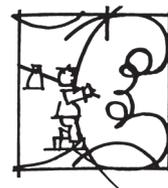


REN&S



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXV - NOVEMBRE/DICEMBRE 2010 - N. 2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ **VERITÀ O BUGIE NELLE SCATOLE DEI MEDICINALI?**
- ▶ **IMMUNOLOGIA E TRAPIANTI**
- ▶ **RARE, MA NON TROPPO**
- ▶ **ANCHE LA NATURA HA I SUOI LIMITI**
- ▶ **L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE EMODIALIZZATO**
- ▶ **LOTTA AI TUMORI NEL TERZO MILLENNIO IL CONTRIBUTO DELLA RADIOTERAPIA**
- ▶ **STAR BENE AL LAVORO: OBIETTIVO DI IMPORTANZA STRATEGICA**
- ▶ **NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI IN DIALISI PERITONEALE**
- ▶ **VITAMINA D SEMPLICE, MA NON SEMPLICE VITAMINA**
- ▶ **NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE**
- ▶ **LA CELIACHIA**
- ▶ **CONGRESSO DI NEFROLOGIA DI PORDENONE**
- ▶ **FRAMMENTI DI SAGGEZZA ORIENTALE**
- ▶ **L'AVVENTURA DI ALFRED NOBEL**
- ▶ **BOLLE DI SAPONE**
- ▶ **WINSLOW FA SUL SERIO**
- ▶ **LA QUARTA EDIZIONE DI RENART**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**

sommario

Verità o bugie nelle scatole dei medicinali? <i>di Serena Belli</i>	3
Immunologia e trapianti <i>di Cristina Andreotti</i>	5
RARE, ma non troppo <i>di Anna Lisa Pedrolli</i>	6
Anche la natura ha i suoi limiti <i>di Anita Conforti</i>	7
L'empowerment del paziente emodializzato <i>di Rosangela Peruzzo</i>	9
Lotta ai tumori nel terzo millennio Il contributo della radioterapia <i>di Luigi Tomio</i>	10
Star bene al lavoro: obiettivo di importanza strategica <i>di Antonella Lama</i>	12
Nuovi modelli assistenziali in dialisi peritoneale <i>di A. Dalprà, F. Fratton, L. Giovannini, I. Zulian</i>	15
Vitamina D semplice, ma non semplice vitamina <i>di Roberto Bortolotti</i>	16
Notizie dall'Associazione <i>a cura di Wilma Graziadei</i>	18
La celiachia <i>di Carlo Pedrolli</i>	20
Congresso di nefrologia di pordenone <i>a cura della Redazione di "Rene & Salute"</i>	22
Frammenti di saggezza orientale <i>di Gianni Toninato</i>	24
L'avventura di Alfred Nobel <i>di Lorenzo Ricci</i>	26
Bolle di sapone <i>di Anna Maria Ercilli</i>	27
Winslow fa sul serio <i>di Lonely Bear</i>	28
La quarta edizione di RenArt <i>di Aldo Nardi</i>	30
Micologia che passione! <i>di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i>	32

Cari Soci e Simpatizzanti APAN,

poche righe per presentarvi questo numero di Rene & Salute, che spero vi sia gradito. La rivista ci costa una discreta fatica, ma ci dà anche tanta soddisfazione. Chi la riceve da molti anni sa che nel tempo è stata via via modificata, fino ad arrivare alla attuale versione che, modestia a parte, ci sembra molto accattivante.

Mi piace sottolineare che gli articoli di medicina sono tutti articoli originali, scritti proprio per Rene & Salute, lo stesso dicasi per gli altri articoli, più leggeri e di svago. Per quanto riguarda gli articoli scientifici, in quanto medico posso dire che sono di ottimo livello e molto corretti dal punto di vista tecnico. Il valore aggiunto, secondo la mia opinione, è che argomenti difficili vengono esposti in maniera semplice, divulgativa, per essere compresi dal grande pubblico che ci legge, che non è composto da soli medici. Quindi ringrazio di cuore tutti gli autori-colleghi, alcuni dei quali sono collaboratori fissi. Ringrazio anche le varie persone che hanno alcune rubriche fisse: Micologia che passione, gli Aforismi, il Racconto, le Storie di vita vissuta, ed il misterioso autore di: Voglia di leggere. E, ovviamente, ringrazio tutti gli altri "scrittori per caso", che di volta in volta ci inviano i loro scritti, senza i quali la rivista sarebbe più povera, meno interessante e divertente. Anche le foto sono, per la maggior parte fatte da noi; un contributo importante viene dall'archivio di un certo G.T. che si impegna a contestualizzare la iconografia, con relativo grado di divertimento e molta passione. Un ultimo grazie va a chi lavora dietro le quinte, senza il cui prezioso aiuto la rivista non potrebbe uscire. Non faccio nessun nome, perché so che chi ci lavora lo sa, ed inoltre non posso correre il rischio di dimenticare qualcuno!

Il Presidente
dott.ssa Serena Belli

IN QUESTO NUMERO

ASSOCIATO
ALL'UNIONE
ITALIANA
STAMPA
PERIODICA



In copertina: "Rupe di Arco e affreschi"
China e pastello. Di A. Siciliano - 1998

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

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

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

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

Roberto Bortolotti, Anita Conforti, Anna Dalprà, Anna Maria Ercilli, Antonio Fondriest, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Wilma Graziadei, Antonella Lama, Aldo Nardi, Anna Lisa Pedrolli, Carlo Pedrolli, Rosangela Peruzzo, Luisa Pevarello, Lorenzo Ricci, Luigi Tomio, Gianni Toninato, Alberto Valli, Ilaria Zulian.

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

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

Informazioni generali sui farmaci

Verità o bugie nelle scatole dei medicinali?

di Serena Belli

Continuiamo il nostro percorso di informazioni generali sui farmaci, iniziato nel numero precedente di R&S con le istruzioni per lo smaltimento corretto degli stessi, parlando del *bugiardino*. Con tale termine si intende quella cartina, spesso un vero e proprio lenzuolo, che troviamo all'interno della scatola delle medicine, nella quale vengono riportate informazioni sul farmaco. Nel box a fianco trovate elencate le varie voci che, di regola, sono riportate sul foglietto.

Noi però vogliamo darvi qualche ulteriore informazione utile e raccontarvi un po' di storia e di curiosità.

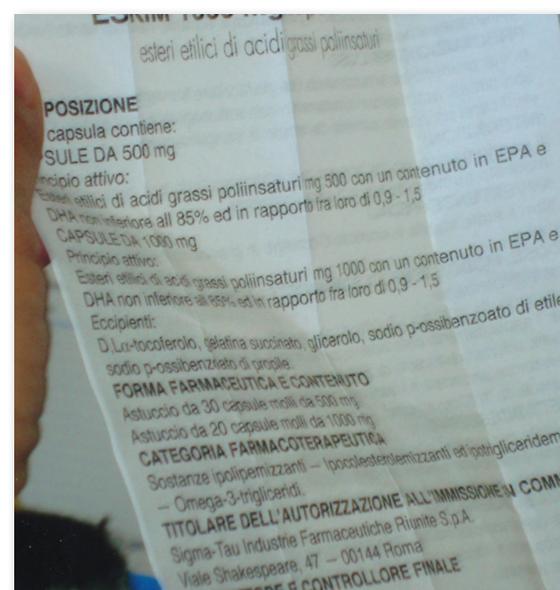
Intanto il nome: l'origine del termine "bugiardino" è piuttosto oscura anche se Wikipedia ci dice che l'Accademia della Crusca porta come ipotesi il fatto che in Toscana, in passato, con il termine *bugiardo* si indicava la locandina dei quotidiani esposta fuori dalle edicole. Da qui, riducendo le dimensioni del foglio, si sarebbe chiamato bugiardino il foglietto illustrativo dei medicinali.

In realtà il termine è tale che, nell'immaginario collettivo, fa sospettare riferisca di qualcosa di poco credibile. Di fatto, per alcuni farmaci, gli effetti vantati come miracolosamente curativi di molti sintomi, sono gli stessi che ci darebbe un qualunque placebo (parleremo nel prossimo numero di questo interessante argomento). E anche per quanto riguarda le reazioni avverse, spesso un lungo ed aspecifico elenco dei sintomi più terribili, che possono talvolta arrivare alla morte del paziente stesso, ci suonano poco credibili. E non parliamo qui della grandezza dei caratteri con cui i bugiardini sono scritti, che li rende ostici anche con gli occhiali da presbite.

Al contrario si tratta di uno strumento che, se bene sfruttato, è molto utile anche se la terminologia utilizzata è talvolta un po' astrusa e, spesso, poco comprensibile per chi non sia un addetto ai lavori. L'argomento è comunque di attualità: l'opinione pubblica sta spingendo perché i testi dei bugiardini vengano resi più semplici. "La Repubblica Salute" del gennaio 2010 ha dedicato un articolo alla semplificazione del bugiardino e anche la rivista Focus Farmacovigilanza dell'Università di Verona ne parla nel numero di marzo 2010. Le considerazioni conclusive cui arriva l'autore dell'articolo, sono ampiamente condivisibili: *la critica più diffusa è che questi strumenti, rivolti ai consumatori e non in prima battuta agli operatori sanitari, restino comunque incomprensibili anche a una lettura attenta e scrupolosa, sia per la tecnicità delle informazioni, sia per l'accumulo di notizie in così poco spazio. Non far capire è quasi peggio che non dire e ciò giustifica in parte l'appellativo ben noto di "bugiardino"*. (Celebrano M. A chi serve il bugiardino? FOCUS Farmacovigilanza 2010; 59:4.).

Vorrei soffermarmi, per sottolinearne le differenze, su un paio di punti che talvolta non risultano di immediata comprensione, nemmeno a molti sanitari: le controindicazioni/ precauzioni di impiego e gli effetti collaterali/ reazioni avverse.

Le controindicazioni indicano proprio quando il farmaco non deve essere assunto. Un esempio molto semplice possono essere gli sciroppi con zucchero, che non devono essere assunti da un soggetto diabetico. Indicano inoltre le associazioni con altri farmaci da evitare (perché uno interagisce con l'altro, o aumentando o



invalidando reciprocamente gli effetti terapeutici). Invece **le precauzioni** di uso suggeriscono il comportamento da adottare, sia per migliorare l'efficacia (a stomaco pieno o a stomaco vuoto), che per ridurre i possibili effetti collaterali di un prodotto (avvertenze per l'anziano, in gravidanza, nel bambino piccolo).

Per quanto riguarda **gli effetti collaterali** sono quei sintomi che possono comparire nella maggior parte delle persone che assumono un farmaco, e che sono per lo più sintomi attesi, proprio a causa della attività farmacologica della molecola. Un esempio è la sonnolenza che deriva dalla assunzione di un antistaminico, oppure la ipertrofia gengivale secondaria alla assunzione di alcuni anti-epilettici. **Le reazioni avverse** infine si distinguono dagli effetti collaterali perché sono reazioni **non attese**, dovute spesso ad una ipersensibilità individuale, o ad una vera e propria reazione allergica, che si presentano sporadicamente, solo in una percentuale dei pazienti.

Le reazioni avverse spesso sono trascurabili (un rush cutaneo transitorio, un prurito), ma quando insorgono è sempre buona norma interpellare il proprio medico e, se ciò non è possibile entro un tempo ragionevole, è bene sospendere, fino a nuovo ordine, la assunzione del farmaco.

Reazioni avverse leggere sono relativamente frequenti. Più raramente insorgono reazioni gravi, che possono anche sembrare sintomi a sé stanti,



non immediatamente riconducibili alla terapia assunta. Un bravo medico sa che, nel caso di sintomi improvvisi e non altrimenti giustificabili, una buona anamnesi aiuta nell'inquadramento diagnostico e la attenta valutazione della terapia assunta dal proprio paziente, fa certamente parte della buona anamnesi. Il tempestivo riconoscimento della causa, consente la tempestiva sospensione della terapia, che si è rivelata pericolosa per quella specifica persona. In questo modo si potrà evitare che alla malattia di base si sovrapponga il danno da farmaci. A questo proposito ricordo la famosissima frase di Ippocrate che, a torto, non fa parte del giuramento che fanno i medici all'inizio della loro professione, che dice: *primum non nocere*.

Voglio concludere queste brevi considerazioni sul bugiardino, ricordando che i farmaci aiutano a ridurre i sinto-

mi, migliorare l'andamento di una malattia e, talvolta, anche a guarire, ma noi medici non dovremmo dimenticare che quello che esiste non è la malattia, ma l'individuo ammalato e che non sarà mai sufficiente curare una malattia, se ci dimentichiamo di curare anche la persona. Per sottolineare questo concetto mi sembra quanto mai attuale quanto dice Patch Adams (il medico clown) nell'omonimo film del 1998: *La missione di un medico non deve essere solo prevenire la morte ma anche migliorare la qualità della vita. Ecco perchè se si cura una malattia si vince o si perde, ma se si cura una persona vi garantisco che in quel caso si vince, qualunque esito abbia la terapia.*"

"Farmaco è una sostanza che somministrata a un topo genera una pubblicazione."

COSA RIPORTA IL BUGIARDINO

- **Composizione:** corrisponde al principio attivo e agli eccipienti. Per questi ultimi s'indicano le sostanze che rendono stabile e assorbibile il principio attivo.
- **Forma Farmaceutica:** ogni farmaco può essere reso disponibile in supposte, gocce, compresse, fiale o altro.
- **Indicazioni:** specifica per quale disturbo deve essere usato il medicinale.
- **Controindicazioni:** segnala con quali altri farmaci non deve essere assunto contemporaneamente o se è pericoloso somministrarlo a pazienti con determinate malattie.
- **Precauzioni d'impiego:** suggerisce comportamenti da adottare in specifiche situazioni (nella terza età, ad esempio)
- **Dosaggio e tempi di somministrazione:** indica la quantità del prodotto e per quanti giorni deve durare la cura.
- **Sovradosaggio:** evidenzia i sintomi di un eventuale assunzione eccessiva.
- **Effetti collaterali:** indica le reazioni non desiderate che dà un farmaco somministrato a dosaggi normali.
- **Reazioni avverse:** è una reazione imprevista che se si presenta, necessita il consulto di un medico.
- **Avvertenze speciali:** segnalano le particolari condizioni fisiche in cui il medicinale è sconsigliato (ad esempio la gravidanza) o le associazioni con gli altri farmaci che non vanno fatte.



Immunologia e trapianti

di Cristina Andreotti*

Il rigetto di un trapianto è il risultato della reazione che il sistema immunitario della persona che ha ricevuto tale trapianto (il ricevente) attiva contro un organo, che sente estraneo a sé.

Nel nostro organismo il sistema immunitario infatti è specializzato nel riconoscere e nell'eliminare organismi estranei al nostro corpo, come i batteri ed i virus. La potenza e l'efficienza del sistema immunitario sono alla base del successo dello sviluppo di uomini e animali, che sono riusciti a sopravvivere e moltiplicarsi, nonostante l'enorme quantità di agenti nocivi che li circondano.

L'organo trapiantato non è certo nocivo per il ricevente, anzi è spesso un salvavita, ma il sistema immunitario non è in grado di fare una differenza di merito, la sua specializzazione è quella di riconoscerlo comunque come estraneo, e di organizzarsi per eliminarlo.

Protagoniste della reazione immunitaria sono tre cellule fondamentali: le cellule che presentano l'antigene (APC) ai linfociti T, i linfociti T, che devono riconoscere l'antigene in quanto elemento estraneo e i linfociti B. I linfociti T sono a loro volta classificabili in molti sottogruppi, mentre i linfociti B sono quelli che ricevono istruzioni dai linfociti T per formare gli anticorpi, ma svolgono anche un ruolo attivo nell'amplificare la risposta immune.

Ma come avviene il riconoscimento degli antigeni estranei, da parte dei linfociti T?

I linfociti T non vedono gli antigeni estranei come se galleggiasse nel sangue, ma li riconoscono solo quando sono presentati sulle membrane delle cellule specializzate (APC). Gli antigeni HLA, che sono sempre presenti sulla membrana di queste cellule in ogni individuo, e sono caratteristici di ciascuno di noi, sono essenziali per

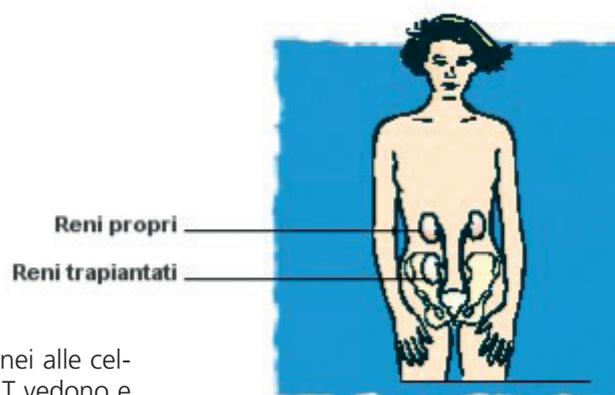
presentare i peptidi estranei alle cellule linfocitarie. I linfociti T vedono e mirano gli antigeni HLA sulla superficie cellulare e quando riconoscono un elemento anomalo (diverso da sé) nell'ambito dell'antigene HLA, si attivano. Gli antigeni HLA sono gli stessi che conosciamo come antigeni della compatibilità tissutale, quelli che vengono individuati quando il candidato al trapianto si reca ad eseguire la così detta tipizzazione, e le cui denominazioni compaiono accanto al nome del candidato stesso, sui fogli che periodicamente il Centro di immunologia dei trapianti ci invia. Gli antigeni HLA sono suddivisi in due classi: quelli di classe I sono presenti su tutte le cellule che hanno un nucleo, e quelli di classe II sono presenti sui linfociti B, sulle cellule dendritiche e sui monociti, che sono appunto le cellule presentanti l'antigene.

Gli HLA sono molto numerosi e caratteristici di ciascun individuo, inoltre sono polimorfici, il che significa che è assai raro che due persone, che non siano gemelli, li abbiano uguali. Gli HLA, inoltre, sono "caratteristiche" individuali geneticamente determinate, che ereditiamo dai nostri genitori (metà dal padre e metà dalla madre) come qualunque altro carattere genetico.

Nel trapianto essi sono importantissimi, non solo per l'assegnazione di un trapianto tra un donatore e un ricevente che deve essere compatibile, ma anche perché, se un ricevente ha anticorpi contro antigeni HLA del potenziale donatore già prima del trapianto, si dice che il cross match è positivo e il trapianto tra questo donatore e quel ricevente non si può fare.

Dove avviene l'incontro tra linfociti T e cellule presentanti l'antigene?

Le cellule che presentano l'antigene (APC) migrano nei linfonodi e nella milza, che sono gli organi linfatici dove,



di regola, avviene il contatto tra APC e linfocita T.

Purtroppo, però, ci sono eccezioni a questa regola l'eccezione più importante è quella delle "memory T cells". Infatti non tutte le cellule T sono uguali: mano a mano che invecchiamo, e che quindi si presuppone che incontriamo numerosi e differenti agenti infettanti, si allarga il repertorio delle cellule T a lunga memoria.

Le memory T cells possono migrare direttamente nell'organo non proprio, come un organo trapiantato, e provocarne il rigetto.

Riassumendo: l'organismo umano è molto allo-reattivo (cioè produce difese contro ospiti estranei), ma il nostro sistema immunitario, purtroppo, non fa differenza tra il riconoscimento di un batterio nocivo e un trapianto utile. Non solo l'uomo, ma tutte le specie animali hanno la capacità di riconoscere antigeni estranei.

Nella trapiantologia si può migliorare la compatibilità tra donatore e ricevente, e quindi ridurre il rischio di rigetto. Ad esempio tra genitori e figli metà degli HLA sono uguali e tra fratelli ci può essere una identità ancora migliore.

Si può anche approfondire lo studio del rischio immunologico di quel particolare ricevente, al fine di assegnargli un organo il più compatibile possibile, ma allo stato attuale continuiamo ad affidarci alla terapia immunosoppressiva, quella che chiamiamo antirigetto, per abbassare la risposta immunologica.

* Dr.ssa Cristina Andreotti,
Responsabile Ambulatorio
Trapianto renale Nefrologia e
Dialisi / Ospedale di Trento

Risvolti ed implicazioni pratiche di alcune malattie

RARE, ma non troppo

di Anna Lisa Pedrolli*



In Europa è definita rara una patologia con una prevalenza non superiore a 5 casi su 10.000 abitanti.

Sono 6-7000 le Malattie rare e rarissime conosciute oggi e rappresentano il 10% delle malattie che affliggono l'umanità; nel 75% dei casi esordiscono in età pediatrica, nell'80% riconoscono una causa genetica.

Se le consideriamo tutte insieme, le Malattie rare sono quindi molto numerose e piuttosto frequenti, interessando in Italia circa 1,5 milioni di persone (e in Europa 30 milioni) che, nel 61% dei casi, presenteranno una disabilità medio-grave.

Proprio perché rare e quindi poco conosciute, sono spesso diagnosticate con difficoltà e con ritardo (si calcola che circa il 20% delle diagnosi arrivi dopo 5 anni dall'esordio della sintomatologia) inoltre, talvolta, giunti alla diagnosi non esiste una terapia, oppure questa si avvale di farmaci cosiddetti "orfani", farmaci cioè sui quali l'industria farmaceutica ha poco interesse ad investire (i costi necessari per

scoprirli e produrli non sono coperti dall'uso che se ne farà, visto che possono riguardare talvolta solo poche decine di persone).

Da circa 10 anni in Italia esiste un'attenzione istituzionale rivolta alle Malattie rare, il cui primo prodotto è stato il decreto ministeriale 279/2001: con questo decreto è stata istituita la rete dei Centri di riferimento per le Malattie rare, ed è stata garantita l'esenzione dal ticket "per le prestazioni di assistenza sanitaria, incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti". Anche gli accertamenti finalizzati alla diagnosi sono erogati in regime di esenzione, purché eseguiti presso i Centri di riferimento della rete nazionale per le Malattie rare.

Allegato al decreto vi è un elenco delle patologie rare che danno diritto all'esenzione, raggruppate in 13 gruppi, definiti in base alla localizzazione della malattia (p.es. il gruppo delle malattie neurologiche, quello delle malattie del sangue e degli organi emopoietici, quello delle malattie dell'apparato genito-urinario, etc) per un totale di 2138 nomi di malattie rare; a ciascuna malattia è collegato un codice di esenzione.

Per quanto riguarda le "malattie dell'apparato genito-urinario", che costituiscono il gruppo numero 10, sono state individuate le seguenti patologie: diabete insipido nefrogenico (cod. di esenzione RJ0010), fibrosi retroperitoneale (cod. di esenzione RJ0020) e cistite interstiziale (cod. di esenzione RJ0030). In realtà, altre numerose malattie di pertinenza nefro-

urologica non compaiono in questo gruppo ma sono comprese in altri gruppi. E' il caso, per esempio, della malattia di Fabry (cod. di esenzione RCG080), delle amiloidosi primarie e familiari (cod. di esenzione RCG130), della sindrome emolitico-uremica (cod. di esenzione RD0010), delle vasculiti e di alcune malformazioni congenite o sindromi con coinvolgimento dell'apparato genito-urinario (ad esempio: rene con midollare a spugna, sindrome di Joubert, sindrome BOR, sindrome di Alport, ecc.).

A ciascuna Regione e Provincia Autonoma è stato affidato il compito di individuare i Centri di riferimento per le Malattie rare, nell'ambito del proprio territorio. Nel 2004 la Provincia di Trento ha firmato un accordo con la Provincia di Bolzano, la Regione Veneto e la Regione Friuli-Venezia-Giulia, detto **di Area Vasta**, che impegna le quattro amministrazioni ad individuare i Centri di riferimento, all'interno della macro-regione da esse formata, ad elaborare protocolli diagnostico-terapeutici uniformi e strategie uniche, per l'assistenza alle persone con malattie rare.

Nel 2007 la Giunta Provinciale ha deliberato tali Centri di riferimento, che sono distribuiti su tutto il territorio che comprende il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, la provincia di Bolzano e quella di Trento. Nella nostra Provincia il presidio ospedaliero individuato è stato l'**Ospedale S. Chiara di Trento**; all'interno di esso i Centri di riferimento, ciascuno per le proprie competenze, sono: la Pediatria con la Neuropsichiatria Infantile e la Neonatologia, la Medicina I (Reumatologia), la Medicina II, la **Nefrologia**, l'Urologia, la Dermatologia ed il Centro Trasfusionale.

Nel momento in cui i medici di questi reparti diagnosticano una malattia rara, rilasciano una certificazione utilizzando un sistema informatico, comune all'interno dell'Area Vasta (ed ora esteso anche a Emilia-Romagna e Liguria), a cui sono collegati in tempo reale anche i distretti di residenza dell'utente, che possono quindi rilasciare l'esenzione in modo immediato. Oltre che per l'aspetto burocratico

del rilascio della certificazione ed esenzione, l'utilizzo di tale sistema informatico consente di popolare gradualmente il Registro Provinciale per le Malattie Rare, strumento indispensabile per la raccolta di dati epidemiologici, a loro volta utili sia ai fini della programmazione sanitaria, che della comprensione della tipologia e del reale impatto di queste malattie nel nostro territorio.

In futuro, inoltre, si prevede che il sistema potrà essere utilizzato per la compilazione del piano terapeutico ed anche per la gestione clinica del paziente (cartella clinica), condivisa e visibile sia dai Centri di riferimento, che dai medici di base, che sono coloro che hanno in cura domiciliare il paziente con Malattia rara.

Da marzo 2009 è infine stato istituito il Centro Provinciale di Coordinamento delle Malattie rare, situato presso l'Ospedale Villa Igea, i cui compiti sono: 1) diffondere l'informazione sulla rete di assistenza disponibile nella Provincia di Trento e su quella interregionale di Area Vasta, chiarendo agli utenti le modalità di accesso ad entrambe; 2) favorire un accesso facilitato dei pazienti alle cure e a tutti i benefici di legge previsti in questo ambito; 3) diffondere la cultura medica sulle Malattie rare.

Lo scopo ultimo è quello di affiancare il malato raro nel suo non facile percorso diagnostico-terapeutico, evitando che tale percorso venga vissuto in solitudine e magari gestito attraverso faticosi (e talvolta falsamente illusori) percorsi "fai da te".

Centro Provinciale di Coordinamento per le Malattie Rare

Ospedale Villa Igea (4° piano)

Via Malta, 16 - 38122 TRENTO

Tel.: 0461904211

Fax: 0461904244

@: malattieraretrento@apss.tn.it

Orario di apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 13.30

* Dr.ssa Anna Lisa Pedrolli,
Pediatria presso la S.C. di
Pediatria dell'O. S. Chiara
Trento

Erbe e tossicità renale

Anche la natura ha i suoi limiti

di Anita Conforti*

I rimedi a base di erbe costituiscono la forma principale di terapia (e spesso l'unica) per ampie fasce di popolazione nei paesi a scarse risorse economiche, per una serie di ragioni legate ad una combinazione tra: non accessibilità ai farmaci, ignoranza, povertà e presenza di tradizioni consolidate, basate sull'utilizzo di piante.

Negli ultimi anni il consumo di erbe è in crescita anche nei paesi industrializzati, per un insieme di ragioni molto differenti da quelle sopra riportate, tra le quali una insoddisfazione da parte di alcuni pazienti nei confronti di un approccio "meccanicistico" della medicina (soprattutto rispetto a disturbi che sono considerati poco rilevanti, ma che invece pesano sulla vita degli individui), e la percezione che le erbe siano più "sicure" dei farmaci tradizionali.

In questo contesto stanno quindi crescendo, anche se lentamente, le conoscenze di effetti terapeutici e tossici di erbe usate in svariate situazioni.

La maggior parte dei principi attivi contenuti nelle erbe (al pari di quelli dei farmaci) viene eliminato attraverso il rene e l'uso di rimedi a base di erbe è stato associato a diversi tipi di danno renale, che vanno dall'insufficienza renale acuta, ai difetti tubulari, alla malattia renale cronica fino al carcinoma uroteliale.

Il più drammatico caso documentato di nefrotossicità da prodotti fitoterapici risale agli anni '90-'92 in Belgio. Più di 100 persone, che avevano partecipato ad un regime dimagrante a base di erbe cinesi, hanno sviluppato una nefropatia la cui lesione principale era rappresentata da una estesa fibrosi interstiziale renale con

atrofia e perdita dei tubuli. Almeno 70 di questi pazienti avevano avuto bisogno di dialisi e/o di trapianto. Si è poi arrivati alla conclusione che uno dei prodotti fitoterapici contenuti in queste erbe cinesi (la *Stephania tetrandra*), era stata inavvertitamente sostituita con l'*Aristolochia fangchi*, un prodotto botanico contenente acido aristolochico, a causa della stretta somiglianza del nome cinese. Nel 1996, è stato riportato che nel tessuto renale di 5 pazienti belgi erano stati rilevati addotti di DNA legati ad acido aristolochico. Dal 1989 al 1992 altri sette casi simili a quelli del Belgio sono stati identificati in Francia, in persone esposte a preparazioni contaminate con *Aristolochia fangchi*. Nel maggio 2000, in uno di questi pazienti è stato diagnosticato un caso di carcinoma uroteliale. Un secondo caso di carcinoma uroteliale è stato sospettato in un altro paziente esposto, inoltre, in un terzo paziente è stato rilevato un linfoma. Uno studio condotto in Belgio sulla coorte originale, ha riportato che su 39 pazienti con insufficienza renale all'ultimo stadio c'erano 18 casi (46%) di carcinoma uroteliale. Tutti i campioni analizzati contenevano addotti di DNA legati ad acido aristolochico. Gli autori hanno concluso: "i nostri dati suggeriscono che le tossine di aristolochia (acido aristolochico e possibilmente anche altri derivati) causano nefropatia e carcinoma uroteliale". Negli stessi anni, controlli di laboratorio eseguiti dalla FDA (Agenzia regolatoria americana) su alcuni prodotti botanici venduti negli Stati Uniti, hanno rivelato in alcuni di essi la presenza di acido aristolochico. Questi comprendevano prodotti con un singolo ingrediente approvato



Stephania tetrandra

come *Aristolochia* (talvolta chiamata Virginia snakeroot) e prodotti botanici che probabilmente erano sostituiti con *Aristolochia* (per esempio, *Stephania tetrandra*, *Clematis armandii* ed estratto di *Akebia*). Ma non basta: l'acido aristolochico è stato ritrovato anche in diversi prodotti venduti come supplementi dietetici. Lettere di avvertimento e richieste di ritiro sono state inviate alle varie ditte produttrici o ai distributori coinvolti.

Nonostante il divieto di commercializzazione di *Aristolochia* nella maggior parte dei paesi, la presenza sul mercato di prodotti contenenti Acido Aristolochico non può essere completamente esclusa, anche a causa di denominazioni inappropriate e imprecise. Un altro episodio importante di nefropatia "epidemic" è accaduto nei Balcani negli anni '90 e ha coinvolto un numero talmente elevato di persone in zone della Romania, Croazia, Bosnia, Serbia e Bulgaria, che lo si ricorda come "nefropatia balcanica epidemica". L'agente causante è stato identificato nella *ocratossina*, una micotossina che ha contaminato vari prodotti a base di erbe.

Alcune medicine tradizionali, originarie da regioni tropicali asiatiche e africane, sono state implicate in casi di tossicità renale e ne sono stati identificati i principi attivi. Una di queste medicine è il djienkol bean, frutto dell'albero *Pithecellobium labatum*, dal quale si ottiene, dopo estrazione con etanolo, l'acido djienkolico che è risultato nefrotossico negli animali. Anche un rimedio tradizionale utilizzato in Sudafrica, chiamato "Impila"

Tarassaco

e derivato dalle radici della pianta *Callilepis laureola*, che viene usato per trattare tutta una serie di condizioni, ha causato tossicità epatica e renale. Il danno renale è caratterizzato necrosi tubulare acuta, che può portare a insufficienza renale.

Ci sono poi alcune piante che alterano l'equilibrio elettrolitico, con conseguenze più o meno gravi a livello cardiocircolatorio. E' ben nota la azione mineralcorticoide della radice di liquirizia (*Glycyrrhiza glabra*) che, se usata per lunghi periodi e in grandi quantità, può causare una ritenzione di sodio e un aumento dell'eliminazione di potassio. Ne consegue una ipertensione e, nel caso in cui la persona stia assumendo altri farmaci come la digossina (digitale), un aumento della tossicità da questi farmaci.

I lassativi a base di erbe come la sena, la cascara e il rabarbaro possono causare ipopotassemia. Il succo di un rimedio tradizionale polinesiano a base di noni (*Morinda citrifolia*), così come i ben più familiari tarassaco (*Tarassacum officinale*), ortica (*Urtica dioica*) e erba medica (*Medicago sativa*) hanno un alto contenuto di potassio, e possono quindi determinare iperpotassiemia.

Il meccanismo del danno renale causato dalle erbe rimane in molti casi sconosciuto, dal momento che ciò che si sa proviene da segnalazioni o da case report che "raccontano" storie cliniche dove c'è una associazione tra l'assunzione di erbe e un determina-

to danno, ma esistono pochi studi di approfondimento e conferma. Per gli stessi motivi non conosciamo la frequenza di questi danni nella popolazione, possiamo solo pensare che di fronte ad un uso sempre più diffuso di preparati a base di erbe (che però non conosciamo nel dettaglio) le segnalazioni di danni renali, a parte gli episodi di massa citati sopra, sono meno frequenti di quello che ci potremmo aspettare.

La mancanza di una seria regolamentazione del mercato erboristico non aiuta, sono sempre più frequenti le segnalazioni di contraffazioni o contaminazioni da metalli pesanti e troppo spesso, sulle etichette dei prodotti fitoterapici non sono riportati dati sufficienti per identificarne il contenuto. Il dialogo tra la medicina ufficiale e le medicine complementari o alternative è spesso difficile o addirittura inesistente e il paziente può subirne delle conseguenze. Di fronte ad un danno renale che non abbia cause alternative, un approccio al paziente aperto, e libero da preclusioni, lo aiuterà a "raccontare" la eventuale assunzione di preparati a base di erbe, che spesso non vengono riferiti per timore di critiche.

* Dr.ssa Anita Conforti, Department of Medicine and Public Health
Section of Pharmacology
University of Verona



Piani di assistenza integrata presso l'ospedale di Borgo Valsugana

L'empowerment del paziente emodializzato

di Rosangela Peruzzo*

Presso l'Ospedale di Borgo Valsugana (Trento) è attivo un Centro Dialisi per la popolazione residente in Alta-Bassa Valsugana e nel Tesino, presso il quale viene effettuato anche il servizio di dialisi vacanza, rivolto sia a cittadini italiani che stranieri, in qualsiasi periodo dell'anno. Attualmente sono presenti 31 pazienti, affetti da pluripatologie, la cui età media è di 72,46 anni. Nella presa in carico di questi pazienti cronici è importante promuovere l'**empowerment**, sia per quanto riguarda i fattori individuali, che per quelli sociali ed ambientali che influiscono sullo stato di salute, al fine di ridurre il più possibile il rischio di potenziali complicanze legate all'insufficienza renale cronica, quali: squilibrio idroelettrolitico, infezioni, edema polmonare, sanguinamenti, e la malnutrizione. Per questo motivo, già dal 2004, presso il Servizio Emodialisi di Borgo Valsugana, in orario serale, si svolgono delle serate educative rivolte ai pazienti emodializzati ed ai loro congiunti.

Attualmente i dati clinici e la valutazione dei bisogni assistenziali sono documentati in una cartella clinica informatizzata (Gepadial). In questo programma informatico, i bisogni educativi del paziente non possono essere inseriti, in quanto non sono previste schede specifiche, pertanto ogni operatore si avvale di modalità non uniformi per la gestione di questa attività, mancando in questo modo la tracciabilità del percorso educativo, che viene garantito ad ogni paziente. Per ovviare a questa carenza, dopo l'analisi delle evidenze e la visita in altri centri dialisi, si è ritenuto opportuno sperimentare un percorso assistenziale in cui era possibile integrare la documentazione clinica informatizzata del paziente, aggiungendo delle schede su rischi specifici. Sono state quindi elaborate schede specifiche riguardanti: il paziente diabetico, il rischio delle cadute, la valutazione del dolore, la continuazione dell'attività assistenziale e la gestione degli accessi vascolari.

Dall'anno 2008 è iniziata la fase sperimentale di questo percorso educativo, che è stato condiviso con l'equipe assistenziale (medici e infermieri) e documentato nelle schede specifiche, al fine di valutarne l'efficacia sul paziente e sull'organizzazione, per poi introdurlo nella pratica quotidiana e nella cartella clinica informatizzata dell'utente.

Per tutti i pazienti presi in carico dal Centro Dialisi, a partire dall'anno 2008, nella fase dell'accoglimento viene definito anche il percorso educativo necessario, finalizzato all'auto-gestione della malattia, documentato nella specifica scheda.

L'attuazione di un piano di assistenza personalizzato si traduce in un miglioramento della compliance del paziente e della qualità della sua vita. In particolare, i miglioramenti hanno riguardato: la relazione tra il paziente e le varie figure del team, il controllo su fattori personali, sociali ed ambientali, pur nel rispetto della privacy del paziente e dei suoi familiari. Sono inoltre diminuiti i ricoveri dovuti ad iperpotassiemia e ad edema polmonare acuto, mentre sono state prontamente rilevate le possibili complicanze del paziente diabetico.

"Siamo in cammino...", questi piani di assistenza integrata potranno essere modificati con l'evolversi dei bisogni, con le indicazioni fornite dalla normativa, ma soprattutto con le proposte elaborate dai gruppi professionali.



* Rosangela Peruzzo, Infermiere coordinatore Servizio emodialisi di Borgo Valsugana (Trento)

Nuovi strumenti e tecniche per combattere un vecchio nemico

Lotta ai tumori nel terzo millennio Il contributo della radioterapia

di Luigi Tomio*

Da dove vengono i progressi più importanti in medicina? La maggior parte dei ricercatori sono concordi nel ritenere che noi ci muoviamo essenzialmente secondo due strade: il cosiddetto "evento speciale" e lo "sviluppo a piccoli passi". Nel campo della scienza per "evento speciale" si intende la scoperta o l'invenzione di qualcosa di così rilevante da cambiare per sempre il modo di fare medicina. È quello che la gente più spesso ricorda, che finisce rapidamente sulle prime pagine dei media e che rende il nome di alcune persone familiare a tutti. Questo però è un evento raro. Lo "sviluppo a piccoli passi" riguarda al contrario la maggior parte del lavoro scientifico. Piccole parti di un argomento o di un problema sono analizzate e vengono risolte - anche in sedi lontane fra loro - fino ad ottenere un risultato o un cambiamento apprezzabile solo dopo lunghi anni. Questo è il metodo scientifico. Talvolta il punto di arrivo dello "sviluppo a piccoli passi" può diventare un risultato importante e sorprendente, cioè l' "evento speciale". In questo caso, molti ricercatori hanno avuto un ruolo - una piccola parte - nella scoperta e qualcuno ha avuto l'occasione di fare la storia!

Di seguito verranno descritti alcuni esempi applicabili alla moderna radioterapia. È opportuno ricordare che la pianificazione di un trattamento radiante è un "processo multifasico" che comincia con la decisione da parte dello specialista in radioterapia oncologica di irradiare un tumore (di quella forma, stadio, istologia e/o caratteristiche) e termina con l'approvazione di un piano finale di cura che comprende

l'indicazione della dose da erogare, la distribuzione della dose nei tessuti e una serie di parametri tecnici che vengono trasferiti (mediante una rete informatica) alla macchina di terapia per l'esecuzione - dopo una verifica quotidiana - della sessione di radioterapia.

L'invenzione della tomografia computerizzata (TC) è un esempio di "evento speciale". Nell'aprile 1972 la società EMI, meglio conosciuta oggi nel mondo per la sua attività nel campo della musica e della registrazione, annunciò in maniera del tutto inattesa l'invenzione del primo tomografo a raggi X. Alcuni sostengono addirittura che l'attività di ricerca della EMI in campo medico fu consentita dai proventi del successo mondiale dei Beatles in quegli stessi anni. Questa prima macchina era capace di fare una scansione, in modo abbastanza lento, di un cervello umano e di distinguere solamente la materia grigia e bianca. L'evento fu descritto come il principale miglioramento in campo radiologico dalla scoperta dei raggi X avvenuta l'8 novembre 1895. In realtà l'invenzione era stata creata più o meno nei precedenti cinque anni da Godfrey Hounsfield (1919-2004) che più tardi ricevette il Premio Nobel per la Medicina nel 1979 insieme a Alan Cormack (1924-1998), il quale in Sudafrica aveva eseguito numerose ricerche di laboratorio. Il primo tomografo a scansione della EMI fu installato presso l'Atkinson Morley Hospital a Wimbledon, Inghilterra. Ora questo strumento può essere visto al Museo della Scienza di Londra a fianco dell'Apollo 10, il primo modulo arrivato ad orbitare attorno alla luna! Comunque il 1972 non è il vero anno di nascita della TC. I principi della TC era

noti da molti anni e molti altri scienziati hanno "quasi" inventato il tomografo a scansione. Non solo per "puro campanilismo" ma soprattutto per il geniale merito va ricordato un radiologo italiano, Alessandro Vallebona (1899-1987), che agli inizi del 1900 propose un metodo per rappresentare una singola sezione del corpo umano su una pellicola radiografica e il metodo fu chiamato "tomografia". Molti altri andrebbero citati e quanto del loro lavoro portò al primo tomografo della EMI è ovviamente impossibile da stabilire. Il merito della EMI e di Hounsfield fu di trasformare in realtà le conoscenze accumulate, ciò che ha permesso di salvare decine di migliaia di vite umane.

La TC ha radicalmente trasformato anche il mondo della radioterapia. Infatti, nel "processo" della radioterapia uno dei problemi principali del passato era rappresentato dalla impossibilità di una precisa definizione del bersaglio tumo-

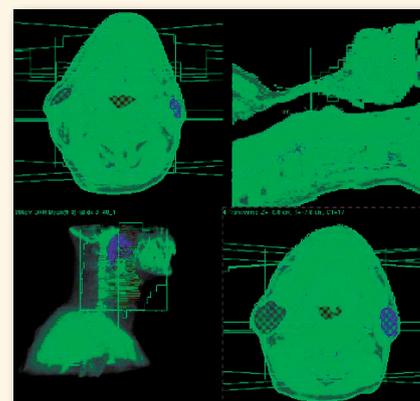


Fig. 1 Definizione mediante TC del bersaglio tumorale (in arancio) e delle strutture sane da risparmiare (in giallo, rosso e blu), da ripetere su ogni singola sezione di tutto il volume da irradiare

rale. Oggi, grazie all'utilizzo di routine della TC nella pianificazione del trattamento radiante, il radioterapista è in grado di definire e ricostruire in 3 dimensioni l'anatomia del paziente, la sede della neoplasia e le strutture sane circostanti.

La TC possiede un altro grande merito: permette di conoscere anche la reale densità dei tessuti necessaria per calcolare in modo preciso il deposito e la distribuzione della dose all'interno del corpo. Ne consegue la possibilità di concentrare maggiormente la dose utile di radiazioni al bersaglio tumorale e di risparmiare ai tessuti sani una irradiazione non necessaria, favorendo così l'integrazione anche con le altre terapie.

Questi eccezionali miglioramenti in campo diagnostico e fisico che consentono trattamenti più mirati (non solo in senso spaziale ma anche temporale) hanno portato allo sviluppo di modalità e/o di apparecchiature di radioterapia sempre più sofisticate e dedicate quali la radioterapia a intensità di fascio modulata (IMRT), la tomoterapia, la radioterapia robotica mediante Gamma-knife o Cyberknife e, per il prossimo futuro, l'adroterapia mediante protoni o ioni.

L'invenzione della IMRT è un altro esempio di "evento speciale" che ha rivoluzionato il trattamento del cancro mediante la radioterapia. L'invenzione della IMRT viene attribuita a Anders Brahme che descrisse in un lavoro iniziale del 1988 i principi per la pianificazione "inversa" dei trattamenti radianti. Anziché elaborare a priori e passo dopo passo i campi di irradiazione necessari (comunque di numero, forma e direzione abbastanza semplici) per far arrivare al bersaglio tumorale la dose più elevata possibile senza superare la dose di tolleranza dei tessuti sani, nella IMRT vengono stabiliti in anticipo la dose da erogare al tumore e i vincoli di dose ai tessuti sani mentre il sistema di pianificazione elabora in un secondo tempo il numero, la forma e la direzione dei campi di irradiazione modulandoli in modo tale (in teoria senza limitazioni) da produrre delle dosi altamente conformate. Nel giro di pochi anni Mark Carol per primo, nel 1992, e Thomas Bortfeld e Art Boyer,

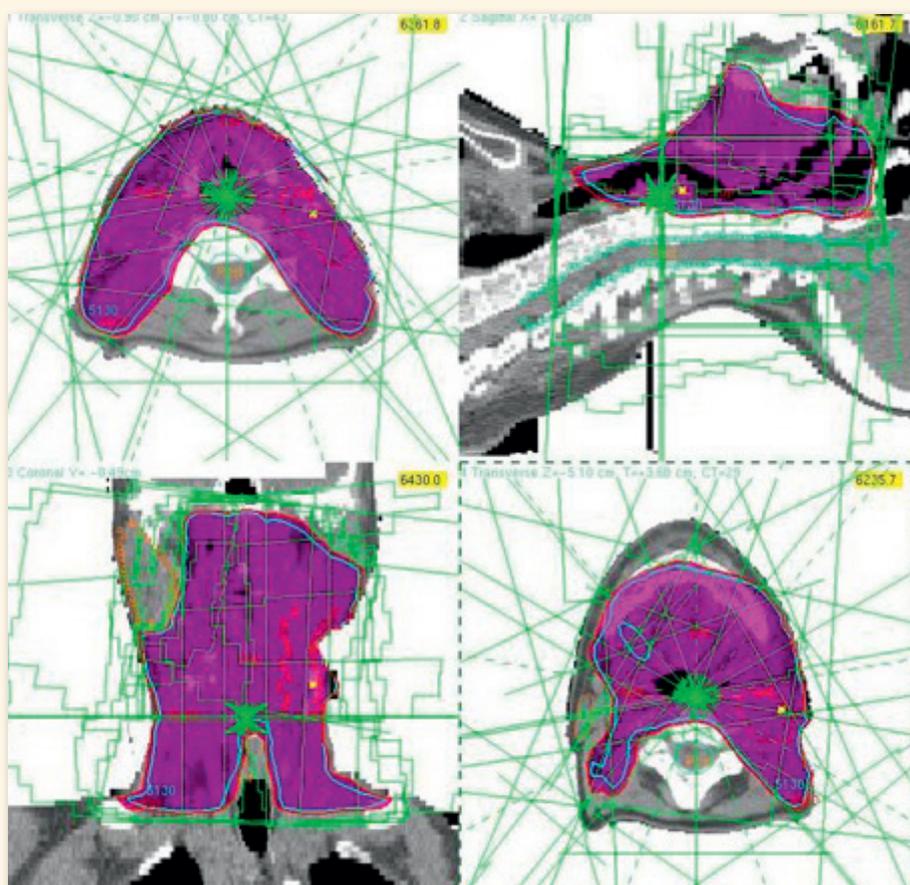


Fig. 2 Esempio di distribuzioni della dose (in viola la dose terapeutica) mediante IMRT per una neoplasia della testa-collo. È evidente la forma a "boomerang" (in alto a sinistra) nell'irradiazione del collo con completo risparmio del midollo spinale. Nei riquadri in basso è evidente il risparmio della parotide di destra (la xerostomia, assenza di saliva, è una delle conseguenze più severe provocate dall'irradiazione delle parotidi) senza compromettere la dose necessaria al tumore

nel 1993, proposero e realizzarono dei dispositivi che, inseriti nella testata degli acceleratori lineari, permettevano di modificare a distanza e durante il trattamento la forma dei campi di irradiazione rendendo realmente possibile l'esecuzione della IMRT. Uno di questi dispositivi, il collimatore multilamellare (MLC), è ormai una componente fissa di tutti gli acceleratori lineari senza la quale è impossibile eseguire l'IMRT in modo sicuro e veloce. Ma anche l'invenzione della IMRT fu in realtà il risultato di decenni di uno "sviluppo a piccoli passi". Nel 1940 il matematico americano George Birkoff (1884-1944) pubblicò la teoria dell'IMRT senza riuscire a realizzarla, e nel 1960 e nel 1980 altri ricercatori svilupparono e pubblicarono altri rilevanti contributi in questo campo.

L'IMRT quindi è una tecnica avanzata che permette la somministrazione di

dosi elevate di radioterapia, seguendo in modo preciso la forma del tumore ed evitando l'irradiazione dei tessuti sani. Utilizza i normali acceleratori lineari per la radioterapia purché dotati di MLC, ma il software di pianificazione permette di coprire bersagli tumorali anche di forma complessa (per esempio con multiple concavità). È una tecnica particolarmente utile nel trattamento di neoplasie molto vicine a tessuti sani di vitale importanza, quali midollo spinale, tronco encefalico oppure limitrofe a organi molto sensibili al trattamento radiante, come retto o polmone. Permette, inoltre, di utilizzare dosi di radioterapia molto elevate, che garantiscano un miglior controllo della malattia. L'IMRT viene utilizzata dall'unità operativa di radioterapia dell'ospedale Santa Chiara di Trento dal 2005 per il trattamento di diverse neoplasie, quali: neoplasie del distret-

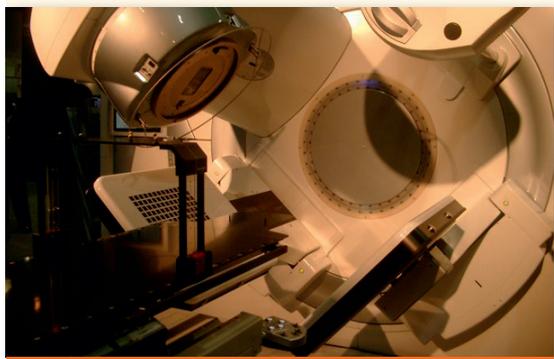


Fig.3 Esempio di acceleratore lineare dotato di MLC per l'esecuzione della radioterapia a intensità di fascio modulato.

to testa-collo, neoplasie prostatiche, neoplasie anali, neoplasie ginecologiche e neoplasie cerebrali.

Un altro esempio di "evento speciale" è l'invenzione delle moderne apparecchiature per la tomografia ad emissione di positroni (PET) la cui storia tuttavia può essere fatta risalire a 50 anni fa. Nel mondo scientifico c'è una grande attenzione sull'uso della PET nella pianificazione del trattamento radiante in quanto potrebbe aggiungere preziose informazioni sullo stato funzionale di un tumore e consentire l'intensificazione e la personalizzazione dei trattamenti radianti ma per ora le osservazioni e i risultati accumulati restano preliminari.

Nell'immediato futuro ci si aspetta che le informazioni di tipo anatomico (TC) e funzionale (PET) possano essere unificate e che le immagini così ottenute possano fornire il riconoscimento automatico delle strutture, creare librerie e un archivio di dati indispensabili per analizzare la risposta del tumore all'irradiazione, confrontare piani di cura differenti o l'associazione di modalità diverse di trattamento (fotoni, protoni, brachiterapia, ecc.). Oggi questo è possibile in parte ma richiede ancora un forte impegno umano e di tempo. Domani potrebbe diventare pratica di routine consentendo allo specialista più tempo da dedicare alla qualità di vita dei propri pazienti.

* Dr. Luigi Tomio, Primario della S.C. Radioterapia Oncologica Ospedale S. Chiara Trento

Strumenti per ridurre lo stress e contenere l'ansia

Star bene al lavoro: obiettivo di importanza strategica

di Antonella Lama*

Le persone trascorrono gran parte del proprio tempo al lavoro, ad esso hanno dedicato anni di studio e di preparazione, al lavoro rivolgono buona parte delle proprie energie e motivazioni.

In cambio si aspettano di ricevere molte soddisfazioni e desiderano vivere in un ambiente dove si respira un clima sereno e appagante.

Un buon clima lavorativo influenza anche tutto quanto avviene al lavoro, dallo svolgimento delle mansioni ai rapporti con i superiori e con i colleghi.

Un clima soddisfacente procura vantaggi anche all'organizzazione permettendole di raggiungere più facilmente i propri obiettivi e di ottenere dei buoni risultati per ciò che riguarda l'efficienza e l'armonia interna.

Quando invece le cose al lavoro vanno male perché i ritmi sono invivibili, i rapporti coi superiori e coi colleghi pessimi, il lavoro è ripetitivo e senza possibilità di carriera; allora diventa più facile ammalarsi e coltivare la speranza di trovare un'altra occupazione: assenteismo e turnover aumentano con la conseguenza di far perdere all'organizzazione il personale più qualificato ed esperto. Ne risentono di conseguenza la produttività e l'accuratezza con cui il lavoro viene svolto. E diffusa l'opinione che lo stress occupazionale sia riconducibile a più variabili tra cui spiccano per importanza **fattori individuali, interpersonali e organizzativi**.

Promuovere il benessere organizzativo significa quindi attuare interventi a più livelli in grado di raggiungere in egual

misura **i singoli e l'organizzazione** riuscendo a incidere efficacemente sulla qualità dell'interazione tra i diversi attori.

Tra gli **interventi indirizzati ai singoli** i più significativi riguardano le iniziative di *formazione* permanente per lo sviluppo costante delle competenze professionali. Nel settore della sanità, ad esempio, ogni operatore è vincolato contrattualmente a curare continuamente la propria formazione professionale tramite la partecipazione ad eventi formativi.

Accanto alla formazione professionale talune realtà di lavoro particolarmente avvertite cominciano a promuovere iniziative per la *prevenzione dello stress lavoro-correlato* allestendo palestre aziendali o favorendo la partecipazione dei dipendenti a corsi di yoga e meditazione.

A livello organizzativo risulta di importanza strategica che l'istituzione sviluppi azioni finalizzate alla *conciliazione tra la vita professionale e quella familiare* facilitando i lavoratori con figli piccoli e con genitori anziani nel compito di armonizzare le esigenze della vita professionale con quelle private.

E questo nel pieno rispetto delle pari opportunità e nel diritto delle lavoratrici donne di effettuare avanzamenti di carriera.

La presenza degli *asili nido* aziendali contribuisce al benessere organizzativo e andrebbe sviluppata maggiormente. Le regole e gli orari di accesso sono ritagliati sui bisogni dei genitori che lavorano in azienda, gli asili sono collocati nei pressi del luogo di lavoro

così da facilitare gli spostamenti dei genitori. Ed anche i sentimenti di distacco dal proprio bambino tendono a modularsi ed attenuarsi arrecando un beneficio psicologico alla lavoratrice-mamma.

Il personale di nuova acquisizione ha dichiarato di essere stato inserito in modo efficace nella nuova realtà lavorativa quando gli sono state indirizzate iniziative specifiche finalizzate ad accoglierlo e introdurlo nel contesto di lavoro. Nella fase di formazione si sono rivelati molto utili l'affiancamento *al neoinserto* di una figura esperta con funzioni di tutoraggio e la programmazione di incontri di verifica periodica.

Si rivelano essenziali al miglioramento dell'organizzazione dei servizi e della qualità delle relazioni interne al gruppo di lavoro *l'acquisizione da parte del management* di alcune *competenze* per meglio guidare il gruppo di lavoro quali la leadership, il lavoro di squadra, la capacità di comunicazione, le abilità nella gestione dei conflitti e dello stress lavoro correlato. Abilità che fino a poco tempo fa venivano erroneamente credute delle qualità innate e che oggi invece sono a ragione considerate competenze acquisibili tramite specifici percorsi formativi.

La promozione e la cura del benessere organizzativo **assumono un rilievo del tutto particolare nelle organizzazioni sanitarie** in quanto l'attività viene rivolta a persone che sperimentano sentimenti di debolezza e di fragilità dovute alle precarie condizioni di salute. La letteratura stessa ha documentato una stretta relazione tra benessere organizzativo, salute del personale, produttività e qualità dell'assistenza all'utente¹. Ed anche l'OMS si prende cura della promozione della salute organizzativa degli operatori sanitari dedicandovi una attenzione particolare all'interno dei lavori dell'HPH (Health Promoting Hospitals).

Le organizzazioni sanitarie, per assicurare ai propri dipendenti una qualità di vita lavorativa apprezzabile, oltre agli interventi rivolti alla formazione professionale, alla conciliazione lavoro-vita privata, al sostegno al management, stanno sviluppando una par-

ticolare sensibilità per la prevenzione e la rilevazione precoce dello stress occupazionale dovuto al contatto prolungato con la sofferenza del malato (compassion fatigue) e con le particolari modalità con cui sofferenza e dolore tendono ad esprimersi. Spesso infatti la sofferenza del malato si riveste di sentimenti negativi quali il rifiuto della malattia, la rabbia, l'accentuazione della conflittualità con il personale; sentimenti questi che, quando espressi, mettono a dura prova le capacità empatiche del personale curante.

Un'ampia letteratura ha descritto le conseguenze dello stress occupazionale a carico della salute fisica, psicologica e della qualità delle relazioni interpersonali degli operatori sanitari. Sentimenti di compassion fatigue, se non sufficientemente esplorati o elaborati, possono ad esempio riversarsi su altre figure rilevanti della vita affettiva dell'operatore o trasferirsi all'interno del contesto lavorativo, accentuando la conflittualità o i sentimenti di impotenza e dando luogo a dinamiche di gruppo disfunzionali e a rapporti interpersonali tra colleghi eccessivamente tesi.

Alle equipe sanitarie che risultano particolarmente esposte al contatto con eventi traumatici o critici occorsi durante il lavoro o che sperimentano un contatto prolungato con il dolore mentale dei loro assistiti, giova avere la possibilità di far fluire liberamente i sentimenti e di ricevere un aiuto specialistico per individuare strategie per la prevenzione dello stress.

In queste situazioni si è rivelata utile la collaborazione con la figura dello psicologo clinico, in quanto esperto in psicologia della salute e dinamica di gruppo. Letteratura e buone pratiche mettono a disposizione delle equipe sanitarie o di gruppi specifici di operatori alcuni interventi di gruppo con differenti gradi di complessità:

- il defusing;
- il de briefing;
- i gruppi di psicodinamica per operatori sanitari.

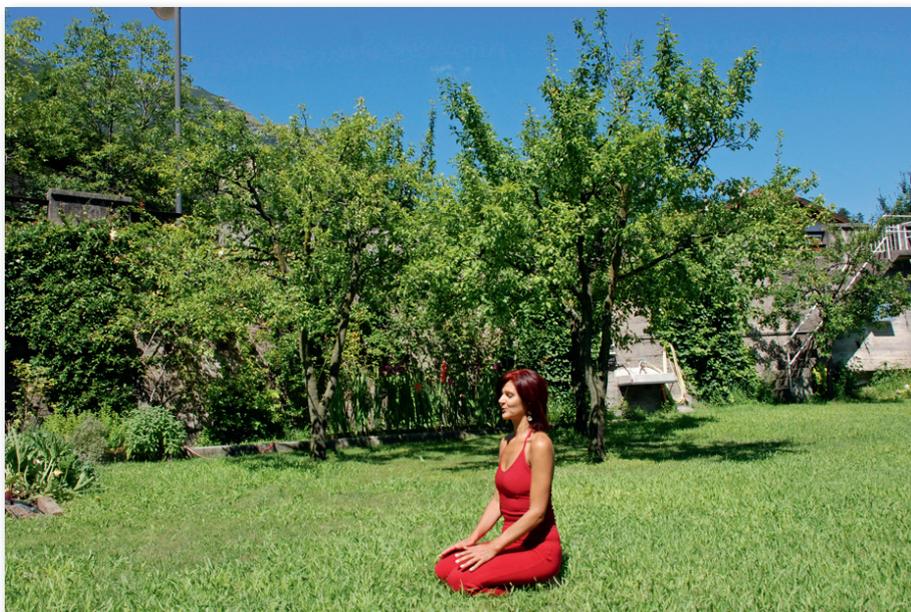
Il defusing è una metodologia di ri-

elaborazione delle emozioni da utilizzare immediatamente dopo che il gruppo di lavoro ha vissuto un evento particolarmente gravido dal punto di vista emotivo. Si attua a fine turno o intervento. Viene organizzato all'interno del reparto per le persone che hanno avuto a che fare con una circostanza particolarmente stressante o traumatica e ha una durata di venti-trenta minuti. Ha la finalità di **far esprimere e condividere** tra i partecipanti le emozioni vissute al fine di permettere al singolo di iniziare ad elaborare lo stress e di ridurre il senso di isolamento.

Può essere condotto da una figura professionale interna all'equipe opportunamente formata (un collega esperto, il coordinatore infermieristico).

Il debriefing è una forma strutturata di intervento rivolto a gruppi professionali che hanno subito recentemente un trauma emotivo e che segnalano al coordinatore infermieristico o al responsabile di non aver potuto assimilare ed elaborare l'accaduto.





Il debriefing prevede la revisione e la discussione dell'evento traumatico. Deve essere realizzato nelle **72 ore - 14 giorni dall'evento**, e ha una durata di alcune ore.

Il debriefing si pone l'obiettivo di aumentare la coesione del gruppo e la fiducia nelle sue possibilità di mutuo aiuto, integrando le emozioni, identificando le strategie di fronteggiamento più adatte tra quelle proposte dai colleghi più esperti, correggendo infine le convinzioni sbagliate (ero l'unico ad essere terrorizzato, ero l'unico a provare un fortissimo senso di angoscia e me ne vergognavo, forse non ho fatto tutto il possibile per salvarlo). Si raccomanda che il debriefing sia condotto da un professionista psicologo.

Gli Interventi di psicodinamica per operatori sanitari, vengono anche essi effettuati da professionisti psicologi e sono un adattamento della psicoterapia di gruppo e dei gruppi Balint ai bisogni delle equipe sanitarie. Si addicono a quelle equipe dove eventi fortemente traumatici o il prolungarsi del contatto con il dolore altrui hanno messo a dura prova la capacità dei singoli di trovare piacere e soddisfazione nel lavoro, e **dove sono riconoscibili i primi segnali di stress occupazionale** (l'uso eccessivo di assenze per malattia, l'incremento delle richieste di turn over, l'aumento di conflittualità interna). Ma tuttavia

perché l'intervento di psicodinamica abbia successo l'attaccamento al proprio lavoro e ai propri utenti non deve essersi del tutto spento.

Gli interventi si articolano in più **fasi di lavoro** ed hanno una durata media di 12-18 mesi: un tempo necessario ad inquadrare il problema, valutare la sostenibilità dell'evento, realizzare l'intervento e individuare quelle strategie individuali, di gruppo e dell'organizzazione, atte a realizzare e far mantenere nel tempo i cambiamenti necessari.

L'intervento prevede l'attivazione di incontri di gruppo per i membri dell'equipe a cadenza periodica. Nel corso delle sedute l'attenzione viene posta ai temi liberamente portati alla discussione dai membri dell'equipe, alle dinamiche intersoggettive che si attivano nel corso degli incontri di gruppo e alle modalità con cui i partecipanti aggiornano nel qui ed ora dell'incontro i propri movimenti e conflitti emotivi. Le problematiche riferite e le dinamiche messe in atto verranno comprese e elaborate al fine di migliorare le competenze psicologiche dei partecipanti nella gestione dello stress lavoro-correlato e **per migliorare il clima di lavoro**.

* Dr.ssa Antonella Lama,
Psicologa presso l'UO 1 di
Psicologia di Trento dell'APSS

Nuovi modelli assistenziali in dialisi peritoneale

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

In Trentino, provincia con 502.000 abitanti, il 5% presenta un'insufficienza renale cronica, mentre 0.1% è in terapia sostitutiva (dialisi o trapianto). Dai dati statistici negli ultimi tre anni emerge un importante aumento del numero di persone in dialisi peritoneale.

Nel luglio del 2008, visto l'incremento dei pazienti non autosufficienti e privi di un adeguato supporto familiare, è stata redatta dalla Giunta Provinciale una Delibera che individua delle strutture sparse sul territorio, idonee all'esecuzione della dialisi peritoneale, tecnica eseguita normalmente a domicilio dal paziente.

Nel maggio 2010 a Rovigo è stata presentata, nell'ambito della 26ª Riunione della Sezione Triveneta della Società Italiana di Nefrologia, una relazione, curata dagli infermieri del Servizio di Dialisi Peritoneale dell'Ospedale S. Chiara, riguardante





i nuovi modelli assistenziali in dialisi peritoneale nella provincia di Trento. Durante il convegno è stato descritto come, dopo l'individuazione della struttura idonea, questa venga adeguatamente preparata seguendo tutte quelle norme abitualmente richieste alla abitazione della persona che usufruisce di tale metodica. Parallelamente il personale sanitario della RSA (residenza sanitaria assistita) viene addestrato per tale gestione.

Il materiale educativo, redatto dal personale del Centro, è costituito da schede, ognuna delle quali contenente le procedure dettagliate di tutte le azioni e precauzioni che si devono seguire per una corretta gestione della dialisi peritoneale. Ogni scheda è coadiuvata da fotografie ed illustrazioni. Rientrano nel materiale educativo quando e come contattare la dialisi peritoneale, la preparazione della macchina, l'uso corretto dei presidi, la gestione dell'exit-site (cioè il punto di uscita del catetere peritoneale dall'addome), il ri-

conoscimento dei segni e sintomi delle complicanze, la gestione dei farmaci, le indicazioni dietetiche, la gestione e l'ordine del materiale di consumo.

Anche se ricoverati in RSA, questi pazienti sono seguiti dal personale della dialisi peritoneale con periodiche visite e con accessi alla struttura ogni qualvolta si renda necessario. In questo modo si è potuto rilevare la necessità di re-training del personale infermieristico dell'RSA allo scopo di mantenere un livello di aderenza soddisfacente, prevenendo così eventuali complicanze ed errori affrontando nuovamente i concetti principali finalizzati alla corretta gestione della dialisi. Il personale infermieristico della RSA si è dimostrato motivato ed entusiasta nella gestione di questo nuovo percorso assistenziale, capendone l'utilità e cogliendolo come una possibilità di crescita professionale. Tutto ciò a vantaggio del benessere della persona che vive in un contesto sociale protetto ed idoneo, all'interno di una struttura accreditata con personale dedicato, con una minor ansia per i familiari.

Un'altra attività nel contesto di questi nuovi percorsi assistenziali è rappresentata dalle visite domiciliari, momento di interscambio e d'incontro con le persone in trattamento dialitico domiciliare. Questa proposta rientra all'interno di un percorso di educazione terapeutica, nel quale l'infermiere si impegna ad insegnare concetti, cioè il sapere, ad insegnare procedure, cioè il saper fare, e ad insegnare atteggiamenti, cioè il saper essere, facendo

acquisire così alla persona un corretto stile di vita correlato al suo nuovo stato di salute.

La prima visita domiciliare si svolge nel periodo di pre-dialisi; in questa occasione viene valutata l'idoneità del domicilio e l'ambiente di vita del paziente, ponendo particolare attenzione all'igiene della casa, all'accessibilità al lavandino, alla presenza della doccia, dei tappeti e dei tendaggi, al fine di valutare con l'utente gli eventuali cambiamenti. In questa fase emerge che sia la famiglia che il paziente sono meglio predisposti al cambiamento poiché sono nella fase di realizzazione di un nuovo progetto di stile di vita. Grande importanza riveste il rispetto alla persona, la discrezione, la capacità di saper negoziare tra la realtà domiciliare ed i requisiti ambientali necessari.

Le visite domiciliari si eseguono periodicamente per tutta la durata del trattamento, vengono concordate solitamente con il paziente ed i familiari e valutano l'adeguatezza dello scambio dialitico, l'esecuzione della medicazione, le condizioni generali dell'ambiente, le norme igieniche, il deposito e la conservazione del materiale. Rappresentano un momento importante in quanto rafforzano il rapporto fra infermiere e paziente/famiglia, possono chiarire dubbi e rassicurare riguardo i vari aspetti della gestione. Quando il percorso formativo è stato concluso ed il paziente è pronto per iniziare il nuovo trattamento al proprio domicilio, momento di grande ansia, si effettua una nuova visita allo scopo di tranquillizzare e valutare la corretta esecuzione della metodica.

I pazienti ed i familiari solitamente sono entusiasti di queste visite domiciliari, in quanto si sentono maggiormente seguiti.

Questi nuovi percorsi/modelli assistenziali ci hanno permesso, attraverso l'ascolto, l'incoraggiamento e la guida di aiutare le persone e le loro famiglie negli adattamenti richiesti da una nuova condizione di salute.

* Infermieri professionali presso Servizio di Dialisi Peritoneale Ospedale S.Chiera Trento.



Vitamina D

Semplice, ma non semplice vitamina

di Roberto Bortolotti*

È noto che le vitamine sono delle sostanze indispensabili per la salute del corpo, poiché regolano il corretto sviluppo e funzionamento cellulare. La vitamina D è individuata come fattore correlato al normale sviluppo scheletrico. Il rachitismo venne riconosciuto nella metà del 1600. Molti bambini sviluppavano una malattia caratterizzata da gravi deformità scheletriche, ritardo dell'accrescimento ed ipotonia muscolare. Successivamente si riconobbe l'importanza della esposizione al sole, come prevenzione e trattamento di questa forma morbosa. In seguito, nei primi anni del '900, si scoprì che l'olio di fegato di merluzzo era in grado di curare i bambini affetti da rachitismo. Come prima ipotesi si pensò che fosse la vitamina A, la responsabile del buon stato dell'osso, ma visto che l'olio manteneva le sue caratteristiche anche dopo l'ebollizio-

ne, che distrugge la vitamina A, si capì che doveva essere un altro il fattore responsabile: esso prese il nome di vitamina D. Successivamente si definirono 2 forme di vitamina D: l'ergocalciferolo (vitamina D 2) di origine vegetale ed il colecalciferolo (vitamina D3) di origine animale. Contrariamente a quanto si era inizialmente pensato, la maggior parte della vitamina D che ci serve non la assumiamo con la dieta, ma la sintetizziamo nella cute ad opera dei raggi solari. Infatti, attraverso l'azione di un particolare tipo di radiazione ultravioletta (UVB), avviene la conversione di un precursore (7 deidrocolesterolo) in vitamina D3, la quale poi passa dalla cute alla circolazione generale. Per esplicitare la sua attività però la vitamina deve subire ancora delle trasformazioni. Ciò avviene prima a livello epatico (25 idrossi-colecalciferolo) e quindi nel tessuto renale (1.25 di-idrossi-colecalciferolo o calcitriolo) dove si forma un metabolita estremamente efficace nel favorire l'assorbimento di calcio e fosforo attraverso l'intestino (fig. 1).

In condizioni di grave e protratta carenza di vitamina D solo il 10-15% del calcio ed il 50-60% del fosforo introdotto con gli alimenti può essere assorbito. Quando mancano questi elementi, il tessuto osseo non è in grado di calcificare in modo adeguato e quindi risulta compromessa la sua capacità di svolgere la funzione di sostegno, oltre ad essere fonte di dolore per la facile comparsa di fratture. Nel bambino si manifesta il rachitismo, la medesima condizione nell'adulto è chiamata osteomalacia. Esistono poi delle condizioni nelle quali lo stato vitaminico è insufficiente, ossia ci si trova in una condizione intermedia tra la grave carenza ed un livello di normalità. In questo caso le manifestazioni cliniche sono meno evidenti, ma ugualmente l'apparato scheletrico ne risulta coinvolto. L'organismo fa in modo che il livello di calcio circolante si mantenga il più possibile entro i limiti di norma, anche a spese dell'osso, in quanto una calcemia adeguata deve provvedere a funzioni vitali come l'attività muscolare, cardiocircolatoria e la coagulazione. In caso di insufficiente disponibilità attraverso l'intestino, il calcio viene quindi mobilizzato dall'osso ad opera di un ormone, il paratormone (PTH). In questo modo si crea un bilancio calcico-negativo e ciò costituisce un chiaro rischio di frattura ossea per traumi anche di lieve entità, come accade nell'osteoporosi. Anche in malattie che coinvolgono il fegato ed il rene il contenuto e l'attività della vitamina può risultare compromesso. È noto infatti che, in caso di insufficienza renale, viene prescritta la vitamina D in forma attivata (calcitriolo) per migliorare l'assorbimento di calcio, ridurre l'eccesso di produzione di paratormone e prevenire lo sviluppo di una grave malattia ossea (osteodistrofia renale). Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse nei confronti di questa sostanza, per il riconoscimento da un lato di una condizione estremamente diffusa di deficit in ampi strati di popolazione, e dall'altro di un ruolo

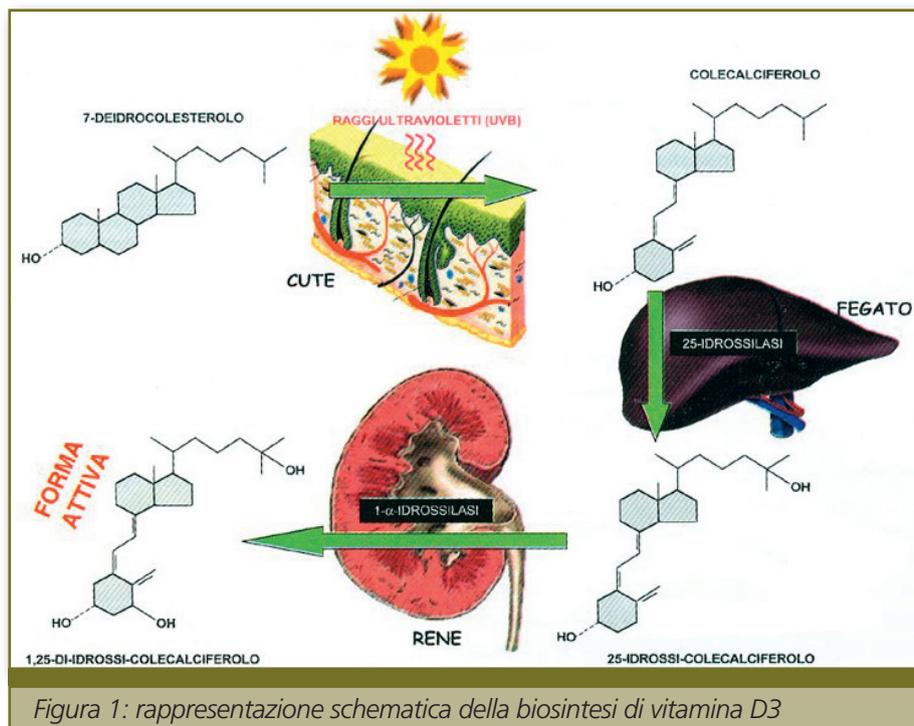
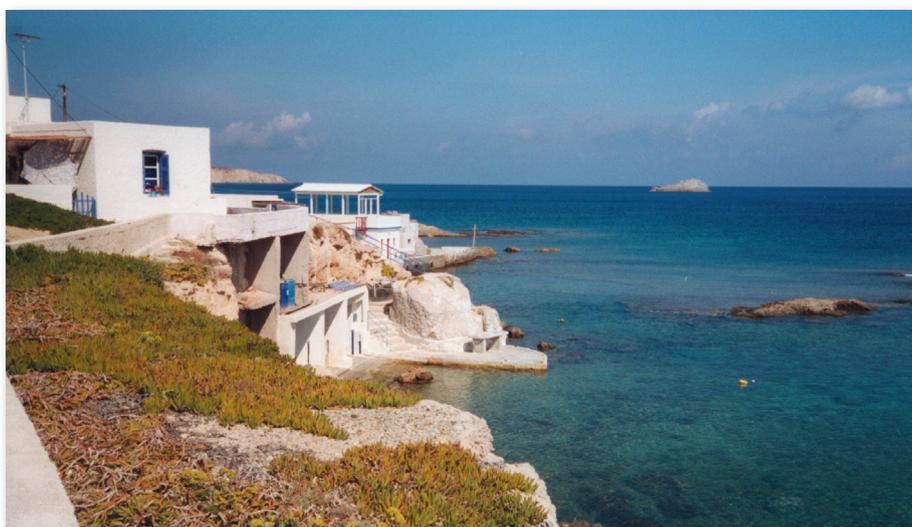


Figura 1: rappresentazione schematica della biosintesi di vitamina D3

sempre più ampio della vitamina D nel prevenire disturbi extrascheletrici. E' stato confermato infatti che anche in Italia, circa il 70% della popolazione anziana, ma anche donne in pre-menopausa, presenta un deficit di vitamina D, soprattutto nei mesi invernali. Alle nostre latitudini è sufficiente, nel periodo estivo, l'esposizione di volto ed arti superiori, per circa 15-20 minuti al giorno, 2-3 volte alla settimana, per garantire il fabbisogno minimo di vitamina. Tuttavia questa semplice pratica può non bastare, in quanto la sintesi cutanea risente di vari fattori, come la stagione, il periodo della giornata, la pigmentazione



cutanea, l'uso di filtri solari (fattore di protezione 8 diminuisce di oltre il 90% la produzione di vitamina) e l'età. In un anziano infatti la capacità di sintesi cutanea è ridotta del 30%. Nonostante viviamo nel Paese del sole, la popolazione italiana è risultata essere quella con i livelli di vitamina D tra i più bassi in Europa, poiché nei paesi del nord già da anni si utilizzano dei prodotti alimentari, come il latte o il burro, addizionati di vitamina D. Oggi è possibile conoscere il proprio stato vitaminico, misurando i livelli nel sangue del metabolita epatico (25 idrossi colecalciferolo) e si definiscono ideali i valori superiori alla concentrazione di 30 ng/ml, mentre è stimato appropriato un apporto medio quotidiano di circa 800-1000 Unità (circa 20 mg). Una positiva associazione tra livelli ottimali di vitamina D e massa ossea

è documentata pressoché in tutte le razze e fasce di età e una adeguata supplementazione con calcio e vitamina D è raccomandata, come parte integrante dell'approccio terapeutico, nell'osteoporosi post-menopausale e senile. E' stato dimostrato che l'effetto sulla massa ossea di farmaci come i bisfosfonati è minore, se sussistono condizioni di deficit di vitamina. Altri lavori scientifici dimostrano che il trattamento con vitamina D, nei soggetti carenti, è in grado di ridurre il rischio di fratture. Da considerare inoltre il ruolo favorevole di questa sostanza sulla contrazione muscolare: soggetti carenti presentano una debolezza, so-

prattutto nella muscolature delle cosce, con aumentato rischio di caduta. La vitamina D è coinvolta in attività biologiche sempre più numerose. Recettori per questa sostanza, ed enzimi in grado di attivarla, sono stati riscontrati in numerose cellule, come i globuli bianchi e i tessuti ghiandolari. In questo modo, per esempio, la vitamina è in grado di stimolare le difese immunitarie contro agenti infettivi. Ne è prova, già nota nei secoli scorsi, l'efficacia di sanatori ed elioterapia, nella cura della tubercolosi: le radiazioni ultraviolette, stimolando la produzione di vitamina D, rendendo più efficace l'azione distruttiva delle cellule immunitarie sul bacillo. Più recentemente il calcitriolo (vitamina D attivata), in situazioni sperimentali, ha mostrato di inibire la proliferazione di cellule tumorali di carcinoma mammario ed intestinale. La capacità di contrastare

la crescita cellulare è utilizzata diffusamente anche per il trattamento dei disordini proliferativi della cute come la psoriasi. Nelle creme che spesso vengono usate per controllare questa affezione cutanea, è infatti presente un derivato del calcitriolo. Ed ancora, i metaboliti della vitamina D giocano un ruolo importante nell'inibire i processi autoimmunitari. Sono numerose le segnalazioni di ridotti livelli di vitamina D circolante, in malattie come LES, sclerodermia, spondilite anchilosante e artrite reumatoide, che si correlano ad una maggiore attività di malattia. Sempre più studi, infine, associano livelli insufficienti di vitamina D, a rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari e diabete mellito.

Accanto a questa lunga lista di osservazioni scientifiche, a favore di questa sostanza possiamo aggiungere che, oggigiorno, sono facilmente disponibili formulazioni farmaceutiche adatte a vari schemi di somministrazione. La vitamina D è facilmente assumibile per bocca, anche in boli settimanali o mensili o addirittura annuali, con potenziali benefici in termini di praticabilità e di aderenza al trattamento. La tollerabilità ottimale, ed i costi contenuti, fanno della vitamina D un'arma terapeutica ideale per interventi su larga scala. In alcune regioni italiane (Veneto, Toscana) già sono state sperimentate delle somministrazioni annuali di boli di vitamina D a donne ultrasessantacinquenni, in concomitanza con la vaccinazione antinfluenzale, ed è stata registrata una significativa riduzione del rischio di frattura di femore.

Senza eccedere nell'entusiasmo, pensando alla vitamina D come ad una "panacea per molti malanni", possiamo concludere che, come talvolta accade, problemi complessi potrebbero avere una risposta semplice. Pertanto, porre attenzione al proprio patrimonio ed al corretto apporto di vitamina D, è sicuramente un passo importante per provvedere ad un futuro più salutare.

* Dr. Roberto Bortolotti, U.O.
Reumatologia Ospedale
S.Chiera Trento

notizie dall'Associazione

a cura di Wilma Graziadei

GITA SOCIALE A TRAUTTMANSDORFF

Erano circa una cinquantina, fra soci e simpatizzanti, i partecipanti alla gita sociale organizzata lo scorso 15 maggio, nella cornice dei bellissimi Giardini di Castel Trauttmansdorff a Merano. L'ottima riuscita della gita e la presenza di persone nuove ci fa sperare di poter allargare prossimamente il numero dei soci.



CENA SOCIALE Come, Quando, Dove

È arrivato l'autunno e con esso anche la nostra Cena sociale. Nelle scorse edizioni abbiamo raggiunto la novantina di partecipanti e ci auguriamo di poter ottenere anche quest'anno un così bel risultato.

La cena avrà luogo presso l'Hotel Everest, nel pomeriggio-sera di domenica 14 novembre. Non mancheranno la simpatia del nostro amico Italo Leveighi e le magie di Messer Folie.

Ai nostri soci verrà inviata l'apposita lettera con i recapiti da contattare per le prenotazioni, naturalmente saranno i benvenuti anche amici e simpatizzanti.



14 Novembre 2010

Menu:

Strudelini caldi misti
con bresaola, rucola e grana

Polenta di Storo
Con puntine di vitello,
Salciccie alla trentina
e Spezzatino della Nonna
con Finferli e carciofini gratinati

Dolce alla frutta

Caffè

Acqua Minerale
Teroldego Rotaliano di Mezzolombardo

notizie dall'Associazione

IL "DON GIOVANNI" DI MOLIÈRE

Il 3 febbraio 2011, presso il cittadino Nuovo Cinema Roma verrà presentata la tragicommedia "Don Giovanni" di Molière.

Per i suoi contenuti la tragicommedia, presentata a Parigi verso la metà del 1600, venne pubblicata in seguito, con tagli e reintegrazioni. La vicenda è ambientata nella Sicilia del diciassettesimo secolo e narra le vicende libertine del Don Giovanni, che rimarrà indifferente all'avvertimento di un fantasma per la sua condotta di vita. L'opera suscitò grande scandalo negli ambienti ecclesiastici per i comportamenti del protagonista, e nondimeno per l'atteggiamento superstitioso ed irriverente del servitore, che di fronte al castigo del padrone reclama la sua paga. Un sentito grazie ad Arte Dimensione Teatro che tramite quest'iniziativa riserva all'Associazione un prezioso contributo finanziario.

DON GIOVANNI
di Molière

3 febbraio 2011

**NUOVO
CINEMA
ROMA**
- TRENTO -

L'INIZIATIVA SEGUITA DAL DR. BRUNORI PER LA BORSA DI STUDIO PRO MEDICO AFRICANO

Da anni il dottor Giuliano Brunori, Direttore della S.C. di Nefrologia, ha avviato un programma di dialisi in Mali, al quale si dedica con grande passione, al di fuori della sua attività istituzionale. Insieme ad un collega nefrologo, con il supporto della Associazione Mali-Gavardo, egli ha realizzato un centro dialisi all'interno della struttura di day-hospital a Bamako.

La sala dialisi di Bamako è dotata di 8 postazioni dialitiche e svolge servizio 4 giorni/settimana per una ventina di pazienti. L'attività in loco si avvale della presenza di 3 suore, di cui una laureata in medicina, che segue sia i pazienti in dialisi sia quelli con altre patologie, un'infermiera che è responsabile - capo sala del Servizio dialisi e una tecnica di laboratorio (per l'esecuzione degli esami principali per i pazienti in dialisi).

Al fine di permettere alla dottoressa suora di seguire meglio l'ambulatorio di medicina generale, dovremmo formare un medico maliano per la gestione clinica del paziente in dialisi e per l'allestimento chirurgico della fistola artero-venosa (indispensabile per l'esecuzione della emodialisi).

Il desiderio del dottor Brunori sarebbe quindi quello di ospitare a Trento tale collega maliano, per 4-6 mesi, al fine di formarlo nella gestione del paziente in dialisi grazie ad uno stage clinico-professionale presso la struttura di Nefrologia di Trento. A tal fine sono stati reperiti i fondi per una borsa di studio, che verrà assegnata nei prossimi mesi. L'A.P.A.N. è coinvolta in pieno, e sostiene attivamente questo progetto.



MOSTRA "RENART" (Come, Quando, Dove)

La mostra di *RenArt* ("Artisti per la donazione") assieme alla Cena sociale, è uno degli appuntamenti autunnali più importanti, perché

coinvolge soci e simpatizzanti, in un clima di amicizia e collaborazione.

Come lo scorso anno *RenArt* si svolgerà presso la Sala della Torre Mirana di Palazzo Thun dal 12 al 21 novembre. Saranno presenti gli artisti: Cristina Moggio, Anna Caser, Paolo Tomio, Alessandro Goio e Renato Reigl.

Nel periodo della mostra, grazie alla costante presenza dei volontari, sarà possibile fornire ai cittadini informazioni e consigli per la prevenzione delle patologie renali.

Un particolare ringraziamento viene rivolto a tutti coloro che a vario titolo hanno dato la loro disponibilità per una buona riuscita dell'iniziativa. Speriamo che anche quest'anno sia presente l'assessore Franco Panizza, particolarmente vicino alla nostra Associazione e dell'Assessore alla Sanità Ugo Rossi, che già in precedenza ci ha onorato della sua presenza.

I multiformi aspetti di una malattia subdola e spesso misconosciuta

La celiachia

di Carlo Pedrolli*

La celiachia è una intolleranza **permanente** al glutine, che è una proteina contenuta in alcuni cereali quali: frumento, orzo, segale, farro, avena.

Chi è geneticamente predisposto (spesso esiste una familiarità) diventa celiaco, ma solo dopo l'introduzione del glutine con l'alimentazione. Nel soggetto geneticamente predisposto l'introduzione di alimenti contenenti glutine quali pasta, pane e biscotti ecc. determina una risposta immunitaria abnorme a livello dell'intestino tenue, cui consegue una infiammazione cronica con alterazioni morfologiche dei villi intestinali (che si appiattiscono e quindi vengono a perdere in tutto o in parte la loro funzione di assorbimento).

Esistono 4 forme cliniche di malattia celiaca: TIPICA: diarrea e arresto di crescita (esordio precoce, subito dopo lo svezzamento), la ATIPICA: esordio tardivo con sintomatologia sia intestinale, che extra-intestinale (ad esempio: anemia sideropenica), quella SILENTE: assenza di sintomatologia eclatante ed infine la POTENZIALE: esami sierologici positivi, ma biopsia intestinale normale.

La frequenza di questa patologia è andata progressivamente aumentando negli anni: agli inizi degli anni '90 era considerata essere un caso su mille abitanti poi, nello screening italiano del 1994, era risultata 1 caso su 200 abitanti, attualmente, con l'affinamento delle metodiche diagnostiche si considera una prevalenza di malattia 1:100/1:150. Considerando che in Italia i casi diagnosticati sono circa 45000, un calcolo teorico fa pensare che in Italia i soggetti intolleranti al glutine, ma che non sanno di esserlo, sarebbero da 380 a 400 mila.

I soggetti che possono essere considerati a rischio di sviluppare la malattia celiaca sono i familiari diretti del celiaco, i pazienti affetti da diabete mellito tipo 1 o altre patologie autoimmuni (tiroidite, sclerosi multipla, artrite reumatoide, ecc.), soggetti con sindrome di Down o sindrome Turner, soggetti con anemia da carenza di ferro e/o stanchezza cronica, malattie neurologiche (epilessia, atassia) o turbe psichiatriche, deficit di IgA sieriche.

Un tempo la diagnosi di celiachia era prevalentemente effettuata in età pediatrica, con i sintomi tipici quali: diarrea, vomito, distensione addominale, perdita di peso, anemia, anoressia, magrezza, edemi ed irritabilità.

Sono invece considerati sintomi atipici nel bambino la ipoplasia dello smalto dentario, la dermatite erpetiforme, la stipsi ed i dolori addominali, le aftosi recidivanti, le transaminasi elevate, il ritardo puberale e bassa statura.

Nel bambino la malattia celiaca si manifesta generalmente dopo alcuni mesi dall'introduzione del glutine nella dieta con diarrea, inappetenza, distensione addominale, alterazione dell'umore; inoltre, come conseguenza del malassorbimento, vi è arresto della crescita, calo ponderale ed anemia.

La celiachia nell'adulto si presenta spesso in maniera sfumata, o viene riscontrata casualmente, spesso con sintomi aspecifici quali astenia e/o anemia; in pochi casi compare la classica sintomatologia addominale, di tipo gastroenterologico, in associazione a disturbi extraintestinali come anemia, osteoporosi, crampi muscolari, neuropatie periferiche, disordini apparato riproduttivo, dermatite erpetiforme, alopecia.

Come ogni patologia, anche la malattia celiaca può avere delle complicanze, come per esempio la sprue refrattaria: progressiva resistenza al

trattamento dietetico senza glutine (piuttosto rara); la sprue collagenosica: presenza di abbondante quantità di connettivo nella mucosa intestinale (anche questa piuttosto rara); la digiuno-ileite ulcerativa: comparsa di ulcere sulla mucosa intestinale; il linfoma intestinale: complicanza assai rara ma grave e che potenzialmente può essere prevenuta da una dieta priva di glutine, cosiddetta "gluten-free". La prevenzione delle complicanze è basata soprattutto sul precoce riconoscimento della malattia e sulla dieta, che deve essere rigorosamente priva di glutine per tutta la vita. Ciò permette di evitare le complicanze più temibili, quali il linfoma intestinale, le turbe della fertilità, i disturbi neurologici o l'osteoporosi.

Il protocollo diagnostico si basa sostanzialmente sulla determinazione preliminare, di fronte a un sospetto clinico di celiachia, di una serie di esami biochimici: il dosaggio degli anticorpi antigliadina (AGA-IgA e IgG), che però è poco specifico; il dosaggio degli anticorpi antiendomio (EMA), test molto sensibile e specifico, ma che risente della esperienza dell'operatore; il dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi (IgA). Questo è l'ultimo nato e sta soppiantando tutti gli altri accertamenti, già come esame di "prima battuta", perchè è molto sensibile e specifico. Se i dati di laboratorio orientano verso il sospetto di malattia celiaca, esso va poi confermato alla esofago-gastroscoopia con biopsia digiunale, volta alla ricerca di vari gradi di atrofia dei villi intestinali, associati ad una infiltrazione della mucosa di linfociti superiori ad un valore soglia.

La dieta senza glutine è al momento l'unica terapia per la celiachia. Scopi della dieta sono: migliorare le condizioni della mucosa intestinale, elimi-

nare il malassorbimento ed i sintomi, prevenire infine le complicanze della malattia celiaca.

La dieta senza glutine prevede l'esclusione di cereali contenenti glutine come grano, orzo, segale, farro, spelta, kamut, ecc.; per l'avena non ci sono ancora dati conclusivi, alcuni la ritengono priva di glutine, altri no. Alimenti naturalmente privi di glutine sono: riso, miglio, mais, sorgo. Alcuni nutrienti possono rappresentare una valida fonte alternativa di carboidrati: le patate, la fecola di patate, i legumi, la farina di ceci, la farina di castagne, ecc.

Gli alimenti dieto-terapeutici hanno contribuito

Diventa quindi necessaria, dopo la diagnosi di celiachia, una corretta educazione alimentare: in tal modo il celiaco e i suoi familiari potranno acquisire la capacità di alternare adeguatamente le fonti glucidiche disponibili.

Tracce di glutine possono essere presenti in molti alimenti e farmaci, per questo motivo l'AIC (Associazione Italiana Celiachia) ha predisposto un prontuario dei prodotti alimentari e farmaceutici "sicuri".

La CEE ha nel frattempo stabilito che tutti gli alimenti allergizzanti ed il glutine siano segnalati sulle confezioni.

Per quanto riguarda i pasti in casa e fuori casa, devono seguire alcune regole basilari:

- **Non mangiare riso cotto nell'acqua della pasta**
- **Diffidare di piatti contenenti salse**
- **Fare attenzione a pesce e carne (che non vengano infarinati)**
- **Le patate devono essere fritte a parte**
- **Attenzione ai gelati e agli sciroppi di frutta**
- **Al ristorante parlare con il cuoco**
- **Preferire i ristoranti pubblicati su Celiachia Notizie**
- **Portare all'estero materiale tradotto in varie lingue**
- **Insegnare ai bambini cosa possono mangiare**
- **Avvertire il personale delle mense scolastiche**

La diagnosi, che si tratti di un bambino o di un adulto, può portare a dei problemi a livello psicologico individuale, ma anche di gestione familiare (per esempio quando un figlio è celiaco e gli altri no, oppure è celiaco solo un genitore, ma nessuno degli altri conviventi).

Risulta tuttavia necessario, fatta la diagnosi, modificare il proprio stile di vita, seguire rigorosamente la dieta priva di glutine, effettuare controlli periodici per valutare la corretta adesione alla dieta, cercare di convivere con questa condizione senza sentirsi diversi.

Va comunque ribadito che la qualità della vita del celiaco è simile a quella del non celiaco, inoltre la celiachia va considerata una condizione e non una malattia in quanto non necessita di farmaci.

Da molti anni la persona affetta da malattia celiaca può contare su l'Associazione Italiana Celiachia (AIC), che da più di venti anni opera su tutto il territorio nazionale, fornisce ai propri iscritti (oltre 30.000) materiale di supporto (prontuario degli alimenti-prontuario dei farmaci-notiziario), organizza convegni medici e divulgativi, promuove inoltre la ricerca scientifica.

Anche a Trento c'è una sezione della A.I.C.



* Dr. Carlo Pedrolli,
S.S di Dietetica e Nutrizione
Clinica, Ospedale S. Chiara
di Trento



ad un miglioramento della qualità di vita del celiaco che adesso dispone di una vasta gamma di prodotti. Questo consente di seguire una alimentazione varia ed equilibrata. Va posta però la giusta attenzione ad alternare gli alimenti dieto-terapeutici a quelli naturalmente privi di glutine, in modo da assicurare il giusto apporto quotidiano di carboidrati (raccomandato dai LARN) senza incorrere in squilibri nutrizionali che, a lungo termine, potrebbero causare incrementi ponderali eccessivi o alterazione dei valori ematici lipidici e glucidici (soprattutto nei celiaci adulti). Gli alimenti dieto-terapeutici contengono infatti, nei loro ingredienti, sostanze aggiunte con lo scopo di migliorare la lavorabilità e la palatabilità, dato che le farine senza glutine si aggregano con più difficoltà in quanto manca la "colla" che tiene insieme l'impasto.

Congresso di nefrologia di Pordenone

a cura della Redazione di "Rene & Salute"

Il 2 e 3 ottobre ha avuto luogo a Pordenone il secondo Congresso Nefrologico di Pordenone. Il convegno è stato organizzato dall'Associazione Provinciale Pordenonese Emodializzati e Trapiantati (A.P.P.E.D.) in collaborazione con il reparto di Nefrologia dell'Ospedale di tale città, il cui primario è l'amico dottor Giacomo Panarello. Ricordiamo che l'A.P.P.E.D. il cui presidente è il Cavalier Pietro Vidotto, è gemellata con l'A.P.A.N..

Al convegno hanno partecipato molti nomi illustri della Nefrologia Italiana, oltre a qualche relatore straniero. Il programma ha preso in considerazione praticamente tutti gli aspetti della Nefrologia, con particolare riguardo a quelli medico-psicologici riguardanti



Figura 1: dottor Abdin, dottor Panarello, dottor Brunori.

la diagnosi precoce della insufficienza renale cronica (IRC), l'ambulatorio pre-dialisi, la dieta, la scelta dialitica e molto altro ancora.

Come redazione di R&S ci sembra interessante riportare un breve riassunto a proposito delle cose più rilevanti, che sono emerse dai vari interventi, senza aver la pretesa di essere esaustivi. I dati del Convegno li potrete comunque in

rete tra qualche settimana, noi provvederemo a segnalarvi il link nel prossimo numero di R&S.

Il professor Capasso (Napoli) ha parlato dell'equilibrio acido-base, ricordando come, nella evoluzione della insufficienza renale, sia sufficiente un piccolo apporto di bicarbonati, per migliorare l'acidosi metabolica, che gioca un ruolo importante nella progressione della malattia renale. Migliorando l'acidosi si rallenta il danno renale e, contemporaneamente, la scelta del bicarbonato di sodio ha il vantaggio, rispetto ad altri farmaci, di non aumentare l'escrezione di sodio, mantenendo una buona filtrazione glomerulare ad un costo irrisorio.

Il professor Panzetta (Trieste) ha parlato della anemia, che è pericolosa per il dializzato e che, pertanto, deve essere corretta fino a normalizzazione dei valori, ma senza eccedere, per non sovraccaricare il cuore. Ha segnalato come i valori di emoglobina, considerati soddisfacenti, non debbano superare i 13 g/dl.

Di rischio cardiovascolare nel nefropatico e dializzato, ha parlato la **dottorssa Meneghel** (Dolo), che ha spiegato come i fattori di rischio cardiovascolare siano in gran parte sovrapponibili

a quelli renali. Inoltre, nel caso di una IRC che stia evolvendo sfavorevolmente, si determinano dei fattori che a loro volta agiscono sul cuore (ipertensione, proteinuria, anemia ecc) aggravandone la patologia. Ecco quindi perchè, per questi pazienti, sarebbe auspicabile un approccio multidisciplinare integrato.

Il dottor Schinella (Pordenone) ha parlato di osteoporosi nel paziente con


A.P.P.E.D.
 Associazione Provinciale Pordenonese
 Emodializzati, Trapiantati e Nefropatici
 ONLUS

e
Provincia di Pordenone


ORGANIZZANO IL

Il Incontro Nefrologico di Pordenone

Pordenone, 2-3 ottobre 2010

*Sala del Consiglio Provinciale
 Corso Garibaldi, 8*

Evento ECM AOSMA_10070
L'evento ha ottenuto 7 crediti ECM

Programma

malattia renale cronica (CKD) e nel dializzato, patologia che negli ultimi anni si è molto ridotta per la disponibilità di nuovi farmaci anche se, l'aumentata età media dei pazienti che afferiscono alla dialisi, rende l'argomento osteoporosi sempre molto attuale. Infatti, alla osteoporosi secondaria alla età, si somma quella secondaria alla CKD ed alle terapie utilizzate da questi pazienti. Ha anche parlato del rischio di frattura di femore nel soggetto trapiantato, che è verosimilmente secondaria (almeno in parte) alla terapia cortisonica assunta.

Il dottor Brunori (Trento) ha parlato della dieta nel paziente nefropatico, che va considerata una vera e propria terapia. La finalità della dieto-terapia è quella di mantenere un buon stato nutrizionale e bloccare-rallentare la progressione della malattia renale. Il punto principale dell'approccio dietetico è quello di ridurre l'apporto proteico. Tale riduzione deve ovviamente essere fatta sotto controllo medico, al fine di dare al paziente una alimentazione corretta dal punto di vista calorico e nutrizionale.

Il dottor De Baz (Pordenone) ha parlato dell'accesso vascolare, che è una delle principali cause di morbidità nei pazienti uremici, ha spiegato le complicanze possibili della fistola: dalla stenosi alla infezione.

Con il successivo intervento, quello del **dottor Polito** (Tivoli), si è discusso della scelta della metodica dialitica: dialisi peritoneale o emodialisi, concludendo che la scelta non può essere rigida né aprioristica, ma che deve dipendere da tutta una serie di fattori (età, ambiente familiare, possibilità di addestramento, manualità, ecc) non precisabili a priori. Molte variabili anche per quanto riguarda il momento migliore per iniziare la dialisi, di questo ha parlato il **dottor Enia** (Reggio Calabria). Egli ha infatti spiegato come sia differente la scelta, nel caso in cui il paziente sia già noto all'ambulatorio di pre-dialisi (*early referral*), in questo caso l'inizio viene concordato con tutta tranquillità, oppure arrivi tardi (*late referral*), già in insufficienza renale terminale e sintomatica, nel qual caso la dialisi dovrà essere allestita urgentemente con tutte le possibili complicanze cliniche che ciò comporta oltre all'impatto davvero drammatico per il paziente

Il professor Gambaro (Roma) ha parlato di numeri, riferendo di uno studio fatto in collaborazione con colleghi del Veneto. Secondo tali dati, in Veneto ci sono circa 250.000 persone con uno dei 5 stadi di CKD. Egli auspica un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale nel monitorare e seguire nel tempo queste persone. Del passato, presente e futuro della dialisi ha invece parlato il **professor Lupu** (Verona) che ha raccontato la storia della dialisi e del trapianto, ma anche della nefrologia e dei nefrologi. Ha anche sottolineato il cambiamento di scenario in questo terzo millennio, per cui accedono alla metodica moltissimi pazienti anziani, ultra-ottantenni, i quali evidentemente hanno numerose co-morbidità.

Della nefrologia del terzo millennio ha parlato anche il **dottor Abdin** (Giordania), che ha raccontato cosa succede nel suo paese. Una cosa particolare è che in Giordania il trapianto renale, per motivi religiosi, può avvenire solo da vivente. Ci ha anche raccontato che su 100 pazienti in dialisi,

solo il 2 per cento fa dialisi peritoneale. Nella successiva Tavola Rotonda hanno preso la parola i politici presenti alla manifestazione e l'appassionato **Pietro Vidotto**, presidente A.P.P.E.D., che ha parlato di difesa della salute, di costi sociali, di sensibilizzazione delle parti politiche. **Il dottor Panarello** (Pordenone) dopo aver parlato di politica sanitaria, sottolineando che anche la popolazione dei medici invecchia, ad esempio è noto che la maggior parte dei nefrologi italiani ha superato i 50 anni, ha suggerito la possibilità di delegare a medici di medicina generale e ad infermieri un "pacchetto" di attività più ampio. Questo al fine di consentire al nefrologo di dedicarsi ad attività più specifiche: la prevenzione ed il trapianto. Un'altra strategia potrebbe essere quella di aumentare il numero dei pazienti in dialisi peritoneale, al fine di ridurre le giornate di ricovero ed il personale. Panarello ha infine sottolineato come la partnership tra reparti ospedalieri e associazioni di volontariato possa creare un circolo virtuoso, che va a beneficio dei pazienti. **Il professor Kimmel** (U.S.A.) ha chiuso la Tavola Rotonda parlando di terapia e farmaci personalizzati al singolo paziente, tramite la individuazione di varianti genetiche in grado di predire la risposta (o la mancata risposta) ad una determinata terapia, ma anche di predire quali, tra i pazienti con IR lieve-iniziale, evolveranno verso la IRC e la malattia renale conclamata.

Si sono poi succedute alcune relazioni riguardanti gli aspetti assistenziali (**I.P. Manias**, Pordenone), l'ambulatorio

pre-dialisi in Friuli (**dottor Adorati**, Udine) ed in Italia (**dottor Feriani**, Venezia). **Serena Belli** (Trento) ha parlato a proposito **delle richieste dei cittadini** e, ancora una volta, si è potuto constatare che A.P.A.N. ed A.P.P.E.D. hanno veramente la medesima visione delle cose, dato che il suo intervento, che non era stato concordato con quello di Pietro Vidotto, ne ha praticamente ricalcato le orme.

Il pomeriggio è proseguito parlando di trapianto renale, in Friuli ed in Italia, situazione attuale e prospettive future. Il moderatore degli interventi è stato l'emerito **professor Tesio**, già primario a Pordenone. Il nome Tesio è molto noto fra i medici ed i pazienti in trattamento dialitico: si deve a lui infatti lo sviluppo del catetere per emodialisi che porta il suo nome. Molti sono i pazienti che in Italia e in ogni altra parte del mondo possono dializzare con la sua scoperta. In passato con l'esaurirsi del patrimonio vascolare non era possibile dializzare i pazienti per lunghi periodi, e i cateteri che venivano utilizzati erano gravati da numerose complicanze, prima fra tutte le infezioni. Dalla fine degli anni '80 l'arrivo del catetere di Tesio ha radicalmente cambiato le cose, in particolare con questo tipo di catetere si è ridotta la complicanza infettiva, per cui i pazienti possono dializzare (e vivere) a lungo, utilizzando questo catetere.

Un bel pubblico e molti interventi e domande, al momento della discussione, hanno vivacizzato le due giornate del Convegno.



Figura 2: professor Tesio, Cavalier Vidotto, dottoressa Serena Belli, dottor Brunori, dottor Panarello, dottor Abdin.

La storia agrodolce di Mehdi,
un trapiantato renale iraniano

Frammenti di saggezza orientale

di Gianni Toninato

Se non fosse per la cordialità che subito affiora nei suoi tratti, mi coglierebbe lo scrupolo di distoglierlo dal suo lavoro, meglio dalla sua passione di studioso e di fine intenditore dell'arte genuina da cui è avvolto nel suo negozio di tappeti di Persia, in Trento.

La sensazione immediata è di trovarmi di fronte ad un misurato, elegante uomo di classe. Il suo parlare, cadenzato e leggero come una musica orientale, mi prende.

Nel corso del colloquio, mi coinvolge sempre più la voglia di conoscere non solo la sua storia, ma anche come l'ha vissuta, subita, o dominata. Perché quello che Mehdi mi trasmette, nei suoi concisi commenti alle vicende vissute, è proprio questo: il fatto di non aver mai subito gli eventi come paralizzato dalla rassegnazione, ma di aver sempre cercato di analizzarli e orientarli verso destini più consoni al suo innato e razionale ottimismo. Fin da quando, nel 1975, poco più che ventenne, è partito dall'Iran, non catapultato in Occidente dai morsi della miseria, del terrore o delle epurazioni violente, che investiranno il suo paese solo successivamente, con la rivoluzione del 1978. Lui è figlio di quella generazione di giovani, provenienti da famiglie di professionisti, di commercianti, di benestanti iraniani che in occidente venivano a cercare il suggello alle loro aspirazioni, soprattutto nel campo della medicina, dell'ingegneria, dell'architettura. Ed erano ben visti e ben accolti.

Alla sua età l'Italia appariva forse una destinazione di seconda scelta, rispet-

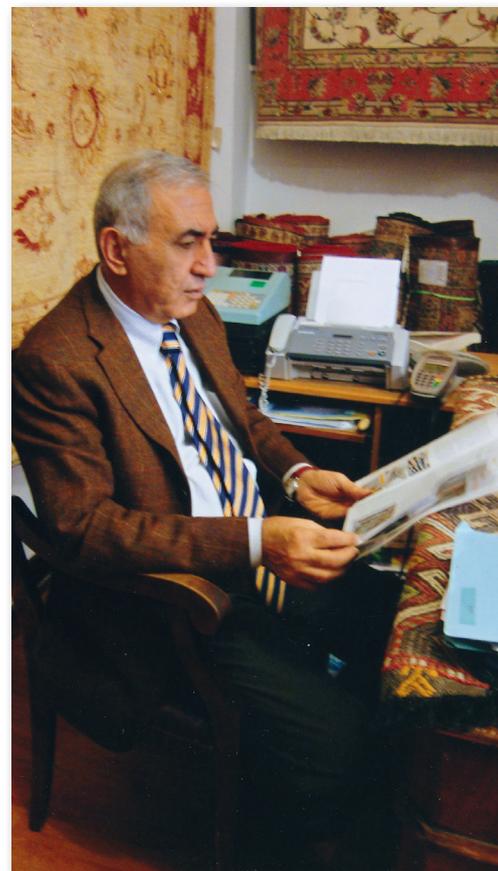
to alla suggestione di un approdo nelle aule di una università americana, inglese o tedesca.

Tant'è che nel 1975, solo 300 iraniani si registravano, come lui, nelle nostre città universitarie, mentre affluivano in massa verso l'America, dove oggi, di iraniani, se ne contano circa 3 milioni, o in Inghilterra con 250 mila, o in Svezia, dove solo a Stoccolma ne vivono circa 70 mila.

Ma era proprio in Italia che il destino gli aveva assegnato il suo habitat, che oggi gli appare come un dono del cielo.

È vero che, nel 1983, terminati gli studi universitari nella facoltà di Medicina, con laurea conseguita a Genova, nel ramo farmaceutico, si è dovuto scontrare con l'impossibilità di iscriversi all'albo professionale, non avendo la cittadinanza italiana; ma è anche vero che l'alternativa professionale era viva e vincente nella sua passione, coltivata già nel periodo universitario, per i prodotti artistici – i veri, raffinati tappeti di Persia – del suo paese d'origine. E in essa ha potuto trovare spazi realizzativi inospettabili, proprio a Trento, nella città che ormai da tanti anni lo accoglie, grazie alla solidarietà e al sostegno di alcuni amici.

Qui la sua vita sembra trascorrere con ritmo sereno, quasi delizioso. Fino al 2003, quando Mehdi avverte uno strano gonfiore alle caviglie. Per lui che ha sempre condotto una vita sana, regolata, collaudata nel costante impegno profuso in diverse discipline atletiche, la cosa appare misteriosa. In un inciso, la sua voce si incrina. "Forse, dice, il dolore per le disgra-



Mehdi, mentre legge "Rene & Salute"

zie che in questi ultimi anni hanno colpito i miei famigliari in Iran, anche a causa della drammatica situazione politica del mio paese, hanno indebolito e ferito parte del mio organismo". Costatazione amara, confidata quasi con pudore.

Intanto i primi accertamenti diagnostici evidenziano una pressione leggermente più alta del dovuto e anche l'acido urico sconfinava in valori vietati. Si cerca di frenare gli eccessi dell'una e dell'altra patologia insorgente con farmaci e controlli periodici, ai quali sovrintende per un lungo periodo il "bravissimo" dott. Alberto Valli. Ma ormai i reni vanno sempre più alla deriva nella loro funzionalità. La dialisi rimane l'unica alternativa attuabile. Nell'estate del 2007, presso il reparto di Nefrologia di Trento, inizia il primo approccio con il sistema e le apparecchiature proprie della dialisi peritoneale - quasi commosso il suo grazie al dott. A. Laudon - e poi le sedute notturne tra le mura di casa. Notturne, ovviamente, perché di giorno Mehdi non vuole e non può rinunciare alla

sua presenza in negozio, al contatto con i suoi clienti, con i suoi amici e neppure smarrire il suo approccio con gli impegni sportivi. No, alle sue partite di ping-pong non rinuncia. "Anche così si combatte la malinconia di una condizione non facilmente accettabile".

Le prospettive di un trapianto sembrano dilatarsi ad oltre cinque, sei anni, tenuto conto delle liste d'attesa e dell'età che oscilla intorno ai 55/56 anni.

La dottoressa Cristina Andreotti, responsabile del Centro Renale di Trento, non vuole illuderlo, mentre lo segue con "eccezionale umanità e professionalità".

Invece, dopo due anni, e precisamente il 9 maggio 2009, arriva improvvisa da Verona la telefonata tanto attesa. È pronto un rene proprio per lui. Mehdi è in negozio a colloquio con un cliente. Forse mai come in quel momento il cuore sembra impazzirgli dentro. Subito in ospedale, confortato e consigliato dai medici e dal personale infermieristico e poi con l'ambulanza verso la città veneta.

Conciso il suo racconto sui tempi e le modalità di intervento, durato 4/5 ore e perfettamente riuscito. Poi i 34 giorni successivi li trascorre in quell'ospedale, per i quotidiani controlli.

Il ritorno a Trento è accompagnato dalla raccomandazione medica di tenersi a riposo per almeno un mese. "Ma io non potevo. Questo lavoro è la mia passione, la mia vita. E poi, i miei amici italiani che mi aspettavano. No, non potevo rimanervi lontano così tanto". Dopo 5 giorni, Mehdi è già al lavoro. Come sempre l'ottimismo che gli scorre nelle vene lo sospinge verso una vita di normalità che sta felicemente proseguendo. Con una nuova appendice: quella di un ulteriore impegno nel sociale, perchè "l'esperienza della bontà e delle attenzioni avute da tanti amici italiani e da tutti i medici e personale ospedaliero, a Trento come a Verona, mi fanno sentire ancora di più che solo questo ormai è davvero il mio paese. E ad esso voglio dare il mio personale contributo".

La sua, evidentemente, è una convinzione oggi consolidata. Gli traspare troppo chiara dall'anima.

aforismi

Lontano Oriente



a cura di Luisa Pevarello

In questo numero vi propongo alcune riflessioni di saggi orientali, che riguardano la felicità e il sé, il cui significato profondo può essere compreso come un messaggio universale. Meditate...

1. Presto scoprirai che la quiete e la felicità ti appartengono naturalmente e che il cercarle come se dovessi raggiungerle, è ciò che ti turba. (MISARGADATTA)
2. Sia che dobbiamo camminare un miglio o mille miglia, il passo più importante è sempre il primo. (GANDHI)
3. L'uomo impoverisce le cose molto più con le parole, che con il silenzio. (GANDHI)
4. Quando l'lo muore, l'Anima si desta. (GANDHI)
5. Per trovare sé stessi, occorre perdere sé stessi. (PROVERBIO ZEN)
6. La mente è ciò che pensa. Per renderla vera, pensa al vero. (MISARGADATTA)
7. Il sapere può essere insegnato, ma non la saggezza; ci deve essere liberazione dal sapere per l'aumento della saggezza. (KRISHNAMURTI)
8. È la verità che libera, non lo sforzo di essere liberi. (KRISHNAMURTI)
9. Quando fissi il tuo cuore in un punto, nulla è impossibile per te. (BUDDHA)
10. L'ingratitudine più ha e più chiede. Tutta la terra non basta a un uomo ingrato. (BUDDHA)



Opera di A. Siciliano

L'avventura di Alfred Nobel

di Lorenzo Ricci

Pochi uomini hanno affiancato il proprio nome alla scienza come Alfred Nobel, scomparso nel 1896, ma rimasto comunque legato all'attualità. Un anno prima della sua morte, avvenuta il 27 novembre 1895, Alfred Nobel aveva redatto a Parigi il suo testamento, un documento del tutto particolare, perché in esso erano contenute le volontà che avrebbero realizzato gli ideali ai quali lo scienziato svedese aveva aspirato per tutta la vita. Per queste ragioni il patrimonio di Nobel – stimato, all'epoca, in circa 31 milioni di corone svedesi – avrebbe dovuto essere investito in un fondo da potersi "distribuire in forma di premio a coloro che più avessero contribuito, nel corso dell'anno, al benessere dell'umanità".

Composto da meno di trecento parole, questo testamento indicava le cinque attività umane che dovevano essere promosse, e cioè: la fisica, la chimica, la fisiologia o la medicina, la letteratura e la fratellanza fra i popoli (il Nobel per la Pace). Nell'atto testamentario Alfred Nobel stabiliva che i premi per la fisica e la chimica venissero assegnati dall'Accademia Svedese della Scienze, mentre quello per la fisiologia o medicina doveva essere assegnato dal Karolinska Institutet di Stoccolma.

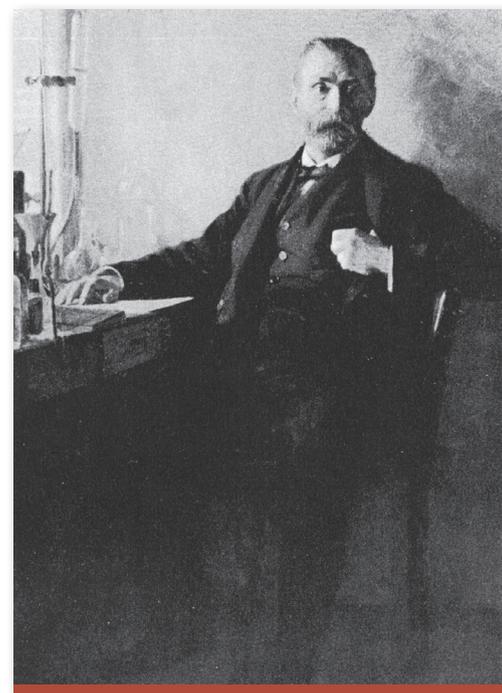
Di competenza dell'Accademia di Stoccolma era poi il premio per la letteratura, mentre il premio per la pace (quest'anno assegnato al cinese Liu Xiaobo) doveva essere deciso da un'apposita commissione di cinque persone eletta dal Parlamento norvegese (*Storting*). A partire dal 1969 il Premio Nobel, con l'intervento della Banca di Svezia, verrà esteso anche alle scienze economiche.

Un altro punto importante nel testamento di Alfred Nobel riguardava il fatto che non si dovesse tener conto della provenienza dei candidati, fosse o meno di nazionalità scandinava.

Non si può negare che la fortuna di Nobel fu, senza nulla togliere ai suoi meriti personali, anche quella di avere illustri scienziati tra i suoi antenati: il padre era un brillante inventore e imprenditore (il quale, dopo una bancarotta in Svezia aveva saputo riprendersi alla grande in Russia, dove aveva costituito una fiorente industria chimica a Pietroburgo), il nonno era un erudito di fama internazionale e rettore magnifico dell'Università di Uppsala. Fu proprio il grande interesse del padre per gli esplosivi (alcune mine terrestri e marine di sua invenzione erano state impiegate con successo dai russi durante la guerra di Crimea) a spronare Alfred Nobel a sviluppare ulteriormente la ricerca in questo settore chimico fino ad ottenere, nel 1864, il brevetto per un detonatore che prese il suo nome e che venne definito la "più grande scoperta fatta nel campo dei principi e della pratica degli esplosivi". Una scoperta che ebbe un'importanza storica e che portò ad una vera e propria rivoluzione nel campo del lavoro delle miniere, nella costruzione di strade e nell'apertura di gallerie. Non meno importanti furono i brevetti che Nobel ottenne col perfezionamento della dinamite, nel 1875 (la cosiddetta gelatina esplosiva) e le polveri senza fumo a base di nitroglicerina (1887), utilizzata successivamente come base per la cordite, destinata a rivoluzionare il settore delle armi da fuoco.

Come ci ricorda Nils K. Ståhle, direttore generale della Fondazione Nobel, il lavoro di Alfred Nobel si sviluppò in diverse branche della chimica, sia nel perfezionamento di materiali sintetici, sia nell'ideazione di nuovi metodi di comunicazione, di allarme, ecc., al punto che Nobel riuscì ad essere titolare di ben 355 brevetti.

La vita di Alfred Nobel, non solo quella professionale e di ricerca, ma



Ritratto di Emil Östermann

anche quella privata, assume i tratti del romanzo di avventura e, in un certo senso, disegna la contrastante personalità di quest'uomo, fondamentalmente solo ai limiti della misantropia, e della sua attività distribuita su uno scenario internazionale tale da contribuire alla nascita di imprese strategiche nel settore chimico quali l'Imperiale Chemical Industries in Inghilterra, la Société Centrale de Dynamite in Francia, la Dynamit Nobel AG in Germania, la Bofors AB e Kema Nobel AB in Svezia.

Alfred Nobel non si sposò mai. Mantenne dei legami con alcune donne che ebbero ruoli importanti nella sua vita, come la baronessa austriaca Bertha von Suttner e, più ancora, con una ragazza austriaca di ventitre anni più giovane di lui con la quale convisse per diciotto anni. La morte colse Alfred Nobel a San Remo nel 1896, nella sua casa laboratorio, ancora oggi nota come "Villa Nobel", poco distante dalla nuova stazione ferroviaria.

Il racconto

Bolle di sapone

di Anna Maria Ercilli

Le bolle di sapone scendevano dal terrazzo del secondo piano, liberate da una mano infantile; non si vedeva che il piccolo braccio scuotere l'asticciola e il lento distaccarsi dell'effimera sfera.

Dal bar sottostante il giovane Marco stava in attesa, annoiandosi; la prospettiva di quel diversivo insolito per il giorno e l'ora catturava la sua immaginazione. La luce solare accendeva le bolle di iridescenze colorate, simili a meduse fluttuanti, scendevano, rompendosi nell'aria o sul tendone del locale prima di toccare terra, tranne una che, resistendo all'attrito s'era estinta sul suo tavolino, lasciando un alone, subito svanito.

Marco sperava che il gioco durasse ancora un poco, invece il bambino era rientrato in casa. Doveva rassegnarsi, aspettare senza distrarsi; il traffico rumoroso lo infastidiva, con quel sottofondo di ruote in movimento perpetuo.

Dal palazzo esce un bambino, seguito da una donna che spinge un giovane in carrozzina, Marco li guarda incuriosito: "Chi può essere quel ragazzo, sembra paralizzato o forse convalescente" - si chiede. Guarda con insistenza convincendosi di riconoscere nel profilo, nei capelli lunghi sulla nuca, l'amico di un tempo.

L'ultimo ricordo dell'amico Giorgio, è raccolto in un pugno di giorni felici, erano quattro amici inseparabili, gli studi nella stessa università, i divertimenti e i luoghi in comune, anche lo sport all'aperto li univa nelle ore libere. Erano studenti, con tante speranze e pochi soldi, si mantenevano con lavori saltuari, raccolti nell'ambiente universitario.

Lavoro, studio e grandi propositi per le vacanze, per questo avevano creato



un conto in comune, per finanziare il progetto che si stava delineando nei particolari.

Quell'ultima estate il loro entusiasmo era rivolto al canyoning, trascinati proprio da Giorgio nella nuova avventura sportiva. Lui aveva procurato l'equipaggiamento a tutti: corde, casco, muta, imbracature etc., non aveva tralasciato nulla. Il giorno della partenza sulla vecchia Lancia di Marco erano stipati di bagagli e mappe fluviali. Il torrente prescelto aveva eroso la roccia, scavando percorsi ricchi di forre, gole e canyon, il luogo ideale per mettere a prova i muscoli e la giovinezza dei quattro amici.

La base di partenza era un vecchio casolare, trasformato in ostello per le occasioni sportive.

Per giorni avevano esplorato le gole, calandosi nelle pozze calme sotto le volte di roccia, avevano affrontato percorsi tortuosi, viscidati e pericolosi, nuotato, erano risaliti sui cornicioni erbosi e ancora giù nel rombo del torrente. Doveva essere l'ultima perlustrazione negli anfratti fra rocce ed acqua, l'ultima emozione fra il verde e il grigio delle pareti, gli occhi a cercare la profondità dell'acqua e la

finestra in alto, verso il cielo aperto. L'imprevedibile, la presa di Giorgio che non tiene, l'imbracatura sganciata per un guasto, la caduta da una breve altezza sulle rocce sommerse. Il casco non è sufficiente a salvarlo, Giorgio perde conoscenza. Gli amici lo soccorrono subito, chiamano gli aiuti e nel giro di un'ora è trasportato con l'elicottero in ospedale.

Marco rivive quei giorni, alternati fra desolazione e impazienza, vuole ritrovare l'amico di sempre, ma la ripresa è impercettibile. Un giorno arriva un'offerta di lavoro, il primo serio lavoro in una città distante, ma accetta. Si stacca a malincuore dall'amico ferito, cerca di mantenere i contatti con tutti ma, poco alla volta, la nuova vita lo allontana dai buoni propositi, spegne anche la consuetudine dell'amicizia.

Marco prova per la prima volta, un senso di vergogna, si alza, vede il ritorno del ragazzo in carrozzina, non è il suo amico, nota che le gambe sono ingessate. Sospira di sollievo.

Un presagio, anche Giorgio allora sta bene, gli anni sono passati nella dimenticanza, ma ora cerca il numero di telefono, eccolo, chiama: "pronto sono Marco..."

Voglia di leggere

Winslow fa sul serio: adrenalina e pacata

di Lonely Bear

"Winslow is the real deal", lo ha detto James Ellroy. E se partiamo dal presupposto che Don Winslow è considerato il 'nuovo Ellroy', la frase è anche una sorta di passaggio di consegne. Il principe del noir di Los Angeles (Ellroy) forse il meglio l'ha già dato, ora è il turno del cantore della frontiera Usa-Messico e della lotta spietata a furia di narcodollari, esecuzioni bestiali e passioni nichiliste.

Come Ellroy, Winslow scrive romanzi intensi, adrenalinici e racconta l'America di oggi attraverso intricate trame criminali che prendono spunto dalla storia e cronaca contemporanee. Si documenta in modo profondo e maniacale e ci fa scoprire zone del mondo che non conoscevamo, fatti reali che trascuriamo, personaggi definitivi, discese agli inferi e redenzioni. Diversamente da Ellroy, ha uno stile narrativo più classico e un'ironia più sottile.

Fra i suoi lavori pubblicati in Italia, grande successo di pubblico e di critica hanno avuto: "L'inverno di Frankie Machine", "Il potere del cane" e il recente "Pattuglia dell'alba". Tre romanzi molto diversi fra loro, da leggere tutti d'un fiato, in attesa di *Savages* (uscito a luglio in Usa).

Con *La Pattuglia dell'Alba* Don Winslow, riconosciuto in patria e ormai anche qui da noi come uno dei nuovi punti di riferimento della *crime fiction* americana, compie un'incursione sulle spiagge della California del Sud e ci regala un ottimo noir, in cui atmosfere e intreccio si combinano in un mix di adrenalina e blanda nostalgia.

Interessante noir, che tende a prediligere l'azione rispetto all'atmosfera, *La Pattuglia dell'Alba* è percorso da echi tanto di Raymond Chandler (che a La Jolla, località ripetutamente citata

nel libro, si ritirò nei suoi ultimi anni e morì nel 1959), quanto di Dashiell Hammett (come lui, Winslow ha esercitato numerose professioni, prima di approdare alla scrittura, tra cui quella di investigatore privato). Tra i maestri del genere e la propria opera Don Winslow pone tuttavia una distanza necessaria, che permette al lettore di apprezzare la storia per i suoi meriti, sorvolando sui difetti, in un bilancio decisamente in attivo. La caratterizzazione dei personaggi risulta leggermente stereotipata e la passione per il ritmo, tipica dei thriller americani, schiaccia un po' troppo a fondo l'acceleratore, tanto che in alcune occasioni Winslow lascia scivolare via frettolosamente scene che avrebbero giovato di un maggiore respiro. Ma poi la cura nel tratteggiare l'affresco storico e sociale di San Diego, la cultura del surf e le comunità underground, che vivono tra il tramonto e l'alba ai margini della Pacific Coast Highway (famosa per gli amanti dell'America della California, in particolare la PCH), il Boulevard dei Sogni Ancora da Infrangere, la capacità narrativa di risolvere un intreccio complesso, che ci ha guidati in profondità, nelle spire di un inferno percepibile fin dalle prime pagine, ma che solo nel culmine dell'indagine esplose in tutta la sua forza su comando dell'autore, ripristinano l'equilibrio del libro e spingono l'ago della bilancia verso i valori alti della scala. Colpi di scena a ripetizione e montaggio dei punti di vista, dal sapore molto cinematografico fanno il resto.

La Pattuglia dell'Alba è una detective story piuttosto scanzonata, che si muove tra le gang dei surfisti, i locali notturni e traffici loschi; protagonista è Boone Daniels, surfista e investigatore svogliato al giro di boa che, oltre ai delinquenti locali, deve affrontare la grande onda in arrivo sulla spiaggia di

Pacific Beach. Più simile a *Point Break* (curiosamente mai citato malgrado la frenesia postmoderna che pervade il volume) che a *Un mercoledì da leoni* (menzionato al contrario con una certa insistenza), il romanzo è un noir con tutte le carte in regola per essere apprezzato da tutti i lettori in cerca di una bella storia, raccontata con maestria, adatto sia come lettura da ombrellone che come ristoro, per chi avesse già dato fondo alle proprie vacanze. Sorretto da una prosa vivace che non lesina squarci di crudeltà, ci trasporta dal gergo da spiaggia di questi hippie fuori epoca, attraverso il racconto delle gesta di Boone Daniels e della sua pattuglia di surfisti, al richiamo della giovinezza che tutti noi sogniamo di vivere o aver vissuto: una stagione di serate in spiaggia e brividi in mare, di amicizie indissolubili che garantiscono legami di lealtà assoluti, di sete di libertà e sogni di giustizia. Un mondo e un'epoca in cui potersi fidare che basterà l'arrivo di un'onda per mondare la terraferma di tutte le sue colpe e i suoi peccati, per fare tabula rasa del passato e dei suoi padroni e assicurare alle vittime un nuovo futuro. Malgrado il gioco fin troppo facile dello scioglimento pacificatore e risolutorio, resta una storia che assicura delle emozioni e fa pensare.

Dimenticatevi de *Il Potere del Cane*: dopo la nerissima saga sul narcotraffico del Centro America, Don Winslow ha sfornato un lavoro solare, dalle atmosfere diametralmente opposte. La pattuglia del titolo non riguarda infatti un manipolo di *federales* o agenti della DEA, bensì un ristretto e compatto team di surfisti, che ha eletto la tavola a totem e il surf ad unica religione. I sei si riuniscono all'alba sulle spiagge di San Diego, con un unico obiettivo: trovare "il dharma all'interno dell'onda". E quale miglior occasione per farlo, se

nostalgia per uno scrittore noir contemporaneo

non all'approssimarsi della più grossa mareggiata degli ultimi vent'anni, evento che incombe su tutta la storia. Nessuno di loro si atteggia ad icona da rivista di settore, il loro modo di fare si ricollega al movimento anarcoide che agitò il periodo hippy californiano. Winslow si rivela un autore dal canone poliedrico, deliziandoci con una storia estiva e divertente, scevra dai toni drammatici e impegnati del precedente lavoro.

Il "San Francisco Chronicle" si è così sbilanciato: «...potrebbe essere il miglior thriller estivo di tutti i tempi»; Antonio D'Orrico, dal "Corriere Magazine" lo definisce il romanzo dell'estate, sostenendo che va letto come si leggono i salmi.

Il libro contiene, come in tutti i noir degni di questo nome, anche una velata ed irridente critica ad alcuni atteggiamenti delle classi più abbienti della zona. Un esempio su tutti è costituito dall'ambiguo chirurgo estetico, che firma le proprie operazioni, considerandole autentiche creazioni. La dettagliata e torrida colonna sonora poi, piena di pietre miliari del genere che ereditò il nome dallo sport acquatico, fa apparire i Beach Boys come gli appartenenti ad un coro jodel tirolese. Nelle prime cento pagine la storia appare poco intrigante, nelle successive, staccarsi dalla lettura è impossibile. Alcuni intensi momenti di odio fra i vari personaggi di questo magnifico libro sono solo accennati nella fase iniziale, ma trovano riscontro e motivazione nel corso del testo. Se solo Winslow si fosse soffermato un po' meno sulle descrizioni esageratamente minuziose dei luoghi, e avesse usato un po' della parafina che usano i suoi surfisti,

per rendere più scorrevoli le pagine, grideremmo ad un altro capolavoro. In ogni caso una lettura molto al di sopra della media in termini di puro intrattenimento. "Quasi" perfetto.

Trama in sintesi de La Pattuglia dell'Alba

Ex poliziotto, adesso detective privato, Boone Daniels è uno spiantato che bazzica Pacific Beach e non vuole molto dalla vita: gli basta poter uscire all'alba a surfare con la sua inseparabile pattuglia di amici e qualche tortilla da farcire di carne o uova. Proprio mentre lo tsunami sta caricando verso la costa, Boone viene ingaggiato da uno studio di avvocati, per ritrovare la testimone scomparsa di un delicatissimo processo. La truffa assicurativa di cui è accusato Dan Silver in realtà nasconde traffici più loschi, i cui fili sarebbero nelle mani dell'imputato, proprietario di strip club e boss di medio calibro, nell'ambito della criminalità locale. Per risolvere il caso Boone ha meno di quarantotto ore, l'intervallo che separa l'onda al momento del suo ingaggio dalla costa di Pacific Beach, affollata di surfisti a caccia della chance della loro vita. Ma a San Diego, la capitale del sole e dei surfisti, niente è mai facile come appare, e il Messico è tanto

vicino: ci vuole poco davvero perché un'indagine banale diventi una discesa all'inferno, che obbligherà Boone a fare i conti, una volta per tutte, con il proprio passato.

Bibliografia

Don Winslow nasce nel 1953 a New York e da anni vive a San Diego, città che fa da sfondo a gran parte dei suoi lavori. Oltre a pubblicare romanzi, è scrittore e regista teatrale e televisivo. Come molti altri, per sbarcare il lunario ha fatto lavori strambi e utili per la sua penna: l'investigatore privato, la guida di safari e consulente legale. Inizia a scrivere nel 1991 e il suo talento esplose nel 2005 con **L'Inverno di Frankie Machine**, la storia di un killer di mafia in pensione a San Diego, che viene costretto a uscire dal suo placido anonimato per affrontare i fantasmi del passato. Il libro diventa un caso editoriale anche in Italia e apre la strada al successivo **Il Potere del Cane**, a oggi considerato il suo capolavoro: 30 anni di storia americana in cui criminali, politici, escort e poliziotti si incrociano nell'epopea del narcotraffico; nascono l'impero della cocaina e la Dea, si saldano alleanze, si sgozzano i boss, si consumano amori impossibili e, soprattutto, si cerca di sopravvivere al proprio destino.



La quarta edizione di RenArt

di Aldo Nardi

Con la quarta edizione di *RenArt* l'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (Apan) ha ulteriormente consolidato il legame col settore dell'arte e della solidarietà sociale. Il primo, non tanto e non solo a rappresentare se stesso, la seconda alla ricerca di sempre nuovi collegamenti col mondo delle istituzioni, così come con quello della cultura, intesa nella sua accezione più ampia. "Artisti per la donazione" è in realtà, oltre che l'elemento integrativo del titolo della mostra, ciò che "di fatto" contraddistingue da sempre l'iniziativa, attraverso la fattiva collaborazione – ogni volta sempre più estesa – dei soci e dei simpatizzanti dell'Apan, a partire dal suo presidente fino alle autorità che, nei diversi ambiti di competenza, hanno sentito il dovere di collaborare e sostenere questo progetto. Una rassegna che vede quest'anno, oltre alla tradizionale partecipazione di Alessandro Goio (tra gli organizzatori della mostra), Cristina Moggio, Renato Reigl, Paolo Tomio, e Anna Caser, quest'ultima già presente nell'edizione di *RenArt* del 2008.



Cristina Moggio

Se è vero che lo spazio della mente e delle emozioni può essere rappresentato in luoghi e tempi diversi (si pensi soltanto a Delaunay, a Duchamp o alle sculture di Brancusi e ai pouring di Pollock), la vicenda pittorica di Cristina Moggio (artista di Borgo Valsugana, che abbiamo già avuto modo di apprezzare anche in "Arte Sella"), sembra inserirsi "naturalmente" nella dimensione stratificata dell'esistente, con un approfondimento dell'essenziale che quasi penetra il mistero della materia. Come per Mirò, la felicità consiste nella comprensione di un filo d'erba in un paesaggio, così per Cristina Moggio la felicità equivale a penetrare il materiale divino delle cose attraverso il colore, il ritmo vitale attraverso astratte rappresentazioni che rivelano dei rapporti puri. Perché. Per dirla con Klee, ciò che conta non è tanto rappresentare una cosa, un gatto un "nulla" (ovvero ciò che non esiste), perché il giudizio è tale quando si serve dei mezzi compresi nell'ambito del quadro ma anche di mezzi che sono posti al di fuori di esso.



Renato Reigl

Nel momento in cui, come ci ricorda Mario Perniola, siamo passati dal mondo dell'azione a quello della comunicazione e la verità effettuale delle cose scompare sommersa da parole e immagini trasmesse in ogni parte del mondo, l'opera di Renato Reigl si direbbe piuttosto indirizzata verso un'avventura che punta a staticizzare la gravità delle contraddizioni umane e i risvolti oscuri della storia. È un particolare che fa riflettere, dal momento che il mondo attuale è il mondo delle mutazioni: un mondo che, attraverso gli sviluppi della biologia e della medicina, sta modificando perfino il nostro rapporto con la malattia e con la morte. Anche l'arte subisce gli effetti di questa trasformazione, tanto che c'è chi si chiede se essa possa ancora costituire un territorio limitato agli addetti ai lavori. Non possiamo dire quindi se l'arte di Reigl si stia spostando su nuovi ritmi semiotici che non siano soltanto quelli della "denuncia", per riuscire invece a fluttuare nel nuovo orizzonte mutante. Le tonalità di grigio, le sabbie stratificate impiegate da Reigl nelle sue composizioni sono semmai l'estrema rappresentazione di un malessere interiore che è stato fissato in maniera indelebile come polo di autoriflessione permanente, quasi a proteggere il tutto dalle contaminazioni di altri territori linguistici.



Anna Caser

Da Verona viene Anna Caser, famiglia di origini veneziane e già presente nel corso della seconda edizione di *RenArt* con una serie di composizioni che integravano pittura e *collage* all'insegna di una rivisitazione di elementi fantastico-simbolici. Con queste nuove proposte l'artista si muove su un piano tutto sommato diverso nella sua base compositivo-espressiva, sia pure sempre in linea con quel dialogo con la natura che già si ebbe modo di apprezzare nel 2008. In ciò che "miscela" Anna Caser ritroviamo simboli e stili che connotano un forte tramite di mistero, la materia viene elaborata con sottili graffiature che distribuiscono irregolarità di forma, di segni e di immagini. Si tratta di una specie di metamorfosi rispecchiante, entro certi limiti, l'ambiguità della vita, che si offre al miracolo della natura, ma che al tempo stesso si nasconde ad essa. Così facendo Anna Caser riesce a ricomporre il piccolo trauma dell'esperienza estetica, ovvero lo stordimento che proviamo quando ci troviamo d'innanzi a qualcosa di inatteso, di magico: quando ci costringono a vivere un'esperienza nuova, straniante, rispetto alla quale anche il nostro giudizio rimane sospeso.



Paolo Tomio

Se osserviamo i quadri del pittore e architetto Paolo Tomio, originario della Valsugana, il pensiero va subito all'interrogativo posto da Heidegger se sia possibile o meno accedere all'opera in se stessa. Si tratta di una questione di non facile soluzione dal momento che, perché ciò riesca, occorrerebbe poter eliminare tutti i rapporti che l'opera ha con ciò che essa non è, in modo che possa riposare in se stessa (che è poi lo scopo che si prefigge l'artista). Tuttavia Tomio si cimenta con un'esperienza di "arte digitale", ovvero con una forma espressiva che non è stata ancora universalmente accettata perché, appunto, si serve del computer. Naturalmente si tratta di un'impressione errata poiché in questa come in altre forme artistiche, c'è l'idea creativa, l'ampia gamma di tecniche, il tentativo comunque apprezzabile di affrontare l'imperante ubiquità linguistica nelle nuove frontiere della comunicazione. L'arte di Paolo Tomio si salda pertanto a quel ricco filone di esperienza che, dai frattali ai fotoritocchi, ha trovato largo impiego nella pubblicità e nel cinema (si pensi alle opere di Tommaso Marcolla, Michael Kutsche e Riccardo Paci, solo per citarne alcuni). In Tomio forme e colori sono elaborati con abilità compositiva sicché l'effetto che se ne ricava è comunque quello di un'immagine sospesa, leggera nella quale il nostro guardare si perde tra volute e trasparenze, tra silenzio e movimento, tra esterno e interno, tra limite e insondabile.



Alessandro Goio

Su Alessandro Goio, che è stato presente fin dalla prima edizione di *RenArt*, avrei voluto soprassedere, anche per non correre il rischio di valutazioni scontate o ripetitive. In realtà in lui, come in qualsiasi altro artista, c'è sempre qualcosa di nuovo da scoprire e su cui riflettere. Per esempio, una proposta astratta, come ben sappiamo, non prelude la possibilità di istituire un paragone con l'elemento naturale. Anzi, direi che Goio è forse una delle dimostrazioni più chiare di un'analisi sistemica della natura: dei suoi colori, dei suoi movimenti, delle sue forme e delle sue energie. La tela, appositamente preparata, è uno schermo che accoglie labili composizioni fatte di impasti concettualmente mediati con la luce che consentono di cogliere anche impercettibili differenze per poi tradurle in espressioni del mondo sensibile che appaiono simili. In altre parole, la creazione di contrasti o la coesistenza di scale tonali finisce col rappresentare, per Alessandro Goio, un modo intenzionale di dare all'opera una dimensione plastica che fornisce nuova vitalità alla composizione dell'immagine-materia.

Micologia che passione!

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

Funghi rari e senza valore dal punto di vista commestibile

Ci è stato richiesto di pubblicare nuovamente funghi rari e poco noti al pubblico. Vogliamo soddisfare tali richieste con un secondo articolo su questo tema.

ASTRAEUS HYGROMETRICUS non commestibile

Specie ubiquitaria chiamata anche "Lycoperdon stellatum" per la sua forma, con l'aspetto di una stella ed un corpo centrale. È un fungo particolare di colore brunastro che mima il barometro, vale a dire che con tempo umido rimane disteso mentre con tempo secco si richiude.

Habitat: nei boschi nei mesi di Agosto e Novembre nei tratti di terreno nudi specialmente se sabbiosi. Commestibilità senza valore



Foto 1: *Astraeus hygrometricus* (Foto di P. Ceccon)

SARCOSCYPHA AUSTRIACA non commestibile

Specie presente nei nostri boschi anche nel periodo invernale, lignicola a forma di coppa.

Habitat: cresce isolato o a piccoli gruppi su residui legnosi di latifolia in luoghi umidi, spesso vicino a piccoli corsi d'acqua. Il suo colore rossovivo e la sua forma a coppa sono semplici da riconoscere. Il fungo non ha nessun valore commestibile.



Foto 2: *Sarcoscypha austriaca* (Foto di G. Partacini)

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

LYCOPERDON ECHINATUM non commestibile

Fungo bello e simpatico anch'esso riconoscibile con facilità per il suo particolare aspetto simile ad un riccio di castagna o di frutti maturi del platano con vistosi aculei di colore nocciola, che rendono inconfondibile la specie.

Habitat: specie rara, in piccoli gruppi nei boschi di latifolia, generalmente su suolo calcareo mimetizzato spesso sul terreno nel periodo estate-autunno, sconsigliato per la sua 'mediocrità'.



Foto 3: *Lycoperdon echinatum* (Foto di A. Ferretti)

CLATHRUS RUBER non commestibile

Specie molto appariscente diffusa su substrati in fase di decomposizione, con aspetto iniziale di uovo di colore bianco, mentre negli esemplari maturi rimane alla base una volva e la parte superiore assume l'aspetto di un reticolo a maglie molto larghe di un bel colore rosso. Una volta maturato assume un odore sgradevolissimo quasi cadaverico avvertibile anche a distanza.

Habitat: piuttosto raro, solitario o a pochi esemplari per volta, presso latifoglie e conifere di parchi e giardini. Non commestibile.



Foto 4: *Clathrus ruber* (Foto di A. Ferretti)

LAETIPORUS SULPHUREUS non commestibile

Fungo parassita delle piante sia delle conifere che delle latifoglie che le porta a morte. Ha un aspetto piacevole con colorazione giallo-zolfo da cui prende il nome. Il fungo cresce anche su piante già morte, ha un aspetto a ventaglio tipo mensole sovrapposte.

Habitat: sia su legno morto che vivente, generalmente su latifoglie compresi gli alberi da frutto, piuttosto raro, sulle conifere sia in estate che in autunno. Non commestibile.



Foto 5: *Laetiporus sulphureus* (Foto di A. Ferretti)

IN RICORDO DI PADRE CARMELO

di Alberto Valli



Caro padre Carmelo, mi vieni continuamente in mente, anche in questi giorni mentre faccio il giro visite, silenzioso e con il tuo sorriso quasi sornione, di uno che capisce tutto e non ha bisogno di parole.

Sono passati più di trent'anni da quando ci siamo conosciuti. Dieci anni fa il destino ci aveva separati, io all'ospedale S. Chiara e tu alla Parrocchia dei Cappuccini, come parroco, ma lo stesso destino ci ha fatto rincontrare, qualche anno dopo, all'ospedale S. Camillo di Trento.

È sempre stata una gioia vederti e parlarti. Mi hai sempre capito al volo, riuscendo a confortarmi quando ero deluso, dispiaciuto o preoccupato per qualche paziente. Quante volte mi sono confidato con te per problemi personali, ma più spesso per le grandi delusioni che dà la mia professione. Si vorrebbe guarire tutti ed invece, purtroppo, spesso la morte ha il sopravvento. Quante volte mi hai aiutato a fare le scelte giuste per me e per il paziente, negli anni in cui fare il trattamento dialitico, o non farlo, voleva dire la vita o la morte. Entravi silenzioso in reparto, ma la tua voce era inconfondibile.

Come era bello quando noi medici di tutti i reparti, che ci si conosceva a mala pena, venivamo invitati a mangiare nel refettorio dei frati, dove si faceva amicizia, grazie all'atmosfera serena e familiare del convento. Quanto mi dispiace che quei tempi siano passati.

Oggi non si fa che correre, ci sono i budget da rispettare, gli ospedali sono diventati aziende, il paziente è diventato un numero, occorre riempire i letti, e poi dimettere l'ammalato il prima possibile, anche se vive solo o ha problemi in casa. Sono le conseguenze dell'aziendalizzazione e dell'ottica che la governa. E non credo che nei prossimi anni la situazione migliorerà. Quotidianamente dobbiamo combattere con il problema dei letti e delle dimissioni, mentre le perso-

ne sono sempre più anziane con acciacchi e patologie complesse, sempre più sole o destinate a badanti che non li amano, con famigliari sempre meno presenti.

Caro padre Carmelo, come medico ho avuto un grande privilegio, quello di poterti seguire in questi tuoi ultimi anni e, credimi, l'ho fatto con tutto il cuore. Ti ringrazio per quanto hai fatto per me e per Norma, che ti si era affezionata moltissimo, per quanto l'avevi capita.

Ti devo anche ringraziare perché hai voluto, quando già stavi male, in una fredda giornata di sole, venire in val di Non, con la neve tutta attorno, ad officiare il battesimo del figlio di un amico, con solo i parenti stretti. È stata una cerimonia meravigliosa, ma sono tanti altri i momenti in cui ti ricordo: a casa di tua sorella, con i tuoi nipoti in quella stanza con il breviario, la stola e tutto ciò che serve per la messa.

Non posso dimenticare come eri felice con i tuoi cari fratelli e le loro spose, tua sorella e i nipoti, il giorno che abbiamo festeggiato i tuoi 50 anni di sacerdozio, proprio nella mensa del San Camillo, concessa grazie alla generosità della superiora Suor Lilly Rose Pereppedan.

Mi ricordo quando, già molto ammalato e seduto sul letto, officiavi la messa e quando, appena due giorni prima di lasciarci, tagliavi la torta per i tuoi 81 anni.

Ti ricordo con noi alle gite dell'APAN che ti piacevano tanto, l'ultima fatta assieme a Bressanone, con sosta all'abbazia di Novacella.

Durante i tuoi anni di malattia non ti sei mai lamentato, hai sempre sofferto in silenzio, fingendo di non sapere cosa avevi ed infondendo, a quanti ti venivano a trovare, forza e coraggio per affrontare la vita. Ultimamente c'erano tante persone che venivano a trovarti e tu, per tutti, avevi una parola di conforto. Ancora un grazie per esserci stato.

Alberto



Padre Carmelo in gita con l'A.P.A.N. a Novacella

Riportiamo di seguito i titoli degli articoli scientifici che sono stati pubblicati su *Rene & Salute* negli anni 2005-2007. Se qualcuno desidera una copia dell'articolo può farne richiesta all'Associazione. Nel prossimo numero verranno pubblicati quelli relativi al 2008-2010.

a cura di Maria Antonia Dalmartello

ANNO	TITOLO	AUTORE
2005/1	Il rene policistico dell'adulto: clinica e genetica, tra presente e futuro	S. Belli
2005/1	Il problema del diabete post-trapianto	C. Andreotti, T. Romanelli
2005/1	Tra donazione, trapianto e mezzi di comunicazione	M. Ragagni
2005/1	La protezione renale: fatti e non parole	R. Frizzi
2005/1	La lunga strada della penicillina	S. Belli
2005/2	Staminali a confronto: realtà consolidata e futuro incerto	M. Ragagni
2005/2	Ambulatorio per la prevenzione e la cura dell'uremia: obiettivi e gestione	C. Comotti
2005/2	La prevenzione del cancro coloretale in Prov. di Trento	G. de Pretis
2005/2	L'infermiere e l'educazione del paziente nefropatico	R. Cavallon, M.A. Floretta, C. Gasperi, C. Ghesla, L. Giovannini, R. Giacomelli
2006/1	Il paziente nefropatico e il Dipartimento di Emergenza: l'esperienza di S. Daniele del Friuli	M. Dorella
2006/1	Le erbe medicinali: una trappola per il rene	G. Maschio
2006/1	Convivere con l'emodialisi: informazioni e consigli	R. Cavallon, C. Gasperi, C. Ghesla
2006/1	Attività fisica in emodialisi	
2006/1	Ambulatorio per la prevenzione e cura dell'uremia: il ruolo dello psicologo	A. Lama
2006/2	Ammalarsi in adolescenza	A. Lana, A. Bronz
2006/2	Per una migliore qualità della vita	A. Fratton
2006/2	Sono oltre 40.000 dializzati in Italia	P. Cavagnoli
2006/2	La dialisi peritoneale "come e per chi"	L. Giovannini, A. Laudon
2006/2	Ossò: nuova frontiera della donazione	M. Ragagni
2007/1	Una speranza in più	C. Andreotti
2007/1	La cura dei reni per salvare il cuore	R. Frizzi
2007/1	Il ricordo di Tomas Graham nella storia della dialisi	C. Comotti
2007/1	Il "dietro le quinte" della dialisi peritoneale	A. Laudon
2007/1	Dializzati: si può fare di più	P. Tomasi
2007/1	Il ruolo dello psicologo ospedaliero	A. Lama
2007/2	Lo Yoga come strumento per il benessere del dializzato	M. A. Floretta
2007/2	Le istituzioni e il volontariato per la prevenzione micologica in trentino	M. Cristofolini

RenArt

artisti per la donazione



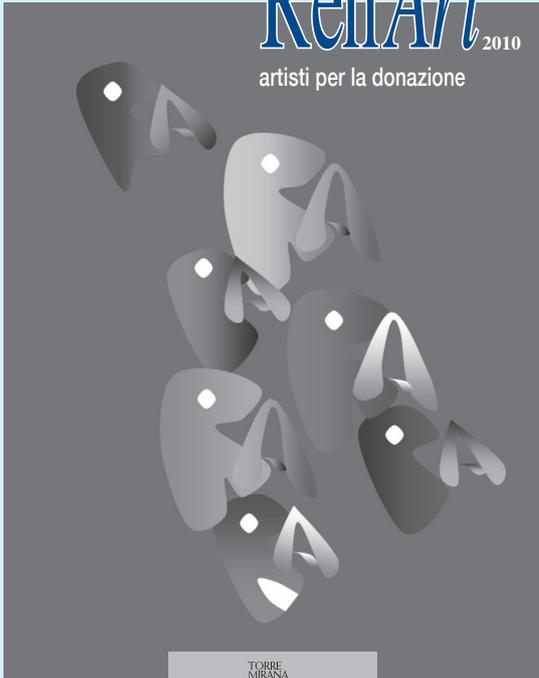
RenArt

artisti per la donazione



RenArt 2010

artisti per la donazione



TORRE
MIRANA
SALA ESPOSIZIONE
SALA THUN
Sala Thun - Trento - Via Belenzani 3

Anna Caser Alessandro Goio Cristina Moggio Renato Reigl Paolo Tomio
espongono dal 12 al 20 novembre con orario 10.00-12.00 / 17.00-19.00

la mostra è proposta da

con il patrocinio di

L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA

AUGURA A TUTTI

UN SERENO NATALE
E FELICE ANNO NUOVO!