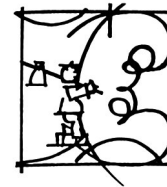


RENE&SALUTE

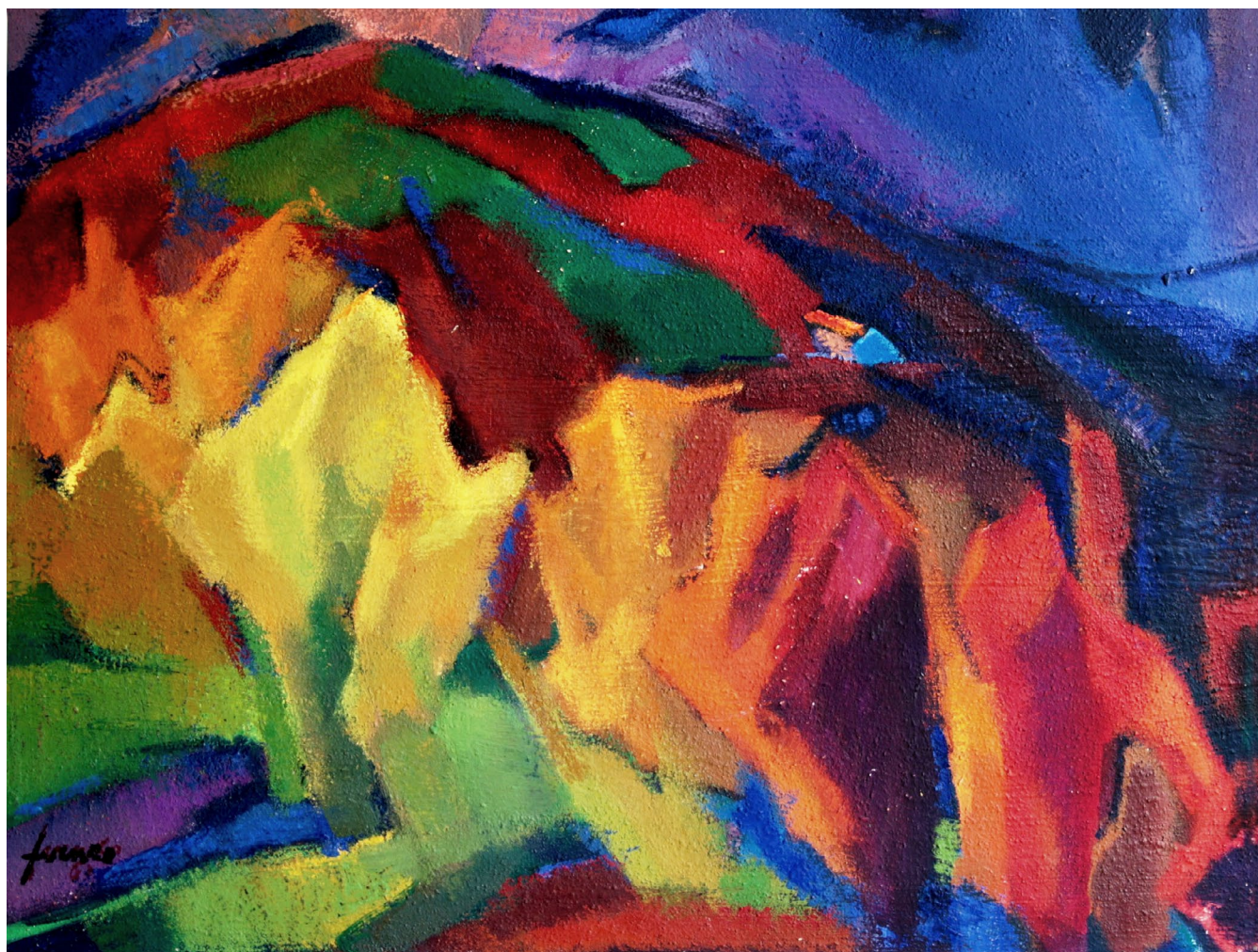


**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXVI - APRILE/MAGGIO 2011 - N. 1 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ **LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE**
- ▶ **IL TESTAMENTO BIOLOGICO**
- ▶ **UNA SCELTA CONSAPEVOLE**
- ▶ **LA FISTOLA CON VASI NATIVI**
- ▶ **L'AFERESI TERAPEUTICA**
- ▶ **LE CONSEGUENZE DELL'IPOGONADISMO**
- ▶ **L'INFERMIERE CASE MANAGER**

- ▶ **IL FOLLOW UP PSICOLOGICO SUL VIAGGIO**
- ▶ **LE INFEZIONI VIRALI NEL PAZIENTE TRAPIANTATO**
- ▶ **LA RICERCA ANCA NELLA DIAGNOSI DELLE VASCULITI SISTEMICHE**
- ▶ **NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE**
- ▶ **VASELINA PER TUTTI**
- ▶ **LO ZUCCHINO D'ORO**

- ▶ **MOLTO RUMORE PER NULLA TRA GENIALITÀ E MALEDIZIONE**
- ▶ **MISTERIOSA VERCELLI**
- ▶ **"LE AVVENTURE DI UNA RAGAZZA CATTIVA"**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **COLORI ED EMOZIONI IMPRESSIONISTE**
- ▶ **COMUNICAZIONI ALLA REDAZIONE**

sommario

La giornata Mondiale del rene <i>di Cristina Comotti</i>	3
Il testamento biologico <i>di Cristina Andreotti</i>	4
Una scelta consapevole <i>di Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian</i>	6
La fistola con vasi nativi <i>di Chiara Venturelli</i>	7
L'afèresi terapeutica <i>di Fabrizio Valente</i>	8
Le conseguenze dell'ipogonadismo <i>di Andrea Scardigli</i>	10
L'infermiere Case Manager <i>di Alessandro Froner e Romina Gionta</i>	11
Il follow up psicologico <i>di Antonella Lama</i>	12
Sul viaggio <i>a cura di Luisa Pevarello</i>	13
Notizie dall'Associazione <i>a cura di Wilma Graziadei</i>	18
Le infezioni virali nel paziente trapiantato <i>di Paolo Lanzafame</i>	14
La ricerca ANCA (anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili) nella diagnosi delle vasculiti sistemiche <i>a cura di Danila Bassetti</i>	16
Prevenire è possibile <i>a cura della redazione "Rene & Salute"</i>	17
Notizie dall'Associazione <i>a cura di Wilma Graziadei</i>	18
Vaselina per tutti <i>di Gianni Rigotti</i>	20
Lo zucchini d'oro <i>di Donata Borin e Patrizia Turcato</i>	21
Molto rumore per nulla <i>di Alice Valdesalici</i>	22
Tra genialità e maledizione <i>di Aldo Nardi</i>	24
Misteriosa Vercelli <i>di Diana Zarantonello</i>	26
"Le avventure di una ragazza cattiva" <i>di Lonely Bear</i>	28
Micologia che passione! <i>di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i>	30
Colori ed emozioni impressioniste <i>di Ezio Chini</i>	32
Comunicazioni alla redazione <i>di Alberto Valli, Gianni Toninato, don Giancarlo Pellegrini</i>	33

Cari Soci APAN, Amici e Lettori,

eccoci nuovamente nelle vostre case con questo numero di *Rene & Salute*. Se le Poste ci assistono, la rivista dovrebbe arrivarvi nella settimana di Pasqua. Per questo motivo desidero innanzi tutto farvi i migliori auguri per questa giornata di festa.

Poi un breve commento su questo numero di *R&S*. La prima parte, come al solito, è dedicata ad articoli di interesse medico-scientifico riguardanti per lo più le nefropatie e malattie correlate. I nostri colleghi medici hanno fatto un buon lavoro e la loro entusiastica collaborazione ha dato tali frutti, che la rivista è più voluminosa del solito. La seconda parte è dedicata ad argomenti meno seri, tanto per alleggerire il contenuto. Abbiamo scovato temi curiosi e stimolanti, che speriamo possano interessarvi. Grazie quindi a questi collaboratori, alcuni dei quali ci inviano i loro scritti con costanza e dedizione. Abbiamo infine inaugurato una sezione del genere: *Lettere alla redazione*. Chi vuole può collaborare con qualche scritto o commento. Non disdegniamo nemmeno eventuali critiche.

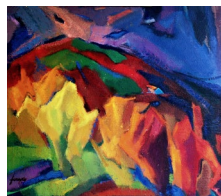
Colgo l'occasione per ricordare a tutti che quest'anno la gita sociale sarà sabato 21 maggio. Nella pagina centrale (*Notizie dall'Associazione*) trovate i particolari e, come al solito, vi arriverà una ulteriore comunicazione a casa. Vi invito a prenotarvi per tempo, perché ci saranno solo 50 posti. Si tratta di un'occasione unica per visitare questa Isola del Garda, in quanto non vengono accettate persone singole né gruppi inferiori ai 25 partecipanti.

Voglio infine approfittare di questo spazio per ringraziare pubblicamente tutto il Direttivo APAN, il revisore dei conti, gli amici della Segreteria e soprattutto i Volontari di reparto, per la loro dedizione alla Associazione.

Vi ricordo che se volete potete donare il 5 per mille alla nostra associazione; il C.F. è 96006150229

Grazie a tutti, stare con voi mi ha insegnato tanto e mi allietta.

*La Presidente
dott.ssa Serena Belli*



In copertina:

"Autunno sui Colli Berici (Colli Berici a Lonigo)" 67 x 77 cm - 1958 - di Fratello Venzo
Olio su compensato multistrato.

Proprietà della Compagnia di Gesù
(foto di Vittorio Fabris, Centro di Documentazione
Fratello Venzo, Trento, Villa S. Ignazio)

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

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

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

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

Danila Bassetti, Donata Borin, Ermanno Brunelli, Ezio Chini, Cristina Comotti, Anna Dalprà, Antonio Fondriest, Fabio Fratton, Alessandro Froner, Romina Gionta, Luisa Giovannini, Wilma Graziadei, Antonella Lama, Paolo Lanzafame, Aldo Nardi, Giancarlo Pellegrini, Luisa Pevarello, Gianni Rigotti, Andrea Scardigli, Gianni Toninato, Patrizia Turcato, Alice Valdesalici, Fabrizio Valente, Alberto Valli, Chiara Venturelli, Diana Zarantonello, Ilaria Zulian.

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

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

La quota annuale di iscrizione all'Apan come socio è di Euro 15,00, come socio benemerito è di Euro 40,00, da versare sul C/C postale n. 10428381.

L'iscrizione all'Apan dà diritto all'abbonamento a «RENE&SALUTE».

La pubblicazione, anche parziale, di articoli, foto e grafici è consentita solo se accompagnata da citazione della fonte. Rivista abbonata a «L'eco della Stampa».

Rene, conoscerlo per non ammalarsi

La giornata mondiale del rene

di Cristina Comotti

Il giorno 10 marzo si è celebrata anche a Trento, per il terzo anno consecutivo, la "Giornata Mondiale del Rene".

Come gli anni scorsi erano presenti in piazza Cesare Battisti, dalle ore 9 alle ore 14, i Medici e gli Infermieri del reparto di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale S. Chiara di Trento, i Volontari dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (APAN) e quelli della Croce Rossa, lieti di offrire informazioni sulle norme di prevenzione e cura delle malattie renali nonché il controllo della pressione arteriosa e dell'esame delle urine.

I reni sono organi che si possono danneggiare spesso senza procurare alcun sintomo. Non è raro infatti che un cittadino si rivolga al Nefrologo (Specialista delle malattie renali) quando la malattia è talmente avanzata (insufficienza renale cronica terminale) che ogni terapia medica è ormai inutile, solo la "sostituzione artificiale" (dialisi) o quella "naturale" (trapianto renale) gli permetterà di continuare a vivere.

Il rene infatti è un organo indispensabile alla vita in quanto è deputato a molteplici funzioni:

Depurazione: eliminazione dal sangue delle sostanze tossiche prodotte dagli alimenti, farmaci, ecc.

Mantenimento dell'equilibrio idroelettrolitico: rimozione o conservazione dell'acqua introdotta in eccesso o in difetto nel nostro corpo e controllo del bilancio di alcuni sali minerali (sodio, potassio, calcio, fosforo, ecc.) attraverso le urine.

Produzione di ormoni: per il controllo della pressione arteriosa, per la produzione di globuli rossi, per la salute delle ossa, ecc.

Prevenire le malattie renali (nefropat

tie) è semplice: è sufficiente una volta all'anno misurare la pressione arteriosa ed effettuare l'esame delle urine.

L'ipertensione arteriosa e la presenza di proteine nelle urine (proteinuria) predispongono allo sviluppo di nefropatie; tali alterazioni vanno costantemente ricercate, soprattutto se si soffre di obesità, diabete, ipercolesterolemia grave, se l'età è superiore a 60 anni, nei fumatori, in chi usa ed abusa di antinfiammatori ed analgesici, in chi ha familiarità per malattie renali od è portatore di malattie immunologiche (artrite reumatoide, Lupus Eritematoso Sistemico, vasculite, ecc.).

In Italia sono 15 milioni gli ipertesi, 5 milioni i diabetici e 10 milioni gli obesi: il 5-10% di queste persone è affetto da una malattia renale misconosciuta ed ancora potenzialmente curabile!

Negli scorsi decenni molto è stato fatto per assicurare ai pazienti nefropatici trattamenti di qualità (dialisi) e per aumentare il numero dei trapianti renali, ma questo non basta perché le terapie sostitutive rappresentano il parziale successo di un iniziale fallimento

(la perdita della funzione renale) ed è ancora una volta la prevenzione la migliore cura!

Proprio in virtù di questa consapevolezza è nata la Giornata mondiale del rene; è indispensabile diffondere il ruolo fondamentale che i reni svolgono perché le malattie renali sono diffuse e pericolose ma anche prevenibili e trattabili. Ecco perché è utile promuovere esami di screening per la diagnosi precoce di danno renale ed aumentare l'informazione su una patologia dai costi umani ed economici rilevanti, circa il 3% della spesa sanitaria italiana annuale.

Purtroppo ancora oggi il 25-50% dei pazienti è conosciuto dallo specialista solo all'inizio del trattamento dialitico. In Italia sono 47.000 i pazienti in dialisi con un costo di 45.000 Euro/anno/paziente, una cifra enorme se si pensa che un analogo budget serve a curare ben 2 milioni di pazienti diabetici.

Ma il vero rischio dell'insufficienza renale è quello delle complicanze cardiovascolari più che quello dell'evoluzione della malattia verso la dialisi ed aumen-





ta parallelamente al deteriorarsi della funzione renale, sin dagli stadi iniziali; infine, la morbilità e mortalità per infarto miocardico e/o ictus cerebrale è, nel paziente dializzato, 100 volte superiore rispetto alla popolazione generale. È vero anche il contrario. Poiché cuore e rene sono in stretta relazione tra loro, le patologie che colpiscono il primo possono, molto spesso, danneggiare anche il secondo. Pertanto, gli oltre 70.000 pazienti con problemi renali assistiti presso le Strutture Nefrologiche Italiane rischiano di moltiplicarsi se non si adotteranno efficaci misure di prevenzione.

È pericoloso sottovalutare un problema di così grandi dimensioni !!

È doveroso sensibilizzare non solo i malati e i Medici di Famiglia ma soprattutto le persone sane, sugli esiti negativi della malattia renale cronica e sulle sue modalità di prevenzione o rallentamento attraverso:

identificazione dei fattori di rischio
individuazione e trattamento della popolazione ad elevato rischio di malattia
riconoscimento degli stadi precoci
trattamento tempestivo.

Ricordiamo che la prevenzione e gli stadi iniziali della nefropatia possono essere evidenziati tramite indagini molto semplici e poco costose (esame delle urine, misurazione della pressione arteriosa, eventuale dosaggio della cre-

atinina nel sangue ed ecografia renale). Vogliamo infine citare alcuni dati a nostra disposizione.

Nel 2009, 2010, 2011 hanno aderito alla nostra Giornata Mondiale del Rene 945 cittadini: 547 donne e 398 uomini, età media 60,71 anni; il 7 % è risultato affetto da anomalie urinarie ed è stato ulteriormente indagato presso l'Ambulatorio Nefrologico di Trento.

Ricordiamo anche che, nella nostra Provincia al dicembre 2010, erano 506 i pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale che sopravvivevano grazie alle terapie sostitutive (dialisi e trapianto).

Di questi, dato sorprendente ed unico in Italia, i portatori di trapianto renale erano in numero maggiore dei pazienti dializzati: 256 trapiantati contro 250 dializzati (50.6% contro 49.4%).

Questo brillante risultato si deve, oltre al notevole impegno del personale Medico e Paramedico della Rianimazione dell'Ospedale S. Chiara di Trento, alla sensibilità della popolazione Trentina, davvero generosa nelle donazioni, che ringraziamo.

Ringraziamo l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, la Direzione del Presidio Ospedaliero S. Chiara di Trento, la Provincia Autonoma di Trento, l'Assessorato alla Salute nonché tutti i partecipanti che hanno contribuito alla realizzazione di questa giornata di sensibilizzazione sulle malattie renali.

Direttive anticipate di trattamento tra etica e dignità

Il testamento biologico

di Cristina Andreotti*

La proposta di legge sul testamento biologico è arrivata, dopo l'approvazione al Senato, alla valutazione della Camera dei deputati.

Molto sinteticamente, l'esigenza di riflessione sulle direttive anticipate di trattamento deriva dal fatto che se nell'articolo 32 della Costituzione è scritto: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge", in condizioni estremamente gravi, il paziente può non essere in grado di esercitare la sua scelta.

Già nel 1997 la Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina aveva affermato, all'articolo 9: "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di una persona, che al momento dell'intervento non sia in grado di esprimere la propria volontà, dovranno essere tenuti in considerazione".

Il Parlamento italiano, con la legge del 28 marzo 2001 n.145, ha ratificato la Convenzione di Oviedo, ma successivamente non sono stati adottati i decreti legislativi necessari per adeguare l'ordinamento giuridico italiano alle norme della Convenzione.

Anche il Codice di Deontologia Medica del 1998 affermava che: "il medico deve attenersi nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, in caso di grave pericolo di vita, il medico

non può non tenere conto di quanto la persona ha precedentemente manifestato.”

Nel 2003 il Comitato Nazionale di Bioetica ha affermato che ogni persona ha il diritto di esprimere i propri desideri riguardo ai trattamenti terapeutici in modo anticipato.

Inoltre il nuovo articolo 404 del Codice Civile ha introdotto la figura dell'amministratore di sostegno intendendo con ciò quella figura che, nominata dal giudice tutelare, può assistere una persona che a causa di una menomazione fisica o psichica, anche temporanea, si trova nella impossibilità di provvedere ai propri interessi.

Ora alla Camera dei Deputati l'onorevole Calabrò presenta un testo in cui si ritiene che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti che integrano forme di accanimento terapeutico, perché sproporzionati o futili, ma non rientrano interventi come l'alimentazione o l'idratazione, la cui omissione realizzerebbe una forma di eutanasia passiva.

Da nefrologo tutti i giorni lavoro prescrivendo idratazione e nutrizione, quindi non posso certo pensare che NON siano terapie.

Da molte parti si è manifestata una netta presa di distanza dalla proposta Calabrò. L'AMCI, Associazione Medici Cattolici Italiana, sezione di Milano, in data 3 marzo 2011 ha fatto un comunicato stampa nel quale ripropone un documento pubblicato dalla stessa AMCI su "Aggiornamenti sociali" nel 2009. In questo documento viene ribadita l'irrinunciabilità alla alleanza terapeutica tra paziente e personale sanitario. Dice il documento: oggi ci sono 2 posizioni: il paternalismo medico e i sostenitori della autonomia assoluta del paziente, a prescindere dal medico. Entrambe le visioni dimenticano la relazione medico-paziente, che rimane fondamentale nel processo del prendersi cura, che ha alla base il rapporto di fiducia.

Recente è anche l'appello promosso dalla Fp-Cgil Medici per la Libertà di Scelta sul testamento biologico e contro l'accanimento terapeutico dal titolo "Io non costringo, curo". I medici non vogliono una legge che costringa



a mantenere in vita con tecnologie straordinarie chi ha deciso di rifiutarle in modo consapevole e non ha più speranza di recupero. Non vogliono, per scelte legislative, calpestare la stessa Costituzione che garantisce il rispetto della volontà dell'individuo sulle terapie da effettuare. Non vogliono che l'idratazione e la nutrizione artificiale siano considerate NON terapie. Vogliono invece lavorare in alleanza terapeutica con la persona. Negli Stati Uniti la legge sul testamento biologico è datata 1991, in Danimarca esiste un banca dati dei testamenti. In Italia il Comune di Torino ha affidato all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) il compito di raccogliere ed archiviare eventuali direttive, presentate da singoli cittadini. Si prende appuntamento con l'ufficio URP e ci si presenta accompagnati da una persona di fiducia. È necessario apporre una firma su una dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio. Sono ovviamente possibili successive modifiche o il ritiro. Non essendoci una legge nel merito, questo atto non ha validità legale, ma di indirizzo. In internet anche la Fondazione Veronesi permette

la compilazione di una dichiarazione di questo tipo.

Per Carlo Casonato, professore associato di Diritto Costituzionale Comparato presso la Facoltà di Giurisprudenza di Trento, la scelta su un determinato trattamento sanitario è di ordine morale e quindi strettamente personale.

La riflessione conclusiva può essere che l'affermazione che idratazione e alimentazione sono doveroso sostentamento di base, e non terapie, non corrisponde alla realtà clinica e che l'imporre per legge il mantenimento di queste terapie determina il mancato rispetto delle scelte del paziente e della professionalità del medico, che non viene giudicato idoneo a scegliere, secondo scienza e coscienza, il momento in cui una terapia diventa accanimento terapeutico.

* Dr.ssa Cristina Andreotti, Responsabile Ambulatorio Trapianto renale Nefrologia e Dialisi Ospedale S. Chiara di Trento e Componente della Commissione di bioetica

Dialogo col paziente
sulla tecnica dialitica

Una scelta consapevole

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

Ci sono malattie renali che guariscono se vengono diagnosticate e curate precocemente, altre invece compromettono progressivamente il funzionamento dei reni in modo irreversibile. A volte si può rallentare l'evoluzione della malattia con la *terapia conservativa*, tuttavia spesso si arriva all'IRC (insufficienza renale cronica) avanzata, che corrisponde al quinto stadio, in cui si rende indispensabile una nuova terapia: la dialisi.

Nel momento in cui alla persona affetta da IRC avanzata il medico nefrologo comunica la necessità di iniziare la dialisi, viene intrapreso con il paziente un percorso di informazione, costituito da colloqui, sulle terapie sostitutive: dialisi peritoneale ed emodialisi.

Lo scopo di questi colloqui è quello di far conoscere la dialisi peritoneale come trattamento sostitutivo; tale obiettivo rientra in un progetto più ampio che è quello di portare il paziente a conoscenza delle possibilità dialitiche offerte dall'ospedale, affinché sia lui stesso l'artefice della sua scelta, consapevole verso il tipo di dialisi più confacente al suo stile di vita. Solitamente, in tale percorso viene accompagnato da un familiare, in grado di condividere la scelta. Durante la prima visita al centro di dialisi peritoneale l'aspetto relazionale riveste una grande importanza; infatti, in questo primo momento, il paziente può essere preoccupato per il nuovo stato di salute, può avere la percezione della perdita del proprio ruolo familiare e sociale e, spesso, ha seri dubbi riguardo la sua capacità di gestire la dialisi peritoneale a domicilio.

Proprio per questo, fin dalla prima visita, si deve cercare di instaurare un processo relazionale che possa influenzare in maniera positiva la compliance al trattamento. Importante è la scelta dello spazio fisico, solitamente un ambulatorio, dove con tranquillità, ci si pone di fronte al paziente, tenendo presente le sue condizioni culturali, sociali, cliniche, psicologiche e dei suoi familiari. Anche la durata del colloquio può variare in base alle necessità dell'assistito.

Complessivamente le notizie che vengono fornite durante il colloquio sono:

- la differenza tra l'emodialisi e la dialisi peritoneale
- gli obiettivi della dialisi (depurazione e ultrafiltrazione)
- l'accesso vascolare o il catetere peritoneale
- l'esecuzione dialisi a proprio domicilio
- il trattamento dialitico e trapianto di rene

In seguito i concetti affrontati entrano più nello specifico della metodica dialitica e trattano di:

- l'anatomia e la fisiologia del peritoneo
- l'inserimento del catetere peritoneale (che viene fatto presso l'Unità Operativa di Nefrologia)
- la gestione del catetere peritoneale nel periodo di break-in (cioè il periodo di 20-30 giorni che intercorre tra l'inserimento del catetere e l'inizio della dialisi peritoneale)
- la gestione della medicazione del catetere peritoneale
- le proprietà della dialisi peritoneale manuale
- l'informazione relativa al ricovero, all'addestramento alla metodica
- le caratteristiche del domicilio
- l'eventuale modifica all'impianto elettrico del domicilio (rimborsati poi dall'APSS)
- frequenza e modalità delle visite nefrologiche presso il centro
- la prevenzione e la gestione delle complicanze
- il ruolo del personale infermieristico e gli orari di accesso

Come si può notare sono molte le indicazioni fornite all'interno del primo colloquio, per questo, molte volte, è emersa la necessità di un secondo colloquio, più dettagliato, durante il quale il paziente può esprimere dubbi ed ansie, trovando sostegno e risposte adeguate. Il ruolo dell'infermiere perciò è quello di ascolto, guida, sostegno verso la persona e la decisione che deve intraprendere. Nel corso del 2010 sono stati intrapresi 23 colloqui informativi, in seguito 11 persone hanno scelto la dialisi peritoneale come metodica sostitutiva e sono tutt'ora seguiti e accompagnati in questo loro percorso.



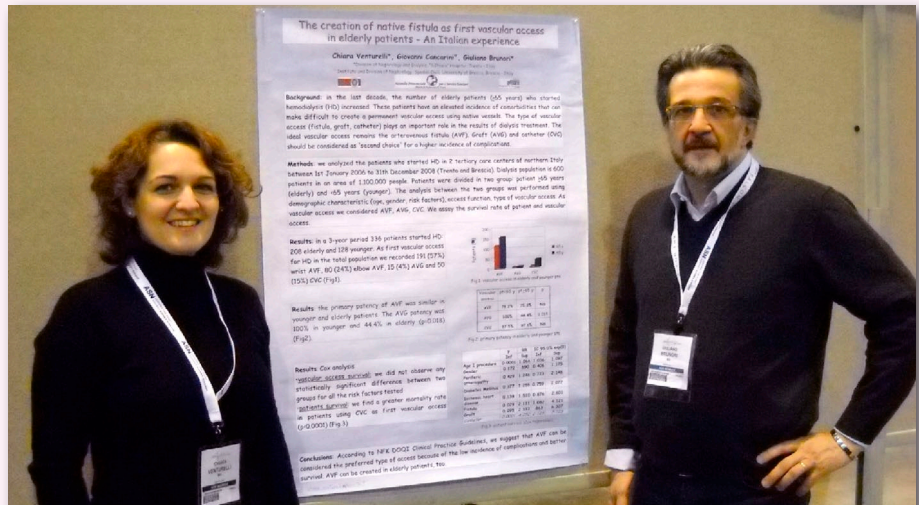
Il primo accesso vascolare per dialisi nel paziente anziano nell'esperienza trentina

La fistola con vasi nativi

di Chiara Venturelli*

Il numero di pazienti anziani, quelli con almeno 65 anni di età, che inizia il trattamento emodialitico è in costante aumento. Nell'ultimo decennio si è infatti registrato un aumento dell'età media dei pazienti ed un incremento delle patologie presenti all'inizio del trattamento dialitico. Gli anziani presentano infatti un'elevata incidenza di più morbilità associate, che possono rendere complessa la gestione clinica della dialisi stessa. Diabete, ipertensione arteriosa e la patologia vascolare renale rappresentano le cause più frequenti di insufficienza renale cronica terminale, che richiede l'inizio della terapia renale sostitutiva.

Al fine di eseguire una seduta emodialitica adeguata è necessario l'utilizzo di un accesso vascolare che fornisca un flusso ematico di almeno 200 ml al minuto. Gli accessi vascolari a nostra disposizione per emodialisi sono accessi confezionati con vasi nativi (fistola artero-venosa), con protesi vascolari (eterologhe o autologhe) o con cateteri venosi centrali. È noto che l'accesso vascolare ideale, associato ad una minor mortalità del paziente, è rappresentato dalla fistola artero-venosa confezionata con i vasi nativi. Il motivo principale è il ridotto numero di complicanze (trombosi, infezioni), rispetto a quelle che si registrano con l'utilizzo di protesi (AVG) o catetere venoso centrale (CVC). Infatti protesi vascolari e cateteri venosi centrali dovrebbero essere considerati come "seconda scelta" poiché presentano un'elevata incidenza di complicanze trombotiche ed infettive, che riducono la sopravvivenza dei pazienti. Gli anziani, purtroppo, presentando un'elevata incidenza di patologie, possono rendere difficoltosa la creazione di un accesso vascolare con i vasi nativi. In Provincia di Trento, al fine di valutare lo stato dell'arte riguardo gli accessi va-



Presentazione del lavoro scientifico al Congresso della American Society of Nephrology 2010 da parte del Direttore dr. Giuliano Brunori e della dr.ssa Chiara Venturelli

scolari per emodialisi, è stato condotto uno studio scientifico mirato. Tale studio, condotto in collaborazione con la Cattedra di Nefrologia degli Spedali Civili di Brescia, ha analizzato i pazienti che hanno iniziato il trattamento dialitico nel periodo che va da gennaio 2006 al dicembre del 2008. Sono stati analizzati insieme i pazienti trentini e bresciani, che sono afferiti alla medesima équipe nefrologica interventista. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base all'età: maggiore o minore di 65 anni. L'analisi fra i due gruppi ha valutato una serie di variabili: le caratteristiche demografiche (età, sesso, fattori di rischio), la durata dell'accesso vascolare, la sede e la tipologia di accesso ed infine la sopravvivenza dei pazienti stessi. Prima dell'allestimento dell'accesso dialitico tutti i pazienti hanno eseguito una accurata indagine dei vasi degli arti superiori mediante ecodoppler, al fine di individuare la sede ideale per l'intervento. I pazienti arruolati in questo studio sono stati 336, di cui 208 anziani e 128 giovani. Nel gruppo dei pazienti anziani il 75% aveva una fistola con vasi nativi, il 5% una protesi vascolare mentre il 20% un catetere venoso cen-

trale. Nel gruppo dei pazienti giovani l'89% aveva una fistola, il 5% una protesi ed il 6% un catetere venoso centrale.

Dopo un anno di studio, la sopravvivenza della fistola è risultata sovrapponibile fra i due gruppi. Analizzando invece le curve di sopravvivenza dei pazienti, l'utilizzo del catetere venoso centrale come primo accesso nel paziente anziano è risultato essere associato ad una mortalità maggiore. Tale studio ha quindi confermato i dati presenti in letteratura, che indicano come la fistola sia da considerare l'accesso vascolare di "prima scelta", anche nel paziente anziano.

Nel novembre del 2010 i risultati di questa ricerca sono stati presentati al congresso annuale della Società Americana di Nefrologia (ASN), presso il Colorado Convention Center di Denver (Colorado - Stati Uniti), dove hanno suscitato ampio consenso e una vivace discussione anche in ambito nefrologico internazionale.

*Dr.ssa Chiara Venturelli, S.C. Nefrologia e Dialisi Ospedale S. Chiara di Trento

Intervento del nefrologo in malattie non renali

L'afèresi terapeutica

di Fabrizio Valente*

L'afèresi terapeutica è una tecnica di depurazione extracorporea del sangue utilizzata per la rimozione di sostanze ad elevato peso molecolare, implicate nella genesi e mantenimento di alcune malattie. Esempi di tali molecole sono: anticorpi, immunocomplessi, crioglobuline, endotossine e lipoproteine ossia sostanze con peso molecolare superiore ad almeno 15.000 Dalton e pertanto non rimovibili mediante emofiltrazione o dialisi ad alto flusso.

Perché l'afèresi terapeutica sia efficace deve esistere un eccesso di un normale costituente del plasma o una sostanza nociva da rimuovere.

È un settore della medicina in rapida evoluzione e trasversale in quanto può potenzialmente essere utilizzato in numerose patologie, dal comune meccanismo fisiopatologico, ma che interessano campi apparentemente diversi come la Neurologia, Nefrologia, Ematologia, Reumatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Gastroenterologia e Dermatologia.

L'afèresi terapeutica presenta spiccate analogie con l'emodialisi, in quanto necessita di un accesso vascolare, di un circuito extracorporeo, di uno o più filtri e un'adeguata anticoagulazione che viene generalmente eseguita mediante eparina sodica.

Esiste ormai una netta diversificazione tra le varie metodiche aferetiche, suddivise in 3 gruppi principali

- Afèresi non selettiva
- Afèresi semi-selettiva
- Afèresi selettiva

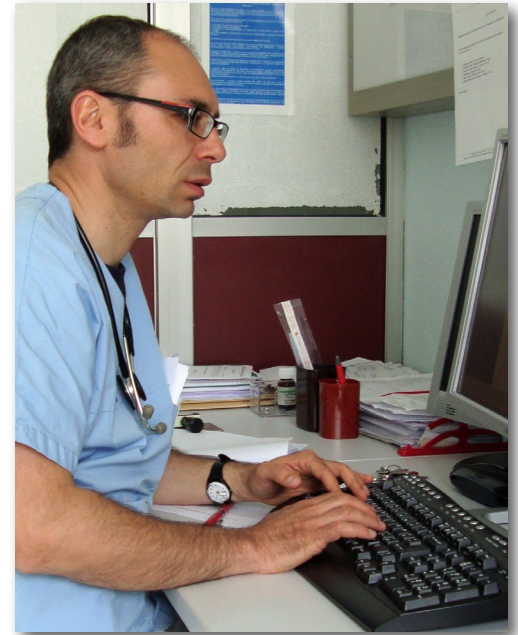
Tanto maggiore è la selettività, tanto migliore è il risultato terapeutico in

virtù della eliminazione esclusiva della sostanza tossica alla base del processo fisiopatologico.

L'afèresi non selettiva o Plasma-Exchange prevede la completa rimozione del volume plasmatico desiderato, sostituito con un liquido di reinfusione costituito da soluzione fisiologica più albumina o nei casi ove richiesto da plasma fresco congelato. In questo caso la mancanza di selettività permette di rimuovere sostanze nocive ma anche molecole utili come i fattori della coagulazione ed immunoglobuline esponendo il paziente ad un aumentato rischio emorragico ed infettivo.

L'Afèresi semiselettiva prevede l'utilizzo di due filtri in serie in cui il primo permette di separare il plasma dal sangue intero, in modo che il plasma possa essere convogliato verso un secondo filtro in cui avviene la rimozione di macromolecole in base al loro peso molecolare. È un vero e proprio trattamento del plasma che viene, una volta trattato, restituito al paziente senza la necessità di reinfondere liquidi di sostituzione come nel caso del plasma exchange. I vantaggi sono un'aumentata selettività, un ridotto rischio emorragico e l'eliminazione di emoderivati, potenziale causa di fenomeni allergici ed infettivi. L'Afèresi selettiva rappresenta l'evoluzione tecnologica in cui solo la molecola nociva viene rimossa mediante un processo di trattamento del plasma anche in questo caso senza la necessità di infondere emoderivati.

Il principio si basa sull'affinità specifica di una sostanza con la macromolecola che vogliamo rimuovere, ossia quella



sostanza si lega solo esclusivamente a ciò che noi vogliamo rimuovere. Un esempio è rappresentato da una metodica di trattamento del sangue in cui si utilizza un filtro sulla cui superficie interna viene addizionata una sostanza, la polimixina B in grado di legare e quindi sottrarre dal circolo l'endotossina di batteri Gram negativi, molecola che riveste un ruolo cruciale nella patogenesi dello shock settico. Pertanto, oltre agli antibiotici, nei casi più gravi, possiamo associare anche tale metodica aumentando le probabilità di sopravvivenza nei pazienti con shock settico da batteri Gram negativi.

Altri esempi sono metodiche dedicate alla rimozione selettiva di lipoproteine plasmatiche LDL (LDL afèresi), fibrinogeno (fibrinogeno afèresi) ed immunoassorbimento per specifiche classi di immunoglobuline.

La gestione dell'afèresi terapeutica è storicamente a carico della Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Trento.

Da un punto di vista tecnico è gestita dal personale infermieristico dell'emodialisi avendo quest'ultimi estrema familiarità con tali apparecchi.

Nel corso del quinquennio 2006 - 2010 sono stati trattati presso la S.C. di Nefrologia e dialisi 57 pazienti per

un numero totale di sedute pari a 431.

Nella tabella 1 vengono elencate le patologie e la relativa frequenza in cui l'afèresi terapeutica è stata necessaria.

Come si evince dalla tabella, tra le patologie elencate quelle di competenza neurologica, risultano per numero di sedute quelle che maggiormente hanno beneficiato del supporto terapeutico dell'afèresi; in particolare la Miastenia Gravis è in assoluto la principale indicazione all'afèresi, in virtù della rimozione di anticorpi anti recettori per determinati neurotrasmettitori; a seguire le vasculiti in cui nelle forme severe l'afèresi associata al trattamento immunosoppressivo garantisce percentuali di remissione maggiori.

Discorso a parte merita la Porpora Trombotica Trombocitopenica, una grave patologia caratterizzata da anemia emolitica, piastrinopenia, alterazioni neurologiche e talora insufficienza renale acuta, considerata una vera e propria emergenza necessitante afèresi terapeutica non oltre le 24 ore.

Tale approccio ha permesso di ridurre la mortalità di tale patologia da un 90 % se non trattata, ad una quota inferiore al 10 % se prontamente aggredita con Plasma-Exchange.

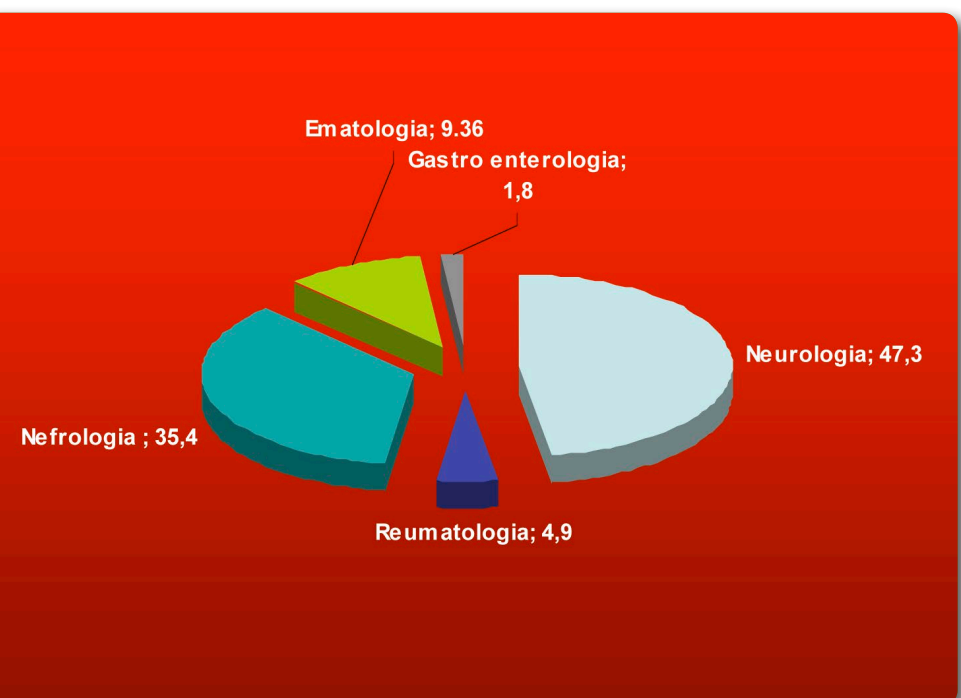
In considerazione della giovane età in cui tale malattia sovente si manifesta, che ha generalmente un forte impatto emotivo sia sui familiari che sul personale sanitario, la possibilità di iniziare il trattamento aferetico in tempi brevi ed in un centro con esperienza garantisce ottimi risultati in termini di sopravvivenza ma anche positivi risvolti psicologici sul malato e sui familiari.

L'applicazione multidisciplinare di tale metodica viene evidenziata nel grafico sottostante in cui sono state espresse in percentuale il numero di sedute raggruppate secondo il reparto di provenienza.

Sebbene di scarsa visibilità per molti sanitari, la mole di attività di afèresi

Tab. 1 Patologie trattate nel quinquennio 2006-2010

	N° sedute	Valore %
Miastenia Gravis	149	34,6
Guillain – Barrè/ Poliradicolonevrite	34	7,9
Encefalopatia infiammatoria	21	4,8
Poli – dermatomiosite	12	2,8
Artrite reumatoide refrattaria	3	0,7
Vasculiti (Anca+/Anca-)	97	22,5
Sindrome catastrofica Ig anti fosfolipidi	6	1,4
Porpora Trombotica Trombocitopenica	39	9
SEU	42	9,7
Recidiva GSF in trapianto rene	6	1,4
Rigetto umorale trapianto rene	8	1,8
Epatopatia cronica riacutizz.	8	1,8
Mieloma (S. da iperviscosità)	6	1,4



terapeutica eseguita negli anni precedenti a Trento è stata cospicua ed ha permesso di risolvere brillantemente casi drammatici.

Ciò ha permesso nel corso degli anni il consolidamento di un patrimonio culturale e tecnico di grande importanza per sostenere e migliorare il servizio di afèresi terapeutica i cui benefici si inseriscono in una ottimale strategia terapeutica a connotazione multidisciplinare.

Grafico: valori percentuali riferiti al n° sedute di afèresi per disciplina

*Dr. Fabrizio Valente, S.C.
Nefrologia e Dialisi Ospedale
S. Chiara di Trento

Quando si rivela insufficiente la produzione di testosterone

Le conseguenze dell'ipogonadismo

di Andrea Scardigli*

“Andropausa”! Una parola che ha sempre fatto paura o è stata oggetto di barzellette o (peggio) di rimbrotto di mogli o compagne poco soddisfatte dalle prestazioni di maschi un po'...disinteressati all'argomento sessuale.

In realtà l'andropausa non va confusa con la menopausa, evento fisiologico femminile che ha come carattere distintivo la scomparsa del flusso mestruale, e quindi l'arresto della fertilità, sempre accompagnato da fenomeni come la diminuzione o scomparsa dell'interesse sessuale, le famose “vampate” di calore, sbalzi di umore e cambiamenti anche fisici come una certa tendenza ad ingrassare ed una minore elasticità di pelle e mucose. Inoltre questo evento è facilmente identificabile tramite il dosaggio dell'ormone estrogeno (l'ormone della femminilità), che appare molto diminuito, e la cui somministrazione esterna, se indicata, può rimediare a

molti disturbi tipici di questo periodo. Al contrario, l'andropausa non ha nessun segno di certezza, non è costante in tutti gli individui (colpisce circa un maschio su due), e spesso ha manifestazioni differenti da caso a caso, infine non esistono dei veri e propri *markers* biochimici per misurare tale fenomeno.

È comunque molto frequente che maschi *ageing*, cioè di età superiore a 45-50 anni, possano mostrare dei segni di “declino” sessuale, in genere caratterizzati da una certa svogliatezza nei confronti del sesso (dai che stasera c'è la partita...), una sensazione di minore prestanza fisica, sonnolenza postprandiale, tendenza ad ingrassare, sintomi che spesso vengono scambiati per un normale impigritimento legato all'età e al troppo benessere, soprattutto a tavola.

In questi individui, che raramente si rivolgono al medico, segnatamente all'Andrologo se non su invito, a

volte vero “out out” delle *partners*, è comunque possibile documentare un variabile calo nella produzione del testosterone, soprattutto nella sua frazione “libera” che è quella che viene utilizzata dalle cellule per le varie funzioni tipiche di questo ormone, che vanno dal desiderio sessuale, alle altre svariate funzioni fisiologiche, come la produzione dei globuli rossi, fino a funzioni sulla prostata e ad altri organi ed apparati come pelle, peli, capelli. Non è inoltre infrequente che questi individui, magari ben consigliati dall'amico “furbo” o dal farmacista consenziente, provino vari farmaci (vedi Viagra e compagni), senza tuttavia dei reali benefici, fatto che in genere peggiora il senso di frustrazione e di ineluttabilità della situazione.

L'Andrologia ha dato un nome ben preciso alla patologia PADAM o LOH, che in inglese significa “ipogonadismo relativo ad insorgenza tardiva”, correlandola ad una insufficiente produzione e utilizzazione periferica del testosterone, tanto più frequente se in associazione ad altre situazioni cliniche, come l'ipertensione, il diabete, le nefropatie e la “sindrome metabolica”.

Fortunatamente, correttamente fatta la diagnosi, ci sono molti e validissimi farmaci, anche di semplice somministrazione, come gel o cerotti, che possono essere usati per una terapia sostitutiva, in grado di reintegrare le quote di ormone attivo, con il miglioramento o talvolta la scomparsa dei disturbi. Naturalmente questi medicamenti vanno utilizzati sotto la visione di medici esperti e col controllo periodico di alcuni fondamentali parametri, come la pressione sanguigna, il colesterolo, la glicemia, l'ematocrito e soprattutto il PSA (antigene prostatico specifico), che possono essere influenzati dalla somministrazione.

Quindi, se vi doveste sentire interessati all'argomento, spegnete la TV, andate dal medico, in laboratorio, dall'Andrologo e poi...buon divertimento!



*Dr. Andrea Scardigli, Andrologo
S. C. di Urologia Ospedale
S. Chiara Trento

Personale sanitario sempre più specializzato

L'infermiere case manager

di Alessandro Froner e Romina Gionta*

“L'infermiere case manager” è il master post laurea che noi, due infermieri del Reparto di Nefrologia-Dialisi dell'Ospedale S. Chiara di Trento, abbiamo concluso lo scorso gennaio presso l'Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia.

È stata un'esperienza che ha richiesto un importante investimento di energie e risorse, ma ci ha stimolati in un processo di crescita coinvolgendoci professionalmente e personalmente, dandoci competenze avanzate, consolidando aspetti cardine della nostra professione in continua evoluzione e fornendoci la possibilità di conoscere anche altre realtà.

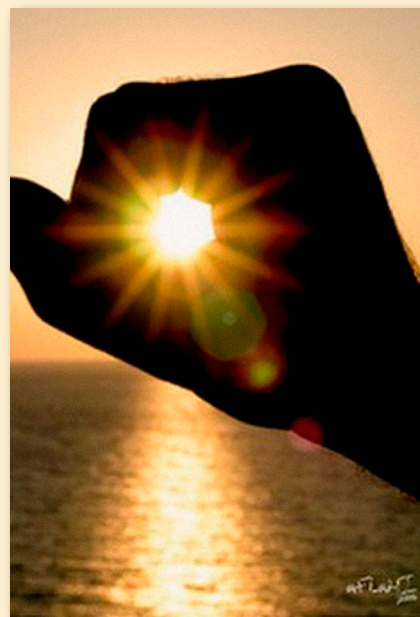
L'infermiere case manager richiama concettualmente il case management, un modello organizzativo basato sulla logica di coordinamento delle risorse (comprendendo professionisti afferenti da aree diverse), da utilizzare per la specifica patologia di una persona, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria. Le parole chiave che guidano lo sviluppo di un programma di case management sono: integrazione assistenziale, intesa come coerenza tra ciò che è stato progettato e ciò che viene realizzato; coordinamento dell'assistenza, cioè le modalità con cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti, ed infine continuità assistenziale.

Questo modello organizzativo viene adottato in quanto permette di ottimizzare l'integrazione, il coordinamento e la continuità dell'assistenza alla persona, principio cardine tra l'altro della recente Legge emanata

dalla Provincia di Trento nel 2010: Legge Provinciale sulla tutela della salute. Stessi elementi ripresi anche nei Programmi di Attività e Budget dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per l'anno 2011.

Il razionale riconosciuto che sostiene il professionista infermiere, uno dei numerosi professionisti che intervengono nel processo assistenziale della persona, come coordinatore nel modello del case management, è la visione olistica della persona, attraverso un sistema di coordinamento e integrazione.

La conclusione del percorso di master ha richiesto l'elaborazione di un project work (tesi di master), dove l'oggetto è stato l'implementazione dell'infermiere case manager all'interno del nostro ambito lavorativo. L'approccio, in linea con i contenuti del master e con le più recenti direttive clinico-assistenziali, è stato quello



di considerare i pazienti come persone che stanno vivendo una condizione di salute/malattia su un percorso spazio-temporale definito e strutturato, in opposizione all'approccio che vedeva il paziente come oggetto di una sequenza di singole cure, previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

Il primo progetto, elaborato da Romina, è rivolto alle persone affette da patologia renale cronica in trattamento dialitico, che potrebbero essere candidate a trapianto di rene. Questa proposta prevede la presa in carico e la gestione della persona dalla fase di accertamento per l'idoneità al trapianto, all'entrata e successivo mantenimento in lista trapianto, per poi proseguire nel post trapianto.

La seconda proposta progettuale, elaborata da Alessandro, è diretta alla persona con insufficienza renale cronica, che accede al Reparto di Nefrologia-Dialisi e prevede la presa in carico e gestione della stessa, in un percorso pianificato e condiviso, nel quale l'assistito e la famiglia sono parte attiva del processo di cura.

Le diverse esperienze, condotte sia in ambito territoriale che ospedaliero, hanno decretato il successo della figura dell'infermiere case manager a livello mondiale e, recentemente, in alcuni contesti nazionali. Il nostro auspicio è che questo sia di stimolo e sostegno, affinché la figura dell'infermiere case manager venga implementata anche nella realtà trentina, una risorsa che può dare frutti se utilizzata come strategia, una fra le possibili, nel pieno delle sue competenze finalizzate alla promozione dell'autocura, al miglioramento della qualità assistenziale erogata, nella continuità delle cure, cardine tra i servizi socio-sanitari e la razionalizzazione delle risorse.

*Alessandro Froner e Romina Gionta, S.C. di Nefrologia e Dialisi Ospedale S. Chiara, Trento

Trattamento dei trapiantati e relativi donatori di rene

Il follow up psicologico

di Antonella Lama*

Vengono spesso definite *nuove frontiere della medicina* e sono quelle modalità di cura delle malattie, che consentono di valicare dei limiti considerati fino a pochi decenni fa del tutto insuperabili. È il caso dei trapianti d'organo, una pratica chirurgica resa possibile dalla scoperta di trattamenti farmacologici capaci di distrarre l'attenzione del sistema immunitario ed impedirgli di cogliere la presenza dell'"intruso": l'organo trapiantato. Tra le ulteriori evoluzioni della chirurgia dei trapianti vi è la possibilità di prelevare un rene o una

porzione di fegato da un soggetto vivente compatibile e di trapiantarli nel corpo di un proprio familiare.

Questa possibilità offerta dalla moderna medicina permette di esprimere in forme nuove la solidarietà nei riguardi del congiunto malato: non si tratta più di mettergli a disposizione il proprio tempo per gesti di cura e di protezione, ora si gli si può offrire perfino una parte del proprio corpo.

Un gesto di generosità, quello della donazione, che ha il carattere della stabilità e della permanenza, un dono che, una volta fatto, non può essere

rinegoziato o rinnegato.

Un gesto di grande valore sotto il profilo umano e etico, ma ancora non facilmente integrabile sotto il profilo psicologico, perché tende a rimettere in discussione la piena separatezza tra Sé e l'altro.

Ed infatti nell'ambito dello sviluppo evolutivo il passaggio alla vita adulta non è una semplice questione di età cronologica; esso coincide altresì con l'assumersi la cura della propria salute, coincide con l'autonomia psicologica e una significativa autosufficienza economica. E dunque se la piena maturità coincide con tutto questo, cosa significa e cosa comporta che un proprio organo "migri" nel corpo di una persona cara? Cosa significa doversene distaccare e non doversene più occupare?

E, per colui che riceve l'organo donato, quali legami vengono a stabilirsi con la figura del donatore, quali rapporti emotivi viene spontaneo intrecciare? Quale lavoro psicologico per non ritornare a modalità relazionali più tipiche dell'età evolutiva, quando era naturale e fisiologico viverli in continuità emotiva con il genitore?

Nell'Ambulatorio di Psicologia ospedaliera, in stretta collaborazione con l'Ambulatorio per il Trapianto renale, ci siamo posti da anni il compito di indagare l'evoluzione psicologica del dopo trapianto sia per il donatore che per il ricevente, per poterli aiutare meglio a cogliere una grande possibilità offerta dalla moderna medicina godendone pienamente anche dal punto di vista psicologico.

Sono passati più di dieci anni da quando l'Ambulatorio di Psicologia Ospedaliera collaborò con l'Ambulatorio per il Trapianto Renale dell'Ospedale S. Chiara per il primo *follow-up* dei soggetti che avevano donato e ricevuto un rene da vivente.

In quell'occasione effettuammo un colloquio psicologico approfondito con tutti i riceventi e i loro donatori per comprendere come avevano vissuto e elaborato la malattia, come erano giunti all'idea della donazione e del trapianto di rene da vivente, se si era modificata la loro relazione e se vi erano stati cambiamenti nell'approccio alla vita quotidiana e negli impegni di natura sociale e professionale.

Nel ricordare quell'esperienza, anche oggi proviamo gratitudine per tutte quelle persone (donatori e riceventi) che aderirono al follow up. Le riflessioni scaturite dai loro resoconti sono



"Figura di ragazza" di: Antonio Calvano (2010)

divenute un importante punto di riferimento che ci ha orientato nello strutturare con maggior precisione i colloqui di valutazione di idoneità psicologica al trapianto e alla donazione da vivente e ci hanno fatto comprendere su quali aspetti dovevamo rivolgere la nostra attenzione.

Alla luce delle considerazioni che faremo dopo il follow up, ci siamo rafforzati nella convinzione che la donazione da vivente è un dono dato nella più completa gratuità e abbiamo compreso quanto sia necessario che la relazione tra il donatore e il ricevente sia significativa e non eccessivamente conflittuale. Abbiamo altresì osservato che l'atto del donare e del ricevere rinsalda il legame affettivo e il senso di gratitudine del ricevente, ma ci è divenuto altrettanto chiaro che con il tempo il legame si riadatta spontaneamente alle esigenze dei singoli, cosicché ciascuno riprende la giusta distanza dall'altro.

E nello strutturare il percorso di valutazione all'idoneità psicologica al trapianto e alla donazione da vivente abbiamo tenuto conto della necessità di predisporre per i candidati una presa in carico che preveda la disponibilità di un luogo e di un tempo, nei quali essi possano ascoltare e scandagliare tutte le proprie motivazioni, ponderare i diversi aspetti, evitare scelte affrettate e impulsive.

Con lo stesso spirito che caratterizzò l'approccio al primo follow up, abbiamo deciso, come Ambulatorio di Psicologia Ospedaliera dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, insieme all'Ambulatorio per il Trapianto Renale, di invitare anche quest'anno i donatori e i loro riceventi a un colloquio con la psicologa per conoscere quali problematiche psicologiche hanno incontrato nel loro percorso di donatori e di trapiantati e quale è stata la qualità della loro relazione.

Siamo certi che ancora una volta le esperienze vissute dai donatori e dai riceventi ci forniranno utili indicazioni sulla modalità di strutturare la presa in carico psicologica dei pazienti che si rivolgono a noi, in quanto candidati alla donazione e al trapianto di rene da vivente.

*Dr.ssa Antonella Lama, Psicologa presso l'U.O. 1 di Psicologia di Trento dell'APSS ed è responsabile di psicologia ospedaliera

aforismi

Sul viaggio



a cura di Luisa Pevarello

1. I viaggi danno una grande apertura mentale: si esce dal cerchio dei pregiudizi del proprio paese e non si è disposti a farsi carico di quelli stranieri. (C. de MONTESQUIEU)
 2. Nessuno ha tanto bisogno di una vacanza quanto chi ne ha appena avuto una. (E. HUBBARD)
 3. Viaggiare non è altro che una seccatura: di problemi ce ne sono sempre a sufficienza dove sei. (C. BUKOWSKI)
 4. A chi mi domanda ragione dei miei viaggi, solitamente rispondo che so bene quel che fuggo, ma non quel che cerco. (M. MONTAIGNE)
 5. Le persone non fanno i viaggi, sono i viaggi che fanno le persone. (J. STEINBACK)
 6. Non tutti quelli che vagano sono persi. (J. TOLKIEN)
 7. Il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre, ma nell'aver nuovi occhi. (M. PROUST)
 8. È la verità che libera, non lo sforzo di essere liberi. (KRISHNAMURTI)
 9. Il viaggio non soltanto allarga la mente, le dà forma. (B. CHATWIN)
- e l'ultima per sorridere...
10. Sono appena tornato da un viaggio di piacere: ho accompagnato mia suocera all'aeroporto. (M. BERLE)



"Il naufragio" di: Antonio Calvano (2011)

Le infezioni virali nel paziente trapiantato

di Paolo Lanzafame*

Il rischio di contrarre un qualsiasi tipo di infezione è un problema che riguarda da vicino la popolazione dei pazienti trapiantati. Tra i riceventi adulti il rischio di morte in seguito a infezione aumenta con l'aumentare dell'età, superiore nei pazienti con più di 65 anni rispetto ai pazienti con età 18-49 anni; nel paziente pediatrico, al contrario, sembra esserci una correlazione inversa tra il rischio di contrarre un'infezione e l'età del ricevente: pazienti con età inferiore a 5 anni presentano un rischio particolarmente elevato.

I danni causati dalle infezioni possono essere "diretti" o "indiretti". Tale suddivisione permette di distinguere gli effetti dati direttamente dal virus, dagli effetti causati indirettamente dalla reazione immunitaria ed infiammatoria indotta dall'infezione. Una diagnosi specifica e rapida è indispensabile al fine di controllare e ridurre terapie non essenziali.

Le infezioni che insorgono nel paziente che ha subito un trapianto di organo possono essere suddivise in più categorie, in parte sovrapponibili:

- **Le infezioni trasmesse dal donatore:** il trapianto d'organo determina la possibilità che un qualsiasi patogeno presente nel donatore venga trasmesso al ricevente. Il microrganismo potrebbe essere presente nell'organo da trapiantare e non essere individuato al momento delle analisi pre-impianto.

- **Infezioni del ricevente:** nel caso in cui vi siano delle infezioni attive nel ricevente, queste devono essere cura-



te prima di effettuare il trapianto, dal momento che la terapia immunosoppressiva post-trapianto esacerberebbe tale processo infettivo. Le infezioni che colpiscono il paziente prima del trapianto e che possono essere trattate, o quantomeno controllate, non impediscono il trapianto. Molte infezioni virali si manifestano nel paziente trapiantato in seguito a "riattivazione" di un'infezione latente.

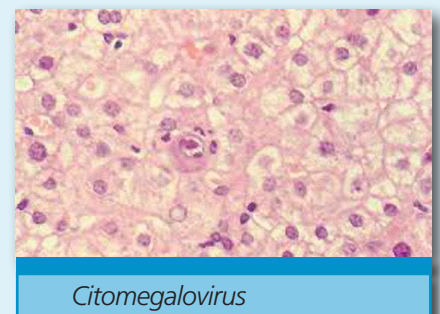
- **Infezioni nosocomiali:** durante il ricovero in ospedale e in attesa del trapianto di rene, i pazienti potrebbero contrarre una delle comuni infezioni nosocomiali.

- **infezioni contratte in comunità:** il paziente sottoposto a trapianto, a causa della sua situazione immunitaria compromessa, è più facilmente bersaglio di microrganismi che per il soggetto sano non sono, in genere, responsabili di patologie gravi.

Il rischio di infezione post-trapianto varia in funzione di diversi fattori ed in base al tempo di insorgenza delle infezioni stesse. Generalmente vengono classificate come: precoce, intermedia e tardiva. Precocemente, nel periodo compreso tra il primo ed il secondo mese dal trapianto, si manifestano in genere infezioni causate da patogeni opportunisti, cioè microrganismi che sono causa di infezione solo in situazioni particolari come quelle conse-

guenti alla riduzione delle difese immunitarie. Nel medio periodo, dopo 1 - 6 mesi dal trapianto, le infezioni sono spesso dovute ad agenti virali; dopo il sesto mese (fase tardiva) diminuisce la possibilità che il paziente trapiantato contragga una infezione, anche per la modifica del regime terapeutico immunosoppressivo.

Il gruppo degli **herpes virus** è quello che ha ricevuto particolare attenzione nel monitoraggio delle infezioni post-trapianto, per il loro ruolo nel rigetto e come causa di morbilità e mortalità. Questi virus hanno la caratteristica di rimanere latenti dopo un'infezione primaria, spesso asintomatica, e riattivarsi a seguito dell'immunosoppressione. È molto importante conoscere lo stato specifico del donatore e del ricevente (D/R) per valutare la possibilità che i virus erpetici hanno di infettare il ricevente, al fine di definire la migliore strategia preventiva o terapeutica pre-



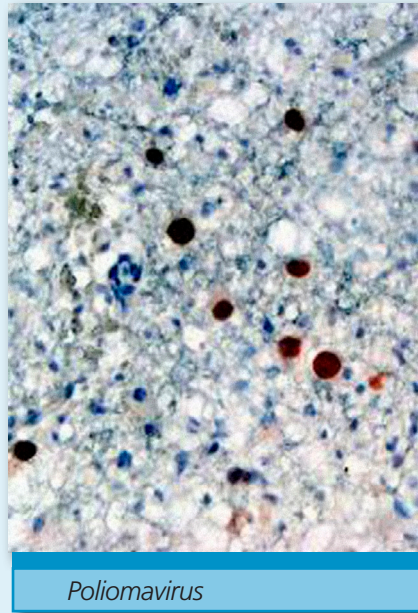
Citomegalovirus

sintomatica.

Tra i virus erpetici il **citomegalovirus (HCMV)** può essere considerato il patogeno virale per eccellenza per i pazienti trapiantati. Generalmente l'infezione da HCMV non presenta sintomatologia particolare nel paziente sano, mentre causa gravi patologie in ospiti il cui sistema immunitario non è del tutto funzionale e quindi permette al virus di sfuggire ai meccanismi di difesa dell'ospite. L'infezione da parte di HCMV riduce le difese dell'ospite predisponendolo inoltre alla possibilità di infezioni secondarie causate da funghi (*Candida*, *Aspergillus*) e batteri. La prevenzione dell'infezione da HCMV viene definita sulla base del gruppo di rischio a cui appartiene il ricevente da trattare e sulla base del regime immunosoppressivo al quale è sottoposto: rischio elevato (si eseguirà profilassi post-trapianto), rischio basso (sufficiente controllo settimanale, al fine di identificare e trattare rapidamente l'infezione).

Anche gli **Herpes virus 6 - 7 - 8** ed il **virus Varicella Zoster** sono sempre più frequentemente riconosciuti come possibili patogeni responsabili di infezioni nel paziente trapiantato, soprattutto se si tratta di un bambino. C'è infine la infezione da **virus di Epstein-Barr (EBV)** che nel paziente trapiantato immunocompromesso si presenta con una sintomatologia simil-mononucleosica. Nel paziente trapiantato inoltre, a causa di un'eccessiva immunosoppressione, sono frequenti anche i casi di riattivazione endogena dell'infezione.

L'infezione da EBV ha anche un ruolo centrale nell'insorgenza dei disordini linfoproliferativi post-trapianto (post-transplant lymphoproliferative



Poliomavirus

disease, PTLN), in particolar modo a seguito dell'infezione primaria, che sembra aumentarne il rischio fino a circa 70 volte. Il linfoma EBV-correlato rappresenta il 15% dei tumori che colpiscono il paziente trapiantato e, in caso di paziente pediatrico, supera il 50% con un rischio di mortalità che varia tra il 40 ed il 60%.

Nel gruppo dei **poliomavirus**, sono responsabili di patologia nell'uomo i virus BK (BKV) e JC (JCV). L'infezione da questi virus è molto diffusa: a 10 anni di età quasi il 100% delle persone possiede anticorpi anti-BKV e il 70-90% anti-JCV. L'infezione primaria da BKV e JCV si verifica quindi nella prima infanzia e interessa generalmente il tratto respiratorio, la maggior parte di queste infezioni sono asintomatiche ed entrambi i poliomavirus possono restare in latenza: nel rene nel caso del BKV, e nei linfociti per quanto riguarda JCV. In presenza di stati di immunosoppressione si può avere riattivazione virale sintomatica. Il **BKV** è responsabile del 50% dei casi di nefrite interstiziale e stenosi uretrale nei trapiantati di rene. La nefropatia associata a BKV (*polyomavirus-associated nephropathy*, PAVN) è un'importante causa di disfunzione del rene trapiantato. La maggior parte dei casi di PVAN compare nei primi anni dopo il trapianto, e circa un quarto di questi casi vengono dia-

gnosticati troppo tardi. Si calcola che dal 10 all'80 per cento di perdite del rene trapiantato sia dovuto a PVAN. **JCV** è più raramente coinvolto nella nefropatia post-trapianto.

Parliamo infine del **parvovirus B19**, che è un comune patogeno umano: circa l'85% degli adulti ha avuto una passata infezione da parvovirus B19. L'infezione determinata dal parvovirus B19 nell'uomo può essere asintomatica o sintomatica, in funzione dell'età, dello stato ematologico e immunologico dell'ospite. Il primo caso di infezione da B19 nel ricevente trapiantato di rene è stato descritto nel 1986 e da allora numerosi casi di infezioni B19 correlate sono stati descritti in questa popolazione di pazienti. L'infezione da B19 è stata descritta, durante il primo anno dal trapianto, spesso accompagnata dalla presenza di altri virus (HCMV, HHV6). Dal punto di vista clinico, la manifestazione dell'infezione nel paziente immunocompromesso differisce da quella osservabile in un paziente con normale sistema immunitario. Infatti, in assenza di una risposta immunitaria, il virus persiste per un lungo periodo, causando sintomatologia ricorrente con decorso fulminante o cronico. Il tempo di comparsa dell'infezione da B19, dopo il trapianto, varia da pochi mesi ad anni e tale variabilità dipende principalmente dai diversi modi con i quali l'infezione può essere trasmessa. I virus sono presenti sulla terra da molto prima dell'uomo e le strategie per neutralizzarli sono recenti e complesse, sia perché essi possiedono diverse strategie replicative, sia perché hanno la capacità di mutare rapidamente le loro caratteristiche antigeniche.



Herpesvirus

*Dr. Paolo Lanzafame, Direttore U.O. Microbiologia e Virologia - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento - Ospedale di Trento e Presidente di NEWMICRO - Network di Microbiologia e Virologia del Nord Est

Malattie rare, l'aiuto del laboratorio

La ricerca ANCA (anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili) nella diagnosi delle vasculiti sistemiche

di Danila Bassetti*

Le vasculiti sistemiche sono un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate da alterazioni infiammatorie e necrotizzanti della parete dei vasi. Teoricamente i vasi di qualsiasi calibro e di qualunque organo/apparato possono essere coinvolti con manifestazioni cliniche assai variabili.

Le vasculiti possono essere distinte in primitive e secondarie sulla base della associazione o meno con malattie ben caratterizzate da un punto di vista patogenetico e sierologico. La classificazione oggi più utilizzata è quella proposta nel 1992 dalla *Chapel Hill Consensus Conference* (CHCC), basata prevalentemente sul calibro dei vasi colpiti, sulla loro localizzazione, sulle caratteristiche istopatologiche dell'infiltrato perivascolare, sulla presenza di *markers* sierologici ed altri fenomeni immunologici, come per esempio gli anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili (ANCA). Il termine di "vasculiti sistemiche ANCA-associate" (VAA) si riferisce a vasculiti primitive che interessano vasi di piccolo e medio calibro, nelle quali sono di frequente riscontrati anticorpi sierici verso costituenti citoplasmatici dei granulociti neutrofili. Le VAA sono malattie rare (10-20 casi per milione di popolazione) che possono colpire individui di qualsiasi età e senza predilezione di sesso. Da un punto di vista clinico esse sono caratterizzate da manifestazioni generiche quali febbre, malessere generale, astenia, artromialgie e da sintomi più caratteristici quali neuropatie, porpora, noduli cutanei. In base a criteri clinici si identificano tre tipi principali di VAA: granulomatosi con poliangerite (Granulomatosi di



Wegener GW), poliangerite microscopica (PAM) sindrome di Churg-Strauss (SCS).

La *Granulomatosi di Wegener* è caratterizzata dalla presenza di infiammazione necrotizzante granulomatosa del tratto respiratorio superiore e/o inferiore, vasculite necrotizzante sistemica dei vasi di piccolo calibro, glomerulonefrite focale e segmentaria pauci-immune, interessamento oculare, manifestazioni cutanee come porpora, noduli, ulcere e coinvolgimento del sistema nervoso periferico. La *Poliangerite microscopica* è una vasculite necrotizzante, che si differenzia dalla precedente per l'assenza di manifestazioni cliniche ed istopatologiche di infiammazione necrotizzante granulomatosa del tratto respiratorio superiore; l'interessamento polmonare è caratterizzato da infiltrati diffusi, spesso con emorragia alveolare, nel 90% dei pazienti è presente nefropatia con insufficienza renale a rapida progressione. La forma di PAM limitata al rene è definita come *Glomerulonefrite necrotizzante extracapillare pauci-immune idiopatica*. Infine le caratteristiche della *Sindrome di Churg-Strauss*

sono l'infiammazione granulomatosa ricca in eosinofili del tratto respiratorio con vasculite necrotizzante sistemica, associata ad asma ed eosinofilia periferica; frequentemente sono interessati cute, sistema nervoso periferico, apparato gastrointestinale e cuore. Il coinvolgimento renale si verifica nel 20-40% dei casi con forme di varia entità e prognosi clinica.

Tutte queste entità cliniche sono caratterizzate dalla associazione con la presenza di anticorpi diretti verso il citoplasma dei neutrofili (ANCA). Gli ANCA sono una famiglia di autoanticorpi diretti contro le proteine contenute nei neutrofili. Essi furono descritti per la prima volta nel 1982, da DJ Davies nel siero di alcuni pazienti con glomerulonefrite necrotizzante. Nel 1988 Falk e Jannette descrissero un tipo diverso di positività ANCA (positività perinucleare), riscontrabile in pazienti affetti da vasculiti sistemiche o forme di glomerulonefriti necrotizzanti. Ulteriori ricerche dimostrarono che tali anticorpi erano diretti verso un differente antigene, contenuto anch'esso nei neutrofili. La ricerca di questi autoanticorpi viene

eseguita nel siero dei pazienti, ottenuto da un normale prelievo di sangue. La tecnica è quella dell'immunofluorescenza indiretta (test di primo livello). Successivamente, con la tecnica immunoenzimatica (ELISA), si potrà confermare e dare maggior significato al risultato stesso (test di secondo livello). L'identificazione delle positività ANCA è relativamente facile, essendo basata su una lettura al microscopio a fluorescenza; tale tecnica riserva però margini di soggettività interpretativa. In ogni seduta analitica vengono pertanto inseriti campioni di controllo positivi e negativi, per ovviare a tale soggettività. La ricerca degli ANCA deve naturalmente essere motivata da un preciso indirizzo clinico, cioè dal riscontro di segni o sintomi che facciano sospettare l'esistenza di una vasculite ANCA-associata, che sono quelli sopra riportati, a proposito delle caratteristiche cliniche delle tre forme principali. In presenza di manifestazioni cliniche che suggeriscano una diagnosi di AAV, la dimostrazione degli ANCA nel siero del paziente ha un'elevata sensibilità (>80%) e specificità (>95%), con un elevato valore predittivo. Al contrario, in assenza di un quadro clinico suggestivo di vasculite, la loro ricerca indiscriminata non riveste alcun significato clinico, in quanto possono essere riscontrati, se non confermati con test a monospecificità antigenica, in altre malattie diverse dalle vasculiti. I risultati del test ANCA vanno sempre interpretati sulla scorta dei dati clinici e, se necessario, con la consulenza

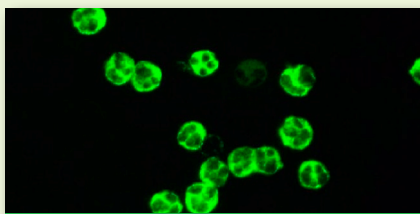


Figura 1 - Positività C-ANCA

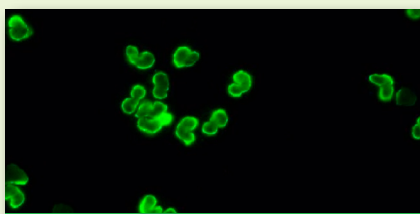


Figura 2 - Positività P-ANCA

reciproca tra il Clinico ed il Medico di Laboratorio. Possono inoltre essere efficacemente utilizzati nella valutazione prognostica e nel monitoraggio terapeutico dei pazienti con AAV.

Alla luce di tali considerazioni è evidente che la ricerca degli ANCA è fondamentale nella diagnosi e gestione clinica delle vasculiti, sempre che si tenga conto di quanto sopra riportato: la richiesta deve essere motivata clinicamente da precisi segni e sintomi, l'indagine deve essere eseguita con tecniche

analitiche affidabili e differenziate per test di I e II livello, infine l'interpretazione corretta dei risultati deve essere basata sul confronto costante tra il Medico Clinico e di Laboratorio.

* Dr.ssa Danila Bassetti, Medico Responsabile S. S. Sierologia e Autoimmunità U.O. Microbiologia e Virologia - Ospedale S. Chiara di Trento

ALCUNE STRATEGIE PER DIFENDERE I NOSTRI RENI



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

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

Notizie dall'Associazione

a cura di Wilma Graziadei

CENA SOCIALE

Anche lo scorso 14 novembre ha riscosso un ottimo successo la Cena Sociale, che ha avuto luogo presso l'Hotel Everest: siamo arrivati a toccare i 110 partecipanti, con qualche "giovane leva", che si è molto divertita grazie alle magie di Messer Folie e all'ilarità del nostro amico Italo Levegghi. Il menù è stato molto gradito, per questo ringraziamo tutto il personale dell'hotel Everest ed in particolare l'amica Marina.



A TEATRO CON GOLDONI

Giovedì 3 marzo, presso il Teatro Rosmini di Rovereto, è stata presentata la commedia "Le donne gelose" di Goldoni. La vicenda si snoda nella Venezia settecentesca e narra le vicende di una giovane vedova che suscita le invidie e le maldicenze delle altre donne del suo ambiente. Lo spettacolo è stato rappresentato dal Gruppo teatrale Il Mosaico di Rovigo.

GITA SOCIALE ALL'INCANTEVOLE ISOLA DEL GARDA SABATO 21 MAGGIO 2011

La nostra Gita sociale avrà come destinazione l'Isola del Garda, che costituisce un luogo di rara bellezza, ricco di storia e suggestioni paesaggistiche. Questo lembo di terra ha cambiato nome nel corso dei secoli a seconda dei proprietari. Oggi appartiene ai fratelli Cavazza che hanno aperto da alcuni anni l'isola a visite guidate ed eventi, con l'obiettivo di far conoscere il loro patrimonio così singolare. La villa, in stile neogotico-veneziano che ricorda il Palazzo ducale di Venezia, è circondata da una vegetazione rigogliosa e intatta, ricca di piante locali, esotiche, essenze rare e fiori unici. Una selva armonica di pini e cipressi, di acacie e limoni, di magnolie e agavi. L'Isola del Garda è magia e mistero.

Ai soci verrà inviata apposita lettera con l'indicazione degli amici da contattare per le prenotazioni.



Un sentito grazie alla Media Ticket Srl, che tramite quest'iniziativa riserva all'Associazione un prezioso contributo finanziario.



Notizie dall'Associazione

GIORNATA MONDIALE DEL RENE

In altra pagina della rivista trova spazio un riferimento più analitico di questa manifestazione. Giovedì 10 marzo in piazza Battisti ha avuto luogo la terza edizione della Giornata Mondiale del Rene. Ben 320 cittadini hanno aderito a quest'importante iniziativa di prevenzione delle malattie renali. Organizzata in maniera magistrale grazie alla supervisione di Cristina Comotti e all'ottima sinergia di medici, infermieri, volontari A.P.A.N. e della Croce Rossa Italiana.

Un ringraziamento speciale va rivolto al primario dottor Giuliano Brunori, per il suo sostegno alla nostra Associazione e per la professionalità e dedizione riservata agli ammalati.



A.L.Ma.C.

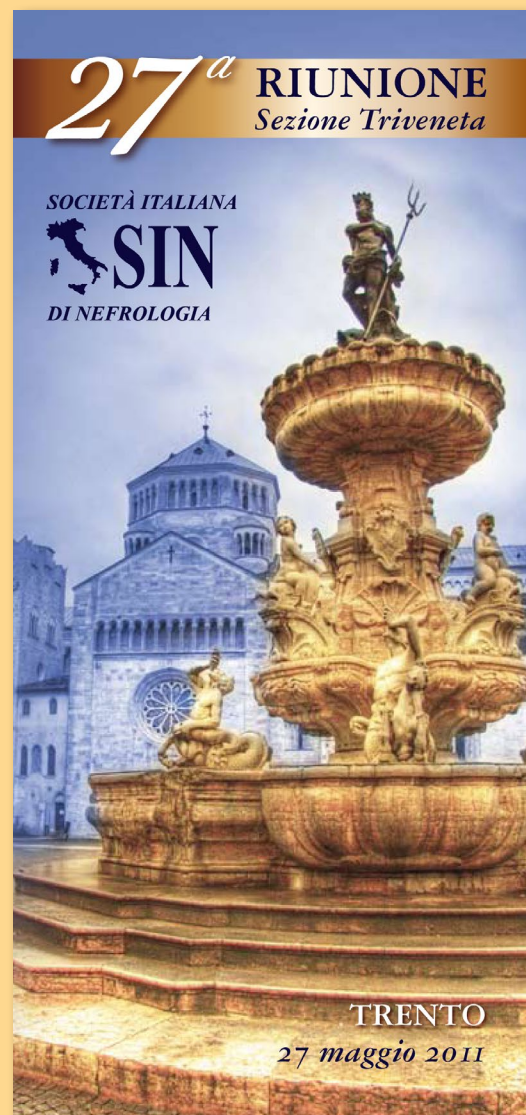
Dall'inizio dell'anno condividiamo, assieme all'A.I.P.A., gli spazi della sede di via Sighele con un terza associazione, l'A.L.Ma.C. Diamo un benvenuto a questi amici che sono molto attivi: nel febbraio scorso hanno già organizzato un incontro con la popolazione: "Insieme per la vita" per la lotta alle malattie cardiovascolari.



CONVEGNI DI NEFROLOGIA

Il **12 e 13 maggio** presso il Grand Hotel di Trento il reparto Nefrologia e Dialisi assieme a quello di Geriatria dell'Ospedale S. Chiara organizzeranno un convegno di nefrologia rivolto al paziente anziano dal titolo "La gestione del paziente anziano: nefrologo e geriatra a confronto".

Il **27 maggio**, presso l'Auditorium del Centro per i Servizi Sanitari, avrà luogo la 27a Riunione della Sezione Triveneta di Nefrologia.



Le trasformazioni sibilline della lingua italiana

Vaselina per tutti

di Gianni Rigotti*

Il vocabolario rispecchia la realtà. Il Palazzi schiera 64 voci per definire il dolore contro le 22 per indicare la gioia. Le parole della "famiglia del dolore" ne colgono un ampio spettro di intensità: c'è *disappunto*, meno forte di *rammarico*, che, mal digerito, diventa *dispiacere*; il dispiacere sfuma nel meno sopportabile *dolore*, il quale crescendo si fa *sofferenza* e poi *strazio*. Il dolore ci impaurisce, ci incupisce, ci ammalia; di dolore si muore. Nessuna scorciatoia lo evita. Alcune astuzie lo esorcizzano.

Nella lingua, per esempio, la litote (dal greco "semplicità, tenuità") mitiga, per non offendere o per diplomazia, la durezza di un concetto dicendo meno di ciò che si desidera far capire: "quella donna non è bella", esclude la bellezza, è vero, ma non dichiara la bruttezza: la litote invece di affermare un concetto preferisce negare il suo contrario. C'è poi quella sorta di vaselina del pensiero che è l'eufemismo (dal greco "parlar bene") che attenua la sgradevolezza di un concetto ricorrendo a sinuose perifrasi, a blandi sinonimi: lo zoppo diventa *claudicante*, la prostituta *lucciola*; commesso da un dirigente, il furto si chiama *ammancato di cassa*, da un ministro *peculato*. Foscolo chiama la morte *fatal quiete* e noi nei necrologi foscoleggiamo con: *riposare in pace, volare in cielo, terminare la propria giornata*.

L'eufemismo lezioso però banalizza e scolora la lingua. Oggidi il bidello si chiama *non docente*: bel sistema, indichiamo una persona non per ciò che è, ma per ciò che non è. L'infermiere è ora *paramedico*, tra non molto forse i sagrestani si faranno chiamare *papapreti*. La rubrica quotidiana "Nati e Morti" di un giornale di provincia, ritenuta troppo conturbante, è stata modificata in *Nati e Sotto i cipressi*.

Capita che l'eufemismo con l'uso si logori e non riesca più a velare una verità dolorosa. Bisogna allora mascherarla con un nuovo eufemismo: così *serva* diventa prima *domestica*, poi *collaboratrice familiare* e infine *colf*. Lo *spazzino* emancipa in *netturbino*, poi promosso *operatore ecologico*. Difficilmente però un arbitro beneficerà di questa colata di buonismo e nessuno gli griderà mai *figlio d'operatrice sessuale*.

La vaselina linguistica è una legittima difesa contro i rigori dell'esistenza. Essa però metamorfizza facilmente in melassa sdolcinata, e nauseabonda affettazione, sotto il peso del suo abuso. Il nostro tempo, un agglomerato di attimini, langue in un mare di diminutivi. Non esistono più le giacche da donna. Le giacchine invece la trovi ovunque; una magliettina sotto, la sciarpettina sopra e sei carina. Le scarpine e le mutandine? giovedì al mercatino. Il mondo in "ino" appare accogliente e innocuo come un bambino.

Si edulcora tutto. Giovanni (ho un debole per lui), terza elementare, mi porge il *Foglio informativo*. Ci vuole un'occhiata al testo per capire che si tratta delle valutazioni dei maestri: la pagella! Sono giudizi, ma il fatto non deve essere esplicito e allora via con la melassa: vi diamo solo un'informazione..... se volete tenerne conto. Anche la valutazione, *distinto in progressione*, banditi i rigidi schemi dei voti, lascia spazio, come un quadro astratto, a personali interpretazioni: per me cela le forme originarie di un 8+.

L'impiego di tanta morfina linguistica riflette, specchio del nostro inconscio, l'incerto equilibrio di un uomo in bilico tra i sogni e la percezione di un tempo troppo breve per realizzarli.

Anche la sensazione di vuoto è una forma di dolore. Essa si fa più acuta in questi anni di agiatezza con la conquista di beni materiali senza la sperata felicità. Folate di parole inutili tentano di colmare questa lacuna infarcendo la comunicazione odierna. Buffon, coperto da un compagno, *involontariamente naturalmente*, prende un gol; i compagni *ovviamente* lo rincuorano; per te questo fatto non era ovvio? Sei *chiaramente* un incallito minus habens. La caricatura del comico Albanese "qualunque e sempre" colpisce l'incontinenza avverbiale. Spunta spontaneo un invito: possibilmente evitiamo gli avverbi in -mente. Altre espressioni crescono come bambù: "saluto l'ospite, una persona *praticamente al massimo livello* che, *come dire?*, è arrivato *comunque* in anticipo". Il virulento *in qualche modo* non si capisce se sia pura materia verbale di abbellimento o l'ammissione dell'incapacità di cogliere la situazione.

Affollare parole non vuol dire scrivere bene, come "deus ex machina" non significa "guidatore divino". Ma la vacuità spaurisce e così "i problemi" si sfrangano in *quelle che sono le problematiche*; il cuoco non dice "aggiungo la besciamella", ma *vado ad aggiungere la nostra besciamella* ("nostra", proprio comprata da noi); "forse pioverà" si altera in *sono probabili precipitazioni atmosferiche*; "c'è posto?" muta in *vorrei verificare la disponibilità di posti*; si deodora la fogna con una *rete di collettori sotterranei per discariche urbane*; creiamo vocaboli telescopici che si ingrossano a mano a mano che li sfiliamo: *regola > regolamento > regolamentazione > regolamentarizzazione*.

Contro il vuoto emotivo un'idea di pieno la offrono anche la finzione e la pompa del linguaggio. Al telefono ci accomiatiamo simulando un rimpianto, con il cinguettio della sfilza di *ciao - ciao - ciao - ciao*. Ti chiami Ruggero? *Assolutamente sì!* Assolutamente insopportabile questa ostentazione di certezza, che forse nasconde qualche dubbio. Sei volte più lungo di "sì", pe-



rentorio e categorico, esso è il frutto della generale tendenza a un linguaggio iperbolico e aggressivo, in cui la semplice affermazione non sembra più sufficiente. L' avverbio da solo poi intacca la grammatica, quando nelle risposte sostituisce l'olofrastico "no": se il medico, alla domanda "mio figlio è grave?" risponde con "assolutamente", ci si deve allarmare, perché la risposta è: "sì, è molto grave". L'illusione della verità sloggia il congiuntivo, il modo che esprime il dubbio, la possibilità, il desiderio, l'irrealità; cioè il mondo delle opinioni soggettive e delle azioni non certe; chi ha solo sicurezze privilegia l'indicativo, la via della realtà, delle azioni certe. Possibile che per il congiuntivo è giunta la fine?

La parlata smagrita cerca peso nell'enfasi. Tutto è *terrificante*, il mal di testa come il terremoto, che *rade al suolo* le città anche con molti edifici in piedi. *Esplicito un'istanza*: perché lo stato aiuta la *genitorialità* e disdegna i genitori? Perché gli alberi non si piantano più, ma *si mettono a dimora*? *Pavento* la risposta: tra il caldo *killer* e la *morsa del gelo* il nostro *vissuto* ha perso il limite del ridicolo. Così si esercita la standing ovation per un mediocre; si copre il fluire dei sentimenti, davanti a una bara, col rumore dell'applauso; si ama Buzzati, Calvino e *quant'altro*. Questo pesante burocratismo surroga "e così via, eccetera, e altro ancora", ma infastidisce con la sensazione che qualcosa sia rimasto in sospeso.

In un periodo di pensiero debole si ricorre spesso ai luoghi comuni, che sono dogmi aperti a tutti. Sono senza fondatezza, ma acriticamente rimpiazzano l'idea mancante: come in un riflesso pavloviano si infila *colpo* ed esce *effeferato*, si infila *corpo* ed esce *contudente*; così *l'attesa* è *snervante*, *la catastrofe annunciata* e *la truffa colossale grazie al muro di omertà*; gridiamo *problema* e l'eco risponde *sul tappeto*.

Come diceva il linguista Cesare Marchi, "quando le usiamo troppo le parole si affaticano, si spossano, sbiadiscono, si ammalano e finalmente muoiono". Noi aspettiamo fiduciosi.

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

Sapore e fantasia anche nelle diete per malati

Lo zucchini d'oro

di Donata Borin* e Patrizia Turcato**

Patrizia e Donata lavorano nell'ospedale di Legnago, la prima fa la dietista, l'altra la nefrologa. Vedono ogni giorno decine di malati, gente obesa, con il diabete, con il colesterolo alto e magari anche con i trigliceridi alti, con i reni malati, addirittura in dialisi. Ogni giorno devono spronarli a seguire la dieta. Spiegare che molte malattie derivano dall'eccessivo benessere. Che a soffrire un po' adesso, rinunciando a qualcosa, ne avranno di beneficio in futuro. Che non serve a niente che prendano le medicine per il diabete, se insieme non fanno la dieta. Che non possono tenere il fosforo basso se mettono il parmigiano dappertutto, anche sugli spaghetti con le vongole. Che, se seguono bene la dieta, probabilmente possono ridurre il numero delle compresse che devono ingurgitare ogni giorno.

Non è facile, per i malati. Non è facile perché sono abituati al benessere. Sono bombardati da trasmissione televisive di cucina, non di cucina dietetica sia ben chiaro, e da pubblicità allettanti. È difficile rinunciare al piacere del buon cibo.

Non è facile nemmeno per gli operatori che devono servire il cibo nei reparti, che spesso non sanno di quali malattie i pazienti sono affetti né cosa faccia loro "bene" o "male".

Patrizia e Donata decidono di fare qualcosa di diverso, diverso dalla solita routine di tutti i giorni, che a volte, diciamo pure, è un po' noiosa. Diverso dai soliti corsi di aggiornamento pure un po' noiosi, nei quali il rischio di addormentarsi è pari solo a quello di non ricordare assolutamente nulla un'ora dopo la fine; che ci si salva solo se si può sgranocchiare qualche pizzetta al coffee break.

Organizzano un corso di cucina dietetica, ognuna mettendoci un

po' di quello che sa fare meglio. Coinvolgono la cucina dell'ospedale, l'ufficio formazione, altri colleghi. Hanno tante idee in testa, ma uno scopo ben chiaro: insegnare che si può mangiare bene anche rispettando le regole della dietetica. Per due mesi hanno appuntamento il lunedì alle 13 nella cucina dell'ospedale, consultano ricettari dietetici, tra una risata e una smorfia assaggiano i piatti che lo chef Andrea, loro alleato, prepara. Queste novelle Artusi in gonnella sono molto esigenti e non esitano a bocciare i piatti che non rispondono alle loro aspettative.

Alla fine tutto è pronto: gli argomenti sono scelti: la disfagia, il diabete, l'insufficienza renale; le lezioni preparate; le ricette sono provate e approvate; le locandine sono stampate. A maggio il corso ha inizio, con delle incertezze iniziali, ma poi decolla. Prima le lezioni teoriche, di una mezz'oretta ciascuna, sugli aspetti medici e dietetici, poi la parte pratica. La cucina dell'ospedale accoglie il gruppo come l'antro di Polifemo, grande, con queste pentole enormi e il rimbombo delle voci. Indossano camice e cuffia bianchi: sembrano il gregge di pecore di cui il Ciclope si prende amorevolmente cura. Si trovano in mano la vellutata di funghi porcini: esitano, non sapevano che avrebbero dovuto assaggiare, quello è cibo per gente malata, gente con la disfagia, non per loro. Poi, visto che non ne possono fare a meno, mettono in bocca il primo cucchiaino: è la scoperta del sapore.

La volta dopo, tocca al diabete. Viene preparato un pranzetto appetitoso: spaghetti allo scoglio, merluzzo al cartoccio, mousse al cioccolato ("Ma non erano i diabetici che non potevano mangiare dolci?")

Il terzo incontro è dedicato ai paziente

che soffrono di malattie renali: risotto con carciofi, salmone alle erbe e un eccezionale fagottino con la mela. ("Quando torno a casa provo a farlo anch'io").

I partecipanti sono entusiasti: non era mai successo prima di fare un corso di aggiornamento in cui ci si diverte, si mangia e si impara pure qualcosa. Si lasciano anche andare a spontanei applausi che vengono accolti con un po' di imbarazzo dagli organizzatori. Nell'ultimo incontro qualcosa di diverso: una lezione sugli aspetti medico-legali delle professioni sanitarie, poi la chicca finale, una lezione di storia dell'arte sul tema che dà il titolo al corso: "buono da vedere, bello da mangiare". Si apre uno squarcio di bellezza e di poesia nella drammatica quotidianità del lavoro ospedaliero. Infine, un buffet per i saluti e i commenti finali.

Patrizia e Donata sono soddisfatte. Vogliono ripetere l'esperienza, magari nelle case di riposo. Vogliono fare un ricettario, con le fotografie dei piatti e le spiegazioni. Non è cosa facile. Richiede tanto impegno. Ma ci riusciranno.

Alcune ricette per assaggiare...

Risotto con carciofi

Ingredienti per 4 persone: 320g di riso, 6 carciofi, 1 limone, 2 spicchi d'aglio, prezzemolo, 2 cucchiaini d'olio extra vergine di oliva, 20 g di burro, pepe, mezzo bicchiere di vino bianco, 1 dado da cucina, 40 g di parmigiano.

Preparazione: preparare un soffritto di olio e aglio; aggiungere i carciofi tagliati a spicchi, sfumare con del vino bianco e salare; aggiungere il succo di limone e far cuocere per 10 minuti circa. A parte far tostare il riso con il burro, bagnare con del vino bianco e aggiungere poco per volta il brodo vegetale fino a portare a cottura. Mantecare il risotto con il sugo di carciofi, del parmigiano e servire con del prezzemolo tritato.

Salmone alle erbe

Ingredienti: 600g di salmone, 40 g di olio extravergine di oliva, rosmarino, aglio e pepe

Preparazione: far rosolare il salmone con aglio e rosmarino con un po' di olio in una padella, salare e pepare. Mettere a cuocere per 10 minuti in forno a 160°.



Fagottini alle mele in gabbia

Ingredienti: 200 g di mele, 50 g di zucchero, 1 uovo, cannella, 500 g di pasta sfoglia

Preparazione: sbucciare la mela e tagliarla in 4 spicchi, stendere sul tavolo un foglio di pasta sfoglia e tagliarlo in 4 quadrati. Al centro del quadrato di sfoglio aggiungere 1 spicchio di mela, lo zucchero, la cannella e chiudere con i 4 lati a fazzoletto. Pennellare con l'uovo sbattuto in precedenza e ripetere aggiungendo zucchero e cannella. Cuocere in forno a 165° per 15 minuti.



*Dr.ssa Donata Borin, U.O.C. Nefrologia e Dialisi Ospedale "Mater salutis", Legnago
**Patrizia Turcato, Dietista Servizio di Dietetica Ospedale "Mater salutis", Legnago

Il tortuoso percorso del federalismo fiscale

Molto rumore per nulla

di Alice Valdesalici*

Avete mai provato ad inserire nel motore di ricerca Google le parole "approvato il federalismo fiscale"? La ricerca dà più di 250.000 risultati! Anche ammettendo che non tutti e 250.000 siano pertinenti, non è male come risultato per una riforma che è ben lungi dal potersi considerare "approvata" o tanto meno "attuata".

Il federalismo fiscale ha fatto per la prima volta capolino nel sistema italiano con la riforma costituzionale del 2001. Tuttavia, dopo questo primo passo per ben otto anni non si è fatto più nulla. Solo nel 2009 il Parlamento ha approvato una legge (la Legge 42/2009) che si limita a fissare i principi fondamentali e i criteri direttivi del nuovo sistema finanziario italiano, delegando al Governo l'adozione - entro due anni - della disciplina concreta della materia. Questi fatidici due anni sono ormai agli sgoccioli e ben poco è stato fatto, tanto che sarà inevitabile una proroga del termine. In teoria il Governo avrebbe dovuto seguire un tortuoso percorso che sarebbe dovuto culminare nell'adozione dei decreti attuativi del federalismo fiscale. Di fatto ne sono stati approvati in via definitiva solo quattro su otto. Un ulteriore problema è che i decreti stessi non sembrano contenere la disciplina concreta del federalismo fiscale.

Il risultato? Molto rumore per nulla! Il federalismo fiscale è ancora assai lontano dalla meta.

Volenti o nolenti il concetto di federalismo fiscale si è ormai instillato nella vita politica ed economica del nostro Paese, ma per ora si tratta di un federalismo fiscale "mediatico", fatto più



che altro di pubblici proclami e ben poca sostanza.

Quella che dovrebbe essere una delle più importanti riforme per il Paese, per garantire maggiori risorse finanziarie come conseguenza naturale del conferimento a regioni, città metropolitane, province e comuni di maggiori poteri e competenze, si è trasformato in uno strumento di pressione da parte di un'élite politica sul motto "o federalismo o voto!".

Peccato, perché l'idea che sta alla base del federalismo fiscale è davvero nobile: lasciare che i tributi raccolti in un territorio rimangano in quel territorio, con qualche correttivo a favore delle aree più povere e a carico di quelle più ricche (la cosiddetta perequazione).

Destinare ad ogni ente territoriale il gettito fiscale proveniente dal territorio stesso, per rendere possibile una gestione autonoma delle proprie risorse finanziarie, non solo si pone in linea con la tendenza in atto di riconoscere a regioni ed enti locali maggiori poteri decisionali e competenze, ma dovrebbe ottenere l'effetto non secondario di responsabilizzare i politici locali. Infatti, fino a ieri se l'amministratore "Pinco Pallo" della Regione "Tal dei Tali" era incapace di gestire in modo efficiente le funzioni pubbliche di cui era responsabile, lo Stato interveniva a sanare i bilanci in rosso. Con il federalismo fiscale invece le conseguenze di una mala gestione si ripercuoteranno sui cittadini. Ne conseguirebbe che il cittadino della Regione "Tal dei Tali" costretto a pagare più tributi, senza ricevere in cambio maggiori o migliori servizi, difficilmente eleggerà nuovamente lo stesso amministratore. A maggior ragione poiché la stessa bozza di decreto prevede la sanzione dell'ineleggibilità per chi ha mal amministrato.

Altra novità interessante, che dovrebbe

portare con sé il federalismo fiscale, riguarda i famigerati "costi standard". Tutti ne parlano, ma nessuno (forse nemmeno il legislatore stesso) sa ancora bene come si calcoleranno. In via meramente teorica si può dire che deve piano piano essere superato il criterio finora seguito, per cui regioni e enti locali venivano finanziati sulla base della cosiddetta spesa storica, ovvero sulla base della spesa sostenuta negli anni precedenti, per cui si davano più soldi a chi in passato aveva speso di più, e meno soldi a chi aveva cercato di risparmiare. Al suo posto si prevede invece la determinazione dei costi delle funzioni pubbliche in modo uguale per tutti.

Ma quali sono le possibili conseguenze? Ad esempio: se i calcoli dei costi standard per le regioni dovessero essere fatti prendendo come riferimento solo la regione più efficiente, il pericolo è che non tutti i territori riuscirebbero a fornire i propri servizi pubblici, nel rispetto di questi fantomatici costi standard. Con il rischio quindi che si creerebbero regioni di serie A e delle regioni di serie B.

Se questa è la situazione per le regioni ordinarie, assai diverso è il caso delle regioni a statuto speciale - in particolare per quelle del Nord Italia - dove il federalismo fiscale avanza velocemente. Le Province Autonome di Trento e Bolzano infatti sono state le prime a raggiungere un accordo con il Governo, seguite con più di un anno di ritardo, dal Friuli Venezia Giulia e dalla Valle d'Aosta.

L'accordo - concluso a Milano il 30 novembre 2009 - ha parzialmente ridisegnato il nostro assetto finanziario ed è poi confluito nello Statuto di autonomia del Trentino-Alto Adige/Südtirol, modificando le disposizioni dedicate alla finanza della Regione e delle due Province. L'autonomia finanziaria delle province autonome è quindi blindata: il Governo non potrà in futuro decidere delle sue sorti senza il consenso di tutte le parti interessate.

La necessità di una riforma dell'assetto finanziario del Trentino Alto Adige/Südtirol è conseguenza della riforma del federalismo fiscale. Infatti, se da un lato si salva la speciale autonomia finanziaria di cui godono le regioni speciali e le province autonome, dall'altro con la riforma si impone il loro coinvolgimento al riequilibrio della finan-

za pubblica. Con l'accordo di Milano sono infatti state fissate le modalità e l'ammontare della partecipazione del nostro territorio speciale alla solidarietà nazionale, al patto di stabilità e ai vincoli comunitari.

Ma in che cosa consiste di fatto il contributo che il Trentino Alto Adige/Südtirol deve garantire?

Oltre a rinunciare a una quota delle entrate fino ad oggi versate dallo Stato alle Province (in particolare la quota variabile) ed a finanziare progetti e iniziative nei territori dei comuni delle regioni ordinarie confinanti, le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno assunto l'esercizio, ma soprattutto le spese, di ulteriori funzioni, a costo zero per lo Stato.

Un esempio è l'Università degli Studi di Trento. Alla Provincia di Trento viene infatti trasferita non solo la gestione, ma anche il finanziamento dell'ateneo. Un altro esempio è il finanziamento da parte della Provincia di Bolzano delle spese relative alla costruzione del nuovo carcere, ovvero di un'infrastruttura statale sul territorio provinciale, oppure ancora il passaggio ad entrambe le Province - senza oneri per lo Stato - della competenza statale in materia di ammortizzatori sociali.

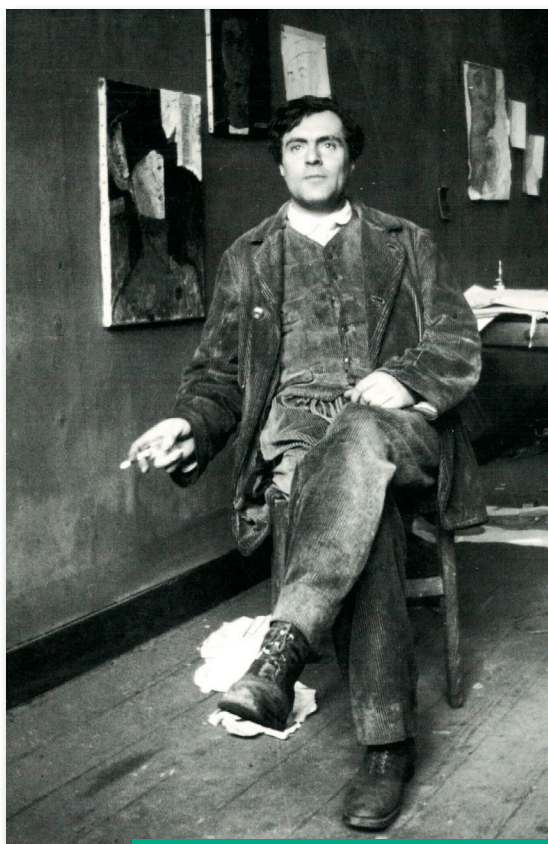
Si determina quindi un risparmio nel bilancio statale ed è in questo modo che le Province autonome di Trento e Bolzano partecipano alla solidarietà nazionale e contribuiscono al riequilibrio della finanza pubblica statale. Con un vantaggio di non scarso rilievo. Infatti, invece di versare soldi nel calderone indistinto del bilancio pubblico statale, le Province autonome vedono rafforzata la propria autonomia attraverso l'assunzione dell'esercizio e del finanziamento di ulteriori funzioni, su cui potranno decidere autonomamente, non solo con riferimento ai soldi da destinare per ciascuna funzione, ma anche e soprattutto con riferimento alla qualità del servizio da garantire ai propri cittadini.

*Alice Valdesalici è ricercatrice presso l'Istituto per lo Studio del Federalismo e del Regionalismo, dell'Accademia europea di Bolzano/Bozen.

L'excursus artistico di Amedeo Modigliani

Tra genialità e maledizione

di Aldo Nardi



Modigliani nel suo Atelier 1915
(Foto scattata da P. Guillaume)

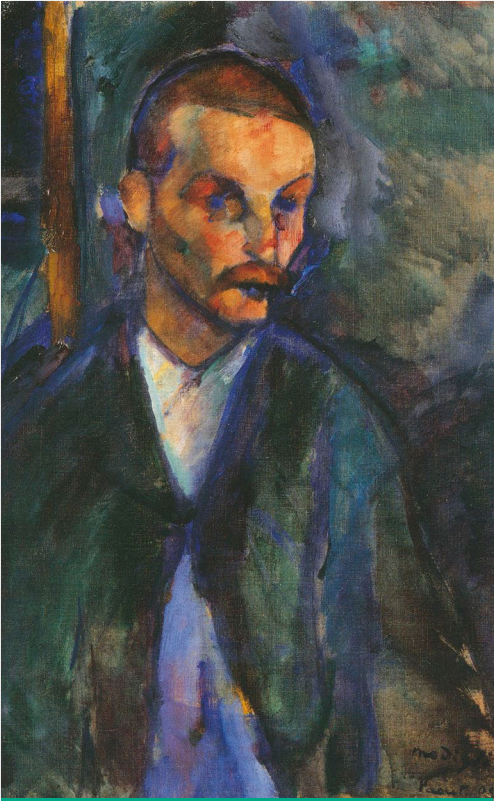
La recente mostra dedicata alla sculture di Amedeo Modigliani al Mart di Rovereto ci fornisce l'occasione per ritornare sulla complessità, oltre che dell'opera, della vita dell'artista livornese (comunque strettamente impregnata del suo impegno artistico), una vita ricca di trasgressioni, di insofferenze, compresi gli effetti trascinanti nei confronti di tutti coloro che gli vissero accanto. Per parlare di Modigliani basterebbe partire dal Caffé Bardi di Livorno, do-

ve il giovane Amedeo, già intriso di letture decadenti e simboliste, poteva incontrare un'intelligenza alquanto variegata: uomini politici, intellettuali, artisti come Viani e Ghiglia. In quel caffè si potevano vendere i cosiddetti "dessins à boire", disegni appena schizzati che venivano offerti in cambio di qualche bicchiere di vino. La sua totale dedizione alla pittura, l'amicizia con Ghiglia, la scuola di nudo tenuta da Fattori a Firenze hanno indubbiamente contribuito alla maturazione del giovane Modigliani, prima ancora dell'incontro col pittore cileno Ortiz de Zarate, che lo introdurrà alla pittura impressionista, in previsione del grande salto nella capitale francese, dove sarà influenzato sul piano stilistico dalla pittura di Cézanne.

Una vita dissoluta, alternata tra bevute di assenzio e champagne e molte avventure con donne, tre delle quali si uccisero per lui: Elvira (figlia di un marinaio spagnolo e di una prostituta marsigliese, che lo iniziò anche alle droghe); Beatrice Hastings (una giornalista inglese, femminista *ante litteram* e amante del sesso trasgressivo); Janne Hébuterne, la donna che ritrasse di più nei suoi dipinti e che, in cinta di otto mesi, si gettò dalla finestra dello studio Monparnasse, il giorno dopo la morte dell'artista, il 24 gennaio 1920. Di quest'ultima compagna di Modigliani non possiamo non ricordare, tra i tanti, "Janne Hébuterne con collana" (1917), uno dei primi ritratti a lei dedicati dall'artista; "Janne Hébuterne seduta" (1918); "Janne Hébuterne seduta con il braccio sulla spalliera" (1918), quest'ultimo quadro conservato al Norton Simon Museum of Art di Pasadena, in California. Numerosi sono comunque i ritratti che Modigliani dedicò a personaggi famosi, a mercanti d'arte, a poeti, a

pittori più o meno avventurieri come lui. Ritratti divenuti vere e proprie testimonianze del suo multiforme impegno artistico, come il "Ritratto di Soutine", del 1915, il pittore ebreo lituano che condivise la vita randagia di Modigliani, almeno fino a quando le sue opere cominciarono ad essere valutate con cifre astronomiche; il ritratto dedicato a "Raymond Radiguet" (1915), l'autore de *Il diavolo in corpo*. Opere alle quali è possibile affiancare il ritratto di "Blaise Cendrars" (1917), pseudonimo del poeta Frédéric Sauser-Hall; il ritratto di "Roger Dutilleul" (1918) e quello del mercante "Léopold Zborowsky" (1916), di "Jean Cocteau" (1916) e della scrittrice e poetessa americana "Gertrude Stein", del 1905-1906, in concomitanza con il ritratto che le fece, nello stesso periodo, Pablo Picasso. A proposito della sua pittura, che tende a ridurre all'essenziale, il critico d'arte e collezionista Maurizio Fagiolo dell'Arco, scomparso nel 2002, amava richiamare l'attenzione sul fatto che Modigliani non si limitasse a ritrarre un modello, ma che lo scrutasse attraverso una sorta di lente deformante della cultura. E infatti, le notevoli esperienze di formazione artistica, di percorsi museali e le esperienze dirette hanno fatto sì che i ritratti di Modigliani si traducessero in "un'astrazione senese o botticelliana, bizantina o africana". Una vera e propria ricerca di sintesi della "figura androgina", nella quale il volto non viene copiato, ma del soggetto viene catturata l'anima alla luce di una vera e propria introspezione psicologica.

Un capitolo a parte meritano i nudi di Modigliani che si inseriscono nel grande solco dell'esperienza artistica maturata tra la seconda metà dell'Ottocento e i primi anni del



A. Modigliani, "Il mendicante di Livorno", 1909

Novecento, con i contributi artistici di Courbet, di Rodin, di Schiele, di Kokoschka, di Matisse, solo per citarne alcuni. Sono queste le principali occasioni di indagine artistica per gli studi del pittore livornese sulla concezione del nudo in chiave moderna e sulla quale ebbero a confrontarsi o si ispirarono artisti del calibro di Guttuso, Birolli, Menzio ed altri. Il "Grande nudo", conservato al Museo di arte moderna di New York, insieme al "Nudo rosso" e al "Nudo sdraiato con le mani dietro la testa" (Perls Gallery di New York), tutti del 1917, e il "Nudo sul divano", del 1916, costituiscono un raro esempio di equilibrio tra naturalezza e sensualità, di seduzione e abbandono, con la totale scomparsa di ogni indumento e di ogni monile per offrirsi sia come modello artistico di riferimento, sia come sintesi identitaria della figura femminile, abilmente proposta nella duplice ambivalenza di sfrontatezza e ingenuità, con il suo giusto grado di *mimesis* che allude ad una rappresentazione figurativa senza mai copiarla.

Sarebbe un po' come dire che questa esperienza estetica è strettamente unita al *sentire*: un *sentire* che, a sua volta, è tanto più vero quanto meno è riconducibile alle tradizionali regole del comprendere e del ragionare.

È prioritario, in Modigliani, l'essere vivente, il solo che riesca a stimolare in lui l'interesse creativo necessario perché l'opera d'arte si manifesti; ma è anche necessario per soddisfare quella sua ansia di conoscenza da sempre agita in un panorama controverso: da un lato l'individualismo dell'artista e, dall'altro, la ricerca di un confronto con le nuove avanguardie artistiche, sia pure dietro il manto manifesto della diffidenza. Anche da questo interesse si capisce la sua insofferenza verso il paesaggio: un soggetto sul quale l'artista ebbe a cimentarsi poche volte e con scarsa convinzione, se è vero, come è vero, che solo quattro sono i paesaggi pervenuti fino a noi (tra i quali ricordiamo "Albero e case (Cagnes-sur-mer)" e "Paesaggio nel Midi", entrambi del 1919).

E pensare che all'inizio della sua carriera Amedeo Modigliani si presentava soprattutto come scultore (ed egli stesso era convinto che la scultura dovesse essere il suo destino artistico), mentre quella pittorica era per lui un'attività di secondo piano. L'incontro con l'opera di Brancusi e lo studio delle sculture egizie presenti al Louvre lo aiuteranno a costruire il suo repertorio artistico nel campo della scultura, secondo i parametri stilistici ormai noti, fatti di eleganza, essenzialità, raffinatezza.

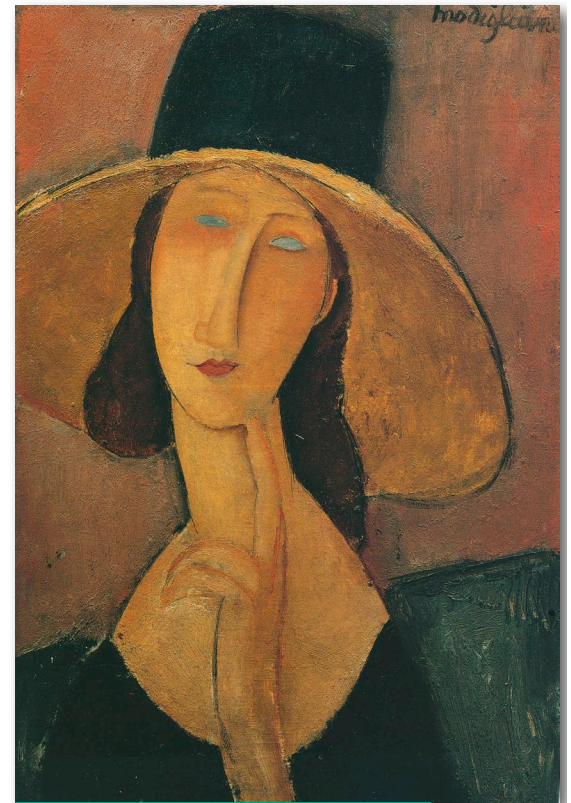
In occasione della grande esposizione dell'opera di Modigliani nel 2003 a Palazzo Reale a Milano, Marc Restellini si chiedeva, nella sua nota critica, se questo artista fosse stato un artista d'avanguardia o un "pittore schizofrenico". È evidente che tutto questo era presente nella persona di Modigliani, a cui si poteva aggiungere un orgoglio sfrenato e la convinzione di essere superiore agli altri. Beninteso, si può comprendere questo "senso di superiorità" con la battaglia che Modigliani dovette sostenere contro la malattia (febbre tifoidea e tubercolosi) e soprattutto contro la morte. D'altronde, aggiungeva Restellini, non

è forse il resuscitato colui che ritorna dalla morte? E Modigliani evidentemente lo era: lo era al punto tale da cogliere in quell'aldilà una vera e propria fonte di attrazione sulla quale costruire la convinzione di essere, lui stesso, una sorta di *mediatore* – sia pure nel linguaggio artistico – di forze superiori alle quali non è facile resistere.

Per questo, probabilmente, la sua opera finirà per risultare così complessa e ricca di ispirazioni: dal teatro all'arte africana, dalle maschere tribali alle figure dei baracconi da fiera, dal cubismo alla poesia simbolista, dal misticismo allo spiritismo.

E se vi era in lui una vena di follia, si trattava di un male che l'artista riusciva a nascondere abilmente, avvalendosi della sua intelligenza e del suo talento.

D'altra parte, per Modigliani, che si trattasse di vincere una battaglia o di soccombere, ciò che prevaleva era il gesto eroico di chi quella battaglia si trova a combatterla da solo contro tutto e contro tutti.



A. Modigliani, "Jeanne Hébuterne con grande cappello", 1918

Tra affreschi recuperati ed arte moderna

Misteriosa Vercelli

di Diana Zarantonello*

La cittadina di Vercelli, situata a pochi chilometri di distanza tra Torino e Milano, non è solitamente considerata una città d'arte ed è quindi poco battuta dal turismo. Ne sono ben consapevoli gli stessi abitanti, che tradiscono uno sguardo misto di curiosità e stupore nel guardare chi viene da lontano per visitarla.

In soccorso del turista che vuole scoprire nuovi e suggestivi angoli d'Italia si presenta una ghiotta occasione: la mostra "1900-1961: artisti italiani nelle collezioni Guggenheim", che ha aperto da poco i battenti e si manterrà fino al 5 giugno.

Procediamo per gradi, iniziando a parlare della sede della mostra. Lo spazio espositivo, ricavato all'interno di quella che era in passato la Chiesa di San Marco, è situato nel centro storico. La splendida chiesetta, eretta dagli Agostiniani nel XIII secolo, ha una sto-

ria interessante e travagliata: era stata sconosciuta durante il periodo della Controriforma ed adibita nel corso dei secoli a vari usi, per diventare infine sede del mercato civico.

Nel 2000, infine, una nuova vita per la chiesa di San Marco: si decise di utilizzarla come spazio per esposizioni temporanee. Venne quindi costruita al suo interno una struttura (chiamata suggestivamente ARCA) che, occupando solo parzialmente la navata centrale determina la creazione di due differenti spazi: uno centrale, chiuso, in grado di garantire gli standard internazionali per l'esposizione di opere d'arte, ed un secondo più ampio, costituito dalle navate laterali e dall'abside, sede oggi di un importante cantiere di restauro. Infatti, nel 2007, nuovo colpo di scena: le infiltrazioni d'acqua avevano provocato il parziale distacco dell'intonaco monocromo che rivestiva le pareti della chiesa (in gergo tecnico questo fenomeno viene chiamato "discialbo"), rivelando la presenza di sottostanti affreschi.

A questo proposito, dal gennaio di quest'anno è stato ultimato il restauro di uno splendido dipinto: si tratta dell'Albero di Jesse, o Genealogia della Vergine. Esso raffigura un albero che affonda le sue radici nel petto del patriarca Jesse ed i cui rami abbracciano personaggi biblici, ornati da cartigli con scritte didascaliche in latino; in cima è rappresentata la Vergine col Bambino (vedi figura).

Altri affreschi recuperati dalla chiesa di San Marco sono infine conservati nel Museo Borgogna, un'altra tappa imperdibile della visita alla città! Essa ospita una ricca collezione di opere dal 1200 ai primi del 1900 ed è considerata la seconda più importante pinacoteca piemontese dopo quella di Torino.

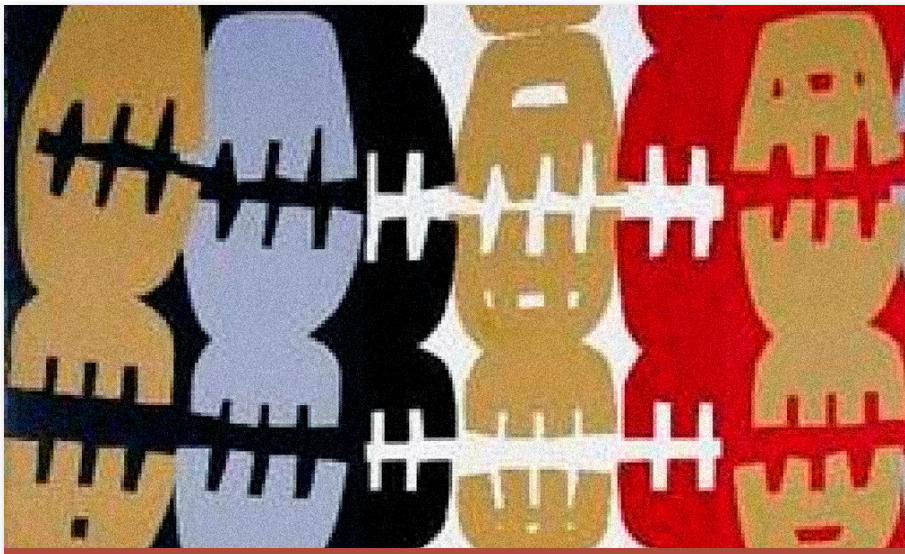
Ma torniamo ora all'interno dell'ARCA, per parlare della mostra in questione: "1900-1961: Arte italiana nelle collezioni Guggenheim"

Come spiega il titolo stesso essa sviluppa un percorso espositivo che parte dal 1961, anno del primo centenario dell'Unità d'Italia e arriva, a ritroso, fino al 1900. Le opere sono tutte tratte dalle Collezioni Guggenheim di Venezia e New York, e quindi in qualche modo riflettono il gusto americano nei confronti della produzione artistica italiana di quel periodo. Da segnalare che le precedenti esposizioni ospitate dall'Arca erano dedicate alla figura di Peggy Guggenheim, e quindi quest'ultima mostra prosegue un ideale percorso.

Vale forse a questo proposito la pena di spendere qualche parola sulla figura di Peggy Guggenheim, che ha influenzato la vita culturale e artistica italiana per decenni. Peggy, americana, di famiglia ebraica, attraversa il '900 e i due conflitti mondiali con leggerezza, perseguendo con grande determinazione l'obiettivo di creare una stra-



"L'albero di Jesse": ex chiesa di S. Marco, Vercelli



1963: "Superficie 512"
di Giuseppe Capogrossi

ordinaria collezione d'arte moderna e contemporanea. La Guggenheim si legò affettivamente e sentimentalmente a grandi artisti del Novecento, da John Holmes a Max Ernst a Samuel Beckett. Nell'ultima parte della sua vita si stabilì a Venezia, a Palazzo Venier dei Leoni, che rese uno straordinario polo artistico. Leggendaria in Laguna lo spirito anticonformista e i ricevimenti di Peggy e della sua corte di artisti. Oltre a scoprire e lanciare grandi artisti americani (un nome su tutti: Jackson Pollock), Peggy protesse, finanziò e incoraggiò un gran numero di artisti della scena italiana, di cui abbiamo un significativo saggio di produzione nelle sale della Chiesa di San Marco. La prima sala si apre con una serie di opere del secondo dopoguerra: la grande tela che accoglie, frontalmente lo spettatore è quella di Giuseppe Capogrossi, dal titolo *Superficie 512*, che esplora l'universo del colore, del simbolo e in cui si rincorre, come in un alfabeto misterioso, la forma a pettine (cara all'artista), qui in una combinazione che assume tratti quasi antropomorfi.

Ricordiamo poi i lavori di Alberto Burri, medico-soldato, che alla fine degli anni Quaranta si volge all'astrazione divenendo esponente dell'arte informale e dando inizio ad una sperimentazione materica. Altro nome importante presente nella sala è Lucio Fontana, con un'opera, *Concetto Spaziale*, che si discosta dalle più note, caratterizzate dai tagli nella tela; nell'opera in questione lo spazio pittorico non viene attraversato fisicamente in profondità dalla lama, ma tuttavia il rosso dell'inchiostro che segna

il centro della tela, già ne suggerisce la pulsione al superamento spaziale. Passando nella sala successiva retrocediamo di qualche anno, approdando ad opere degli anni Trenta e Quaranta che risultano ancora proiettate in un mondo di rappresentazione e natura. Tra queste troviamo la tela che è il punto focale della mostra, *L'Etudiant* (Ritratto di uno studente) di Amedeo Modigliani. L'importanza di quest'opera nasce innanzitutto dall'originalità del soggetto, in quanto è un rarissimo ritratto maschile nella produzione dell'artista di origine livornese, parigino d'adozione. La struttura massiccia, di consistenza quasi lignea del collo e del volto della figura, si contrappongono al celeste aereo degli occhi, che paiono bucare il piano pittorico facendo trasparire il cielo oltre la tela.

Un altro ritratto maschile presente nella sala è quello di Filippo De Pisis, *Ritratto di Rico* 1949, che si distingue per la pennellata veloce e discontinua, tipica del pittore, che tuttavia riesce a catturare con pochi tratti l'espressività



1905: "I conquistatori del sole"
di Giovanni Cominetti

del modello.

Proseguendo ancora a ritroso nel tempo incontriamo le opere di Mario Sironi, in assoluto uno degli artisti italiani più rappresentati nella Collezione americana e qui presente con ben sette opere; tra queste *Ballerina*, nella quale la frenesia della danza viene espressa dall'incastro di linee ed accensioni cromatiche con un esplicito richiamo alle opere futuriste. Infine l'ultima sala ospita una serie di capolavori, sia pittorici che scultorei, dei maestri del futurismo (Giacomo Balla, Umberto Boccioni, Carlo Carrà), del simbolismo (Adolfo Wildt con le sue minuziose acqueforti) e del divisionismo (Gaetano Previati). Un collegamento ideale con lo spirito di queste opere lo ritroviamo nell'ultima sala del precedentemente citato Museo Borgogna; in essa sono infatti raccolte alcune mastodontiche tele dell'artista vercellese Giovanni Cominetti che appaiono decisamente futuriste per la dinamicità, la forza cromatica e la valenza sociale delle rappresentazioni, ma con un tocco ancora divisionista nella tecnica pittorica.

Il percorso espositivo si conclude idealmente con la scultura in cera di Medardo Rosso "Ecce puer", che, agli inizi del 1900 rappresenta lo sguardo innocente e sorpreso della fanciullezza di fronte al nuovo mondo che si apre con inizio secolo.

E a noi non resta, col medesimo spirito, che avventurarci per le vie di Vercelli per goderci i molteplici piaceri che la città offre e nasconde al tempo stesso: tra la degustazione del celebre riso in rustiche trattorie o raffinati ristoranti, ed una rilassante passeggiata nelle suggestive vie del centro, scopriremo un angolo della provincia italiana meta perfetta per una fine settimana fuoriporta.

*Dr.ssa Diana Zarantonello, S.C.
Nefrologia e Dialisi Ospedale
S. Chiara di Trento

Voglia di leggere

Vargas Llosa, narratore anticonvenzionale:

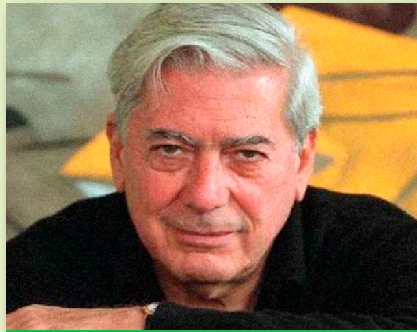
di Lonely Bear

VIn questo numero della rivista "Rene & Salute" vorrei parlare di Mario Vargas Llosa, Nobel della letteratura per il 2010. Un Premio giunto dopo anni di "nomination", un riconoscimento dovuto ad uno autore discusso, appartenente alla schiera importante degli scrittori sudamericani per nascita, ma figli del mondo per formazione e cultura. Il romanzo su cui vorrei soffermarmi non è nuovo (è stato pubblicato circa 5 anni fa), ma per chi non lo avesse ancora letto è assolutamente da non perdere. Si tratta di *Avventure della ragazza cattiva* (*Niña Mala*, nel titolo originale) la cui trama si struttura su una storia d'amore o, meglio, la storia di un'ossessione d'amore che per trent'anni condiziona le scelte e la vita del protagonista, Ricardo Somocurcio.

La prima volta in cui incontra Miraflores è nel 1950, durante una festa a Lima: entrambi sono poco più che bambini, ma lui se ne innamora subito; perdutamente.

Lei, però, è una ragazza cattiva, una *niña mala*, che indossa bei vestiti e parla della sua famiglia cercando di nascondere le sue origini povere, desiderosa di conquistare uomini ricchi e potenti che sappiano garantirle potere e agio sociale ed economico. Cosciente dell'amore che prova per lei il protagonista, Miraflores continua a sedurlo con il suo charme, negandosi sempre e alimentando sempre di più l'ossessione di Ricardo. Un giorno, però, scompare misteriosamente e Ricardo decide di proseguire per la sua strada.

Inaspettatamente il destino li fa incontrare nuovamente, anni dopo, all'ombra della Tour Eiffel. Ricardo, infatti, lavora a Parigi come traduttore; lei, invece, è soltanto di passaggio: è diventata una guerrigliera della Mir e si prepara per trasferirsi a Cuba per l'addestramento. Nonostante la passione travolgente, Ricardo decide di



Vargas Llosa

mantenere l'impegno preso con un suo amico e accompagna la ragazza all'aeroporto promettendole che presto sarebbero stati di nuovo insieme. Lei però, non torna più a Parigi e da quel momento è Ricardo a inseguirla per il mondo: a Cuba, mentre è tra le braccia di un comandante conosciuto al campo d'addestramento; di nuovo in Francia, come moglie di un diplomatico; in Inghilterra, tra le ricchezze e il lusso; e in Giappone, tra le mani di un mafioso che si serve di lei e la spezza dentro.

Ricardo è sempre con lei, come amante, confidente e amico e alla fine, in Francia, riesce a coronare il suo sogno d'amore: lei accetta di sposarlo, anche se il matrimonio e l'amore di Ricardo non sono sufficienti a calmare la sua anima inquieta.

Il finale lascia senza fiato; sullo sfondo della [storia](#), invece, un ritratto realistico e pieno di vita dell'Europa e del mondo latino-americano tra gli anni Sessanta e gli Ottanta, descritti attraverso una scrittura limpida e raffinata capace di affascinare.

Un'eterna regola della letteratura prevede che si possano scrivere poesie o romanzi d'amore solo in assenza dell'oggetto. Vale a dire quando l'amore non c'è; perché assente, lontano, malato, trapassato, trascorso o infelice. Si può dire anche in altri modi, ma l'es-

senza è quella: la felicità altrui risulta sempre noiosa. Sei felice? E allora? Chi se ne frega? Molto più fotogenica e appassionante è piuttosto l'infelicità, specialmente se riguarda gli altri. È così che il lettore o lo spettatore possono consolarsi della propria precarietà esistenziale: commisurandola col disastro del protagonista di una finzione. Anche in questo senso la letteratura è un esorcismo. La regola viene pienamente rispettata in questo romanzo, la cui protagonista è una di quelle donne capaci di fare impazzire chiunque abbia la sfortuna di innamorarsi di lei. Per gran parte del libro non ha nemmeno un nome: la cilenita, la peruanita, più tutti i cognomi degli uomini che sposa per la disperazione dell'io narrante, che la chiama semplicemente *Niña Mala*, ricambiato da lei con uno sfottente *Niño Bueno*. Nel corso di un'intervista, lo scrittore peruviano si è sorpreso che non esista in nessuna lingua del mondo una traduzione soddisfacente di *Niña Mala*, nel senso in cui viene chiamata fin dal titolo originale. In effetti non esiste magari la traduzione letterale: ma l'archetipo è ben noto a tutte le latitudini, e in certi ambiti gergali e maschilisti esiste una discreta approssimazione di significato, potremmo definirla con il termine di "profumiera", la ragazza che flirta e non concede, lascia credere e si sottrae adducendo pretesti ogni volta differenti, facendo sentire il profumo di sé, senza però mai concedersi completamente. La ragazza-profumiera viene pubblicamente additata come inaffidabile. Se la conosci cerchi di evitarla, sebbene ciò non impedisca ai maschi di innamorarsi di lei. A scampo di accuse di misoginia, bisogna dire che al mondo esisterà probabilmente un ugual numero di *niños malos*. Ma questi sono problemi di Vargas Llosa, che scontando la nomea di scrittore "di destra" può sorvolare sulla questione. Il romanzo funziona proprio nella misu-

LE AVVENTURE DI UNA RAGAZZA CATTIVA

ra in cui scatta il meccanismo di commiserazione nei confronti di Ricardo, colui che racconta in prima persona le diverse fasi della sua vita, attraversate da questa donna che si materializza ai quattro angoli del mondo, da Parigi a Londra a Tokio a Madrid. Ovunque lo porti il suo lavoro di traduttore e interprete, Ricardito viene raggiunto dalla Niña Mala, che è sempre lei pur apparendo ogni volta differente. Nell'intervallo fra un'apparizione e l'altra è come se la vita di Ricardo tendesse ad ammosciarsi (e ogni tanto viene il sospetto che stia per ammosciarsi pure il romanzo, che invece regge), salvo riaccendersi alla successiva incursione della donna. La protagonista appartiene, fra l'altro, alla categoria peggiore delle amate. È spesso lei a stanare la sua vittima, scuotendolo dalla normalità e irretendolo per brevi periodi, prima di scappare con qualche altro amante più facoltoso. Ricardo la caverà più volte dai guai, suscitando l'indignata solidarietà di amici e lettori, e ogni volta dovrà pentirsene. Il romanzo arieggia alla lontana le atmosfere da "realismo magico" comuni a molta letteratura sudamericana (vedasi il capitolo su Arquimedes, il costruttore di frangiflutti) ma tiene sotto controllo i rischi di manierismo grazie a uno stile sorvegliato, con poche cadute di convenzionalità e diverse impennate dello stile, come quando si parla di procurare alla donna un documento falso. Vargas Llosa se ne esce con un giro di parole molto elegante: "Il sottosviluppo aveva soluzioni pronte, anche se un po' costose, per casi come questo". La catarsi finale porta Ricardo, ormai anziano, a sublimare tante pene scrivendo il romanzo che il lettore tiene fra le mani. A conferma dell'assunto iniziale: l'amore è una fonte straordinaria di ispirazione letteraria, ma solo a patto che l'amore stesso si sia spento.

Vargas Llosa nasce a Arquipa (Perù) il 28 marzo 1936, e cresce in Bolivia fino

ai dieci anni, dopo la riconciliazione dei genitori torna a vivere in Perù. Ma il rapporto col padre è conflittuale e il futuro scrittore finisce in un collegio militare. La letteratura diventa un'evasione che lo accompagnerà per tutti gli anni universitari. Studia prima a Lima per poi trasferirsi a Madrid e lì concludere il percorso universitario.

Come molti intellettuali del suo tempo è però inesorabilmente attratto da Parigi, vero centro nevralgico di tutto ciò che di importante stava capitando in ambito artistico (e non solo) nei brillanti fine anni cinquanta. Nel frattempo, aveva sposato una zia acquisita di parecchi anni più vecchia di lui. Basti dire che proprio nella capitale francese ha modo di frequentare un intellettuale del calibro di [Sartre](#), diventandone amico e difendendone le idee, tanto che i suoi amici lo soprannominarono "il piccolo valoroso [Sartre](#)".

Collabora con vari giornali e nel '63 scrive *La città e i cani*, che in Europa ottiene un successo enorme, ma in Perù viene bruciato in piazza, perché considerato dissacrante. Due anni dopo pubblica *La casa verde*, un altro romanzo destinato a essere tradotto in venti lingue. Come del resto la trentina di romanzi successivi, cui si aggiungono testi per il teatro e il cinema, saggi, articoli politici su giornali e riviste. In questi anni conosce anche [Gabriel Garcia Marquez](#) e si avvicina alla rivoluzione cubana, mantenendo però una posizione critica.

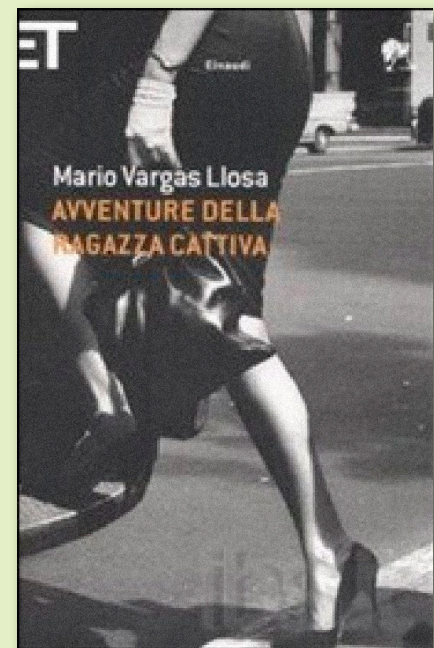
Nel corso degli anni viene insignito di svariati riconoscimenti tra cui il Premio nazionale del romanzo del Perù, il Premio Ritz Parigi [Hemingway](#), il Premio Principe di Asturias e molti altri. La sua opera si compone nel complesso non solo di romanzi, ma è da sempre sensibile ad altre forme letterarie: il cinema, il teatro, la saggistica oltre che dalla sempre intensa attività giornalistica.

Anche i suoi impegni pubblici si infit-

tiscono, tiene conferenze nelle università di tutto il mondo e ottiene cariche importanti, tra cui quella di presidente del Pen Club International. Accetta anche la cattedra di Simon Bolivar all'Università di Cambridge dove tiene corsi di letteratura.

Malgrado risieda in Europa, nel 1990 concorre alle elezioni presidenziali in Perù, ma viene sconfitto da Alberto Fujimori. Nel '96 è tra i fondatori della Fondazione Hispano Cubana che si propone di rafforzare e sviluppare i vincoli che da oltre cinque secoli legano i cubani agli spagnoli.

Nel 1996 ha fondato la Fondazione Hispano Cubana, un organismo che si propone di mantenere, rafforzare e sviluppare i vincoli che da oltre 500 anni esistono tra il popolo cubano e il popolo spagnolo. Attualmente Vargas Llosa abita a Londra, città dalla quale diffonde i suoi acuti ed interessanti articoli sui temi più disparati.



Micologia che passione!

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

Coltivazione industriale dei funghi

Nei precedenti articoli di micologia abbiamo sempre trattato di funghi selvatici, ovvero a crescita spontanea nel bosco o nei prati; in questo articolo invece tratteremo di funghi che vengono coltivati, pur essendo anche presenti in natura per crescita spontanea. Naturalmente devono corrispondere a tutti quei requisiti previsti dalle leggi vigenti in materia. Eccone alcuni attualmente in commercio:

AGARICUS BISPORUS.

È il più coltivato a livello industriale un po' in tutto il mondo. È conosciuto col nome volgare di prataiolo (o di champignon); la specie prende nome dalla presenza sui suoi basidi di due sole spore invece che quattro come hanno gli altri Agaricus.

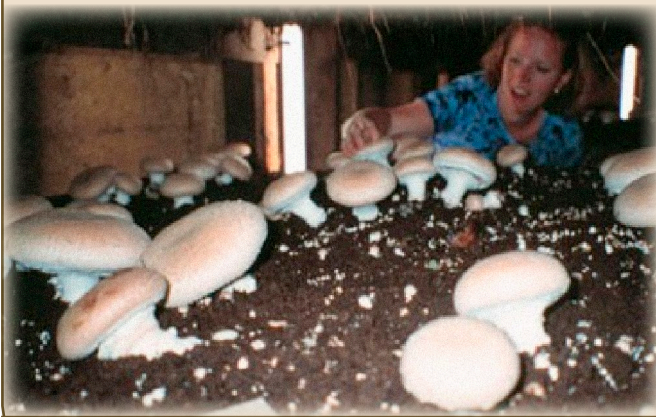
Cappello: ha un diametro di 5-10 cm, convesso, da biancastro a grigio brunastro anche bruno scuro, margine con orlo spesso denticolato.

Lamelle: inizialmente rosa, a maturità bruno nerastre.

Gambo: cilindrico, biancastro con anello cotonoso.

Carne: bianca, un po' arrossante nella parte alta del gambo e sopra le lamelle, con odore e sapore gradevole.

Nota: viene venduto in confezione chiusa che deve indicare la sede della distribuzione, la sede del magazzino, la sede dove è stato coltivato e confezionato, il nome latino completato con la dicitura funghi coltivati e la data di scadenza della confezione.



Agaricus bisporus (in crescita su substrato artificiale)

AGROCYBE AEGERITA.

Fungo che cresce anche spontaneo nei nostri boschi, parassita, all'occorrenza anche saprofita del pioppo, ma anche di salici, fichi, ippocastani. Viene chiamato pioppino o piopparello per la pianta che preferisce; è largamente diffuso nel sud Europa. Fa la sua comparsa in febbraio-marzo per proseguire fino a novembre, con più abbondanza nei periodi piovosi.

Cappello: 4-10 cm di diametro, con margine involuto, cuticola sempre secca, colore marrone scuro tendente nell'esemplare maturo a decolorarsi a partire dal margine, fino a diventare quasi interamente bianca con il solo disco color caffelatte.

Lamelle: fitte, diseguali fra loro, col filo spesso seghettato di colore biancastro-crema, poi caffelatte, infine bruno.

Gambo: cilindrico, di colore bianco; anello molto spesso, persistente bianco poi bruno perché coperto da spore.

Carne: spessa e soda, bianca; molto fibrosa nel gambo che pertanto va scartato dall'alimentazione.

Nota: Agrocybe aegerita va consumato fresco per la rapida deperibilità di questa specie.



Agrocybe aegerita

* 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. Foto riprese da internet

PLEUROTUS OSTREATUS.

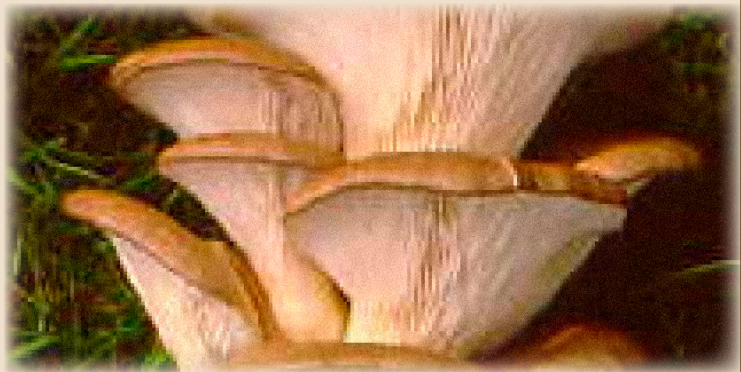
È un fungo saprofita, solo occasionalmente parassita, attacca le ceppaie e i tronchi di latifolia con netta preferenza per il pioppo e il gelso. Viene chiamato anche Gelone perché in natura compare a fine autunno-fine inverno.

Cappello: a forma di mensola, piuttosto carnoso, di colore grigio-bluastro, talvolta con tonalità bruno rossicce o nero-violacee. Cuticola sericea, tendente al viscoso con tempo umido.

Lamelle: piuttosto fitte, bianche con presenza di anastomosi alla base, decisamente decorrenti.

Gambo: laterale o eccentrico corto (1-2 cm), spesso appena differenziato dal cappello, con superficie talvolta irsuta.

Carne: bianca, compatta, quasi croccante negli esemplari giovani, con odore forte, talvolta sgradevole, secondo alcuni, quasi inodore secondo altri.



Pleurotus ostreatus - a (*In crescita su substrato artificiale*) - b (*crescita spontanea*)

LENTINUS EDODES.

Noto con il nome giapponese di shütake e cinese di tung-ku, fungo che abbiamo modo di assaggiare nei ristoranti cinesi.

Cappello: mediamente di 8-10 cm di diametro, ma può arrivare a 20, di colore grigio-bruno, rossiccio-bruno, al centro un po' più scuro, ricoperto da piccole squame villose, triangolari, orlo appendicolato da giovane con bordo involuto.

Lamelle: biancastre, tendenti al crema, poi grigiastre brunastre, quasi color carne, in parte macchiate di rugine con filo lamellare denticolato.

Gambo: 3-5 cm di lunghezza, 1-1.3 di grossezza, brunastro, non liscio ma ricoperto in tutta la sua lunghezza di evidenti squame biancastre.

Carne: bianca, compatta, presto anche un po' sugherosa, di sapore buono.

Nota: questo fungo non cresce spontaneo nei nostri boschi mentre viene coltivato a livello industriale nei paesi del Sud Est asiatico, Giappone in particolare.

Viene venduto essiccato; il suo aroma si sviluppa dopo il suo ammollo prima della preparazione del piatto.



Lentinus edodes

La mostra trentina di Fratel Venzo

Colori ed emozioni impressioniste

di Ezio Chini

Quando il pittore Mario Venzo, dopo una brillante vita d'artista entra nel 1941 nella Compagnia di Gesù assume il nome di *fratel Venzo* nella sua qualità di fratello coadiutore. Nasce nel 1900 a Rossano Veneto e dopo aver studiato all'Accademia di Belle Arti di Venezia si trasferisce a Parigi, allora capitale dell'arte moderna, dove vive fino allo scoppio della guerra nel 1939, affermandosi come pittore. Raggiunto il successo, conosce una profonda crisi esistenziale che lo porta, due anni dopo, a un radicale cambiamento di vita e a dedicarsi alla vita religiosa vivendo nelle Case dei Gesuiti di Lonigo, nel Vicentino e, a partire dal 1961, di Gallarate, dove muore nel 1989. Venzo è uno dei maggiori coloristi attivi in Italia nella seconda metà del Novecento e si è fatto conoscere attraverso numerose mostre personali non solo in Italia, ma anche in Francia, Germania, Colombia, Brasile e negli Stati Uniti d'America.

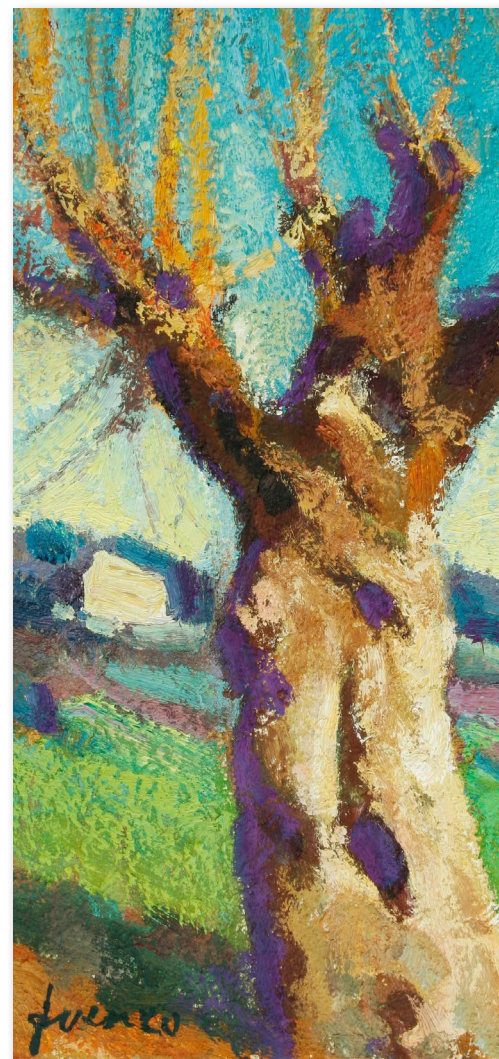
La sua produzione giovanile è ben documentata da un dipinto come *La finestra del mio studio a Parigi*, firmato orgogliosamente "mario venzo parigi 36", che segna l'affermazione professionale dell'artista: al di là del vaso di *Clivia miniata* è una veduta del Boulevard Beaumarchais di sapore ancora impressionista, ma il colore acceso del fiore e l'energica delineazione delle foglie lasciano già presagire i futuri sviluppi della sua pittura in senso "espressionista". Per Venzo il raggiungimento della piena identità artistica avviene solo nel corso degli anni Cinquanta con opere come *Autunno sui Colli Berici (Colli Berici a Lonigo)*, del 1958, in cui affronta un tema che gli è molto caro

come quello del paesaggio collinare dei dintorni di Lonigo, ma con una sensibilità coloristica e con una "costruzione" compositiva del tutto nuove, che lo portano ai limiti del figurativo. I toni accesi delle chiome degli alberi, audacemente stilizzate, si contrappongono a quelli azzurro-violacei di un cupo cielo incombente. La produzione pittorica di Venzo, dedicata in larga parte a una raffigurazione contemplativa e carica d'amore del paesaggio attraverso la forza trasfigurante del colore, prosegue fecondissima anche negli ultimi anni di vita, con esiti brillanti e di alta poesia. Ne è testimonianza eloquente *Il Platano in un paesaggio*, che porta anche il titolo *Il vecchio platano è vivo*. Titolo non attribuito dall'autore, ma che bene esprime la situazione spirituale di Venzo ormai alla soglia dei novant'anni, in cui un platano con i rami spogli, ma pronti a germogliare, si erge nella luce brillante di una primavera ancora acerba che accende i colori di un paesaggio collinare: immagine che non può non riflettere la percezione che l'artista ha di sé stesso e della propria serena e feconda longevità.

È stata costituita a Trento, a Villa S. Ignazio, nel 2007 ed è nata dalla collaborazione fra la Compagnia di Gesù e un gruppo di laici sensibili al fascino della personalità e dell'opera pittorica di Mario Venzo. Svolgendo attività di volontariato culturale, si occupa del suo importante lascito artistico, come si legge nello statuto: "non ha fini di lucro ed ha come scopo la valorizzazione e la divulgazione dell'opera artistica e della figura di Mario Venzo, fratello laico della Compagnia di Gesù, e di altri artisti contemporanei a lui vicini" (art. 3). È iscritta all'albo provinciale delle Associazioni di Promozione Sociale e ne è attualmente presidente Ezio Chini (sito: www.fratelvenzo.it; e-mail: fratelvenzo@vsi.it).

L'Associazione ha dedicato recentemente (5 marzo-10 aprile 2011) all'artista un'ampia mostra negli spazi espo-

sitivi messi a disposizione dal Comune di Trento (*Servizio Cultura, Turismo e Politiche giovanili*) all'interno di *Torre Mirana*, in via Belenzani, presentando cinquantotto dipinti, in gran parte di proprietà della Compagnia di Gesù e realizzati fra il 1931 e il 1989, che documentano quasi tutto l'arco creativo dell'artista: dalla fase iniziale, al tempo del soggiorno a Parigi fra il 1925 e il 1939, ai primi anni di vita religiosa, al mutamento di stile intorno al 1954, ai soggetti di tema sacro, fino ai luminosi paesaggi e alle esuberanti nature morte degli ultimi anni di vita. L'esposizione è stata curata da Ezio Chini, Vittorio Fabris e Paola Pizzamano insieme al catalogo che l'accompagna (*Fratel Venzo pittore, 1900-1989*), la cui realizzazione è stata affidata a Silvana Editoriale.



Il vecchio platano è vivo

Comunicazioni alla redazione di "Rene & Salute"

Un pensiero per ...

Abbiamo ricevuto dai nostri Soci e lettori il ricordo di due amiche e la vicenda del Centro dialisi di Borgo Valsugana

IRENE



"Uno scricciolo è volato in cielo", è con queste parole che Laura, la mia infermiera dell'ambulatorio di Nefrologia che avevo lasciato quando mi sono trasferito all'Ospedale San Camillo, mi ha detto che Irene era mancata..

Conoscevo Irene da oltre trent'anni. Era

stata la mia prima paziente, appena arrivato a Trento. La trovai in camera a 14 anni, seduta sul letto con i lacrimoni, ed ho potuto seguirla fino alla fine. Una vita passata nell'angoscia e nel dolore. L'angoscia della malattia che ti prende all'improvviso e ti cambia la vita. Una cosa è entrare in dialisi a sessant'anni, quando un po' di vita l'hai vissuta, altra cosa è farlo a quattordici anni. E poi ... Poi il desiderio di un trapianto renale che aspetti da tempo e che fallisce. Il rischio di perdere la vita. Una sorta di destino improntato alla sofferenza. Finalmente il rientro a Trento, ma nel frattempo si erano formati gli anticorpi, e con questi l'impossibilità di procedere al secondo trapianto. Ed allora la dialisi. Poi l'incontro con chi l'accompagnava in autolettiga, l'amore e il matrimonio (una piccola parentesi di felicità, ma breve). La malattia, la dialisi che non consente di stare sempre bene, con i suoi alti e bassi, i problemi della vita coniugale e il lavoro hanno contribuito al lento tracollo. Irene cercava l'amore, eppure la vita, tranne rari momenti di felicità, con lei si è rivelata doppiamente crudele. Il secondo trapianto avrà durata breve: solo due anni. Il tempo sufficiente per recuperare un po' di forze, trovare un lavoro sufficiente a sbarcare il lunario. Così la sua esistenza sembra cambiare ancora una volta, ma il destino ingrato è dietro l'angolo: ritorna in dialisi, con nuove sofferenze e altre preoccupazioni per la sua salute. Finché si apre una nuova possibilità per un terzo trapianto. L'intervento dà buoni risultati, per altri due anni. La sua vita cambia un'altra volta: riacquista le forze e riprende a lavorare, ma nuovamente le avversità si presentano: malgrado il rene perfettamente funzionante è costretta a farsi operare. Riprendono così le sofferenze, e deve sottoporsi anche alla chemioterapia. La sua vita riprende e incontra anche l'amore, ma un amore che la accompagna solo per brevi momenti, sufficienti tuttavia per darle la serenità di cui ha bisogno. Irene non sa che il suo destino è ormai segnato. Infatti, riecco la malattia che, questa volta, avrà definitivamente la meglio.

ERNESTINA

Chi, come noi, ha conosciuto da vicino Ernestina, difficilmente può sottrarsi ad una malinconica riflessione; questa: lo straordinario coraggio e la forza con cui ha affrontato i tanti momenti duri della sua esistenza non hanno avuto contropartite adeguate ai suoi meriti.

Provo un grande rimpianto, anche perché nelle frequenti occasioni in cui ci si trovava nel gruppo "Auto Mutuo Aiuto", o nelle corsie di dialisi, avrei voluto toglierle più a lungo dall'anima quel velo di tristezza, che lei cercava invano di dissimulare. Soprattutto negli ultimi mesi il suo sorriso, sollecitato da qualche simpatica battuta, si spegneva troppo rapidamente.

Mi aveva sorriso anche il giorno prima di lasciarci, quando, accanto al suo letto, mi teneva stretta la mano, quasi volesse ricevere da me e dai suoi cari che l'assistevano un po' più di sicurezza e un'ulteriore spinta affettuosa per affrontare l'ultima tappa del suo percorso terreno.

Nell'occasione abbiamo ricordato insieme alcuni momenti, così cari a lei, trascorsi con gli Amici del gruppo "Auto Mutuo Aiuto". Ci teneva tanto a quegli incontri che periodicamente organizzavamo nella sede dell'Associazione e mai rinunciava al successivo momento conviviale. Erano per lei piccoli rifornimenti di energia morale, che allentavano i persistenti fastidi inevitabilmente legati alla dialisi.

Nella riunione che, col nostro gruppo, abbiamo organizzato a pochi giorni dalla sua scomparsa, abbiamo voluto e gradito che fossero tra noi due delle figlie, perché l'atmosfera era troppo carica della sua presenza e dell'affetto che a lei ci



L'affetto di coloro che le vogliono bene la seguiranno fino alla fine, ma lo "scricciolo", concluderà il suo volo. A tutti noi rimarrà il suo sorriso, la gioia di averla conosciuta, e di averla seguita in questo lungo doloroso tragitto.

Paradossalmente, era lei che mi dava la carica. Lei, sempre serena, nonostante le sue sofferenze. Cara Irene ti abbiamo voluto tutti bene, ed anche chi ti aveva appena conosciuta non poteva non affezionarsi a te. Siamo certi che, finalmente, avrai trovato quella pace che durante la vita terrena ti è stata negata.

Alberto Valli

legava. Le ringraziamo.

Adesso, privati della sua carica umana, rischiamo di sentirci un po' meno ricchi e forse un po' più tristi.

Ma la consapevolezza di essere stati per lei compagni di viaggio affettuosi e sinceri ci dovrà stimolare a proseguire, proprio per riviverne positivamente la memoria, un cammino di rinnovato, solidale e reciproco sostegno.

Gianni Toninato

IL CENTRO DIALISI A BORGO VALSUGANA

Ero parroco da pochi anni a Carzano, quello che i valsuganotti chiamano "la riviera della Valsugana". Il ridente villaggio, che si snoda su quattro tornanti e alcuni masi, non è un paradiso terrestre (anche se sembra tale). Nelle due parole che ci si scambia sulla piazzetta della chiesa, un gioiello esagonale barocco, incontro una persona, ancor giovane, che per vivere aveva bisogno tre volte alla settimana di sottoporsi a dialisi. Attraverso di lui venni a conoscenza di una decina di persone che dividevano la sua sorte. Allora, chi si sottoponeva a dialisi doveva portarsi a Bolzano o a Bassano del Brenta. Da tempo si discuteva, e apparvero sui giornali le ipotesi più o meno valide e fantasiose, sul destino dell'ospedale di S. Lorenzo: perfino della sua chiusura.

Perché non dare accoglienza ai bisognosi di dialisi nel nostro ospedale per quei poveri ammalati che si sobbarcavano viaggi lunghi e tutt'altro che facili? Molti di loro tornavano febbricitanti con problemi per andare al lavoro il giorno dopo. Ne rimango molto colpito e mi vien spontaneo il dover fare qualche cosa.

Stilo la lista degli ammalati bisognosi di dialisi. Chiedo a don Pierino Dofsota, ora scomparso, di sostituirmi nella celebrazione della messa nelle domeniche in Carzano. Mi munisco di fogli e via, verso le parrocchie della Bassa Valsugana. Al termine della messa delle dieci, la più affollata, mi fermo pochi minuti, sufficienti a spiegare il problema: in fondo alla chiesa tavolini e matite per raccogliere firme da sottoporre ai politici di Trento per l'istituzione di un centro dialisi al S. Lorenzo evitando i problemi e i disagi summenzionati.

La gente si affollava per firmare mostrando di aver compreso il problema. La Valsugana era in quegli anni in vera crisi occupazionale. Di tanto in tanto prestavo dei sacchi a pelo agli operai che occupavano l'una o l'altra fabbrica per protestare contro la chiusura. Si sarebbe potuto fare qualche eclatante azione dimostrativa, ma non fu necessaria. Il malloppo di fogli firmati allegati alla richiesta di un centro dialisi a Borgo nell'ospedale di S. Lorenzo trovò fra i politici

e i tecnici un consenso inaspettato. Poi venni trasferito da Carzano a Terlago, Monte e Covelò. Un paio d'anni dopo mi giunse l'invito (forse confondo ma mi pare fosse firmato dal Sig. Lira) a partecipare alla cerimonia di apertura del centro dialisi dell'ospedale di S. Lorenzo in Borgo Valsugana. Non potei partecipare. Chi pensava allora che il diabete mi stava dando un appuntamento che mi porta oggi ad essere candidato alla dialisi per dar giorni alla mia vita.

don Giancarlo Pellegrini



Riportiamo di seguito i titoli degli articoli scientifici che sono stati pubblicati su *Rene & Salute* negli ultimi tre anni. Se qualcuno desidera una copia dell'articolo può farne richiesta all'Associazione

a cura di Maria Antonia Dalmartello

ANNO	TITOLO	AUTORE
2008/1	L'importanza della diuresi residua nei soggetti in dialisi	A. Laudon
2008/1	I tuoi reni ti danno la vita	C. Comotti
2008/1	Donazioni e trapianti renali nel 2007 la voce alle cifre	C. Andreotti
2008/1	Il complesso labirinto del sistema molecolare	S. Belli
2008/1	Eutanasia di un neurone	M. Magagni
2008/1	Lo Yoga della meditazione profonda al sostegno terapeutico	
2008/2	Verso un peso forma	C, Pedrolli
2008/2	Quattro trapianti per Quattro fratelli	C. Andreotti
2008/2	Il programma di cure del malato come " agenda condivisa"	A. Lama
2008/2	Le intossicazioni da funghi in Trentino	A. Valli, C.Comott, E. Brunelli
2008/2	Formazione della dialisi peritoneale	(l' equipe)
2008/2	Aspetti psicologici e relazionali nel paziente in dialisi	M.A. Floretta e S. Prada
2009/1	I caratteri della sindrome metabolica	S. Inchiostro
2009/1	La gestione del paziente anziano in terapia intensiva	C. Ronco
2009/1	Anche il nonno deve controllarsi la pressione	M. Mazzon
2009/1	Come contenere l'espansione del trattamento dialitico in una società che invecchia	C. Comotti
2009/1	Malattie renali e disfunzioni sessuali	A. Scardigli
2009/1	Il percorso del trapianto renale nella persona anziana	C. Andreotti
2009/1	Come valorizzare le professionalità in dialisi	A. Fratton
2009/2	Presente e futuro della sanità Trentina	G. Toninato
2009/2	La grande sfida dei prossimi anni	M. Mazzon
2009/2	Una consapevole gestione della propria malattia	M. Elena Tovazzi
2009/2	Raimund Margreiter : un primatista della trapiantologia	G. Toninato
2009/2	La dieta nel paziente in trattamento sostitutivo	C. Tognoli
2009/2	Un problema maschile	A. Scardigli
2009/2	Approccio multi disciplinare al paziente dializzato	A. Bandera
2010/1	È nato il lettoculla	A. Valli e C. Lanzingher4
2010/1	Insufficienza renale acuta e metodiche depurative in terapia intensiva	F. Valente
2010/1	Ricerca genetica e insufficienza renale	C. Pattaro
2010/1	Sull'attività di trapianto renale a Trento nel 2009	C. Andreotti
2010/1	Giornata mondiale del rene : perché vale	G. Toninato
2010/1	Prevenzione delle malattie renali	
2010/1	Gli uccelli di New York	M. Ragagni
2010/2	Verità o bugie nelle scatole dei medicinali?	S. Belli
2010/2	Anche la natura ha i suoi limiti	A. Conforti
2010/2	L'empowerment del paziente emodializzato	R Peruzzo
2010/2	Lotta ai tumori nel terzo millennio – il contributo della radioterapia	L Tomio
2010/2	Vitamina D semplice, ma non semplice vitamina	R Bortolotti
2010/2	La celiachia	C. Pedrolli

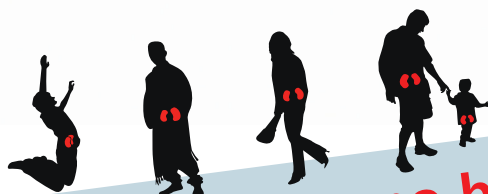


GIORNATA MONDIALE 10 DEL RENE marzo 2011

TRENTO - P.zza Cesare Battisti
dalle 9 alle 14



Croce Rossa Italiana



Stanno bene i tuoi reni?

- Per effettuare una corretta prevenzione è sufficiente:
- misurare la pressione arteriosa una volta all'anno
 - eseguire l'esame delle urine una volta all'anno

Controlla se sei a rischio.

Al mondo 1 persona su 10 ha un danno renale.
PORTARE LE URINE, RACCOLTE AL MATTINO, IN APPOSITO CONTENITORE (reperibile in farmacia)



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia

IL PRESIDENTE A.P.A.N.
D.ssa Serena Belli



Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

a cura della D.ssa C. Comotti
Segreteria Organizzativa E. Comai

IL DIRETTORE
S.C. Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Chiara - TN
Dott. Giuliano Brunori

Vi ricordo che se volete potete donare il 5 per mille alla nostra associazione; il C.F. è 96006150229

AUGURI A TUTTI DI BUONA PASQUA