati dalla possibilità di indipendenza nell'eseguire tale metodica, dal poter praticarla al proprio domicilio, trovando una buona conciliazione con gli impegni lavorativi e sociali, dalla possibilità di andare in vacanza senza dipendere da un Centro Dialisi di un'altra città, che non si conosce, e da motivazioni cliniche, come la conservazione della diuresi più a lungo rispetto all'emodialisi, permettendo così una dieta più libera sia riguardo gli alimenti che l'introito di liquidi.

Gli infermieri che hanno partecipato all'evento lavorano tutti presso la l'U.O. di Nefrologia di Trento, presso il Servizio di Emodialisi di Trento ed i Centri Dialisi Periferici.

Scopo dell'incontro è stato quello di far conoscere più da vicino questa metodica dialitica, attraverso le parole di un medico che vanta una pluriennale esperienza al riguardo.

Noi, l'équipe della dialisi peritoneale di Trento, che da sempre crediamo in questo trattamento, eravamo presenti all'evento, e siamo stati davvero entusiasti di poterci confrontare con persone così importanti nell'ambito della dialisi peritoneale, come il dott. Dell'Aquila ed il dott. Brunori.

*L'équipe della Dialisi Peritoneale è composta da:

Infermieri:

Luisa Giovannini

Fabio Fratton

Liliana Dell'Eva

Anna Dalprà

Medici:

dott. Alessandro Laudon

Direttore:

dott. Giuliano Brunori

notizie dall'Associazione

a cura di Gianni Toninato

UN "TARTUFFO" PER L'ASSOCIAZIONE

Nella scia dell'ormai pluriennale collaborazione con Arte Dimensione Teatro si è inserita, il mese scorso, la presentazione di un pezzo pregiato della collezione commediografica di Moliere: - IL TARTUFFO-

Lo spettacolo, presentato a Trento – al Cinema Roma – dal Gruppo teatrale "IL MOSAICO" risale cronologicamente alla seconda metà del 1600. L'autore lo scrisse nel contesto dei festeggiamenti svoltisi a Versailles per il compleanno del re Luigi XIV.

Nonostante l'ampio arco temporale che ci separa da quell'epoca, i personaggi portati alla ribalta hanno dato al numeroso pubblico presente la sensazione di figure riscontrabili anche oggi in certe nostre frange sociali.

L'intrigo e l'ipocrisia da una parte, la dabbenaggine e l'ingenuo stupore dall'altra sono gli ingredienti che hanno tenuto viva la curiosità e l'interesse dello spettatore.

E così, accanto al momento ludico, l'A.P.A.N. ha avuto l'occasione di offrire ai presenti alcuni spunti e utili precisazioni sulle iniziative e le finalità dell'Associazione e fruire di un prezioso contributo finanziario per il quale è grata ai promotori e agli organizzatori dell'iniziativa.



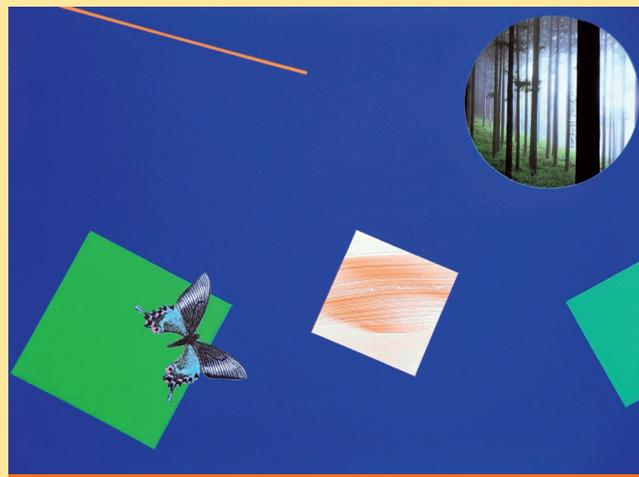
TV IN DIALISI

A Trento, il progetto di alleviare parzialmente il peso delle sedute dialitiche agli ospiti del reparto con l'installazione di alcuni televisori è in cantiere da tempo. L'Associazione ha acquisito i fondi necessari per la fornitura degli apparecchi televisivi che potrebbero intanto soddisfare una buona percentuale di utenti. Il placet del Primario, e il gradimento del personale medico e infermieristico hanno incoraggiato la nostra iniziativa. Attendiamo ora che vengano effettuati i lavori di ristrutturazione che l'Azienda Sanitaria ha programmato nel reparto, per meglio individuare gli accorgimenti opportuni all'installazione dei televisori. Ci auguriamo che i tempi abbiano cadenze ravvicinate. Noi ci siamo.

PROGETTO "RENART"

La seconda edizione della Mostra Artistica "Renart" che è stata accolta con notevole simpatia dal pubblico trentino nel marzo scorso, ci sollecita a proseguire nell'iniziativa anche per la prossima primavera. La simbiosi tra il momento artistico e quello informativo sulle finalità e le iniziative dell'Associazione è non solo un obiettivo, ma anche un dato acquisito nelle precedenti esperienze.

Artisti dell'arte figurativa, di estrazione trentina, ma non solo, sono pronti ad arricchire la Sala Espositiva che verrà individuata in città nel prossimo periodo. L'Ente pubblico che ci ha garantito gli spazi opportuni nella prima e nella seconda edizione di Renart sta verificando le opportunità in campo per la logistica che interesserà la III. edizione. Se tutto procederà per il verso giusto, l'iniziativa troverà opportuno riscontro negli organi di stampa.



"L'orizzonte che non c'è", di Aldo Pancheri

notizie dall'Associazione

CENA SOCIALE



Un momento conviviale per soci e simpatizzanti non può mancare nella cronaca della vita dell'Associazione. L'appuntamento è irrinunciabile soprattutto se ad allietarlo concorrono le sorprendenti magie di Albert e le incantevoli note della fisarmonica di Alessandro.

Il tardo pomeriggio di domenica, 16 Novembre, ci vede così festosamente riuniti all'Hotel Everest di Trento. Un menù dai sapori raffinati, un intercalare di spunti umoristici vivacizzati dai simpatici amici Italo e Gianni, un ritrovarsi per alcuni dopo mesi di lontananza: sono gli ingredienti di una domenica di novembre che dà colore e luce all'incombente malinconia d'autunno.

VOLONTARI IN REPARTO DI NEFROLOGIA

Nel contesto del fisiologico alternarsi di persone, che amano dedicarsi al volontariato attivo nelle corsie d'ospedale, stiamo registrando un incoraggiante innesto di amici resisi recentemente disponibili a tale prezioso servizio. L'associazione esprime loro un caloroso benvenuto, ed estende un cordiale invito alla Comunità trentina, perché non venga a rallentare in essa la spinta a spendersi a favore dei propri concittadini, portatori di patologie renali.

GITA A TEODONE DI BRUNICO

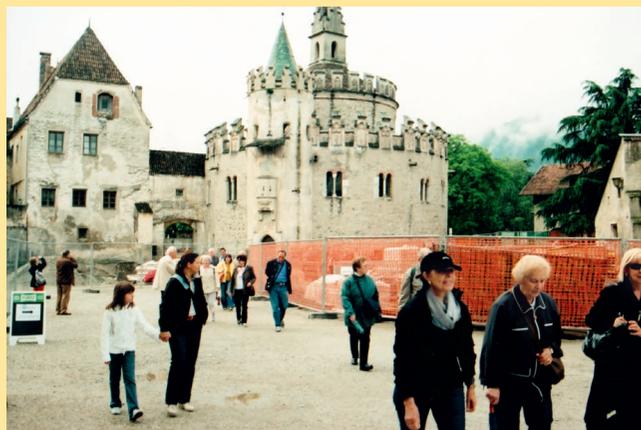


Quando gli organizzatori dei momenti ludico-culturali dell'Associazione hanno proposto di trascorrere una giornata in una delle più suggestive vallate dell'Alto Adige, toccando lungo il percorso l'incantevole oasi di Novacella, a Bressanone, per raggiungere poi il Museo Etnografico di Teodone di Brunico, il Direttivo ne ha condiviso l'idea con entusiasmo.

Novacella infatti, per quanti non la conoscevano, ha stupito non solo per l'originalità della sua storia e la magnificenza degli interni dorati della chiesa, ma anche per un senso di pace mistica che sembra alitare tra quelle mura ricche di messaggi centenari.

Il Museo etnografico, che costituiva la meta principale della gita, ha offerto una variegata panoramica dell'antica ruralità, con una sorprendente gamma di mobili, attrezzi da lavoro e rustici, ma ingegnosi macchinari agricoli.

Lo splendido scenario ha ulteriormente rallegrato sia il momento del pranzo consumato in un Ristorante tipico tirolese, sia il viaggio di ritorno con dei fuori programma propiziati dalle fervide fantasie di qualche organizzatore.



Aspetti psicologici e relazionali nel paziente in dialisi

a cura di Maria Assunta Floretta e Silvana Prada*

La terapia dialitica (peritoneale ed emodialisi) è una procedura complessa che risulta indispensabile quando la funzione renale è compromessa. Questa terapia rappresenta l'unica possibilità di vita per il paziente affetto da Insufficienza Renale Cronica (I.R.C.) prima del trapianto e deve essere eseguita a intervalli prestabiliti: la dialisi peritoneale tutti i giorni mentre l'emodialisi a giorni alterni. Per frequenza e durata nel tempo è una forma speciale di terapia, caratterizzata da una relazione terapeutica stretta e coinvolgente con il personale sanitario. Da questa relazione hanno origine reazioni psicologiche ed emotive: paura, ansia, depressione, timori, pregiudizi e sensi di colpa. Tali reazioni emotive vanno trattate con attenzione caso per caso; se irrisolte causano un disagio a livello sintomatico, e/o comportamenti particolari che compromettono l'adattamento e la compliance terapeutica. Per questo motivo è importante fin dall'inizio instaurare una buona relazione tra paziente e operatore sanitario.

La perdita irreversibile della funzione renale, che comporta l'allestimento della fistola artero-venosa o l'installazione del catetere peritoneale e la contrazione della diuresi producono nel paziente un'importante modificazione dell'immagine di sé, con una rottura della sua integrità fisica e del suo equilibrio psicofisico, che lo porta a pensare *"mentre prima vivevo per il mondo, ora vivo per il mio corpo"*. Generalmente la fase immediatamente successiva alla comunicazione della necessità di iniziare il trattamento dialitico è caratterizzata da parte del

paziente da una scarsissima disponibilità a ricevere e trattenere informazioni, tende a negare quella realtà e sminuisce il problema. Tale fase viene superata dopo un periodo di elaborazione del cambiamento che varia da persona a persona.

Trascorso il primo periodo di adattamento al trattamento sostitutivo, il paziente diventa consapevole di alcuni elementi fortemente stressanti sia dal punto di vista fisico che psicologico. Egli vede chiaramente il tipo di vita che gli aspetta:

- la difficoltà a programmare il futuro, il ruolo all'interno della famiglia, nel sociale e nell'ambito lavorativo;
- la necessità di dover modificare lo stile di vita, le abitudini alimentari, l'introduzione di liquidi, la gestione del tempo libero e delle proprie risorse.

Questi eventi che lo rendono "dipendente" sono fonte di frustrazione.

Anche l'aspettativa del trapianto è fonte di stress, in quanto egli vive nell'attesa della telefonata.

Questi aspetti riducono la vita sociale e determinano importanti cambiamenti al proprio senso dell'autonomia. Tutto questo agisce negativamente sull'umore e le aspettative di vita. Perciò fin dal primo giorno di dialisi è importante instaurare una relazione basata sulla fiducia in cui l'infermiere sa ascoltare, sa osservare ed entra in relazione empatica. Riconoscendo il paziente come persona nella sua totalità.

L'ascolto è dare importanza al paziente, desiderare di comprenderlo, prendere sul serio ciò che dice e accettare ciò che pensa senza pregiudizi e senza

giudicare.

Tenere sempre viva la comunicazione parlando in generale, evitando atteggiamenti "di circostanza", di ruolo e cercando di essere spontanei e aperti ai contenuti che ci vengono comunicati. Ascoltare e lasciare che l'ammalato esprima ciò che realmente prova senza che si senta in dovere di fingere per essere accettato, accolto, e compreso.

L'interazione con il rene artificiale è sovente causa di conflitto nel paziente cronico nel lungo periodo. Egli sviluppa una relazione di "odio" e "amore" con la "macchina" che può proiettarsi sul personale che lo assiste: amore perché gli permette di sopravvivere ma odio perché in un certo senso lo priva della libertà. Nel suo mondo affettivo il paziente vive un conflitto psicologico tra due bisogni vitali: di dipendenza e indipendenza. La macchina è per lui fonte di numerose frustrazioni. Essa è una "protesi" che non può essere collocata all'interno del suo corpo, pertanto non potrà mai essere integrata nella sua corporeità. Tuttavia durante la seduta dialitica la macchina rappresenta una parte del suo corpo per cui tra i due si stabilisce un intenso processo di immedesimazione che permette di affermare che la "macchina è il paziente". La puntura della Fistola Artero Venosa (F.A.V.) che rappresenta un collegamento fra paziente e macchina permette a questa conflittualità di emergere.

Questa stretta relazione porta a considerare che agire sulla macchina equivale, sul piano psicologico, ad agire sul corpo del paziente.

Ancora una volta la relazione empatica tra infermiere e paziente è

essenziale in quanto può aiutare ad accettare la relazione con l'apparecchio di dialisi.

Un altro aspetto centrale dell'esperienza dei pazienti in emodialisi è la minaccia della morte, che vivono con angoscia. Questa angoscia è una sorgente di stress che li accompagna durante la seduta dialitica ma anche al di fuori, nella vita quotidiana, e può essere espressa in due atteggiamenti. Da un lato i pazienti sono informatissimi sulla salute e sull'andamento di tutti i loro compagni, dall'altro, quando uno di loro viene a mancare, che è un evento sicuramente fonte di grande dolore, non ne parlano. Ognuno si difende nel silenzio, dietro una rivista, e/o nel sonno. Queste difese, che impediscono l'elaborazione del dolore, incrementano la tensione

la persona ad allontanarsi dal mondo. Questa chiusura è creata dall'individuo stesso, dal suo mondo interno che lo inghiottisce ogni giorno di più, inoltre è accompagnata dalla spiacevole sensazione di non poter più fare ritorno. L'infermiere può assumere un ruolo importante per il superamento della crisi dandogli la possibilità di ascolto, interazione e comunicazione, allo scopo di renderlo consapevole del momento di crisi che sta vivendo. Trovarsi e vedere la propria disperazione può essere un momento in cui il paziente si riappropria delle sue forze a cui non riusciva più ad attingere e trova il coraggio di emergere e dare una svolta alla crisi ritornando a condurre la propria vita e a essere partecipe alle cure. A tal fine utile è l'interazione paziente – operatore sanitario



emotiva e possono portare successivamente ad uno sfogo compulsivo, creando ulteriore tensione nella relazione paziente - operatore sanitario.

Per questo motivo la risposta alle numerose sollecitazioni a cui è sottoposto il dializzato possono far emergere complicazioni psicopatologiche anche di una certa gravità, in particolare la depressione.

La depressione si configura come un singolo stato d'animo caratterizzato da iperemotività con tendenza a chiudersi agli altri per non rilevare una condizione di instabilità emozionale che costringe

– psicologo e il sostegno familiare.

La ricerca Infatti indica che il paziente che ha alle spalle il sostegno familiare ha una buona compliance terapeutica. Nascono così le associazioni AMA (Auto Mutuo Aiuto) per sostenere i pazienti e i loro familiari.

Si tratta di un gruppo che ha lo scopo di far riflettere sulla propria situazione di vita e da al partecipante il sostegno per affrontare le difficoltà in modo costruttivo.

Gli incontri, che si svolgono settimanalmente presso l'associazione, sono un momento di socializzazione in cui

il malato cronico può imparare delle strategie per gestire le difficoltà alimentari: la gestione del potassio, come cucinare per mantenere il gusto di mangiare, il controllo dei liquidi assunti, l'aspetto sessuale, le pratiche burocratiche, o semplicemente avere uno sfogo. Il fruitore insieme alla sua famiglia è incoraggiato e sostenuto nell'adeguarsi al nuovo stile di vita. *Ogni seduta dialitica è una nuova possibilità di vita.*

Abbiamo visto come la Dialisi rappresenta un processo complesso, non solo per le sedute dialitiche ma anche per gli aspetti medici, psicologici, le restrizioni dietetiche e di liquidi, inoltre per la richiesta al paziente di coinvolgersi in tutti i suoi aspetti terapeutici.

L'equipe è coinvolta nell'instaurare con il malato una relazione profonda in quanto oltre ad essere coloro che osservano i sintomi, seguono il trattamento dialitico e il proseguo della malattia. L'infermiere passa più tempo insieme e attua tecniche per gestire una situazione problematica dal punto di vista relazionale. Il malato infatti chiede comprensione, non solo per la propria malattia ma anche per la sua vita al di fuori dell'ambiente ospedaliero che viene capovolta da una situazione cronica come è la dialisi. Più è lunga la relazione di assistenza, più si entra nella conoscenza della storia personale di ognuno e più facile dovrebbe essere per gli operatori l'aiuto da offrire.

Il centro dialisi è un terreno privilegiato; per questo può dare un'assistenza di qualità, centrata sulla relazione empatica che considera la persona nella globalità, vale a dire percepire il mondo dell'altro come se fosse mio.

"Il grande bisogno dell'uomo, forse l'unico bisogno dell'uomo, è di uscire dalla sua solitudine"

(Davide Maria Turoldo).

"Cammina lungo il sentiero dell'arcobaleno;

cammina sulla scia di una canzone,

*Maria Assunta Floretta, Silvana Prada infermiere presso l'Unità Operativa di Emodialisi Ospedale S. Chiara di Trento

Brevi note di un viaggio nello Yucatan

di Serena Belli

Questi brevi appunti, che non hanno la pretesa di parlare dei siti archeologici della civiltà Maya dal punto di vista storico od architettonico, rappresentano unicamente alcune riflessioni messicane. Dopo un viaggio aereo reso più breve da un sonno ipnotico, dovuto agli anti staminici, siamo atterrati a Cancun. In verità abbiamo fatto uno scalo tecnico all'Avana dove, stralunati, abbiamo trascorso due ore nella sala passeggeri in transito e dove abbiamo fatto una importante riflessione: qual è quel turista che compera un orologio Swatch nella sala passeggeri in transito dell'aeroporto di Cuba, alle 11 di notte? Il negozio era aperto ed una povera ragazza, assonnata, ci osservava attraverso la vetrina. Onestamente, Fidel, non ce ne sarebbe proprio bisogno! Sistemati in un albergo alla periferia di Cancun, siamo andati a letto, per alzarci poche ore dopo. Alle 7 in punto arriva la guida che nei 3 giorni successivi ci avrebbe accompagnati nel tour dello Yucatan. Willi, un messicano di origini Maya, basso e leggermente pingue, munito di un inseparabile panama, per prima cosa ci sgrida perché siamo in ritardo di 10 minuti sulla tabella di marcia. E poi si dice della flemma messicana! Saliamo a bordo della sua macchina e prendiamo la strada per Merida. Willi incomincia a raccontare tradizioni e leggende della civiltà Maya. Sua nonna, morta da pochi anni, era molto legata alla civiltà Maya, della quale rispettava le tradizioni ed i riti, che ha poi trasmesso a figli e nipoti oralmente, come vuole la loro cultura. La famiglia di Willi è una famiglia patriarcale, nella quale le decisioni

importanti vengono prese insieme, di solito durante un pranzo domenicale o durante riunioni, convocate di proposito. Gli anziani della famiglia sono molto rispettati e la loro opinione è importante.

"Ma?", faccio io dal sedile posteriore di una specie di SUV da dieci posti, nel quale siamo seduti comodamente in due "e, con i sacrifici umani come la mettiamo?" Forse non è andata proprio così ma, insomma, ne avevo sentito parlare e volevo chiarimenti in merito. "Beh", risponde Willi, "i sacrifici di animali erano molto frequenti nella civiltà Maya; credo che in quasi tutte le religioni lo siano, mentre quelli umani erano molto rari e fatti solo in caso di estrema necessità. PERO' (questo "però" che Willi ripeteva quasi in ogni frase, con una intonazione della voce "a salire", è diventato il tormentone di tutta la nostra vacanza) la siccità, la carestie, le guerre, a volte richiedevano sacrifici umani, per lo più si trattava di alcune giovani ragazze" (e cosa altrimenti?). Nel frattempo uno dei numerosi ac-

compagneranno per tutta la vacanza, sovrasta, con il suo rumore, la voce di Willi, il Maya.

La strada scorre tagliando la jungla: due alti muri vegetali corrono lungo tutto il percorso, limitando la visibilità, interrotti ogni tanto da coltivazioni di agave, dalla quale si distilla la *equitila* e il *mescal*, e da qualche piccola radura, sulla quale sorge una casupola, qualche pianta ad alto fusto, un piccolo



orto. I tetti delle casette sono per lo più di paglia e tutto l'insieme ha un aspetto precario. La foresta è fitta e spiega Willi, il loquace, piena di animali selvatici: porcospino e cinghiale, lupo e cane selvatico, formichiere ed ocelot, cervo e giaguaro. Ovviamente non ci facciamo mancare nemmeno i serpenti. In realtà non siamo riusciti a vedere nessun animale che, evidentemente, vive nascosto nel fitto intrico di piante. PERO' abbiamo visto numerosi uccelli rapaci, che solcavano maestosi lo spazio aereo sopra la jungla. Nello Yucatan messicano vivono 17 tribù indigene che comprendono lo spagnolo, ma parlano l'idioma maya e si considerano dirette discendenti dei Maya, a tutti gli effetti. La civiltà Maya è divisa in tre epoche: il periodo pre-classico, il classico ed il decadente, o post-classico, che in realtà è quello del massimo splendore architettonico, e comprende un periodo che per noi occidentali va da diverse centinaia di anni prima di Cristo fino al VII secolo d.C. Nel frattempo siamo arrivati a Ek Balam, che vuol dire "giaguaro nero", un sito archeologico dei più importanti, appartenente al periodo tardo classico (600 a.C.), che fu abbandonato circa 300 anni dalla sua fondazione, venendo ricoperto completamente dalla jungla. Ad Ek Balam, come in tutti gli altri siti che visiteremo, vi sono delle strutture che si ripetono: l'acropoli, il gioco della palla, le piramidi, i palazzi del governatore, la scalinata in cima alla quale compariva lo stregone. Lo stregone doveva essere soprattutto un buon astronomo, in quanto stupiva il popolo con le sue previsioni di eclissi, di solstizi ed equinozi. Un po' più difficile doveva essere prevedere l'arrivo delle piogge ed i temuti periodi di siccità. Il sito è stupendo e ne visitiamo solo una piccola parte, fa molto caldo, l'umidità va a mille. Siamo assetati, PERO', leggo nei miei appunti, l'uomo non cede. Ciò sta a significare che Willi l'instancabile, ci trascina da un palazzo ad un altro e da una piramide ad un'altra, senza sosta. Proseguiamo poi per Chichén Itzá, zona archeologica del periodo classico. Il nome significa, secondo una complicata spiegazione di Willi l'interprete della lingua maya, bocca di fiume

sotterraneo, mentre, se desideriamo saperlo, il nome Cancun significa "vassoio di serpente". In verità avrei preferito non saperlo, dato che la sola parola serpente mi fa venire i brividi. Chichen Itza è, credo, il più famoso dei siti archeologici; anche questo è suggestivo, immerso in grandi prati verdi, una specie di museo *en plain air*. Numerosissime iguane, che mi fanno impressione anche se Willi lo zoologo, assicura essere innocue, ci seguono con molta calma, ascoltando tutte le spiegazioni della nostra guida. Se potessero parlare, chissà quante ne saprebbero sulla civiltà Maya; sicuramente più di me. Al termine, ormai pomeriggio inoltrato, riusciamo a mangiare

una specie di pranzo, poi altra strada nella giungla, altri acquazzoni ed arrivo a Merida. Hotel, doccia, cena in hotel (va bene tutto) e nanna, il fuso orario si fa ancora sentire. Al mattino sveglia molto presto e colazione, che è ottima. Leggo sui miei appunti: c'è anche un tacchino intero! veramente non me lo sarei ricordato, meno male che ogni tanto prendo appunti. Partiamo per Uxmal, direzione sud. Anche queste rovine sono sparse su un territorio abbastanza ampio. Una specie di grande pianura, con un prato verde intenso, curato e sicuramente ben annaffiato nel periodo delle piogge. Il sito è maestoso, ampio, con numerosissime costruzioni ben restaurate e conservate al meglio. Visitiamo la casa delle monache (niente a che fare con le nostre), la casa delle tartarughe, deliziosa, il palazzo del governatore, il gioco della palla e le piramidi e tutto il resto del repertorio. Bellissimi fregi ed alto-basso-rilievi importanti.



Questa visita dura tutta la mattina e parte del pomeriggio, PERO' poi Willi, finalmente l'ipoglicemico, ci porta a mangiare in maniera casalinga, alcuni piatti tipici della cucina yucateca. Ovunque la frutta viene servita abbondante, matura e... già sbucciata. Per me, che non mangio frutta per non sbucciare, è una meraviglia. Torniamo a Merida e Willi, la guida, ci porta a fare un giro in centro storico mostrandoci i principali luoghi, palazzi e chiese che sarebbe bene visitare; ci deposita poi in hotel, che è molto vicino al centro, e se ne va. Dopo una breve sosta usciamo a scoprire la città di Merida. Visitiamo il Duomo San Ildefonso, la casa del governatore, alcuni palazzi. Il centro è piuttosto piccolo e circoscritto, si gira a piedi in tutta comodità. Non so come mai, ma numerosi dipendenti di varie compagnie telefoniche, tutti appena usciti dal lavoro, ci avvicinano con fare noncurante, per niente intrusivo,

ma comunque ben finalizzato, per indicarci vari negozi di artigianato o negozi del commercio equo e solidale, dove è possibile fare buoni acquisti, senza farsi imbrogliare. I suggerimenti erano corretti, PERO' ci siamo chiesti: 1) si vede così tanto che siamo turisti, 2) si vede così tanto che siamo italiani, quindi sensibili al fatto che il negozio sia equo-solidale, 3) ma quante compagnie telefoniche ci sono a Merida? Beh, abbiamo cercato di risolvere i vari dubbi davanti ad un Margarita, a dir la verità un po' annacquato, e ad alcuni tacos e compagnia bella.

Dopo cena, spettacolo in piazza, con balli folkloristici, una occasione da non perdere, come ci aveva consigliato Willi, a questo punto dormiente a casa sua, immagino. L'occasione era la data della Indipendenza del Messico, anche se la festa grande sarà l'anno prossimo, quando si festeggeranno i 150 anni. Balli, musica, palloncini, altri balli e altra musica, dolcetti appiccicosi venduti da un vecchio che li pescava a mani nude, dentro un sacco di tela dall'indefinito colore canchescappa. Anche in questa occasione non ci siamo fatti mancare niente.

Il giorno dopo, un po' più tardi del solito, partenza per Cobà. Lungo il tragitto è salito anche uno dei figli di Willi, Omar Ernesto che, come molti messicani, anche se non suo padre, ha un collo molto corto, con la testa che sembra poggiare direttamente su un torace possente. Il sito di Cobà è quello che mi è piaciuto di più: non è immediatamente visibile perché è immerso in una foresta tropicale, con molti alberi, sembra di essere un po' esploratori. Si può visitare a piedi, facendo una bella passeggiata all'interno della foresta, oppure si può affittare un triciclo con pedalatore, che ti porta lungo il percorso. Abbiamo optato per questa soluzione, perché i pedalatori ci sembravano molto desiderosi di lavorare e noi eravamo un po' provati dal fuso e dalla umidità sempre molto elevata. Alcuni bassorilievi sono ormai consumati dalle intemperie, tra qualche decina di anni resterà ben poco, ma la atmosfera è magica. Abbiamo anche preso il nostro solito acquazzone, durato pochi

minuti. Bellissimo stare nella foresta, sotto una pioggia fitta fitta, davanti ad una piramide mezza sommersa dal verde della jungla.

Poi ci siamo meritati il solito pranzo rurale, con cibo yucateco, pappagalli tra le fronde, negozietto di souvenir e tutto il solito corollario di gente sorridente, gentile, per niente invadente. Messicani bella gente.

Con Willi, il "sociologo", abbiamo anche parlato di cartelli della droga, di povertà e di altre cose, ma questa è un'altra storia. Devo dire che avrei voluto fotografare qualche casupola, qualche gruppo di bambini che giocavano per la strada, ed altre cose, ma Willi il censore, non mi sembrava molto d'accordo e, forse un po' stupidamente, non l'ho fatto. Ho voluto rispettare la sua sensibilità, anche se so benissimo che molti altri hanno documentato tutto questo. Le immagini sono comunque dentro di me, sul mio disco fisso personale.

Dopo il pranzo, ultimo tragitto con Willi l'autista, fino alla Riviera Maya, dove abbiamo concluso la nostra vacanza in uno dei numerosi alberghi all-inclusive della zona.

Concludo questi appunti raccontando del bastone di Willi. Willi porta sempre con sé un bastone, il cui pomolo è formato da una testa di giaguaro, che gli è stato regalato da uno stregone, amico della nonna. È un bastone magico che è il suo portafortuna: gli serve per appoggiarsi, per indicare a distanza e per disegnare sul terreno schizzi di quello di cui parla: solstizi, equinozi, serpente piumato, sole che sorge e che cala. Gli ho chiesto come mai, ogni volta che faceva uno schizzo sul terreno, subito dopo lo cancellava con il puntale del bastone. Mi ha spiegato che gli schizzi erano una specie di sfregio della Madre Terra e che era molto importante, per non offenderla, cancellarli subito dopo, per lasciarla immutata. Al termine del tour Willi, lo sciamano, ha voluto scattarci una fotografia nella quale, in primo piano compare la testa del bastone: ci ha assicurato che ci porterà fortuna. Come dire di no?

Non è facile decifrare con immediatezza il sorriso di un diciottenne, che per la prima volta sta condividendo con una macchina dai contorni robotizzati il percorso del suo sangue, costretto a circolare in continuazione attraverso cannuce trasparenti e filtri misteriosi. È il primo giorno di dialisi per Gianni. Non ne sembra affatto intorpidito. Al mio saluto risponde con un sorriso limpido che non so se sia figlio di innocente incoscienza o sia incondizionata fiducia in un sogno solo provvisoriamente rinviato, ma che non riserverà finali a sorpresa. E io lo guardo con un senso di istintiva tenerezza. Così giovane in una Sala Dialisi! Non resisto alla tentazione di accostarmi, di salutarlo e di attendere la conclusione della seduta dialitica.

Qui inizia il nostro rapporto di amicizia e la mia voglia di conoscere la sua storia, le disavventure più o meno recenti, che hanno deviato il tragitto della sua spensieratezza giovanile verso un approccio con il mondo della dialisi. Ecco le coordinate della sua storia.

È il novembre del 2007, quando avverte dei sintomi strani: dopo ogni pasto, si sente aggredito da forti crampi addominali. Le pastiglie prescrittegli dal medico curante non risolvono la sintomatologia. Si ipotizza l'insorgere di un'appendicite. Ma dalle analisi successive si scopre che il suo intestino è una superficie minata da una serie di ulcere. Intervento operatorio, che gli riserva un mese di ospedale e la illusoria sensazione che il malanno sia definitivamente archiviato. Forse lo è, forse no, perché a fine gennaio del 2008 si accorge di una elevata presenza di sangue nelle urine. Che ci sia un subdolo collegamento con il pregresso insorgere delle ulcere intestinali?

La disavventura e l'ottimismo di Gianni

Dialisi e dintorni di un diciottenne

di Gianni Toninato

Il punto è che tracce evidenti di sangue persistono nelle urine e il nefrologo che lo prende in cura sembra sempre più convinto di una compromessa funzionalità renale. Analisi e controlli medici si accompagnano ora alle verifiche scolastiche che incalzano, perché gli esami di maturità per Gianni sono ormai all'orizzonte.

Più ci si avvicina al faticoso incontro con la commissione di esame e più si accentuano due sintomi fastidiosi: un persistente mal di testa, che lo tormenta anche la notte e l'incapacità di trattenere il cibo nell'immediatezza dei pasti. Si cerca, nello stress della situazione scolastica, il responsabile di questo quadro allarmante. Gianni sopporta, irretito com'è nelle maglie delle discipline scolastiche, oggetto degli imminenti esami.

Il 27 giugno segna la conquista del diploma e, a distanza di ore, il ricovero in ospedale. L'allarme è elevato. La pressione arteriosa è altissima, il potassio nel sangue pure. I reni, in un primo momento, sembrano totalmente fuori causa: ripetuti riscontri clinici evidenziano dei reni normalmente dimensionati, anche se ricoperti di cicatrici, risalenti al periodo delle riscontrate ulcere intestinali.

Immediata terapia d'urto per una decina di giorni, ma poi l'inevitabile letto della dialisi. Il primo periodo vi rimane bloccato per l'intero arco della giornata, vista l'esigenza di una pulizia radicale del sangue e la speranza di riavviare la funzionalità dei giovani reni. Purtroppo la funzionalità renale non si ripristina e il suo destino propone un'unica alternativa alla dialisi: il trapianto. Che sarà del suo futuro? Le prime ombre calano pesanti sui suoi sogni giovanili.

Il tempo stringe e i medici ritengono che un ragazzo della sua età e del suo



coraggio, non debba dividere le giornate tra casa e ospedale. Va messo subito in cantiere il progetto "dialisi peritoneale" che Gianni potrà gestire in famiglia nelle ore notturne. La scelta va nella direzione di consentirgli maggiori opportunità di movimento e di azione nell'arco della giornata. Nella sala peritoneale ospedaliera viene accolto ed addestrato all'utilizzo degli strumenti e delle attrezzature necessarie al trattamento programmato.

Per alcuni giorni si susseguono i controlli del personale medico e infermieristico, in modo da accertare che, a casa, tutto proceda con assoluta regolarità. Gianni ormai sa eseguire tutti i passaggi tecnici con tranquillità.

Ma definito e impostato il provvisorio trattamento terapeutico, cosa si muove nella mente e nell'anima del giovane? Come prima cosa questa vicenda gli ha mandato in frantumi il suo primo sogno: quello di realizzare un'esperienza temporanea di lavoro all'estero, esperienza che negli ultimi mesi di scuo-

la aveva individuato, anche nei suoi contorni pratici. Ma ancora più forte è la pressione che avverte nel dover dominare un'ansia, che non vuole trasmettere all'esterno e in particolare ai genitori e alle sorelle. All'interno della famiglia il problema di Gianni investe ovviamente in profondità i pensieri e gli affetti dei genitori, tanto che il padre sta ora attivando la procedura per la donazione di un suo rene al figlio. Proprio in questi giorni si stanno effettuando i riscontri clinici per verificare la compatibilità e le condizioni che garantiscano il successo dell'eventuale intervento.

Sono giorni di attesa. E che attesa. Un solo elemento negativo potrebbe far saltare un mondo di sogni e di speranze. Eppure sul volto di Gianni non si spegne il sorriso, anche se ora mi appare leggermente velato. Forse i giorni a venire glielo restituiranno limpido e rassicurante.

Dicono che il cielo aiuti gli ottimisti. E lui lo è.

il racconto

L'uomo senza testa

di Lorenzo Ricci

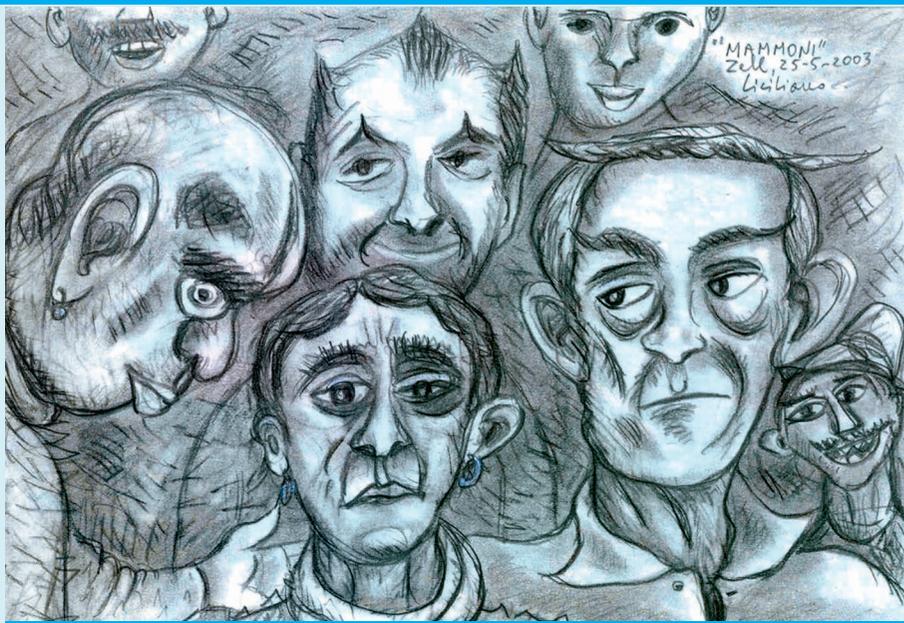
Non se ne accorse immediatamente. Dovettero passare alcuni minuti, perché da quando s'era alzato, quella mattina di gennaio, aveva gironzolato per un po' a vuoto per la casa. Fu soltanto quando decise che era venuta l'ora di radersi, e mentre si diresse in bagno, che la gravità del fatto gli si pose in tutta la sua entità.

Naturalmente non si trattava certo di un uomo facilmente impressionabile. Chi lo conosceva non esitava a definirlo addirittura un "osso duro", e lui stesso sapeva di poter contare su un'immagine forte di uomo pubblico, con il pelo sullo stomaco e la voce rutilante in grado di impressionare i suoi stessi avversari politici.

Ed eccolo lì, quel giorno gelido di inizio d'anno, i vetri della finestra del bagno leggermente appannati da vapore acqueo, lo spazzolino da denti nella mano destra e il tubetto di dentifricio nella sinistra. Lui era lì, davanti allo specchio che indubbiamente vedeva, ma dentro il quale non trovava il suo viso riflesso. Per un momento gli passò per la mente un vecchio racconto di Gogol che aveva letto molti anni addietro e che parlava di un tale, se ben ricordava, che non riusciva più a trovare il suo naso. Adesso l'uomo, neo personaggio gogoliano, vedeva l'immagine riflessa nello specchio del proprio corpo dal collo in giù. Troppo poco, vivaddio!

L'uomo passò, con una certa ritrosia, la mano destra sullo specchio infedele e accennò ad un movimento disegnando un semicerchio da destra verso sinistra, come se intendesse asportare un sottile velo di polvere: un velo di polvere sotto il quale avrebbe senza dubbio ritrovato la sua immagine.

E invece no. Nulla era apparso dalle delicate concentrazioni di vapore. Nulla che gli ricordasse ciò che già non conosceva. Andò deciso verso il balcone



"Mammoni", 2003, matita su carta, cm. 23,5 x 17 di A. Siciliano.

dal quale si sporse per guardare giù, lungo il corso. L'aria era frizzante, la temperatura vicina allo zero. I pochi passanti si muovevano frettolosamente, raccolti nei loro abiti invernali, diretti verso consueti appuntamenti o impegni di lavoro. E, in tutto questo tram-tram, tuttavia, costoro si apprestavano a svolgere tali attività con la testa fermamente collocata sul collo. Di tutto questo non vi erano dubbi.

"Uno, due, tre, quattro, cinque", l'uomo contò mentalmente fino a cinque, quindi, parlando tra sé e sé con una voce leggermente incrinata disse: «adesso torno a specchiarmi e tutto sarà tornato normale. Devo aver sognato, o forse mi sono affaticato un po' troppo negli ultimi tempi. Al diavolo anche il partito, adesso voglio riposarmi per davvero!»

Tutto questo diceva, cominciando in parte a straparlare, mentre ritornava sui suoi passi per ricollocarsi dinnanzi allo specchio.

Niente di niente. Tutto come prima. Nessuna testa riflessa.

"Riflesso, riflettere, riflessione, pensiero, specchio, idea, fare... agire",

mentre pensava a tutte queste concomitanze, l'uomo trovò che fosse indispensabile individuare un rimedio. Sì, ma quale?

Nel lavoro, in politica, nel tempo libero, nei viaggi, essere senza testa può provocare gravi inconvenienti. L'uomo si portò le mani al capo e sentì che, al tatto, la testa era indubbiamente al suo posto, ma non si vedeva e, quindi, nulla era al suo posto.

No, quell'incubo non poteva durare ancora a lungo. Non si fa molta strada quando l'ansia ci assale e sembra non volerci più abbandonare; quando sentiamo su tutto il corpo il lieve, inarrestabile tremore che precede qualche evento calamitoso. Su tutto il corpo, naturalmente, compresa la testa e, ahimé, la testa non c'era.

Come furono tristi i giorni che seguirono! L'uomo senza testa si rinchiuso in casa per non essere visto da nessuno. Si fece portare la spesa in casa e obbligava il garzone a lasciare fuori della porta ogni cosa, per non essere costretto a improbabili spiegazioni o dover tamponare prevedibili reazioni di terrore da parte di chiunque.

Ricevette qualche telefonata, neanche troppe per la verità, ma stranamente nessuno venne mai a trovarlo. E la situazione era indubbiamente strana, perché un uomo politico così popolare, con tanto seguito, poteva far pensare a ben altro tipo di reazione da parte della gente. E invece no, non venne nessuno. A pensarci bene era meglio così. A maggior ragione, visto che, col passare del tempo la cappa di paura sembrò lentamente allentarsi, mentre l'ansia che a lungo l'aveva tormentato divenne solo un brutto ricordo, tanto che l'uomo cominciò a rassegnarsi a quella sua nuova "condizione" (per verificare lo stato della quale non si era neanche più rivolto alla specchio). Le cose procedettero così finché, dopo un paio di mesi circa, l'uomo decise finalmente di uscire, come se niente fosse accaduto, per rinnovare quell'esperienza quotidiana che da tempo si era dimenticato. Rinfrancatosi al solo pensiero di tornare a comunicare per le strade con qualunque altro essere umano che si rispetti – testa mancante a parte –, si preparò di tutto punto e uscì. Purtroppo, di lui non si seppe più nulla. Scomparve. Qualcuno azzardò, quasi ne avesse immaginato la preoccupante trasformazione, che fosse scomparso "un po' alla volta": prima la testa, poi le braccia, quindi le gambe... Chi non smise di cercarlo fu il proprietario del negozio di generi alimentari all'angolo della via dove l'uomo abitava e al quale il malcapitato doveva parecchio denaro. Si trattava in sostanza di un vero e proprio rompicapo senza via d'uscita, ed il bottegaio continuava a chiedere informazioni a tutte le persone che abitavano nel quartiere. Continuava a chiedere notizie sull'inquilino che abitava in quella casa dove tante volte aveva mandato il suo garzone a consegnare la spesa all'insolito cliente. E fu probabilmente questa ricerca nel vuoto la causa di uno strano senso di vuoto mentale, con la testa che si rifiutava di ricordare. Il cuore aveva accelerato il numero dei battiti e la vetrina del negozio rifletteva la sua immagine: una figura eretta, le mani lungo i fianchi raccolte a mo' di pugno. Solo la testa non si riusciva a scorgere: la testa soltanto.

In ricordo di Nella, anima del nostro Gruppo



Non ci sembra neanche lontanamente ipotizzabile fare qui il tuo panegirico, Nella. Lo meriteresti e sarebbe sincero, ma siamo sicuri che tu ci guarderesti con quegli occhi che tradivano tanto volentieri la tua innata voglia di autoironia. No, non ci serve andare a frugare nelle pieghe della tua anima, così limpida e aperta alla gioia di condividere, con chi ti stava accanto, le esperienze belle e meno belle, che la vita ti ha proposto. Qualcuno di noi c'era quando, dal tuo chiosco di giornali, ancora giovane e avvenente, sapevi attrarre con la tua simpatia e il tuo fine umorismo la gente che ti passava accanto. Qualcuno di noi c'era quando, nel 1996, incredula e quasi atterrita dalla prospettiva amara della dialisi, dicevi ai tuoi medici, e in particolare al dr. Alberto Valli, tuo nefrologo, che preferivi morire piuttosto che sobbarcarti le continue sedute di dialisi. Era troppo forte la tua voglia di mantenere alto il livello della impegnativa attività: il tuo dinamismo non poteva di colpo afflosciarsi e farti sentire mutilata nell'anima, oltre che nel fisico. Poi, il tempo che sa rimarginare le umane ferite e soprattutto l'affetto dei tuoi Cari, che non si è mai attenuato, ti hanno aiutato a capire e ad accettare l'inevitabile terapia.

Lo sappiamo che il tuo nefrologo ricorreva a qualche astuta strategia, per convincerti ad accettare, per farti capire che non tutti gli spiragli della tua intensa giornata dovevi considerarli chiusi, che la tua vita poteva e doveva continuare con ritmi modificati, ma non per questo privi di slancio e della tua abituale grinta.

L'ambiente ospedaliero è diventato, via via, un ambito dai contorni familiari, dove l'incontro con amiche ed amici, che trascorrevano con te le lunghe ore del trattamento emodialitico, si andava arricchendo di affetto, di amicizie vere, di simpatie che si proiettavano anche fuori della Sala Dialisi. I giorni dedicati alla dialisi diventavano così arricchenti per te, e per le persone che ti attorniavano, compreso il personale medico e infermieristico che ti seguiva con naturale affetto, tanto era coinvolgente il tuo approccio con loro.

Eri parte viva, irrinunciabile, del nostro gruppo. Ti volevano bene tutti, perché tu volevi bene a tutti. Insieme abbiamo visto i nostri occhi riempirsi di lacrime, quando ci ha lasciato prima Maria Grazia e successivamente Paolo, entrambi a seguito di malaugurate complicazioni subentrate in occasione del trapianto renale. Ma nessuno di noi pensava che tu li avresti seguiti di lì a poco. Non c'erano particolari segnali all'orizzonte. Pensavamo tutti che saresti stata con noi a lungo. Ma non avevamo pronosticato le tue ripetute cadute, gli ictus reiterati e gli aggravamenti conseguenti. Ti abbiamo seguito e abbracciato nel tuo letto d'ospedale, dove nei momenti di lucidità ti preoccupavi più di sapere se noi stavamo bene, piuttosto che attirare la nostra attenzione sul tuo progressivo addio alla vita. Giovedì ci troveremo per la nostra consueta riunione. Dacci una mano perché lo spirito buono e saggio, con cui davi sapore al nostro parlare, ci accompagni. Sempre.

gli Amici dell'Auto Mutuo Aiuto

Voglia di leggere

Dalla terra dimenticata da Dio alle luci di New York

Il percorso del sogno americano

di Lonely Bear

Un romanzo, quello di Gaetano Cappelli, *Parenti lontani* (Marsilio Ed.) alla scoperta del "Nuovo Mondo", dagli anni settanta della contestazione agli anni ottanta degli yuppies, ricco di personaggi e miti di due decenni di culture giovanili.

Carlo, il protagonista, dopo un'infanzia e un'adolescenza vissute in un piccolo paese del Sud, tra le scorribande al seguito dell'idolatrato amico Pit e le soffocanti atmosfere della grande famiglia matriarcale retta con polso di ferro dalla tremenda Nonnilde, abbandona l'Italia per l'America. Dopo un training massacrante Carlo, che vive il "sogno americano" comune a molti giovani degli anni '80 e vuole emulare le imprese di suo padre, viene trasformato in uno spregiudicato uomo d'affari dal ricchissimo zio Richard, lo zio d'America.

Nel racconto, viaggiando velocemente negli anni '70 e '80, si rivivono i cambiamenti epocali vissuti in quegli anni. Lo facciamo seguendo le gesta di un

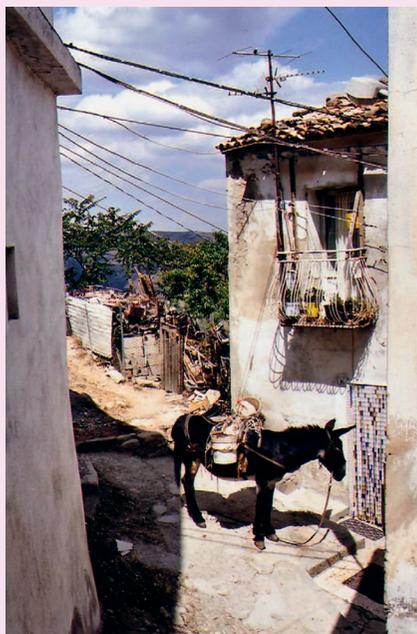
giovane del profondo Sud, di quel Sud dimenticato dalle cronache di quegli anni, tutte dedicate alle grandi città del nord o alla capitale, di quel sud molto spesso estrema periferia, dove sembrava che nulla accadesse, mentre anche in quelle piazze, in quei paesi dimenticati da Dio e dagli uomini, si vivevano le stesse emozioni, gioie, dolori che nessuno, o solo pochi autori, hanno raccontato.

Parenti lontani racconta la storia di Carlino di Lontrone, un giovane orfano alla scoperta del mondo, dalle notti *on the road* nella lontana provincia lucana, alla New York degli anni ottanta, dove s'imbatterà in *tycoon* arroganti, maghi guru e gangster, artiste d'avanguardia e miliardarie biziose, barboni e snob squattrinati e in una ragazza che sembra una favolosa nullità e che è invece destinata a diventare un'icona del nostro tempo: Madonna

Publicato nel 2001, benché accolto con favore dalla critica, il romanzo vendette molto poco. Ma il tempo è galantuomo. Accadde così che, proprio mentre si faceva largo fra i lettori, *Parenti lontani* spariva dalle librerie, fino alla condanna finale: al macero. Intanto, sul sito ufficiale del Bookcrossing italiano, lo stesso romanzo veniva dichiarato «tra i più belli degli ultimi anni». E allora vai, con la nuova e inebriante avventura di una circolazione sotterranea; e così *Parenti lontani*, come il suo protagonista, Carlino Di Lontrone, è finito al di là dell'Atlantico, battuto su Amazon ad un prezzo fra i 100 e i 150 dollari. È tornato in campo dopo un lungo infortunio, ha segnato due goals, ha vinto: «Voi parlate, io gioco» ha detto un campione di calcio ai suoi detrattori. Dopo *Parenti lontani*, Gaetano Cappelli ha avuto un brutto infortunio, ma è tornato in campo anche lui,

si è preso gioco di sé e del suo male (*Il primo*), ha scritto (per Marsilio) due nuovi romanzi, ha vinto. Dopo *Storia controversa dell'inarrestabile fortuna del vino Aglianico nel mondo* (secondo romanzo dell'era nuova), Alberto D'Orrico sul *Corriere della Sera* ha scritto: «il Philip Roth italiano si chiama Gaetano Cappelli».

Ora la vittoria è all'incasso: *Parenti lontani*, romanzo di culto della rifondazione letteraria meridionale, è stato rimesso di nuovo in libreria. È una vittoria dei lettori e della critica. È una vittoria di chi non s'arrende e cerca finché non trova ciò che ama, e quando lo trova lo sostiene. È una vittoria degli editori di qualità, quelli che leggono i libri e non solo i bilanci. *Parenti lontani* è un romanzo come se ne scrivevano una volta: con una struttura narrativa forte, dei personaggi altrettanto fortemente sbalzati, un'allure stilistica magistrale. La storia di Carlino di Lontrone si avvale di una scrittura umorale, erratica (talvolta troppo) con il filo del racconto che si avvolge a serpentina, a caturaccioli, a vite senza fine; una trama senza un apparente nucleo stringente (se non il racconto della vita di Carlino che si dipana lungo gli anni '70 e '80 del secolo/millennio scorsi), favolosamente prolissa e di eccellente fattura stilistica, con improvvise accensioni e rapidi guizzi, volgente al "grottesco triste" o all'aperta ilarità strapaesana. Mentre si legge questo romanzo si ha davanti il ricco universo mentale e romanzesco di Cappelli, e questo è il suo stile. Tu pensi a petto di questo imperioso flusso narrativo che ti afferra per la gola e ti trascina fino all'ultima pagina, che se il miracolo (quello del lettore preso per il naso e portato dove vuole il demiurgo-narratore) avviene, non occorre dopotutto una grande storia da raccontare (anche se





questo è il solito solido *Bildungsroman* (però, con le sue malizie strutturali ben nascoste), ma che basta avere una penna ben temperata e una mano sicura che ti sappia trasformare un paesello della "magica" Basilicata nell'ombelico del mondo.

Resta confermato l'assioma di Flaubert che lo stile è una "maniera assoluta di vedere le cose", che non è questione di cosa racconti ma di come la racconti, restando asseverata anche la massima che fu di Zola (*Romanzo sperimentale*) che la rappresentazione/comunicazione letteraria non è che una sezione di realtà attraversata da un temperamento: una luce che si rinfrainge in un prisma. E quello di Cappelli è il temperamento di un affabulatore instancabile e visionario, capace di aprire epicicli ed epicicli narrativi, fondendo e confondendo le storie, aggiungendo e sottraendo personaggi vorticosamente, nella certezza di condurre in porto *tutti* gli eventi e *tutti* gli esistenti narrativi. Egli sa infatti perfettamente che agli inizi del romanzo tutto è possibile, a metà le cose divengono probabili, alla fine tutto

diventa necessario (P. Goodman). Da qui anche la sua giusta preoccupazione di "chiudere" i suoi accumuli narrativi in un finale *necessario* (questo avviene in maniera del tutto convincente anche nel suo libro *Storia controversa dell'inarrestabile fortuna del vino Aglianico nel mondo*, che si avvale di una doppia e intersecata storia che trova negli episodi finali la sua chiave di volta), nel proposito di tradurre un "meccanismo di rivelazione" qual è un romanzo di formazione, in un "meccanismo di risoluzione" quali sono ad esempio i *noir* in cui tutto si deve spiegare e ogni satellite anticipatore deve essere inserito in una sua orbita necessaria. Questo non solo per pagare il debito contratto col lettore che in cambio di essere stato uncinato e trascinato nel mondo interiore dell'artista chiede anche un finale esemplare (il "come va a finire" che ci si scambia pigramente sulle spiagge), ma soprattutto perché l'artista stesso sa che nel finale tutti i romanzi diventano deboli (E.M.Forster).

Certo, la sospensione dell'incredulità avviene qui - specie nel sottofinale,

allorché Carlino appena ventitreenne diventa un top manager con risalto a Wall Street e nei giornali economici - chiudendo un occhio da parte del benevolo lettore. L'iperbole della trama viene accettata solo per la bravura dello scrittore intento a parodiare sia le regole del capitalismo che quelle del romanzo a trama proliferante e ad abusare con l'acume dell'affabulatore strapaesano (la provincia d'Italia è piena di straordinari cacciaballe) delle agnizioni e dei *coups de théâtre*.

Alla fine si esce sazi e arricchiti da questo volume in cui il locale e il globale, la Basilicata e gli USA, finiscono nella stessa rete magistralmente. Nella mente resteranno alcuni personaggi straordinari, Nonnilde, Pit, Incoronata, Cybil, e alcuni episodi di grande presa emotiva (per noi che siamo coetanei di Cappelli), alludo al concerto dei New Trolls e all'atmosfera degli anni '70 nel Sud dei nostri giovanili anni perduti. Ma tutto il romanzo resta immerso in un "magico" (qui l'aggettivo è davvero necessario) favolismo narrativo meridionale che difficilmente abbandonerà il lettore.

Micologia che passione!

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

Funghi commestibili e velenosi

Proseguendo nella descrizione dei funghi, illustriamo altre quattro specie di funghi commestibili e velenosi: essi sono *Armillaria mellea*, *Clitocybe gibba*, *Amanita pantherina*, *Lactarius torminosus*.

ARMILLARIA MELLEA commestibile

Cappello: da 2 a 15 cm di diametro, di colore molto variabile dal bruno scuro al giallo oliva, rivestito di minuscole squamette.

Lamelle: poco fitte, bianche all'inizio.

Gambo: slanciato, oppure tozzo, di forma variabile da cilindrico a ventricoso con anello di colore dal bianco grigiastro al giallastro.

Carne: scarsa nel complesso, particolarmente fibrosa quella del gambo.

Habitat: cresce isolato o cespitoso in vari ambienti, aghifolia o latifolia, sempre su legno.

Note di commestibilità: va usato solo il cappello, scegliendo esemplari giovani, cuocendolo per almeno 30 minuti e gettando via l'acqua di cottura.

È preferibile il fungo che cresce su latifolia.



Foto 1: *Armillaria mellea* (di E. Brunelli)

CLITOCYBE GIBBA commestibile

Cappello: imbutiforme, di colore camoscio pallido-giallastro, con superficie setosa.

Lamelle: abbastanza fitte, molto decorrenti e biancastre.

Gambo: alto 4-5 cm di colore biancastro, ingrossato alla base che è rivestita da una feltratura bianca.

Carne: bianca, scarsa, tenace di sapore che ricorda quello delle mandorle amare.

Habitat: ubiquitario, soprattutto nei boschi di conifera.

Note di commestibilità: per la sua consistenza è necessaria una cottura per almeno 25-30 minuti.

Fare attenzione a funghi simili di colore biancastro che non vanno raccolti, perché tra questi ci sono funghi velenosi.



Foto 2: *Clitocybe gibba* (di M. Floriani)

Foto di E. Brunelli, M. Floriani

AMANITA PANTHERINA velenoso

Cappello: di medie dimensioni, di colore tendenzialmente brunastro, anche ocraceo, rivestito da verruche biancastre, (residuo del velo generale), con un margine nettamente striato.

Lamelle: fitte, più o meno libere al gambo, di colore bianco.

Gambo: bianco, bulboso alla base, con anello posizionato in basso, concolore al gambo. Presenta una volva che lo avvolge descrivendo due anelli.

Carne: bianca, fibrosa, di odore rafanoide.

Habitat: Boschi di aghifoglia e di latifoglia.

Note di commestibilità: è un fungo velenoso che determina la sindrome panterinica.

Questa è caratterizzata da modesti disturbi gastrointestinali e da evidenti segni di interessamento neuropsichico consistenti in confusione mentale e stato di euforia a cui seguono eccitazione, convulsioni fino ad uno stato di coma.



Foto 3: Amanita pantherina (di M. Floriani)

LACTARIUS TORMINOSUS velenoso

Cappello: piano, con bordo sempre involuto; di colore rosa o rosa arancio, la cuticola è sempre ricoperta di peli lunghi spesso raggruppati fra loro.

Lamelle: fitte, di colore crema biancastro con riflessi rosati.

Gambo: piuttosto corto, liscio, dello stesso colore delle lamelle.

Carne: biancastra, di sapore acre; alla frattura compare un lattice di colore bianco, scarso, molto acre.

Habitat: boschi di latifoglia (betulla in particolare).

Note di commestibilità: fungo velenoso!

A poche ore dal pasto compare una sindrome gastrointestinale caratterizzata da vomito, violenti dolori addominali, diarrea importante.



Foto 4: Lactarius torminosus (di E. Brunelli)

* Ermanno Brunelli, docente di Tossicologia ai corsi nazionali per ispettori micologi P.A.T. di Trento.
Antonio Fondriest, ispettore micologo, Trento.
Alberto Valli, ispettore micologo, primario medico Ospedale San Camillo, Trento.

Dall'analisi inclemente di Loretta Napoleoni

I lati oscuri dello sviluppo mondiale

di Aldo Nardi

A partire dal 1989, anno della caduta del Muro di Berlino, la parola chiave è stata "globalizzazione". Lo è stata per gli imprenditori, per giustificare la delocalizzazione delle loro attività dove il lavoro costava meno; lo è stata per coloro che hanno dovuto delineare i nuovi scenari dello sviluppo economico, con i suoi nomadismi, le nuove forme di consumo, le ardite interdipendenze commerciali, gli inediti protagonisti sulla scena del mercato. La globalizzazione è stata tuttavia anche l'anticamera della diffusione del germe della corruzione su scala globale. Si tratta di quella che Loretta Napoleoni, tra massimi esperti mondiali di terrorismo e di economia internazionale, ha definito, in una sua recente pubblicazione, "Economia canaglia" (Il Saggiatore, 310 pp., 17,00 €) e che, a differenza dell'economia tradizionale, che deve fare i conti con un preciso sistema di valori, "impone uno stile di vita dissoluto che alla lunga danneggia tutti: vincenti e perdenti, poveri e ricchi". A partire dalla commercializzazione non più (o non solo) degli oggetti del capitalismo americano, ma di un vero e proprio stile di vita, ivi compresa la fine di quello stesso sogno costruito sull'indebitamento degli americani che, solo nel 2006, è stato il triplo del prodotto interno degli USA. Mentre assistiamo alla fine dell'indiscussa supremazia dell'economia americana (consolidatasi durante gli anni della Guerra fredda), con la globalizzazione si internazionalizzano il crimine e i traffici illegali delle varie mafie: la 'ndrangheta in testa, ma anche quella russa e quella albanese, quella bulgara e quella turca, tutte pronte a cogliere al volo l'occasione inattesa, soprattutto nel trovare nuove vie d'accesso illegali nel vecchio continente.

Un caso per tutti: il carico di droga sequestrato a Gioia Tauro nel 2003 (5500 buste sigillate con un chilo di cocaina

ciascuna) dalla Guardia di finanza e dai Carabinieri in seguito al controllo di un container, merito di una soffiata di un informatore. Ma a Gioia Tauro vengono scaricati oltre tre milioni di container l'anno: per un carico che viene intercettato è assai probabile che molti altri passino indisturbati con l'aiuto della malavita nazionale e di quella internazionale.

A far funzionare il delicato meccanismo dei traffici illegali basterebbe la 'ndrangheta, con le sue 160 famiglie e i circa 6000 affiliati in Italia, a cui andrebbero aggiunti, secondo le stime della Napoleoni, altri 10.000 membri che operano in vari paesi del mondo, da Sidney a Cali, da Bruxelles a Miami, da Città del Capo a Toronto.

L' "economia canaglia" che descrive nel suo libro Loretta Napoleoni, non lascia spazio a particolari speranze, tra le pieghe di un progresso in cui agiscono sempre più massicciamente oscure forze economiche, avventurieri spregiudicati, neocriminali che hanno trovato l'humus ideale per attecchire e svilupparsi.

I cinesi – non si può non parlare di loro – cercano di dimenticare gli orrori della Rivoluzione culturale gettandosi a capofitto nel lavoro. Dal canto suo la Cina è il punto centrale della contraffazione internazionale (un articolo falso su due proviene dalla Cina). Il riciclaggio costante di prodotti e di idee nasce e progredisce secondo la parola d'ordine lanciata da Deng Xiaoping: "Arricchitevi". Nell'industria della contraffazione prospera la mafia cinese che, tra le altre cose, introduce ogni anno illegalmente in Europa decine di migliaia di lavoratori. Talvolta, ricorda la Napoleoni, alcuni di essi raggiungono l'Europa muniti di regolare passaporto o visto turistico, che però viene requisito al confine dai trafficanti. I documenti vengono rispediti in Cina, per cui sembra che i "turisti" siano regolarmente rientrati nel loro paese. Senza documenti gli immigrati devono lavorare in nero per sopravvivere, e in

nero devono anche vivere (alzi la mano chi ha mai avuto notizia di un cinese morto di vecchiaia, nel nostro paese). La loro presenza diventa pertanto illegale ed è l'anticamera della schiavitù. Questi brevi cenni sugli effetti della globalizzazione rendono solo in minima parte l'idea di ciò che sta accadendo sul piano economico (e sociale) mondiale che, a quanto pare, non risparmia neppure gli organismi biologici, di cui troviamo traccia nei cosmetici, nei detersivi e nei capi di abbigliamento. Si tratta di quella che in gergo viene chiamata "biopirateria" e che si concentra soprattutto sul continente africano. Qualche esempio: la multinazionale Genencor International estrae dai laghi della Rift Valley, in Kenya, un microrganismo batterico utilizzato per sbiadire i jeans (3,4 miliardi di dollari all'anno il guadagno dell'impresa americana, ovviamente esentasse. Il governo di Nairobi denuncia invano la violazione). Il colosso biotecnologico svizzero Sygenta ha ottenuto il brevetto in Europa e in Nord America della "impatiens usambarensis", una pianta della Tanzania molto richiesta in USA (ricavi annui intorno ai 150 milioni di dollari). L' "aloe ferox" del Sudafrica è stata registrata dalla statunitense Unigen, per la produzione di creme sbiancanti. Se queste sono soltanto alcune delle numerose tragedie che si stanno consumando in nome della globalizzazione, non dimentichiamo il racket del pesce del Baltico e del Mare del Nord (il cui controllo è passato nelle mani della mafia russa dopo il crollo dell'URSS) e le forme di nuovo sfruttamento legate all'alimentazione (per esempio, i ricavi delle banane che compriamo vanno per il 45% al supermercato, per il 18% agli importatori, per il 15,5% ai proprietari delle piantagioni e per il 2,5% ai lavoratori). Circa un miliardo di dollari l'anno è quanto perde l'Africa subsahariana a causa della pesca di frodo (un bottino intascato in gran parte dai cinesi che, in questo settore, sono i maggiori trasgressori); per concludere con una chicca sull'inquinamento: il 47% delle scorie prodotte nei paesi europei è tossico (un carico scomodo che viene trasferito via mare nei paesi in via di sviluppo (soprattutto in Africa, ormai considerata la discarica del mondo). E dove potrà portarci questa "globale tragedia" non siamo ancora in grado di valutarlo pienamente.



In vacanza sul Lago di Garda

15/09/2008 - 31/05/2009

Proposta di vacanza in bassa stagione
in accordo con un gruppo di selezionate strutture ricettive del Lago di Garda

	7 GIORNI	14 GIORNI	21 GIORNI
SISTEMAZIONE IN HOTEL 4 STELLE **** <ul style="list-style-type: none"> • Mezza pensione • Pernottamento e prima colazione 	da € 50,00 da € 42,00	da € 50,00 da € 40,50	da € 48,00 da € 36,00
SISTEMAZIONE IN HOTEL 3 STELLE *** <ul style="list-style-type: none"> • Pensione completa (comprese bevande: 1/4 vino 1/2 acqua min.) • Mezza pensione (comprese bevande: 1/4 vino 1/2 acqua min.) • Pernottamento e prima colazione 	da € 44,00 da € 39,00 da € 31,00	da € 41,00 da € 36,00 da € 29,00	da € 38,00 da € 33,00 da € 27,00
SISTEMAZIONE IN RESIDENCE 3 STELLE *** <ul style="list-style-type: none"> • Appartamento/Studio per 2 persone • Appartamento/Studio per 4 persone 	€ 38,50 € 49,50	prezzo totale per appartamento prezzo totale per appartamento	
SISTEMAZIONE IN APPARTAMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Appartamento per 2 persone • Appartamento per 3 persone • Appartamento per 4 persone • Colazione 	€ 40,00 € 50,00 € 55,00 € 4,00	prezzo totale per appartamento prezzo totale per appartamento prezzo totale per appartamento per persona	

TUTTI I PREZZI SI INTENDONO AL GIORNO PER PERSONA (ESCLUSO QUOTE PER APPARTAMENTO).

INTERESSANTI OFFERTE PER GRUPPI A PARTIRE DA 5 PAZIENTI

Per ulteriori informazioni sulle proposte sopra riportate è sufficiente contattare la Segreteria del Centro Emodialisi Garda (Tel. 0464 531153 – Fax 0464 531414 – E-mail: Gardadialysis@iol.it - www.gardadialysis.it).

Proposta valida fino a disponibilità posti.

Per l'alta stagione chiedere le offerte speciali alla Segreteria del Centro Emodialisi



Centro Emodialisi GARDA



Caratteristica inconfondibile del Lago di Garda e dei suoi dintorni è il clima tipicamente mediterraneo, mite anche d'inverno che permette una lussureggiante vegetazione con piante d'olivo e di limoni, di palme e di oleandri. Arco si trova ai margini settentrionali del Lago, centro storico e culturale, è una vera nicchia ecologica con parchi e giardini, con eleganti ville stile Liberty e bellissimi palazzi rinascimentali. Da qui si possono intraprendere interessanti escursioni giornaliere, come ad esempio a Venezia, nelle Dolomiti, ad Innsbruck o a Monaco, oppure piacevoli passeggiate a piedi o in bicicletta tra gli olivi.

**CENTRO
EMODIALISI
GARDA**

38062 Arco
Lago di Garda
Via S. Caterina, 94 D
(Provincia di Trento)
Tel. 0464/531153
Fax 0464/531414
E-Mail Gardadialysis@iol.it
www.gardadialysis.it

**ACCREDITATO E CONVENZIONATO CON
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Come si raggiunge Arco:



: con l'autostrada del Brennero uscita Rovereto Sud-Lago di Garda Nord (ca. 15 km)



: da Verona circa 50 minuti, da Bergamo circa 90 minuti, da Milano e/o Venezia circa 2 ore



: dalla Stazione di Rovereto collegamento con il pullman di linea (circa ½ ora)

IL CENTRO EMODIALISI GARDA, fondato nel 1978, ha come sua mission: "aiutare i pazienti nefropatici e loro familiari". Ha sede ad Arco nell'incantevole cornice del Lago di Garda.

INFORMAZIONI

- 20 Apparecchi Fresenius 4008
- costante presenza del medico
- solo ospiti HB_s Ag negativi
- aperto tutto l'anno
- disponibile ad accogliere gruppi di pazienti accompagnati da personale medico e/o infermieristico

Prenotazione obbligatoria con modulo-cartella clinica a firma del Responsabile Medico del Centro Dialisi di provenienza.

In questa Organizzazione il Dr. Poli assicura la sua collaborazione per una valida Direzione del Centro, come positivamente lo è stato nel passato.

