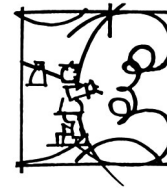


RENE&S



**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXVII - DICEMBRE 2012 - N. 2 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 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



- ▶ **TRENT'ANNI ACCANTO AI MALATI NEFROPATICI**
- ▶ **TRENTENNALE, CHE LA FESTA INCOMINCI**
- ▶ **DIFFICOLTÀ DI ADERENZA ALLA TERAPIA ANTI-RIGETTO**
- ▶ **PER UNA NUOVA FUNZIONE INTEGRATA**
- ▶ **IL DOLORE LOMBAR E I SUOI RISVOLTI SOCIALI**
- ▶ **LA FARMACIA NEL PIATTO**
- ▶ **LE CARATTERISTICHE LOCALI E SISTEMICHE DELL'ARTERITE DI HORTON**
- ▶ **MANIFESTAZIONI ORALI NEL LUPUS**
- ▶ **LA GESTIONE DEL RISCHIO IN AMBITO SANITARIO**
- ▶ **CRONACA DI UN VIAGGIO IN CAMPANIA**

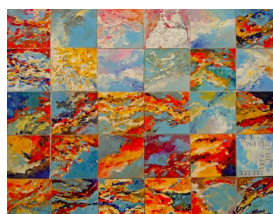
- ▶ **TERAPIA "DIALITICA": SOLO PER PAZIENTI UREMICI?**
- ▶ **I TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE EQUESTRE**
- ▶ **INGREDIENTI NECESSARI: PROGRESSO TECNOLOGICO E COLLABORAZIONE**
- ▶ **LE SFIDE VINCENTI DI UN GIOVANE TRAPIANTATO RENALE**
- ▶ **IL NUOTATORE**
- ▶ **TRA SCENARI E PERCORSI ASTRATTI**
- ▶ **UN ALFABETO DI RICORDI**
- ▶ **VOGLIA DI LEGGERE**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE**
- ▶ **ALCUNE INFLUENZE ARCHITETTONICHE DELL'ARTE GOTICA**

sommario

Trent'anni accanto ai malati nefropatici	3
Trentennale, che la festa incominci <i>di Serena Belli</i>	5
Difficoltà di aderenza alla terapia anti-rigetto <i>di Cristina Andreotti e Antonella Lama</i>	8
Per una nuova funzione integrata <i>a cura di Serena Belli</i>	10
Il dolore lombare e i suoi risvolti sociali <i>di Roberto Bortolotti</i>	12
La farmacia nel piatto <i>di Diana Zarantonello</i>	14
Le caratteristiche locali e sistemiche dell'arterite di Horton <i>di Francesco Paolo Cavatorta e Giuseppe Paolazzi</i>	16
Manifestazioni orali nel lupus <i>di Nadia Toller</i>	18
La gestione del rischio in ambito sanitario <i>di Mauro Turrini</i>	20
Aforismi sull'Onestà <i>a cura di Luisa Pevarello</i>	21
Cronaca di un viaggio in Campania <i>di Donata Borin</i>	22
Terapia "dialitica": solo per pazienti uremici? <i>di Carmelo Loschiavo</i>	26
I terapeuti della riabilitazione equestre <i>di Gioia Mazzoleni</i>	28
Ingredienti necessari: progresso tecnologico e collaborazione <i>di Alessandra D'Angelo</i>	31
Le sfide vincenti di un giovane trapiantato renale <i>a cura di Gianni Toninato</i>	33
Il nuotatore <i>di Anna Maria Ercilli</i>	35
Tra scenari e percorsi astratti <i>di Aldo Nardi</i>	36
Un alfabeto di ricordi <i>di Serena Belli</i>	39
Voglia di leggere <i>di Lonely Bear</i>	42
Micologia che passione <i>di Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli</i>	44
Alcune influenze architettoniche dell'arte gotica <i>di Claudio Fagnani</i>	46

Auguri di buone feste

dal Direttivo APAN



In copertina:
Doris Cologna
BLUROSSOGIALLO - 2012
Tecnica mista, 100 x 120 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

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

COLLABORATORI per questo numero: Cristina Andreotti, Lonely Bear, Serena Belli, Donata Borin, Roberto Bortolotti, Ermanno Brunelli, Francesco Paolo Cavatorta, Alessandra D'Angelo, Anna Maria Ercilli, Claudio Fagnani, Antonio Fondriest, Vilma Graziadei, Antonella Lama, Carmelo Loschiavo, Gioia Mazzoleni, Aldo Nardi, Giuseppe Paolazzi, Luisa Pevarello, Nadia Toller, Gianni Toninato, Mauro Turrini, Alberto Valli, Diana Zarantonello.

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

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

La storia della Associazione Provinciale Amici della Nefrologia

Trent'anni accanto ai malati nefropatici

Il giorno 20 ottobre 2012 la Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (APAN), ha festeggiato il trentennale della sua fondazione, presso l'auditorium della APSS di viale Verona, a Trento.

L'idea di creare una associazione che si occupasse dei pazienti nefrologici era venuta, verso l'inizio degli anni '80, al dottor Alberto Valli, allora responsabile del reparto di Nefrologia dell'Ospedale S. Chiara, in seguito ad un periodo lavorativo fatto presso l'Ospedale di Montpellier diretto dal professo Mion, per specializzarsi nella dialisi peritoneale. In quella occasione il dottor Valli aveva notato che i pazienti nefropatici francesi, dializzati o trapiantati, erano affidati a strutture parzialmente gestite dal settore privato, con l'impiego di volontari.

Tornato a Trento, e fondata la dialisi peritoneale al S. Chiara, ha avuto l'idea di coinvolgere e sensibilizzare alcuni amici, per creare un gruppo di volontari che fossero in grado di assistere nelle piccole mansioni i malati di rene, facendo loro compagnia ed offrendo assistenza dal punto di vista familiare ed umano. Si tratta di un aiuto molto importante per questi pazienti che, per la loro patologia, sono costretti a fare molte giornate di degenza in ospedale e passano molte ore della loro vita attaccati alla macchina della dialisi.

La associazione è nata in Via Grazioli, anche per merito del dottor Dino Leonesi e di un gruppo di amici, nel gennaio 1982. Nel 1983 è stata poi ufficializzata con legge provinciale dall'assessore Ongari. Inizialmente APAN gestiva anche il Centro Dialisi di Arco, al quale si rivolgono soprattutto pazienti che soggiornano sul lago di Garda, in particolare stranieri, per essere dializzati durante le loro vacanze.



RenArt 2010

Da cinque anni il Centro, attualmente diretto dal dottor Italo Poli, è completamente autonomo ed indipendente. Nel corso di questi trenta anni molti volontari si sono succeduti e non è possibile nominarli tutti. Ricordiamo comunque Antonio Fondriest, che è il nostro volontario storico, dato che ha prestato la sua opera dalla fondazione fino ai giorni nostri, e i vari "responsabili dei volontari", che si sono susseguiti: Iginia Bortolotti, Daria Rigoni Bressan, Mariella Mezzena, Silvana Guella ed Emilia Dorigatti.

Scopo della associazione è quello di assistere i malati nefropatici in ospedale, ma anche di ricerca e di **promuovere la prevenzione della malattia renale**. A questo proposito, fondamentale è l'attività svolta dal dottor Valli e dal dottor Ermanno Brunelli, che da anni intervengono anche come esperti in servizi televisivi, per divulgare le conoscenze a proposi-

to di funghi e della loro intossicazione, onde evitare altri episodi come quello del 1984, quando sono state messe in dialisi oltre 30 persone intossicate, molte delle quali sono rimaste in dialisi o sono state successivamente trapiantate.

Sempre nell'ottica della prevenzione, i volontari APAN partecipano a varie iniziative, come la **Giornata Mondiale del Rene**, e tengono **lezioni presso le scuole** o i circoli pensionati cittadini. Ricordiamo anche **gite e cene con pazienti dializzati e trapiantati e spettacoli** a favore della associazione. Degni di menzione sono stati lo spettacolo tenuto a Trento da Ombretta Colli nel 1984 presso l'Auditorium S. Chiara ed il concerto del tenore Di Stefano, a Rovereto nel 1985.

Sempre nel 1985 si è iniziato a pubblicare un bollettino quadrimestrale, che in seguito è diventato **Rene&Salute**, una rivista che pubblica articoli di



Giornata mondiale del rene

medicina, con un occhio particolare alla patologia renale, frutto dell'opera attenta del giornalista Aldo Nardi, della dottoressa Serena Belli, attuale presidente e della dottoressa Cristina Comotti. Nella rivista c'è una sezione dedicata ai funghi, mangerecci, tossici o letali, che è tenuta da Alberto Valli, Antonio Fondriest ed Ermanno Brunelli. E ancora **RenArt**, una mostra di pittura, ispirata dal professor Aldo Nardi e organizzata in collaborazione con l'architetto Alessandro Goio, che ne è l'artefice. La mostra, con il coinvolgimento di artisti trentini ogni anno differenti, rappresenta oggi una vetrina sulla città di APAN. Nel mese di ottobre di quest'anno, presso sala Thun di Torre Mirana, ha avuto luogo la sesta edizione di RenArt che, come al solito, ha richiamato un folto pubblico di simpatizzanti e soci, ma anche di semplici cittadini che, per mezzo

della mostra, sono stati informati a proposito di prevenzione della patologia renale.

Non dimentichiamo infine che anche APAN, come altre associazioni dedicate a patologie specifiche, ha un suo gruppo di **Auto Mutuo Aiuto**, diffuso anche in provincia, che si riunisce con cadenza quindicinale, il cui animatore attualmente è il professor Gianni Toninato.

La Nefrologia in Trentino gode di buona salute, il reparto dell'Ospedale, diretto dal dottor Giuliano Brunori, ha in carico **210 persone in emodialisi, 32 in dialisi peritoneale e 263 trapiantati renali**, oltre ad un numero ovviamente maggiore di pazienti con varie patologie di interesse renale e i nostri volontari prestano la loro opera all'interno di questa realtà, opera che è tanto più importante in quanto oscura e silenziosa.



Quando sta per arrivare una bella ricorrenza da festeggiare, ad esempio un trentennale o un "ennale" qualsiasi, tutti sono contenti. Ma se voi siete a capo di questo qualcosa che richiede il festeggiamento, e vi viene richiesto di organizzare il tutto (pur con tutto l'aiuto dei presenti per carità), non sarete altrettanto felici. Inoltre, se di questo "ennale" voi in realtà non avete nessun merito, perché siete subentrati in tempi relativamente recenti (per esempio solo negli ultimi cinque anni), e pertanto non conoscete tutta la storia precedente in maniera approfondita, è meglio che iniziate a preoccuparvi sul serio.

Questo è il resoconto parziale della mia contentezza, che si è ridotta progressivamente nei mesi successivi fino ad arrivare ad una mail, mandata a tutto il direttivo alle quattro di mattina, con i miei *diktat*, perché mi sembrava proprio di non riuscire a venirne fuori.

I festeggiamenti per il trentennale APAN sono partiti da molto lonta-

Lezione nelle scuole



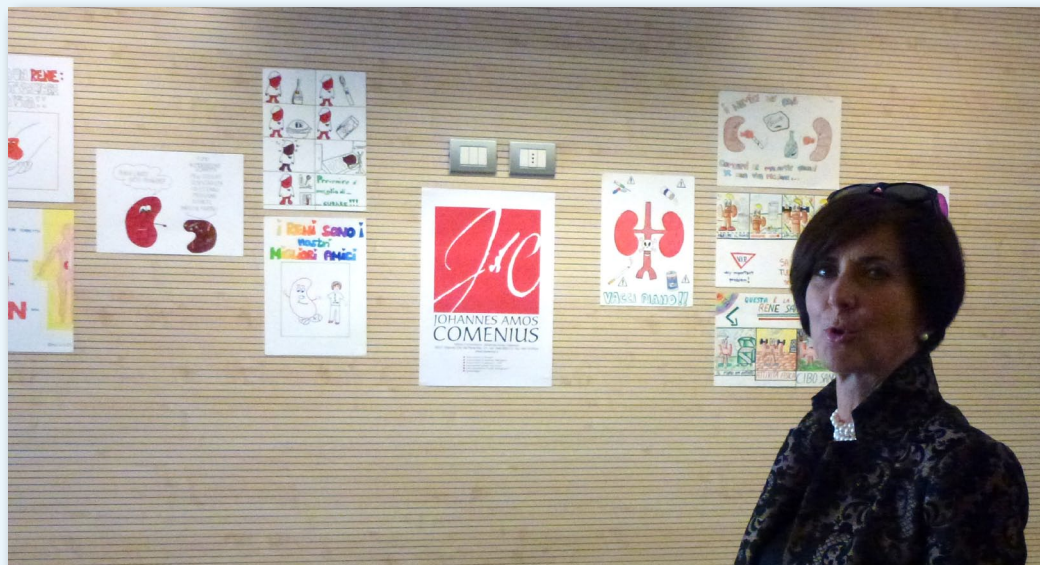
Trentennale, che la festa incominci

di Serena Belli

no, non solo perché ci sono voluti trent'anni per arrivare a questa importante ricorrenza, ma anche perché le prime idee su quello che si sarebbe voluto, o potuto, fare sono state elaborate in seguito ad un *brain storming* dei componenti del direttivo, già nel mese di febbraio 2012.

Dopo lunghe riflessioni sono state prese tre importanti decisioni: la festa sarebbe stata in un ambiente pubblico, ci doveva essere un intermezzo di qualche tipo, si voleva legare la ricorrenza ad un evento che durasse nel tempo. Successivamente sono state prese anche molte altre decisioni, che riguardavano le autorità da contattare, il tipo di buffet, i premi per gli studenti vincitori di un concorso di idee, lanciato per l'occasione, ecc. Alla fine, le decisioni da prendere erano così tante, che in qualche momento mi è sembrato di perdere di vista l'obiettivo finale. Sapete come si dice: c'erano così tanti alberi, che non si riusciva più a vedere il bosco.

Ma non voglio annoiarvi con il racconto dei preparativi, preferisco racconta-



La dirigente scolastica Silvia Boccardi

re direttamente, con parole (poche) ed immagini (tante), la festa per il trentennale APAN, che ha avuto luogo il 20 ottobre 2012, presso l'auditorium messo a disposizione dalla Azienda Sanitaria Provinciale.

Ore 5: sveglia della sottoscritta, in

preda all'ansia.

Ore 5,30: primo SMS di Wilma (il precedente con gli ultimi pro-memoria era della mezzanotte).

Ore 6: qui non si dorme più, meglio alzarsi.

Ore 7: posso incominciare a telefonare a qualcuno, ad esempio a Marina, che avendo una figlia studentessa è certamente già sveglia.

Ore 7,30: secondo caffè, secondo SMS di Wilma, ma è solo per dire che ce la faremo.

Ore 8: uscita di casa, terzo caffè, terzo SMS (ti devo portare la scaletta degli interventi?) e parrucchiere.

Ore 9: arrivo in Sede APAN, per caricare la macchina di Gigi con tutto il necessario, che va portato all'auditorium.

Ore 10-13: arrivo all'auditorium dove con Gigi, Roberto, Alberto, Wilma, Marina, Luisa, e altri che non ricordo, scarichiamo il tutto e sistemiamo la sala. Arrivano anche Bruna, con le paste e il vino, ed Emilia, con altri dolci. La cosa più laboriosa è attaccare tutti gli elaborati degli studenti della scuola media di Cognola, che hanno



partecipato ad una "gara di pittura". Tale iniziativa aveva fatto seguito ad una lezione tenuta dal dottor Brunori presso tale scuola, a proposito di malattie renali, prevenzione e donazione. Alcuni di questi elaborati sono stati utilizzati per rinnovare le nostre brochure. L'idea di questa "gara" è venuta a Vittorio, come esempio di iniziativa legata al trentennale, ma che sarebbe potuta durare nel tempo. Mentre facciamo tutto questo, ed altro ancora, sono arrivati anche gli amici della APPED di Pordenone, condotti dal cavalier Pietro Vidotto, che hanno deciso di fare una gita a Trento, per sostenerci con la loro presenza. Ultimi accordi per l'ora di ritrovo nel primo pomeriggio, orario che per me non è mai troppo presto.

Ore 15: ritrovo degli organizzatori, ma tutto è pronto. Ci facciamo un altro caffè, prima o poi dovrò smettere.

Ore 15,30: incominciano ad arrivare i partecipanti, i soci, gli amici, i nostri sostenitori. Per fortuna arriva anche la parte sostanziosa del buffet e qualche altra torta di Novella, Norma e di altre amiche. Arrivano anche le Autorità e si iniziano i lavori (questo è gergo congressuale, non è che si lavori proprio). Ore 16: dopo i saluti di rito, prende la parola (e se la tiene per un po') il dottor Giuliano Brunori. Porta i saluti della Azienda Sanitaria e del Reparto di Nefrologia, da lui diretto. Racconta anche della iniziativa fatta nella scuola media, con un resoconto diretto,



Gli amici della APPED di Pordenone, condotti dal cavalier Pietro Vidotto

dato che era stato coinvolto in prima persona. Di seguito premia anche i vincitori del nostro concorso: Davide D'Onorio, Nicole Magagnotti Panizza, Isabella De Rosa, Francesca Dugo ed Elena Iriti.

Ore 16,30: prendono la parola l'Asses-

sore alla Salute Ugo Rossi, l'Assessore alla Cultura Franco Panizza e l'Assessore comunale alla Cultura Lucia Maestri, che ha anche premiato con una targa della Città di Trento il nostro volontario storico (tessera numero 3): Antonio Fondriest



Assessore alla Salute Ugo Rossi



Assessore alla Cultura Franco Panizza



Vincitori del concorso con il dottor Brunori, la dirigente dell'Istituto Comenius di Cognola e l'insegnante Barazzuti



Assessore comunale alla cultura Lucia Maestri con Antonio Fondriest

Ore 17: esibizione del Coro Altreterre con un magnifico concerto, che ha lasciato stupiti, per la sua bravura, chi ancora non lo conosceva.

Ore 17,45: prendono infine la parola il dottor Alberto Valli, Presidente Onorario APAN, che parla con trasporto e passione dell'associazione.



*Dott. Alberto Valli
Presidente Onorario APAN*

Chiede anche un minuto di silenzio, per ricordare tutti gli amici, davvero tanti, che in questi trenta anni ci hanno lasciati. Alla fine del suo intervento molti hanno gli occhi lucidi. Successivamente il professor Gianni Toninato parla di tutte le attività che riusciamo a fare come APAN, dal gruppo di auto mutuo aiuto, alla rivista Rene&Salute, passando per RenArt ed arrivando alle cene e agli incontri conviviali.



Professor Gianni Toninato



Coro Altreterre

Da questo momento in poi non è che ricordi bene quello che è successo. Mi pare che abbiamo mangiato qualcosa al buffet, che molta gente mi abbia salutato; molte sono state le congratulazioni, gli abbracci, gli amici di Pordenone ad un certo punto devono essere partiti (ma ci siamo salutati?). Qualcuno mi ha messo in mano un mazzo di fiori, non ho visto bene chi sia stato, ma ho un sospetto. Secondo

me è stato il presidente APAN che mi ha preceduto, l'Onorevole Giorgio Postal, come dimostrazione della sua gratitudine, per aver trovato qualcuno da eleggere al suo posto, in occasione dei festeggiamenti del trentennale. Ma io, che sono furba quasi come lui, sto già guardandomi intorno: il quarantennale è qui che arriva, devo assolutamente trovare qualcuno cui passare il testimone!

Le autorità



Rischi di rigetto dopo trapianto renale

Difficoltà di aderenza alla terapia anti-rigetto

di Cristina Andreotti* e Antonella Lama**

Un giorno Marisol, che sette anni prima aveva ricevuto un trapianto di rene, decise di non prendere più la terapia anti-rigetto.

Il suo trapianto, che funzionava benissimo, dopo la sospensione della terapia presentò i sintomi di un rigetto acuto, Marisol venne sottoposta ad emodialisi d'urgenza. Lentamente, dopo la terapia per il rigetto acuto, il rene riprese a funzionare anche se la sua funzione non ritornò più ai livelli precedenti. Olmo invece si presentò un giorno al controllo con un livello della funzione renale molto peggiorato rispetto ai controlli precedenti, si capì facilmente, in base al dosaggio del livello del farmaco nel sangue, che vi era stata un'assunzione molto ridotta della terapia prescritta. Il paziente venne trattato e la sua funzione migliorò, ma malgrado questo evento, anche successivamente il paziente si presenta talvolta con dei livelli del farmaco troppo bassi. Questo paziente si prende delle *drug holidays*, cioè ogni tanto si autoriduce la terapia, prendendosi delle vacanze dal farmaco.

Anche Alberto, di 73 anni, si presentò un giorno con un grave peggioramento della funzione renale. All'infermiera apparve ritirato, distante, si arrivò a sospettare un principio di demenza senile. Venne pertanto inviato alla psicologa per una valutazione. Alberto non aveva alcun decadimento cognitivo, stava invece subendo importanti cambiamenti esistenziali. La sorella, con cui aveva sempre vissuto, era mancata

improvvisamente otto mesi prima. Da allora Alberto viveva uno stato depressivo, non sapeva cucinare, non amava uscire di casa, non vedeva il senso di prendersi cura della propria salute. I nipoti, che vivevano lontani, in un primo tempo lo avevano aiutato nella gestione della vita pratica, ma erano dovuti rientrare al proprio domicilio, incoraggiando Alberto ad autonomizzarsi.

La salute e la funzionalità renale di Alberto vennero parzialmente recuperata, con il suo trasferimento nella locale casa per anziani dove egli si sentì di nuovo accudito e al sicuro. Ulisse è un giovane trapiantato da un paio di anni. Può finalmente concedersi una prima vacanza con amici e in quell'occasione intreccia una relazione con una coetanea, sospende la terapia quasi senza esserne consapevole, soltanto in occasione della visita di controllo emerge il rigetto. Ulisse, al colloquio con lo psicologo, divenne consapevole di non essere stato in grado di armonizzare la sua esistenza di trapiantato con il desiderio di una vita affettiva vissuta in spensieratezza. Per fortuna superò l'iniziale rigetto.

Se per indicare l'assunzione dei farmaci secondo la prescrizione medica, usiamo il termine aderenza, è perché si vuole sottintendere un rapporto di collaborazione tra medico e paziente. Nella **non aderenza** il rapporto di collaborazione si interrompe. Purtroppo, nel caso della non aderenza alla terapia immunosoppressiva dopo trapianto, le conseguenze possono essere particolarmente severe e drammatiche.

Ma la sospensione del trattamento è un evento raro?

La non aderenza alla terapia risulta essere, dalla letteratura medica e dalla pratica clinica, una causa non trascurabile di peggioramento della funzione del trapianto e tende ad aumentare mano a mano che passa il tempo dal trapianto.

Una recente meta-analisi riportata dalla letteratura, evidenzia come su 100 pazienti adulti portatori di trapianto di organo solido, circa il 22% all'anno non assuma la terapia anti-rigetto in modo corretto. (*Dew MA et al Transplantation 2007:83 pag 858-873*)

Sempre secondo dati di letteratura, la non aderenza alla terapia causa il 50% dei rigetti acuti tardivi e il 15% delle perdite di funzionalità dell'organo trapiantato.

I fattori responsabili della non aderenza sono molteplici e riguardano molto spesso aspetti individuali, quali l'età e la condizione anagrafica.

Gli adolescenti solitamente non amano sopportare limitazioni al proprio desiderio di espansione e di libertà, mal tollerano l'idea di un corpo bisognoso di cure e sfuggono all'idea di doversi allontanare dal gruppo dei pari, per sottoporsi a terapie o trattamenti.

Al contrario gli anziani sopportano maggiormente l'idea di essere ammalati e di avere necessità di cura, tuttavia talvolta sono ostacolati nell'assunzione corretta dei farmaci da problemi cognitivi, difficoltà di comprensione, di memoria, scarsa elasticità rispetto ai cambiamenti



di abitudini, difficoltà ad aderire a programmi terapeutici complessi. Anche le persone divorziate o vedove, come coloro che vivono soli, tendono a fare più fatica ad essere aderenti ad una terapia continua (si sentono meno stimolati a prendersi cura di sé).

Alcune condizioni psicopatologiche infine, come la depressione, rendono le persone meno interessate a coltivare la propria salute.

La situazione di cronicità in generale, perdurando tutta la vita, costringe la persona a cure continue, che la limitano nell'esercizio della propria libertà. Nelle ricerche sulla non aderenza, quando sono stati dati dei questionari da riempire, i pazienti hanno indicato come ragioni più frequenti della non aderenza: la dimenticanza (30%), altre priorità (16%), decisione attiva di non assumere più il farmaco (11%),

assenza di informazioni sui pericoli di tale comportamento (9%), fattori emozionali (7%). Infine ben il 27 per cento non dà una spiegazione.

Altri autori (*Kung M et al Transplantation 2012:15;93 pag 958-63*) evidenziano inoltre che i pazienti non aderenti al trattamento sono coloro che credono meno alla possibilità del farmaco di prevenire il rigetto, mentre hanno maggiore preoccupazione circa gli effetti collaterali. Questi autori notano come le persone, con il passare del tempo, percepiscano meno il rischio della non aderenza.

Che strategie possono essere utilizzate per migliorare l'aderenza?

Innanzitutto bisogna mettersi nella condizione di identificare la scarsa aderenza: visite saltate, livello dei farmaci nel sangue, mancata richiesta di rinnovo della prescrizione. Successivamente è importante intervenire con la semplificazione della terapia. Ogni volta che è possibile vale la pena provare a passare alla mono-somministrazione o ai farmaci che hanno una azione prolungata o per i quali sia possibile una somministrazione trans-dermica. In casi opportuni va inoltre cercato l'aiuto in un familiare.

Ci sembra importante sottolineare, infine, che la letteratura ha evidenziato quanto l'aderenza alle cure dipenda dal tipo di rapporto che si instaura tra il malato e gli operatori sanitari, che si prendono cura di lui. E' quindi prioritario instaurare un rapporto dove il dialogo sia franco e aperto, dove la persona malata abbia la possibilità di esprimere i suoi

dubbi, la sua stanchezza o la sua perdita di motivazione, dove il sanitario sappia ascoltarlo, comprenderlo e gli sia di aiuto nel riacquisire motivazione quando questa sembra perduta.

L'aderenza non va considerata un dato acquisito una volta per sempre, ma un valore che va riguadagnato ad ogni snodo della vita.

Nell'esperienza dello psicologo dell'ambulatorio per il Trapianto Renale, una particolare attenzione va dedicata ai cambiamenti che si verificano nell'esistenza della persona con trapianto: momenti gioiosi e vitali, come anche momenti luttuosi o tristi, sono spesso l'occasione perchè tutta la vita e tutte le scelte fatte sino ad allora vengano messe in discussione. Per continuare a tenere il proprio rene in buona salute è necessario rinnovare pienamente la scelta di aderire alle cure, anche se esse risultano pesanti e fastidiose. È evidente che l'operatore sanitario può essere di aiuto al paziente solo se si mette in rapporto con **la sua persona** e non soltanto con il suo corpo, tendendo l'orecchio anche alla dimensione affettiva, sociale e psicologica del paziente stesso.

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

** Dr.ssa Antonella Lama,
Responsabile della Psicologia
Ospedaliera, U.O. 1 di
Psicologia della APSS di Trento

Intervista alla dottoressa Paola Maccani

Per una nuova funzione integrata

a cura di Serena Belli

La dottoressa Paola Maccani fa parte dello staff del Direttore Generale della Azienda Sanitaria provinciale, ed è l'unica donna in questo contesto. A lei abbiamo posto alcune domande in merito al suo nuovo incarico di Direttore per l'Integrazione Socio-Sanitaria. La ringraziamo per la sua disponibilità. Di seguito, l'intervista che la dottoressa Maccani ha rilasciato per Rene&Salute.

Dottoressa Maccani, ci spiega cosa si intende, in pratica, per Integrazione socio-sanitaria?

Questo servizio della APSS si occupa, nei confronti dei cittadini, di quegli aspetti che mettono insieme problemi sociali e sanitari. Il punto di partenza è quasi sempre un problema di tipo sanitario ma, come è noto, spesso tale problematica ne trascina con sé altre di tipo sociale, che potrebbero aggravare ulteriormente la salute. Ci tengo inoltre a sottolineare che si tratta di un servizio diretto all'individuo e alla sua famiglia.

Questa funzione che integra il sociale al sanitario, è del tutto nuova?

La legge 16 dedica tutto l'articolo 21 alla integrazione socio-sanitaria, ma l'integrazione non è nuova, perché abbiamo esperienze consolidate di integrazione, basti pensare ai Consultori Familiari o all'ambito della Psichiatria. La novità è che si vuole mettere a sistema questa integrazione in tutte le aree della cronicità/ fragilità.

Abbiamo sentito parlare di assegno di cura, in che cosa consiste, si tratta di un aiuto economico o si traduce in servizi?

È un intervento assistenziale dispo-

sto dalla Provincia di Trento che consiste in un beneficio economico da spendere per favorire la permanenza a casa di persone non autosufficienti. È un intervento che integra altri nuovi strumenti di aiuto alle persone e alle famiglie per realizzare questo tipo di assistenza integrata, ad esempio i PUA (Punto Unico di Accesso). In concreto: nei casi di assistenza domiciliare di una certa complessità (sanitaria), è importante prendere in carico i bisogni di tutta la famiglia che sta intorno al paziente (sociale), al fine di costruire un progetto integrato per la persona, mettendo in campo le risorse formali ed informali per migliorare la vita degli individui coinvolti. Questo tipo di approccio richiede, secondo me, un nuovo approccio culturale, al fine di mettere insieme le competenze di ciascuna figura professionale e le risorse, che non sono illimitate, più appropriate per la persona. Non sarà un percorso facile, perché richiede che modifichiamo la nostra vecchia mentalità.

Sono anche previsti dei benefici economici, come l'assegno di cura, che dovrà essere tradotto in servizi, al fine di aiutare la famiglia a tenere in casa persone non autosufficienti. Ogni persona non autosufficiente sarà inserita in un livello di gravità, con una scala da 1 a 4. Il relativo assegno di cura terrà conto del livello di gravità e della situazione finanziaria del soggetto e della famiglia. Credo che fare assieme, sanità e sociale, la valutazione dei bisogni della persona e progettare gli interventi/servizi da erogare, sia uno degli esercizi più utili e più importanti per costruire cultura di integrazione



Dottoressa Paola Maccani

socio-sanitaria e per rispondere efficacemente alle attese delle persone e delle famiglie.

Da dove deriva la copertura finanziaria per questa attività, parzialmente nuova?

Le attività socio-sanitarie sono finanziate da un fondo (Fondo per la integrazione socio-sanitaria) su cui sono caricati i costi di vari strumenti di intervento come le RSA, le strutture residenziali, i centri diurni e la assistenza aggiuntiva quella che, non essendo presente nei LEA, viene comunque erogata a livello provinciale (ad esempio certi dispositivi medici). In questo periodo di grande attenzione alla spesa pubblica, non si tratta tanto di trovare ulteriori risorse (anche in considerazione del fatto che in Trentino i livelli di assistenza sono già più elevati che in altre regioni italiane), quanto di spenderle meglio: le risorse che verranno utilizzate dovranno essere appropriate per i bisogni di quella persona, in quel momento della sua vita. Infatti è previsto un monitoraggio delle situazioni, che nel tempo potrebbero anche evolvere, magari in meglio (pensiamo a problematiche legate all'età evolutiva). Anche il personale, che verrà impiegato nei PUA e nell'ambito delle Unità Valutative Multidisciplinari (UVM), è lo stesso che attualmente già lavora in Azienda, aggiornato e

formato ad hoc, integrato dal personale dei servizi sociali delle Comunità di Valle.

Lei ha parlato di Punto Unico di Accoglienza, ci spiega cosa significa?

Si tratta di una funzione organizzativa, pensata per chi ha problemi complessi di tipo socio-sanitario, che pertanto ha bisogno di essere preso in carico da una équipe in grado di valutare in maniera multidisciplinare i bisogni dell'individuo e della sua famiglia, al fine di creare un progetto "sulla persona". Il PUA è quindi il posto esatto cui rivolgersi, quando in famiglia ci sono problemi complessi di questo tipo. Sono previste cinque aree di intervento: gli anziani, la età evolutiva, la disabilità, la salute mentale e le dipendenze.

Da chi vengono gestiti e dove è prevista la presenza di un PUA?

Il PUA è co-gestito dai Distretti Sanitari e dai Servizi Sociali delle Comunità di Valle e sono previsti in ognuna delle Comunità di Valle. E' anche probabile che, per i territori più popolosi, si possano prevedere più sportelli. Guardi che si tratta di una vera e propria sfida istituzionale, perché non è facile mettere insieme tali differenti realtà.

Quali sono le figure professionali presenti nei PUA?

Certamente un infermiere ed un assistente sociale, affiancati da un

amministrativo. E' inoltre prevista la presenza del medico del Distretto. Tale équipe potrà anche coprire più sedi, dato che non è necessario che ciascun PUA resti aperto tutti i giorni della settimana, mattino e pomeriggio.

Quali sono le funzioni svolte dal PUA?

Sostanzialmente due. La prima è una funzione di informazione/ orientamento del cittadino, la seconda è la vera e propria presa in carico del paziente/persona-famiglia, attraverso le UVM. Direi che è questa la funzione nobile del PUA.

Mi sembra che in questo modo ci saranno differenti figure professionali, che dovranno abituarsi al confronto ed alla collaborazione. Sono prevedibili difficoltà, ad esempio nella individuazione delle reciproche competenze?

Lavorare insieme non è facile, perché abbiamo culture e percorsi formativi differenti. Da una parte abbiamo le figure dei sanitari, che sono più allenati a lavorare con figure professionali differenti, dall'altra abbiamo i Servizi Sociali che, come carattere distintivo, portano una maggiore attenzione alla persona. Per favorire la collaborazione di queste due aree abbiamo previsto un percorso formativo, da fare rigorosamente insieme. Perché più si conosce il percorso logico che segue una delle due parti, più si è in grado di

rispettarsi reciprocamente e lavorare insieme.

In tutto questo bellissimo progetto, dove potremmo collocare le Associazioni di Volontariato?

Secondo noi le Associazioni di Volontariato, dedicate a gruppi di specifiche patologie d'organo, hanno un ruolo fondamentale nell'accudire le persone che hanno una loro fragilità, derivata dalla malattia cronica. Per questo motivo abbiamo dato indicazione ai Distretti, perché facciano una ricognizione di tutte le risorse, formali ed informali, presenti sul territorio stesso. Sono convinta che le Associazioni di Volontariato ed i gruppi di cittadini possono essere molto utili nell'aiutare le persone con patologia cronica, in un pezzo del percorso necessario alla presa in carico dei suoi bisogni, dato che i Servizi Pubblici non possono essere esaustivi dei bisogni di una persona.

Ci saranno novità per quanto riguarda le persone con patologia renale cronica, mi riferisco in particolare ai dializzati?

La attività che stiamo iniziando a svolgere, non è improntata su una singola patologia ma, come ho fin qui spiegato, è diretta ai bisogni della persona ammalata. Il nefropatico, il dializzato, sarà valutato nel suo complesso, con tutti i suoi bisogni, anche quelli che esulano dalla dialisi di per sé, ma che sono comunque indirettamente correlati.

Posso dire che Le hanno dato un compito complesso, anche perché richiede una nuova impostazione della assistenza al paziente cronico? Come ha detto Lei, si tratta di un compito che richiede una modificazione del nostro pensare.

Sì, è un compito complesso, ma è anche stimolante perché, se anche solo parte delle attività che abbiamo in mente si realizzerà, sono convinta che creeremo valore per le persone e le famiglie con problemi complessi, che attualmente fanno fatica a fare la regia di tutti gli interventi necessari.

Grazie dottoressa Maccani e, come si usa dire in questi casi, buon lavoro, perché qui mi pare che ce ne sia davvero tanto.



Durante l'intervista

I problemi di postura e movimento

Il dolore lombare e i suoi risvolti sociali

di Roberto Bortolotti*

La lombalgia, o dolore lombare, è una malattia, o meglio un sintomo, estremamente comune, che interessa soggetti adulti di varia età e di ogni classe socio-economica, così frequente da divenire un problema di interesse generale. La grande maggioranza delle persone va incontro a lombalgia almeno una volta nel corso della vita. I dati epidemiologici sono difficili da definire con precisione, ma si può presumere che una percentuale variabile dal 7 al 30 per cento dei soggetti adulti soffra annualmente di almeno un episodio di lombalgia. È importante riconoscere che la maggior parte dei casi si risolve in circa 30-40 giorni, indipendentemente dalla cura praticata, tuttavia il recupero talvolta è incompleto e può rimanere una certa limitazione funzionale. A distanza di circa un anno, un soggetto su quattro può ancora riferire qualche disturbo correlato. La lombalgia è uno dei più frequenti motivi di consultazione del medico di famiglia. Rilevanti sono le implicazioni di tipo economico conseguenti alla temporanea inabilità: è infatti nella età media, con più elevata produttività, che la lombalgia colpisce di più. Nella maggior parte dei casi la lombalgia è di origine meccanica, è cioè correlata alla postura o al movimento, si accentua con lo sforzo fisico e migliora con l'attività moderata. Talvolta il dolore è determinato da altre cause, locali o sistemiche, e quindi è sempre opportuno attuare una diagnostica differenziale. Il rachide è una struttura portante ed elastica capace di garantire, sia

la stazione eretta che l'equilibrio di forze e di resistenze, necessarie per il movimento. Vista di lato la colonna ha tre curvature fisiologiche: la lordosi lombare e cervicale, separate dalla cifosi dorsale; vista di fronte è allineata verticalmente. Le vertebre del tratto lombare sono quelle che sopportano i carichi maggiori e permettono i movimenti di flessione ed estensione.

La pressione discale varia secondo la posizione del corpo e secondo l'attività: a livello del disco tra la terza e quarta vertebrale lombare, per esempio, in un uomo di 70 Kg la pressione è pari al suo peso in stazione eretta, ridotta a 30 Kg se sdraiato, aumentata a 110 Kg quando è seduto senza supporto, 85 Kg durante il cammino. L'efficienza funzionale del rachide lombare dipende dall'integrità delle varie componenti. C'è la parte ossea del corpo vertebrale, con funzione di sostegno, incolonnata e separata da quella sopra e sottostante da un cuscinetto ammortizzante (disco vertebrale).

La parte posteriore (arco vertebrale) serve da guida al movimento, articolata a sua volta con i segmenti adiacenti. In stretta connessione con queste parti risiedono le strutture nervose (midollo e radici spinali), legamentose e muscolari, che sono estremamente sensibili a insulti meccanici e infiammatori e quindi sono spesso origine del dolore.

Il progressivo schiacciamento del disco si ripercuote sull'allineamento delle articolazioni del segmento posteriore, favorendo l'insorgenza dell'artrosi. Altre volte la parte più

interna del nucleo, sotto l'azione di forze compressive, rompe l'anello fibroso che costituisce la parte più esterna del disco intervertebrale, protrudendo fino a entrare in contatto con le radici nervose e causando la classica lombo-sciatalgia, ossia un dolore intenso riferito in regione glutea, con estensione all'arto inferiore. Altre cause meccaniche di dolore lombare sono quelle correlate ad una persistente sollecitazione in pressione o stiramento di segmenti osteo-muscolari non allineati, come può accadere nella scoliosi o nella spondilolistesi vertebrale (corpo vertebrale non ben stabilizzato che tende a scivolare in avanti).

Molte volte il dolore lombare non riconosce una causa organica ed anche facendo indagini approfondite non si riconoscono danni strutturali di rilievo. Alla radiografia possono essere segnalati degli aspetti artrosici, la risonanza magnetica può documentare un certo grado di protrusione discale, ma questi elementi non provano la correlazione tra il dato radiografico ed i sintomi, poiché si tratta di alterazioni visibili anche in molte persone adulte, che non riferiscono dolore di schiena.

Spesso si tratta quindi di lombalgie funzionali, che insorgono come conseguenza di squilibri della colonna, di tipo statico o dinamico.

Nel soggetto che in stazione eretta presenta una accentuazione della curvatura lordotica lombare, l'ultima vertebra lombare è sollecitata a spingersi verso l'avanti. Essa giace sull'osso sacro come una scatola su un piano inclinato (angolo sacrale).



Tanto maggiore è l'angolo sacrale, accentuato dall'eccessiva lordosi lombare, tanto più forti saranno le forze di taglio che spingono in avanti e in basso la vertebra, provocando un dolore da stiramento e compressione delle strutture osteo-legamentose posteriori. Il dolore lombare, associato ad una eccessiva lordosi, si presenta spesso nell'obeso con addome voluminoso, oppure in chi ha i muscoli flessori della coscia contratti o una debolezza dei muscoli addominali, che rappresentano la naturale "fascia lombare" di protezione della schiena.

Quando noi ci pieghiamo in avanti non flettiamo semplicemente la colonna vertebrale lombare, ma si verifica un graduale riduzione della lordosi associata alla rotazione del bacino intorno al suo asse trasversale, passante per le articolazioni delle anche: è il cosiddetto ritmo lombopelvico. Se nella flessione lombare

non si verificasse questa rotazione, le dita non arriverebbero a toccare il suolo. E' un movimento continuo ed armonico, che dipende anche dalla articolarietà delle anche e dalla distensibilità dei muscoli posteriori della coscia.

In molti casi se la lombalgia è acuta, non è in relazione ad un evento traumatico, si riscontra in un soggetto giovane adulto senza altre malattie di rilievo, e non ci sono altri segni di interessamento neurologico o sistemico, si può pensare ad una evoluzione benigna della sintomatologia, senza la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici.

In questo caso è consigliata la terapia analgesica ed una moderata attività fisica, evitando il riposo a letto prolungato.

In altri casi, in particolare nelle forme persistenti o recidivanti, occorre definire l'origine del disturbo. L'origine può essere meccanica se si evidenzia

danno strutturale, come una artrosi pronunciata, o una malattia dell'osso, come l'osteoporosi, che causa il cedimento del corpo vertebrale. Altre volte il dolore lombare rientra in sindromi croniche miofasciali diffuse, come la fibromialgia. Nel soggetto giovane la lombalgia cronica o recidivante può essere espressione di un reumatismo infiammatorio, responsabile del 5-10 per cento di tutte le lombalgie sotto i 45 anni. Il dolore ha esordio insidioso, si associa a prolungata rigidità del mattino, migliora con l'attività fisica e risponde molto efficacemente all'antinfiammatorio. Per il medico quindi è importante, attraverso la visita, riconoscere quegli elementi indicativi che motivano ulteriori approfondimenti, per diagnosticare malattie locali o sistemiche evolutive anche a prognosi severa (forme infiammatorie, infettive o neoplastiche). Sono malattie in assoluto poco frequenti, rispetto al numero di soggetti che soffre di lombalgia, ma che richiedono un trattamento terapeutico adeguato, per evitare pericolosi ritardi diagnostici.

In conclusione il dolore lombare è un'esperienza tanto frequente da essere annoverata fra le malattie sociali e sicuramente accompagna l'uomo da migliaia di anni, da quando ha assunto, nella sua filogenesi, la stazione eretta.

È un argomento ampio nel quale, oltre ai molteplici fattori causali, rientra l'analisi della sensazione "dolore" con tutte le implicazioni e le elaborazioni soggettive, legate alla propria personalità ed alle proprie esperienze. Occorre riconoscere precocemente le forme non meccaniche o complicate e, in generale, attuare un programma rieducativo prevalentemente cinesiterapico per prevenire la recidiva e la cronicizzazione della lombalgia

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

I benefici della curcuma, del peperoncino, del tea verde e del rosmarino

La farmacia nel piatto

di Diana Zarantonello*

Nel periodo storico-sociale nel quale ci troviamo, in cui la spending review incombe come una minacciosa spada di Damocle sulle nostre teste, imponendo il risparmio in ogni ambito, anche in quello sanitario, ritorna in auge il tema della prevenzione delle malattie. Perché prevenire è meglio (più economico e meno traumatico) che curare.

Se la medicina moderna ha fatto passi da gigante nel trattamento delle patologie acute ed infettive, permettendo un progressivo allungamento e miglioramento della qualità di vita, resta tuttavia la piaga di quelle malattie croniche dell'opulenza tipiche della nostra società occidentale, che mangia troppo e male e si muove poco. Stiamo parlando ovviamente dell'obesità, dell'ipertensione, del diabete mellito di tipo II, delle malattie cardiovascolari e, ultime ma non ultime, le neoplasie, che stanno assumendo un ruolo sempre più "pesante" in termini sia di spesa sanitaria e di impatto emotivo-sociale.

Che il cambiamento dell'alimentazione della società moderna abbia giocato un ruolo facilitatore nell'aumentare l'incidenza di queste patologie è un concetto risaputo. Basti notare come la diffusione di tali malattie segua di pari passo il processo di occidentalizzazione dei paesi in via di sviluppo. La dieta occidentale, ricca di sale (che sappiamo giocare un ruolo essenziale nello sviluppo dell'ipertensione arteriosa), di zuccheri semplici (che facilitano l'insorgenza del diabete e, attraverso il rilascio di insulina e fattori di crescita, sembrano essere persino implicati nella progressione tumorale), di grassi di origine animale (quelli contenuti nella carne, negli insaccati, nei latticini, che risultando ricchi di omega 6 e sono in grado di favorire l'infiammazione), sembra rappresentare un

buon terreno per l'attecchimento di svariate patologie.

Al contrario, è stato dimostrato che un'alimentazione sana può rappresentare un valido strumento per contrastare questi stessi mali. Stando alle attuali conoscenze, una percentuale compresa tra il 30 ed il 70 per cento dei tumori potrebbe essere evitata grazie ad una dieta corretta!

L'idea che la dieta rappresenti la prima cura, e giochi un ruolo nella prevenzione delle malattie, risale all'antica Grecia: "Conoscere i cibi", spiegava già Ippocrate nel 500 a.C. "significa sapere che i vostri alimenti sono i vostri farmaci".

Il cibo è un *farmaco* (o al contrario una sostanza tossica) che assumiamo tre volte al giorno, da quando siamo nati, ed è quindi inevitabile che giochi un ruolo importantissimo e costitutivo per il nostro organismo.

Per quanto riguarda le neoplasie, dai dati emersi dai primi grandi studi osservazionali, emergeva come le persone che consumavano elevate quantità di frutta e verdura mostrassero un rischio persino dimezzato di svilupparne (in particolare i tumori del tratto digestivo e respiratorio). Sulla base di questi risultati, nel 1991 gli Stati Uniti avevano promosso la prima campagna informativa su vasta scala, che raccomandava il consumo di frutta e verdura (le cosiddette: 5 porzioni al giorno). Nel 2002 si aggiungeva la raccomandazione di assumere frutta e verdura di colori diversi (ogni colore correla con una sostanza benefica per il nostro organismo, che agisce in modo sinergico con le altre), e le porzioni suggerite aumentavano, da 5 a 9 al giorno.

Ma come funziona l'effetto protettivo degli alimenti vegetali?

Dobbiamo partire dal presupposto che il nostro organismo è costante-

mente esposto al contatto con sostanze e situazioni potenzialmente pro-cancerose (cioè che facilitano la trasformazione delle cellule normali in cellule neoplastiche), come per esempio la contaminazione dei cibi da parte di sostanze chimiche, il fumo, alcuni tipi di infezioni e le situazioni infiammatorie croniche.

Gli alimenti vegetali si sono dimostrati in grado di contrastare la degenerazione cellulare, attraverso meccanismi generici, come l'elevato contenuto di fibre, che da un lato aiuta a velocizzare il transito intestinale, riducendo il tempo di stazionamento di sostanze potenzialmente tossiche sulla mucosa del colon, e dall'altro favorisce il mantenimento di una flora batterica intestinale sana, che si è visto essere correlata con l'efficienza del sistema immunitario; inoltre la presenza di vitamine, attraverso un'azione antiossidante, aiuta a ridurre lo stress cellulare.

Più recentemente sono state scoperte delle specifiche molecole contenute in questi alimenti di origine vegetale, che sono in grado di agire bloccando i fattori di crescita del cancro, o costringendo le cellule tumorali al "suicidio" (processo detto apoptosi), analogamente ad alcuni farmaci antineoplastici di nuova generazione. Il *National Cancer Institute* ha identificato più di 1000 di queste sostanze fito-terapiche (dal greco *phyton* che significa pianta). Alcune di queste si trovano in alimenti che provengono dalla tradizione culinaria orientale, e si ipotizza che possano essere responsabili della ridotta incidenza di alcuni tipi di neoplasie in tali aree. Eccone alcune:

Curcuma: è una spezia dal colore giallo aranciato, componente principale del curry. Viene ricavata dalla radice

della pianta (*curcuma longa*), che viene essiccata e poi polverizzata. E' un ingrediente ampiamente rappresentato nella cucina indiana, e da secoli viene utilizzata nell'ayurveda (la medicina tradizionale) per le sue note proprietà anti-infiammatorie. La molecola responsabile dell'azione farmacologica è la curcumina. Studi di laboratorio hanno evidenziato che questa molecola è in grado di inibire la crescita di nu-



merose forme tumorali, sia in coltura di cellule che nelle cavie. L'azione risulta mediata dal blocco dell'NF-kappa B, un fattore intracellulare che normalmente è in grado di proteggere le cellule tumorali dai meccanismi di difesa dell'organismo. Nell'uomo sembra essere in grado di rendere il tumore più sensibile all'azione delle chemioterapie. Tuttavia, se la curcuma viene assunta da sola, l'assorbimento della curcumina da parte dell'organismo è minima. Al contrario, se viene consumata col pepe nero o con lo zenzero (come avviene nel curry), la capacità di assimilazione aumenta di circa 20 volte. L'antica saggezza indiana ha in questo caso anticipato la scienza moderna nella scoperta delle sinergie naturali tra gli alimenti!

Peperoncino: la spezia piccante per eccellenza. Contiene la capsaicina, una sostanza che ha mostrato di ridurre la proliferazione di cellule tumorali, anch'essa principalmente attraverso il blocco del temibile fattore NF-kappa B. **Zenzero:** altra spezia originaria

dell'Asia ed ampiamente utilizzata nei paesi orientali in ambito medico e culinario. Contiene il *gingerolo*, che è in grado di ostacolare la promozione tumorale, inibendo l'azione di alcuni fattori di crescita (tra questi l'EGF).

The verde: è una bevanda assai diffusa in Oriente, ottenuto dall'infusione delle foglie di the non fermentate (con la fermentazione si parla di the nero). Contiene le catechine, la più nota delle quali è l'epigallocatechina-3-gallato (EGCG) che si è dimostrata in grado di ridurre l'angiogenesi, cioè la formazione di nuovi vasi che nutrono le cellule tumorali; inoltre contrasta le mutazioni genetiche. Due studi effettuati in Giappone hanno evidenziato come l'assunzione di 3 tazze di the verde al giorno fosse in grado di ridurre l'incidenza di recidive di tumore al seno, e fosse correlata con un minor rischio di evoluzione metastatica del tumore alla prostata. Inoltre l'EGCG è in grado di ridurre il rischio cardiovascolare, proteggendo l'endotelio grazie alla sua azione inibitoria sull'ossidazione del

colesterolo.

Infine, tra le spezie più vicine alle nostre abitudini culinarie, anche il **timo**, **la menta**, **il rosmarino**, **l'origano** ed il **basilico** hanno mostrato di possedere capacità anti-neoplastiche grazie ai terpeni, gli olii essenziali in esse contenuti, responsabili anche dell'intensa profumazione. L'utilizzo di questi aromi permette anche di ridurre il consumo di sale, con sicuro beneficio sul controllo pressorio. La lista delle sostanze medicamentose contenute nei vegetali sarebbe ancora lunga, ma ci fermeremo qui per motivi di spazio.

Certo è che tali scoperte rafforzano l'idea di quanto potrebbe rivelarsi importante (e magari anche piacevole, stimolando l'interesse verso alimenti poco conosciuti) per la medicina occidentale, riscoprire l'utilizzo della dieta come elemento preventivo e coadiuvante nel trattamento delle patologie neoplastiche.

Bibliografia:

Cancer Chemioprevention with dietary phytochemicals, Surh Y.-J., Nature Reviews Cancer (2003) (da cui ho tratto l'immagine).

Carter A., *Curry compound fights cancer in the clinic*, Journal in the National Cancer Institute (2008).

Verso la scelta vegetariana, U. Veronesi, M. Pappagallo, Giunti Editore.

David Servan-Scheriber, Anticancro, Sperling Editore.

* Dr.ssa Diana Zarantonello, specializzanda di Nefrologia

Una patologia con sintomatologia complessa

Le caratteristiche locali e sistemiche dell'arterite di horton

di Francesco Paolo Cavatorta* e Giuseppe Paolazzi**

L'arterite giganto-cellulare, detta arterite di Horton o arterite temporale, fa parte delle vasculiti dei grossi vasi; tra tutte le malattie infiammatorie che interessano i vasi arteriosi, è senza dubbio la più frequente. È una malattia che colpisce dopo i 50 anni; la media dell'età dei pazienti affetti da questa malattia è di circa 73 anni, con un rapporto donne/ uomini di circa 2 a 1.

Questa malattia è strettamente correlata a un'altra malattia infiammatoria di frequente riscontro: la polimialgia reumatica. Circa il 16-21% dei pazienti con polimialgia reumatica sviluppa una arterite giganto-cellulare e il 40-60% dei pazienti con arterite giganto-cellulare ha anche una polimialgia reumatica. Proprio per questa importante correlazione tra queste due malattie, molti esperti ritengono che queste siano, in effetti, solo una manifestazione clinica diversa di una stessa entità patologica. L'arterite giganto-cellulare interessa prevalentemente i rami arteriosi che nascono dall'arco dell'aorta e, in particolar modo, i vasi extracranici. Proprio questa sua predilezione è alla base di un altro nome che spesso viene dato a questa malattia: **arterite temporale**. L'interessamento di quest'arteria è la causa di una delle complicanze più temibili di questa malattia, ovvero la perdita della vista a carico di un occhio. Tale complicanza insorge spesso acutamente o con pochi e fugaci preavvisi quali: offuscamento della vista, amaurosi (perdita temporanea e fugace della vista), allucinazioni visive, diplopia. Questi sintomi devono essere considerati una vera e propria emergenza medica, in quanto il pron-



to intervento terapeutico è in grado di evitare la perdita completa della vista. L'interessamento dell'arteria temporale dà inoltre ragione della sintomatologia che spesso lamentano i pazienti: cefalea intensa di nuova insorgenza; dolore al solo sfioramento del cuoio capelluto, dolore a guance, lingua e faringe durante la masticazione o la deglutizione. Oltre a questi sintomi

i pazienti possono presentare una sintomatologia sistemica, aspecifica: febbre, malessere, anemia, perdita di peso. Ma sono i sintomi legati all'interessamento dei vasi cranici che ci permettono di porre la diagnosi. Negli ultimi anni indagini strumentali quali la risonanza magnetica, l'ecografia ed infine la PET-TC hanno dimostrato il coinvolgimento di arterie

differenti da quella temporale che, se coinvolte, evidenzieranno sintomi differenti. Dall'arco aortico difatti originano le arterie che irrorano gli arti superiori che, se colpite, potranno determinare dolore e stanchezza alle braccia quando vengono sottoposte ad uno sforzo anche lieve; originano le arterie che irrorano il cervello che potranno determinare ictus o vertigini o sordità o agitazione o stato confusionale. Le arterie che irrorano l'intestino possono determinare un infarto intestinale: in tal caso i pazienti lamenteranno un forte dolore addominale. E' stato descritto anche l'interessamento delle arterie coronarie, in pazienti che hanno avuto un infarto miocardico acuto. Più raramente vi può essere l'interessamento delle arterie degli arti inferiori, che potrà determinare dolore alle gambe per sforzi di media o lieve entità. La sintomatologia che può riferire un paziente affetto da arterite gigante-cellulare può essere quindi estremamente varia.

I pazienti con pregressa storia di polimialgia reumatica hanno un rischio aumentato di due volte e mezzo di andare incontro ad arteriopatia obliterante degli arti inferiori; a questo punto è legittimo il dubbio se attribuire questo a un processo aterosclerotico o bensì ad una vasculite subclinica, che con il tempo ha esitato in lesioni arteriose stenosanti con conseguente mancata irrorazione dei tessuti.

Studi recenti hanno mostrato che vi sono diversi sottogruppi di malati. I pazienti con una arterite delle arterie temporali, hanno con più frequenza un coinvolgimento oculare, mentre coloro che presentano un interessamento di altri rami dell'aorta, quali le succlavie, hanno con meno frequenza un coinvolgimento dell'occhio. Studi istologici sul tipo di infiltrato infiammatorio della parete arteriosa hanno documentato una maggiore presenza di cellule giganti nei pazienti con complicanza visive, rispetto agli altri. Attualmente disponiamo di metodiche strumentali che ci consentono di apprezzare l'infiammazione della parete arteriosa; queste sono estremamente utili sia nella diagnosi della malattia che nel definire l'estensione di quest'ultima. L'interessamento di al-

Punti pratici da ricordare per il sospetto clinico di arterite di Horton in pazienti di età superiore ai 50 anni:

improvvisa insorgenza di cefalea, specie in regione temporale, con dolorabilità della regione temporale o del cuoio capelluto

disturbi della vista, compresa visione doppia (diplopia), o perdita transitoria del visus

claudicatio (crampi dolorosi) alla lingua e mandibola alla masticazione

ingrossamento doloroso, assenza di pulsazione, della arteria temporale

claudicatio (dolore al movimento) degli arti superiori o inferiori in presenza di VES e PCR elevati e/o di soffi vascolari patologici

cuni vasi rispetto ad altri comporta un diverso comportamento clinico della malattia e pertanto queste metodiche sono anche utili nel prevedere l'evoluzione prognostica della malattia stessa. Le metodiche per immagine utilizzabili sono la risonanza magnetica, l'ecografia e la PET-TC. L'angiografia è al contrario riservata solo a casi selezionati. L'ecografia ha mostrato essere una metodica discretamente sensibile e molto specifica nel dimostrare l'infiammazione della parete arteriosa dei grandi vasi, in particolare nell'arterite gigante-cellulare, dove il processo infiammatorio è iperacuto. Questa malattia determina tipicamente un'infiammazione di alcuni tratti della parete arteriosa, risparmiandone altri, in altre parole vi sono dei tratti in cui la parete è normale, alternati da altri che presentano infiammazione. La possibilità di studiare con l'ecografo lunghi tratti dell'arteria permette di individuare il tratto infiammato e di indirizzare una eventuale biopsia. In conclusione l'ecografia ci consente di fare diagnosi di malattia, studiare più arterie quali: la temporale, l'ascellare, la femorale, la poplitea, permettendoci di determinare l'estensione della malattia e il possibile comportamento clinico, indirizzandoci anche nella prognosi. Non tutte le arterie sono però ben esplorabili con l'ecografo; le arterie difficilmente raggiungibili con l'ecografia, come l'aorta toracica, le mesenteriche ed altre, possono essere

studiate con la risonanza e ancor meglio, con la PET-TC. Con la risonanza si può apprezzare lo spessore del vaso interessato, che genera un segnale che aumenta dopo la somministrazione di mezzo di contrasto (Gadolinio); in questo modo si è in grado di apprezzare l'infiammazione della parete anche dell'arteria temporale.

La PET-TC ha una sensibilità lievemente maggiore della risonanza. Questo esame ha il vantaggio di associare la TAC alla PET. La prima è una metodica che ci fornisce delle immagini (indagine morfologica), la seconda, invece, è una metodica che rileva l'intensità di utilizzo del glucosio (indagine funzionale). Maggiore è l'attivazione e la moltiplicazione cellulare e maggiore è il consumo di glucosio. Un tessuto infiammato è ricco di cellule attive, pertanto è individuato con la PET che, abbinata alla TAC, ci permette di localizzare il tessuto infiammato. Queste metodiche hanno consentito di dimostrare che l'arterite gigante-cellulare non è limitata alle arterie extracraniche, ma può coinvolgere tutti i vasi arteriosi di grande calibro, anche se quelli maggiormente colpiti rimangono quelli che originano dall'arco dell'aorta, che irrorano il cranio e gli arti superiori.

L'arterite gigante-cellulare è una malattia che inizia generalmente acutamente e che risponde velocemente alla terapia steroidea, terapia che è in grado di risolvere i sintomi nel

giro di pochissimi giorni. Il paziente, spesso estremamente sofferente, diventa completamente asintomatico in brevissimo tempo. Tipicamente gli indici di flogosi tornano nei valori normali dopo circa una settimana. Il farmaco di prima scelta in questa malattia è pertanto il cortisone che va dato inizialmente a dosi medio alte e diminuito gradatamente nel tempo. Va tenuto presente che, anche se i sintomi scompaiono velocemente, la terapia steroidea deve essere mantenuta a lungo a basse dosi. Se questa viene sospesa troppo precocemente vi è un alto rischio che la malattia recidivi. La terapia va proseguita mediamente per 1-2 anni. È possibile che, in una percentuale bassa di pazienti, non sia possibile sospendere il cortisone, per la ricorrenza di malattia. In questi casi possono essere valutati altri trattamenti, in particolare methotrexate e i farmaci biologici (anti TNF alfa e anti IL6). I dati a sostegno di questi trattamenti peraltro sono, allo stato attuale delle conoscenze, scarsi, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo dei biotecnologici.

Per quanto riguarda infine la complicanza più temuta, la perdita di vista completa, è per lo più irreversibile; alte dosi di cortisone potrebbero essere di beneficio in alcuni pazienti, all'esordio dei sintomi oculari. I pazienti con arterite di Horton hanno un maggior rischio di sviluppare accidenti cardiovascolari e cerebrali. L'aggiunta alla terapia di aspirina a basso dosaggio potrebbe essere di aiuto, nella prevenzione di questi eventi. L'introduzione di tale farmaco, con gastroprotezione, potrebbe essere raccomandata valutando la terapia sul singolo paziente. Infine, considerata la cronicità della terapia steroidea, va sempre introdotta una protezione dell'osso con calcio, vitamina D ed eventualmente farmaci anti-riassorbitivi.

* Dr. Francesco Paolo Cavatorta,
U.O.C. Reumatologia H.
Ospedale S. Chiara di Trento

** Dr. Giuseppe Paolazzi, U.O.C.
Reumatologia H. Ospedale S.
Chiara di Trento

Manifestazioni orali nel lupus

di Nadia Toller*

La maggior parte delle patologie sistemiche si manifesta anche a livello della cavità orale.

Basti pensare alla stomatite aftosa ricorrente (SAR) che è la malattia ulcerativa più frequente della mucosa orale: la sua prevalenza, nella popolazione generale, si aggira intorno al 20%, variando dal 2% al 65% a seconda dei vari studi.

Sono molteplici le malattie sistemiche di cui è nota l'associazione con la stomatite aftosa ricorrente, come ad esempio l'insufficienza renale, l'enteropatia da glutine, la malattia di Crohn, la colite ulcerosa, l'agranulocitosi, la neutropenia ciclica, il deficit di vitamine del gruppo B, la sindrome di Behçet, la granulomatosi di Wegener, il *lupus eritematoso sistemico* (LES). Il *lupus*, in particolare, è una malattia infiammatoria cronica autoimmune che colpisce la cute del viso, il cuoio capelluto e la mucosa orale (*lupus discoide* LED). Il *lupus* si presenta soprattutto come patologia sistemica con manifestazioni renali, vascolari, gastrointestinali, oculari, cardiovascolari, ematologiche, neurologiche, muscolo-cheletriche.

Ippocrate descriveva una malattia, denominata *herpes esthiomenos*, caratterizzata da ulcere cutanee e mucose che, per alcuni Autori, potrebbe essere interpretata come *lupus*.

Il nome latino *lupus*, (lupo) si riferisce alla caratteristica eruzione cutanea a forma di farfalla riscontrata sul viso di molti pazienti affetti da LES, che ricordava i contrassegni bianchi presenti sul muso dei lupi. Secondo altri invece le lesioni cicatriziali successive al rash assomigliavano a quelle lasciate dai morsi o graffi dei lupi.

L'età media d'insorgenza è di circa 30 anni e nel 90% dei casi è colpito il sesso femminile. La prevalenza di questa malattia varia da 15 a 50 su 100.000. La patogenesi è legata alla produzione



di autoanticorpi antinucleo (anti-DNA e anti RNA), ove l'abnorme risposta immunitaria appare il prodotto di una interazione tra suscettibilità genetica e fattori ambientali. La predisposizione genetica è dimostrata dal riscontro di una più elevata concordanza dello stato di malattia tra gemelli monozigoti rispetto a quelli dizigoti. I fattori ambientali coinvolti nello sviluppo della malattia sono per lo più sconosciuti, ad eccezione dei raggi UVB e talvolta UVA, l'ingestione di germogli alfa-alfa, e l'esposizione a prodotti chimici come la tintura per capelli. Inoltre, non va dimenticata la forma di *lupus* indotta da farmaci, tra cui: procainamide, idralazina, isoniazide, α -interferone, clorpromazina, D-penicillamina, prattutto, metildopa, chinidina.

Il *lupus* si presenta in tre forme: *lupus sistemico* (LES), *lupus eritematoso cutaneo cronico* (CCLE), *lupus eritematoso cutaneo subacuto*.

Nel LES è presente coinvolgimento sistemico. Nella forma CCLE è presente coinvolgimento cutaneo (*lupus discoide* esacerbato da esposizione solare) e delle mucose con possibile debole coinvolgimento sistemico. Nella forma subacuta i pazienti presentano un pattern clinico intermedio tra *lupus sistemico* e *lupus eritematoso cutaneo cronico*. Le manifestazioni cliniche più frequenti sono a carico del sistema muscolo scheletrico (nel 95% dei pazienti), seguite da un interessamento a carico

della cute e delle mucose (nell'80% dei casi). Analoga percentuale per quanto riguarda l'interessamento ematologico e neurologico. Nel 60% dei casi sono interessati cuore e polmoni e, nel 50% dei casi, i reni.

Le manifestazioni gastroenteriche e quelle oculari interessano meno della metà dei pazienti (rispettivamente il 45% ed il 15% dei casi).

Nello stadio iniziale il *lupus* sistemico è una malattia difficile da diagnosticare in quanto la sintomatologia è aspecifica, vaga, con un decorso clinico caratterizzato da alternanza tra periodi di remissione e riacutizzazione.

Nel rene la proteinuria rappresenta il segno più frequente e si associa nel 25% dei casi a sindrome nefrosica. Il 5-10% dei pazienti affetti da *lupus* va incontro ad insufficienza renale. La glomerulonefrite rappresenta il substrato anatomopatologico alla base del danno renale. Essa è causata dalla deposizione di immunocomplessi circolanti o dalla formazione di complessi *in situ* a livello del mesangio e delle membrane basali glomerulari. La biopsia renale deve essere presa in considerazione, quando il suo esito può influenzare le decisioni terapeutiche. Tutte le informazioni riguardanti la sede di deposizione dei complessi, l'aspetto istologico del danno renale, e lo stato di attività e cronicità delle lesioni sono utili, sia dal punto di vista prognostico, che terapeutico: nelle forme lievi di glomerulonefrite i depositi sono confinati al mesangio, mentre nel caso in cui i depositi si estendano oltre il mesangio, nelle anse capillari delle membrane basali glomerulari, la prognosi peggiora. Le lesioni attive, ma reversibili, che si associano ad un alto rischio di progressione verso l'insufficienza renale, sono rappresentate dalla necrosi glomerulare, dalla formazione di semilune epiteliali, di trombi ialini, dagli infiltrati interstiziali infiammatori e dalla vasculite necrotizzante. Le lesioni irreversibili, che verosimilmente non rispondono alla terapia con immunosoppressione e che sono fortemente associate alla insufficienza renale, sono la sclerosi glomerulare, le semilune fibrose, la fibrosi interstiziale e l'atrofia tubulare. La biopsia renale nella forma sistemica

permette una precisa stadiazione della malattia, allo scopo di valutarne la prognosi ed impostare la terapia più efficace. Quasi la metà dei pazienti presenta inoltre manifestazioni orali, caratterizzate da ulcerazioni e zone di eritema circondate da sottili strie biancastre, che si dipartono a raggiera. Le sedi più comuni sono la mucosa vestibolare, il palato, la lingua ed il labbro. La zona del vermiglio del labbro inferiore è spesso interessata da cheilite lupica con ulcerazioni, dolore, eritema, ipercheratosi. Ulteriori disturbi orali sono stati descritti quali: xerostomia, stomatodinia, candidiasi, patologia del parodontio, e disgeusia. Le caratteristiche microscopiche del *lupus* sono simili a quelle del *lichen planus*. Le creste epiteliali sono atrofizzate con cripte ripiene di cheratina, mentre nella lamina propria si osserva un infiltrato infiammatorio cronico, che si estende profondamente, disponendosi in zona perivascolare. Le cellule basali presentano, come nel *lichen planus*, una degenerazione colliquativa. La membrana basale appare ispessita. L'immunofluorescenza diretta mostra una positività lineare o granulare a depositi di immunoglobuline, in particolare IgG, IgM, C3 (banda lupica) e fibrinogeno, lungo la membrana basale. La positività della banda lupica, in associazione ai rilievi clinici tipici, permette di porre diagnosi di *lupus*. Va infatti detto che la banda lupica si osserva anche in altri i disordini autoimmunitari.

Sebbene si sapesse da tempo della presenza di manifestazioni orali in corso di *lupus eritematoso sistemico* e di *lupus eritematoso discoide*, ben poca attenzione è stata loro rivolta nel passato dagli studiosi di patologia orale e cutanea. Non era concepibile, ad esempio, porre diagnosi di LED orale se non in presenza di lesioni cutanee già diagnostiche, riservando alle lesioni orali un ruolo secondario. Una serie di studi istopatologici, ultrastrutturali ed immunopatologici, rivolti prevalentemente verso le lesioni discoidi, hanno però messo in luce dati che inducono ad alcune interessanti considerazioni sulle lesioni discoidi orali. Esse infatti, anche in assenza delle lesioni discoidi cutanee, permettono da sole la diagnosi di LED, talvolta sono la prima

manifestazione di LED o LES e inoltre, insieme con le ulcere orali, rivestono una notevole importanza anche nella prognosi della malattia.

Il riscontro di patologia ulcerativa orale può rappresentare uno dei primi sintomi, e la biopsia orale può concorrere a indirizzare la diagnosi.

Si è detto che in fase iniziale il *lupus sistemico* può essere difficile da riconoscere, per la aspecificità della sintomatologia. La presenza di ulcere orali e la loro biopsia possono permettere di indirizzare la diagnosi verso la patologia autoimmunitaria, o di concorrere alla diagnosi di *lupus* in fase precoce, con conseguenti eventuali decisioni terapeutiche.



Ulcerazioni orali e zone di eritema circondate, alla periferia, da sottili strie biancastre che si dipartono a raggiera



Manifestazioni a carico del palato duro

* Dr.ssa Nadia Toller, Specialista in Chirurgia Maxillo Facciale U.O.M. di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento

La gestione del rischio in ambito sanitario

di Mauro Turrini*

Oramai le persone non temono più nulla a parte “il cibo che mangiano, l’acqua che bevono, l’aria che respirano, la terra in cui abitano e l’energia che utilizzano”. Con queste parole, due antropologi descrivevano trent’anni fa circa l’imminente portata che il rischio avrebbe assunto nelle società contemporanee. Al giorno d’oggi si è giunti a parlare di rischio in ambiti disparati come le assicurazioni, il gioco d’azzardo, i dibattiti sulle opere pubbliche, lo sport e, ovviamente, non fa eccezione la sanità. Sarebbe sbagliato ridurre il rischio a una suscettibilità particolarmente pronunciata nei confronti del pericolo. In realtà, questo fenomeno si compone non solo di questa dimensione soggettiva, ma anche di un elemento più tecnico, che discende dalla volontà di prevedere e misurare tutte le minacce, anche le più remote, che si possono nascondere in una prestazione medica. Lo sforzo di prevedere qualsiasi possibile conseguenza negativa si propone di porre le condizioni di un ambiente più sicuro e consapevole, in cui ogni cittadino sia in grado di ponderare le proprie scelte sulla scorta di informazioni accurate. I suoi esiti, però, non si limitano mai alle intenzioni di partenza. Anzi, si può dire che il rischio non è mai innocente, ma muta radicalmente gli ambiti, le organizzazioni e i saperi che attraversa.

Pensiamo alla sanità. Sulla scia di quanto accaduto nelle aziende ospedaliere statunitensi, le tecniche di gestione del rischio si sono diffuse anche in Italia riorientando il rapporto tra medico e paziente. Uno dei principali scopi perseguiti è rendere consapevoli i pazienti dei pericoli e degli errori insiti nelle prestazioni sanitarie, e offrire loro strumenti per coinvolgerli nel processo decisionale medico ed eventualmente prendere provvedimenti contro di esso. Sono oramai lievitate le cause

contro medici e aziende ospedaliere, che cercano di difendersi dall’attivismo giudiziario attraverso il consenso informato, il tribunale del malato, onerose assicurazioni e, addirittura, figure di dirigenti specializzati nella gestione del rischio, i cosiddetti *risk manager*. È questa la dimostrazione che il rischio innesca una logica che va molto oltre le intenzioni apparenti che sembra nutrirlo, riorganizzando in modo radicale il rapporto medico-paziente e le prestazioni sanitarie. Consideriamo ad esempio il consenso informato. Come dice il nome stesso, esso serve a *informare* il paziente dei benefici e dei danni insiti in un determinato trattamento sanitario. Non sempre però un medico si prende cura di spiegare in modo esauriente ciò che è scritto in questi moduli, e anche quando questo accade, i consensi informati lasciano il paziente in una condizione di solitudine che spesso risulta inappropriata a una persona che ha bisogno di essere curata. E in una medesima situazione si trova chi si rivolge alle sempre più diffuse tecnologie mediche rivolte al calcolo del rischio. Una sociologa olandese, Annemarie Mol, descrive in modo analogo l’esperienza vissuta personalmente durante l’amniocentesi nei seguenti termini. Mentre si trovava nel lettino in attesa dell’arrivo del medico, per stemperare la tensione si è rivolta all’infermiera che stava preparando il lungo ago che avrebbe prelevato il liquido amniotico dal suo ventre. “Spero che vada tutto bene”, le ha detto, essendo ben consapevole che la procedura a cui si sta sottoponendo comportava un aumento del rischio di aborto. L’infermiera da parte sua ha ribattuto velocemente: “Beh, è una sua scelta”.

L’episodio dimostra bene la portata del rischio e la sua logica interna che risponde essenzialmente agli ideali dell’*autonomia* e della *libertà di scelta* del paziente come gli unici capaci di riformare radicalmente il servizio

sanitario. Secondo questa prospettiva, la figura del paziente viene assimilata in quella del *cittadino*, che si presenta al medico rivendicando un rapporto paritario o almeno forte di determinati inoppugnabili diritti, oppure del *consumatore*, a cui va la possibilità di scegliere la proposta a lui più adatta tra una gamma di opzioni. In sostanza, il cittadino/cliente che si rivolge al servizio sanitario è considerato un soggetto di diritto, una mente in grado di valutare la decisione migliore. Nello stesso tempo, i professionisti della medicina divengono semplici erogatori/dispensatori di tecnologie e procedure da realizzare secondo i protocolli standard opportunamente approvati. È il modello della “medicina difensiva”, attenta a seguire linee guida prestabilite e pronta a consegnare al paziente non solo la *facoltà* ma anche la *responsabilità* di determinate scelte. Insomma, la logica del rischio, anziché rendere più responsabile, trasparente e paritario il rapporto medico e paziente, può relegare il paziente nello splendido isolamento dell’esercizio dei suoi diritti e delle sue libertà di scelta e costringere il medico non alla condotta che ritiene più opportuna, ma a quella maggiormente tutelata (da un punto di vista professionale, economico e assicurativo).

Alla luce di queste considerazioni, da diversi anni si sta analizzando in quale modo la centralità del rischio abbia influenzato il tipo di prestazione sanitaria, l’organizzazione delle aziende ospedaliere e lo stesso sapere medico. Una delle proposte più interessanti emerse da questi dibattiti consiste nel pensare le pratiche mediche non in termini dei benefici/danni che possono provocare, ma come *cura*. Parlare di cura significa anzitutto intendere il paziente come una persona che esprime bisogni molto concreti con cui si scontra nella quotidianità – nell’ambiente di lavoro, nella sfera affettiva e fami-



liare, e così via. Secondo questa prospettiva, le competenze professionali richieste dal personale medico riguardano la capacità di ascoltare e di mediare i vincoli imposti da un disturbo o una condizione con le specifiche esigenze concrete del singolo paziente. In sostanza, la cura intende il rapporto medico-paziente non tanto come uno spazio di libertà ma un *sapere esperto, dei trattamenti e delle tecnologie* in grado di migliorare o quanto meno di limitare il peggioramento della qualità della vita dei pazienti.

Si potrebbero fare molti esempi al riguardo. Ci limitiamo qui a dare conto del peso assunto dal rischio nella ristrutturazione e nella razionalizzazione del servizio sanitario. La "normalizzazione del rischio", uno degli imperativi principi attualmente dominanti, è in perfetta sintonia con altre tendenze che sostanzialmente tendono a centralizzare, formalizzare, standardizzare e decontestualizzare le pratiche sanitarie al fine di renderle più rendicontabili da un punto di vista economico, giudiziario e organizzativo. Vale allora la pena di ripensare la cura della salute slegandola da principi puramente quantitativi e astratti. La logica della cura intende appunto fare questo attribuendo una nuova centralità alle complesse situazioni determinate dai disturbi sanitari, alle diverse sfaccettature delle difficoltà vissute dei pazienti e così via. In un momento di crisi come quello attuale, destinato a lasciare un profondo cambiamento anche in ambito sanitario, pensare al rischio e alla cura è quindi non solo e non tanto un esercizio deontologico, ma una questione organizzativa dell'intero sistema della medicina.

Per approfondire

Annemarie Mol, *Living with diabetes: Care beyond choice and control*, Lancet, 373 (9677): 1756-1757.

Tatiana Pipan (a cura di), *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, 2010, Angeli, Milano.

* Dr. Mauro Turrini, Assistente di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Padova

aforismi

Sull'Onestà



a cura di Luisa Pevarello

Qualche amara considerazione su una virtù che pare ormai merce molto rara, soprattutto in Italia.

1. Si consiglia di evitare l'ostentazione dell'onestà: è un comportamento altamente offensivo nei riguardi della maggioranza. (F. BURDIN)
2. L'onestà è un lusso che i ricchi non possono permettersi. (P. de COUBERTIN)
3. Il cinismo è l'unica forma nella quale le anime volgari sfiorano ciò che è onesto. (F. NIETZSCHE)
4. Non abbiamo bisogno di chissà quali grandi cose o di chissà quali grandi uomini. Abbiamo solo bisogno di più gente onesta. (B. CROCE)
5. CORRUZIONE: ciò che permette a un politico di vivere onestamente del proprio stipendio, senza discutibili speculazioni. (A. BIERCE)
6. In Italia le cose non sono cambiate molto. Onestà e correttezza sono presenti, ma rare. Si insegna poco, si impara poco, si studia poco, si ricerca poco, si inventa poco. (R. VACCA)
7. Sebbene per natura io non sia onesto, lo sono per caso, di quando in quando. (W. SHAKESPEARE)
8. Ero veramente un uomo troppo onesto per vivere ed essere un politico. (SOCRATE)
9. AVEVA LA COSCIENZA PULITA. MAI USATA! (S. LEC)



La presa di Polifemo, A. Siciliano, 1980

Cronaca di un viaggio in Campania

di Donata Borin*

È un anno che organizziamo questo viaggio, guardando, studiando, discutendo, proponendo soluzioni alternative. E finalmente il giorno faticoso della partenza arriva. Una comitiva di trenta persone, autista compreso, di cui otto dializzati, cinque accompagnatori, due trapiantati, due infermiere, due medici, dieci simpatizzanti: età media circa sessant'anni, invalidità media ottanta per cento.

L'itinerario piace a tutti: il Cilento, la costiera amalfitana, Paestum: il mare, la cucina mediterranea, i reperti archeologici, per tutti i gusti, per tutte le culture, per tutte le tasche.

Partenza domenica alle 6, il pullman è nuovo, i posti sono assegnati. Faccio l'appello, quindi mi siedo davanti, nel posto riservato alla guida. Ho il microfono in mano, spiego a grandi linee l'organizzazione del viaggio. Che soddisfazione! Mi sento una professoressa in gita scolastica con la sua scolarella. Sì, ma anche con la responsabilità dell'insegnante che porta in giro gli alunni, penso mentre entriamo in autostrada e faccio mentalmente gli scongiuri, perché il Centro dialisi che ci ospiterà sia adeguato, perché tutti stiano bene, perché insomma sia una bella vacanza.

La prima sosta la facciamo ad Orvieto, splendida città umbra: una serie di scalinate ci porta al centro storico, poi alcuni vicoli ridondanti di negozietti ci portano all'abbacinante visione del Duomo. Qualche foto, la visita, quindi pranzo veloce in un simpatico ristorante, poi giù per le scale mobili, fino a raggiungere il parcheggio del pullman. Dai, facciamo presto che abbiamo ancora tanta strada da fare! Rifaccio l'appello (per fortuna) e scopro che ad Orvieto, a sole 6 ore dall'inizio del viaggio, siamo già riusci-

ti a perdere un membro della comitiva, Leonida, (come l'eroe spartano famoso per la battaglia delle Termopili!), 82 anni, prima vacanza della sua vita. Sul pullman non c'è. Mi prende un colpo, mi fiondo nuovamente su per le scalinate a cercarlo, e intanto mi vedo già davanti ai carabinieri, a denunciarne la scomparsa e descriverne l'altezza, la corporatura, il viso per l'identikit; a telefonare ai figli e dire "Scusate, ma abbiamo perso vostro padre". Che figura!

Un sudore freddo mi cola giù per la schiena, mentre raggiungo il centro di Orvieto, mescolandosi con la pioggia-rellina che scende, e con il sudore vero dovuto alla corsa affannata.

Improvvisamente Leonida ricompare, tranquillo, per nulla preoccupato: si è fermato per telefonare a casa. Non gli dico niente. Saliamo sul pullman accolti da un applauso di sollievo, ma prendo nota mentalmente di cancellarlo dall'elenco dei partecipanti al viaggio del 2013. Senza altri intoppi, in serata arriviamo a Paestum.

Meravigliosa accoglienza nell'albergo, dove tutti sono a disposizione per rendere il nostro soggiorno piacevole. A cena sediamo in un'elegante sala da pranzo, i tavoli sono da otto persone, perciò si iniziano nuove conoscenze, nuovi rapporti. Il clima è ancora un po' freddo perché pazienti che hanno turni di dialisi diversi non si conoscono neppure tra loro. Gli altri, i cosiddetti "sani", li guardano, sanno poco o niente di dialisi, e a loro sembrano tutti uguali, non capiscono chi sta bene e chi è malato, si chiedono: ma in quella coppia chi è che fa la dialisi, la moglie o il marito?

La mattina dopo accompagniamo gli otto pazienti al centro dialisi di Roccadaspide. Sono un po' sul chi va là: è vero che ci hanno assicurato che

la struttura è nuova, e l'organizzazione affidabile, ma siamo tanto lontani da casa, in terra campana, magari qui gli standard sono un po' meno standard e un po' più improvvisazione. Insomma, finché non vedo non credo. E invece ci devo proprio credere: sembra di essere in una clinica svizzera (per la verità non ne ho mai vista una, ma si sa che sono le migliori), però con il calore partenopeo.

Dicono che l'Italia è una, che siamo tutti uguali, ma credetemi, non è vero, perché il calore, la disponibilità e la simpatia con cui veniamo accolti ce l'hanno solo al Sud. In un batter d'occhio diventiamo amici con i medici e con gli infermieri, i pazienti sono rilassati, si sentono protetti. La struttura è nuova e funziona a meraviglia. Evvai, una delle mie preoccupazioni si è sciolta come neve al caldo sole campano.

Nel pomeriggio partiamo per Castellabate, un meraviglioso paesino che sembra rimasto lo stesso nel corso dei secoli. Vi ricordate dove hanno girato il film "Benvenuti al Sud"? Ecco andiamo proprio lì, sulla spiaggia dove hanno fatto i fuochi d'artificio, alla fine del film. A turno teniamo d'occhio Leonida, che ogni tanto tenta di sparire infilandosi in una tabaccheria per scegliere una cartolina. Il sole, il mare, una passeggiata, un gelato. Cosa vogliamo di più?

Martedì il programma prevede: Cava dei Tirreni, Salerno e Vietri sul mare. Purtroppo piove, fa anche freddo, e soprattutto manca il sole che avrebbe dato una pennellata di colore a queste splendide località. Così non ne parlo, perché non renderei merito alla bellezza dei posti.

Mercoledì pomeriggio, dopo la dialisi, partiamo per gli scavi di Paestum. La giornata è soleggiata, l'aria mite, ci



accompagna Angela, la nostra guida, molto preparata e appassionata al suo mestiere. Finalmente eccoli i templi, ci appaiono in tutta la loro maestosità in mezzo al verde, sono uno spettacolo mozzafiato. Angela riesce a comunicare il suo entusiasmo per queste opere, quasi riesce a farci respirare l'atmosfera del tempo degli antichi greci.

Al ritorno mi viene un'idea: come si fa ad andare in Campania e a non assaggiare i famosi babà al rum? E porto tutta la comitiva in una bella pasticceria al centro di Capaccio, ci sediamo ed assaggiamo quei dolci squisiti. Tutta la poesia della pasticceria campana accarezza le nostre papille gustative; prenotiamo quintali di babà che, debitamente imballati, ci porteremo a casa, per le nostre famiglie. Giovedì ci aspetta la gita più attesa di tutto il viaggio: Capri. Partiamo di buonora per Salerno, al porto prendiamo l'aliscafo e via per Capri. Non abbiamo fatto i conti con il mare che scambussola parecchi di noi. Per fortuna che siamo partiti con un borsone di medicinali ed attrezzati di sacchetti, garze, fazzoletti, perché più di qual-

cuno restituisce al mare la colazione, forse anche la cena della sera prima e anche le medicine prese al mattino. Un po' acciaccati arriviamo finalmente al porto di Capri, dove saliamo su dei pulmini sgangherati, che ci portano ad Anacapri. Un bel gruppo di noi continua la salita con la seggiovia, fino ad un belvedere: ci sono solo il meraviglioso mare e il sole. Siamo fuori dal mondo.

Dopo il pranzo al sacco ed una passeggiata, riprendiamo lo sgangherato pullmino per tornare al porto. L'autista mette a tutto volume una canzone napoletana e ci ritroviamo tutti, intonati e stonati, chi con l'accento veneto e chi con l'accento napoletano, chi conosce le parole e chi le inventa, a cantare a squarciagola "O sole mio". Un bel momento: per un istante la musica ha annullato le diversità.

Il programma di venerdì pomeriggio: la visita ad una bufalara. A me le mucche hanno fatto sempre un po' impressione, questi grandi occhi che ti guardano, figuriamoci le bufale che hanno anche le corna, perciò non mi avvicino troppo. Però i vitellini delle bufale, i bufalini o come si chiama-

no, sono proprio carini. Ci mostrano il ciclo di produzione del latte e il modo in cui sono trattate le bufale da latte; alla fine ci fanno assaggiare la loro produzione. Che buone le mozzarelle!!

Ma la giornata riserva ancora sorprese perché la cena si conclude con un intrattenimento musicale, organizzato dall'albergo. Nonostante la dialisi del mattino, l'escursione del pomeriggio e le camminate degli ultimi giorni, molti inaspettatamente trovano l'energia per un turbinio di danze.

Sabato mattina partiamo per l'ultima gita: il belvedere di Positano, poi Amalfi e Ravello. Diamo spazio ad Amalfi, il Duomo è meraviglioso. Che bello girare per le stradine con tutti quei negozietti. Poi carichi di limoni della costiera, di bottiglie di limoncello, di saponette a forma di limone, e di ceramiche a forma di limone, ripartiamo per una breve sosta a Ravello. Alla sera, durante la cena in albergo, l'atmosfera è piuttosto mogia, neppure la torta (pan di Spagna farcito alle creme, tutto decorato con fiori di zucchero e un "Arrivederci" scritto sopra) riesce a tirarci su il morale. Ci pensiamo noi dell'"organizzazione": prepariamo un premio per tutti i partecipanti. Premio puntualità, premio miglior ballerino, premio miglior turista, premio "la coppia più bella", premio "paparazzo" e così via: ognuno ha avuto il riconoscimento ai "talenti" che ha esibito durante la vacanza.

Domenica partiamo per il rientro, ci fermiamo a Villa d'Este per il pranzo ed una visita guidata. È un'ultima bella cosa, nella serie di cose belle di questa nostra bella Italia, che abbiamo visitato.

In serata arriviamo a Legnago, ci salutiamo, ciascuno torna a casa propria con qualcosa in più: non solo il ricordo di una bella vacanza, ma anche quel senso di appagamento che solo la ricchezza di rapporti umani può dare. All'anno prossimo! Sì, Leonida, vieni anche tu.

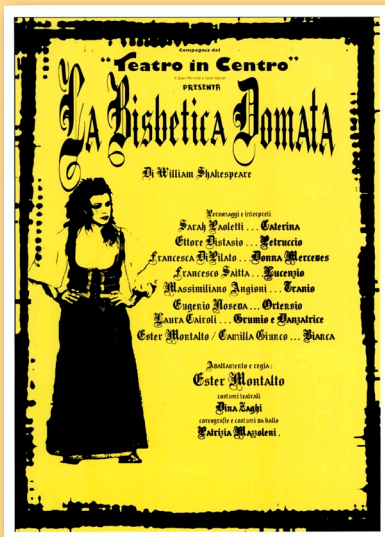
* Dr.ssa Donata Borin, U.O.C. Nefrologia e Dialisi Ospedale "Mater Salutis" di Legnago

Notizie dall'Associazione

a cura di Wilma Graziadei

GITA SOCIALE A FIERA DI PRIMIERO

Quest'anno per la consueta gita sociale abbiamo scelto una meta fra le nostre fantastiche montagne. Così sabato 9 giugno siamo partiti per Fiera di Primiero dove abbiamo visitato il Palazzo delle Miniere e la chiesa Arcipretale con il bellissimo altare in legno a portelle della fine del Quattrocento. Altrettanto suggestivo è stato un salto nel passato nella Vecchia Canonica, all'interno della quale è stata ricostruita una tipica casa primierotta. Al termine della parte culturale abbiamo gustato un ottimo pranzo nei boschi delle Pale di San Martino.



A TEATRO CON SHAKESPEARE

Martedì 9 ottobre, presso il Cinema Teatro Nuovo Roma di Trento, è stata rappresentata la commedia in cinque atti "La bisbetica domata" di William Shakespeare, dalla Compagnia del "Teatro in Centro" di Como. La compagnia ha lavorato molto bene, tutti gli attori sono stati bravissimi.

L'opera, composta probabilmente fra il 1500 e il 1600, narra la vicenda dell'avventuriero Petruccio, uomo di nobili origini che sposa e soggioga l'intrattabile Caterina di Padova, attirato dalla sua ricca dote. Il giorno delle nozze il futuro sposo arriva in ritardo e vestito di stracci, lasciando il banchetto nel bel mezzo della festa. Gli sposi partono poi per Verona, dove Caterina è costretta a vivere molto modestamente e questo fa affievolire il suo scontroso carattere, trasformandola in una donna dolce e cortese. Nelle commedie di Shakespeare, anche se caratterizzate da un'atmosfera allegra, non manca un tono pessimistico sulla precarietà della felicità umana.

Rinnoviamo il nostro grazie alla Media Ticket Srl, che tramite quest'iniziativa riserva all'Associazione un prezioso contributo finanziario.

L'A.P.A.N. FESTEGGIA I 30 ANNI

Sabato 20 ottobre l'A.P.A.N. ha festeggiato il Trentennale con un pomeriggio all'insegna dell'amicizia, ricordando la propria attività ed i tanti volontari che si sono succeduti nel corso degli anni. Il programma è stato allietato dai suggestivi canti del Coro Altreterre di Vigo Meano.

E' stato un momento di incontro, riflessione e divertimento ma anche un'occasione per ringraziare tutte le persone che quotidianamente hanno lavorato e lavorano per sostenere l'A.P.A.N.

Ne verrà parlato più ampiamente in un articolo all'interno della rivista.




Dr. Alberto Valli Presidente Onorario con Antonio Fondriest storico volontario

Notizie dall'Associazione

LA SESTA EDIZIONE DI RENART


Il 26 ottobre è stata inaugurata, presso la sala di Torre Mirana in via Belenzani a Trento, la sesta edizione della rassegna di pittura "RenArt" - Artisti per la donazione, organizzata dall'A.P.A.N., con il patrocinio del Comune e della Provincia di Trento. Come già negli anni precedenti, anche per il 2012 lo scopo di quest'iniziativa - che ricopre anche una forte valenza culturale - rimane quello di sensibilizzare l'opinione pubblica del Trentino sulle patologie renali e sulle relative forme di prevenzione, a partire dai virtuosi comportamenti da adottare. Vale sottolineare come, la sempre maggiore disponibilità del mondo artistico della nostra provincia, unitamente a quello di altre regioni, abbia favorito il conseguimento di importanti obiettivi sul piano della solidarietà e su quello della comunicazione. Gli artisti che espongono quest'anno sono Doris Cologna, Veronica de Giovanelli, Fabrizia Maines, Mauro Berlanda e Alessandro Goio, quest'ultimo anche nelle vesti di organizzatore della mostra insieme al critico d'arte Aldo Nardi. Anche quest'anno la pasticceria Filippi& Gardumi ha offerto il rinfresco: li ringraziamo per la loro generosità.





RenArt 2012
artisti per la donazione

berlanda-cologna-de giovanelli-goio-maines

Sala Thun – Trento - Via Belenzani, 3
Venerdì 26 ottobre 2012 ore 18.00
fino al 4 novembre con orario 10/12 - 17/19

mostra proposta da  Associazione Provinciale Amici della Nefrologia - Dializzati e Trapiantati

patrocinata da:  COMUNE DI TRENTO  PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

MATRIMONIO IN MAGGIO

Il 5 maggio si è sposata la nostra preziosa segretaria ufficiale, che è anche un componente del direttivo. E' stata una bella festa, un po' bagnata ma si sa: sposa bagnata...e quel che segue. Ci sembra che le "Notizie dall'Associazione" siano il luogo ideale per rinnovare a Wilma e a Paolo, gli auguri più affettuosi da parte del Direttivo. E per chi non c'era ecco una bella foto degli sposi.



CENA SOCIALE

Quest'anno la nostra Cena sociale sarà anche l'occasione per scambiarsi gli auguri natalizi. Infatti l'appuntamento è per domenica 2 dicembre presso il Ristorante Birreria "Forsterbrau" in via Oss Mazzurana. Cogliendo l'occasione del rinnovo e del cambio di gestione di questa storica birreria, ci è sembrata una buona idea fare qui la nostra cena sociale. Come sempre verrà inviata la lettera di invito con i nominativi delle persone da contattare per le prenotazioni.



Nefrologo, specialista multidisciplinare

Terapia "dialitica": solo per pazienti uremici?

di Carmelo Loschiavo*

La domanda sembrerebbe del tutto pretestuosa dal momento che, dalla sua nascita ad oggi, parlare di dialisi automaticamente si è sempre inteso parlare di pazienti con una insufficienza renale terminale. Questo automatismo non è più corretto poiché, il progredire delle conoscenze mediche in campo etiopatologico e la parallela evoluzione tecnologica delle tecniche depurative, ha portato alla possibilità di trattare efficacemente con tale metodica (per quanto modificata) soggetti, con normale funzione renale, affetti da malattie diversissime fra loro, ma accomunate dal fatto che alla loro origine vi sia un *quid anomalo* circolante nel sangue, la cui rimozione ne comporta la possibile remissione o, comunque, un tangibile miglioramento. Il termine generico di tale processo è indicato come **afèresi terapeutica**.

Il togliere delle sostanze nocive dal plasma, sostituendo quest'ultimo con altro plasma da donatore (Plasmaferesi) è pratica antica, messa in opera comunemente da oltre un secolo per svariate patologie, inizialmente ematologiche e poi via via estesa a patologie a genesi immuno-mediata, tra cui anche molte di pertinenza nefrologica. L'efficacia terapeutica della **plasmaferesi**, tecnica appannaggio dei Centri Trasfusionali, era ed è consolidata, ma il risvolto della medaglia della sua esecuzione non è da poco: necessità di più donatori, re-infusione di plasma eterologo (da donatore) o di albumina, con gli annessi noti rischi infettivi e/o da reazione allergica. A volte c'è anche la necessità di integrare la re-infusione con soluzione

fisiologica, con equivalente perdita di componente proteica, non dimenticando che con tale tecnica si provoca anche la rimozione generalizzata di qualsivoglia sostanza dal plasma e non solo della noxa bersaglio. Infine, per effettuare la plasmaferesi si deve utilizzare un catetere venoso centrale, il tutto con costi molto elevati.

Peraltro, negli ultimi 10-15 anni l'evoluzione della struttura e della tipologia delle membrane per *dialisi* è stata così sofisticata da permettere di avere filtri in grado di eliminare selettivamente (con meccanismi di filtrazione o assorbimento) la singola sostanza incriminata, senza necessità di sostituire il plasma del paziente e senza il bisogno, nella stragrande maggioranza dei casi, di un catetere venoso centrale, potendo utilizzare le vene native periferiche del paziente, per flussi ematici medi di 20-25 ml/minuto. I vantaggi operativi risultano eclatanti e, associando a ciò la naturale dimestichezza dei nefrologi nel maneggio dei circuiti extracorporei, si ha il perchè l'esecuzione delle metodiche aferetiche si sia diffusa sempre più in quest'ambito specialistico.

Molto schematicamente, e tralasciando le possibili varianti, la metodica consiste nel posizionare un ago da 19G-18G in una vena del braccio; mediante una pompa peristaltica si convoglia il sangue, ai modesti flussi sopra indicati, ad un filtro plasma-separatore; al plasma così ottenuto si fa attraversare un secondo filtro che, a seconda del diametro prescelto dei pori, fa passare ed eliminare solo la molecola bersaglio (una variante più specifica consiste nell'uso di filtro con sorbente che trattiene la sostanza vo-

luta); dopodiché il plasma nativo, ricostituito nella sua componente acquosa con infusione di soluzione fisiologica, viene restituito al paziente mediante un secondo ago, uguale al primo, posizionato nella vena del braccio contro laterale. La durata del trattamento, ambulatoriale, è compresa tra le due ore e mezzo e le tre ore.

Il campo di applicazione della metodica si è esteso a macchia d'olio e per alcune patologie ha assunto un'indicazione di salvavita. Di seguito ne elenchiamo le più rappresentative, per le quali questa terapia è entrata a far parte delle specifiche linee guida terapeutiche:

IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE:

Pazienti affetti da mutazione genica comportante un difetto dei recettori LDL o la loro assenza: nella forma omozigote più severa (1:100000) le lesioni ischemiche cardiache e/o cerebrali compaiono prima dei 30 anni. Nella forma eterozigote la cardiopatia compare intorno alla quarta quinta decade di vita, con una prevalenza che può raggiungere anche 1:500 pazienti. La maggior parte di questi soggetti risponde al trattamento farmacologico, ma nel 15-20 per cento di loro è necessario pensare ad una integrazione con terapia aferetica, al fine di raggiungere i livelli ottimali di colesterolo. Negli omozigoti, invece, l'integrazione terapeutica con la LDL-aferesi è considerata terapia salvavita. Le sedute hanno cadenza bimensile e dopo ognuna di essa si ottiene l'abbattimento del LDL-colesterolo e della Lp(a) mediamente del 70-75 per cento. Nei casi più eclatanti si può assistere anche alla parziale regressione delle lesioni ateromasiche. Le casistiche dei



centri ove tale terapia viene praticata annoverano ormai numerosi pazienti, un tempo destinati ad un precoce incidente coronarico, che sono in terapia da oltre 12-15 anni. Sul piano umorale, oltre ai parametri su citati, la metodica ottiene anche una drastica riduzione dei livelli di fibrinogeno (circa 80%), della PCR, della omocisteina e di altre molecole pro-infiammatorie, delle molecole di adesione cellulare, dei fattori coinvolti nello stress ossidativo cellulare, di fattori protrombotici (plasminogeno, proteina S e C); il tutto si traduce in un netto miglioramento del microcircolo di tali pazienti.

SORDITÀ IMPROVVISA E NEUROPATIA OTTICA ISCHEMICA:

In parecchi di questi casi la comparsa del danno è legata al fatto che l'arteriola, funzionalmente terminale, delle

strutture interessate (rispettivamente vestibolo e retina) può andare incontro a disturbi vascolari dovuti ad aumento della viscosità, microtrombosi e/o alterazione distrettuale del flusso di sangue. Quasi sempre il tentativo terapeutico si esegue con una singola seduta ambulatoriale entro 5-6 giorni dalla comparsa acuta del sintomo e, specie per la sordità improvvisa, vi sono solide basi scientifiche e di letteratura attestanti l'efficacia della terapia, tanto che in alcuni centri ORL la seduta di aferesi viene eseguita di routine nei casi con diagnosi di verosimile patogenesi ischemica, alla base di una sordità acuta.

Ancora, per tutti i presupposti di effetti benefici a livello del microcircolo prima elencati, tale terapia ha ottenuto dei risultati brillanti anche nel

trattamento del

PIEDE DIABETICO SU BASE ISCHEMICA:

patologia dilagante, con effetti di guarigione di ulcere periferiche e restituito *ad integrum* di arti destinati altrimenti all'amputazione. Nonostante ciò, in quest'ultima condizione, gli entusiasmi sono frenati dall'alto costo dei trattamenti aferetici e dalla contemporanea necessità, in questi soggetti, di effettuare un elevato numero di sedute nel tempo.

Altro esteso campo applicativo delle metodiche aferetiche è dato dalle patologie da immunocomplessi e da auto-anticorpo mediate. Laddove si richieda la rimozione di grandi quantità di anticorpi patogeni, l'immuno-adsorbimento selettivo diventa oggi una importante arma. Tale metodica consente, contrariamente all'effetto di rimozione generalizzata del **plasma exchange**, di eliminare in modo mirato le immunoglobuline *in toto* o alcune loro sottoclassi, oppure le citochine pro-infiammatorie, oppure particolari complessi immuni di specifici causa di patologia. Tecnicamente vi sono diverse modalità, che sfruttano diversi ligandi o substrati assorbenti specifici a secondo del bersaglio da eliminare. Il campo applicativo spazia dall'artrite reumatoide alle collagenopatie, dai disordini neurologici alla cardiopatia dilatativa. Un esempio per tutti è rappresentato dalla

Miastenia Gravis:

brevemente trattata, in quanto il risultato nella risoluzione della sintomatologia è talmente eclatante e repentino, da convincere anche i più increduli. La malattia è conseguente alla presenza di un anticorpo anti-acetilcolina che a livello delle sinapsi neuro-muscolari blocca la trasmissione dell'impulso nervoso al muscolo. Ebbene, già dopo le prime due sedute di aferesi (lo schema ne prevede 5 da effettuarsi nell'arco di 15 giorni), in molti casi si ha la drammatica risoluzione delle manifestazioni paretiche del pazienti, con ripresa delle capacità di coordinamento neuro-motorio. La comprovata efficacia della terapia è stata certificata dal suo inserimento nelle linee guida terapeutiche per tale patologia, da parte dell'associazione di Neurologia Statunitense. **La**

Sclerosi Multipla e la sindrome di Guillain-Barrè sono le altre patologie neurologiche dove l'aferesi è stata proposta come possibilità terapeutica dotata di buoni risultati.

Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa:

malattie infiammatorie croniche intestinali nelle quali molte cellule del sistema immunitario sono attivate in modo eccessivo e inadeguato, andando ad accumularsi nella parete intestinale e causando, di conseguenza, uno stato di infiammazione cronica. In questi casi, a differenza dell'immuno-assorbimento che sottrae la componente umorale del disordine immunologico, vi è la possibilità di utilizzare particolari membrane in grado di allontanare la componente cellulare attiva del processo patologico (leucociti, ed in particolare i granulociti modificati). L'aferesi non sostituisce la terapia classica di queste patologie ma si affianca ad essa, in particolare negli episodi acuti e nelle recidive poco responsive, essendo in grado (ovviamente utilizzando dei filtri con particolari caratteristiche) di adsorbire la componente granulocitaria, la cui concentrazione viene abbattuta rapidamente insieme ai livelli di fattori pro-infiammatori. Lo schema terapeutico consiste in una seduta settimanale, per cinque settimane. Solitamente la remissione dei sintomi è molto rapida ed in molti casi può salvare il paziente da una inevitabile exeresi chirurgica del tratto intestinale colpito dalla malattia.

Volutamente, in questa breve panoramica non si sono citate le molteplici patologie renali nelle quali l'aferesi trova una indicazione. Questo perché l'intento è quello di sottolineare il fatto che il nefrologo si trova ormai inserito in una medicina pluralistica nella quale la sua specifica preparazione e competenza gli permette di essere un valido co-primario nell'affrontare e curare patologie diversissime fra loro e che nulla hanno a che fare con lo specifico mondo del paziente nefropatico.

* Dr. Carmelo Loschiavo, UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Legnago (VR)

Il mondo dell'handicap tra amazzoni e cavalieri

I terapeuti della riabilitazione equestre

di Gioia Mazzoleni*

Navigando in Internet, quando su Google cercate la voce *Riabilitazione Equestre* e aprite la pagina dell'Enciclopedia libera di Wikipedia, si legge la seguente definizione: "**La riabilitazione equestre** (in lingua inglese *Therapeutic Riding*, con acronimo *TR*) è un tipo di riabilitazione che utilizza come mezzo terapeutico il cavallo..."

La prima difficoltà con cui mi sono confrontata, in quanto legata al mio vivere di cui *l'equitazione è la metafora*, è la dizione comunemente accettata di *terapia per mezzo del cavallo*, ciò che mi urtava era indubbiamente il termine "mezzo". Il quesito che mi si poneva era quindi il seguente: "*Com'è possibile che i miei compagni di vita, che tanto mi danno ogni giorno, possano essere associati al termine "mezzo"?*" Le immediate, e in parte preconcepite, spiegazioni sono necessariamente legate alla storia del cavallo, alla visione generale e generica che c'è nel *mondo equestre contemporaneo*, nel quale i cavalli, tenuti come macchine, vengono prima sfruttati e poi buttati via per dei "*mezzi migliori*".

Ancora il termine *mezzo* non mi piaceva, ma era necessario comprendere come persone di alto spessore e cultura, nell'ambito della riabilitazione, potessero essere comunemente d'accordo su questa espressione, sono quindi andata a leggere nel dizionario la spiegazione del termine "mezzo" e, con grande sorpresa, ho scoperto che "*i miei compagni di vita*" non erano legati solamente al concetto di macchina, in quanto alla voce *mezzo* si trova:

- che è metà dell'intero
- per metà, quasi



- la metà di un tutto
- la parte centrale
- l'ambiente in cui avviene un fenomeno
- l'aiuto di cui ci si serve per raggiungere uno scopo
- qualsiasi veicolo adibito al trasporto

Immediata è stata la riflessione sui vari significati e, nonostante ancora non riesca del tutto ad accettare né a condividere appieno questo termine, comprendo le motivazioni che possono sorreggerne la scelta.

Nella valenza di *mezzo* in quanto **metà di un intero**, indiscutibilmente il cavallo è *la metà* fondante e fondamentale, senza la quale non è possibile fare attività riabilitativa, per ragioni ovvie. Senza il cavallo non ci sarebbe possibilità di fare terapia equestre, e senza il suo essere "mezzo", inteso come metà del connubio necessario, non ci sarebbe possibilità né di fusione, né di separazione, di cui il cavallo

è simbolo e portatore di significato che attiva – riattiva il sentimento del disabile nella sua composizione - ricomposizione, organizzazione - riorganizzazione del Sé. Così associo le due successive dizioni: *per metà, quasi e la metà di un tutto*, metà della relazione in quanto *ponte emotivo – relazionale* tra psicomotricista e bambino, cioè simbolo e cardine della relazione. Altro elemento fonte di riflessione, e che porta all'immagine del Centauro, è la definizione di **parte centrale**; il cavallo indubbiamente rappresenta il centro della *motivazione* del bambino, ed è *parte centrale* per quanto riguarda la posizione: **i due baricentri devono tendere a coincidere per il raddrizzamento dell'asse capo – tronco**, che nell'antiversione (pa-

tologia permettendo) è condizione favorevole. Dunque il cavallo è centrale a livello emotivo, fisico e psicologico, sta al terapeuta comprendere come intervenire su questi tre aspetti, per mettere in atto un intervento che sia efficace per il binomio.

Negli ultimi tempi ho avuto modo di maturare dei pensieri, che sono andati formandosi durante i periodi di praticantato e tirocinio effettuati nell'ambito della Riabilitazione Equestre.

Come amazzone sono nata e cresciuta su quelle *note* che fanno quotidianamente da sottofondo al pentagramma della mia musicalità equestre, quali: il rispetto, la serenità, la disponibilità e la pazienza, nei miei stessi confronti e, a maggior ragione, nei confronti dei miei compagni cavalli, in questo

percorso che è la vita. Con il tempo ho appreso che, con queste *note* a mia disposizione, anche se non sempre facili da *armonizzare* (in quanto bipede), è possibile costruire la relazione tra cavallo e cavaliere. Le nostre differenti nature possono essere fonte di iniziali fraintendimenti e difficoltà, ma con l'andare del tempo, con uno spirito sempre attento a ciò che i nostri compagni ci suggeriscono e con un atteggiamento di dialettica apertura, è possibile giungere a una costruzione positiva per il binomio. Rimanendo fedele all'idea imprescindibile del **benessere del binomio**, ho potuto apprezzare e constatare che si può giungere a una comunicazione positiva ed efficace tanto da terra, quanto in sella, resa possibile dagli insegnamenti ricevuti e dalla mia formazione come T.E.I. (tecnico di equimozione e isodinamica). Difficile e troppo complesso è spiegare quanta passione, pazienza, frustrazione e difficoltà sono occorsi per arrivare a ciò che sono oggi e quanti altri passi e ostacoli ancora si frappongono tra me e il mio obiettivo: *arrivare ad essere una buona amazzone, compagna per i cavalli che già condividono con me la loro quotidianità e per quelli che incontrerò sulla mia strada*. E questo obiettivo si è amplificato e modificato entrando in contatto con la realtà dell'handicap, che mi ha fatta approdare all'IPSE, per condurmi oggi, come psicomotricista, al desiderio di essere sì una buona amazzone, ma anche compagna del percorso di cambiamento e miglioramento della qualità di vita per tutti coloro che hanno un handicap, sia questo fisico o mentale. L'incontro con il mondo dell'handicap avviene in occasione di un periodo di stage passato Roma (presso l'ONLUS L'Auriga), dove, chiamata in qualità di T.E.I., ho avuto l'opportunità di entrare in contatto con questa, per me, nuova realtà.

In seguito, nel mio percorso di formazione come tirocinante, ho avuto modo di operare come osservatrice e aiuto ed essendo cresciuta nell'ambiente equestre e avendo visto mio padre recuperare tanti cavalli *maltrattati* in vari modi e maniere, cavalli feriti nel corpo e nello spirito, durante i periodi esperienziali una domanda





mi è sorta spontanea:

Com'è possibile che la maggior parte dei cavalli che vedo lavorare in questi centri e che sono i compagni del lavoro terapeutico siano loro stessi da riabilitare?! Com'è possibile che due corpi, due anime ferite, possano riabilitarsi a vicenda?

Come amazzone ho visto cavalli "generosamente" regalati per l'ippoterapia/riabilitazione equestre. Ho potuto notare in più occasioni che questi cavalli arrivano con problematiche enormi, fisiche o psichiche; mi è capitato di trovare cavalli vecchi, stanchi e malati (dolori muscolari, zoppie, sofferenze psichiche). Ho visto questi cavalli accettare pesanti ore di terapia, condizioni di fatica e stress, e ho visto nei loro più o meno giovani compagni da riabilitare, un aumento del disagio e della sofferenza, invece di un miglioramento. Quindi, non più riabilitazione, né momenti di benessere e piacevolezza condivisi, ma una fusione nel dolore, dalla quale non era possibile trovare via d'uscita per entrambi i soggetti.

Torna sullo sfondo delle mie riflessioni l'immagine di Chirone, *il guaritore ferito*, e mi porta a pensare che, se in parte è vero che due anime ferite possono comprendere reciprocamente il senso di dolore e disagio che vivono e

divenire l'uno oggetto di consolazione per l'altro, è altrettanto vero che si rischia di attivare un *vortice doloroso*, dal quale nessuno dei due componenti del binomio può maturare un miglioramento. Durante l'attività di terapia il cavallo è co - protagonista, elemento fondante e fondamentale della terapia, è la **motivazione, origine del desiderio** del poter cavalcare, al di là dei limiti che l'handicap impone. Il desiderio (che è alla base dell'agire umano) induce il portatore di handicap ad affrontare questo tipo di terapia, perciò è indispensabile che il cavallo che sostiene, coadiuva e appoggia questo momento, sia in un perfetto equilibrio psico fisico. Dobbiamo sempre ricordare che, per quanto intelligenti, sensibili, disponibili, dolci e attenti, i cavalli con dolori, oltre a non poter produrre un effetto positivo, possono avere delle reazioni pericolose. Il cavallo, compagno storico dell'uomo, oggi è parte integrante dell'attività di riabilitazione, nel suo ruolo di **terapista a quattro gambe**, è colonna portante e supporto terapeutico indispensabile, e nessun cavallo, anziano o giovane, affetto da patologie di varia natura può essere portatore di benessere per un disabile affetto da qualsivoglia tipo di patologia. Una sofferenza fisica ha inevitabilmente un riflesso psicologico,

nell'uomo tanto quanto nel cavallo. E quindi un ulteriore passaggio logico si impone: perché il cavallo possa essere un *buon compagno* e *co-terapeuta* nell'attività riabilitativa non basta che sia *buono e/o abituato* a livello comportamentista all'attività di riabilitazione, è necessario che sia ben addestrato. Per *buon addestramento* intendo dire che tutte le figure (terapisti, psicomotricisti, operatori del settore) che si occupano di riabilitazione devono essere buoni cavalieri. Devono cioè essere in grado di gestire un cavallo da terra e montato, sapere come si lavora un cavallo alla corda e avere conoscenze adeguate rispetto all'animale e al mondo equestre, per poter dare risposte alle curiosità ed eventuali richieste dell'utente. Conoscenze queste che gli consentono prima di tutto di sapere se mantenere la completa gestione del cavallo o lasciare al cavaliere la conduzione dello stesso. Il cavallo entra in scena come co-protagonista di un processo terapeutico ed educativo. Nella riabilitazione equestre, il terapeuta, "sfruttando" le doti naturali del cavallo e la sua particolare predisposizione alla collaborazione può usufruire di vari elementi coadiuvanti.

Un buon cavallo da terapia è un patrimonio importante e, affinché il cavallo sia, e rimanga, sano e possa mantenere la propria integrità e proseguire la fondamentale attività di co-terapeuta diventa necessario l'intervento del terapeuta/cavaliere che si prenderà cura di montarlo prima dell'attività di terapia, in modo da renderlo sciolto nei movimenti, disponibile e sereno, preparando così una condizione favorevole e positiva di benessere di cui il disabile potrà disporre al momento della seduta. Questa coscienza del benessere del proprio compagno metterà anche il terapeuta nella condizione di lavorare più serenamente, in quanto consapevole che il cavallo sarà in grado di dimostrarsi compagno affidabile e disponibile nei confronti dell'attività di riabilitazione.

* Dott.ssa Gioia Mazzoleni, Tecnico di equimozione e isodinamica

L'alimento aproteico è sempre più buono

Ingredienti necessari: progresso tecnologico e collaborazione

di Alessandra D'Angelo*

Una delle principali azioni svolte dai reni è quella di filtrare il sangue eliminando composti non utili e conservando quelli ancora utilizzabili.

I soggetti affetti da IRC (insufficienza renale cronica) soffrono di una funzionalità limitata di tale capacità filtrante con rischio di accumulo dei composti di scarto.

Per tale ragione questi soggetti dovrebbero modificare il proprio regime alimentare riducendo innanzitutto l'intake proteico, per evitare che l'urea e altri metaboliti azotati si accumulino nell'organismo, e l'intake di alcuni sali minerali, quali sodio, potassio, fosforo. Dato che quasi tutti i cibi (pasta, pane, biscotti, carne, pesce, uova, latte) contengono una certa quantità di proteine, diventa molto difficile formulare una dieta che ne riduca l'apporto.

Per questo negli ultimi 40 anni è stata sviluppata sul mercato un'offerta di alimenti aproteici che permettono di sostituire quelli a base di cereali che sono ricchi di proteine non indispensabili per il nostro organismo, consentendo di mantenere il consumo di quelli contenenti proteine nobili (carne, pesce, uova, latte).

Oggi è disponibile un'ampia gamma di prodotti aproteici (pasta, pane e sostituti, farina, biscotti, merendine, soft drink, dessert) che possono essere acquistati in farmacia. I prodotti sono confezionati e presentati in modo da soddisfare le moderne esigenze dei consumatori: ci sono monoporzioni, prodotti ready to use e semilavorati per la lavorazione domestica.

Negli anni l'evoluzione delle tecnologie alimentari e la maggiore cono-

scenza di materie prime e processi hanno consentito un miglioramento significativo nel profilo organolettico di questi prodotti, che tuttavia rappresentano ancora una sfida importante, in quanto presentano difficoltà di preparazione intrinseche molto superiori ai prodotti tradizionali. Due esempi significativi in tal senso sono rappresentati dalla pasta e dal pane aproteici.

Secondo la Circolare 5 novembre 2009 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (G.U. 27 novembre 2009, n. 277), sono definiti APROTEICI i succedanei di alimenti di uso corrente con significativo tenore proteico di derivazione vegetale come pane, pasta, biscotti, prodotti da forno e simili, che presentano un tenore

proteico residuo non superiore all'1%. Sono definiti prodotti IPOPROTEICI i succedanei di alimenti con tenore proteico superiore all'1% ma non oltre il 2%. Questo stabilisce subito dei limiti fondamentali ai quali un produttore deve attenersi.

Le due tabelle riportano la composizione tipica di una pasta tradizionale e quella di una pasta aproteica. Possiamo osservare subito che la pasta tradizionale è prodotta con la sola semola, la farina che si ottiene macinando un chicco di grano duro, mentre per la pasta aproteica si utilizza come ingrediente principale l'amido (sfarinato al quale è stata tolta la parte proteica) a cui vanno aggiunti altri ingredienti, quali fibre, emulsionanti, aromi.

PRODOTTO CONVENZIONALE*	
INGREDIENTI: SEMOLA	
Composizione chimica tipica	valore per 100g
Proteine (g):	10,90
Carboidrati disponibili (g):	79,10
Fibra totale (g):	2,70
Potassio (mg):	192,00
Fosforo (mg):	189,00
Tirosina (mg):	310
Fenilalanina (mg):	542
Energia (kcal):	353,00

Banche dati Inran

PRODOTTO APROTEICO	
INGREDIENTI: AMIDI, FIBRE, EMULSIONANTI, AROMI	
Composizione chimica tipica	valore per 100g
Proteine (g):	< 0,6
Carboidrati disponibili (g):	85,00
Fibra totale (g):	2,70
Potassio (mg):	< 30,0
Fosforo (mg):	< 30,0
Tirosina (mg):	< 30,0
Fenilalanina (mg):	< 30,0
Energia (kcal):	344,00

Possiamo semplificare il processo produttivo di una pasta tradizionale come indicato nel diagramma di flusso sottostante. Durante la fase di impastamento, acqua e sforzo meccanico creano una struttura tridimensionale detta maglia glutinica, che è formata dall'unione delle proteine del frumento: gliadina + glutenina = glutine. Tale struttura conferisce alla pasta le caratteristiche di elasticità e resistenza alla cottura. L'assenza di glutine in una pasta aproteica si traduce in un prodotto organoletticamente inaccettabile, che non tiene la cottura e quasi si scioglie nell'acqua di cottura: i primi tentativi di produrle avvennero su linee tradizionali che si rivelarono inadatte a tale scopo.

L'innovazione tecnologica fu introdotta qualche decennio fa e consiste in un trattamento termico in fase di impastamento o di estrusione, che porti alla parziale gelatinizzazione dell'amido. Il processo di **gelatinizzazione** è un fenomeno fisico reso possibile dal riscaldamento in ambiente acquoso. In queste condizioni i granuli di amido, idratandosi progressivamente, si gonfiano e l'amido perde la sua struttura cristallina. Il risultato si traduce in una diminuzione dell'acqua libera con una viscosità più o meno consistente della sospensione. E' come se i granuli si fondessero tra loro, formando una struttura più elastica ed omogenea. L'aggiunta di emulsionanti (grassi) limita la dispersione dell'amido nell'acqua di cottura e facilita la formazione di un impasto più omogeneo e correttamente gelatinizzato.

Le soluzioni oggi maggiormente adottate sono due: il trattamento in fase di impastamento e quello in fase di estrusione. La pasta che se ne ottiene è in grado di tenere meglio la cottura rimanendo elastica e gradevole alla masticazione, molto simile a una pasta tradizionale.

Nel caso della pasta, quindi, una tecnologia specifica è stata alla base del miglioramento significativo del prodotto, portando alla comparsa di linee di pastificazione dedicate.

Il pane rappresenta ancora una sfida importante e, ancor più della pasta, ha richiesto la creazione di nuove conoscenze specifiche di tecnologia e



PANE TRADIZIONALE
INGREDIENTI MEDI
ACQUA
FARINA DI GRANO
GRASSI - OLII
SALE
LIEVITO DI BIRRA

PANE APROTEICO
INGREDIENTI MEDI
ACQUA
AMIDI
GRASSI - OLII
FIBRE
LIEVITO DI BIRRA

Impastamento	Formazione del reticolo del glutine ed imbrigliamento dell'aria e dei granuli di amido
Lievitazione	Formazione del gas da parte dei lieviti Sviluppo in volume grazie all'elasticità del glutine
Cottura	Espansione dei gas per aumento della temperatura Sviluppo in volume grazie all'elasticità del glutine Coagulazione del reticolo glutinico e stabilizzazione della struttura

soprattutto materie prime e formulazione.

Se osserviamo l'elenco ingredienti utilizzati per un pane confezionato tipo bauletto tradizionale ed uno aproteico, si nota come la differenza fondamentale sia nell'aggiunta di fibre (oltre ovviamente alla sostituzione della farina con amido.)

Nel pane tradizionale, durante l'im-

pastamento il glutine si dispone in modo tale da formare un reticolo che avvolge i granuli di amido. Nelle maglie di questo reticolo rimangono intrappolate bolle d'aria, che verranno alimentate con l'anidride carbonica prodotta in lievitazione.

Gli impasti aproteici privati del glutine sono mediamente molli, appiccicosi, non riescono a trattenere i gas

PASTA TRADIZIONALE

DOSAGGIO INGREDIENTI E ACQUA

IMPASTO

ESTRUSIONE

COTTURE

ESSICAZIONE

e crollano in cottura. Per modellare questa tipologia di impasto si utilizzano impianti dedicati, impegnando le aziende nello studio e nella ricerca di soluzioni tecnologiche adatte.

L'aggiunta di fibre, che imitano la struttura del glutine, è condizione necessaria per ottenere prodotti della panificazione. Alcune aiutano a rendere l'impasto più lavorabile, altre trattengono i gas prodotti in lievitazione oppure partecipano a mantenere la forma durante la cottura; sono anche fondamentali per trattenere l'acqua in modo da mantenere il prodotto più soffice nel tempo. L'aspetto più critico è trovare il giusto rapporto tra le diverse fibre.

Tanti studi e attività di ricerca sono ancora in corso per offrire prodotti sempre più appetibili. Il confronto costante con il mondo medico scientifico e con i consumatori rappresentano la guida per un piano di miglioramento continuo, nella consapevolezza che l'elevato livello di aderenza alla dieta è un aspetto fondamentale per preservare il più a lungo possibile la funzionalità renale nei soggetti affetti da IRC, rallentando evoluzione e complicanze della malattia.

* Dr.ssa Alessandra D'Angelo,
Customer manager Aproten,
Heinz Italia spa

Con Loris le tappe di una storia che ha nel momento del risveglio post-operatorio il tratto più emozionante

Le sfide vincenti di un giovane trapiantato renale

a cura di Gianni Toninato

Se ti siedi accanto a lui e lasci che si racconti, non ti succederà di staccare lo sguardo dai suoi occhi. Occhi che, come sensibilissima pellicola di film, imprigionano con assoluta nitidezza momenti, persone, ore di una vicenda troppo grande e troppo indecifrabile per chi dovrebbe vivere la fase più spensierata della vita. Perché Loris non aveva ancora vent'anni, quando ha cominciato a sentire termini medici assolutamente sconosciuti a un liceale, come lui, che pure aveva scelto la varietà espressiva del "Linguistico".

In una camerata predisposta per i giovani in attesa di essere dichiarati abili al servizio militare, in quel di Verona, egli non risulterà idoneo. Il medico militare, gli snocciola una diagnosi imprevedibile, anche se al momento sottovalutata: "Rilevante ematoproteinuria nelle urine". È l'inizio di un percorso che Loris non avrebbe mai immaginato così intricato, così prolungato da sconfinare a tratti in uno sconforto letale e, alla fine, in una distesa assoluta di tranquillità e di gioia di vivere.

No, non riesco a staccarmi un attimo dal clima, ora incupito dai referti di laboratorio medico che ne prospettano giorni e forse anni di tormentati soggiorni ospedalieri, ora illuminati da colloqui, da volti, da imprevedibili vicende che avranno l'epilogo decisivo in una sala operatoria della Clinica universitaria di Innsbruck.

Non mi soffermo qui a raccontare le singole tappe del suo decennale percorso che si è andato malinconicamente snodando, fin dalle prime

sedute dialitiche peritoneali, protrattesi per tre lunghi anni e poi rese insostenibili a causa di un peritoneo eccessivamente stressato. Il successivo trattamento emodialitico l'ha visto interagire, dal 2004 al 2007, con una macchina depuratrice del suo sangue. Vincolante la presenza trisettimanale nelle sale-dialisi dell'ospedale di Trento. Non basta. Arriva nel 2005 la delusione per un trapianto che pareva imminente e che poi si è dileguato come inghiottito da nebbia maligna a causa di complicanze intestinali. Come sottrarmi allo stupore che mi suscita il quadro clinico descritto nella cartella stilata il 16 febbraio 2007? Loris, il ventinovenne ragazzone di un metro e ottantasei, ben piantato, che avrebbe potuto ben figurare in una sfilata di aspiranti atleti, viene così declinato dalle apparecchiature dei laboratori medici: "Il paziente risulta affetto da:

- ipertensione arteriosa di grado II
- cardiopatia e retinopatia ipertensiva
- anemia iporigenerativa
- gastrite antrale
- cefalea ricorrente
- iperparatiroidismo secondario
- peritonite sclerosante in trattamento steroideo condizionante versamento ascitico ematico
- turbe del transito intestinale e sindrome da malassorbimento quale conseguenza di ripetuti episodi acuti da Staphylococcus epidermidis durante trattamento dialitico peritoneale.

È questo il Loris che si avvia all'appuntamento della vita. Perché, finalmen-

te, alle 21,52 del 5 dicembre 2007, un improvviso, insperato squillo di telefono gli conferma la disponibilità di un nuovo rene presso la Clinica Universitaria di Innsbruck.

Resto quasi senza respiro quando mi descrive i minuti del progressivo risveglio post-operatorio. Nelle sue parole c'è la soffusa delicatezza di un'atmosfera irreali, che mi entra nel cuore e mi proietta inevitabilmente accanto a lui, in quella stanza buia, con quella luce verde, tenue, ma costante, che preannuncia una nuova alba, una

l " bip " ora sembrano occupare volume nello spazio apparentemente infinito , come se accompagnassero per mano i battiti del mio cuore...

Apro gli occhi e mi accorgo che il disegno è completo.

L'oscurità di quello spazio ormai definito inizia ad accogliere una tenue luce verde... Dinanzi a me riesco a scorgere un candido lenzuolo che mi copre quasi per intero, leggermente macchiato dalla luce verde della quale solo ora, a stento, riesco a decifrare l'origine....



Squadra Nazionale Pallavolo Trapiantati

nuova nascita. Perché da quel momento Loris è diventato un altro. Ecco, parola per parola, cadenzate come i battiti del suo cuore, quello che ricorda, prima allo stato inconscio, poi in maniera sempre più nitida, nella sua anima di ragazzo rigenerato.

" I continui "bip " sembrano fluttuare nell'aria come corpi in assenza di gravità... Non sento nulla... non sento il mio corpo... Sono completamente sopraffatto da una sensazione di beatitudine... "Sarà questo il paradiso?", mi chiedo.

Invece no, piano piano qualcosa inizia a disegnarsi attorno a me ... Un leggero tremolio sfiora le mie palpebre che fanno da sipario verso una nuova vita... Bip ..bip... bip... bip...

Alla mia destra, come un angelo custode, prende forma una strana figura che continua ad accompagnarmi con i suoi " bip " e a scaldarmi con la sua intensa luce verde...

Sento un altro rumore: è sempre quella strana figura, quell'angelo che con i suoi tubicini sta soffiando aria dando voce ai miei polmoni...

Alla mia sinistra una parete, sulla quale scorrono i secondi, i minuti, le ore... un orologio che sembra non conoscere il tempo.... È il 6 dicembre 2007 e quell'orologio segna le 23.35....".

Oggi Loris vive un altro sogno. Quel risveglio è un'eco che si perpetua nella memoria solo per fargli meglio apprezzare il dono ricevuto. Ora le sue sfide si intrecciano in ambiti di

vita più consoni a un giovane che sa guardare avanti con straordinaria irruenza caratteriale. Non ci sono più, nelle sue giornate, tracce di malinconiche depressioni, e neppure accenni di diffidenza nelle prospettive future della sua salute e dell'impianto complessivo della sua vita. Oggi lavora presso un importante Istituto di ricerca trentino, ha ripreso gli studi ai quali si dedica nelle ore serali per conseguire entro l'estate il diploma di maturità e , ancor più sorprendente, dal settembre scorso è entrato a far parte della Squadra Nazionale di Pallavolo, nella quale militano trapiantati provenienti dalle regioni più disparate. Forse lo vedremo in TV la prossima estate, quando a Durban, splendida città del Sudafrica, si cimenterà con la sua squadra nei Campionati mondiale di Pallavolo.

Me ne parla con un pizzico di giustificato orgoglio. Mi fa capire che per lui non sarà solo un'occasione di rilancio psicologico e atletico; lo coglierà soprattutto come terreno fertile di amicizie profonde con quanti hanno sperimentato fasi di vita scolpite per sempre nel cuore. Con un'appendice emozionante di riconoscenza verso l'ignoto donatore , grazie al quale ogni giorno può iniziare una vita che sembrava essere sfuggita definitivamente di mano.

Grazie a quel dono, oggi può rispondere alle molteplici sfide con le quali si sta già cimentando e che mi riepiloga con disarmante serenità: conservare con accurata e vigile attenzione l'integrità della sua funzione renale; impegnarsi a fondo per completare il ciclo di studi, forzatamente abbandonato negli anni; dosare saggiamente le proprie energie tra studio e lavoro; dare spazio, nello sport, a quello slancio atletico accarezzato da tempo e per il quale la natura lo aveva generosamente dotato fin dalla nascita.

Loris è consapevole delle difficoltà che si frappongono per il raggiungimento di questi traguardi. Me lo dice quasi con riservato pudore. Per questo mi sento ancora più vicino e glielo ribadisco.

" Vai, Loris: La partita è aperta. La vita ti sta diplomando. Su tanti fronti. Auguri! "

Il racconto

Il nuotatore

di Anna Maria Ercilli

Il sentiero attorno al lago era molto frequentato la domenica di fine estate, un uomo correva solitario ansimando, giovani coppie passavano lente tenendosi per mano, tre amiche camminavano fermandosi ad ogni picco di discussione infervorate a parlare, mentre la disegnatrice cercava ispirazione sul bordo del lago, indecisa sul ramo da prendere a modello fra quelli che toccavano l'acqua. Un ragazzo correva nella sua stessa direzione, lo zaino rosso sulle spalle, poco dopo sentì il rumore di un corpo tuffato nell'acqua, seguito dal ritmo del nuoto.

La disegnatrice tracciava svelti segni di carboncino, uno dopo l'altro, riempiva di disegni una decina di fogli, la stessa prospettiva, il ramo di ontano sul filo del lago. Infervorata dalla sua stessa ripetitività, sbuffò sul ciuffo di capelli caduto sugli occhi, scostandolo, solo allora si accorse del sole ormai tramontato, del calare della luce e dello zaino rosso, rimasto sul bordo del lago, sotto la panchina. Lo zaino e le scarpe da ginnastica.

Oddio pensò, - e il ragazzo dov'è? La situazione la rendeva ansiosa, percorse il sentiero sino al biotopo e ritorno, senza trovare traccia del giovane, lo avrebbe riconosciuto di sicuro pensava, l'unico in costume da bagno a quell'ora. Coinvolse un ciclista nella sua ricerca, ma questo poco dopo la salutò, lasciandola alle sue elucubrazioni.

Aveva dimenticato il cellulare a casa, come fare? Entrò nella pizzeria all'entrata del parco chiedendo di telefonare, non aveva neppure il portafoglio, ma quelli erano impegnati dietro la cassa e la ignorarono. - Non metterò mai più piede in questo posto - disse fra sé, e uscì.

Si mosse decisa in cerca della caserma dei carabinieri, la trovò in mezzo al



paese, i militari erano di turno festivo. Finalmente al citofono una voce rassicurante parlava con lei, era in collegamento con la caserma della cittadina vicina. Poco dopo arrivava la macchina dei Carabinieri e assieme andarono all'imbocco del sentiero dei pescatori. Due militari si incamminarono, un altro rimase in macchina con la radio accesa.

La foschia saliva dal lago avvolgendo alberi e cose, diffondendo un disagio umido e penetrante, un brivido e subito dopo il ronzio della radio, l'avevano trovato.

Trovato ma come, vivo o annegato? Rimase in silenzio. Si avvicinavano del-

le ombre, due scure e dietro, camminava una figura alta e magra con un grande asciugamano color arancio sulle spalle.

- Eccolo sano e salvo - dissero.

- Meno male - disse la disegnatrice - e ora mi multate per aver dato l'allarme? Ma dov'eri ragazzo ti credevo annegato -

Sorrisi e rassicurazioni dai carabinieri; il ragazzo la guardò imbarazzato: "Grazie signora" e scappò via. Il gruppo si sciolse, lei rimase ancora un po' in macchina a pensare - che sia andato a fumarsi una canna? Ma no, sarà stato da una donna - si convinse, quella era la migliore assenza.

La sesta edizione di RenArt 2012

Tra scenari e percorsi astratti

di Aldo Nardi

Il 26 ottobre è stata inaugurata, presso le sale di Palazzo Thun a Trento, la sesta edizione della rassegna di pittura "RenArt" - Artisti per la donazione, organizzata dall'Associazione provinciale amici della nefrologia (APAN) con il patrocinio del Comune e della Provincia di Trento. Come già negli anni precedenti, anche per il 2012 lo scopo di

questa iniziativa - che ricopre anche una forte valenza culturale - rimane quello di sensibilizzare l'opinione pubblica del Trentino sulle patologie renali e sulle relative forme di prevenzione, a partire dai comportamenti virtuosi da adottare. Vale sottolineare come la sempre maggiore disponibilità del mondo artistico della nostra provincia, unitamente

a quello di altre regioni, abbia favorito il conseguimento di importanti obiettivi sul piano della solidarietà e su quello della comunicazione.

Gli artisti che espongono quest'anno sono Doris Cologna, Veronica de Giovanelli, Fabrizia Maines, Mauro Berlanda e Alessandro Goio, quest'ultimo anche nelle vesti di organizzatore della mostra insieme allo scrivente.



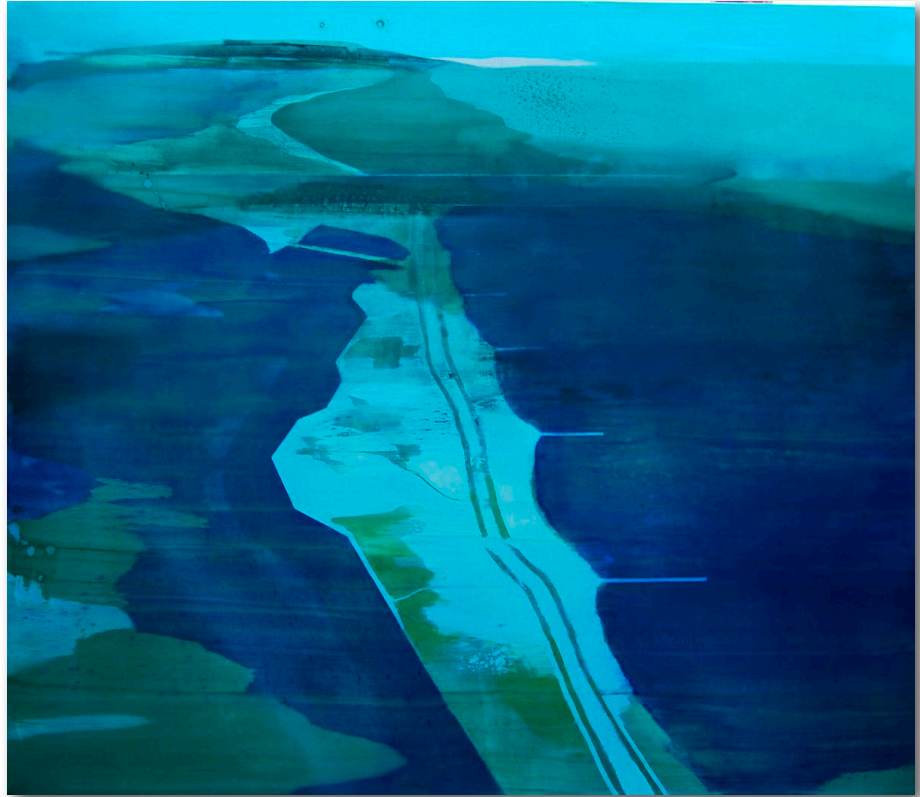
Doris Cologna

Con questa artista ci troviamo a vivere una vera e propria immersione naturale nelle sue forme più essenziali (alberi, rami, nuvole, ecc.). Alberi che non sono alberi (o, perlomeno, non solo alberi), ma elementi che tendono a diventare immagini primordiali, veri e propri archetipi attraverso i quali il soggetto mette in comunicazione l'inconscio individuale con quello collettivo. Con queste figure simboliche è possibile individuare in trasparenza una cosmogonia di emozioni che possono ridefinire, di volta in volta, i limiti della coscienza. E tutto questo rielaborando i vissuti con sempre nuove immagini dell'identità personale, contro i condizionamenti degli stereotipi, che, talvolta, si possono cogliere nell'espressione artistica.



Veronica de Giovanelli

Si tratta di una giovane pittrice trentina che dopo l'Istituto d'arte si è laureata all'Accademia di Belle arti di Venezia, dove vive e lavora. La sua è una pittura delle emozioni giocata sulle sfumature del blu. Una sorta di paesaggio incantato che si modifica frequentemente riuscendo a trattenere al suo interno gli aspetti più profondi di un mistero che sa di gelo e che tuttavia riesce a cogliere l'essenza cosmica di uno scenario che cambia continuamente. L'artista, così facendo, riesce a disegnare dei percorsi arditi che si perdono in uno spazio infinito e si condensano in cupe atmosfere nelle quali chi osserva si lascia dolcemente inghiottire.



Fabrizia Maines

Quella di Maines è una forma espressiva giocata essenzialmente sulla gestione dei colori e sulle tonalità che, nel costante mutamento, ridefiniscono la struttura delle cose e il loro carattere segnico. Il modo di procedere è liberatorio, una sorta di eterno divenire in cui il colore si materializza per dare corpo ad un nuovo ordine, una sorta di immagine purificata che si condensa nelle emozioni e nelle dimensioni più nascoste della psiche. Poiché, come ben ricordava Malevi, la realtà non si dà nella natura, ma nella sua superficie figurativa, la pittura è tale solo nel momento in cui le cose rappresentate perdono ogni natura reale come il peso, la mobilità, lo spazio e il tempo. L'armonia pura e distaccata da qualsiasi riproduzione, nella visione astratta del mondo di questa artista è armonizzata nei *patterns* cromatici che si mescolano in un susseguirsi di espressioni dirette a cogliere simboliche rappresentazioni della realtà che la sensibilità dell'artista modella attraverso forti cromie distribuite sulla tela con un gesto spontaneo, sulla scia dei grandi insegnamenti di Vedova, Scanavino e Parmeggiani, solo per citare alcuni dei massimi rappresentanti italiani dell'espressione astratta o dell'informale.



Mauro Berlanda

Mauro Berlanda, nativo di Merano ma residente a Ledro, già grafico pubblicitario alla Grundig italiana e realizzatore di plastigrafie per il settore turistico, si è dedicato, con la tecnica dell'acquerello, al fissaggio delle ombre e delle luci che caratterizzano gli ambienti montani, per poi passare ad una pittura acrilica nella quale è riuscito a trasferire nuove emozioni con rinnovata forza ed energia. L'esperienza accumulata come grafico e illustratore ha consentito a Mauro Berlanda di riproporre nella pittura un elemento strutturale come la montagna, un genere che, per Berlanda, non sembra avere segreti. E tuttavia, il genere scelto da questo artista, nel suo incedere espressivo tende a diventare una metafora figurale, un consolidato di forze e impenetrabilità, di sfide continue ed immaginazione. Attraverso tutto questo Berlanda percorre, con oculate sintesi geometriche progressive, un vissuto che favorisce il riconoscimento di un percorso dotato di senso. In tali "incurSIONI" l'artista sembra cogliere l'essenzialità dell'elemento indagato, attraverso elaborate intersezioni di piani che ci offrono una continua ridefinizione dell'oggetto: un oggetto che si trasforma continuamente rimanendo sempre lo stesso.

Alessandro Goio

Analizzando l'opera di Alessandro Goio ho più volte avuto modo di parlare di "astrazione nascosta" e di "combinazioni spaziali", volendo con ciò richiamare l'attenzione sull'impostazione di un vero e proprio *laboratorio del pensiero artistico* che, prima o poi, dovrà essere studiato più in profondità. Si tratta di un vero e proprio *topos* che non rischia di diventare stereotipo perché l'artista non interrompe mai la sua narrazione, ed anche il sogno, l'idea dell'esperienza vissuta vengono sondati da questo artista (e architetto) con grande cura, fino ad essere riproposti sotto forma di un'elegante "traccia", a suo modo necessaria per definire un mondo che richiede costantemente di essere ricostruito. Così facendo le proposte artistiche di Goio si traducono in una decisa combinazione di colore e spazializzazioni, dove la forma reale lascia gradualmente il posto alla forma vitale.



Il fascino del Madagascar

Un alfabeto di ricordi

di Serena Belli

Madagascar, la quarta isola più grande al mondo, interessante isolato genetico dove alcune specie animali e vegetali si sono evolute in maniera autonoma, dando origine a forme di vita che si trovano solo qui.

Mentre viaggiavamo in cinque su una comoda macchina, lungo strade malgascse per niente comode, pensavo a come raccontare la mia esperienza di viaggio, le mie emozioni; pensavo a come descrivere quella natura che mi circondava e quella gente che scorgevo dal finestrino e che, appena la macchina si fermava e noi si scendeva, si avvicinava sorridente e fiduciosa. L'idea di descrivere il Madagascar (MDG) in ordine alfabetico, mi è venuta tra la 750a e la 751a buca della strada che va da Tulear a Salary Bay. Forse l'idea non è particolarmente originale, ma mi è sembrato che solo mettendo i ricordi in ordine (alfabetico) sarei riuscita a mettere tutto sulla carta, senza grossi ammanchi dalla cassa delle emozioni.

Antananarivo: capitale del MDG, piena di rumori, odori, gente, mercati, contrasti. La periferia è caratterizzata da casupole precarie, disposte lungo la strada, piene di gente indaffarata, povertà e miseria: manca tutto. Verso il centro le case migliorano, c'è anche qualche albergo internazionale ed alcuni bei palazzi, sedi governative. Nella vecchia stazione dei treni, che hanno smesso di viaggiare quasi del tutto, è stato ricavato un bel ristorante. Dice la guida: la gente malgascia vive per lo più alla giornata, affronta i problemi del mangiare, del coprirsi e dello scaldarsi, giorno per giorno. Questa mentalità aumenta le difficoltà di chi vive in città, rispetto a quanti vivono in campagna e nei paesini, dove è possibile per lo meno coltivare un po' di riso e raccogliere la legna per il fuoco.

Bambini: tanti, scalzi, poveri. Iniziano a lavorare a 5-6 anni, aiutando i genitori (le mamme) nei campi, badando ai fratellini, portando a vendere il carbone di legna o la verdura prodotta in piccole radure. Collaborano alla costruzione dei mattoni, che poi spostano caricandosi in testa, un peso che fa male al cuore. Nessun lavoro viene risparmiato ai bambini. Li ho visti anche giocare, i più grandi con i più piccoli sulle spalle, nei pressi di una specie di fonderia all'aperto, scalzi, vicino a crogiuoli a 3.000 gradi di temperatura. Dice la guida: sanno che se non lavorano, non mangiano. Semplice, no?

Cibo: abbiamo mangiato cibo buono, talvolta elaborato con presentazioni fantasiose. Si sente l'influsso della Francia di cui il Madagascar è stato colonia francese fino al 1960. Lo zebu e l'anatra li abbiamo mangiati cucinati in molti modi. C'è una zona dove viene prodotto il paté di fegato d'oca, che non ha nulla da invidiare al suo corrispettivo francese. Buonissime zuppe di verdura ci hanno scaldato quando abbiamo soggiornato nei lodge all'interno dei parchi, dove piove tantissimo e la temperatura, in certi periodi dell'anno, è piuttosto bassa.

Divisa scolastica: vediamo anche molti gruppi di bambini in divisa sco-



lastica: camicetta gialla e pantaloncini o gonnellina neri. Il sistema scolastico è così fatto: la scuola pubblica non funziona. La scuola privata è solo per i più ricchi, anzi: per i meno poveri.

Eleganza: quella delle donne e delle bambine, che camminano flessuose e diritte con grossi carichi appoggiati in testa, apparentemente senza fatica. Dal mio diario: vediamo una bambina piccolissima vestita di rosa, con una cesta di paglia sulla testa, il tutto supera di poco il metro di altezza.

Festa: il 25 giugno in MDG è festa nazionale. I bambini, alla sera, accendono dei lumini di carta, ultimamente rimpiazzati da strani aggeggi cinesi di minor costo, e si divertono così. Anche noi siamo andati nella piazza del paese dove ci trovavamo, e io ho ballato con gruppi di bambini, che sembravano felicissimi della novità: una vecchia *vahaza* (signora bianca), che si sbracciava, senza un minimo di vergogna, sentimento sopraggiunto immediatamente quando ho visto le foto.

Guida Gianina: brava e minuscola donna, che ci ha accompagnato durante tutto il viaggio con competenza e pazienza, rispondendo a tutte le nostre domande.

Hotel: anzi hotely, sono delle trattorie frequentate per lo più dai soli malgasci. Ne abbiamo visti alcuni, lungo le strade, ma la nostra guida ci ha sempre portati a mangiare altrove.

Ian Malcom: autore del libro di racconti *Madagascar*, che abbiamo letto a turno durante il viaggio e nel quale abbiamo trovato un po' tutto quello che stavamo visitando ed imparando, comprese *fady* (tradizioni legate alla superstizione) e *famadihana* (la seconda sepoltura di un morto, che viene effettuata con gran dispendio di energia e soldi). Da leggere per viaggiare con la mente.

Lemuri: ne esistono numerosissime specie ma noi, dal nostro punto di vista, che non è quello degli zoologi, ne abbiamo visti di due tipi. Il primo tipo, presente allo stato brado in un parco privato, è un po' addomesticato per cui, all'arrivo dei turisti si avvicina, ti sale su una spalla, quando non in testa. Pelo soffice, zampe gommose, occhi a palla, umano ed impressio-



nante (vedere la mia espressione di beatitudine, nella foto). Il secondo tipo, modello torcicollo, lo abbiamo visto da lontano e con una certa difficoltà, in tutti gli altri parchi, stando in religioso silenzio, per non farlo scappare. Zoomate estreme per coglierne l'espressione, torsione innaturale dei nostri colli per lunghi minuti, da qui il nome della specie, che ho coniato personalmente.

Madagascar: nome dell'isola e di una pianta presente ovunque, la *euphorbia pulcherrima* - per noi Stella di Natale- la cui foglia piegata a metà assomiglia ai contorni del MDG.

Nicosia Guido: altro autore che ha scritto sul MDG. Da leggere la trilogia: *Madagascar adieu, I gatti dell'ambasciatore, Piccole ambasciate*. Nicosia conosce molto bene la situazione del MDG, perché vi ha soggiornato come addetto all'ambasciata. Il racconto delle condizioni di vita del malgasci, della loro povertà, delle loro tradizioni, usi e costumi e delle loro contraddizio-

ni, è estremamente realistico, e corrisponde alla situazione che abbiamo trovato durante il nostro viaggio.

Orfanatrofio: il percorso che avevamo scelto per visitare l'isola, comprendeva anche la visita ad un orfanatrofio, intitolato a san Giovanni Bosco. Dopo aver visto le condizioni di vita della popolazione, ci siamo avvicinati con disagio e preoccupazione. In realtà abbiamo visto un gruppo di grandi case, ariose, pulite e luminose, che contenevano circa 300 bambini, apparentemente contenti di trovarsi lì. Una bella cucina con una cuoca cantarina, bei lettini (un po' fitti), allineanti, ognuno con un giocattolo, bagni puliti ed in ordine. Stanze spartane per i visitatori e volontari, che arrivano un po' da tutto il mondo, per dare una mano. Siamo ripartiti con il cuore rasserenato, ed i vestiti pieni di "moccoli", come da noi non usano più.

Piante: felce arborea, antichissima pianta presente in ogni parco del MDG che si rispetti. Si tratta della

prima pianta terrestre che è riuscita a svilupparsi in altezza, per la presenza di un sistema di trasporto della linfa. Ma anche baobab, curioso albero che sembra piantato all'incontrario, con le radici rivolte in su, verso il cielo. Alcuni esemplari sono veri monumenti vegetali, enormi e vetusti. Delle otto specie esistenti, ben sei sono endemiche del MDG. Il baobab è un vero serbatoio di acqua, tanto che alcuni anni fa, in occasione di una grave siccità, ne sono stati distrutti migliaia di esemplari, con lo scopo di ricavarne l'acqua per dissetare gli zebu.

Quindici giorni: la durata del nostro viaggio (difficile trovare una cosa malgascia che inizi con la lettera q).

Ranomafana: uno dei parchi che abbiamo visitato. Partenza all'alba e lunga camminata sotto la pioggia, ecco perché si dice foresta pluviale. Spesso l'argilla ci fa scivolare, ma lo spettacolo è maestoso., la vegetazione uber-tosa (è tanto che volevo usare questo termine, e qui rende proprio l'idea).

Qualche ponte sospeso e qualche orchidea (non è la stagione, comunque), camaleonti, ranocchie, termitai e formicai. Tutto un brulicare di vita. E poi felci arboree e ancora lemuri.

Spezie: vaniglia, zenzero, cannella, chiodi di garofano, noce moscata. Tutte prodotte in questa isola ed utilizzate per insaporire il cibo. E il rum! Ce ne siamo portate a casa un po' ma, chissà perché, a casa sembrano diverse.

Taxi-be o taxi-brousse: i trasporti pubblici tra città e città in MDG sono quasi inesistenti, sostituiti da vecchie Peugeot familiari, o auto simili, chiamate taxi-be, o da ancor più vecchi fuoristrada, chiamati tax-brusse. Nelle città, invece, si utilizzano i *pousse-pousse*, risciò con alte ruote gommate, molto pesanti e con lunghe stanghe, trainati da un uomo. Raramente il conducente è anche il padrone del risciò. Spesso sono i cinesi ad essere proprietari di un certo numero di mezzi e sfruttano i malgasci alle loro



La pianta detta Madagascar (*euphorbia pulcherrima*)

dipendenze.

Umidità: ne abbiamo già parlato, ma voglio qui ricordare la sera che con un piccolo phon ho dovuto asciugare maglioni, scarpe, calzettoni, pantaloni, sciarpe, scarpe e cappello, dato che il cambio di vestiti era nelle valigie perdute. E anche la giacca impermeabile.

Valigie: come quelle perse e poi ritrovate... una settimana dopo il ritorno a casa. Inconvenienti di viaggio che dovrebbero insegnarci ad organizzare meglio il bagaglio a mano. Purtroppo è noto che non sempre l'esperienza insegna e la memoria è fallace. Ricapiterà.

Zebu: animale quasi sacro, la cui carne viene consumata comunque da turisti e popolazione locale. La carne è saporita e magrissima infatti, per mantenerla magra, le mandrie vengono spostate a piedi, da nord a sud, da est ad ovest, attraverso tutto il territorio. Dal mio diario: ci sono delle mucche magre, con la gobba e lunghe corna: gli zebu, ma quanti sono!

Voglia di leggere

La tragedia della guerra in una

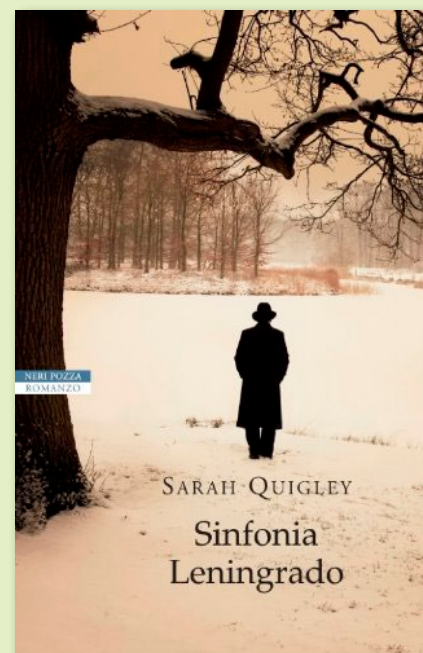
di Lonely Bear

Ci si può "innamorare" di un libro fin dalle prime pagine? Di un libro che, mentre ne divori avidamente le pagine, continua a trasmetterti sensazioni intense che ti impediscono di smetterne la lettura, cercando sempre di continuare, anche quando gli occhi ti fanno male? Non sono molti i libri che mi hanno dato queste profonde emozioni, ricordo **Everyman** di Roth, *La ragazza cattiva* di Vargas Llosa, *Shantaram* di Roberts Gregory e pochi altri. La lettura di *Sinfonia di Leningrado* prima opera di Sarah Quigley pubblicata in Italia, mi ha regalato emozioni intense, facendomi sentire parte di un momento drammatico della storia mondiale: la battaglia di Leningrado. Il 30 agosto 1941, quando le forze armate tedesche raggiunsero il fiume Neva, cessò ogni collegamento ferroviario

con Leningrado: era iniziato l'assedio della città, che sarebbe terminato ben 900 giorni dopo, il 18 gennaio 1944.

Leningrado, la splendida finestra della Russia sull'Occidente voluta dallo zar Pietro il Grande, stritolata nella morsa del gelo, sotto i fuochi incrociati dei bombardieri tedeschi e della contraerea sovietica, messa in ginocchio e ridotta al cannibalismo dalla fame, è lo sfondo di *Sinfonia Leningrado* della scrittrice neozelandese.

Così come *La ragazza dall'orecchino di perla* di Tracy Chevalier o *La vita moderna* di Susan Vreeland appartengono al genere della *painting fiction* - romanzi che parlano di pittori e che dipingono i loro quadri con le parole -, *Sinfonia Leningrado* potrebbe essere definito *musical fiction*. Si tratta infatti di un romanzo che risuo-



na di musica, della musica di Dmitrij Šostakovič, che rifiutò di lasciare la sua città perché non sarebbe riuscito a comporre altrove, perché gli sarebbe stato impossibile completare la grandiosa sinfonia della guerra che rimbombava nella sua mente, se si fosse allontanato da Leningrado, lì dove le sirene suonavano più volte al giorno e si udiva un continuo sordo cannoneggiare e il fragore delle esplosioni. La sinfonia, ideata dal figlio più celebre di Leningrado, con la potenza della sua melodia rappresenta da sempre un inno non solo contro il tiranno nazista, ma contro qualsiasi forma di totalitarismo, che rappresenta il Male Assoluto. Questo romanzo, in un crescendo musicale, è il racconto di quello che avvenne nei lunghi giorni dell'assedio nazista, mentre si preparavano barricate e si assisteva



sinfonia

ad episodi odiosi di cannibalismo. Ma non dobbiamo cercare in questo romanzo una descrizione dell'assedio, altri romanzi ne hanno già pienamente raccontato (*Le benevole* di Jonathan Littell, *Vita e destino* di Vasilij Grossman). In *Sinfonia Leningrado* la guerra è solo uno scorrere di immagini sul libro della storia, Storia fatta dalle persone, dai loro sacrifici, dalle loro attese e speranze, dalle loro piccole individualità, da molti piccoli insignificanti uomini che messi uno vicino all'altro fanno grande un momento storico. La volontà di eseguire la sinfonia, per ridare morale a una città e a un popolo durante un lungo, interminabile, orrendo assedio è il tratto dominante di questo romanzo: la storia di un evento apparentemente piccolo, la messa in onda di una sinfonia, dentro un grande evento, i tre anni dell'assedio.

Dmitrij Šostakovič è il protagonista di *Sinfonia Leningrado*, con il suo genio umorale, la sua distrazione, le sue mancanze come marito e come padre. Lui e la sua musica, che è anche il suo mondo, in una sorta di mono-ossessione che gli fa trascurare il pericolo e dimenticare che la sua priorità dovrebbe essere quella di mettere in salvo la moglie e i bambini. Sempre in ascolto, invece, delle note che si rincorrono nella sua testa. E tuttavia accanto a lui ci sono altri due personaggi altrettanto importanti, anche se non famosi: Karl Eliasberg, direttore dell'orchestra della radio e Nikolaj Nikolaev, violinista e insegnante di musica, non per nulla il titolo originale del libro è *The*

Conductor. L'assedio di Leningrado offre a Karl Eliasberg, leggermente balbuziente, complessato per essere figlio di un ciabattino, oppresso da una madre ammalata e consapevole dei suoi limiti, la possibilità di trasformarsi. Eliasberg, il direttore d'orchestra sempre messo in secondo piano dal grande Mravinskij, il direttore della Filarmonica mandato al sicuro nella tranquilla Siberia, diventa l'uomo che, pur restando seduto perché allo stremo delle forze a causa della denutrizione, riesce a dirigere un'orchestra raffazzonata in cui suonatori dilettanti sostituiscono i musicisti morti in guerra, o di fame o di malattie. Karl Eliasberg diventa il simbolo di Leningrado e di tutta la Russia, della volontà accanita di resistere e di non darsi per vinti, proprio come la Settima Sinfonia di Šostakovič, che fa risuonare in tutto il mondo l'angoscia della guerra e del sentirsi braccati. Ne è ben consapevole il governo che concede qualche razione di pane in più ai musicisti, che a mala pena hanno la forza di dar fiato agli strumenti o di pizzicare le corde con le dita congelate.

Nikolaj Nikolaev, infine, rappresenta il dramma privato degli assediati, divisi tra la lealtà alla città, che non deve essere abbandonata se si vuole sperare di salvarla, e quella alla famiglia che sarebbe meglio allontanare da Leningrado. Quando Nikolaj mette la figlia sul treno dei bambini che vengono evacuati, il suo cuore è straziato. Quando impedisce alla cognata di barattare il prezioso violoncello della bambina per un scatoletta di conser-

va, gli sembra di salvare la vita stessa della sua bambina, di cui non ha più saputo nulla. Salvano la dignità dell'essere uomini, Nikolaj e Eliasberg che non si abbassano e non si lasciano piegare. Sono tra quelle rare persone che, pur in tremende difficoltà, non dimenticano che c'è una scintilla che non bisogna lasciar spegnere. E allora, in questo bellissimo romanzo di guerra e d'amore, di bombe e di musica, sono loro che grandeggiano, più ancora dell'immortale Šostakovic.



Sarah Quigley è nata in Nuova Zelanda nel 1967. Si è laureata in letteratura inglese al St. Hilda College di Oxford. Autrice di numerosi romanzi, è una delle voci più importanti della letteratura neozelandese contemporanea. **Sinfonia Leningrado** ha dominato le classifiche dei libri più venduti in Nuova Zelanda e si appresta ora a essere pubblicato in numerosi paesi.

Micologia che passione!

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

Funghi tossici mortali

Quest'anno, dopo i recenti episodi mortali segnalati dalla stampa a causa di ingestione di funghi, abbiamo pensato di riprendere in esame quelli che ingeriti possono (anche se cotti) provocare la morte, vale a dire tutti quei funghi che contengono amanitine.

Tra costoro la più nota ed ingerita è l'**amanita falloide**. (vedi Foto1)

Molto diffusa in tutta Italia, quest'anno la produzione è stata abbondante. Caratterizzata da cappello, lamelle, gambo, anello, volva (vedi schema Fig. 2)

Cappello: emisferico, brillante per delle fibrille innate, di colore variabile dal verde olivastro fino al biancastro.

Lamelle: bianche e fitte, anche con riflessi giallo-verdini o rosa.

Gambo: ingrossato alla base, bulboso, con anello non sempre evidente e con una **volva** che circonda il bulbo senza essere attaccata, ma sempre presente (se il fungo è stato raccolto interamente).

Anello: a gonellino bianco con sfumature che richiamano le tinte del cappello, carne bianca, poco consistente, di odore sgradevole come di carne avariata.

Habitat: sotto aghifoglie, ma soprattutto latifoglie, querce e castagni, estate-autunno.

NOTE: possibilità di confusione con russule di colorito variabile dal verde oliva ad olivastro dalle quali si differenzia tuttavia per la presenza di anello, volva e bulbo, mai presente nel genere russula.



Foto 1: amanita falloide

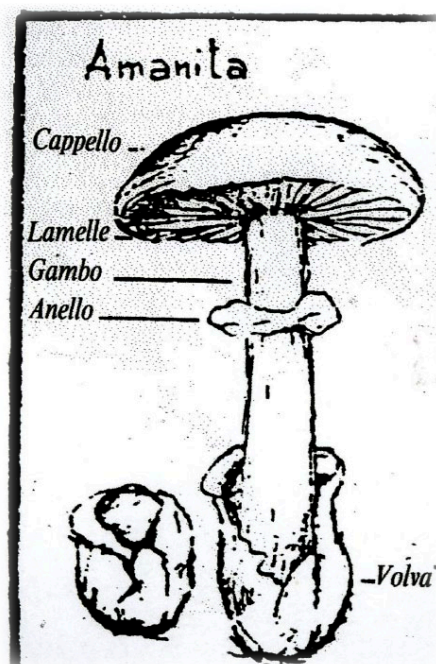


Fig. 1: Schema di amanita

* 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.



Foto 2: *Russula virescens*



Foto 3: Gruppo di *amanita falloide*



Foto 4: Gruppo di *amanita falloide* nelle varie fasi di sviluppo

Queste foto vi danno l'idea delle possibilità di errori nel raccogliere i funghi commestibili che invece potrebbero essere mortali. *Queste raccomandazioni sono state caldegiate anche dal Ministero della salute.*

Vi invitiamo quindi, a fare controllare comunque da personale qualificato addetto alla vigilanza dei funghi i vostri raccolti.

Alcune influenze architettoniche dell'arte gotica

di Claudio Fagnani*

L'arte gotica si sviluppa attorno alla seconda metà del XIII fino al XIV secolo, nel nord Europa. Il termine - gotico - come più volte è accaduto nella storia dell'arte, nacque successivamente, nel 1500, con accezione spregiativa in quanto indicava un mondo nordico (rifacendosi alle sue origini), quasi barbaro e che aveva poco da condividere con le forme proprie dell'arte greco-romana. In Italia infatti non veniva apprezzato l'accentuato sviluppo verticale degli edifici (soprattutto chiese ma anche strutture come palazzi comunali o privati) d'Oltralpe. Gli edifici gotici italiani infatti appaiono molto meno sviluppati verso l'alto, rispetto a quelli dell'Europa centrale e settentrionale. La pittura è ricca di tematiche religiose, come quella bizantina, ma le incornicia in elementi architettonici dell'epoca, come archi ogivali, che danno una certa solennità alla composizione.

I soggetti hanno forme e atteggiamenti più reali e meno rigidi rispetto a quelli più *lignosi* e dai contorni spigolosi dell'arte bizantina. Le influenze bizantine, che comunque restano, vengono reinterpretate con linee più ondulate, con colori più vivaci e la resa della luce dà vitalità agli spazi.

Elemento caratteristico della pittura gotica italiana è la pittura su tavola lignea, ove l'opera viene incorniciata o suddivisa da elementi architettonici lignei, come colonne e archi ogivali (la cui sommità termina con la classica punta). Tali elementi possono essere dipinti o scolpiti in rilievo. La tavola ricalca talvolta l'immagine delle facciate delle chiese dell'epoca, con finestre al cui interno compaiono, appunto, le pitture.

Tema principale è quello religioso con le Madonne, i santi e gli angeli. A seconda che la pittura sia divisa in tre o più parti dagli elementi lignei di cui

si parlava, prende il nome di trittico o polittico.

Giotto modifica il concetto di pittura rispetto al passato: prima del 1200 l'uso delle immagini era importante, per arrivare alle masse analfabete, per far capire ciò di cui si parlava, senza l'uso della scrittura, a loro incomprendibile. Giotto dà a ciò che dipinge un significato ed un valore indipendente. Egli abbandona lo sfondo d'oro tipico dell'epoca bizantina, priva di profondità, che viene da lui resa con l'aggiunta di elementi architettonici come edifici recanti le caratteristiche dell'architettura gotica, elimina la linea scura che delimita le forme, tipica anch'essa del mondo bizantino.

L'architettura gotica italiana risulta più contenuta rispetto a quella nord europea, pur avendo eccellenti esempi come a Firenze, Siena ed altre città toscane ed italiane, la pittura ha invece numerosi nomi di spicco.

Oltralpe si ha la nascita delle celebri vetrate istoriate, presenti nelle finestre ogivali di molte cattedrali, che inondano gli interni di luce, spesso scura, di tonalità di blu e viola. Vengono definite "istoriate" perché raccontano episodi tratti dalla vita di santi o di argomenti religiosi.

La vetrata aveva una storia di produzione minuziosa ed elaborata: si partiva da un disegno a grandezza naturale, effettuato su un cartone, si procedeva poi ad assemblare lastre di vetro di dimensioni piuttosto ridotte. Punte di ferro incandescente sagomavano le lastre stesse, che erano in grado di dare effetti di grande varietà di colore, grazie alla sovrapposizione di vetri di colore diverso. Era una vera e propria pittura su vetro, che veniva infatti colorato con polveri vitree, coloranti e ossidi.

Oltre a Giotto, celebri pittori sono Pietro e Ambrogio Lorenzetti, Cimabue, Duccio di Buoninsegna. Quest'ultimo adotta soluzioni pitto-



riche di notevole raffinatezza, con figure dotate di grazia e accuratezza. Simone Martini ed i fratelli Lorenzetti arricchiscono le loro immagini con decorazioni pregevoli. Elementi decorativi naturalistici, realizzati con precisione minuziosa, arricchiscono le scene sacre, i cui protagonisti appaiono vestiti con abiti dell'epoca. La Madonna appare riverita da angeli inginocchiati come se fossero paggetti, che rendono omaggio ad una dama. La passione per gli elementi naturalistici è dovuta all'influenza francese ed alle sue miniature (piccole composizioni ricche di particolari ed elementi ornamentali), portata in Italia proprio dagli artisti italiani, che si recavano Oltralpe per lavoro.

Cenni di Pepo o Cimabue è il capostipite della scuola fiorentina. Egli dipinse la Chiesa Superiore di Assisi. La Crocifissione ha una drammaticità notevole, resa con l'annerimento delle parti luminose, mentre i vestiti del Cristo appaiono scossi dal vento. Questo non è l'unico elemento di movimento dell'opera: i seguaci presenti nella parte bassa, con le braccia protese in alto, e gli angeli che lo circondano danno un senso di animazione.

Abbiamo precedentemente accennato all'architettura del periodo gotico: il prototipo della facciata della cattedrale franco-tedesca prevede un corpo centrale più basso, delimitato da due torri campanarie (esempio la cattedrale di Notre Dame, Parigi). Se precedentemente era lo spazio pieno a dominare su quello vuoto, ora c'è proprio un'inversione di tendenza. Gli interni sono grandiosi, spazi ampi in cui il rapporto tra larghezza e altezza viene ribaltato in favore di quest'ultima.

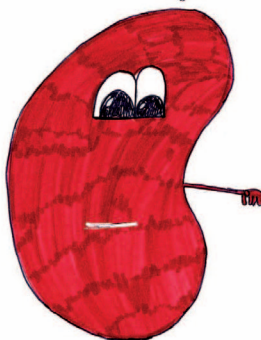
Le cattedrali e abbazie gotiche hanno solitamente tre navate, molto più raramente cinque, in entrambi i casi quelle laterali hanno minore altezza di quella centrale. La cattedrale di Beauvais misura ad esempio quasi 50 metri di altezza, Notre Dame circa 33. Elemento chiave, che rende possibile la realizzazione di queste cattedrali dall'altezza strabiliante è l'arco a sesto acuto, formato da due archi che si incontrano, provenendo da due centri diversi e in grado di scaricare il peso della costruzione non più sulle pareti ma su pilastri posizionati all'interno e sulle fasce perimetrali. Tali archi, detti rampanti, si prolungano esternamente con strutture murarie dette contraforti. Tutti questi elementi permisero lo sviluppo verticale degli edifici, senza pregiudicarne stabilità e sicurezza. Importante è anche la presenza del pinnacolo, elemento piramidale posizionato nel punto dove gli archi scaricano il peso, stabilizzando la struttura. Questo permise la sostituzione dei muri pieni con finestre che portavano luce all'interno, finestre ove si nota la presenza di vetrate, di cui abbiamo già parlato.

La strabiliante armonia delle forme geometriche architettoniche è sicuramente non casuale e si propone di tradurre in pratica quella visione di arte intesa come scienza che si basa sulle armonie geometriche, partendo dall'idea che i rapporti geometrici, ritenuti di origine divina, regolano il cosmo. Quello che più stupisce dell'architettura gotica è la meravigliosa varietà di risultati raggiunti, nonostante la relativa limitatezza dei mezzi e tecniche costruttive disponibili.

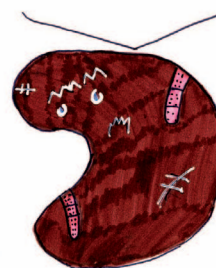
* Volontario di reparto A.P.A.N.

I RENI SONO I nostri MIGLIORI AMICI

PERCHÈ L'AVETE
FATTO AMMALARE



FUMO
ALIMENTAZIONE
SCORRETTA
PESO ECCESSIVO
SEDENTARIETÀ
COLESTEROLO
PRESSIONE
DIABETE
ABUSO DI FARMACI

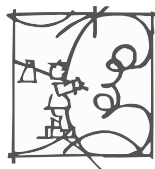


PREVENZIONE

ALCUNE STRATEGIE PER DIFENDERE I NOSTRI RENI

1. Curare le malattie che possono indurre un danno renale: ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, diabete ed obesità.
2. Abolire il fumo.
3. Corretta alimentazione.
4. Evitare eccessi di peso corporeo.
5. Combattere la sedentarietà.
6. Tenere sotto controllo colesterolo e trigliceridi.
7. Controllare periodicamente la pressione arteriosa.
8. In presenza di diabete mantenere la glicemia e l'emoglobina glicata a livelli normali.
9. Non abusare di farmaci potenzialmente nefrotossici senza il controllo medico.
10. Eseguire il controllo dell'urina una volta all'anno.
11. Se l'esame delle urine è patologico bisogna dosare la creatinina nel sangue.

A.P.A.N.



Sede:
Via Sighele, 5
38122 TRENTO
Tel. e Fax 0461.914206
E-mail apan.tn@alice.it
C.F. 96006150229

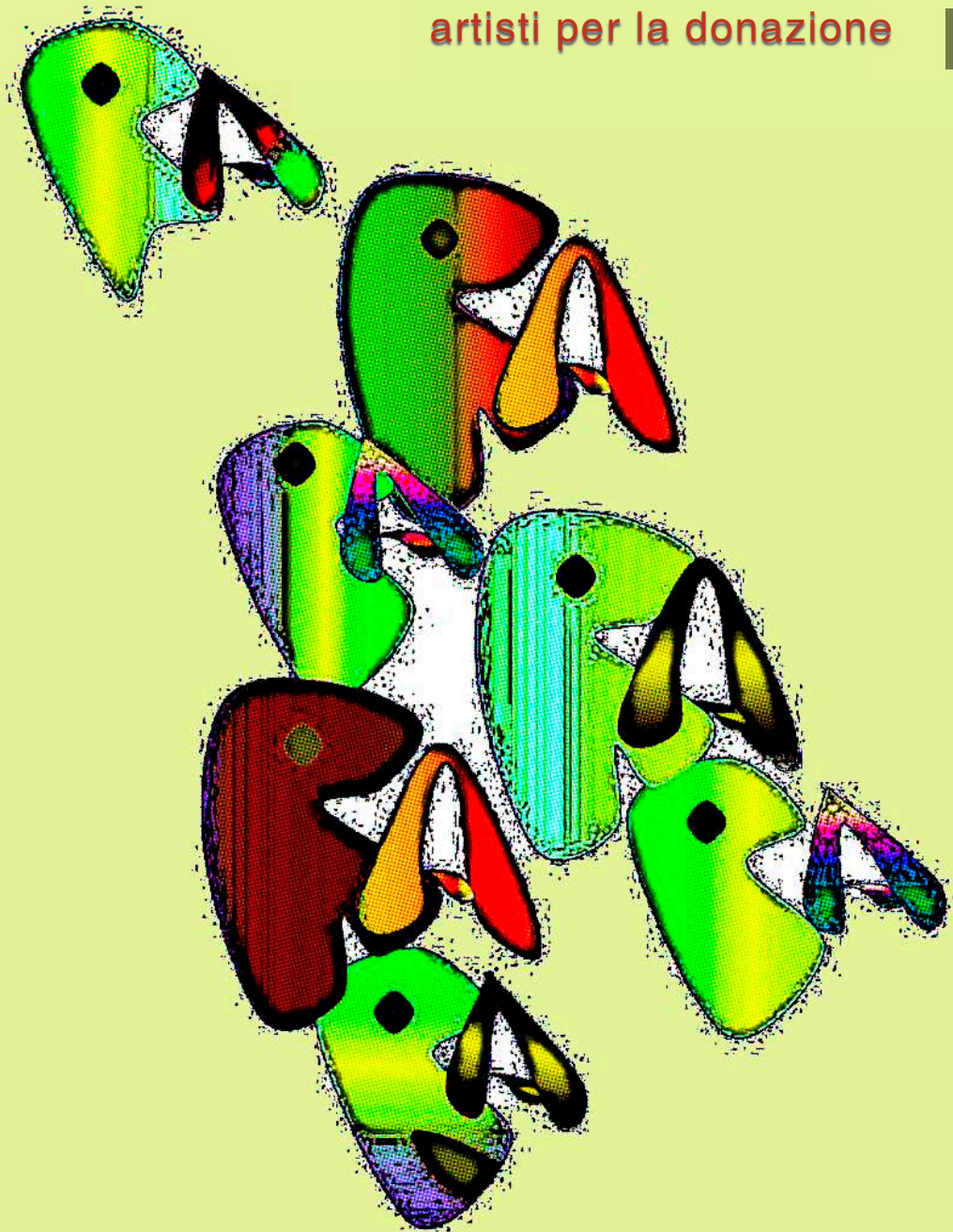
DISEGNI DI:

Nicola Magnanotti Parizza II E
Davide D'Onofrio Die Med II A
Scuola secondaria di I° grado
dell'Argentario Capnata

 Cassa Rurale
Aldeno e Cadine

RenArt₂₀₁₂

artisti per la donazione



berlanda-cologna-de giovanelli-goio-maines

Sala Thun – Trento - Via Belenzani, 3

Venerdì 26 ottobre 2012 ore 18.00

fino al 4 novembre con orario 10/12 - 17/19

mostra proposta da



Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia - Dializzati e Trapiantati

patrocinata da:



COMUNE DI TRENTO



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO