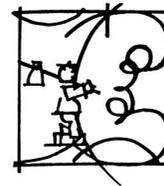


# R&S

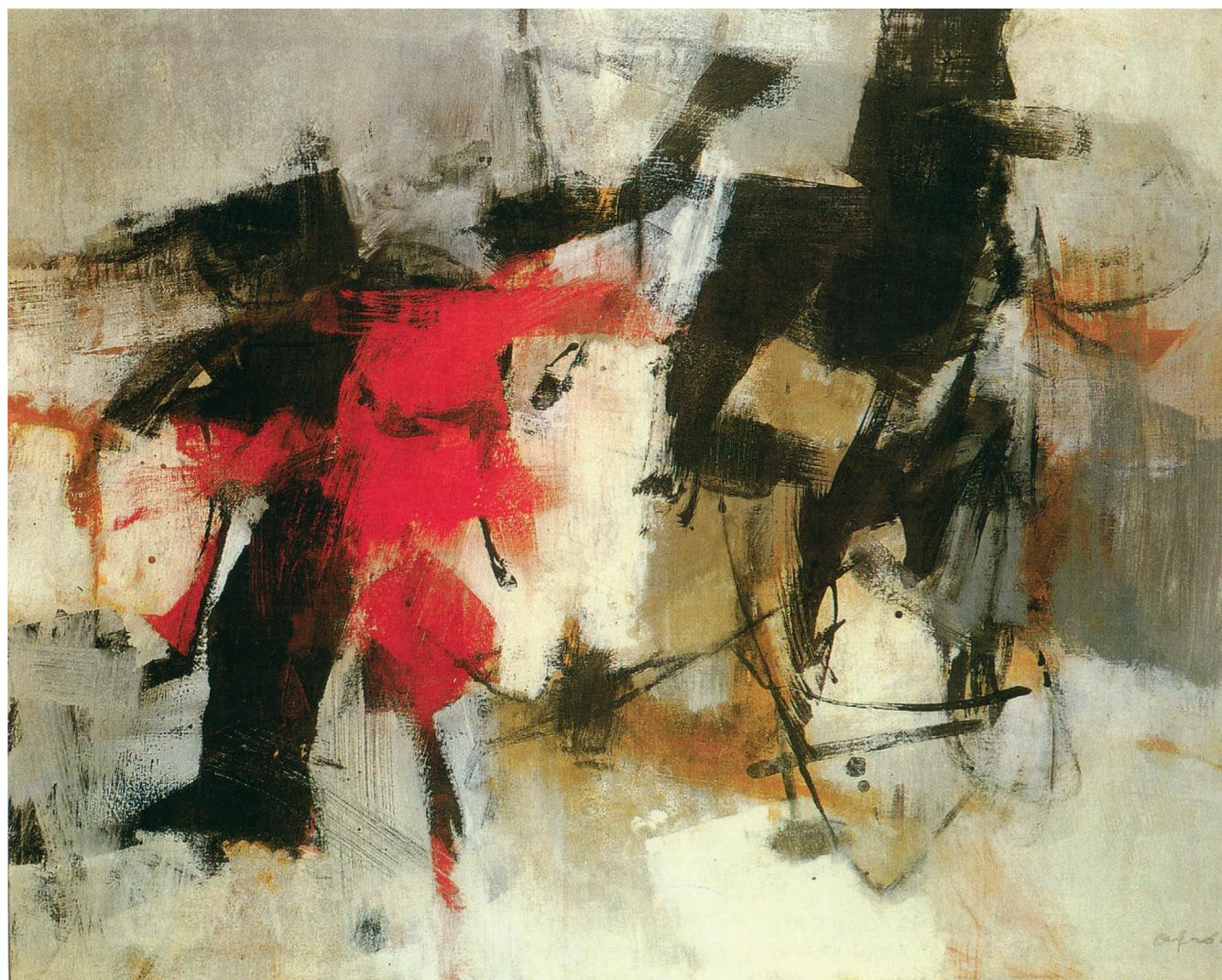


**Associazione  
Provinciale  
Amici della  
Nefrologia**

**RENE&SALUTE**

**ANNO XXIX - MAGGIO 2014 - N. 1/2** TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

Taxe Perçue/Tassa riscossa TN - Dir. Editoriale: Aldo Nardi - Dir. responsabile: Alberto Valli - 38122 Trento, Via Sighele, 5 - Aut. Trib. di Trento n. 447/84  
Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Trento - Stampa: Esperia Srl, Lavis



- ▶ ATTIVITÀ FISICA E INVECCHIAMENTO ATTIVO
- ▶ L'AUTOIMMUNITÀ
- ▶ TRAPIANTATI ALLA LUCE DEL SOLE
- ▶ CURE ODONTOIATRICHE PRIMA E DOPO IL TRAPIANTO
- ▶ DONAZIONE A CUORE NON BATTENTE
- ▶ DALLA PRESTAZIONE SANITARIA ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
- ▶ AFORISMI: LA BELLEZZA
- ▶ DOTTORE, SONO SEMPRE STANCO
- ▶ QUELLO CHE CONVIENE SAPERE SULL'INFARTO MIOCARDICO
- ▶ CURVATURE INDESIDERATE
- ▶ LA PREVENZIONE SI COSTRUISCE SUI FORNELLI
- ▶ IL PROBLEMA DELLE MALATTIE GENETICHE CARDIOVASCOLARI
- ▶ VIVERE CON LA DIALISI DA OLTRE TRENT'ANNI
- ▶ UNA GIORNATA TRA I BANCHI
- ▶ MICHELE
- ▶ NEFROLOGI SENZA FRONTIERE
- ▶ NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE
- ▶ LA RAGAZZA CON L'ORECCHINO DI PERLA
- ▶ ESISTERE IN VERSI
- ▶ LA COMUNICAZIONE DI GENERE
- ▶ LIEMBA: UNA NAVE VECCHIA CENTO ANNI
- ▶ MICOLOGIA CHE PASSIONE!

# sommario

Attività fisica e invecchiamento attivo <i>di Chiara Venturelli</i>	3
L'autoimmunità <i>di Danila Bassetti</i>	7
Trapiantati... Alla luce del sole <i>di Nadia Buccella e Cristina Andreotti</i>	9
Implicazioni odontostomatologiche nel paziente candidato al trapianto renale <i>di Massimiliano Furlani e Fulvio Campolongo</i>	10
La donazione a cuore non battente <i>di Teresa Dipalma</i>	12
Dalla prestazione sanitaria alla presa in carico del paziente con insufficienza renale <i>di Alessandra Chiecchi</i>	14
Aforismi <i>a cura di Luisa Pevarello</i>	15
Dottore, sono sempre stanco! <i>di Roberto Bortolotti</i>	16
Quello che conviene sapere sull'infarto miocardico <i>di Roberto Bettini</i>	18
Curvature indesiderate <i>di Andrea Scardigli</i>	20
La prevenzione si costruisce sui fornelli <i>di Diana Zarantonello</i>	21
Il problema delle malattie genetiche cardiovascolari <i>di Silvia Mazzolai</i>	24
Vivere con la dialisi da oltre trent'anni <i>di Lucia Barbetta, Sandra Comper, Rita Muraro</i>	25
Una giornata tra i banchi <i>di Loris Puleo</i>	27
Michele <i>di Donata Borin</i>	29
Nefrologi senza frontiere <i>di Fabrizio Valente</i>	30
Notizie dall'Associazione	31
La ragazza con l'orecchino di perla <i>di Cristina Borin</i>	32
Esistere in versi <i>di Aldo Nardi</i>	33
La comunicazione di genere <i>di Aldo Nardi</i>	34
Liemba: una nave vecchia cento anni <i>di Elisa Grazioli</i>	36
Micologia che passione!	38



## Ai Soci e ai Simpatizzanti

Se volete contattarci telefonicamente  
ci trovate il **mercoledì mattina dalle 9 alle 11**  
al n. **0461 914206** in **Via Sighele 5 a Trento**.

L'indirizzo di posta elettronica è  
**apan.tn@alice.it**

**Per chi volesse devolvere all'APAN il 5x1000 l'IBAN è  
IT81K0801301808000110300807 (Cassa Rurale di Aldeno -TN)**



In copertina:  
Afro Basaldella – 1962  
CASA BRUCIATA  
Tecnica mista su tela, 105 X 130 cm  
(Roma, Archivio Afro)

## RENE&SALUTE

Trimestrale d'informazione e cultura dell'Associazione Provinciale Amici della Nefrologia (A.P.A.N.) – Anno XXIX – N. 1/2

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

**DIRETTORE RESPONSABILE:** Alberto Valli

**DIRETTORE EDITORIALE:** Aldo Nardi

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

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

**COLLABORATORI per questo numero:** Chiara Venturelli, Danila Bassetti, Nadia Buccella, Cristina Andreotti, Massimiliano Furlani, Fulvio Campolongo, Teresa Dipalma, Alessandra Chiecchi, Luisa Pevarello, Roberto Bortolotti, Roberto Bettini, Andrea Scardigli, Diana Zarantonello, Silvia Mazzolai, Lucia Barbetta, Sandra Comper, Rita Muraro, Loris Puleo, Donata Borin, Fabrizio Valente, Cristina Borin, Aldo Nardi, Elisa Grazioli.

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di maggio 2014.

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».

A fronte di circa il 60% della popolazione che svolge una qualche attività fisica, il 40% degli italiani risulta sedentario

## Attività fisica e invecchiamento attivo

di Chiara Venturelli\*

**L'**attività fisica è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come "qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico".

La sedentarietà, cioè la mancanza di esercizio fisico, rappresenta il quarto fattore di rischio per mortalità nel mondo e causa circa 3,2 milioni decessi/anno. Praticare una regolare attività fisica d'intensità moderata, come camminare, andare in bicicletta o fare sport, crea effetti benefici importanti per la salute a tutte le età: riduce il rischio di malattie cardiovascolari ed influisce positivamente sulla condizione sociale e psicologica delle persone.

La sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, rappresenta ormai un grave problema di salute pubblica nei paesi a elevato tenore economico e si associa ad un'elevata incidenza di comorbidità con relativi costi sociali.

### Attività fisica in Italia

Dall'indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2009" emerge che in Italia circa 18 milioni di persone di età superiore ai 3 anni (31% della popolazione generale) praticano sport: il 21,5% in modo continuativo e il 9,6% saltuariamente. Circa 16 milioni di persone svolgono un'attività fisica senza praticare uno sport ed oltre 23 milioni di persone (40,6% della popolazione generale) sono sedentarie.

L'abitudine all'attività fisica non è uguale in tutte le Regioni, infatti dall'analisi dei dati emerge un gradiente Nord-Sud, con livelli più elevati e continui di attività fisica nelle Province autonome di Bolzano (55,1%) e di Trento (41,5%), in Valle d'Aosta (46,4%) e in Veneto (39,6%), e livelli più bassi in Campania (21,2%), Molise (22,1%), Sicilia (22,5%) e Calabria (23,8%).

### L'attività fisica nei bambini e nei ragazzi

Dall'indagine 2010 del sistema di sorveglianza OKKIO alla Salute del SSN, riguardante abitudini alimentari e attività fisica dei bambini tra i 6 e i 10 anni, emerge che circa la metà dei bambini partecipanti allo studio ha la TV in camera, il 38% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno, solo il 25% si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Inoltre, il 22% dei bambini pratica sport per non più di un'ora a settimana. Un dato preoccupante riguarda la percezione dei genitori: solo il 43% delle madri dei bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un'attività motoria insufficiente.

### L'attività fisica nella popolazione adulta

Dai dati del monitoraggio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (Passi 2010-Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), che valuta lo stato di salute della popolazione italiana adulta (18-69 anni), emerge che circa il 33% degli intervistati riferisce



di svolgere un lavoro pesante o di praticare attività fisica. Il 37% non svolge un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato dalle Linee Guida OMS (parzialmente attivo), mentre il 31% risulta completamente sedentario.

Non sempre la percezione soggettiva corrisponde al livello di attività fisica svolta: il 50% degli adulti parzialmente attivi e il 20% dei sedentari percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Si osservano percentuali maggiori di soggetti completamente sedentari tra i 50-69 anni, tra le donne e tra le persone che hanno livello di istruzione o di reddito più basso.

Questi dati sono confermati dal progetto Cuore condotto dall'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare, tra il 1998 e il 2002 (I indagine), in Italia:

- nella popolazione generale (uomini e donne di età compresa fra 35 e 74 anni), in media, il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero
- nella popolazione anziana (uomini e donne di età compresa fra 65 e 74 anni), in media, il 31% degli uomini anziani e il 51% delle donne anziane non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero
- nelle donne in menopausa (età media 62 anni), il 48% non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.



### Attività fisica negli anziani

I dati dell'indagine 2010 del sistema di sorveglianza Passi d'Argento indicano che gli ultra 64enni in Italia siano circa 14 milioni: dei 4946 intervistati il 57% erano donne e il 43% uomini (dato in linea con la "femminilizzazione" del campione nelle età più avanzate). Si stima che il 60% degli intervistati sia in buona salute e il 40% sia fragile o con disabilità.

Riguardo agli stili di vita si stima che 1 su 10 fumi, 2 su 10 siano bevitori a rischio e 9 su 10 non consumino abbastanza frutta e verdura. Un aspetto non trascurabile del loro stato di salute è la depressione: i dati mostrano come circa il 30% sia depresso e il 10% viva in condizioni di isolamento sociale.

Anche negli anziani non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta. Si registra un livello della percezione di attività fisica praticata più corretta nelle donne che negli uomini. Tra le persone che praticano attività fisica parziale il 53% degli uomini ritiene sia

sufficiente contro il 48% delle donne. Tra i sedentari il 18% delle donne ritiene sia sufficiente contro il 21% degli uomini.

### Lo sport e la terza età

L'importanza di praticare attività fisica nella terza età è supportata da numerose evidenze scientifiche. Sicuramente l'obiettivo principale è quello di conservare o di acquisire una buona forma fisica. Con un allenamento ben condotto infatti si può ottenere un buon risultato su varie funzioni organiche e psicologiche. Se una persona anziana si allena con una certa regolarità, potrà almeno in parte cancellare l'influenza negativa dell'invecchiamento.

Per poter impostare un corretto programma motorio è necessario conoscere alcuni aspetti fisiologici fondamentali dell'invecchiamento.

#### *Muscoli*

Con il passare dell'età la massa muscolare diminuisce. Questa modificazione legata all'atrofia muscolare

può esser misconosciuta per l'aumento della massa grassa e del tessuto connettivo. Le variazioni nella composizione in fibre del muscolo avvengono soprattutto dopo i 60 anni e si manifestano con riduzione dell'area della fibra muscolare ed una riduzione del numero totale di fibre muscolari. Si riduce inoltre il contenuto di glicogeno muscolare insieme ad una riduzione del volume mitocondriale. A questo può accompagnarsi una riduzione in senso assoluto dell'attività enzimatica. Studi elettrofisiologici e istologici hanno evidenziato che nel muscolo dell'anziano si compie un processo progressivo di denervazione e reinnervazione con riduzione del numero di unità motorie funzionanti. Le variazioni muscolari nell'anziano sembrerebbero più di tipo quantitativo che qualitativo. Infatti sia la forza isometrica che la forza dinamica presentano un comportamento analogo con il passare dell'età. Dopo un picco tra i 20 e i 30 anni ed una certa stabilizzazione sino ai 45-50 anni la forza muscolare sia isometrica che dinamica

decrese progressivamente e la riduzione a 65 anni è percentualmente uguale per tutti e due i tipi di contrazioni. A parità di forza percentuale rispetto alla massima il muscolo dell'anziano ha una capacità di endurance muscolare sia dinamica che isometrica maggiore rispetto a soggetti più giovani. Se si fanno ripetere nel tempo contrazioni dinamiche massimali a intervalli di qualche secondo negli anziani si ha una minore riduzione di forza con il proseguire delle contrazioni oppure se si fa sostenere ad un soggetto una contrazione isometrica continua pari al 50% della forza massima, l'anziano sarà in grado di mantenerla per un tempo maggiore. Naturalmente in senso assoluto la capacità di endurance muscolare è maggiore nel giovane perché è maggiore la sua forza massima. La velocità massima di estensione del muscolo però si riduce con l'età. Tuttavia le variazioni di velocità sono meno pronunciate rispetto alle variazioni di forza. Questo fatto supporta l'ipotesi che la velocità massima di contrazione dipende più dalla qualità del muscolo che non dalla quantità e la riduzione riscontrata può essere in relazione al fenomeno generale di riduzione della velocità di conduzione nervoso.

#### *Sistema nervoso*

Il sistema nervoso subisce con il passare degli anni un'involutione determinata dall'atrofia del tessuto nervoso e della mielina con atrofia dei fusi neuromuscolari. Le cellule nervose non sono più in grado di riprodursi, quindi la perdita di una cellula è una perdita definitiva. Le cellule attive hanno però la capacità di determinare un'ipertrofia dei tronchi dendritici ed un aumento del

numero delle spine compensando la perdita di altre cellule. In particolare a livello muscolare è possibile una arborizzazione sia terminale che collaterale della placca neuro-muscolare. Questo fenomeno, che è stimolato dall'attività fisica e dall'allenamento, è presente anche nel soggetto anziano. La velocità del comando motorio risulta ridursi del 20-30% a 60 anni rispetto all'età giovanile. Tutte queste variazioni unite ai deficit sensoriali spiegano la riduzione della coordinazione e soprattutto la difficoltà dell'anziano all'apprendimento di gesti sportivi particolarmente complessi.

#### *Ossa ed articolazioni*

Fenomeno comune nell'età avanzata è l'osteoporosi, termine con cui si indica la riduzione di concentrazione di minerali a livello del tessuto osseo. Questo ha per conseguenza l'aumento della fragilità ossea che più facilmente può dare origine a fratture.

Gli effetti negativi dell'osteoporosi sono aggravati dalla sedentarietà e dagli stili di vita scorretti. L'osteoporosi colpisce in Italia quasi un terzo delle donne sopra i 50 anni ed è responsabile in circa il 50% delle donne sopra i 65 di gravi fratture ossee. Negli ultimi 10 anni numerosi sono i lavori che hanno documentato come una scarsa attività fisica possa determinare un decremento della massa ossea e soprattutto l'importante ruolo che l'esercizio fisico ha sulla prevenzione e sul trattamento dell'osteoporosi. La prevenzione dell'osteoporosi è basata su una regolare attività fisica. Studi scientifici hanno dimostrato come l'attività fisica regolare e un normale peso corporeo nell'adolescenza deter-

minano un più elevato picco di massa ossea e di conseguenza maggiore è il picco di massa ossea raggiunto in età giovanile minori saranno i rischi di osteoporosi nella terza età. Una conclusione che si ricava da numerose ricerche è che l'intensità del carico sullo scheletro sembra essere il fattore determinante per il mantenimento ed il miglioramento del benessere per lo scheletro stesso. Particolare attenzione deve essere posta all'intensità, frequenza e durata del programma dell'allenamento. L'esercizio fisico svolto regolarmente permette di migliorare l'equilibrio, la coordinazione e di rafforzare la muscolatura riducendo i rischi di cadute e la conseguente possibilità di fratture, con un miglioramento globale della qualità della vita indipendente dall'età. Per quanto concerne le articolazioni, con l'invecchiamento si ha un'usura progressiva della cartilagine articolare con fissazione di calcio a livello della stessa e dei legamenti, fenomeni caratteristici del quadro artrosico. Queste alterazioni hanno per conseguenza una riduzione della mobilità articolare. Le modeste limitazioni funzionali articolari non debbono però spingere il soggetto a ridurre ulteriormente la propria attività fisica, riduzione che determinerebbe un ulteriore decadimento della funzionalità sia articolare, sia muscolare. La ginnastica di mobilizzazione in scarico risulta essere il mezzo migliore nella terapia dell'artrosi. Per quanto riguarda l'attività sportiva, tenuto conto che l'artrosi interessa soprattutto la colonna, le articolazioni coxo-femorali, le ginocchia e le caviglie, saranno consigliabili attività "in scarico" quali nuoto e ciclismo.

*Tabella I. I pilastri dell'Invecchiamento Attivo (OMS 2002)*

<b>SALUTE</b>	Prevenire e ridurre le disabilità, le malattie croniche e la mortalità prematura Ridurre i fattori di rischio associati alle principali malattie e aumentare i fattori protettivi Sviluppare in continuo servizi socio-sanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano Formare ed educare i care-givers
<b>PARTECIPAZIONE</b>	Creare opportunità di formazione e apprendimento durante tutte le fasi della vita Rendere possibile la partecipazione ad attività economiche e di volontariato favorendo le preferenze e le capacità individuali Incoraggiare e rendere possibile la partecipazione ad attività sociali e comunitarie
<b>SICUREZZA</b>	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano Ridurre le disuguaglianze in tema di sicurezza e condizione della donna che invecchia

### *Apparato cardiocircolatorio*

Con l'invecchiamento si ha una riduzione della capacità contrattile del miocardio che determina una riduzione della gittata sistolica e una riduzione della frequenza cardiaca massima. A livello vascolare i processi di aterosclerosi determinano una riduzione dell'elasticità con aumento delle resistenze periferiche e quindi della pressione arteriosa. Per queste ragioni il cuore a parità di frequenza cardiaca rispetto a un giovane non solo manda in periferia meno sangue al minuto ma è costretto a lavorare di più. La riduzione della performance cardiocircolatoria associata alle variazioni metaboliche e funzionali e di vascolarizzazione dei muscoli scheletrici determinano la riduzione del massimo consumo di ossigeno con l'età, in media del 38% a 65 anni rispetto a 20 anni. La riduzione risulta ancora più evidente in coloro che avendo fatto sport aerobici a livello agonistico in età giovanile hanno successivamente sospeso ogni forma di attività, mentre è minore per coloro che hanno iniziato a praticare una attività fisica di endurance regolarmente dopo la maturità.

### *Apparato respiratorio*

La ridotta funzionalità ventilatoria con l'età è conseguente a una perdita dell'efficienza meccanica ventilatoria e ad un ridotto scambio gassoso a livello alveolo-capillare. La prima determina una riduzione della ventilazione massima, con riduzione sia della frequenza ventilatoria massima che dell'ampiezza degli atti respiratori, a causa sia dell'irrigidimento della gabbia toracica che della ridotta efficienza della muscolatura respiratoria. Fra i 20 ed i 65 anni risulta in media una riduzione del 35% della ventilazione massima. Soggetti di 70 anni che si allenano da due a quattro volte alla settimana per 30-40 minuti ogni volta svolgendo attività di fondo, presentano valori superiori del 15% rispetto a sedentari di pari età della capacità vitale e del picco di flusso espiratorio.

### **Allenamento e terza età**

Un programma di attività fisica dovrebbe quindi essere programmato a

ogni età previa valutazione del medico curante. I contenuti dell'attività motoria devono sviluppare:

- resistenza aerobica
- forza muscolare
- mobilità articolare
- coordinazione
- equilibrio
- apprendimento motorio.

Sicuramente il lavoro muscolare deve essere allenato aumentando l'intensità, anche se per brevi periodi. Occorre inoltre ricordare che è sufficiente un'interruzione di due settimane per avere regressioni recuperabili però con una regolare ripresa dell'attività. Particolare importanza dovrà essere data alla fase di riscaldamento e al periodo di recupero. Poiché le capacità di recupero sono minori, l'anziano dovrà rispettare tempi di recupero più importanti rispetto a un giovane, specialmente in caso di sedute particolarmente impegnative come intensità e durata. Importante è nella terza età qualora si voglia praticare regolarmente un'attività fisica sottoporsi prima di iniziarla a un'accurata valutazione del grado di efficienza dei vari apparati al fine di evitare che questa pratica si risolva in un danno per l'organismo. La promozione dell'attività fisica nell'anziano non ha benefici solo sull'aspetto muscolare dell'individuo ma coinvolge più sistemi ed apparati andando a definire il concetto di "invecchiamento attivo".

### **Invecchiamento attivo**

L'OMS da oltre 10 anni considera l'invecchiamento della popolazione generale come uno dei più grandi trionfi sociali ma anche una delle nostre maggiori sfide per il futuro. Nonostante la qualità dell'invecchiamento dipenda dalle scelte di vita e di salute effettuate fin dall'infanzia e ben prima dei 65 anni, la letteratura scientifica mette oggi a disposizione crescenti evidenze sulle opportunità che gli individui, le famiglie, la società ed il sistema socio sanitario possono attuare per promuovere un invecchiamento attivo della popolazione. L'invecchiamento attivo fa riferimento alla dimensione bio-psico-sociale della persona con più di 64 anni e si può definire come il "processo per cui si ottimizzano le opportunità di

salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita" che ha come obiettivo la condizione di mantenimento dell'indipendenza e di una vita esente per quanto possibile da fragilità, dalle molte patologie cronico-degenerative e dalla disabilità. Questo principio si può applicare al singolo come alla comunità, permette di disegnare attraverso la scelta di opportuni indicatori, le condizioni e l'invecchiamento di ogni singola persona ma anche la condizione complessiva delle persone di uno stesso gruppo di età di una particolare regione o del Paese. La scelta del pool degli indicatori che sinteticamente possono dare un'idea al cittadino, all'operatore sanitario o sociale e al legislatore della misura in cui una certa realtà territoriale è in grado di promuovere l'invecchiamento attivo della sua popolazione non è ancora definito ed accettato da tutti i paesi. Molti paesi, tra cui l'Italia, si sono attenuti alla strategia promulgata dall'OMS (Active Ageing) che mira a creare e rafforzare Salute, Partecipazione e Sicurezza (definiti come i tre pilastri dell'Active Ageing). Lo scopo ultimo dell'invecchiamento attivo è quello di valorizzare le persone con età maggiore di 64 anni per renderle una risorsa preziosa per la famiglia, la collettività e l'economia di un Paese. Il concetto di "risorsa" parte da una visione positiva della persona, che è in continuo sviluppo ed è in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla propria crescita individuale e collettiva. Inoltre, riconosce l'importanza di attività che migliorano la salute fisica e mentale e accrescono la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri ed innalzare la qualità della propria vita. Per promuovere le iniziative volte a sviluppare tale approccio sociale nel 2012 l'Unione Europea aveva individuato il 2012 come l'**Anno europeo dell'invecchiamento attivo** e della solidarietà tra le generazioni.

\* Dott.ssa Chiara Venturelli  
Nefrologia e Dialisi  
Ospedale S. Chiara di Trento e  
S. Maria del Carmine di Rovereto

Quando il sistema immunitario “sbaglia il bersaglio”

## L'autoimmunità

di Danila Bassetti\*

**I**l termine immunità deriva dal latino *immunitas*, che si riferiva alla protezione o esenzione da obblighi o tributi.

Le cellule e le molecole responsabili dell'immunità costituiscono il sistema immunitario e la loro risposta coordinata verso le sostanze estranee è chiamata risposta immunitaria. Mentre una volta tale meccanismo era sostanzialmente ritenuto solo un sistema di difesa verso agenti infettivi, con il progredire delle conoscenze si è inteso come esso si rivolga verso qualsiasi sostanza estranea all'organismo e come conseguentemente debba essere inteso, in senso più ampio, come una reazione volta a mantenere l'identità del sé o *self*. “Sé” inteso come peculiarità che contraddistingue e connota fino dalla nascita ogni individuo a tal punto che qualsiasi successivo cambiamento strutturale o variazione di esso, a causa di virus, batteri, neoplasie o trapianti, è considerato violazione del “sé”, un “non-sé” verso il quale implacabile si scatena la risposta immunitaria, indipendentemente dagli effetti prodotti dall'elemento di nuova intrusione. Anche il sistema immunitario presenta i suoi aspetti patologici: può scatenare una risposta verso propri componenti, sbagliando il bersaglio e producendo “attacchi” verso elementi cellulari *self*, una specie di autolesionismo detto autoimmunità, oppure può evocare una risposta esagerata, immotivata verso sostanze innocue o comunque non dannose, come nel caso dell'allergia. In questo primo articolo sono presi in considerazione fattori e aspetti eziopatogenetici delle malattie autoimmuni, sulla guida di domande, cui si cercherà di fornire una risposta chiara e comprensibile.

### Che cos'è l'autoimmunità?

Normalmente, il sistema immunitario è programmato fin dalla nascita in modo da evocare una reazione immunitaria verso l'introduzione interna di qualsiasi sostanza estranea (*not-self*); viceversa il *self*, riconosciuto come elemento proprio, non attiverà alcuna reazione in base ad un processo di tolleranza variamente indotta a livello degli organi linfatici centrali (timo e midollo osseo) durante la fase di maturazione dei linfociti e periferici (linfonodi e milza) in epoche successive. Tali meccanismi di sicurezza constano nell'eliminazione in origine di tutte quelle cellule linfatiche (linfociti) in grado di reagire con molecole (antigeni) “fatti conoscere” nella fase di maturazione nel timo ai linfociti T e nel midollo osseo ai linfociti B, in modo da renderle tollerate o comunque ignorate. A tal riguardo fondamentale è la funzione di un fattore di trascrizione denominato AIRE (Autoimmune REgulator), responsabile dell'espressione di molti antigeni proteici *self* a livello del timo. I linfociti che sopravvivono alla selezione negativa proseguono la loro maturazione verso stadi in grado di riconoscere proteine estranee o con funzione regolatoria. Qualora fosse “evaso” qualche linfocita autoreattivo, esso sarà bloccato in periferia a livello dei linfonodi o della milza con un meccanismo d'inattivazione detto anergia. Qualsiasi alterazione in detti sistemi di sorveglianza programmata può dar origine a una risposta immunitaria anomala, autolesiva, in quanto rivolta verso elementi *self*.

### Perché si sviluppa l'autoimmunità?

La disregolazione immunitaria che porta alla risposta autoimmune è riconducibile a fattori genetici e ambientali. Diversi geni predispongono



allo sviluppo di malattie autoimmuni, in particolare quelli che codificano per le proteine MHC (Complesso Maggiore di Istocompatibilità) o HLA (Antigeni Leucociti Umani), una specie di codice a barre che caratterizza l'individuo e che ha il compito principale di presentare gli antigeni ai linfociti T. Per alcune malattie autoimmuni esiste una correlazione tra la presenza di determinati alleli HLA ed la predisposizione a una particolare patologia autoimmune. Numerosi altri geni non appartenenti al sistema HLA possono intervenire codificando per antigeni *self* o alterando la loro espressione in fase di maturazione del sistema immunitario. I geni in questione sono noti per essere coinvolti nei meccanismi di tolleranza centrale (gene AIRE), di generazione di linfociti T regolatori (FoxP3, IL-2, IL-2R), di induzione di anergia e funzione dei linfociti T regolatori (CTLA-4) e di delezione dei linfociti T e B nei tessuti periferici (Fas, FasL). Le mutazioni genetiche sono sicuramente una causa o una predisposizione all'autoimmunità, ma anche variazioni epigenetiche cioè dell'espressione del patrimonio genetico, possono portare a un'alterazione nella risposta autoimmune ed essere ricondotte all'azione dell'ambiente esterno in senso lato (composizione chimico-fisica dell'atmosfera, della biosfera, delle catene alimentari) ed al microambiente cellulare, tissutale e sistemico (infezioni, fattori neuroendocrini, stress, etc.) interno all'organismo. Le mutazioni epigenetiche “spengono” l'espressione del genoma mediante processi di metilazione del DNA, cambiamenti delle sue proteine istoniche o con la produzione di microRNA (sorta di interruttori funzionali). Dette mutazioni, pur non

comportando modifiche strutturali del genoma, sono tuttavia trasmesse ed ereditate da cellule e individui.

### Quali sono gli eventi o meccanismi che possono scatenare una risposta autoimmune?

Sulla base di una suscettibilità genetica possono agire fattori ambientali scatenanti quali infezioni, agenti chimici e fisici. Le infezioni possono indurre una risposta autoimmune mediante un'attivazione policlonale dei linfociti T e B, il mimetismo antigenico, quando proteine batteriche o virali presentino un'omologia di struttura (somiglianza) con autoantigeni, e l'effetto alterante dell'infiammazione sulle stesse proteine *self*. Inoltre le infezioni, danneggiando i tessuti, possono favorire il rilascio di antigeni normalmente sequestrati in ambienti non accessibili (i cosiddetti "santuari") al sistema immunitario. Per esempio alcuni antigeni del testicolo e dell'occhio non sono normalmente "visti" dai linfociti e vengono quindi ignorati: la loro liberazione, a seguito di traumi o infezioni, può innescare una reazione autoimmune diretta contro questi tessuti. Ricordiamo che il sistema immunitario normalmente si "scatena" solo verso le molecole che non riconosce. Dubbio e controverso è l'effetto delle vaccinazioni sul rischio di sviluppare malattie autoimmuni. Altri fattori ambientali, quali il fumo di sigaretta, l'esposizione a raggi ultravioletti, le polveri di silicio sono chiamati in causa ed associati a specifiche patologie. Fattori neuroendocrini (steroidi sessuali, risposte ormonali legati allo stress) e la produzione di citochine pro-infiammatorie innescano meccanismi diversi che spiegano oltretutto la diversità epidemiologica delle affezioni.

### Quali e quante sono le malattie autoimmuni?

Le malattie autoimmuni vengono distinte in malattie autoimmuni sistemiche o non-organo specifiche (MAIS) e malattie autoimmuni organo-specifiche (MAOS), a seconda della diffusione dell'autoantigene coinvolto. Reazioni verso antigeni rinvenibili in tutte le cellule umane, come il DNA, gli antigeni del nucleo, del nucleolo e del citoplasma, possono causare malattie sistemiche come il LES (Lupus

Eritematoso Sistemico), la sclerodermia, la sindrome di Sjögren, l'artrite reumatoide, la dermatopolimiosite, vasculiti autoimmuni etc. Quando invece l'autoantigene bersaglio è limitato a cellule di un particolare organo si sviluppano patologie come tiroiditi autoimmuni, celiachia, diabete mellito di tipo 1, epatopatie autoimmuni, gastriti autoimmuni, etc. Genericamente si può affermare che il 5 % della popolazione presenta una patologia autoimmune, con prevalenza per le forme organo-specifiche e con un interessamento maggiore del sesso femminile.

### Come si fa la diagnosi di malattia autoimmune?

Lo spunto per considerare l'ipotesi di una malattia autoimmune parte sempre da un indizio clinico, che viene poi confermato da indagini di laboratorio specifiche, volte ad evidenziare la presenza di autoanticorpi associabili alla patologia sospettata. Per le malattie sistemiche il test di I livello è costituito dalla ricerca di anticorpi anti-nucleo o ANA, anti-CCP (per artrite reumatoide) e ANCA (vasculiti autoimmuni). Per le malattie organo-specifiche la ricerca è mirata verso autoanticorpi specifici come anti-transglutaminasi per celiachia, anti-tireoperossidasi per tiroiditi, anti-muscolo liscio e mitocondri per epatopatie, anti-GAD, IA2, insulina, ZnT8 per diabete, anti-cellule parietali gastriche per anemia perniciosa, etc.

### Come si curano le malattie autoimmuni?

Le terapie attuali oltre a mirare al contenimento dei sintomi correlati alle patologie autoimmuni, si basano sull'immunosoppressione della risposta immunitaria, sul controllo della reazione infiammatoria con antiinfiammatori, sul supporto a eventuali deficit ormonali o metabolici o, solo per la celiachia, sulla dieta glutino-privata.

\* Dott.ssa Danila Bassetti  
Microbiologia e Virologia  
Responsabile S.S. Sierologia e Autoimmunità  
Ospedale S. Chiara di Trento

**È** tempo di giardinaggio e di lavoro in campagna. Con la primavera tutti trascorrono più tempo all'aperto. Chi sta però molte ore del giorno al sole deve proteggere la propria pelle dai danni delle radiazioni solari, in particolare lo devono fare le persone che hanno ricevuto un trapianto e assumono la terapia immunosoppressiva.

La sopravvivenza a lungo termine nei pazienti con trapianto d'organo è aumentata e ciò ha permesso di vedere le possibili complicanze dovute a un prolungato trattamento immunosoppressivo.

L'utilizzo di farmaci immunosoppressivi, per permettere un adeguato controllo sul sistema immunitario del ricevente e sviluppare quindi una "tolleranza" nei confronti dell'organo trapiantato, è associato a un aumentato rischio di sviluppare vari tipi di tumore e tra questi i più comuni sono quelli della pelle.

La cute consta di tre strati: l'epidermide (strato superficiale), il derma (strato intermedio) e il tessuto sottocutaneo (strato profondo). L'epidermide è formata da diverse cellule: i **melanociti**, che hanno il compito di produrre la melanina, un pigmento che protegge dagli effetti dannosi dei raggi solari, e i **cheratinociti**, che rappresentano le cellule più numerose di questo strato.

I cheratinociti, presenti nello strato più esterno dell'epidermide, prendono il nome di *cellule squamose* e quando vanno incontro a trasformazione tumorale prendono il nome di **carcinomi spino cellulare squamosi (SCC)**.

I cheratinociti dello strato più profondo sono invece chiamati *cellule basali* e possono dare origine a **carcinomi basocellulari (BCC)**.

Entrambi sono tumori "non melanomatosi" (NMSK), cioè tumori della pelle diversi dai melanomi.

I NMSK sono le forme neoplastiche più comuni nella popolazione di origine caucasica in generale.

Il carcinoma basocellulare è a lenta crescita con minima tendenza alle metastasi (<0,1%).

L'utilità della prevenzione nelle neoplasie cutanee

## Trapiantati... alla luce del sole

di Nadia Buccella e Cristina Andreotti\*

Il carcinoma squamoso origina da cheratinociti displastici: di solito si sviluppa da lesioni preesistenti o cheratosi attiniche o SCC in situ (Bowen) e comprende un sottogruppo di forme a maggiore rischio per caratteristiche di dimensione e profondità.

Nella popolazione in generale lo sviluppo di NMSK è dovuto a una combinazione di fattori ambientali, genetici, fenotipici.

Il fattore ambientale è rappresentato dall'esposizione alle radiazioni ultraviolette (UV), come è evidente dalla maggiore incidenza, in paesi con maggiore esposizione solare, di carcinomi cutanei che compaiono sulle zone della cute esposte al sole e sono favoriti anche dalla durata della esposizione al sole nel corso della vita.

La luce UV è in grado di determinare un danno diretto del DNA cellulare. Fattori che aumentano il rischio di comparsa sono il colore chiaro della pelle e l'età. (Samarasinghe V, J CutanAesthetSurg 2012).

Il rischio di sviluppare un NMSK è molto più alto nelle persone trapiantate che nella popolazione in generale. I più frequenti sono i carcinomi squamosi e si sviluppano per lo più nelle zone esposte al sole. Nei giovani l'80 % delle lesioni sono localizzate al dorso delle mani, alle braccia e alla parte superiore del tronco mentre nei pazienti oltre i 60

anni la zona più interessata è il capo. L'incidenza varia molto con la durata dell'immunosoppressione: il tempo medio tra il trapianto e la diagnosi di tumore cutaneo è di 8 anni per i riceventi trapianto con età inferiore ai 40 anni, ma si riduce a 3 anni per quelli riceventi il trapianto dopo i 60 anni.

Il rischio di sviluppare un carcinoma squamoso in questi pazienti è maggiore nell'uomo rispetto alla donna.

Nei pazienti trapiantati ai rischi generici si aggiunge il rischio secondario della terapia immunosoppressiva.

Certamente le radiazioni ultraviolette iniziano e promuovono lo sviluppo del carcinoma squamoso, ma la terapia immunosoppressiva amplifica il danno riducendo la sorveglianza immunitaria nella pelle e permettendo il mantenimento per lungo tempo di infezioni da papilloma virus (HPV): fino al 90% dei NMSK negli immunocompromessi contengono HPV.

Altri fattori di rischio includono la durata del trattamento dialitico pre-trapianto e il fumo.

Inoltre sembra che il rischio di neoplasie cutanee sia maggiore con l'utilizzo di alcuni farmaci immunosoppressori, tuttavia la modifica della terapia nel paziente trapiantato deve essere valutata dal medico specialista caso per caso.

Nel trial "Efficacy of rapamycin in secondary prevention of skincancers

in kidneytransplant- Euvrard S NEJM 2012": di 120 pazienti con almeno un pregresso SCC, 64 sono stati passati da inibitori della calcineurina (CNI) a sirolimus e 56 sono rimasti in CNI. A due anni sono stati diagnosticati 14 SCC nei pazienti in sirolimus e 22 nei pazienti in CNI, ma il 23 % dei pazienti in sirolimus ha sospeso la terapia per effetti collaterali.

Il medico deve informare i pazienti che i "riceventi il trapianto" hanno un alto rischio di NMSK e che il rischio aumenta con il tempo di trapianto.

Per la prevenzione primaria a tutti, ma in particolare ai trapiantati, è consigliato proteggersi dal sole con l'utilizzo di creme solari a elevata protezione, e evitare l'esposizione diretta ai raggi solari (meglio l'ombra).

Si raccomanda l'utilizzo "generoso" di crema a protezione elevata SPF 30+ ad ampio spettro tale da bloccare sia UVA che UVB. Lo schermo solare va messo 30 minuti prima di uscire e subito prima di uscire; se il paziente rimane al sole va riapplicato ogni 2 ore altrimenti ogni 4. È opportuno anche valutare se metterlo ogni giorno su mani e viso indipendentemente da quello che si farà. È consigliato un appropriato abbigliamento:

- camicia e pantaloni lunghi
- cappello
- occhiali
- guanti per chi lavora in giardino o in campagna.

È molto importante inoltre che il paziente controlli in prima persona la comparsa di eventuali macchie o lesioni sulla pelle segnalandole il prima possibile al medico dell'ambulatorio, che programmerà opportuni controlli dermatologici. Si è visto infatti che un trattamento precoce garantisce una migliore prognosi.

Il medico dell'ambulatorio trapianti valuterà inoltre l'eventuale necessità di ridurre o modificare la terapia immunosoppressiva con l'obiettivo di preservare un buon funzionamento del trapianto.



\* Dott.ssa Nadia Buccella e  
\* Dott.ssa Cristina Andreotti  
Ambulatorio Trapianto di Rene  
Ospedale S. Chiara di Trento

# Implicazioni odontostomatologiche nel paziente candidato al trapianto renale

di Massimiliano Furlani e Fulvio Campolongo\*

**I**l trapianto renale è da considerarsi una delle grandi mete raggiunte dalla medicina del secolo scorso. Tale affermazione è particolarmente vera considerando che il trapianto renale ha drasticamente migliorato la qualità di vita di pazienti affetti da insufficienza renale cronica.

In questi pazienti la funzione renale, prima supportata dalla dialisi peritoneale o dialisi renale artificiale, è assolta da un nuovo organo che consente un miglioramento e allungamento della vita rappresentando così la soluzione terapeutica migliore.

Per quanto il trapianto renale abbia una storia ormai di mezzo secolo, e le tecniche e i farmaci siano molto evoluti rispetto agli albori di questa terapia, esso risulta essere comunque un trattamento delicato in quanto è necessaria una immunosoppressione farmacologica, gravata da possibili importanti effetti collaterali.

Negli ultimi dieci anni il numero di pazienti trapiantati, nei 42 centri autorizzati in Italia, è di circa 1500 all'anno.

In ragione di tale elevato numero di pazienti è necessario che le problematiche inerenti il trapianto siano conosciute non solo ai nefrologi ma a tutta la comunità scientifica in modo che si possa ottenere un risultato ottimale riducendo l'insorgenza delle complicanze.

Tra le complicanze più temibili sono da annoverare quelle conseguenti a un precario stato di salute del cavo orale. Il cavo orale riveste infatti un ruolo importante per la possi-

bile presenza di foci dentari, fonte di potenziali infezioni veicolate dal sangue. Tale aspetto riveste ancora maggior importanza per terapie correlate al trapianto che riducono drasticamente la capacità di risposta dell'organismo alle infezioni.

Risulta pertanto utile che il paziente candidato al trapianto sia valutato anche in relazione allo stato di salute del cavo orale prevedendo un protocollo preventodontico e di follow-up standardizzato.

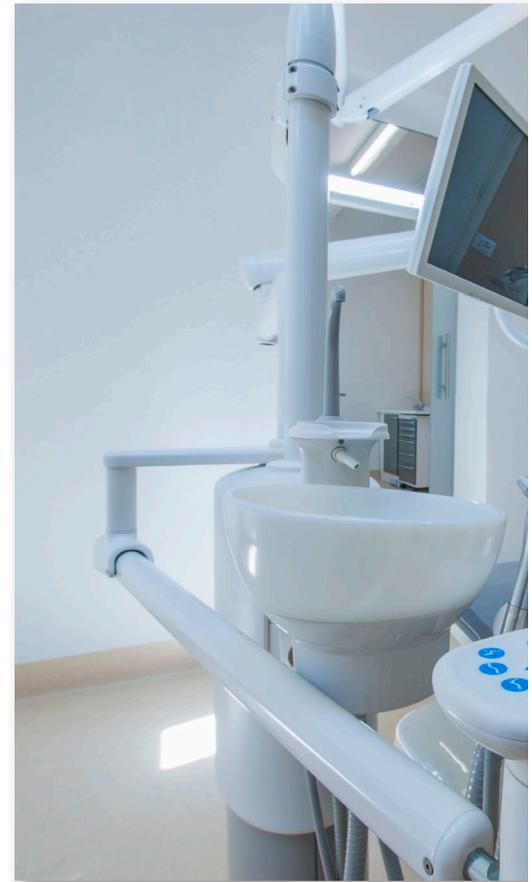
Il protocollo preventodontico consente di concordare un percorso di prevenzione e terapia che permette al paziente di arrivare al trapianto con una bocca sana. Il protocollo postoperatorio, follow-up, permette di identificare precocemente la comparsa di nuova patologia orale ed eventuali complicazioni orali secondarie alla terapia.

Nell'applicazione di questi protocolli si prevede quindi l'invio del paziente da parte del nefrologo al collega odontoiatra fornendo nel contempo le informazioni utili per successivo trattamento odontoiatrico.

## Protocollo preventodontico

Il protocollo preventodontico prevede:

- l'esecuzione di radiografie delle arcate dentarie
- la visita odontostomatologica
- le sedute di igiene orale professionale con l'esame intra-extraorale, la valutazione del parodontio, il rilevamento degli indici di placca e di sanguinamento, l'ablazione del tartaro, l'istruzione allo spazzolamento corretto e la motivazione all'igiene orale

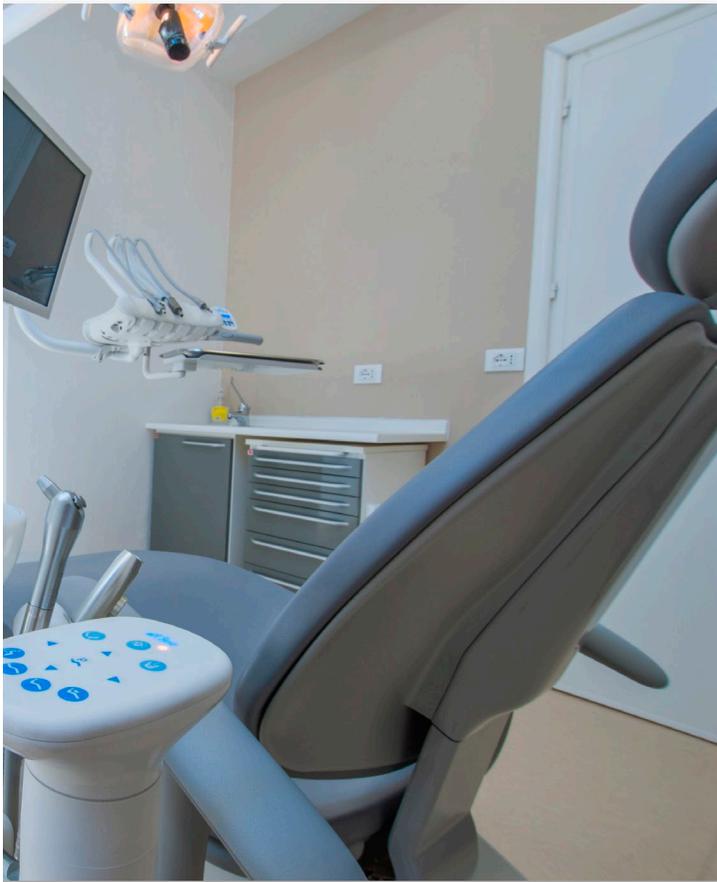


- le cure odontoiatriche che possono prevedere, a seconda della patologia orale presente e della prognosi dei singoli elementi dentari, la cura di gengiviti e parodontopatie, il trattamento degli elementi cariati e l'estrazione degli elementi con prognosi sfavorevole.

In caso di necessità di anestesia è utile utilizzare anestetici senza vasoconstrictore e, se necessaria una terapia antinfiammatoria, utilizzare paracetamolo. Altri farmaci prescritti dai dentisti vengono escreti per via renale (fans, alcuni antibiotici) e, al momento della prescrizione, devono essere valutati i valori della funzionalità renale.

È inoltre da considerare che nor-

malmente il paziente nefropatico dializzato assume medicinali che influenzano le procedure dentali e che possono avere manifestazioni orali. Questi farmaci includono gli anticoagulanti, i beta bloccanti, i diuretici. In particolare è da tener presente che in caso di terapia anticoagulante deve essere eseguita una valutazione dei



valori della coagulazione (INR) prima di effettuare una procedura al fine di ridurre al minimo il rischio di sanguinamento.

In previsione di cure invasive (estrazione dentarie, courettage parodontale, trattamenti endocanalari, apicectomia, implantologia, posizionamento apparecchi ortodontici) il paziente deve essere adeguatamente coperto con terapia antibiotica utilizzando lo schema previsto per la profilassi dell'endocardite batterica (AHA) vale a dire assunzione di 2 gr. di amoxicillina un'ora prima della procedura. Per i pazienti allergici alla amoxicillina può essere utilizzata la clindamicina con dosaggio di 600 mg./ora prima della procedura.

Durante il trattamento odontoiatrico è necessaria la collaborazione con il nefrologo in quanto l'eventuale stress correlato può indurre un'aumentata richiesta di supporto cortisonico e quindi essere necessario rimodulare la posologia di tale farmaco.

Tutti i problemi dentali vanno trattati prima del trapianto, anche aggressivamente, per ridurre al minimo eventuali infezioni in corso di terapia immunosoppressiva.

### Follow-up

I controlli periodici (follow-up) rappresentano un momento necessario per il mantenimento dello stato di salute raggiunto nella fase preventodontica, per l'identificazione precoce di nuova patologia dentaria e di eventuali complicanze orali secondarie alla terapia post trapianto. Le complicanze al cavo orale delle terapie immunosoppressive possono essere diverse; le principali delle quali sono la comparsa di candidosi o herpes (molto frequenti), ipertrofia gengivale da ciclosporina, displasie

della mucosa orale. La maggiore incidenza di patologie maligne nei pazienti trapiantati quali il carcinoma squamoso, il sarcoma di Kaposi e il linfoma non Hodgkin impone una particolare attenzione dal parte dell'odontoiatra nei controlli clinici ai quali sono sottoposti i pazienti trapiantati.

I controlli periodici prevedono la visita odontostomatologica, sedute d'igiene orale professionale con rinforzo della motivazione all'igiene orale, eventuali cure odontoiatriche.

È necessario sia che il paziente venga informato dell'utilità di aderire scrupolosamente al follow-up sia che venga redatto un preciso programma di controlli.

Per quanto riguarda le cure odontoiatriche, i primi sei mesi dopo il trapianto sono il periodo più critico per la vita del paziente per l'alto dosaggio di immunodepressivi assunti, e pertanto vengono eseguiti i soli trattamenti urgenti in ambiente protetto (ospedale) con la supervisione del nefrologo per la modulazione della terapia farmacologica.

Analoga procedura viene adottata in casi di rigetto.

Dopo sei mesi dal trapianto renale, in assenza di segni di rigetto, possono essere eseguite alcune procedure odontoiatriche in maniera selettiva (igiene, otturazioni, cure canalari- cure parodontali non invasive) presso l'odontoiatra di fiducia. Per le procedure invasive, come le estrazioni dentarie, deve essere posta attenzione all'eventuale rischio emorragico correlato che potrebbe rendere necessario l'utilizzo di presidi atti a ridurre il sanguinamento (gelita spongostan, chiusura primaria mediante sutura). Gli interventi dovrebbero essere eseguiti al mattino, nel più breve tempo possibile e in ambiente tranquillo.

Utile la consulenza nefrologica per un'eventuale modifica della terapia anticoagulante e/o cortisonica.

### Conclusioni

L'importanza della patologia che colpisce il paziente nefropatico e la complessità del trattamento al quale deve essere sottoposto orientano per un approccio clinico multidisciplinare dove il ruolo assunto dallo stomatologo può rappresentare un valore aggiunto alla ricerca del successo terapeutico, in modo che i pazienti possano godere del miglior trattamento e che l'organizzazione sanitaria sia in grado di rispondere con appropriatezza e efficacia a questa richiesta di salute.

\* Dott. Massimiliano Furlani e  
Dott. Fulvio Campolongo  
Unità Operativa di Chirurgia  
di Chirurgia Maxillo Facciale  
e Odontostomatologia  
Ospedale S. Chiara di Trento

Torna di attualità l'utilizzo di donatori deceduti per morte cardiaca

## La donazione a cuore non battente

di Teresa Dipalma\*

**I**l primo trapianto esitato con successo si realizzò nel 1954 a Boston. Da allora, il trapianto di organi solidi ha avuto una grande evoluzione grazie alla comparsa di nuovi farmaci immunosoppressori e all'evoluzione delle tecniche chirurgiche che hanno permesso al trapianto di passare dall'essere una pratica sperimentale a una terapia consolidata che, al momento, rappresenta la terapia migliore delle tecniche di sostituzione di organi.

Ciò non significa che tutte le problematiche legate al trapianto siano risolte, per cui la ricerca medica e scientifica cerca di risolvere problemi sull'ottimizzazione e sulla personalizzazione delle terapie per aumentare la sopravvivenza dell'organo e del paziente e ridurre gli effetti collaterali della terapia immunosoppressiva.

Senza dubbio, un limite importante al trapianto è dato dalla scarsa disponibilità degli organi che determina una sproporzione tra i pazienti in lista d'attesa di un organo e i pazienti che ricevono un trapianto.

I primi trapianti furono eseguiti utilizzando donatori viventi o deceduti per morte cardiaca (DCD).

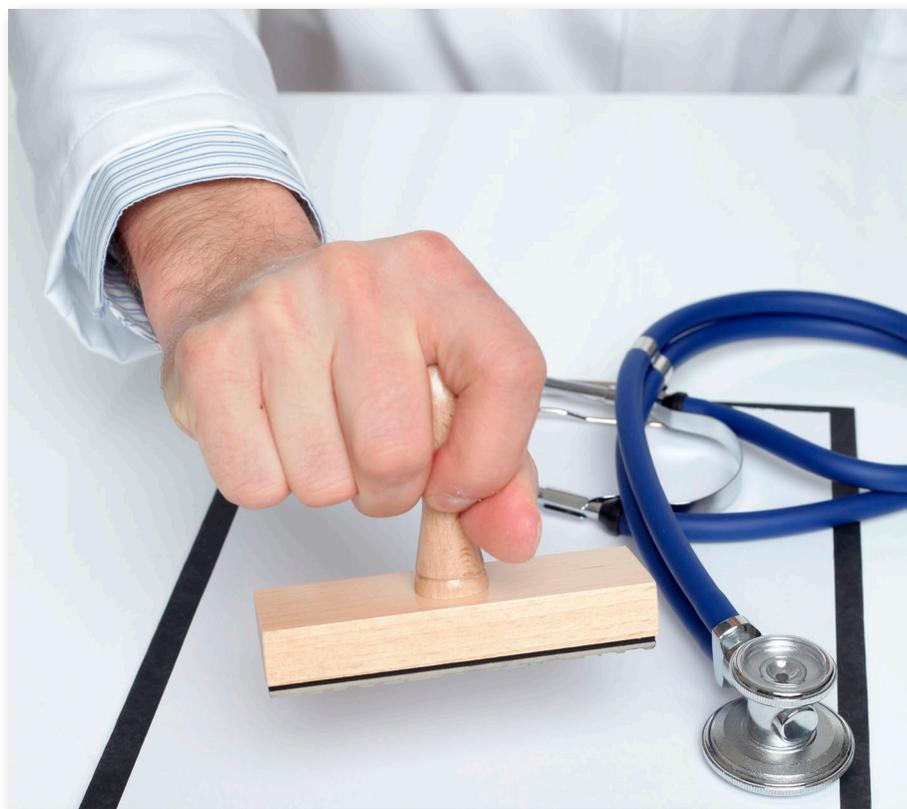
Successivamente, con una accettazione dei criteri di definizione della morte encefalica, la donazione da parte di questi donatori è stata la più utilizzata (donatori DBD). Negli ultimi anni, anche grazie all'obbligatorietà di alcune norme della strada come l'obbligo di cinture e di casco, si sono ridotte notevolmente il numero di morti cerebrali secondarie a trauma cerebrale. È pertanto tornato a es-

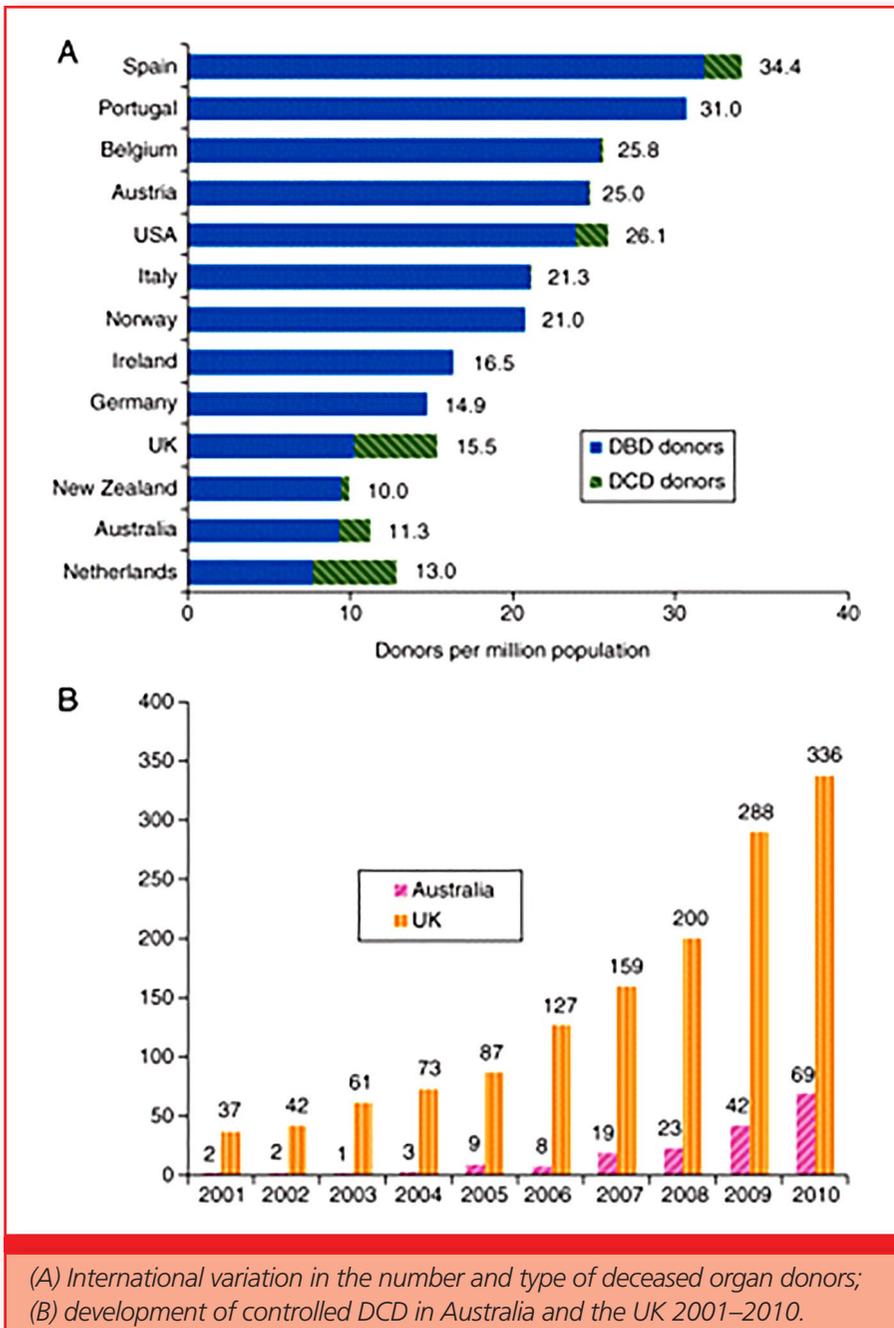
sere importante l'utilizzo di donatori viventi o deceduti per morte cardiaca, ovvero quei donatori in cui la morte viene diagnosticata come provocata da un arresto cardiaco irreversibile, in cui tutte le manovre di rianimazione avanzata non sono risultate efficaci. A tale proposito esiste una notevole disparità nell'utilizzo di questo tipo di donatori dovuto soprattutto a notevoli disparità nella legislazione dei singoli Paesi che rende diverso il tipo e il numero di potenziali donatori (fig. a). Si osserva pertanto che in alcuni Paesi, ad esempio Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, tale tipo di donazione rap-

presenta una parte sostanziale dei donatori complessivi organo, mentre è praticamente inesistente in altri come in Germania e Portogallo. In Australia e nel Regno Unito il numero di tali donatori è aumentato notevolmente negli ultimi dieci anni (fig. b), e ora rappresenta più di un terzo di tutti gli organi; in Italia solo da pochi anni vengono utilizzati tali donatori e solo in pochissimi Centri di Trapianto. In altri Paesi invece, come il Giappone, la donazione per motivi culturali è esclusivamente da donatori a cuore non battente, essendo scarsamente praticato il prelievo di organi da donatori in morte encefalica.

A tale proposito la classificazione modificata di Maastricht definisce cinque categorie di donatori a cuore fermo:

1. deceduti all'arrivo in ospedale, compresi pazienti già deceduti all'arrivo dei sanitari
2. pazienti rianimati senza successo: costituiscono la maggior parte del pool di donatori NHBD in Europa, e sono per lo più vittime di morte cardiaca improvvisa o di traumi cerebrali imponenti, giunti al reparto di Pronto Soccorso già sottoposti a RCP-ACLS durante il





- trasporto. In questi casi è più agevole la constatazione del decesso perché il personale sanitario può fornire informazioni sul momento dell'arresto cardiaco (arresto cardiaco testimoniato)
3. arresto cardiaco atteso. Questo gruppo comprende pazienti in fin di vita, soprattutto nei reparti di terapia intensiva. Costituiscono la maggior parte dei donatori negli USA, per i quali si aspetta l'arresto cardiaco dopo la sospensione delle terapie invasive o rianimatorie non volute dal paziente stesso o

- dai suoi familiari. In Italia non è previsto.
4. arresto cardiaco in donatore in corso di accertamento di morte. Sono donatori per i quali è già stato ottenuto il consenso, che hanno avuto un arresto cardiaco durante o subito dopo il periodo di accertamento della morte encefalica. Sono i donatori più diffusi in Giappone, mentre in Europa costituiscono solo casi sporadici.
  5. arresto cardiaco inatteso in pazienti ricoverati in Unità di cura intensiva.

Ai primi due gruppi e al quinto appartengono donatori non "controllati", ovvero coloro la cui morte avviene in modo improvviso al di fuori delle strutture di cura o del Pronto Soccorso, o a distanza dall'ingresso in Ospedale; per tali pazienti generalmente manca la conoscenza della volontà del paziente o dei suoi familiari sulla donazione e informazioni circa l'eventuale idoneità dei suoi organi alla donazione. I primi due gruppi di pazienti sono utilizzati in particolar modo in Spagna, dove si è costituita un'organizzazione di coordinamento nelle grandi città che consente di utilizzare questo tipo di donatori mediante un servizio di urgenza extraospedaliero dedicato; al terzo e al quarto gruppo appartengono invece donatori "controllati" ovvero quei pazienti già ricoverati, ad esempio in Rianimazione, in cui l'arresto cardiaco è un evento prevedibile e per i quali in genere per motivi diagnostici e terapeutici è già nota l'eventuale idoneità alla donazione e talvolta l'opinione che il paziente o i suoi familiari hanno circa la donazione.

Il processo di donazione, qualunque sia il tipo di donatore, è come una catena delicata di eventi che devono realizzarsi in un tempo limitato, in cui sono coinvolte numerose figure professionali, sanitarie e non, ma di fondamentale importanza è la società in cui il processo di donazione inizia e termina. Tra gli altri tentativi di aumentare il numero di donatori sono da annoverare il ricorso alla donazione da vivente, il ricorso a organi sub-ottimali o marginali, l'espansione dei classici criteri di donazione, l'adozione di nuove tecniche chirurgiche, quali il trapianto renale doppio, nonché misure di ordine socio-sanitario, quali riforme strutturali nella donazione degli organi e le limitazioni organizzative o legislative, come nel caso del trapianto a cuore non battente, e infine l'attuazione di campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

\* Dott.ssa Teresa Dipalma  
UO Nefrologia-Dialisi  
Ospedale S. Chiara di Trento

# Dalla prestazione sanitaria alla presa in carico del paziente con insufficienza renale

di Alessandra Chiecchi\*

In quest'ultimo decennio le strutture sanitarie sono orientate a erogare il prodotto sanitario privilegiando i modelli culturali ed organizzativi in grado di assicurare continuità delle cure. L'offerta pertanto è calibrata su percorsi, definiti di "presa in carico" del paziente, a più livelli della rete assistenziale, amplificando il concetto di centralità della persona. Si crea in questo modo una risposta pertinente ai bisogni di salute e ai problemi evidenziati nella popolazione di riferimento e, allo stesso tempo, alle complessità organizzative ed umane poste in particolare dalle patologie croniche, con malati non guaribili che necessitano di essere seguiti per periodi prolungati.

Il rapporto diretto tra medico e paziente lascia il posto, in questo nuovo scenario, a un gruppo di professionisti che costituiscono il team assistenziale, all'interno del quale si fissano gli obiettivi, si assumono le decisioni, si pianificano le strategie, si risolvono le criticità e si valutano i risultati all'interno di un profilo di cura, ovvero un percorso coordinato finalizzato a far ottenere agli assistiti gli interventi di provata efficacia, attraverso una sequenza di prestazioni in un tempo considerato ottimale.

L'attenzione non è posta solo alla dimensione clinica e fisica delle cure ma comprende anche l'aspetto psicologico e sociale, attraverso il coinvolgimento del cittadino che partecipa al piano terapeutico con un ruolo contestualizzato e più attivo. Incrementare la partecipazione significa sviluppare anche un nuovo senso di responsabilità nella fruizione dei servizi.



Nelle situazioni di particolare fragilità, e l'insufficienza renale ne rappresenta un esempio, la presa in carico garantisce protezione nei ripetuti passaggi tra fase acuta, post acuta e stabilizzazione, in modo da agire sul recupero funzionale del "sistema" paziente attraverso azioni personalizzate sostenute da evidenze scientifiche e management gestionali. La visione d'insieme che ne deriva rappresenta il valore aggiunto sia per l'utente che per il personale sanitario, che calibra la relazione di aiuto con un differente approccio metodologico.

Quando il problema è riconducibile all'insufficienza renale la presa in carico inizia dal MMG, che attraverso semplici esami di laboratorio conferma o anticipa una diagnosi, nei casi in cui il paziente sia, per esempio, diabetico, iperteso, affetto da malattie autoimmuni, da nefropatie note o semplicemente in età avanzata.

Segue l'affidamento all'ambulatorio nefrologico, solitamente di una struttura ospedaliera: in questa sede si procede con l'inquadramento diagnostico, attraverso esami strumentali, si considerano gli altri fattori di rischio

correlati, si imposta un trattamento farmacologico e si programmano i controlli nel tempo.

L'osservazione del paziente risulta quindi pianificata e continuativa, considerando la cronicità dell'insufficienza renale e la sua progressione, con problemi indipendenti dalla patologia primitiva che assumono tuttavia un ruolo rilevante nella gestione clinica. Medico, Infermiere e Dietista in area ambulatoriale descrivono il team di riferimento inter/multidisciplinare che gravita intorno al malato e che non solo si occupa dell'immediato ma valuta le possibili evoluzioni a lungo termine, che nel nostro specifico, potrebbero portare a dialisi e trapianto renale, interpretando così la patologia cronica come un unico episodio, una sorta di linea retta intervallata dal ripetersi di singoli eventi.

Per il paziente nefrologico la continuità assistenziale, dopo l'arruolamento, si articola quindi in 5 linee: ambulatorio, degenza nefrologica, emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto, in collegamento con la medicina territoriale.

La presenza dello psicologo all'interno del team rinforza il valore della comuni-

cazione e del supporto fin dal primo impatto con la malattia, che può accompagnarsi a vissuti di angoscia, paura rabbia, tristezza. Comprendere l'atteggiamento del paziente, che può rifiutare la realtà mantenendo le distanze da ciò che sta accadendo oppure che può, al contrario, interpretare eccessivamente la situazione al punto di configurarsi già con limitazioni e drammatica evoluzione della malattia, significa interagire sull'aderenza al programma terapeutico, sulla *compliance* che può determinare l'andamento clinico e la qualità della vita stessa.

Modificare le proprie abitudini a seguito d'insufficienza renale non è legato solo alle caratteristiche della personalità del paziente ma nella maggior parte dei casi all'elaborazione e interiorizzazione delle informazioni ricevute sulla malattia, nonché sulla modalità con cui ciò avviene. Il contesto di vita può richiedere l'ingresso nel team di cura di un assistente sociale, per informazioni sul lavoro, le agevolazioni previste, eventuale possibilità di aiuto economico e supporto sanitario, anche in ambito domiciliare. Gli strumenti di lavoro, dai pacchetti di diagnosi e cura (PDTA) alle procedure delle singole prestazioni, sono condivisi tra tutti gli operatori coinvolti, per garantire omogeneità e completezza di trattamento, sicurezza operativa, uniformità di linguaggio, allineamento sugli obiettivi, possibilità di verifica dei risultati e soprattutto attuazione di correttivi sugli scostamenti dal risultato atteso, evidenziando le aree critiche.

Da considerare inoltre che a un miglioramento della qualità delle cure si può associare un migliore utilizzo delle risorse disponibili, con la massimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi

La presa in carico nella sua applicazione s'ispira ed esprime l'approccio olistico alla salute, in cui l'assistenza per compiti lascia spazio ai bisogni per inquadrare il malato nella sua totalità, adattando il più possibile gli interventi tecnici alle peculiarità della persona.

Non solo "saper fare" quindi ma "saper essere" per i Professionisti che non si limitano a occuparsi del paziente ma si preoccupano della persona. Non si tratta di avere buon cuore o buon senso ma di fare buona scienza, di credere nella centralità del malato come strategia di risultato e soddisfazione per chi eroga e riceve salute.

\*Alessandra Chiecchi  
AFD coordinatore MDA ambulatoriale  
polispecialistico  
Azienda Ospedaliera Universitaria  
Integrata di Verona

aforismi

## La bellezza



a cura di Luisa Pevarello

1. La bellezza salverà il mondo. (F. DOSTOEVSKIJ)
2. La bellezza non è che il disvelamento di una tenebra caduta e della luce che ne è venuta fuori. (A. MERINI)
3. La bellezza delle cose esiste nella mente di chi le contempla. (D. HUME)
4. L'aspetto delle cose varia secondo le emozioni; e così noi vediamo magia e bellezza in loro, ma in realtà magia e bellezza sono in noi. (K. GIBRAN)
5. La bellezza non è che una promessa di felicità. (STENDHAL)
6. Vieni tu dal cielo profondo o sorgi dall'abisso, Bellezza? (C. BAUDELAIRE)
7. La bellezza serve alle donne per essere amate dagli uomini, la stupidità per amare gli uomini. (C. CHANEL)
8. La bellezza del mondo ha due tagli: uno di gioia, l'altro d'angoscia. E taglia in due il cuore. (V. WOOLF)
9. La bellezza, senza dubbio, non fa rivoluzioni. Ma viene un giorno in cui le rivoluzioni hanno bisogno della bellezza. (A. CAMUS)
10. La percezione della bellezza è un test morale. (D.H. THOREAU)
11. La bellezza ci può trafiggere come un dolore. (T. MANN)
12. Pensa a tutta la bellezza intorno a te e sii felice. (A. FRANK)



Una patologia che coinvolge muscoli e inserzioni sulle ossa

## Dottore, sono sempre stanco!

di Roberto Bortolotti\*

**L**a sindrome fibromialgica è una forma comune di dolore muscoloscheletrico diffuso, persistente, associato ad altri sintomi localizzati o generali come la costante e importante sensazione di stanchezza, disturbi di concentrazione e un sonno non ristoratore. Nella forma classica il dolore si evoca in particolare alla palpazione di specifici punti dolorosi chiamati punti tender (tender points) distribuiti in vari parti del corpo (vedi in seguito). È una malattia molto comune che coinvolge fino al 2-4% della popolazione. È molto più frequente nel sesso femminile (rapporto femmine - maschi fino a 20 a 1) con interessamento di ampie fasce di età da quella giovanile alla adulta senile. La prevalenza aumenta con l'età raggiungendo il 7% in donne tra i 60 e 79 anni. Nell'ambito sanitario si calcola che circa il 5% dei pazienti che frequentano l'ambulatorio di medicina generale soffra di fibromialgia. In Italia si stima che ne siano affetti circa 1,5-2 milioni di persone.

Il termine fibromialgia significa dolore nei muscoli e nelle strutture connettivali fibrose (i legamenti e i tendini). Questa condizione viene definita sindrome poiché l'espressione di malattia o i fattori favorenti possono essere anche molto diversi in pazienti con la stessa condizione morbosa.

È una malattia che coinvolge principalmente i muscoli e le loro inserzioni sulle ossa e rappresenta quindi una forma di reumatismo extra-articolare o cosiddetto dei tessuti molli. Un aspetto importante da considerare per la definizione diagnostica è l'assenza di alterazioni specifiche valutabili con gli esami di laboratorio: non ci sono segni d'infiammazione nel sangue e



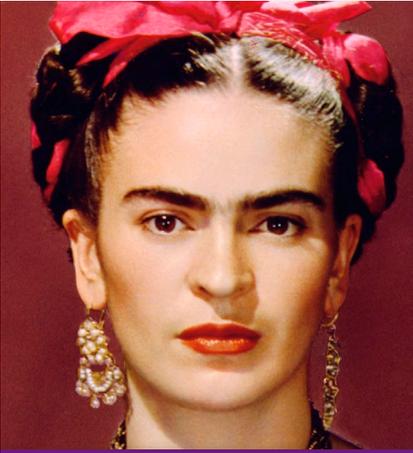
nemmeno segni di auto-immunità come gli anticorpi antinucleo o di fattore reumatoide. Anche le indagini strumentali radiologiche non evidenziano delle anomalie specifiche. La diagnosi è quindi clinica e di esclusione da altre forme di dolore osteomuscolare.

Il dolore cronico e diffuso è l'elemento clinico principale e presenta delle caratteristiche particolari. In primo luogo l'estensione: capo, colonna, arti superiori e inferiori sono in genere le sedi più interessate ma spesso è il soggetto stesso che sottolinea la massima diffusione, riferendo di soffrire di dolore dalla punta dei capelli ai piedi o al contrario di non poter localizzare una parte del corpo priva di dolore. Un tempo questa malattia veniva chiamata fibrosite. Questo termine non è corretto perché evoca la presenza di un'infiammazione che è assente in questa sindrome. Non sono presenti artriti, cioè articolazioni infiammate (rigonfie, dolenti e calde), anche se il paziente può avere la sensazione di rigidità e di gonfiore articolare. Non si assiste quindi all'evoluzione verso le deformazioni articolari come può accadere nell'artrite reumatoide.

Il dolore è descritto con caratteristiche variabili: sensazioni di rigidità, di formicolio, di gonfiore. Il paziente esprime

spesso tensione ai muscoli, sensazione di gambe senza riposo, specie durante il riposo notturno. Il sintomo può variare di intensità nei diversi momenti della giornata, tipicamente è mutevole secondo i cambiamenti meteorologici; può essere avvertito maggiormente in relazione a situazioni stressanti, a stati di tensione, a momenti particolari della vita, a sovraccarico di lavoro, a stress psichici. Nei casi più tipici sono evidenziabili dei punti dolorosi in sedi più sensibili chiamati tender points (vedi immagine). Quelli più spesso riscontrati sono alla base del collo, al gomito, alle anche (trocantere), in prossimità del ginocchio.

Altro sintomo fondamentale, quasi sempre presente, è la stanchezza che può essere importante e invalidante da limitare fortemente le attività quotidiane. Il paziente fibromialgico tende a muoversi poco. Questo comporta un indebolimento muscolare che innesca un circolo vizioso di ulteriore riduzione delle capacità motorie e quindi di facile affaticabilità. Altri sintomi fanno inoltre parte della sindrome fibromialgica come cefalea, sintomi digestivi come colon irritabile con dolori addominali ed alternanza di stitichezza e diarrea, disturbi vescicali con minzioni frequenti e bruciore urinario, dolore pelvico. Spesso i soggetti riferiscono difficoltà di concentrazione, peso toracico, ansia, depressione, sensazione di inadeguatezza. Questo corteo di sintomi, anche allarmanti come il dolore toracico, induce l'esecuzione di ripetuti esami di laboratorio e strumentali senza poi evidenza di danno d'organo. Il mancato riconoscimento di questa forma morbosa unitamente alla variabilità dell'espressione clinica senza segni obiettivi di sofferenza di organo può indurre a scetticismo e dubbi riguardo l'effettiva presenza di questa sindrome (una malattia che non c'è) etichettandola con giu-



*Un ritratto di Frida Kahlo, la grandissima pittrice messicana che soffriva di fibromialgia*

dizi sommari di tipo "psichiatrico", "nevrotico", generando un senso di frustrazione e distacco da parte del paziente.

Le cause della malattia non sono note. Fattori socio-culturali sono importanti nel suo sviluppo. La fibromialgia mostra una relazione inversa con il livello di educazione, appare maggiormente associata a situazioni famigliari problematiche come la separazione coniugale o la perdita di autostima, gli eventuali trascorsi di "abuso" psichico e sessuale specie in età adolescenziale e giovanile, l'insoddisfazione per il proprio ruolo sociale, l'aver un lavoro manuale non gratificante. Anche la personalità del singolo è predisponente specie se condiziona una visione passiva degli eventi. Il ruolo dei fattori meccanici, delle posture scorrette, di fattori antropometrici personali, di fattori esterni meccanici come movimenti ripetitivi, vibrazioni, sono stati valutati trovando spesso correlazione con il successivo sviluppo di dolore muscolo scheletrico prima localizzato, poi diffuso ed infine di fibromialgia. Un trauma, anche non grave come il colpo di frusta, può essere descritto come origine dei disturbi. I dolori muscolo scheletrici regionali, localizzati, persistenti o recidivanti possono rappresentare il primo esordio di un dolore che poi diventa diffuso specie se si inserisce in una personalità particolare o in un contesto personale socio-culturale ed ambientale favorente. Circa il 30% dei fibromialgici

hanno problemi di depressione e questa comunque rappresenta un fattore di peggioramento. Anche l'ansia è comune. Molto spesso, peraltro, sia la depressione che l'ansia sono reattive, secondarie al dolore cronico, alla presenza di un dolore persistente in grado di peggiorare a volte anche drammaticamente la qualità di vita. C'è inoltre un'interpretazione più organica della malattia che riconduce l'insorgenza e il mantenimento dei sintomi ad alterazione di meccanismi di trasmissione, modulazione ed elaborazione degli stimoli dolorosi periferici da parte del sistema nervoso centrale. In sintesi è possibile che all'interno del nostro organismo si crei uno squilibrio tra sostanze che favoriscono la conduzione e il mantenimento della sensazione di dolore (abbassamento della soglia dolorifica da parte di sostanze come la sostanza P, glutammato) rispetto ad altre che agiscono in senso contrario (endorfine, serotonina). Questo significa che esistono variabili genetiche e biologiche che fanno in modo che il paziente affetto da fibromialgia abbia più dolore, a parità di stimolo inducente, a causa di una maggiore espressione a livello centrale dello stimolo doloroso e della alterata possibilità di modularlo e controllarlo. Le variabili sociali, cognitive, comportamentali, culturali, razziali, sociali rivestono poi molta importanza nel regolare la "spiacevole esperienza" personale del dolore e possono incidere nel processo di amplificazione e cronicizzazione.

Considerata la complessità del paziente fibromialgico con tutte le variabili bio-psico-sociali comportamentali presenti e la scarsa conoscenza sui fattori patogenetici della malattia, la terapia rimane sintomatica e personalizzata. Il paziente va informato sulla natura dell'affezione: non è una malattia evolutiva deformante per danno strutturale, c'è una reale alterata soglia del dolore per cause biologiche. L'atteggiamento attivo di contrasto è importante con un approccio terapeutico non esclusivamente farmacologico. È molto importante praticare un'attività fisica aerobica regolare. Il beneficio di questo tipo di ginnastica (corsa, nuoto, ma anche ballo e al-

tre attività fisiche aerobiche) è stato dimostrato da molti studi. L'attività fisica migliora la performance personale, rende il muscolo meno vulnerabile a stimoli esterni ambientali, favorisce la tolleranza allo sforzo e la recezione centrale del dolore, modifica in senso positivo le endorfine che inibiscono il dolore. Effetti favorevoli sono stati dimostrati con la pratica di alcune discipline orientali "mente-corpo" come il tai-chi. Per i casi più complessi è consigliato un supporto psicologico. Alla sensazione di ineluttabilità e impotenza che condizionano vissuti di ansia e depressione occorre contrapporre gradualmente la piena consapevolezza di poter gestire quanto viene vissuto in quel momento. L'adattamento, ossia la ricerca e l'individuazione di un personale nuovo modo di convivere con una malattia, anche se non può essere guarita, ha grande importanza per ridare senso alla propria esistenza. Conoscenza e gestione della malattia comportano anche una migliore aderenza ai trattamenti. Tutto questo è ben inquadrabile nel cosiddetto counselling motivazionale tra operatori sanitari e pazienti, ossia nello sviluppo di strategie per condurre una relazione di aiuto al fine di accrescere la motivazione intrinseca al cambiamento.

Le opzioni terapeutiche farmacologiche mirano essenzialmente al controllo del dolore attraverso analgesici sia periferici (analgesici minori, anti infiammatori classici), che centrali (come il tramadolo, tapentadolo) o attraverso farmaci che alzano la soglia del dolore intervenendo sulla azione di neurotrasmettitori come alcuni antidepressivi o antiepilettici. In genere sono poco efficaci o mal tollerati gli analgesici maggiori del gruppo della morfina.

Se il paziente ha sintomi di ansia e agitazione possono essere usati sedativi o ipnotici se presenta disturbi del sonno. Sono state sperimentate tecniche di rilassamento, di meditazione, di ipnosi, di auto-sostegno, di biofeedback. Sono state valutate l'efficacia dell'agopuntura, delle tecniche di manipolazione, dell'uso della balneo-fango e fieno terapia, dell'uso di erbe medicinali e di tecniche fisioterapiche come le TENS.



Localizzazione dei tender points nella fibromialgia

Nella nostra Provincia è stato istituito un percorso assistenziale (delibera APSS nell'ottobre 2012) con l'obiettivo di definire una rete di servizi che possano dare risposta ai bisogni di diagnosi e cura nel soggetto con questa forma di dolore cronico. Il percorso, che vede il coinvolgimento di strutture aziendali (Reumatologia, Psicologia clinica, ambulatorio terapia antalgica, fisioterapia) e dell'Associazione Trentina dei Malati Reumatici, è finalizzato a gestire al meglio nel setting ambulatoriale la complessità della sindrome fibromialgica con un approccio integrato multidisciplinare, razionalizzando le risorse anche in termini di costo efficacia delle indagini diagnostiche e delle terapie. Con la "presa in carico" del paziente e intervenendo con un approccio integrato si cerca quindi di ottimizzare il trattamento nella consapevolezza di ottenere i migliori risultati adattando gli interventi in base alla necessità del paziente. Punti salienti dell'intero percorso risultano essere l'educazione del paziente, la personalizzazione della cura e la valutazione degli esiti del percorso terapeutico.

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

## Quello che conviene sapere sull'infarto miocardico

di Roberto Bettini\*

Ogni anno circa 17 milioni di persone nel mondo muoiono (il 30% del totale dei decessi) per **malattie cardiovascolari** cioè per quelle affezioni che, colpendo le arterie dei nostri organi vitali come cuore, aorta, cervello, reni, arti inferiori, costituiscono la principale causa di morte e di disabilità. La sola **malattia coronarica** (*cardiopatía ischemica*) che colpisce le arterie del nostro cuore determina quasi il 50% dei decessi nel mondo occidentale, compresa l'Italia, e il 25% nei paesi in via di sviluppo. **In Italia** si calcola che questa malattia sia presente nel 4% della popolazione (circa 2.000.000 di soggetti), che la sua manifestazione più temuta **l'infarto miocardico** colpisca ogni anno almeno 120.000-160.000 persone nella fascia di età tra i 35 e i 65 anni e che di queste almeno una su quattro non sopravviva all'evento. Il termine "infarto" viene spesso usato anche quando sarebbe più appropriato parlare di **attacco cardiaco** per indicare genericamente gravi eventi di origine cardiaca quali *angina di petto, infarto cardiaco, grave aritmia cardiaca o arresto cardiaco* che determinino o meno morte improvvisa. Ricordo a tutti che il cuore è una pompa muscolare a forma di cono divisa in quattro cavità (*due atri e due ventricoli*), fornita di un sistema autonomo di attivazione elettrica (*sistema di eccitoconduzione*) e di una circolazione sanguigna (*sistema coronarico*). Questa pompa si attiva senza sosta più di centomila volte al giorno spostando nel corso di tutta la nostra vita, dal distretto venoso a quello arterioso, una quantità di sangue pari al peso di una grossa nave per ossigenare gli organi e i tessuti. Questo enorme lavoro è possibile solo se il tessuto muscolare cardiaco



(*miocardio*) è sano e viene perfuso a sua volta dal sangue attraverso le arterie coronarie che nascono dall'aorta e decorrono sulla superficie del cuore. In condizioni patologiche (**aterosclerosi**) queste arterie vanno incontro a fatti degenerativi che comportano indurimento di parete, formazione di incrostazioni all'interno del lume (**placca aterosclerotica**), formazione di grumi di sangue sulla superficie della placca (**trombo occludente**) con conseguente riduzione graduale o sospensione del flusso ematico. **"Infarto cardiaco"** è la conseguenza di una critica riduzione della perfusione e dell'ossigenazione, in un distretto più o meno esteso del miocardio, sufficientemente prolungata da determinare la morte (*necrosi*) delle cellule muscolari con danno irreversibile della contrattilità distrettuale e quindi con possibilità di compromissione di vario grado della funzione di pompa del cuore che può perdurare per il resto della vita. Questo evento è purtroppo tuttora gravato da un'alta incidenza di morte improvvisa per arresto cardiocircolatorio all'esordio e di gravi menomazioni a distanza di tempo qualora non sia possibile trattarlo tempestivamente con terapie efficaci. Da ciò si può facilmente comprendeere

re come sia importante riconoscere precocemente l'infarto attraverso il sintomo guida che è il dolore che va sotto il nome di **angina di petto** o **angor**. Trattasi di un dolore descritto come *costrittivo o oppressivo o urente* che spesso, ma non sempre, insorge durante un evento che aumenta il fabbisogno di ossigeno del cuore (*sforzo fisico, forte emozione, crisi ipertensiva, aritmia o altro*), si localizza profondo dietro lo sterno con estensione trasversale al torace (*dolore a barra*) e può irradiarsi alla mandibola o alle braccia. In caso d'infarto acuto il dolore persiste nel tempo ed è per lo più d'intensità insopportabile tanto che può accompagnarsi a senso di panico, sudorazione profusa, nausea, debolezza, sincope mentre l'elettrocardiogramma registrato in corso di dolore può rivelare alterazioni tipiche che facilitano l'inquadramento diagnostico. Nei casi di cardiopatia ischemica con angina da sforzo stabile senza infarto il dolore può essere simile, ma regredisce dopo qualche minuto con il finire della causa che lo ha prodotto. Nei confronti del riconoscimento del dolore il condizionale è d'obbligo perché la sua attribuzione cardiaca è possibile purtroppo solo nelle manifestazioni "tipiche" mentre quando è del tutto atipico e non si accompagna ad alterazioni significative dell'elettrocardiogramma essa può essere difficili e perfino impossibile. Sia in un coronaropatico noto che in

un soggetto presunto sano una crisi di angina di petto tipica prolungata o un dolore toracico atipico ma d'intensità rilevante che non risulta facilmente interpretabile, soprattutto se accompagnato da segni malessere generale, deve far considerare l'eventualità di un infarto. A questo proposito bisogna premettere che per un soggetto colpito da infarto cardiaco:

- "il tempo è vita"** intendendo che un soggetto su quattro colpiti muore, generalmente per arresto cardiaco, prima di arrivare in ospedale, e che la sopravvivenza è favorita dalla rapidità del ricovero;
- "il tempo è muscolo"** intendendo che la compromissione o meno della capacità contrattile del ventricolo, fenomeno irreversibile, dipende dalla precocità del trattamento in ambiente ospedaliero idoneo;
- la guida autonoma di veicolo o il trasporto da parte di congiunti** solerti ma ignari di manovre cardiorianimatorie sono universalmente riconosciuti essere fattori di alto rischio di decesso precoce dell'infartuato per lo più per arresto cardiocircolatorio in itinere. Tale tragica evenienza può essere scongiurata solo dall'allerta tempestivo del personale di soccorso addestrato in grado di effettuare il trasporto in condizioni di sicurezza.

Per l'infarto questi concetti sulla cronologia e la modalità del soccorso devono essere diffusi tra i cittadini e devono

condizionare in maniera consapevole la condotta da parte di ogni soggetto coinvolto. Se il sospetto appare fondato, il paziente deve essere tranquillizzato e posto tempestivamente a riposo in posizione distesa e deve essere immediatamente allertato il **Sistema di Trasporto Infermi 118**. Nell'attesa dell'arrivo dei soccorritori può essere somministrata, a scopo antiaggregante piastrinico, una compressa di Acido Acetilsalicilico (comune Aspirina) solo se il paziente non assumeva già un trattamento anticoagulante o antiaggregante. Può essere utile reperire una eventuale documentazione clinica cardiologica pregressa, se esistente, che potrà essere utile ai medici del Pronto Soccorso e allo Specialista Cardiologo che dovrà decidere in merito alla conferma del sospetto diagnostico e alla terapia più idonea sia essa farmacologica (**trombolisi**) o interventiva (**angioplastica coronarica o by-pass**) da effettuare in una **Unità di Terapia Intensiva** con annesso **Laboratorio di Emodinamica Interventiva e Cardiochirurgia** attive **H 24**. I risultati di questo comportamento sono sotto gli occhi di tutti. Negli ultimi anni i pazienti infartuati che hanno un decorso sfavorevole in *ambiente cardiologico ospedaliero* sono ridotti da percentuali a due cifre a poche unità e in generale si riesce a salvaguardare la funzione contrattile in maniera tale che sono molto rari i casi di soggetti che, dopo l'evento adeguatamente trattato, soffrono di una significativa riduzione della qualità della vita. L'evoluzione favorevole a distanza dipende sia dall'abilità degli Operatori Medici che hanno operato in fase acuta sia da tutti quei provvedimenti e comportamenti virtuosi promossi nel paziente in fase di **Riabilitazione Cardiologica** immediatamente successiva e che costituiscono l'importante capitolo della **Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica**. Ma di questo argomento si potrà parlare in altra occasione.

## INFARTO COME DIFENDERSI

### ATTACCO CARDIACO

Un'arteria si chiude e il cuore in ogni momento può cessare di battere!  
Se non si prestano in tempo le cure necessarie può essere compromessa per sempre la salute o può cessare la vita.

Migliaia di persone muoiono ogni anno di **attacco cardiaco** perché non ne conoscono i sintomi e si sottopongono in ritardo a cure efficaci che possono salvare la vita.  
Quando l'attacco cardiaco colpisce, ogni minuto è prezioso, bisogna agire subito, un semplice ritardo può costare moltissimo.

### RICORDA QUESTI SINTOMI

L'inizio di un **attacco cardiaco** non è sempre uguale. Devi allarmarti se avverti sia sotto sforzo che a riposo:

- dolore costrittivo e senso di oppressione insopportabile e prolungato al centro del torace dietro lo sterno;
- irradiazione del dolore alle spalle, alle braccia, al collo o alla mandibola;
- angoscia, sudorazione profusa, nausea, vomito o fiato corto, assieme al dolore.

Questi sintomi possono cessare e porri prendere.  
**Bisogna giungere nel più breve tempo possibile al Pronto Soccorso di un Ospedale**

ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA  
ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI  
Sede: ROVERETO - Via Mozart, 3 - Tel. e Fax 0464 415055

### Cosa fare? Chiama subito il 118

**Non perdere tempo  
Non aver paura di disturbare**

La decisione di chiamare soccorso non va lasciata soltanto al paziente! I parenti e tutti coloro che si rendono conto di ciò che accade devono sentirsi partecipi della situazione.

Mentre aspetti cerca di mantenere la calma, se hai a portata di mano una aspirina ingoiala, mettili sdraiato e riposa.

Se hai dei documenti che riguardano la tua salute e soprattutto un elettrocardiogramma chiedi ad un tuo parente di consegnarli al personale del 118.

**SE SAI ESSERE TEMPESTIVO  
ARMI EFFICACI  
POSSONO RENDERE  
IL KILLER  
CHE TI VUOLE COLPIRE!!!**

ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA  
ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI  
Delegazione di MEZZOLOMBARDO - Via Roma, 13 - Tel. 348 0925629

\* Dott. Roberto Bettini  
Specialista in Malattie  
dell'Apparato Cardiovascolare e  
in Medicina dello Sport

Alterazioni fastidiose che mettono in crisi la coppia

## Curvature indesiderate

di Andrea Scardigli\*



“Vede dottore, non è che non mi funzioni più, o che non desideri più la mia partner..., è che da un po’ di tempo, non so..., non riesco a spiegarmi bene..., è come se mi si fosse accorciato..., e poi è storto e mi fa male...”. Quante volte noi andrologi ci siamo sentiti dire queste frasi da pazienti prima stupiti, poi preoccupati, e senz’altro contrariati da ciò che stanno sperimentando.

In gran parte, eccettuati alcuni rari casi di sequele posttraumatiche a carico del pene (il cosiddetto “passo falso”) che esitano in cicatrici retrattenti e deformanti l’organo, si tratta di alterazioni dovute alla “Malattia di La Peyronie del pene”, detta anche “induratio penis plastica – IPP”, che consiste nella formazione di tessuto fibroso, similcicatrizziale sulla superficie della tunica albuginea (la “cotica” che contiene i corpi cavernosi), la cui elasticità viene così limitata, causando l’accorciamento e la deformità dell’organo.

Il nome di questa frequente malat-

tia, che interessa dal 4 al 7 per mille maschi prevalentemente di età tardo adulta, ma in alcuni casi anche giovanile, prende il nome dal chirurgo francese che l’ha scoperta. La prima segnalazione sulla malattia, infatti, fu fatta da Andrea Vesalio nel 1550, ma la prima descrizione clinica fu scritta da François de La Peyronie, chirurgo dell’esercito di Luigi XV, nel 1743.

Le cause sono ancora in gran parte sconosciute, anche se sono state fatte delle associazioni con infezioni dell’apparato urogenitale, come uretriti e prostatiti croniche, ipertensione, diabete e disordini del sistema immunitario. Nel 4% dei casi si associa a una fibrosi localizzata e retraente dei tendini delle dita e dei piedi, generalmente causata da traumatismi vibratorii cronici (come per esempio l’utilizzo del martello pneumatico).

Recentemente si sta facendo sempre più strada l’ipotesi che questa malattia sia dovuta ad un traumatismo cronico del pene durante i rapporti sessuali, legato a piccole alterazioni anatomiche misconosciute dell’organo, ren-

dendola così simile ad alcune forme di degenerazione tendinea (tendinosi). I pazienti affetti da questo fastidioso problema generalmente manifestano inizialmente un accorciamento del pene, associato a deviazioni e curvature più o meno accentuate, talvolta talmente marcate da rendere impossibile il rapporto sessuale, altre volte da provocare dolore in erezione o nei casi più gravi anche a riposo, e da disfunzione erettiva di varia gravità.

È importante comunque sapere che questa malattia non incide in alcun modo sulla speranza di vita né sulla funzione urinaria, costituendo però un serio ostacolo per la vita di coppia. Le cure mediche, come per tutte le malattie ad eziologia poco chiara, si basano su terapia empiriche, generalmente costituite da somministrazione di Vitamina E ad alta dose, eventualmente associata a prodotti fitoterapici o antiinfiammatori, e a cure fisiche, che possono spaziare dalle infiltrazioni locali con Verapamile (un calcio antagonista usato nella cura dell’ipertensione) e recentemente con acido ialuronico (protocollo sperimentale in atto), alla ionoforesi, alla laser terapia o, in alcuni casi selezionati, alle onde d’urto utilizzate nel bombardamento dei calcoli renali, e a un accorto utilizzo dei farmaci usati per la disfunzione erettiva.

Solo nei casi più gravi, refrattari alle varie proposte non invasive, si potrà valutare l’eventualità di un intervento chirurgico, che potrà variare dal semplice raddrizzamento del pene a procedure più importanti come la chirurgia di asportazione di placca con sostituzione protesica, autologa o eterologa, o, nei casi di grave danneggiamento dei corpi cavernosi, all’impianto protesico completo.

E dopo questo panorama piuttosto catastrofico... una luce di speranza: nel 10 % dei casi il problema si risolve spontaneamente, in virtù delle cure o nonostante le stesse.

Vatti a fidare dei medici!!!

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

Secondo il progetto DIANA dell'Istituto Nazionale dei tumori di Milano

## La prevenzione si costruisce sui fornelli

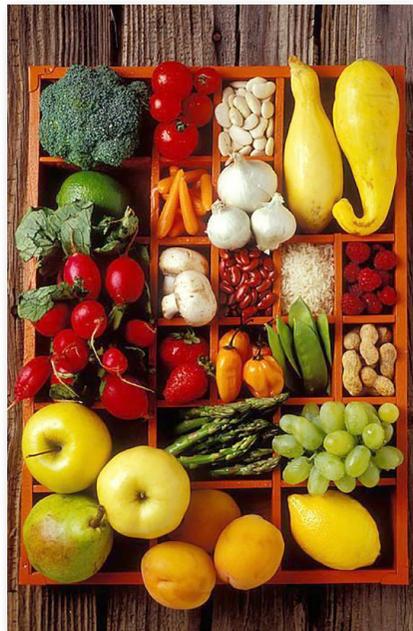
di Diana Zarantonello\*

**H**o scelto oggi di condividere con voi la storia di questa bella iniziativa, della quale sono venuta a conoscenza grazie ad una cara amica e collega, perché rappresenta a mio parere un bell'esempio di come dalla ricerca scientifica di alto livello si possa creare conoscenza e prevenzione accessibile a tutti; e questo grazie ad un approccio olistico alla malattia e alla persona, che affianchi all'utilizzo di farmaci dall'azione estremamente specifica ed efficace suggerimenti mirati per modifiche globali dello stile di vita in grado di creare nell'organismo una condizione di minor suscettibilità all'instaurarsi e al progredire della malattia.

E veniamo dunque a spiegare il titolo (volutamente ambiguo!): diversamente da quanto potreste pensare DIANA non è una mia omonima, una persona in carne ed ossa, magari un nuovo "guru" promotore di qualche ricetta miracolosa. Il nome DIANA, scelto perché acronimo di Dieta ed ANdrogeni, è quello di un progetto nato all'interno dell'Istituto Nazionale dei tumori di Milano (IRCCS) in collaborazione con l'associazione "attivecomeprima" che raccoglie e supporta le donne colpite da tumore al seno.

**PRESUPPOSTI FISIOPATOLOGICI,** ovvero, cosa la ricerca scientifica ha scoperto a proposito delle condizioni favorevoli allo sviluppo del tumore al seno.

L'idea di DIANA nasce da un grande studio iniziato negli anni '80 nella provincia di Varese (studio Ordet), effet-



tuato dal gruppo del Professor Berrino (direttore dell'Istituto di Medicina Preventiva e Predittiva dell'IRCCS), che aveva evidenziato come le donne con *maggiori livelli di ormoni sessuali* nel sangue sviluppassero più frequentemente il tumore al seno. Si evidenziò inoltre che il rischio di sviluppare questa neoplasia aumentava ulteriormente in presenza di bassi livelli ematici di una proteina prodotta dal fegato, chiamata *SHBG (Sex Hormone Binding Globulin)* che normalmente tiene legata a sé gli ormoni sessuali (riducendone quindi la componente libera e attiva in circolo) e in presenza di *elevati livelli circolanti di due fattori di crescita, il GH e l'IGF-1*.

Un ulteriore ormone, certamente più noto, che riveste un ruolo centrale nell'orchestrare i livelli dei fattori sovraccitati è *l'insulina*. Essa è infatti in grado di stimolare la produzione di ormoni sessuali da parte delle ovaie, ridurre la sintesi epatica di SHBG ed

aumentare la risposta delle cellule ai fattori di crescita (incrementando il numero di recettori cellulari).

Alti livelli di insulina nel sangue (per la precisione gli elevati picchi post-prandiali), rappresentano quindi, indirettamente, un fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasia mammaria, grazie agli effetti metabolici sistemici che essa svolge.

**IPOTESI DELLO STUDIO,** ovvero, è possibile che la conoscenza diventi prevenzione?

Poiché i livelli di insulina sono influenzati dal tipo di alimentazione e dall'attività fisica, è stato messo in atto uno studio volto a verificare se apportando modifiche dello stile di vita volte a ridurre i livelli di insulina nel sangue fosse effettivamente possibile modificare anche il pattern ormonale favorente lo sviluppo della neoplasia.

Attraverso l'alimentazione è possibile agire su due fronti:

1) ridurre l'insulina post-prandiale: COME?

a) riducendo i picchi glicemici post-prandiali che sono uno stimolo al rilascio massivo di insulina. Questo viene ottenuto privilegiando l'assunzione di alimenti integrali e riducendo l'assunzione degli zuccheri semplici e delle farine raffinate. Quindi *si produce meno insulina*.

b) riducendo l'insulino-resistenza grazie alla minor assunzione di grassi saturi (burro, latte, formaggi, carni rosse); questi infatti, alterando la composizione delle membrane cellulari, riducono la risposta dei tessuti all'insulina, e l'organismo è costretto a rilasciarne maggior quantità per avere gli stessi effetti. Riducendo il consumo di grassi saturi, così come aumentando l'attività fisica, aumentiamo quindi la risposta dei tessuti all'insulina; anche in questo caso *si produce meno insulina*. Questa condizione di "insulino-resistenza" si evidenzia spesso nelle donne che sono in sovrappeso ed in particolare in quelle con accumolo di grasso a livello addominale, altra condizione nota associata ad aumentato rischio di tumore al seno.

2) aumentare l'assunzione di *fitoestrogeni*, sostanze vegetali che, come dice il loro nome, assomigliano agli ormoni sessuali, e "mimandoli" sono in grado di legarsi ai loro recettori cellulari, contrastandone l'azione. I fitoestrogeni appartengono a tre gruppi chimici: gli isoflavonoidi, contenuti nella soia, i lignani, che si trovano soprattutto nei semi di lino, ma anche nei cereali integrali e nei legumi, e gli indoli, presenti nelle verdure della famiglia delle crucifere, come cavoli, verza, rape.

Tale ipotesi, che la dieta potesse influenzare la suscettibilità alla neoplasia, era suggerita anche da studi di popolazione che evidenziavano come le donne con un'alimentazione povera di zuccheri semplici e grassi saturi e ricca in fitoestrogeni, come quelle orientali, avessero anche bassi livelli ematici di ormoni sessuali, così come un ridotto rischio di sviluppare neoplasia mammaria (10-20 volte inferiore rispetto alle donne dei Paesi occidentali!).

#### REALIZZAZIONE

Nel primo studio "DIANA" sono state

arruolate 312 donne in post-menopausa, non diabetiche, senza storia di neoplasia mammaria. Sono state sottoposte ad un prelievo del sangue per misurare i livelli basali degli ormoni sessuali e sono state selezionate le 100 con i livelli più elevati. A queste sono state effettuate misurazioni antropometriche (peso, circonferenza vita e fianchi) e quindi suddivise in due gruppi omogenei:

- il gruppo di studio, nel quale le signore erano invitate a seguire la dieta prescritta
- il gruppo di controllo, al quale venivano date solo indicazioni



generali di prevenzione, come aumentare il consumo di frutta e verdura.

Il tutto per un periodo di osservazione di quattro mesi e mezzo.

Potete immaginare lo stupore delle donne appartenenti al gruppo di studio, che al posto di vedersi somministrare un farmaco o una rigida dieta, sono state direttamente coinvolte in lezioni sull'alimentazione, corsi di cucina (per imparare a realizzare piatti gustosi utilizzando gli ingredienti suggeriti), pasti conviviali (almeno due volte alla settimana) presso la struttura di "Attivecomeprima" (ed in seguito presso la Cascina Rosa). La strategia nutrizionale applicata al gruppo di studio si sviluppava attraverso alcune raccomandazioni generali:

- 1) preferire cibi che fanno alzare lentamente la glicemia (evitando prodotti confezionati con farine raffinate, il riso bianco, lo zucchero da cucina, le bevande zuccherate ed alcoliche e prediligendo il pane ed i cereali integrali, le verdure, i legumi, i prodotti naturalmente dolci come l'uvetta e il succo di mela);
- 2) preferire i grassi insaturi evitando quelli saturi, riducendo quindi l'assunzione di prodotti animali come carne rossa, latticini, uova (questi prodotti non dovevano essere consumati più di una volta a settimana). Si incoraggiava invece l'assunzione di pesce, semi oleosi (semi di lino, mandorle, noci) e soia, tutti prodotti ricchi di acidi grassi omega 3, dall'azione antinfiammatoria. Questo anche nell'ottica di ridurre l'assunzione totale di proteine, in particolare quelle di provenienza animale e soprattutto i latticini che si è visto essere un fattore favorente la produzione di insulina e fattori di crescita (ed infatti il latte bovino è l'alimento progettato dalla natura per favorire la crescita del vitello, che in pochi mesi quadruplica il proprio peso!). Le signore erano inoltre invitate ad effettuare quotidianamente almeno mezz'ora di attività fisica moderata (una camminata a passo veloce). Non

#### Bibliografia:

- Reducing Bioavailable Sex Hormones Through a Comprehensive Change in Diet: the Diet and Androgens (DIANA) Randomized Trial Franco Berrino, Rudolf Kaaks. CANCER EPIDEMIOLOGY, BIOMARKERS & PREVENTION, 2001.
- Lifestyle and breast cancer recurrences: the DIANA-5 trial. Villarini A., Berrino F. ed altri. TUMORI, 2012.
- Prevenire i tumori mangiando con gusto, Anna Villarini, Giovanni Allegro. Editore Pickwick
- Alimentare il benessere, Franco Berrino. Editore Franco Angeli

vi erano limitazioni sulle quantità di cibo assunto, e l'aderenza alla dieta veniva controllata attraverso la compilazione di un diario alimentare. Al termine del periodo di osservazione sono state ripetute le rilevazioni antropometriche e i prelievi del sangue.

#### RISULTATI E CONCLUSIONI

Quasi tutte le donne del gruppo di studio che avevano seguito le modificazioni dietetiche prescritte (49 su 50) hanno mostrato:

- una riduzione dei livelli di insulina e degli ormoni sessuali (che, come abbiamo detto, favoriscono lo sviluppo della neoplasia);
- un aumento della proteina SHBG (che invece ha un ruolo protettivo);
- una riduzione del peso corporeo (di circa 4 Kg), con riduzione della circonferenza vita e dei fianchi (rispettivamente di circa 4 cm e 2,5 cm). Come già accennato in precedenza, anche la riduzione del peso corporeo, ed in particolare della massa grassa, ha un effetto protettivo nei confronti del tumore al seno (e delle neoplasie in generale). Questo perché il tessuto adiposo, soprattutto quello addominale, è in grado di produrre attivamente fattori di crescita ed ormoni sessuali.

La riduzione del peso corporeo è da ricondurre verosimilmente al maggior consumo di cibi ricchi di fibre e poveri di calorie che saziano molto e quindi aiutano a non ingrassare; infatti le partecipanti non avevano, come già detto, limitazioni nel quantitativo di cibi assunti, né indicazioni alla riduzione del peso corporeo.

La conclusione dello studio è quindi che suggerimenti mirati per la modifica dello stile di vita potrebbero

influenzare favorevolmente la suscettibilità individuale allo sviluppo del tumore al seno. Il limite di questo studio, come dichiarato anche dagli stessi autori, è l'ingente quantità di tempo e risorse umane (psicologi, medici e... abili cuochi!) necessari a garantire un'adeguata aderenza al trattamento; condizioni queste che rendono impossibile l'estensione di questo progetto in studi preventivi di larga scala.

Tuttavia il gruppo di studio del Professor Berrino e della Cascina Rosa, incitati dai buoni risultati del primo studio DIANA, hanno deciso di proseguire su questa ricerca. Sono quindi seguiti gli studi DIANA 2, 3, 4, ed attualmente è in fase di conclusione lo studio DIANA 5, uno studio multicentrico realizzato grazie alla partecipazione di più duemila donne con pregressa neoplasia mammaria, che vuole verificare se la "dieta DIANA", affiancata alle terapie chirurgiche e chemioterapiche, possa effettivamente aiutare a ridurre il rischio di recidiva di malattia e di metastasi.

Inoltre, presso la Cascina Rosa proseguono, con cadenza settimanale le lezioni del Professor Berrino (i cosiddetti "mercoledì della prevenzione"), aperte a tutti gli interessati: certamente un momento di scambio e di stimolo reciproco tra medico-ricercatore e cittadini, per far sì che la ricerca e la conoscenza non rimangano materia per pochi eletti, ma possano creare consapevolezza, responsabilità e prevenzione alla portata di tutti.

\* Dott.ssa Diana Zarantonello  
U.O. Nefrologia  
Ospedale S. Chiara di Trento

Al Convegno su "Sanità a misura di donna":

## Il problema delle malattie genetiche cardiovascolari

di Silvia Mazzolai\*

**S**abato 29 marzo 2014 ha avuto luogo a Trento l'interessante Convegno "Sanità a misura di donna: il problema delle malattie genetiche cardiovascolari", organizzato dall'ALMAC (Associazione per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari "Sergio Monopoli") in collaborazione con i reparti di Cardiologia di Trento e Rovereto. Il Convegno è nato dall'esigenza di affrontare tematiche che stanno diventando sempre più importanti negli ultimi anni nella pratica clinica, in particolare nel campo delle malattie cardiovascolari, come l'utilizzo dei test genetici e la medicina di genere.

Moderatori del Convegno sono stati la dott.ssa Serena Belli, ex Responsabile della Genetica Medica di Trento, e il dott. Roberto Bonmassari, Direttore della Cardiologia di Trento. Dopo l'introduzione della dott.ssa Belli sulle principali problematiche della consulenza genetica e dei test genetici, è intervenuta la prof. ssa Eloisa Arbustini, Direttrice del Centro per le Malattie Genetiche Cardiovascolari, IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia. Nell'ambito delle malattie genetiche cardiovascolari la donna può trovarsi ad affrontare delle difficili scelte, ad esempio durante la gravidanza. Dall'intervento della prof.ssa Arbustini è emersa la necessità di diagnosi certe e di percorsi clinici sicuri individualizzati sulla base delle condizioni cliniche e del tipo di malattia genetica delle

pazienti. L'importanza di una corretta informazione e di un supporto, anche psicologico, prima, durante e dopo la gravidanza è stata sottolineata anche dalla dott.ssa Donata Borgonovo Re, Assessora alla Salute e Solidarietà Sociale, che è intervenuta al Convegno.

In seguito il dott. Marcello Disertori, ex Direttore della Cardiologia di

Trento, ha spiegato l'utilità dei test genetici in cardiologia. Per porre l'indicazione ai test genetici deve essere valutato, in collaborazione tra cardiologo e genetista, il loro impatto sulla diagnosi, sulla prognosi e sulla terapia sia del soggetto indice sia dei familiari, e l'opportunità di un counseling riproduttivo. Sono state trattate le indicazioni ai test genetici nelle cardiomiopatie e nelle cardiopatie da alterazione dei canali ionici. È emersa

inoltre l'importanza di un'adeguata consulenza genetica prima e dopo l'esecuzione del test genetico per la corretta informazione al paziente e per l'interpretazione del risultato.

L'ultimo intervento è stato quello del dott. Maurizio Del Greco, Direttore della Cardiologia di Rovereto, sulla medicina di genere in cardiologia, che ha sottolineato come la maggior parte dei dati nella letteratura scientifica faccia riferimento ad una popolazione prevalentemente maschile, con conclusioni pertanto non sempre trasferibili alle donne. L'esistenza di importanti differenze nella donna rispetto all'uomo in molte patologie cardiache sta diventando invece sempre più evidente, con la conseguente necessità di approcci di diagnosi e terapia differenziati.

Tutti i temi sono stati sviluppati in modo chiaro e approfondito ad un pubblico che si è mostrato molto attento e partecipe.



\* Dott.ssa Silvia Mazzola  
Medico Genetista  
Trento e Verona

# Vivere con la dialisi da oltre trent'anni

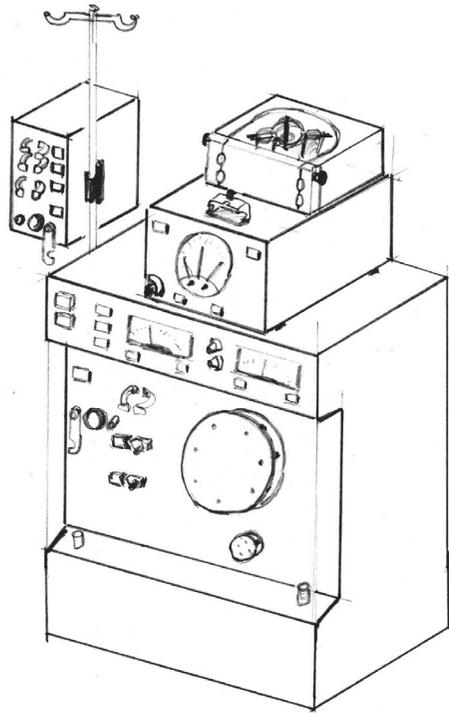
di Lucia Barbetta, Sandra Comper, Rita Muraro\*

**I**l Centro dialisi di Rovereto annovera tra i suoi emodializzati Paolo, il paziente da più tempo in trattamento in Trentino. Ha iniziato a 13 anni, quindi in età pediatrica e convive tuttora, a 38 anni, con la "malattia" e la dialisi. A lui abbiamo chiesto di raccontarci il suo vissuto.

## **A quale età hai iniziato il trattamento dialitico e come ti è stato comunicato?**

Dall'età di 7/8 anni fino ai dieci si erano manifestati malessere, febbre, inappetenza e molta sete. A 10 anni (nel 1975) dopo una visita pediatrica all'ospedale di Rovereto sono stato indirizzato per accertamenti più approfonditi a Verona dove mi venne riscontrata l'insufficienza renale. Nei successivi anni (fino al 1978) ho dovuto seguire una dieta iproteica e senza sale e sottopormi a esami periodici del sangue (ogni settimana per il primo anno e mezzo, ogni 2 per i successivi). L'esperienza è stata davvero difficile e sofferta perché i cibi iproteici allora a disposizione erano veramente pochi (solo un tipo di pasta e fette biscottate) e i pasti consumati in famiglia e a scuola, insieme agli altri, mi causavano molto disagio. Questo trattamento è durato tre anni, dal luglio '75 all'ottobre del '78.

A un ulteriore controllo programmato i segni di IRC (insufficienza renale cronica) si erano ulteriormente accentuati e i medici comunicarono alla mia mamma che avrei dovuto iniziare la dialisi. Dopo alcuni mesi di dialisi peritoneale eseguita a Trento, a 13 anni ho iniziato i primi trattamenti emodialitici all'Ospedale Gaslini di Genova dove precedentemente mi avevano allestito la FAV (fistola artero-venosa). Tornato a Trento mi è stata data la



*Schizzo, disegnato da Paolo, di un vecchio apparecchio per emodialisi*

possibilità di scegliere tra due opzioni: eseguire 3 dialisi da 6 ore o 4 dialisi da 5. Io ho scelto le 3 dialisi da 6 ore per poter avere il week-end libero ed avere un po' di respiro dalla dialisi, con quattro alla settimana sarebbe quasi stata una continua "seduta". Dializzavo al pomeriggio per poter frequentare la scuola. All'inizio venivo accompagnato dai miei, poi cominciai a recarmi a Trento da solo con la corriera ed infine ebbi a disposizione il trasporto.

## **Quanto ha influito sulla tua infanzia il dover fare dialisi, cosa ti è mancato e cosa ti ha aiutato ad affrontare le difficoltà che hai incontrato?**

Ho vissuto la dialisi come una liberazione perché finalmente mi ha consentito

di abbandonare la dieta ipoproteica e di incominciare a mangiare normalmente, facendo comunque attenzione agli alimenti che potevano (e possono tuttora) costituire un potenziale pericolo per ogni dializzato. A questo proposito mi ricordo che un giovedì grasso, quando dovevo seguire ancora la dieta iproteica, mangiai un piatto di maccheroni alla festa del paese di nascosto da tutti perché se lo avessero saputo i miei genitori non me lo avrebbero consentito. Li ho gustati davvero tanto! Grazie alla dialisi e al conseguente cambiamento di alimentazione, è migliorata anche la mia struttura fisica e sono cresciuto. Periodicamente sullo stipite della porta della stanza n. 5 del reparto dialisi le infermiere segnavano la mia altezza con una tacca. Pensate che a 13 anni, prima di iniziare la dialisi, pesavo 28 Kg ed ero alto cm 1,32! Quindi con l'inizio del trattamento la mia qualità di vita è migliorata.

## **Quali sono state le figure che ti hanno supportato maggiormente soprattutto nei primi anni?**

Fin da piccolo ho sempre avuto come riferimento il mio fratello maggiore e tuttora ho un ottimo rapporto con lui. Mia madre mi seguì fin dall'inizio della malattia ma in seguito, poiché mi trasmetteva troppa ansia, preoccupazione e timore, decisi di allontanarmi emotivamente da lei. Purtroppo nell'84 iniziò ad avere problemi di salute anche lei.

## **Ci puoi dire qualcosa delle tue prime sedute dialitiche?**

Come ho già detto ho iniziato a fare dialisi all'ospedale S. Chiara di Trento. Dializzavo nella stanza n. 5 dedicata ai pazienti domiciliari ai quali il medico e le infermiere spiegavano il montaggio e il funzionamento dei reni artificiali, i possibili inconvenienti tecnici e le complicanze intradialitiche. Ho imparato così cos'è la dialisi e i problemi che possono insorgere.

La puntura della FAV veniva sempre fatta dal medico a causa della mia giovane età. Capitava però che il medico spesso mi pungeva 3 volte, e ciò era causa di paura e frequenti pianti. Ho un ricordo in particolare: un giorno il medico che mi pungeva, purtroppo

po sbagliando spesso, era di turno, quindi per la prima volta mi affidai a un'infermiera. Tutto andò bene e da quel momento gradualmente fui punto da tutto il personale infermieristico. Dal '78 all'83 feci dialisi a Trento, nel 1983 arrivai a Rovereto.

Una settimana prima del mio trasferimento nel centro dialisi di Rovereto la caposala venne a Trento per imparare la puntura della mia FAV.

Arrivato a Rovereto quasi tutti i pazienti montavano il proprio monitor e collaboravano con il personale durante le fasi dell'attacco e dello stacco.

### **Che rapporto hai con il rene artificiale?**

La dialisi è una terapia sostitutiva della quale non puoi fare a meno per vivere. Per questo procura dipendenza. L'apparecchio di dialisi diventa un "tuo prolungamento" e per me è sempre stato importante dializzare con lo stesso monitor. Utilizzare sempre la stessa apparecchiatura implica conoscerne anche i difetti, che variano da macchina a macchina, e questo dà sicurezza.

### **In questi 35 anni di dialisi hai avuto modo di vedere l'evoluzione avvenuta in campo dialitico. Ti va di raccontarci qualcosa?**

Ricordo che il primo rene artificiale su cui ho dializzato si chiamava COBE. Era completamente manuale, il calo non era programmabile, come avviene attualmente, ma doveva essere gestito dalle infermiere agendo sulle pressioni venose.

Il bagno di dialisi non era personalizzato e la sostanza usata per correggere l'acidosi metabolica era l'acetato.

I filtri utilizzati erano a piastra e soggetti a frequenti rotture (1:5).

L'eparinizzazione del circuito esterno era discontinua, eseguita manualmente ogni ora. In un secondo tempo sono state introdotte pompe separate per la sua infusione e ora sono integrate al monitor.

Tutto questo richiedeva una maggiore sorveglianza da parte del personale infermieristico che doveva controllare il calo ogni 15 minuti, lo stato dei gocciolatori arteriosi e venosi (per escludere la presenza di coaguli), il tempo di bolla per controllare la velocità del flusso

ematico. La conducibilità del bagno di dialisi veniva controllata manualmente a inizio seduta con un apparecchio in dotazione al reparto (conducimetro) che veniva confrontato con un campione inviato in laboratorio.

Le complicanze intradialitiche (ipotensione, crampi, emolisi..) erano più frequenti e i pazienti erano spesso in posizione di Trendelenburg (gambe sollevate). Con l'inserimento di reni artificiali più sofisticati, che davano la possibilità di avere un calo programmato, l'introduzione dell'eparina continua, di filtri più efficienti e resistenti queste complicanze si sono drasticamente ridotte.

I valori dell'ematocrito, che si aggiravano tra i 18-21%, erano causa di marcata astenia e di frequenti tachicardie. Si cercava di mantenere stabile il valore dell'ematocrito con frequenti trasfusioni. Solo con l'introduzione dell'eritropoietina nel 1989 questa situazione è notevolmente migliorata.

### **Tra le tue esperienze hai avuto purtroppo quelle di due trapianti non andati a buon fine: ne vuoi parlare?**

Nel 1979 ho fatto la tipizzazione linfocitaria. Mia madre e mio fratello erano disposti a donarmi un rene, ma sono risultati non compatibili.

Nel giugno del 1980 sono stato sottoposto al primo trapianto a Bruxelles. I 21 giorni successivi sono stato benissimo, ma al 22° si è presentata febbre per il rigetto acuto del rene. Mi hanno portato immediatamente in sala operatoria e oltre all'espanto dell'organo è stata eseguita una appendicectomia (asportazione dell'appendice) e una splenectomia (asportazione della milza). Le due settimane successive ero psicologicamente e fisicamente distrutto, non riuscivo a mangiare anche se mia madre, su consiglio medico, cercava di invogliarmi cucinando i miei piatti preferiti.

Il secondo trapianto è avvenuto nel 1984, ma purtroppo anche questo non è andato a buon fine.

Visto queste esperienze negative ho deciso di non fare ulteriori tentativi ed ho apprezzato molto il dr. Rovati, il primario di allora, perché ha sempre rispettato questa mia scelta.

### **Cosa ci puoi dire dei rapporti con il personale infermieristico?**

Una volta le infermiere eseguivano controlli più ravvicinati e avevano più attenzioni nei nostri confronti. Il monitor di dialisi veniva controllato più frequentemente e venivamo coinvolti nella gestione di eventuali allarmi. Eravamo quasi tutti giovani, autonomi e contenti di sentirci parte attiva. Adesso, invece, il rapporto con le infermiere è più distaccato e "gerarchico".

### **Hai mai provato l'esperienza di dializzare in centri dialisi diversi dal tuo?**

Per un certo periodo di tempo, avendo una fistola delicata, pensai fosse meglio non "avventurarmi" in altri centri. Nel '90 dovetti rifare per la seconda volta la fistola e con quest'ultima, che utilizzo tuttora, le cose cambiarono. Nel '91 a Rovereto si fermò un motociclista tedesco per fare una seduta dialitica e da qui, dato che già facevo diversi giri in moto ma solo nei fine settimana, presi spunto per organizzare le mie prime ferie. Nel 1992 organizzai insieme a mio fratello, a dire il vero, più preoccupato di me, il primo viaggio di due settimane. In seguito ne feci molti altri.

### **Cosa ti sentiresti di dire a una persona che deve iniziare il trattamento dialitico?**

Di non avere paura, le limitazioni ci sono ma è possibile gestirle. È importante conoscere la malattia, la dialisi, e ciò che essa comporta, perché la conoscenza fa superare la paura. Raccomanderei di non essere eccessivi nel seguire una dieta troppo rigida perché nulla deve essere eliminato, bensì sapientemente dosato. Solo la consapevolezza e l'informazione ci aiuta in questo. Immaginando che molti possano essere spaventati dall'ambiente e dalla seduta dialitica mi sento di rassicurarli dicendo loro che le complicanze intradialitiche sono molto limitate rispetto al passato.

\* Lucia Barbetta, Sandra Comper, Rita Muraro  
Infermiere del Centro Emodialisi  
Ospedale S. Maria del Carmine  
di Rovereto

# Una giornata tra i banchi

di **Loris Puleo**

**E**ntriamo in classe, Umberto Esposito ed io. Ad attenderci due quinte, una cinquantina di ragazzi in tutto. Cerco di incrociare qualche sguardo mentre Umberto inizia a raccontarsi; le sue parole rompono il silenzio e man mano che procede col suo racconto, l'emozione, lentamente, si avvicina sempre più ai ragazzi, a tal punto da sedersi di fianco a loro.

Il mio amico "sente" ancora molto tutto ciò che ha segnato inevitabilmente la sua vita, ed ha qualche attimo di esitazione, ma poi si riprende e continua la sua presentazione.

Io sono in disparte, voglio leggere nei volti dei ragazzi le sensazioni che i loro giovani occhi vogliono esprimere. Sono momenti intensi, qualche studente abbassa lo sguardo verso il pavimento, come se il suo intento fosse quello di cercare qualche punto di riferimento,



oppure solamente perché le parole di Umberto sono forti, tali da entrargli e fargli vibrare qualcosa dentro.

Il mio amico racconta poi del cambiamento, della sua nuova vita, e poi mi passa la parola.

Mi alzo, tralascio tutto ciò che era già stato detto e prima di iniziare faccio ancora una volta il mio giro di sguardi. Voglio guardare gli occhi della maggior parte di quei ragazzi per confrontarli, poi, con quelli che incontreranno i miei occhi alla fine della mia lettura.

Inizio a leggere lo stralcio del libro che sto componendo, lo stesso che oramai

molti di voi tengono stretto nel loro cuore, come fosse diventato loro.

Sto raccontando momenti particolari legati a sensazioni, a emozioni vissute in attimi diventati eterni. Riesco a percepire vicino a me la presenza di tutti coloro che stanno ascoltando, anzi "sentendo" un pezzo della mia vita.

Concludo il racconto con la frase: *"Incrociai nuovamente gli occhi di mia madre, e fu come vedere scendere gocce di rugiada da un cielo azzurro turchese. Aveva capito tutto"*.

Alzo la testa, e l'emozione più grande me la regalano loro; ho capito di essere riuscito nel mio intento, sono rimasti lì con me, affianco a me, fino alla fine, e nonostante avessi terminato, erano ancora lì. Le mie parole avevano raggiunto i loro cuori, ed erano proprio gli occhi, quelli che avevo osservato prima di iniziare la lettura, a farmelo capire.

Alla fine abbiamo lasciato spazio alle domande, e una in particolare mi ha colpito: *Dopo la malattia e dopo il trapianto, avete cambiato l'idea della concezione che avete della morte?*

La mia risposta? Ho cambiato, semmai, la mia concezione di VITA, ho imparato l'essenza della parola che in sé racchiude tutto, ma soprattutto ho imparato a godere della vita, in ogni sua sfumatura ed a viverla appieno.

## Dal "Diario" di Loris

*Ormai ero giunto al settimo intervento alla fistola, sentivo che il mio corpo era arrivato allo stremo.*

*"Loris, dobbiamo installare una nuova protesi nel tuo braccio, altrimenti non potrai continuare la dialisi" dissero i medici. Mentre ascoltavo, inerme, le loro parole, con lo sguardo rivolto verso il basso, cercavo di ripercorrere tutte le cicatrici, diventate indelebili non solo sul mio giovane corpo, ma ben più profonde nel mio animo.*

### 16 Novembre 2007

*Ero stanco, mi sentivo come l'arbitro nella partita tra la mia voglia di mollare contro la volontà di tener duro, ancora una volta... Uscii dalla sala operatoria, stremato e riontito dall'effetto della morfina, con talmente tante bende che se mi avessero messo in un sarcofago, mi avrebbero scambiato per una mummia. Forse era meglio.*

*Eppure la dialisi la dovevo fare in qualche modo; il mio braccio, quello operato, anzi stra-operato, era diventato talmente gonfio, che non riuscivo nemmeno a piegarlo.*

*Avrei dovuto aspettare più di un mese per poter bucare "il mio nuovo accessorio" quindi, mi posizionarono un catetere venoso centrale, un tubicino infilato nel collo, grazie al quale avrei potuto continuare a fare "l'arbitro". Fine novembre, era un giorno come un altro, mi recai in ospedale, per la mia ripulita di routine.*

*Tarai il letto, perché il mio letto era il più figo, almeno lo che credevo io; c'erano libri, lettore cd, ci mancava la tv e poi avrei potuto invitare i miei amici a far festa.*

*Da lontano scorsi il dott. Bandera, e pensai: "ecco che adesso mi rompe le palle per il peso!"*

*Si avvicinò a me, e come per miracolo non fece nemmeno caso alla mia cartella e ai relativi 3,5 kg che avevo portato con me. "Loris, non guardo nemmeno quanto hai portato altrimenti mi incazzo" sorrise. "Senti, abbiamo avuto l'ok da Innsbruck, hanno accettato il tuo inserimento in lista urgente!"*

*Questa notizia, a dir poco sorprendente e di VITALE importanza, mi sconvolse dentro, sembrava che tutto ciò*

*che mi circondava avesse esultato assieme a me per questo calcio di rigore a favore della mia voglia di tener duro, ancora una volta.*

*La mia testa era sempre là, alle parole del dottore che adesso era diventato un po' meno rompipalle... Era da tanto che non mi sentivo così, ero felice, e non perché avevo vinto alla lotteria, ma semplicemente perché forse, la vita era tornata a sorridermi dopo tanto, troppo tempo.*

### **5 dicembre 2007 ore 18:00**

*Un giorno come tanti, dove assieme a mia madre andai a fare la spesa. Entrando nel parcheggio di casa, iniziò a squillare il cellulare. Parcheggiati e risposi: "pronto?"*

*"Ciao Loris, sono la dottoressa Andreotti dall'ambulatorio trapianti, volevo notificarti che è appena arrivato il fax dalla clinica universitaria di Innsbruck. Ti hanno inserito in una lista speciale, quella urgente! Quindi tieniti pronto che entro un paio di mesi ti chiamano!"*

*Scesi dalla macchina, le gambe tremavano, fortunatamente mia madre passò avanti portando con sé le borse con la spesa. I metri che dividevano la mia auto dall'ingresso di casa erano pochi, ma a ogni mio passo, mille pensieri, ogni cosa attorno a me sembrava più bella, sentivo l'aria che mi entrava nei polmoni, persino la vecchietta a passeggio col cane era più bella.*

*Entrai in casa, invitai a mia madre a sedersi e le diedi la notizia: "mamma, mi hanno chiamato dall'ospedale, mi hanno inserito nella lista urgente!"*

*Nei suoi occhi di un azzurro che più azzurro non c'è, si riaccese la luce.*

*Erano talmente tante le cose che volevamo dire, che non ne dicemmo alcuna. Mi diressi in camera e mi sdraiai sul letto. Vi giuro che il soffitto era lo stesso, i mobili pure, ma mi sentivo catapultato in un mondo completamente diverso da quello in cui ero "costretto" a vivere. Mi sembrava tutto più bello, più nuovo, persino il mio letto sembrava più comodo.*

*Mio padre era al lavoro e LA NOTIZIA volevo dirgliela guardandolo negli occhi.*

*Le immagini scorrevano dentro al televisore, mia madre sembrava esserne interessata...*

*"Cerca di buttare qualcosa in una borsa, tipo delle mutande, pigiama, spazzolino, sia mai che mi chiamino per il trapianto" le dissi.*

*"Non vorrai mica che ti chiamino stasera? Domani con calma preparo la borsa" rispose.*

### **5 Dicembre ore 21.52**

*Il telefonino, poggiato sul tavolino dinanzi a me, iniziò a squillare. Il display segnava "anonimo".*

*"Abbassa la tv per favore" chiesi a mia madre.*

*Solitamente alle chiamate anonime o con numero privato non rispondo mai, ma quella sera decisi di farlo.*

*"Pronto" risposi incuriosito.*

*Una voce femminile, brillante e suadente rispose: "Buonasera, parlo col signor Loris?"*

*"Sì certo, con chi parlo?"*

*"Sono la dottoressa Bonetti, come sta, Loris?" mi chiese.*

*Non conosco nessuna Bonetti qui a Trento, pensai.*

*"Ehm... bene direi, perché me lo chiede?" risposi.*

*"La sto chiamando dalla clinica universitaria di Innsbruck per avvisarla che c'è un bel rene di un ragazzo di diciotto anni di Bruxelles pronto per lei, che intende fare?"*

*Il cuore iniziò a rimbombarmi dentro, i rumori attorno a me divennero come ovattati, sentivo solo la voce dall'altro capo del telefono e il mio cuore, che fungeva da colonna sonora. Cercai, a gesti, di far capire a mia madre ciò che stava accadendo, ma invano.*

*"Io vengo anche a piedi" risposi.*

*"Faccia così, ora si rechi in ospedale, faccia gli esami per capire se c'è bisogno di qualche ora di dialisi e noi l'aspettiamo qui domattina tra le 08:00 e le 09:00".*

*Riagganciai il telefono e rimasi a pensare qualche secondo. Il giorno che stavo attendendo da sette lunghi anni era arrivato.*

*Incrociai nuovamente gli occhi di mia madre, e fu come vedere scendere gocce di rugiada da un cielo azzurro turchese. Aveva capito tutto.*

**S**ono proprio esausta: l'ambulatorio è sempre molto pesante, ma oggi, con 3 pazienti nuovi "di zecca" (nuovi si fa per dire, perché in realtà l'età media è 78 anni e con tutte le magagne potrebbero riempire una enciclopedia medica in tre volumi) sono proprio stanca.

Boh! Forse è meglio che faccia una pausa e me ne vada in mensa... mi tolgo il camice, mi sfilo gli zoccoli verdi e mi lavo le mani. Mentre me le risciacquo indolentemente sotto l'acqua calda, mi guardo allo specchio, veggio di tutte le donne e di molti uomini, e rifletto: tre secondi fa ero "dottoressa", con tanto di fonendoscopio nella tasca del camice e 7-8 penne nel taschino (il numero delle penne è proporzionale alla bravura del medico e dà sicurezza al paziente; quando il paziente vede un medico con il taschino pieno di penne, magari di colori diversi, si rasserenava, quando invece vede il medico con una penna sola oppure, dio-non-voglia, addirittura senza questo prezioso strumento di lavoro, costretto a chiedere al paziente se gli impresta la sua, allora questi storce il naso e il rapporto con il medico non decolla); dicevo, tre secondi fa ero una dottoressa in carne ed ossa e ora nello specchio vedo solo una signora di mezza età, per giunta affamata che, con quegli occhietti rossi da presbiopia, ha l'aria più della professoressa, magari anche un po' saccente. Controllo che l'abito sia in ordine e mi do una ravigliata ai capelli; una pia illusione che siano a posto perché i miei capelli sono sempre andati per conto loro, e mi preparo ad affrontare il confronto. Confronto con chi? Ma con le segretarie e le impiegate del settore amministrativo naturalmente, tutte belle, giovani, vestite all'ultima moda che camminano tranquillamente su tacchi 12 come se sfilassero! Mi guardo le scarpe che con un eufemismo definisco "comode", ma in realtà sono "da vecchia": certo che i tacchi non dico 12, ma neanche 8 io non li potrei portare, cadrei in tre secondi con imprevedibili ma sicuramente catastrofici danni al mio apparato osteoarticolare. E analogamente anche i miei vestiti, lunghi dall'essere "di tendenza", privilegiano più il comfort che la moda. Insomma mi sono trasformata da efficiente medico ospedaliero a signora, non più tanto giovane, con

In ospedale succedono tante storie...

## Michele

di Donata Borin\*



un aspetto che definirei anonimo, per essere gentile.

Cammino svelta verso la mensa, salutando qua e là altri dipendenti dell'ospedale e mi metto in coda. Mi sento chiamare "Buongiorno Dottoressa!", mi giro e vedo Michele, che mi saluta con un sorriso. Ricambio, gli chiedo come sta, gli auguro buon pranzo. Ripenso alla sua storia: è una di quelle che meritano di essere raccontate, perché dimostra che anche quando sembra che vada tutto storto le cose si possono mettere nel verso giusto.

Sono affezionata a Michele, forse perché ha la stessa età di mia figlia: anzi, è nato non solo nello stesso anno, non solo nello stesso mese, ma solo tre giorni prima. A volte mi chiedo se magari la sua mamma ed io avremmo potuto conoscerci in ospedale, quando sono nati i nostri figli, e forse frequentarci, visto che abbiamo i figli coetanei, quasi gemelli. E invece questa mamma l'ho conosciuta quando Michele è stato ricoverato in ospedale per iniziare la dialisi, per una malattia renale sconosciuta fino a quel momento, nel marzo del 2010. È stata subito proposta a Michele la donazione di un rene da parte di uno dei genitori, ma ha sempre rifiutato e pertanto si è messo in lista per il trapianto da cadavere.

Nonostante la giovane età – solo 22 anni – Michele ha accettato la nuova vita e le rinunce a cui è stato costretto: studente universitario, avrebbe dovuto partire di lì a poco per Madrid, con il programma Erasmus, ed invece molto serenamente si è adattato alla nuova vita. Tuttavia ha continuato a studiare portando a compimento il suo ciclo di studi universitari e conseguendo la laurea in scienze politiche con ottimi voti. Una nota sicuramente positiva di questa vicenda è stato l'incontro in reparto con

una bella infermiera, Martina, incontro che è stato a quanto sembra fatale per entrambi, visto che la loro relazione, iniziata si può dire tra i letti di un ospedale, è proseguita poi anche tra i letti della dialisi. Nel frattempo Michele ha cercato di trovare un lavoro, accontentandosi anche di impieghi ben al di sotto del suo titolo di studio, nonostante nel frattempo avesse anche conseguito un master in "sviluppo sostenibile"; ha partecipato a vari concorsi, e tra questi, nel 2013, per un posto nell'amministrazione dell'Ospedale, posto al quale avrebbe tenuto in maniera particolare.

Dopo tre anni di trattamento dialitico il trapianto che non era ancora arrivato. Ma evidentemente il 2013, anno tanto sfortunato per il nostro Paese e per tanti nostri connazionali, doveva essere foriero di belle notizie per lui.

Michele organizza una settimana di vacanza al mare, in Versilia, naturalmente con Martina, nel mese di luglio; due giorni prima di partire viene a salutarmi e con l'occasione mi esprime i suoi dubbi: se lo chiamano per il trapianto proprio il giorno prima del concorso per il tanto agognato posto di lavoro, cosa deve fare? accettare il trapianto o andare a fare il concorso? lo tranquillizzo, gli dico: "Vedrai Michele che quando ti chiameranno per il trapianto, sarai così contento che il pensiero del concorso non ti sfiorerà". Quasi una premonizione. Il giorno successivo al suo arrivo a Viareggio, ricevo la telefonata dal Centro Trapianti. Naturalmente di sera. Naturalmente mentre Michele è in vacanza. Lo chiamo sul cellulare, sperando che lo abbia acceso, che lo senta suonare, che non sia in discoteca con una musica spacca timpani. Risponde al terzo squillo: è al ristorante con Martina, sta finendo di cenare. Qualche minuto per digerire la notizia (oltre alla cena),

poi ci coordiniamo, perché non c'è molto tempo, visto che lui deve tornare da Viareggio e sottoporsi ad una seduta di dialisi prima di andare al centro trapianti. Prima dell'una di notte arriva, inizia la dialisi. Nel frattempo giungono i genitori di Martina, poi il papà e la mamma di Michele, poi suo fratello. Insomma, alle tre di quella calda notte di luglio il nostro centro dialisi sembra più la piazza del mercato che non un reparto ospedaliero. Alle cinque Michele parte e in giornata riceve il suo rene. Tutto bene. Un mese dopo Michele si presenta al concorso in Ospedale e giunge secondo. A dicembre viene assunto nell'amministrazione.

E adesso ci ritroviamo nella mensa dell'ospedale, a mangiare assieme. Guardandolo, mi tornano in mente le riflessioni di prima, davanti allo specchio, ai vari ruoli che ognuno di noi riveste nella propria vita: professionista, madre o padre, moglie o marito. Quello di Michele si che è un vero cambiamento di ruolo! Fino a pochi mesi fa lo vedevo nel suo letto d'ospedale, e adesso lo incontro per i corridoi dell'Amministrazione. È bello vedere la sicurezza e la disinvoltura con cui si muove; certamente chi non conosce la sua storia, non può immaginare quante vicende hanno colpito questa ancor giovane vita. Michele, da paziente, è diventato un impiegato amministrativo: prima ci vedevamo tra flebo, aghi, macchine, adesso lavoriamo nella stessa azienda. Mi aspetto che un giorno, andando in mensa, incontrandomi per strada, mi dica: "Ciao Donata, mangiamo assieme oggi?"

\* Dott.ssa Donata Borin  
Nefrologia e Dialisi  
Ospedale "Mater Salutis" di Legnago

Vengono dal Nord del Ghana

## Nefrologi senza frontiere

di Fabrizio Valente\*

**U**n forte odore d'incenso pervade stamane lo studio medico. Un odore forte, diverso da quei pochi a cui siamo abituati. Ah, già, mi ero dimenticato in questi giorni sono arrivati tre ragazzi dal Ghana, un medico e due infermieri: Braimah, Awal e Adam. Mi sono già simpatici, con quei sorrisi stampati sul colore scuro della pelle, sembra abbiano un numero infinito di denti, bianchissimi. Dopo un lungo viaggio, fatto di un numero imprecisato di coincidenze

aeree, sono arrivati qui a Trento da Tamale, capoluogo della regione Nord del Ghana. Sono stati scelti, all'interno dell'Ospedale Universitario di Tamale, per organizzare e avviare, nel breve termine, un servizio di emodialisi sia per pazienti cronici che per pazienti acuti. Grazie ad accordi con il Primario, Dr. Brunori, la scelta per un periodo di training è caduta proprio sulla nostra Struttura di Nefrologia e Dialisi, dove ormai si respira un clima internazionale, vista la precedente permanenza

di un altro medico, stavolta del Mali. Mi colpisce la loro educazione e discrezione. Hanno un inglese quasi "oxfordiano" e ovviamente è proprio la lingua la prima difficoltà. Malgrado ciò sono attenti, disponibili, cercano di scherzare e mettere a proprio agio tutti, infermieri e pazienti. Imparano rapidamente le prime parole in italiano come "buongiorno", "ciao", "come va".

Sono piacevolmente sorpreso di come siano "digitali", infatti utilizzano con estrema destrezza *iPad* e *smartphone* di ultima generazione. Comunicano con *whatsApp* e *facebook*, un rassicurante ponte con il loro paese, i loro familiari.

Sono molto preparati dal punto di vista professionale. Hanno alle spalle un percorso di studio sul modello anglosassone che associa con armonia teoria e pratica.

Probabilmente sono molto lontani dal cliché dell'africano che noi europei abbiamo nel nostro immaginario collettivo. I tempi sono cambiati.

Nelle nostre quotidiane consulenze nei vari reparti dell'Ospedale Santa Chiara, i tre ragazzi sono piacevolmente impressionati dalle nostre risorse tecniche e strumentali ed anche dall'incessante operatività di uno stuolo di medici, infermieri, tecnici e altre figure sanitarie. Talvolta la veneranda età di alcuni pazienti ricoverati li sorprende, forse il concetto di malattia cronica ancora non fa parte della loro cultura.

Oggi dalla finestra della sala dialisi ammiriamo un'abbondante nevicata. Ne siamo tutti incantati, ma per i tre ragazzi del Ghana è diverso, è la prima volta che la vedono, la loro "prima neve".

Anche loro sono incantati, ma forse vedo anche un filo di preoccupazione, per il ritorno a casa, a piedi!

Bene ora mando a tutti e tre un SMS con *whatsApp*... In due minuti mi arriva già la loro risposta, il Ghana non è poi così lontano.



\* Dott. Fabrizio Valente  
U.O. Nefrologia  
Ospedale S. Chiara di Trento

# Notizie dall'Associazione

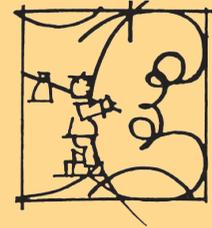
a cura di Maria Ruggio

## ASSEMBLEA SOCI

Il giorno mercoledì 16 aprile ha avuto luogo l'Assemblea Annuale dei nostri soci, in occasione della quale è stato presentato il programma per l'anno corrente. Come è stato comunicato a chi era presente, nel 2014 non verrà effettuata la tradizionale gita di primavera sostituita da un triangolare di pallavolo che avrà luogo il 17 maggio. In occasione dell'Assemblea Soci

sono stati presentati il nuovo revisore dei conti, la Dott.ssa Stefania Marchesoni, che affiancherà la Dott.ssa Silvia Pigagnelli e il Dott. Matteo Fronchetti. Ringraziamo di cuore il Dott.

Andrea Tamanini, uno dei revisori storici della nostra associazione, per il tempo e la disponibilità espressa per tutti nel corso degli anni.



## VOLLEY SALVA LA VITA

Il 17 maggio, presso il Palazzetto dello Sport di Sanbapolis, Via della Malpensada a Trento, si affronteranno tre squadre: la Nazionale Trapiantati Volley, la Selezione Operatori Sanitari ASTEL di Trento e la Selezione Circolo Ricreativo dell'Ateneo Trentino.



L'APAN è molto orgogliosa di ospitare questo evento. Partecipa della manifestazione, la città di Trento saluterà gli atleti la mattina del 17 maggio in occasione di una presentazione della stessa presso la sala Aurora di Palazzo Trentini a Trento in Via Manci.

Ringraziamo il Presidente del Consiglio Provinciale della PAT, Bruno Dorigatti, per la sensibilità mostrata verso le iniziative del volontariato e della nostra associazione.

## GIORNATA MONDIALE DEL RENE

Ricordiamo ai nostri lettori e agli associati 2014 che la "Giornata mondiale del rene" ha avuto luogo il 13 marzo. A differenza degli altri anni, per una serie di motivi indipendenti dalla nostra volontà, l'APAN non ha potuto essere presente in piazza. A questo punto ci sembra importante rammentare che fare un esame delle urine e misurare la pressione arteriosa almeno una volta all'anno rimane un impegno che dovrebbe riguardare tutta la popolazione. L'APAN, insieme col reparto di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, vi dà l'appuntamento per l'anno prossimo, 12 marzo 2015.



Alla mostra bolognese di Johannes Vermeer

## La ragazza con l'orecchino di perla

di Cristina Borin\*

**È** in mostra in questi giorni a Bologna la *Ragazza con l'orecchino di perla*, probabilmente l'opera più famosa di Johannes Vermeer. Sicuramente un'occasione ghiotta, da non perdere, dato che il Mauritshuis dell'Aia non presta spesso i suoi capolavori (è infatti la prima volta che il quadro viene esposto in Italia); inoltre, dopo che il fortunato romanzo di Tracy Chevalier (1999), seguito dall'altrettanto fortunata versione cinematografica (2003, con Scarlett Johansson e Colin Firth), ha avvicinato il grande pubblico a questo squisito ritratto, tanto da modificarne addirittura il titolo convenzionale, appare quasi doveroso vedere l'originale.

Quando Vermeer era ancora un pittore "di nicchia", noto quasi solamente agli "addetti ai lavori", l'opera era conosciuta come *Ragazza col turbante*, uno dei pochi ritratti (in tutto, non più di tre o forse quattro) realizzati dall'artista, più frequentemente impegnato in scene di interni. In effetti, la nostra è l'unica a indossare l'esotico copricapo, mentre i grandi orecchini a goccia adornano anche il viso della *Ragazza con cappello rosso* e della *Ragazza con flauto* (entrambe oggi a Washington). Ci si può

domandare il perché di una scelta così curiosa riguardo all'abbigliamento: mentre nelle altre opere dell'artista le figure femminili indossano in genere abiti riconducibili alla moda olandese della metà del Seicento, qui non ci sono riferimenti precisi, l'abito appare quasi un costume artificialmente composto. Ciò si spiega con il fatto



che il quadro non è propriamente un ritratto, ma un *tronie*: il suo scopo non è tanto quello di rappresentare un individuo nella sua identità personale e/o nel suo *status* sociale, quanto piuttosto quello di cogliere un'espressione, di fissare un tipo, secondo un genere pittorico che era decisamente in voga nell'Olanda di allora. Lo stesso Vermeer, che oltre a dipingere commerciava in opere d'arte, possedeva dei *tronien* di altri suoi colleghi, a dimostrazione del fatto che la sua produzione si inserisce nei filoni tematici più praticati nel XVII secolo: come dire che l'artista non inventa nulla, anzi spesso trae spunti concreti e riconoscibili da dipinti di artisti contemporanei.

Tuttavia, anche se Vermeer riprende e sviluppa, in molte sue opere, soggetti già trattati da altri pittori, anche se il suo repertorio lo colloca a pieno diritto nella ricca lista degli autori di "quadri di conversazione"

(dipinti gradevoli con scene di intrattenimento), così apprezzati dalla fiorente borghesia di Delft, quando osserviamo un suo quadro, quando lo confrontiamo con altre opere nate nello stesso contesto culturale e sociale, ci colpisce la sua superiorità, l'evidente eccezionalità dello stile, l'assoluto controllo della forma e della composizione, il perfetto studio della luce. Vermeer distanzia alla grande qualsiasi altro suo collega; a differenza di chiunque altro ci cattura con il fascino sottile e raffinato dei suoi quadri, un fascino ambiguo che oscilla tra la piena appartenenza al loro tempo e una sconcertante modernità.

Accade, appunto, con la *Ragazza con l'orecchino di perla*, che spunta come una visione dall'oscurità dello sfondo, non appartiene a un tempo o a un luogo specifici, fissa lo spettatore con uno sguardo purissimo, tutto giocato sugli

occhi dai riflessi quasi liquidi, che rimandano subito alla lucentezza della perla. È impossibile stabilire chi fosse questa giovane donna dal volto delicato, così vicino ai nostri canoni di bellezza: è stata avanzata l'ipotesi che si tratti della figlia maggiore dell'artista, Maria; ma la datazione del quadro dovrebbe scivolare agli anni Settanta del XVII secolo e ciò appare poco probabile, considerando alcuni accorgimenti tecnici compatibili più con le opere della metà degli anni Sessanta.

La luce, che Vermeer arrivò a padroneggiare attraverso uno studio meticoloso e rigorosissimo, illumina da sinistra il soggetto, valorizzando morbidamente l'incarnato perfettamente liscio, compatto come la superficie della grande perla a goccia; lo sfumato dell'ombreggiatura è ottenuto sovrapponendo sottili strati di colore trasparente. Lo sguardo carezzevole è ravvivato dai tocchi di luce degli occhi, in un effetto di grande immediatezza, sorprendente se si considera con quale cura l'artista costruiva le sue opere. L'espressività della bocca, leggermente socchiusa, è accentuata da minuscoli puntini di pigmento rosa che ne sottolineano il contorno.

Insomma, per quanto non siano del tutto chiari né i principi sui quali Vermeer basava la sua arte né quale metodo di lavoro usasse (del resto, molto poco si conosce di questo artista), osservando le sue opere, e quindi la *Ragazza con l'orecchino di perla*, si percepisce una visione quasi classica, un intento di purificare e idealizzare il mondo reale. Grande protagonista di questa impresa è sempre la luce, che rivela la continua ricerca della misura e dell'armonia attraverso la tessitura di prospettiva, proporzioni e tensione compositiva.

\* Cristina Borin  
Docente di Storia dell'Arte  
Liceo Statale "A. Pigafetta"  
di Vicenza

## Esistere in versi

di Aldo Nardi



La poesia come percorso obbligato a un certo punto della vita per dialogare con se stessi senza sotterfugi, senza menzogne, alla luce di una nuova libertà che solo l'animo riesce a coltivare. La poesia come l'"inutile" di cui non si può fare a meno, il mezzo attraverso cui ci impegniamo a scandagliare in profondità dentro di noi per cogliere ciò che veramente conta e che, nella maggior parte dei casi, rimane *invisibile*. Se poi la poesia riesce a trovare un fulmineo

rapporto con l'anima, col sentimento che scaturisce da un'esperienza vissuta, allora si può indirizzare il mondo delle sensazioni verso una linea evocativa ricca di pulsioni inquietanti e di parole chiarificatrici che consentono di superare le trame della malinconia. È ciò che accade nei versi di Roberto Mirigelli, di recente pubblicazione presso l'editrice Seiser di Trento con il titolo *Orizzonti* (62 pp.).

L'autore cerca, in questa silloge, di periodizzare il proprio percorso di

vita secondo precise scansioni che si muovono a partire dagli anni sessanta per arrivare ai giorni nostri. Così, per esempio, vengono rivissuti gli anni della giovinezza, degli amori consumati e rimpianti, i momenti trascorsi attraverso una corsa lungo i prati: "(...) Una foto!/ Il pensiero vaga,/ un'esile presenza si riforma,/ luoghi, abiti, tutto/ sembrava correre qui/ da molto lontano. (...)'" (da *Una foto*).

Ma solo chi ama (o chi odia) può dirsi poeta, perché chi ama sa di essere indifeso, sa di offrire il fianco al dolore, epperò sa anche di poter rinascere di nuova forza, una forza potente, allusiva e onirica nelle parole che sparpaglia sul foglio: "(...) Come potrei/ non ricordare i suoi occhi/ in cui tutto era scritto,/ e le sue mani,/ lievi carezze/ che alleviavano ogni tormento/ e mi rendevano felice,/ ed il tuo viso,/ ora raggiante di gioia/ e a volte molto triste,/ (...)'" (da *Epitaffio per un amore*). I versi di Mirigelli sono semplici e diretti; sono privi di complicazioni sillabiche, né volgono al mimetismo semantico. L'amore è *amore*, nel senso più proprio del termine, quello per intenderci che farebbe dire a Sully Prudhomme "(...) Così spesso la man che amor ci tende,/ sfiorando il nostro cuore,/ lo ferisce, (...)'" (da *Il vaso rotto*).

Nel caso di Roberto Mirigelli siamo quindi di fronte ad un lavoro il cui senso si traduce, da un lato, nell'incapacità di recuperare il passato (perché il passato non si fa recuperare se non come atmosfera che ci allontana dalla vita presente: "(...) Non voltarsi indietro/ verso il passato,/ sordi ai richiami/ della vita di ieri,/ promesse fatue/ di vaghe dolcezze./ (...)'" (da *Vivere*); dall'altro nella difficoltà di trovare un punto d'appoggio per costruire il quotidiano e ricontrattare la propria esistenza: "(...) Dammi la mano/ ancora/ e portami lontano,/ fammi sentir/ che adesso/ non è vivere invano./ (...)'" (da *Ricominciare*).

Una poesia, quella di questo autore, che si apre verso esperienze di vita e di sensazioni che devono essere disvelate per penetrare nel mondo esistenziale dell'autore, dove il linguaggio, essenziale ed efficace, si mette pienamente al servizio del "racconto" e della sua rappresentazione lirica.

## La comunicazione di genere

di Aldo Nardi

**N**ell'affrontare i grandi temi della comunicazione ve n'è uno che presenta caratteri tali da meritare una trattazione a parte. Ci riferiamo, nello specifico, alla cosiddetta *comunicazione di genere*, ovvero alla comunicazione di maschi e femmine nell'ambito della relazione così come si è evoluta nel tempo. Senza voler disquisire su una questione ampiamente approfondita sul piano accademico, resta il fatto che la comunicazione è stata storicamente dominata dal maschio, che l'ha anche *nominata*. Un tale stato di cose ha finito per condizionare lo *scaffolding* culturale, così come il pensiero scientifico che su quello stesso patrimonio culturale si è venuto determinando.

Già in passato alcuni studiosi avevano messo in evidenza come uomini e donne, pur avvalendosi della medesima lingua, utilizzassero forme e stili linguistici differenti e, oltre a ciò, attribuissero un diverso significato alle parole e ai segnali della comunicazione del corpo. Se tutto questo può apparire scontato, meno scontato è il fatto che tali differenti comportamenti possano tradursi, in molti casi, in forme di incomprensioni, ma anche di errate interpretazioni dei messaggi.

Se ciò che è maschile viene spesso visto come espressione dell'unica verità, mentre ciò che è femminile è classificato come diverso e privo di una propria autonoma specificità, ne consegue, inevitabilmente, che, ridotto nella posizione di oggetto e definito unicamente nell'interazione col soggetto maschile, il femminile ha difficoltà a rilevare in questo sistema la possibilità di esprimere il patrimonio che caratterizza la pro-

pria esperienza e la propria visione del mondo, finendo per adeguarsi ad modello dominante fino a negare la propria differenza.

Se si prende come paradigma di riferimento il problema della natura della differenza sessuale che ha contrassegnato gran parte delle analisi dei movimenti femministi degli anni settanta e ottanta, si potrà notare come la natura di tale differenza sia stata oggetto di numerose e controverse discussioni nell'ambito del mondo culturale e scientifico del mondo occidentale. In un suo saggio dal titolo "Differenze fra donne e uomini nei processi comunicativi" (1994), Dolores David analizza le due linee di interpretazione principali: quella che "considera la differenza sessuale un dato *biologico* e *naturale*, che di per sé definisce, attraverso l'appartenenza a un sesso o a un altro, la collocazione di un individuo in un ruolo preciso, e quella che, invece, pone l'accento sui *condizionamenti sociali* e *culturali*. Sulla base di queste diverse impostazioni prendono corpo altrettante riflessioni teoriche sull'argomento, alcune delle quali, come si potrà notare, lasciano oggi alquanto perplessi, anche se sono state elaborate da illustri studiosi. Prendiamo per esempio quella che è stata definita *Teoria del deficit femminile*, in base alla quale le donne risulterebbero verbalmente "incomplete" rispetto agli uomini. Secondo i sostenitori di questa teoria il linguaggio femminile sarebbe una derivazione (deviata) da forme linguistiche corrette tali da porre la donna in una posizione di inferiorità. Ricorda la David come, negli anni venti, la nota linguista O. Jespersen affermasse che le donne "parlano spesso senza pensare, interrompono



no frequentemente il discorso senza finire le frasi, hanno un vocabolario meno ricco ed esteso degli uomini, usano espressioni più ricercate, eufemistiche, iperboliche", al contrario del "linguaggio degli uomini che sarebbe, invece, più popolare e innovativo". La *Teoria dei condizionamenti sociali e naturali* pone in evidenza l'influenza del condizionamento mentale secondo il quale gli individui, maschi e femmine, verrebbero educati a partire dall'infanzia all'acquisizione di norme, valori, comportamenti che finiranno col definire i tratti peculiari dell'età adulta. Le donne, ad esempio, cresciute nella cultura patriarcale hanno interiorizzato, attraverso il linguaggio, il concetto di subalternità,

costruendosi una relativa visione del mondo, e si sono anche strutturate, per dirla con L. Irigaray, una precisa coscienza di sé. "Una cultura patriarcale – scrive Dolores David – che ha il suo fondamento nella negazione e rimozione della differenza e nell'opposizione tra due principi distinti, maschile e femminile, sancendo la centralità e l'universalità dell'uno rispetto all'altro, organizza la nostra percezione del mondo e la sua rappresentazione simbolica attraverso il linguaggio".

Si finisce in tal modo per alimentare la convinzione secondo la quale il linguaggio della donna prende corpo e si rafforza come una forma di resistenza a questa imposizione, "una

manifestazione della sua non riducibilità, un segno di non identificazione con un modello dominante che non riconosce la sua diversità; ma può anche essere visto come un modo di adattarsi a un sistema dominante" (David, 1994).

Anche nella comunicazione non verbale vi sono significative differenze tra uomini e donne con le seconde che non solo prestano più attenzione dei primi agli indici non verbali, ma che sono anche le più attente nell'azione di riconoscimento e interpretazione di tali segnali.

Secondo alcuni autori come E. Ladavas e P. E. Ricci Bitti, l'abilità delle donne a interpretare i segnali non verbali nell'interazione sociale può essere spiegata con i processi di apprendimento sociale e con la divisione dei ruoli sociali in base al sesso. D'altra parte, come ha precisato lo psicologo sociale Michael Argyle, tra i maggiori esperti di comunicazione non verbale, mentre parte della comunicazione umana è spontanea ed è governata dagli strati inferiori del sistema nervoso centrale, una parte di essa dipende maggiormente dai processi cognitivi superiori. Non solo, ma tra queste due fonti non vi è un rigido confine e spesso sono implicati entrambi i livelli, come nel caso di un'emozione che viene controllata solo in parte.

Le teorie che tengono conto maggiormente dell'influenza del condizionamento mentale sono invece portate a ritenere che uomini e donne apprendono già durante l'infanzia le stesse cose di base, mentre cambia il loro modo di comunicazione. Ne segue che maschi e femmine si adattano a comportamenti tipici del proprio sesso e, così facendo, si percepiscono differenti. Non si tratta di un dettaglio da poco dal momento che questo modo di definirsi in una specifica *dimensione* caratterizza il modo di pensare e di agire da parte di uomini e donne all'interno dell'organizzazione sociale, con inevitabili conseguenze sul piano istituzionale, familiare, normativo e religioso, spesso traducibili in manifestazioni di disuguaglianza e di discriminazione tra gli esseri umani.

# Liemba: una nave vecchia cento anni

di Elisa Grazioli

**V**edere per credere: parole e foto non rendono appieno quel che l'imbarcazione più vecchia del continente africano regala ai miei occhi.

Liemba è il nome della nave costruita dai tedeschi cento anni fa in Germania (i cui componenti, trasportati via treno da Dar es Salaam a Kigoma furono assemblati in un anno), successivamente messa in acqua e affondata nel 1916, recuperata otto anni dopo dagli inglesi e rimessa in acqua.

cibo ai tessuti ai ricambi delle auto. Le sue diciassette soste in tre giorni sono spettacolari, non ci sono solo gli approdi tradizionali, ma anche trasbordi di passeggeri e merci grazie a canoe o altre imbarcazioni di legno.

Questi trasbordi sono una cosa surreale... la nave rallenta, nel buio della notte si intravedono delle luci fioche avvicinarsi e prendere forma, sono canoe con gente e sacchi a non finire. Mamme con bambini legati sulla schiena, bambini con secchi di pesce per

cada in acqua", ma nello stesso tempo sono affascinata da questo spettacolo reso surreale dalle luci sull'acqua. L'avevo letto in un articolo, ma non credevo fosse davvero così!

Caricati tutti i passeggeri, è la volta della merce, che siano le 10 di mattina o le due di notte l'equipaggio è super attivo ed organizzato con tanto di braccio mobile che carica la merce a bordo! E quando dico merce, dico tutto e niente. Lo sapevate che su un barchino di legno ci possono stare un



Adesso Liemba, soprannominata "La regina d'Africa", naviga sul lago Tanganika, il bacino d'acqua dolce più lungo al mondo (660 km) ed il secondo per volume d'acqua dato che è uno dei più profondi, ovvero 1436 m. di profondità al confine tra la Tanzania, il Congo e lo Zambia.

Kigoma, il porto più grande, situata a nord del lago, è la prima tappa della Liemba, se si parte da nord e l'ultima se si parte da sud, che salpa due mercoledì al mese alle 5 di pomeriggio e attracca a Mpulungu in Zambia il venerdì in giornata.

Questa nave possiamo definirla il più grande mercato galleggiante dell'Africa: LIEMBA fornisce di tutto, dal

salire a bordo e venderli ai passeggeri, borse e sacchi, e ancora sacchi di pesciolini da portare al mercato in Zambia a vendere.

Una volta spenti i motori e gettata l'ancora vengono lanciate a bordo le cime delle imbarcazioni tra le urla degli uomini e il dondolio delle barche, mentre scorgo gli occhi delle mamme con i loro piccoli sulla schiena e non so dove guardare e cosa pensare. Come fanno queste donne a salire sulla nave? Prima le donne con i bambini vengono spinte a bordo, sì, proprio spinte perché un ragazzo da sotto spinge la donna verso l'alto dove sulla nave trova le braccia a cui aggrapparsi. Dentro di me penso "fa che tutto vada bene e che nessuno

carrello, due motocoltivatori, 20 sacchi di farina, 15 persone e molto altro? Tutto è possibile sulla Liemba.

Finito il trasbordo sul ponte si sente suonare una campanella, si spengono le luci, le imbarcazioni si allontanano, l'ancora viene salpata e via verso il prossimo attracco.

Questa nave, oltre ad essere un mercato galleggiante, trasporta storie di vita una diversa dall'altra e di ogni paese.

Dal Burundi, al Congo, al Ruanda tutte queste persone hanno una storia e viaggiano dal nord del lago fino ad arrivare chi in un villaggio sulle sponde del lago, chi alla fine a Mpulungu in Zambia.

In questo viaggio, grazie al kiswahili, ho potuto parlare con la gente, scambiare quattro chiacchiere con loro, che quando si accorgono che un "mzungu", ovvero un bianco, parla la loro lingua sono felici ed incuriositi.

Due uomini d'affari congolese sono diretti a Mpulungu, parlano congolese, inglese e kiswahili perfettamente, un ragazzo del Burundi, anche lui diretto in Zambia, sta trasportando merce per il negozio della madre, molti mercanti popolano questa nave.

Ma non ci sono solo uomini di affari, una ragazza di Kikoma di appena 18 anni, che sta andando a trovare dei parenti a Kasanga, mi racconta che purtroppo non ha potuto finire la scuola secondaria perché il padre è morto ed è la più grande di cinque sorelle, quindi ha dovuto lasciare la

accerchiati dai bambini, non saprei quanti fossero, ma erano davvero tanti. Appena mi giravo con la macchina fotografica correvano via e si nascondevano nei vicoli, quando mettevo via la macchina riapparivano, era diventato quasi un gioco ormai...questo sciame di bambini che in un minuto si perdeva nelle stradine strette tra le case del villaggio. A volte la macchina fotografica non si riesce a tirarla fuori, quando ci si ritrova nella terza o quarta classe della nave ai piani inferiori, dove tutte le persone sono accalate in panche con i bambini sdraiati che dormono sui tavoli e le borse, valigie a terra, manca il coraggio. La foto la fai nella tua mente e poi cerchi di raccontarla. Non te la senti di immortalarla, perché non ti sembra giusto che una persona dorma a terra tra lo sporco

li e del perché abbiamo pochi figli e così si chiacchiera e si ride per ore e si gioca con i bimbi.

A un certo punto mi guardo attorno, sono sul ponte di una nave vecchia 100 anni, in mezzo al lago Tanganika, intorno a me ci sono persone che arrivano da tutto il mondo, persone come me che sono venute qui dal continente bianco a curiosare nel continente africano, altri "wazungu", ovvero bianchi con altrettante storie.

C'è chi viene dall'America per un viaggio studio, chi dall'Inghilterra come volontaria in un ospedale, chi sta cercando una strada per la sua vita, uno stato dove vivere, chi con le biciclette macina dai 50 ai 100 km al giorno attraversando 5 stati in sei mesi, chi dal Sud Africa in moto cerca l'avventura in Nigeria, Congo, Tanzania oppure



scuola per aiutare sua madre in casa. Con un sorriso e un attimo di timidezza ci mettiamo a chiacchierare, vuole imparare l'inglese, poi vede la macchina fotografica e mi chiede una foto! La macchina fotografica è un aggeggio strano, perché a volte attira le persone, specialmente le ragazze, che, come un po' tutte noi, sono vanitose quindi si fanno fotografare volentieri e si vogliono vedere e in quel momento iniziano le risate!! Mentre a volte le persone sono spaventate e non vogliono assolutamente essere fotografate, specialmente se anziane. A Zanzibar, in un'isoletta di fronte a Kwenda, ho vissuto una buffa esperienza: arrivati al villaggio siamo stati

in un corridoio di una nave, ovvero non vuoi credere che qui le persone viaggiano in queste condizioni, anche se libri e articoli te lo avevano raccontato ma finché i tuoi occhi non vedono tutto ciò, quei racconti non sembrano veri.

Ma le chiacchiere non finiscono, un bimbo mi si avvicina e iniziamo a giocare con dei tappi delle bottiglie, poi è volta della mamma, l'amica, l'amica della amica e così via. Mi chiedono cosa faccio e perché parlo la loro lingua, così racconto anch'io la mia storia e quando vengono a sapere che lavoro in un orfanotrofio, mi ringraziano di aiutare i loro bambini. Poi mi chiedono dell'Italia, di quanto costa la vita

un padre come il mio che è venuto a trovare il figlio che lavora come volontario in Tanzania.

Tutti questi bianchi riuniti su questa nave sulla terra ferma non si parlerebbero così tanto, ma qui in questo spazio in questi giorni tutti parlano con tutti e l'inglese è la chiave di tutto.

E loro, gli africani, si chiedono se i bianchi sono tutti amici e sono in gruppo. Questa è una domanda che mi hanno fatto alcune persone. Ho spiegato che tutti hanno un loro viaggio e per un attimo hanno incontrato quello degli altri e per tre giorni il viaggio è diventato comune e si chiacchiera e si sta insieme.

Una Twiga in Tanzania [noreply@blogger.com](mailto:noreply@blogger.com).

# Micologia che passione!

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

## Funghi "strani" piuttosto rari

Mentre generalmente parlavamo di funghi abbastanza conosciuti, in questo numero della rivista abbiamo pensato di descrivervi funghi particolarissimi, non molto frequenti da incontrare, che possono ricordare elementi che non hanno nulla da vedere con i funghi.

### TORTINO ALLA FRAGOLA

Trattasi di un fungo particolare da alcuni chiamato "tortino alla fragola". Presenta un cappello spianato inizialmente bianco poi rosato, talvolta con numerose gocce color rosso sangue anche molto scure che presto si seccano lasciando macchie color ruggine, infine bruno-rossastro con margine bianco. Gli aculei sono leggermente decorrenti lungo il gambo, bianchi poi rosa brunastro, gambo molto corto presto di color bruno-violaceo, presente nei boschi di aghifoglia, pinus e picea, in estate ed autunno. Non commestibile.

**Hydnellum peckii (Foto Brunelli).**



### STELLE

Fungo più frequente dei precedenti che viene chiamato "stellina" a causa della sua forma. Da giovane il fungo è una sfera biancastra che nasce sottoterra e da adulto si apre lacerandosi in diversi punti, creando in tal modo la forma di stella. Una volta maturo è caratteristica la sua esplosione anche spontanea con espulsione di una nube sporale brunastra. Si ritrova in estate e autunno, e non è commestibile, anche se bello a vedersi.



**Geastrum fimbriatum**

### LINGUA DI BUE

Fungo che volgarmente viene anche chiamato "lingua di bue" per la sua somiglianza alla lingua di un bue, ma anche assomigliante al fegato da cui il nome. Commestibile da giovane, si trova sui vecchi tronchi di latifoglia, si può trovare nei boschi di castani. Curiosità: si può mangiare sia cruda che cotta in varie maniere. Non è tuttavia apprezzata né frequente da ritrovare.



**Fistulina epatica**

### RICCIO

Si tratta di fungo chiamato anche volgarmente "riccio", per il suo aspetto nettamente aculeato, o "cane bagnato". Da giovane è commestibile senza valore, i suoi aculei sono bianchi inizialmente e poi giallastri a maturazione, molto lunghi fino a 6 cm, il suo habitat è sui vecchi tronchi marcescenti di quercia, faggio e noce in autunno ed inverno. Raro.



**Hericium erinaceum**

## POLIPO ROSSO

Si tratta di un fungo particolare che da adulto ha forma di graticcio o cancellata per il suo aspetto. Ha un forte odore disgustoso, si trova in primavera ed estate, poco frequente. Dal principio è a forma di uovo avvolto da una pellicola biancastra che quando il fungo è maturo si rompe e lascia intravedere una struttura a tipo griglia arrotondata di un colore rosso intenso. Per alcuni il nome di "polipo rosso" potrebbe essere dovuto al suo aspetto.

**Clathrus cancellatus ruber (Foto Bissaro).**



## I Funghi nel piatto

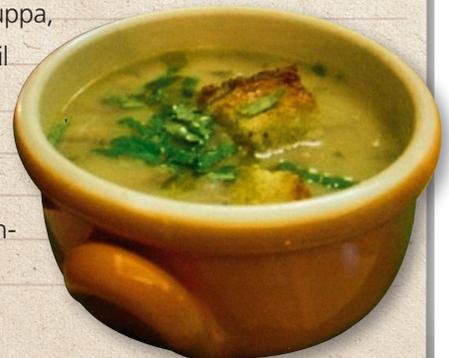
### ZUPPA DI FUNGHI

**Ingredienti e dosi (per due persone):** 300 gr. di funghi freschi misti; mezza cipolla bianca tritata; tre cucchiaini di farina bianca; un cucchiaino di prezzemolo tritato; un cucchiaino di estratto di carne; 20 gr di burro e due cucchiaini di olio di oliva; sale e pepe.

**Esecuzione:** Pulire i funghi molto bene senza lavarli. Passarli nel frullatore e ridurli a crema omogenea. In una casseruola a bordo alto far soffriggere la cipolla nel burro e nell'olio fino a farla dorare, (non deve bruciare!); aggiungere prima il composto di funghi, mescolare bene,

poi la farina avendo cura di stemperarla bene. Cuocere per un paio di minuti, aggiungere mezzo litro di acqua calda e il cucchiaino di estratto di carne. Cuocere per 15 minuti mescolando di tanto in tanto. A cottura ultimata aggiungere il prezzemolo, sale, pepe e servire subito caldissimo. Accompagnare il piatto con crostini o fette di pane tostato o abbrustolito.

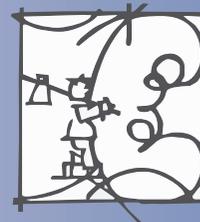
**Annotazioni:** si tratta di un ottimo piatto molto semplice e di rapida fattibilità. Per questa preparazione sono indicati molti funghi (morette, tricholoma portentoso o ciccalotto, gambe secche, piopparelli, russule, prataioli e porcini ect). È evidente che più specie saranno utilizzate per la zuppa, più pregevole sarà il risultato. Un buon vino rosso non troppo leggero è particolarmente indicato.



ANED  
Sport



A.P.A.N.  
ASSOCIAZIONE  
PROVINCIALE  
AMICI DELLA  
NEFROLOGIA



# VOLLEY SALVA LA VITA

## 17 MAGGIO 2014

palazzetto dello sport  
di Sanbapolis  
via della Malpensada,  
Trento



## triangolare di pallavolo

- NAZIONALE ITALIANA TRAPIANTATI VOLLEY
- SELEZIONE OPERATORI SANITARI ASTEL
- SELEZIONE CIRCOLO RICREATIVO UNIVERSITÀ TRENTO

PROGRAMMA  
ORE 16.00 INIZIO TRIANGOLARE  
ORE 19.30 SALUTO AUTORITÀ E PREMIAZIONE

