

RENE&SALUTE



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXIV - NOVEMBRE 2009 - N. 2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38100 Trento, Via Sighele, 5 - Aut. Trib. di Trento n. 447/84
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Trento - Stampa: Esperia Srl, Lavis

RenArt

artisti per la donazione



Fondazione Italiana del Rene
ONLUS



Società Italiana
di Nefrologia



World Kidney Day is an initiative of the
International Society of Nephrology and the
International Federation of Kidney Foundations



- ▶ **PRESENTE E FUTURO DELLA SANITÀ TRENTINA**
- ▶ **LA GRANDE SFIDA DEI PROSSIMI ANNI**
- ▶ **UNA CONSAPEVOLE GESTIONE DELLA PROPRIA MALATTIA**
- ▶ **RAIMUND MARGREITER: UN PRIMATISTA DELLA TRAPIANTOLOGIA**
- ▶ **RAIMUND MARGREITER TRENINO BENEMERITO**
- ▶ **LA DIETA NEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO SOSTITUTIVO**
- ▶ **UN PROBLEMA MASCHILE**
- ▶ **UN DELICATO PASSAGGIO DI CONSEGNE**
- ▶ **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAZIENTE DIALIZZATO**
- ▶ **LE DONNE**
- ▶ **DAL TRAUMA AD UNA NUOVA PROGETTUALITÀ**
- ▶ **COLLABORAZIONE ED INTEGRAZIONE**
- ▶ **LA TERZA EDIZIONE DI RENART**
- ▶ **UNA STORIA VOLGARE**
- ▶ **PHILIP ROTH: IL SAPORE DELLA VITA E IL SENSO DELLA MORTE**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **L' A.P.P.E.D. COLPISCE ANCORA**

sommario

Presente e futuro della sanità trentina	3
<i>a cura di Gianni Toninato</i>	
La grande sfida dei prossimi anni	5
<i>di Maurizio Mazzon</i>	
Una consapevole gestione della propria malattia	6
<i>di Maria Elena Tovazzi</i>	
Raimund Margreiter: un primatista della trapiantologia	8
<i>di Gianni Toninato</i>	
Raimund Margreiter trentino benemerito	10
<i>di Paolo Cavagnoli</i>	
La dieta nel paziente in trattamento sostitutivo	11
<i>di Claudio Tognoli</i>	
Un problema maschile	12
<i>di Andrea Scardigli</i>	
Un delicato passaggio di consegne	13
<i>di Gianni Toninato</i>	
Approccio multidisciplinare al paziente dializzato	14
<i>di Andrea Bandera</i>	
Le donne	15
<i>a cura di Luisa Pevarello</i>	
Dal trauma ad una nuova progettualità	18
<i>a cura di Antonella Lama e Ilaria Mochen</i>	
Collaborazione ed integrazione	19
<i>di Italo Poli</i>	
La terza edizione di Renart	20
<i>di Aldo Nardi</i>	
Una storia volgare	23
<i>di Gianni Rigotti</i>	
Philip Roth: il sapore della vita e il senso della morte	26
<i>di Lonely Bear</i>	
Micologia che passione!	28
<i>di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i>	
L' A.P.P.E.D. colpisce ancora	30
<i>di Pietro Vidotto</i>	

Cari Soci e Simpatizzanti APAN,

alla fine di questa calda estate 2009 uno dei componenti del Direttivo è stato colpito dal dolore più grande: la perdita del suo unico figlio. Questa morte, che va a sommarsi ad altre perdite che hanno colpito direttamente od indirettamente la nostra Associazione durante quest'anno, mi ha fatto riflettere sul significato di questo evento, così definitivo e così crudele: la perdita di una persona cara e, più in generale, la morte. Come medico, per anni in pediatria ed in una rianimazione neonatale, mi sono trovata spesso a confrontarmi con essa. È un fatto biologico certo, la diretta conseguenza della vita, il suo negativo. Sono eventi strettamente legati: una non può esistere senza l'altra. Talvolta è l'epilogo di una malattia, più o meno lunga; in questi casi è prevista e viene attesa; abbiamo il tempo di congedarci dai nostri cari. Spesso ci porta via i nostri genitori anziani, che hanno compiuto, se così si può dire, il loro percorso di vita, che al giorno d'oggi spesso è stata lunga. In questi casi è un fatto fisiologico, in qualche modo accettabile. Ma quanto è difficile e crudele quando arriva inaspettata, in seguito a fatti accidentali o quando colpisce in maniera anti-fisiologica portandoci via un figlio. Qual è il significato della morte, dove possiamo trovare pace e redenzione al nostro dolore, in queste circostanze? Anche la fede, per chi ha la fortuna di possederla, vacilla. Credo che la Vita e la Morte siano un mistero difficile da comprendere. Possiamo solo cercare di andare avanti, con la consapevolezza che, con il passare degli anni, il fardello delle persone care che perderemo si farà sempre più gravoso. Ma dobbiamo cercare di vivere essendo buoni con il nostro prossimo e con la terra, che abbiamo in affitto per quel soffio di anni che la calpesteremo. Fare del bene in maniera disinteressata, a chi ci sta vicino e a chi ci sta lontano: questo è il significato del Volontariato. Può essere una piccola risposta, che ci aiuta a proseguire nel nostro percorso terreno, che è spesso carico di dolore.

*Il Presidente
Dott.ssa Serena Belli*

IN QUESTO NUMERO

ASSOCIATO
ALL'UNIONE
ITALIANA
STAMPA
PERIODICA



In copertina:
"Nascita del logo 2009", Alessandro Goio

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

DIREZIONE, REDAZIONE AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:
38100 TRENTO - Via Sighele, 5
Tel. 0461 914 206 - apan.tn@alice.it

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

COLLABORATORI per questo numero: Andrea Bandera, Lonely Bear, Serena Belli,

Ermanno Brunelli, Paolo Cavagnoli, Antonio Fondriest, Antonella Lama, Maurizio Mazzon, Ilaria Mochen, Aldo Nardi, Luisa Pevarello, Italo Poli, Gianni Rigotti, Andrea Scardigli, Claudio Tognoli, Gianni Toninato, Maria Elena Tovazzi, Alberto Valli, Pietro Vidotto.

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

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

Intervista al dr. Ugo Rossi, Assessore alle Politiche Sanitarie del Trentino

Presente e futuro della sanità trentina

di Gianni Toninato

A distanza di un anno dall'insediamento del dr. Ugo Rossi come Assessore alle Politiche Sanitarie della Provincia di Trento, ci è sembrato giunto il momento di proporgli alcuni interrogativi. Troppo importante riuscire a raccogliere ed offrire a tutti i nostri concittadini elementi di informazione e di valutazione su realtà e prospettive tanto delicate e così profondamente avvertite dalla nostra collettività.

Ne è uscito uno spaccato dai colori sostanzialmente rassicuranti, anche se, come riconosce lo stesso Assessore, "gli scenari sono in continua e rapida evoluzione".

È per questo che, anche come Associazione, ci attiveremo perché impegno, attenzione, intelligente valutazione e adeguata organizzazione dei servizi richiesti, risultino componenti vive e costanti di chi opera, a vari livelli di competenza, all'interno di questo nostro articolato sistema sanitario. Ecco il testo dell'intervista.

Gli organi di informazione a livello nazionale, nel presentare la situazione sanitaria delle varie regioni, mettono spesso in rilievo uno standard particolarmente positivo della sanità trentina. Ma esistono degli aspetti problematici che Lei ha potuto constatare nel suo primo periodo di lavoro?

La situazione della Provincia di Trento, per quanto attiene le condizioni di salute dei cittadini, è da considerarsi sicuramente positiva, come si può evincere anche dall'analisi dei numerosi indicatori utilizzati per monitorare appunto lo stato di salute della popolazione.



L'Assessore dr. Ugo Rossi

Non mancano evidentemente spazi di ulteriore miglioramento, tenuto conto anche del fatto che, in tema di salute, gli scenari sono in continua e rapida evoluzione: cambiano le aspettative ed i bisogni delle persone, cambiano le condizioni epidemiologiche, ambientali e culturali, cambiano i processi di cura, cambiano le tecnologie (vengono proposte in continuazione nuove apparecchiature e nuovi farmaci), cambiano gli scenari amministrativi ed istituzionali.

Gli aspetti che a mio giudizio meritano un'attenzione prioritaria al fine di introdurre elementi atti a migliorare la qualità e/o la fruibilità delle prestazioni per i cittadini e dei pazienti riguardano in primo luogo la messa in rete dei servizi e delle strutture, la continuità assistenziale nei percorsi di cura che il paziente deve affrontare,

l'integrazione tra servizi diversi (tra sanità e sociale, tra ospedale e territorio, tra ospedale e ospedale).

Abbiamo assistito ad una discussione piuttosto accesa, soprattutto da parte di cittadini della periferia, sulla centralità o decentralizzazione di alcuni servizi sanitari. Qual'è la filosofia che sottende la sua visione del problema?

In termini generali l'orientamento è quello di portare il più vicino possibile ai cittadini tutti quei servizi che è possibile decentrare senza che vi sia pregiudizio rispetto alla qualità ed alla sicurezza delle prestazioni ed alla sostenibilità organizzativa: volendo esemplificare in maniera schematica, va mantenuto l'accentramento dei servizi a più alta tecnologia, mentre i servizi centrati sulla continuità dell'assistenza vanno decentrati. Rispetto a questa impostazione di carattere generale, l'assistenza ai pazienti nefropatici rappresenta, almeno in parte, una peculiarità, in quanto la politica seguita dalla Provincia in questo campo è da sempre improntata ad una presenza capillare sul territorio di centri dialisi che si caratterizzano, oltre che per un efficace modello organizzativo fondato su una logica di rete, su costanti investimenti per dotare tali centri di apparecchiature e tecnologie sicuramente di elevato livello.

In merito al tema dei trapianti, gli accordi con i vari Centri dove questi vengono effettuati garantiscono in maniera sufficiente i pazienti trentini?

I dati relativi ai trapianti in favore di pazienti residenti nella nostra

Provincia depongono per un buon livello di soddisfacimento della richiesta di tali interventi. Il fatto di poter fare riferimento a diversi centri trapianto, in particolare Verona, Innsbruck e Milano, e, con numeri più bassi, anche Padova ed altri centri aderenti al NITp (Nord Italia Transplant), garantisce ai pazienti trentini un alto tasso di trapianti, pur non avendo la nostra Provincia un centro trapianti. I tempi di attesa dei pazienti trentini per l'intervento rientrano infatti nella media nazionale (che è di circa 3 anni per il trapianto di rene, ed oltre i 2 anni per cuore e fegato), e la proporzione di pazienti trentini in lista di attesa è inferiore al dato nazionale. Questi risultati sicuramente lusinghieri sono da mettere in relazione, oltre che alle intese attuate con istituzioni extraprovinciali per l'effettuazione delle attività di trapianto, anche all'elevato livello di *procurement* che si sta consolidando presso le strutture provinciali, ed in particolare presso l'Ospedale S. Chiara di Trento, grazie all'impegno degli operatori ed alla sensibilità della nostra gente anche su questo tema.

L'accorpamento delle varie componenti interessate al Pronto Soccorso presso il Centro Ospedaliero S. Chiara comporta, in alcuni momenti, sovraffollamenti e ritardi di prestazioni lamentate dai destinatari dell'intervento. Ci sono altre cause all'origine di tali ritardi e che cosa si potrebbe programmare per la soluzione di tali problematiche?

Una causa importante delle condizioni di affollamento che ripetutamente si verificano presso il Pronto soccorso dell'Ospedale di Trento è sicuramente rappresentata dal frequente ricorso al Pronto soccorso per prestazioni che non sono caratterizzate da reale urgenza. Per rimediare a ciò sono state attivate diverse iniziative, tra le quali si colloca la scelta di promuovere tra i Medici di base le forme di associazionismo che comportano ricadute sicuramente positive anche su questo aspetto.

Su un piano più generale, è allo studio di codesto Assessorato una

programmazione che miri a risolvere eventuali disfunzioni o squilibri riscontrati in alcuni ambiti del servizio sanitario provinciale?

In questa fase l'impegno prioritario per l'Amministrazione provinciale in termini di programmazione sanitaria è incentrato sulla modifica della legge provinciale che ha istituito il servizio sanitario provinciale così com'è organizzato attualmente (L.P. n. 10 del 1993). A distanza di oltre 16 anni dal suo varo, si rende necessario un intervento che adegui il modello esistente alle modificate esigenze sia assistenziali che organizzative. Altri interventi sono in via di definizione rispetto a specifiche tematiche, al fine di introdurre elementi di innovazione e di miglioramento dei livelli di assistenza resi ai cittadini.

Rimanendo all'interno degli aspetti e delle finalità che interessano la nostra Associazione ed altre che operano nell'ambito sanitario, ritiene opportuno promuovere qualche momento d'incontro che contribuisca ad alimentare iniziative particolarmente utili per i nostri concittadini sofferenti di malattie o disturbi che minano la loro integrità fisica e morale?

Premesso che i servizi resi in Provincia di Trento a tutela dei pazienti – ed in particolare di quelli affetti da patologie croniche ed invalidanti – sono di alto livello e tali da assicurare una presa in carico globale, i momenti di incontro e di ascolto dedicati a tali gruppi di persone sono da sempre promossi come prassi costante di confronto con le istanze dei cittadini e dei pazienti. Prova ne sia l'istituzione di numerosi organismi consultivi che vedono la presenza di rappresentanti dei pazienti e/o delle loro associazioni. Per quanto riguarda nello specifico i pazienti rappresentati dalla Associazione provinciale Amici della Nefrologia, Dializzati e trapiantati, è stata demandata all'Azienda provinciale per i servizi sanitari la costituzione della commissione provinciale per la disciplina e lo sviluppo dei servizi di dialisi precedentemente prevista presso la Provincia: pur

tuttavia sussistono altri momenti istituzionali di ascolto e proposta nei vostri confronti. In particolare ricordo che fra i compiti assegnati alla Commissione provinciale in materia di prelievo e trapianti di organi e tessuti recentemente istituita vi è quello di "promuovere il coinvolgimento, nel dibattito sui temi in esame, dei rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni interessate, nei modi e nei tempi che essa stabilirà in relazione alle specifiche questioni trattate". Sono quindi certo che non mancheranno le occasioni di incontro proprio per favorire quello spirito di collaborazione da voi proposto.

Cosa pensa che si possa prevedere per migliorare i rapporti tra A.P.S.S. ed il mondo del volontariato? Dal nostro punto di vista riteniamo di essere una forza che dovrebbe essere meglio sfruttata.

La Provincia riconosce e valorizza da sempre il ruolo delle associazioni di volontariato e degli organismi non lucrativi, che diffondono i valori della promozione della salute, prevenzione, della cura e concorrono al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi di salute, attraverso azioni di sostegno sociale alle persone e altre attività di informazione e di assistenza svolte anche in convenzione con il servizio sanitario provinciale. Le associazioni di volontariato rappresentano inoltre un canale privilegiato di contatto diretto con i pazienti ed anche con i cittadini in generale. La loro attivazione costituisce un innegabile valore aggiunto al sistema salute, in termini di partecipazione e crescita comune. In questa logica ritengo di poter affermare che l'A.P.S.S. ha da tempo intrapreso un percorso di ascolto, condivisione ed anche di confronto con le espressioni di rappresentanza dei cittadini ed anche dei pazienti attraverso numerose iniziative che vanno in questa direzione. Ben vengano pertanto nuovi stimoli e proposte per accrescere e migliorare ulteriormente il reciproco impegno di istituzioni e cittadini nella prospettiva di un sistema salute sempre più vicino e attento ai bisogni ed alle aspettative delle persone.

L'epidemia di insufficienza renale diabetica: che fare?

La grande sfida dei prossimi anni

di Maurizio Mazzon*

Il diabete è una condizione in cui gli zuccheri nel sangue (la glicemia) sono elevati. Il diabete può essere di tipo I (spesso presente nei giovani, secondario alla mancanza di insulina), ma più frequentemente è di tipo II, dovuto a difficoltà nello smaltimento degli zuccheri, sia per ridotta produzione di insulina, che per "insulino-resistenza" (l'insulina è prodotta, ma non riesce ad agire). Certamente, in questo tipo di diabete, la predisposizione familiare gioca un ruolo importante, tuttavia la causa principale è da ricercarsi nelle attuali errate abitudini alimentari, responsabili di sovrappeso corporeo od obesità.

In Italia ci sono 2,5-3 milioni di diabetici, dei quali lo 0,5-1 per cento non sa di esserlo. Questo dato è in costante aumento, sia per l'allungamento della vita media (ed il diabete tipo II è più frequente negli anziani), ma soprattutto per il progressivo graduale sovrappeso della popolazione.

Chi è stato negli Stati Uniti in anni recenti, si dovrebbe essere reso conto che il numero di persone obese è impressionante. In Italia, soprattutto i giovani, hanno adottato stili di vita "americani": frequente assunzione di merendine durante il giorno e di bevande dolci e gassate in lattina, poca attività fisica, tutti elementi che li mettono a rischio di obesità e di esaurimento delle riserve di insulina.

Il problema è serio, in quanto il diabete, così come l'ipertensione arteriosa, è un killer silenzioso. Spesso non arreca sintomi evidenti, ma l'innalzamento dei livelli glicemici con il tempo, determina danni gravi alle ar-

terie (dalle coronarie del cuore, alle arterie delle gambe), ai nervi, ai capillari del rene e dell'occhio, producendo rispettivamente perdita di proteine nelle urine (proteinuria) e danni alla retina, con il rischio di diventare ciechi. Per quanto riguarda il rene, una volta comparsa proteinuria elevata, e di solito ciò avviene dopo 10-20 anni di diabete, il rischio di andare incontro ad insufficienza renale

totale, e quindi di dover ricorrere alla dialisi, è elevato: 7 od 8 anni è il tempo medio necessario, perché questo evento succeda.

In Italia il 18 per cento dei pazienti in trattamento dialitico, è infatti affetto da diabete. Siamo ancora lontani dalle cifre allarmanti degli USA, dove il 48% dei pazienti che iniziano la dialisi è diabetico, ma, se come generalmente avviene, quello che succede negli USA dopo qualche anno avviene anche da noi, la situazione è molto preoccupante.

A questo punto sorge spontanea una domanda: si può fare qualcosa? Idealmente non ingrassare e fare esercizio fisico è la più logica soluzione al problema, anche se talvolta questo non basta! Di fatto, poiché dimagrire e mantenere un peso "normale", così come non fumare, è facile a dirsi ma difficile a farsi, bisogna agire in modo tale che il diabete, se presente, arrechi il danno minore. È quindi necessario che le persone affette, o a rischio di



diventarlo, controllino con cura la glicemia, la pressione arteriosa (target ottimale: 130/80 mmHg), usino medicinali contro la "chiusura" delle arterie (farmaci contro il colesterolo e per "fluidificare" il sangue). Esistono attualmente anche dei nuovi farmaci che si sono dimostrati in grado di ridurre la proteinuria e di rallentare il peggioramento dell'insufficienza renale, altri ancora sono in fase di sperimentazione e si stanno dimostrando molto promettenti.

Una bella sfida nei prossimi anni per gli operatori sanitari e per la società nel suo insieme. Ma ce la possiamo fare!

* Dr. Maurizio Mazzon Medico presso la S.C. di Nefrologia-Dialisi di Trento

Come vivere al meglio l'esperienza della dialisi

Una consapevole gestione della propria malattia

di Maria Elena Tovazzi*

L'emodialisi ha ottenuto un ampio consenso come terapia dell'insufficienza renale cronica, tuttavia molteplici sono i cambiamenti, e gli adattamenti, che il paziente deve affrontare durante il trattamento: restrizioni dietetiche, limitazione nell'introito di liquidi, adesione costante alla terapia farmacologica.

La mancata aderenza ai regimi terapeutici è un problema molto frequente in dialisi: si stima che interessi circa il 50% della popolazione emodializzata, con conseguente diminuzione dell'efficacia del trattamento, aumento della morbilità e della mortalità.

Negli ultimi decenni numerosi studi hanno voluto approfondire le cause di questo fenomeno, per individuarne le possibili soluzioni.

Benché alcuni autori abbiano messo in evidenza l'importanza di considerare i fattori socio demografici, per pianificare interventi di aumento della *compliance* alla terapia, altri ritengono sia molto più importante puntare sui fattori di tipo psicosociale, in quanto potenzialmente modificabili.

Negli studi sulla salute, la percezione del controllo è uno dei processi psicologici più importanti; oltre ad avere un'influenza nella gestione dello stress, ha efficacia anche nell'adozione di comportamenti sani.

Variabili cognitive come il *locus of control* e l'autoefficacia sembrano essere implicate sia nel mantenimento dell'aderenza, che nell'insorgenza di depressione nel paziente in dialisi.

Secondo la teoria dell'apprendimento sociale di Rotter, le persone con un *locus of control* di tipo interno credono che i loro comportamenti influiranno

sul loro stato di salute, quelle con un *locus of control* esterno ritengono che gli esiti sul loro stato dipendano maggiormente dall'azione di altre persone, dal fato o dalla fortuna. Questi ultimi percepiscono gli eventi come imprevedibili, dipendono dagli altri, perdono la motivazione di fronte ad ostacoli e difficoltà.

Al contrario, le persone con *locus of control* interno, sono alla ricerca attiva di strumenti e conoscenze, che permettono loro di affrontare le situazioni e i problemi, credono nei loro potenziali e si attivano per aumentarli e svilupparli.

Alcuni studi hanno trovato una relazione significativa tra *locus of control* esterno e sofferenze di tipo psicologico; il *locus of control* interno, invece, sembra associato a un positivo adattamento psicologico.

Alcuni studi hanno trovato che le persone che provengono da culture di tipo collettivista, come i cinesi o i giapponesi, tendono ad essere più orientati verso gli altri e tendono perciò ad assumere un *locus of control* esterno, rispetto alle culture di tipo individualista come quella americana.

Anche il concetto di autoefficacia è stato associato alla capacità di adattamento in molte malattie croniche.

Secondo Bandura, il senso di autoefficacia personale esercita effetti importanti sul benessere individuale, sia perché esso consente al soggetto di reagire ad eventi stressanti, sia perché lo aiuta a modificare comportamenti nocivi alla salute. Tale concetto fa riferimento alla fiducia delle persone nelle loro abilità di mettere in atto, in varie situazioni, comportamenti desiderati.

È stato dimostrato come un basso livello di autoefficacia sia associato a sofferenze di tipo psichico e compor-

tamenti disfunzionali, in pazienti con malattie croniche, come pure disadattamento nelle persone anziane.

Uno studio di Tsai S.L. ha messo in evidenza come interventi educativi, condivisione di esperienze e gestione dello stress, possano avere effetti positivi sull'aderenza del paziente emodializzato all'introito di liquidi.

A differenza dell'autoefficacia, il *locus of control* non sembra influenzare in maniera diretta l'aderenza del paziente al trattamento; è stato visto però che quest'ultimo può influenzare la percezione delle persone riguardo il supporto sociale.

Il supporto sociale è una componente fondamentale per promuovere l'aderenza del paziente al trattamento; esso sembra infatti avere influenza sia sull'adattamento psicologico nei pazienti in dialisi, che sui livelli di depressione.

È stato rilevato che l'associazione tra supporto sociale e benessere psichico viene influenzata anche dalle disposizioni della personalità. Sembra che i diversi tipi di *locus* influenzino il modo in cui i pazienti emodializzati percepiscono il supporto sociale: le persone con *locus interno* percepiscono un più alto grado di supporto sociale delle persone con *locus esterno*.

È stato rilevato anche che l'associazione tra supporto sociale e benessere psichico è più forte negli individui con *locus esterno*.

Uno studio di Gencoz T. rivelò che se le persone con *locus esterno* si trovano di fronte ad eventi negativi, e non hanno supporto sociale, sviluppano disordini mentali come la depressione, al contrario di quelle con *locus interno*, che non manifestano lo stesso comportamento.

Secondo Sarason e Pierce il supporto percepito dipende dal tipo di perso-

Bibliografia consultata

- Tsai S.-L., Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease, *Journal of Advanced Nursing*, Marzo 2003, 43(4), 370-375.
- Gençoz T., Astan G., Social support, locus of control and depressive symptoms in hemodialysis patients, *Scandinavian Journal of Psychology*, 2006, 47, 203-208.
- Sarason I. G., Sarason B. R., Pierce G.R., Social support: the search for theory, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1990, 9, 133-147.

nalità dell'individuo; lo stesso livello di supporto può essere percepito in maniera diversa dalle persone, con forte impatto sull'adattamento.

Per alcune persone il benessere psicologico può essere condizionato dalla soddisfazione per il supporto ricevuto, per altre è sufficiente la percezione che questo supporto esiste.

Per le persone che hanno un maggior controllo sugli eventi (*locus interno*) il fattore critico è che vi siano persone disponibili, in caso di bisogno, mentre per altre, a cui questo controllo manca, non è sufficiente sapere che gli altri saranno disponibili.

Dal momento che la depressione ha un'alta incidenza in dialisi, ed è stato dimostrato che essa è un fattore chiave per l'aderenza del paziente al trattamento, il supporto sociale è utile per migliorare il benessere psicologico di questi pazienti.

Uno studio di Baidogan ha messo in evidenza che anche la data di inizio della dialisi aveva una relazione positiva con il livello di depressione e che il *locus esterno* era un predittore significativo di quest'ultima.

È possibile quindi che gli emodializzati, con il progredire della malattia, inizino a credere che questa non dipenda da loro, ma da fattori esterni.

Christensen esaminò l'influenza delle credenze di controllo sulla depressione, trovando che la credenza che la salute è controllabile si associa con un minore livello di depressione, ma so-

lo nei pazienti che non sperimentano episodi di rigetto dopo il trapianto.

Secondo Rotter i pazienti possono considerare la loro situazione meno controllabile, dopo che hanno sperimentato un rigetto da trapianto, assumendo così un *locus esterno*.

Nei pazienti in cui la malattia va incontro a una rapida progressione potrebbe quindi essere utile attuare interventi mirati ad aumentare il senso di controllo del paziente.

La mancata aderenza del paziente emodializzato ai trattamenti terapeutici non deve essere comunque attribuita solo a variabili di tipo soggettivo; questo problema è anche in parte attribuibile alle modalità con cui viene gestita la malattia al suo esordio.

Dati internazionali confermano che tra il 25 e il 50% dei pazienti è inviata troppo tardi al trattamento dialitico.

Ne consegue che essi accedono al trattamento in maniera acuta, senza un precedente periodo di preparazione ed educazione, senza aver avuto la possibilità di optare tra le varie metodiche dialitiche esistenti.

Solitamente chi accede al trattamento emodialitico in modo acuto tende a rimanervi; creando così una relazione di assoluta dipendenza con lo staff medico-infermieristico.

Diversa invece è la presa in carico del paziente inviato precocemente alla nefrologia; questo viene seguito ambulatorialmente da un team di cura (medico, infermiere, dietista e psicologo), che lo sottopone ad un programma di accompagnamento e di educazione continua.

È stato visto che la capacità di adattamento ai cambiamenti, che malattia e la dialisi impongono, dipende dal percorso che viene offerto al paziente in termini di conoscenza, educazione, responsabilità ed accettazione della nuova situazione. Molti studi dimostrano che i risultati sulla salute migliorano, quando gli individui sono coinvolti in prima persona nella gestione della loro malattia cronica.

I pazienti in dialisi domiciliare, infatti, proprio per la natura autonoma del trattamento, oltre ad avere una migliore qualità di vita, mostrano di avere più alti livelli di autoefficacia e un maggior *locus interno*.

Sarebbe importante quindi che gli operatori sanitari, nella gestione della malattia cronica renale, prendessero in considerazione i diversi tipi di *locus* dei pazienti e individuassero i soggetti più propensi all'autocura.

Anche se l'emodialisi offre pochi spazi di gestione autonoma, rispetto alla dialisi peritoneale, il paziente dovrebbe comunque essere coinvolto ed educato, ad esempio nella preparazione degli apparecchi di dialisi, nella autopuntura della fistola, nel controllo della dieta e dell'introito di liquidi.

Nell'educazione all'autocura vanno considerati due aspetti fondamentali: ogni paziente affetto da malattia cronica ha un tempo psicologico, ossia una fase temporale, che gli consente di arrivare ad una maturazione per poter accettare i cambiamenti avvenuti nella sua vita e ha un tempo pedagogico variabile, per cui è necessario considerare che esistono differenze individuali, nella capacità di apprendimento.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'aderenza alle terapie è fortemente condizionata dall'immagine o dalla rappresentazione che il paziente ha della sua malattia e del suo trattamento, dalle sue aspettative sui risultati, dalle sue credenze in materia di salute.

Per avere una buona *compliance* è fondamentale che il paziente accetti la malattia: se il paziente nega l'esistenza di quest'ultima non accetterà mai nessuna terapia.

Abbiamo visto sopra come la depressione possa influire sul mantenimento dell'aderenza; tuttavia, non sempre è facile riconoscerla in questo tipo di paziente poiché i segni di depressione si confondono spesso con quelli dell'uremia.

È importante quindi che gli operatori sanitari prendano in considerazione le diverse disposizioni di personalità e il modificarsi del tipo di *locus* con la progressione della malattia.

Il supporto sociale, inoltre, è fondamentale sia per un adattamento alla dialisi a lungo termine, sia perché, assieme ad altri fattori, contribuisce a migliorare la depressione.

* Maria Elena Tovazzi I.P. Centro dialisi Rovereto

Dal Trentino il massimo riconoscimento al grande chirurgo tirolese

Raimund Margreiter: un primatista della trapiantologia

di Gianni Toninato

La sala messa a disposizione nell'ottocentesco Palazzo della Provincia, il 2 ottobre scorso, per la consegna dell'"Aquila di San Venceslao" al prof. Raimund Margreiter, era obiettivamente incapace di contenere quanti volevano vedere, ascoltare, ringraziare uno dei più noti trapiantologi europei.

Il fatto è che, al di là della *lectio magistralis*, già di per sé così carica di dati storici e più ancora emblematica dell'alta frontiera medico-chirurgica, raggiunta dal grande chirurgo di Innsbruck, ciò che attirava era il sentimento riconoscente dei tanti trentini, che dalle sue mani, dal suo intuito, dalla sua eccezionale abilità professionale, erano ritornati dal capoluogo tirolese rinnovati nelle più essenziali funzioni biologiche: con un nuovo rene, che li liberava dalla schiavitù della dialisi; con un nuovo fegato e con un nuovo pancreas che consentiva loro di rivivere il sapore della normalità.

Alla presenza dei massimi esponenti delle Istituzioni Provinciali, dal presidente Lorenzo Dellai, all'assessore alle politiche sanitarie Ugo Rossi, ai medici responsabili degli Ambulatori Trapianti, ai dirigenti del settore, ai molti trapiantati, ai familiari, a rappresentanti delle varie Associazioni di volontariato, sono stati esposti numeri, grafici, immagini così scioccanti che sembravano riferirsi a un universo più fantasioso che reale.

Già nella sua breve presentazione, la dott.ssa Cristina Andreotti si è soffermata a tratteggiare la figura di Margreiter, ricorrendo più ai dati che ne supportavano l'incredibile attività chirurgica, piuttosto che a generiche,



anche se meritate, espressioni di stima nei suoi confronti.

Ovviamente il filone di maggior interesse, anche per il pubblico presente, è stato quello che toccava la realtà trentina: i contatti fra il nostro Ambulatorio Trapianti e il Centro Trapianti del Policlinico Universitario di Innsbruck presieduto da Margreiter a partire dal 1981, il numero di nostri concittadini trapiantati da lui e dalla sua équipe, la graduale diminuzione del fenomeno "rigetto" e il progressivo innalzamento dell'indice di sopravvivenza dei trapiantati di rene, di fegato, di pancreas.

Rimanendo nell'ambito trentino, si è passati dalla prima paziente da lui trapiantata di rene nel 1978, ad un totale odierno di 168 trapianti renali, 12 trapianti combinati rene-pancreas, 78 di fegato, 8 combinati rene-fegato, 2 trapianti di insule pancreatiche, 1 intestino.

Appare fin troppo evidente, a chi si sofferma solo un attimo su questi dati, come lo sfondo su cui essi vengono proiettati nasconda un mondo di attese, di apprensioni, di sollievi.

La nostra Associazione, che opera accanto a molte di queste persone, ne rileva quotidianamente i sentimenti di gratitudine nei confronti di un uomo, che espone il riassunto di una vita eccezionale con la semplicità e la naturalezza dei grandi. Sembra che rientri nell'alveo di un naturale, quotidiano operare quella imponente massa di interventi da lui condotti ai limiti delle possibilità scientifiche.

Margreiter illustra così la mappa complessiva dei trapianti da lui realizzati, nei suoi 35 anni di attività chirurgica:

- più di 3.000 reni,
- più di 1.000 fegati,
- 324 cuori,
- 167 polmoni,
- 487 pancreas.

Solo per inciso, vale la pena ricordare che nel marzo del 2000 è stato poi da lui effettuato anche un trapianto di mani, che è risultato il secondo intervento ricostruttivo al mondo.

Si può dire davvero che, agli albori della trapiantologia europea, Margreiter si sia subito posizionato come sentinella avanzata.

Il suo è stato, nel 1983, il primo trapianto di cuore in Austria, e il suo primo trapianto combinato di rene e fegato, primo in Europa, risale allo stesso anno. Ancor prima, e cioè nel 1979, effettua il primo trapianto di pancreas, quando in tutto il mondo se n'erano registrati solo una quindicina. E, per completare il quadro, eccolo, nel 2003, primo nel mondo, a realizzare un trapianto bilaterale di avambraccio.

Dall'analisi di questi dati e, ovviamente a posteriori, è fin troppo evidente con quale lungimiranza il nostro indimenticato dott. Torelli, primario dell'allora nascente Nefrologia trentina, assieme ai suoi primi collaboratori Alberto Valli, Antonio Niccolini, Cristina Andreotti e il dott. Silvio Belli, abbia avviato, nel 1978, con l'allora poco più che trentenne Margreiter quel fortunato percorso di collaborazione fra Trento e la Clinica Universitaria di Innsbruck, avallato da una convenzione, protrattasi nel corso degli anni, anche grazie al dott. Carlo Rovati, e recentemente rinnovata.

Oggi che il chirurgo depone il bisturi perchè l'età glielo consiglia, l'uomo Margreiter riceve l'applauso da tutti coloro che hanno beneficiato della sua passione e della sua non comune perizia medico-chirurgica.

L'impressione che, a conclusione del suo intervento, aleggia in tutti i presenti, è quella di trovarsi veramente di fronte un uomo nel cui DNA dovevano risultare ben marcate le coordinate di un grande.

È apparso logico quindi che il Presidente della Provincia Trentina e l'Assessore alle Politiche Sanitarie del Trentino abbiano rinnovato l'auspicio che, su intervento dello stesso Margreiter, si possano proseguire anche in futuro i contatti e la collaborazione ormai consolidati con l'équipe medico-chirurgica da lui guidata per tanti anni.

E ciò, anche nell'ottica di non disperdere l'imponente massa di esperienze e di valori che sono l'eredità e il vanto di un uomo tanto prestigioso e prezioso a livello internazionale.

L'"Aquila di San Venceslao" è forse il riconoscimento più emblematico per un uomo, il cui destino professionale l'ha sempre portato a volare alto.

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.

L'Aquila di S. Venceslao 2009 è volata ad Innsbruck

L'affetto dei trentini per il grande chirurgo

di Paolo Cavagnoli

Venerdì 2 ottobre, con una solenne cerimonia, il professor Raimund Margreiter è stato insignito dal Presidente della Provincia Autonoma Lorenzo Dellai, della massima onorificenza trentina: l'Aquila di S. Venceslao. L'onorificenza viene assegnata a personaggi che hanno dato alla nostra terra un qualificato contributo scientifico, culturale e di testimonianza, oltre che di legame alla gente trentina.

Certamente il professor Margreiter ha tutti i titoli per essere inserito nell'albo d'oro dei destinatari del prestigioso riconoscimento.

Su questa rivista specialistica, la cronaca dell'opera del grande chirurgo austriaco può essere fatta in sintesi perché, scorrendo il suo curriculum, si rimane meravigliati di quanto fatto da questo scienziato della medicina. Il professore è nato ad Innsbruck il 16 maggio 1941 e nella università tirolese si è laureato e specializzato in chirurgia.

Dopo anni di gavetta, nel 1981 è diventato Direttore della Chirurgia dei Trapianti. Il dottor Dante Torelli, emérito primo direttore della Nefrologia di Trento, entrò in contatto, lui milanese, con Innsbruck e, nel 1978, il primo trentino ricevette un rene d'oltralpe. Questo trapianto avvenne a solo quattro anni dal primo intervento nella trasplan station della Clinica Universitaria.

L'occasione del conferimento dell'Aquila di S. Venceslao, copia del documento originale donato alla città di Trento nel lontano 1300 dai regnanti praguesi come riconoscimento del suo ruolo storico e geografico,

è stato il collocamento a riposo per età, dell'illustre personaggio, noto a livello internazionale come maestro e pioniere nel campo dei trapianti. Un salvavita per i malati di sette organi vitali, come fegato, cuore, intestino, pancreas, reni, stomaco, polmoni e sistema linfatico.



Il professor Raimund Margreiter viene insignito dal Presidente della Provincia Autonoma Lorenzo Dellai, dell'Aquila di S. Venceslao.

Una grande speranza per i dializzati che possono, con il trapianto, riprendere una vita normale.

Tanti sono i nostri conterranei che ad

Innsbruck sono stati trapiantati in questi anni e sinteticamente ricordiamo i numeri dei principali interventi: rene - 169, fegato - 80, mentre per: cuore, pancreas, intestino, i numeri sono naturalmente più ridotti. Consistente il numero della sostituzione di più organi nella stessa persona.

Vogliamo ricordare che alla cerimonia, tenutasi nel Palazzo della Provincia di Trento, erano presenti la dottoressa Claudia Boesmuller ed il dottor Christian Margreiter.

L'applauso, che ha salutato la "registra" della Clinica Universitaria di Innsbruck, è stato significativo, come dimostrazione di stima e di affetto dei trapiantati trentini, presenti numerosi.

Sia l'Assessore alla Sanità Ugo Rossi, che il Presidente Lorenzo Dellai, nei loro interventi hanno sottolineato il livello del personaggio, impegnando l'Istituzione Autonomista a valorizzare e concretizzare la convenzione con il Centro Trapianti d'oltralpe.

I contributi dei responsabili degli ambulatori trapianti dell'Ospedale S. Chiara, dottoressa Andreotti per il rene ed il dottor Avancini per il fegato, hanno, con dati alla mano, dimostrato la bella collaborazione che viene tenuta con la Clinica Universitaria di Innsbruck.

In un clima di emozione sentita, è stata seguita la *lectio magistralis* del professor Margreiter. Gli applausi ad ovazione dei presenti, molti commossi, hanno concluso l'incontro con un uomo che, oltre ad essere un campione nella sua professione, abbiamo scoperto essere un campione nello sport estremo, avendo conquistato una vetta sull'Everest, percorso i canali più pericolosi dell'America e dell'Africa in canoa, e foreste sperdute a dorso di elefante, vivendo esperienze da pioniere.

Del professor Raimund Margreiter questo, a nostro giudizio, è il lato umano, che egli ha espresso anche nel suo commento alla giornata: "Si vede che i pazienti trentini sono guidati e seguiti. Essi sono i pazienti che tutti ricordano, con simpatia, ed oggi ci hanno dimostrato non solo un ringraziamento, ma anche vero affetto".

Indicazioni e suggerimenti per un "buon" dializzato

La dieta nel paziente in trattamento sostitutivo

di Claudio Tognoli*

La dieta nell'uremico cronico in trattamento dialitico costituisce uno dei fattori essenziali per il suo benessere, completando e correggendo gli effetti della dialisi. Al paziente si può genericamente consigliare di mangiare molto, bere pochi liquidi, dimenticarsi la frutta ricca di potassio.

Avrei già esaurito il mio breve intervento, se non fosse che questo regime alimentare, nella pratica quotidiana, non è certo di facile attuazione.

Infatti nel periodo pre-dialitico la maggior parte dei pazienti è abituata ad uno schema dietetico rigido: la dieta elaborata dalla dietista prevede alimenti a ridotto contenuto di proteine, da comperare in farmacia, la pesatura del cibo pre-cottura, spesso la cottura differenziata rispetto agli altri componenti del nucleo familiare.

Iniziata la dialisi, i pazienti si trovano a dover modificare profondamente il loro approccio dietetico, perché viene liberalizzata l'assunzione di proteine e quindi, specie le persone più anziane, possono essere restie a variare le loro abitudini.

Il personale sanitario (medici, infermieri, dietisti) deve accompagnare tale cambiamento, fornendo spiegazioni chiare, convincenti e ripetute.

È opportuno ricordare che, mentre i reni sani funzionano selettivamente e in continuo, il rene artificiale non è selettivo e lavora solo 4-5 ore, tre volte la settimana. Ne consegue che una corretta alimentazione deve ridurre il più possibile gli spostamenti dalla linea di equilibrio di sostanze come l'acqua, il potassio ed il fosforo.

Inoltre, per quanto riguarda l'apporto proteico consigliato, questo è di 1,2



g/kg/die; tale valore è superiore al fabbisogno medio dell'uomo adulto sano (1,0 g/Kg/die), in quanto serve a reintegrare le perdite subite dall'uremico nel periodo che ha preceduto l'inizio della dialisi, oltre a quelle che si protraggono durante il trattamento dialitico. Infatti, a causa di tale terapia, da una parte c'è una perdita di aminoacidi attraverso il filtro di dialisi, dall'altra lo stesso trattamento dialitico può stimolare processi infiammatori, con conseguente aumento della degradazione delle proteine.

Un altro aspetto importante, per il paziente in dialisi, è quello dell'apporto calorico consigliato, che è di almeno 30-35 Kcal/Kg/die, per controbilanciare gli stress legati alla dialisi.

Raggiungere questi apporti di proteine e calorie consigliati non è facile. Pur essendo dimostrato che la progressiva depurazione dell'intossicazione uremica, permessa dalla dialisi, aiuta a correggere l'inappetenza tipica dell'ultimo periodo di terapia conservativa, non dobbiamo dimenticare che il giorno di dialisi spesso il paziente mangia meno, sia a causa dei tempi prolungati del trasporto casa/ospedale, che per la debolezza post-dialisi. Inoltre, la stessa politerapia farmacologica (chelanti del fosforo, terapia marziale, etc...) può facilitare l'insorgenza di anoressia e disturbi gastrointestinali.

Nei pazienti anziani, infine, non van-

no trascurati fattori socio-economici: spesso sono persone che vivono da sole, con stato depressivo latente, con un cattivo stato dentale e con limitazioni anche nella capacità di approvvigionamento del cibo.

Un altro problema, molto sentito dai pazienti, riguarda l'apporto idrico consigliato (questo nei pazienti che non urinano più) che è di mezzo litro di liquidi al dì. A tal fine si consiglia di procurarsi una bottiglia graduata, per valutare meglio la quantità giornaliera. Il non poter bere liberamente, come le persone sane, costituisce una delle sofferenze maggiori per il paziente in emodialisi, anche perché si



associa ad un' aumentata sensazione di sete legata allo stato uremico.

I pazienti cercano di alleviare la sete assumendo spicchi di arance o limoni freschi da frigorifero, o cubetti di ghiaccio. Taluni, in caso di libagioni eccessive, sono soliti assumere un purgante, specie nel periodo interdialitico lungo, perché il letto-bilancia non perdona! Ma il personale medico ed infermieristico non può esimersi dal mettere in guardia i pazienti da un'assunzione smodata di liquidi, che può causare conseguenze cliniche se-

Bibliografia

- Dietetica nelle malattie renali: Maria G. Gentile; Luisa Ferrario. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Lo stato nutrizionale nel paziente in dialisi: Giuliano Brunori; Alessandra Pola. Accademia nazionale di Medicina.
- Nutrizione in Dialisi: Antonio Costa. Lezioni agli Infermieri 2003.

vere: dall' ipertensione arteriosa, all' edema polmonare, oltre a rendere necessaria una disidratazione eccessiva durante la seduta dialitica, con i rischi connessi.

Infine il potassio: a tutti i pazienti che iniziano il trattamento sostitutivo vengono consegnate delle tabelle con l'indicazione dei cibi ricchi di potassio. Sono ben noti i disturbi del ritmo cardiaco legati all' iperpotassemia, che possono portare fino all' arresto cardiaco.

Il medico consiglierà di cambiare l'acqua di cottura delle verdure, e di dimenticarsi la frutta ricca di potassio (come banane, uva, ciliegie, etc.), ma se il paziente risponde: "G'ho l'alber nel prà", sarà opportuno, oltre alle raccomandazioni sopra riportate, prescrivere anche le resine che eliminano il potassio!

Leggermente differente è l'approccio dietetico per chi ha indicazione al trattamento di dialisi peritoneale. Le prescrizioni dietetiche consentono (ed è molto gradito), un introito di liquidi maggiore, perché in questi pazienti la diuresi si conserva a lungo nel tempo, mentre l' apporto calorico consigliato è leggermente inferiore, in considerazione del fatto che vi è un assorbimento del glucosio instillato nel peritoneo, con le sacche di dialisi.

Nei pazienti in cui l'apporto proteico ed energetico non raggiunge i valori consigliati, si instaura uno stato di malnutrizione proteico-calorica, che nei primi stadi può risultare a lungo misconosciuta.

È importante quindi una periodica valutazione dello stato nutrizionale nei pazienti in trattamento sostitutivo.

Ma questa è un'altra storia, che affronterò in un secondo breve articolo, scusandomi con gli esperti per le semplificazioni di questa prima parte, necessarie ad una divulgazione non strettamente scientifica.

* Dr. Claudio Tognoli Medico presso Struttura Complessa di Nefrologia Osp. S. Chiara

La parola all'andrologo



Un problema maschile

di Andrea Scardigli*

La difficoltà, o talvolta la impossibilità, a controllare il proprio riflesso eiaculatorio è un disturbo che affligge molto comunemente la sessualità maschile, peraltro difficile da quantificare, dato che solo il 9% dei soggetti che ne è affetto decide di rivolgersi al medico.

Non è infatti infrequente che i soggetti affetti da questa disfunzione se ne sentano talmente imbarazzati, e incapaci di porvi rimedio, da allontanarsi dall'attività sessuale, fonte ormai più di ansia che di piacere, giungendo talvolta a rotture di coppia, e vergognandosene talmente tanto da non richiedere aiuto, chiudendosi in vere e proprie sindromi depressive.

Le cause di tale problema sono a volte di difficile individuazione: la forma chiamata primitiva o "life long", pare dipendere da un'ipe-reccitabilità del sistema nervoso autonomo; si tratta spesso di soggetti ipersensibili, facilmente irritabili, che sobbalzano per stimoli di scarsa entità. Esiste poi la forma secondaria, legata a infezioni dell'apparato urogenitale maschile, anomalie o malattie del prepuzio penieno (fimosi o brevità del frenulo), oppure a disfunzione erettiva, problematica che frequentemente affligge il paziente nefropatico il quale, inconsciamente, tende a "concludere" il rapporto troppo rapidamente.

Naturalmente il problema è più frequente nei giovani, che non conoscono ancora bene la propria sessualità, o nelle persone che tendono ad avere un'attività sessuale sporadica, magari con partners occasionali, ma non è raro che venga

riportato da persone più mature, talvolta sposate e con figli. Le cure erano un tempo terreno prediletto dei sessuologi: famose al proposito sono le ricerche di Masters e Johnson dei primi anni '60 e le tecniche terapeutiche proposte negli anni '70 da Helen Kaplan, che insegnavano alle coppie degli esercizi particolari per cercare di ritardare l'eiaculazione, ora praticamente abbandonate per la difficile esecuzione nel corso del rapporto sessuale e per la loro potenziale pericolosità. Altre cure proposte erano le terapie comportamentali, inducendo le coppie a praticare un diverso tipo di sessualità, o alcune peculiari tecniche di yoga "tantrico".

Attualmente, quando la visita urologica o meglio ancora andrologica, abbia permesso di escludere cause secondarie, che richiederanno volta per volta l'adatta cura, la terapia consiste di farmaci, come la "dapoxetina" di recentissima introduzione in commercio, che hanno una durata di azione di circa tre ore.

Naturalmente, quando il problema abbia assunto la dimensione di un vero e proprio disagio sessuale, sarà sempre utile la consulenza del sessuologo, che potrà individuare le eventuali motivazioni profonde del problema e, possibilmente, aiutare a rimuoverle.

Così le "lepri" si potranno trasformare in "tartarughe".

* Andrea Scardigli Andrologo presso S.C. di Urologia dell'O. S. Chiara di Trento



Nel reparto dialisi dell'Ospedale S. Chiara di Trento

Un delicato passaggio di consegne

di Gianni Toninato

Ottobre ha segnato il punto di arrivo della quinquennale esperienza di Alessandro Fratton come caposala del reparto Dialisi di Trento. Ora il suo impegno professionale lo vedrà operare in altro ospedale trentino.

Si lascia alle spalle cinque anni di caposala in un reparto che, nell'apparente semplicità dei quotidiani interventi terapeutici, nasconde insospettabili complessità.

È vero che i dializzati te li ritrovi davanti, a giorni alterni, per mesi e per anni, con inesorabile puntualità e finisci col conoscerne personalità, problemi, aspettative, insofferenze,

paure. Ma l'intrecciarsi delle loro emozioni, l'apparire improvviso di sintomatologie inaspettate, il variare di indici e valori delle frequenti analisi, non sempre prontamente decifrabili, fanno della giornata di un infermiere e, a maggior ragione, di un caposala e di un medico, una sfida continua al proprio equilibrio psicologico, alle proprie capacità di intuizione, al livello di professionalità nell'elaborare risposte e soluzioni ai problemi che si susseguono.

Ma a lui compete anche la predisposizione della turnistica per gli infermieri, l'ovvia esigenza di confrontarsi con loro nella gestione del

servizio, il dovere di un raccordo costruttivo con il personale medico, la preoccupazione di mantenere alta la qualità del servizio e la sicurezza degli utenti.

Ho voluto cogliere dalla sua voce alcune sensazioni e qualche spunto, che servisse a inquadrare aspetti positivi raggiunti e lati problematici lasciati in eredità, a chi gli subentra nel suo ruolo e cioè a Lucia Podetti.

Tra i primi, Alessandro elenca l'impegno nel valorizzare le competenze professionali dei singoli infermieri, nel consolidare i gruppi di lavoro che si occupano dell'accesso vascolare, nel predisporre l'accoglienza dei nuovi pazienti in dialisi, nel curare l'affiancamento agli infermieri neoassunti. E non ultimo, l'aver portato avanti una serie di attività indispensabili per l'accreditamento Joint Commission International.

Da affrontare in maniera più efficace invece i rapporti con i centri dialisi periferici, mettendo in rete con adeguata sistematicità le esperienze maturate, le modalità operative, le problematiche comuni.

Un piccolo rimpianto: non aver potuto prestare, se non saltuariamente, l'assistenza diretta ai pazienti, a causa dei tanti aspetti organizzativi da seguire.

Ora Lucia, la nuova caposala, seppure chiamata a un servizio per lei nuovo, può comunque contare sulle sue esperienze professionali condotte in urologia, al Pronto Soccorso, e anche nella preparazione infermieristica riconosciuta dal Master effettuato nel 2004, per il conseguimento delle competenze a coordinare l'assistenza infermieristica.

Il primo impatto le ha offerto sensazioni lusinghiere, soprattutto per la riscontrata disponibilità del personale ad una collaborazione seria ed efficace.

Da parte della nostra Associazione un augurio, che riteniamo da tutti condiviso: che il suo lavoro possa farle raggiungere i più alti livelli di soddisfazione, perché significherebbe che tutti gli amici dializzati di Trento ne avrebbero certamente benefiche ricadute.

Buone pratiche e novità presso la Nefrologia di Trento

Approccio multidisciplinare al paziente dializzato

di Andrea Bandera*

Un buon accesso vascolare nel paziente emodializzato è condizione indispensabile per eseguire delle buone sedute emodialitiche. Inoltre, se il paziente sarà ben dializzato, andrà incontro a meno complicanze ed avrà una migliore qualità della vita.

La fistola artero-venosa (FAV), in termini semplici, è la comunicazione tra un'arteria e una vena. Nel caso di un dializzato, tale comunicazione viene eseguita chirurgicamente, tra una arteria ed una vena del braccio. In questo modo noi abbiamo a disposizione un vaso venoso, che potrà essere punto ripetutamente, per effettuare la dialisi. I primi interventi di allestimento di FAV vennero eseguiti nel 1966, e rimangono ancora l'accesso dialitico ideale. I due medici che la realizzarono per primi, e che passarono alla storia, furono Cimino e Brescia di New-York. Essi effettuarono tale intervento creando una anastomosi tra la vena cefalica e l'arteria radiale, a livello del polso. Oggi le tipologie di intervento sono molte diversificate: si eseguono fistole con vasi nativi in diverse sedi degli arti superiori, oppure vengono inserite protesi vascolari. Questi interventi vengono eseguiti da specialisti differenti. In America sono quasi esclusivamente i chirurghi vascolari ad operare, al contrario, nel

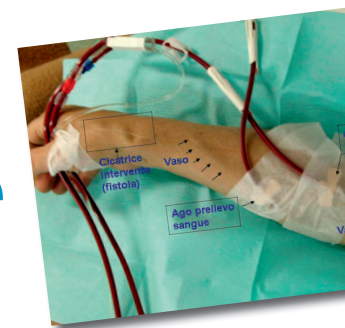
panorama nazionale le realtà appaiono piuttosto diversificate: prevalentemente gli esecutori sono i nefrologi, ma in molti Centri sono invece i chirurghi vascolari o i chirurghi generali.

Se guardiamo quello che succede in casa nostra, nella Nefrologia di Trento, c'è una lunga e positiva tradizione di allestimento degli accessi vascolari, effettuati direttamente dai nefrologi.

L'attività dialitica a Trento è iniziata nel lontano 1973, come servizio aggregato all'Urologia, il reparto di Nefrologia e Dialisi è invece stato attivato nel 1975, sotto la guida del dott. Torelli. L'attività di chirurgia dell'accesso vascolare, lo ricordo, è stata intrapresa e portata avanti dal dottor Carmelo Lodico dal 1975 al 2002, anno in cui ha lasciato il nosocomio trentino. Io mi sono affiancato a lui nell'attività della sala operatoria, nel corso degli ultimi anni della sua esperienza trentina. A lui va il merito di avermi fatto scoprire i rudimenti e i segreti di questa difficile ma affascinante disciplina: la chirurgia vascolare, che a noi medici internisti può apparire così lontana. Un notevole

impulso all'attività dell'accesso vascolare si è verificato nel 2000 quando, grazie anche allo sforzo e alla determinazione della nostra capo sala Nadia Pergher, siamo riusciti ad allestire un ambulatorio chirurgico in Nefrologia, presso il quale svolgere tutta la nostra attività interventistica, sia quella programmata, che quella in urgenza. Nel marzo del 2008, proveniente dall'importante Nefrologia di Brescia, è arrivato presso la Nefrologia di Trento il nuovo Direttore: il dottor Giuliano Brunori. Tra le molteplici attività, quella della chirurgia dell'accesso vascolare è stata sempre uno dei suoi cavalli di battaglia. Inoltre, grazie alla sua esperienza nella dialisi peritoneale, ha dato un notevole impulso proprio in questo campo, ed ora siamo autonomi anche nella preparazione ed inserimento del catetere peritoneale, necessario per questo modello dialitico.

Attualmente nella Nefrologia di Trento, oltre a di risolvere ogni eventuale complicanza, siamo in grado di affrontare tutte le varie necessità dei pazienti riguardanti l'accesso dialitico: realizza-



Attività chirurgica	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (primi 6 mesi)
Fav vasi nativi	82	52	62	52	50	61	57	34
Cvc temporanei	57	91	54	48	58	52	47	23
Fav in protesi	3	9	1	8	12	5	17	6
Cvc permanenti	18	28	22	29	28	32	23	10
Rifacimento fav	25	27	13	15	12	8	3	6
Chiusura fav	11	12	20	8	7	5	2	2
biopsie	38	18	15	17	20	17	28	27
Sostituzione cvc							12	6
Rimozione cvc							2	2
Cateteri peritoneali							18	10
Altri interventi							10	
totale	237	257	207	200	201	193	219	126



zione di fistole con vasi nativi o in protesi, rifacimenti di fistola, inserimento di catetere venosi centrali temporanei o tunnellizzati e l'inserimento di cateteri peritoneali. Da alcuni anni nella nostra pratica clinica stiamo applicando anche l'eco-doppler, sia per lo studio dei vasi, propedeutico all'intervento chirurgico, che per il monitoraggio delle fistole e delle protesi; questa tecnica ha permesso di migliorare notevolmente i nostri risultati. Dall'inizio di quest'anno, infine, abbiamo attivato un ambulatorio dedicato al monitoraggio ecografico dell'accesso vascolare dialitico, ed abbiamo iniziato uno studio di monitoraggio periodico delle fistole in protesi. L'esperienza sul campo, maturata in questi ultimi anni, ci ha fatto comprendere che, se volevamo migliorare ulteriormente le nostre procedure, era comunque necessario trovare la collaborazione attiva con il radiologo interventista e con il chirurgo vascolare, superando l'idea che si possa fare sempre da soli. E, per sottolineare quanto sia importare una stretta collaborazione tra i vari specialisti, il 13 novembre 2009 è stato organizzato un convegno scientifico, in occasione del quale verrà costituito ufficialmente il "gruppo multidisciplinare dell'accesso vascolare dialitico a Trento". Per completare il quadro della nostra attività di reparto, non possiamo dimenticare i numeri dei nostri interventi, numeri che sono riportati nella tabella, ma anche la attività didattico-scientifica, rappresentata da corsi di addestramento per i colleghi delle Nefrologie limitrofe e da pubblicazioni di articoli e poster, presentati in vari convegni nazionali ed internazionali. E per il futuro cosa abbiamo in programma? Un progetto molto ambizioso: realizzare a Trento una Scuola degli Accessi vascolari per dialisi.

* Dr. Andrea Bandiera Medico
S.C. Nefrologia Trento

aforismi

Le donne

a cura di: Luisa Pevarello



Nel cuore di ogni aforisma, per quanto nuovo o addirittura paradossale esso possa apparire, pulsa un'antichissima verità. (A. Schnitzler).

La parola aforisma deriva dal greco *aphorismòs*, che significa definizione. Ma l'aforisma, che pure condivide con la definizione l'essenzialità e la funzione esplicativa, è qualcosa di più perché aspira a far riflettere, spesso con giochi di parole, sui fatti piccoli e grandi della vita. L'aforisma è facile e piacevole, apparentemente, ma deve anche risultare ricco e profondo, aprire prospettive nuove al lettore, stimolarlo alla riflessione. Ed è appunto con questo scopo che vi proponiamo una rubrica di aforismi su vari temi. Cominciamo dalle donne, da un po' al centro dell'attenzione dei media e da sempre croce e delizia degli uomini.

- **L'inferno delle donne è la vecchiaia.** (F. de La Rochefoucauld)
- **Le donne sono estreme: o migliori o peggiori delle donne.** (Jean de la Bruyere)
- **La donna perfetta è un tipo umano più alto dell'uomo perfetto: anche qualcosa di molto più raro.** (F. Nietzsche)
- **Gli uomini passano per essere crudeli, le donne invece lo sono. Le donne sembrano sentimentali, gli uomini invece lo sono.** (F. Nietzsche)
- **Le donne non hanno niente da dire, ma lo sanno dire così bene!** (O. Wilde)
- **Non ci si dovrebbe mai fidare di una donna che dice apertamente la sua vera età. Se è disposta a questo, è pronta a dire qualsiasi altra cosa.** (O. Wilde)
- **Raramente le donne sono amate come vorrebbero, cioè da un Dio onnipotente che dia loro tutto e non domandi nulla.** (H. de Regnier)



notizie dall'Associazione

a cura di Gianni Toninato

UN LETTO-CULLA: L'ORIGINALE INVENZIONE DI ALBERTO VALLI

Presidente Onorario, il dottor Alberto Valli, nefrologo di prima generazione, è uno dei più affermati esperti in materia di avvelenamenti da funghi, ed ora agli onori della cronaca nazionale per avere inventato il letto-culla, una struttura che consente di movimentare il paziente allettato, senza doverlo spostare di peso.

Il suo brevetto, condiviso tecnicamente con l'ingegnere Camillo Lanzingher, è stato classificato come una delle quattro migliori proposte sulle 140 presentate e premiato il 16 ottobre u.s. dalla Vicepresidente della Confindustria Diana Bracco. Un nuovo, prezioso contributo per il sollievo dei tanti lungodegenti costretti a trascorrere interminabili giornate nell'immobilità e nella sofferenza. Ad Alberto Valli, il grazie e il plauso di tutta l'Associazione e dell'intera comunità, con l'impegno da parte nostra di portare a conoscenza dei nostri lettori nel prossimo numero di questa Rivista la storia, il funzionamento, l'originalità di questa brillante invenzione.



Il momento della premiazione

MOMENTI CONVIVIALI: PERCHÉ SÌ!

Il motto con il quale abbiamo voluto proporre l'invito ad amici dializzati, trapiantati renali, operatori sanitari dei reparti di Nefrologia e Dialisi si è rivelato particolarmente realistico. "Insieme è meglio" è stato il leit-motiv del momento conviviale organizzato dai volontari della nostra Associazione presso la sala polifunzionale dell'Oratorio S. Antonio di Trento. Una partecipazione più numerosa del previsto, un simpatico affiancamento di amici che hanno



Uno dei nostri incontri conviviali

voluti essere della compagnia anche se non direttamente coinvolti nelle problematiche renali, tavolate arricchite di portate varie e gradevoli, brevi flash umoristici hanno condito le ore di un pranzo piacevolmente prolungato con i sapori della cordialità e dell'allegria.

Adesso ci aspetta la **CENA SOCIALE** che **domenica 22 novembre** ci rivedrà riuniti all'Hotel Everest di Corso degli Alpini, a Trento. Potremo ridere e sorridere con la fantastica mimica di Italo e ci stupiremo di fronte alle magie dell'illusionista Messer Folie. È uno dei nostri appuntamenti annuali, ai quali siamo sicuri verrà data, come sempre, una vasta adesione da tutti i nostri soci ed amici. Perché "Insieme è meglio".

UN "TACCHINO" PER NATALE

Il titolo non inganni. "Il Tacchino" è una brillante e smagliata commedia di Georges Feydeau, uno scrittore parigino che si afferma, soprattutto sul finire dell'Ottocento, per l'abilità nel portare alla ribalta del teatro francese scene e caratteri delineati con acutezza e con uno sguardo satirico, ma solo lievemente pungente, soprattutto quando va a scrutare le debolezze della società contemporanea. Società in cui la donna sa prendere le sue rivincite nei confronti del marito infedele.



Il riferimento al Natale è una nostra piccola scorciatoia per indicare che lo spettacolo viene presentato in dicembre e precisamente giovedì 3, a pochi giorni dal Natale, presso il Teatro Nuovo Roma, di Corso 3 Novembre, a Trento. Dimensione Arte Teatro, che si avvale nell'occasione della Compagnia Teatrale "Arte Povera", è ancora una volta vicina alla nostra Associazione alla quale, grazie a quest'iniziativa, corrisponde un prezioso contributo finanziario. Che, per gli impegni a cui l'Associazione è chiamata, significa un bel dono natalizio.

L'A.M.A. CHIAMA, L'ASSOCIAZIONE PROMUOVE

Alcuni amici, dializzati e trapiantati renali hanno stretto tra loro un rapporto di solidale amicizia che desiderano estendere ad altri, allo scopo di condividere esperienze, problemi, occasioni per chiarimenti, momenti di sostegno e distensione. Il gruppo che si identifica nella sigla A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto) si incontra ogni 15 giorni, di giovedì, dalle ore 18,30 alle ore 19,30, presso la nostra Sede di Trento in via Sighele 5.

È seguito dal dottor Alberto Valli, medico nefrologo, che costituisce un riferimento significativo in ordine ad eventuali problemi dei partecipanti.

Tutti i dializzati e trapiantati che desiderano cogliere queste periodiche opportunità di dialogo e condividere momenti di serenità e reciproco sostegno, possono parteciparvi.

Basta **contattare Gianni al numero 340 6721927**.

L'A.M.A. dà un cordiale e anticipato benvenuto ai futuri compagni di viaggio, e tra essi fa piacere riscontrare anche il **gruppo dell'Ospedale di Gavardo**, nel bresciano, con il quale abbiamo intrattenuto contatti telefonici e personali, per promuovere in loco l'avvio di un'esperienza analoga alla nostra. Con il neo-costituito gruppo A.M.A. di Gavardo, continueremo a collaborare perché i partecipanti possano ritrovare positivi riscontri alle problematiche, che quotidianamente li coinvolgono.

ARTISTI PER L'A.P.A.N.

RenArt è ormai una parola familiare ai nostri lettori. La mostra di quadri realizzata da un gruppo di "artisti per la donazione" ha trovato anche quest'anno ospitalità all'interno del Palazzo Comunale di Trento, dal 9 al 25 ottobre.

È stata una bella occasione per offrire ai visitatori informazioni e qualche consiglio utili per un'oculata prevenzione delle patologie renali.

Un grazie cordiale a tutti i volontari che hanno collaborato con la loro costante presenza a rendere efficace ed efficiente un servizio sicuramente apprezzato dalla nostra comunità. Aspetto, questo, opportunamente rilevato anche dall'Assessore Franco Panizza, presente all'inaugurazione della mostra e puntualmente vicino nei momenti più significativi dell'Associazione.



Un momento dell'inaugurazione

Anche gli psicologi accanto ai terremotati

Dal trauma ad una nuova progettualità

di Antonella Lama* e Ilaria Mochen**

Il 6 aprile 2009 all'Aquila, alle ore 3,32, dopo una serie di eventi sismici iniziati nel dicembre 2008 e susseguitisi fino a settembre 2009, si verifica una scossa di intensità pari a 6,3 magnitudo, con epicentri nell'intera area della città e della provincia. Il bilancio definitivo è di 308 morti e circa 1600 feriti, 65.000 gli sfollati, alloggiati momentaneamente in tendopoli, auto, alberghi lungo la costa adriatica.

L'8 aprile, con la prima colonna di soccorsi dal Trentino, sono giunti in Abruzzo anche alcuni psicologi. I primi psicologi trentini scesi in Abruzzo sono stati presto raggiunti da molti altri colleghi che, alternandosi in turni settimanali, hanno garantito, per un periodo di sei mesi, il sostegno psicologico alle popolazioni di Paganica (frazione a 7 chilometri ad est dell'Aquila) colpite dal terremoto. Essi sono organizzati da "Psicologi per i Popoli-Trentino" e sono in stretto collegamento con la Protezione Civile di Trento (www.psipopoli-trentino.com).

Molto tempo è passato da quando, nei primi anni del '900, Sigmund Freud pubblicava "L'interpretazione dei sogni", decretando a tutti gli effetti la nascita della psicoanalisi. La sua teoria sull'uomo metteva al centro della sua ricerca l'inconscio e vedeva nel passato, nei legami costruiti nell'infanzia, in un "lì e allora", l'origine della sofferenza e del trauma capaci di condizionare la vita attuale della persona.

Tra le evoluzioni del pensiero freudiano ricordiamo il punto di vista di chi, come molti seguaci di Melanie Klein (1882-1960), danno maggiore atten-

zione al vissuto attuale della persona e alle relazioni che essa instaura "qui e ora" nella sua vita.

A partire dal secondo conflitto mondiale, ed in diretta conseguenza degli effetti nocivi della guerra sulle persone, la comunità scientifica degli psicologi inizia a riflettere sul fatto che i traumi non sempre dipendono solamente dal tipo di relazioni del passato. Talvolta le persone subiscono attacchi gravissimi al loro equilibrio a causa di situazioni attuali, quali guerre, catastrofi naturali, incidenti tecnologici e con i mezzi di trasporto, violenze, maltrattamenti ed abusi, gravi perdite, aggressioni fisiche: eventi che minano ciò che fino a quel momento era stata la loro quotidianità e il loro modo di reagire. Quando le reazioni a tali eventi, anziché risolversi in breve, perdurano nel tempo così da divenire un disturbo psichico strutturato, si parla di Disturbo post traumatico da stress (Ptds). Spesso, in questi casi, la persona che ha subito il trauma avverte una riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli, si sente distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone, afflitto da sensi di colpa nei confronti di chi è stato meno fortunato, è poco capace di provare emozioni e di volersi impegnare a progettare il proprio futuro (per es., perde il desiderio di realizzare progetti quali la carriera, il matrimonio, generare figli).

La psicologia ha iniziato a farsi carico delle conseguenze psichiche subite dalle persone che hanno vissuto traumi recenti, recandosi nei luoghi dove si erano verificati gli eventi potenzialmente traumatici. Nasce così



la psicologia dell'emergenza, ovvero "quello specifico ambito di studio e di applicazione che mira, in un contesto di emergenza, a preservare e ripristinare l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori, in seguito all'effetto destabilizzante di eventi catastrofici o traumatici in senso lato".

La psicologia dell'emergenza ha fornito il suo primo contributo negli anni '90 nei Balcani e continua a tutt'oggi a collaborare con i soccorsi in diversi modi.

Lo psicologo in questi contesti ha il compito di aiutare la persona a riattivare la sua progettualità e la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici e di riorganizzarsi rimanendo sensibili alle opportunità positive che la vita offre. A Paganica gli psicologi si sono occupati di interventi di natura psicosociale rivolti alla comunità (bambini, adolescenti, genitori, anziani, capifamiglia), organizzando spazi per il gioco dei bambini e per l'elaborazione iniziale dell'esperienza per tutte le fasce di età. Inoltre hanno lavorato intensamente per aiutare tutte le persone a riprendersi il ruolo in seno alla famiglia e alla società. Sono stati effettuati interventi di screening

rivolti alle famiglie, e azioni di sostegno e cura per le persone già in trattamento presso il locale Centro di Salute Mentale.

L'intervento dello psicologo nelle aree dell'emergenza si rivolge anche ai soccorritori, che possono riportare conseguenze psichiche a causa della prolungata esposizione a situazioni traumatiche.

Ai soccorritori, che hanno partecipato alle attività di primo soccorso, di ricerca dei feriti, o deceduti sotto le macerie, è stata data la possibilità di avere un proprio spazio per l'elaborazione dei sentimenti. Questa pratica, definita debriefing, è sorta nel 1983, e consiste in un incontro di gruppo rivolto ai soccorritori, dove poter rielaborare e comprendere l'avvenimento, in modo tale da dargli almeno un parziale significato. Ciò permette di ridurre il rischio di Disturbo post traumatico da stress nei soccorritori.

Dal terzo mese dall'evento alla fase della ristabilizzazione, è necessario aiutare le persone colpite a ricercare ciò che serve loro per tornare alla vita normale. In questa fase si lavora per il recupero della propria storia ed identità e per prospettare in modo concreto e realistico il proprio futuro. Ciò serve per rielaborare quanto è accaduto così velocemente e violentemente da rischiare di portare via con sé la propria storia e la propria progettualità. Diversi studi sottolineano l'importanza di ritornare al proprio lavoro e ad una stabilità che possa, anche se parzialmente, ricostruire la propria immagine.

Un compito cui tutti, ai diversi livelli di responsabilità, dobbiamo tendere.

* Antonella Lama Psicologa presso l'UO 1 di Psicologia, A.P.S.S. Trento

** Ilaria Mochen Psicologa specializzanda in Psicoterapia di Gruppo. (È stata in Abruzzo come psicologa volontaria)

Un gruppo di pazienti arabo-israeliani ospite del Centro Emodialisi Garda di Arco

Collaborazione ed integrazione

di Italo Poli

In una giornata di giugno arriva al Centro Emodialisi Garda di Arco un'insolita telefonata per vacanza dialisi: la telefonata era in lingua inglese e la richiesta era di poter ospitare un gruppo di pazienti provenienti da Israele, in tour nel nord Italia. Lì per lì il Centro ha preferito prendersi alcuni giorni prima di dare una risposta definitiva. La richiesta era particolare e si doveva valutare bene la situazione e la possibile organizzazione per poter ospitare questo gruppo formato da ben 14 persone. Dopo un'attenta considerazione e pianificazione si è deciso di rispondere positivamente, consentendo così a questo gruppo di dializzati / turisti di poter soggiornare presso il Centro e di visitare il nostro Paese. Nei mesi successivi si sono susseguite non poche difficoltà derivanti dalle esigenze organizzative, dalla raccolta e traduzione dei dati medici che ci sono arrivati in lingua inglese. Il personale del Centro era entusiasta per l'arrivo di un gruppo così singolare. Dopo la prima accoglienza, con la presentazione e l'assegnazione dei letti, la dialisi è iniziata. Il gruppo era accompagnato da una guida, un tecnico dei monitor e da una infermiera specializzata in dialisi. Quest'ultima faceva da interprete arabo-inglese per le indicazioni dialitiche.

Tutti si sono rivelati molto affiatati e molto allegri. Non poca cosa questa per pazienti in terapia dialitica! Alcuni si sforzavano di parlare inglese, altri aiutavano a tradurre, altri ancora raccontavano del loro Paese; insomma un gruppo davvero vivace. Le tre giornate



Il gruppo sulle Dolomiti



Il gruppo a Venezia

di dialisi presso il Centro (mercoledì, venerdì e domenica) sono state intervallate da diverse visite ed escursioni, tra le quali: Verona, Mantova, Venezia, il Lago di Garda, le Dolomiti, Milano, Como e il Lago di Lugano. Ad ogni rientro in dialisi, il gruppo raccontava le visite effettuate il giorno precedente, complimentandosi per le bellezze del posto e alleggerendo così le successive ore di dialisi con racconti, scambi di opinioni e risate. Superata la turbanza iniziale, e i non pochi problemi di organizzazione, questo gruppo ha superato ogni aspettativa. Un importante esempio di collaborazione ed integrazione. Alla fine di questa settimana, come sempre, rimane il ricordo di persone speciali e la consapevolezza di aver aiutato questi pazienti, e non meno i loro famigliari, a trascorrere una settimana in allegria, in un paese diverso, in un clima diverso, al di fuori del solito "tran tran" quotidiano che la dialisi, purtroppo, impone.

La terza edizione di Renart

di Aldo Nardi

Dal nove al quindici ottobre ha avuto luogo, presso la Sala Thun di Trento, la terza edizione di *RenArt* – mostra d'arte promossa dall'Associazione provinciale amici della nefrologia di Trento (Apan), con il patrocinio del Comune di Trento e della Regione Trentino-Alto Adige. Con questa iniziativa, all'insegna di una partecipazione sentita degli "artisti per la donazione", vi è stata la conferma della crescente integrazione tra iniziative culturali e pratiche di solidarietà sociale, con ciò volendo richiamare, una volta di più, l'attenzione sul ruolo strategico che singole proposte come questa possono giocare in termini di sostegno alle iniziative di volontariato. Beninteso, non si tratta di garantire degli automatismi, posto che seguire tali percorsi significa spesso anche superare pregiudizi e visioni limitate del proprio essere nel mondo. All'arte, ad esempio, è riconosciuta da tempo la capacità di mantenere integro (come nel caso del malato mentale) un canale di comunicazione, e non diciamo a questo proposito nulla di nuovo. Ci preme in ogni caso sottolineare che *RenArt*, oltre ad inserirsi legittimamente in questo filone di iniziative, annota tra le sue finalità buon ultima quella di mettere in contatto, in maniera "produttiva", operatori di settori diversi (artisti, operatori sanitari e del volontariato sociale, operatori dell'informazione ecc.), per una costante sensibilizzazione della collettività sulle questioni inerenti la salute delle persone e, nel nostro caso, sulle patologie renali, sui trapianti e sulle donazioni di organi.

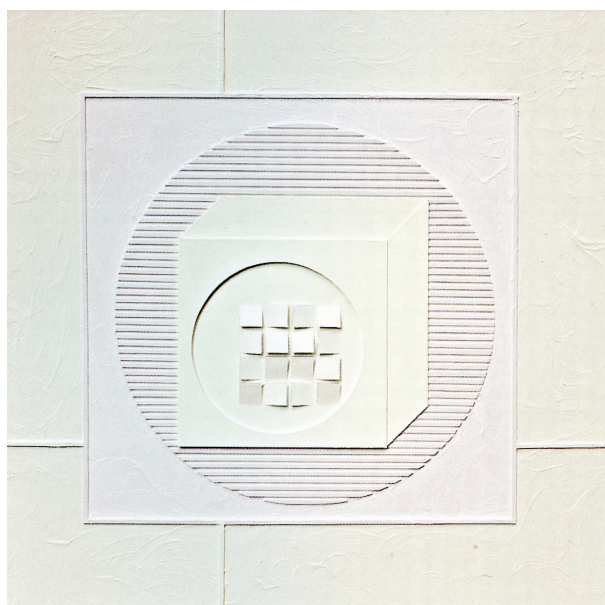
A questa terza edizione di *RenArt* partecipano gli artisti Romano Perusini, Maria Paola Grifone, Sabrina Broll, Ivo Fruet, e, nella duplice veste di artista ed organizzatore, Alessandro Goio.

Quella del pittore friulano **Romano Perusini** è una pittura di "ricerca", dove l'esperienza elaborativa si mescola con quella progettuale, più aderente al mondo dell'architettura, nel cui fare espressivo possiamo anche scoprire le componenti estetiche che, sviluppate da Perusini nel corso del suo incarico disciplinare presso l'Accademia di Brera a Milano con il corso di Storia e teoria delle arti sceniche. Opere quali "L'angolo di Gregor Samsa", dedicato al racconto *La metamorfosi* di Franz Kafka, o le "Diacromie" sono tipici esempi della costante ricerca di un equilibrio tra luce e spazio, tra scelte cromatiche e annullamento del colore, e dove lo straniamento è dettato dalla difficoltà di trovare un'astrazione spaziale compatibile: i contrasti tra le luci e le ombre, la sensazione di un luogo percepito come presente e inverosi-

mile ad un tempo, il senso di una dimensione senza tempo spingono l'osservatore verso un *altrove* che diventa luogo salvifico per uscire da una dimensione soggettiva di spaesante staticità.

Il teatro della memoria è l'atmosfera che caratterizza i quadri della pittrice levicense **Sabrina Broll**, con studi all'Accademia di belle arti di Verona. Si tratta di un percorso arduo, quello di questa pittrice, per quanto non nuovo (si pensi, solo per fare un paio di nomi, alle "scatole" di Joseph Cornell e alle opere di Concetto Pozzati, con le foto e le buste da riempire), ma sempre di grande fascino, dal momento che rielaborare ciò che si è vissuto costituisce un valido supporto per il rafforzamento della nostra identità adulta. E, in tale incedere, non è importante l'elemento che si utilizza nella composizione dell'opera (figura umana, parti del corpo, animali ecc.). Si tratta soltanto di pretesti la cui funzione è esclusivamente quella di conservare l'esperienza del proprio passato, che è poi il fine della memoria. È semmai opportuno stabilire se, come nell'azione mnemonica, anche nell'opera di questa artista viene eliminato ciò che è superfluo e ridondante, ciò che il nostro archivio

ha catalogato come inutile, oppure se, al contrario, anche ciò che è stato in precedenza rimosso, può essere recuperato, magari sotto forma di simbolo, per restituirci nuovi significati che costituiscono il giusto approdo dopo il precedente smarrimento. La stessa ricerca della Broll tenderebbe a confermare questa interpretazione, con le similitudini "uomo – insetto", con le "impronte", i segni e quant'altro in decomposizione e che, con l'incedere del tempo, si tra-



Romano Perusini: "Dialogo metafisico con Cartesio e Malevic" – metAcromi su tela cm 70x70



Sabrina Broll: "Il filo" – collages su tela, tecnica pittorica mista cm 100x80 – 2005

e di colori che tende a drammatizzare l'organizzazione complessiva dell'opera, e dove il segno, che segue una sua intrinseca logica, è talvolta sopraffatto dal colore, quasi a voler tracciare un confine invalicabile. Ma anche a voler descrivere un luogo, quello della propria interiorità, col quale Fruet si confronta costantemente e che, proprio per questa familiarità, merita continue attenzioni ed approfondimenti, dal momento che, educando i suoi sentimenti, l'artista contribuisce a dare qualcosa a tutti noi. L'azione creativa di Fruet ci procura, nel senso più proprio,

un'immagine di inquietudine, anche se lo stesso abbandonarsi alle sue trasfigurazioni ci fa capire come il sentimento che proviamo sia perfettamente allineato col suo messaggio interiore. Così, nella pulsione informale l'artista non nasconde il venir meno della ricerca esteriore delle immagini attraverso le quali il pensiero e le emozioni prendono forma.

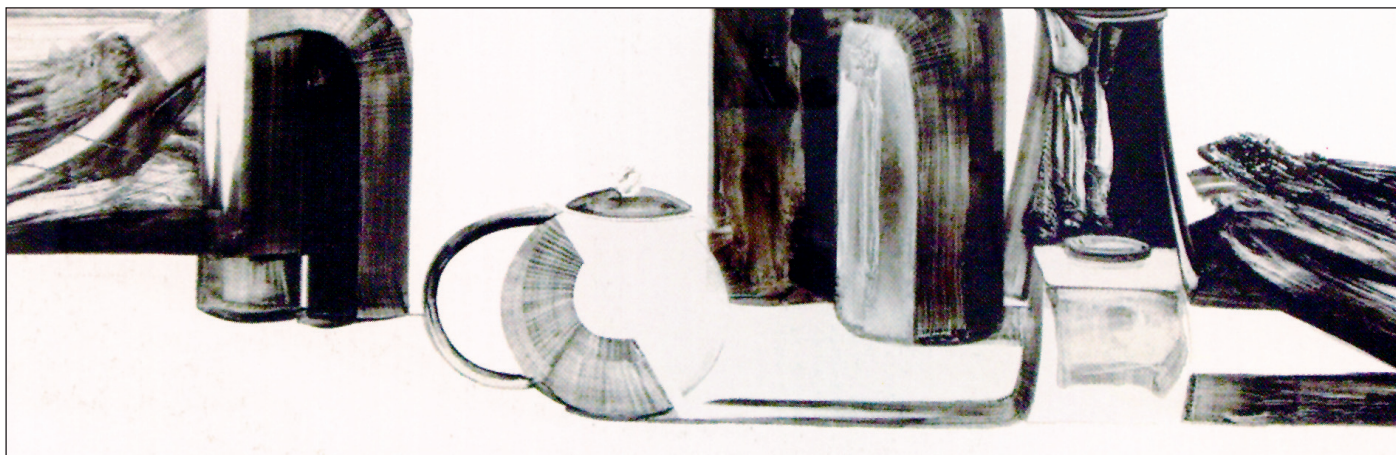
Maria Paola Grifone è una giovane artista lombarda uscita dall'Accademia di belle arti di Brera. Propone una pittura densa di aspetti trasformativi, dove la sfera dell'esistente, di ciò che l'uomo stesso ha prodotto per la sua vita quotidiana, è solo un pretesto per dirigersi verso un mondo fatto di esperienze contrastanti: esperienze che talora possono aver lasciato nell'anima graffi indelebili. Ferite che vengono plasmate e ricomposte in una sorta di "viaggio" meditativo con l'ausilio degli oggetti che sono attorno a noi, ma destrutturati dei

sforma in "altro da sé". L'opera di Sabrina Broll finisce quindi col porsi come puntuale lavoro d'affioramento di elementi che testimoniano le esperienze passate, ma, così facendo, essa ci indica anche uno dei percorsi che potremmo seguire.

Il contributo dell'artista perginese **Ivo Fruet** (studi all'Accademia di belle arti di Roma) si muove sullo studio del segno: un segno marcato, fatto di sovrapposizioni cromatiche, e dove il nero, delimita spazi e contorni, frammenta l'opera, vera e propria incrostazione della coscienza rispetto alla quale l'artista si cimenta in un percorso accidentato e ricco di ambivalenze (basterebbe ricordare alcuni lavori degli anni settanta, come "Il viaggio", per rendersi conto di tutto questo). L'incontro con l'opera d'arte – nel caso specifico di Fruet, ma non solo – è un'occasione per provocare stupore estetico, ma anche per lasciarsi catturare dalle sensazioni tipiche che emergono nell'inganno della percezione. Sembra emergere con vigore, nel percorso creativo di questo artista, un'alchimia di forme



Ivo Fruet: "Urlo blu" – acrilico su tela cm 70x68 – 2006



Maria Paola Grifone: "Composizione 1" - china su carta fotografica lucida cm 30x90 - 2008

loro significati ontologici e funzionali, fino ad essere caricati di nuove profondità stilistiche che, a loro volta, richiamano una riformulazione dello spazio: eterna ribellione dell'arte. Si tratta tuttavia, in questo caso, di una "ribellione meditata", in parte anche sofferta, caratterizzata da un gesto istintivo che si carica di sempre nuovi significati nello stesso momento in cui si offre all'occhio di chi guarda. Maria Paola Grifone seziona il mondo reale con la freddezza di un chirurgo che incide la carne viva. Ciò che rimane è una ferita, più o meno profonda, che nasconde i segreti della sua identità.

Secondo una concezione fenomenologica di matrice husserliana, l'evento artistico non si propone come mera riproposizione del reale, ma come azione che, partendo dal reale, lo ricrea, lo reinventa sulla base di un processo che l'artista pone in essere per sé. Si rivela pertanto alquanto difficile – per non dire impossibile – definire le creazioni di un artista con semplici strumenti cognitivi, poiché ciò che qui conta è la visione unitaria della mente, mentre la conoscenza ci fornisce una visione frammentata dei modelli interpretativi. Tale premessa è pressoché scontata quando ci si trova di fronte a un quadro di **Alessandro Goio**, a quegli acrilici le cui forme disegnano lo spazio così come il colore lo trapassa, sovrapponendosi ad un ordine rigoroso, dove l'equilibrio non è mai precario e la mano dell'artista

sembra sottolineare il piacere della scelta meditata in una trama di silenzi perennemente sospesi.

Il segno tende così verso un nuovo ordine, un superamento del caos, sicché ciò che noi tutti mettiamo in gioco di fronte ad un'opera di Goio sono i modi del comunicare e le forme del sapere che diventano gli elementi determinanti nel collegamento dell'uomo con ciò che lo circonda e dell'uomo con se stesso. Potremmo dire che Goio, nel momento in cui "settorializza", "scompono", "contrappone", al tempo stesso lascia intravedere una via d'accesso al mondo, ai suoi misteri, alle sue mutevoli trasformazioni. L'opera di questo artista ed architetto sembra rinverdire l'entusiasmo di Malevič, quando dice che la bellezza e il bello

esistono perché la natura è formata da segni multiformi. E vi vede, appunto, unità di forme diverse, simmetria, conciliazione: la negazione appunto di ciò che era prima.



Alessandro Goio: "Pagina FX01" - acrilico su carta cm 70x50 - 2002

Come il latino si è trasformato nella lingua di tutti gli italiani

Una storia volgare

di Gianni Rigotti*

Per conoscersi bisogna guardarsi dentro (e ognuno deve farlo da solo) e dietro le spalle, verso gli avvenimenti e le persone che ci hanno preceduto. Fa parte di questa seconda analisi lo studio della storia della lingua italiana, che riassume vicende storiche e affettive, illusioni e delusioni soltanto nostre.

Quando comincia l'italiano? La domanda è oziosa perché, al massimo, si potrà dire quando comincia l'italiano scritto, ossia pochi secoli fa. Comunque a tutti è noto che l'italiano è figlio del latino: ma di questo padre latino che cosa sappiamo veramente? Molto poco.

In latino, *vulgus*, "volgo", è la massa più ampia del pubblico, l'anonima moltitudine, il popolino; *vulgaris* è propriamente ciò che è comune a tutti, ordinario, generale. Questo termine, applicato ai caratteri linguistici, indica le lingue derivate dal latino, e sottolinea il fatto che venivano parlate da tutti. Fanno parte del gruppo: l'italiano, il francese, lo spagnolo, il portoghese e il romeno, oltre alle loro varianti locali – ora lingue, ora dialetti, ma la distinzione è difficilissima – quali il sardo, il corso, il friulano, il ladino delle vallate dolomitiche o il romancio dei Grigioni, il provenzale e il catalano.

Le cose sono andate così: già nella Roma repubblicana era diffusa una variante particolare del latino, il latino volgare o popolare, nettamente distinto dal latino letterario, lingua elegante, usata nei rapporti ufficiali, quasi immutabile, ingessata com'era in regole, costrutti e paradigmi; è questo il latino degli autori classici che studiamo a scuola e di cui abbiamo ampia testimonianza. Il

latino volgare invece è quello che i villici, i legionari e gli schiavi usavano ogni giorno in famiglia, al circo, per strada. Essendo esso il punto di partenza degli idiomi che dal latino discendono (quasi esclusivamente per via orale), è naturale che il termine *vulgaris* passi a designare proprio le moderne lingue parlate dal volgo. Le lingue volgari, figlie dirette della lingua di Roma, sono dette anche neolatine, ossia germogliate dal latino, o romanze, da "*romanice loqui*", parlare alla maniera di Roma, in opposizione a "*barbarice loqui*", esprimersi in una delle parlate degli invasori germanici. Sfortunatamente di questo padre plebeo, alias "*sermo rusticus*", siamo poverissimi di documenti. Qualche sprazzo ce ne dà il commediografo Plauto già nel II secolo prima di Cristo quando mette in bocca a un personaggio la frase "*habeo cultellum comparatum*" (ho comprato un coltello), anticipando forme e costrutti propri dell'italiano; altri esempi ci sono offerti da Petronio nel suo *Satyricon*, ambientato in epoca neroniana. In ogni caso da allora e per molti secoli, in parte fino al Settecento, assistiamo all'esistenza di due filoni paralleli ma spesso intersecantisi, quello di una lingua quasi solo scritta, adatta alla comunicazione internazionale, impegnata alla conservazione dei "*monumenta*", memorie dell'antichità classica e cristiana e alla stesura dei documenti ufficiali di tipo amministrativo o religioso, il latino; e quello di un idioma ghettizzato e confinato alla comunicazione quotidiana e alla cultura orale, ma in continuo sviluppo che comincia come latino volgare ed evolve col tempo *nelle lingue volgari*.

Il latino volgare mantenne un carattere unitario in tutto l'impero per lungo tempo. Una reale differenziazione tra le diverse province iniziò a verificarsi solo a partire dal III secolo dopo Cristo. È questo il momento della crisi sociale, economica e politica che sconvolse l'impero, riducendo i contatti tra le province ed il controllo di queste da parte del potere centrale. Ne seguì che i contatti con le lingue preesistenti crearono nel latino volgare varie modificazioni, diverse da regione a regione; nelle zone più periferiche la forza centrifuga era favorita dagli scambi con le popolazioni barbariche, che si erano installate entro i territori dell'impero.

Come un grande fiume nel suo corso riceve numerosi affluenti, così il volgare latino ha ingrossato le sue acque fin dall'inizio con termini etruschi: *phersu*, da cui persona, *nefts*, da cui nepos e poi nipote e, ancora, *populu*, *columna*, *lettera*, *miles*.

Di origine celtica è *ambactus*, in latino lo schiavo che si uccideva per accompagnare il suo signore morto agli inferi e in italiano: ambasciatore; *camminum* da cui il nostro camminare che sostituisce *ambulari* (sopravvive in ambulatorio); ingombro deriva da *comboros*, sbarramento di tronchi, mentre *bulga*, borsa, farà nascere le bolge dantesche e il budget.

Il fiume della lingua a volte cambia direzione: così *mulier* (donna) prende il senso specifico di moglie ed è quindi rimpiazzato, nel significato generale, da *domina* (signora), che darà origine al nostro donna. Ma siccome una donna può avere un marito, per indicarla si deve inven-

tare il femminile di *senior*, *seniora*, da cui il nostro signora.

Nei primi secoli dopo Cristo a questo insieme di trasformazioni contribuirà notevolmente la Chiesa, sia introducendo neologismi spesso di origine greca o ebraica come *befana* da *epiphàneia*, apparizione o vescovo da *episkopos*, supervisore; sia attribuendo un valore nuovo a parole già esistenti: *plebs*, più che volgo indicherà in futuro la comunità rurale dei fedeli, la pieve, da cui i toponimi come Pieve di Cadore e Pievipelago; *paganus*, da abitante del villaggio (*pagus*) indicherà il non cristiano; *captivus*, prigioniero per il latino classico (*capere* = prendere), assumerà il significato di preso dal demonio.

Assistiamo poi alla fine delle declinazioni e all'introduzione delle preposizioni di appoggio (amici diventa: dell'amico), alla nascita dell'articolo e alla scomparsa del neutro, tipico dell'eredità indoeuropea; i verbi si semplificano con l'abbandono della forma passiva e con la contestuale fine della categoria dei verbi deponenti.

Dal V secolo si ebbe una violenta ondata di invasioni e migrazioni di intere popolazioni con donne vecchi e bambini: dopo lungo vagare Goti, Vandali, Eruli, Unni e Longobardi scendono nel nostro Paese chiamati dai compagni, che da secoli vivono in Italia, attratti dal vino, dal clima, e dalle ricchezze di Roma. A quel tempo un qualche tipo di italiano lo si doveva già parlare. Si crearono situazioni di bilinguismo: da un lato la lingua degli invasori e dall'altro il volgare di origine latina, un idioma questo non più latino e non ancora italiano. A parte, continuava uguale a se stesso la vita nobile e vivace del latino aulico.

I vocaboli che i Goti ci lasciarono riflettono la struttura sociopolitica degli invasori: *astio*, *banda* e *bando* (da cui bandito ma anche bandiera), *bega*, *grinta*, *guercio*, *sbronza*, *spia*, *taccagno*, ma anche *albergo*, *scarpa*, *tasca* e *tacco* (parti del vestiario, queste ultime, ignote ai Romani).

Molto più importante è il contributo linguistico dei Longobardi, in Italia

per circa due secoli a partire dal 568: oltre ad aver dato il proprio nome alla Lombardia, ci lasceranno vocaboli ancora vivissimi: *balcone*, *federa* (inizialmente, saccone riempito di piume, Feder in tedesco), *fiò*, *panca*, *fiasco*, *greppia*, *ricco* (rikhi, propriamente capo, re, come ci fa capire anche il tedesco Reich, impero), *scherma*, *slitta*, *sala*, *sberleffo*. L'accettazione di *baldo* e *snello* dimostra una certa ammirazione verso i cavalieri germanici che, tra l'altro, ci porteranno lo *zaino* e la *staffa*, ignota ai Romani. Curiosa, quasi il latino non avesse avuto termini appropriati, è l'accettazione di vocaboli che indicano parti del corpo, quali *anca*, *guancia*, *fianco*, *nocca*, *stinco*, *zazzera*.

In generale possiamo dire che, tra quelli accettati, prevalgono i vocaboli negativi, qualunque fosse l'invasore, a dimostrazione di come la lingua rifletta tutto il nostro stato d'animo e la nostra passionalità.

Negli ultimi anni del dominio longobardo o nei primi del regno carolingio (fine VIII secolo) troviamo un documento, il famoso indovinello veronese, che con molta buona volontà può essere considerato un'anticipazione di quello che sarà l'italiano: "*Se pareva boves, alba pratalia araba et albo versorio teneba et negro semen seminaba.*" L'allusione è alla scrittura, in quanto i buoi rappresentano le dita, i bianchi prati la pergamena, il versorio (una parte dell'aratro) la penna d'oca e il nero seme l'inchiostro.

Dalla struttura feudale dei Franchi, venuti a "liberarci" dai Longobardi, ci vengono: *orgoglio*, *ardire*, *onta*, *senno*, *feudo* (in origine proprietà di bestiame) *barone*, *marca*, *dardo*, *troppo* (da throp, mucchio, da cui anche truppa) *guardare*, *guerra* e *tregua*. Da *mahrskalk*, addetto ai cavalli, trarremo maresciallo, maniscalco e mascalzone. Per altri termini, come *bosco*, *guanto*, *giardino*, *blu*, *schifo*, è difficile dire se ce li trasmettono direttamente i Franchi o se ci giungono più tardi attraverso il francese e il provenzale.

L'arrivo delle tribù germaniche lascia una traccia anche nella famiglia

e nella vita del singolo. Diventano sempre più numerose le madri che, al fonte battesimale, scelgono per i loro figli un nome germanico che avvicini ai potenti: Franco o Francesco, Roberto, Alfredo, Riccardo, Enrico, Luigi, Rodolfo, sono preferiti ai nativi Marco, Licio, Antonio e ai biblici Giovanni e Giuseppe.

Per inciso, qualche secolo prima, furono le lingue germaniche a trarre dal latino dei legionari alcuni vocaboli tuttora vivissimi: da *vallum*, terrapieno viene *wall*, muro; la *City* londinese è figlia diretta della *civitas*, mentre l'inglese *cheap*, a buon mercato, e il tedesco *kaufen*, comprare, derivano entrambi dal latino *caupo*, taverniere. Secondo una teoria non provata, ma suggestiva il contadino, il colonus, umiliato e disprezzato diventa in Gran Bretagna *clown*, ossia buffone.

Ci siamo finora soffermati sulle invasioni germaniche. Nel frattempo, però, altri popoli e altre lingue hanno esercitato la loro influenza su di noi.

I Bizantini dell'impero romano d'oriente si autodefiniscono Romani, ma parlano greco. Attraverso l'amica Venezia e dalle regioni d'Italia di cui hanno ancora il possesso essi diffondono in tutto il Paese vocaboli importantissimi: *catasto*, *organo*, *gondola*, *libeccio*, *falò*, *faro*, (dall'omonima isoletta antistante il porto di Alessandria), *molo*, *bottega* e *fregata*.

Con gli Arabi, che nel giro di qualche secolo si sono impadroniti di tutto il Vicino Oriente, dell'Africa del Nord, di gran parte della Spagna e della Sicilia, ci giungono alcuni vocaboli facilmente riconoscibili, perché, come un marchio d'origine, portano l'articolo arabo al incorporato: *alcali*, *alambicco*, *alcova*, *alfiere*, *almanacco*, *algebra*, *alcole*. Parola araba è benzina come lo sono *zero*, *cifra*, *zecca* e *bizzate* (*bizzaf* = molto).

Capua, anno 960. Il primo balbettio scritto dell'italiano. "*Sao ke kelle terre, per kelle fini que ki contene, per trenta anni le possette parte Sancti Benedicti*" è uno dei testi di testimonianze giurate, i cosiddetti Placiti campani o cassinesi, relative a terre

di monasteri dipendenti dall'abbazia benedettina di Montecassino. Questi sparsi frammenti saranno i soli esempi di volgare italiano fin a tutto il XII secolo: la lingua scritta resta di fatto il latino.



Dante Alighieri

I secoli bui sono dietro le spalle, l'anno mille è passato senza che il mondo sia finito, Roma imperiale è finita da un pezzo e la sua eredità è contesa fra due autorità: quella della Chiesa e quella del Sacro Romano Impero. I traffici riprendono vigore, le campagne rinverdiscono e in Italia si mette mano a quella creazione politica e linguistica originale che è il Comune: il neologismo medievale, che indica "ciò che è di tutti", ricorda nel significato il latino *res publica*. In questo fermento la lingua italiana si prepara a uscire alla luce del sole.

Fin dai primi anni del Duecento sono stati composti bellissimi canti in italiano di argomento religioso, fra cui il *Cantico delle Creature* di

San Francesco. Il sole del poverello d'Assisi "enallumina" la nascita della nostra lingua che appare, quasi d'improvviso, matura.

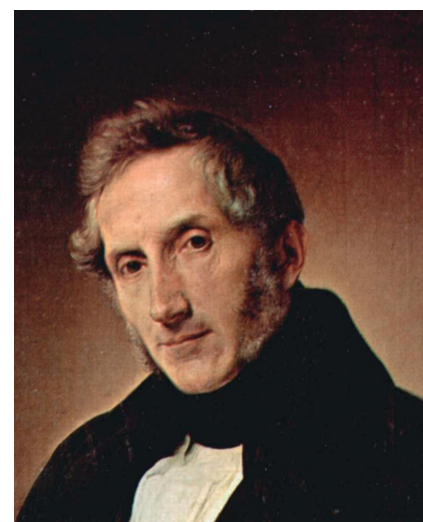
Ma il primo serio tentativo di creare una poesia d'arte italiana – non quindi una lauda o un inno religioso – avviene a Palermo e a Messina, alla corte di Federico II di Svevia (1194–1250). Nessuno dei poeti siciliani è di grande levatura, ma il loro esempio stimola gli uomini di Arezzo, Pisa, Lucca e Bologna come Guinizzelli e Guittone. Costoro si cimentano in poesie scritte nello stile siciliano, adattato alle peculiarità di ogni singolo vernacolo.

Gli italiani hanno acquistato fiducia nei propri idiomi materni e cominciano a circolare novelle in volgare (famosissimo il *Novellino*).

Dante difende il "volgare", la lingua vera, destinata a soppiantare il latino. Ma ne vorrebbe una illustre e aulica, al di sopra di quelle municipali, cioè dei dialetti, contro i quali si scaglia con furore. In Italia ne classifica quattordici e li detesta tutti, compreso il toscano. Ma un italiano aulico non poteva nascere che in un' "aula", cioè in una corte, come avveniva in Francia dove, con la monarchia, stava nascendo una lingua nazionale. In Italia di corti ce n'erano mille. E ognuna di esse, invece che una lingua, dava il sigillo a un dialetto. In mancanza di una corte, è stato Dante a fare da "aula" della lingua italiana, di cui sarà giustamente ritenuto il Padre. Prendendo spunto dalla parlata fiorentina, inventa il "**dolce stil novo**".

Per secoli e secoli i grandi modelli del trecento, la *Commedia* e poi il *Canzoniere* di Petrarca e il *Decameron* di Boccaccio resteranno i perfetti modelli stilistici a cui ispirarsi per la letteratura in volgare, pur nell'ambito di una inevitabile evoluzione. Parallelamente continua una ricchissima produzione letteraria in latino, fino al '700 la lingua della comunicazione colta a circolazione europea. Nei secoli a venire perderà, tipica della tradizione italiana, la frattura tra la lingua parlata e la lingua scritta.

È questo il problema che attrasse l'attenzione del Manzoni fin dall'età giovanile. Egli prospettò un intervento nella secolare questione della lingua, che non mirasse a definire, secondo la consueta ottica, la miglior lingua letteraria possibile, ma che individuasse una lingua praticata e praticabile da un numero molto ampio di parlanti, che il romanzo doveva far propria, per raggiungere un pubblico di orizzonte nazionale. Manzoni individuò come sola forma praticabile quella toscana e fiorentina, che gli appariva quella più ricca di elementi "universali", comuni anche ad altri fondi linguistici regionali. Don Lisander, come lo chiamano affettuosamente i Milanesi, va a Firenze per "sciacquare i panni in Arno" e, attraverso una sofferta opera di rifacimenti, scrive i *Promessi Sposi*.



Alessandro Manzoni

Senza il Manzoni l'Italia non avrebbe avuto, almeno per il momento, una grande lingua comune.

Di fatto si dovrà arrivare fino al 1950, sei secoli dopo Dante, perché l'italiano diventi veramente la lingua di tutti gli Italiani: è forse questo il merito maggiore della Tv.

* Gianni Rigotti è uno dei collaboratori esterni di R&S

Voglia di leggere

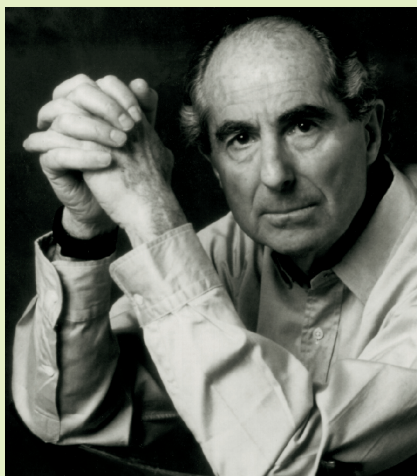
Philip Roth: il sapore della vita e il

di Lonely Bear

Philip Roth, probabilmente il più grande scrittore americano attuale, testimone attento dei cambiamenti della società occidentale, è uno degli autori che ha usato gli *alter ego* come stile di narrazione. Autore tra i più seguiti con oltre 21 romanzi, si è incarnato in Philip Roth, in Alexander Portnoy, in Nathan Zuckerman e in Nathan Tarnopol e ancora in David Kepesh.

In questo nostro consueto incontro sulle pagine di "Rene & Salute" parlerò di due libri di Roth, *Everyman* e *Indignazione*.

Nel suo ultimo romanzo pubblicato in Italia, *Indignazione*, troviamo un Roth vorace e pietrificante che vive nella vita di Marcus Messner, giovane adolescente al secondo anno di università, mentre la guerra in Corea miete vittime. Marcus è un ebreo, scappa da casa per rifugiarsi in un college dell'Ohio a molti chilometri di distanza. Si ritrova in un luogo immerso nel verde e si concede del tempo per farsi una serie di do-



mande. Uno dei migliori Roth. Ed è sempre più un peccato che il Nobel venga dato a sconosciuti scrittori di serie B.

Dimenticare Portnoy, dimenticare la Pastorale, dimenticare Sabbath, dimenticare le pulsioni vitali che scandiscono l'esistenza: passioni e istinti che sostengono i personaggi e le loro storie, a volte paradossali, spesso estreme e carnali.

Quando Roth si allontana dagli orizzonti troppo autoreferenziali di Zuckermann, regala sempre emozioni e scrittura da maestro.

Questo breve, pregnante romanzo non fa eccezione: è un viaggio nell'adolescenza, nel regno delle scelte e delle alternative, della morale e di ciò che determina una vita, nell'anima di un personaggio, americano fino al midollo.

Roth non ha mai rinunciato a proporsi come testimone del suo tempo, consapevole e fiero di avere qualcosa da dire: la vita e le sue emozioni affrontate a viso aperto, come strumento per interagire con tutto quanto lo circonda, dall'ateismo giudaico (di apparentemente vincenti personaggi di tempra ari-

na nell'America delle mille razze), fino alle psicoanalitiche elucubrazioni mentali, figlie di una società dell'eccesso, come può essere quella americana di oggi.

Un unico punto di vista fino ad ora: lo sguardo in avanti, cogliere ogni dettaglio per addentrarsi nella società americana, ma anche nel quotidiano di chiunque. Roth scava nella parte più recondita di ciascuno e la porta davanti ad ognuno di noi, come fosse uno specchio, ma anche una mano tesa verso il buio che potrebbe essere luce. Non è lui che ci guida, siamo noi a voler andare, la decadenza può rivelarsi un'occasione che impedisce all'individuo di annullarsi e scomparire.

Pastorale Americana è un invito costante alla condivisione: Zuckerman ci vuole con lui, non vuole restare solo nella ricerca della figlia fuggitiva-dinamitarda-anoressica, in *Cosa bianca Nostra* (mai ripubblicato in Italia da Bompiani), l'autore ci vuole testimoni di tutti i paradossi che lo divertono. Niente Zuckerman, niente Kepesh, niente Portnoy: *Indignazione* sottolinea lo stato d'animo di chi si sente inadeguato, e anche questa consapevolezza non salva chi vi ci approda. Roth spinge a credere di poter essere rivoluzionari, ma alla fine lascia Marcus in Corea, maciullato. *Indignazione* è la memoria di un morto, ma questo Roth lo farà intendere quando il lettore è già da tanto dentro nella storia che ti fai questa domanda: "Marcus è morto o ha inserito nelle vene una enorme dose di morfina?"

Una copertina nera come il lutto e un titolo indefinito, volutamente ambiguo, a mascherare l'universalità della pochezza dell'individuo, a stravolgere le dinamiche di una continua



senso della morte

sfida all'esistenza, il buio della fine mascherato da voluta incoerenza, da narcisistica presenza. Il protagonista muore. Non sto svelando la fine, ma l'inizio di "Everyman".

È un romanzo atipico in cui Roth punta non tanto sull'epilogo a sorpresa, come solitamente accade, quanto sul percorso di vita, che porta un pubblicitario di successo al giorno col quale ogni uomo deve prima o poi scontrarsi (da qui il titolo), e lo fa secondo una linea squisitamente corporale. Grande rilievo hanno perciò le disavventure ospedaliere (dall'ernia inguinale dei nove anni, ai cinque bypass, per finire con le numerose operazioni, che ne hanno segnato gli ultimi anni di vita) a cui fa da contrappunto la vita sentimentale: i tre matrimoni, il distacco dai primi due figli; la nascita dell'adorata Nancy; la scelta fallimentare di sposare una modella danese molto più giovane di lui; l'abbandono di New York a 75 anni per trasferirsi, dopo l'11 settembre, in un villaggio per pensionati e mettersi a dipingere. Un crescendo di drammaticità, che culmina con la morte dei genitori e nel colloquio – degno di Shakespeare – con il becchino del cimitero ebraico che li sta seppellendo. Poi l'arresto cardiaco e l'ingresso nel nulla.

Everyman è un caso lampante di come un immenso talento letterario possa riuscire a rendere speciale la storia di un uomo comune, fatta di scelte, di una vita ordinaria, di una famiglia un po' scombuscolata, ma non troppo diversa da milioni di altre.

È una riflessione livida e spettrale sull'esistenza umana, pervasa da un'impotenza crescente, un'inutile lotta contro il tempo che scorre sulla pelle e indebolisce la materia e l'esistenza umana, rendendola fragile e con sempre meno forza per reagire

alle delusioni. La vecchiaia avanza e consuma il corpo, che aspetta la sua fine alternando vani tentativi di reazione alla rassegnazione per un deterioramento inarrestabile. Il senso della propria finitezza, soprattutto nella senescenza, domina i pensieri del protagonista, il cui nome non compare mai, perché la sua parabola esistenziale è quella comune a tutti gli esseri viventi: che si nasce per vivere e invece si muore.

Un libro dal contenuto amaro e spietato, il cui stile lucido intensifica l'insopportabile e l'indifendibile del nostro destino e della nostra inutilità. Un libro dal colore nero, come la copertina.

Il personaggio senza nome nasce al suo funerale, guarda la vita e ne ha inconsciamente paura, ogni palata di terra lo rende vero, non letterario ma presente nella quotidianità di chiunque sappia che la morte è solo uno strumento.

Per chi ha un minimo di "frequenziazione" con Roth non è una sorpresa, la morte esiste, inutile esorcizzarla con promesse di paradisi, veri o illusori a seconda del livello di fede, ma intanto perché nascondersi: la memoria è solo l'inevitabile appiglio a qualcosa, che ci sforziamo di reputare altro. Siamo qui, di fronte ad una copertina nera, a nascondere le nostre paure che ad un certo punto qualcuno ci sbatte in faccia. Non la fine in quanto tale, ma il percorso, unico e personale, che si compirà nel momento in cui avremo il coraggio di guardarci dentro.

«Perché la morte è così ingiusta. Perché quando uno ha gustato il sapore della vita, la morte non sembra nemmeno una cosa naturale. Io credevo, dentro di me ne ero certo, che la vita durasse in eterno». Non è l'idea della morte a fare male, ma l'individuo stesso, il corpo segnato e la coscienza ferita.

È inevitabile chiedersi se sia giusto dimenticare tutti i personaggi, dimenticare gli eccessi vitali che caratterizzano l'opera di Roth.

Basta non avere paura della verità, della scoperta (o conferma) dell'inevitabile decadenza, della perdita di qualunque certezza, anche quelle che sembravano assolute. Per questo la narrazione è quanto mai essenziale, le altre storie poco importanti di fronte all'uomo senza nome, alla sua sfrontatezza che si rivelerà vana, nel momento in cui la

vita chiede il conto.

Non c'è lieto fine in un romanzo che inizia con un funerale e si chiude dopo un colloquio con un vecchio becchino. Eppure la cosa che davvero colpisce, e che ha fatto di questo libro uno dei più controversi di Roth, è l'immediatezza di alcune immagini, la durezza di certe descrizioni, nessun esorcismo letterario, anzi il desiderio di proporre, come semplicemente inevitabile, qualcosa che spesso è più facile fare finta di dimenticare.

«La cosa più straziante è sempre la normalità, il constatare ancora una volta che la realtà della morte schiaccia ogni cosa».



Micologia che passione!

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

Funghi commestibili e velenosi

Continua la descrizione di alcune specie di funghi commestibili e velenosi rintracciabili tra le specie più comuni. Questo è stato un anno particolare, per la scarsa produzione di miceti nei mesi estivi, (luglio, agosto, settembre) ed invece una buona produzione all'inizio e a metà del mese di ottobre.

MACROLEPIOTA PROCERA commestibile

Specie di grosse dimensioni, frequente nella nostra regione, facile da identificare, anche se va fatta sempre attenzione ad alcune caratteristiche che la differenziano da altre specie simili.

Cappello: può raggiungere anche i 30 cm di diametro, inizialmente sferico, ovoidale, poi disteso, appianato, ma sempre con umbone centrale. Cuticola secca, opaca, che si lacera ben presto in squame di colore brunastre, lasciando apparire un sottofondo biancastro-fibrilloso; sono più persistenti verso il centro che al bordo, subendo l'effetto della pioggia che può asportarle quasi completamente.

Lamelle: fitte, libere al gambo, bianche volgenti al roseo o al giallo con il tempo.

Gambo: molto lungo (fino a 30 cm.), cilindrico, ingrossato dall'alto verso il basso, termina alla base con un grosso bulbo; è fibroso ed internamente cavo; presenta caratteristiche screziature brunastre che ricordano la pelle di un serpente. Ha un anello mobile di colore bianco nella parte superiore, mentre inferiormente è di un colore simile al gambo.

Carne: tenera nel cappello, biancastra, di buon gusto e con marcato odore di nocciola negli esemplari giovani.

Habitat: cresce ovunque in boschi di latifoglie e conifere ed anche in terreni sassosi, dalla primavera all'autunno.

Note di commestibilità: fungo commestibile, del quale è usufruibile solo il cappello; il gambo, esclusivamente se essiccato. Necessita tuttavia di lunga cottura.



Foto 1: *Macrolepiota procera*

LYOPHYLLUM CONNATUM commestibile

Cappello: 2-7 cm. prima emisferico poi espanso, con orlo sporgente oltre le lamelle, ondulato, superficie pruinoso-opaca di colore bianco poi cenereo-gnolo.

Lamelle: abbastanza fitte, con lamelle bianche concolori al cappello.

Gambo: cespitoso, slanciato, pruinoso, bianco o biancastro, pieno.

Carne: compatta, bianca, con odore sui generis e sapore mite.

Habitat: da luglio a novembre in luoghi umidi, presso fossati ed altri corsi d'acqua spesso coperta da foglie molto grandi "Petasites sp".

Note di commestibilità: fungo ritenuto commestibile sin dall'epoca dell'Abate Bresadola.



Foto 2: *Lyophyllum connatum*

AMANITA OVOIDEA velenoso

Cappello: largo fino a 20 cm. di diametro, di colore bianco avorio; il bordo del cappello ha spesso delle appendici del residuo del velo.

Lamelle: libere colore paglierino, lieve riflesso rosato.

Gambo: alto fino a 15 cm., robusto, solido, cilindrico con base bulbosa e radicante, ricoperto nella sua interezza da fioccosità burrose asportabili con facilità, anello cremoso, labile, e volva ampia bianca, libera dal gambo.

Carne: bianca con odore salmastro

Habitat: in boschi di quercia mediterranea (leccio ecc.).

Note di commestibilità: fungo abbastanza raro nella nostra regione per le condizioni climatiche ed habitat, considerato commestibile fino a poco tempo fa, ora viene ritenuto velenoso, come l'Amanita proxima dalla quale si distingue solamente per la volva ocracea. Il fungo è in grado di determinare una insufficienza renale acuta reversibile.

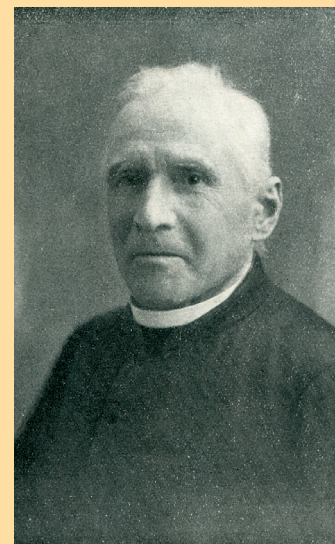


Foto 3: Amanita ovoidea (Foto di E. Brunelli)

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

UN RICORDO DI BRESADOLA AD 80 ANNI DALLA SUA MORTE

Ci sembra estremamente importante ricordare questo Micologo di fama Mondiale, nato ad Ortisè nel comune di Mezzana (Val di Sole) nel 1847. Frequentate le scuole tecniche a Rovereto, entra a 16 anni in seminario e quindi viene ordinato prete. Dapprima coadiutore a Baselga di Pinè, a Roncegno, Malè e quindi dal 1874 parroco a Magras in Val di Sole. Chiamato a Trento nel 1885, presso la Curia, con mansioni di amministratore del Capitolo della Cattedrale, resta in carica fino al 1910 data dalla quale si ritira per andare in pensione. Muore a Trento nella sua modesta abitazione in Via Cristoforo Madruzzo il 9 Giugno 1929. Il suo nome è oggi conosciuto anche dall'ultimo dei micologi dilettanti.



Ha avuto rapporti con micologi di tutto il mondo e con professori universitari della Università di Padova che ne riconobbero il suo valore a livello mondiale. Ancora dai primi fascicoli appare il suo non comune valore di scienziato ed artista.

Le società botaniche micologiche ed i musei di ogni parte del Mondo fanno a gara per reclamarlo loro socio onorario.

Molti musei di fama mondiale inviano preziosi erbari per la revisione delle loro raccolte fungine. In questo modo il suo studio si rivolge alla micologia mondiale.

Riceve addirittura da classificare esemplari dall'America, Asia ed Africa. Vive in umiltà e povertà, circondato dalla universale ammirazione e venerazione, dopo aver avuto la soddisfazione di vedere uscire i primi volumi della sua "Iconographia Micologica" in latino, contenente 1500 funghi illustrati dalla sua mano di acquerellista.

L' A.P.P.E.D. colpisce ancora

di Pietro Vidotto*

Nel mese di giugno siamo stati contattati da alcune misteriose mail provenienti da una altrettanto misteriosa (almeno per noi) A.P.P.E.D. (Associazione Provinciale Pordenonese Emodializzati, Trapiantati e Nefropatici, praticamente l' A.P.A.N. di Pordenone!!) che chiedevano informazioni sulla nostra Associazione, scopi e finalità, serietà e caratterizzazione. Al termine dei contatti, quando gli amici di Pordenone hanno capito che eravamo "proprio uguali", è arrivata la loro proposta: veniamo a conoscervi. Sono seguite altre mail ed altre telefonate e, il 19 luglio, sono arrivati. Ecco la presentazione dell' A.P.P.E.D e il resoconto della giornata, vista dal loro Presidente, il dinamico, incontenibile ed instancabile Pietro Vidotto.

In questo 2009 l'Associazione (A.P.P.E.D.) ha vissuto un periodo più tranquillo (e meno male! n.d.r.). Abbiamo terminato la campagna "un televisore per ogni posto dialisi", fornendo gli ultimi televisori ai reparti di Maniago e Spilimbergo, celebrato la Giornata Nazionale del Rene e la giornata "Eco...logicamente Volontariato".

Il 10 ottobre, in occasione della Giornata Nazionale del Dializzato, al teatro Concordia di Pordenone ci sarà una serata lirica. Seguirà il pranzo sociale, con le elezioni per il rinnovo del consiglio e del presidente.

Ci siamo riposati, dopo le fatiche fatte in occasione del Congresso Nazionale di Nefrologia, svoltosi in ottobre 2008.

Il fiore all'occhiello è stato il 19 luglio. Qualche mese addietro, su Rene & Salute, rivista di informazione e cultura della Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.), di Trento, appariva un articolo dal titolo "TV in dialisi". Si trattava di un progetto per alleviare parzialmente il peso delle sedute dialitiche agli ospiti del Reparto di Dialisi di Trento, con l'installazione di alcuni televisori.

L'A.P.A.N. ringrazia di cuore gli amici di Pordenone, per la loro generosità ma anche per la loro simpatia. È proprio vero, tra le due realtà è stato amore a prima vista.

Colgo l'occasione per aggiornare i lettori a proposito della iniziativa "televisori in dialisi", la cui installazione è stata ritardata da lavori di sistemazione del reparto, che ormai avrebbero dovuto essere conclusi ma che, purtroppo, sono iniziati solo in questi giorni. Però c'è anche una notizia buona. La notizia buona è che nel frattempo la tecnologia ha messo a disposizione dei piccoli televisori "singoli", che possono essere agganciati con un braccio snodato sopra il letto dei pazienti, che sembrano fatti apposta per un reparto ospedaliero. Questo modello di televisore ci consente di superare alcune difficoltà tecniche, che avrebbero reso un po' complessa la installazione. Speriamo di poter concludere in tempi ragionevoli questa iniziativa, che preme molto all'A.P.A.N..

Il redattore concludeva: "ci auguriamo che i tempi abbiano cadenze ravvicinate. Noi ci siamo".

Visto l'articolo, l'A.P.P.E.D. si è messa subito in moto. Ci siamo messi in contatto con Trento ed abbiamo illustrato ciò che noi avevamo fatto per gli ospedali della nostra Provincia. Abbiamo deciso subito di andare a Trento, per portare il nostro apporto alla loro iniziativa.

Così è nata l'iniziativa del gemellaggio tra le due realtà e, dopo vari scambi di e-mail, il 19 luglio siamo partiti per Trento in 23. Con noi c'era anche il dottor Giacomo Panarello, responsabile della S.O. Interaziendale di Nefrologia e Dialisi.

A Trento ci ha accolto dottoressa Serena Belli, presidente dell'A.P.A.N. con i suoi più stretti collaboratori, in particolare il signor Gianni (pezzo forte della Associazione, un vulcano di idee). Dopo le presentazioni, ci siamo recati in Ospedale per la visita al Centro Dialisi e alla Nefrologia, un bel reparto ordinato, pulito ed accogliente. Le infermiere si sono dimostrate gentilissime, simpatiche, disponibili. Un ambiente davvero familiare. Il Primario, dottor Giuliano Brunori, era assente per motivi di lavoro, ma è stato efficacemente sostituito dalla dottoressa Cristina Andreotti (nella foto



sopra) la quale, dopo averci fatto visitare il Reparto, ci ha illustrato i loro metodi di dialisi, inoltre ha potuto scambiare con il dottor Panarello osservazioni

e commenti sul reciproco modello di gestione dei pazienti. Ci siamo poi recati al Ristorante Everest, dove ci hanno raggiunti altri soci A.P.A.N., e dove abbiamo ufficializzato il gemellaggio, donando all'A.P.A.N. il nostro contributo per l'acquisto di un televisore.

Tra i due gruppi si è creata un'amicizia spontanea ed immediata, consolidata dalla successiva visita alla città di Trento, dove abbiamo colto bellezze, che non avremmo mai immaginato.

È stata una giornata particolare, improntata su due realtà, Trento e Pordenone, ma si trattava della medesima esperienza di vita.

* Pietro Vidotto è Presidente A.P.P.E.D.



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

**L'A.P.A.N. ringrazia le seguenti ditte
di Mezzolombardo**

- **CARROZZERIA
PALLANCH**
- **FEDRIZZI ROSANNA
ABBIGLIAMENTO**
- **FEDRIZZI VIGILIO
CALZATURE**
- **GIOIELLERIA OROLOGERIA
TOPKAPY**
- **MODA INTIMA
ARMONY**
- **CARTOLERIA
BERTAGNOLLI**
- **LAVANDERIA
MARTA**

***Grazie alla loro generosità la nostra Associazione
potrà più agevolmente promuovere e sostenere
le numerose iniziative mirate a prevenire le malattie renali,
a divulgare una cultura nefrologica, assistere e sostenere
i concittadini coinvolti in tali problematiche.***

RenArt

artisti per la donazione



L'ASSOCIAZIONE
PROVINCIALE
AMICI DELLA
NEFROLOGIA


AUGURA
A TUTTI

UN SERENO
NATALE E
FELICE
ANNO
NUOVO!

RenArt

artisti per la donazione




PALAZZO TRENTINI

ALOSTRE

Consiglio
della Provincia Autonoma di Trento

Trento - Via Mancini, 27
www.consiglio.provincia.tn.it