

R&S



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE & SALUTE

ANNO XXIV - MAGGIO 2009 - N. 1 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



- ▶ **A TRENTO IL 12 MARZO LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE**
- ▶ **I CARATTERI DELLA SINDROME METABOLICA**
- ▶ **LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO IN TERAPIA INTENSIVA**
- ▶ **ANCHE IL NONNO DEVE CONTROLLARSI LA PRESSIONE**
- ▶ **COME CONTENERE L'ESPANSIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO IN UNA SOCIETÀ CHE INVECCHIA**
- ▶ **MALATTIE RENALI E DISFUNZIONI SESSUALI**
- ▶ **IL PERCORSO DEL TRAPIANTO RENALE NELLA PERSONA ANZIANA**
- ▶ **COME VALORIZZARE LE PROFESSIONALITÀ IN DIALISI**

- ▶ **VERSO UN FUTURO SEMPRE MIGLIORE**
- ▶ **IL DIBATTITO SULLA DIRETTIVA ANTICIPATA**
- ▶ **LA DEPRESSIONE POST PARTUM**
- ▶ **IL PIANETA BHUROS/RACCONTO**
- ▶ **OSSERVAZIONI LIBERE SULLA GIORNATA MONDIALE DEL RENE**
- ▶ **INTENSITÀ DI SENTIMENTI E DI EMOZIONI**
- ▶ **PROGETTO EDUCATIVO "VACANZE... E NON SOLO!"**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **LA LEGGEREZZA ARCHITETTONICA DELLA PARROCCHIALE DI GARNIGA TERME**

sommario

A Trento il 12 marzo la Giornata Mondiale del Rene	3
a cura di Cristina Comotti	
I caratteri della sindrome metabolica	6
di Sandro Inchiostro	
La gestione del paziente anziano in terapia intensiva	9
di Claudio Ronco	
Anche il nonno deve controllarsi la pressione	10
di Maurizio Mazzon	
Come contenere l'espansione del trattamento dialitico in una società che invecchia	11
di Cristina Comotti	
Malattie renali e disfunzioni sessuali	13
di Andrea Scardigli	
Il percorso del trapianto renale nella persona anziana	14
di Cristina Andreotti	
Come valorizzare le professionalità in dialisi	15
di Alessandro Fratton	
Verso un futuro sempre migliore	18
a cura di Rita Muraro e Sandra Comper	
Il dibattito sulla direttiva anticipata	21
di Elena Tovazzi	
La depressione post partum	23
a cura di Antonella Lama e Michela Anna Ravagni	
Il Pianeta Bhuros	24
di Lorenzo Ricci	
Osservazioni libere sulla Giornata mondiale del Rene	25
di Serena Belli	
Intensità di sentimenti e di emozioni	26
di Lonely Bear	
Micologia che passione!	28
di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli	
La leggerezza architettonica della parrocchiale di Garniga Terme	30
di Genny Tartarotti	

A tutti i Lettori,

dopo molti anni durante i quali la rivista Rene & Salute è stata inviata, oltre che ai soci APAN, a molte persone in giro per l'Italia, a partire da questo numero abbiamo pensato di rivolgerci, almeno in parte, ad un pubblico diverso, più vicino alla nostra Associazione. Infatti, ci siamo resi conto che molti medici di base della Provincia di Trento non ricevevano la Rivista che, al contrario, veniva inviata a molti medici di altre Regioni italiane. La rivista ha un costo piuttosto elevato, che dipende sia dalla stampa, che dalle spese postali, ma riteniamo che sia uno strumento irrinunciabile per la divulgazione degli scopi dell'APAN. Abbiamo quindi fatto una revisione dell'indirizzario ed abbiamo deciso di inviarla, in linea di principio, a lettori, medici, associazioni e biblioteche della nostra provincia, a centri di dialisi del Centro-Nord Italia, limitando al minimo gli invii esterni. In particolare, io spero di fare cosa gradita ai medici di base del Trentino, miei colleghi in quanto medico pure io, inviando loro una copia di Rene & Salute, con la preghiera di esporla, spero dopo che l'avranno letta, nella loro sala di attesa.

Serena Belli
Presidente A.P.A.N.

IN QUESTO NUMERO

ASSOCIATO
ALL'UNIONE
ITALIANA
STAMPA
PERIODICA



In copertina:
Foto tratta dal manifesto "Cura la tua salute"

RENE&SALUTE

Trimestrale d'informazione e cultura dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.) - Anno XXIV - N. 1

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 - apan.tn@alice.it

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

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

Ermanno Brunelli, Cristina Comotti, Sandra Comper, Alessandro Fratton, Antonio Fondriest, Sandro Inchiostro, Antonella Lama, Maurizio Mazzon, Rita Muraro, Aldo Nardi, Michela Anna Ravagni, Lorenzo Ricci, Claudio Ronco, Andrea Scardigli, Genny Tartarotti, 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 maggio 2009.

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».

Rene, conoscerlo per vivere bene

A Trento il 12 marzo la Giornata Mondiale del Rene

di Cristina Comotti

Il 12 marzo 2009 si è celebrata anche in Trentino la "Giornata Mondiale del Rene".

L'obiettivo era quello di sensibilizzare i cittadini sull'importanza della prevenzione delle malattie renali.

Le malattie renali rappresentano oggi, nei Paesi industrializzati, un grave problema di salute pubblica. Si stima che il 7 - 10 % della popolazione abbia un danno renale e spesso non sappia di averlo. Questo perché i reni sono organi che possono "soffrire in silenzio", ossia senza arrecare sintomi, finché irrimediabilmente compromessi.

Attualmente 1 cittadino italiano su 1.000 sopravvive grazie alla dialisi.

Il trattamento dialitico oltre a determinare una netta riduzione della qualità della vita sia nei confronti del paziente che dei suoi familiari (limi-

tazioni dietetiche severe; assunzione di molti farmaci; modifica o rinuncia dell'attività professionale, sociale e ricreativa; perdita della propria integrità fisica e del proprio equilibrio psico-fisico; perdita del ruolo di leader nella gestione familiare; accettazione che la propria vita possa dipendere da una "macchina"...) contribuisce in maniera significativa ad aumentare il rischio cardiovascolare: la morbilità e la mortalità per infarto miocardico e/o ictus cerebrale è, nel dializzato, 100 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

La dialisi ha inoltre costi elevati (circa 40.000 euro/anno/paziente) ed assorbe una quota relativamente alta (2-3 %) delle risorse che in Italia vengono spese per la salute e per un così piccolo numero di pazienti (0,001 % della



La dott.ssa C. Comotti, indefessa organizzatrice della giornata mondiale del Rene a Trento



Il Dr. G. Brunori e la Dott.ssa S. Belli in piazza per la Giornata Mondiale del Rene.



popolazione); con un budget analogo si curano oltre due milioni di cittadini affetti da diabete mellito.

Nella nostra nazione non esistono piani d'intervento finalizzati a contenere questo grave problema sanitario. Sono infatti oltre quattro milioni i cittadini italiani e quarantamila le persone in Trentino a rischio di malattia renale perché le malattie pandemiche del terzo millennio: obesità, ipertensione arteriosa, arteriosclerosi e diabete mellito danneggiano spesso i reni ed in modo asintomatico.

Ogni anno 60-65 nuovi pazienti sono avviati al trattamento dialitico presso la nostra provincia, con un'incidenza oscillante attorno a 140 pmp, in linea con le altre regioni italiane.

Numeri, probabilmente sconosciuti ai più, ma che rendono conto della gravità del problema e di quanto sia importante vigilare sulla salute dei nostri reni, questi due piccoli organi, grandi poco più di un grosso fagiolo, ma indispensabili alla vita.

Per rendere la Giornata Mondiale del Rene realmente incisiva per la lotta alle malattie renali, la Struttura Complessa di Nefrologia – Dialisi della Provincia Autonoma di Trento, assieme all'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia, è stata presente in piazza C. Battisti a Trento per offrire alla cittadinanza il controllo della pressione arteriosa, l'esecuzione dell'esame delle urine e materiale informativo sulle norme di prevenzione e cura delle malattie renali.

274 persone, dalle 9 alle 14, hanno aderito all'iniziativa, sotto il gazebo e all'interno del camper, messo a disposizione dall'Azienda Sanitaria.

Dei 274 cittadini esaminati, 170 femmine (62 %) e 104 maschi (38 %), età media 60,84 anni (59,34 e 63,30 rispettivamente per donne e uomini), 8 (il 3 % circa) sono risultati affetti da anomalie urinarie (proteinuria e/o ematuria) e verranno ulteriormente indagati.

Come abbiamo appena visto esistono concrete possibilità di intervento sul preoccupante problema delle malattie renali e la nefrologia dovrà essere sempre più "protagonista" nello sviluppo dei processi di prevenzione e cura delle malattie renali.

Le terapie, ancor oggi, sono spesso tardive: il 25-50 % dei pazienti è conosciuto dallo specialista solo all'inizio del trattamento dialitico.

Crediamo pertanto necessaria una rivalutazione della gestione dei percorsi di prevenzione e cura delle malattie renali, che non può prescindere dalla partecipazione attiva del medico

di medicina generale accanto al nefrologo.

Riteniamo che solo la realizzazione di un "modello assistenziale complesso", che preveda la gestione di un percorso sanitario diversificato su più poli di intervento (territorio, ambulatorio, ospedale) tra loro integrati, con un obiettivo definito e condiviso, con-

sentirà un miglioramento continuo delle prestazioni rese, della qualità di vita del cittadino e dell'impiego delle risorse economiche.

Sarà compito delle Autorità Sanitarie stabilire se investire a favore della prevenzione delle malattie renali possa essere economicamente e socialmente vantaggioso.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI

Per prevenire le malattie renali bisogna riconoscere i fattori di rischio più importanti per la loro comparsa e, quando possibile, correggerli.

I principali fattori di rischio sono:

- ipertensione arteriosa;
- diabete mellito di tipo II;
- obesità;
- età (superiore a 60 anni);
- ipercolesterolemia grave;
- fumo;
- uso prolungato di farmaci senza controllo medico (specie antinfiammatori non steroidei ed analgesici);
- malattie immunologiche (artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, vasculiti, ecc.);
- familiarità per malattie renali.

ALCUNE STRATEGIE PER DIFENDERE I NOSTRI RENI

1. **Curare le malattie che possono indurre un danno renale:** ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, diabete ed obesità.
2. **Abolire il fumo.**
3. **Corretta alimentazione.**
Evitare diete ricche di calorie, zuccheri, grassi, carne e sale; privilegiare frutta, verdura, olio d'oliva e pesce.
4. **Evitare eccessi di peso corporeo.**
5. **Combattere la sedentarietà.**
6. **Tenere sotto controllo colesterolo e trigliceridi.** La presenza di dislipidemia rappresenta un fattore importante per lo sviluppo di arteriosclerosi, diabete, ipertensione arteriosa.
Target consigliati:
 - colesterolo totale inferiore a 200 mg/dl
 - LDL inferiore a 100 mg/dl
 - HDL superiore a 40 mg/dl
 - Trigliceridi inferiori a 150 mg/dl
 La loro correzione con farmaci ipolipemizzanti è caldamente consigliata accanto ad una dieta "mediterranea" ed a regolare attività fisica.
7. **Controllare periodicamente la pressione arteriosa.**
Valori superiori a 140/90 mmHg sono da considerarsi patologici a qualunque età.
Spesso un singolo farmaco non è sufficiente ad ottenere un adeguato controllo pressorio ed è quindi necessario usare più farmaci in combinazione. Alcuni di questi, gli ACE inibitori ed i Sartani, possiedono anche un'azione renoprotettiva.
Target consigliato:
 - pressione arteriosa uguale o inferiore a 130/80 mmHg in assenza di diabete.
8. **In presenza di diabete** è importante mantenere la glicemia e l'emoglobina glicata a livelli normali o prossimi al normale. Inoltre eventuali condizioni di sovrappeso vanno risolte ed è consigliato mantenere la pressione arteriosa a valori inferiori a 130/80 mmHg.
Target consigliato:
 - emoglobina glicata (Hb) uguale o inferiore al 7%.
9. **Non abusare di farmaci potenzialmente nefrotossici** senza il diretto controllo medico.
Principalmente implicati sono gli antinfiammatori e gli analgesici assunti per periodi prolungati, soprattutto da individui di sesso femminile per cefalea, artralgie e dolori vari.
10. **Eeguire l'esame dell'urina una volta all'anno.** Non trascurare anomalie come la presenza di proteine (proteinuria) anche in piccole quantità e/o sangue (emoglobinuria, ematuria), abitualmente non visibili ad occhio nudo.
11. **Dosare la creatinina nel sangue** se l'esame delle urine è patologico e ad intervalli regolari (annuali o semestrali) in presenza di fattori di rischio per lo sviluppo di malattie renali.
Target consigliato:
 - creatinina uguale o inferiore a 1.2 mg/dl nella donna;
 - creatinina uguale o inferiore a 1.3 mg/dl nell'uomo.

Ringraziamo la Provincia Autonoma di Trento, il Comune, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, l'Assessorato alla Salute, la Direzione del Presidio Ospedaliero S. Chiara nonché tutti i partecipanti (medici, infermieri, volontari) che hanno contribuito al successo di questa giornata.

Mangiare poco e bene e camminare spesso per mantenersi in forma

I caratteri della sindrome metabolica

di Sandro Inchiostro*

L'esistenza di un'associazione tra alcune caratteristiche metaboliche ed emodinamiche è nota da quasi un secolo, quando Kylin nel 1923 pubblicava "Studien über das Hypertonie-Hyperglykämie-Hyperurikämiesyndrom".

Tuttavia, è doveroso ricordare che già Giovanni Battista Morgagni nel 1765 segnalava, all'esame anatomico-patologico di alcuni casi pervenuti a morte, la coesistenza di accumulo di grasso a livello addominale e mediastinico, di malattia cardiaca secondaria all'ipertensione arteriosa, e di deposizione di materiale lipidico a livello arterioso. Tali pazienti avevano presentato abitudini di vita caratterizzate dalla sedentarietà e dal consumo di abbondanti libagioni.

J. Vague ha avuto il merito, attorno alla metà del secolo scorso, di richiamare l'attenzione sulle conseguenze legate alla differente tipologia dell'accumulo del grasso corporeo, sottolineando come la deposizione addominale, tipica del sesso maschile, si associasse più frequentemente alla presenza di diabete, aterosclerosi, gotta e calcolosi, rispetto alla deposizione dell'adipe a livello periferico e cioè su anche, glutei e cosce, tipica del sesso femminile.

La scuola metabolica Padovana, nelle persone dei Professori Piero Avogaro e Gaetano Crepaldi, nel 1965, ha avuto il merito di accogliere nell'associazione morbosa comprendente obesità, iperglicemia ed ipertensione arteriosa anche l'alterazione delle frazioni

lipidiche e di definire questa entità "Sindrome Plurimetabolica".

Negli anni successivi la ricerca si è focalizzata sui meccanismi fisiopatologici che potevano giustificare l'associazione di dislipidemia, iperglicemia, ipertensione arteriosa ed obesità addominale, sottolineando come, la resistenza all'attività metabolica dell'insulina, era in grado di raccogliere attorno a sé le suddette alterazioni. Inoltre, è stato evidenziato che l'accumulo di adipe addominale esprimeva in realtà la presenza della deposizione del tessuto adiposo, non tanto sottocutaneo, bensì viscerale, cioè al di sotto del piano muscolare addominale.

Dal 1985, quando Michaela Modan ha effettuato il primo studio di popolazione, sono stati pubblicati vari studi epidemiologici che hanno confermato, su ampie popolazioni, l'esistenza di una associazione delle suddette alterazioni, che si presenta con una frequenza che è assai superiore a quella che ci si dovrebbe aspettare dal caso. Nel 1988 Gerald Reaven, nella Banting Lecture tenuta al congresso americano di diabetologia, coniava il termine di Sindrome X, intendendo con essa l'associazione di iperglicemia, ipertrigliceridemia, ridotti livelli di colesterolo HDL ed ipertensione arteriosa, coesistenza che veniva spiegata dalla presenza di una condizione di iperinsulinemia/insulino-resistenza. Da allora è stata posta una attenzione sempre maggiore a tale sindrome, che è stata denominata dai vari ricercatori in modo diverso: sindrome dell'insulino-resistenza, il "quartetto mortale", sindrome plurimetabolica (richiamandosi alla denominazione della Scuola Padovana), per giungere al 1999, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto per la prima volta dei precisi criteri diagnostici per identificare quella che da allora in poi sarà denominata "Sindrome Metabolica". È interessante osservare che tali criteri comprendono anche la presenza di microalbuminuria, cioè di una escrezione urinaria ≥ 20 mcg/min. Tuttavia l'utilizzo di tali criteri diagnostici è risultato di difficile applicazione clinica, perché richiede di stimare, per la popolazione con normale tolleranza glucidica, il grado di



PARAMETRI CLINICO/METABOLICI	UOMINI	DONNE
Circonferenza vita	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Ipertrigliceridemia	≥ 150 mg/dl o trattamento per ipertrigliceridemia	
Bassi livelli di colesterolo HDL	< 40 mg/dl o trattamento per ridotto colesterolo HDL	< 50 mg/dl o trattamento per ridotto colesterolo HDL
Elevati valori pressori	≥ 130 mmHg (sistolici) o ≥ 85 mmHg (diastolici) o trattamento antiipertensivo	
Iperglicemia	≥ 100 mg/dl o trattamento per l'iperglicemia	

insulino-resistenza e di rapportarlo a quello della popolazione di riferimento, procedimento di impossibile applicazione quotidiana ed applicabile solo nel campo della ricerca clinica. Per tale motivo sono i criteri diagnostici americani, proposti dal National Education Program (NCEP) nel 2001, che ora sono largamente utilizzati, dopo aver accolto anche l'ultima revisione relativa al cut-off glicemico. Tale revisione identifica un soggetto affetto da Sindrome Metabolica se coesistono almeno tre delle condizioni riportate nella tabella in alto.

L'International Diabetes Federation (IDF) nel 2005 ha proposto una sua definizione che è molto simile alla suddetta, ma che pone come condizione necessaria la presenza di un livello di circonferenza vita ≥ 94 cm per gli uomini e ≥ 80 cm per le donne (cut-off modificabili in base all'etnia presa in considerazione) con la quale devono coesistere almeno due delle condizioni riportate nella tabella. Tuttavia, come già detto precedentemente, la visione che ruota attorno a tutte le caratteristiche della sindrome metabolica considerate di pari importanza, come propone il NCEP, è la più utilizzata nella pratica clinica e nella letteratura scientifica, rispetto a quella dell'IDF che è centrata sull'adiposità addominale.

A questo punto sorge spontaneo chiedersi perché si manifesta la sindrome metabolica.

La sindrome metabolica compare in soggetti che accompagnano una predisposizione genetica per la dislipidemia e/o l'ipertensione arteriosa e/o l'iperglicemia con uno stile di vita caratterizzato da un bilancio energetico positivo. Ciò significa che il loro introito calorico è superiore al

dispendio energetico, che generalmente è ridotto. L'eccesso di calorie viene immagazzinato nell'organismo sotto forma di grasso che si accumula non solo a livello viscerale, cioè nei depositi adiposi intraaddominali, ma anche a livello del parenchima epatico ed intramuscolare. La deposizione di tessuto adiposo in tali sedi determina una cascata di eventi metabolici, infiammatori ed ormonali che, come risultato finale, ha la comparsa di insulino-resistenza, sia per quanto riguarda la captazione di glucosio da parte del muscolo e degli altri organi insulino-sensibili, che per la inibizione della produzione epatica di glucosio. Anche il metabolismo delle lipoproteine, mediante le quali il colesterolo ed i trigliceridi vengono veicolati nel sangue, risente negativamente di tale condizione di sovralimentazione. La conseguenza è una maggior propensione a produrre lipoproteine ricche in trigliceridi (VLDL1) a causa di un maggior afflusso di acidi grassi al fegato e di una maggior formazione e dismissione in circolo delle stesse da parte del fegato, per un ridotto effetto inibitorio che l'insulina dovrebbe esercitare su tali processi. L'eccesso di VLDL1 innesca l'azione di enzimi che rimodellano le lipoproteine stesse, con un conseguente accumulo in circolo di trigliceridi, riduzione della quota di colesterolo antiaterogeno, cioè HDL, e la formazione di lipoproteine LDL che veicolano il colesterolo aterogeno nella forma più pericolosa, cioè come particelle LDL piccole e dense. L'insulino-resistenza, e la conseguente iperinsulinemia compensatoria, determinano un effetto sodio-ritentivo a livello renale, la stimolazione del sistema simpatico, soprattutto a livello delle terminazioni nervose, e l'attivazione

del sistema renina-angiotensina che, associandosi alla perdita della normale funzione vasodilatatoria dell'endotelio, pone le basi all'incremento dei valori pressori. Molto meno frequente è il caso di soggetti che presentano un peso corporeo normale e svolgono una normale attività motoria e ciononostante sono affetti da sindrome metabolica. In questi soggetti la predisposizione genetica è talmente forte che non necessita di uno stile di vita poco salutare per determinare l'alterazione dei parametri lipidici, glicemici e pressori inducendo la comparsa del quadro clinico della sindrome metabolica. Tali soggetti, che sono normopeso, vengono definiti "metabolicamente obesi". La diversa influenza genetica, sia in termini di forza con cui viene espressa la manifestazione clinica, che di tipologia di alterazione clinica, è in grado di spiegare non solo il livello di gravità della singola anomalia (dislipidemia, ipertensione, iperglicemia) ma anche le diverse combinazioni che si rendono clinicamente manifeste.

Si sta continuamente parlando di geni, ma, a questo punto, bisogna chiarire che non sono stati identificati singoli geni responsabili della comparsa della sindrome metabolica, ma che bisogna pensare a tale sindrome come al risultato finale dell'effetto di molti geni predisponenti che, in condizioni ambientali caratterizzate da una scorretta alimentazione ed una ridotta attività fisica, determinano la comparsa della sindrome.

Quali conseguenze sulla salute comporta l'essere affetti da sindrome metabolica? Il rischio maggiore ad essa associato è quello di sviluppare la malattia diabetica. Un soggetto con sindrome metabolica ha un rischio sei volte maggiore di manifestare, in futuro, il diabete. La sua presenza



non sostituisce né supera comunque l'importante valore prognostico della malattia diabetica rappresentato dall'iperglicemia, sia a digiuno che dopo carico di glucosio, ma si affianca ad esso. Questa associazione non stupisce, alla luce dei substrati fisiopatologici che sottendono la presenza della sindrome metabolica e cioè l'insulino-resistenza e l'eccessivo accumulo di grasso viscerale, comuni anche alla malattia diabetica, che per esprimersi ha bisogno anche della difettosa funzione della beta-cellula pancreatica relativa alla produzione di insulina.

La seconda conseguenza della sindrome metabolica è l'aumento del rischio cardiovascolare, incremento stimato attorno al 60 %. Anche in questo caso la presenza di sindrome metabolica non soppianta assolutamente il fondamentale valore prognostico dei classici fattori di rischio cardiovascolare come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, il diabete, il fumo, ma determina un rischio aggiuntivo, se si associa ad essi. Inoltre, il rischio cardiovascolare determinato dalla sindrome metabolica, in assenza dei classici fattori di rischio prima elencati, è da considerarsi come un rischio a lungo termine, superiore ai dieci anni. Pertanto, è necessario prevenire e curare la sindrome metabolica per limitare il rischio di ammalarsi di diabete e per ridurre il rischio cardiovascolare.

Come si tratta la sindrome metabolica? I meccanismi che ne determinano l'insorgenza, prima descritti, suggeriscono già la risposta. Infatti, non esiste una terapia farmacologica

in grado di curare la sindrome metabolica, ma solo farmaci che hanno come obiettivo terapeutico le singole componenti della sindrome e cioè la dislipidemia, l'ipertensione, l'iperglicemia. L'approccio terapeutico più importante si basa sulle modificazioni terapeutiche dello stile di vita, rappresentate da un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente corretta e dallo svolgimento di una costante attività motoria. Alimentazione sana significa povera in grassi saturi, cioè provenienti dal mondo animale, come formaggi e carni grasse, povera in cibi raffinati e ricchi di zuccheri semplici, mentre deve essere basata sul consumo di cereali preferibilmente integrali, verdura, frutta, pesce e carne di taglio magro, il tutto in quantità contenute. Infatti bisogna ricordare che l'obiettivo più importante è quello del mantenimento di un normale peso corporeo, compreso tra un intervallo d'indice di massa corporea (rapporto tra peso corporeo ed altezza espressa in metri ed elevata al quadrato) tra 18 e 25, con una circonferenza vita per gli uomini inferiore a 94 cm e per le donne inferiore a 80 cm. Tali obiettivi sono più facilmente raggiungibili associando ad un'alimentazione sana lo svolgimento di una costante attività motoria, che può essere rappresentata anche dalla semplice passeggiata di buon passo che consenta di camminare per 4-5 km in 45-55 minuti per almeno quattro volte la settimana. Uno stile di vita come quello appena descritto consente di avere un effetto benefico molto importante contemporaneamente su tutti i fattori che

costituiscono la sindrome metabolica, cogliendo così, come dice il proverbio, due piccioni (o meglio più piccioni) con una sola fava. È stato dimostrato che un sano stile di vita consente di dimezzare il rischio d'insorgenza di diabete in soggetti predisposti e di ridurre drasticamente la comparsa di malattie cardiovascolari. La terapia farmacologica va presa in considerazione quando il singolo fattore che va a costituire la sindrome metabolica non è sufficientemente controllato con le modificazioni terapeutiche dello stile di vita.

Tutto ciò c'entra qualcosa con la salute del rene? Certamente, non a caso la prima definizione della sindrome metabolica proposta dall'OMS comprende tra i criteri diagnostici la presenza di microalbuminuria. È stato chiaramente dimostrato che i soggetti con sindrome metabolica, identificata con i criteri del NCEP riportati in tabella, che non comprendono la presenza di microalbuminuria, hanno un rischio più che raddoppiato di avere anche una funzione renale alterata, definita come un filtrato glomerulare < 60 ml/minuto per 1.73 m² di superficie corporea (insufficienza renale di stadio 3 ed oltre), ed all'incirca doppio di presentare microalbuminuria. Inoltre, tanto maggiore è il numero delle caratteristiche che definiscono la sindrome (iperglicemia, obesità centrale, aumento dei valori pressori, dislipidemia) tanto più frequente è la presenza d'insufficienza renale e microalbuminuria. Tali osservazioni fanno ipotizzare che prevenire e curare la sindrome metabolica possa avere un effetto positivo non solo sul metabolismo glucidico e sul rischio cardiovascolare, ma anche uno specifico effetto benefico a livello renale. Pertanto, camminare molto e mangiare poco e bene ci può proteggere non solo dal diabete, dall'infarto e dall'ictus ma anche dall'insufficienza renale.

*L'Autore è specialista in patologie cardiovascolari nel diabete
Medicina II e Centro Diabetologico
– Ospedale "S. Chiara", Trento.

La gestione del paziente anziano in terapia intensiva

di Claudio Ronco*

Negli ultimi anni c'è stato un proliferare di dibattiti sul problema delle terapie intensive nel paziente anziano. Questo gruppo di pazienti è in rapida espansione e si presentano quotidianamente problemi tecnici e clinici, collegati alle difficoltà che tali pazienti presentano ed ai costi del loro trattamento. Le difficoltà nascono dalla necessità di mantenere adeguati standard di cure nelle terapie intensive, pur avendo a che fare con un incremento del numero di pazienti anziani, altamente vulnerabili e suscettibili di comorbidità elevate, fra cui infezioni e sepsi. Inoltre, vi è la necessità di mantenere un equilibrio fra le aspettative del paziente, quelle delle loro famiglie, ed infine le operatività delle unità di cura, spesso sotto organico e con risorse limitate. Il problema della "Cost-effectiveness" (costi-benefici) deve pertanto essere necessariamente affrontato bilancian-

do i risultati ottenibili, o attesi, con le potenzialità e le capacità effettive di erogazione delle cure. Solo in questo modo, i tremendi problemi etici, di una eventuale limitazione delle cure nei pazienti anziani, possono trovare risposte almeno parziali. Questi concetti potrebbero portare al difficile e spinoso sentiero delle cure "end-of-life" (fine vita) che non abbiamo né la presunzione, né lo spazio, di dibattere in questa sede. Ciononostante il problema rimane. Il paziente anziano è fragile e pronto a facili complicanze per cui ogni specialista, dal nefrologo al cardiologo al gastroenterologo, ecc., deve attrezzarsi per dare risposte professionali e specifiche nel campo "geriatrico" della propria specialità. La risposta tecnica e delle Istituzioni a questo cambiamento di orizzonte del campo medico e del panorama sanitario delle terapie intensive, deve essere lucida e strutturata. Anzitutto vi sono le priorità clinico-tecnologiche nelle quali i trattamenti del paziente anziano fragile devono essere collocati con conoscenza e alla luce di prospettive definite. Vi sono poi considerazioni etiche e morali, all'interno delle quali una corretta valutazione degli "outcomes" clinici e dei risultati attesi, in termini di morbilità e mortalità, deve essere la guida di una medicina che ancora una volta fonda le proprie radici sulla evidenza, piuttosto che sulla sensazione o sul trasporto emotivo. Infine, un calcolo dei benefici ottenibili sulla base della equa distribuzione delle risorse, consentirà di dare alle unità di terapia intensiva una guida ed una serie di

raccomandazioni su quanto possano essere adeguate cure routinarie, avanzate o addirittura eroiche.

Un'ultima considerazione va fatta sul concetto di "anziano" in senso generale. Vi sono ampie discussioni se la definizione "anagrafica" dell'età possa essere il discriminante per l'accesso a cure e procedure. In una medicina umana e personalizzata il medico deve necessariamente fare riferimento anche alla definizione "biologica" dell'età, con una particolare attenzione alle aspettative di vita ed alle opportunità riabilitative e di reinserimento sociale del malato. La sfida per una cura adeguata del paziente anziano in terapia intensiva è iniziata e si espanderà negli anni a venire, come in altre aree della medicina e della salute pubblica. In un ambito dove la cronicità rappresenta un grave peso per la società, terapie acute e di breve durata possono rappresentare una soluzione che non può essere negata a nessun individuo. Tutto ciò a patto che tali cure non rappresentino l'origine di una nuova popolazione di pazienti cronici il cui sostentamento e le cui cure, forse, non saranno in grado di sostenere. Nell'ospedale di oggi pertanto, da un lato si prospettano aree a bassa intensità di cure per arrivare sino al concetto di "Hospice". Dall'altro vi sono terapie intensive in cui le cure ad alta intensità non rimangono appannaggio di casistiche selezionate, ma raggiungono invece una ampia fascia di pazienti anziani o addirittura grandi anziani. Il medico e l'amministratore si devono collocare fra queste due realtà rendendo conto di ogni risorsa spesa per tali scopi, nella certezza di non sottrarre nulla ad altre categorie di individui.

*L'autore è direttore del Dipartimento di Nefrologia-dialisi e del trapianto renale dell'Usl 3456 Veneto, Osp. S. Bortolo, Vicenza.



Anche il nonno deve controllarsi la pressione

di Maurizio Mazzon*

L'ipertensione arteriosa è un killer silenzioso. A questa causa si attribuisce il 15% delle morti (più che il fumo di sigaretta); è una condizione trattabile con le medicine e molti studi hanno dimostrato che il controllo della pressione arteriosa permette di ridurre gli ictus cerebrali, gli infarti del cuore e gli altri problemi cardiovascolari. Purtroppo non più di un terzo delle persone che hanno ipertensione arteriosa hanno la pressione corretta coi farmaci.

Si sa che con l'aumento dell'età, aumenta la pressione arteriosa. Quando ero giovane, sentivo dire che la pressione "andava bene" se era la pressione più bassa della somma di 100 + l'età (per esempio 70 anni permetteva una pressione di 170 mmHg). In realtà, non è così. Per qualsiasi età (salvo pressioni molto basse) le persone con una pressione più bassa hanno un'aspettativa medica di vita migliore, rispetto a chi presenta una pressione alta.

Ma serve "anche se si è di famiglia" abbassare la pressione? Certamente sì.

E come? E anche se si ha 70-80 anni? Bisogna innanzitutto dire che la pressione nella persona anziana è generalmente "sistolica", vale a dire la pressione massima è elevata, mentre la pressione minima è normale (nelle ultime Linee Guida la pressione va considerata elevata se è maggiore di 140/90 mm Hg); questo perché i vasi sono meno elastici (più rigidi) e quindi si distendono meno quando il cuore di contrae.

Un'altra cosa da dire è che nella persona anziana, talora, la pressione scende quando da distesa o seduta, si mette in piedi. Questo perché i normali riflessi che tengono su la pressione con "l'ortostatismo" sono appannati. E questo è un problema perché, se la pressione scende troppo, può non arrivare abbastanza sangue al cervello e quindi la persona anziana può svenire e cadere a terra con il rischio di fratturarsi il femore.

Cosa fare se l'anziano ha 160-170 di pressione massima?

Il primo consiglio, per regolarizzare la pressione arteriosa, è quello di ridurre la quantità di sale negli alimenti (molti

alimenti conservati, come quelli in scatola e gli insaccati hanno molto sale perché aiuta la loro conservazione). Quindi ridurre il sale negli alimenti (non aggiungere sale anche se non è molto saporito, meglio usare qualche spezia) è la prima misura che permette di abbassare la pressione arteriosa. Utile poi una dieta ricca di potassio (frutta e verdura). È raccomandabile fare una camminata di mezz'ora al giorno, calare qualche chilo se si è in sovrappeso, non bere più di 1 bicchiere di vino a pasto e, ovviamente, non fumare.

Ma se la pressione rimane elevata? È opportuno iniziare con delle medicine, normalmente con un diuretico. Ovviamente le dosi devono essere ridotte e la pressione massima dovrebbe arrivare a 140-145, mentre la minima non scendere sotto gli 80 mmHg: sono questi i valori che garantiscono l'afflusso di sangue ossigenato al cervello.

Un recente grosso studio condotto su circa 4.000 persone ha dimostrato che è opportuno trattare con farmaci antipertensivi anche gli ultraottantenni. Dei 2.000 trattati la pressione sistolica che inizialmente presentava una media di 173/91 mm Hg, con i farmaci è scesa mediamente di 15 mentre la minima si è abbassata di 6 mm Hg, dopo 2 anni di terapia questi soggetti presentavano una riduzione della mortalità del 20% e degli ictus cerebrali del 40% rispetto ai non trattati, senza maggiori effetti collaterali.

Sì, anche al nonno va controllata (ed eventualmente ridotta) la pressione!

*L'Autore è responsabile della prevenzione delle malattie renali presso l'U. O. di Nefrologia e Dialisi di Trento.



263 pazienti in dialisi in Trentino al dicembre 2008

Come contenere l'espansione del trattamento dialitico in una società che invecchia

di Cristina Comotti

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una patologia complessa la cui evoluzione comporta fasi di trattamento diversificate: la prima è quella della "terapia conservativa" dietetica e farmacologica esaurita la quale, per progressione irreversibile della malattia renale a livelli incompatibili con la vita (uremia o IRC terminale), subentrano "le terapie sostitutive": quella "artificiale" rappresentata dalla dialisi e quella "naturale" che si identifica nel trapianto renale.

In Italia, come nel Mondo, il divario tra il numero di pazienti in dialisi e con trapianto è enorme e a favore dei primi, pertanto se ne deduce che il principale trattamento dell'uremia è rappresentato dalla dialisi.

Dai recenti dati della letteratura si evince come l'impatto dell'uremia e delle sue complicanze assumerà proporzioni sempre più ampie sui costi sanitari, poichè verrà a determinarsi un ingresso in dialisi di un numero di pazienti sempre crescente, visto l'innalzarsi della vita media e del progredire delle tecnologie, costringendo gli operatori a compiere una selezione rigorosa inerente il trattamento.

La selezione dei pazienti da avviare al trattamento dialitico ha comportato gravi problemi etici al suo inizio. Dopo i suoi primi impieghi risalenti alla fine degli anni '50 è sorto immediatamente il problema data la scarsità dei posti dialisi di stabilire parametri guida per l'accettazione del paziente: allora sembrò ragionevole scegliere il criterio dell'età (inferiore a 45 anni) e l'assenza di patologie concomitanti (Fox, 1978).

Con il progressivo sviluppo della tecnica dialitica, e a partire dagli anni '80, gravi patologie concomitanti, inizialmente escluse non lo sono più state ed inoltre il limite d'età si è progressivamente innalzato sino agli 80 anni ed oltre attuali.

Ciò ha comportato, come conseguenza dell'aumento della vita media e delle patologie degenerative ad essa correlate, fra tutte il diabete e le malattie vascolari, un aumento esorbitante dell'incidenza dell'insufficienza renale cronica terminale e quindi del bisogno di dialisi e ad appannaggio quasi esclusivo di questa popolazione "fragile" ossia gli anziani e i pazienti cronici con associati molteplici fattori di comorbidità.

Attualmente il 46% dei pazienti in dialisi ha più di 64 anni, il 29.4% ha un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 17.5% un'età superiore ai 74 anni con tutte le complicazioni cliniche che inevitabilmente ne derivano in termini di morbilità e mortalità (Alloatti).

Se a ciò si aggiunge che l'alto contenuto tecnologico della metodica comporta ancora oggi, a distanza di 40 anni dalla sua introduzione, costi

elevati si capisce l'enorme impatto economico sostenuto dal Servizio Sanitario a favore della dialisi.

In Italia il tasso di incidenza dell'uremia trattata con dialisi è passato da 114 pmp del '96 a 139 pmp del 2001 con un incremento annuo del 3.5%. Le nefropatie principali tra i pazienti incidenti sono quella vascolare e diabetica.

Da quanto appena visto sorge impellente il problema di come contenere l'espansione del trattamento dialitico e dei suoi costi in un sistema di risorse ormai finito.

Per raggiungere questo obiettivo occorre definire alcuni punti.

Selezionare i pazienti da avviare alla dialisi.

Rallentare il più possibile attraverso interventi farmacologici e non l'inesorabile progressione della insufficienza renale cronica verso l'uremia terminale procrastinando così la necessità di dialisi.

Implementare il numero dei trapianti renali.

In maniera provocatoria si potrebbe dire che il contenimento dei costi si



può ottenere limitando l'accesso alla metodica solamente ad alcune categorie di persone selezionate in base a criteri anagrafici, clinici, sociali ed altri come è stato all'inizio della dialisi, ma ciò è ancora possibile?

Nel 1999 la Renal Physician Association e l'American Society of Nephrology (RPA, ASN, 1999) hanno emanato linee guida e "consigli" relativi all'ingresso dei pazienti in dialisi con conclusioni secondo molteplici voci non sempre suffragate da dati scientifici ma espressioni spesso una cultura utilitaristica e nichilista diffusa (Schaefer, 1999) (Maiorca, 1998).

Il prendere la decisione se iniziare o rifiutare la dialisi ad un paziente è molto difficile per il nefrologo per le implicazioni etiche, religiose, giuridiche e professionali che ciò comporta. I principi etici sui quali si basa il rifiuto o la prescrizione della terapia dialitica trovano riferimento nell'etica Kantiana e sono fondamentalmente tre:

autonomia, ovvero rispetto della libera decisione della persona capace di intendere e volere nel prendere le decisioni riguardanti la sua vita; beneficenza, nel senso di voler fare il bene ed aiutare l'altro, in questo caso il paziente, ma anche rimuovere ciò che è cattivo o dannoso per lui; non maleficenza, ossia non voler procurare male ad una persona, è la formulazione del vecchio adagio "primum non nocere".

Beneficenza e non maleficenza si coniugano con i principi di bene comune e giustizia: giusta distribuzione di

benefici ed oneri e la persona riceve quanto merita o ha diritto.

Alcuni autori cercando di risolvere il problema dei pazienti da trattare con dialisi in un contesto relativamente etico lo coniugano con le caratteristiche predominanti della società (utilitaristica, libertaria, egualitaria, ecc.) spiegando così dati epidemiologici relativi ai pazienti trattati (Mallick, 1999).

In Italia il costo per la dialisi è di 2.700 miliardi anno (Anonimo, 2001), in Europa il numero dei pazienti trattati correla con il Prodotto Interno Lordo (PIL) (Khan, 1997), nel Mondo ben 2 miliardi di dollari all'anno sono assorbiti dai pazienti ultraottantenni in dialisi (Schaefer, 1999); inoltre circa il 20% dei nuovi pazienti ammessi al trattamento presenta una mortalità precoce entro il primo anno.

Esiste quindi un problema importante di costi che la dialisi pone e che obbliga a giusti risparmi oltre che ad un'equa distribuzione ed allocazione delle risorse, tuttavia l'esclusione del paziente dalla dialisi in base alla condizione economica, personalità ed utilità sociale pare eticamente non proponibile.

La Chiesa cattolica esprime la legittimità della sospensione di procedure mediche onerose, pericolose e sproporzionate al risultato atteso, però si esprime anche contro la sospensione terapeutica soprattutto se a scapito dei più deboli perché la "salute è un dono di Dio e per questo bisogna mantenerla" (Giovanni Paolo II, Giubileo dell'ammalato, Febbraio 2000) e sotto quest'ottica la dialisi è una terapia salvavita (Catechismo della Chiesa Cattolica, 1992).

Il paziente "fragile" e il paziente cronico con associati molteplici fattori di comorbidità: è ormai evidente in tutto il Mondo il progressivo cambiamento della popolazione dialitica con riduzione della componente giovane ed aumento di quella anziana e/o con molteplici fattori di comorbidità.

Ogni anno l'incidenza della popolazione dialitica ultrasessantacinquenne registra un aumento dall'8 al 16% (Alloatti), i pazienti diabetici e vascolari rappresentano rispettivamente il 17% e il 22% dell'intera popolazione dialitica (Conte, 2004).

Di fronte a questo importante mutamento epidemiologico è indubbio che la selezione di chi avviare alla dialisi possa riguardare proprio questa fascia di popolazione, data la loro minore speranza di vita, la maggior complessità clinica, le limitazioni funzionali che possono essere anche severe con quindi scarsa qualità di vita.

La sproporzione fra costi e benefici secondo alcuni autori sarebbe tale da spingere a rinunciare al trattamento (Churchill, 1998):

... "la dialisi nell'anziano e nel paziente con associati fattori di comorbidità è una tecnologia che non merita sviluppi futuri mentre altri interventi tesi a migliorare la vita quali l'assistenza medica, infermieristica, logistica, la preparazione dei pasti, ... sarebbero molto più utili" ... ed invece risultati incoraggianti provenienti da altri stimolano a non escludere i pazienti "fragili" dalla dialisi (Berthou, 1998).

Ed anche se la motivazione di rifiutare la dialisi al paziente fragile non fosse principalmente di tipo strettamente economico ma discendesse da una valutazione della qualità di vita è legittima l'obiezione che ogni paziente ha il diritto di decidere del proprio destino. La vita umana ha un suo valore intrinseco non correlato con il livello funzionale del singolo individuo. Secondo Epstein un determinato livello di qualità di vita giudicato miserabile per i medici e i parenti può essere del tutto accettabile per un paziente anziano che da anni convive con la malattia (Epstein, 1979).

Realtà dialitica presso la Provincia Autonoma di Trento

La Struttura Complessa (S.C.) di Nefrologia-Dialisi è l'unica realtà per la cura del paziente nefropatico esistente nella Provincia Autonoma di Trento (477.169 abitanti, censimento 2001, con speranza di vita pari a 83.7 anni per le femmine e 76.99 anni per i maschi. Il 18.1% è costituito da persone con età superiore a 65 anni).

E' costituita da una sezione di degenza (per ricoveri ordinari ed in regime di Day Hospital) ed una di dialisi (Emodialisi e Dialisi Peritoneale).



Comprende inoltre un servizio multizonale di Emodialisi con sei Centri ad Assistenza Limitata, ossia con la presenza medica periodica, quotidianamente gestiti da personale infermieristico qualificato e specializzato.

Il numero totale dei pazienti dializzati in tutta la Provincia al dicembre 2008 è 263, dei quali 27 in Dialisi Peritoneale.

Ogni anno 60-65 nuovi pazienti sono avviati al trattamento sostitutivo dialitico con un'incidenza oscillante attorno a 140 pmp, in linea con le altre Regioni italiane. La mortalità è pari al 13% (40 decessi/anno).

La malattia vascolare e il diabete mellito di tipo II rendono conto del 46% delle cause di uremia. L'attività della S.C. di Nefrologia nell'anno 2008 è stata finalizzata al raggiungimento di alcuni significativi obiettivi tra i quali ricordo:

il rallentamento della progressione dell'insufficienza renale attraverso l'individuazione e il trattamento dei fattori di rischio nonché delle complicanze proprie dell'uremia con particolare riguardo a quelle cardio-vascolari; la riduzione dei costi attraverso il dilazionamento dell'inizio del trattamento dialitico, ottenuto con la terapia farmacologica e dietetica, con particolare attenzione alla dieta a basso contenuto proteico, al fine di controllare i sintomi uremici. Incremento della Dialisi Peritoneale e possibilità di collocamento dei pazienti in strutture assistite. A tale scopo il personale medico ed infermieristico del Centro pilota di Trento ha avviato una fase di addestramento del personale di due Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.);

il miglioramento della Qualità di Vita del paziente uremico creando un percorso pre-dialitico attraverso il quale egli possa operare una scelta consapevole del tipo di dialisi (Emodialisi, Dialisi Peritoneale) a lui più conveniente.

Malattie renali e disfunzioni sessuali

di Andrea Scardigli*

Le malattie renali, le loro complicanze e anche le terapie adottate per la cura possono essere causa di disfunzioni sessuali maschili, costituite in primo luogo da deficit erettivo e poi da calo del desiderio, talvolta associati tra di loro.

Le ragioni principali di queste frequenti e indesiderabili sequele delle malattie del rene sono in primo luogo l'insufficienza renale e lo stato tossico cronico conseguente, l'ipertensione che spesso accompagna queste malattie, i farmaci che si usano per la sua correzione, il diabete, il sovrappeso, lo stato depressivo che sovente affligge i pazienti nefropatici, e soprattutto quelli con la peggior qualità di vita, come i dializzati.

Non dobbiamo poi dimenticare il calo di prestazione fisica generalizzata, i disturbi del sonno e le restrizioni dietetiche, che non contribuiscono certo ad una piena vitalità sessuale.

Le cause strettamente "tecniche" della disfunzione erettiva, intesa come difficoltà nel raggiungere l'erezione, che può presentarsi meno rigida del normale, talvolta da non permettere nemmeno il rapporto sessuale, oppure può essere troppo fugace e venire meno durante il rapporto stesso, è la diminuzione di afflusso di sangue al pene, dovuto a problemi vascolari, che diventa così insufficiente a riempire i corpi cavernosi, ed il calo di produzione, da parte del tessuto cavernoso stesso, del mediatore ultimo dell'erezione, cioè una sostanza nota come "ossido nitrico", che rende l'endotelio – la cellula che ricopre la superficie interna dei corpi cavernosi – meno elastico del normale, e incapace di rilassarsi durante la fase erettiva. Si associano poi spesso ansia e stress legati al sentimento di profonda sfiducia nella propria "virilità", con conseguenti problematiche di coppia, che complicano ulteriormente la situazione.

Le cause principali del calo di desiderio, più precisamente definito "libido", è invece il calo di produzione, o più spesso la cattiva utilizzazione del testosterone,

l'ormone per eccellenza della sessualità maschile, configurando quella situazione che impropriamente un tempo veniva definita "andropausa" e adesso più modernamente si definisce "ipogonadismo tardivo".

Per fortuna, lo sviluppo dell'Andrologia, la disciplina specialistica che si occupa squisitamente di queste problematiche, ha permesso a un numero di persone sempre maggiori di recuperare un'attività sessuale soddisfacente, e di migliorare così la propria qualità di vita, magari nell'attesa di quel trapianto che potrà risolvere definitivamente la situazione. Come cura, innanzitutto bisogna cercare di correggere al meglio le cattive abitudini di vita che talvolta causano o accompagnano le malattie renali, ottimizzare la situazione metabolica, la pressione arteriosa, il colesterolo, la glicemia; abbandonare il fumo; incrementare l'attività fisica e soprattutto attenersi rigorosamente alle indicazioni e consigli dei propri medici e personale curante; poi ci sono i farmaci specifici per la cura della disfunzione erettiva: orali, come il Sildenafil ("Viagra"), il Tadalafil (Cialis) o il vardenafil (Levitra), iniettabili come le prostaglandine intracavernose (Caverject), molto sicuri e efficaci, naturalmente sotto rigorosa indicazione e controllo specialistico.

Per la cura del calo di desiderio, oltre agli antidepressivi, utili quando si associa uno stato depressivo, si può usare, sempre sotto rigoroso controllo medico, il testosterone nelle sue formulazioni più recenti, come i gel, i cerotti, le pastiglie mucose o le iniezioni a lunga durata d'azione.

Infine, l'utilizzo dell'eritropoietina pare sia di discreta utilità nel ripristino della funzione sessuale.

Naturalmente, non bisogna perseguire chimere o falsi miti, né ricercare prestazioni al di fuori di ogni ragionevole aspettativa, ma, con buona probabilità, una corretta gestione del problema potrà portare alla sua soluzione.

*L'autore è andrologo-urologo presso l'U.O. di Urologia di Trento

Oltre ottanta trapianti renali nel Centro di Innsbruck negli ultimi dieci anni

Il percorso del trapianto renale nella persona anziana

di Cristina Andreotti*

Attualmente l'idoneità al trapianto non è più basata sull'età cronologica ma sulle condizioni cliniche del candidato anziano.

Negli Stati Uniti nel 2000 i riceventi oltre i 64 anni di età rappresentavano il 9% dei trapiantati renali, una tendenza destinata a crescere dato l'aumento dell'età dei pazienti con insufficienza renale che hanno bisogno di un trattamento dialitico sostitutivo.

Una revisione pubblicata nel 2004 (A. L. Friedman et al. 2004) su 246 trapiantati renali, di cui 16 erano sopra i 60 anni, si proponeva di identificare l'impatto dell'età sui risultati del trapianto.

Da questa come da altre revisioni di casistica degli anni 1990-1995 emergeva una ridotta incidenza di rigetto acuto nella popolazione più anziana: un episodio di rigetto acuto venne diagnosticato nel 6,7% dei pazienti > 60, e nel 27,6% degli < 60.

La sopravvivenza dei pazienti, a 5 anni

dal trapianto, era del 69%, la sopravvivenza del rene a distanza di 5 anni era del 58%.

In questa casistica, raccolta tra il 1990 e il 1995, è ancora possibile vedere una differenza significativa nella incidenza di rigetto acuto tra > 60 e < 60 anni; negli anni più recenti, avendo registrato nella popolazione dei trapiantati una incidenza di rigetto acuto inferiore al 20%, non è più possibile evidenziare una differenza così netta.

La dr.ssa Claudia Boesmueller, al recente Seminario sul trapianto Renale, svoltosi a Trento il 27 marzo 2009, ha presentato i dati dello studio del Dipartimento di Chirurgia dei Trapianti della Clinica Universitaria di Innsbruck in una relazione dal titolo: "Immunosoppressione iniziale senza inibitori della calcineurina in riceventi di trapianto renale nel European Transplant Senior Program".

Tra maggio 1999 e gennaio 2009 presso il Centro Trapianti di Innsbruck sono stati eseguiti 84 trapianti in 82 persone di età compresa tra 65 e 74 anni, 49 maschi e 33 donne (in 3 casi si trattava di secondo trapianto, in un caso di terzo).

81 persone hanno ricevuto terapia di induzione con anticorpi anti recettori della IL 2, e successiva terapia immunosoppressiva con steroide e mofetil micofenolato. Gli inibitori della calcineurina (ciclosporina o tacrolimus)

sono stati introdotti in tempi variabili rispetto al trapianto, quando la funzione renale presentava una fase di miglioramento.

La ciclosporina mediamente è stata iniziata a 6 giorni dal trapianto, il tacrolimus a 5 giorni; in 7 casi l'inibitore della calcineurina è stato sostituito con un inibitore mTOR (sirolimus o everolimus).

In 34 casi il rene non ha avuto una ripresa immediata, con necrosi tubulare acuta nel 40.9% dei casi.

Un rigetto acuto si è presentato in 14 casi, in tutti i casi i rigetti acuti sono stati risolti con la terapia.

La sopravvivenza dell'organo trapiantato è stata, a 5 anni dall'intervento, del 73%, mentre nei pazienti di età superiore ai 70 anni è risultata pari al 50%. La sopravvivenza dei pazienti, a 5 anni, è stata dell'83%, mentre nei trapiantati con età superiore ai 70 anni raggiungeva 66%.

Confrontando le due casistiche si vede come l'indice di sopravvivenza sia dell'organo che del paziente segni una durata progressivamente migliore nel tempo.

Si può concludere che esiste la possibilità di offrire una terapia aggressiva come il trapianto renale a una popolazione anziana, senza causare un irragionevole aumento del rapporto rischio / beneficio.

Molto dipende dalla valutazione pre-trapianto. Requisiti indispensabili sono: arterie, vene e vescica adatti per le anastomosi, assenza di infezione generalizzata, assenza di patologia neoplastica. La valutazione del rischio cardiovascolare è estremamente importante e deve prevedere sia il controllo della funzione ventricolare che quello della perfusione coronarica.

*L'Autrice è responsabile dell'Ambulatorio Trapianto Renale presso l'Ospedale di Trento.



Un'esperienza condivisa con gli operatori

Come valorizzare le professionalità in dialisi

di Alessandro Fratton*

A partire dal 2005, il Centro Dialisi dell'Ospedale di Trento in collaborazione con il Servizio Infermieristico, ha adottato un sistema di gestione del personale improntato all'accertamento e alla valorizzazione delle competenze dei singoli infermieri; competenze che fossero la risultante di una preparazione professionale, di un'esperienza vissuta in un arco significativo di tempo e di specifiche personali attitudini.

Noi che abbiamo collaborato in prima persona a questo progetto, abbiamo potuto constatare subito una realtà importante: mentre cioè l'infermiere "esperto", di fronte a situazioni specifiche più o meno complesse, riesce a selezionare le informazioni che gli servono per risolvere il problema, l'infermiere alle prime armi, pur possedendo le necessarie conoscenze teoriche, non sempre è in grado di organizzarle ed applicarle in modo ottimale.

Lo sforzo compiuto in sintonia con la nostra organizzazione sanitaria si è quindi rivolto a far emergere e valorizzare le competenze specifiche dei propri dipendenti, in modo da disporre di un valore aggiunto in termini di risorse umane e qualità del servizio. Tenendo costantemente sullo sfondo l'esigenza di individuare e risolvere i bisogni delle persone dializzate, abbiamo messo a fuoco un programma che si è venuto articolando su tre piani correlati: l'accoglienza e l'educazione alla dialisi, un'attenta gestione dell'accesso vascolare ed una valutazione del dolore eseguita in modo sistematico. Si poneva a questo punto l'esigenza di disporre rapidamente e in maniera organica di tutti i dati relativi al programma di lavoro, che venivano previsti come requisito necessario, sia

per un efficace controllo delle diverse variabili in campo, sia per avere l'accreditamento da parte del JCI (Joint Commission International).

Chiariti gli obiettivi, si è passati alla verifica delle risorse in campo. Si è quindi passati alla mappatura delle competenze dei singoli operatori, partendo dall'analisi delle attività svolte negli anni precedenti, ponendo attenzione ai ruoli ricoperti dalle persone coinvolte, verificando motivazioni e conoscenze dei singoli, e confrontando il tutto con le attività quotidiane espresse nel reparto.

Il quadro emerso ha evidenziato alcune preziose peculiarità. Alcuni, tra gli infermieri, apparivano particolarmente preparati e motivati nella cura degli accessi vascolari, altri mostravano maggior interesse e capacità nel curare gli aspetti relazionali, altri nel compito di affiancarsi positivamente ai neo assunti, altri ancora a seguire la gestione informatica di tutti i dati necessari.

A questo punto erano chiari i bisogni degli utenti, le esigenze dell'organizzazione e le competenze specifiche degli infermieri. Si doveva far in modo di valorizzare le risultanze del lavoro avviato. Così già da subito sono stati conferiti degli incarichi personali con soddisfazione dei singoli e con una conseguente maggiore efficienza del servizio complessivo all'interno del reparto.

Dal 2005 al 2008 sono stati attivati gruppi di lavoro specifici rivolti a individuare e a risolvere le aspettative assistenziali dei nostri pazienti: ad avviare percorsi di accoglienza alla dialisi; a gestire gli accessi vascolari; ad occuparsi in particolare della gestione del dolore; a rendere più funzionale l'inserimento dei neoassunti.

Per mantenere alta la motivazione nel corso degli anni, si è cercato di premiare l'impegno degli infermieri attraverso l'ufficializzazione del ruolo

loro affidato, con lettera inviata alla direzione infermieristica e attraverso l'attivazione di specifici corsi di formazione sul campo. Questo strumento ha permesso ai membri dei gruppi di eseguire un aggiornamento professionale specifico e di ottenere crediti ECM (Educazione Continua in Medicina), obbligatori per tutte le professioni sanitarie. Le nuove competenze acquisite venivano in questo modo riconosciute e certificate dal ministero.

Sia i crediti ECM, che l'ufficializzazione dell'incarico sono aspetti spendibili in futuro per un eventuale sviluppo di carriera.

L'impegno con il quale gli infermieri hanno gestito le attività ha portato ovviamente a dei risvolti positivi per gli utenti, risultati che verranno monitorati nel prossimo periodo.

Più immediati e riscontrabili sono i risultati emersi nell'organizzazione del reparto. Gli infermieri, responsabilizzati nella gestione delle specifiche attività, si sono sintonizzati maggiormente con la propria realtà operativa, creando un clima di lavoro positivo e ampiamente collaborativo. Ne è una diretta dimostrazione la netta riduzione delle giornate di riposo perse per coprire le malattie dei colleghi, che sono passate da 56 del 2005 a 15 del 2008, la richiesta da parte di alcuni infermieri part-time di aumentare il proprio orario di servizio, la riduzione delle domande di mobilità.

L'ottenimento di 570 crediti ECM in 4 anni ha permesso di ridurre il numero di assenze per aggiornamento quantificabile in circa 90 giornate lavorative. Le attività svolte sono state molto apprezzate per la loro qualità sia all'interno dell'Azienda Sanitaria, che in occasione di diversi congressi a livello nazionale, in cui gli infermieri hanno potuto presentare i propri lavori. E nel corso dei quali si sono avute richieste di visitare il centro da parte di operatori di altre sedi.

*Infermiere caposala presso il Reparto Dialisi dell'Ospedale S. Chiara di Trento

notizie dall'Associazione

a cura di Gianni Toninato



Medici, infermieri, volontari dell'Associazione in piazza per la Giornata Mondiale del Rene

GIORNATA MONDIALE DEL RENE A TRENTO - 12 MARZO 2009

L'Associazione ha voluto presentarsi con un'iniziativa inedita all'appuntamento con la Giornata, proiettata in tutto il mondo a sottolineare il valore della prevenzione delle patologie renali.

Accogliendo l'invito del Primario della Nefrologia trentina, dr. Giuliano Brunori, con i volontari dell'Associazione e, in primis, la dottoressa Cristina Comotti, ci si è attivati per allestire in una delle più belle piazze della città un punto d'incontro con i cittadini. Un camper e un grande gazebo adeguatamente attrezzati e animati da medici, infermieri, volontari son serviti ad accogliere circa 300 persone che hanno potuto usufruire del controllo della pressione e dell'esame urine. I valori riscontrati venivano immediatamente comunicati, assieme ad alcuni suggerimenti adeguati alle singole situazioni.

Organi di informazione, dalla radio alla televisione, a quotidiani, a riviste settimanali hanno dato un grosso contributo all'iniziativa, alla quale anche l'Azienda Sanitaria locale ha dato il suo prezioso avallo.

GITA SOCIALE A BRESCIA

Il calendario segna un nostro appuntamento annuale: quello di una giornata da trascorrere insieme, visitando le piccole, grandi meraviglie sparse con incredibile ricchezza nelle zone più disparate del nostro Paese.

Il programma della giornata è indicato qui a fianco. Ma qualche nota informativa su ciò che Brescia presenta agli amanti di arte e cultura e che noi potremo gustare **il prossimo 23 maggio**, ci sembra assolutamente opportuno. Circoscrivendo il nostro percorso al centro storico della città, potremo ammirare:

- lo stupendo **Museo di S. Giulia**, la cui destinazione originaria (anno 753) parla di un monastero di suore benedettine governato inizialmente dalla figlia del re longobardo Desiderio, e dove consumò la sua straziante vicenda umana la famosa Ermengarda, moglie ripudiata di Carlo Magno.
- **Il Duomo Vecchio**: un esempio di architettura romanica di straordinaria bellezza, iniziato dai maestri comacini alla fine dell' XI sec., impreziosito da due tele del Romanino e da un grandioso organo risalente al 1536.
- Nel **Duomo Nuovo**, per il quale la costruzione durò ben 200 anni (dal 1600 al 1500 circa), si ammirano alcune rinomate opere del Romanino.
- I resti di un **Teatro Romano** che grazie alle sue dimensioni poteva accogliere 15.000 spettatori.
- La **Piazza della Loggia**, con una serie di edifici che ne ornano il perimetro fin dal 1500, tra i quali il Palazzo che ospitava il Consiglio dell'aristocrazia e la famosa Torre dell'orologio.
- Un po' più decentrato, il trecentesco **Castello** che da alcuni lavori di restauro risulta poggiare su un grandioso edificio romano del I sec. d. C. e che offre un'ampia panoramica sulla città ed ospita il Museo delle armi, ricco di ben 580 pezzi delle armature in uso tra il XV ed il XVI sec.

notizie dall'Associazione



Uno dei nostri incontri conviviali

DIALIZZATI A TAVOLA PER UNO STOP ALLA MALINCONIA

A diradare le nebbie della malinconia che a volte s'infiltra nell'animo di chi è costretto alle indilazionabili sedute dialitiche settimanali, intervengono felicemente alcuni momenti conviviali ai quali partecipano abitualmente assieme a dializzati e familiari anche personale infermieristico della Dialisi e amici dell'Associazione.

Per godere di un clima più intimo e libero, ci si appoggia alle strutture dell'oratorio della parrocchia di S. Antonio in Trento. Organizzazione, preparazione e attività di cucina sono gestite dai componenti dell'Associazione, da amici dializzati, affiancati da alcuni gentili infermieri e infermiere di reparto.

Uno degli ultimi appuntamenti conviviali ha visto la partecipazione di una sessantina di presenze, tra dializzati, familiari, volontari della nostra Associazione. E nella circostanza si è potuto godere della generosità di Fausto, un amico dializzato che ha voluto offrire il tutto, come gesto di grande amicizia verso colleghi e Associazione.

Il prossimo appuntamento? Sabato, 30 maggio. Piccolo dettaglio: musica e spunti umoristici andranno, come al solito, ad aggiungere ulteriore sapore alle varie pietanze.

UN PONTE CONSOLIDATO TRA A.P.A.N. E ARTE TEATRO

Continua la collaborazione tra l'A.P.A.N. e Arte Teatro per affiancare la divulgazione di spettacoli teatrali a momenti di informazione sugli obiettivi e sulle attività dell'Associazione. L'ultimo lavoro teatrale portato in scena al "Teatro Rosmini" di Rovereto, l'11 marzo scorso, è stato "La vera storia del medico dei pazzi" di Edoardo Scarpetta. L'autore si pone, nel filone della commedia napoletana del periodo fine Ottocento - primi Novecento, come uno dei suoi

interpreti più affermati. La sua è una commedia che sa cogliere motivi e figure di genuino sapore popolare. "O miedico d'e pazze" opportunamente trasferito dal dialetto napoletano al linguaggio nazionale per una migliore comprensione del testo, non sembra aver perso quei tocchi di inconfondibile umorismo che permea un po' tutta la produzione di questo autore.

L'interpretazione offerta dalla compa-

gnia "La Moschea" ha riscosso un significativo tributo di applausi dai divertiti spettatori della città trentina.

Essi attendono ora, per il prossimo 9 settembre, un altro divertente appuntamento. Sarà loro offerto un "Sarto per signora" dell'autore francese Georges Feydeau, acuto creatore di caratteri e di spunti comici. Ne attendiamo la presentazione dalla Compagnia "Ensamble", che ha già offerto saggi notevoli di capacità interpretative.

Ovviamente all'insegna di un'ulteriore opportunità di collaborazione, sia finanziaria che divulgativa, con l'A.P.A.N.

A TRENTO, UNA "DUE GIORNI" AD ALTO LIVELLO SU "NEFROLOGIA E GERIATRIA A CONFRONTO"

Un Convegno di grande rilievo scientifico sul rapporto tra Nefrologia e Geriatria trova il suo spazio ideale nella cornice del Grand Hotel a Trento. Il 7 e l'8 maggio si alterneranno al tavolo dei relatori nomi di medici provenienti da zone e da esperienze diverse, ma che faranno confluire il loro sapere verso lo stesso obiettivo: come individuare e affrontare le problematiche renali in una persona anziana.

La Nefrologia trentina uscirà da questi due giorni ulteriormente arricchita e spronata a raggiungere nuovi, attesi traguardi, a favore di quella fascia di anziani che sempre più numerosi si affacciano sul versante delle patologie renali.

L'apertura e la chiusura dei lavori spetterà al primario di Nefrologia di Trento, dr. Giuliano Brunori, grazie alla cui dinamica attività il Convegno viene qui organizzato.



Storia della Dialisi di Rovereto

Verso un futuro sempre migliore

a cura di Rita Muraro e Sandra Comper*

Il Centro Dialisi ad Assistenza limitata (CAL) di Rovereto compie quest'anno 32 anni.

Proprio in occasione di tale ricorrenza abbiamo voluto ricostruire la sua storia, ricorrendo alle testimonianze di alcune nostre colleghe infermiere che furono le pioniere di questo servizio, dedicandola al compianto dott. Dante Torelli, fondatore, nel 1976, del Centro di Nefrologia-Dialisi della Provincia autonoma di Trento e al dottor Carlo Rovati, suo successore. Il CAL di Rovereto nacque nel febbraio 1977 come Centro periferico rispetto a quello di riferimento dell'Ospedale S. Chiara di Trento su iniziativa dell'allora primario nefrologo dott. Torelli. La configurazione morfologica del territorio trentino e la conseguente distanza delle vallate rispetto al Centro pilota di Trento, richiedeva che nascessero altri Centri, per evitare disagi ai pazienti affetti da insufficienza renale che dovevano sottoporsi ad un trattamento dialitico prolungato, complesso e continuativo, che li impegnava per molte ore durante la giornata e per più volte in settimana.

Il dott. Torelli ha svolto un ruolo fondamentale nell'evoluzione storica della dialisi trentina. Egli fu infatti il fondatore di tutti i Centri Dialisi periferici della nostra provincia tranne quello di Arco (istituito dal dott. Rovati nel febbraio del 1991) e quello di Cavalese (sorto nell'agosto 1976 dipendente dalla struttura privata convenzionata Bonvicini di Bolzano e diretto dal dott. Stablum). Solo nel 1984/85 quest'ultimo Centro passò sotto la direzione di Trento. Successivamente a quello di Rovereto vennero istituiti il Centro Periferico di Tione nell'aprile 1977,

quello di Cles nel dicembre 1978 e quello di Borgo nel dicembre 1981.

Ai sui primi albori l'accesso alla dialisi era limitato a pochi pazienti selezionati in base all'età (fino circa 40/45 anni), affetti da malattia renale primitiva e con ridotta o assente comorbidità. Le apparecchiature erano manuali, ingombranti e "rudimentali", i filtri utilizzati possedevano una capienza di circa 1 litro e non ci si stupiva affatto se i pazienti venivano posizionati in Trendelenburg fin dall'attacco.

Solo a partire dalla seconda metà degli anni settanta l'evoluzione delle apparecchiature ed il miglioramento delle tecniche dialitiche permisero di allargare l'ingresso in dialisi a pazienti più fragili e con patologie correlate. Fu così che le presenze dei nefrologi vennero strutturate in modo organico assegnando a ciascun Centro dei medici specialisti cui far riferimento. Fu la legge provinciale del 2 gennaio 1978, abrogata dalla legge provinciale del 24/12/90 n. 34, a disciplinare l'articolazione del servizio di emodialisi, a stabilirne la mission che consiste nella diagnosi, cura e prevenzione delle nefropatie per tutta la popolazione residente nella Provincia Autonoma di Trento e per l'eventuale utenza stagionale e/o di passaggio.

Il Centro Pilota era tenuto ad assicurare l'addestramento e l'aggiornamento del personale infermieristico da impiegare presso i Centri periferici, l'addestramento dei pazienti, l'assistenza medico-specialistica con la periodica presenza di medici del Centro di riferimento stesso, un servizio di guardia medica telefonica durante gli orari di effettuazione dell'emodialisi presso i Centri periferici, le apparecchiature

necessarie per l'effettuazione dell'emodialisi, sia ai Centri periferici, sia ai pazienti abilitati ad effettuare la dialisi domiciliare.

Per quanto riguarda la formazione degli infermieri, la legge prevedeva un addestramento continuativo non inferiore a quattro mesi presso il Centro di riferimento consistente in un insegnamento a carattere teorico e pratico, che veniva realizzato con modalità e secondo criteri prefissati in base alle esigenze organizzative del servizio di dialisi.

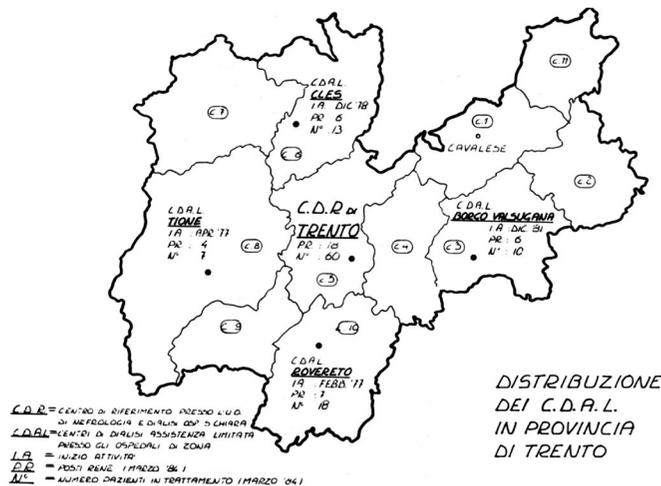
Fu senz'altro una legge innovativa se pensiamo che oggi in molti ospedali italiani l'inserimento degli infermieri in dialisi non prevede una formazione preliminare e l'operatore impara lavorando direttamente sul campo.

Il Centro di Rovereto venne aperto da una caposala di Trento (che fu sostituita dopo sei mesi da un'altra collega) e da due infermiere.

Nel giugno del 1977 la pianta organica del personale venne potenziata con altri due infermieri e un ausiliario. Due furono i malati che per primi fruiro del servizio: venivano dializzati solo di mattina nei giorni dispari (lunedì, mercoledì, venerdì) e le prime sedute duravano dalle cinque alle sei ore.

In seguito i pazienti divennero cinque: due di questi erano portatori del virus dell'epatite B, probabilmente contratto in altre strutture in cui si ricorreva ancora al riciclaggio dei filtri.

Attualmente il Centro è ubicato nella stessa palazzina, adiacente all'ospedale, in cui è sorto. Inizialmente era costituito da due sale dotate rispettivamente di quattro letti bilancia e di tre poltrone bilancia: con un totale di sette posti letto disponibili.



Il trattamento dell'acqua veniva effettuato attraverso un impianto con resine a scambio ionico. Con questo tipo di impianto veniva abbattuta la durezza dell'acqua, ma non ne veniva ancora garantita la purezza batteriologica.

Nel 1987 venne ampliato e ristrutturato. Fu creata un'unica sala dotata di dieci e successivamente di dodici posti letto, vennero rinnovati gli impianti e, per il trattamento dell'acqua, venne installato un deionizzatore ad osmosi inversa. Il vantaggio di quest'impianto rispetto a quello precedente è stato quello di fornire acqua chimicamente e batteriologicamente pura con un conseguente miglioramento, ottimizzazione di alcuni esami ematochimici dei pazienti (PCR: proteina C reattiva). Trent'anni fa il paziente che veniva sottoposto a dialisi era molto più giovane e aveva un'aspettativa di vita molto più limitata di oggi.

I pazienti arrivavano in dialisi allo stadio di insufficienza renale terminale per cause di natura primaria, cioè per patologie di origine renale e non esisteva ancora una presa in carico precoce del paziente in IRC.

A chi iniziava la dialisi domiciliare e/o in regime ospedaliero venivano insegnati il funzionamento e la preparazione del rene artificiale su cui avrebbe dializzato.

Questo ebbe una notevole efficacia in termini di aderenza e compliance del paziente al trattamento e fu di notevole aiuto all'operatore in particolari momenti critici (come l'interruzione di corrente elettrica).

Le apparecchiature erano a controllo manuale: la prima macchina adottata presso il Centro fu il modello UNIMAT (della ditta Bellco).

La membrana dei filtri di dialisi era costituita da acetato di cellulosa, non aveva le stesse capacità depurative, era meno selettiva (il sangue non veniva depurato dalle macromolecole), il compartimento ematico dei filtri era di grossi volumi e le loro membrane andavano facilmente incontro a rottura. Inoltre, essendo poco biocompatibili, talvolta il paziente manifestava reazioni allergiche.

Era difficile per gli operatori garantire ai pazienti cali di peso orari empiri-

camente equilibrati in quanto l'infermiere doveva agire sulla pressione di transmembrana (TMP), aumentando manualmente la pressione venosa attraverso un morsetto che veniva applicato sotto al gocciolatore venoso per incrementare il calo orario; ovvero aumentando la pressione sul compartimento bagno mediante un morsetto che veniva posto sull'uscita del dialisato per ridurre il calo. Questa manovra richiedeva un controllo frequente ed attento da parte dell'infermiere perchè le pressioni impostate manualmente potevano facilmente variare con conseguente rischio di back filtration (passaggio del dialisato nel comparto ematico).

Per la notevole variabilità del calo ponderale e per l'elevato volume del compartimento ematico dei filtri una delle complicanze più frequenti che potevano insorgere durante la seduta dialitica era l'ipotensione.

Quest'ultima poteva essere conseguente anche all'uso dell'acetato, una sostanza tampone contenuta nei bagni di dialisi mal tollerata dal paziente dal punto di vista cardiovascolare.

Questi problemi vennero superati con l'introduzione della bicarbonato dialisi e con l'avvento di apparecchiature più sofisticate: il modello MONITRAL (della ditta Hospal) fu il primo a consentire un calo ponderale più preciso e costante attraverso l'impostazione digitale del calo di peso totale ed orario e delle ore di trattamento.

Un'altra complicanza a cui il paziente era esposto, per la necessità di dover restituire al soggetto tutto il sangue contenuto nel circuito extracorporeo al fine di ovviare al problema dell'anemia, era l'embolia polmonare.

Urgeva però risolvere un altro problema: quello dell'infezione da virus dell'epatite B che i pazienti contraevano sia in seguito alle numerose trasfusioni cui erano sottoposti per l'anemia, sia dializzando su apparecchiature non dedicate.

Tra il 1977 e il 1978 tutti gli operatori del centro dialisi di Rovereto si ammalarono di epatite B attraverso il contatto col sangue della circolazione extracorporea dei pazienti positivi al virus. La positività degli operatori era conseguente al contatto diretto con liquidi

biologici di pazienti HBV+ o a punture accidentali. Anche alcuni dei loro familiari divennero portatori del virus.

I dispositivi di protezione individuale erano limitati ai guanti monouso, mascherina naso-bocca ed ai camici, presidi che vennero utilizzati però sistematicamente solo dopo l'infelice evento. Mancava una raccolta differenziata dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo che venivano smaltiti in sacchi neri, sostituiti in seguito con contenitori rigidi, nell'inceneritore all'interno dell'ospedale.

Nacque quindi la necessità di separare i pazienti affetti dal virus dell'epatite B da quelli negativi. Vennero adottati maggiori controlli sugli operatori e sui pazienti, nacquero nuove procedure e nuovi protocolli di lavoro tra il personale al fine di controllare la trasmissione dell'infezione.

A Trento nel 1979 fu creata un'unità contumaciale dotata di apparecchi dedicati per isolare i pazienti portatori del virus. Il problema fu successivamente arginato a partire dal 1982 con l'inizio della politica vaccinale che coinvolse pazienti ed operatori.

L'introduzione dell'eritropoietina (EPO) nel 1989 determinò una svolta epocale in quanto consentì di eliminare il ricorso ad emotrasfusioni per correggere l'anemia dei pazienti. Oltre a ridurre il rischio di trasmissione del virus dell'epatite B ciò contribuì sicuramente a migliorare la qualità di vita del paziente in dialisi prima limitato in molte attività di vita quotidiana.

Non tutti i pazienti all'inizio reagirono positivamente all'introduzione del trattamento, poiché da noi era ancora sperimentale.

Il 14/03/89 venne somministrata la prima dose di eritropoietina da 4000 U.I. ad una donna con un ematocrito di 14%. A distanza di quattro mesi dall'inizio della terapia il suo ematocrito saliva a 24%.

Attualmente la tipologia dei malati che arrivano in dialisi è molto cambiata rispetto al passato. I pazienti affetti da IRC presentano numerose comorbidità di cui la mancata funzione renale è solo una delle insufficienze d'organo. Ad esempio, dal registro della Società Italiana di Nefrologia (SIN) riferito al 2006 nella regione Trentino Alto-



Convegno: "Vivere con la dialisi"
- Trento, Palazzo della Regione - 4 ottobre 1984

Il Dr. D. Torelli, Primario dell'U.O. di Nefrologia e Dialisi di Trento durante il suo intervento sul tema: "Le difficili scelte del Nefrologo".

Adige risultano le seguenti comorbidità associate ad IRC:

- 28.5% ipertensione,
- 22.9% diabete
- 15.3% CHD-CHF (cardiache)
- 11.6% vasculopatia.

Come si vede l'insufficienza renale è per lo più determinata da cause secondarie come l'ipertensione e il diabete e prima dell'accesso in dialisi la progressione della malattia viene attentamente monitorata nel tempo attraverso una presa in carico precoce del paziente.

Nel registro della SIN dagli ultimi dati riferiti al 2006 si rileva che dei casi incidenti (i nuovi pazienti in dialisi nel 2006) il 23.6 % entra in dialisi in seguito a cause vascolari, il 17.5% per nefropatia diabetica, il 15.7% per cause ignote ed il 10.15% per glomerulonefriti.

Negli ultimi decenni la terapia sostitutiva renale tramite emodialisi ha subito profondi mutamenti tecnologici. Diverse modalità depurative sono oggi disponibili, dalle metodiche diffuse convenzionali a quelle miste diffusivo-convettivo e convettive pure; le membrane dialitiche sono ora numerosissime e con diverse caratteristiche compositive e funzionali, i monitor stessi sono delle vere e proprie macchine "intelligenti" in grado di controllare numerosi parametri (da quelli più semplici come il calo orario, i flussi della pompa sangue, dell'infusione e del dialisato, a quelli più complessi come la temperatura corporea o le variazioni di volume ematico). Buona parte di queste innovazioni sono state la risposta tecnologica alla sempre

crescente problematicità clinica dei pazienti attualmente in dialisi cronica. Pazienti anziani e, come abbiamo visto con elevato grado di comorbidità (diabete, ipertensione, vasculopatia, epatopatie, neoplasie ...) richiedono da un lato trattamenti personalizzati e spesso alternativi rispetto alla terapia dialitica diffusa convenzionale, dall'altro sistemi di sorveglianza, soprattutto di tipo emodinamico, che permettano sia di comprendere meglio la causa degli eventuali episodi di ipotensione sia, possibilmente, di prevenirne l'insorgenza.

I nuovi apparecchi consentono, con tecniche assolutamente non invasive, il monitoraggio del volume ematico nel corso della dialisi, fornendo dati aggiornati in continuo durante tutto il trattamento. Lo studio costante del comportamento del volume ematico e dei suoi diversi profili di calo fornisce informazioni sulle capacità di refilling vascolare (riempimento dei vasi), che sono direttamente correlate al grado di idratazione del paziente, e aiuta quindi nel definire il peso ideale più appropriato ed il contenimento delle sue variazioni permette di prevenire l'insorgenza di una instabilità cardiocircolatoria.

Alcune apparecchiature in dotazione consentono, attraverso il sistema BTM (blood temperature monitor), il monitoraggio ed il controllo della temperatura corporea durante il trattamento dialitico. Uno studio effettuato di recente da un gruppo di colleghe nel CAL di Rovereto ha confermato ciò che la maggior parte degli Autori ritiene, ossia che ad ultrafiltrazione costante la riduzione della pressione arteriosa aumenta all'aumentare della temperatura del bagno dialisi. Al contrario attraverso riduzioni della temperatura del liquido di dialisi è possibile ridurre la frequenza degli episodi di ipotensione sintomatica. Il sistema BTM, tramite appositi sensori, misura le temperature arteriose e venose del circuito extracorporeo ed è in grado di controllare l'obiettivo prescritto in termini di bilancio termico attraverso variazioni della temperatura del bagno dialisi.

Oltre alla dialisi esclusivamente diffusa all'inizio degli anni '80, si cominciò a conoscere la dialisi in emofiltrazione, di tipo puramente convettivo.

Successivamente si è poi sviluppato il trattamento misto di convezione/diffusione che oggi chiamiamo di emodiafiltrazione.

Una emodiafiltrazione particolare è l'AFB, biofiltrazione senza acetato, che negli ultimi anni è stata elaborata anche in una variante, AFBK, in grado di eseguire un "profiling" del potassio sul bagno dialisi per limitare l'insorgenza di aritmie da squilibrio sul potassio ematico che trova ampio utilizzo nei pazienti anziani e cardiopatici.

La preparazione on-line dei liquidi per dialisi è stata poi una vera grande novità nel campo della tecnologia dialitica che ha permesso di ottenere anche una buona depurazione delle piccole molecole, ma soprattutto ha esaltato la capacità dei sistemi convettivi di rimuovere molecole non allontanabili in dialisi convenzionale (come la beta-2-microglobulina). Molti benefici sono stati prospettati per le tecniche convettive rispetto all'emodialisi tradizionale. Alcuni di questi sono costituiti da una maggiore stabilità vascolare, una maggiore sopravvivenza per pazienti critici, una migliore correzione dell'acidosi uremica ed infine una maggiore rimozione di molecole di elevato peso. Migliore stabilità cardio-vascolare, e buona rimozione di medie-grandi molecole sono i due aspetti su cui vi sono oramai evidenze della superiorità dell'emofiltrazione sulla dialisi convenzionale. Le tecniche miste, di tipo convettivo-diffusivo, che massimizzano la rimozione sia di piccole che di medio-molecole possono essere indicate nei pazienti più giovani, in cui si voglia fare una efficace prevenzione della patologia da accumulo della beta-2-microglobulina. Al giorno d'oggi, se il paziente mantiene un certo stile di vita aderendo alle terapie prescritte con la dialisi può convivere bene; l'alternativa migliore resta sempre e comunque il trapianto. Molti enormi passi sono stati compiuti dalla prima dialisi effettuata e chissà quali altre novità rivoluzionarie ha in riserbo per noi la ricerca in un prossimo futuro.

*Rita Muraro e Sandra Comper sono infermiere presso il C.A.L. di Rovereto

Dalla Convenzione di Oviedo ai giorni nostri

Il dibattito sulla direttiva anticipata

di Elena Tovazzi*

Il tema delle direttive anticipate di trattamento sta dividendo sempre più la società civile italiana.

C'è chi avverte l'assoluta necessità di una legge che regoli la materia e c'è chi si dimostra ancora riluttante nell'affrontare il delicato argomento.

È un problema che sembra ancora essere poco trattato nella relazione medico-paziente: una ricerca condotta tra i medici a contatto con la malattia terminale rivela che solo il 15% degli intervistati ha parlato di testamento biologico con i propri pazienti, il 17% ha affrontato il tema fuori dall'ambiente medico, mentre il 12% afferma di non avere mai avuto occasione di discutere sul problema. L'Italia rispetto ad altri paesi in cui le direttive anticipate sono ormai una realtà consolidata si trova di fronte ad un vuoto legislativo: malgrado siano stati presentati 11 disegni di legge in Parlamento, non si è ancora arrivati a una norma che regoli definitivamente la materia.

In molti paesi l'applicazione delle direttive anticipate avviene ormai da molti anni: negli Stati Uniti, ad esempio, è lecito interrompere le terapie quando non esiste la possibilità di riportare il paziente a una condizione di vita accettabile anche se quest'ultimo non ha lasciato specifiche disposizioni in vita. In America, il paziente che entra in una casa di riposo, ha la facoltà di esprimere la propria volontà circa le pratiche di rianimazione, il ricorso all'ospedalizzazione, il ricorso a pratiche mediche straordinarie come interventi chirurgici, dialisi, trasfusioni, ma anche ordinarie come la nutrizione e l'idratazione artificiale.

In Olanda e Inghilterra si ricorre da circa un decennio ai cosiddetti te-

stamenti di vita.

Ma che cos'è innanzitutto una direttiva anticipata?

Diciamo che essa è un documento redatto da una persona capace di intendere e di volere, in cui quest'ultima specifica agli operatori sanitari i trattamenti medici a cui vuole e non vuole essere sottoposta.

A differenza delle normali volontà testamentarie che hanno effetto dopo che è avvenuta la morte della persona, tale documento avrebbe validità ancora quando la persona è in vita purché incapace di intendere e di volere.

In un certo senso può essere considerato come un consenso informato anticipato.

Tale documento può prevedere diverse terminologie e forme: in alcuni paesi esiste il Living will che è costituito da uno schema semplice e generico in cui la persona può scrivere di suo pugno i trattamenti che intende scegliere, in altri stati è costituito da uno schema predeterminato che lo rende più simile a un questionario.

In altri paesi ancora il documento prevede una serie di opzioni in cui accanto alla possibile malattia (es. ictus, malattia di Alzheimer, cancro in fase terminale) il soggetto ha la possibilità di scegliere tra vari trattamenti.

Esistono anche altri tipi di documento come le cosiddette Proxy Directives, che consentono di nominare un curatore come

proprio sostituto, il quale dovrebbe operare secondo la volontà del paziente qualora sopravvenga uno stato di incapacità.

Alcuni documenti contengono anche l'ordine di non rianimare quando sia considerato inutile e non in accordo con il miglior interesse del paziente.

Il contenuto delle leggi in materia è ritenuto abbastanza omogeneo nei vari stati, variano i requisiti di età per redigere il documento e per essere nominato delegato.

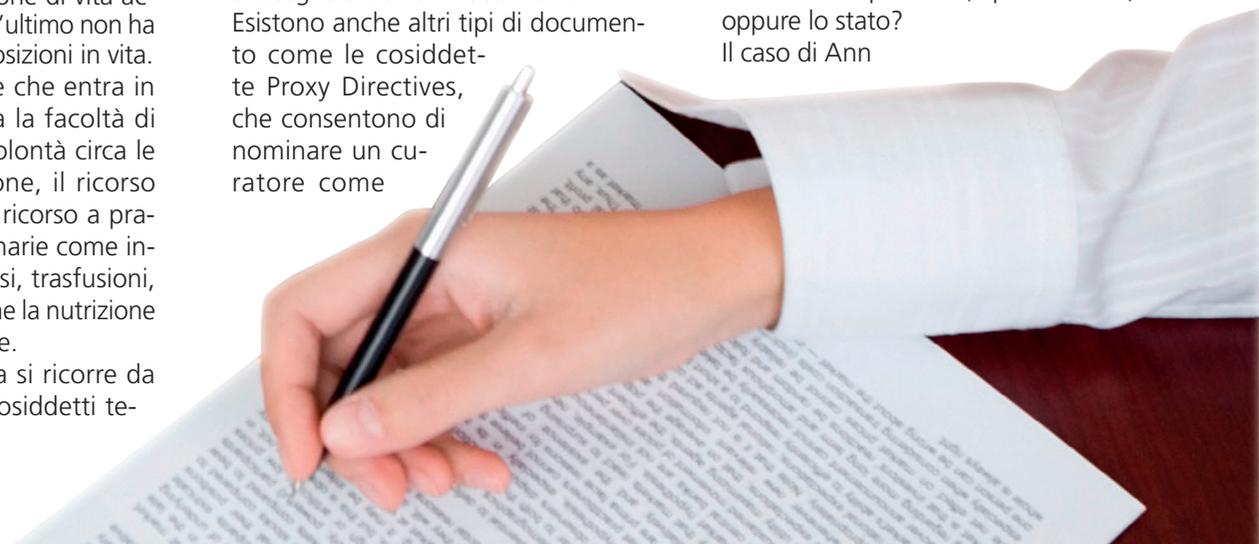
L'esigenza di arrivare a una dichiarazione di volontà da parte del soggetto in merito ai trattamenti sanitari a cui vuole essere sottoposto manifesta da un lato i progressi avvenuti nel campo della medicina, dall'altro i mutamenti avvenuti nella relazione medico-paziente.

È proprio in seguito alla ricerca diagnostica e terapeutica che di fatto hanno contribuito a prolungare i limiti della vita, che il sapere medico si trova ora a confrontarsi con problematiche nuove come la qualità della vita, la bioetica, l'assistenza al malato quando la cura non è più possibile.

Pensiamo alle persone colpite da gravi malattie irreversibili che vengono idratate e alimentate artificialmente, o che vengono stimulate nella funzione cardiaca e respiratoria da tecnologie sofisticate senza le quali morirebbero in breve tempo. Di fronte a tali situazioni ci si interroga se esiste un limite alla cura e quale sarebbe la qualità della vita del paziente dal momento che senza l'ausilio di queste tecnologie non potrebbe comunque avere una vita autonoma.

Ma ci si chiede anche chi debba decidere in merito a questo prolungamento artificiale della vita: il medico che ha in cura il paziente, quest'ultimo, oppure lo stato?

Il caso di Ann



Quinlan negli Stati Uniti, una ragazza ricoverata in coma in seguito ad incidente stradale fu emblematico a tale proposito.

La Corte del New Jersey, alla quale i genitori si rivolsero a seguito del rifiuto dei medici di spegnere gli apparecchi, che la tenevano in vita artificialmente, stabilì che il diritto al rifiuto ai trattamenti terapeutici rientrava nel diritto alla privacy, diritto che esclude l'intromissione dello stato nelle decisioni del singolo.

Essendo Ann Quinlan incapace, venne consentito ai genitori di esercitare tale diritto, secondo le volontà della stessa Quinlan.

Rispetto al diritto all'autodeterminazione, numerosi documenti ribadiscono l'importanza del consenso del paziente alla cura: la Convenzione di Oviedo, approvata dal Consiglio d'Europa nel 1977 afferma che qualsiasi intervento medico effettuato senza il consenso della persona deve ritenersi illecito. Anche il Codice di deontologia medica riafferma lo stesso principio essendo per il medico doveroso attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi liberamente espressa dalla persona.

In questi ultimi anni il paziente ha assunto sempre più centralità nelle cure, sia per l'acquisizione da parte di quest'ultimo di un maggior grado di informazione e un maggior livello culturale, sia per la cronicizzazione di molte malattie.

Il fatto di dover convivere per molti anni con una malattia cronica ha reso il paziente protagonista attivo delle scelte che riguardano la sua salute.

Proprio per questo fatto emerge l'esigenza di considerare la malattia non solo dal punto di vista biologico, ma anche dal punto di vista dei significati e dei vissuti, che il paziente attribuisce ad essa.

Chi può decidere in merito alle eventuali cure e al prolungamento della vita, se non il paziente che ha vissuto la malattia in prima persona?

La stessa malattia infatti, pur manifestandosi con gli stessi segni e con gli stessi sintomi, assume nei pazienti che ne vengono colpiti significati diversi, perché viene vissuta da questi ultimi in maniera diversa.

L'approvazione di una legge sul testamento biologico aiuterebbe sicuramente i medici e gli operatori sanitari a orientarsi nella pratica clinica e a risolvere molte questioni in merito all'accanimento terapeutico.

Tuttavia, anche se una legge di questo tipo consentirebbe al medico di conoscere le intenzioni del soggetto in situazioni in cui per quest'ultimo non è più possibile esprimere una volontà, ulteriori dubbi e perplessità potrebbero nascere in coloro che si trovassero ad interpretare e ad attuare questo tipo di decisioni.

Alcune domande sorgono spontanee: che vincoli avrebbero queste direttive rispetto alla volontà del medico, che si trova a decidere se applicare o meno una terapia?

La direttiva anticipata, proprio per la sua distanza temporale rispetto al fatto contingente, entrerebbe in conflitto con l'art.32 della Costituzione che pur ammettendo la necessità del consenso per i trattamenti sanitari impone che questo consenso sia attuale e non antecedente alla situazione che si è venuta a creare.

Ulteriori perplessità fanno riferimento alla capacità del paziente di valutare e di decidere in merito ai trattamenti ai quali vuole essere sottoposto: il paziente possiede le conoscenze necessarie? E se le sue prescrizioni non avessero niente a che fare con la situazione in cui si verrà a trovare?

Pur esistendo casi in cui, come in molte malattie croniche, è possibile prevedere la situazione in cui il paziente si troverà, in molti altri è difficile poter prevedere quali saranno le conseguenze e di quali terapie il paziente potrà avere bisogno. A ciò si aggiunge il progresso del sapere medico, che può non rendere più attuali le direttive anticipate rispetto ad un determinato trattamento, se al suo posto sono subentrate nuove terapie e nuovi rimedi.

Ma sicuramente il problema più importante da risolvere è quello di determinare quale sia il confine che definisce, che un determinato trattamento, è accanimento terapeutico.

*Maria Elena Tovazzi
I.P. Centro dialisi Rovereto

Tutte le madri ricordano il sentimento provato nei giorni immediatamente successivi al parto, caratterizzato da un senso di nostalgia, di smarrimento e d'inadeguatezza. Tutto questo prende il nome di baby blues perché evoca il "Blues", quella musica dolce, malinconica e struggente praticata dagli schiavi afroamericani nelle piantagioni di cotone. Il baby blues è un fenomeno molto diffuso che si presenta nel 50 - 80% delle neo mamme ed è probabilmente dovuto a cambiamenti ormonali, alla spossatezza dopo il travaglio e agli sbalzi emotivi che accompagnano tutti i cambiamenti di vita importanti. Compare generalmente tra il terzo ed il quinto giorno dopo il parto e per fortuna scompare normalmente entro il dodicesimo.

È importante che il baby blues non sia confuso con la depressione post partum, che invece presenta sintomi più gravi e che persistono per un tempo maggiore.

La depressione post parto infatti si presenta in un periodo successivo al baby blues, generalmente dopo alcune settimane dalla nascita del bambino, ed è caratterizzata da umore depresso, perdita di interessi, disturbi nell'alimentazione e nel dormire, agitazione fisica, aumento della sensazione di fatica, sentimenti di inadeguatezza rispetto alle proprie capacità di madre e senso di colpa, pensieri di morte e di suicidio. Le mamme affette da questo disturbo si reputano incapaci di essere delle brave madri ed hanno la convinzione che i loro bambini siano meno belli, meno felici e meno sani degli altri.

Questo importante calo dell'umore di solito ha una durata minima di due settimane. Almeno la metà delle donne colpite, se non vengono curate, possono però presentare sintomi anche dopo sei mesi dall'inizio della malattia. È quindi necessario porre molta attenzione al presentarsi di questo fenomeno per alcuni motivi molto importanti che descriveremo.

Innanzitutto perché si tratta di un fenomeno molto più diffuso di quanto si creda comunemente, dal momento che colpisce una percentuale di donne che va dal 5 al 25%. Va inoltre ricordato che questa percentuale si innalza

Un percorso di assistenza per la donna in gravidanza

La depressione post partum

a cura di Antonella Lama e Michela Anna Ravagni*

notevolmente quando si tratta di madri adolescenti o extracomunitarie.

Le donne colpite da questa sindrome fanno molta fatica a chiedere aiuto perché riconoscono che il loro sentire si discosta dal senso comune, che attribuisce alla nascita di un bambino un fattore di accrescimento del benessere e della felicità del nucleo familiare.

Anche il partner ed i famigliari fanno fatica a riconoscere questa patologia, sia per una mancanza di conoscenza e di informazione a riguardo, ma anche per l'adesione a un convincimento generale che "vieta di sentirsi infelici dopo la nascita di un bambino".

Inoltre, questo fenomeno si presenta spesso in un periodo della vita della donna in cui tutte le energie sono assorbite dal bambino. I contatti con il medico di famiglia si riducono e gli unici incontri con figure sanitarie hanno come obiettivo il monitoraggio della crescita del bambino.

La depressione post natale influenza anche i rapporti quotidiani con il partner, con la famiglia ma anche i rapporti sociali in generale. Una madre depressa è in grande difficoltà a portare avanti la sua quotidianità, al punto che tutti in famiglia ne risentono, soprattutto la madre ed il suo bambino e si determinano conseguenze importanti sulla soddisfazione di vita della donna.

La depressione post partum comporta, inoltre, gravi conseguenze sulla relazione madre – figlio e sulla stessa personalità del figlio. Sembra infatti che il bambino non voglia affaticare ulteriormente la madre depressa e cerca di coinvolgerla il meno possibile. Gli scambi affettivi tra i due sono "poco giocosi", il bambino stesso sembra un bambino triste, arrabbiato e poco capace di entrare in confidenza con la madre. Nell'interazione con il suo bambino, la mimica facciale della madre manca di espressività ed il piccolo assimila ben presto questa particolare inespressivi-

tà emotiva facciale che, con il protrarsi della depressione materna, potrebbe diventare un suo tratto caratteristico.

Va inoltre ricordato che gli stili comunicativi precoci madre – bambino diventano per il piccolo dei "modelli operativi interni" cioè delle modalità fisse di interagire con gli altri. Ogni bambino, in altre parole, si aspetta di ricevere dalle persone che incontra nel corso dell'esistenza, le stesse risposte ottenute nella relazione precoce. Questo implica che se il bambino è stato in relazione con persone poco capaci di riconoscere i suoi bisogni e di rispondervi in modo appropriato, si aspetterà nel corso dell'esistenza di ricevere dagli altri le medesime risposte insoddisfacenti ai propri bisogni. Infatti, le relazioni precoci, dal momento che vengono apprese, vengono riprodotte nelle successive interazioni anche quando non sono state affatto soddisfacenti.

Ma quali sono le possibili cause della depressione post partum?

Gli specialisti ritengono che a determinarla concorrano molteplici fattori di tipo psicologico, sociale ed economico. Innanzitutto va ricordato come la gravidanza e la nascita di un figlio rappresentino un periodo estremamente delicato dal punto di vista psicologico, un passaggio dalla condizione di figli a quella di genitori che mette alla prova le capacità di adattamento. Tali difficoltà possono venire amplificate se la neomamma si sente scarsamente supportata dal suo gruppo di appartenenza.

Questa breve rassegna sugli effetti negativi della depressione post partum dà la misura di quanto sia importante prevenirla e curarla il più precocemente possibile. Attualmente, però, in più della metà dei casi non viene diagnosticata e solo una parte delle donne con questo disturbo e che ne avvertono i sintomi, ricercano un aiuto presso un professionista sanitario. Poiché sia possibile prevenire la malattia e curarla precocemente è necessario operare a più livelli:

In primo luogo è importante sensibilizzare la popolazione sull'importanza di proteggere e sostenere in modo attivo i bambini e le loro mamme nel delicato periodo di avvio della loro relazione.

Si dovrà fornire informazioni su quali siano i principali fattori di rischio, sul modo di manifestarsi di questa patologia, sulle conseguenze per la madre e il bambino ed informare sulla rete di servizi sanitari a cui rivolgersi.

Si dovrà curare la formazione degli operatori sanitari più coinvolti ed in particolare i ginecologi, gli infermieri, i medici di famiglia, le ostetriche e i pediatri;

È necessario che i servizi sanitari favoriscano l'identificazione precoce di questa patologia e la presa in carico delle persone che ne sono colpite. Si tratta di un aspetto molto importante, presente anche nel nuovo Codice Deontologico dell'infermiere del 2009, dove all'articolo 14 troviamo: "L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

Attualmente la nostra azienda sanitaria si sta interessando attivamente al problema della depressione post partum realizzando un progetto di ricerca volto a determinare un percorso assistenziale per la donna nel periodo della gravidanza e del post partum per evidenziare tempestivamente la presenza di un disturbo depressivo. Con questo progetto si cerca di individuare quali sono i fattori di rischio che maggiormente favoriscono la comparsa della depressione post partum, ma anche come effettuare uno screening precoce. Il progetto prevede una formazione molto capillare del personale sanitario con l'obiettivo di creare una cultura che tuteli a più livelli l'unità madre – bambino. Si ritiene infatti che l'integrazione tra i professionisti e le varie strutture coinvolte sia una strategia utile per la prevenzione e la gestione del disturbo.

*Antonella Lama è psicologa presso l'U.O. 1 di Psicologia dell'APSS di Trento e responsabile di struttura semplice in psicologia ospedaliera. Michela Anna Ravagni è infermiera e lavora presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

il racconto

Il Pianeta Bhuros

di Lorenzo Ricci

«Oggi, 15 ottobre 2400, inizio la mia esplorazione del pianeta Bhuros, dopo venti lunghissimi giorni di attesa dentro questa astronave ItalBXSpazio, il cui abitacolo, sempre più stretto, mi ha complicato non poco la vita. Anche per via di un guasto all'impianto di videoregistrazione che, per quasi una settimana, mi ha impedito di passare in rassegna alcuni programmi un po' osè che mi ero portato dietro dalla base.

Nel corso di questo viaggio interminabile che dura ormai da due anni, ho avuto modo di toccare con mano le disfunzioni e i pressapochismi dei nostri istruttori aeronautici, per non parlare dei fornitori di materiali. Metto in funzione la seconda telecamera per riprendere, nel raggio d'azione considerato, ogni particolare degno di interesse. Mi dirigo verso nord-est rispetto al punto in cui ho lasciato la navicella. Davanti a me un tracciato sabbioso (tempeste di sabbia della Prima Era?), quasi una strada simbolica, un tracciato in sintesi e ai lati la più totale desolazione. Vedo qualcosa in lontananza. Cerco di avvicinarmi, ma sono alquanto impacciato per via della bardatura e dell'equipaggiamento che mi garantisce la sopravvivenza in condizioni estreme.

Sono sempre più vicino alla "cosa". Ormai posso indovinare con una certa sicurezza di cosa si tratta. A prima vista sembrerebbe una sedia con scrivania, naturalmente in senso lato, e in uno stile piuttosto approssimativo. Certo potrebbe trattarsi di

tutt'altra cosa, ma la mia impressione è che si tratti proprio di un tavolo, di una scrivania con una sedia. Mi guardo a destra e a sinistra. Nulla di nuovo. Proseguo. Mi chino sul piano della scrivania per osservare più attentamente quello che c'è sopra. L'esperienza mi ha insegnato che non si deve dire che una cosa si vede, se si hanno dei dubbi, se si sospetta che si tratti di un'illusione ottica. Mi avvicino pertanto con socratica prudenza. Sebbene risulti ricoperta da uno strato di polvere alta quanto un dito, si distingue ancora con chiarezza la scrittura sul frontespizio: "Pratica M.M. Notizie e materiale documentativo".

Non provo neppure a toccare la "pratica", perché mi rendo conto che qualora provassi a farlo tutto finirebbe in polvere, considerato lo stato dei materiali. La penna è al suo posto nell'apposito supporto; le fanno compagnia una gomma per

cancellare ed alcuni fermagli irrimediabilmente arrugginiti.

Per mezzo del "raggio fotonico" mi accingo a scrutare all'interno della misteriosa "pratica", che rappresenta già una scoperta di notevole valore archeologico, con riferimento ad una dimensione sociale ormai scomparsa.

Nel piccolo monitor portatile appaiono alcuni segni sulle prime piuttosto sbiaditi, poi sempre più nitidi, dai quali risulta una scrittura amanuense sicura e rotonda del curatore della "pratica", leggermente inclinata verso destra.

Cerco di mettere assieme gli elementi di cui dispongo avvalendomi anche dei parametri epistemologici che ci hanno fornito durante il corso, prima di intraprendere il lungo viaggio verso la Galassia dello Yogurth.

La cosa si fa sempre più interessante. Sullo schermo i vocaboli cominciano ad ordinarsi, secondo una coerenza logica: "Piano di distruzione del Pianeta Bhuros".

Leggo sul video queste prime parole, e un senso di gelo mi scende lungo la schiena. Ma ecco che il monitor mi fornisce ulteriori dettagli: "Ingiustizie, incompetenza, lungaggini istituzionali, mafafede, continui furti hanno portato il Gran Consiglio, organo supremo di Bhuros, alla decisione irreversibile di annientare ogni forma di vita sul pianeta stesso. Ogni bhurosiano è stato soppresso con KT 85" (sigla e me decisamente oscura, con la quale, viene indicata, con tutta probabilità, la sostanza che ha eliminato nell'anno 2050, ogni forma di vita organizzata).



Osservazioni libere sulla giornata mondiale del rene

di Serena Belli

Guardo intorno a me e vedo l'immenso immoto deserto di sabbia azzurrognola che mi circonda. Dovrei tornare indietro? Forse dovrei proseguire. Ma alla ricerca di cosa? Ecco che sul monitor compaiono altre parole stimolate dal raggio fotonico. Mi appresto a prender visione delle ultime novità: "...E abbiamo così deciso di fare esplodere il pianeta Bhuros, il quarantesimo giorno della prima era post-burocratica alle ore 7 del primo quadrante. Questa soluzione s'è resa necessaria affinché non rimangano elementi tali da condizionare, in futuro, il comportamento degli abitanti di altri pianeti. Ora mi toglierò il casco protettivo, ed anche l'ultimo abitante di Bhuros morirà, paralizzato nei suoi centri vi...ta...li."

Per quanto mi riguarda, ho inserito immediatamente i dati relativi all'esplosione nel mio microcomputer, per la "conversione oraria".

Il senso di disagio che avvertivo durante la lettura sul monitor si sta tramutando in terrore. L'esplosione è prevista fra cinque minuti. Faccio dietrofront e, pur nell'impaccio della tuta e dell'apparecchiatura, comincio a correre e a pregare di arrivare alla navicella per ripartire in tempo prima che sia troppo tardi.

Il cuore batte fortissimo in petto. Il respiro comincia a farsi affannoso. I muscoli sono tesi in uno sforzo estremo, inconciliabile con le condizioni del pianeta, a partire dall'imponderabilità.

Il tempo trascorre inarrestabile: i secondi si accavallano ai secondi, i minuti ai minuti, e, dentro di me, una voce irridente mi sta dicendo che non ce la farò mai.

L'astronave è ancora lontana, troppo lontana e laggiù all'orizzonte s'irradia una luminosa luce multicolore che ferisce gli occhi.»

Quando l'anno scorso avevamo detto che in futuro avremmo dovuto attivarci di più per la Giornata Mondiale del Rene, non sapevamo che sarebbero state parole profetiche. Il 12 marzo l'APAN ha collaborato con la Struttura Complessa di Nefrologia, per realizzare a Trento la Giornata Mondiale del Rene, in una piazza della città. Ci siamo provvisti di camper, messo gentilmente a disposizione dall'Azienda Sanitaria e di tutto l'ambaradan, per effettuare, gratuitamente alla popolazione, la misurazione di pressione ed un esame urine estemporaneo. È noto infatti che, con questi due semplici esami, si riescono ad identificare precocemente la quasi totalità delle situazioni a rischio di sviluppare una patologia renale.

La dottoressa Comotti, medico della S.C. di Nefrologia, mente e braccio della iniziativa, ha voluto esagerare ed ha deciso, per una volta nella vita, di non negarsi niente. Sempre attiva, ha contattato mezzo mondo: Comune e Provincia, Azienda Sanitaria e Direzione Ospedaliera, Associazioni nazionali e locali, insomma dalle Alpi alle Piramidi, ma anche dal Manzanarre al Reno. Ha fatto elenchi e liste di cose da fare e spesso le ha anche fatte, ha chiesto permessi ed autorizzazioni, ha procurato bidoni, multistix, espositori e tante altre cose; è mancato solo che guidasse il camper. Una buona spalla è stato uno dei nostri volontari più attivi: Gianni, che ogni giorno mi telefonava per mettermi a conoscenza di problemi e intoppi, che sembravano spuntare come funghi dopo un temporale estivo. Per lo più aveva già pensato a risolvere le varie questioni ed il mio intervento, per fortuna, poteva limitarsi ad un conforto morale ed una approvazione delle scelte fatte. Comunque, personalmente, mi sono impegnata moltissimo ed ho cercato di approvare bene.

Abbiamo anche scoperto il valore, e la capacità di carico della sua macchina, di un altro volontario APAN: Gigi, il quale, dopo l'esperienza, sta pensando di riciclarsi in una ditta di traslochi. Naturalmente la partecipazione della nostra Associazione non si è limitata a queste due persone, posso dire che tutti, nessuno escluso, hanno fatto la loro parte, sia a livello organizzativo, che durante la giornata vera a propria. Anche i medici ed un bel gruppo di infermieri del Reparto di Nefrologia e Dialisi, hanno partecipato, con grande disponibilità, spirito di gruppo ed allegria. Uno dei momenti migliori è stato quando abbiamo issato, e poi smontato alla fine della giornata, il grande gazebo; non posso dire qui le dimensioni esatte, perché non so se abbiamo pagato l'affitto di tutta la superficie. Tutti insieme: medici, infermieri, volontari e anche il dottor Brunori, Direttore del Reparto, che ha potuto finalmente mettere a frutto i molti anni di boy-scout, evidentemente passati a montare e smontare tende da campo. Peraltro, lo abbiamo anche potuto apprezzare quando con garbo, gentilezza ed un sorriso, avvicinava i passanti, invitandoli a sottoporsi alle indagini. Per non dire poi della sua disponibilità a rispondere ai quesiti più strani.

La giornata, fredda ma soleggiata, oltre ad aver raggiunto il suo scopo di sensibilizzazione e prevenzione, ha dato una buona visibilità al Reparto di Nefrologia, ma è stata un'ottima vetrina per la nostra Associazione e per questo credo di dover ringraziare il dottor Brunori, che ci ha permesso di partecipare a pieno titolo. Tutti i giornali e la televisione hanno riportato l'evento, grazie anche al dottor Valli, che conosce un sacco di operatori della informazione. Quel giorno in piazza c'eravamo tutti; nonostante il vento di tramontana è stata una bellissima festa. Da ripetere, appena ci saremo ripresi.

Voglia di leggere

Intensità di sentimenti e di emozioni

di Lonely Bear

La trama

L'amore ai tempi della guerra: i sentimenti si vivono allo stato puro, con i loro eccessi e le loro mancanze. Siamo in pieno conflitto: Israele, Guerra dei sei giorni. Bombardamenti, paure e cambiamenti. Nelle lunghe attese, durante il coprifuoco, tra alcuni ragazzi ricoverati nello stesso ospedale nasce una forte amicizia, sentimento che tra Orah e Ilan si trasformerà in amore e li vedrà uniti in matrimonio.

Passano gli anni e Orah, donna separata, con due figli Adam e Oraf, vive le pene di un dolore grande che teme di non saper gestire.

Deve accompagnare suo figlio Oraf al fronte perché ha deciso di partecipare ad una missione in Cisgiordania. Quelli sarebbero gli ultimi giorni della sua ferma e con la madre aveva progettato un viaggio da fare insieme per festeggiare la fine del servizio militare. Orah però ha un brutto presentimento e decide di staccare la spina con il mondo, di spegnere il cellulare, di andarsene lontano per non dover attendere la notizia devastante della morte del figlio. Lascia tutto e si appresta ad affrontare una sorta di pellegrinaggio, attraversando a piedi la Galilea accompagnata dall'amico di gioventù, Avram. Con lui, nelle lunghe notti e nei giorni che seguiranno avrà modo di ripercorrere momenti della sua vita, ricordi apparentemente cancellati, emozioni rinnovate, sempre però accompagnata dall'ansia sorda di una perdita insopportabile.

Nelle intense pagine di questo romanzo, mentre i protagonisti percorrono questo viaggio sui rilievi di Israele, si avverte l'intensità di un sentimento: l'amore. L'amore che riemerge dalle macerie di un Paese perennemente in conflitto, in cui non esiste la pace, ma solo una tem-

poranea parentesi tra una guerra e l'altra. Come un'eco lontana, una voce chiara e distinta attraversa il flusso della memoria. È la voce di Orah, che ripercorre gli anni intensi della sua vita, dall'adolescenza al tragico giorno in cui deve accompagnare suo figlio Ofer al fronte.

Il commento

A un cerbiatto somiglia il mio amore di David Grossman (ed. Mondadori) è un libro dai temi universali, importanti, perché non parla solo di una storia personale, della vita di una famiglia, ma di un popolo, quello israeliano, della sua storia travagliata, dei conflitti interni, delle fratture, delle fragilità. Il titolo originale di questo struggente ed epico romanzo di David Grossman suona più o meno come "Una donna in fuga dalla notizia", o meglio "dall'annuncio", visto che il termine utilizzato si riferisce a qualcosa di ufficiale e definitivo. Nella traduzione italiana il titolo è tratto da un verso de *Il Cantico dei Cantici* (2,9), che gioca sul significato del nome di Ofer, che in ebraico significa "cerbiatto", ma che effettivamente non dà abbastanza risalto alla prospettiva che Grossman ha voluto offrirci mettendo in primo piano il flusso dei pensieri di una madre atterrita dall'idea di poter perdere suo figlio.

E parla di una guerra incessante che sembra non dare vie di fuga, né a chi la combatte né a chi, nelle case di Israele, vive con la consapevolezza che una telefonata, un messaggio può essere portatore di un dolore devastante. Ma ancora di più Grossman sa comunicare che è la guerra in sé, ovunque e comunque, ad essere male.

Quando la madre implora il figlio perché non colpisca il nemico per ucciderlo, quando gli chiede di ri-



sparmiare i più giovani, ottiene come risposta dal figlio, che ha negli occhi l'orrore della battaglia, frasi irritate e il senso di sconfitta che nasce dalla perdita del valore della vita.

E la tragedia che ha colpito l'autore, la morte del figlio ventenne Uri nella recente guerra fra Israele e Libano, non lo ha chiuso in una egoistica voglia di vendetta, non gli ha impedito di vedere anche la sofferenza altrui, ma gli ha, ancora una volta e ancora di più, mostrato l'inutile e colpevole brutalità della guerra. È un libro che conserva tra le sue righe tutta la paura dell'uomo di fronte allo spettacolo della morte, ma anche l'estrema speranza di una vita che eternamente ritorna e si rigenera. Un romanzo in grado di dilatarsi all'infinito, come il tempo che descrive, ma anche di concentrarsi sul singolo istante, su ogni emozione, su un'esistenza, che si rannicchia su se stessa. Pagine cariche

di un'intimità intensa e profonda, un libro impegnativo, da leggersi con la consapevolezza di chi, alla fine della lettura, sarà una persona diversa. Non è di facile lettura, tutti i discorsi diretti tra i personaggi sono scritti senza "i due punti e aperte le virgolette", ma tutti di fila uno dietro l'altro, tanto che a volte ci si perde tra le varie battute.

David Grossman in questo suo romanzo cercava anche la figura di un personaggio femminile forte, con tante sfaccettature, che sapeva amare con tutta se stessa. Voleva una donna bellissima, anche se gli anni della giovinezza erano ormai passati. Era questo il personaggio principale del suo ultimo romanzo, che Grossman voleva. E ci è riuscito benissimo. Orah, che in italiano vuol dire luce, è la protagonista di questa storia di 780 pagine. Ed è una donna bellissima sotto tutti i suoi aspetti. Storia di una madre, dell'amore per suo figlio e per l'uomo che le è stato negato, e che finalmente ha ritrovato.

È immenso non solo per la storia, ma anche per le emozioni di Orah che vengono trascritte momento per momento, per i pensieri di questa donna, che affollano la sua mente. Profondo. Toccante, tutto il libro è immerso in Orah. Bellissimo, e mi ha fatto pensare a come davvero noi esseri umani siamo complicati, difficili, sempre immensi, ma pure stupefacenti.

Fra i vari romanzi di Grossman vorrei segnalare per intensità e bellezza anche "Qualcuno con cui correre".

E degli altri scrittori israeliani, fra i miei preferiti, suggerisco di Amos Oz "La vita fa rima con la morte" e "Non dire notte"; mentre di Yehoshua Abraham "Ritorno dall'India" e "Fuoco amico".

Buona lettura!

Progetto educativo "vacanze...e non solo!"

La persona emodializzata si trova a dover rinunciare spesso alla possibilità di trascorrere un periodo di vacanza a causa di difficoltà organizzative e di natura psicologica: si instaura infatti un forte legame di dipendenza nei confronti del personale di assistenza, tale da determinare insicurezza ed ansia nel caso in cui l'esecuzione delle sedute venga affidata ad altri operatori.

Il nostro servizio di emodialisi, dal 2004, realizza annualmente un progetto che consente ad un gruppo di persone emodializzate di partecipare ad una vacanza ricreativo-educativa, con l'apporto di una équipe infermieristica, che ha garantisce la gestione delle sedute emodialitiche e gli incontri educativi.

Quest'anno il luogo scelto è stato Arco di Trento, località facilmente raggiungibile, climaticamente e turisticamente ideale per le caratteristiche paesaggistiche del lago e della montagna. Ma soprattutto per la presenza, nelle immediate vicinanze, del Centro Emodialisi Garda, dove abbiamo trovato calorosa accoglienza e collaborazione da parte del responsabile Dott. Poli e di tutto il personale.

Le giornate sono state caratterizzate da momenti di svago e aggregazione con escursioni in montagna, visite alle bellezze naturali dell'Alto Garda, gita in battello sul lago. L'iniziativa ha offerto ai partecipanti un bagaglio di entusiasmo ed ottimismo e la volontà di ripeterla anche per periodi più lunghi. Auspichiamo di riuscire a reperire le fonti di sostegno finanziario per poter ripetere questa esperienza.

Servizio Emodialisi Cittadella / Padova

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:

- a) 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;
- b) studiare i problemi inerenti la nefrologia ed il trapianto, organizzare incontri, dibattiti e convegni, promuovere iniziative volte alla informazione ed alla prevenzione;
- c) 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;
- d) 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;
- e) organizzare e svolgere altre attività, come la gestione "no profit" di Centri per Dialisi;
- f) promuovere attività ricreative e socio-culturali a favore dei soci;
- g) creare gruppi di Auto Mutuo Aiuto tra pazienti.

Micologia che passione!

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

Funghi commestibili e velenosi

Riprendiamo la descrizione di alcune specie di funghi commestibili e velenosi ritenute tra le più comuni. Aggiungendo, dato l'imminente inizio della stagione micologica, alcuni pratici consigli per il raccoglitore:

RUSSULA CYANOXANTHA commestibile

Specie di russula abbastanza frequente nella nostra regione. Facile da identificare se si ricordano alcuni elementi differenziali. Carne dolce all'assaggio, lamelle bianche lardose.

Cappello: larghezza variabile da 4-5 cm fino a 15, carnoso sovente molto irregolare, di colore molto variabile dal viola-lilla al bluastro anche verdastro.

Lamelle: colore bianco, più o meno fitte e libere al gambo, lardacee che non si frammentano alla manipolazione come molte altre russule.

Gambo: di norma affusolato in basso, bianco spesso con tenui o decisi toni viola-lilla.

Carne: gessosa alla frattura, chiara, di frequente tinggiata di lilla-violetto. Gusto dolce.

Habitat: diffusamente presente in prati o boschi misti.

Note di commestibilità: Fungo mangereccio, ricercato da molti raccoglitori.



Foto 1: *Russula cyanoxantha* (di M. Floriani)

RUSSULA VIRESCENS commestibile

Cappello: larghezza da 4-5 cm a 15 cm. Generalmente con il centro leggermente depresso, cuticola spesso screpolata ed aureolata e di una singolare tinta verde rame.

Lamelle: color crema, biancastre, fitte.

Gambo: cilindrico rugosetto, biancastro.

Carne: gessosa alla frattura, pallida, inodore, sapore dolce.

Habitat: boschi misti e anche radure erbose.

Note di commestibilità: è ritenuta un ottimo commestibile dagli esperti, tra le migliori russule purchè cotta. Sconsigliata da cruda.



Foto 2: *Russula virescens* (di M. Floriani)

Foto di M. Floriani e G. Partacini

MACROLEPIOTA RACHODES velenoso

Fungo che si può confondere con la *Macrolepiota procera* (Mazza di tamburo).

Cappello: generalmente largo che può arrivare fino a 22 cm di circonferenza, carnoso, emisferico, colore biancastro con grosse squame concentriche bruno-ocracee che simulano le Mazze di tamburo.

Lamelle: molto fitte di color crema carnicino.

Gambo: cilindrico con grosso bulbo alla base, di colore biancastro con tendenza ad imbrunire al di sotto dell'anello e che alla manipolazione tende ad arrossire.

Carne: fibrosa, bianca, che vira anch'essa al bruno-rosso.

Habitat: cresce nel periodo estivo autunnale presso boschi di latifoglie, sovente in aiuole e parchi cittadini.

Note di commestibilità: specie da ritenere tossica con sintomatologia gastro-intestinale.



Foto 3: *Macrolepiota rachodes* (di G. Partacini)

SUGGERIMENTI PER IL CERCATORE DI FUNGHI

1. **Abbigliamento essenziale.**

Gli indumenti debbono essere comodi e caldi, mai ingombranti, gli stivali di gomma possono proteggere dall'umidità e dal morso di eventuali vipere.

2. **È obbligatorio un contenitore areato.**

Serve per contribuire alla diffusione delle spore nel bosco.

Absolutamente vietati i sacchetti di plastica dove non circola l'aria e si accelera il processo di deterioramento dei funghi.

3. **Niente attrezzi inutili.**

È sufficiente un bastone, per scostare con delicatezza foglie ed arbusti ed un coltellino per le prime operazioni di pulizia da fare nel bosco.

Per staccare il fungo si usano le dita, esercitando una leggera torsione, non occorre strapparli.

4. **Fidati solo dei funghi che conosci con certezza.**

Le specie che non riconosci mettile in un panierino a parte per evitare che eventuali esemplari tossici vengano a contatto con quelli conosciuti e destinati alla tavola. Nel dubbio, consulta gli esperti.

5. **I funghi troppo vecchi e quelli troppo giovani lasciali dove sono.**

Impara a raccogliere gli esemplari maturi al punto giusto.

6. **Non distruggere le specie velenose.**

Sono comunque belle e si priverebbe il bosco di un elemento importante per il proprio equilibrio ecologico.

7. **Non cercare solo porcini,**

il bello di andare per funghi sta anche nella possibilità di conoscere sempre nuove specie.

8. **Informati sulle leggi locali che regolano la raccolta, e soprattutto rispetta.**

9. **Non deturpare l'ambiente abbandonando rifiuti di plastica o di altro materiale non degradabile.**

10. **La natura è vita. Rispetta la vita.**

* 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.

Alla scoperta delle chiese del Trentino

La leggerezza architettonica della parrocchiale di Garniga Terme

di Genny Tartarotti

Recentemente riprogettata e restaurata, la parrocchiale di Garniga Terme è stata pensata con lo scopo di creare un edificio in grado di inserirsi in modo armonico ed equilibrato all'interno del paesaggio. Chi la osserva dall'esterno, infatti, non può non rimanere positivamente colpito dalla sua semplicità architettonica e dalla luminosità del bianco, che donandole leggerezza ed eleganza, si uniformano al verde circostante.

Frutto di un lungo cammino di sforzi e di fatiche, la parrocchiale venne inizialmente progettata ed eretta alla fine degli anni '30 grazie all'operosità di don Pietro Simion da Tonadico, parroco del paese.

L'impegno e la dedizione di don Pietro furono tali che, a causa dello sforzo quotidiano richiesto per portare a spalla le pietre necessarie alla costruzione dell'edificio sacro, morì di fatica nel 1940. Una lapide all'entrata della chiesa ricorda il suo singolare impegno. Dopo un tentativo di adeguamento liturgico negli anni settanta, che non raggiunse l'esito desiderato, l'edificio è stato completamente riprogettato

nel 2006, sotto la supervisione dell'Architetto Michele Anderle il quale, con la collaborazione di grandi artisti come Paul Moroder de Doss di Ortisei, Livio e Giorgio Conta e Cristina Dorigati, lo ha reso uno dei più espressivi esempi di arte liturgica del Trentino.

Un luogo dall'architettura essenziale, in cui ogni elemento, pensato e realizzato seguendo una significativa simbologia, avvicina, progressivamente, chi vi entra all'incontro con il Signore. Sul pavimento dell'atrio, davanti al portale d'ingresso, un mosaico, realizzato con pietre azzurre e bianche, dà l'impressione di attraversare un ruscello in cui nuotano piccoli pesci, che rimandano all'acrostico ICHTUS ossia pesce, che in greco costituisce le iniziali delle parole Gesù Cristo, di Dio, Figlio, Salvatore. In origine, questo acrostico, rappresentava una formula misteriosa che in epoche antiche ha reso il pesce un simbolo molto diffuso, rappresentativo di Cristo e dei cristiani.

Varcato il sagrato, un silenzio intriso di sacralità avvolge i fedeli, introducendoli al Mistero della fede cristiana. L'acquasantiera, sorretta da un elegante supporto in bronzo, invita il fedele ad approfondire il proprio legame con Gesù, rinnovando la purificazione ricevuta con il Battesimo e preparandosi così all'incontro con la divinità. Allo stesso modo il fonte battesimale, posto vicino all'ingresso, con il quale ha in comune il significato simbolico di "entrata", accoglie nella luce della Grazia le anime, che iniziano il cammino cristiano. Collocato in un'apposita cappella, pervasa da un'intensa luce azzurra, è sorretto



Fonte battesimale realizzato da Paul Moroder de Doss di Ortisei

da figure bronzee che rappresentano i sette doni dello Spirito Santo.

Proseguendo verso il centro, i banchi, disposti in modo circolare, favoriscono la preghiera comunitaria, riunendo i fedeli attorno all'altare, dove avviene l'incontro con il Signore.

Costruito in pietra, a forma cubica, per esprimere la forza e l'amore di Cristo, che si espandono nelle quattro direzioni del cosmo, l'altare è sorretto da elementi in bronzo che rappresentano la comunità cristiana in cammino e in continua trasfigurazione al contatto con il Signore. Sopra la mensa sacra una croce gemmata rappresenta in modo simbolico ed essenziale il sacrificio di Cristo Salvatore.

Nella cappella feriale, situata proprio dietro l'altare, al termine del percorso che guida l'uomo verso la luce del Signore, un tabernacolo in bronzo chiaro e lucido, custodisce l'Eucaristia. Un occhio di tigre, pietra conosciuta nell'antichità per i suoi poteri protettivi, custodisce Colui che ha donato la vita per salvare quella dei Suoi figli.



Veduta complessiva dello spazio sacro



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.

