

R&S



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXV - APRILE 2010 - N. 1 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ **ANCHE PER I FARMACI VALE LA RACCOLTA DIFFERENZIATA**
- ▶ **È NATO IL LETTOCULLA**
- ▶ **INSUFFICIENZA RENALE ACUTA E METODICHE DEPURATIVE IN TERAPIA INTENSIVA**
- ▶ **RICERCA GENETICA E INSUFFICIENZA RENALE**
- ▶ **SULL'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO RENALE A TRENTO NEL 2009**
- ▶ **GIORNATA MONDIALE DEL RENE: PERCHÈ VALE**
- ▶ **IL PARADISO RITROVATO**
- ▶ **GLI UCCELLI DI NEW YORK**
- ▶ **LA RELAZIONE PRECOCE MADRE - BAMBINO**
- ▶ **CONDANNATI AD ESSERE LIBERI**
- ▶ **SPICCIOLI PER LA REGINA**
- ▶ **NIFFOI: CON INTENSITÀ DI SENTIMENTI E DI EMOZIONI**
- ▶ **LA SIGNORA ADELINA, CHIROMANTE**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **L'EREMO DEI SS. GIACOMO E SILVESTRO**

sommario

Anche per i farmaci vale la raccolta differenziata	3
di <i>Serena Belli</i>	
È nato il Lettoculla	5
a cura di <i>Alberto Valli e Camillo Lanzinger</i>	
Insufficienza renale acuta e metodiche depurative in terapia intensiva	7
di <i>Fabrizio Valente</i>	
Ricerca genetica e insufficienza renale	9
di <i>Cristian Pattaro</i>	
Sull'attività di trapianto renale a Trento nel 2009	11
di <i>Cristina Andreotti</i>	
Giornata mondiale del rene: perchè vale	12
di <i>Gianni Toninato</i>	
Il paradiso ritrovato	14
di <i>Gianni Toninato</i>	
Notizie dall'Associazione	16
a cura di <i>Gianni Toninato</i>	
Gli uccelli di New York	18
di <i>Maurizio Ragagni</i>	
La relazione precoce madre - bambino	20
di <i>Antonella Lama</i>	
Condannati ad essere liberi	22
di <i>Aldo Nardi</i>	
Spiccioli per la Regina	23
di <i>Anna Maria Ercilli</i>	
Niffoi: lo scrittore sardo dell'universalità Con intensità di sentimenti e di emozioni	24
di <i>Lonely Bear</i>	
La signora Adelina, chiromante	26
di <i>Lorenzo Ricci</i>	
Micologia che passione!	28
di <i>Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i>	
L'eremo dei Santi Giacomo e Silvestro	30
di <i>Genny Tartarotti</i>	

Cari Soci e Simpatizzanti APAN,

nei giorni scorsi c'è stata l'annuale Assemblea dei Soci. Purtroppo i presenti erano sempre i soliti noti del Direttivo, pochissimi gli altri intervenuti. Peccato, sarebbe stata una occasione di incontro, che avrebbe fatto piacere a molti di noi. Voglio comunque riportare due cose che sono emerse da tale assemblea, che dovrebbero interessare tutti. La prima è che si è deciso di mantenere la quota associativa di 15,00 euro. Di questa cifra, coperte le spese postali delle varie lettere e della Rivista "Rene & Salute", che l'A.P.A.N. invia a tutti voi, rimane ben poco. Abbiamo comunque deciso di fare uno sforzo, per non aumentare la quota associativa. È chiaro che, chi vuole dare un maggiore contributo all'Associazione lo può fare. Ricordo, ad esempio, che con 40,00 euro si diventa Soci Sostenitori.

Il secondo punto che mi è sembrato importante, è la necessità di trovare nuovi volontari di reparto. Ricordo che lo scopo principale dell'A.P.A.N. è quello di offrire un supporto (soprattutto psicologico) ai pazienti ricoverati nel Reparto di Nefrologia. Con l'arrivo dell'attuale primario tale impegno è stato reso più agevole, dato che il dottor Giuliano Brunori ritiene, quella del supporto ai pazienti, un valore aggiunto, che il suo reparto può offrire. Ricordo che l'impegno richiesto è di 2 ore alla settimana, a scelta tra mattino o pomeriggio: dalle 10 alle 12, o dalle 17 alle 19. Chi si fa avanti? È sufficiente contattare la Sede il mercoledì mattina (0461-914206), per accordi. Ovviamente verrà fatto un piccolo training di orientamento e le prime volte non vi lasceremo soli, ma sarete accompagnati da altri volontari.

Il Presidente
Dott.ssa Serena Belli

IN QUESTO NUMERO

ASSOCIATO
ALL'UNIONE
ITALIANA
STAMPA
PERIODICA



In copertina: "Ripa della Conca - Calanco"
Pastello su carta ginestra. Di A. Siciliano

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

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

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

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

Ermanno Brunelli, Anna Maria Ercilli, Antonio Fondriest, Antonella Lama, Camillo Lanzinger, Aldo Nardi, Cristian Pattaro, Luisa Pevarello, Maurizio Ragagni, Gianni Tartarotti, Claudio Tognoli, Gianni Toninato, Fabrizio Valente, Alberto Valli, Pietro Vidotto.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di aprile 2010.

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».

Il problema dello smaltimento dei farmaci scaduti

Anche per i farmaci vale la raccolta differenziata

di Serena Belli

“È un presidio medico chirurgico, che può avere effetti collaterali anche gravi, consultare il medico se il sintomo persiste. Non sapete di cosa stiamo parlando? Si tratta di una frase che sentiamo spesso alla televisione, o alla radio, durante la pubblicità di alcuni prodotti farmaceutici, detti prodotti da banco, in quanto si possono acquistare anche senza ricetta medica. Vi sarete però accorti che negli ultimi mesi questa frase incomprensibile, questo scioglilingua mediatico, è tradotto in qualcosa di più comprensibile: "è un presidio medico-chirurgico che può avere effetti collaterali anche gravi, se il sintomo persiste consultare il medico".

Infatti c'è stata una ordinanza ministeriale, forse un intervento del Garante della privacy, o una legge ad personam (malatam), o un Decreto Legge, o più probabilmente un appello della Associazione dei Consumatori, che ha obbligato a ridurre lo spazio dato alla pubblicità del prodotto, a favore di quella che dovrebbe essere una informazione utile per il fruitore della medicina.

Personalmente non credo che, nel caso in cui un consumatore fosse fermamente convinto ad acquistare ed assumere il prodotto, terrebbe in gran conto questi consigli così generici. Ho detto proprio: acquistare **ED** assumere, perché molto spesso, in Italia, il farmaco viene comperato sia a pagamento, o sia a carico del Sistema Sanitario Nazionale) ma non viene utilizzato. La scatola rimane accatastata nell'armadietto dei medicinali, per chi ne ha uno, o nel primo cassetto della vetrina della sala, per



chi non lo ha. Ovviamente sto parlando di farmaci per malattie intercorrenti non gravi, che nella maggior parte dei casi guariranno, comunque, da sole. Nel frattempo noi siamo tranquilli: in casa c'è il farmaco. Eventualmente lo potremo proporre all'amico o alla

vicina di casa, che presenta qualche sintomo vagamente simile al nostro. E il farmaco, lentamente ma inesorabilmente, si avvia alla data di scadenza, senza che noi ce ne rendiamo minimamente conto. Fino al giorno, che cade ogni 7 anni circa, peggio

del 29 febbraio, in cui si decide di controllare il famoso armadietto dei medicinali, o il meno famoso cassetto della vetrina della sala, e si apprende con orrore che è tutto scaduto, non abbiamo in casa nemmeno una aspirina valida, per farci passare il mal di testa. A questo punto ci tocca affrontare il dilemma dello smaltimento dei medicinali scaduti. Una volta al mese arriva il camper dalla Trenta, per le raccolte speciali, nella piazzetta a soli 2 km da casa, non male, ma purtroppo si fermerà solo 30 minuti: dalle 6,30 alle 7 del mattino. E allora? Allora con un po' di pazienza leggetevi il box, a fianco di questo articolo, nel quale trovate tutto quello che c'è da sapere, per fare le cose per bene.

Da parte mia vorrei, invece, dare dei consigli molto semplici, perché prima di pensare allo smaltimento dovremo pensare a non accumulare.

Ricordatevi che la maggior parte delle malattie intercorrenti, per fortuna, guarisce da sola e che la assunzione di farmaci raramente ne accorcia la durata. Un vecchio medico molto saggio mi diceva spesso: il malato è guarito **nonostante** l'intervento del medico. Un piccolo dolore, un raffreddore, l'influenza, la stipsi o la diarrea occasionali, una tosse senza febbre né difficoltà respiratoria, una cefalea saltuaria, qualche episodio di ansia senza panico, un paio di notti di insonnia ogni tanto, fanno parte della vita. Sono sintomi e malattie banali, che abbiamo tutti, per il solo fatto di essere vivi. Si risolveranno da soli, o con semplici accorgimenti, in breve tempo.

Anche un trauma leggero, una sbucciatura, una distorsione, una piccola bruciatura, un piccolo taglio, non richiedono mai l'intervento del medi-

co né, tanto meno, la corsa in Pronto Soccorso dove, appena entriamo verremo sottoposti ad accertamenti, costosi ed inutili, a medicazioni che potremmo benissimo fare a casa. La medicina difensiva purtroppo è una realtà consolidata, che non porta nessun frutto. A questo proposito ricordo la frase di un altro medico, ortopedico-pediatra che, alle mamme dei bambini portati in Pronto Soccorso, molto spesso diceva: cara signora, con la fasciatura la distorsione guarirà in 7 giorni, senza fasciatura temo che ci vorrà una settimana.

E allora, se nonostante tutto questo, decidete che nell'armadietto del Pronto Soccorso volete avere comunque un po' di medicine *per la bisogna*, cosa posso dirvi? Forse: È un presidio medico chirurgico, che può avere effetti collaterali anche gravi, consultare il medico se il sintomo persiste.

Smaltimento farmaci scaduti:

Lo smaltimento dei farmaci scaduti avviene attraverso la termodistruzione, oppure attraverso la loro inertizzazione in contenitori ermetici.

La parte pericolosa è quella costituita dai principi attivi. In discarica, mischiati alla spazzatura, possono dar luogo ad emanazioni tossiche e possono inquinare il percolato (il liquido che si accumula sul fondo della discarica). La presenza di antibiotici nei rifiuti può favorire la selezione di ceppi di batteri pericolosi.

E' per questo motivo che i farmaci scaduti non devono essere gettati nei normali cassonetti, ma collocati negli appositi contenitori, presso le farmacie e le isole ecologiche.

Potete restituire i medicinali scaduti alle **farmacie** o portarli negli **ambulatori** dei medici, se provvisti degli appositi contenitori per la raccolta differenziata dei farmaci.

Prima di consegnare i medicinali scaduti si consiglia di togliere le scatole e i foglietti illustrativi, che possono essere riciclati con la carta. Potete fare lo stesso per le pillole in flaconi di vetro, destinando i flaconi ai contenitori del vetro. Togliendo gli imballaggi ridurrete le dimensioni dei medicinali da portare in farmacia e avvierete al recupero tanti materiali utili.

Fate molta attenzione a non lasciare i farmaci (pillole, flaconi, ecc.) alla portata dei bambini, potrebbero ingerirli con gravi conseguenze!



Per favorire il lavoro infermieristico con i pazienti

È nato il lettoculla

di Alberto Valli* e Camillo Lanzinger

Una delle numerose attività, che quotidianamente hanno luogo nelle corsie d'ospedale, è quella di accudire i pazienti, in particolare quelli non autosufficienti. Ne consegue che il lavoro infermieristico con questo tipo di ammalati è molto faticoso, a causa delle necessità di igiene quotidiana, del cambio delle lenzuola e di spostamento, in particolare nel caso di pazienti che sono molto grandi od obesi.

Senza dubbio, la recente introduzione dei sollevatori, resi obbligatori della legge 626, ha ridotto in parte le fatiche degli infermieri, specie per quanto riguarda gli sforzi che gravano sulla schiena, ma i sollevatori non aiutano in molte delle attività quotidiane sopra menzionate.

La continua osservazione del lavoro in corsia, mi ha spinto a riflettere sul fatto che forse sarebbe stato utile far basculare il letto lateralmente, in modo da risparmiare all'operatore la fase più faticosa della rotazione, quella del primo sollevamento, quando il paziente è in posizione orizzontale, supina. Se il giaciglio è inclinato di lato, lo sforzo richiesto per l'ulteriore rotazione del malato è una frazione di quella iniziale. Infatti, la forza necessaria per mantenere il paziente su di un fianco è molto inferiore a quella necessaria per sollevarlo solo un pò, quando questi è in posizione supina. Il basculare del letto mi ha ricordato le culle dei bimbi, che vedevo da piccolo, e che le madri facevano oscillare con un piede per farli dormire. In quel caso l'intera culla si muoveva su appoggi a pavimento curvi.

Il dondolio, la leggera oscillazione del letto, è un movimento che favorisce il sonno anche da adulti: si prova la stessa situazione in barca con le onde del mare e sull'amaca.

Quindi l'idea di far oscillare il giaciglio anziché cambiare la posizione del paziente era, in fin dei conti, la riproposizione in ambito ospedaliero di un'idea antica e sperimentata, probabilmente il sistema migliore e più pratico. Per evitare che il paziente scivolasse di lato durante il basculaggio, ho sviluppato una soluzione altrettanto semplice: il giaciglio a forma concava.

Tutto questo in teoria, ma in pratica? A lungo ho riflettuto su come avrei potuto realizzare la mia idea.

Non era possibile pensare di costruire un modello in miniatura, perché non sarebbe servito a fare delle prove pratiche di funzionamento, sicure per l'impiego reale. Bisognava quindi realizzare un vero "letto basculante". Grazie a suor Laureta, Madre Superiora dell'Istituto Ospedaliero San Camillo di Trento ai tempi del progetto, che ha provveduto a farmi avere un vecchio letto, e grazie alla collaborazione di un paziente della valle di Rabbi, il signor Donati, e di un suo amico, il signor Valentini, esperto meccanico, è stato possibile progettare e realizzare un prototipo per le



prime sperimentazioni (Vedi foto). Come nelle migliori tradizioni si è lavorato in un garage e per creare il basculaggio si è utilizzato un motore da lavatrice. Per le prime sperimentazioni, utili per avere informazioni qualitative e dati di base, abbiamo utilizzato la collaborazione di parenti ed amici.

Fatte le prime verifiche, si trattava di costruire un secondo prototipo, più elaborato riguardo alle funzioni, alla possibilità di controllo e di automazione. Di conoscente in conoscente, in breve si è costituito un gruppo di lavoro che, oltre al sottoscritto, com-



prende due ingegneri con esperienze diverse: Lanzinger e Frigo, ed un industriale, Viero, proprietario della Sovem, azienda di Schio specializzata in carpenteria fine in acciaio inox, già fornitrice di componenti per l'industria di attrezzature sanitarie.

Nel corso della progettazione l'ingegner Lanzinger ha sviluppato un'altra delle caratteristiche che rendono unico sul mercato il LettoCulla: il passaggio del giaciglio dalla configurazione piana a quella concava. In questo modo il paziente riposa normalmente in piano, e viene contenuto nella "culla" concava quando si dà luogo al basculaggio.

E' nato quindi un letto estremamente tecnologico, con basculaggio regolabile in angolatura, velocità e tempi di sosta, sia al centro che alle estremità. Il letto è anche diviso in tre segmenti, lungo l'asse longitudinale, per cui possono essere sollevate indipendentemente le varie sezioni della schiena e delle gambe. L'altezza del letto da terra è regolabile a motore, ed a motore sono comandabili le posizioni trendelemburg ed anti-trendelemburg. Tutte le funzioni sono computerizzate e definite in una serie di programmi, che lasciano al medico la scelta dei parametri adatti al singolo paziente. Nella figura qui a fianco il terzo prototipo, ulteriormente affinato.



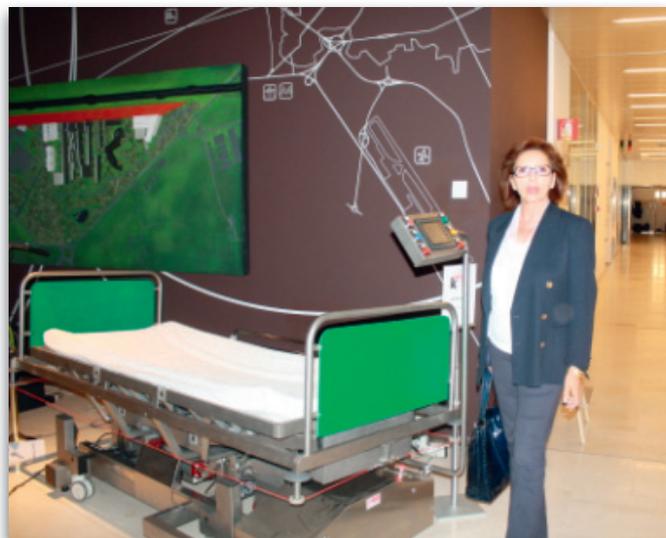
Il LettoCulla è stato selezionato tra i 6 migliori progetti, su 120 presentati, in un concorso per idee di innovazione, indetto dall'associazione di imprese per la meccatronica Kilometrorosso di Bergamo.

Quali sono i vantaggi offerti dal LettoCulla, che a questo punto penso sia chiaro che non è "un letto" bensì "una cella di confort e riabilitazione"?

Un problema facilmente verificabile, in molti reparti di medicina e lungodegenza, è l'alto grado di inabilità presente e la necessità di mobilitare molto frequentemente i pazienti, con grande carico di lavoro sul personale.

Con il LettoCulla vengono tagliati i costi dell'assistenza, sia con riferimento al tempo impiegato dal personale infermieristico, sia per quanto riguarda l'affaticamento da sforzo fisico. Viene infatti facilitata la movimentazione del paziente in occasione del cambio lenzuola e cambio di abiti; con l'interposizione di un telo impermeabile viene attuata la pulizia, favorita dal giaciglio a forma concava; viene automatizzata la movimentazione alternata sui fianchi che, se necessario, può essere programmata anche sulle 24 ore. Viene anche "virtualmente" eliminato il problema delle piaghe da decubito, soprattutto nei pazienti con problemi neurologici, con fratture di anca, femore e bacino, o pazienti in coma o nel post-ictus.

Con i movimenti programmabili delle singole sezioni del LettoCulla, si può anche attuare una riabilitazione del pa-



ziente attraverso movimenti passivi. Dal punto di vista medico la movimentazione può aiutare a ripristinare la circolazione del sangue, ridurre la perdita di calcio dalle ossa e facilitare il ripristino, o il mantenimento, delle masse muscolari, che altrimenti si ridurrebbero a causa dell'assenza di attività.

Come si può immaginare da quanto fin qui spiegato, non si tratta quindi di un semplice letto, con motori dimensionati, per il semplice posizionamento - poche volte al giorno - delle sezioni della schiena ed, eventualmente, delle gambe, ma di una vera e propria "macchina" per impieghi gravosi, capace di movimenti complessi continui e programmabili.

Ovviamente il peso del LettoCulla è maggiore di quello di un letto tradizionale, e anche il costo supera quello di un semplice letto, anche se non di molto rispetto ai sistemi antidecubito evoluti, presenti sul mercato. D'altra parte questa innovazione offre prestazioni in grado di dare enormi vantaggi alla gestione infermieristica del paziente immobilizzato e di aprire nuove strade al trattamento medico.

* Dr. Alberto Valli primario di Medicina presso l'ospedale S. Camillo di Trento

** Ing. Camillo Lanzinger è co-progettista del "LettoCulla"

L'esperienza di Trento nel quadriennio 2006-2009

Insufficienza renale acuta e metodiche depurative in terapia intensiva

di Fabrizio Valente*

Con grande entusiasmo abbiamo deciso di organizzare un gruppo di lavoro a cui è seguito un incontro presso l'Auditorium dell'Ospedale Santa Chiara il 27 marzo scorso per focalizzare l'attività svolta negli ultimi 4 anni in Terapia Intensiva.

Questo incontro è stato anche l'occasione per riconoscere l'impegno ed il carico di lavoro del personale della Dialisi dell'Ospedale S. Chiara, che si è prodigato per contribuire alla sopravvivenza di pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva.

I pazienti definiti "critici" sono persone che, per le loro compromesse condizioni cliniche, necessitano per sopravvivere di un grande impegno da parte del personale sanitario, che si traduce in uno stretto monitoraggio clinico e supporto di presidi strumentali e farmacologici tali da garantire i parametri vitali.

In questo contesto di gravità più sono gli organi (cuore, polmone, sistema nervoso centrale, rene, fegato) interessati da un processo patologico, che ne determina la perdita delle naturali funzioni, maggiore è la probabilità di non sopravvivere.

Al quadro descritto si può associare anche l'insufficiente funzionamento del rene, espressione di un danno renale acuto, in genere diagnosticabile dalla contrazione della diuresi e da un incremento dei valori plasmatici di creatinina. In taluni casi il danno è risolvibile mediante un'adeguata terapia medica, ma talvolta le lesioni sono tali da rendere necessario il trattamento dialitico per sostituire l'insufficiente



funzione renale. In pazienti così critici si rende necessario l'utilizzo di apparecchi specifici, che per le loro caratteristiche tecniche ci permettono di eseguire il trattamento dialitico anche in pazienti emodinamicamente instabili, operazione talvolta impossibile con i monitor per l'emodialisi tradizionale.

Nella prima parte del nostro incontro, abbiamo sottolineato la differenza tra insufficienza renale acuta acquisita in comunità e quella acquisita in Ospedale. La prima, in genere, è

l'espressione di un deficit d'organo isolato, ossia coinvolge solo il rene, è diagnosticata e trattata in ambiente internistico ed ha una buona prognosi, sia per la sopravvivenza del paziente che per il recupero della funzionalità renale.

Diversa è invece la prognosi nell'insufficienza renale acquisita in Ospedale, in cui il rene è solo uno dei tanti organi coinvolti nel corso di una malattia sistemica, e sono proprio questi i pazienti critici che tanto impegnano il personale della Terapia Intensiva.

Altro dato importante emerso nel corso della discussione è stato il confronto tra i dati della letteratura internazionale in termini di epidemiologia dell'insufficienza renale acquisita in ospedale e i nostri dati degli ultimi quattro anni. Si è visto che l'incidenza di insufficienza renale acuta necessitante trattamento dialitico è stata pari all'1,4% su 4487 pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, dato sicuramente confortante rispetto al 4 % riportato in letteratura.

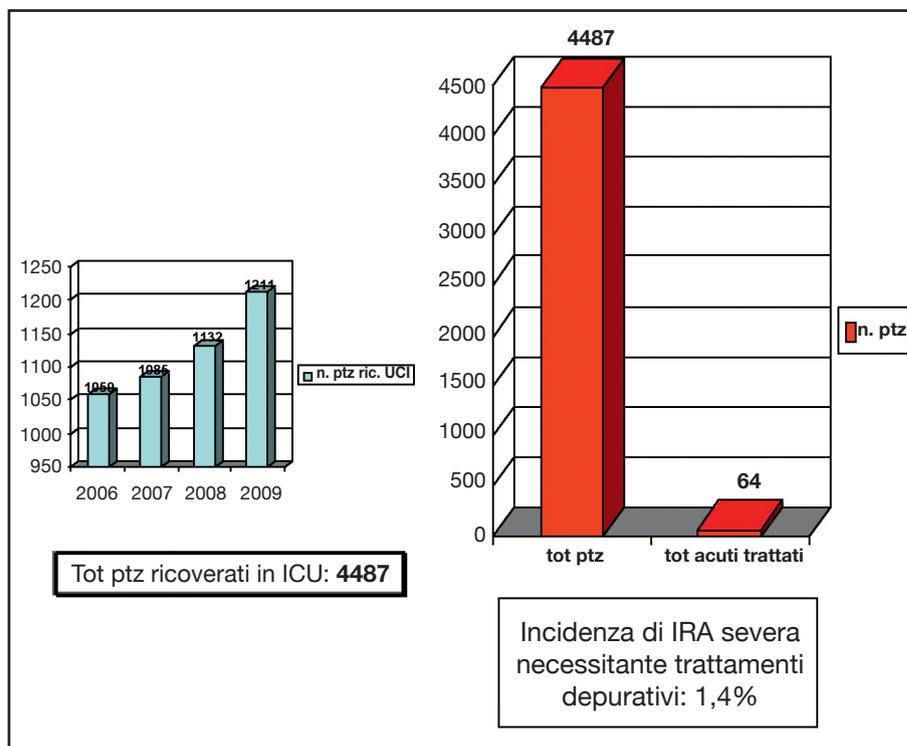
La dottoressa Venturelli ha poi esposto la complessa fisiopatologia dell'insufficienza renale acuta in corso di sepsi, evento gravato da elevata mortalità, ma anche campo di intensi sviluppi tecnologici in cui trattamenti extracorporei, dedicati alla rimozione di sostanze chiave nella genesi e mantenimento della sepsi, come la CPFA (Plasmafiltrazione ed Adsorbimento associate) e l'emoperfusione con Polimixina, hanno permesso di migliorare la sopravvivenza in questo gruppo di pazienti.

Nel terzo intervento, il Dottor Laudon ha descritto l'importanza della corretta gestione delle risorse farmacologiche e diagnostiche a nostra disposizione, talora necessarie per recare un beneficio ma talora anche causa di danno ad un organo come il rene. Aggiustare la posologia dei farmaci in relazione al grado di funzione renale è un atto medico di responsabilità e buona pratica.

Il dottor Midiri ha focalizzato il rischio di insufficienza renale acuta nei pazienti sottoposti ad interventi maggiori, in dettaglio l'intervento cardiocirurgico, sottolineando la necessità di un approccio multidisciplinare tra cardiocirurgo, intensivista e nefrologo nel decorso post operatorio di questi pazienti.

Infine l'Infermiere Genetti ha brillantemente illustrato le caratteristiche tecniche e gestionali dell'apparecchio dialitico che abitualmente utilizziamo in Terapia Intensiva.

In conclusione vorrei che questo evento potesse rappresentare un punto di partenza, per analizzare criticamente il



lavoro svolto, trovarne punti di forza o debolezza così da ritrovarci negli anni a venire più consapevoli e sicuri della qualità del nostro lavoro, supportata dalla validità oggettiva dei nostri dati.

* Dr. Fabrizio Valente Medico presso la S. C. di Nefrologia-Dialisi di Trento

Prospettive per una migliore prevenzione della insufficienza renale

Ricerca genetica e insufficienza renale

di Cristian Pattaro*

Un recente documento della Società Italiana di Nefrologia definisce l'insufficienza renale cronica come un problema di salute pubblica di prima grandezza. In assenza di dati ufficiali sulla prevalenza in Italia, possiamo osservare quanto riportato in altri Paesi "occidentali", al fine di farci un'idea della rilevanza del problema. Negli Stati Uniti, oltre il 13% della popolazione adulta soffre di insufficienza renale, da lieve a severa. In Europa, le percentuali oscillano dal 9% dell'Islanda, al 10-11% di Norvegia e Olanda, fino ad oltre il 12% della Spagna. In Europa quindi, un adulto su dieci ha una funzione renale da lievemente a severamente compromessa. Oltre a un maggior rischio di dialisi, queste persone hanno un maggior rischio di malattie cardiovascolari. Inoltre, tra le persone con funzione renale ridotta, la mortalità per cause diverse è maggiore, che nelle persone con funzione renale normale.

Questi dati epidemiologici possono risultare in qualche modo impressionanti. E' pertanto utile inquadrare meglio il concetto di insufficienza renale cronica. L'insufficienza renale rientra nella categoria delle cosiddette malattie "complesse", vale a dire malattie riconducibili ad un elevato numero di possibili cause e soggette a molteplici fattori di rischio. Nel caso specifico, i fattori più comuni, che favoriscono l'insorgenza di insufficienza renale, sono l'ipertensione, il diabete mellito, le pielonefriti, la malattia del rene policistico, le glomerulonefriti, oltre a una serie di sindromi più rare e diverse anomalie congenite. Altri fattori associati ad una più alta probabilità di

sviluppare la malattia, o a un suo decorso più rapido, sono il fumo, l'età, l'aver familiari con malattia renale, la appartenenza etnica.

All'Istituto di Medicina Genetica dell'Accademia Europea di Bolzano (EURAC) siamo coinvolti nello studio della genetica della funzione renale nella popolazione generale. Tra il 2002 e il 2003, lo studio MICROS ha raccolto dati relativi ad oltre 1400 abitanti della Val Venosta. Obiettivo dello studio è stato l'individuazione di geni associati a patologie cardiovascolari, renali, neurologiche e metaboliche. Alle persone che volontariamente hanno accettato di partecipare è stato somministrato un questionario standardizzato per accertare: presenza di patologie, utilizzo di farmaci, esposizione a fattori di rischio conosciuti. È stato effettuato un prelievo di sangue al fine di analizzare il DNA e i tipici indicatori bioumorali. Tra questi ultimi, abbiamo misurato la creatinina sierica e la cistatina C, che sono comunemente utilizzate per stimare il tasso di filtrazione glomerulare, conosciuto con la sigla "GFR". Il GFR esprime la capacità dei reni di eliminare, tramite filtrazione, le tossine dal corpo. Mentre valori elevati di GFR corrispondono a un buono stato di salute renale, valori ridotti indicano la presenza di qualche malfunzionamento.

La disponibilità di dati genealogici, ottenuti grazie a un attento e prolungato lavoro di ricostruzione della storia familiare delle persone coinvolte in questo studio, ci ha consentito di accertare in quale percentuale i valori del GFR, o della creatinina, siano ereditabili. La nostra ricerca ha coinvolto altri due studi (lo studio ERF, in Olanda, e lo studio VIS, in Croazia), per un totale di 2859 partecipanti.



Laboratorio - EURAC (Bolzano)

Abbiamo osservato che le differenze inter-individuali dei valori di creatinina (e quindi di GFR) dipendono dal nostro DNA, per una percentuale superiore al 25%. Questa percentuale aumenta notevolmente se si escludono dall'analisi le persone con ipertensione o diabete. In queste persone infatti, la funzione renale viene intaccata proprio dalle due patologie, e di conseguenza valori alterati della creatinina non dipendono dalla genetica, ma dall'azione dannosa dell'ipertensione e/o del diabete.

In popolazioni come quelle alpine, caratterizzate da una maggiore omogeneità di fattori ambientali (assenza di inquinamento) e di stili di vita (dieta), rispetto a popolazioni che abitano ambienti metropolitani, la percentuale attribuibile alla genetica è ancor più rilevante, perché le variazioni della creatinina non sono "sporcate" da fattori esogeni.

Nel caso della Val Venosta, ad esempio, l'ereditabilità della creatinina è del 53%, e sale al 76% se si escludono diabetici e ipertesi. Questo studio conferma quanto osservato negli ultimi 20 anni, e cioè che la funzione renale (valutata tramite la creatinina e il GFR) e le patologie renali hanno una rile-

vante aggregazione familiare. Un'ereditabilità così elevata è indicatrice di una importante componente genetica. L'analisi dei dati familiari dei tre studi citati ha individuato otto regioni del DNA che contengono geni regolatori della funzione renale. Queste regioni, che purtroppo non sono piccole e contengono decine di geni ciascuna, sono tuttora oggetto di approfondimento.

In una fase successiva, lo studio è stato allargato ad altre popolazioni (di Scozia, Svezia, Germania, oltre ad un'altra popolazione in Croazia) fino ad includere 6041 individui. Questa seconda fase, basata su marcatori del DNA molto più precisi, ha permesso di individuare tre geni, due dei quali esprimono la loro funzione nei podociti e nella membrana glomerulare basale (cioè nei reni). La funzione precisa dei tre geni è a tutt'oggi non chiara ed è oggetto di indagine da parte di diversi gruppi scientifici. Molte più risposte giungeranno dallo studio CKDGen, un consorzio comprenden-

te 30 studi, sparsi tra l'Europa e gli USA, per un totale di quasi 100.000 persone, nel quale è coinvolto anche l'Istituto presso il quale svolgo la mia attività. I risultati, disponibili nei prossimi mesi, daranno probabilmente un quadro molto più dettagliato, sia riguardo al numero dei geni individuati, che al loro effetto sulla funzione renale.

Nei prossimi anni l'epidemiologia genetica porterà all'attenzione dei sistemi sanitari nazionali una nuova collezione di fattori di rischio, che invece di chiamarsi "fumo", "alcool", o "colesterolo alto", si chiameranno "geni". Così, come già visto per il diabete, si scopriranno diverse decine di geni anche per l'insufficienza renale. Per ciascun gene individuato saranno necessari ulteriori passi, che consisteranno nello studiare come i geni interagiscano tra di loro, con il nostro stile di vita (alimentazione, fumo, sedentarietà), o con l'ambiente circostante (inquinamento), nell'accelerare o decelerare lo sviluppo delle

malattie croniche. A mano a mano che questa conoscenza progredirà, sapremo sempre meglio quali stili di vita dovremmo evitare e quali dovremmo favorire, in base al nostro personale patrimonio genetico. Infine, visto che il DNA è diverso da persona a persona, prevenzione e trattamento assumeranno un carattere più individuale e diversificato, per rispondere con sempre maggior precisione ai bisogni specifici del singolo individuo.

*Cristian Pattaro è ricercatore presso l'Istituto di Medicina Genetica, Accademia Europea di Bolzano (EURAC)



La sede dell'EURAC a Bolzano

Sull'attività di trapianto renale a Trento nel 2009

di Cristina Andreotti

Il 2009 è stato un anno molto positivo per l'attività di trapianto renale a favore dei nostri pazienti.

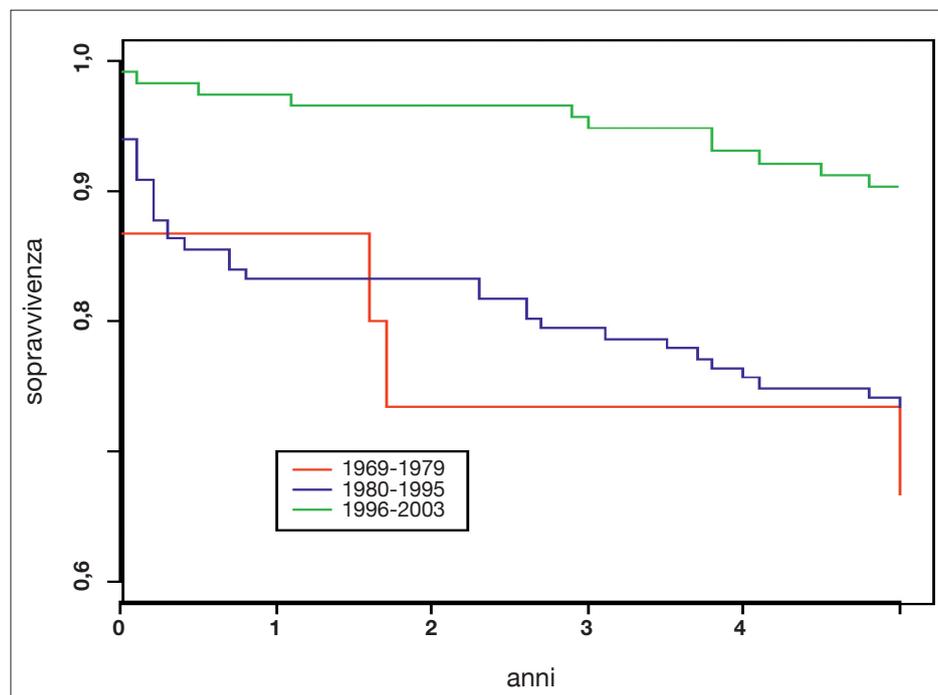
Venti persone hanno ricevuto un trapianto di rene: 17 trapianti sono stati da donatore deceduto e 3 da donatore vivente: madre a figlio, padre a figlio e moglie a marito.

Dei 17 trapianti da donatore deceduto, 11 sono stati effettuati presso il Centro Trapianti Renali di Verona, diretto dal dr Luigino Boschiero, 1 presso il Centro di Treviso e 5 presso il Centro Trapianti di Innsbruck.

A proposito di quest'ultimo Centro, ricordo che nel 2009 è stata rinnovata la convenzione tra PAT e Università di Innsbruck e che tale Centro, dal 1 ottobre 2009 è diretto dal Prof Johann Pratschke, che ha incontrato i medici dell'Ospedale S. Chiara il 5 marzo di quest'anno, in un incontro molto cordiale.

Al 31 dicembre 2009 erano 239 le persone con un trapianto renale funzionante, seguite presso l'Ambulatorio Trapianto della Struttura Complessa di Nefrologie e Dialisi dell'Ospedale S Chiara. Di questi pazienti, 9 hanno un trapianto combinato di rene e pancreas, mentre altre 7 un trapianto di rene e fegato. Infine, iscritte in lista di attesa di un trapianto renale, alla fine del 2009, avevamo in totale 36 persone.

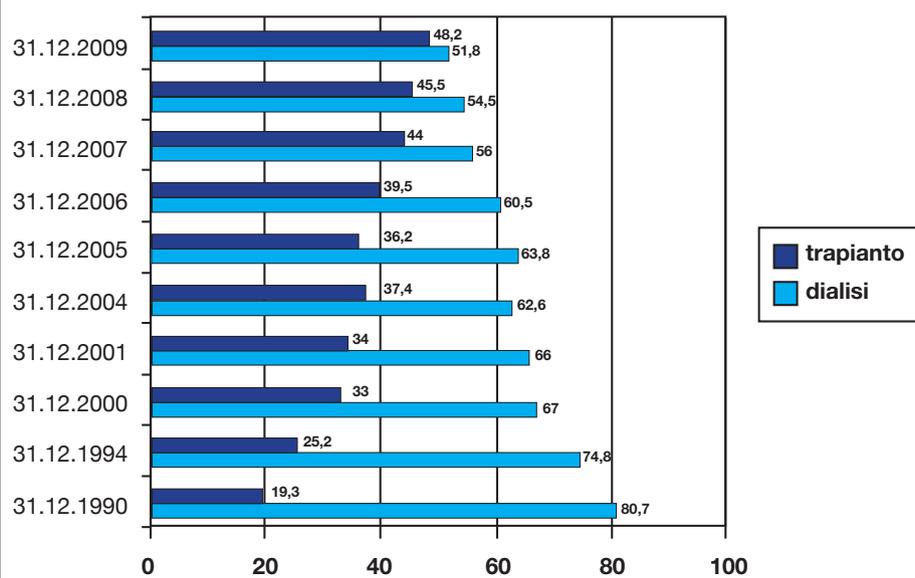
Dopo la revisione del Registro Dati dell'Ambulatorio Trapianti, effettuata nel corso dell'anno 2009 con l'aiuto delle dottoresse Gentilini e Barberi dell'Osservatorio Epidemiologico, emerge un altro dato che ci sembra molto confortante: la sopravvivenza dei reni trapiantati a 5 anni, considerando i trapianti avvenuti da 1996 in poi, è del 90%.



La costante attività di trapianto, associata al miglioramento della sopravvivenza degli organi trapiantati ha permesso, durante tutti questi anni, di raggiungere un risultato estremamente soddisfacente. Abbiamo calcolato che, a fine anno 2009, il 48.2%

della popolazione prevalente uremica, nella provincia di Trento viene trattato con il trapianto. Questi dati sottolineano l'alta valenza della donazione di organi e consentono, a noi ed ai nostri pazienti, di guardare con fiducia al futuro.

Modalità di trattamento dell'uremia nella Provincia di Trento: 1990 -2009





A Trento una convincente risposta della comunità

Giornata mondiale del rene: perchè vale

di Gianni Toninato

Chi passava la mattina dell'11 marzo nella piazza Cesare Battisti di Trento, non poteva evitare di venire attratto verso l'angolo occupato da due Camper e da un riscaldato Gazebo. Non era una scenografia studiata per promuovere prodotti gastronomici o artigianali. La posta in palio era di tutt'altro segno. Le tre file di persone che attendevano di sedere per qualche minuto all'interno delle postazioni, accuratamente attrezzate, testimoniavano una consapevole attenzione a salvaguardare quel miracolo della funzione e dell'efficienza renale che presiedono in maniera così importante agli equilibri della nostra salute. Le scritte che apparivano sui pannelli dislocati tutt'intorno parlavano di "Giornata mondiale del rene". Il valore dell'aggettivo "mondiale" non può passare inosservato. Il fenomeno di una crescente diffusione delle patologie renali, testate soprattutto nel mondo occidentale, lancia un allarme che va raccolto, a scampo di ricadute

sanitarie e di riflessi economici individuali e collettivi di grande, allarmante spessore.

Per questo è stata messa in campo una serie di iniziative, centrate su una straordinaria volontà di collaborazione fra l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi di Trento, diretta dal dr. Giuliano Brunori, l'Azienda Sanitaria Trentina e la nostra Associazione.

Messi in movimento i meccanismi organizzativi per offrire alla nostra comunità un ampio ventaglio di informazioni, attraverso le TV e le radio locali, gli organi di stampa, i contatti personali, l'11 marzo ha raccolto i frutti del generoso lavoro. Ormai la gente sapeva che era sufficiente presentarsi con il flaconcino delle urine presso i camper e il gazebo, perchè medici nefrologi e personale infermieristico potessero procedere immediatamente alle opportune analisi e al controllo della pressione arteriosa. I valori riscontrati avrebbero offerto segnali di tranquillità o suggerito ulteriori e più approfonditi esami clinici. Cosa, quest'ultima, apparsa più che opportuna per una quindicina di concittadini, per i quali, in questo primo

riscontro si è andato delineando un contesto della funzionalità renale non del tutto rassicurante.

Evitare, anche ad una sola persona, di avviarsi verso un domani di dialisi, è un valore condivisibile, sotto molti profili, non solo dagli addetti ai lavori. Si ha ormai generale consapevolezza che ogni passo in questa direzione giustifica in pieno gli sforzi ottenuti dagli organizzatori di questa iniziativa e da tutti coloro che, a vario titolo, vi hanno collaborato. Dai medici Giuliano Brunori, Cristina Comotti, Maurizio Mazzon, Chiara Venturrelli, Rosario Midiri, al personale infermieristico, tra cui Roberto, Renzo, Veronica, Loretta, Roberta, Filomena, Luisella e ovviamente a quei cittadini che hanno raccolto l'invito per accedere ai test sanitari previsti nella circostanza.

Sono stati ben 350, così ripartiti:

- Donne: 198
- Uomini: 152

La classificazione in ordine all'età ha registrato:

- 70 presenze sotto i 50 anni (25 maschi e 45 femmine)
- 188 presenze fra i 50 e i 70 anni (83 maschi e 105 donne)
- 92 presenze sopra i 70 anni (38 maschi e 54 femmine)

Le impressioni e le sensazioni raccolte dai partecipanti e dagli osservatori e puntualmente portate all'attenzione della comunità dai media locali, riecheggiano motivi di grande apprezzamento. E ciò aiuta a rafforzare anche in tutti i nostri volontari l'impegno a proseguire nelle attività più pregnanti dell'Associazione, che mirano da un lato ad estendere sempre più il versante dell'informazione e dall'altro a garantire l'opera di assistenza e sostegno a chi soffre le conseguenze dell'insufficienza renale.

Forse l'11 marzo ha aperto un'ulteriore corsia sulla strada di una maggiore sensibilizzazione per il nostro patrimonio renale.

Se così fosse, la scommessa per allentare la morsa di queste crescenti patologie potrebbe riscontrare rassicuranti segnali di successo. E la ricaduta sulla nostra comunità non sarebbe un valore da poco.

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. Eseguire 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.

Irene ha concluso felicemente la sua odissea renale iniziata a 4 anni

Il paradiso ritrovato

di Gianni Toninato

Ricordo bene quel mattino di settembre del 2008. Dalla stanza numero 2 del reparto Dialisi di Trento usciva una giovane che istintivamente scambiavo per una visitatrice o almeno per una parente di qualche paziente dializzato. Lo sguardo sereno, l'atteggiamento riservato ma cortese, l'espressione di una persona consapevole e sicura di sé non mi avrebbero mai fatto pensare a una sua storia così lunga, avvincente, emozionante. Erano i suoi primi giorni di dialisi e anche la sua provvisoria sala d'attesa per un trapianto renale ormai alle porte. Oggi, ad un anno e mezzo di distanza da quel giorno, Irene è arrivata alla fine della tortuosa serie di inquietudini sue e dei familiari per una insufficienza renale che alla sua giovinezza stava per rubare sogni e speranze.



Le chiedo di ripercorrere insieme i momenti che più le hanno segnato la giovane esistenza. Ma appena mi confida, quasi con pudore, come la sorte aveva infierito sul suo corpicino, ad appena quattro anni, mi si gela il cuore. Perché il cuore non ammette che ai bambini sia negato di vivere un loro piccolo paradiso, un loro giardino dell'Eden dove restino sconosciuti la paura, la malattia, il dolore.

Irene, in quel suo paradiso infantile, viveva fino allora felice, entusiasta del calore della famiglia e di quel "bellissimo" corso di danza classica, nel quale stava sperimentando i suoi primi voli leggiadri e le armoniose flessibilità del suo corpo.

Poi, nel dicembre del 1988, da quel paradiso viene sventuratamente sospinta ai margini, fino ad un'improvvisa e infelice via d'uscita.

Un'inspiegabile stanchezza le mortifica anche la voglia di proseguire l'adorato corso di danza. E alla madre che la va a prendere all'asilo confida innocentemente un segreto allarmante: "Oggi ho fatto la pipì rossa!"

Al momento, sull'inevitabile stupore sembra prevalere la speranza che si tratti di un incidente passeggero. Ma le successive, accurate verifiche mediche alimentano sospetti e paure. La bimba avverte il disappunto sul volto della madre. Ecco le sue parole: "Ricordo ancora il viso di mia madre in quel momento... Nessuna parola, nemmeno il suono del respiro; solo la consapevolezza nei suoi occhi che qualcosa di brutto stava per succedere". Viene ricoverata nel reparto pediatrico dell'ospedale d'Ivrea, ma vi rimane pochi giorni. I medici si trovano di fronte ad una situazione che preferiscono far meglio decifrare e seguire al Regina Margherita di Torino. "Io stavo male, molto male!".

I ricordi di quel periodo sono focalizzati fortunatamente su "i tre sim-

patici infermieri che portavano nella mia stanzetta uno strano letto, con una grande bilancia (che ovviamente serviva al rito della dialisi); i dottori, e in particolare le dottoresse Porcellini e Coppo, che sorridevano sempre e a volte sfrecciavano nei corridoi a fianco delle barelle; le animatrici che venivano a farci giocare; i due amichetti, Alberto e Arianna, con i quali preparavamo l'allestimento della sala in occasione del Natale o dei Compleanni.... E poi i nonni, che mi portavano la pasta con i ceci, che io non avrei potuto mangiare, ma che adoravo".

Tutti cercano di creare attorno a lei, piccolo angelo malato e inconsapevole, un'atmosfera di serenità, anche se il verdetto di due biopsie conferma la gravità del quadro clinico: Glomerulonefrite membranoproliferativa. I dottori cominciano a ventilare l'ipotesi di un trapianto renale. Ma il passare dei mesi, le terapie seguite, forse qualche piccolo aiuto dal cielo, portano gradualmente la sua funzionalità renale dal 15% (dicembre '88) all'80% (maggio '90). Il sentiero di un calvario che appariva segnato con ineluttabile ostinazione, ridiventa il sentiero di una ritrovata felicità per lei, per i genitori, per i fratelli, per i nonni.

Ormai ha sei anni. Torna a casa, risanata nel fisico e alleggerita nel morale. Affronta il periodo delle elementari e delle medie senza traumi e con una certa disinvoltura, visto che si fa sempre più forte in lei l'amore per lo studio. In ospedale, solo di rado, per qualche controllo.

Anche le superiori non sono per lei un percorso accidentato. Le conclude serenamente, per iniziare poi una sua prima esperienza lavorativa in un call-center. Nel 2006 il trasferimento della famiglia in Trentino. I periodici controlli al Centro Prevenzione e Cura delle malattie renali, presso



Irene a colloquio con la dott.sa Andreotti

l'Ospedale S. Chiara della città, procede in tranquillità per tutto il primo anno. Poi la dott.sa C. Comotti, che la segue, incomincia a riscontrare un innalzamento rapido e incontrollabile dell'azotemia e del potassio, mentre l'anemia ne fiacca le energie migliori. Nulla sembra più funzionare nel suo fisico, nonostante il variare della terapia e dell'alimentazione. La cosa più razionale? Predisporre alla dialisi e avviare la sequenza degli esami e delle pratiche che precludano a un inevitabile trapianto. La seguirà, in questo delicato percorso, la dott.sa Cristina Andreotti e con lei concorderà di puntare sul Centro Trapianti di Milano per la messa in lista d'attesa. "Quanto dovrò attendere perché si verifichi la disponibilità di un rene"?, chiede alla sua interlocutrice. La risposta non può certo contenere una data; si tratta sempre di una scommessa al buio.

E allora un'ombra di apprensione e di naturale smarrimento intristisce il volto di Irene. Ma non passano molti secondi. La madre "che mi accompagna a tutte le visite, senza un minimo di incertezza nella voce, mi dice che il rene me l'avrebbe dato lei! Una decisione così rapida per un atto tanto impegnativo e per me vitale mi sommerge di emozioni".

Esami clinici e analisi di laboratorio si avviano e si susseguono per lei e per la madre senza riscontri di anomalie o incompatibilità. Il momento è particolarmente delicato, ma esse si sentono

confortate dalla premurosa assistenza delle infermiere del Centro Trapianti di Trento. Intanto Irene inizia le sedute emodialitiche presso il reparto Dialisi del capoluogo trentino. È il settembre del 2008.

Riconoscente il suo pensiero alle "bellissime persone" che ha conosciuto in quei due mesi e un grazie particolare all'infermiera Cristina che ne alleggerisce le ore con grande spirito di amicizia. Ad un tratto, come avesse bisogno che io stesso ascoltassi e recepissi bene la sua convinta sensazione, mi guarda e mi dice. "Gianni, credimi: quando sei in dialisi, ti accorgi che il mondo fuori si ferma, che non importa l'età, il nome o quello che si fa nella vita. Lì siamo tutti uguali e il rispetto per chi è costretto a vivere attaccato ad una macchina nasce naturalmente in te e ti fa sentire più umano e più umile, mentre ti fa capire quali sono le cose importanti della vita".

Il seguito della sua storia è tutto in discesa. Dal 10 al 22 novembre, in Ospedale a Milano, insieme alla madre. L'intervento operatorio per espian-to ed impianto, durato 6 ore per lei e 4 per la madre, procede ottimamente per entrambe. Ma si sa che i postumi di un intervento così delicato vanno monitorati con la dovuta attenzione. E' per questo che esse preferiscono appoggiarsi ancora per un periodo ad una struttura attigua all'ospedale e con esso convenzionata.

A metà dicembre sono però di nuovo in famiglia. E così a Natale è festa ve-

ra, alimentata dalla gioia di sentire in sé e attorno a sé un'atmosfera nuova. Anche perché, oltre all'euforica presenza di parenti e amici, "posso finalmente mangiare di tutto e di più". Ormai si è spalancata la prospettiva di un futuro senza i vincoli stringenti della dialisi.

Adesso il suo cuore batte ancora più forte per la mamma e il suo pensiero è fisso "sull'amore infinito che deve provare un genitore verso un figlio...; perché ho sperimentato dentro di me che solo l'amore sa far girare il mondo nella direzione più bella". Irene non mi appare però rinchiusa nella sua piccola sfera affettiva. Lo avverto dalle parole che mi dice, mentre ci stiamo lasciando: "Vorrei tanto che chi è in attesa di trapianto avesse vicino a sé persone che gli vogliono bene, come è stato per me e che si diffondesse nel circuito dell'opinione corrente l'idea che la donazione di un rene può essere un gesto d'amore di un vivente e non solo il frutto della pietosa rassegnazione dei parenti di una persona volata in cielo". Oggi lei ha ripreso a lavorare e a vivere accanto a tante persone che le allietano la vita e che sono felici della sua "rinascita".

E nel suo cuore sente di aver finalmente ritrovato il paradiso.



notizie dall'Associazione

a cura di Gianni Toninato



Castel Trauttmansdorff
a Merano

GITA SOCIALE AGLI SPLENDIDI GIARDINI DI CASTEL TRAUTTMANSDORFF A MERANO

- SABATO 15 MAGGIO 2010 -

Quest'anno la nostra Gita sociale ci vedrà aggirarci nella cornice stupenda della valle che accoglie, nel Meranese, il possente Castel Trauttmansdorff e gli splendidi Giardini nei quali esso è incastonato. La sua movimentata storia, lunga ben sette secoli, registra nei suoi archivi la presenza perfino di Sissi, l'imperatrice d'Austria che vi trascorse due periodi di cure invernali e alla quale sono dedicate tre sale.

Potremo ammirare:

- Esempi di architettura di giardini asiatici e giapponesi
- La valle delle felci con veri fossili viventi
- Bosco di latifoglie sempreverdi originarie della Cina e della Florida.
- Piante del Nord America e Sud America.
- Nella Voleria i colorati pappagalli Ara, Diamanti mandarini, Lori.
- Lo show multimediale nella grotta che rappresenta i primi passi della vita sulla terra e la genesi del mondo vegetale.
- Castel Trauttmansdorff ed il Touriseum che documenta gli albori della storia del turismo nel Tirolo e nell'Alto Adige.

Ai nostri soci verrà inviato l'apposito invito con l'indicazione degli amici da contattare per le prenotazioni.

A TEATRO CON MOLIÈRE E CON L'A.P.A.N.

Martedì, 11 maggio, nella deliziosa cittadina di Rovereto, e precisamente presso il noto Teatro Rosmini, verrà presentato lo spettacolo teatrale "L'Avaro" di Molière.

La commedia, tra le più note del grande commediografo francese, presenta risvolti di un notevole chiaro-scuro interpretativo. Per un verso il personaggio chiave avvince per la sua capacità di riempire costantemente la scena, grazie al ruolo del vecchio avaro capo famiglia, per l'altro attirano una certa commiserazione dello spettatore i destini di un vecchio patetico, ai confini della vita.

I suoi vestiti, da tempo in disuso, la tosse persistente, le lenti da presbite, il giro di servi dalle livree rattoppate, gli oggetti della casa consunti dal tempo, bene si inquadrano col personaggio, ormai alla deriva fisica.

Di contro si assiste a momenti nei quali il protagonista si impone per un'incredibile lucidità, per intuizioni fulminee, per implacabili capacità organizzative. Il tutto a servizio del dio denaro, che guida i pensieri, la logica, i calcoli di Arpagone, "l'Avaro".

La commedia richiama, anche per i possibili accostamenti a personaggi e vicende dei nostri tempi.

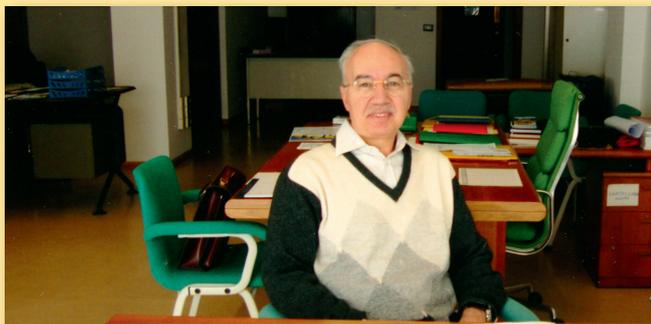
Un grazie ad Arte Teatro che tramite questa iniziativa riserva all'Associazione un prezioso contributo finanziario.

CONTATTI CON I PRESIDENTI DEI CIRCOLI PENSIONATI E ANZIANI DEL TRENTINO

Grazie al rapporto di cordiale e ormai consolidata collaborazione tra l'A.P.A.N. e gli organi direttivi preposti al coordinamento dei numerosi Circoli Pensionati della provincia, è stata colta l'opportunità di un convegno dei vari Presidenti del Circolo per portare alla loro attenzione le problematiche legate alla prevenzione delle patologie renali. Il 25 marzo due volontari della nostra Associazione sono intervenuti nella Sala Circoscrizionale di Cognola, che ospitava l'Assemblea, sia per informare sulle iniziative che, a questo scopo, stiamo attuando nei vari momenti dell'anno, sia per invitare i Presidenti a collaborare con noi nella ricerca di volontari che si prestino al servizio di assistenza nel reparto di Nefrologia dell'ospedale di Trento.

Ci auguriamo di aver lasciato un messaggio che possa rivelarsi proficuo nel prossimo futuro.

notizie dall'Associazione



DR. R. MIDIRI: 30 ANNI PER I DIALIZZATI

Dopo una trentina d'anni di servizio medico, accanto ai dializzati della nostra provincia, il dr. Rosario Midiri si è ritirato dalla scena ospedaliera per il raggiunto traguardo pensionistico. Abbiamo avuto modo e tempo per apprezzarne lo spirito e l'elevata preparazione professionale, con cui ha gestito così a lungo il suo operare a favore dei sofferenti di insufficienza renale.

Vorremmo raccogliere, anche su questa nostra Rivista, le voci di ringraziamento di quanti hanno beneficiato del suo lavoro. Ce ne facciamo volentieri convinti interpreti. E a Lei, dr. Midiri, assieme al nostro affettuoso saluto, una cortese ma calorosa richiesta: non lasci alla naturale dispersione del tempo il patrimonio professionale con il quale ha arricchito i suoi anni di lavoro. Collabori con noi, perché i nostri lettori abbiano il piacere e il conforto di trovare prossimamente sulle pagine di questa Rivista la sua voce, i suoi consigli, la sua preziosa testimonianza. Grazie di tutto.

GIORNATA MONDIALE DEL RENE

In altra pagina della Rivista trova spazio un riferimento più analitico di questa iniziativa, che per il secondo anno consecutivo è stata realizzata a Trento, nel cuore della città, giovedì 11 marzo scorso. L'apporto offerto dalla nostra Associazione nella preparazione e nell'organizzazione dell'evento è stato molto apprezzato, sia dagli organi istituzionali, sia dai numerosi cittadini che hanno usufruito del servizio mirato ad accrescere le opportunità di prevenzione delle patologie renali.



Giornata mondiale del rene - 11 marzo 2010 - Trento

10 APRILE: FESTA A TAVOLA

Eravamo circa una settantina nell'ospitale Sala-pranzo (polifunzionale) dell'Oratorio S. Antonio di Trento, sabato 10 aprile. Doveva essere, e lo è stato, un allegro ritrovarci a tavola tra amici dializzati, trapiantati renali, parenti, conoscenti, nostri soci e volontari.

Le note liete di un menù largamente apprezzato, la contagiosa euforia dei nostri volontari, cuochi, camerieri, addetti all'intrattenimento musicale e umoristico, hanno creato un'atmosfera gradevolissima. Ci auguriamo che questi momenti servano a dare a tutti noi una spinta ulteriore verso momenti di solidale, reciproca amicizia.



I nuovi virus della globalizzazione e nuovi rischi per i trapianti

Gli uccelli di New York

di Maurizio Ragagni*

Medicina comparativa e trapianti

A chi si occupa di sicurezza e valutazione di idoneità nel donatore d'organi, non può sfuggire un aspetto epidemiologico delicato, legato allo spostamento ormai inarrestabile di popolazioni da un continente all'altro: da una parte lo stile di vita occidentale e l'esposizione geografica alle infezioni, determinata dalle nuove mete turistiche, dall'altra le masse povere che si innestano su tessuti sociali sanitari con diversa immunità.

Sono così comparsi i nuovi patogeni della globalizzazione. Poiché molte delle malattie infettive emergenti sono zoonosi e poiché le zoonosi possono infettare sia animali che umani, la comunità veterinaria e medica ospedaliera dovrebbe lavorare in uno sforzo combinato, insieme ai medici del territorio, per tutelare la salute del singolo e della comunità, nella realizzazione di quella che è la medicina comparativa, una medicina nuova, socialmente molto utile, come vedremo dalle tre storie incrociate, che seguono.

I corvi di Manhattan

Quell'estate del 1999 a Manhattan se la ricordavano in tanti e non solo perché faceva troppo caldo. La gente continuava a correre ostinata, come nel film diretto da John Schlesinger "The marathon man" (Il maratoneta) interpretato da Dustin Hoffman, lo studente universitario ebreo appassionato di corsa, che s'imbatte in un criminale di guerra nazista (Laurence Olivier) che torna a New York per rientrare in possesso dei diamanti



dell'olocausto.

Ma il maratoneta della nostra storia vera è un altro, e quella del film è solo un pretesto per ritrovarci a correre nello stesso parco. Al primo corvo morto sul prato, il maratoneta non fa molto caso, ma quando alla fine ne conta più di 10, ansimando si ferma, si china e osserva il pennuto ormai rigido e in opistotono. Il WEST NILE VIRUS fa così la sua prima apparizione nella città della grande mela, colpendo 62 new-yorchesi e facendo 7 morti per encefalite. Da quella estate ad oggi, gli uccelli hanno continuato a morire in 48 stati americani ma anche in Canada, in Messico, nei Caraibi, in Colombia. Il WNV (West Nile Virus) è la causa più comune di meningo-encefalite nel Nord America, trasmessa da un artropode vettore (zanzare, cimici alate). Nel 20% dei pazienti colpiti il virus causa una sindrome influenzale, ma nell'1% causa meningite, encefalite, o paralisi flaccida acuta.

La trasmissione del virus può avvenire tramite una trasfusione di sangue negli ospiti immunodepressi, ma purtroppo anche a seguito di trapianti di organo: negli Stati Uniti il rischio di esposizione è talmente alto, che il donatore di sangue viene testato sie-

rologicamente per il virus e, sempre di più, anche il donatore di organi, perché WNV per il trapiantato è un ospite mortale.

Da Kerala a Forlimpopoli

Il Kerala è un grande stato dell'India sud-occidentale, con quasi 35 milioni di abitanti. Siamo nel giugno del 2007, da Kerala arriva in Italia il nostro protagonista. Ignaro di essere un portatore in incubazione di una, per noi ignota, malattia. Egli visita alcuni parenti a Forlimpopoli, si ammalava, poi va a Castiglione di Cervia, a Ravenna, quindi a Rimini. Alla fine di luglio, e con l'inizio di agosto, in Romagna, vuoi per densità locale molto alta, vuoi per la sua bulimica necessità di pungere anche di giorno, la zanzara tigre trasmette una strana epidemia influenzale e fa strage di malati: 205 casi accertati di infezione da Chikugunya, un'infezione con aspetti molto simili a quella da WNV. Comparsa estiva, trasmessa da zanzare, forma simil-influenzale, rash cutaneo, spiccato neurotropismo, meningoencefalite nei casi più gravi, fortunatamente un solo morto. Si fa per dire. Questa volta è il medico di medicina generale, che allarmato dai troppi strani casi di malattia, chiama l'autorità sanitaria locale, che a sua volta attiva l'Istituto Superiore di





Sanità. L'allarme diventa panico per la donazione di sangue, di midollo, di tessuti da vivente, di staminali e di organi. Tutta l'Italia dei trapianti si interroga sul problema della trasmissione di nuove forme virali. Ma l'autunno, che in Romagna comincia presto, risulterà letale per l'*Aedes albopictus* e l'infezione si spegne come era nata. Nessuno da allora ha più sentito parlare del virus dell'uomo curvo (*Chikungunya*).

Atlanta 2008: gli hamster assassini

Dolori addominali, stato confusionario, trombocitopenia, livelli elevati di transaminasi, coagulopatia, disfunzione del graft, febbre, leucocitosi, insufficienza renale: con questi sintomi muoiono sette degli otto pazienti trapiantati con organi infettati da un virus che appartiene alla famiglia degli arena virus. Lo chiamano il virus della coriomeningite linfocitaria.

Il primo dei donatori era stato nei Balcani per più di tre mesi, al rientro in patria una emorragia cerebrale gli era stata fatale. È probabile che avesse avuto contatti con roditori infetti (feci-urine aerosolizzate). Il secondo

donatore, deceduto per un aneurisma cerebrale, in casa i criceti li aveva davvero. Viene stimato che il 5% della popolazione americana sia sieropositiva al virus della CLMV, un virus che come quelli precedentemente descritti dà una forma influenzale, rash cutaneo e, anche se raramente, meningite ed encefalite.

La severità della malattia da CLMV nei pazienti trapiantati, è legata all'intensa immunosoppressione cui vengono sottoposti, in coincidenza con l'inoculo diretto del virus, tramite l'organo



trapiantato. Non c'è scampo per chi riceve un organo infetto.

Ma davvero non possiamo stare tranquilli né a Bologna né a Ferrara?

Non sappiamo se ci fossero realmente corvi morti, o gazze, o ghiandaie, o passeri, o fringuelli, o garcole, nei parchi delle due città dell'Emilia Romagna, ma la segnalazione datata ottobre 2008 del Centro Nazionale Trapianti è stata immediata: sospendere ogni attività di donazione e trapianto di organi e tessuti, in soggetti che hanno soggiornato nella città estense o in quella felsinea, per la segnalazione di due casi di infezione da WEST NILE VIRUS. Forza della globalizzazione.

Forse che i due soggetti emiliani avevano soggiornato in uno dei 44 stati degli USA? O ai caraibi? Non ci è dato sapere. Rischio e sicurezza, purtroppo, sono variabili inversamente proporzionali, quando invece dovrebbe essere il contrario: aumenta il rischio io aumento la sicurezza, che a sua volta è una variabile dipendente dai comportamenti individuali.

Invece, parlando di trapianti, siamo costretti a fare i conti con dei pericoli ineludibili. Mentre contro la caduta di un asteroide non c'è nulla da fare, contro una prossima alluvione si possono costruire argini migliori e dunque, contro le infezioni emergenti, possiamo opporre la forza della squadra, della medicina comparativa, coinvolgendo tutti gli specialisti del settore, riducendo molti degli errori che avvengono nei momenti di interfaccia tra i servizi e le varie figure professionali. Le infezioni a rischio per i trapiantati non si fermano ai virus, ma spaziano dai batteri ai protozoi (*trypansomia* in testa) ai nematodi (*Stongiloidiasi*), ma queste sono altre storie. È importante ricordare che non sempre è necessario conoscere l'agente causale della malattia per sospettarne uno, ma è necessario sapere indagare nel vissuto epidemiologico e studiare con curiosità gli eventi che ci circondano e di cui spesso ci dimentichiamo o non ci accorgiamo.

Lo sviluppo della pratica del rooming-in

La relazione precoce madre - bambino

di Antonella Lama*

Chi ha l'opportunità di osservare quello che accade quando un bimbo alla nascita viene posto a contatto corpo a corpo con la mamma, non può far altro che inchinarsi davanti a quel fenomeno di straordinario impatto emotivo che è lo strisciamento del bambino verso il seno materno.



Il neonato, se adagiato sul ventre della mamma, inizia a guardarla e a muovere le labbra, si porta le dita in bocca, poi si spinge con le gambe fino a raggiungere il seno materno, afferrare il capezzolo e cominciare a succhiare. E ciò non accade senza il contributo indiretto della madre, il cui corpo sprigiona il calore necessario a mantenere regolata la temperatura del bambino.

La prima suzione del seno funge da stimolo a incrementare la produzione di latte materno.

Ed anche il contatto pelle a pelle alla nascita ha effetti positivi, calmando e rassicurando il piccolo.

Trascorsi i mesi di gravidanza, periodo nel quale la madre ha cresciuto dentro di sé il proprio bambino, col parto inizia a stabilirsi un nuovo legame tra la mamma e il suo piccolo che diverrà il modello cui si ispireranno le relazioni successive. Nessun cucciolo di umano potrebbe infatti sopravvivere né crescere dal punto di vista affettivo senza la mediazione di un adulto che si fa carico di lui, riconosce e soddisfa le sue necessità di essere alimentato, riscaldato, pulito e tenuto in sicurezza. La natura, nel suo disegno di protezione di ogni specie vivente, mette a disposizione degli esseri umani alcuni comportamenti istintivi che hanno lo scopo di stimolare l'instaurarsi di un forte legame affettivo tra la madre e il suo bambino fin dalla nascita, facendo crescere nella mamma il desiderio di occuparsi integralmente del suo bambino e nel piccolo il bisogno di averla vicino a sé.

E dopo questo inizio di relazione appare scontato che la madre e il bambino, quando non sussistono impedimenti di natura sanitaria, continuino a mantenere la vicinanza reciproca tramite la **pratica del rooming-in (rimanere nella stessa stanza)**.

Nel rooming-in il bambino rimane vicino alla mamma, in una culla posta a fianco del letto materno, di modo che la coppia inizi da subito a sviluppare al meglio la capacità di regolazione reciproca. Regolazione della mamma ai bisogni del bambino, imparando a consolarlo personalmente quando piange e a cogliere i primi segnali di fame, ma anche disponibilità del bambino se allattato naturalmente, ad attaccarsi al seno quando è la madre stessa ad aver bisogno di svuotarlo

perché troppo gonfio e dolente.

Negli ospedali in cui viene praticato il rooming-in, il personale sanitario facilita e sostiene l'allattamento naturale fornendo alle madri le informazioni necessarie e aiutandole a posizionare correttamente il bambino.

La mamma diventa così la principale protagonista delle cure date al suo piccolo ricavandone quel senso di soddisfazione personale e di fiducia nelle proprie capacità che le sarà di aiuto ad affrontare le difficoltà del rientro a casa.

I vantaggi per la salute della mamma e del bambino dati dall'allattamento al seno sono ben documentati in letteratura: maggior sopravvivenza dei bambini nei paesi poveri e riduzione della pratica dell'abbandono minorile nelle realtà dove la povertà ed il degrado culturale facilitavano questo triste epilogo. Vengono segnalati moltissimi altri vantaggi per la salute fisica del bambino legati all'allattamento al seno: è efficace per la salute e la prevenzione da infezioni, riduce le infezioni respiratorie e il tasso di mortalità. Incide anche sulla salute della madre garantendo un ritorno più rapido al peso prepartum, un aumento di mineralizzazione con riduzione del rischio di fratture nel periodo della menopausa, una riduzione del rischio di tumori al seno e alle ovaie.

La ricerca psicologica sullo sviluppo infantile anziché mettere a confronto diretto l'allattamento naturale con quello artificiale si è concentrata sulle pratiche adatte a favorire l'**attaccamento**, un sistema comportamentale che, quando si è stabilizzato, spinge il bambino a voler mantenere la vicinanza della madre rimanendo così al sicuro.

I bambini infatti come anche i cuccioli dei primati, fin dai primi giorni di vita cercano innanzitutto il contatto con la madre, desiderano essere protetti tra le sue braccia e amano esplorare il suo volto e guardarla negli occhi. Già pochi giorni dopo la nascita riconoscono la voce della mamma, si girano verso di lei quando questa rivolge loro la parola e ben presto iniziano ad inarcare la schiena per essere presi in braccio. La posizione assunta dal bambino durante l'allattamento al seno risul-

ta essere quella che gli consente di mettere a fuoco meglio il volto della madre e di incrociare il suo sguardo, iniziando così a intrecciare con lei un dialogo intenso che si prolungherà negli anni. Sguardo di amore, di sostegno e di approvazione da parte della mamma, ma anche sguardo di allerta per indicare la presenza di un pericolo o di disapprovazione di un comportamento a rischio.

Ben vengano quindi quelle pratiche che proteggono ed esaltano la relazione del bambino con la propria figura di attaccamento, e stimolano e facilitano nello stesso tempo l'assunzione precoce da parte della madre delle proprie competenze.

Ben vengano quindi quelle organizzazioni e servizi che proteggono e favoriscono la relazione madre- bambino adattando i propri comportamenti e ritmi di lavoro ai bisogni dei più piccoli e dei più deboli.

Tale è l'iniziativa "Ospedale Amico del Bambino" più comunemente nota come BFH (Baby Friendly Hospital), lanciata nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità insieme all'UNICEF per promuovere in tutto il mondo la cultura della difesa dei bisogni dei bambini, riorganizzando i servizi per l'infanzia, a partire dagli ospedali dove le donne partoriscono perché favoriscano l'allattamento naturale e proteggano la relazione madre bambino tramite il contatto precoce pelle-pelle e il rooming-in.

Nel mondo oggi si contano oltre 20.000 ospedali che godono del prestigioso riconoscimento.

In realtà come la nostra, aderire a questa iniziativa significa sviluppare un intenso lavoro di rete tra l'ospedale e il territorio, creando quindi una forte sinergia di intenti e procedure condivise tra consultorio, ospedale e pediatra di famiglia; significa anche stimolare l'intera comunità perché sia partner attiva nel promuovere le migliori condizioni di vita per i bambini fin dalla nascita e un adeguato sostegno alle madri.

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

aforismi

Le donne

a cura di Luisa Pevarello



Nel clima infuocato e teso dell'appuntamento elettorale, eccovi qualche aforisma, amaro e pungente, sulla politica.

1. E' difficile decidere quando la stupidità assume le sembianze della furfanteria e quando la furfanteria assume le sembianze della stupidità. Perciò sarà sempre difficile giudicare equamente i politici. (A. SCHNITZLER)
2. Gli spiriti mediocri - che sono poi i cosiddetti uomini d'ingegno - agitano le idee di un'epoca senza dominarle. (H.von HOFMANNSTHAL)
3. La Storia è ben la maestra della vita: ci insegna che, ad onta dei suoi ammaestramenti, gli uomini ricadono sempre nei medesimi errori. (U. BERNASCONI)
4. Non è la libertà che manca: mancano gli uomini liberi. (L. LONGANESI)
5. L'uomo che conduce una vita indegna deve esprimere sempre propositi morali. (E. FLAIANO)
6. La società va trattata tenendo conto che è composta di persone sensibili alla corruzione, all'adulazione e al disprezzo. Usando queste tre leve non dovrebbe essere difficile dominarla. (E. FLAIANO)
7. Tutte le autorità ci lasciano abbaiare, affinché, esausti da questa attività, non possiamo mordere. (F. FISCHER)
8. LEGGE DI PARKER SULLE AFFERMAZIONI POLITICHE: La verità di una affermazione non ha niente a che vedere con la sua credibilità e viceversa. (A. BLOCH)



"L'intervista" - Opera di A. Siciliano



La vecchiaia come tempo inutilizzabile

Condannati ad esseri liberi

di Aldo Nardi

L'epoca mediatizzata nella quale viviamo è contrassegnata, come tutti sanno, dal mito dell'eterna giovinezza, della vita che deve essere improntata alla felicità e all'apparenza. In realtà si tratta soltanto del paravento edonistico creato dalla cultura occidentale dietro al quale si nascondono numerose contraddizioni.

La perversa convinzione che sia proibito invecchiare ha finito per creare spaventose maschere per mezzo delle quali, da un lato si è dato vita al lucroso mercato della chirurgia estetica e della cosmesi, e, dall'altro, si è sviluppato nell'individuo un pericoloso stato di ansia per la continua costrizione a non perdere di vista i segni del suo declino. Una tale insana concezione dell'invecchiamento viene interpretata anche come l'anticamera dell'esclusione sociale e del disinteresse sociale nei confronti della persona. Se questa è l'idea (appunto, insana) che prevale attualmente, sono poi, come ci ricorda il filosofo Umberto Galimberti (*I miti del nostro tempo*, 2009), la stessa biologia insieme all'economia e all'estetica del mondo occidentale a rendere la vecchiaia più spaventosa di quanto non appaia. A cui possiamo aggiungere il ruolo ossessivo della pubblicità,

"che ci ha insegnato a visualizzare il nostro corpo come semplice interprete del desiderio dell'altro, allucinandolo con quei bisogni da soddisfare quali la bellezza, la giovinezza, la salute, la sessualità che sono poi i nuovi valori da vendere". D'altra parte, per quanto si possa cercare di alterare il normale ciclo dell'esistenza (ammesso che nella vita d'oggi vi sia ancora qualcosa di normale), non si può evitare quello che è stato definito "invecchiamento psicologico", seguito dal calo dell'efficienza cognitiva quale conseguenza, anzitutto, della minore accettazione emotivo-affettiva nei confronti dell'anziano. Pertanto, come afferma lo stesso Galimberti, una tale situazione, valida per i ragazzi "che con i loro non rari suicidi a fine d'anno scolastico non mancano di ricordarcelo, vale anche per i vecchi, il cui potenziale cerebrale spesso si deteriora non per decadimento biologico, ma per mancanza di correnti d'amore". Ecco, le "correnti d'amore", appunto. Quelle "correnti" che dovrebbero restituire all'anziano la sua naturale centralità sociale e che, viceversa, la società, nelle sue varie modalità organizzative, tende a negargli. Anche la depressione dell'anziano può essere così vista come *risposta razionale* da parte di chi, conoscendo a priori l'esito della propria vita (ovvero, sapendo di dover morire), cerca di replicare a quell'atto finale. Non tragga pertanto in inganno l'interessamento ai problemi della vecchiaia da parte di

medici, psicologi, sociologi e genetisti dal momento che, per citare ancora Galimberti, quanto consigliano, pianificano, le loro stesse ricette o i loro farmaci "non hanno come scopo quello di riportare il vecchio, se non al centro, almeno all'interno della dinamica sociale da cui, nelle società avanzate (che sono poi quelle in cui davvero si invecchia), è stato escluso, ma semplicemente quello di neutralizzarlo con una serie di comfort che lo fanno sentire solo e inutile come prima, ma accudito".

Se tutto questo viene così esemplificato nell'espressione "cura di sé", non rimane che chiarire cosa si intenda con tale espressione, assai ricca di ambivalenze. Di certo non la si può intendere come cura *esteriore* dal momento che "sui vecchi si sono buttati le industrie della cosmesi, la chirurgia estetica, i proprietari delle palestre, le agenzie di viaggio, le trasmissioni televisive nelle ore mattutine e pomeridiane". Si tratta allora della cura *interiore* di sé? Anche su questo punto non possiamo non rilevare un equivoco di fondo, se è vero che il vecchio dovrebbe accontentarsi del suo passato, fatto di esperienze, base ineludibile della saggezza. Ma è proprio all'interno di tale "aporia" che viene annullata la "forza" della vecchiaia, poiché se le informazioni non vengono più trasmesse dai vecchi ai giovani, ma da Internet, e dai vari mezzi di massa che la scienza ci ha messo a disposizione, allora il tempo della vecchiaia finisce per diventare un *tempo inutile* (questo ci ha trasmesso la cultura occidentale), un tempo caratterizzato da improduttività, emarginazione sociale, insignificanza e, se questo tempo inutile ci viene messo a disposizione per conoscerci meglio, ecco che la tragedia finisce per consumarsi, posto che "non c'è nessuna consolazione a conoscersi nella vecchiaia", soprattutto se per tutta la vita siamo fuggiti a noi stessi. Una situazione resa anche più problematica dal fatto che stiamo vivendo una decadenza culturale prima ancora che economica, e dove ai giovani viene di fatto impedito di portare quel vento innovativo che certo non si può pretendere da chi si trova nell'età avanzata.

Il racconto

Spiccioli per la Regina

di Anna Maria Ercilli

Il lunedì mattina, al terzo chirurgico, passa nella routine dell'inizio settimana: Il reparto femminile si vivacizza con le nuove arrivate, un paio di donne apparentemente in buona salute, entrano sorridenti e un po' intimidite, prendono posto al letto assegnato, sistemano il piccolo bagaglio, scambiano saluti e curiosità con le altre ricoverate. Quattro sono i letti nella stanza, ora al completo. Si avvicina l'ora del pranzo, le donne si spostano tutte nella sala di attesa dei visitatori, che per l'occasione si trasforma: arrivano le ausiliarie che preparano i tavoli e portano il cibo caldo. I posti attorno ai tavoli vengono subito occupati fra un brusio di voci gentili. Marta e Lucia si erano appena conosciute quando notano una donna uscire da una stanza con il viso alterato, questa si dirige verso di loro: "ho perso i miei anelli, per favore aiutatemi a trovarli, sono appena arrivata..." Le due donne si alzano, cercano subito nel bagno comune. Lì sul ripiano dello specchio, brillano due anelli in oro giallo e diamanti, vicino a un fagottino di velluto. I gioielli tornano nelle mani tremanti della nuova venuta. Lei ringrazia commossa e inizia a raccontare.

Solo allora l'osservano con attenzione, il viso giovane i capelli neri raccolti a crocchia sulla nuca, gli orecchini e la collana, quattro anelli alle dita, l'abito folkloristico tipo gitano. Nell'insieme lo stile è armonico, ma non si spiegano i tanti preziosi esibiti.

Il nome sfugge dal ricordo, è un nome cristiano, forse Maria, dice di essere la regina dei rom residenti in Italia, precisamente dei rom stanziali di

Pescara. Per questo è ingioiellata, fa parte del suo rango e della tradizione. Poi aggiunge con aria magnanima che i suoi sudditi usano fondere l'oro in Svizzera per lei e mostra le pesanti catene d'oro nascoste nel sacchetto di velluto.

Ad un certo punto si trasforma: da sovrana in donna preoccupata per la vita della sorella, ricoverata nello stessa corsia. La gravità della malattia l'aveva costretta al ricovero urgente in quel reparto specializzato, dopo un lungo



viaggio in ambulanza da Pescara. Si spiegava anche la distrazione e l'ansia di parlare di sé per sentirsi ascoltata. Marta le chiede se ha bisogno di qualcosa, se ha mangiato, lei che arriva da lontano e ancora non conosce l'accoglienza del grande ospedale. Lucia non è da meno per rendersi utile: "se vuole un caffè andiamo noi al bar, se vuole mangiare le portiamo un panino o qualcos'altro, il bar interno è ben fornito, per accontentare i clienti dell'ospedale".

Maria la regina: "Vi ringrazio signore, mi fate un grande favore, non voglio allontanarmi troppo da mia sorella", fruga nella borsa e consegna centomi-

la lire nelle mani di Marta che, assieme a Lucia, sia avvia nel corridoio verso l'ascensore.

Camminano quasi in silenzio, poi si fermano, si guardano e aprono bocca nello stesso istante: "scusa ma ho un dubbio, questi soldi nuovi, non è che siano falsi?" Un pensiero venuto ad entrambe. Nessuna delle due sapeva riconoscere le lire vere dalle false, inoltre non volevano chiedere nulla alla cassiera, cosa fare?

Senza pensarci troppo ordinano il caffè, il panino, la bottiglia di acqua minerale, il pacchetto di fazzoletti di carta e pagano di tasca propria, dividendosi la somma. Risalgono al terzo piano e consegnano il tutto, soldi compresi, alla gentile Maria che, commossa, ringrazia senza chiedersi il perché di tanta gentilezza. Ma non finisce qui, nei giorni successivi è continuato il saliscendi dal reparto al piano terra del bar, sempre con lo stesso rituale, i favori per Maria, che non si sentiva di lasciare sola la sorella per pochi minuti, erano sempre

pagati dalle amiche, che non osavano cambiare le centomila lire della regale Maria.

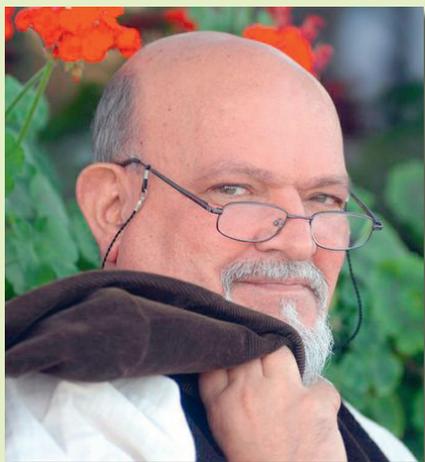
Come sia finita la degenza della sorella di Maria non si sa, invece Marta è stata dimessa nel giro della settimana e, Lucia poco dopo. Si sono riviste qualche tempo dopo, erano già abbastanza felici per gli esami andati a buon fine. La vita era bella così, per quei pochi soldi persi non importava, avrebbero pagato ancora per sapere: erano false o vere quelle centomila lire?



Voglia di leggere

Niffoi: lo scrittore sardo dell'universalità **Con intensità**

di Lonely Bear



Niffoi non è Kafka. Non è neppure Garcia Marquez. Del primo sembrerebbe mancargli *l'intuizione delle possibilità dell'Essenza*, del secondo l'universalità di visione. La puntualizzazione è importante, perché Niffoi è comunque scrittore a tutto tondo, anche se rispetto ai primi due nasce gravato da un "impedimento" atavico, l'essere strettamente legato alla sua terra: la Sardegna. E' infatti tale pesante retaggio culturale ad esaltare, e ad un tempo deprimere, l'intrinseca valenza di opere quali "**La leggenda di Redenta Tiria**" e "**La vedova Scalza**", ed è sempre questa eredità millenaria a modellare in maniera distinta le peculiarità dell'ennesimo "Macondo" ricreato. Ma andiamo con ordine.

"La letteratura è l'unica forma di balentia" (uso frequente di argomenti politici e sociali nei propri testi, scritti in italiano ed in sardo) avrebbe detto lo scrittore oranese. Forse, ma occorrerebbe non dimenticare che la letteratura sta a l'ego come la scrittura sta all'anima. Per meglio dire, la letteratura è espressione "oggettiva" di una potenzialità artistica, la scrittura

è espressione meramente privata. Si tratta senz'altro di facce della stessa medaglia anche se, in verità, esiste una distinzione sostanziale, ovvero il fatto che la scrittura determina la qualità letteraria, mentre una pagina di letteratura creata dall'autore X non da alcun valore aggiunto alle possibilità della sua scrittura. Il concetto di "letteratura" dipende quando è stata realizzata (tempo-dipendente) ed essendo una espressione "oggettiva", dipende dal "gusto", dipende dalla "moda". La scrittura invece è manifestazione diretta dell'Essenza dell'autore e, in quanto tale, appartiene alle cose del suo Spirito solamente. Quindi non ha Patria. Non ha cultura di appartenenza. Non ha critici da ammansire. Non ha debiti culturali da saldare e figurativamente parlando si fa tutt'uno con **L'Urlo** potentissimo lanciato dall'anonimo *character* (*character* che è tutti e nessuno) nel quadro di **Munch**. A conti fatti, la scrittura non dipende. L'indugiare, l'indagare dentro questi aspetti "eccezionali" dell'Essere scrittori è *conditio sine qua non* per acquisire qualità intimistica e universale. Niffoi non è Kafka. Appunto. Dirò di più: da questo punto di vista, soprattutto a causa del suo continuo strizzare l'occhio ad una scrittura "di maniera", il Niffoismo è senz'altro un passo indietro rispetto ai volenterosi tentativi di introspezione psicologica della Deledda.

Di converso, non si può comunque negare che è proprio questo manierismo "azzardato", a tratti esagerato di Niffoi a generare una possibilità letteraria e, rispetto alla specificità dell'elemento linguistico che verrà considerato, anche scritturale, molto interessante. Niffoi, a differenza della scrittrice-premio Nobel sarda Deledda, il cui merito principale è stato quello di avere dato dignità letteraria ad eroi

improbabili come potevano essere i contadini e i pastori che abitavano la sua Sardegna rurale, decide di andare oltre, determinato a dare valenza letteraria anche alla loro lingua: **il sardo**. Niffoi sostiene che "*le cose debbono essere chiamate col loro nome*" e, fedele a questa precisa impostazione mentale, procede come un carro armato sciorinando nomi, verbi, aggettivi "autoctoni" senza regalare se non la rara mezza traduzione al lettore "forestiero". A mio modo di vedere dunque, la vera "**balentia**" di Salvatore Niffoi sta proprio qui: nel suo voler "imporre" la lingua sarda quale elemento linguistico assolutamente funzionale (e non perturbatore) alle necessità di comunicazioni moderne della madrelingua italiana. In molti modi. Il metodo più classico ricordiamolo con le parole di **tziu Imbecce**: "*Mesi di trincea, escrementi, fame nighedda, pidocchi a coscia e bombe che andavano e venivano come gurturgios affamati di carne. A raccontarla non ci crede nessuno. Da Laranei siamo partiti in cinquantasette e tornati in tre, io, Umbertino Raviosu e Manuelle Pintore. Umbertino ci ha perso una gamba; Manuelle la testa, perché si è ammacciato. Gli atri tutti dispersi, manco le ossa hanno ritrovato. Ora sono ricordati fuori dal cimitero, come se fossero figli burdi della patria.... Sa menzus zoventude si sono mangiati i signoroni della guerra!*".

Abacrasta-Macondo, provincia di Sardegna

Marquez? Mi sarebbe piaciuto fosse nato in Sardegna! Questo perché (nonostante i capolavori prodotti) coltivo l'idea bizzarra che il filone **magico-realista** meglio si adatti alle possibilità culturali e letterarie offerte (almeno in teoria) di questa isola bellissima, più di quanto potranno mai adattar-

di sentimenti e di emozioni

visi le velleità artistiche di qualsiasi altro angolo del globo terracqueo. Nel caso di Niffoi tuttavia più che di realismo-magico io parlerei di **arte retorico-realista**, quasi un ossimoro come nell'altro filone. Questa è infatti la prima e più forte impressione che regala una affrettata lettura delle due opere in questione. Anche una matricola svogliata sarebbe dunque in grado di individuare la lunga lista di "figure" (onomatopee, personificazioni, metafore, metonimie e compagnia cantante) usate dall'autore, con snervante regolarità, per dare colore e forza alla narrazione; in simil guisa, la stessa matricola impenitente non farebbe fatica a catalogare con precisione matematica i molti passaggi di lirismo-verista che "puntellano" entrambi i romanzi.

Occorre invece un attimo di attenzione in più per rendersi conto che è in verità l'effetto combinato di questi due elementi ad impedire quella *universalità di visione marqueziana* di cui si diceva. Sparito l'elemento magico (questo è soprattutto vero per **La vedova Scalza**), è proprio la potenza dell'*imagery* utilizzata (ed in particolare gli echi onomatopeici e assonanzati) a dar manforte all'elemento verista e quindi a ricordarci che le storie di Niffoi restano comunque, solo e semplicemente, bellissime storie dell'entroterra sardo più nascosto. Detto papale papale, l'isola-Macondo niffoiana è tutt'altro che l'immaginario paese dei Buendia, ma è piuttosto un microcosmo territoriale reale dotato di nome e cognome: la Sardegna. Nessuno s'imbrogli.

Niffoi non sarà Marquez, non avrà la sua visione universale dunque, ma è proprio in questo che dimostra la sua innegabile e irrinunciabile **sardità** marcata da millenni di costrizione territoriale e fisica e dall'ombra im-

perturbabile della Grande Montagna. Ombra madre o matrigna a seconda del sentire, ombra che è marchio, ombra che è casa, ma soprattutto ombra che basta a sé stessa e non ha debiti da saldare. Manco letterari.

Sarebbe impossibile riportare in questa sede ogni spunto di analisi tecnica e testuale che una lettura, anche affrettata, de **La vedova scalza** e de **La leggenda di Redenta Tiria** di Salvatore Niffoi riesce ad offrire. Scegliendo nel mucchio preferisco soffermarmi sul "*tocco rabelaisiano*" che indubbiamente caratterizza il narrare dell'autore. Mi sta bene quindi l'ispirazione orale popolare, il campo semantico quasi completamente limitato alle cose della "terra", lo stile a volte grottesco, i motivi classico-carnevaleschi del riso, del pianto, della morte e del sesso. Tuttavia, rispetto a questo ultimo elemento, non posso fare a meno di notare la "stonatura" prodotta dall'eccessiva enfasi data allo stesso. Una "eccessiva enfasi" che non ritrovo nel naturale "pudore" delle genti sarde verso temi da sempre "trattati" con omertosa circospezione. Vero è invece che gli eroi *fictional* **Mintonia e Miccheddu** potrebbero tranquillamente essere i protagonisti dell'ennesima, credibilissima, storia d'amore *factual* che in Sardegna sa trasformarsi, per colpa dell'uomo e del destino, in storia di dolore e di morte.

Una vasta produzione è seguita a questi due capolavori di Niffoi, fra i quali segnalo, perché assolutamente imperdibili, "Il pane di Abele" e "Ritorno a Baraule", romanzi in cui trasuda la quotidianità della Sardegna, narrata da un Maestro della scrittura.

Tirando le somme, la mia impressione è che l'arte di Salvatore Niffoi, con la sua scrittura ruvida come la millenaria rena sul Gennargentu, con l'acquisita

coscienza del poter raccontare liberamente *in limba* e con il suo "sapere" del sangue caldo sardo, ben rappresenti le possibilità che anche in una isola di non grandi dimensioni possano, attraverso le storie di tutti i giorni, nascere grandi opere letterarie. Soprattutto, l'opera di Niffoi ha tutte le carte in regola per diventare emblema felice di un moderno movimento letterario isolano capace di emanciparsi definitivamente dalla pesante eredità deleddiana. *Grazia è morta: viva Grazia!*

Niffoi non è Kafka. Non è neppure Garcia Marquez. Non lo è ma, a ben guardare, non è neppure necessario che lo diventi. Fedele alla sua natura di testarda formica nata all'ombra della Grande Montagna, lo scrittore oranese potrebbe essere soltanto se stesso. Non vi sono dubbi però che, come pochi, egli sia riuscito a raccontare, e così facendo a salvare dall'oblio, molte storie sue e della gente sarda.

Produzione artistica:

- Il bastone dei miracoli (2010)
- Parinas.
Detti e parole di Barbagia (2009)
- Il pane di Abele (2009)
- Colodoro (2008)
- L'ultimo inverno (2007)
- Ritorno a Baraule (2006)
- La vedova scalza (2006)
- La leggenda di Renda Tiria (2005)
- La sesta ora (20003)
- Cristolu (2001)
- Il postino dio Piracherfa (2000)
- Il viaggio degli inganni (1999)



Il Racconto

La signora Adelina, chiromante

di Lorenzo Ricci



Mi chiamano tutti "Ago", che poi altro non è se non il diminutivo di Agostino, e quando morì la signora Adelina, verso la fine degli anni cinquanta, avevo appena compiuto otto anni. In tutto il palazzo di via San Giuseppe si era sparsa una profonda tristezza. Vi era, a ben vedere, in tale condivisa sensazione anche un interesse specifico che andava al di là dello scontento dispiacere alla notizia della morte di una persona che si conosceva e a cui si voleva bene. Si trattava piuttosto del fatto che la signora Adelina - ma non ricordo neppure se questo fosse il suo vero nome oppure un nome d'arte - praticava l'antica e complessa (ancorché discussa) tecnica divinatoria della chiromanzia.

Nello stabile di sette piani al numero 15 di via San Giuseppe, proprio di fronte ad una rivendita di vini, la signora Adelina abitava un unico locale dotato di modesti servizi e situato al piano rialzato, subito dopo aver attraversato l'ampio atrio dell'immobile, dove io stesso abitavo con la mia famiglia. Capitava di incontrarla talvolta sulla porta di casa, magari in attesa di qualche cliente o intenta a chiacchiere con la portinaia.

In più occasioni ero riuscito ad intrufolarmi, io bambino, nell'umile dimora

in cui la donna viveva, per curiosare quel suo piccolo mondo che ai miei occhi aveva un sapore di magico e indecifrabile ad un tempo. Mi era capitato di andarci accompagnato da Giovanna, una conoscente dei miei genitori del quinto piano, che si recava da lei di tanto in tanto per farsi leggere la mano; ma c'ero andato anche con mia madre, sebbene non riesca a ricordare se in quelle occasioni fu per questioni legate alla chiromanzia (non mi pare tuttavia che mia madre credesse a tali pratiche) o per altre ragioni, più prosaicamente legate all'amministrazione del condominio. Al contrario di chi, come me, credeva a questo ed altro, come spesso accade all'infanzia ingenua, sia pure senza tradire per questo i miei principi basati sulla ricerca e la curiosità. E fu proprio la mia curiosità a spingermi, ogniqualvolta mi trovavo nell'abitazione della signora Adelina, ad una rapida ricerca furtiva, naturalmente con lo sguardo: un vero e proprio inventario visivo alla scoperta degli elementi di mistero che circondavano quelle stanze.

- Vieni pure "Ago", mi diceva la signora Adelina quando mi vedeva passare davanti al suo appartamento. Io entravo, lei mi offriva un bicchiere di aranciata e mi chiedeva come mi trovavo a scuola. - E dimmi qualcosa dei tuoi maestri. Quali sono le materie che studi più volentieri? Così, mentre lei si informava della mia condizione di scolaro più o meno impegnato, io continuavo a scrutare intorno a me tappeti, amuleti, addobbi, oggetti e tutto quanto mi appariva come bizzarro e perfino sconcertante se confrontato con l'ambiente e la semplicità dell'abitazione.

Di fronte all'ingresso, appoggiato alla parete, un divano-ottomana che di notte la donna doveva utilizzare come

letto; sulla destra una modesta credenza di legno scolorito sulla quale stava appoggiato un piccolo fornello alimentato con il gas di una bombola. Sulla sinistra un armadio di esigue dimensioni e, al centro del locale, un ampio tavolo sul quale campeggiava una tovaglia dai pesanti ricami dorati. Sulla tovaglia l'immane mazzo di tarocchi, base della cartomanzia e della divinazione.

Poteva capitare di vedere la signora Adelina con in testa un ampio fazzoletto colorato che le nascondeva i capelli bianchi a mo' di zingara. Tutti la ricordavano come una donna affabile e di poche pretese, ma, per quanto mi sforzai, non mi riesce di ricordarla in un luogo che non fosse quello dello stanzone in cui viveva, lontano da oggetti che non fossero le sue carte e, probabilmente, la sfera di cristallo che, ne ero convinto, doveva tenere nascosta da qualche parte, anche se realmente io non l'avevo mai vista. Ancora oggi, se anche mi sforzo, non mi riesce di ricordare di averla mai incontrata per strada o in qualche negozio a far compere: io la ricordo sempre e soltanto nel suo stanzone, anche se tutto questo, probabilmente, non significa granché. Pure quella è l'immagine che mi rimane di lei: la sua postazione, le sue carte, i suoi misteriosi collegamenti con i fenomeni celesti.

La signora Marisa, che abitava al primo piano, consultava l'Adelina di frequente e, dopo ogni seduta, riferiva a mia madre - così mi pare di ricordare - se gli astri stavano girando per il verso giusto oppure no, se Saturno e Venere erano in favore o in opposizione. Insomma, la presenza di questa donna era diventata una sorta di oggetto quotidiano di discussione tra i condomini, i quali, quando parlavano di lei, era come se avessero



dimenticato, per un momento, i problemi del lavoro e le tensioni della vita quotidiana. Si narrava addirittura che la signora Adelina avesse avuto una grande influenza (astrale?) nel matrimonio di una giovane coppia, i coniugi Franchini, che presso di lei si erano conosciuti e, successivamente, si erano felicemente sposati, ma solo dopo una sua adeguata consulenza astrologica. Si trattava, naturalmente, come in altri casi, di una semplice voce di corridoio, perché sembrava proprio che la gente facesse a gara per inventarsene sempre di nuove e più fantasiose.

Quando mia madre mi condusse alle orazioni funebri per la morte della signora Adelina, dovetti rendermi conto che si trattava della prima persona morta che vedevo così da vicino; ma quel corpo disteso e composto in un abito nero che non ricordavo di averle mai visto indosso, mi sembrava tutto sommato sereno ed io stesso, giovane e ingenuo fanciullo che si affacciava alla vita, non mi sentivo turbato. Ero tranquillo e, senza neppure capire il perché, avevo accettato lo *scarto*, che divide il *prima* e il *dopo*: la barriera indecifrabile tra la vita e la morte. Tutti coloro che passavano per far visita alla defunta finivano per parlotare tra loro, abbandonandosi alle più stravaganti indiscrezioni. C'era chi si chiedeva da dove fosse venuta quella donna così strana, dal momento che non aveva accenti particolari e non sembrava aver raccontato a nessuno delle sue origini né della sua provenienza. Altri ritenevano di conoscere qualcosa di più del suo passato, salvo poi rendersi conto di sapere poco più di niente di lei, al di fuori dell' "attività" che svolgeva e che, per la gran parte del condominio veniva fatta oggetto di battute di spirito e incre-

dulità. Dell'Adelina si diceva che non avesse parenti. La sua stessa morte era stata scoperta per caso da una vicina la quale, non avendola vista da un paio di giorni, aveva cominciato a preoccuparsi, fino ad avvisare il portiere il quale, a sua volta, era entrato nell'appartamento con la doppia chiave e aveva fatto la macabra scoperta. Erano venuti perfino i carabinieri della locale stazione, che distava poche decine di metri dalla casa, per le formalità di rito.

Non mancò neppure chi affermava che la signora Adelina dovesse avere (notizia successivamente smentita, come tante altre) un figlio, emigrato in Brasile da parecchi anni e che nessuno sapeva dove rintracciare. Naturalmente a questa notizia ognuno aggiungeva qualcosa di suo fino a quando la cosa in sé lievitava al punto tale da assumere una rinnovata fisionomia.

Chissà se la signora Adelina, già chioromante, era riuscita, nel corso della sua attività, a leggere nei suoi tarocchi

anche il momento della sua scomparsa. È una domanda che in seguito mi è capitato di pormi più volte. Di certo qualcuno nel condominio di Via San Giuseppe finì col chiederselo e, col tempo, questo interrogativo, che inizialmente sembrava ammantato da profonda comprensione professionale, finì per assumere un tono di piatta ironia ogni qualvolta ci capitava di parlare della sua dipartita.

Gli anni cinquanta sono stati gli anni della ricostruzione del Paese, ma per molte persone sono stati anni difficili, anni in cui molta gente dovette letteralmente arrangiarsi, inventarsi un'attività per tirare avanti, crearsi dal niente una professione per mettere assieme il pranzo con la cena. E vi fu persino chi lo fece affidandosi alla buona disposizione degli astri.



Micologia che passione!

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

Funghi rari e senza valore dal punto di vista commestibile

Dopo aver pubblicato nelle precedenti edizioni una serie di funghi commestibili e velenosi, abbiamo pensato su suggerimento di alcuni amici micologi, di pubblicare una serie di funghi rari e senza valore dal punto di vista commestibile.

HYDNELLUM PECKII non commestibile

Cappello: dai 2-7 cm vellutato, bianco da giovane poi rosso brunastro trasudante goccioline rosso sangue; margine bianco. Aculei decorrenti e fini facilmente staccabili, bianchi e poi bruno rosei.

Gambo: cilindrico irregolare, rosso-bruno e spugnoso verso il basso.

Carne: zonata, di colore bruno rossastra.

Habitat: nei boschi misti in estate ed autunno.

Commestibilità: non commestibile, molto coriaceo.

Nota: È uno spettacolo osservare questo modesto ed insolito funghetto quando, accarezzato da un raggio di sole, accende le sue numerose perline colorate. (da testo di *Micologia di R. Mazza*).



Foto 1: *Hydnellum peckii* (Foto di P. Ceccon)

TRAMETES VERSICOLOR non commestibile

Cappello: 3-12 cm. privo di gambo, con zone concentriche tra loro sovrapposte di colore molto variabile da nerastro a brunastro, rosso-bruno, verdastro, margine acuto e lobato.

Tubuli: bianchi.

Pori: minutissimi arrotondati, bianchi poi giallastri o giallo-rossastri.

Carne: bianca coriacea.

Habitat: sulle ceppaie, comunissimo ed ubiquitario, tutto l'anno.

Commestibilità: non commestibile.



Foto 2: *Trametes versicolor* (Foto di P. Ceccon)

* 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.

MERIPILUS GIGANTEUS commestibile solo da giovane

Carpoforo: 20-50 cm elastico a cappelli sovrapposti come tegole di un tetto, di colore bruno-rossastro, bruno castaneo con macchie nerastre, ma sempre con color crema giallastro al bordo.

La superficie del fungo è vellutata, granulosa al margine.

Tubuli: corti, biancastri che si formano molto tardi con imenio liscio anche alla lente.

Pori: piccoli di color crema che anneriscono al tocco o con la essiccazione.

Gambo: non vi è un vero e proprio gambo.

Carne: bianca, rossa a contatto dell'aria, con sfumature a volte nerastre, con forte odore caratteristico.

Habitat: cresce su tronchi di faggio e quercia, formando delle enormi masse fino ad oltre 30 kg., generalmente a fine estate o autunno.

Commestibilità solo da giovane, ma con riserve per il gusto e la fibrosità della carne.



Foto 3: Meripilus giganteus (Foto di P. Ceccon)

GANODERMA LUCIDUM non commestibile

Cappello: 5-10 cm circolare o reniforme, ricoperto da crosta lucida e dura, con superficie rugosa laccata o opaca, rosso arancio o fulvo porporino, margine chiaro.

Pori: piccolissimi, biancastri e poi fulvi.

Gambo: spesso assente, a volte molto sviluppato in altezza inserito in modo eccentrico lateralmente.

Carne: spugnosa, che diventa subito dura di colore fulvo chiaro.

Habitat: su tronchi o ceppaia di latifoglie o conifere anche nei prati, su radicele di alberi.

Commestibilità: non commestibile.



Foto 4: Ganoderma lucidum (Foto di A. Valli)

MUTINUS ELEGANS non commestibile

Cappello: non ben differenziato dal gambo, a forma conica, quasi appuntita di colore rosso che sfuma sul gambo verso il basso che emana un odore repellente abbastanza forte.

Gambo: da 8 a 12 cm cilindrico, cavo, attenuato in basso, bianco ma con una colorazione rosata su quasi tutta la sua altezza.

Carne: bianco-rosa, fragile, forellata.

Volva: chiusa ad uovo allungato nel fungo giovane, bianca o salmone chiaro nell'adulto.

Habitat: boschi o radune erbose nel periodo estivo.

Commestibilità: non commestibile.



Foto 5: Mutinus elegans (Foto di P. Ceccon)

Alla scoperta delle chiese del Trentino

La leggerezza architettonica della parrocchiale di Garniga Terme

L'eremo dei Santi Giacomo e Silvestro

di Genny Tartarotti

Da Bolognano d'Arco guardando verso il monte Stivo, è possibile scorgere un edificio, che dalla sommità di un poggio si affaccia sulla bassa Valle del Sarca e sul Lago di Garda. Si tratta dell'Eremito dei s.s. Giacomo e Silvestro al Monte, raggiungibile percorrendo la strada che, da Bolognano d'Arco conduce verso il monte Velo fino alla località Salve Regina e proseguendo poi a piedi, lungo un sentiero sterrato, per circa venti minuti.

Come molte altre chiese di questa zona e del Trentino, l'eremo dei s.s. Giacomo e Silvestro è probabilmente stato costruito nel Medioevo dalle popolazioni locali per sfuggire alle invasioni barbariche. Il documento più antico in cui si trova menzione della chiesa, all'epoca conosciuta come chiesa di San Silvestro, è una pergamena del 1288 in cui viene registrato l'atto d'acquisto di un campo da parte

di Albertino, un membro appartenente alla comunità di monaci che, fino al Settecento, ha vissuto nell'abitazione adiacente alla chiesa. Un altro documento, risalente al 1342 descrive, invece, i beni che vengono assegnati all'eremo nelle pievi di Gardumo, Mori e Lagarina, rafforzando l'ipotesi che il romitorio si trovasse sulle vie di collegamento tra il Basso Sarca, la Val di Gresta e la Valle dell'Adige. La chiesa, infatti, non era solo meta di pellegrinaggio nei giorni di San Silvestro e del Primo Maggio (confraternita del Corporis Christi) ma, grazie alla sua posizione, fungeva anche da punto di ristoro per viandanti e viaggiatori. Dall'esterno, grazie alla posizione panoramica e all'architettura medievale, l'edificio appare particolarmente suggestivo, conducendo la fantasia del visitatore in un passato lontano. All'interno l'aula presenta un tetto a capanna con travi in legno, mentre il presbiterio ha il tetto ad avvolto a crociera sul quale sono rappresentati i quattro evangelisti.

Sull'arco santo è raffigurata la scena dell'Annunciazione con l'angelo a sinistra e la Madonna a destra mentre sulla sommità si staglia il volto di Dio (rappresentazione assai rara nell'arte sacra).

Ai lati dell'arco si trovano 2 altari: quello di sinistra sopra il quale vi è una Madonna in trono con Bambino, San Giuseppe e San Romedio con l'orso e quello di destra con la rappresentazione di San Nicolò, probabilmente ai piedi della croce.

Anche le pareti del presbiterio sono impreziosite da affreschi. Sul fondo nell'ampia scena della crocifissione sono raffigurati, a partire da destra, San Floriano, San Silvestro Papa, San Giovanni Evangelista, il Cristo Crocifisso con la Madonna piangente ai piedi della croce, una delle pie donne, San Giacomo e San Filippo. Più in basso si trovano San Rocco e Sant'Antonio Abate.

A sinistra, una scritta, riprodotta in un cartiglio, fornisce alcune interessanti informazioni: «Nicolo de li Allegranti et Jacom Marinel massari de questa giesa in sema cho li vecini a fato far questa opera. Marcho Moreto de Archo dipinse adi 2 zugno 1576».

Sulle pareti laterali del presbiterio si sviluppano otto scene della Via Crucis. Sull'antependio dell'altare sono raffigurati San Giacomo e San Filippo; è interessante notare come i loro volti siano uguali a quelli dei santi raffigurati nella grande scena della Crocifissione.

L'eremo è attualmente di proprietà della Parrocchia dell'Addolorata di Bolognano d'Arco ed è gestito dal Circolo Ricreativo dello stesso paese, che vi organizza numerosi incontri e feste, in testa a tutte quelle del primo Maggio.





A.P.P.E.D.

Associazione Provinciale Pordenonese EmoDializzati, Trapiantati e Nefropatici - ONLUS
 c/o Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli", Via Montereale, 24 - 33170 Pordenone
 Tel/Fax 0434/26788 • sito: www.apped.it • cell. 3288649304 • e-mail: info@apped.it

SI RIPORTANO DI SEGUITO LE PIÙ IMPORTANTI ATTIVITÀ Effettuate nel 2009

- FEBBRAIO** Fine campagna promozionale "Aiutiamoli a Vivere Meglio"
 Sono stati consegnati i televisori ai reparti dialisi di: Sacile Maniago e Spilimbergo.
 E' terminato così l'impegno dell'associazione di dotare ogni posto Dialisi in Provincia di TV personale
- MARZO** Giornata Nazionale del Rene
- GIUGNO** Avviati contatti con l'associazione Associazione Provinciale Amici della Nefrologia di Trento (A.P.A.N.)
- LUGLIO** Incontro e gemellaggio con l'A.P.A.N. di Trento (vedi locandina)
- OTTOBRE** Giornata Nazionale del Dializzato Auditorium Concordia
 "Pout - Pourri Musicale" con Musica da Camera, Opera, Operetta e Romanze
 Tenore FRANCO BOER - Soprano Lirico EVA BURCO
 Pianista SARA RIGO - Violinista FRANCESCO ZANON
 "Eco....logicamente Volontariato" - Pordenone
- NOVEMBRE** Assemblea dei Soci, Elezioni, Pranzo sociale

Durante tutto l'anno abbiamo attuato azioni a sostegno e tutela di tutti i dializzati della Provincia affinché la loro permanenza alle sedute dialitiche venga svolta al meglio e ogni problematica risolta nel più breve tempo possibile. L' A.P.P.E.D. fa parte della COMMISSIONE REGIONALE di COORDINAMENTO per L'ATTIVITA' di NEFROLOGIA, DIALISI e TRAPIANTI di RENE.

Ecco alcuni degli appuntamenti già stabiliti per il 2010

Altri verranno messi a punto prossimamente

- 8 MARZO** giornata nazionale del rene
- * **GIUGNO** Gita a Mantova
- * **LUGLIO** Pic Nic del Dializzato
- 2- 3 OTTOBRE** 2° Congresso Nazionale di Nefrologia
- * **NOVEMBRE** Assemblea dei Soci
 Pranzo Sociale (località da destinarsi)

* data da definire per convegni o incontri

Gli Amici dell' **A.P.P.E.D. di Pordenone**, che si tengono in contatto con noi e che, quando possibile, partecipano alle iniziative della nostra Associazione, ci hanno fatto avere il programma realizzato nel 2009 e quello che hanno già progettato per l'anno prossimo. Ci fa piacere pubblicizzare le loro attività, così, se qualcuno dei nostri Soci A.P.A.N. passa da quelle parti, può far riferimento a questi nuovi e affettuosi amici.

Il Presidente
 Cav. Pietro Vidotto

RenArt

artisti per la donazione



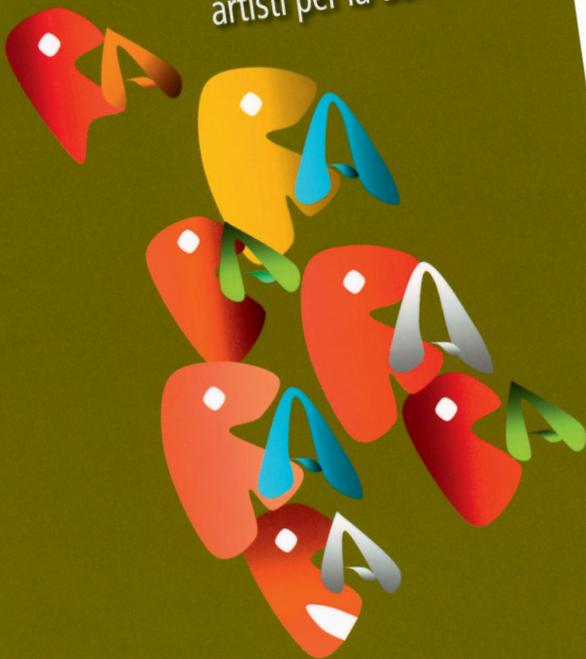
PALAZZO TARENTINI
MOSTRE

Consiglio
della Provincia Autonoma di Trento

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

RenArt

artisti per la donazione



RenArt

artisti per la donazione

