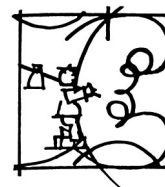


# R&S



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

RENE&SALUTE

**ANNO XXVIII - DICEMBRE 2013 - N. 3/4** 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



- ▶ **LA GRAVIDANZA DOPO TRAPIANTO DI RENE**
- ▶ **LA SCELTA DI JOLIE**
- ▶ **SOFIA E LE STAMINALI**
- ▶ **UN SOSTEGNO AL REPARTO DI NEFROLOGIA**
- ▶ **LE GLOMERULONEFRITI**
- ▶ **LA XEROSTOMIA**
- ▶ **AFORISMI**
- ▶ **QUANDO IL NEFROLOGO SI OCCUPA DI PANCIONI**
- ▶ **L'OSTEOPOROSI**
- ▶ **TRATTAMENTO DIETETICO NUTRIZIONALE**
- ▶ **INSUFFICIENZA RENALE IN DIALISI PERITONEALE**
- ▶ **DIVAGAZIONI ETIMOLOGICHE SUL RENE**
- ▶ **NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE**
- ▶ **TRA GEOMETRISMI E INVENZIONI DI COLORE**
- ▶ **L'ESPERIENZA DELLA NAZIONALE DI VOLLEY**
- ▶ **LA CINTURA**
- ▶ **LA MIA AFRICA**
- ▶ **LE TENTAZIONI DI FILIPPI&GARDUMI**
- ▶ **AFFASCINANTI AZZORRE**
- ▶ **VIAGGIO IN PUGLIA**
- ▶ **VOGLIA DI LEGGERE**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**



# sommario

<b>La gravidanza dopo trapianto di rene</b>	<b>3</b>
<i>di Cristina Andreotti e Fabrizia Tenaglia</i>	
<b>La scelta di Jolie</b>	<b>5</b>
<i>di Antonella Lama</i>	
<b>Sofia e le staminali, un caso di regole tradite</b>	<b>6</b>
<i>Giuseppe Remuzzi</i>	
<b>Un sostegno al reparto di nefrologia</b>	<b>8</b>
<i>a cura di Serena Belli</i>	
<b>Le glomerulonefriti</b>	<b>9</b>
<i>di Cristina Comotti</i>	
<b>La xerostomia</b>	<b>11</b>
<i>di Nadia Toller</i>	
<b>Aforismi</b>	<b>13</b>
<i>a cura di Luisa Pevarello</i>	
<b>Quando il nefrologo si occupa di pancioni</b>	<b>14</b>
<i>di Diana Zarantonello</i>	
<b>L'osteoporosi</b>	<b>16</b>
<i>di Roberto Bortolotti</i>	
<b>Il ruolo del trattamento dietetico nutrizionale</b>	<b>18</b>
<i>a cura di Mevalia</i>	
<b>Sulla insufficienza renale in dialisi peritoneale</b>	<b>20</b>
<i>di Cristina Andreotti e Angelo Pica</i>	
<b>Divagazioni etimologiche sul rene</b>	<b>22</b>
<i>di Maria Ruggio</i>	
<b>Tra geometrismi e invenzioni di colore</b>	<b>26</b>
<i>di Aldo Nardi</i>	
<b>L'esperienza della nazionale di volley</b>	<b>31</b>
<b>La mia Africa</b>	<b>33</b>
<i>di Elisa Grazioli</i>	
<b>Le tentazioni di Filippi &amp; Gardumi</b>	<b>35</b>
<i>di Aldo Nardi</i>	
<b>Affascinanti Azzorre</b>	<b>36</b>
<i>di Laura Sottini</i>	
<b>Viaggio in Puglia</b>	<b>39</b>
<i>di Donata Borin</i>	
<b>Voglia di leggere</b>	<b>42</b>
<i>di Lonely Bear</i>	
<b>Micologia che passione</b>	<b>44</b>



*Auguri di buone feste*

dal Direttivo APAN



In copertina:  
Silvana Todesco – 2013  
DAS MECHANISCHE VOEGELEIN  
Tecnica mista su tela, 100 x 100 cm  
(particolare)

## RENE&SALUTE

Trimestrale d'informazione e cultura dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.) – Anno XXVIII – N. 3/4

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

**DIRETTORE RESPONSABILE:** Alberto Valli

**DIRETTORE EDITORIALE:** Aldo Nardi

**DIREZIONE, REDAZIONE AMMINISTRAZIONE E PUBBLICITÀ:**  
38122 TRENTO – Via Sighele, 5  
Tel. 0461 914 206 – [apan.tn@alice.it](mailto:apan.tn@alice.it)

**REDAZIONE:** Cristina Comotti, Aldo Nardi, Antonio Fondriest, Serena Belli, Maria Ruggio

**COLLABORATORI per questo numero:** Cristina Andreotti, Serena Belli, Donata Borin, Roberto Bortolotti, Cristina Comotti, Elisa Grazioli, Antonella Lama, Aldo Nardi, Luisa Pevarello, Angelo Pica, Giuseppe Remuzzi, Maria Ruggio, Laura Sottini, Fabrizia Tenaglia, Nadia Toller, Diana Zarantonello.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di novembre 2013.

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».

Una pratica che richiede consapevolezza dei rischi

## La gravidanza dopo trapianto di rene

di Cristina Andreotti\* e Fabrizia Tenaglia\*\*

**L**a signora Sonia, 30 anni, nove anni fa ha ricevuto un trapianto di cuore, il cuore ha sempre funzionato molto bene ma a distanza di sei anni dal trapianto cardiaco ha sofferto di insufficienza renale ed ha dovuto iniziare l'emodialisi. Da due anni Sonia ha ricevuto un trapianto renale che ha una funzione sorprendentemente buona ed ora desidera una gravidanza.

La giovane donna, il cui caso introduce questa riflessione sulla gravidanza, ha aspettato opportunamente 2 anni prima di porsi l'obiettivo di un gravidanza, infatti è universalmente raccomandato un periodo di almeno un anno, dopo il trapianto, prima di provare a concepire un bambino. Si tratta del tempo minimo necessario, per verificare che la funzione del trapianto sia buona e stabile e che la terapia antirigetto sia a dosaggi non troppo alti e ben controllata.

Mentre l'insufficienza renale severa interferisce negativamente con la riproduzione, a causa di mestruazioni irregolari o interrotte, assenza di ovulazione ed infertilità, un trapianto ben funzionante, dopo circa 6 mesi, spesso può riportare alla normalità le mestruazioni e l'ovulazione, nelle donne in fase pre-menopausale.

Il ripristino della fertilità offre quindi la possibilità di un gravidanza.

I dati del registro statunitense delle gravidanze in donne trapiantate di rene, il *National Transplantation Registry*, che si basa su 709 gravidanze, indicano che le principali complicazioni sono: il parto prematuro (prima della 37ª settimana) e il peso basso del neonato (inferiore a 2500g). Nel 60-70 per cento dei casi il parto è avvenuto per taglio

cesareo. Le principali complicazioni nella madre sono state: l'ipertensione e la pre-eclampsia.

Blume C. e collaboratori, su *Transplantation* 2013, riportano l'esperienza di un grande Centro di Trapianti, quello di Hannover. Gli autori hanno rivisto l'esito di 115 gravidanze occorse a 37 donne con trapianto di fegato e 34 con trapianto di rene, nel periodo 1988-2010: il 70 per cento delle gravidanze ha avuto successo. Il parto è stato prematuro nel 37 per cento delle donne.

Bramham K, sul *Clinical Journal American Society of Nephrology* del 2013, riporta i dati inglesi in donne con trapianto di rene, che hanno avuto una gravidanza tra gennaio 2007 e dicembre 2009. Ci sono state 105 gravidanze: nel 52 per cento dei casi il parto è stato pre-termine: dato significativamente più alto della media inglese, che si assesta intorno all'8 per cento. Il 24 per cento dei nati era più piccolo (al disotto del 10° percentile), sono stati osservati due casi di rigetto del trapianto. Nella casistica inglese i principali fattori di rischio sono risultati essere la non buona funzione del trapianto e l'ipertensione della paziente. Dalla esperienza, come da tutta la letteratura sull'argomento, è evidente che l'incidenza di complicazioni è minore per le donne trapiantate che abbiano una funzione renale ottimale ed in assenza di ipertensione prima della gravidanza.

Peraltro, anche per donne con una funzione renale ottimale e pressione normale, sottoposte a terapia immunosoppressiva stabile, affrontare un progetto di gravidanza dopo trapianto, una delle principali preoccupazioni,

per loro stesse e per il medico che le segue, è la possibile teratogenicità dei farmaci anti-rigetto.

I farmaci a base di *mofetil micofenolato* e *acido micofenolico* causano tossicità embrio-fetale. Questi farmaci sono stati introdotti nell'uso nel 1995: l'*acido micofenolico* inibisce un enzima (IMPDH) che è indispensabile nella sintesi *de novo* delle purine. Attraverso l'inibizione della sintesi delle purine l'*acido micofenolico* impedisce la proliferazione dei linfociti, che sono le cellule immunocompetenti responsabili delle reazioni di rigetto. L'*acido micofenolico* è disponibile come *mofetil-micofenolato* con il nome commerciale di Cell Cept o come *acido micofenolico* con il nome Myfortic. Il *mofetil micofenolato* è attualmente disponibile anche come generico. Il suo utilizzo in gravidanza si associa ad aumentato rischio di aborto e difetti congeniti (Anderka MT 2009). Non a caso, nelle avvertenze dei due farmaci è indicato tale rischio.

Lo stesso rischio è segnalato per gli inibitori mTOR, *everolimus* e *sirolimus*. Questi farmaci vanno sospesi nel caso la paziente desideri provare ad avere una gravidanza e le va raccomandata una contraccezione per 6 settimane dopo la sospensione, periodo ritenuto sufficiente sia dalla FDA che dagli esperti del *European Best Practice Guidelines Expert Group on renal transplantation*.

In generale in tutte le donne in età fertile, che abbiano in programma l'assunzione di MMF o MPA, va fatto un test di gravidanza prima di iniziare il farmaco e 8-10 giorni dopo l'inizio del trattamento. Peraltro, tenendo presente che il livello di beta gonadotropina corionica può essere falsamente





elevato nella paziente affetta da insufficienza renale severa, il test in queste persone va valutato con cautela.

La donna con trapianto che cerca di avere una gravidanza va mantenuta in terapia con farmaci per i quali ci sia maggiore esperienza, come: ciclosporina, tacrolimus e azatioprina, che è il più vecchio di tutti. Tale farmaci rientrano nella categoria in cui il rischio non può essere escluso, ma non c'è evidenza del danno. Solo i corticosteroidi, talora associati nella terapia anti-rigetto, sono farmaci per i quali non sembra esserci rischio fetale. Sottolineiamo comunque che, con la terapia tradizionale, l'incidenza di malformazioni nei figli di donne trapiantate non è risultata maggiore di quello della popolazione in generale.

Nel caso dei pazienti maschi non c'è evidenza che i farmaci a base di *acido micofenolico* causino infertilità o difetti congeniti nella prole. Riduzione della fertilità (oligospermia e azoospermia) è segnalata per *tacrolimus* e *inibitori mTOR* (Am J Transplant 2013).

Ecco quindi i messaggi chiave per donne con trapianto renale, in età fertile:

- utilizzare metodi contraccettivi efficaci;
- parlare del proprio progetto di gravidanza con il medico dei trapianti, per verificare che la funzione renale e la pressione siano adeguate e per la eventuale sospensione/ sostituzione del farmaco embriotossico;
- proseguire la contraccezione per altre 6-8 settimane dopo la sospen-

sione/sostituzione del farmaco, prima di avere rapporti efficaci al fine della riproduzione.

Quando la gravidanza è iniziata la cura della futura madre passa al medico ostetrico, esperto in gravidanze a rischio. Infatti per tutte le considerazioni già espresse, la gravidanza è da considerarsi "a rischio", e quindi va seguita con un approccio multidisciplinare, in un centro dotato anche di patologia neonatale.

Il piano di assistenza da parte dell'ostetrico/ginecologo, nella donna con precedente trapianto renale, prevederà:

- controlli prenatali più frequenti rispetto a quelli previsti per l'assistenza alla gravidanza a basso rischio: la frequenza dei controlli sarà di circa 2 volte al mese fino ai primi due trimestri, poi controlli settimanali.
- va posta particolare attenzione al monitoraggio dei valori pressori e dell'aumento di peso, per diagnosticare precocemente lo sviluppo di una eventuale pre-eclampsia. Nel caso si manifesti una ipertensione arteriosa, va instaurata una terapia antiipertensiva adeguata.
- screening delle infezioni virali: le complicanze infettive virali rappresentano un problema di rilievo nelle gestanti trapiantate (infezione primaria o riattivazione di infezione da CMV, con possibilità di trasmissione al feto, infezione primaria o riattivazione di Herpes virus).
- valutazione seriata (circa 1 volta al mese) della funzione renale con esa-

mi ematochimici mirati, valutazione della proteinuria; vanno inoltre eseguite periodiche colture urinarie, per scoprire e trattare precocemente una eventuale batteriuria asintomatica.

- valutazione e trattamento di una eventuale anemia, che presenta una incidenza maggiore in queste pazienti rispetto alle gravide non trapiantate.

Sul versante fetale:

- valutazione della crescita fetale con ecografie seriate (a cadenza mensile dopo la 24° settimana) e valutazione della dopplerflussimetria materno-fetale, che fornisce informazioni sul rischio di sviluppo di pre-eclampsia e sulla funzionalità placentare, nonché sul benessere fetale.
- timing del parto: in caso di sviluppo di pre-eclampsia severa, o di importante peggioramento della funzione renale, può rendersi necessario programmare un espletamento del parto anticipato, così pure nel caso si riscontrasse una importante riduzione della crescita fetale o una situazione di alterazione del benessere fetale.
- modalità del parto: la maggior parte degli autori consiglia l'espletamento del parto per via vaginale, riservando il parto cesareo a quei casi in cui siano presenti concomitanti problematiche ostetriche o nel caso si debba procedere all'espletamento del parto in epoca molto precoce. Dopo il parto, può essere re-iniziata la terapia immunosoppressiva pre-gravidica.
- allattamento: l'allattamento al seno, pur non essendo controindicato (soprattutto dalle Linee guida americane), va valutato caso per caso a seconda del tipo di farmaci assunti, per cui la decisione finale sul tipo di nutrizione del neonato va ponderata insieme al neonatologo.

Paul Gauguin, *Siesta* (1893)



- \* Dr.ssa Cristina Andreotti  
Ambulatorio Trapianto renale  
Ospedale S. Chiara – Trento
- \*\* Dr.ssa Fabrizia Tenaglia  
Responsabile Ostetrica  
Ospedale S. Chiara – Trento



Controversa decisione della famosa attrice americana

## La scelta di Jolie

di Antonella Lama\*

**I**l 14 maggio 2013 Angelina Jolie rivela dalle pagine del New York Times di essersi sottoposta a un intervento di doppia mastectomia preventiva, per scongiurare il rischio di cancro al seno. La Jolie, nota come attrice, produttrice e regista statunitense, nella vita privata è compagna dell'attore Brad Pitt con il quale ha sei figli, tre adottati e tre biologici. L'attrice rivela al giornale di aver preso la decisione dopo che i test genetici le hanno rivelato di essere portatrice del gene BRCA1 modificato, un gene responsabile del tumore al seno di molte donne in famiglia ed in particolare della madre e della zia materna, entrambe decedute a causa del tumore.

I medici avevano spiegato che la presenza del gene "difettoso" comportava per la Jolie un rischio del 50 per cento di ammalarsi di tumore ovarico e dell'87 per cento di quello al seno. Nell'articolo la Jolie racconta le proprie motivazioni, tra le quali spicca il desiderio di proteggere i propri figli dal dolore di doversi separare prematuramente dalla madre, dolore che lei stessa ha dovuto sperimentare nel 2007: "e allora ho deciso – scrive la Jolie nell'articolo, – che loro non dovevano temere di perdere la loro mamma per un cancro al seno".

"La vita è piena di sfide – scrive l'attrice nell'articolo sul New York Times –, le sfide che non ci devono spaventare sono quelle su cui possiamo intervenire e di cui possiamo assumere il controllo".

La decisione di Angelina Jolie di diffondere la notizia è preziosa, perché consente di sollevare, almeno per un paio di settimane, il dibattito su di un argomento che di rado occupa le pagine dei giornali e delle riviste.

La scelta della Jolie è oggi possibile grazie al progredire della ricerca in campo genetico, in grado di rivelare con un semplice prelievo di sangue, la presenza di geni modificati.

*Il 2-6% dei casi di tumore al seno sembra essere riconducibile a mutazioni ereditarie dei geni BRCA1 e BRCA2. Il rischio del tumore mammario è del 45-80% nelle donne portatrici di mutazioni BRCA1 e BRCA2.*

Non in ogni caso di tumore viene posto il sospetto che la persona sia portatrice di una mutazione genetica. L'American Society of Clinical Oncology indica i criteri necessari per porre il sospetto di ereditarietà del carcinoma mammario all'interno di una famiglia:

- presenza, in una famiglia (in tre generazioni), di più di due casi di neoplasia mammaria ed uno o più casi di tumore dell'ovaio, diagnosticati a qualsiasi età.
- presenza, in una famiglia, di più di tre casi di carcinoma mammario diagnosticati prima dei 50 anni.
- presenza in una famiglia di una coppia di sorelle che abbiano manifestato prima dei 50 anni: (a) entrambe una neoplasia mammaria; (b) entrambe una neoplasia ovarica; (c) una sorella una ne-



oplasia mammaria e l'altra una neoplasia ovarica.

Il vantaggio per la donna di essere prontamente informata della presenza di un gene mutato è inequivocabile. Conviene tuttavia domandarsi quali ricadute abbia una tale notizia nella mente e nell'animo della persona: quali pensieri formulerà e quali preoccupazioni l'assaliranno? Con chi potrà parlarne, con chi vorrà confrontarsi, a chi potrà rivolgersi in cerca di un consiglio? Le persone non sono preparate a confrontarsi con gli eventi che possono turbare il proprio futuro. Oltre ad avere la certezza della propria morte, non sanno né quando né in quali circostanze essa possa verificarsi. L'Azienda Sanitaria ha costituito già da un paio di anni un gruppo multidisciplinare composto da diversi specialisti: il genetista che si occupa della consulenza genetica, l'oncologo, il chirurgo, e il senologo, che pongono alla signora le diverse possibilità di intervento e lo psicologo che può sostenerla nel percorso di decisione rispetto alle scelte da attuare. Tre sono gli aspetti che l'equipe multidisciplinare deve tutelare:

- l'informazione deve essere corretta, precisa e documentata;
- si deve prestare attenzione agli aspetti psicologici della persona che verrà informata, alle possibili reazioni e implicazioni emotive;



- si deve dare alla persona la certezza di non venir lasciata sola: in ogni scelta che la signora vorrà liberamente fare a riguardo della sua salute futura, ella verrà accompagnata e sostenuta dal personale sanitario.

Una informazione accurata deve rivelare che nel caso della presenza del gene mutato, come è il caso del BRC1, oggi la scienza medica dispone di più possibilità di scelta:

- la mastectomia totale, che riduce del 95% il rischio di contrarre la malattia;
- la chemioterapia preventiva, che mette a riposo le ovaie e annulla quasi interamente il rischio di contrarre la malattia;
- la sorveglianza stretta, con mammografie e ecografie ogni sei mesi, in grado di scoprire precocemente l'eventuale tumore al suo esordio, quando le possibilità di guarigione sono elevatissime.

Il colloquio nel quale la signora viene informata deve svolgersi secondo modalità e stili comunicativi attenti ai suoi bisogni psicologici; può essere appropriata la presenza di un familiare o di una figura significativa di riferimento ed è indispensabile la partecipazione all'incontro della figura di uno psicologo che possa affiancarla anche in seguito, quando la persona dovrà prendere le proprie decisioni riguardo alle scelte cliniche da adottare. La persona infatti deve potersi prendere il tempo che le è necessario per confrontarsi coi propri sentimenti e con le proprie disposizioni d'animo, coi suoi stessi valori di riferimento, perché la scelta sia ponderata e incline al proprio modo di sentire. Di quanto sia importante rispettare la soggettività della persona ne è convinto lo stesso Umberto Veronesi, il quale, intervistato in quei giorni di maggio, a seguito dell'articolo della Jolie affermava che "si tratta di una situazione complessa, e il discorso è diverso per ogni singola donna". Tutto ciò era già noto al tempo degli antichi greci, i quali proprio sull'architrave del portale del santuario di Delfi dove le persone andavano a chiedere responsi sul proprio futuro, vollero porre il celebre motto "Conosci te stesso".

\* Dr.ssa Antonella Lama  
Dirigente Psicologo – Psicologia  
Ospedaliera e Cure Palliative  
UO1 di Psicologia S. Chiara Trento

Il testo che di seguito riportiamo è già apparso sulla rivista *Scienza in Rete* nel marzo 2013. Per gentile concessione dell'autore e della stessa rivista, proponiamo l'articolo ai lettori di *Rene&Salute*, certi che l'importanza dell'argomento è tale da costituire oggetto di interesse, soprattutto per il taglio divulgativo con il quale viene presentato.

## Sofia e le staminali, un caso di regole tradite

Giuseppe Remuzzi\*

**S**ul caso della piccola Sofia, ammalata di leucodistrofia metacromatica ormai s'è detto di tutto e certo non è stato un bello spettacolo: giudici contro Aifa e ministero della salute, e poi la procura di Torino contro Stamina, e ancora "Le Iene" con Sofia che dopo la cura torna a vedere e deglutisce.

Difficile restare indifferenti (anche per me). A maggior ragione per una persona sensibile come Adriano Celentano che affida al Corriere la sua rabbia contro giudici e ministro e anche contro la scienza, "se funziona – e chi può saperlo meglio della mamma – perché no?". Non è così, non è così semplice. "Scienziati e medici, se ci siete battete un colpo" scrive Paolo Bianco sul Sole 24 Ore.

Ci provo.

1. Per la malattia di Sofia non ci sono cure, nulla di quello che è stato fatto finora ha mai dato nessun risultato.
2. Ci sono cure sperimentali, il trapianto di midollo per esempio. Risultati? Se fatto prima che la malattia si manifesti o nelle primissime fasi c'è qualche piccolo miglioramento,

nelle fasi avanzate non serve.

3. Cellule staminali mesenchimali? L'hanno fatto, ci sono diversi studi pubblicati. Risultati: nessun miglioramento, neanche minimo.
4. Altre cure? Si sta provando a correggere il difetto del gene (malato) che porta alla malattia. E lo si fa a Milano, dove c'è uno dei più grandi esperti al mondo di questa tecnica, Luigi Naldini. Risultati: qualcosa c'è, vale la pena di andare avanti.
5. E il metodo Stamina? Quel metodo con la cura della leucodistrofia non c'entra proprio.

Prelevare le cellule, coltivarle in laboratorio, espanderle e trattarle in modo che sappiano eventualmente riparare certi danni è molto, molto difficile: sono attività che si basano su procedure estremamente rigorose, basta non osservarne una e salta tutto. **Stamina non segue queste regole** e le conoscenze in questo campo non si improvvisano. E allora le cellule non crescono, si modificano, muoiono: è proprio quello che hanno visto all'Istituto Superiore di Sanità nel controllare i preparati di Stamina. Iniettare quei preparati non è inu-





Il parco scientifico tecnologico kilometro rosso a Bergamo

tile, è pericoloso. L'hanno fatto già in tante parti del mondo, lo chiamano turismo delle cellule, si paga per avere infezioni, tumori e nessun beneficio. (Adriano mi creda, sarebbe come comporre musica fuori dalle regole del pentagramma, non funziona. Lei nel suo lavoro è rigoroso e cerca la perfezione, lasci che lo facciamo anche noi nel nostro. Ricorda delle sue paure a proposito dei prelievi di organi per il trapianto? Dopo che ne abbiamo parlato, lei è stato più bravo di me a spiegare a nove milioni di telespettatori come stavano davvero le cose). "Ma se la mamma dice che Sofia con le cellule sta meglio...". Certi giorni questi malati stanno meglio anche senza fare nulla. E tante volte i miglioramenti le mamme li vedono col cuore, e que-

sto aiuta, moltissimo. Ma se è così, perché adesso i giudici impongono all'Ospedale di Brescia che Sofia sia trattata con le cellule? Non lo so, ma è sbagliato. Intanto perché utilizzare come cura qualcosa per cui non c'è evidenza di efficacia contravviene a tutte le regole della medicina. E poi perché non spetta ai giudici stabilire che cosa è efficace e che cosa no. "Più giudizio clinico e meno giudici 'clinici'" titolava il Lancet del 31 gennaio del 1998 a proposito dei giudici che imponevano la cura Di Bella.

E non basta, per aumentare la confusione, ecco che il consiglio dei ministri approva un decreto che consente a tutti i pazienti che hanno iniziato cure con cellule staminali col metodo Stamina di poter portare a termine i loro protocolli indipendentemente da come sono state preparate le cellule. Fuori da ogni regola insomma, in laboratori non autorizzati senza che il protocollo sia stato sottoposto all'approvazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Aifa. La cosa che lascia senza parole è che tutto questo **lo si potrà fare in strutture pubbliche**. Perché? "La norma si basa sul principio etico per cui un trattamento sanitario già avviato, che non abbia dato gravi effetti collaterali, non deve essere interrotto". Il decreto chiarisce inoltre che devono considerarsi come "avviati" anche i trattamenti per i quali sono stati compiuti atti preparatori, il prelievo di cellule dal paziente o dal donatore destinate all'uso terapeutico, per esempio e quelli già ordinati dall'autorità giudiziaria. E non basta ancora, oggi su Repubblica il professor Veronesi parla di "comunità scientifica chiusa nei suoi dogmi e sorda al dolore dei pazienti", è proprio

così? Niente affatto. Veronesi ha ragione quando dice che non dobbiamo togliere la speranza. Lo so, l'abbiamo sempre fatto e continuiamo a farlo. Ed è certamente vero che "ognuno ha il diritto di provare a guarire attraverso ogni via, anche andando a cercare un farmaco derivato dal veleno dello scorpione a Cuba". Certo, non possiamo impedire alla gente di curarsi come gli pare, ma abbiamo, noi medici, dei doveri molto precisi. Che in questo caso sono almeno quattro:

1. dobbiamo dire molto apertamente ai nostri ammalati che il veleno di scorpione e le altre cose del genere non servono.
2. e poi che in medicina le cose che non servono possono anche fare male (dei cinque bambini che hanno cominciato la terapia con le cellule al Burlo Garofolo per certe atrofie muscolari su ordine del giudice, due sono morti, forse in conseguenza dell'impiego di queste cellule e gli altri non hanno avuto nessun vantaggio; ma di questo non parla nessuno);
3. e non possiamo permettere che il veleno di scorpione, o le cellule di Stamina se preferite, si possano somministrare in strutture pubbliche. I soldi per la sanità sono sempre di meno, non possiamo buttarli via per trattamenti che non hanno né capo né coda;
4. e poi serve avere attenzione e sensibilità per chi non si può permettere di pagare per cure inefficaci e non ha nemmeno i soldi per andare a Cuba. Loro devono sapere da noi come stanno le cose, se no si sentiranno discriminati anche di fronte alla malattia – e queste sono malattie gravi – e cominceranno a pensare che le cure sono solo per i ricchi.

Il dott. Remuzzi insieme alla dott. Belli e al dott. Brunori



\* Dott. Giuseppe Remuzzi  
Research Coordinator  
Laboratorio Negri Bergamo  
e Daccò Center  
President elect della Società  
Internazionale di Nefrologia per  
il biennio 2013/2015



Intervista al dott. Angelo Pica

## Un sostegno al reparto di nefrologia

a cura di Serena Belli

**N**ell'ambito del suo compito istituzionale di sostenere il reparto di Nefrologia e Dialisi di Trento, APAN, su richiesta del Primario dottor Giuliano Brunori, ha deciso di sostenere finanziariamente un medico del reparto, in occasione di un impegnativo corso di ecografia, che si svolgerà a Roma nei prossimi mesi. Il medico individuato per tale scopo è il dottor Angelo Pica, la redazione di R&S gli ha fatto una breve intervista, per conoscerlo meglio. Ecco quello che ci ha raccontato.

Il dottor Angelo Pica, anno 1968, è un medico del Reparto di Nefrologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento dal 2008. Sposato con due figli (Francesco Mario di 6 anni e Sara di 9), abita in città ma svolge la maggior parte del suo impegno lavorativo presso la Dialisi di Rovereto, dove segue l'ambulatorio nefrologico, fa consulenze presso i vari reparti, oltre ad occuparsi del reparto di dialisi, con tutti i problemi correlati. Ma la sua grossa passione è l'ecografia internistica.

### **Dottor Pica, dove è nata questa passione?**

A dir la verità è nata ancora negli anni dell'università quando, durante la preparazione della tesi di laurea, ho iniziato a seguire l'ambulatorio di ecografia internistica del reparto di Medicina Interna della Federico II di Napoli. Avevo già l'intenzione di diventare nefrologo, ma l'attività di ecografista mi appassionava particolarmente.

### **Dunque si è laureato a Napoli, e quale è stato il successivo percorso dei suoi studi?**

Dopo la laurea ho vinto un dottorato di ricerca in Scienze Nefrologiche, durante il quale ho fatto ricerca di base sulla fisiologia renale. Sono di quel periodo un certo numero di pubblicazioni scientifiche, uscite su riviste internazionali. Ero allievo del professor Capasso (attuale presidente della Società Italiana di Nefrologia n.d.r.) che ad un certo punto ha pensato bene di spedirmi a Tübingen, per fare una esperienza all'estero. Nel 1999 ho frequentato anche l'University College di Londra. A tempo debito

mi sono specializzato in Nefrologia, sempre a Napoli.

### **E tornando alla passione per l'ecografia?**

Quando sono arrivato a Trento, vincendo regolare concorso, ho trovato un ambulatorio di ecografia renale istituito ed ottimamente gestito dal dottor Bandera che però, attualmente, si occupa anche di accessi vascolari. Ho capito che forse lì ci potrebbe essere spazio per me e la mia antica passione. A questo punto ho sentito la necessità di specializzarmi ulteriormente, ho trovato questo corso intensivo e ne ho parlato con il dottor Brunori.

### **Quindi il corso di Roma. Ci racconta di cosa si tratta?**

È un corso full immersion di 150 ore, con un taglio teorico-pratico, rivolto a medici che abbiano già una competenza ecografica di base, che rilascia un attestato SIUMB, valido a livello nazionale. Si viene seguiti personalmente da un tutor: otto ore al giorno per 5 giorni alla settimana. Si fanno un sacco di ecografie e tantissima esperienza.



### **Come pensa che potrà tradursi, successivamente, la esperienza che acquisirà?**

L'idea sarebbe di potenziare l'ambulatorio di ecografia renale e di svolgere una attività ecografica direttamente in reparto, rivolta ai pazienti ricoverati.

### **Più genericamente, racconta ai nostri lettori che tipo di informazioni ricaviamo dalla ecografia renale?**

Da quando è stata introdotta la tecnica ecografica, il rene è stato uno degli organi che ne ha tratto i migliori vantaggi! Con una ecografia fatta da mani (e occhi e mente) esperte è possibile avere un orientamento preciso a livello diagnostico. Attualmente siamo in grado di distinguere tra forme nefropatiche acute o croniche, tra problematiche verosimilmente vascolari, parenchimali oppure ostruttive. Sottolineo comunque l'importanza di una esperienza orientata alla ecografia renale.

### **Serve anche a monitorare i pazienti trapiantati, e il loro prezioso trapianto.**

Certamente ma, a livello locale, tali pazienti sono già nelle mani delle dottoresse Buccella e, naturalmente, Andreotti, responsabile dell'ambulatorio trapianti.

L'intervista ha messo in risalto il forte interesse e la determinazione del dottor Angelo Pica, nel perseguire obiettivi in grado non solo di potenziare la sua esperienza ma, soprattutto, di avere la ricaduta a livello diagnostico.

AUGURI DALLA REDAZIONE DI R&S

Appunti di Nefrologia

# Le glomerulonefriti

di Cristina Comotti\*

Il rene è un organo indispensabile alla vita in quanto deputato a molteplici funzioni delle quali le principali sono due: quella **escretoria** e quella **endocrina**.

Con la funzione escretoria i reni regolano la composizione, la concentrazione ed il volume dei liquidi del nostro organismo tramite l'eliminazione, con le urine, di acqua, sali minerali (sodio, potassio, calcio, fosforo, ecc.) e prodotti terminali del metabolismo intermedio.

Con la funzione endocrina, attraverso la produzione di ormoni, contribuiscono al controllo della pressione arteriosa, alla produzione dei globuli rossi, alla salute delle nostre ossa, ecc. Quando la funzione renale è abolita, la sopravvivenza è resa possibile tramite le terapie sostitutive: la **dialisi** e il **trapianto renale**.

La funzione escretoria del rene si esplica attraverso l'efficienza dell'unità funzionale renale: il **nefrone**.

Ogni rene possiede circa un milione di nefroni ed ogni nefrone esplica la propria attività tramite la stretta interrelazione di tre strutture anatomico-funzionali: i **glomeruli** e la filtrazione glomerulare, i **tubuli** e le funzioni tubulari, i **vasi** e la circolazione intrarenale.

L'imbricarsi di queste tre componenti è alla base della formazione dell'urina.

**Glomeruli e filtrazione glomerulare:** ogni glomerulo è formato da una matassa di capillari che origina dalla suddivisione della arteriola afferente ed è responsabile della filtrazione del plasma (fig. 1). 600 ml di plasma circolano ogni minuto nei nostri reni, il 20% circa è sottoposto, nel glomerulo, a filtrazione e la parete dei capillari glomerulari è responsabile di ciò.



Essa è costituita da: cellule endoteliali, membrana basale (MB) e cellule epiteliali.

Il filtrato glomerulare contiene le sostanze ultrafiltrate del plasma, circa nelle medesime concentrazioni dello stesso, fatta eccezione per le proteine ed i grassi che sono, proporzionalmente, nettamente inferiori, e questa perché la "barriera glomerulare", attraverso complessi meccanismi di cariche elettriche e non solo, è permea-

bile all'acqua e ai cristalloidi (proteina di basso peso molecolare) ma non alle proteine plasmatiche con peso molecolare uguale o superiore a 70.000 nelle quali rientra "l'albumina" (peso molecolare 50.000-60.000). La proteinuria, ossia la comparsa di proteine nelle urine, si instaura pertanto in presenza di alterazioni dei capillari glomerulari comportanti alterazioni della loro permeabilità all'acqua e alle proteine plasmatiche.

Le nefropatie glomerulari, in particolare le glomerulonefriti, sono affezioni renali caratterizzate da una elettiva compromissione prevalentemente infiammatoria dei glomeruli renali, vengono abitualmente suddivise in due gruppi, forme primitive e secondarie, a seconda che le lesioni siano primitivamente ed esclusivamente localizzate ai glomeruli (glomerulonefrite a lesioni minime, membranosa, membranoproliferativa, post-infettiva, rapidamente progressiva, nefropatia a depositi di IgA, glomerulosclerosi focale) o appaiono nel decorso di malattie generalizzate (glomerulonefrite in corso di lupus eritematoso, artrite reumatoide, crio-

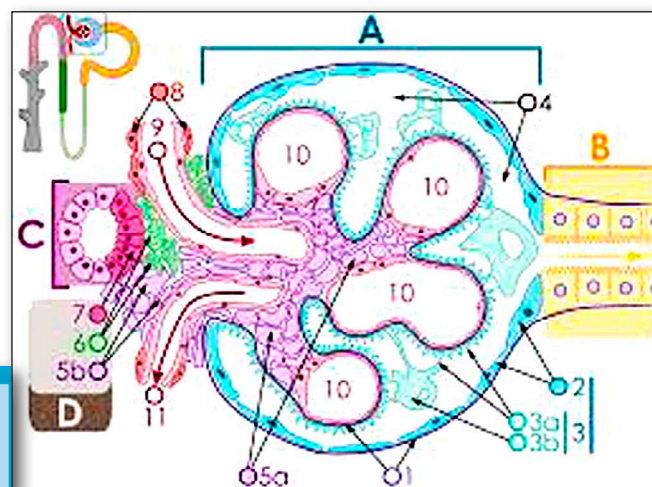


figura 1 - Struttura schematica di un glomerulo normale



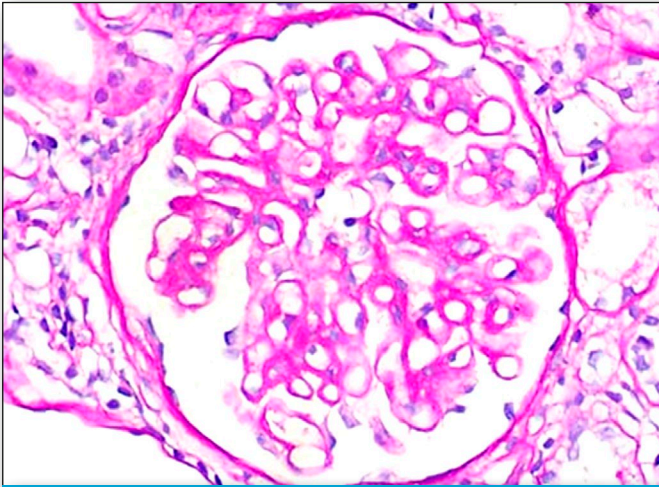


figura 2 – Glomerulo (Microscopia Ottica)

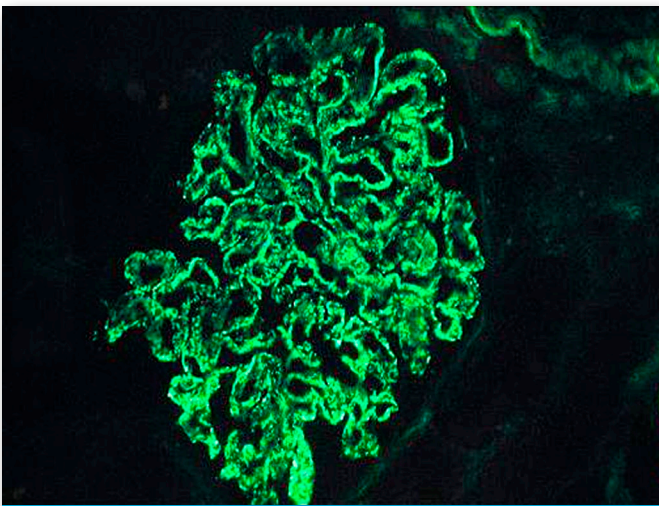


figura 3 – Glomerulo (Immunofluorescenza)

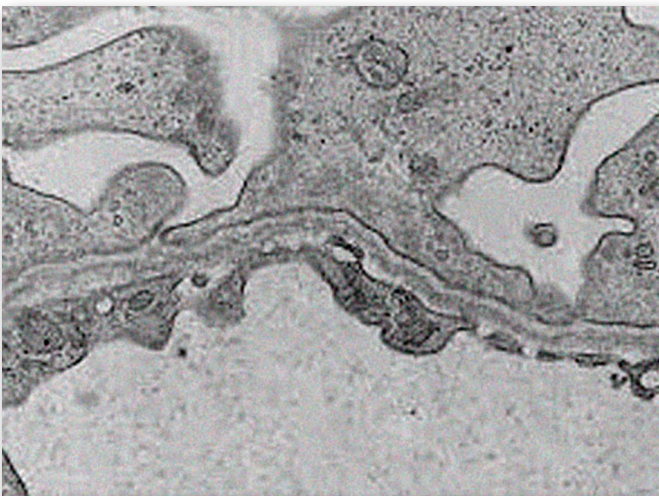


figura 4 – Particolare della membrana basale glomerulare (Microscopia Elettronica)

globulinemia, diabete mellito, mieloma multiplo, amiloidosi, gravidanza, ecc.).

Lo studio della nefrologia sperimentale, iniziato negli anni '80, ha contribuito ad identificare i principali meccanismi di formazione dei depositi immuni a livello glomerulare ed è stato dimostrato il potenziale ruolo patogenetico degli immunocomplessi circolanti (IC) ed anche della formazione "in situ" degli stessi. Gli anticorpi sono proteine prodotte dall'organismo in risposta a molecole ed agenti estranei detti "antigeni" (virus, batteri, parassiti, funghi, farmaci, vaccini, ecc.) e circolano nel sangue e nella linfa dove legano gli antigeni. Una volta formato, il complesso antigene-anticorpo viene rimosso dal nostro corpo. La risposta anticorpale costituisce quindi uno dei principali meccanismi di difesa dell'organismo per liberarsi di molecole a lui estranee e dannose; questa risulta carente, per fattori genetici, ambientali, ecc. nei soggetti che svilupperanno la glomerulonefrite, nei quali infatti il complesso antigene-anticorpo non viene eliminato e precipita nel glomerulo provocando infiammazione ("nefrite").

Scarsi progressi ad oggi sono stati invece fatti nell'identificazione degli "antigeni" nella maggior parte delle glomerulonefriti umane. Infatti l'eziologia è quasi sempre sconosciuta nelle forme primitive mentre in quelle secondarie è la stessa della malattia di base.

La biopsia renale ha avuto ed ha tuttora un ruolo fondamentale, non solo per porre diagnosi di malattia glomerulare ma anche e soprattutto per dare una prognosi di eventuale progressione futura del danno renale e per individuare i migliori approcci terapeutici mirati a limitare o eliminare i danni indotti (fig. 2-3-4).

Le malattie glomerulari infatti, dal punto di vista clinico, si manifestano con un numero limitato di sindromi, derivante dalla combinazione, assai variabile, di alcune conseguenze indotte dal danneggiamento del glomerulo renale: ematuria (sangue) e proteinuria (proteine) all'esame delle urine, riduzione della filtrazione glomerulare da cui dipendono i principali sintomi clinici quali l'edema (accumulo di liquidi nel corpo) inizialmente localizzato al dorso del piede ma che può diventare generalizzato con versamento pleurico ed ascite (anasarca), ipertensione arteriosa, scompenso di cuore, ecc.

Questi sintomi sono comuni a gran parte delle glomerulonefriti e non permettono di porre diagnosi, se non ricorrendo alla biopsia renale, del tipo di malattia renale sottostante che invece ha prognosi e terapia diversificata. L'approccio ottimale all'esecuzione della biopsia renale, anche grazie all'introduzione, a partire dagli anni '90, di un ausilio strumentale "di sicurezza", qual è l'ecografo (ecografia renale), ha permesso di ampliare le indicazioni a tale metodica riducendo le controindicazioni migliorando significativamente il successo del prelievo con parallela netta riduzione dei rischi di complicanze.

\* Dr.ssa Cristina Comotti  
Nefrologia  
Ospedale S. Chiara – Trento

Compare in età avanzata e soprattutto nelle donne

## La xerostomia

di Nadia Toller\*

**N**ell'ultimo numero di R&S abbiamo trattato del gusto, prodotto dalla percezione dei cinque sapori fondamentali: amaro, aspro, dolce, salato e umami. Il gusto è in parte condizionato dalla presenza della saliva, che modula la sensibilità gustativa in quanto solvente delle sostanze che agiscono sui recettori del gusto stesso. È quindi evidente che una alterazione della normale produzione di saliva si ripercuote sul gusto. Tale importante secreto è prodotto dalle ghiandole salivari maggiori e minori, con flussi che variano dai 0.3 ml/min nel sonno, ai 5 ml/min durante il pasto. Affrontiamo in questo numero la **xerostomia**, particolare alterazione del cavo orale caratterizzata dalla sensazione soggettiva di secchezza della bocca. La xerostomia può associarsi ad una patologica riduzione della produzione di saliva dovuta alla compromissione, reversibile o irreversibile, della funzione delle ghiandole salivari; in questo caso si parla di iposalivazione.

La saliva è fondamentale per il mantenimento della salute orale e del benessere individuale: la sua secrezione aumenta durante l'alimentazione e gli enzimi in essa contenuti iniziano i processi digestivi degli amidi e dei lipidi inoltre, provvedendo alla lubrificazione delle mucose, favorisce i movimenti della bocca durante la masticazione, la formazione del bolo alimentare, la deglutizione e la fonazione; modula la sensibilità gustativa, favorisce la rimozione dei detriti alimentari, delle cellule di sfaldamento, dei microrganismi. Per effetto della sua composizione chimica mantiene l'equilibrio della mineralizzazione dei tessuti duri dentali e contrasta la

colonizzazione batterica tramite la sua attività antimicrobica. Protegge inoltre l'integrità delle prime vie digestive, neutralizzando l'acidità del reflusso del contenuto gastrico.

La xerostomia è molto comune, colpisce maggiormente nell'età avanzata, più le donne degli uomini. La riduzione di salivazione non va tuttavia considerata una sequela quasi "normale" dell'età avanzata e vale la pena indagare il sintomo, alla ricerca delle possibili cause controllabili. Ricordiamo infatti che tale sintomatologia può causare una compromissione rilevante della qualità della vita. La persistente diminuzione della salivazione comporta infatti un aumentato rischio di carie, gengiviti e candidosi orali. In molti casi la xerostomia si associa anche alla formazione di lesioni traumatiche delle mucose, ad alitosi, ad una compromissione delle funzioni gustativa e digestiva, della capacità di masticare, deglutire, parlare correttamente e portare protesi rimovibili.

Solitamente, all'inizio, i disturbi non vengono identificati e descritti chiaramente come secchezza: il paziente riferisce piuttosto la presenza di una saliva "schiumosa" o "densa", lo sfregamento fastidioso tra i denti e i tessuti orali, un bruciore localizzato alla punta della lingua o diffuso e la necessità di assumere liquidi più frequentemente, in particolare nelle ore notturne. Successivamente compaiono: alterazione del gusto, bruciore intenso e diffuso e difficoltà nel mangiare cibi secchi. Ma anche la parola, la deglutizione e la masticazione vengono spesso riferiti difficoltosi: non di rado i pazienti si riducono ad assumere solo alimenti liquidi. Non vi è peraltro stretta rela-



zione tra entità della riduzione della secrezione salivare e disturbi ad essa correlati: è possibile infatti provare secchezza della bocca in alcune condizioni neurologiche o psicologiche, anche in condizioni normali di flusso. L'esame obiettivo della bocca e della lingua spesso evidenzia l'assenza del tipico *pooling* salivare, o la presenza di secrezioni salivari dense e filamentose, oltre alle già citate fissurazioni e ulcere, stomatiti angolari, candidosi, carie e flogosi parodontali.

Tra le varie cause la più frequente è rappresentata dai farmaci che riducono la produzione di saliva cui seguono, per frequenza, una malattia autoimmune, la sindrome di Sjögren e la radioterapia per tumori della testa-collo.

La xerostomia e/o iposcialia da **farmaci** interessa diverse centinaia di farmaci di comune utilizzo nelle terapie croniche. È principalmente il risultato dell'inibizione centrale o periferica della secrezione salivare, per effetto anticolinergico e/o simpaticomimetico; ulteriori meccanismi sono l'alterazione del flusso sanguigno alle ghiandole salivari, la disidratazione e la diuresi osmotica indotta. Infine è noto che alcuni farmaci che possano indurre xerostomia, senza causare la riduzione del flusso salivare. Le classi più coinvolte sono antidepressivi, antipsicotici, benzodiazepine, antiparkinsoniani atropinici, antipertensivi, diuretici, antistaminici, analgesici antinfiammatori non steroidei, antitubercosici. Indipendentemente dall'effetto di ciascuno di essi, diversi studi evi-



denziano una correlazione tra numero di farmaci assunti ed insorgenza di xerostomia: quando l'assunzione quotidiana è di 4 o più farmaci, praticamente la metà dei pazienti presenta sintomi di bocca secca.

La **sindrome di Sjögren**, o sindrome secca, è una malattia autoimmune cronica delle ghiandole esocrine con produzione di anticorpi specifici ed infiltrazione linfocitaria del tessuto ghiandolare, che ne provoca la distruzione immuno-infiammatoria. Spesso, in combinazione con l'infiltrazione delle ghiandole salivari, si riscontra anche un interessamento delle ghiandole lacrimali, con xerofthalmia (secchezza oculare).

La sindrome di Sjögren colpisce con maggior frequenza il sesso femminile, verso i 50 anni di età. Può essere primitiva o secondaria: in questo caso è associata ad altre malattie autoimmuni quali l'artrite reumatoide, il lupus eritematoso, la sclerodermia, la connettivite mista, la cirrosi biliare primitiva. In circa la metà dei pazienti la biopsia delle ghiandole salivari minori è un test diagnostico sensibile per la sindrome di Sjögren; il prelievo si effettua in una regione di mucosa dall'aspetto non patologico. Non di rado è la difficoltà nel reperire il campione di ghiandole salivari minori a suggerire al clinico la diagnosi. Talvolta, nei casi avanzati, le poche ghiandole salivari reperite mostrano unicamente aspetti di prevalente atrofia.

Accanto alla sindrome di Sjögren, altra causa di xerostomia è la **radioterapia** per tumori della testa-collo. Nel trattamento delle neoplasie del distretto testa-collo la radioterapia causa frequentemente xerostomia, con effetto dose dipendente. L'irradiazione provoca alterazioni infiammatorie e rapida degenerazione del parenchima ghiandolare, atrofia e sostituzione fibrosa del tessuto ghiandolare. L'iposcialia da irradiazione è pertanto progressiva e largamente irreversibile; tuttavia questi esiti sono attenuati con le più recenti tecniche di somministrazione della radioterapia, come la modulazione di intensità, sono inoltre allo studio possibilità farmacologiche (amifostina) di prevenzione del danno.

Più di frequente, però, disturbi orali si manifestano come effetti collaterali o complicanze in pazienti sottoposti a taluni trattamenti chemioterapici sistemici, per effetto diretto della tossicità dei farmaci sulla mucosa orale e, in misura minore, per effetto indiretto della depressione midollare. I pazienti con xerostomia da chemioterapia e da radioterapia sono particolarmente suscettibili alle infezioni: le ulcerazioni indotte dai trattamenti possono diventare il nido di germi invasivi gram-negativi e positivi. In queste condizioni la normale flora saprofita del cavo orale può diventare patogena, come nel caso delle



Ochismo acuto, 1989 (A. Siciliano)

candidosi sostenute dalla *Candida albicans*. È necessario identificare e trattate prontamente queste infezioni, al fine di prevenire ulteriori complicanze.

**Il trattamento** della xerostomia ha l'obiettivo di incrementare il flusso salivare, aumentare l'umidificazione delle mucose orali, controllare i fattori aggravanti la xerostomia e contenere i danni da essa derivanti. Stimolare la capacità salivare residua è il razionale per l'impiego di

chewinggum o caramelle dure senza zucchero che, secondo alcuni studi, hanno efficacia pari o superiore ai sostituti salivari nel dare sollievo. I farmaci secretagoghi, come la pilocarpina, non trovano largo utilizzo perché gravati da fastidiosi effetti collaterali a carico del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato respiratorio.

L'aumento dell'**idratazione** delle mucose orali si può ottenere mantenendo sempre un alto volume ed una frequenza adeguata di introduzione di fluidi, ad esempio bevendo liquidi anche tra un pasto e l'altro. Sostituti della saliva, quali soluzioni di carbossi-metil-cellulosa, hanno una funzione sintomatica lubrificante; al contrario, l'abitudine di assumere frequentemente piccole quantità di acqua o the, ottiene un beneficio solo momentaneo, con rischio di allontanare le piccole quantità residue di secrezione mucinosa e aumentare la sensazione di secchezza. Il principale limite dei sostituti salivari è comunque la breve durata d'azione, a causa della deglutizione. Alcuni di questi prodotti contengono anche sali minerali, fluoruri, enzimi con l'intento di vicariare le funzioni protettive della saliva. Il loro utilizzo, data la cronicità ed irreversibilità della iposcialia nella maggior parte dei casi, deve essere protratto indefinitamente, e le caratteristiche di questi prodotti in termini di palatabilità, costo, durata dell'effetto, determinano una scarsa *compliance* dei pazienti. La formulazione gel è consigliata per la notte. Con il collutorio è consigliabile effettuare anche dei gargarismi, per detergere e migliorare la lubrificazione e il comfort della parte posteriore del cavo orale.

Quando possibile va presa in considerazione la possibilità di sostituire alcuni farmaci più direttamente implicati nella patogenesi della bocca secca, oppure variare l'orario di somministrazione del farmaco, tenendo conto che questo sintomo spesso peggiora di notte, al mattino presto, e negli intervalli tra i pasti.

Dato il rapido accumularsi di placca e batteri nei pazienti con xerostomia, è fondamentale che questi siano inquadrati in un programma di

regolare igiene orale e di tempestivo trattamento delle infezioni gengivali. Presso il Servizio di igiene dentale dell'ospedale S. Chiara i pazienti sottoposti a chemioterapia ed a radioterapia per tumori della testa-collo sono inseriti in programmi preventivi odontoiatrici. Vengono anche consigliati sciacqui con acqua e piccole quantità bicarbonato di sodio che, alzando il ph, contrastano le infezioni da *Candida*, e l'utilizzo regolare – ma non l'abuso – di collutori a base di clorexidina, che riducono la carica batterica endorale. Nell'ambito di una accurata igiene orale personale, possono trovare impiego anche gli irrigatori orali, e dentifrici specifici (contenenti l'actoperossidasi). Per quanto riguarda le abitudini alimentari, sono da evitare gli alimenti irritanti, piccanti ed ad alto contenuto alcolico. Da proscrivere altresì il tabagismo.

Eventuali stati carenziali, infine, vanno ricercati e corretti. Il deficit di vitamine neurotrope del gruppo B e di folati è associato a xerostomia, glosodinia (dolore alla lingua), alterazioni del gusto; si osserva più frequentemente nell'alcolismo cronico ma non di rado anche in seguito all'abbandono di cibi che richiedano una masticazione prolungata, a favore di cibi ricchi in carboidrati, morbidi, di più facile ingestione. La xerostomia può risultare, o mantenersi per effetto della nutrizione compromessa e insufficiente, in particolare in pazienti geriatrici.

Certamente l'intervento di vari fattori nella patogenesi della xerostomia può rendere difficile il trattamento di questi pazienti, tuttavia il tentativo di correggere alcune situazioni ben identificabili e la riduzione del sintomo, attraverso strategie anche semplici, può contribuire a determinare una più accettabile qualità di vita.

\* Dott.ssa Nadia Toller  
Specialista in Chirurgia  
Maxillo Facciale U.O.M. di  
Chirurgia Maxillo Facciale e  
Odontostomatologia  
Ospedale S. Chiara – Trento  
Direttore dr. Fulvio Campolongo

aforismi

## Sulla Giustizia



a cura di Luisa Pevarello

Non si è parlato d'altro per tutta l'estate. Ed ecco, quindi, alcune riflessioni sulla giustizia.

1. Non appena si possiede la forza, si cessa di invocare la giustizia. (G. LE BON)
2. La giustizia senza forza è impotente, la forza senza giustizia è tirannica. (B. PASCAL)
3. I bambini sono innocenti e amano la giustizia, mentre la maggior parte degli adulti è malvagia e preferisce la misericordia. (G. K. CHESTERTON)
4. Quando avremo messo a posto tutte le regole ne mancherà sempre una: quella che dall'interno della sua coscienza fa obbligo a ogni cittadino di regolarsi secondo le regole. (I. MONTANELLI)
5. Democrazia: non essendosi potuto fare in modo che quel che è giusto fosse forte, si è fatto in modo che quel che è forte fosse giusto. (B. PASCAL)
6. Meno le persone sanno di come vengono fatte le salsicce e le leggi, meglio dormono la notte. (O. v. BISMARCK)
7. Chi rompe paga e si siede al governo. (L. LONGANESI)
8. Dobbiamo imparare bene le regole per infrangerle nel modo giusto. (DALAI LAMA)
9. La giustizia è come la tela di un ragno: trattiene gli insetti piccoli, mentre i grandi trafiggono la tela e restano liberi. (SOLONE)
10. La giustizia è l'utile dei potenti. (TRASIMACO)



Senza titolo, A. Siciliano, 1981



I casi di preeclampsia nelle donne gravide

## Quando il nefrologo si occupa di pancioni

di Diana Zarantonello\*

La figura del nefrologo è spesso associata, nell'immaginario collettivo, alla sala dialisi, all'esecuzione delle biopsie renali in reparto, oppure all'ambulatorio nefrologico per il follow-up dei pazienti con insufficienza renale cronica.

Per questo può sembrare assai insolito vedere un nefrologo aggirarsi nel reparto di ostetricia, tra le stanze delle degenti, il pianto dei neonati e la sala parto (si capirà quindi che il "pancione" al quale ci riferiamo nel titolo è quello delle gestanti, non dei pazienti in sovrappeso!).

Quella che può sembrare a prima vista una curiosa "invasione di campo", trova la sua spiegazione in una serie di patologie che possono insorgere durante la gravidanza, o essere precedenti a questa, caratterizzate da un importante coinvolgimento renale e che richiedono per questo l'intervento e la supervisione di un nefrologo.

La malattia più nota al riguardo, di cui ci occuperemo, è la preeclampsia-eclampsia. L'etimologia del nome deriva dal greco (èklampsis) e significa "comparsa improvvisa". Il termine fu inizialmente utilizzato da Ippocrate in riferimento alle febbri acute che, anziché calmarsi, si esasperano fino a dare il delirio dell'ammalato. Questa patologia era infatti già nota ai Greci, che erano stati impressionati dalla sua insorgenza rapida, "fulminante" (da cui l'etimologia), e che spesso portava alla morte sia della madre che del feto, per la comparsa di convulsioni improvvise.

È una malattia specifica della gravidanza (infatti viene anche chiamata "gestosi"), e della specie umana (non

esistono modelli animali, se non indotti sperimentalmente), che complica dal 2 all'8% delle gestazioni.

La diagnosi di preeclampsia si basa sul riscontro di ipertensione arteriosa insorta dopo la ventesima settimana di gravidanza, associata a perdita di proteine con le urine (proteinuria) ed edemi diffusi (quest'ultimo criterio non è attualmente considerato necessario, e talora può essere fuorviante, in quanto spesso la gestante può presentare la comparsa di lievi edemi, soprattutto declivi, legati all'aumentata ritenzione idrosalina, fisiologica in tale condizione!). Il riscontro di preeclampsia rappresenta un campanello d'allarme per il medico, in quanto potenzialmente può evolvere nella sua fase successiva, l'eclampsia: questa è caratterizzata da un danno multi-sistemico, in particolare cerebrale (convulsioni, ictus), renale (insufficienza renale acuta ed oliguria) ed epatico (epatite acuta), tanto grave che può mettere a repentaglio la vita della madre e del feto. Da ciò deriva l'importanza di un riconoscimento precoce della preeclampsia, per intensificare il follow-up di

queste pazienti e scongiurare l'insorgenza dell'eclampsia.

Per quanto riguarda la terapia, purtroppo non esistono attualmente farmaci o manovre dimostrate efficaci al di fuori dell'espletamento del parto: solo la nascita del feto e la rimozione della placenta si sono rivelati in grado di interrompere la cascata catastrofica di eventi che portano all'eclampsia. A ciò si collegano le ipotesi patogenetiche più accreditate di questa malattia. Secondo tali teorie essa deriverebbe da una precoce, insufficiente penetrazione del trofoblasto (la parte della placenta che crea il "ponte nutritivo con la madre") nelle arterie miometriali (cioè i vasi sanguigni della madre), con conseguente formazione di una placenta inadeguata a sopperire efficacemente alle esigenze di ossigenazione. Ciò stimolerebbe la produzione di fattori indotti dall'ipossia (*hypoxia-inducible factor 1alfa*), a loro volta responsabili di un'aumentata espressione di molecole (*vascular endothelial growth factor*, *sFlt-1*, *endotelina*) che, diffondendosi a livello del sistema vascolare materno costituirebbero uno stimolo pro-infiammatorio. Ne consegue un'aumentata produzione di citochine infiammatorie che, accumulandosi durante la gravidanza, porterebbero ad un'infiammazione delle pareti dei vasi sanguigni (detta "endotelite"): questi ultimi diventerebbero così più reattivi e permeabili e sarebbero responsabili della perdita di proteine a livello renale e della perdita di liquidi nell'interstizio a livello tissutale, nonché dell'insorgenza di ipertensione arteriosa (realizzando il quadro della preeclampsia). L'aggravamento di tale infiammazione potrebbe inoltre scatenare l'attivazione dei fattori della coagulazione, con la formazione di trombi che occluderebbero i vasi di diversi distretti (fenomeno ad andamento catastrofico, denominato "coagulazione intravascolare disseminata"), rendendosi responsabili delle manifestazioni eclatanti osservate nell'eclampsia. Tali fenomeni, coinvolgendo anche la placenta (che infatti all'esame istologico presenta elementi patologici caratteristici,





come calcificazioni e zone infartuali) mettono ovviamente a rischio anche la sopravvivenza del feto, che non riesce ad essere nutrito ed ossigenato adeguatamente.

Con l'espletamento del parto e la rimozione della placenta cesserebbe la produzione di citochine infiammatorie e degli altri fattori responsabili del danno vascolare sistemico, con regressione del quadro eclamptico. Tuttavia, anche in assenza di evoluzione in eclampsia, si è potuto documentare come i feti nati da madri affette da preeclampsia presentino un peso alla nascita significativamente più basso rispetto a quelli nati da gravidanze decorse regolarmente, e ciò supporta l'ipotesi di un coinvolgimento placentare precoce in tale malattia.

Si è osservato che esistono donne maggiormente predisposte a sviluppare questa patologia, per la presenza di fattori di rischio ormai ben identificati come: diabete mellito, ipertensione arteriosa preesistente, disturbi della coagulazione, malattie reumatiche, elevato BMI (indice di massa corporea, che correla con sovrappeso ed

obesità), età avanzata della madre. Inoltre, a supporto dell'ipotesi che esistano anche dei fattori genetici predisponenti alla base dello sviluppo di tale patologia, si è notato come le donne che presentino un quadro di preeclampsia/eclampsia durante una prima gravidanza, mostrino un rischio aumentato di sviluppare tale patologia nelle gravidanze successive. Per questo motivo tali pazienti vengono precocemente seguite in più stretto follow-up ginecologico e spesso indirizzate anche al nefrologo per una gestione condivisa della gravidanza. All'Ospedale Santa Chiara di Trento esiste un ambulatorio nefrologico dedicato alla gravidanza, nel quale le pazienti con pregressa preeclampsia/eclampsia, vengono sottoposte a periodici controlli volti a identificare precocemente eventuali rialzi della pressione arteriosa, modifiche anomale del peso corporeo, comparsa di edemi o alterazione degli esami biochimici. La presenza di ipertensione arteriosa viene corretta attraverso l'impostazione di adeguata terapia medica, con l'utilizzo di farmaci non

dannosi per il feto. Viene inoltre valutata l'opportunità di impostare una terapia antiaggregante profilattica (con aspirina) che, assunta dalla dodicesima alla trentaseiesima settimana gestazionale, si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio e la gravità dello sviluppo di questa patologia.

Parallelamente il ginecologo valuta in queste stesse pazienti, mediante periodici controlli ecografici, la morfologia delle arterie uterine e l'andamento dell'accrescimento fetale. Lo scopo di tale lavoro d'equipe è quello di identificare precocemente modifiche indicative di evoluzione eclamptica, che suggeriscano l'indicazione ad anticipare l'espletamento del parto. Ovviamente più si riesce a posticipare tale manovra, minori saranno i rischi per la sopravvivenza fetale.

Per quanto riguarda la madre, studi prospettici hanno evidenziato come lo sviluppo di preeclampsia condizioni non solo la prognosi a breve termine, ma anche quella a distanza, associandosi ad un incremento significativo dell'incidenza di complicanze cardiovascolari e del rischio di sviluppare insufficienza renale cronica nelle decadi successive. È quindi molto importante che le donne, che hanno presentato tale patologia durante una o più gravidanze, si sottopongano a controlli medici periodici e della pressione arteriosa, affinché si possa intervenire precocemente in caso di comparsa di alterazioni (ipercolesterolemia, iperglicemia, proteinuria) che potrebbero rappresentare altri fattori di rischio per lo sviluppo di malattia cardiovascolare e renale. Si tratta di un'accortezza importante, che potrebbe risparmiare un successivo incontro con il nefrologo!

*Per la stesura di quest'articolo mi è stata preziosa la frequenza presso l'ambulatorio nefrologico dedicato alla gravidanza gestito dal dott. Giuseppe Mondello, che ringrazio per la sua disponibilità e competenza.*

\* Dott.ssa Diana Zarantonello  
medico specializzando  
U.O. Nefrologia  
Ospedale Santa Chiara – Trento



Quando le ossa diventano fragili

# L'osteoporosi

di Roberto Bortolotti\*



**L'**osteoporosi è la più comune malattia dello scheletro. Si tratta di una malattia che inizia in maniera silente nell'età adulta e che si manifesta in genere dopo i 50 anni, prevalentemente nelle donne. Essa causa una riduzione della massa ossea e si associa ad una alterazione della sua struttura, per cui l'osso diventa più fragile e suscettibile alla frattura. Questa complicanza può interessare tutte le ossa ma polso omero e femore sono le sedi più colpite.

È una patologia correlata all'invecchiamento e la sua diffusione si sta espandendo in relazione alle note dinamiche demografiche. L'allungamento della vita media si accompagna tipicamente ad un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come le patologie muscolo scheletriche, tra queste l'osteoporosi è destinata a diventare una delle priorità, con inevitabili conseguenze sul modello di assistenza socio-sanitaria. In uno studio condotto negli Stati Uniti d'America il tasso d'incidenza (numero di persone colpite da frattura da osteoporosi) risulta ampiamente superiore alla somma

dei tassi di incidenza dell'infarto cardiaco, ictus e tumore al seno. È stato stimato che circa 4 donne su 10 e 3 uomini ogni 10, dopo i cinquanta anni, andranno incontro ad almeno una frattura da osteoporosi.

L'incidenza della frattura di femore aumenta di 100 volte subito dopo la menopausa, fino ad arrivare al 4 per cento nelle donne di età più avanzata. Ancora più frequente, e spesso sottostimata, è la frattura vertebrale: ne sono colpite una donna su 20 alla menopausa, ed una donna su 3-4 oltre gli 80 anni.

L'osso è un tessuto in continuo rinnovamento. Durante l'accrescimento esiste un cosiddetto bilancio calcico positivo, cioè viene formato più osso di quanto venga riassorbito. Questo accade fino al termine della maturità scheletrica, ossia fino al raggiungimento del cosiddetto "picco di massa ossea", intorno alla terza decade di vita. Con l'aumentare dell'età, ed in particolare dopo i 50 anni, il bilancio calcico inizia a diventare negativo: un certa quota di osso, tra lo 0.25 e l'1 per cento/anno, viene persa progressivamente, conducendo alla

"osteopenia". Se si verifica un eccessivo riassorbimento osseo, e/o una insufficiente neoformazione, il tessuto si impoverisce e diventa osteoporotico. Le donne subiscono una rapida perdita di tessuto osseo nei primi anni dopo la menopausa, poi la perdita rallenta, diventando sovrapponibile a quella che avviene nel maschio.

Ci sono anche malattie che possono indurre l'osteoporosi: si tratta di malattie endocrine (ipertiroidismo, iperparatiroidismo, diabete), forme reumatiche (l'infiammazione e l'immobilità indeboliscono l'osso), malattie renali croniche (per difetto nella attivazione della vitamina D) ed altre ancora. Anche alcuni farmaci interferiscono negativamente sullo scheletro: tra questi occorre ricordare l'effetto negativo del cortisone, in grado di causare osteoporosi, in caso di trattamento prolungato.

Fino a che l'osso non si frattura, l'osteoporosi non dà segni di sé: per questo è soprannominata "la ladra silenziosa", in quando causa un asintomatico e progressivo indebolimento del tessuto scheletrico sino alla comparsa dell'evento fratturativo, che può avvenire per traumi anche di modesta entità. La fratture vertebrali conducono a dolore e accentuazione della curvatura del rachide (cifosi) sintomi che contribuiscono a declinare il tono dell'umore ed a perdere autostima. La depressione può essere conseguenza diretta dell'osteoporosi, delle fratture, della paura di cadere e del conseguente isolamento sociale. Le conseguenze delle fratture femorali possono essere ancora più drammatiche, essendo gravate da una mortalità di circa 5 per cento in fase acuta e del 15-25 per cento entro un anno.

La diagnosi della malattia si effettua attraverso una visita medica, che comprende la raccolta della storia clinica e dell'esame obiettivo, completata da esami strumentali ed ematici mirati. In caso di presenza di sintomi è importante distinguere la sintomatologia dolorosa ossea da quella articolare o di altra origine. La individuazione della forma precoce si basa sul riconoscimento della bassa

massa ossea attraverso la densitometria (MOC). MOC significa "mineralometria ossea computerizzata" o densitometria ossea. Si tratta di un semplice esame radiologico, effettuato mediante una apparecchiatura che stima la quantità minerale (sali di calcio) in uno o più siti scheletrici, utilizzando una bassa quantità di radiazioni. L'esame è indicato quando occorre definire in maniera più precisa la stima del rischio di frattura e quindi decidere quali provvedimenti prendere. Le più frequenti indicazioni all'esame sono: il sesso femminile in età post-menopausale, in associazione a familiarità per osteoporosi, menopausa precoce e magrezza. L'esame è indicato anche in caso di pregressa frattura per traumi lievi e in soggetti che hanno malattie che

tenere l'eccessiva perdita di minerale dall'osso e ridurre il rischio di frattura. La prevenzione primaria si attua seguendo i principi generali di corretto stile di vita: evitare il fumo, l'eccesso di bevande alcoliche, seguire una dieta equilibrata con corretto apporto di calcio. La vitamina D è essenziale per garantire l'assorbimento di calcio dall'intestino. La vitamina D deriva principalmente dalla sintesi cutanea, mediante l'esposizione ai raggi ultravioletti. A dispetto della convinzione di molti, che ritengono l'Italia il paese del sole, è estremamente frequente una condizione carenziale, che può interessare circa l'80% dei soggetti anziani. È pertanto diffusamente consigliata una supplementazione con vitamina D.

Una buona attività fisica, stimolando

e dell'equilibrio: fattori riconosciuti fondamentali nella prevenzione delle cadute e quindi delle fratture.

I farmaci per la terapia dell'osteoporosi si basano su due grandi strategie: bloccare il riassorbimento e quindi la perdita di massa ossea, oppure stimolare la formazione di nuovo tessuto osseo. I bisfosfonati sono i farmaci più diffusamente utilizzati. Sono inibitori del riassorbimento osseo e determinano un incremento della massa ossea, un miglioramento dei valori densitometrici, riducono il rischio di fratture. A questo gruppo appartengono varie specialità medicinali e sono disponibili formulazioni da assumere per bocca, intramuscolare ed endovenosa. Dato la loro grande affinità e persistenza nell'osso, sono farmaci che possono venir somministrati periodicamente: ogni settimana o mese, ma anche annualmente. Esiste una classe di farmaci che agisce in maniera modulata su recettori estrogenici (SERM: modulatore selettivo dei recettori estrogenici). Questi farmaci (raloxifene, basedoxifene) sono stati approvati per la cura dell'osteoporosi. Hanno effetti simili agli estrogeni sul tessuto osseo, mentre non agiscono su altri organi bersaglio degli ormoni sessuali (mammella, utero).

Il farmaco che stimola la formazione di nuovo osso è un prodotto (teriparatide) che deriva dall'ormone paratiroideo, ossia l'ormone deputato a regolare i livelli di calcio e fosforo nel nostro organismo. Si somministra per via sottocutanea tutti i giorni, per un periodo di circa 18-24 mesi. L'elevato costo, associato alla modalità di somministrazione, ne limita l'impiego a quei soggetti che non presentano una risposta terapeutica adeguata agli altri trattamenti, o che mostrano un quadro di osteoporosi severa. Il ranelato di stronzio è un sale organico dello stronzio, un elemento chimicamente correlato con il calcio, che possiede sia attività anti-riassorbitive che di stimolazione della formazione di nuovo osso. Questo farmaco si assume quotidianamente per bocca e si è dimostrato efficace nel ridurre il rischio di nuove fratture. Attualmente è riservato a forme di malattia più grave. Da



influenzano l'integrità scheletrica. La densitometria ossea ha una buona specificità, per cui il rischio di frattura aumenta, tanto più la massa ossea diminuisce. Tuttavia questo rischio risente anche di altri fattori e prima di tutto dell'età. Gli esami di laboratorio sono utili soprattutto nell'inquadramento iniziale della malattia, per ricercare altre eventuali cause. Nella grande maggioranza dei casi (osteoporosi post-menopausa e senile) questi esami risultano normali. Prevenire l'osteoporosi significa con-

l'intero metabolismo e quindi anche quello del tessuto osseo, può ritardare l'inizio e l'evoluzione dell'osteoporosi. La semplice abitudine di camminare con regolarità risulta essere un esercizio efficace ed economico nei pazienti con osteoporosi, specialmente se associata ad attività fisiche e ad esercizi che mantengano e incrementino la forza dei muscoli degli arti inferiori, e della schiena. Infatti il rinforzo selettivo di tali muscoli determina un miglioramento della elasticità, della postura, della coordinazione



poco tempo è commercializzato un nuovo farmaco (denosumab), una proteina (anticorpo contro una molecola che attiva gli osteoclasti, le cellule che causano il riassorbimento dell'osso) che viene somministrata per via sottocutanea ogni 6 mesi. Questo farmaco blocca la perdita di massa ossea e si è dimostrato molto efficace nel ridurre il rischio di tutti i tipi di frattura.

In conclusione il corretto approccio alla osteoporosi è il riconoscimento precoce della condizione di fragilità ossea, per poter intervenire su meccanismi che conducono a questo indebolimento del tessuto osseo. In caso di malattia già manifesta, complicata da frattura, il trattamento va instaurato precocemente e mantenuto nel tempo, poiché il rischio di nuove fratture, e quindi di dolore e compromissione della qualità di vita, permane a lungo. È importante essere regolari nella assunzione delle medicine e nel provvedere a quelle modifiche dello stile di vita che contribuiscono a contrastare la malattia: corretta alimentazione, abolizione del fumo e fare una buona attività fisica. L'aderenza alla terapia, ossia la correttezza e la regolarità nella assunzione dei farmaci, è spesso piuttosto bassa. È stato riscontrato che solo poco più della metà dei pazienti prosegue correttamente la cura oltre un anno di terapia, percentuale che cala poi ulteriormente. Non assumere regolarmente i farmaci, in particolare nei primi anni di trattamento quando il rischio fratturativo è più alto, riduce sensibilmente l'efficacia del trattamento. La protezione sul rischio di frattura è risultata infatti dimezzata quando si sospende il trattamento anche solo per 2-3 mesi all'anno, mentre assunzioni di pochi mesi non garantiscono alcun effetto favorevole, ma espongono inutilmente il paziente a rischio di eventi avversi ed aggravio di costi.

\* Dott. Roberto Bortolotti  
S.C. Reumatologia  
Ospedale Santa Chiara – Trento

## Nell'insufficienza renale cronica

# Il ruolo del trattamento dietetico nutrizionale

a cura di Mevalia\*

L'insufficienza renale cronica (IRC) è da considerarsi a livello mondiale come una malattia in crescita, di grande impatto sociale. Si stima che circa il 10% della popolazione mondiale abbia un danno della funzionalità renale di vario grado (stadi 1-5). Due studi di popolazione, eseguiti in Umbria e Veneto, hanno evidenziato una prevalenza di IRC stadio 1-5 di circa il 9% della popolazione esaminata, un dato che se confermato porterebbe a oltre 5 milioni di persone affette. Se invece si considerano solamente gli stadi 3-5, si può pensare ad un numero di poco superiore ai due milioni di pazienti.

**Ragionamento per la terapia dietetica.** La nutrizione con un adeguato apporto di proteine, fosforo e sodio riveste un ruolo importante nella terapia conservativa dell'IRC e permette il controllo dei livelli di urea, fosforo e paratormone (riducendo i valori di fosforemia), il controllo dell'equilibrio acido-base (acidosi metabolica), il mantenimento di uno stato nutrizionale normale e un possibile rallentamento della progressione della malattia.

**Benefici della riduzione dell'apporto proteico:**

- miglior risposta periferica all'insulina (si riduce la resistenza periferica)
- miglior ritenzione di tossine azotate (responsabili dell'inappetenza e dell'anoressia uremica)
- prevenzione e/o correzione dell'acidosi metabolica e le alterazioni del metabolismo calcio-fosforo
- riduzione dello stress ossidativo
- controllo della proteinuria

- riduzione dei livelli di paratormone nel siero
- miglior profilo lipidico (attraverso il ridotto consumo di alimenti animali)
- riduzione del carico di lavoro depurativo ai nefroni rimanenti.

A partire da una VFG (velocità di filtrazione glomerulare) di <50 mL/min si mostra la tendenza alla ritenzione di fosforo, radicali acidi, composti azotati e in seguito a un carico dietetico di proteine. La terapia dietetica viene raccomandata dallo stadio 3 (VFG di 30-59 mL/min).

**La potenzialità del trattamento dietetico nutrizionale.** Una review di Cochrane ha dimostrato la potenzialità del trattamento dietetico nell'IRC nella riduzione della morte renale del 31% in pazienti con moderata o severa IRC, comparando questo trattamento con un apporto proteico più alto o non ristretto (0,3-0,6g/kg per die vs.  $\geq$  0,8g/kg per die). Da questa review emerge inoltre il cosiddetto "Number Needed to Treat (NNT)": 16 pazienti devono essere trattati con un trattamento dietetico a basso contenuto di proteine per "salvare" un paziente per anno dalla morte renale e dall'entrata in dialisi.

Lo studio MDRD ha evidenziato tre elementi da tenere in considerazione quando si inizia una terapia dietetica: ottenere una adeguata compliance alle prescrizioni dietetiche è difficile soprattutto nei pazienti non correttamente seguiti dalla dietista e dal nefrologo. I pazienti con funzione renale più gravemente compromessa che seguivano una dieta fortemente ipoproteica, supplementata con una miscela di aminoacidi essenziali e che-



**La composizione del trattamento dietetico nutrizionale.** Un consumo moderato di proteine assieme ad un ridotto contenuto di sodio gioca un ruolo importante nella terapia di pazienti con IRC in fase predialitica. Una supplementazione di vitamina D e fibre alimentari potrebbe aiutare a ridurre l'infiammazione. Secondo le linee guida internazionali K/DOQI e le linee guida italiane, l'apporto proteico suggerito per i pazienti con IRC non ancora in dialisi è ridotto rispetto ai soggetti normali e molto più basso dell'apporto proteico comune nell'alimentazione della popolazione generale (0,7g vs. 0,8g vs. 1,2g/kg peso ideale/die). L'apporto energetico

adeguato (>35kcal/kg peso ideale/die per soggetti <60 anni; 30kcal/kg peso ideale/die per soggetti >60 anni) nel soggetto nefropatico è di fondamentale importanza per prevenire la malnutrizione. Alcuni studi hanno mostrato che il corretto impiego del trattamento dietetico, con una regolare valutazione del paziente (almeno semestrale) da parte di un nutrizionista, non determina la comparsa del quadro della malnutrizione

in un periodo di tre anni dal suo inizio. Prodotti aproteici sono un importante strumento nel trattamento dietetico nutrizionale per garantire un apporto energetico adeguato riducendo allo stesso tempo l'introito di proteine.

**I prodotti dietetici a basso contenuto proteico.** I prodotti aproteici sono analoghi dei farinacei di uso corrente come pasta, pane, sostituti del pane, farina e dolci. La composizione di tali prodotti rispetta un ottimo equilibrio tra calorie, proteine e minerali (fosforo, potassio e sodio) ed è in armonia con le esigenze dei pazienti nefropatici. I prodotti facilitano la "dieta" ipoproteica e l'alimentazione risulta più variegata. Grazie a questi alimenti reperibili facilmente sul mercato il paziente può ridurre l'apporto proteico così da risparmiare la funzione renale, gestire l'apporto calorico per raggiungere o mantenere il peso ideale e limitare l'introduzione di sodio e fosforo. La disponibilità di prodotti dietetici aproteici permette di variare i pasti senza dover rinunciare alle proprie abitudini alimentari, facilitando così una buona aderenza del paziente alle prescrizioni dietetiche.

**Per ulteriori informazioni e per richiedere gratuitamente materiale informativo:**  
[mevalia@drschaer.com](mailto:mevalia@drschaer.com)  
[www.mevalia.com](http://www.mevalia.com)  
[www.drschaer-institute.com](http://www.drschaer-institute.com)

toanaloghi, potevano ritardare l'end point (dialisi) di un periodo di tempo superiore ad un anno. Le diete, anche le più severe, non provocano malnutrizione se l'apporto calorico è elevato. Per ottenere una buona compliance è fondamentale informare il paziente e/o i suoi familiari sugli scopi del trattamento, rispettare il più possibile le abitudini alimentari del paziente e attivare una buona collaborazione tra il medico e il nutrizionista con il paziente e i suoi familiari.

## Bibliografia

- BELLIZZI V et al. Restriction of dietary protein and long-term outcomes in patients with CKD. *Am J Kidney Dis*,2009;54(1):183-4.
- CIANCIARUSO B et al. Metabolic effects of two low protein diets in chronic kidney disease stage 4-5 – a randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*, 2008;23(2):636-44.
- D'ALESSANDRO C et al. Dietary Protein Restriction for Renal Patients: Don't Forget Protein-Free Food. *J Ren Nutr*, 2013;13:1051-2276.
- FILLIPOWICZ R et al. Optimal nutrition for predialysis chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*, 2013;20(2):175-80.
- FOUQUE D et al. Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults. *Cochrane Database Syst Rev*,2006;(2):CD001892.
- FOUQUE D et al. Eleven reasons to control the protein intake of patients with chronic kidney disease. *Natural Clinical Practice Nephrology*, 2007;3(7):383-92.
- FUJIANO G et al. Linee guida per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica. *G Ital Nefrol*, 2003;20(24):48-60.
- GAMBARO G et al. Prevalence of CKD in Northeastern Italy: Results of the INCIPE Study and Comparison with NHANES. *Clin J Am Nephrol*, 2010;5(11):1946-1953.
- KOPPLE JD and the MDRD study group. Effect of dietary protein restriction on nutritional status in the MDRD study. *Kidney Int*,1997;52:778-91.
- LAURENZI M et al. Gubbio Population Study: a baseline finding. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 1991; 1:1-18.
- National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis*, 2002;39(2 Suppl 1):1-266.
- STEVENS LA et al. The Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study, *JASN*, 2007;18(10):2749-2757.
- QUINTALINI G et al. Position paper: Il trattamento dietetico nutrizionale nella insufficienza renale cronica. *ADI Magazine*.



I vincitori della borsa di studio Annamaria Candioli

## Sulla insufficienza renale in dialisi peritoneale

(parte seconda)

di Cristina Andreotti\* e Angelo Pica\*\*

Come preannunciato nel precedente numero della rivista, concludiamo con il racconto degli altri lavori premiati con la borsa di studio intitolata ad Anna Maria Candioli. Ricordiamo che tale borsa di studio è riservata al personale infermieristico dei Servizi di dialisi dell'Unità Operativa Multizonale di Nefrologia e Dialisi della Provincia di Trento, per studi o iniziative finalizzate al miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

Il secondo lavoro premiato è quello proposto dalle infermiere della Emodialisi di Rovereto: Lucia Barbetta, Sandra Comper e Rita Muraro. Il lavoro riguarda l'introduzione della tecnica per la puntura della vena arterializzata di tipo *button-hole* (puntura ad occhiello) presso il Centro di dialisi dell'Ospedale di Rovereto. Peraltro tale tecnica è stata ampiamente descritta nel precedente numero di Rene&Salute, proprio dalla équipe vincitrice del premio. Rimandiamo pertanto i nostri lettori a quel numero della rivista per gli approfondimenti del caso, riportando di seguito solo un breve cenno a proposito della tecnica.

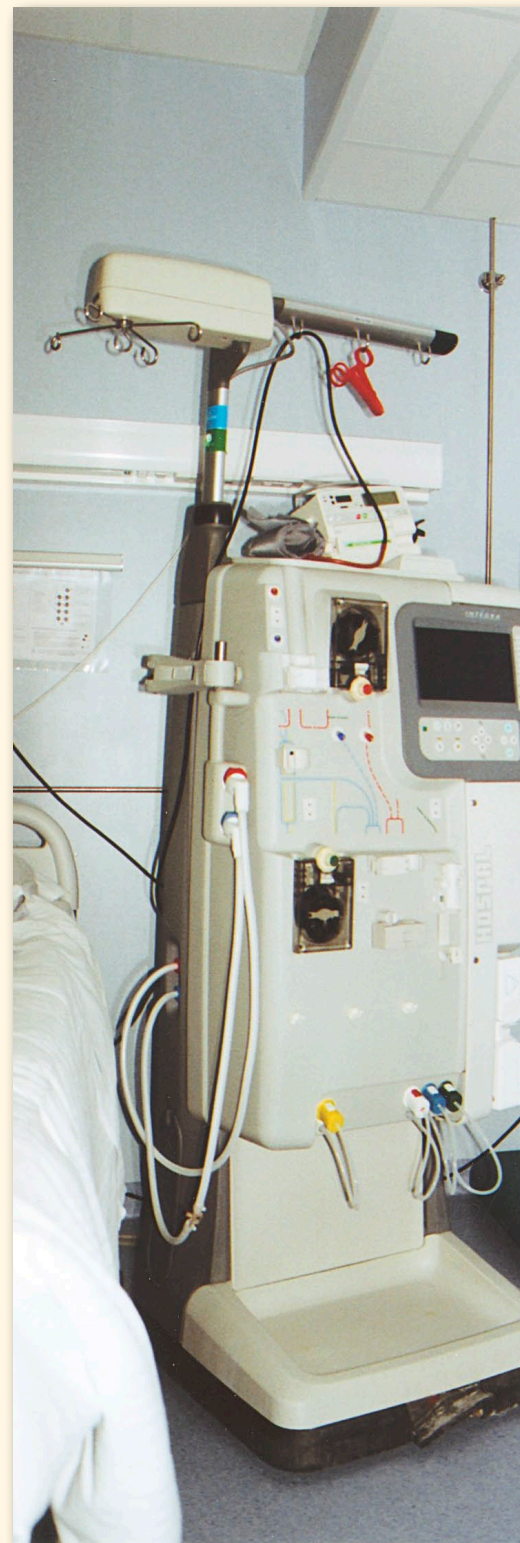
La tecnica consiste nel pungere la vena arterializzata per 6-8 sedute sempre nello stesso punto. La puntura viene fatta dalla stessa infermiera esperta con un angolatura di 25°. Si crea così un piccolo tunnel nel tessuto sottocutaneo (virtuale quando non contiene l'ago) tra la superficie esterna e la parete della vena. Inizialmente si utilizza anche un dispositivo di pla-

stica chiamato *bio-hole* a forma di piccolo chiodo che, tra una dialisi e l'altra, viene lasciato all'interno del tragitto sottocutaneo prodotto dalla puntura con un ago tagliente. Dopo la stabilizzazione del breve tramite si passa ad utilizzare, per la puntura, un ago smusso.

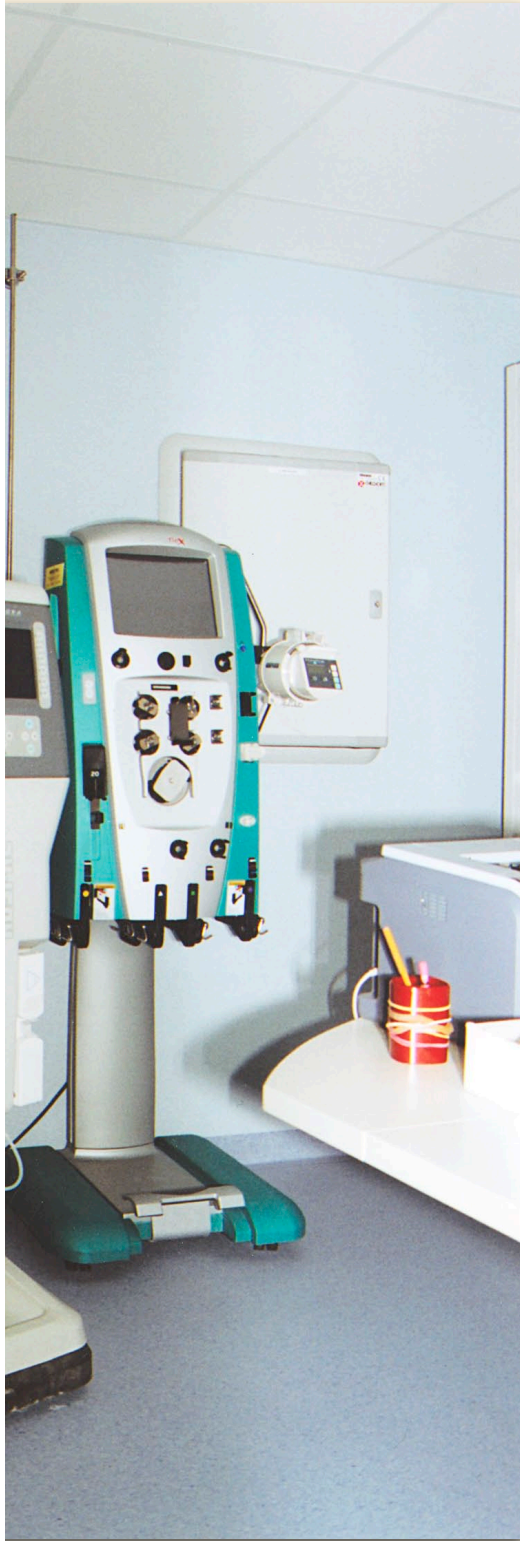
In accordo con quanto descritto nella letteratura al riguardo, le infermiere hanno osservato che i pazienti punti con la tecnica del *button-hole* avvertono meno dolore durante la puntura. Inoltre si sono registrati tempi di sanguinamento, dopo l'estrazione dell'ago, inferiori a quelli dei pazienti punti con tecnica standard. Anche gli aneurismi, con la tecnica *button hole*, si sviluppano molto raramente. Un terzo premio, infine, è andato al lavoro presentato da Maria Elena Tovazzi che ha scritto una tesi dal titolo: "Studio qualitativo esplorativo sull'esperienza della restrizione dei liquidi in emodialisi" tradotto come "*Personal paths of fluid restriction in haemodialysis patients*" e pubblicato su **Nephrology Nursing Journal** 2012.

Scopo della tesi era esplorare l'esperienza vissuta dai pazienti emodializzati, indagare quali ostacoli incontrano e quali siano gli elementi che possono contribuire alla loro aderenza alle raccomandazioni mediche, riguardo alla restrizione di liquidi nel periodo interdialitico.

L'aumento del peso corporeo, nell'intervallo tra una dialisi e la successiva è legato all'ingestione di liquidi da parte di una persona in cui non c'è



diuresi residua. Tali aumenti di peso corporeo determinano una serie di problemi tecnici e di salute del paziente stesso; ne deriva l'assoluta necessità di seguire delle scrupolose norme di **restrizione idrica** che, d'altra parte, provocano importanti problemi di ordine psicologico. I problemi clinici, collegati agli incre-



menti ponderali interdialitici, riguardano in particolare il cuore. Infatti, nei pazienti che hanno incrementi ponderali di notevole entità, il cuore è costretto a subire un forte stress emodinamico, dovendo gestire rapidi aumenti di volume del sangue circolante, con possibile comparsa di scompenso cardiaco, soprattutto

nelle persone anziane con preesistenti cardiopatie. A questo problema è strettamente connesso il fenomeno delle **ipotensioni intradialitiche**, cioè quella complicanza che avviene spesso durante la dialisi per cui la pressione del sangue cala in maniera molto brusca, determinando malessere del paziente con nausea, vomito, e in alcuni casi temporanea perdita di coscienza. Questi fenomeni, se si ripetono molto frequentemente, con il tempo possono determinare anche problemi cerebrali degenerativi. L'ipotensione si verifica soprattutto quando c'è l'esigenza di eliminare con la dialisi, in un tempo limitato, un grosso volume di acqua corporea accumulata durante il periodo interdialitico. Questa veloce sottrazione di acqua dal sangue, se non velocemente compensata da meccanismi in cui interviene la riserva funzionale del cuore e la capacità di trasferire liquidi dal compartimento extravascolare in quello intravascolare (*refilling*), determina una rapida caduta della pressione sanguigna. È per questo che le persone che hanno problemi di scompenso cardiaco sono particolarmente suscettibili all'ipotensione intradialitica.

L'aumento del peso interdialitico è strettamente connesso anche all'**assunzione di sale** (cloruro di sodio). La distribuzione dell'acqua che ingeriamo infatti dipende dalla quantità di sodio che viene introdotto.

È quindi necessario educare il paziente dializzato a seguire una dieta a basso contenuto di cloruro di sodio, che determinerà una minore introduzione di liquidi. A questo proposito è importante far capire al paziente il contenuto di sale dei vari alimenti. Ad esempio 100 g di patate contengono 7 mg di sodio, mentre 100 g di prosciutto crudo ne contengono 2600 mg.

Bisogna inoltre sottolineare che un'assunzione eccessiva di cloruro di sodio provoca aumento della pressione del sangue, attraverso un meccanismo volume dipendente. Infatti l'assunzione di acqua insieme al sale determina un'espansione soprattutto a carico del compartimento intravascolare, cioè del volume di sangue circolante e, di conseguenza,

un aumento della pressione del sangue. Questa, aumentando il lavoro a cui è sottoposto il cuore, peggiora la cardiopatia già presente e accelera il decorso verso lo scompenso cardiaco.

Allo scopo di ridurre l'introito di sodio del paziente dializzato, si può anche fare attenzione ad individualizzare il programma dialitico, variando per ogni singolo paziente la concentrazione del sodio nella soluzione del dialisato, cioè la soluzione che scambia i sali minerali con il sangue del paziente all'interno del filtro, durante il trattamento dialitico.

È bene comunque tenere presente che il problema del controllo dell'assunzione di liquidi per il paziente dializzato è spesso psicologicamente insormontabile, nonostante egli sia cosciente razionalmente di tutti i problemi di salute a cui si è accennato. Alcuni pazienti infatti, dai colloqui effettuati durante la preparazione del lavoro presentato dalla infermiera Elena Tovazzi, affermavano: *"ci sono momenti in cui la sete è talmente intensa che non mi è possibile rinunciare a bere"*. In molti il bere diventa *"un'idea fissa"*, *"è come una dipendenza da una droga"*; alcuni affermano: *"secondo me è una condanna"*. I pazienti dicono di aiutarsi attraverso i forum di discussione in rete. Dicono che hanno bisogno di tempo per imparare a conoscere il proprio corpo e i suoi segnali.

In conclusione è molto importante un giusto atteggiamento da parte del personale medico ed infermieristico, rivolto alla necessità, da parte del paziente emodializzato, di seguire una scrupolosa restrizione nell'assunzione di liquidi. Uno strumento utile è il miglioramento delle informazioni iniziali ai pazienti. Altrettanto importante è l'assunzione di un atteggiamento di *feed back* positivo, nel periodo di aggiustamento del paziente in emodialisi.

- \* Dott.ssa Cristina Andreotti  
Ambulatorio Trapianto Renale
- \*\* Dott. Angelo Pica Emodialisi  
Ospedale di Rovereto



Tra filosofi e medici, a partire dalla cultura greca

## Divagazioni etimologiche sul rene

di Maria Ruggio

Il termine nefrologia, la branca della medicina che ha per oggetto lo studio morfologico, fisiopatologico e clinico del rene, è composto da due parole, nefro e logia, di origine greca, νεφρός, rene, e λέγειν, dire, nella linea della tradizione che vuole l'uso del greco antico per la terminologia medica. Il greco moderno conserva le forme νεφρό e νεφρί per indicare i reni, rispettivamente al singolare al plurale, e νεφρίτις per la nefrite.

Non si conosce l'etimologia del termine νεφροί (plurale di νεφρός), ma le forme che gli si possono avvicinare sono italiane e precisamente *nefrones*, Preneste, e *nebrundines*, Lanuvio, secondo il dizionario etimologico della lingua greca dello Chantraine.

Il Thesaurus Graecae Linguae (l'ope-

ra in cui sono conservati tutti i testi greci che ci sono giunti nei secoli) elenca ben 608 citazioni del termine che spaziano dalle opere degli autori che si sono interessati di medicina, e questo è ovvio, a opere poetiche, per esempio, in cui non è tanto probabile trovare citati i reni.

La prima volta infatti che νεφροί è citato è nell'Iliade omerica (VIII a.C.) nella forma di un composto "ἐπινεφρίδιον", che significa letteralmente "che si trova sui reni" ed è aggettivo di δημόν, sostantivo traducibile con "grasso corporeo".

τὸν μὲν ἄρ' ἐγγέλυε ζτε καὶ  
ἰχθύες ἀμπεπέοντο  
δημόν ἐρεπτόμενοι  
ἐπινεφρίδιον κείροντες·  
Iliade, 21, 203-4



Published as the 1st direct. from 1795 by J. Matthews & Co. Strand. Increased with care, and swelled with the stain. Iliad B. 21. l. 379. B. 21.

Achille e il fiume Scamandro



*Anguille e pesci intorno a lui si affannavano / strappando il grasso che si trova sulle reni o rodendolo.*

Riporto testualmente i versi per chi abbia il piacere di ricordare l'esametro omerico o per chi, curioso, voglia vedere alcune lettere dell'alfabeto greco antico e magari rintracciare qualche parola grazie all'etimologia, come "ittico" da quell'ἰχθύες.

I pesci strappano e rodono non solo il cadavere di Asteropeo, figlio di Pelegone, del popolo dei Peoni, ma anche quelli degli altri eroi uccisi da Achille (ritornato in battaglia dopo l'uccisione dell'amico Patroclo per vendicarsi) in numero tale da ingorgare le acque dello Scamandro, il fiume di Troia che, furibondo, esce dagli argini e insegue con la sua corrente Achille che deve fuggire e interrompere la carneficina. La scena è degna di un film di Peckinpah o Tarantino così truculenta e macabra al tempo stesso. Divertente è il riferimento che a questi versi fa Eustazio (vescovo di Tessalonica, XII sec.) nel suo Commento all'Iliade di Omero, aggiungendo un significato al termine νεφροί diverso da quello consueto e piuttosto raro, come assicurano i dizionari etimologici. Riportando l'espressione di una donna, una certa Gnatena, che davanti alla ritrosia delle



Medusa, una delle gorgoni

altre donne che provano vergogna definisce "belli" i νεφροί nel senso di "testicoli" per non usare il termine proprio, in greco ὄρχεις, Eustazio cita a sua volta Eliano (II-III sec.).

Passando dal profano al sacro le due citazioni dell'Antico Testamento, in Geremia e nell'Apocalisse di Giovanni (apocrifa) il significato di νεφροί è quello traslato di "profondi pensieri", e i reni sono accostati al cuore proprio per indicare i penetranti più nascosti.

Anche Aristotele (384-322), il grande filosofo, nell'*Historia animalium* cita, 3 volte, i reni descrivendo le varie parti del corpo degli animali in una visione totale della vita.

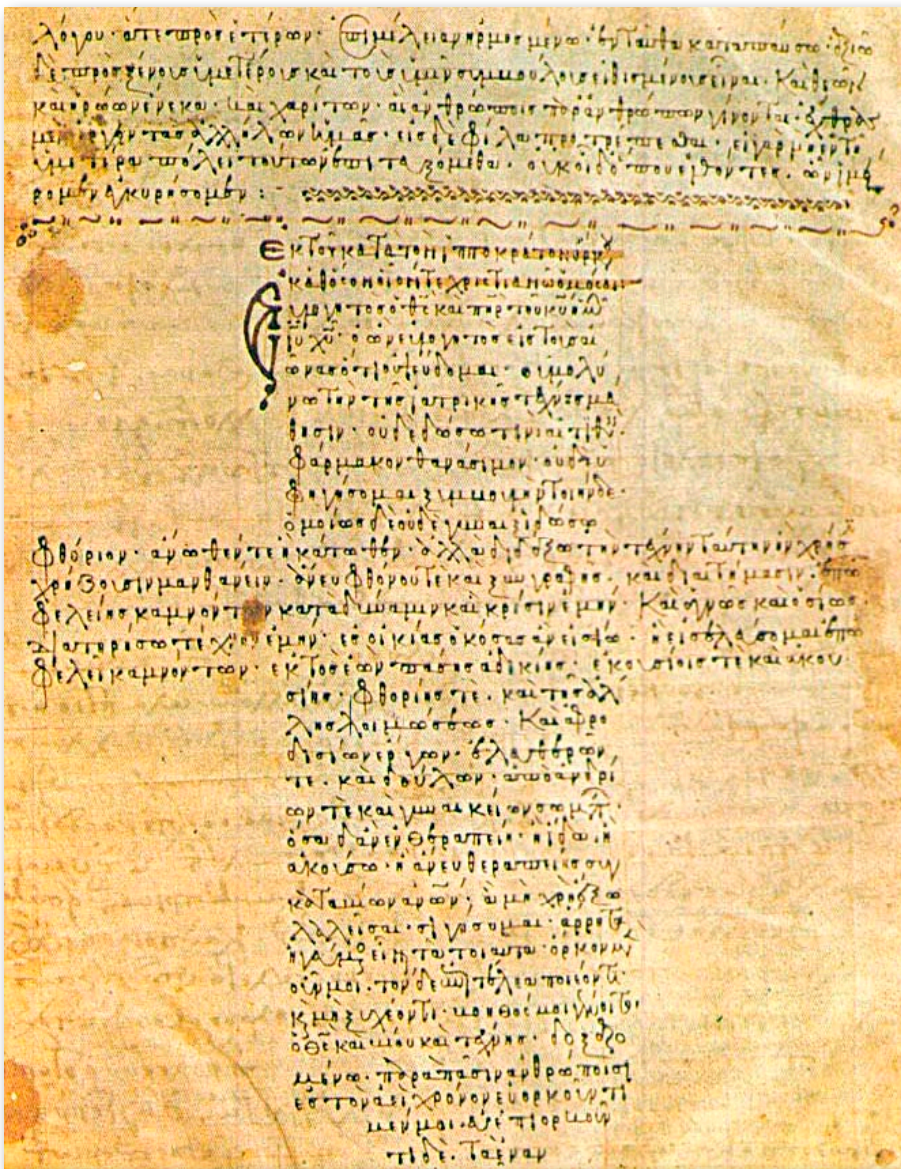
Sono le opere di medicina naturalmente ad avere le maggiori chances. Nel Corpus Hippocraticum e in Ippocrate (V-IV sec.), il più famoso medico dell'antichità, le citazioni sono 10 e vanno dal *De glandulis*, in cui sono descritti accuratamente i reni, ad altre opere come il *De ossium natura* in cui definisce la forma dei reni "a cuore", o il *De carnibus*, in cui si spiega il motivo della durezza e del colore rosso con la predominanza del freddo nella formazione di questi organi, secondo la

teoria che Ippocrate presenta all'inizio di quest'opera, dove precisa che parla delle "cose celesti" solo per spiegare come sono nati gli uomini e gli altri esseri viventi, cos'è l'anima, la salute, la malattia, ciò che è bene e ciò che male per l'uomo, perché muore... e via dicendo, il tutto all'interno di una visione completa della formazione dell'universo.

Ma è Galeno di Pergamo (II d. C.), medico e filosofo, ad avere la palma del maggior numero di citazioni del termine νεφροί, 124 in un'opera di notevoli dimensioni e, vista la fama di medico che circondava Galeno, è ovvio.

Gli si affianca Rufo (I-II d.C.) di Efeso col *De renum et vesicae morbis* con 14 citazioni su 17 dell'intera opera medica. Questo solo per i più conosciuti autori di medicina.

In Aristofane (V-IV a.C.), il più grande poeta della commedia antica, una delle due citazioni è interessante per capire il tipo di comicità che divertiva gli ateniesi, suoi concittadini. Siamo al verso 475 della commedia "Le rane", che prende il titolo dal coro delle rane dell'Ade che gracidano mentre Dioniso, il dio del teatro, insieme a Xantia, il suo servo, scesi nell'aldilà per ricondurre sulla terra Euripide, vengono traghettati da Caronte. Dioniso, travestito da Eracle, ha bussato alla porta di Plutone, ma viene attaccato duramente da Eaco, il guardiano, che elenca tutti i guai che ha combinato quel violento di Eracle e gli augura di tutto e di più, imitando e parodiando i versi di una tragedia di Euripide (autore di tragedie contemporaneo di Aristofane): *Così la roccia dal tenebroso / cuore di Stige* (fiume infernale) *e il sasso / di Acheronte* (altro fiume infernale) *che goccia / sangue ti incatenino / e le cagne randagie / del Cocito* (sono le Erinni, le furie infernali): *la Vipera / dalle cento teste che / le viscere deve sbranarti. / Ai polmoni ti si deve / attaccare una murena / di Tartesso* (rinomata per le sue murene, ma qui c'è il gioco di parole Tartesso-Tartaro) *i reni* (νεφροί) */ insanguinati con tutte / le budella ti devono / strappare le Gorgoni* (mostri dalla testa di serpenti) */ Titrasie* (le gorgoni abitavano la Libia, ma qui si gioca col nome di una zona dell'Attica, Tithras) *cui subito / muovo il piede veloce.*



Il testo del giuramento di Ippocrate



# Notizie dall'Associazione

a cura di Maria Ruggio

## III CONVEGNO SU "GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO: NEFROLOGO E GERIATRA A CONFRONTO"

Al Gran Hotel Trento dal 9 al 10 maggio 2013 ha avuto luogo la terza edizione del Convegno organizzato congiuntamente dai reparti di Geriatria e Nefrologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento. Il convegno nasce dall'esigenza di seguire la popolazione anziana, negli ultimi anni sempre più numerosa, che, secondo i dati, presenta un quadro di insufficienza renale tra il 6 e il 10%. Fra le varie patologie che determinano l'elevata incidenza di malattia renale si annoverano l'ipertensione essenziale, l'ipertensione nefro-vascolare ed il diabete. L'elevata incidenza di popolazione anziana con patologia renale impone anche una corretta conoscenza di come trattare questi pazienti. In particolar modo sia come diagnosticare le malattie renali, come gestire i pazienti nefropatici anziani da un punto di vista dell'assistenza geriatrica, come valutare correttamente i fabbisogni della persona anziana, le sue capacità funzionali ed intellettive e infine come trattare e quali terapie sostitutive utilizzare nei pazienti geriatrici. Dal rifiuto della dialisi al trapianto del rene, dai test di valutazione funzionale cognitiva al trattamento dell'osteoporosi, tutti i temi sono stati sviluppati in modo approfondito e hanno avuto un pubblico partecipe e attivo. Il convegno è stato aperto e chiuso dagli interventi dei dott. Brunori e Noro.



## SETTIMA EDIZIONE DI RENART

Inaugurata venerdì 31 maggio a Palazzo Trentini, in Via Mancini a Trento, la mostra RenArt 2013 – Artisti per la donazione, proposta dall'A.P.A.N. e patrocinata dal Comune e dalla Provincia di Trento, è rimasta aperta dall'1 al 15 giugno. La mostra di pittura è stata l'occasione per svolgere un'ampia campagna pubblica e sociale per sensibilizzare la popolazione di tutta la provincia nei confronti della prevenzione e della diagnosi precoce dell'insufficienza renale. Gli artisti che hanno dato la loro adesione all'esposizione del 2013 sono stati, oltre all'architetto **Alessandro Goio**, che è stato anche uno degli organizzatori della mostra, **Claudio Foradori** di Calavino, il noneso **Roberto Perini**, il genovese **Franco Ricci**, l'architetto e insegnante **Silvana Todesco** e **Simone Turra** da Tonadico, accomunati – ha detto presentando dipinti e sculture il professor **Aldo Nardi**, curatore della mostra, – da uno "sperimentalismo della complessità", tradotto in linee e colori che ciascun osservatore deve interpretare in modo soggettivo. L'associazione è stata rappresentata dalla Presidente Serena Belli, che ha lasciato a Cristina Comotti, nefrologo dell'ospedale Santa Chiara, mettere in risalto il rapporto stretto del reparto dell'ospedale Santa Chiara con l'Apan. La presenza del Presidente del Consiglio provinciale **Bruno Dorigatti** insieme all'assessore alla cultura del Comune di Trento, Lucia Maestri, hanno ben sottolineato l'interesse per l'iniziativa dei due enti che hanno concesso il patrocinio assieme alla Provincia Autonoma stessa.

# Notizie dall'Associazione

## GITA SOCIALE A BERGAMO

Meta della gita che ha visto la solita allegra partecipazione degli iscritti è stata la città di Bergamo. Partiti l'8 giugno da Trento siamo stati accolti a Bergamo da una guida appassionata e coinvolgente che ci ha fatto scoprire la città alta illustrando con dovizia di particolari e aneddoti interessanti piazze, chiese, dalla Cattedrale alla Basilica di Sant'Alessandro, e personaggi, dal Colleoni a Donizetti. Il pranzo in un bel ristorante del centro e un secondo giro in città sono stati seguiti dalla merenda, dolce e salata, a cui non abbiamo resistito. Il rientro in pullman, dopo una giornata di sole e cultura, è stato "alleggerito" dalla lotteria che ha premiato tutti i gitanti.



## INCONTRO DELL'APAN CON LA SCUOLA MEDIA

Anche quest'anno il dottor Brunori, primario del Reparto di Nefrologia e Dialisi di Trento, con la presidente dell'APAN Serena Belli ed un giovane trapiantato renale, Loris Puleo, sono andati presso la Scuola Media di Cognola Comenius, a parlare di prevenzione della patologia renale e di donazione di organi. Dopo l'intervento del dottor Brunori che ha parlato ai ragazzi degli aspetti medici e preventivi di questo gruppo di patologie, è intervenuto Loris che, con parole piene di emozione, ha raccontato la sua storia. I ragazzi e gli insegnanti erano molto coinvolti ed hanno ascoltato con vera partecipazione. Crediamo che valga la pena ripetere l'esperienza nelle scuole, rivolgendoci anche a ragazzi più grandi.



## CENA SOCIALE

Il 24 novembre avrà luogo la cena sociale presso il Grand Hotel Trento. I soci verranno informati via posta, come d'abitudine.

## IN NEFROLOGIA SOLO FIOCCHI ROSA

Il personale sanitario femminile del reparto di Nefrologia e dialisi, durante questo 2013, ha scommesso sul rosa e sono nate tre bambine.

Congratulazioni, quindi, a mamme e bambine: Camilla con Caterina, Romina con Diana e Diana con Agata.

Tutto il direttivo APAN si unisce in un augurio festoso.





Si è conclusa la settima edizione di RenArt

## Tra geometrismi e invenzioni di colore

di Aldo Nardi

**P**resso le sale di Palazzo Trentini a Trento si è conclusa la settima edizione della rassegna d'arte *RenArt-Artisti per la donazione* organizzata dall'Associazione provinciale

amici della Nefrologia. L'iniziativa, che rappresenta ormai un appuntamento tradizionale per il pubblico trentino, costituisce anche uno dei pochi esempi di collaborazione tra

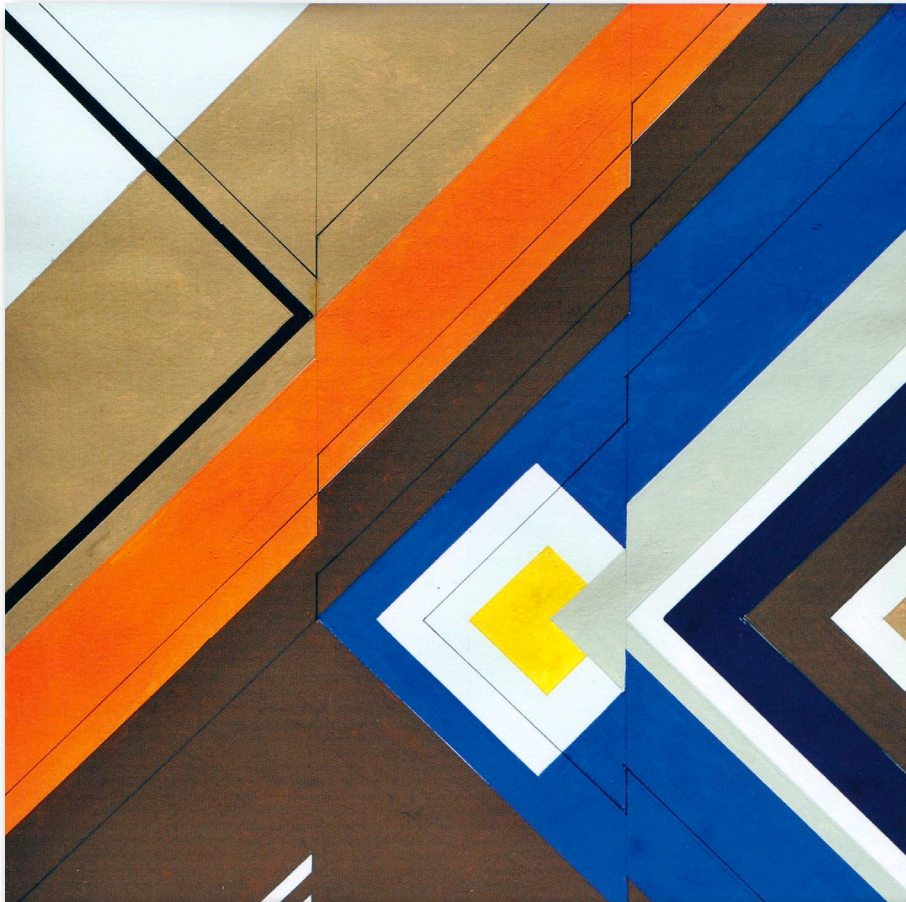
diversi campi operativi come nel caso delle arti figurative e della scienza medica. Nel caso specifico lo scopo principale rimane sempre quello di sensibilizzare la popolazione sulle patologie renali, ma anche quello di consolidare il legame esistente tra le realtà culturali che operano sul territorio provinciale e nazionale. Gli artisti che hanno dato la loro adesione all'esposizione del 2013 sono, oltre ad **Alessandro Goio**, che è anche uno degli organizzatori della mostra, **Simone Turra**, **Franco Ricci**, **Roberto Perini**, **Silvana Todesco** e **Claudio Foradori**.

Le tensioni espressionistiche di una scultura essenziale che limita al massimo le linee-forma nello spazio le possiamo trovare nelle opere di **Simone Turra**, artista originario di Transacqua (Tn) diplomato all'Accademia Brera di Milano. Le sculture di Turra si presentano alla stregua di una sintesi compatta di anatomie maschili e femminili che, nel rispetto di un solido antropomorfismo, si sviluppano come un processo non definitivo, una sorta di smaterializzazione del volume per restituire all'osservatore il compito di riempire, con la propria concezione interpretativa, lo spazio residuale. Turra si assume il compito di tradurre le vicende sensoriali ed emotive nella rappresentazione scultorea fatta di figure che contrappongono alle forme pure uno campo "denso", ricco di effetti simbolici. In questo modo, la figura umana viene ricollocata al centro dello spazio per acquistare energia propria, una forma primaria, una primitività della materia quale diretta conseguenza del gesto che la



Simone Turra, *Mauro*, 2012 - bronzo h cm 45





Franco Ricci, *Studio per grande composizione*, 2009 - tempera e china su carta Fabriano cm 34x34

trasforma. L'Artista plasma con abilità tecnica le sue creazioni nelle quali oggettività e soggettività finiscono per fondersi realizzando un convincente ordine linguistico nell'impianto narrativo-compositivo e nel virtuosismo generativo, fino a riportare l'evento intimo all'inevitabile dialogo con la realtà.

Quella di **Franco Ricci** è un'astrazione su base costruttiva, caratterizzata da un accentuato geometrismo dove l'analisi rigorosa delle forme astratte stabilizza il repertorio di possibilità espressive. Il colore completa l'ordine con il quale la superficie viene esplorata attraverso un registro linguistico che si apre a sempre nuove manifestazioni creative.

L'*excursus* di Ricci è caratterizzato da una ricca progressione di esperienze articolate tra Genova (dove è nato) e Milano (dove si è trasferito negli anni sessanta), a cui dobbiamo aggiungere un soggiorno in Brasile, durante il

quale ha l'opportunità di conoscere Oscar Niemeyer, il grande architetto brasiliano morto a Rio De Janeiro all'età di 104 anni. Franco Ricci si è occupato di grafica pubblicitaria, di arredamento e di disegno industriale, tutte espressioni che, in varie forme, possiamo rivivere nelle sue astrazioni cromatiche e nelle sue geometrie (si vedano, in particolare, *Superficie Alfa* e *La sommità delle cupole*, entrambe del 2003).

Anche per questo artista si fa strada un elemento chiave dell'espressione artistica, ovvero l'ambiguità della forma unitamente al costante cambiamento dell'immagine che, oltre ad avere solidi maestri (si pensi soltanto alla permutabilità delle strutture binarie dell'ungherese Victor Vasarely), si propone di articolare l'opera sulla base di precisi canoni geometrici. Un tipo di pittura, quella dell'artista genovese, che si inserisce, sia pure storicamente, in quella sorta di "cortocircuito" che caratterizzò il mondo dell'arte a caval-

lo tra gli anni cinquanta e sessanta, di totale abbandono dell'arte figurativa e dove l'affermazione prevalente divenne quella di un'espressione creativa libera e vitale, qual è appunto la pittura di Franco Ricci.

Nativo di Cles (Tn), **Roberto Perini** ha vissuto tra Cavalese e Pergine. A Verona ha studiato restauro e valorizzazione del patrimonio storico-artistico e dal 1991 lavora presso la Soprintendenza per i servizi storico-artistici della Provincia di Trento. Si avverte, in questo artista, un'impostazione grafica connotata da marcati tratti simbolici. Se corrisponde al vero che in un'opera d'arte vi sono gli indizi di qualcosa che, al di là di ciò che i nostri occhi possono vedere, costituisce un "mondo", allora le opere di Roberto Perini disegnano un "mondo" non solo originale dal punto di vista stilistico, ma anche caratterizzato dalle pulsioni inconscie dell'autore. Pulsioni i cui significati più profondi rimandano ad un cosmo polivalente radicato in un *tempo altro*, dove la forza del simbolo, degli elementi primari ed il sogno possono diventare parti centrali della ricerca.

Nell'elaborazione artistica di Perini sono evidenti le opere contrassegnate da una vera e propria trama di matrice incisoria, che rimanda ad una produzione sconfinata con solidi esempi in Piranesi, Pedersoli, Escher per arrivare a Bellomi e a Bordignon, solo per citare alcuni di coloro che hanno dato una vigorosa impronta all'illusione scenografica e decorativa (si vedano, ad esempio, i due quadri: *In portale per quel giorno*, del 1998, o *Non uscire, ti ho aspettato*, del 1994) e dove l'abilità compositiva del disegno e dell'invenzione di forme produce una misteriosa concatenazione che induce allo spaesamento, ma al tempo stesso attrae. Qua e là appare una nota di colore come nel quadro *Il piccolo albero rosso*, del 1996, dove il "piccolo albero" è condensato in una sorta di macchia rossa posta al centro dell'opera circondata da sinuosi tocchi di azzurro e di bianco. È un modo evidente di richiamare il concetto di solitudine come laboratorio privilegiato della comunicazione umana. Viene da





Roberto Perini, *Tre giornate da ricordare*, 2011 - tecnica mista su carta cm 100x70

pensare che avesse ragione Osvaldo Licini quando diceva che la pittura è l'arte dei colori e delle forme liberamente concepite, dove predomina la fantasia e l'immaginazione, ovvero: la poesia.

La proposta artistica di **Claudio Foradori** esprime una concezione spaziale del colore che si autoalimenta per diventare struttura stessa dell'opera. Qui è il colore, nelle sue decise campiture che cattura la forma, la ingloba e ne fa un'appendice superflua

nella rappresentazione della memoria. Al contrario, il gesto dovrebbe supplire a tali carenze e, per quanto possibile, restituire alla sintesi cromatica il compito di rinnovare la suggestione occupando una porzione di spazio che prelude ad una costante attesa. Attesa di un nuovo "segno", di una reinventata esplorazione, un nuovo "insediamento", dove la materia si affida ad un'inedita ipotesi mentale. Con l'ausilio di una tecnica che utilizza più materiali: acrilici, sabbia, vetro, acciaio, Foradori è in grado di dialo-

gare anche con l'elemento naturale al di là delle forme, ma salvandone i contenuti e, anzi, ponendoli sul mero piano della valorizzazione sensoriale. Per quanto riguarda la pittura, il contributo di Foradori si inserisce a pieno titolo in quello che è stato definito astrattismo non geometrico, basato sui contrasti di colore, laddove la superficie, tuttavia, non risulta mai colorata uniformemente. Nelle sue opere l'artista si pone in antitesi con le posizioni che puntualizzano il distacco dalla natura (si pensi, ad esempio, a Clyfford Still), perché "essi stessi sono la natura". In Foradori, al contrario, la natura è sempre presente, anche concettualmente, perché è proprio da essa che l'artista riceve le vibrazioni e la luminosità che vengono trasferite sulla tela o, più ancora, nelle sue sculture. Anche se si tratta di un equilibrio instabile in cui i dettagli sono esclusi da ogni finzione rappresentativa e dove il *continuum* spazio-temporale è condensato nella stratificazione materica o cromatica quale frammento iconico del mondo sensibile.

Per **Silvana Todesco** (foto in copertina) si direbbe che, il principio legato ad una visionaria pseudo-realtà, individuabile nell'automatismo psichico puro di matrice surrealista, possa caratterizzare, almeno in parte, l'impostazione pittorica di quest'artista nata in Svizzera, ma residente in Trentino. Una pittura, quella della Todesco, che si muove attraverso un equilibrio tanto instabile quanto improbabile, ma anche delicato come delicato è l'equilibrio della natura che l'uomo assai spesso tende a violare. Una proposta artistica che ha negli "sviluppi floreali" un'apparente oggettivazione della realtà, per svilupparsi progressivamente fino a diventare, come si evince nelle opere più recenti, un'elaborazione onirica nella quale l'inconscio gioca un ruolo fondamentale. I fiori diventano così "escrescenze" che si fanno spazio tra superfici murarie, escono dalle rocce o sono appesi, come le foglie, non ad un solido appiglio, ma ad una piuma leggera che fluttua nell'aria: simbolo del cielo, ma anche della ricerca di un'unione tra mondo materiale e mondo spirituale. Nello stesso





Claudio Foradori, *La notte del tempo*, 2008 - acrilico su tela cm 100x80

momento in cui, come appare in un suo quadro, l'artista *ha* un sogno, essa è in un sogno, e ciò che il sogno ha prodotto diventa composizione con il suo intrecciarsi di significati, talvolta discordanti epperò sempre attraenti. L'effetto della luce sulle superfici è reso nella sua essenza e in questo prende forma il clima irreal dal quale ci sentiamo presi: un senso di smarrimento che pone le basi al potere del pensiero.

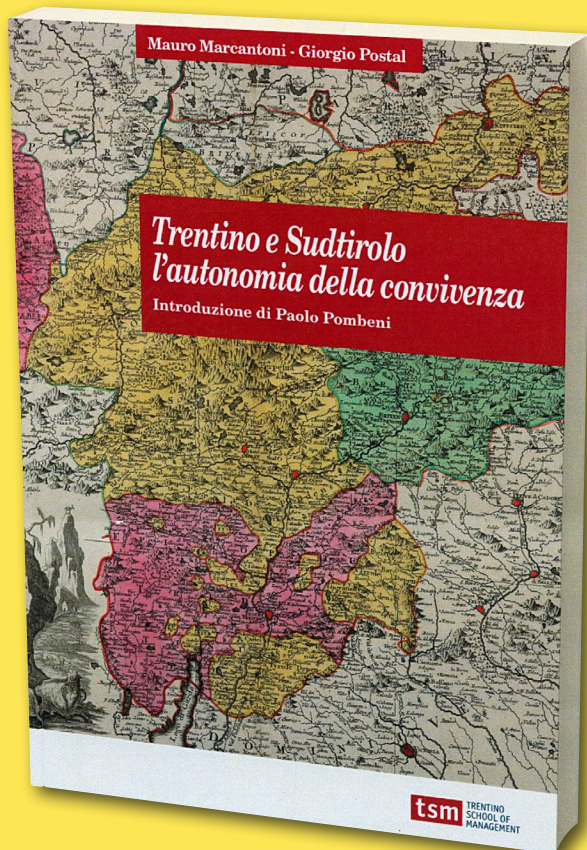
Per parlare di **Alessandro Goio** dobbiamo concentrare la nostra attenzione sulle potenzialità del segno e, soprattutto, sul rapporto materia-colore. Nella pittura di Goio troviamo accuratezza del tratto e un appunto grafico che tende a rimodellarsi continuamente. I ritmi, le proporzioni, gli

Alessandro Goio, *Teoria di stringhe*, 2013 - tecnica mista su tela cm 50x50



equilibri sono studiati senza lasciare nulla al caso. Il progetto dell'Artista, negli accostamenti e nei toni della sua tavolozza, è formalmente definito in un *a priori* che pre-definisce la composizione e solo in parte può incidere *in itinere* sulla relativa realizzazione. Tutto questo alla luce di un processo che non ha la presunzione di ribaltare il disordine del mondo. Il risultato del prodotto artistico si caratterizza per l'intensità dello strumento espressivo, a suo modo deideologizzato, come avviene ormai da tempo in gran parte dell'attività culturale. Tuttavia, se lo strumento espressivo è intenso, esso è anche inattuale, dal momento che il valore della sua "cifra" sperimentale risulta sempre meno impugnabile come presupposto dell'avanguardia. Prende così corpo il risultato che, in Goio, così come in molti altri artisti che sono saliti alla ribalta a partire dagli anni ottanta (pensiamo per un attimo agli esponenti della *Transavanguardia*) ha superato il concetto di *stile* e di *punto di vista privilegiato*, per sposare, invece, lo sperimentalismo della complessità, con i suoi elementi astratti e figurali, che possono saldarsi tra loro al di fuori di qualsiasi vincolo stilistico.





Il nostro vice presidente APAN, on. Giorgio Postal, ha di recente pubblicato un altro interessante libro che parla della nostra autonomia

**Mauro Marcantoni - Giorgio Postal**  
**Trentino e Sudtirolo, l'autonomia della convivenza**  
 Introduzione di **Paolo Pombeni**

*“Veniamo, trentini e sudtirolesi, da una storia dove la questione delle convivenza tra etnie e culture diverse, per secoli è stata centrale. [...]”*

*Ne è nata un'autonomia della convivenza del tutto peculiare, che merita di essere meglio conosciuta per avere la consapevolezza di cosa è stato fatto e che cosa resta ancora da fare, per sapere da dove veniamo e per capire dove vogliamo andare.”*

## ALCUNE STRATEGIE PER DIFENDERE I NOSTRI RENI

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



A Durban, in Sudafrica, i Mondiali per trapiantati

## L'esperienza della nazionale di volley

**S**i è svolta la XIX edizione dei **Giochi mondiali per trapiantati** a Durban, dal 28 luglio al 4 agosto scorso, e abbiamo ricevuto da Loris Puleo, 35 anni, a cui è stato trapiantato il rene il 6 dicembre 2007, notizie e impressioni circa la sua partecipazione al Mondiale di Pallavolo.

*"È stata un'esperienza fantastica, che mi ha letteralmente travolto... Messo piede sul campo da gioco, sentivo di non essere solo... sapevo che "lui" era lì con me, perché era solo grazie a "lui", al suo dono, che avevo la fortuna di trovarmi su quel campo, a rappresentare i colori della nazionale italiana; ad ogni salto, ad ogni schiacciata, era come se saltasse assieme a me, ed io saltavo assieme a "lui", ed ogni palla che mettevamo a terra, era come uno schiaffo alla "bestia", perché si può sconfiggere, la bestia... e noi lo abbiamo fatto! Una seconda chance, tutti dobbiamo avere una seconda chance, ed è solo grazie alla donazione che si può avere questa possibilità!"* ci scrive Loris, uno dei 1500 atleti a rappresentare 50 nazioni.

Gli italiani hanno vinto contro Stati Uniti e Svizzera e perso con Ungheria e Argentina, che sono state le due finaliste. Per completare la squadra, gli atleti italiani di pallavolo hanno dovuto ricorrere a giocatori di altre discipline, vista la mancanza di sponsor disposti a finanziare adeguatamente la partecipazione degli sportivi. Il medagliere è comunque di tutto rispetto: un oro, sette argenti e sette bronzi. Loris è già proiettato verso i prossimi mondiali, che si terranno a Mar del Plata nel 2015.





Il racconto

# La cintura

di Anna Maria Ercilli

**D**alla stanza arriva il rumore di cassetti aperti e richiusi, un tonfo, lo stropicciare della carta, il fruscio delle giacche appese, spostate avanti e indietro. Il rumore dell'anta richiusa seguito dal lungo sospiro di delusione o stanchezza, non si capiva.

– Zio cosa fai, cerchi qualcosa nell'armadio? – chiede Luisa, la giovane nipote.

– Non so dove ho posato la cintura, non la trovo, mi serve per i pantaloni nuovi. Dove può essere, forse nell'altro? – risponde.

bene cosa è successo nella mattinata, lo sa, ma tace.

Mentre lo zio si allontana, va alla finestra e guarda l'ampia chioma del fico, bello a vedersi, bello ma che ha corso il rischio di finire ingloriosamente spezzato in due. Quella mattina era arrivato Nino suo compagno di classe, dovevano ripassare assieme inglese e algebra per l'esame di maturità. Stavano sulla porta d'entrata indecisi se entrare subito o raccogliere i fioroni maturi del fico. La gola vince spesso il dubbio. Si ritrovarono arrampicati sui rami più grossi della pianta.

coglie i frutti e li posa sul muro, sposta le foglie per guardare, quando sente un rumore continuo come di frattura, crede sia un rametto spezzato, guarda in basso e vede una profonda fessura nel tronco dove si biforcano due grossi rami.

– Scendi Nino, subito, si rompe l'albero, presto presto scendi, cadiamo tutti. –

Si ritrovano spaventati vicino alla casa, il fico maestoso si sta aprendo a metà. Cosa fare, pensano, non è possibile perdere l'albero. Luisa ha un'idea – Vieni Nino, aiutami a cercare qualcosa di robusto per legare i due rami. –

Entrano nelle stanze e nello scantinato, rovistano, prendono corde, cinture, pezzi di tela, mastice, gomma della bici, cordini per arrampicate e ritornano dall'albero. Sono giovani e la forza nelle braccia non manca, in due riescono a fermare la frattura, la restringono, avvolgono con una striscia di stoffa il tronco, poi usano due cinture di cuoio per mantenere ferma la saldatura, per ultimo una passata di mastice sulla ferita. Il soccorso è riuscito, si abbracciano saltellando felici, guardano il loro capolavoro. Due belle cinture nuove messe al posto giusto. In famiglia non dicono niente per non fare la figura dei babbei, tutti sanno quanto sia fragile la pianta di fico, una tacita legge tramandata che nessuno può ignorare.

Luisa fingeva di cercare la cintura dello zio ogni volta che lo sentiva lamentarsi della memoria scadente – sto invecchiando male, la memoria mi fa troppi scherzi – ripeteva rassegnato.

Passato il tempo degli esami, Luisa e Nino aiutarono lo zio tanto bene che un giorno trovarono la cintura dove credeva di averla lasciata, appesa nel guardaroba. Nuova.



Luisa prova a nascondere l'imbarazzo, arrossisce, raschia la gola con un colpo di tosse e, con voce più sicura, suggerisce allo zio dove guardare per ritrovare la cintura dei pantaloni. Sa

– Come sono buoni, non scenderei più dall'albero, questa è la colazione che mi piace – Nino mangia rumorosamente fra i rami.

Un paio di rami sotto di lui, Luisa rac-

Pillole di nostalgia

## La mia Africa

di Elisa Grazioli

**I**l mal d'Africa solitamente colpisce tutti quelli che mettono piede in questo continente e i sintomi si manifestano non appena lo si lascia. Se si è vissuto almeno un po' d'Africa, non si può fare a meno di volerci ritornare e respirare la sua vita. È una malattia senza guarigione, che è difficile da spiegare ai "non malati".

Qui la terra è rossa, l'erba è verde, la luce è intensa, il cielo di giorno è azzurro intenso, essendo più vicino alla terra di quanto non sia ad altre latitudini. E la sera regala uno spettacolo luminoso di stelle che, in assenza di inquinamento atmosferico, illuminano la notte. La Via Lattea appare subito con tutta la sua luce, anche all'osservatore meno attento. Forse sono proprio questi colori che mi hanno riportata qui in Tanzania, colori che mi accompagnano ogni giorno in questa esperienza di volontariato.

Qui ogni cosa è intensa, dal profumo dell'olio di girasole, all'abbraccio di un bambino, fino al sole che picchia sulla testa ricordandoti che qui la vita non è facile. Specialmente per noi *wageni*, ovvero stranieri, qui la vita non appare facile: il caldo, il sole che ti segue tutto il giorno e rende tutto più lento, l'acqua che è diversa e così il cibo. Il nostro corpo è catapultato in un ambiente sconosciuto e solo piano piano si abitua al cambiamento.

Così come per il nostro corpo, ci sono dei cambiamenti che avvengono piano piano anche nel nostro voler aiutare il prossimo: dobbiamo avanzare con prudenza. Una frase di Giuseppe Alamanno, un missionario che ha operato in Africa, esprime perfettamente il concetto: *"Non dobbiamo semplicemente fare il bene: dobbiamo farlo con diligenza e nel miglior modo possibile. La pazienza va seminata dappertutto."* Pazienza: una parola che mi è tornata

spesso in mente in questo periodo. Ma tutte queste sensazioni ed emozioni in che parte dell'Africa mi hanno portata? Vi sto scrivendo dalla Tanzania-Iringa-Tosamaganga, dall'orfanotrofio delle Suore Teresine, KITUO CHA WATOTO YATIMA. Questa casa sarà la mia casa e le persone che ci lavorano ed i bambini che la abitano saranno la mia famiglia. Una famiglia composta da sessantasei bambini, che variano dal mese ai sei anni di età, sei suore, una ventina di dade ed altri 3 volontari tedeschi. I sessantasei bambini sono divisi in quattro gruppi: i lattanti, i piccoli, i medi ed i grandi. Il gruppo che seguo personalmente è quello dei piccoli: dai nove mesi ai tre anni. Come passo la giornata? Da queste parti la giornata inizia presto: con i bambini, si sa, è normale! Verso le 7.30, dopo aver fatto colazione, mi reco nella stanza dei *miei* bimbi che mi scorgono da lontano e iniziano a chiamare *"Elisa, Elisa, dada Elisa!"*.



Queste vocine che urlano il mio nome sono una cosa bellissima e i loro occhi che mi cercano per un'attenzione, una coccola o semplicemente uno sguardo, mi riempiono il cuore e mi scaldano la giornata. S'inizia riempiendo i biberon ed i bicchieri di latte per la colazione, si cambiano pannolini e si lavano i bambini, poi tutti in cortile a giocare. C'è chi è alle prese con le prime parole: *mamma-dada*, anche Elisa è diventata una delle prime loro parole, non potete immaginare la gioia nel sentire una vicina pronunciare il mio nome; in quel momento il mio cuore batte a mille. Altri sono alla scoperta del mondo visto a quattro zampe e quindi iniziano a gattonare dappertutto, alla ricerca dei loro amici. Poi ci sono quelli che piano piano cercano di prendere il via alzandosi e provando a camminare da soli. I progressi sono quotidiani: dal rimanere in piedi, al camminare con l'aiuto di due, una mano...e poi vedi che lasciano la presa e cercano di avanzare da soli! Ogni giornata ha il suo evento, Joseph ha fatto i primi passi, Enjoy ha detto la sua prima parola, Lecho ha imparato a battere le mani, queste sono delle soddisfazioni che mi riempiono il cuore di gioia. Poi ci sono anche i più grandicelli del gruppo, che corrono e ti saltano addosso nella ricerca di un abbraccio, un contatto o che ti chiamano per farsi vedere scendere dallo scivolo o semplicemente per giocare con dei tappi di bottiglia. A metà mattinata c'è l'ora del semolino, quindi si recuperano i sedici bambini sparsi per il cortile, li si fa sedere uno accanto all'altro su un *kitenge* (tessuto africano) con il proprio bavaglino e, in gruppo, si inizia ad



imboccarli. Questo momento è caratterizzato da molti suoni: da chi è affamato e chiede da mangiare "a me! a me!" oppure da chi piange perché ancora non sa a parlare. Poi tutti a nanna. Questo è l'intervallo che io dedico allo studio del kiswahili, che sto imparando con l'aiuto di uno dei volontari tedeschi. Verso metà pomeriggio c'è nuovamente l'ora della merenda, del cambio pannolino e tutti a nanna fino alle otto di sera. La giornata si conclude con un'ultima poppata e poi raggiungiamo Morfeo, nel cuore della notte africana. In questo gruppo di bimbi c'è Neema, una bimba che ha bisogno di assistenza particolare perché non è autosufficiente, a causa di un problema cerebrale. Con Neema mi reco in città, a Iringa, due volte a settimana, per un'ora di fisioterapia in un Centro specifico per bambini; gli esercizi vengono poi ripetuti giornalmente, a casa. Quest'anno Neema ha compiuto 3 anni, il nostro primo incontro risa-



le all'estate 2012: era sdraiata a pancia all'aria su una coperta ed osservava sorridendo gli altri bambini. Abbiamo incrociato i nostri sguardi, lei mi ha sorriso e in quell'espressione mi chiedeva di andare a giocare con lei, e così è stato. Con un mio amico, Matteo, abbiamo pensato che sarebbe stato bello dare a Neema una possibilità, e abbiamo deciso di adottarla a distanza per aiutarla nel suo cammino e abbiamo trovato appoggio anche in Italia. Di questa mia esperienza africana ho voluto tenere un blog, del quale riporto qui sotto l'indirizzo, nel quale cerco di esprimere la piccola parte d'Africa che sto vivendo, attraverso i miei pensieri ed i miei occhi. So che non è la stessa cosa che viverla in prima persona, ma spero tanto di arrivare ai vostri cuori e farli battere almeno una volta come il mio cuore sta battendo in questo momento.

<http://www.unatwigaintanzania.blogspot.it>



Bruno Filippi (a sinistra) e Mario Gardumi (a destra), all'inizio della loro brillante carriera nell'arte pasticciera

La prima operazione è quella di tostare il cacao. Per fare questo è bene usare una padella di latta invece del *comal*, perché l'olio che secernono i chicchi penetrerebbe nei pori del *comal*. È importantissimo seguire alla lettera queste indicazioni, perché la bontà della cioccolata dipende da tre fattori, e cioè: dal fatto che il cacao sia sano e non avariato, dal mescolare diverse qualità di cacao e, per ultimo, dal grado di tostatura (...).

Sono questi i consigli per la preparazione di *Cioccolata* e *ciambelle dell'Epifania* nella descrizione che ne dà la scrittrice messicana Laura Esquivel nel noto romanzo *Dolce come il cioccolato*. Ci siamo permessi questa citazione letteraria per richiamare l'attenzione sul fatto che, se la cucina è un'arte, la pasticceria, in particolare, è un'arte al quadrato, dove le dosi, la qualità della materia impiegata, l'abilità e l'esperienza del pasticciere costituiscono un tutt'uno per la realizzazione del prodotto finito. La breve citazione tratta dal romanzo della Esquivel è solo uno dei tanti esempi che possiamo trovare nella letteratura nazionale e internazionale a proposito delle "magie culinarie" (e ancor più dolciarie) e dei relativi effetti che tali magie possono avere, oltre che sul gusto anche sulle relazioni tra gli individui (basti pensare per un attimo al ruolo di Conrad nel famoso romanzo di

Harry Kressing *Il cuoco*, o al racconto di Karen Blixen *Il pranzo di Babette*, e alla relativa versione cinematografica).

Quando pensiamo a certe torte, ai pasticcini, alle creme, alla panna e al cioccolato difficilmente riusciamo ad evitare di cadere nella tentazione di gustarne fragranze e aromi, per gratificare la nostra gola e, perché no?, per compensare qualche nostra carenza affettiva o qualche delusione che ci riserva la vita. E poi, ci sono i dolci per le feste, quelli decorati, glassati, farciti, ai frutti di bosco, meringati, con la marmellata, ci sono i dolci al limone, alle mandorle, le millefoglie ed altro ancora.

Ci siamo permessi questa dotta introduzione, a proposito di arte pasticciera, per parlare della pasticceria "Filippi & Gardumi", che ha sede a Trento, in via Bolghera al numero civico 34. Filippi & Gardumi, oggi, vuol dire dolci prelibati e delizie del palato, per i trentini che si accingono a festeggiare un compleanno, un onomastico o un matrimonio, insomma quanto basta per dare piacere al palato e restituire serenità allo spirito. Una carriera, quella di Mario Gardumi e di Bruno Filippi che ha avuto inizio presso la pasticceria Molinari, nel quartiere di S. Maria, nel lontano 1948, dove hanno fatto esperienza prima di diventare, a loro volta, imprenditori nel settore della pasticceria. Imprenditori nell'attuale sede della Bolghera,

Piccoli imprenditori crescono

## Le tentazioni di Filippi & Gardumi

di Aldo Nardi

nata prima come laboratorio e successivamente ampliata, nel 1973, con l'aggiunta del negozio di pasticceria. Attualmente l'impresa è gestita dal figlio di Mario Gardumi, Renzo. Al quale abbiamo posto alcune domande approfittando della sua disponibilità e della sua cortesia.

Ed è così che veniamo a sapere che Renzo Gardumi, figlio d'arte, non aveva forse nei suoi progetti originari l'arte pasticceria dal momento che aveva in mano un diploma di ragioniere e qualche corso di informatica, tant'è. Nell'estate del 1979 decide di dare una mano al padre con l'obiettivo di raggranellare qualche soldo in attesa di future scelte professionali. Per farla breve, da lì non si è più mosso, facendo quella che in gergo si definisce "gavetta". Come dice lui: *"pasticcio nel fare ragionamenti, ma ragiono quando faccio pasticceria"*. Cosa si può volere di più? Tanto più che la pasticceria "Filippi & Gardumi" non è solo un esercizio dove si vendono torte, pasticcini e bon bon. È molto di più: è un vero e proprio luogo di socializzazione in uno spazio strategico della città; un luogo in cui si scambiano con i clienti opinioni e punti di vista su questioni sociali, politiche e, perché no?, anche personali non necessariamente sempre all'insegna dell'allegria. *"Tuttavia – come mi confessa Renzo Gardumi – per quanto possibile, cerchiamo di avere un ambiente allegro e di soddisfare al meglio i nostri clienti"*. Clienti che sono ormai numerosi dal momento che Renzo Gardumi cura la clientela dei bar, mentre la moglie Elisabetta si dedica all'esposizione e alla vendita dei prodotti in negozio.

Naturalmente il nostro Pasticciere sa di dover ormai fare i conti con la grande distribuzione che tende a marginalizzare le piccole imprese artigianali, ma sa anche che la qualità, la cura e l'amore nel proprio lavoro alla lunga possono prendersi le loro rivincite sulla produzione industriale. Non è un caso che nell'edizione *Pasticcieri e pasticcerie 2013* del Gambero Rosso la "Filippi

*mentre oggi ne abbiamo 15. Noi cuociamo con forno a piastre (sopra e sotto), non con forni ad aria, ci si impiega di più, ma i risultati sono migliori"*. Alla domanda: se dovesse tornare indietro farebbe lo stesso percorso o cambierebbe qualcosa?, Renzo Gardumi ci pensa un attimo poi mi dà questa risposta: *"all'inizio non ero maturo e ho finito per accettare le scelte di mio*



& Gardumi" viene definita come "il posto «dolce» tra i più amati dai trentini, tanto che spesso ci si deve mettere in fila, come alle poste". Quando gli chiedo qual è, oggi, il mercato della pasticceria, Renzo Gardumi sembra avere le idee chiare: *"in Trentino siamo pochi e non sempre opportunamente coordinati, mentre, per esempio, l'Alto Adige, può contare su una migliore organizzazione. Quando mio padre è andato in pensione fornivamo 26 bar,*

*padre; ma se potessi tornare indietro punterei su una maggiore specializzazione, punterei sulla formazione nel settore specifico."* D'altra parte, come opportunamente ricordava Alberto Savinio, anche se il dolce non è propriamente un cibo, non dobbiamo dimenticare che l'assaporamento dei dolci richiede una naturale inclinazione alla fantasia e ai rapimenti poetici. Proprio quello che possiamo trovare alla pasticceria "Filippi & Gardumi".



Vulcani, cetacei e un mare di fiori

## Affascinanti Azzorre

di Laura Sottini\*

**F**erie d'Agosto, budget striminzito, desiderio di scoprire qualcosa di diverso. Quest'anno abbiamo deciso di sperimentare una vacanza, quantomeno insolita, sull'isola di São Miguel, affascinata dalla storia geologica dell'arcipelago delle Azzorre e dalla promessa di avvistamento di cetacei, incuriositi dall'assenza di informazioni turistiche dettagliate e di consigli da amici e conoscenti. Dopo un volo di circa

si muove con agilità, niente traffico. Il taxi ci porta in pochi minuti al nostro albergo di Ponta Delgada, capitale dell'isola. Abbiamo scelto una sistemazione modesta ma pulita e, scopriremo con piacere, posizionata giusto sopra un laboratorio-forneria che la sera tardi ci delizia con profumo di brioches e pane appena sfornato.

Appena arrivati, consultata l'unica guida turistica disponibile per le

spettata la possibilità di osservare, con un po' di fortuna, il capodoglio, la balena franca e il delfino comune. Dotati di giacca impermeabile e giubbotto salvagente, saliamo a bordo di un gommone che, uscito dal porto, si lancia a tutta velocità in mare aperto. Scopriremo, poi, che il pilota del gommone riceve da terra informazioni via radio dagli addetti all'osservazione dei cetacei che occupano le postazioni un tempo utilizzate dai balenieri per l'avvistamento. Trascorsa qualche decina di minuti, ecco che dal mare plumbeo emergono pinne grigie sempre più numerose, in gruppi o solitarie: delfini di tutte le dimensioni e fogge (delfino comune, delfino dal naso a bottiglia o tursiope e stenella maculata). Saltano e si immergono a fianco del gommone, ci inseguono poi si allontanano, ce ne sono decine e decine e siamo incantati. Viene spento il motore e rimaniamo a beccheggiare in mezzo a una mandria di animali "al pascolo". Emozionati ed entusiasti, in un attimo siamo in costume senza la minima preoccupazione per la temperatura poco invitante: ci tuffiamo in acqua e nuotiamo verso questi animali che guizzano intorno a noi o nuotano pacifici, a tratti indifferenti, a tratti apparentemente incuriositi. Osservando con la maschera sott'acqua, li sorprendiamo a spiarsi dal fondo, immobili per qualche secondo e poi di nuovo lanciati come siluri, grazie alla loro struttura idrodinamica, lisci e panciuti. Quando il gruppo si allontana rimontiamo sul gommone e li inseguiamo per poter nuotare ancora una volta in mezzo a loro. Ripartiamo poi nella speranza di poter scovare anche la balena che purtroppo, per questa volta, non vedremo.



Igreja Matriz di Ponta Delgada

4 ore da Düsseldorf giungiamo in un mini-aeroporto, dove sostano piccoli aerei ad elica utilizzati per i brevi collegamenti con le altre isole. Il clima è mite anche se il cielo è grigio e il sole non sarà una presenza assidua durante tutta la vacanza. Siamo subito colpiti dalla calma e dalla pace che regna, nonostante sia la settimana di ferragosto: turisti scarsi, ci

Azzorre, organizziamo la nostra settimana che prevede un programma denso e dinamico. Prima di tutto il whale-watching e il bagno con i delfini. Ci affidiamo a una piccola agenzia; in un breve briefing, durante il quale viene illustrato a grandi linee il mondo dei cetacei che in questo periodo dell'anno transitano nelle acque delle Azzorre, ci viene pro-



*Lagoa do Fogo*

La nostra vacanza prosegue all'insegna del trekking. Visiteremo i tre vulcani principali dell'isola: Caldeira das Sete Cidades, Furnas e Lagoa do Fogo. Con il taxi, giorno per giorno, raggiungiamo il punto di partenza degli itinerari che si svolgono sul crinale dei vulcani. Scopriamo paesini che sorgono sulle rive del lago che occupa il cratere del vulcano, troviamo le "caldeire" (caldaie), fonti caldissime le cui acque sgorgano in superficie da una profondità di oltre 100 metri e formano stagni ribollenti dai quali salgono vapori sulfurei. Il terreno in queste zone è abbastanza caldo per cuocere il cibo: pentoloni immersi in cavità del terreno servono per il "cozido", un ricco minestrone dell'isola; noi assaggiamo la pannocchia di mais cotta nella caldeira che con il suo vapore solforoso le dà un aroma speciale. I placidi laghi vulcanici, soprattutto Lagoa do Fogo, disabitato e selvaggio, con una vegetazione rigogliosa e fitta, caratterizzano un paesaggio languido e immobile, quasi sospeso nel tempo, silenzioso e pacifico, dove abbiamo potuto apprezzare il sapore di qualcosa, almeno apparentemente, incontaminato. Nel mezzo del bosco alle pendici del vulcano di Fogo abbiamo trovato una cascata dalla bellissima temperatura che si getta in una piscina di roccia: è

circondata da enormi felci e da piante di alloro selvatico, qui abbiamo potuto immergerci in un'atmosfera ombrosa e romantica. Siamo rimasti strabiliati dai parchi botanici della città di Ponta Delgada, ma, soprattutto, dallo sfarzoso "Parque Terra Nostra" di Furnas ideato alla fine del '700 e, successivamente, ampliato fino alle notevoli dimensioni odierne, 13 ettari. Al suo interno oltre a migliaia di specie botaniche suddivise per famiglie vi

sono torrenti, stagni, aiuole fiorite, grotte e siepi tra i quali vive una ricca fauna ornitologica indisturbata e per nulla intimorita dalla presenza umana. All'interno del parco, la "Casa do Parque" sovrasta quella che è considerata la più grande vasca termale d'Europa, progettata negli anni '30, alimentata da una sorgente naturale a 30°C: l'acqua è di un colore intenso rosso-bruno dovuto alla presenza di ossidi di ferro. Lo scenario è suggestivo e irrealista: pochi bagnanti si immergono in questa atmosfera di pace e silenzio ed è un piacere lasciarsi cullare per un lungo e benefico bagno ristoratore dopo la passeggiata nel parco.

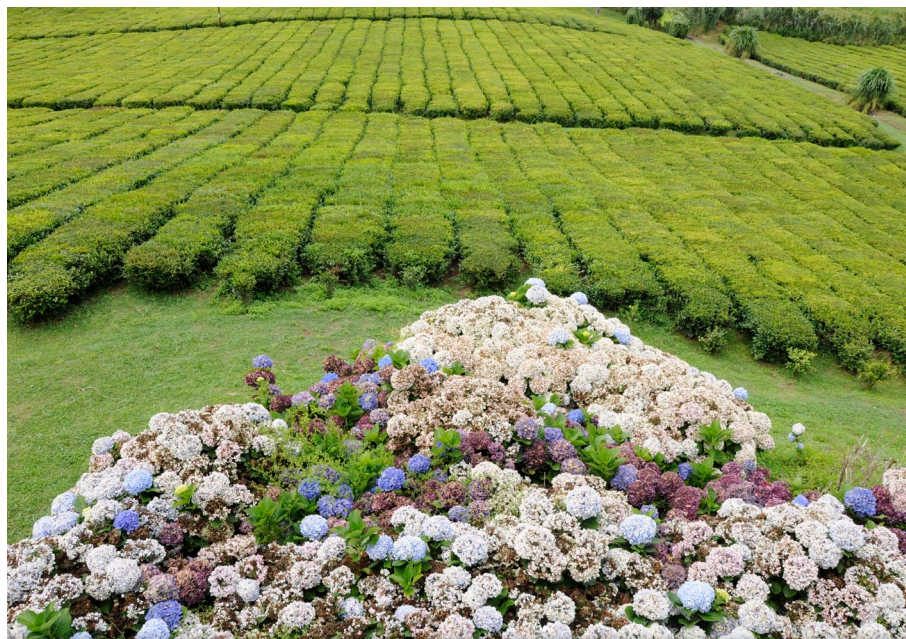
Ci siamo mossi sull'isola con pullman di linea e taxi. Il paesaggio è mutevole, ma ovunque si osservano file di ortensie azzurre a delimitare strade, giardini e campi coltivati. Solo per un giorno abbiamo affittato l'auto per raggiungere Mosteiros, un villaggio di pescatori, all'estremità occidentale dell'isola, che deve il suo nome ("Monastero") ai faraglioni che troneggiano nella baia e ricordano un monastero con un gruppo di monaci. A nord del paese si trovano le "piscinas naturais", una zona rocciosa con numerose piccole pozze tra le rocce laviche nere e aguzze abitate da colonie di gabbiani. Da Mosteiros abbiamo raggiunto il piccolo porto di



*Caldeire di Furnas*



Capelas che si trova sotto una parete di roccia incombente sulla costa settentrionale dell'isola. Anticamente da qui partivano i cacciatori di balene; oggi troviamo pochi annoiati pescatori apparentemente dilettanti; lo scenario è spettacolare e intenso, i flutti si infrangono sulle rocce e ci fermiamo ad osservare l'orizzonte nella speranza di avvistare il capodoglio. Sulla via del ritorno verso Ponta Delgada abbiamo deviato per effettuare due brevi soste alle piantagioni di tè "Chà Porto Formoso" e "Chà Gorreana", dove cresce l'unico tè d'Europa. I campi si stendono su una striscia di terra sopra la costa tra Ribeira Grande e Maia; osserviamo coltivazioni ordinate, file "squadrate" di piccole piante con foglioline lanceolate verdissime, distese su dolci colline che degradano verso l'oceano. Durante la visita guidata alle fabbriche ci è stato spiegato come le temperature miti e le abbondanti precipitazioni creino un clima favorevole simile a quello che c'è nelle zone di coltivazione del tè in Cina; abbiamo visto le vecchie macchine inglesi e indiane utilizzate per la separazione delle foglie, l'essiccamento e la fermentazione. Abbiamo concluso la nostra visita con un assaggio di "broken leaf", la qualità più comune di tè nero.



*Piantazione di tè, "Chà Gorreana"*

Le nostre serate nella cittadina di Ponta Delgada sono trascorse all'insegna dell'ottima cucina portoghese, qui favorita dall'abbondanza di materia prima locale. Abbiamo gustato sostanziose minestre, pesce appena pescato, il classico bacalao cucinato in umido o arrosto e il tonno saporito, il manzo allevato al pascolo, ottimo grigliato con pancetta, persino un formaggio di tradizione il cui aroma caratteristico è dovuto alla menta di

montagna copiosa nei pascoli dell'isola; per chiudere il pasto dolci ricchi e stuzzicanti ma soprattutto l'ananas piccolo e dolcissimo coltivato nelle serre intorno a Ponta Delgada che abbiamo visitato e nelle quali ci hanno illustrato la complessa e affascinante maturazione del frutto.

L'architettura delle città Azzorriane non è sorprendente né fastosa, ma vi sono alcuni esempi di stile manuelino, XVI secolo, molto interessanti, quali la Igreja Matriz di Ponta Delgada e la più barocca Igreja Matriz di Ribeira Grande.

È stata una vacanza dinamica e diversa, sempre varia in un'atmosfera tranquilla e rilassata.

Questo arcipelago di origine vulcanica in mezzo all'Atlantico è stato spesso associato alla leggenda di Atlandide: il continente sarebbe sprofondato dopo numerose e violente esplosioni e avrebbe lasciato in eredità le nove isole. Credo che torneremo per scoprirle tutte affascinati da questa prima esperienza e la prossima volta, di certo, il capodoglio non ci sfuggirà.

*Caldeire di Furnas*



\* Dr.ssa Laura Sottini  
Nefrologia  
Ospedale Santa Chiara – Trento



In ospedale succedono tante storie

## Viaggio in Puglia

di Donata Borin\*

**A**nche quest'anno il carrozzone dei vacanzieri è partito, questa volta verso la Puglia. Forti dell'esperienza dell'anno scorso in Campania, abbiamo organizzato una nuova settimana di vacanza in quel di Otranto, con tanto di programma dettagliato per visitare quella stupenda parte della Puglia che si chiama Salento. Dopo la positiva esperienza nel Cilento abbiamo avuto molte adesioni e il numero dei partecipanti è arrivato a 40: 9 dializzati, 3 trapiantati, accompagnatori, simpatizzanti e autista. Purtroppo Leonida (vi ricordate l'intrepido paziente che abbiamo perso l'anno scorso ad Orvieto, poche ore dopo la partenza?), emulando il condottiero spartano alle Termopili ha pensato di affrontare con la sua Panda uno scuola bus quindici giorni prima della partenza, quindi non abbiamo potuto portarlo con noi. A scopo scaramantico abbiamo consegnato a ciascuno un cappellino con il disegno della nostra mascotte, un rene stilizzato, per ripararci non solo dai raggi del sole, ma anche permettere a noi accompagnatori di riconoscere anche da lontano i partecipanti ed evitare, almeno quest'anno, di perdere qualcuno per strada.

Sono circolate le solite leggende metropolitane su code interminabili intorno a Bologna, per cui per arrivare a destinazione in tempo siamo partiti, in una limpida domenica di maggio, alle 5 del mattino. Invece la strada è stata molto scorrevole fino all'Adriatico, tanto che abbiamo deciso di fermarci "per la merenda" a Trani. Desideravo vedere la cattedrale romanica, la cui fama mi aveva contagiato; al termine di una serie di stradine ombreggiate, improvvisamente è comparsa una



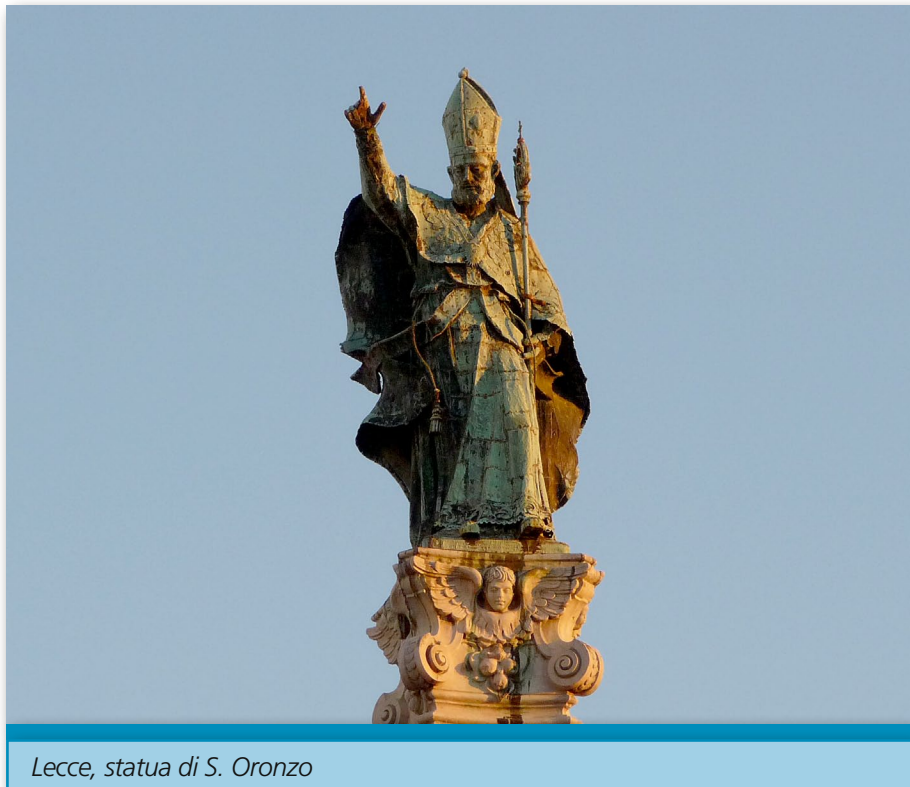
Gargano

maestosa costruzione bianca, ben stagliata e contrastata dall'azzurro del mare, armonica nelle proporzioni ed abbellita dal rosone. Il nostro primo impatto con la Puglia, insomma, è stato molto promettente. Dopo una meritata sosta e un caffè, abbiamo proseguito e siamo arrivati in serata ad Otranto.

Il mattino del giorno dopo abbiamo visitato la splendida cittadina, un altro capolavoro di architettura romanica. La nostra guida, Davide, che portava i segni di un inequivocabile deficit dell'udito, ammirevole per lo sforzo che ha fatto nel cercare di esercitare una professione che comunque gli imponeva di relazionarsi con gli altri, si è comunque messo a suo agio ed ha guidato il nostro gruppo, che forse sentiva più affine, attraverso i fiabeschi mosaici del pavimento del Duomo.

Nel pomeriggio ci siamo recati al centro dialisi per il necessario trattamento, mentre un gruppo di altri partecipanti è andato a visitare una località vicina. Qui è successo un episodio che ci ha rivelato il carattere aperto dei pugliesi. Una signora del nostro gruppo è sfortunatamente inciampata nel marciapiede ed è caduta a terra, riportando un trauma al volto. Dopo un momento di incoscienza ha iniziato a sanguinare copiosamente. Le persone sedute in un bar lì vicino, che avevano assistito all'evento, sono intervenute rapidamente e, come in un film di James Bond, in pochi istanti hanno: portato il ghiaccio per arrestare l'emorragia, transennato la zona per impedire alle macchine di passare, chiamato il 118. La vicenda si è poi conclusa con due piccole suture al vicino Pronto Soccorso, ma è rimasto molto impressa la grande umanità





Lecce, statua di S. Oronzo

della gente del posto e la sequenza degli avvenimenti è stata raccontata e commentata, con dovizie di particolari, per tutta la sera.

I giorni successivi abbiamo visitato posti stupendi: Lecce, la città barocca, Galatina, con la basilica di Santa Caterina e i suoi affreschi, Gallipoli, con i suoi pescatori e le reti, i trulli di Alberobello, la grotta della Zinzalusa. Proprio per raggiungere le grotte, e poi proseguire per Santa Maria di Leuca, abbiamo percorso la strada costiera: chilometri e chilometri di strada all'interno del parco naturale regionale: da un lato prati infiniti, cosparsi di fiori da campo viola, gialli e bianchi, dall'altro il mare, che si frangeva contro scogli e falesie a picco.

Siamo rimasti conquistati dalla cucina pugliese, ricca di sapori e resa ancora più saporita dall'olio. Ricordo in particolare la frittura di pesce, mangiata a Santa Maria di Leuca, talmente fresca che i pesci sembravano guizzare nel piatto, e così leggera che la carta assorbente su cui poggiava è rimasta praticamente pulita. Abbiamo assaggiato per la prima volta un'altra specialità, il caffè "in" ghiaccio (e non "con" ghiaccio, come erroneamente ho detto al barista, che mi ha sde-

gnosamente corretto) con latte di mandorla. Chi non l'ha provato non può capire quale celestiale sensazione porti alle papille gustative questa sublimazione di quella bevanda che comunemente chiamiamo caffè espresso.

Ovviamente, una volta tornata a casa,

ho subito provato a ricreare la magia di questa bevanda, ma quello che ho ottenuto non era neanche lontanamente parente della delizia di Lecce. Un'altra scoperta alimentare sono state le *pittule*, piccole frittelle di pasta o di verdure, proposte come antipasto. Quando giungeva l'ora di cena e noi, dopo aver girato tutto il giorno, ci sedevamo a tavola, trovare queste delizie, buone, calde, appena fritte, era una tentazione irresistibile. Insomma, abbiamo commesso parecchi peccati di gola.

Un giorno abbiamo pranzato in una masseria. Era la prima volta che ne visitavo una, ne avevo sempre sentito parlare, ma non avevo la minima idea di come fosse fatta. Ora, lasciando da parte le peripezie per raggiungere questo posto perso in un mare di ulivi, così disperso che il navigatore satellitare, nonostante ripetutamente sollecitato, è rimasto muto, ma talmente muto che ci è venuto l'impulso di buttarlo dal finestrino, lasciando da parte pure la camminata sotto il sole, che abbiamo fatto nell'ultimo chilometro perché il pullman, lungo più di 12 metri, non passava per le stradine (e per fortuna non passavano nemmeno altre macchine in senso inverso, sennò saremmo ancora là a disincagliarlo) in



Lecce, Chiesa di Santa Croce

ogni caso ne è valsa la pena, perché è stato come un balzo nel passato: l'edificio, risalente al 1500, ha conservato tutta la eleganza e il fascino di altri tempi. Abbiamo, naturalmente, mangiato benissimo, una cucina fatta con i prodotti coltivati dai proprietari e conditi con il loro eccezionale olio. Il contatto con la gente del posto, come ho già detto, è stato assolutamente gratificante. I medici e gli infermieri del Centro dialisi ci hanno accolti con grande cordialità, hanno messo a proprio agio i pazienti e hanno fatto sentire anche noi un po' a casa.

Abbiamo poi avuto un'ulteriore dimostrazione della loro disponibilità in una piccola avventura occorsa il venerdì, dopo l'ultimo pomeriggio trascorso al Centro, che merita un racconto dettagliato. Dovevamo tornare dal Centro dialisi all'albergo con 5 pazienti, ma siamo rimasti senza mezzo di trasporto perché il bus navetta dell'albergo è stato chiamato altrove per un'emergenza. Sedevamo a bordo della strada, sotto il sole ancora alto, valutando se attendere un'ora, che ci venissero a prendere, o percorrere la strada a piedi. Questa ipotesi ci sembrava poco attuabile perché non conoscevamo l'itinerario e i pazienti erano stanchi dopo il trattamento. Carmela, l'infermiera del nostro gruppo, ha lanciato un'idea quasi per scherzo: fare l'auto-stop e, senza aspettare un eventuale consenso, si è avviata verso la strada. L'ho seguita, anche per non lasciarla da sola in questo compito per noi sicuramente insolito (io non facevo l'autostop dai tempi dell'università, cioè anni luce fa), e sinceramente avevo un po' timore di incontrare malintenzionati.

Poco dopo abbiamo avvistato un'auto con all'interno una coppia. È noto che, quando si accetta un passaggio, una macchina con un uomo ed una donna è molto più sicura di un'auto con 2 uomini, ma meno sicura di una macchina con due donne o con bambini. Il massimo della tranquillità sono 2 suore, di cui una al volante. Dopo rapida consultazione, abbiamo fermato l'auto: i due stavano evidentemente tornando dopo un pomeriggio trascorso sulla spiaggia. Spiegato il caso, hanno acconsentito subito e

hanno caricato i primi 3 pazienti. Forti di questo primo positivo approccio, abbiamo fermato una seconda macchina: questa è stata la volta di una coppia con un bambino, che ha accompagnato gli altri 2 pazienti. Siamo rimaste Carmela ed io. Abbiamo fatto segno a una vecchia panda grigia, con all'interno una mamma e due bimbe. Noi eravamo oramai irriconoscibili, con i jeans sporchi di sabbia, le scarpe da ginnastica, la borsa e il telo mare, che avevamo portato per fare una scappata alla spiaggia. Insomma, come dice il proverbio, l'abito non fa il monaco, ma eravamo veramente impresentabili; tuttavia, con grande intraprendenza, ho detto: *"Signora, non ci crederà, ma io sono un medico e questa è un'infermiera, avremmo bisogno di un passaggio"*.

Il sabato siamo ripartiti: eravamo in Puglia, e non potevamo non fare una sosta a San Giovanni Rotondo. Visita alle chiese, alla cripta, messa, acquisto dei santini di Padre Pio da portare ad amici e parenti e foto di gruppo sul sagrato, quindi, la domenica in tarda mattinata, di nuovo partenza verso casa, dove siamo arrivati in serata.

Cosa mi è piaciuto di più? Lecce, la città barocca, o Otranto, con gli splendidi mosaici del duomo? o Galatina? o Gallipoli? o Alberobello? In realtà mi è piaciuta la Puglia, la cordialità e l'apertura delle persone, le distese di olivi, il ritorno alla terra. I nostri antenati consideravano l'olio come una ricchezza più che come un alimento. In mezzo a quelle distese di olivi, secolari e maestosi, mi è sembrato di ricongiungermi idealmente con gli



*I trulli di Alberobello*

Evidentemente, nonostante il nostro aspetto, le parole sono suonate sincere, perché la signora non ha esitato un istante e ci ha portato all'albergo. Le ho spiegato, strada facendo, il perché e il percome della nostra presenza a Otranto e alla fine è stata lei, commossa dalla nostra iniziativa, a ringraziarmi. All'hotel abbiamo ritrovato gli altri compagni di viaggio (e di avventura), tutti interi e stranamente divertiti da quel fuori programma, che è diventato l'argomento della serata.

antichi abitanti della Puglia, i Padri della nostra civiltà, gli antichi Greci. Due giorni dopo il rientro, ripresa la vita di tutti i giorni, facendo il giro in dialisi, mi sono sentita chiedere da un paziente: *"Dottoressa, quando partiamo ancora?"*

\* Dr.ssa Donata Borin  
U.O.C. Nefrologia e Dialisi  
Ospedale "Mater Salutaris"  
Legnago



Voglia di leggere

# Un duro dal cuore tenero

di Lonely Bear

“**L**e storie di Arturo Bandini” è la raccolta di quattro libri scritti da John Fante nell’arco di tutta una vita e riguardanti il suo personaggio/alter ego: Arturo Bandini. I libri sono inseriti in ordine cronologico per quanto riguarda il personaggio, anche se nella realtà sono stati scritti in ordine diverso. Questo è successo perché il primo libro “La strada per Los Angeles” era ritenuto troppo aspro dagli editori, e così Fante decise di scrivere un altro libro con protagonista sempre il suo personaggio, in età giovanile. Così nasce **“Aspetta Primavera, Bandini”**, il libro che apre la quadriologia contenuta in questa raccolta. Bandini (John Fante) mette in questo romanzo la sua adorazione mista a odio per i genitori, i suoi tormenti, il suo attaccamento alla religione, non per amore di Dio quanto per il timore che ha di Lui, il suo rapporto con i fratelli. Insomma, attraverso Bandini ci presenta, e fa vivere con una freschezza ancora oggi attuale, l’ambiente in cui è cresciuto.

Arturo è il figlio di Svevo, un muratore italiano estremamente fiero del suo lavoro che, con l’arrivo dell’inverno, ha dei problemi perché i lavori sono bloccati e non sa dove trovare i soldi per mantenere la famiglia. L’occasione arriva quando una ricca vedova cerca un muratore per delle riparazioni, e Svevo riesce ad avere il lavoro. Inizia quasi da subito una relazione tra i due, ma è una storia fatta di tutto tranne che di amore. Quando Arturo scopre la cosa, si sente fiero del padre, per la fortuna che è riuscito a crearsi, mentre detesta la madre per il suo soffrire, nonostante provi per lei anche pena. Arturo odia anche essere italiano, lui vorrebbe chiamarsi John, è un ragaz-

zino pieno di rabbia e di vergogna per la condizione di miseria che affligge la sua famiglia. Per questo motivo ammira il padre che, con i lavori per la ricca vedova, riesce a portare a casa un sacco di soldi. Nel romanzo c’è posto anche per la sua prima cotta per una compagna di classe, una ragazzina che però sembra disprezzarlo. Per lei prova i primi sentimenti e i primi momenti di eccitazione che lo tormentano, perché pensa che sta commettendo peccato. Quando la madre scopre la relazione del marito, la situazione degenera e scoppiano violente liti. È un libro che riesce a commuovere profondamente, che confonde e fa arrabbiare il lettore, anche se è difficile provare una vera simpatia per questi personaggi, che a modo loro sono miseri e patetici. Arturo, alla fine, nonostante il suo brutto carattere riesce comunque a dimostrare di essere anche buono.

Il secondo libro è **“La strada per Los Angeles”**. Questo è decisamente il libro più crudo, il più cattivo e il più pesante da leggere. Ritroviamo un Arturo sempre più abbruttito dalla sua condizione, un uomo che deve mantenere la madre e la sorella. In questo romanzo ricompare il rapporto non idilliaco con i familiari, soprattutto con una sorella, che si crede moralmente superiore. Arturo regge poco la situazione, passando da un lavoro all’altro perché riesce sempre a cacciarsi nei guai. Uno zio gli procura un lavoro nella zona del porto, lavoro che lui odia. In questo contesto Arturo comincia a sognare di scrivere, chiuso nel suo stanzino in compagnia delle donne da catalogo con cui passa le sue notti, accendendo lo sdegno delle donne di casa. Passa

interne notti a parlare di grandi scrittori e grandi filosofi, riempiendosi la bocca e la testa di frasi che qualcuno ha scritto, qualcuno che alla fine ce l’ha fatta, e intanto sogna.

La trama può sembrare semplice e banale, come semplici e banali sono le vite di milioni e milioni di persone. Quello che rende vivo e vero questo libro sono i sentimenti. E qui si rivelano tutti, nella loro potenza dolce e rude, in una esplosione di atti a volte assurdi, a volte violenti, che molto spesso



fanno apparire Arturo un personaggio triste e cupo, quasi al limite della follia. È a quel punto, quando la follia sembra essersi impadronita di lui, quando la tensione in casa si acuirà al punto da scatenare furiosi litigi, che fanno allontanare la madre e la sorella... sarà a quel punto che Arturo deciderà di prendere tutte le sue cose, infilarle in una valigia e andare verso Los Angeles per coronare il suo sogno.

Il terzo libro è **“Chiedi alla polvere”**, libro che per molti, e per me, è il capolavoro di Fante. In questo libro ritroviamo il nostro Arturo, sempre in con-

dizioni misere, che sogna di diventare scrittore. Vive in un piccolo albergo e scrive continuamente a una rivista di autori emergenti, nella speranza che pubblichino qualche suo scritto. Alla fine riesce a far pubblicare un breve romanzo, ma in breve esaurisce tutti i soldi guadagnati. La disperazione della povertà continua a tormentarlo e lui ricerca un'ispirazione. È così che entra in campo Camilla, una ragazza che lavora in un bar. Questo libro parla soprattutto di loro, della loro storia mai

più esce fuori la sua superbia, il suo essere convinto di essere superiore agli altri e di essere circondato da inetti. Si considera un buono, ma non tenta di nascondere il suo razzismo verso neri e messicani e non tollera che gli si ricordino le sue origini italiane. Si porta ancora dietro gli echi della sua educazione cattolica, tanto che riesce a personalizzare un evento come un terremoto, collegandolo al suo peccato di essere andato a letto con una donna sposata.

L'ultimo libro è **"Sogni di Bunker Hill"**, un libro che ci si aspetterebbe molto più amaro e duro, visto le condizioni in cui è stato scritto: si tratta di un libro che Fante ha dettato alla moglie, perché il diabete lo stava già mangiando. Invece il risultato è la confessione di un uomo che ha avuto successo, per poi rendersi conto di aver perso quello che era il suo obiettivo e di non essere felice. Bandini ha pubblicato dei racconti e viene invitato a far parte della grande famiglia di Hollywood per scrivere sceneggiature, che non sa assolutamente come si scrivano. Peralto ben presto Arturo si rende conto che la cosa non è un problema. Inizia così a guadagnare molti soldi senza fare praticamente nulla, ma sentendosi completamente in gabbia. Anche l'incontro con uno dei suoi miti riesce a deluderlo in modo cocente. Inizia a pensare di non avere un posto nel mondo e che, forse, l'unico posto in cui qualcuno l'avesse mai amato era proprio casa. E così Arturo decide di farvi ritorno, ma nel giro di una sera si rende conto di non essere fatto per quel genere di vita e così torna ad Hollywood, per tornare a scrivere. Questo è il libro in cui Fante dona più umanità d'animo ad Arturo, lo rende

una persona più facile, più buona ed innocente. Forse perché arriva dopo quarant'anni dagli altri romanzi, e Fante soffre meno per ferite di gioventù, questo libro suona come un riconciliarsi col proprio lavoro, col proprio sogno, così per Fante come per Bandini.

Quello che nei racconti di questa raccolta colpisce non sono le storie, che prese di per sé stesse sono storie di vita familiare comune. Il merito di Fante è quello di far uscire i personaggi dal libro, per farceli sentire dentro con tutta la loro rabbia e la loro follia, con i loro sogni e i loro desideri e i loro problemi. Uno stile che può essere amato, o anche odiato, ma non può lasciare indifferenti per la maestria con cui le storie sono scritte. I personaggi ci resteranno dentro a lungo, loro ed i sentimenti che abbiamo provato leggendo questi racconti. Provatvi per quell'Arturo Bandini, un uomo irritabile e irritato, un uomo pieno di rabbia e timore e sogni, un uomo vero: Fante. Vorrei aggiungere un'ultima cosa. "Chiedi alla polvere" è il capolavoro di Fante. In effetti è un capolavoro, un libro pieno di tutto: qualsiasi cosa esista, in quel libro c'è. Ma subito accanto va posto "La strada per Los Angeles", un libro giovanile, un libro scritto da un ragazzo che non si è risparmiato dal descrivere rabbia e risentimento, che non ha avuto paura di usare un linguaggio e delle immagini che riescono a ferire e a fare male, a volte quasi disgustare. Un libro scritto da qualcuno che forse ancora stava crescendo stilisticamente, ma che ancora non si era lasciato corrompere dalle voci di chi, intorno, dice cosa può essere comunemente accettato e più facilmente venduto. Un libro scritto bene, cattivo ed esplosivo.



nata, del suo amore struggente per lei e dell'odio di Camilla nei suoi confronti, perché lui non è Sammy, non è l'uomo che lei ama davvero. E così i due si inseguiranno senza mai riuscire veramente a toccarsi, ma ferendosi, uccidendosi, scontrandosi e lasciandosi sempre con qualche nuova ferita. Arturo è a tratti gentile e a tratti un uomo pessimo. La vicinanza di Camilla gli fa provare sentimenti contrastanti a causa dell'inadeguatezza che lei, ogni volta, riesce a fargli provare. Ci ritroviamo così in una storia piena di disperazione e di rabbia. Ancora di



# Micologia che passione!

A causa degli impegni che hanno tenuti occupati i "nostri" micologi, questo numero di Rene&Salute esce senza la consueta rubrica fissa. Infatti, Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest e Alberto Valli sono stati impegnati con la 28<sup>a</sup> Mostra micologica "Funghi velenosi e commestibili", allestita il 13 ottobre nel centro culturale di Terlago dal gruppo micologico "Vittorio e Luigi Pisetta" in collaborazione col Circolo pensionati e anziani "El Fogolar". Quest'anno, per una coincidenza fortunata, anche la 12<sup>a</sup> Giornata Nazionale della Micologia, ha avuto luogo nella stessa data. Alla mostra erano presenti circa 200 varietà di funghi, un numero di tutto rilievo di per sé, ma ancora di più se teniamo conto che questo 2013 è stato un anno particolarmente avaro dal punto di vista micologico e che parecchie mostre sono state annullate.


Ma non solo: i nostri collaboratori, con Marco Floriani, stanno preparando una

sorpresa dedicata a tutti i soci APAN, ai nostri amici ed ai nostri sostenitori. Si tratta di un piccolo gadget, un pieghevole tascabile, con le foto e le caratteristiche dei funghi più frequenti in Trentino, di facile e rapida consultazione, che ogni raccoglitore di funghi potrà portare con sé, quando va nei boschi. Il pieghevole verrà consegnato in occasione

della cena sociale (domenica 24 novembre) a tutti gli intervenuti e in altre occasioni istituzionali, quindi: partecipate numerosi.

Ed ora, dato che questa sezione della rivista è dedicata ai funghi, per addolcire la delusione dei lettori fungaioli, che ci seguono con passione, riportiamo di seguito due ricette con i funghi.





## I Funghi nel piatto

### PASTICCIO DI LASAGNE CON TROMBETTE DI MORTO

**Preparazione**  
Cuocere i funghi (*Craterellus cornucopioides*) con aglio e cipolla, quindi tagliarli a striscioline sottili. Preparare una besciamella leggera ed alcune fette sottili di formaggio a scelta. In una teglia alternare lasagne, besciamella mescolata ai funghi e formaggio per finire con qualche fiocchetto di burro. Infornare seguendo le istruzioni circa temperatura e cottura.

*La Sig.ra Giuliana Rossi, micologa del "banchet dei Rossi" in Piazza Vittoria, che ringraziamo per la consulenza culinaria, consiglia di utilizzare il puzzone di Moena.*

### ZUPPA DI PORCINI

Per 4 persone

**Ingredienti**

- 300 gr. di porcini
- 300 gr. di patate
- 1 porro
- ½ cucchiaino di farina
- brodo q. b.
- sale, pepe, olio.

**Preparazione**  
Lessare per 5 minuti i porcini tagliati a pezzi, scolarli e tenere da parte l'acqua della bollitura. A parte soffriggere il porro affettato col cucchiaino d'olio, aggiungere le patate a tocchetti, i porcini lessati e la farina. Fare rosolare per 1-2 minuti, ricoprire con l'acqua di cottura dei porcini, allungata con un po' di brodo, salare e cuocere per almeno 20 minuti. Al termine della cottura frullare, pepare e servire con crostini.

Buon appetito.



Nella foto a fianco: la locandina della 28ª Mostra micologica "Funghi velenosi e commestibili", allestita il 13 ottobre nel centro culturale di Terlago dal gruppo micologico "Vittorio e Luigi Pisetta" in collaborazione col Circolo pensionati e anziani "El Fogolar".

Nelle foto sotto: alcune immagini relative alla 12ª Giornata Nazionale della Micologia, che ha avuto luogo nella stessa data. Alla mostra erano presenti circa 200 varietà di funghi.





# IL PAZIENTE ESPERTO IN DIALISI PERITONEALE

Ipotesi di un progetto

A cura del Servizio di Dialisi Peritoneale e Nefrologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento

## PARTIAMO DALL' EDUCAZIONE TERAPEUTICA

È un' arte



L'arte di seguire il paziente cronico in tutto il suo percorso clinico rendendolo **protagonista della sua salute e della sua cura** e creando le condizioni migliori affinché aderisca a questo ruolo



È incentrata sul **paziente**



Con l'addestramento alla dialisi peritoneale il paziente diventa **competente**

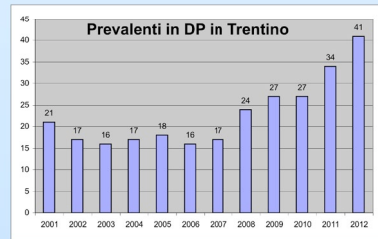


Chi meglio di un paziente può essere di **supporto e capire** i vissuti emotivi e le difficoltà di un altro paziente nel convivere con la dialisi e con i cambiamenti di vita che comporta?  
 "...CAPISCO COME TI SENTI..."  
 "...TI INSEGO A FARE..."



Inoltre:

- Il Trentino è una territorio molto vasto
- Il personale infermieristico dedicato è in diminuzione
- I pazienti affetti da IRC che scelgono la dialisi peritoneale sono in aumento



Il paziente esperto può divenire una **risorsa** e un **supporto emotivo, educativo e sociale** per tutti i pazienti che come lui convivono con la stessa patologia



I percorsi condivisi creano una **rete** tra centro di dialisi peritoneale, paziente esperto, pazienti e territorio



Associazione Europea Infermieri Dialisi e Trapianto  
Associazione Europea per il Trattamento delle Malattie Renali

Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento

Gruppo Infermieri Dialisi Peritoneale  
GIPD

**"...ci sono ma non se ne parla.."**  
**Studio Pilota: multiculturalità in  
Dialisi Peritoneale**

**Studio pilota: il cambiamento della  
relazione affettiva e sessuale della  
persona in dialisi peritoneale**

**Trento**  
**16 novembre 2013**  
**9.00 - 18.00**

**Auditorium  
Ospedale Santa Chiara**

#### 8.30 Registrazione partecipanti

#### Programma scientifico

#### 9.00 Saluto dalle autorità e presentazione della giornata

*Giuliano Brunori, Alessia Delalio,  
Anna Maria Guarnier*

#### 9.15 Esperienza della dialisi peritoneale di Trento dal 2008

*Giuliano Brunori*

#### 9.30 Malattia e salute nell'incontro tra le culture

*Lia Beltrami Giovannazzi*

#### 9.45 Il paziente straniero Discussione visualizzata. (metodo metaplan)

*Alessia Delalio, Anna Dalprà, Fabio Fratton,  
Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

#### 10.45 Presentazione dei lavori di gruppo

#### 11.00 Coffee break

#### 11.15 Studio Pilota: multiculturalità Dialisi Peritoneale. Presentazione ricerca EDTNA/Gruppo Infermieri Dialisi Peritoneale di Trento

*Alessia Delalio, Anna Dalprà, Fabio Fratton,  
Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

#### 11.30 Esperienze di due centri sulla presa in carico del paziente straniero in dialisi peritoneale

*Cinzia Fabbri, Barbara Savio,  
Maria Teresa Visentini*

#### 11.50 Aspetti medico legali e consenso informato nel paziente straniero

*Fabio Cembrani*

#### 12.05 Linee guida tra ospedale e territorio

*Maria Pia Zito, Alessia Delalio*

#### 12.35 Discussione

#### 13.00 Pausa pranzo

#### 14.30 La relazione affettiva e sessuale nei pazienti in dialisi peritoneale. Discussione visualizzata. (metodo metaplan)

*Alessia Delalio, Anna Dalprà, Fabio Fratton,  
Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

#### 15.45 Presentazione dei lavori di gruppo

#### 16.15 Vivere la malattia: dalla narrazione alla pratica attraverso le storie dei nostri pazienti

#### 16.30 Studio pilota: Presentazione dello studio pilota EDTNA/Dialisi Peritoneale di Trento sul percepito intimo/sessuale del paziente in dialisi peritoneale.

*Alessia Delalio, Anna Dalprà, Fabio Fratton,  
Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

#### 16.50 Coffee break libero

#### 17.05 Ricostruirsi nella malattia, tra corpo, relazioni e vita sociale

*Antonella Lama*

#### 17.25 "Sessualità in dialisi peritoneale: quello che non si ha il coraggio di chiedere" Presentazione brochure informativa

*Alessia Delalio, Anna Dalprà, Fabio Fratton,  
Luisa Giovannini, Ilaria Zulian*

#### 17.40 Discussione

#### 18.00 Chiusura lavori e compilazione questionario ECM

**Responsabile scientifico  
Dott.ssa Alessia Delalio  
EDTNA/ERCA Referente Nazionale  
Gruppo Infermieri Dialisi Peritoneale (GIPD)  
In collaborazione con il Servizio di  
Dialisi Peritoneale Di Trento**

#### Presentazione del corso

La nostra nazione ospita un numero sempre maggiore di stranieri provenienti da ogni luogo, da ogni cultura, da ogni background sociale.

Noi professionisti della salute, siamo consapevoli che il confronto con pazienti stranieri porta a continue trasformazioni della nostra assistenza, nei comportamenti, negli atteggiamenti, nel linguaggio e conduce a rileggere non solo la cultura del nursing, ma anche quella professionale, ridisegnandola in rapporto ai nuovi bisogni.

Nel periodo di addestramento alla dialisi peritoneale il paziente oltre ad imparare a gestire la metodica dialitica al proprio domicilio, inizia a imparare a convivere con la presenza del catetere peritoneale inserito in addome, ponendosi delle domande relative a quale alterazione del suo stile di vita ciò comporterà. Per questo il personale infermieristico deve acquisire le modalità per cogliere anche i bisogni inespressi del paziente riguardo la sfera psico/sessuale.

#### Comitato Scientifico

**Dott.ssa Alessia Delalio** - EDTNA/ERCA Referente Nazionale Gruppo Infermieri Dialisi Peritoneale (GIPD)  
**Dott. Giuliano Brunori** - Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Chiara di Trento

#### Collaboratori

**Anna Dalprà, Fabio Fratton, Luisa Giovannini, Ilaria Zulian** - Gruppo Infermieri Dialisi Peritoneale, Ospedale Santa Chiara di Trento

#### Relatori e moderatori

**Dott. Giuliano Brunori** - Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Chiara di Trento

**Dott.ssa Lia Beltrami Giovannazzi** - Già Assessore alla Solidarietà Internazionale ed alla Convivenza della Provincia Autonoma di Trento

**Dott. Fabio Cembrani** - Direttore U.O. Medicina Legale, Ospedale Santa Chiara di Trento

**Dott.ssa Alessia Delalio** - EDTNA/ERCA Referente Nazionale Gruppo Infermieri dialisi Peritoneale (GIPD)

**Cinzia Fabbri** - Infermiere Coordinatore Dialisi Peritoneale, Ospedale S. Orsola - Malpighi di Bologna

**Dott.ssa Anna Maria Guarnier** - Responsabile della Clinical Governance, APSS di Trento

**Dott.ssa Antonella Lama** - Psicologia Clinica, Ospedale Santa Chiara di Trento

**Dott. Alessandro Laudon** - Responsabile Dialisi Peritoneale, Ospedale Santa Chiara di Trento

**Barbara Savio** - Infermiere, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine

**Maria Teresa Visentini** - Infermiere, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine

**Maria Pia Zito** - Infermiere Case Manager Day Service Peritoneale, Ospedale S.Orsola - Malpighi di Bologna e Componente Gruppo di ricerca Infermieri Dialisi Peritoneale GIPD

**Maria Zuliani** - Coordinatrice Nefrologia di Trento

#### SEDE:

Auditorium  
Ospedale Santa Chiara  
Largo Medaglie D'Oro, 9 Trento

#### ECM:

L'evento è accreditato per Infermieri

#### PROVIDER ECM

Delphi International srl (N° 1540)  
Via A. Zucchini 79, 44121 Ferrara  
Tel +39 0532 595011  
Fax +39 0532 773422  
congressi@delphiinternational.it  
www.delphiinternational.it



#### ISCRIZIONI:

Corso a numero chiuso per un massimo di 50 partecipanti.

La partecipazione è gratuita. Si prega di compilare l'allegata scheda di registrazione ed inviarla via fax o via mail alla Segreteria Organizzativa entro il **10 novembre 2013**

**Fax: 051 6364050 - E-Mail: mariapiazito@tin.it**

Non saranno accettate iscrizioni a mezzo telefono. Eventuali sostituzioni potranno essere effettuate per iscritto entro il 10 di novembre 2013, oltre tale data saranno accettate solo in sede congressuale

Con il contributo non condizionante di:

**Baxter**



Provider ECM  
**EDITREE s.r.l.** Società Unipersonale  
**N. Provider 437**  
Corso Milano, 46 - 20900 Monza MB  
tel. +39 039 3900728 - fax +39 039 2316261 - info@editree.it

Il corso è stato accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute con 8 crediti ECM

**CENTRO PER I SERVIZI SANITARI**  
**Auditorium**

Viale Verona, 38123 TRENTO

**In auto:** autostrada Modena Brennero A22-uscita Trento Sud. Alla prima rotatoria prendere la prima uscita, alla seconda rotatoria prendere la terza uscita indicazione trento sud, alla terza rotatoria prendere la quarta uscita indicazione ospedale, proseguire per circa 1 km; alla rotatoria seguire le indicazioni per Via Degasperis (terza uscita). Dopo 150 metri si trova il Centro Servizi Sanitari con l'entrata al parcheggio interrato del Centro per i Servizi Sanitari. È possibile parcheggiare nel garage al secondo piano interrato riservato all'Azienda sanitaria. Il parcheggio è suddiviso per zone indicate con le lettere A; B; C; D; (si consiglia di parcheggiare nella zona D). Dal parcheggio è possibile utilizzare gli ascensori per raggiungere direttamente l'Auditorium Palazzina D (piano terrazza).

**In autobus:** Stazione ferroviaria di Trento - nelle immediate vicinanze si trovano le fermate delle linee urbane 3, 4, 8, 13 e linea A, scendere alla fermata Centro Servizi Sanitari.

Unrestricted Educational Grant

 **NOVARTIS**

## Gli incontri dell'A22

Edizione 2013

# Transplant Meeting

**Trento, 29 novembre 2013**  
**CENTRO PER I SERVIZI SANITARI**  
**Auditorium**

*Responsabile Scientifico*  
**Cristina Andreotti**



**8.30 Registrazione partecipanti**

**9.00 Razionale dell'incontro e apertura lavori**  
*G. Brunori - C. Andreotti*

**I SESSIONE** Moderatori *G. Brunori - A. Lupo*

**9.15 Microangiopatia trombotica post trapianto**  
*D. Bonucchi (Modena)*

**9.40 Monitorare l'immunosoppressione: Immuknow**  
*C. Andreotti (Trento)*

**10.00 BKV**  
*N. Buccella (Trento)*

**10.20 Pausa**

**10.40 Anti HLA**  
*M. Cardillo (Milano)*

**11.00 La gravidanza dopo Tx rene e pancreas**  
*C. Boesmueller (Innsbruck)*

**11.20 Trapianto di doppio rene**  
*L. Boschiero (Verona)*

**12.00 Discussione**

**12.20 Lettura magistrale: Il danno ischemico da riperfusione**  
*C. Ponticelli (Milano)*

**13.10 Pausa**

**II SESSIONE** Moderatori: *B. Giaccon - A. Brolese*

**14.00 Valutazione del donatore vivente**  
*F. Fior (Verona)*

**14.20 Il trapianto da vivente: l'esperienza del donatore**  
*A. Lama (Trento)*

**14.40 Valutazione del rischio cardiovascolare dei riceventi**  
*S. Muraglia (Trento)*

**15.00 Discussione**

**15.20 Infezione HCV e Trapianto di fegato**  
*I. Avancini (Trento)*

**15.40 CMV nel trapianto**  
*E. Pagani (Bolzano)*

**16.00 Problemi attuali della donazione**  
*L. Pilati (Trento)*

**16.20 Discussione**

**17.00 Compilazione questionari ECM**

**17.20 Chiusura**