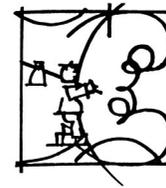


# RS



**A**ssociazione  
**P**rovinciale  
**A**mic*i* della  
**N**efrologia

RENE&SALUTE

**ANNO XXVI - MARZO 2012 - 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 - 38122 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



- ▶ **EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA IN PROVINCIA DI BOLZANO**
- ▶ **QUALE SPAZIO ALLA SCELTA NUTRIZIONALE, NELL'ERA DELLE STATINE?**
- ▶ **L'EPATITE DA VIRUS C**
- ▶ **MANTENERE L'IDONEITÀ**
- ▶ **NUOVE NORME IN MATERIA DI IGIENE ORALE**
- ▶ **QUANDO LA MANO FA MALE**
- ▶ **ASPETTI CLINICI E DI LABORATORIO NELL'IPERCALCEMIA**
- ▶ **CORRETTE PROCEDURE RIDUCONO UNA INFEZIONE DIFFICILE DA CURARE**
- ▶ **SUL TEMPO**
- ▶ **UN BRUCIORINO LÌ**
- ▶ **IL PAZIENTE ESPERTO: UN FUTURO POSSIBILE**
- ▶ **MUSTAFA**
- ▶ **CAFFÈ MAROCCO**
- ▶ **DOLCEAMARO**
- ▶ **IL RITRATTO DEL GUERRIERO**
- ▶ **CLAUDE MONET E L'ATELIER DELLA NATURA**
- ▶ **VADEMECUM SEMISERIO PER VIAGGIATORI CURIOSI: ALLA SCOPERTA DELL'INDIA (E DEGLI INDIANI)**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**
- ▶ **CORO ALTRETERRE**
- ▶ **NELLE PAGINE DEL TEMPO LE PAROLE SALVATE DAI RICORDI**

# sommario

Epidemiologia della malattia renale cronica in provincia di Bolzano di Bruno Giacon	3
Quale spazio alla scelta nutrizionale, nell'era delle statine? di Nadia Citroni	5
L'epatite da virus C di Danila Bassetti	6
Mantenere l'idoneità di Cristina Andreotti	8
Nuove norme in materia di igiene orale di Fulvio Campolongo	10
Quando la mano fa male di Roberto Bortolotti	11
Aspetti clinici e di laboratorio nell'ipercalemia di Teresa Di Palma	13
Corrette procedure riducono una infezione difficile da curare di Fabrizio Valente	14
Sul tempo a cura di Luisa Pevarello	15
Un bruciorino lì di Andrea Scardigli	16
Il paziente esperto: un futuro possibile di Anna Dalprà, Camilla Bridi, Maura Chini, Veronica Ressa, Fabiola Crosina, Nadia Pergher	17
Mustafà di Donata Borin	20
Caffè Marocco di Salvatore Marà	22
Dolceamaro di Anna Maria Ercilli	23
Il ritratto del guerriero di Eugenio Russolo	24
Claude Monet e l'atelier della natura di Aldo Nardi	26
Vademecum semiserio per viaggiatori curiosi: alla scoperta dell'India (e degli indiani) di Diana Zarantonello	27
Voglia di leggere di Lonely Bear	30
Micologia che passione! di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli	32
Coro Altreterre	34
Nelle pagine del tempo le parole salvate dai ricordi	35

## Cari amiche e cari amici,

mi sembra opportuno utilizzare questo spazio, la seconda di copertina, per segnalarvi una importante azione messa in atto dalla Dirigenza Sanitaria della APSS. Il giorno 22 febbraio 2012 c'è stato un incontro tra le Associazioni dei Cittadini, e la Dirigenza della Azienda Sanitaria. Il titolo dell'incontro era: **L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**. Sono state presentate le nuove competenze della APSS, riguardo a situazioni nelle quali l'aspetto sociale si intreccia a quello più strettamente sanitario. Hanno preso la parola la dottoressa Paola Maccani (Direttore per l'Integrazione socio-sanitaria) ed il Direttore Generale della APSS, dottor Luciano Flor. In base alla legge provinciale n. 16, del 23 luglio 2010, la Provincia intende infatti promuovere l'integrazione socio - sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare i bisogni di salute delle persone, che necessitano dell'**erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale**, allo scopo di garantire la continuità curativa e assistenziale. È stato spiegato come funzioneranno i punti unici di accesso ed il modello organizzativo di funzionamento delle unità di valutazione multidisciplinare. Data la complessità dell'argomento, nel prossimo numero di *Rene&Salute* speriamo di riuscire ad ottenere una intervista con la dottoressa Paola Maccani. In questo contesto ci sembra comunque importante sottolineare la sensibilità e il rispetto umano che trasparivano dalle parole dei due relatori. Sono seguiti alcuni interventi e domande dei presenti, tutti rappresentanti di varie associazioni di volontariato provinciali.

La Presidente  
dott.ssa Serena Belli



In copertina da:  
Carlo Zinelli  
Uccelli, cani e quattro cerchi bianchi  
su fondo giallo - 1964  
Tempera e inchiostro blu su carta, 70 x 50 cm

## RENE&SALUTE

Trimestrale d'informazione e cultura dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.) - Anno XXVII - 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:**  
38122 TRENTO - Via Sighele, 5  
Tel. 0461 914 206 - [apan.tn@alice.it](mailto:apan.tn@alice.it)

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

**COLLABORATORI per questo numero:** Cristina Andreotti, Danila Bassetti, Lonely Bear, Serena Belli, Donata Borin, Roberto Bortolotti, Camilla Bridi, Ermanno Brunelli, Fulvio Campolongo, Maura Chini, Nadia Citroni, Fabiola Crosina, Anna Dalprà, Teresa Di Palma, Anna Maria Ercilli, Antonio Fondriest, Bruno Giacon, Aldo Nardi, Nadia Pergher, Luisa Pevarello, Veronica Ressa, Eugenio Russolo, Andrea Scardigli, Fabrizio Valente Alberto Valli, Diana Zarantonello.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di marzo 2012.

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».

# Epidemiologia della malattia renale cronica in provincia di Bolzano

di Bruno Giacon\*

**L'**invito da parte della redazione di Rene&Salute, di scrivere di epidemiologia delle malattie renali, in provincia di Bolzano, costituisce per me un onore, ma anche una grande responsabilità. Significa inoltre parlare un po' anche della mia vita non solo professionale, ma soprattutto delle tante, tantissime persone con le quali ho condiviso parte del cammino di vita con le relative ansie, preoccupazioni, dolori, ma anche gioie.

Molto è cambiato da quando, nel 1975, è stato aperto il reparto di Nefrologia: dai pochi pazienti dializzati dell'inizio, ai primi emozionanti trapianti renali, attraverso i progressi tecnologici e scientifici fino alla realtà attuale di centinaia di pazienti dializzati e trapiantati di rene. Un percorso in cui le associazioni dei pazienti sono state una presenza costante, di supporto, ma anche di stimolo, con il contributo delle tante persone che hanno dedicato impegno ed energie, spesso fra una dialisi e l'altra, a favore dei nefropatici. È anche grazie a loro, se l'assistenza a questi pazienti ha raggiunto i livelli attuali.

Ciò non di meno, negli ultimi anni sono emersi alcuni problemi che richiedono una valutazione attenta e l'adozione di misure appropriate. Alcuni studi epidemiologici, pubblicati in anni recenti, hanno destato molto interesse, ed altrettanta preoccupazione, non solo tra i medici, ma anche fra gli amministratori ed i politici: veniva infatti riportato che circa il 10 per cento della popolazione è affetto da una malattia renale cronica, percentuale che può arrivare al 20 per cento in particolari gruppi a rischio, quali i soggetti diabetici, gli ipertesi, i

cardiopatici. Una certa percentuale di questi soggetti ha anche una riduzione più o meno grave della funzione renale, tra questi un gruppo arriverà alla dialisi. Improvvisamente ci siamo resi conto che conosciamo a fondo i pazienti dializzati, mentre sappiamo molto poco degli altri soggetti.

Il numero dei pazienti dializzati è in costante aumento: attualmente si calcola siano circa 2 milioni i soggetti in trattamento dialitico, numero destinato a salire a 4 milioni nel 2030. La terapia dialitica ha permesso una sopravvivenza ed una qualità di vita impensabile fino a qualche decennio fa, ma rischia di diventare vittima del suo stesso successo. Le conoscenze scientifiche acquisite nel tempo, unitamente allo sviluppo tecnologico, permettono di trattare efficacemente un grande numero di pazienti, ma questo ha portato con sé diversi problemi, non ultimi quelli riferibili alla sostenibilità economica.

Basti pensare che in paesi come Stati Uniti o Messico, ogni anno circa 350 pazienti per milione di popolazione (pmp), necessita del trattamento dialitico: per gli Stati Uniti questo significa quasi 100.000 nuovi dializzati all'anno. In Europa, è la Germania ad avere un numero elevato di nuovi pazienti (220 pmp = circa 22.000 pazienti/anno), mentre in Italia abbiamo 150 nuovi pazienti pmp, complessivamente circa 9.000 nuovi pazienti/anno. Inoltre, ogni anno osserviamo un aumento costante dell'età all'ingresso in dialisi e del numero dei pazienti diabetici, che iniziano il trattamento dialitico.

Nell'ambito di questi dati è interessante notare come la nostra Regione, con un valore di 110 pmp, si ponga fra le



migliori regioni italiane.

Complessivamente nella nostra regione vi sono circa 1.000 pazienti fra dializzati e trapiantati, equamente divisi fra la provincia di Trento e quella di Bolzano, con un numero di trapiantati pari a quello dei dializzati, situazione che ci contraddistingue rispetto al resto d'Italia.

Di questi pazienti noi abbiamo molte informazioni: sappiamo che sono in maggioranza di sesso maschile, con età media intorno ai 65 anni, affetti per lo più da malattie cardiovascolari, oppure diabetici, solo in piccola parte con malattie renali primitive (glomerulo nefriti, rene policistico).

La gestione di questi pazienti è complessa, sia dal punto di vista clinico, che organizzativo, sia economico, che sociale. La domanda che tutti ci facciamo riguarda il futuro di questo settore: aumenteranno i pazienti, basteranno i posti dialisi, avremo risorse economiche e di personale sufficienti? Non è facile dare risposte a queste domande, perché è difficile individuare i soggetti a rischio. In Italia abbiamo degli studi che indicano intorno al 3 per cento della popolazione i soggetti con insufficienza renale manifesta, a rischio dialisi.

In provincia di Bolzano, in collaborazione con l'osservatorio epidemiologico, abbiamo provato a definire le dimensioni di questa popolazione, attingendo ai vari strumenti disponibili. Ci siamo subito resi conto che non erano strumenti adeguati né l'esen-

zione ticket per insufficienza renale (non tutti i pazienti con insufficienza renale hanno la corrispondente esenzione ticket, in quanto questa patologia non sempre viene riconosciuta, oppure il paziente è anziano e già gode di una esenzione più ampia per età e reddito), né la prescrizione di farmaci. Infatti questo strumento va molto bene per i diabetici, che usano gli antidiabetici orali o l'insulina, o per gli ipertesi, che usano farmaci specifici, mentre non vi sono farmaci specifici per l'insufficienza renale. Ne consegue che in provincia di Bolzano sappiamo che vi sono circa 30.000 ipertesi, 17.000 diabetici, mentre vi sarebbero solo 1300 soggetti con insufficienza renale cronica, compresi i pazienti dializzati e trapiantati.

Questo dato è in contrasto con quanto si può rilevare dalle schede di dimissione ospedaliera: nel periodo dal 2004 al 2009 si sono registrati 3.086 nuove diagnosi di insufficienza renale ed altri 1.600 sono i pazienti con insufficienza renale, presenti nel Registro Provinciale del Diabete. In totale abbiamo circa 5.000 pazienti con insufficienza renale, pari all'1% della popolazione altoatesina.

Grazie a questa indagine abbiamo appreso alcune informazioni importanti: si tratta di soggetti anziani (11.8%

della popolazione oltre i 75 anni), nel 90% sono anche cardiopatici, nel 20% diabetici, con una altissima mortalità. La spesa annua per questi pazienti variava da 14.000 Euro fino ai 45.000 Euro dei pazienti dializzati. In realtà non tutti i soggetti con ridotta funzione renale sono stati ricoverati almeno una volta e, tra la popolazione generale, non tutti sono a conoscenza di una eventuale malattia renale. Grazie alla collaborazione con i laboratori di biochimica clinica degli ospedali di Bolzano e Brunico è stato possibile consultare tutti i referti di laboratorio, prodotti fra il giugno 2008 e novembre 2009. In questo modo sono stati individuati circa 10.000 soggetti con valori patologici di creatinemia. Di questi, circa 7.000 avevano valori di creatinina modestamente elevati (creatinina 1,4 - 2 mg/dl), 2.200 soggetti avevano creatinina 2.1 - 4 mg/dl, e ben 700 soggetti avevano creatinina > 4 mg/dl. Questi dati sono riferiti ad una popolazione di circa 330.000 abitanti, rapportati all'intera popolazione (500.000 abitanti) vanno aumentati di un terzo, con un dato complessivo di 15.000 soggetti con insufficienza renale cronica, pari a circa il 3% della popolazione. Il dato, sorprendentemente, è sovrapponibile a quanto riportato da altri studi epi-

demiologici italiani.

Perché riteniamo che sia importante individuare i soggetti con insufficienza renale?

Molti studi clinici confermano che i soggetti con insufficienza renale sono a rischio di complicazioni cardiovascolari; riconoscere precocemente questa patologia permette di trattare in maniera più aggressiva i comuni fattori di rischio cardiaco (ipertensione, diabete, colesterolemia, sovrappeso), ma anche di esercitare una azione preventiva contro la progressione dell'insufficienza renale. In questo senso è vantaggiosa l'introduzione di farmaci come gli ACE inibitori o i Sartani e, contemporaneamente, l'astensione da terapie dannose per il rene (farmaci antidolorifici, in particolare i FANS, o certi antibiotici) o dall'esecuzione di esami radiologici con mezzo di contrasto.

In definitiva, la gestione del paziente nefropatico, per la sua complessità, vede coinvolte un gran numero di figure professionali, ma il ruolo determinante, in tutte le fasi della malattia, è svolto da un parte dal paziente stesso, attore e regista della propria storia, mentre dall'altra parte si colloca lo specialista nefrologo, che ha le conoscenze e la cultura per gestire, dalla diagnosi alla cura, ogni fase delle malattie renali. Il riferimento allo specialista nefrologo è la garanzia per il paziente di poter godere di una assistenza mirata e di alto livello. Un terzo polo, infine, può essere rappresentato dalle associazioni dei nefropatici, che devono dare voce e forza a questi pazienti, proponendosi come interlocutore istituzionale ad ogni livello, in uno spirito di positiva collaborazione.

Questo articolo costituisce una sintesi dell'intervento presentato dall'autore in occasione del convegno "NEPHROLOGY TODAY ON EUREGIO" organizzato a Bolzano dal 4 al 5 novembre 2011.

*Il Primario dottor Giacon, con il suo staff*



\* Dr. Bruno Giacon,  
Direttore Divisione di Nefrologia  
e Servizio Dialisi, Ospedale  
S. Maurizio di Bolzano

Prevenzione cardiovascolare con la dieta mediterranea

## Quale spazio alla scelta nutrizionale, nell'era delle statine?

di Nadia Citroni\*

**L**o stile di vita e l'alimentazione sono un importante fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari. Per questo motivo le linee guida nazionali ed internazionali raccomandano le modificazioni dello stile di vita, come intervento prioritario nella prevenzione cardiovascolare.

La corretta alimentazione è pertanto l'intervento terapeutico basilare, a tutti i livelli di prevenzione.

Numerose evidenze in letteratura, ricavate da importanti studi epidemiologici e da studi di intervento, dimostrano che la scelta dei nutrienti può essere determinante nella riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori e minori. Essendo difficile valutare isolatamente l'effetto dei vari nutrienti sul profilo lipidico, nei vari studi si sono considerati gli effetti di sostituzioni isocaloriche dei vari macronutrienti.

In sintesi, per quanto riguarda l'assetto lipidico, gli acidi grassi saturi sono i maggiori determinanti dell'aumento del colesterolo LDL (colesterolo "cat-



tivo"), seguiti dagli acidi grassi trans, che determinano anche una riduzione del colesterolo HDL (colesterolo "buono") ed un aumento della lipoproteina (a).

Il colesterolo dietetico influenza in modo variabile, ma anche meno rilevante, la colesterolemia. Gli acidi grassi insaturi, specie i polinsaturi, riducono il colesterolo LDL ed il rischio

cardiovascolare, mentre i monoinsaturi hanno un effetto neutro.

Recenti evidenze suggeriscono inoltre che anche la scelta proteica può influenzare le lipoproteine. In particolare le proteine animali sembrano essere peggiorative sul profilo lipidico e, di conseguenza, sul rischio cardiovascolare, rispetto alle proteine del pesce o di origine vegetale.

I carboidrati, specie se semplici e non associati all'assunzione di fibre, possono favorire, mediante un aumento dei trigliceridi ed una riduzione del colesterolo HDL, la comparsa della dislipidemia aterogena.

Sono numerosi i dati in letteratura che supportano la tesi che la dieta mediterranea sia superiore ad altri modelli dietetici, nel ridurre non solo gli eventi cardiovascolari, sia quelli infausti (con decesso) che quelli a migliore prognosi, ma anche la mortalità da cause non strettamente cardiovascolari.

La dieta mediterranea tradizionale, ricca in proteine vegetali, pesce, fibre dietetiche, olio di oliva, noci e vino fornisce un variegato apporto di nutrienti ricchi di antiossidanti, monoinsaturi, fibre, fitosteroli, magnesio, acido folico, che possono influenzare positivamente il rischio cardiovascolare attraverso effetti antiinfiammatori e cardioprotettivi. Inoltre, la dieta mediterranea modifica molteplici fattori di rischio, favorendo la riduzione del peso corporeo, dell'insulino-resistenza, dei valori pressori ed il miglioramento del profilo lipidico, anche attraverso la riduzione della formazione delle LDL ossidate.



\* Dr.ssa Nadia Citroni,  
Ambulatorio Dislipidemie e  
Malattie Metaboliche, Medicina  
II, Ospedale S. Chiara di Trento

Nel mondo sono 180 milioni le persone infettate

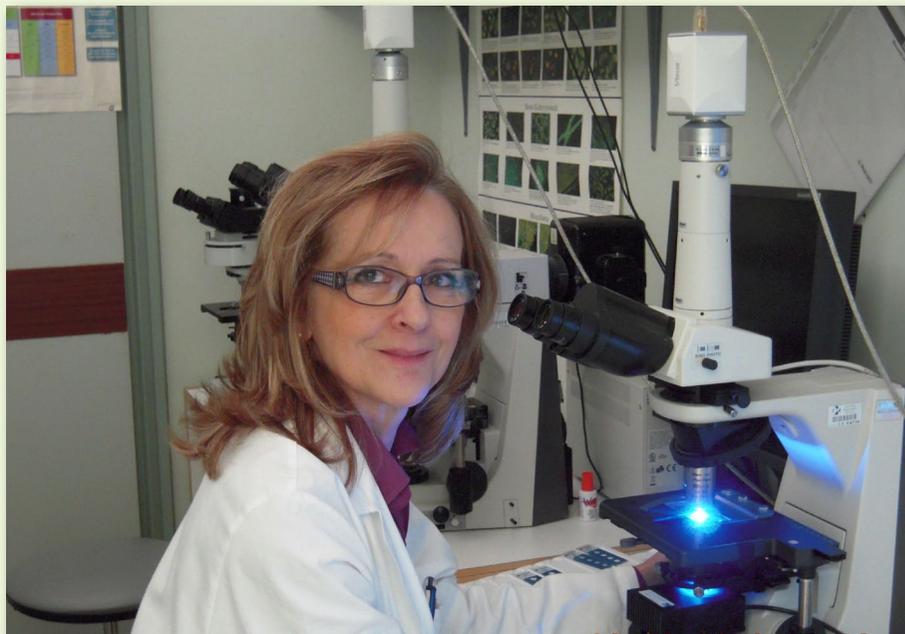
## L'epatite da virus C

di Danila Bassetti\*

**L'**epatite virale di tipo C costituisce uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica, a livello mondiale, e rappresenta una costante minaccia anche per i pazienti affetti da patologie renali. Prima della sua precisa identificazione, ad opera di Houghton e collaboratori nel 1989, essa era definita per esclusione: epatite non-A e non-B. Da allora i progressi e le conoscenze, riguardo alle sue caratteristiche virologiche, epidemiologiche e cliniche, hanno aperto nuovi orizzonti, anche nel campo terapeutico.

È un'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), virus a RNA di piccole dimensioni appartenente alla famiglia dei Flavivirus, genere Hepacivirus, di cui è l'unico rappresentante. Esso presenta una notevole variabilità genetica, sulla base della quale sono stati definiti diversi genotipi e sottotipi: attualmente sono noti 6 principali genotipi, numerati da 1 a 6 ed i corrispondenti sottotipi identificati con una lettera minuscola (1a, 1b, etc.). La prevalenza dei vari genotipi è differente nelle diverse aree geografiche: i genotipi 1-3 sono predominanti nei Paesi industrializzati, mentre il genotipo 4 è più diffuso nel Medio Oriente e nelle regioni dell'Africa centrale, i genotipi 5 e 6 sono endemici rispettivamente nel sud dell'Africa e nel sud-est dell'Asia. Il genotipo virale è utile per prevedere la risposta alla terapia antivirale.

Nel mondo si calcola che 180 milioni di persone siano state infettate dal virus, circa un quarto di queste guarirà spontaneamente, mentre gli altri vanno incontro ad infezione cronica. Di questi ultimi, il 15-25 per cento evolverà



verso un'insufficienza epatica grave, con rischio di sviluppo di carcinoma epatocellulare ed indicazione prioritaria al trapianto di fegato (**Figura 1**). In Italia i soggetti che hanno contratto l'epatite C sono due milioni, i nuovi casi sono circa tremila l'anno e diecimila le persona che annualmente muoiono per le conseguenze dell'infezione. L'incidenza, cioè i casi nuovi di epatite C nella popolazione generale, è molto bassa: 4-6 casi ogni 100.000 per anno. La prevalenza, cioè la percentuale totale di soggetti che hanno contratto l'epatite C nella popolazione generale è varia e risente dell'effetto di coorte, dovuto a variazioni economico-sociali intercorse negli anni: superiore al 5 per cento nei soggetti nati prima del 1940, intorno al 3 per cento in quelli tra il 1940 e 1949, infine è inferiore all'1,5 per cento in quelli tra il 1950 e 1959. Nelle popolazioni più giovani si riscontra una prevalenza ancora inferiore. Esistono tuttavia dei sottogruppi di popolazione, cosiddetti a rischio, con una prevalenza significativamente più elevata (in genere superiore al 10%).

Essi sono rappresentati da soggetti che fanno o hanno fatto uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, dai pazienti emodializzati, dai soggetti che hanno ricevuto trasfusioni o emoderivati prima del 1990, anno in cui è stato obbligatoriamente introdotto il test di screening per HCV in tutti i donatori. La prevalenza per infezione da HCV è più alta anche nei soggetti conviventi con portatori di HCV ed in soggetti con attività sessuale promiscua.

Il virus dell'Epatite C si trasmette prevalentemente attraverso il sangue di soggetti già infetti. La maggior diffusione del virus è avvenuta negli anni 1960-70, quando pratiche chirurgiche ambulatoriali e cure dentarie erano frequentemente effettuate con strumenti e siringhe di vetro multiuso, senza un'adeguata attenzione alla disinfezione.

Attualmente situazioni di rischio sono ancora rappresentate dall'uso promiscuo delle siringhe tra i tossicodipendenti. È certamente buona regola assicurarsi che, nelle pratiche estetiche (manicure e pedicure) e nell'ese-

cuzione di tatuaggi o piercing, venga utilizzato materiale monouso. Esiste anche la possibilità di trasmissione materno-fetale, questo è il motivo per cui è consigliata la ricerca di anticorpi per HCV, nell'ultimo trimestre di gravidanza.

Il periodo di incubazione varia tra i 30 giorni ed i 3 mesi: abitualmente il virus provoca un'infezione senza sintomi o solo un'inspiegabile stanchezza. In alcuni soggetti si manifestano sintomi aspecifici, quali: difficoltà digestive, nausea, lieve prurito o, molto raramente, ittero (colorazione gialla degli occhi e della pelle). Per la maggior parte dei casi un soggetto può scoprire di essere HCV positivo nel corso di controlli effettuati casualmente, per altri motivi di salute.

L'infezione nella maggioranza dei casi (circa il 75%) non guarisce e assume un andamento cronico, con evoluzioni diverse: dall'epatite cronica, alla cirrosi, fino alla possibilità di sviluppare una neoplasia del fegato. La progressione della malattia è variabile ed è condizionata dal tipo di virus C, dal sistema immunitario del paziente, da altre patologie concomitanti e dall'abuso di alcool.

La diagnosi viene generalmente eseguita mediante test di laboratorio specifici ed il rilievo di aumento delle transaminasi (enzimi del fegato). Oggi la diagnosi di laboratorio dell'infezione da HCV è estremamente attendibile, con sensibilità e specificità vicine al 100% (**Figura 2**). I test diagnostici in uso si possono distinguere in: test indiretti, che evidenziano la risposta anticorpale agli antigeni virali (anti-HCV e RIBA), e test diretti che cercano il genoma virale.

Il test per la ricerca degli anticorpi anti-HCV deve essere eseguito nei pazienti con segni clinici o biochimici di malattia del fegato (**Figura 3**) mentre, in assenza di segni di malattia, il test dovrebbe essere effettuato in tutti coloro che presentano fattori di rischio per l'infezione: fra queste categorie rientrano anche i soggetti sottoposti ad emodialisi.

L'analisi accurata dell'andamento dei valori delle transaminasi, la presenza di antigene core di HCV, la comparazione con i livelli di HCV-RNA nel siero

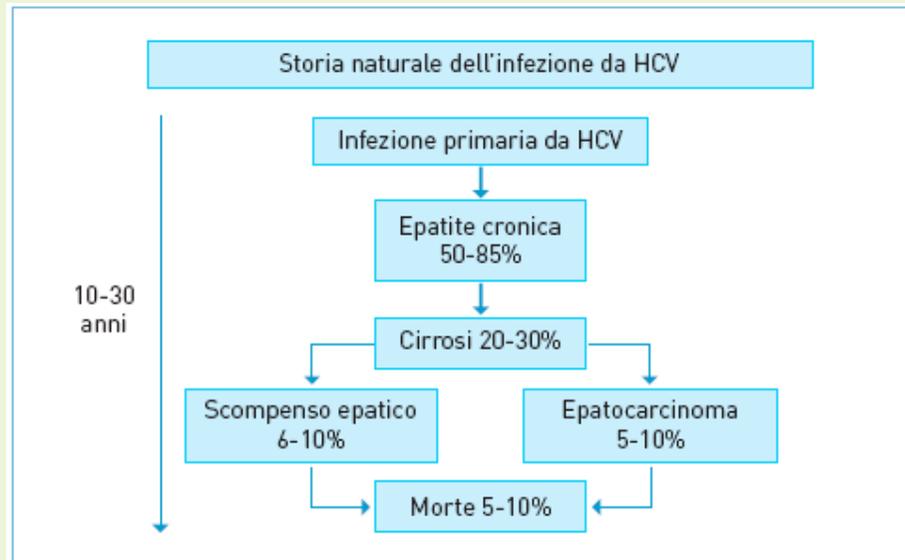


Figura 1- Storia naturale dell'infezione da HCV

TEST DIAGNOSTICO PER L'INFEZIONE CRONICA DA HCV				
Quadro clinico	ELISA	RIBA	HCV RNA	ALT
Infezione cronica HCV	Positivo	Reattivo	Positivo	Alterate o normali
Infezione progressa da HCV	Positivo	Reattivo	Negativo	Normali (*)
Falsa positività anti-HCV	Positivo	Negativo	Negativo	Normali (*)

ELISA = enzyme - linked immunoassay [test di screening]  
 RIBA = recombinant immunoblot assay [test di conferma]  
 ALT = alanina aminotransferasi.

(\*) In assenza di altre cause di epatopatia

Figura 2 - Interpretazione dei test di Laboratorio

Test	Diagnosi e screening	Conferma	Inquadramento e follow up	Durata della terapia	Valutazione della risposta alla terapia	Predittività di risposta sostenuta (SVR)
Transaminasi	●		●			
Anti-HCV ELISA	●					
Anti-HCV RIBA		● (2)				
HCV RNA qualitativo	● (1)	●	●		●	
HCV RNA quantitativo					●	●
Genotipo HCV				●		

(1) Solo nel caso di sospetto di un'infezione recente, e nei donatori di sangue  
 (2) In casi selezionati (vedi testo)

Figura 3 - Uso dei test di Laboratorio

e l'individuazione del genotipo specifico, sono tutti indicatori prognostici validi, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia della terapia antivirale e la sua persistenza nel tempo.

La terapia per la infezione da HCV si avvale attualmente dell'uso di interferone peghilato, a lunga emivita, in combinazione con la ribavirina, gli schemi di trattamento sono diversi a seconda del genotipo coinvolto: in genere i genotipi 2 e 3 sono più favorevoli, con mantenimento nel tempo di una risposta più duratura.

Diversi fattori condizionano la decisione di sottoporre i pazienti a terapia anti-HCV: lo stadio della malattia, il rischio di progressione, l'età del paziente, la presenza di altre patologie, la probabilità di successo, la presenza di controindicazioni e, naturalmente, le motivazioni del paziente stesso.

Il rilievo, anche occasionale, di una positività anticorpale per HCV, impone un'attenta valutazione da parte del medico curante, che avvalendosi di colleghi specialisti, prescriverà indagini strumentali e di laboratorio più approfondite, al fine di inquadrare l'assetto clinico del paziente ed indicare la terapia specifica, se opportuna.

Al momento non esistono vaccini utili contro l'epatite C e il loro allestimento sarà molto difficoltoso, vista la grande variabilità genetica del virus stesso. Attualmente un gruppo di scienziati italiani sta lavorando alla creazione di un vaccino ottenuto con virus modificati, in grado di stimolare sia la produzione di anticorpi che di linfociti T specifici.

Per ora l'unica prevenzione efficace consiste quindi nell'astensione da comportamenti a rischio, nell'utilizzo di strumentario monouso o di facile disinfezione, nella esclusione di rischi minimi di infezione, connessi alle pratiche trasfusionali o di donazione, ottenuta mediante l'esecuzione di test specifici, diretti ed indiretti, in tutte le unità da trasfondere.

\* Dr.ssa Danila Bassetti,  
Responsabile Struttura Semplice  
Sierologia e Autoimmunità  
Ospedale S. Chiara di Trento

## Lista di attesa per trapianto renale

# Mantenere l'idoneità

di Cristina Andreotti\*



**B**reve descrizione di un caso: uomo di 52 anni in emodialisi da 5 anni, con ipertensione e diabete tipo 2, messo in lista trapianti subito dopo l'inizio della dialisi. A due anni dall'inizio del trattamento dialitico, il nostro paziente presenta un infarto acuto del miocardio, viene pertanto temporaneamente sospeso dalla lista. Sottoposto a by pass aorto-coronarico è stato rivalutato e messo nuovamente in **lista attiva per trapianto**, nonostante alla angio-TAC presenti diffuse calcificazioni vascolari delle arterie iliache.

Ma cosa s'intende per la lista di attesa? Si tratta di un elenco di persone che hanno bisogno di un trapianto di rene e che sono state valutate clinicamente idonee a riceverlo. A livello locale la valutazione viene fatta presso il nostro Ambulatorio Trapianto Renale, dove il medico compila la cartella di idoneità, che viene poi avallata presso il Centro Trapianti di riferimento.

Le persone sono elencate non solo con i loro dati anagrafici ma, soprattutto, con la loro situazione immunologica: tipizzazione HLA e percentuale di anticorpi anti HLA presenti nel loro siero.

La presenza di anticorpi anti HLA è periodicamente monitorata sui campioni di siero da noi inviati al Centro di Immunologia di riferimento, ogni terzo mese. La presenza di eventuali anticorpi è espressa con il PRA, cioè la quantità percentuale di anticorpi contro i linfociti del pannello linfocitario. Nel tempo sono state create delle organizzazioni di allocazione dei trapianti come il Nord Italia Transplant (NITp) e l'Eurotransplant. Il NITp lavora per un gruppo di regioni del nord Italia: Lombardia, Liguria, Veneto, Trentino, Friuli, Marche. L'Eurotransplant è un'organizzazione sovranazionale, alla quale sono iscritti i nostri pazienti che sono in lista di attesa presso il Centro di Innsbruck. Presso queste organizzazioni è conser-

vata ed aggiornata la lista dei candidati in attesa di trapianto.

Il personale dei Centri di Immunologia di riferimento assegna gli organi secondo la compatibilità di gruppo ABO e HLA e secondo algoritmi, che considerano il tempo di attesa del soggetto in lista e la corrispondenza di fascia di età tra donatore e ricevente. Eseguono inoltre il *cross match*, ultimo test immunologico pre-trapianto, che verifica se il ricevente ha anticorpi contro il potenziale donatore.

In Italia esiste anche il Centro Nazionale Trapianti, con sede presso il Ministero della Sanità, che coordina l'attività delle organizzazioni interregionali e mantiene attiva la lista dei soggetti iperimmuni, cioè coloro che, avendo una percentuale di anticorpi superiore all'80 per cento del panel linfocitario, hanno bisogno di trovare un donatore compatibile all'interno di tutto il pool nazionale.

Finché una persona non presenta problemi clinici severi, viene definita in lista attiva. Quando, durante il tempo di attesa, la persona dovesse sviluppare problemi clinici, viene temporaneamente sospesa e, se il problema è risolto, la sua posizione di lista viene riattivata.

In base ai dati del Centro Nazionale Trapianti, al 31 dicembre 2011 in Italia erano in lista di attesa di trapianto di organi solidi > 9000 individui, di questi 6500 attendono un rene, con un tempo di attesa medio stimato in 2,85 anni/ per rene.

Nell'Eurotransplant al 31 dicembre 2011 erano in attesa di un rene 10.231 persone. Nel NITp al 20 febbraio 2012 abbiamo in attesa 2450 pazienti. Peraltro, nei Centri Trapianto del NITp nel 2011 sono stati fatti 678 trapianti renali.

Qui in Trentino, sono 26 le persone in lista di attesa, ma nel 2011 abbiamo potuto contare su 20 interventi di trapianto, tra cui 3 da donatore vivente.

È il medico dell'Ambulatorio Trapianto Renale che controlla il mantenimento della condizione d'idoneità al trapianto; negli ultimi anni, essendo i riceventi non sempre giovani, il principale rischio da presidiare è quello cardiovascolare.

Ogni persona entra in lista con un profilo di rischio cardiovascolare valutato secondo controlli ematochimici, valutazione clinica e anamnestica, controlli cardiologi strumentali tra i quali ecocolor-doppler cardiaco, scintigrafia miocardica basale e dopo stress test, TC coronarica e, se necessario, coronarografia. I fattori di rischio di cui tenere conto sono: età superiore a 50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, attitudine al fumo, familiarità positiva per patologia cardiovascolare. Abbiamo pazienti a rischio basso, con 1 o 2 fattori di rischio, a rischio medio con più di 2 fattori o con vasculopatia periferica di I o II grado o con segni ecocardiografici di lieve insufficienza cardiaca, abbiamo infine pazienti a rischio più elevato.

Ad ognuno di loro, dopo l'iscrizione in lista di attesa, consegniamo una relazione con indicate le scadenze alle quali eseguire gli accertamenti ed i controlli necessari a tenere aggiornata la situazione cardiovascolare.

Importante è anche il monitoraggio degli anticorpi anti HLA, eseguito ogni 3 mesi, oltre alla vigilanza sul prelievo di un campione supplementare, eseguito 15 giorni dopo una eventuale trasfusione di sangue.

Per quanto riguarda invece i pazienti iperimmuni, costoro sono registrati nella lista unica nazionale.

Attualmente, per questi pazienti è possibile un trattamento desensibilizzante con plasmaferesi e con immunoglobuline a basse dosi, secondo il protocollo del John Hopkins, comunque in tutte le casistiche, anche dopo desensibilizzazione si registra una percentuale di rigetti acuti più elevata della media, intorno al del 30-40 per cento.

Ci sembra importante sottolineare che anche il paziente ha le sue responsabilità, la prima delle quali è il mantenersi in forma, facendo attività fisica e migliorando la propria situazione muscolo scheletrica. La definizione della situazione cardiovascolare, fatta per l'iscrizione in lista di trapianto, è la base per impostare un programma di esercizi, adeguato a quel particolare paziente.

Se la persona non ha alcun allenamen-



*la dottoressa Andreotti con il dottor Giacom in occasione del Convegno dell'Euregio*

to, inizierà con esercizi di stretching, poi passerà ad esercizi aerobici: camminata svelta, bicicletta, nuoto. Anche la ginnastica yoga è perfetta per mantenere un buon equilibrio psico-fisico. E' anche importante, per il paziente in lista di trapianto, nutrirsi adeguatamente, evitando incrementi di peso, controllare che la fosforemia rimanga nella norma, per evitare la deposizione di calcio fosfato sulle pareti vascolari, oltre ad informare sempre il personale dell'Ambulatorio Trapianti delle eventuali variazioni cliniche. E' inoltre necessario che il paziente segua i programmi di prevenzione delle neoplasie: PAP test e mammografia periodica per le donne, controllo del PSA per gli uomini. Per tutti gli ultra cinquantenni è necessario anche un controllo del sangue occulto ed una colonscopia, secondo la campagna di prevenzione.

E da ultimo non dimenticare, banale ma non troppo, di comunicare al personale dell'Ambulatorio eventuali variazioni di indirizzo o di telefono.

\* Dr.ssa Cristina Andreotti,  
Responsabile Ambulatorio  
Trapianto renale  
Ospedale S Chiara di Trento

La salute del cavo orale nel paziente con malattia renale

## Nuove norme in materia di igiene orale

di Fulvio Campolongo\*

**N**ei primi decenni del 1900 è stata formulata la teoria della "malattia focale". Secondo molti studiosi gli streptococchi, batteri presenti nei tessuti infiammatori del cavo orale, avrebbero la capacità di diffondere attraverso il torrente circolatorio e di causare patologie infiammatorie in altri organi del corpo, localizzandosi più frequentemente a livello del rene, delle articolazioni e del cuore.

I denti affetti da infezione della polpa dentaria (pulpopatie da carie dentarie) o da lesioni periapicali (granulomi apicali) erano ritenuti la causa principale. La "teoria focale" nata in Inghilterra, si diffuse velocemente e fu causa, negli anni trenta-quaranta del secolo scorso, di generazioni di soggetti resi edentuli, senza denti, per le numerose estrazioni dentarie effettuate.

Negli anni successivi, gli studi microbiologici, batteriologici ed istologici gettarono le basi della moderna endodonzia, applicazione di procedure terapeutiche volte ad ottenere la guarigione anatomica delle differenti patologie della polpa dentaria. Lo sviluppo dell'endodonzia ha consentito, in seguito, la conservazione funzionale dei denti colpiti da patologia pulpare attraverso una adeguata terapia odontoiatrica conservativa.

In epoca più recente si sono affermate nuove teorie che ipotizzano un ruolo secondario del focolaio infettivo-infiammatorio dentario: lo sviluppo della malattia sarebbe in connessione con altri elementi patogenetici difficilmente quantificabili.

Il principale motivo a sostegno di queste teorie è dovuto al basso gra-

do di associazione tra presenza di foci infettivo-infiammatori dentari, molto diffusa, e il raro verificarsi di una patologia focale. Tuttavia numerosissimi dati scientifici dimostrano il ruolo svolto da un buon stato di salute del cavo orale sull'organismo in generale. La letteratura scientifica internazionale è infatti concorde nel ritenere che la continua e prolungata presenza di batteri e tossine nel cavo orale sia in grado di modificare le pareti vasali, favorendo l'insorgenza di processi aterosclerotici, determinati dall'azione diretta di agenti infettivi e dall'azione indiretta della risposta immune conseguente. Il rilascio di mediatori infiammatori, che contribuiscono al progresso degli eventi aterogenetici e tromboembolici, è quindi in grado di influenzare la malattia cardiovascolare.

Per quanto riguarda la malattia renale è nota la possibilità di sviluppo, nel bambino, di una glomerulonefrite acuta poststreptococcica, a seguito di tonsilliti sostenute da ceppi di streptococco beta-emolitico tipo A.

Dalle considerazioni che abbiamo fatto si deduce che il paziente con malattia renale - in dialisi, in attesa di trapianto o trapiantato - dovrebbe porre particolare attenzione allo stato della propria salute orale, al fine di prevenire eventuali complicanze legate a infezioni-infiammazioni dei denti e/o delle gengive.

Quali raccomandazioni per una corretta prevenzione potrebbero essere utili per i pazienti e per gli operatori? La visita odontoiatrica periodica, semestrale o annuale, l'ablazione del tartaro e la cura o estrazione degli



elementi dentari compromessi, sono sicuramente raccomandazioni in grado di migliorare, nel tempo, lo stato di salute del cavo orale. Per i pazienti in attesa di trapianto queste raccomandazioni sono inserite nel Protocollo di Valutazione infettivologica pre-trapianto, secondo il quale è prevista anche l'esecuzione di una radiografia delle arcate dentarie e di una visita odontoiatrica, con eventuale bonifica dei foci dentari.

Per gli operatori, odontoiatri e igienisti dentali, è raccomandabile che la programmazione delle cure sia effettuata nel giorno seguente la dialisi (per il possibile sanguinamento) che venga prescritta la profilassi antibiotica, specialmente nei pazienti trapiantati, che vengano utilizzati farmaci a metabolismo epatico e che l'uso dei farmaci ad escrezione renale sia particolarmente attento per quanto riguarda le dosi. Va infine ricordato che l'eventuale anestetico locale utilizzato, non deve contenere adrenalina.

In considerazione delle particolari esigenze assistenziali dei pazienti nefropatici l'Assessorato alla salute della provincia di Trento ha previsto per questi pazienti un regime di erogazione protetto.

L'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento è disciplinata dalla Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22

e, annualmente, vengono emanate specifiche direttive per la sua applicazione.

La più recente normativa - Delibera di Giunta provinciale n. 3012 del 30 dicembre 2011- prevede, per i pazienti sottoposti ad emodialisi (cod. 0.23), pazienti sottoposti a trapianto (cod. 052) o in attesa di trapianto (cod. 0.50), la possibilità di interventi curativi e protesici presso le strutture odontoiatriche dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS). Per accedere alle prestazioni il paziente deve essere in possesso della Certificazione specialistica attestante la patologia e del tesserino di esenzione per patologia cronica, ai sensi del D.M. 329/1999. Gli interventi garantiti dalla APSS sono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria, per i quali sono previste alcune restrizioni.

Gli interventi curativi, rivolti a questa tipologia di pazienti, vengono erogati presso gli ambulatori dei Distretti, a titolo gratuito, a beneficio degli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale vigente. Gli interventi di assistenza protesica sono erogati - secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF - presso l'Unità operativa multizonale di Odontostomatologia dell'Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana. Le prestazioni chirurgiche, in particolare per i pazienti in attesa di trapianto, sono erogate presso l'Unità operativa multizonale di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Presso l'Ospedale S. Chiara è altresì attivo un Servizio di Igiene dentale ospedaliero che supporta le attività, sia da un punto di vista della prevenzione, della informazione e motivazione del paziente all'igiene orale, sia da un punto di vista assistenziale, con specifici programmi di igiene orale professionale e controlli nel tempo.

\* Dr. Fulvio Campolongo,  
Direttore U.O.M. di  
Chirurgia Maxillo Facciale e  
Odontostomatologia  
Ospedale S. Chiara di Trento

Come distinguere tra artrite e artrosi

## Quando la mano fa male

di Roberto Bortolotti\*

L'enorme importanza della mano per ciascuno di noi non richiede particolari commenti. Su questa parte del corpo si potrebbero dire moltissime cose: a partire dalla sua funzione di organo prensile e tattile, di coordinamento con la vista, di strumento di estrema sensibilità atto ad analizzare ed esplorare il mondo che ci circonda, parte integrante dell'apprendimento, fin dall'età infantile, e poi organo essenziale per la nostra abilità lavorativa, di espressione di emozioni e di tante altre cose.

Quando la mano "si ammala" numerose possono esserne le cause. Tra le affezioni più frequenti molte appartengono al gruppo delle patologie reumatiche. In genere è il dolore e la deformità articolare che indirizzano verso una valutazione specialistica. L'esame della mano è sicuramente un atto importante nella visita del paziente reumatico, in quanto racchiude spesso degli elementi chiave per indirizzare verso una corretta interpretazione diagnostica.

Un passo fondamentale è la distinzione tra forme infiammatorie (artrite) e degenerative (artrosi). Aspetti clinici e strumentali aiutano a distinguere questi due importanti gruppi di patologie, che richiedono trattamenti differenti. La prevalenza della **artrosi della mano** aumenta con l'età fino a interessare il 40% della popolazione. Le sedi più tipicamente interessate sono le articolazioni interfalangee distali e prossimali e la base del pollice (articolazione trapezio metacarpale). Questa affezione colpisce maggiormente il sesso femminile a partire dell'età media di 50 anni. I fattori causali sono



ancora poco noti. Grande peso è svolto dalla componente genetica (spesso questa manifestazione è presente in più membri familiari) mentre, contrariamente a quanto viene comunemente creduto, poco rilevante è il ruolo dei fattori climatici nel determinare questa affezione. Il dolore compare gradualmente in relazione allo sforzo articolare, talvolta si associa a senso di intorpidimento delle dita e moderata rigidità. Localmente si possono presentare chiari aspetti infiammatori, di durata limitata, con lieve arrossamento e tumefazione locale, che conducono poi alle nodosità articolari e talora alla deformità con perdita dell'allineamento dei capi articolari.

Altra sede tipica è l'articolazione alla base del pollice (rizo-artrosi). La salienza che si viene a determinare a questo livello, dovuta alla sporgenza alla base del primo osso metacarpale, conferisce il cosiddetto aspetto a "mano quadrata". Il dolore è presente soprattutto nei movimenti di opposizione del pollice con le altre dita, in particolare nelle prese di oggetti sottili come si attuano nel cucire con un

ago, nella scrittura con una penna o nel girare una chiave nella toppa. Un primo provvedimento curativo utilizza un tutore che, indossato come un mezzo guanto rigido, blocca e mette a riposo l'articolazione riducendo il dolore.

Il trattamento farmacologico si basa fondamentalmente sull'utilizzo dei farmaci antinfiammatori non steroidei, in particolare nelle fasi di maggior espressione dei sintomi e dei segni di infiammazione. Non è raro tuttavia osservare importanti deformazioni a carico delle articolazioni interfalangee, senza che il paziente riferisca alcun disturbo a tale livello, se non l'impossibilità di togliersi l'anello ed un danno estetico.

Quando parliamo di **artrite** invece intendiamo un processo diverso. In questo caso l'infiammazione è presente in maniera più persistente e diffusa. Il dolore è più continuo ed in particolare si associa ad una rigidità articolare prolungata, in genere oltre mezz'ora, al mattino, al risveglio. Le mani sono una sede tipica di esordio dell'**artrite reumatoide**. I dati oggi disponibili dimostrano che in Italia vi sono da 3 a 7 persone su mille affette da questa malattia. Ogni età ne è interessata, ma più frequentemente fra i 35 e i 50 anni, privilegiando le donne con un rapporto di 4:1 rispetto ai maschi. L'artrite reumatoide è considerata una malattia cronica ed autoimmune. Il termine autoimmune indica che alcune cellule del sistema immunitario possono modificarsi e attaccare il proprio organismo. Vari organi del corpo umano possono essere colpiti, ma più frequentemente è coinvolto il tessuto sinoviale, che riveste internamente le nostre articolazioni. La membrana sinoviale aumenta di volume ed aggredisce le strutture adiacenti: tendini, legamenti, ossa e cartilagine. Nelle forme tipiche si riconosce tumefazione e dolore alle piccole articolazioni, con coinvolgimento bilaterale e simmetrico. A livello delle mani, tipicamente sono coinvolte le articolazioni metacarpo falangee e interfalangee prossimali. In questo caso è raro l'interessamento delle interfalangee distali.

L'artrite reumatoide può, con il passa-

ARTROSI	ARTRITE
<p>È una malattia degenerativa della cartilagine articolare che conduce nel tempo a una sofferenza dell'osso. Le aree più colpite, oltre alle mani, sono: <b>colonna vertebrale, anca, ginocchio, dita dei piedi</b></p>	<p>È un'infiammazione che attacca i tessuti articolari e le ossa causando il danneggiamento progressivo. Le aree più colpite, oltre alle mani, sono: <b>colonna vertebrale, bacino, ginocchio, piedi</b></p>
 <p>Articolazioni della mano più spesso interessate nell'<b>artrosi</b></p>	 <p>Articolazioni della mano più spesso interessate nell'<b>artrite</b></p>
<b>I SINTOMI</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta durante il movimento e si riduce con il riposo</li> <li>• Non è presente di notte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È indipendente dal movimento</li> <li>• È presente anche di notte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è presente nelle forme lievi</li> <li>• È presente nelle forme moderate e gravi</li> <li>• È sempre transitoria: non supera mai la mezz'ora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È tipica alla mattina e si protrae per almeno un'ora</li> <li>• Migliora con il movimento</li> <li>• Riguarda più articolazioni contemporaneamente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo in alcuni casi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Di solito è presente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono assenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipende da quanto è superficiale l'articolazione interessata</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>DOLORE</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>RIGIDITÀ</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>GONFIORE</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>CALORE E ROSSORE</b></p>	

re degli anni, provocare gravi deformità articolari con deviazione delle dita, rotture tendinee e quindi importante limitazione delle capacità funzionali della mano. Negli ultimi anni grande importanza è stata attribuita al riconoscimento e trattamento precoce dell'artrite. Attualmente, attraverso esami ematici e radiologici che, unitamente alla esperienza clinica, consentono una diagnosi ed un trattamento appropriato fin dalle prime settimane dall'esordio, in una percentuale rilevante di casi si arriva ad un pieno controllo della malattia, ossia alla regressione del dolore, della tumefazione ed alla prevenzione della deformità. Altre affezioni a carattere infiammatorio possono manifestarsi con quadri simili, tra queste ricordo la artrite correlata alla presenza di psoriasi (artrite psoriasica) o la forma determinata dalla deposizione di microcristalli (gotta e pseudogotta).

Nella diagnosi differenziale è inoltre

fondamentale porre attenzione al dolore da danno neurologico. Una sindrome molto diffusa è quella legata alla compressione del nervo mediano del polso (tunnel carpale) che provoca dolore, formicolio alla mano e talvolta impaccio motorio, che in qualche caso può mimare, o essere associato, al dolore articolare.

La mano quindi rappresenta una sede spesso coinvolta in molte affezioni reumatiche. Per le sue caratteristiche anatomiche risulta essere una sede ben valutabile e indagabile, fin dalle prime fasi di esordio della malattia. Un pronto riconoscimento e un adeguato trattamento sono di primaria importanza per preservare al meglio la sua preziosa funzione.

\* Dr. Roberto Bortolotti,  
U. O. Reumatologia,  
Ospedale S. Chiara di Trento

# Aspetti clinici e di laboratorio nell'ipercalcemia

di Teresa Di Palma\*

Il calcio rappresenta uno degli elettroliti più importanti del nostro organismo ed è coinvolto nel controllo di numerosi processi a livello intra ed extra - cellulare, come la contrazione muscolare, la conduzione nervosa, la coagulazione, la regolazione enzimatica, la divisione cellulare. La concentrazione plasmatica del calcio dipende da vari fattori, che vedono coinvolti numerosi apparati quali: intestino, rene, osso, paratiroidi. Come tutti gli altri elettroliti, anche il calcio deve rimanere entro determinati valori minimi e massimi (mantenere l'omeostasi), al fine di non compromettere il funzionamento dei nostri organi, apparati, cellule. È infatti noto che sia la ipocalcemia (valori troppo bassi) che la ipercalcemia (valori troppo alti) possono danneggiare il nostro organismo e sono causa di sintomi, più o meno gravi. A seconda dei livelli plasmatici di calcio, l'ipercalcemia si distingue in: lieve, moderata e grave. Tra le cause responsabili dell'incremento plasmatico di calcio dobbiamo distinguere tra ipercalcemie da aumentato assorbimento di calcio, come l'elevata introduzione di calcio con la dieta, l'ipervitaminosi D, la milk alkali syndrome, e quelle da ridotta eliminazione renale dello stesso, come la ipercalcemia ipocalciurica familiare. Troviamo inoltre: l'ipercalcemia da aumentato riassorbimento osseo, come nell'iperparatiroidismo primitivo, secondario o terziario; l'ipercalcemia da neoplasie quali il mieloma multiplo, il linfoma, i tumori non metastatici con produzione di PTHrP. Infine, altre cause più inusuali e rare di ipercalcemia sono: la tireotossicosi, l'immobilizzazione, le patologie granulomatose, l'ipervitaminosi A, la terapia con litio o con diuretici tiazidici, con estrogeni o antiestrogeni. In questa serie di patologie così diver-



se tra loro, ma non sempre semplici da differenziare, di fondamentale importanza ai fini diagnostici, risultano essere **gli esami di laboratorio**, tra i quali sono fondamentali i dosaggi ematici ed urinari di calcio e fosforo, seguiti dalla elettroforesi delle proteine, dalla albuminemia e dalla creatinemia. Di seguito andranno anche eseguiti: l'emogasanalisi, il dosaggio del paratormone (PTH), dell'ormone tireotropo (TSH) e delle vitamine A e D. Da ultimo può essere utile anche il dosaggio dell'enzima di conversione dell'angiotensina, a cui si possono aggiungere esami via via più complessi, che sono eseguiti solo in alcuni centri quali il PTH related protein o il dosaggio dei recettori per il calcio.

Tra **gli esami strumentali utili** a completare la diagnostica, a seconda del sospetto clinico, si utilizzeranno indagini quali la radiografia del torace, la mammografia, l'ecografia, la TAC, la scintigrafia paratiroidea.

La sintomatologia presentata dai pazienti varia notevolmente, a seconda dell'entità dei valori plasmatici di calcio e della velocità con la quale questi sono stati raggiunti. I pazienti possono essere asintomatici, e quindi l'ipercalcemia viene riscontrata casualmente, in occasione di esami di routine. Altre volte, invece, il paziente può presentare manifestazioni cardiologiche come l'aritmia, neurologiche quali l'ansia,

la depressione, i cambiamenti della personalità, la confusione mentale. Non sono rare nemmeno manifestazioni gastrointestinali come la stipsi, l'ulcera peptica o la pancreatite acuta, oppure renali come la calcolosi ed infine l'insufficienza renale.

La terapia varia a seconda dei valori plasmatici del calcio e della gravità del quadro clinico. In alcuni casi sarà sufficiente la sospensione dei fattori predisponenti quali l'elevato introito di calcio, o la sospensione di terapie quali i diuretici tiazidici o il litio. In altri casi sarà necessario un trattamento mediante l'idratazione salina a concentrazione elevata, o l'utilizzo di farmaci quali il cortisone, i calcio-mimetici, i difosfonati, fino ad arrivare a trattamenti specifici più invasivi, quali la dialisi, la paratiroidectomia o terapia della neoplasia, quando la causa dell'ipercalcemia è la presenza di un tumore.

Certamente, come spesso accade in medicina, la cosa più importante è fare un corretto inquadramento dello stato di salute del paziente ed un corretto inquadramento della causa della ipercalcemia, la terapia sarà poi una semplice, diretta conseguenza.

\* Dr.ssa Teresa Di Palma,  
S.C.Nefrologia  
Ospedale S. Chiara di Trento

## Infezione da epatite C e insufficienza renale cronica

# Corrette procedure riducono una infezione difficile da curare

di Fabrizio Valente\*

**L'**infezione da virus dell'epatite C presenta una larga diffusione a livello mondiale. I dati di prevalenza ed incidenza nella popolazione generale sono omogenei in Europa Occidentale e Nord America, mentre si attestano su valori nettamente superiori nei paesi dell'Est Europa, Medio Oriente ed Africa Sub-Sahariana.

Il virus dell'epatite C (HCV) ha come target specifico l'epatocita, all'interno del quale si riproduce e ne determina, alla fine del ciclo replicativo, la distruzione, causando la progressiva perdita della funzionalità epatica fino alla cirrosi.

Nell'ambito delle manifestazioni extra-epatiche in corso di infezione da epatite C, si può verificare anche un coinvolgimento renale. E' infatti nota l'associazione tra infezione da HCV e nefropatie come nel caso della glomerulonefrite membranoproliferativa, talvolta complicata da una sovrastimolazione di linfociti B e produzione di particolari immunoglobuline, denominate crioglobuline, responsabili di un severo danno della struttura vascolare renale.

Più rare cause di glomerulopatie, sempre nel contesto di una epatite C, sono: la nefropatia a depositi di IgA, la glomerulonefrite membranosa e la glomerulosclerosi focale e segmentale. Pertanto, la coesistenza di un'infezione da virus dell'epatite C aumenta il rischio di sviluppare insufficienza renale *de novo*, o di aggravare un preesistente danno renale.

Per quanto concerne i pazienti in trattamento dialitico extracorporeo,

è storicamente nota un'elevata prevalenza ed incidenza di epatite C, in tale popolazione, con notevole variabilità rispetto all'area geografica, ma anche tra Centri dialisi di una stessa regione. La prevalenza attuale di epatite C nella popolazione dializzata, varia da un 5% nel Nord Europa è tra il 10 - 20% in Europa Meridionale e Stati Uniti e va da un 10 fino al 70% nei paesi in via di sviluppo. I dati relativi ai pazienti in dialisi, nei paesi occidentali, confermano tuttavia la progressiva riduzione dell'incidenza dell'infezione da HCV. I motivi di questa riduzione sono legati principalmente all'utilizzo di eritropoietina, che ha drasticamente ridotto la necessità di emotrasfusioni, al miglioramento della sensibilità e specificità dei test sierologici per la diagnosi e lo screening degli emoderivati, all'implementazione delle misure di controllo delle infezioni e delle precauzioni universali da parte del personale sanitario.

Contrariamente a quanto capita con i

pazienti dializzati affetti da epatite B, in cui è raccomandato l'isolamento, tale isolamento non è necessario per i pazienti affetti da epatite C; infatti le strategie suggerite per controllare la trasmissione da HCV nelle unità di emodialisi comprendono il rispetto delle precauzioni universali, la sterilizzazione degli apparecchi da dialisi e l'esecuzione di test sierologici di routine.

È inoltre noto che nei pazienti in emodialisi con infezione da HCV, il decorso clinico è generalmente meno aggressivo e un adeguato trattamento antivirale raggiunge risultati, superiori rispetto a quelli raggiunti nella popolazione generale.

Alcuni Autori hanno ipotizzato che il trattamento dialitico possa, almeno in parte, influire sulla virulenza della malattia mediante due meccanismi. Il primo è legato al processo infiammatorio, che si verifica al momento del contatto membrana - sangue, e porta ad un significativo rilascio di in-



terferon endogeno il quale, grazie alla sua azione immunomodulante, può potenzialmente modificare il decorso dell'infezione virale.

Il secondo si basa sul fatto che la concentrazione nel siero di dializzati di HCV-RNA presenta valori inferiori, rispetto alla popolazione generale, e ancora più bassi se dosata al termine della seduta dialitica. L'ipotesi è che nel corso del trattamento dialitico si verifichi un processo di ADSORBIMENTO, per cui una quota di particelle virali rimange "intrapopolata" nel filtro, riducendo di conseguenza la carica virale e quindi la quota infettante.

Malgrado ciò è opportuno, in alcuni pazienti, instaurare una terapia antivirale in modo da ottenere un abbattimento della carica virale stabile nel tempo.

La farmacologia attuale, per la popolazione dialitica, prevede l'utilizzo unicamente di Interferon alfa, farmaco gravato da importanti effetti collaterali, che spesso inducono alla sospensione della terapia. Per tale motivo, la indicazione alla terapia con Interferon alfa va attentamente valutata ed intrapresa in pazienti fortemente motivati, come ad esempio coloro che sono in lista per trapianto renale. Questo perché la coesistenza di una epatite C attiva può, nel paziente portatore di trapianto renale, essere causa di ulteriori complicanze quali: glomerulonefrite e diabete mellito post-trapianto.

In conclusione, per quanto concerne la popolazione dialitica della Provincia di Trento i dati di prevalenza, relativi alla epatopatia HCV correlata sono in linea con quelli dei paesi occidentali, con una prevalenza media negli ultimi 10 anni (2001-2010) pari al 7,7 %.

Nello stesso periodo nessun paziente in emodialisi ha avuto una siero conversione, questo dato è una espressione indiretta della correttezza delle procedure di controllo dell'infezione da HCV.

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

aforismi

## Sul tempo



a cura di Luisa Pevarello

Il tempo atmosferico è stato l'argomento più gettonato nelle ultime settimane. Poiché il tempo "fa ciò che vuole", come recita un saggio proverbio, vi propongo qualche aforisma sul TEMPO in senso lato.

1. Si vive solo il tempo in cui si ama. (HELVETIUS)
2. C'è un solo modo per dimenticare il tempo: impiegarlo. (BAUDELAIRE)
3. L'avvenire ci tormenta, il passato ci trattiene, il presente ci sfugge. (FLAUBERT)
4. Il tempo è un grande maestro ma sfortunatamente uccide tutti i suoi studenti. (BERLIOZ)
5. Vivi come se dovessi morire domani, impara come se dovessi vivere per sempre. (GANDHI)
6. Il tempo fugge. Non cercare dunque più di quanto ti offre la gioia del momento e affrettati a goderla. (STENDHAL)
7. Il mio tempo non è ancora venuto: alcuni nascono postumi. (NIETZSCHE)
8. Importante è ricordare, ma più importante è dimenticare. (RILKE)
9. Diciamo di ammazzare il tempo come se, purtroppo, non fosse il tempo ad ammazzare noi. (ALLAIS)
10. Il tempo umano non ruota in cerchio ma avanza veloce in linea retta. E' per questo che l'uomo non può essere felice, perchè la felicità è desiderio di ripetizione. (KUNDERA)

E infine, per sorridere, gli aforismi di un grande scienziato e di uno straordinario regista:

11. Tutto è relativo. Prendi un ultracentenario che rompe uno specchio: sarà ben lieto di sapere che lo aspettano sette anni di disgrazie. (EINSTEIN)

12. Ho smesso di fumare. Vivrò una settimana di più e in quella settimana pioverà a dritto. (W. ALLEN)



Le infezioni dell'apparato genitale da non sottovalutare

## Un bruciorino lì

di Andrea Scardigli\*

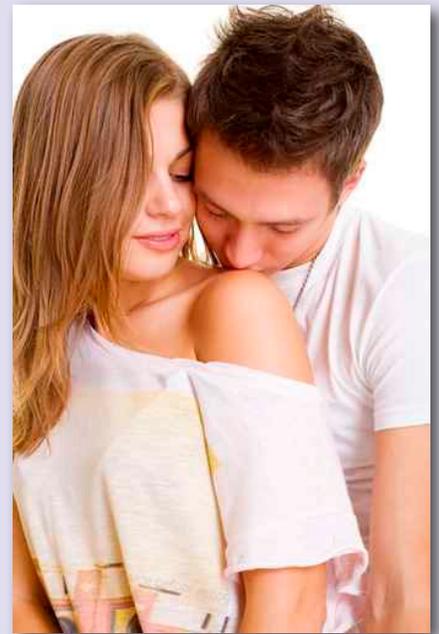
Una discutibile pubblicità televisiva mostra una giovane donna alle prese con un problema di "bruciore intimo", brillantemente risolto con l'utilizzo di un detergente definito appunto "intimo" anche da borsetta, consigliato dalle amiche esperte e smaliziato, capace di operare il miracolo di raddrizzare l'umore storto del momento, e di restituire la piena integrità sociale e seduttiva. In realtà, molte persone, maschi e femmine, sperimentano ogni giorno sintomi legati ad infiammazioni dell'apparato urogenitale, e non sarà certo un detergente intimo, seppur valido, a risolvere il problema. Anzi, in questo modo, si rischia di banalizzare un serio problema, molto attuale e trasversale a tutte le classi sociali, legato alle malattie a trasmissione sessuale. Queste affezioni, molto comuni e diffuse, hanno assunto negli ultimi anni le dimensioni di una vera epidemia, con numeri talmente elevati di soggetti affetti, da proporre la vaccinazione gratuita preventiva contro una delle virusi più diffuse, il Papilloma Virus Umano, responsabile della condilomatosi genitale, ormai riconosciuta fra gli agenti causali del tumore maligno della cervice uterina, ma anche dell'apparato sessuale maschile e di altri organi colpiti dalla malattia (tratto terminale del colon, faringe...).

Il vero problema, a prescindere dalle malattie più gravi e conosciute, e fra tutte l'HIV e l'epatite C, per non parlare della sifilide e della gonorrea, che purtroppo recentemente sono tornate a fare capolino soprattutto tra gli immigrati, è che al giorno d'oggi praticamente ogni germe, seppur ba-

nale (come ad esempio un batterio residente nel cavo orale e generalmente responsabile di forme parainfluenzali), può essere causa di infezione sessuale che esordisce, di solito in sordina - per l'appunto con il "bruciorino" e il "prurito intimo"-, ma che poi, se non riconosciuta e trattata precocemente, solitamente con antibiotici di uso molto comune, può trasformarsi nei maschi in fastidiose forme di uretrite e prostatite cronica, con tutto il contorno di dolori, disturbi urinari e dell'eiaculazione, fino a sintomi sessuali invalidanti che possono perfino portare, nelle forme più gravi e non curate, a danni della fertilità con compromissione della capacità riproduttiva, e nelle donne ad infezioni croniche dei genitali interni, tube e ovaio, tanto dolorose da dover talvolta essere trattate chirurgicamente.

C'è da dire che la diagnosi di queste diffuse affezioni, soprattutto nelle fasi precoci, è abbastanza semplice, essendo forme facilmente identificabili da comuni test di laboratorio, ampiamente disponibili sul territorio, nei consultori e particolarmente nelle strutture definite "centri MST (Sexually Transmitted Disease)", che hanno sostituito le obsolete strutture dermatologiche definite "ambulatori dermosifilopatici", cari ai frequentatori delle cosiddette "case chiuse" di antica memoria.

L'accesso a queste strutture è spesso di tipo "dispensariale", senza cioè che ci sia la necessità della cosiddetta "impegnativa", dispensando così dalla necessità di richieste talvolta imbarazzanti al proprio medico di base. Purtroppo, nonostante tutto, si assiste ancora oggi a casi di diagnosi ritardata, per falsi pudori, timori o vergo-



gna, che portano poi a serie difficoltà terapeutiche con ostacolo alla totale eradicazione dell'infezione o, ancora peggio, alla diffusione sul territorio. La prevenzione tuttavia è semplice, e parte principalmente dall'informazione diffusa e senza remore delle classi più a rischio, come la popolazione studentesca e adolescenziale o gli individui più esposti per malattie croniche dannose per il sistema immunitario, e fra queste anche le nefropatie, che possono esporre a un rischio epidemiologico più elevato.

L'informazione deve comunque tendere, oltre alla conoscenza della problematica, ad instaurare una mentalità diretta all'utilizzo dei metodi di barriera per le pratiche sessuali a rischio, e a far conoscere le strutture che possono offrire aiuto e assistenza nella diagnosi e terapia.

Tutto questo senza indurre alla sessuofobia, ma nell'intento di vivere una sessualità sana e rispettosa anche della salute del nostro partner.

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

## L'esperienza del Servizio di Dialisi Peritoneale di Trento

# Il paziente esperto: un futuro possibile

di Anna Dalprà, Camilla Bridi, Maura Chini, Veronica Ressa, Fabiola Crosina, Nadia Pergher\*

**G**li interventi educativi rappresentano una componente fondamentale nella presa in carico delle malattie croniche. Il fine è quello di migliorare la qualità della assistenza, attraverso la promozione della autogestione della condizione clinica e la maturazione della piena consapevolezza, a proposito delle conseguenze sulla salute, determinate dalle scelte effettuate. La massimizzazione dell'efficacia di tali interventi, all'interno di ciascun percorso clinico-assistenziale, richiede di diffonderli, differenziarli, valorizzarli, renderli routinariamente attuati ed infine di valutarli nella pratica assistenziale.

Il paziente cronico, *focus* della nostra educazione, deve "intraprendere un viaggio" nel quale si confronta ogni giorno con la sua malattia e deve essere consapevole che le decisioni più importanti, riguardanti la malattia, sono nelle sue stesse mani. Quando egli decide di fare questo viaggio, noi dobbiamo essere al suo fianco, competenti al suo orientamento.

Dichiarare, facilitare, documentare, identificare: queste sono le azioni che bisogna intraprendere con il paziente cronico, tramite l'educazione terapeutica, processo che passa attraverso il vissuto della persona, e che J. Assal così definiva: *"arte di seguire il percorso del paziente cronico, che va dalla diagnosi all'accettazione della terapia"*.

L'insufficienza renale è una malattia cronica, che porta ad un sostanziale cambiamento nella vita del paziente, ma egli stesso può conoscere e imparare a gestire in autonomia la malattia ed il cambiamento che essa comporta.

L'insufficienza renale cronica è una patologia più frequente di quanto si possa pensare, infatti interessa il 5 per cento della popolazione trentina. Tra i pazienti con insufficienza renale, lo 0,1 per cento si trova a dover scegliere, tra emodialisi e dialisi peritoneale, il trattamento sostitutivo.

Dal 2002 al 2011 si è assistito ad un notevole aumento dei pazienti che hanno scelto la dialisi peritoneale, metodica che viene effettuata in casa, dopo che il paziente è stato sottoposto ad un addestramento mirato e specifico, portato avanti da personale esperto, a sua volta formato e dedicato specificatamente a tale attività.

Ad oggi (n.d.r.: novembre 2011) i pazienti in dialisi peritoneale nella nostra realtà sono 39.

Visto questo aumento numerico, rispetto al passato, il gruppo infermieristico della Nefrologia e Dialisi Peritoneale dell'ospedale Santa Chiara di Trento ha voluto fare una revisione bibliografica della letteratura per analizzare la figura, le potenzialità ed il ruolo del paziente esperto, nella gestione della sua malattia.

Dalla revisione effettuata è emersa la mancanza di studi nell'ambito della dialisi peritoneale, al contrario sono presenti studi relativi al paziente affetto da diabete, ictus, malattie cardiache (fibrillazione atriale), asma bronchiale ed epilessia.

Il percorso di educazione terapeutica per il paziente inizia in "ambulatorio uremici", qui la persona si trova a fare i conti con lo shock di una diagnosi infausta che stravolge la sua vita quotidiana e quella della sua famiglia; continua poi nel reparto di nefrologia, dove egli continua il

suo percorso diagnostico-terapeutico che, con l'aiuto ed il supporto emotivo dell'equipe multidisciplinare, lo conduce alla progressiva accettazione della sua condizione clinica e alla libera e consapevole scelta del trattamento sostitutivo.

Il paziente viene guidato nel il suo percorso clinico-assistenziale attraverso una serie di colloqui individuali, focalizzati all'ascolto empatico, dove l'infermiere valuta il livello di accettazione della malattia, le potenzialità di auto-cura, le barriere culturali ed organizzative.

Il risultato di questo percorso di conoscenza / educazione del paziente ci porrà di fronte ad una persona che conosce (sapere) ciò che occorre della sua malattia, i benefici, i rischi e le corrette modalità o procedure per eseguire in maniera corretta il trattamento sostitutivo domiciliare; una persona che mette in pratica (saper fare) ragionamenti e gesti corretti di auto-sorveglianza e cura e che adotta comportamenti congrui rispetto a ciò che sta vivendo (saper essere).

Si definisce *esperto* un paziente che abbia accettato, interiorizzato e fatto proprio con comportamenti, credenze ed azioni, la sua diagnosi e la relativa cura. Il paziente esperto, tenendo conto dei suoi limiti e potenzialità, può diventare una risorsa anche per chi se ne prende cura e carico e può rivestire un importante ruolo nel supportare emotivamente "capisco come ti senti...", educativamente "ti insegno a fare..." ed a livello sociale, altre persone che si trovano a dover affrontare il suo stesso percorso.

Percorsi condivisi tra ambulatorio uremici, reparto di nefrologia, dialisi peritoneale, paziente esperto, pazienti in dialisi peritoneale e territorio, diventano un "fare assieme", una filosofia, una pratica ed una risorsa, che valorizza la responsabilità personale

\* Infermieri Servizio di Dialisi Peritoneale e Nefrologia, Ospedale S. Chiara di Trento

# Notizie dall'Associazione

a cura di Wilma Graziadei

## CENA SOCIALE

Abbiamo concluso il 2011 con il nostro solito appuntamento autunnale della Cena Sociale, che ha avuto luogo presso l'Hotel Everest lo scorso 20 novembre. I presenti erano circa un centinaio, compresa qualche new-entry, segnale del fatto che riusciamo a farci conoscere anche al di fuori dei nostri soci: ognuno è il benvenuto nella famiglia dell'A.P.A.N.

Rinnoviamo il nostro ringraziamento a tutto il personale dell'Hotel Everest, ed in particolare all'amica Marina, per la cortesia e la professionalità che ci hanno riservato.



## A TEATRO CON MOLIÈRE

Martedì 10 luglio, presso il Teatro Rosmini di Rovereto, verrà presentata la commedia in prosa "Il medico per forza" di Molière, scritta e rappresentata nel 1666 a Parigi e portata sullo schermo da Ettore Petrolini nel 1931.

La vicenda narra la storia di Sganarello, che picchia abitualmente la moglie Martina durante le loro liti. Martina, per vendicarsi, spaccia suo marito per un medico che è in grado di esercitare la sua professione solo se picchiato a sangue. Come si può capire, una esilarante commedia degli equivoci che si conclude con un matrimonio tra Lucinda e Leandro (i due innamorati contrastati dalle circostanze) e la riappacificazione tra Sganarello e la moglie, che si promettono di rispettarsi a vicenda, per sempre. Lo spettacolo sarà rappresentato dalla Compagnia teatrale "La ringhiera", di Vicenza.

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

## APPUNTAMENTO IN PIAZZA: GIORNATA MONDIALE DEL RENE

Come ogni anno il primo impegno primaverile è per il secondo giovedì di marzo, in occasione della Giornata Mondiale del Rene. Quest'anno è stata la quarta edizione, che ha avuto luogo giovedì 8 marzo in piazza Battisti. L'organizzazione è gestita dalla dottoressa Cristina Comotti con il prezioso aiuto di medici ed infermieri del reparto di Nefrologia, assieme ai volontari A.P.A.N. e della Croce Rossa Italiana.



# Notizie dall'Associazione

## GITA SOCIALE DOVE E QUANDO?

I nostri organizzatori sono al lavoro per organizzare la Gita Sociale che, come ogni anno, avrà luogo alla fine di maggio. Sono emerse alcune proposte, ma non c'è

ancora una decisione definitiva. Per questo motivo non possiamo anticipare nulla, ma vi terremo informati con la solita lettera di invito.

## L'A.P.A.N. VERSO IL TRENTENNALE

Nel prossimo autunno – precisamente **sabato 20 ottobre** – festeggeremo il Trentennale della Associazione. Sarà l'occasione per un incontro all'insegna dell'amicizia, del ricordo di tanti volontari che si sono succeduti nel corso di questi 30 anni. Ai circa 70 volontari di reparto verrà consegnata una piccola testimonianza per ringraziarli della loro dedizione.

Il programma prevede un pomeriggio di festa, con la presenza del **Coro Altreterre**, di Vigo Meano, che terrà un concerto (vedi pagina a loro dedicata, all'interno di questo numero di Rene&Salute). Il coro è formato da 50 elementi

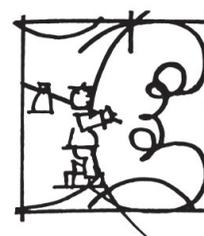
che cantano *la musica di tutto il mondo in 100 lingue dai 5 continenti, suonando gli strumenti più strani*. Seguirà la premiazione degli alunni della scuola Media di Cognola, che abbiamo coinvolto in un concorso di idee, che ha come soggetto il rene e le sue malattie.

Concluderà il pomeriggio di festa la parte ufficiale dell'Associazione, con premiazioni varie, ed il ricordo delle tante persone che, a vario titolo, sono passate da A.P.A.N. Anche di questa importante iniziativa tutti i soci ed i simpatizzanti verranno avvisati con una lettera, alcune settimane prima dell'evento.



## MODIFICHE DELLO STATUTO DELL'A.P.A.N.

Vi preannunciamo che a fine marzo, in occasione dell'Assemblea Annuale dei Soci, verranno modificati alcuni articoli del nostro Statuto. In particolare, verrà approvata la possibilità di inviare comunicazioni via posta elettronica, a quei soci e simpatizzanti, che ne fanno un uso regolare. Chi desidera essere contattato via mail, può iniziare a comunicarci il suo personale indirizzo, scrivendoci a: [apan.tn@alice.it](mailto:apan.tn@alice.it). Le restanti modifiche, se approvate, verranno riportate sul prossimo numero di Rene&Salute, nel quale pensiamo di pubblicare un estratto del nostro statuto.



**Associazione  
Provinciale  
Amici della  
Nefrologia**

In ospedale succedono tante storie

## Mustafà

di Donata Borin\*

**M**ustafà è uno dei tanti magrebini arrivati in Italia; è giunto a 27 anni, seguendo una parte della famiglia ed il sogno di trovare una vita migliore. È un bel ragazzo alto, magro, con dei bei lineamenti, ha anche una discreta cultura perché, a differenza di tanti altri emigrati, nel suo Paese ha frequentato la scuola. Arrivato in Italia è andato a vivere con la sorella e con la famiglia di lei, un marito e due bambini, adattandosi in una casa dove non c'è spazio neanche per loro, figurarsi per una persona in più. Cerca lavoro, ma inutilmente: si accontenterebbe di un qualsiasi lavoro manuale, ma le possibilità sono scarse, e ancora di più per lui che ancora non conosce la lingua.

Anche in Marocco Mustafà ha fatto fatica a trovare lavoro; in realtà, da quando ha finito la scuola non è stato molto bene, con quei mal di testa che lo colpiscono improvvisamente e lo costringono a stare a letto, al buio. Un volta in Italia, gli accessi di cefalea si fanno più frequenti. All'inizio il medico gli prescrive dei calmanti, che sono efficaci e lo fanno stare bene per un po'. Un giorno però il mal di testa compare più forte del solito, il dolore è pulsante, come un martello pneumatico, non passa nemmeno con una puntura: Mustafà è costretto ad andare al Pronto Soccorso. Qui il medico lo visita, gli trova i valori della pressione molto alti e, dagli esami effettuati, scopre che ci sono dei grossi problemi ai reni. Interviene uno specialista nefrologo, che spiega: i reni di Mustafà sono molto malati, non funzionano quasi più, probabilmente è un problema che si porta già dal Marocco, quei

mal di testa frequenti erano collegati sicuramente alla pressione alta. Dovrà curarsi, ma probabilmente dovrà iniziare a fare terapia dialitica.

Fa fatica Mustafà a comprendere questo termine, non conosce ancora abbastanza l'italiano, la sorella gli fa da interprete e gli traduce queste crude parole. Mustafà, apparentemente, accetta queste brutte notizie con rassegnazione, ma dentro si sente morire, perché capisce che per un periodo probabilmente molto lungo non potrà tornare in Marocco, il suo Paese a cui è molto legato, e non potrà nemmeno andare a trovare sua madre, che lì è rimasta.

Inizia a fare i controlli sanitari che gli vengono consigliati, gli esami del sangue, le visite, ma deve sempre chiedere alla sorella di accompagnarlo in ospedale, e lui non vuole disturbare, è già un peso per la famiglia, perché nelle sue condizioni non è in grado di trovare un lavoro. Così smette di farsi vedere.

Dopo alcuni mesi, nonostante prenda tutte le medicine prescritte, inizia a stare di nuovo male, con un intenso dolore alla testa e vomito. Mustafà torna in ospedale e viene ricoverato: ormai non c'è più nulla da fare, i suoi reni non funzionano più.

Inizia la dialisi, tre volte alla settimana. Gli infermieri e i medici sono tutti gentili con lui, d'altra parte Mustafà è un paziente tranquillo, durante la dialisi dorme, non si lamenta mai di niente, parla poco anche con i compagni di stanza, porta poco peso, i suoi valori pressori sono sempre buoni. Intanto impara l'italiano, è un ragazzo intelligente, gli piace studiare, frequenta dei corsi. Riesce persino a prendere il

diploma di terza media. In Dialisi lo spronano a continuare gli studi, ma lui vorrebbe trovare un lavoro, che gli permetta di guadagnare. Proprio perché ha imparato così bene l'italiano lo utilizzano come interprete per gli altri pazienti che vengono dal Marocco: anziani che riescono a malapena a pronunciare un buongiorno e un grazie.

Viene messo in lista per il trapianto di rene. Ma si sa, di reni ce ne sono pochi, così continua la sua vita, con il sogno di poter rivedere sua madre che è rimasta in Marocco e che pensa ai figli lontani, triste per la malattia del figlio, ma al tempo stessa serena perché sa che viene curato meglio in Italia, dove questi trattamenti sono gratuiti. Quando si sentono per telefono, lui percepisce nella voce della madre la voglia di rivedere il figlio, ma lui non ha i soldi per comprarsi il biglietto dell'aereo, né per pagarsi le dialisi in Marocco.

Mustafà divide il taxi che lo porta al Centro Dialisi con altri due pazienti, Aldo e Giuliano. Aldo è sposato, ma non ha figli, Giuliano ha tre figli pressappoco della stessa età di Mustafà. Come succede spesso quando ci si trova in una situazione di sofferenza o di malattia, si trova conforto nell'incontrare altre persone che sono legate allo stesso destino, e questo facilita la nascita di rapporti di amicizia e solidarietà. Aldo e Giuliano si conoscono da tanto tempo e coinvolgono nella loro amicizia anche il giovane compagno di sventura. Loro due, che hanno grande capacità di reagire, cercano di vivere la vita al meglio, nonostante la dialisi: amano scherzare con gli infermieri e con i medici, prendendosi in



giro, e spesso trascorrono insieme i giorni in cui sono liberi, organizzando passeggiate o gite nei dintorni. Spesso anche Mustafà va con loro, lo portano a mangiare in trattoria, gli offrono il pranzo, lo incitano a mangiare, perché lo vedono così magro. Lo vanno anche a trovare a casa. Quando vedono le condizioni in cui vive, rinunciano al panino che ricevono durante la dialisi e glielo danno. Mustafà accetta e ringrazia i suoi amici ogni volta, ma con grande dignità non lascia mai trapelare una parola di sconforto.

Passano cinque anni e finalmente arriva la telefonata: c'è un rene per Mustafà. C'è subbuglio nel Centro Dialisi, gli infermieri hanno imparato a conoscere questo ragazzo taciturno e gli vogliono bene, poi è sempre una gioia quando un paziente, soprattutto giovane, viene chiamato per il trapianto.

Però c'è un problema: Mustafà deve andare subito al Centro Dialisi e poi al Centro Trapianti, ma non ha mezzi e non c'è nessuno che lo possa ac-

compagnare. Allora inizia la cordata: la caposala telefona ai due amici, Aldo risponde subito alla chiamata, parte immediatamente e porta Mustafà al Centro Dialisi. Nel frattempo gli infermieri, in fermento, preparano il letto mentre i medici raccolgono la documentazione necessaria. Aldo aspetta, seduto su una sedia, e poi accompagna il giovane al Centro Trapianti. Lascia trasparire tutta la sua emozione, la sua gioia perché finalmente qualcosa di bello sta accadendo a questo ragazzo, cui ha imparato a voler bene nonostante le differenze culturali, e che finalmente vede un cambiamento positivo nella propria vita, finora difficile e triste. Mustafà come al solito appare tranquillo, sereno, forse non riesce ancora a credere a quello che gli sta succedendo; prima di rallegrarsi vuole avere la sicurezza che tutto sta andando per il meglio. Alla fine del trattamento partono, Aldo e Mustafà, per il Centro Trapianti, salutati dal personale. Ed è Aldo che poi telefona e comunica

che tutto è andato bene, il trapianto funziona.

Che dire di più? Le belle storie, le storie fatte di umanità e di buoni sentimenti.....si commentano da sole, e questa è una di quelle.

Mustafà sta bene, ma è rimasto lo stesso tranquillo ragazzo di prima, affezionato all'ambiente, al personale, ai medici con i quali ha trascorso molti anni della sua vita. Ricorda, come in un sogno, il frenetico giorno del trapianto. Allora la caposala gli aveva chiesto se aveva già comunicato alla madre, in Marocco, la bella notizia. Mustafà ha risposto: no, la chiamo quando tutto è tutto finito. Le voglio dire: mamma, sono Mustafà, aspettami, finalmente posso venire a trovarvi.

\* Dr.ssa Donata Borin,  
U. O. C. di Nefrologia e Dialisi,  
Ospedale di Legnago (VR)

Il racconto

# Caffè Marocco

di Salvatore Marà

Erano trascorsi molti anni, forse troppi, da quei giorni, quando la vita di Gabriele Amara trascorreva serena fra le colline e il mare. Restavano ormai solo radi sentimenti che a volte si trasformavano in lontane immagini fra altri ricordi. Aveva sempre scelto il male minore, così si era votato al rimpianto, non un sentimento ossessivo, ma semplicemente la consapevolezza che quella sua prima vita avrebbe condizionato per sempre le sue scelte, restando in lui come la sua vera ed unica esistenza.

Com'era solito fare, sedeva al tavolo del caffè Marocco di piazza Duomo. Trascorreva il tempo leggendo i giornali e sorseggiando il caffè. Ogni tanto, fumava qualche sigaretta, seguendo con lo sguardo gli affreschi sbiaditi dell'edificio di fronte. Lo incuriosiva l'immagine rinascimentale di una donna in bilico sulla ruota della fortuna, con in mano una sfera, mantenuta in alto senza sforzo, con compostezza e tranquillità. In quei momenti una tristezza senza motivo gli si infilava sotto la pelle, come un tatuaggio nascosto sul quale leggere le linee interrotte dei ricordi.

Essere osservati era un po' il suo cruccio. Gli poteva però accadere di guardare una persona sino a suscitare imbarazzo e a trattenersi dal seguirla. Il caffè era il luogo dove andava per incontrare ed osservare la gente. Ne notava la foggia dell'abito o del cappello, i gesti, oppure, se riusciva ad ascoltarla, il timbro della voce, ed era facile riconoscere anche solo uno degli aspetti caratteristici di un amico, di una persona conosciuta molti anni prima, in un altro luogo, in un tempo diverso.

Ascoltava il rumore dell'acqua spruzzata in aria dai tritoni della fontana

barocca. Deviate dal vento, cadeva sui bordi della vasca sino alla sua base, ai gradini, dove le persone sedute osservavano la piazza dal suo centro, sicuri di essere ignorati. L'acqua li bagnava costringendoli ad alzarsi. Per un attimo uscivano allo scoperto, sotto gli sguardi dei passanti che attraversavano la piazza lentamente, come a voler godere del sole prima di scomparire nell'ombra dei vicoli. Gabriele conosceva quella sensazione, quando sotto il sole estivo che toglieva l'ombra ad ogni cosa, il mare era immobile solcato dalla ruga del porto. Allora tutto sembrava più solido, solo i ragazzi riuscivano a sostenere quella luce.

Intanto il vento continuava a tormentare l'acqua della fontana, la spostava, l'abbatteva, portava il suo odore di terra bagnata sino ai tavoli del caffè. I romani erano stati da queste parti, quando le case e la piazza erano solo terra e acqua, seguendo forse quello stesso vento di primavera che colora di verde l'Adriatico. I loro figli hanno giocato con la stessa argilla dei coppi di quelle case intorno alla piazza. Si sono rincorsi tra le fila di mattoni freschi al sole ad asciugare. Forse il più piccolo di loro vi ha lasciato la sua orma, quell'orma che Gabriele aveva visto al museo, impressa su un mattone d'argilla. La testimonianza più bella che ci abbiano lasciato, più di tanti corredi funerari che trasformano i giocattoli in poveri simulacri. Ricordava l'allegria della primavera, l'innocenza, quella perduta per sempre, che Gabriele aveva lasciato nella sua prima vita.

Il vento continuava ad insistere alzando la polvere, dando fastidio sino ad impedire di leggere il giornale che, strappato dalle mani con impertinenza, si arrotolava. Le persone cercavano



di trovare riparo all'interno del locale, abbandonando sui tavoli tazzine vuote e scontrini, mentre tutto cominciava ad animarsi, si spostava, rotolava. Al porto saremmo andati a ripararci nella parte sotto vento, dietro gli scogli, insieme ai pescatori, in bilico sugli scogli, con in mano canne da pesca improbabili. Nell'acqua trasparente, una fiumana ininterrotta di piccoli pesci azzurri avvolgeva tutto il porto. A tratti in acqua balenava un luccichio, e i pesci spaventati, saltavano fra gli scogli, mescolando l'argento dei loro corpi al verde brillante delle alghe. Qualcuno chiedeva insistentemente dell'esca al vicino, finché non sarebbe arrivato un retino legato alla sommità di una pertica. Al tonfo deciso in acqua, seguiva il gocciolare della rete, colma di una quantità inverosimile di quei piccoli pesci.

I pescatori più vicini all'acqua, arrischiando nella foga di bagnarsi, passavano l'esca agli altri, senza neppure girarsi. Ne trattenevano un pugno da mettere in un foglio di carta bagnata ai loro piedi, poi spingevano indietro la pertica, affinché qualcuno l'afferrasse per ritrarla più su. Così, di mano in mano, finiva appoggiata sugli scogli al sole.

# Dolceamaro

di Anna Maria Ercilli



Dall'inizio della fila di pescatori, si sentivano ad un tratto esclamazioni ed urla. Si vedevano le canne da pesca alzarsi una dopo l'altra. Mano a mano che si riuscivano a distinguere i gesti concitati, si sentivano più distintamente le parole di incitamento: "Eccoli, eccoli, arrivano!" I piccoli pesci che nuotavano uno sull'altro sembravano impazzire, più in là, uscivano dall'acqua facendo il rumore della ghiaia trascinata dalla risacca. Sotto di loro, grossi sgombri dalla livrea tigrata e dalle pance metalliche: "Eccoli, eccoli!" Quando tutto era finito, il grigio ovattato della notte prendeva il posto della luce obliqua del tramonto. Scendevano dagli scogli senza fretta, coperti alla meglio, con le maglie sulle spalle, rabbrivivano all'aria ancora fresca d'aprile.

I Romani, forse, si erano spinti sin qui, fra le Alpi, alla ricerca delle origini di quel vento che porta la primavera. I tritoni che giocano con l'acqua sono un omaggio inconsapevole al dio che conosceva la generosità del mare e l'allegria che porta il vento, l'allegria che porta l'odore dell'argilla di coppi freschi ad asciugare al sole e le voci dei bambini che giocano, l'allegria di un tempo anche per loro così lontano.

Era solito dedicare una mezz'ora alla camminata salutista, tanto per accontentare il medico suo amico, anche se a casa preferiva bere un bicchiere di vino ai pasti, per sentirsi bene. Quando pensava a come gratificarsi, non trovava altro modo che salire in macchina e fare acquisti alla cantina della Val di Cembra. Da anni andava sempre nella stessa cantina, conosceva un po' tutta la famiglia, dove le chiacchiere erano il contorno al bianco Nosiola, bevuto con calcolata lentezza. Poi passava ai rossi, a questo punto la signora Rina portava un vassoio di stuzzicanti assaggi rustici e arrivava la sera.

Ultimamente notava una presenza che prima non c'era, la nipote del Lino, si era fatta una bella ragazza. Si proprio una bella donna, valeva la pena salire più spesso alla cantina. Il connubio vino e bellezza, ampliava il gusto alla vita.

Camminava e intanto ripensava alla nipote che sì, era giovane rispetto a lui, ma si sa, l'uomo maturo affabulatore, conosce le note giuste per affascinare, tentare è sempre un bell'esercizio di autostima, un modo per mantenere vivace l'istinto maschile e la verve. Di quest'ultima ne aveva in abbondanza.

Si era spinto in una zona che non conosceva, non brutta, i giardini sbordavano dalle recinzioni diffondendo un segno di armonia verde.

Si guardava attorno rallentando il passo davanti alle vetrine. Dalla panetteria gli arrivava un messaggio, i dolci dall'aspetto casalingo erano lì per essere assaggiati, il languore stava aumentando, entrò senza pensarci troppo.

"Buongiorno Signora per favore mi dia due rose, è la torta di rose vero?" - "sì certo è proprio la torta di rose, fresca di stamattina".

Paga ed esce, fa qualche passo e addenta la prima rosa, affonda nel morbido dolce burroso, ma che stra-



no non lo ricordava così, così salato. Secondo boccone, salato. Guarda la superficie ruvida di minuti granelli, zucchero? Ma no, è sale. Torna in panetteria.

"Signora le riporto la torta di rose, è salata" - La donna: "Non è possibile". "Assaggi"!

La donna morde un pezzetto e non si arrende: "è dolce".

"Mi restituisca i soldi, ecco le lascio la torta, controlli meglio" - esce seguito dalla scampanellata della porta. Era scocciato.

Qualche giorno dopo si trovava nelle strade del centro, indeciso se pranzare alla trattoria dell'Orso grigio o tornare a casa, doveva prendere il pane per la sera, entra nella panetteria più vicina, annusa il buon odore di pane. La commessa parlava con una cliente: "questi biscotti sono speciali e dolci, non come la torta di rose salata che hanno portato l'altro giorno - avevano salato per sbaglio tutte le torte della giornata".

"Caspita allora avevo ragione" - rise e uscì, dimenticando di comprare il pane.

# Il ritratto del guerriero

di Eugenio Russolo

**Q**uando la gente percorreva la contrada detta della "Mantova" e guardava quella casa, specie dopo l'imbrunire, si faceva il segno della croce.

E bisogna ammettere che l'immobile, così come appariva a chi lo guardava attraverso lo sgangherato steccato di legno, non poteva che incutere un senso di paura.

La strada isolata, serpeggiante tra i campi, limitata da un fosso oscurato da spesse siepi di acacie e noccioli, motivava questa sensazione angosciata.

Chi poi era al corrente di quello che si diceva in paese a proposito della famiglia Tarton, evitava di passare da quelle parti dopo il calar del sole.

Bastava sentire Toni il campanaro, per saperne a sufficienza!

Io non avevo paura perché i Tarton li conoscevo bene.

Tante volte avevo giocato nel cortile della loro casa, nella stalla tra le mucche, o nel fienile assieme a Bepputi, Guerrino ed Ester, mentre Giovanni, il fratello più piccolo, veniva escluso dalla combriccola.

Toni invece di paura ne doveva avere molta. Lui sosteneva per esempio che un giorno Bepputi Tarton era uscito per pascolare le pecore, quando un terribile temporale lo aveva colto lontano da casa.

Un nubifragio, con fulmini accompagnati da schianti secchi e crepitanti, una pioggia torrenziale con grandine e vento violento e furioso.

Toni diceva che la vecchia Giovanna Tarton, che era considerata una strega, con la cenere del focolare mescolata ad ossa frantumate, avrebbe fatto segni e scongiuri, e Bepputi sarebbe tornato a casa asciutto, così come le pecore, con il vello secco ed arido, come riscaldato da un sole cocente.

"La pioggia cadeva davanti a me e

dietro le mie pecore" avrebbe raccontato Bepputi al suo ritorno, "i fulmini guizzavano attorno a noi assordanti, ed il vento vorticava tutto in giro, senza lambirci".

"Ma non basta" continuava Toni "quante persone si rivolgono a lei per colpire i nemici con le fatture, per suscitare un amore non corrisposto, per chiedere pozioni contro malattie incurabili, o sortilegi per sollecitare il ritorno del figlio scomparso!"

Tutti questi maneggi (almeno così si credeva) servivano allo scopo!

Nessuno in paese dubitava dell'efficacia degli esorcismi di Giovanna, donna venerata e temuta, sola e misteriosa, nel suo abito nero e lungo, con il capo coperto da una larga sciarpa grigia, gli occhi vuoti e cupi, sempre seduta vicino al focolare, grassa e pesante, quasi immobile in una inerte fissità. Nella sua cucina grande e cupa, appena illuminata dal bagliore della legna e della brace scoppiettante sulla larga pietra del camino, Giovanna non sembrava un essere umano, ma una grossa figura, un monumento, quasi un simulacro coperto di stracci vecchi. Anche quando nel fienile ne parlavo con Ester, sua nipote, un po' colpito dai racconti di Toni il campanaro, non mi era stata mai data conferma dei poteri occulti di Giovanna e dei suoi malefici!

Guerrino soltanto un giorno mi parlò di un quadro, appeso alla parete della sua camera, un quadro che secondo Giovanna, avrebbe avuto un'enorme influenza sulla vita della loro famiglia e ne avrebbe condizionato anche il futuro. Me lo mostrò una volta, quando mi accompagnò sul granaio per mangiare assieme delle pesche disseccate sui graticci di paglia.

Era un quadro ad olio di evidente fattura artigianale; rappresentava un guerriero, una specie di san Giorgio,



coperto da un'armatura di acciaio azzurro. Sullo sfondo due colline, una tagliata da una strada e sovrastata da un borgo medioevale circondato da alte mura, l'altra con un castello diroccato.

Il guerriero, con il capo scoperto, incorniciato da capelli grigi, aveva il collo appena nascosto da una maglia di acciaio che usciva dalla corazza con ampi spillacci.

Il suo volto appariva dolce e severo nel contempo e gli occhi marrone guardavano fissi, luccicanti e attenti, come egli fosse in attesa di un evento certamente non lieto.

La mano destra teneva lo "spadone a due mani", subito sotto la barra trasversale, all'inizio della lama.

Certo è che il guerriero incuteva rispetto. Ed i Tarton di quel dipinto ne avevano molto.

Mi raccontava ancora Guerrino che più volte l'avevano trovato sul pavimento, come staccato dal muro da una forza superiore e misteriosa.

Il chiodo ancora conficcato, il gancio dentro la cornice, perfetto.

E in coincidenza di ogni caduta, un Tarton era morto!

La prima volta che lo sentirono cadere e battere sul pavimento di legno che faceva da soffitta alla cucina, con un colpo forte e sordo, nessuno ci fece caso.

Era mezzogiorno, tutti in attesa

del pranzo. Mancava solo il nonno Benedetto e il piccolo Tonino, che in quel momento veniva travolto e ucciso da una mucca impazzita.

Da allora tutti sapevano cosa significasse la caduta del guerriero e la temevano, non senza ragione.

Solo la vecchia Giovanna non aveva mai mostrato emozione; lei probabilmente conosceva le cose prima che il quadro le rivelasse e sempre più cupa, triste e curva si comportava come se aspettasse la morte liberatrice: perché *chi le cose le sa prima soffre*, per tutto il tempo che passa *dalla previsione all'evento*.

Ester di paura per il quadro non ne aveva perché: "Basta inchiodarlo bene al muro". "Inchiodatelo ai quattro lati", diceva ridendo.

Ester non abitava nella casa dei Tarton. Sua madre, figlia di Giovanna, si era sposata con un impiegato del catasto che abitava in un paesino vicino a Gorizia.

D'estate Ester veniva dalla nonna per passare il mese di settembre e soprattutto per respirare la buona aria di campagna.

Era bella, bionda, allegra, come lo sono le venete che abitano vicino a Trieste; e cantava con voce dolce e intonata.

Devo ammettere che ne ero segretamente innamorato, come può esserlo un ragazzo di quattordici anni di una ragazzina di tre anni più vecchia di lui. Tutto si limitava a sfiorarle la mano, a qualche parola gentile; ed era bello sdraiarsi vicini nel prato o sedere alla sera uno accanto all'altro nel cortile e sentire le chiacchiere dei grandi e la voce dei grilli.

Sono sicuro che anche lei provava per me un affetto, sia pure composto e contenuto, una simpatia, un fiore gentile che sboccia solo nella primavera della vita e non muore più.

Quando se ne andava via e tornava a Gorizia, mi dava quel bacio di saluto che, fin al suo arrivo, aspettavo con tanto desiderio.

Cose di altri tempi, o forse no!

Poi partivo anch'io, per tornare in città ed un anno passava e poi un altro e tanti ancora.

La famiglia Tarton si disperse: morto il nonno Benedetto, anche la vecchia

Giovanna prese la via dell'oscurità che mai aveva temuto. Guerrino andò a lavorare a Mestre alla Breda, Bepputi a Pordenone presso una grande industria, Giovanni, il più piccolo, continuò a coltivare la campagna alla meglio con l'aiuto della moglie, perché di figli non ne avevano avuti.

E la grande casa, così poco abitata, divenne sempre più scura, cupa e cadente per il tempo che passava.

Così la rividi, quel giorno di molti anni dopo.

Giovanni fu lieto di questo inaspettato incontro e mi invitò a cena.

In quella grande cucina poco illuminata, sul tavolone massiccio di legno, cenammo assieme

e bevemmo anche il buon Clinto che da anni non assaggiavo più.

Il Clinto e la polenta bianca, con un buon piatto di pollo, cotto alla cacciatore (pollo ruspante naturalmente), intingolo rosso di pomodoro buono, il formaggio nostrano di latteria e le ciliegine sotto spirito, vecchia ricetta, tutto ci riportò ai ricordi del passato. Così Giovanni raccontò che Ester si era sposata e viveva nell'alto Friuli; era stata poco tempo prima a trovarli, bella e felice, allegra come sempre, con la sua piccola bambina, anch'essa con i capelli d'oro.

Aveva chiesto di me e mi fece piacere sentirmelo dire. La ricordavo infatti come si ricordano le cose importanti e preziose, ricordi di giovinezza pulita, che imprimono nel cuore e nella mente attimi indimenticabili, fatti di uno sguardo affrettato che si posa sugli occhi, o di una carezza fuggitiva che tu solo sai voluta, anche se simulata con un gesto usuale.

Chiacchierammo fino a tardi e, vedendomi stanco, Giovanni mi propose di fermarmi per la notte e mi offrì la camera di Guerrino.

La camera era rimasta uguale: lo stesso letto, alto, di noce chiaro, il comodino con la manopola al centro, rotonda, girevole, una specie di cassapanca con sopra un catino con la brocca piena d'acqua, ed il quadro, il famoso quadro del guerriero, appeso alla parete davanti al letto.

Ed alla luce scarsa della lampada, notai che la cornice era fissata al muro con quattro chiodi infilati agli ango-

li. Ricordai allora le parole di Ester "basta inchiodarlo bene al muro" e guardai Giovanni in tono interrogativo. "E' stata Ester" confermò. "Lo fece l'ultima volta che venne qui" e si ricordò persino che aggiunse scherzando: "Così dei Tarton non morirà più nessuno!"

Stentai ad addormentarmi, forse la testa pesante per il vino, forse le imposte sconnesse che facevano filtrare la luce della luna, forse i rumori della campagna, fatti di tante voci distinte ed indistinte, vicine e lontane; forse i ricordi!

A poco a poco però gli occhi si chiusero nel sonno.

Li aprii, improvvisamente, e vidi le due uniche sedie della stanza spostarsi qua e là, impazzite, e le imposte spalancarsi di botto e sbattere sulla parete esterna della casa, come se una mano misteriosa le avesse spinte violentemente.

La luce dell'alba illuminò il muro davanti a me e mentre balzavo dal letto spaventato e la brocca cadeva sul catino di terracotta rompendolo, vidi disegnarsi nella muraglia una grossa crepa verticale, proprio dietro il quadro.

Corsi verso la porta che dava sulle scale che portavano in cucina e la infilai, non senza vedere aprirsi la cornice del quadro, spaccata dalla crepa, ed il guerriero cadere per terra, come liberato da una stretta mal sopportata. Mi trovai all'aperto tra lo stridio di galline impazzite e solo allora mi resi conto del rumore sordo, cupo, profondo che aveva accompagnato il terremoto con il lontano ululare dei cani. E mentre Giovanni affannosamente radunava le mucche che, uscite dalla stalla, scalciavano come in rodeo, il tetto della casa affossò sulla cucina e scomparve, tra una nube di polvere bianca.

E tutto parve fermarsi nel silenzio.

\* \* \*

Il terremoto del Friuli ebbe conseguenze disastrose e drammatiche. Quella notte alcuni paesi furono spazzati dalla faccia della terra. Ester e la sua bambina furono sepolte dalle macerie, così come il guerriero, che più non si trovò.

# Claude Monet e l'atelier della natura

di Aldo Nardi

C'è un dipinto di Claude Monet (Parigi 1840 – Giverny 1926) conservato al Museo Puškin di Mosca che condensa, se così possiamo dire, l'impegno di un'intera esistenza dedicata allo studio della natura, della luce, del colore. Si tratta del famoso quadro *Ninfee bianche*, del 1899, che, unitamente ad altri quadri sullo stesso soggetto (in gran parte conservati nelle sale dell'*Orangerie* di Parigi), costituisce il tema quasi ossessivo dell'artista francese affetto, negli ultimi anni della sua vita, da gravi problemi alla vista. Erano le ninfee del suo giardino a Giverny. Come a dire che il suo procedimento artistico, ovvero la natura come unico atelier, venne difeso fino alla fine, anche quando le forze e i mezzi fisici di indagine costrinsero Monet ad indagare la natura dalla finestra del suo studio.

È alquanto singolare come, malgrado gli interessanti di artisti del calibro di Pissarro, Renoir, Sisley e Bazille, le sue opere ebbero vita tutt'altro che facile, come accadde per il quadro *La gazza*, del 1869, che la giuria del *Salon* rifiutò (e che oggi possiamo ammirare al Musée d'Orsay di Parigi). L'abbandono progressivo dello studio della figura e la crescente applicazione di Monet per il paesaggio (soprattutto con riferimento alle località di Bougival e di Argenteuil) descrivono una fase epocale della pittura di questo artista, poiché è da questo momento che vengono sperimentate nuove tecniche il



cui scopo prioritario è quello di rendere sempre più efficace l'impatto della natura, con i suoi colori e la sua luce. Quello di Monet non è peraltro solo un nuovo *escamotage* tecnico per visitare il mondo naturale attraverso l'impressione, esso è molto di più: è una vera e propria "fame di natura", desiderio incontrollato di scoprire della natura tutto ciò che l'occhio umano - sorretto dall'emozione e dal sentimento - poteva indagare. Una sorta di "voracità" che portò lo stesso Guy de Maupassant a definire Monet un "cacciatore" più che un pittore. Un cacciatore, beninteso, che attende i mutamenti del cielo, che ordina i raggi del sole, cattura le ombre con rapidi colpi di pennello per trasferirli sulla tela. E che la sua sensazione visiva fosse importante per lui ebbe a sottolinearlo il critico Giulio Carlo Argan all'inizio degli anni settanta quando disse che Monet non aveva come scopo di

fornire materiali di studio alla psicologia sperimentale. La sua scoperta consisteva proprio nel dato genuino della sensazione visiva, senza dover rettificare l'impressione immediata col senso comune e con le nozioni possedute. In caso contrario si sarebbe tornati alla pittura accademica, proprio

quello che Monet voleva evitare, perché per cogliere l'emozione dell'istante l'impressionismo, con i suoi limiti insiti nel flusso della natura (il tempo, la bellezza effimera, la coscienza della fine di ogni cosa), doveva appunto superare le barriere imposte dall'accademismo e dalla ragione, allo scopo di cogliere la profondità dell'esperienza interiore.

D'altra parte, se negli ultimi ventinove anni della sua vita Monet si dedicò a dipingere solo ciò che vedeva nello stagno del suo giardino (con relativo azzeramento del cielo e della linea d'orizzonte), nondimeno ci rimangono anche le sue "serie", ovvero le opere che comincia a dipingere quando, nel 1859, su consiglio di Boudin, prendono corpo i campi di luce, le sfumature del mare, l'immobilità delle acque ed il candore della neve. Ma sue importanti testimonianze possiamo ritrovare anche nei ritratti dedicati alla moglie Camille (*Donna in abito verde*, del 1866 e *La giapponese*, del 1875-1876), nel *Saggio di figura en plein air* (1886) e in quel *Déjeuner sur l'herbe* (1866) che, dopo aver subito le critiche del caposcuola del realismo Gustave Courbet, fece cadere Monet nello sconforto, al punto da cedere il quadro come pagamento dell'affitto nella pensione in cui aveva alloggiato. Quella di Monet (come quella di molti altri pittori impressionisti) si è rivelata una battaglia angosciante, ma, com'ebbe a dire lo scrittore, critico e biografo di Monet Joris Karl Huysmans nel 1883, il pittore ne è uscito vincitore, dal momento che i difficili problemi della luce nella pittura, si sono infine sciolti sulle sue tele.

# Vademecum semiserio per viaggiatori curiosi: alla scoperta dell'India (e degli indiani)

di Diana Zarantonello\*

**PREMESSA 1:** l'India è uno stato enorme e variegato dal punto di vista sia paesaggistico che religioso e culturale, quindi il mio contributo è limitato dalla ristrettezza della mia esperienza indiana, concentrata in un paio di settimane su un territorio che va dalla parte sud occidentale del Karnataka fino al piccolo stato di Goa, con un'ultima breve tappa a Mumbai.

**PREMESSA 2:** per la comprensione della maggior parte degli aspetti culturali psicologici e sociali devo tutto ad una "infiltrata speciale", la mia amica Mary Violet, indiana d'origine, che mi ha accompagnata e supportata nel mio viaggio alla scoperta della terra che lei tanto bene conosce ed ama!

**1. LINGUAGGIO PARAVERBALE:** il primo aspetto che colpisce quando ti trovi a parlare con un indiano è il modo armonioso con cui muove la testa da un lato all'altro, in un movimento oscillatorio dal significato difficilmente interpretabile per un occidentale abituato a movimenti molto più bruschi ed inequivocabili di assenso e diniego. Le prime volte ero così affascinata ad osservare la grazia di questa oscillazione (tanto più strana quando vista in persone di sesso maschile!) che, quasi ipnotizzata, non riuscivo a concentrarmi sulle parole che mi dicevano. Dopo diverse "gaffe", ho preso coraggio e ho chiesto a Mary il significato di questo gesto, immaginando che corrispondesse ad un nostro "sì" o "no". Troppo facile! In realtà il significato può accompagnarsi a risposte affermative, negative, così come al "forse" ed al "non saprei"... è una sorta di passepartout che viene utilizzata per accompagnare il dialogo. **Prima regola:** se non ti concentri



sulle parole che ti vengono dette non otterrai alcun tipo di informazione!

**2. CHIEDERE INFORMAZIONI:** un'altra notizia di vitale importanza dal punto di vista dell'acquisizione delle informazioni dalla popolazione autoctona è quella che un indiano non ammetterà mai di non saperti dare l'indicazione che cerchi. Considerano un'intollerabile mancanza di rispetto non rispondere ad una richiesta d'aiuto, e quindi piuttosto di non dirti nulla ti danno un'informazione sbagliata. Il che, in un paese straniero, dove la maggior parte della segnaletica è in caratteri sconosciuti, può diventare davvero un disagio! **Seconda regola:** chiedi sempre a diverse persone, non fidarti di un'unica fonte!

**3. DARE INFORMAZIONI (la FAMELICA CURIOSITA' INDIANA):** vi capiterà, se

viaggiate con i mezzi pubblici, bus o treno che siano, di sedervi accanto ad indiani. Vi preannuncio che il simpatico compagno di viaggio che avete al vostro fianco non resisterà più di qualche minuto a sommergervi di domande. Partirà da quesiti assai innocenti e banali, facendovi in prima battuta credere che lo faccia per darvi qualche suggerimento per le vostre mete, ma ben presto, arriverà a porvi le tre domande vitali, che gli servono a capire chi ha di fronte: 1) Sei sposata/o? 2) Che lavoro fai? 3) Da dove vieni?. Se voi continuerete a rispondere le domande diventeranno sempre più capillari ed insistenti (Che lavoro fanno i tuoi? Che scuole hai frequentato?) finché sarete costretti a svincolarvi con una scusa banale (Sorry, I'm very tired now...) **Terza regola:** se avete voglia



di privacy trinceratevi ostinatamente dietro la vostra guida turistica o fingete di non sapere l'inglese.

4. CIBO INDIANO: se vuoi andare in India per sperimentare la vita ed il cibo indiano, per prima cosa dimentica la colazione dolce a base di brioche e cappuccino! Le spezie piccanti ti accompagneranno dal primo Chai del mattino (un tè arricchito di cardamomo, cannella, pepe nero con l'aggiunta di latte) fino all'ultimo boccone della tua cena. Quarta regola: se sei deboluccio di stomaco rinuncia, o armati di un buon protettore gastrico!

5. BRICIOLE DI BON-TON A TAVOLA: nei ristoranti locali più popolari non troverete posate. E' d'uso comune mangiare con le mani, anzi, con la sola mano destra (la mano sinistra non va assolutamente utilizzata per portare il cibo alla bocca, in quanto è normalmente adibita all'igiene personale!). Nei ristoranti è sempre presente un piccolo lavabo, dove è possibile lavarsi le mani prima e dopo il pasto. Il piatto completo tipico si chiama Thali, (ne esistono diversi tipi, North/South Indian Thali / Pujabi/Gujarathi Thali che si differenziano in base agli

stati di appartenenza) ed è composto di un numero variabile di ciotoline riempite di salse a base di verdure e spezie (ovviamente piccanti!), accompagnate da un tipo di pane non lievitato (Chapathi) e riso al vapore (che non è il costoso e candido Basmati, ma un riso "povero", meno lavorato ma

più saporito). Una ciotolina è invece riempita di delizioso yogurt bianco cremoso (detto Curd), e serve appositamente a dare un fresco sollievo dopo il pasto piccante. Ad onor del vero devo tuttavia aggiungere che, riconosciuta come straniera, nella maggior parte dei casi, pur senza che io avessi chiesto nulla, i comprensivi camerieri mi fornivano, in modo discreto, di un cucchiaino (che le prime volte utilizzavo avidamente!). Poi, con costanza e applicazione mi sono imposta di adeguarmi a mangiare anch'io con le mani e sono stata ampiamente ripagata in termini di soddisfazione, dagli sguardi stupiti e curiosi degli indiani, che mi osservavano come se stessi facendo una cosa straordinaria! L'utilizzo delle mani per mangiare è una tradizione che risale ancora all'antichità ed è legata al fatto che nella cultura indù si dà molta importanza all'utilizzo di tutti i cinque sensi nell'approccio col cibo, per esaltarne la palatabilità. Devo ammettere che è un'esperienza interessante! Quinta regola: se siete schizzinosi portatevi sempre in borsa un paio di posate!

6. RISCIO': il mezzo di trasporto più comune, per i piccoli spostamenti e nelle città, sono i cosiddetti "riscio" che nulla hanno a che fare (per fortuna!) con quei carretti trainati da uomini visti nel film "La città della gioia". Sono motorette a tre ruote gialle e



nera, che, simili ad api impazzite, sfrecciano veloci nel traffico, utilizzando il clacson in modo intermittente, per avvertire del loro passaggio e velocizzare lo spostamento dalla loro carreggiata di uomini e bestie. Svolgono la funzione di taxi, ma non riescono a portare più di 2-3 persone. Il prezzo varia molto (lievitando fino a 10 volte!) nel caso l'autista ti identifichi come un turista! Sesta regola: contrattare sempre sul prezzo!!

7. ANIMALI E TRASPORTI: la presenza degli animali nelle grandi, ma soprattutto nelle piccole città, è ubiquitaria. Nell'immaginario comune l'India è piena di mucche che ciondolano pigramente in mezzo alla strada e costringono i mezzi motorizzati a scansarle. La realtà supera grandemente questa fantasia. Le strade non sono solo invase da mucche, ma anche da un gran numero di cani, cinghialetti, cavalli, asini, scimmie. I guidatori sono assai abili a schivare in modo rocambolesco tutta questa moltitudine di animali, e personalmente ho visto ben poche creaturine investite al lato delle strade; ma per un viaggiatore occidentale, non abituato a tali condizioni di guida, i primi viaggi in autobus risultano davvero sconvolgenti! Settima regola: mai sedersi nelle prime file dei bus almeno all'inizio è meglio non guardare la strada!

8. ANIMALI E CITTA': un'altra cosa che colpisce è la naturalezza con la quale gli indiani percepiscono la presenza di animali più o meno selvatici in città ed il rispetto che hanno nei loro confronti (topi compresi!!). Con mio enorme disappunto ho visto con i miei occhi un ristorante che nutriva, con gli avanzi di riso, tre topini voraci e qualche gazzaladra che si erano affacciati famelici alla terrazza del locale! Certo dal punto di vista sanitario non è proprio il massimo e noi occidentali igienisti rabbriviamo solo all'idea, ma è una cosa che fa davvero tenerezza!

Un altro fatto curioso, a proposito del rapporto con gli animali è che nel centro di Mumbai esistono delle alte costruzioni, inaccessibili ai turisti curiosi, dette torri del silenzio, dove vengono portati i defunti della setta dei Parsi, una minoranza religiosa,

perché vengano mangiati dai corvi e dalle aquile, che si vedono volare numerose e fameliche sopra la città! Questo nella convinzione che i corpi dei defunti possano contaminare la terra e che sia quindi preferibile che vengano mangiati dai rapaci. Ottava regola: preparatevi ad allargare la vostra concezione di "animale domestico"!

9. FOTO: vi capiterà certo, durante il vostro viaggio in India, di passeggiare in uno dei magnifici siti archeologici (come quello sconfinato di Hampi), armati di una più o meno tecnologica macchina fotografica. Aspettatevi due possibili, alquanto strane reazioni da parte dei turisti indiani: se siete inequivocabilmente occidentali (capelli biondi e pelle chiara) vi capiterà certamente che giovani ragazzi vi chiedano di fare delle foto, non a loro, ma a loro con voi! Vi sentirete una diva del cinema: vorranno tutti essere immortalati in vostra compagnia!

Questo è certamente indicativo di come gli occidentali siano ancora visti come delle "mosche bianche" in tutti i sensi!

L'altra possibilità è che, più spesso donne e bambini, vi chiedano di immortalarli in forzate foto di famiglia, che poi loro osserveranno compiaciuti sul vostro monitor (nel caso abbiate una digitale!). La cosa, inizialmente molto buffa, può diventare un po' pesante e costringervi ben presto a nascondere la macchina fotografica per godervi con un po' di tranquillità le bellezze archeologiche! Nona regola: moderate l'utilizzo della macchina fotografica! Potreste ritrovarvi a dover fare un servizio fotografico ad emeriti sconosciuti!

Infine la decima ed ultima "regola": divertitevi!

\* Dr.ssa Diana Zarantonello, specializzanda di Nefrologia



Voglia di leggere

# Realtà e sogno, come in una scatola

di Lonely Bear

Nel numero precedente eravamo in Oriente, seguendo le trame della trilogia di Jan-Philipp Sendker ambientata nella Cina che da poco si è aperta all'Occidente. Continuiamo a restare in Oriente, ma non per il solo ambiente, ma anche perché parliamo di un grande scrittore giapponese, Haruki Murakami. Vasta la sua produzione letteraria tradotta in italiano, che ci permette di conoscere questo autore che ha fatto del sogno onirico un suo punto di forza.

*L'uccello che girava le viti del mondo*, partiamo da lì. Si pensava di aver già trovato in quelle pagine la massima complessità di riferimenti, stratificazioni di scrittura, evocazioni di immagini, topoi della narrativa onirica e dell'iconografia possibili per uno scrittore. Ed ecco arriva *Kafka sulla spiaggia* che mescola le carte della nostra logica, sovrapponendo ancor più immagini e parole, creazione artistica e realtà, arrivando a una quasi infinita elusività del senso, messinscena della fallacia interpretativa che non casualmente omaggia Kafka.

Murakami, ne eravamo certi, non poteva arrivare a un più alto risultato, fin quando non abbiamo potuto aver fra le mani *1Q84* (libro 1 e 2 Aprile-Settembre). È subito evidente che l'autore ha fatto un complesso, immane lavoro di riferimenti incrociati su un tema centrale "*le cose sono diverse da come appaiono*", che per maggior definizione dovremmo dire non "un tema" ma "il tema" centrale della narrativa dello scrittore giapponese. Questo argomento viene continuamente sfaldato nel suo tragitto verso il senso delle cose, ma non in maniera lineare: è sempre labirintico, se non addirittura sospeso. Citazioni di eventi, persone, scelte di gente comune o di nazioni si susseguono lungo tutto il testo. A partire, è ovvio, dall'anno in cui l'autore fa iniziare la vicenda,

quel 1984 di orwelliana memoria tramutato in 1Q84 sia per un'assonanza tra la lettera (Q) e il numero (9) nella pronuncia giapponese, ma anche per sottolineare l'ambiguità della situazione: Q è l'iniziale di question mark in inglese, il punto interrogativo. La storia è un punto interrogativo? È come la rileggiamo sui libri, o ne possiamo avere più immagini una diversa dall'altra? I ricordi che tornano alla mente, influenzati dalle emozioni, sensazioni, intensità nel vivere un certo momento, ci fanno leggere e vedere qualcosa di diverso rispetto agli altri? Lungo il romanzo incrociamo la Storia che Murakami, a differenza di Orwell, può ricostruire nella sua interezza, pur con l'inserimento di momenti devianti. Ciò che è accaduto nel 1984 e negli anni precedenti è lì, davanti a noi, così come viene riportato, o quasi.

"Di realtà ce n'è sempre una sola" - fa dire Murakami al taxista-traghetto che, come Caronte nell'Inferno traghetto Dante, lascia la protagonista femminile Aomame (citata sempre con il suo strano cognome che significa "piselli verdi") verso l'uscita di una scala di emergenza della tangenziale di Tokio bloccata per un incidente. Ma è davvero un'uscita di sicurezza o è solo l'inizio di una discesa nell'altro mondo? Ma chi è Aomame? Nelle pagine del racconto ci viene descritta dall'autore un po' come l'Alice di Carroll e un po' come un temibile giustiziere e spietato killer, viso d'angelo e mostruosa smorfia terrorizzante. Ogni passaggio del romanzo gira attorno a questo concetto: le cose non sono come appaiono, ma di realtà ne esiste una sola. Anche se si può mascherare la verità con una finzione, con una menzogna, è necessario ricordare che "una volta che si dice una bugia al mondo, bisogna continuare a mentire in eterno. Anche con il passato e con i ricordi si devono quadrare i conti.

I ricordi come ondate che risalgono nella mente, che disturbano, che si vorrebbero scacciare ma che restano, che creano angoscia o rievocano piacere, ma che arrivano inaspettati e non voluti e non se ne vanno se non quando sono loro stessi a decidere di svanire. E al contempo la realtà che muta, il pensiero che non la coglie: "appena cercava di pensare qualcosa, la realtà sembrava avvicinarsi per un attimo, poi subito sfuggiva".

"Nella vita le cose non scorrono scegliendo il percorso più breve". Lo scopre Tengo, il protagonista maschile del romanzo, giovane ghost writer incaricato da un editore di pochi scrupoli di rendere meno acerba una bella storia scritta da Fukaeri (una diciassettenne misteriosa, impenetrabile, con un modo di parlare bizzarro), per trasformarla in un esordio da premio. Anche il titolo dell'opera di Fukaeri "Crisalide d'aria" ci rimanda a qualcosa che col tempo si tramuta profondamente, la crisalide, stadio intermedio dello sviluppo di molti insetti, e di quello della vita. Le vite dei due protagonisti scorrono parallele nell'anno 1Q84, - Aomame impegnata a giustiziare su commissione e con un sistema raffinatissimo uomini che hanno fatto violenza sulle donne, e Tengo alle prese con la riscrittura dell'inquietante romanzo mentre viene portato da Fukaeri a scoprire una surreale realtà dove esistono misteriose piccole creature - sembrano a un certo punto convergere. Ma in questo spazio-tempo labirintico che ha assunto forme contorte, nulla è scontato. E a volte il prima e il dopo si invertono e nei casi peggiori scompaiono del tutto. Capita pure che si aggiungano cose che non dovrebbero farne parte.

Vivendo in un 1984 che non sembra più tale, Aomame decide di chiamarlo 1Q84. "Che mi piaccia o no, adesso mi trovo in questo anno 1Q84. Il 1984

## "giapponese"

che conoscevo non esiste più da nessuna parte. Ora è l'anno 1Q84. L'aria è cambiata, il paesaggio è cambiato". Leggendo con passione il romanzo di Murakami, facendosi avvolgere alla storia, si ha la sensazione che non si tratti più di un semplice libro, ma che si espanda oltre le pagine verso la realtà, trasformandola, come se una seconda luna comparisse in cielo.

Un libro meraviglioso, intenso, mai banale, completo e profondissimo, che lascia ampi scenari aperti, nell'attesa che esca il terzo libro per completare l'opera. Un testo in cui il lettore può restare affascinato dalle descrizioni minuziose dei particolari, dalla fantasia della storia che però non si trasforma mai in banalità e rimane sempre su piano tale da non far mai venire voglia di smettere di leggere. Le vicende parallele di Tengo ed Aomame avvolgono il lettore nella loro fitta trama, lo fanno sognare invitandolo ad entrare in un mondo diverso..... il mondo con le due lune. Nel testo ci sono passi di poesia pura, come il momento in cui Tengo ed Aomame si ritrovano a pochissima distanza tra di loro, senza saperlo, ad osservare lo stesso cielo con le stesse due lune. Dopo tutti i loro travagli, le loro vicissitudini, il loro cercarsi continuo, sono così vicini l'un l'altro, mentre guardano le due lune in cielo, eppure allo stesso tempo così lontani nel loro non sapere che l'altro è così a poca distanza, "...se solo Tengo spostasse lo sguardo dalle due lune al balcone sopra il parco giochi vedrebbe e riconoscerebbe la sua Aomame...", ma questa è la vita, quante volte ognuno di noi è stato vicino a ciò che desidera senza saperlo e poi se ne è andato, senza sapere che la felicità era lì, a portata di mano, di sguardo.

Ecco, 1Q84 è un libro magico, in alcuni punti non facile anche per la minuziosa e lunga descrizione dei par-

ticolari, che necessita di un piccolo periodo di tempo di adattamento alla raffinata maniera di scrivere di Murakami, ma la lettura di questo romanzo ricompensa ampiamente questa fatica.

**Haruki Murakami** nasce a Kyoto il 12 gennaio 1949. Ad un anno, la famiglia si trasferisce a Ashiya. Poco tempo dopo si sposta a Kobe.

È qui che Murakami comincerà a entrare in contatto con libri di autori stranieri, soprattutto inglesi, cominciando poi a scrivere, nel corso della sua frequenza al liceo, sul giornale della scuola.

Terminate le scuole superiori, si iscrive alla facoltà di letteratura dell'università Waseda di Tokyo dove si laurea nel 1975 con una tesi sull'idea del viaggio nel cinema americano. Gli anni della sua frequenza universitaria sono gli anni delle rivolte studentesche, cui Murakami partecipa attivamente. Haruki in questo periodo interrompe per un anno la frequenza all'università e comincia a lavorare in una stazione televisiva. Inoltre, nel 1974 decide con la moglie di aprire un jazz bar a Kokubunji (Tokyo), chiamato "Peter cat", caffetteria di giorno, mentre di sera venivano serviti anche alcolici; Qui Murakami preparava bevande, metteva musica, leggeva libri e ascoltava le persone; esperienza preziosa per la sua formazione di scrittore.

Nell'aprile del 1974 inizia a scrivere il suo romanzo d'esordio, *Ascolta la canzone nel vento* pubblicato nel 1979. Grazie a esso vince il premio Gunzocome migliore esordiente. L'anno seguente dà alle stampe *Il flipper del 1973*, nel 1982 pubblica *Sotto il segno della pecora*, premio Nomaer scrittori emergenti. I tre libri formano *La trilogia del Ratto* dal nome di uno dei personaggi. Nel 1985



vince il Premio Tanizakicon *La fine del mondo*

e il paese delle meraviglie.

Dall'ottobre 1986 viaggia tra la Grecia e l'Italia dove scrive *Tokyo blues*, *Norwegian wood* (due milioni di copie in un anno) e *Dansu dansu dansu* (Dance dance dance).

Nel 1991 si trasferisce negli Stati Uniti dove diventa prima ricercatore associato nell'Università di Princeton e, nell'anno successivo, professore associato.

Nel 1992 esce *A sud del confine, a ovest del sole*. Nel luglio del 1993 l'ennesimo trasferimento, a Santa Ana (California), per insegnare all'università. Nel 1994 e nel 1995 vengono pubblicati i tre volumi de *L'uccello che girava le viti del mondo*, che gli valgono il prestigioso Premio Yomiuri. Nel 1997 viene pubblicato *Underground. Racconto a più voci dell'attentato alla metropolitana di Tokyo*, nel quale raccoglie le interviste ai sopravvissuti e ai parenti delle vittime dell'attentato alla metropolitana di Tokyo. Nel 1999 esce *La ragazza dello Sputnik*.

Nel 2001 si trasferisce infine a Oiso, dove vive tuttora dedicandosi, oltre che alla scrittura, al podismo: vanta infatti all'attivo oltre venti maratone disputate e addirittura una ultramaratona.

Nel 2006 riceve il Frank O'Connor International Short Story Award per la raccolta di racconti brevi *I salici ciechi* e *La donna addormentata* e vince il World Fantasy Award con il romanzo *Kafka sulla spiaggia*. Sempre lo stesso anno gli viene conferito il Premio Franz Kafka, in passato già assegnato ad autori del calibro di Philip Roth, Harold Pinter ed Elfriede Jelinek.

Nel 2011 l'uscita in Italia di 1Q84 (libro 1 e 2. Aprile-settembre). A breve sarà disponibile anche il libro 3 (ottobre-dicembre).

# Micologia che passione!

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

## Funghi commestibili primaverili

La stagione primaverile tra qualche tempo inizierà e con essa faranno capolino i primi funghi. Abbiamo pensato quindi di illustrare in questo articolo alcune specie commestibili, indicando le caratteristiche che li contraddistinguono e le eventuali confusioni che portano il raccoglitore incauto a scambiarli con funghi velenosi, ponendo l'accento su dati facilmente evidenziabili con una corretta osservazione.

### CALOCYBE GAMBOSA

Questo è il nome moderno della sistematica, ma molti se lo ricordano ancora come *Tricholoma georgii* o più semplicemente col nome di "prugnolo" o "Fungo di S. Giorgio" in quanto la sua comparsa è attorno alla ricorrenza del Santo, il 23 aprile. Le caratteristiche di questo fungo sono date da un aspetto per lo più robusto sia nel cappello che nel gambo, un colore del cappello avorio crema, anche giallo paglierino con lamelle per lo più concolori e soprattutto da un odore molto forte e persistente di farina fresca. Habitat: cresce abitualmente in gruppi, più spesso in cerchi detti *cerchi delle streghe*, in mezzo all'erba del prato o anche nelle radure di conifere o di latifoglie.



Foto 1: *Calocybe gambosa* (Foto di E. Brunelli)

\* Ermanno Brunelli, docente di Tossicologia ai corsi nazionali per ispettori micologi P.A.T., Trento. Antonio Fondriest, ispettore micologo, Trento. Alberto Valli, Nefrologo e ispettore micologo.

### MORCHELLA ELATA (varietà conica)

Si tratta di una delle diverse specie che compaiono tra marzo e aprile, abbastanza conosciute sotto il nome di "spugnola" o "marugola" altre varietà sono molto simili. La caratteristica principale è che non hanno lamelle ma alveoli o fossette che ornano il cappello, all'interno tutta cava sia nel cappello che nel gambo, si trova un po' ovunque nei boschi o nelle radure erbose. Sono commestibili ma devono essere ben cotte e si raccomanda che la cottura sia prolungata.



Foto 2: Morchella elata

### MARASMIUS OREADES

Fungo di piccole dimensioni che si presenta in grandi quantità formando dei cerchi di colore isabella poi nocciola o biancastro. La sua caratteristica è la sua struttura molto esile, gambo rigido e odore gradevole, sapore dolce, ottimo anche essicato. La commestibilità riguarda esclusivamente il cappello, anche questa specie si chiama "fungo delle streghe e ninfee" secondo il micologo B. Cetto" per come crescono nei prati.



Foto 3: Marasmius oreades (Foto di E. Brunelli)

# Coro Altreterre



Sabato 3 marzo ore 20.45

Villa Lagarina, Teatro Carlo Baldessarini  
In collaborazione con il Comune di Villa Lagarina

Ingresso libero

\*\*\*

Sabato 10 marzo ore 20.45

Trento, Teatro San Marco

Via San Bernardino, 8

In collaborazione con APIBiMI onlus

Ingresso ad offerta libera

a favore di APIBiMI onlus



Il **Coro Altreterre**, che A.P.A.N. ha contattato per festeggiare il trentennale della Associazione, ha debuttato al teatro di Villa Lagarina il 3 marzo e, a Trento, al Teatro San Marco il 10 marzo, con lo spettacolo: *Il viaggio dell'Utopia*.

Lo spettacolo, che verrà replicato a Vigolo Vattaro sabato 31 marzo, alle ore 20,30, racconta un "viaggio della speranza" a bordo di un barcone (uno di quelli che ogni anno partono dall'Africa e approdano - nel mi-

gliore dei casi - a Lampedusa e sulle coste italiane). I coristi impersonano i migranti, un carico di disperati con i loro pochi averi. Un reporter italiano, interpretato da Giovanni Oieni, si imbarca assieme a loro a bordo della carretta del mare e si prende il compito di raccontare questo viaggio, con le aspettative e i ricordi di tutti. Il reporter mette in parallelo i viaggi dei migranti di oggi e di ieri, quando erano i nostri nonni a partire per "la Merica" e "quando gli Albanesi eravamo noi".

Lo spettacolo è pervaso di emozioni, dalle esplosioni di gioia nei ricordi delle feste di villaggio ai momenti di cupa tensione nelle ore di mare in tempesta. Un tema di estrema attualità che il coro **Altreterre** spera di proporre senza retorica, con il consueto supporto di musiche e strumenti da tutto il mondo.

Le serate sono a offerta libera e l'incasso verrà devoluto all'Associazione APIBiMI che si occupa di dare sostegno all'infanzia bisognosa.



# Nelle pagine del tempo le parole salvate dai ricordi

Dizionario autobiografico collettivo

Se, come recita il celebre adagio, *verba volant et scripta manent*, è anche vero che le parole, grazie al loro legame inscindibile con la cultura e con la mentalità dell'epoca in cui nascono, si diffondono e vengono usate, possono riportarci alla pesantezza del nostro essere, al ricordo del tempo che fu, a quella "rosa che non colsi" nella quale si racchiude spesso il senso dell'esistenza. Così, mossi dall'intento impossibile di bloccare, grazie alle parole, il flusso incessante del tempo, gli autori di questo dizionario autobiografico collettivo si sono raccontati attraverso centinaia di termini ormai dimenticati, desueti o addirittura scomparsi, anche se vi fu un tempo in cui scandivano la loro e la nostra quotidianità.

Da "arcolai" a "zolfanello", da "duplex" a "yè-yè", da "madia" a "ranno", da "sinforosa" a "zabetta" il filo delle parole si dipana attraverso cinquant'anni di storia italiana, ricordandoci come eravamo e come siamo cambiati passando, nel giro di pochi decenni, dai ritmi ciclici del mondo contadino a quelli frenetici e lineari della condizione postmoderna. Ma in questa rassegna di parole dimenticate, ma ancora ricche di risonanze, così come nella disposizione d'animo degli autori, non c'è spazio per la sterile nostalgia: il lettore, infatti, si accosta a un mondo ormai lontano, ma tutt'altro che trasfigurato dal ricordo che riemerge in tutta la sua vividezza. Un'occasione per riflettere, per sognare, per ricordare, ma anche per lasciarsi coinvolgere nelle storie rare, bizzarre, spaventose, avvincenti e divertenti degli autori che, come scrive Duccio Demetrio nella Prefazione, ci restituiscono le parole nel tempo «non nella preziosità un po' algida del lemma ormai perduto», ma «nella vivacità del racconto breve, madido di esperienza».

## Nelle pagine del tempo le parole salvate dai ricordi

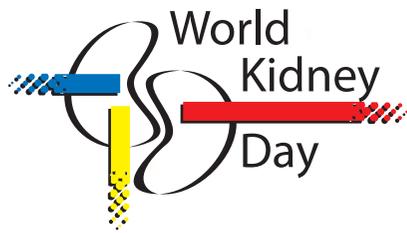
Dizionario autobiografico collettivo  
a cura di Alfredo Tamisari



Edizioni EmmeTi

La cooperativa editoriale EmmeTi  
edizioni.emmeti@gmail.com

Il volume *Nelle pagine del tempo, Dizionario autobiografico collettivo*, fuori collana, è stato stampato in Milano nel dicembre 2011 presso la Bine Editore Group srl per conto della EmmeTi società cooperativa. Tutti i diritti sono riservati - In copertina *Le voyage*, tecnica mista su carta di Marina Mariani.



World  
Kidney  
Day



**TRENTO - P.zza Cesare Battisti  
dalle ore 9 alle ore 14**

**8 MARZO 2012**

# GIORNATA MONDIALE DEL RENE



**Per effettuare una  
corretta prevenzione  
è sufficiente:**

- misurare la pressione arteriosa una volta all'anno
- eseguire l'esame urine una volta all'anno

**PORTARE LE URINE  
RACCOLTE AL MATTINO  
IN APPOSITO CONTENITORE  
REPERIBILE IN FARMACIA**

Stanno bene i tuoi reni? Al mondo, una persona su dieci ha un danno renale. **Controlla se sei a rischio.**

FIR ONLUS  
Fondazione Italiana del Rene



Società Italiana  
di Nefrologia



Croce Rossa Italiana

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



*Buona Pasqua*

