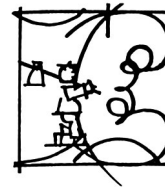


RS

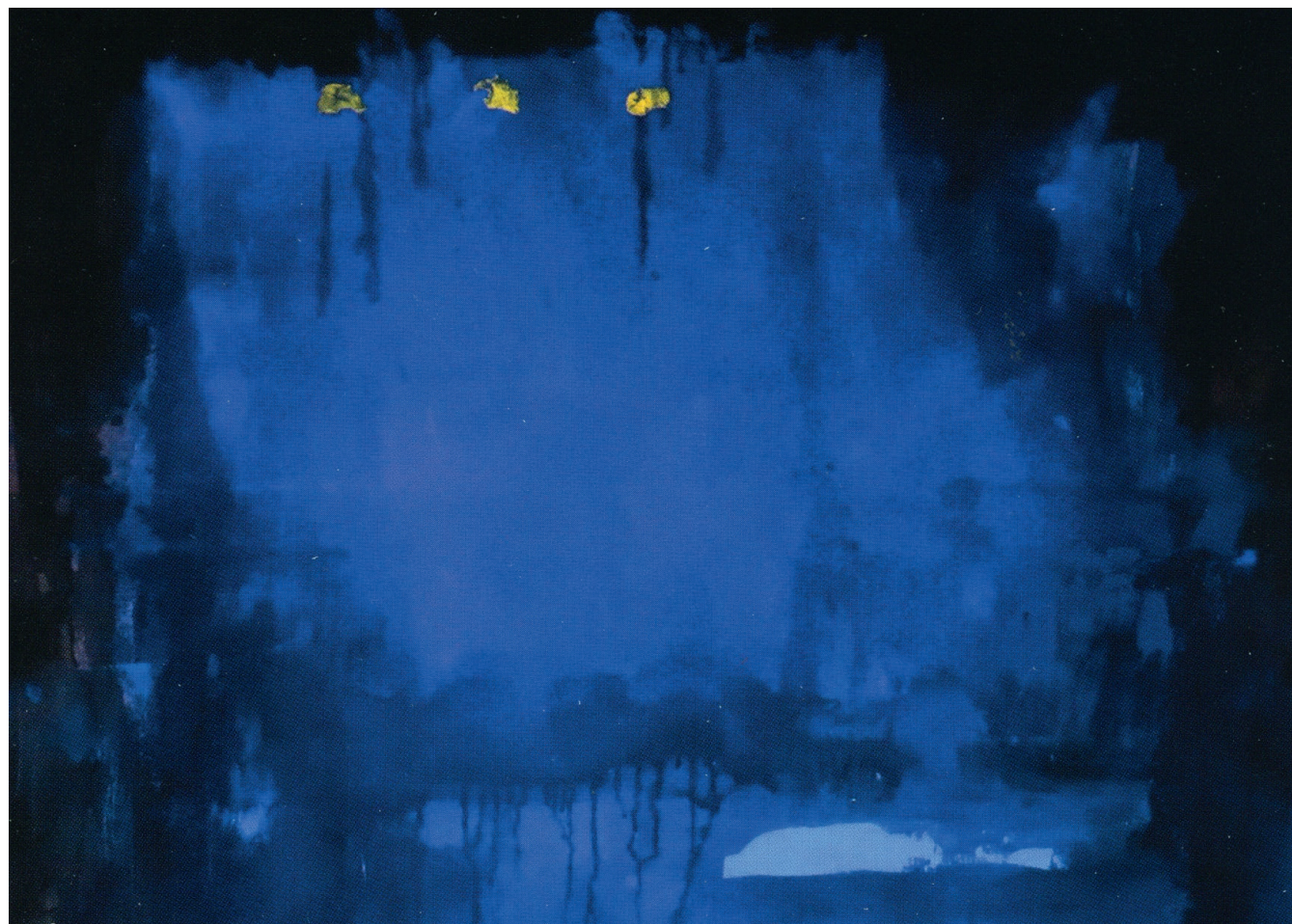


**Associazione
Provinciale
Amici della
Nefrologia**

RENE&SALUTE

ANNO XXIX - NOVEMBRE 2014 - N. 3/4 TRIMESTRALE D'INFORMAZIONE E CULTURA DELL'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE AMICI DELLA NEFROLOGIA (A.P.A.N.)

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



- ▶ **RADIOTERAPIA A INTENSITÀ MODULATA E GUIDATA DALLE IMMAGINI**
- ▶ **QUANDO IL SISTEMA IMMUNITARIO "ESAGERA"**
- ▶ **NUOVE "FRONTIERE" NELL'UTILIZZO DELLA DIALISI PERITONEALE**
- ▶ **STRATEGIE INNOVATIVE NELLA FRATTURA DEL FEMORE NELL'ANZIANO**
- ▶ **LA CONSULENZA GENETICA NELLE NEFROPATIE EREDITARIE**
- ▶ **L'IMPORTANZA DELLE FIBRE NELL'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA**
- ▶ **PATOLOGIA RARA, DOLOROSA E LETALE**
- ▶ **AFORISMI: KARL KRAS, DETTI E CONTRADDETTI**
- ▶ **UN VALORE... AGGIUNTO**
- ▶ **UN PROCEDIMENTO MULTIDISCIPLINARE**
- ▶ **CURARSI È BENE MA VACCINARSI È MEGLIO**
- ▶ **LA DONAZIONE DA DONATORE VIVENTE "MARGINALE"**
- ▶ **UNA STRANA COINCIDENZA: UNA DOMENICA D'INVERNO**
- ▶ **LA STORIA DELLE TERME DI COMANO**
- ▶ **IL FELDMARESCIALLO JOSEPH VON PIOSASQUE-NON E LE MALATTIE ARISTOCRATICHE**
- ▶ **LA BOTTEGA DEL MACELLAIO**
- ▶ **IL RACCONTO: LA CIVETTA**
- ▶ **ALL'INSEGNA DELL'IMPREVEDIBILITÀ**
- ▶ **LA DOMUS DEL CHIRURGO A RIMINI**
- ▶ **VIAGGIO A ROMA**
- ▶ **VOGLIA DI LEGGERE**
- ▶ **MICOLOGIA CHE PASSIONE!**

sommario

Radioterapia a intensità modulata e guidata dalle immagini	3
<i>di Aldo Valentini, Loris Menegotti, Luigi Tomio, Valentina Vanoni</i>	
Quando il sistema immunitario "esagera"	6
<i>di Danila Bassetti</i>	
Nuove "frontiere" nell'utilizzo della dialisi peritoneale	8
<i>di Alessandro Laudon</i>	
Strategie innovative nella frattura del femore nell'anziano	9
<i>di Roberto Bortolotti</i>	
La consulenza genetica nelle nefropatie ereditarie	11
<i>di Francesca Rivieri</i>	
L'importanza delle fibre nell'insufficienza renale cronica	13
<i>di Melanie Steinmair</i>	
Patologia rara, dolorosa e letale	14
<i>di Laura Sottini</i>	
Aforismi: Karl Kras, detti e contraddetti	15
<i>a cura di Luisa Pevarello</i>	
Un valore... aggiunto	16
<i>di Andrea Scardigli</i>	
Un procedimento multidisciplinare	18
<i>di Roberto Bettini</i>	
Curarsi è bene ma vaccinarsi è meglio	21
<i>di Nadia Buccella</i>	
La donazione da donatore vivente "marginale"	22
<i>di Teresa Dipalma</i>	
Una strana coincidenza: una domenica d'inverno	26
<i>di Lucia Zenatti</i>	
La storia delle Terme di Comano	27
<i>di Stefano Cunego</i>	
Il feldmaresciallo Joseph von Piosasque-Non e le malattie aristocratiche	31
<i>di Gianfranco Martinatto</i>	
La bottega del macellaio	32
<i>di Cristina Borin*</i>	
Il racconto: La civetta	33
<i>di Anna Maria Ercilli</i>	
All'insegna dell'imprevedibilità	34
<i>di Aldo Nardi</i>	
La <i>domus</i> del chirurgo a Rimini	37
<i>di Diana Zarantonello</i>	
Viaggio a Roma	38
<i>di Donata Borin</i>	
Voglia di leggere	40
<i>di Lonely Bear</i>	
Micologia che passione!	42



*In occasione delle imminenti festività natalizie
la redazione augura a
Soci e Simpatizzanti*

Buone Feste!

Per chi volesse contattarci:
Tel. 0461 914206 - Via Sighele 5, Trento - mercoledì ore 9 - 11
E-mail: apan.tn@alice.it



In copertina:
Françoise Rohmer – 2011
SENZA TITOLO
Acrilico su tela, 100 X 100 cm
(particolare)

RENE&SALUTE

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

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

DIRETTORE RESPONSABILE: Alberto Valli

DIRETTORE EDITORIALE: Aldo Nardi

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

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

COLLABORATORI per questo numero: Aldo Valentini, Loris Menegotti, Luigi Tomio, Valentina Vanoni, Melanie Steinmair, Danila Bassetti, Andrea Scardigli, Lucia Zenatti, Stefano Cunego, Alessandro Laudon, Roberto Bortolotti, Laura Sottini, Francesca Rivieri, Diana Zarantonello, Gianfranco Martinatto, Anna Maria Ercilli, Cristina Borin, Donata Borin, Luisa Pevarello, Roberto Bettini, Nadia Buccella, Giuliano Brunori, Teresa Dipalma, Ermanno Brunelli, Antonio Fondriest, Alberto Valli, Aldo Nardi, Cristina Comotti, Serena Belli, Maria Ruggio.

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

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

Presso l'U.O. di Radioterapia dell'Ospedale S. Chiara di Trento

Radioterapia a intensità modulata e guidata dalle immagini

di Aldo Valentini, Loris Menegotti, Luigi Tomio, Valentina Vanoni*

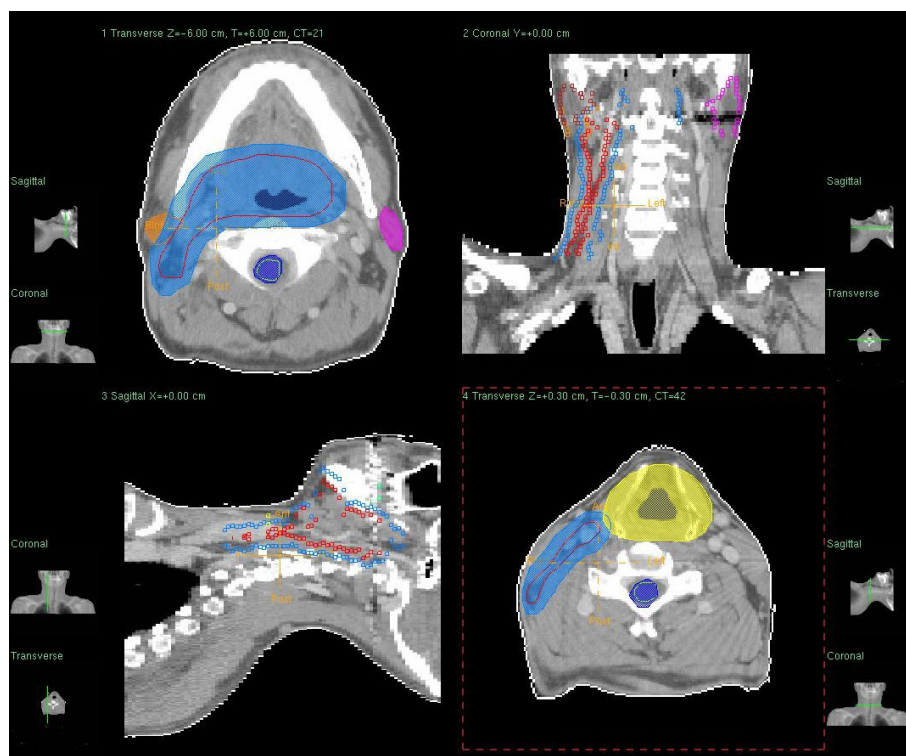
La stretta collaborazione tra il Servizio di Fisica Sanitaria e l'U.O. di Radioterapia Oncologica ha portato, dopo un lungo percorso preparatorio dovuto alla implementazione della nuova tecnica, all'introduzione nella routine clinica dei **trattamenti di radioterapia a intensità modulata** (IMRT: *Intensity Modulated Radiation Therapy*) e di **radioterapia guidata dalle immagini** (IGRT: *Image Guided Radiation Therapy*) presso la nostra APSS.

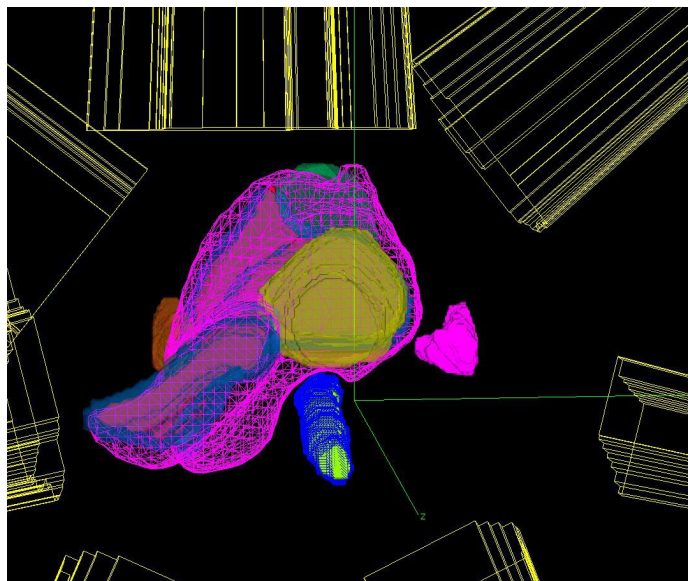
La radioterapia con fasci a intensità modulata (IMRT) rappresenta una delle più avanzate e promettenti tecniche di radioterapia oncologica. È un'importante evoluzione della radioterapia conformazionale tridimensionale (3D-CRT: *three dimensional conformal radiotherapy*), e permette di conformare il rilascio di dose terapeutica a una massa tumorale (volume bersaglio) di geometria anche molto complessa in modo molto preciso. Consente inoltre di salvaguardare in modo ottimale i tessuti sani adiacenti al tumore, riducendo quindi la probabilità di complicanze e aumentando la probabilità di riuscita del trattamento. La IMRT è una forma evoluta della radioterapia conformazionale (3D-CRT) che aggiunge alla conformazione geometrica dei fasci radianti la modulazione (variazione) della fluenza di energia radiante.

Ogni fascio radiante viene composto con più campi (segmenti) di forma ed intensità diverse, in modo che l'intensità complessiva di radiazione risulta essere modulata, cioè non uniforme. Questa operazione si effettua con l'u-

so di software specifici di pianificazione molto complessi, indicati con il termine di *inverse planning* (di "pianificazione inversa"), che determinano l'intensità dei singoli segmenti di ciascun fascio ovvero i tempi di erogazione della radiazione. La configurazione di questi sistemi di pianificazione radioterapeutica (RTPS) viene effettuata a partire da una lunga serie di misure dosimetriche su fantocci plastici o acqua alle macchine di terapia al fine di caratterizzare i piccoli campi radianti e le zone di penombra al bordo dei fasci. Queste informazioni servono a modellizzare in modo matematico preciso il comportamento dei fasci di radiazione quando interagiscono (= urtano) con il paziente.

Il medico e il fisico elaborano il piano di trattamento sulla rappresentazione tri-dimensionale (3D) del paziente. Molta attenzione è posta all'individuazione del volume tumorale, delle strutture circostanti e degli organi a rischio: ci si aiuta anche con programmi (tools) di segmentazione e contornamento automatici. La fase di definizione dei volumi di interesse deve essere molto accurata; a questo fine si utilizzano contemporaneamente più modalità di imaging diagnostico: TAC, RMN, PET e si effettua la fusione (= combinazione) delle immagini così ottenute. In alcuni casi la pianificazione del trattamento è aiutata dalla simulazione virtuale ottenuta con opportuni





software (VS) che permette di valutare i parametri geometrici del trattamento mediante una ricostruzione digitale tridimensionale del paziente ottenuta da immagini TC.

Il sistema permette la ricostruzione e visualizzazione di immagini bidimensionali (virtuali in quanto ricostruite e non acquisite) utili allo studio del piano di trattamento. L'immagine 2D, ricostruita digitalmente come se la sorgente di raggi X diagnostica fosse posizionata nel punto di emissione del fascio radiante (vista del paziente dalla sorgente di radiazione), è detta Beam Eye View (BEV). La ricostruzione digitale 2D ortogonale all'asse del fascio radiante, sempre a partire dalle acquisizioni CT, è detta Digitally Reconstructed Radiograph (DRR) e su di essa vengono individuati i riferimenti anatomici del paziente, compresi o prossimi alla regione da trattare, fondamentali per la verifica della costanza nel tempo (alle varie sedute, tipicamente a cadenza giornaliera) del piano di trattamento. Queste immagini vengono infatti confrontate con le immagini acquisite durante le sedute di terapia utilizzando come sorgente radiogena lo stesso fascio radiante (immagini portali).

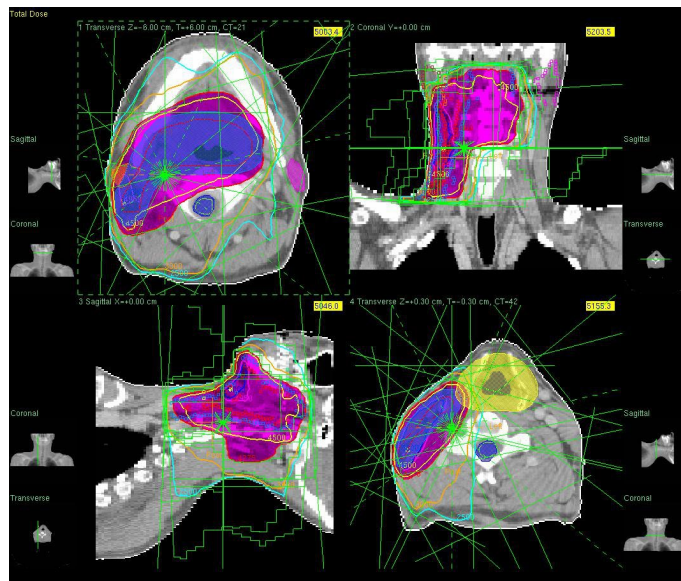
La caratteristica fondamentale che distingue la IMRT dalle altre tecniche conformazionali è la possibilità di ottenere distribuzioni di dose con una forma geometrica qualunque. Questo è possibile anche grazie

all'impiego di un particolare collimatore (= delimitatore della sezione traversa del fascio) multilamellare (MLC) che permette di modellare in forma e modulare in intensità il fascio radiante durante il trattamento. Le complesse istruzioni che pilotano i movimenti delle lamelle (160) del MLC vengono trasferite elettronicamente dal sistema di pianificazione alla consolle di controllo dell'acceleratore.

Le principali difficoltà tecniche nell'applicazione di questa nova tecnica stanno nell'uso di segmenti (= campi) di piccole dimensioni e nella presenza di zone con alta variazione di dose all'interfaccia tra volume bersaglio e i tessuti sani.

L'implementazione clinica delle tecniche a modulazione di intensità e di trattamenti guidati dalle immagini, vista la sua complessità, richiede l'applicazione di precisi protocolli di Assicurazione di Qualità, sul singolo paziente, sia in fase pre-trattamento che durante il trattamento, al fine di verificare l'accordo tra la distribuzione di dose calcolata dal sistema di piani di trattamento (*Treatment Planning System*, TPS) e quella effettivamente erogata.

Ogni trattamento viene pianificato eseguendo le simulazioni al calcolatore e verificato simulando il trattamento di ogni paziente su un fantoccio. Durante questa fase si effettuano una serie di controlli di qualità geometrici e dosimetrici. Inoltre il posi-



zionamento del paziente, durante le sedute di trattamento, viene accuratamente verificato e quantificati gli spostamenti (con tolleranze ridotte). La tecnica IGRT può essere identificata dal seguente slogan "Seeing and Treating Where the Tumor Is" (vedi e tratta il tumore dove effettivamente è). Come abbiamo finora visto l'imaging (= tutto ciò che concerne le immagini) ha un'importanza notevolissima nel processo di radioterapia oncologica. L'aumentata precisione della terapia apportata con la IMRT impone nuove sfide. Per puntare un fascio molto conformato al tumore il clinico deve conoscere esattamente ove il tumore si trovi e qual è la sua conformazione durante il trattamento. Altrimenti c'è il rischio di sottodosare una parte del bersaglio e/o sovradosare i tessuti normali sani. La variabilità della posizione e del volume della massa tumorale durante il ciclo di trattamento che tipicamente dura dalle 4 alle 6 settimane fa capire quanto questo sia problematico. L'uso di sistemi di immobilizzazione, centratura, marcatura mentre possono garantire il posizionamento del paziente non altrettanto possono per un tessuto interno non vincolato alla superficie esterna del paziente. Si pensi semplicemente al respiro che può produrre variazioni di posizione addirittura all'interno della singola sessione (= seduta) di terapia. L'IGRT risolve in modo semplice (almeno formalmente) questo pro-

blema: grazie all'imaging localizza istante per istante la posizione del tumore e quindi l'area da trattare (eventualmente con l'aiuto di marcatori radioopachi). Software sofisticati confrontano le immagini temporali acquisite e le confrontano con le immagini di riferimento (DRR) e calcolano lo spostamento fra le due configurazioni ovvero il movimento che il lettino porta-paziente deve effettuare per riallineare il tutto.

Nel nostro centro si effettuano anche trattamenti che vengono denominati 4D (quattro dimensioni). In aggiunta alle tre dimensioni spaziali si gestisce anche la variazione temporale (quarta dimensione). Usando l'imaging 4D, la simulazione 4D, i piani di trattamento 4D, la somministrazione 4D e la verifica 4D è possibile definire precisamente i margini attorno al tumore e programmare l'acceleratore che adatti il rilascio della radiazione al tumore in movimento.

La tecnica IMRT/IGRT si può pensare come un processo a vari passi.

- 1) Le acquisizioni di immagini diagnostiche o di stadiazione aiutano i radioterapisti oncologi a distinguere i tessuti sani dai tessuti con cellule cancerose con sempre maggior precisione. Immagini di tomografia computerizzata (CT) e di risonanza magnetica (MR) danno informazioni strutturali dell'anatomia del paziente e aiutano a definire lo stadio e il grado del tumore. Immagini ottenute con il tomografo a emissione di positroni (PET), e a emissione di singolo fotone (SPECT) danno informazioni metaboliche ovvero di attività cellulare che aiutano a "centrare", ovvero ottimizzare, il piano di trattamento.
- 2) Compito del radioterapista è quello di individuare sulle immagini le regioni di interesse (ROI = Region of Interest) e fissare i livelli di dose per ognuna di queste (tumorali o organi critici).
- 3) Il fisico medico elabora il piano di trattamento utilizzando varie modalità di calcolo a seconda della tipologia della lesione, della complessità del piano stesso e delle caratteristiche delle macchine di terapia. Sono a nostra disposizione potenti workstation di elaborazione e visualizzazione grafica. Diversi sono i software utilizzati che modellano a diversi livelli di precisione il comportamento della radiazione nel corpo umano: il più sofisticato utilizza il cosiddetto "metodo Montecarlo" utilizzato appunto in ambito di ricerca per le simulazioni complesse.
- 4) A seconda della regione corporea da irradiare vengono utilizzate varie strategie di posizionamento e vari tipi di immobilizzazione del paziente utilizzando anche opportuni sistemi di bloccaggio.
- 5) La pelle del paziente viene marcata con inchiostro semipermanente per facilitare l'allineamento del fascio radiante sul bersaglio tumorale (target).
- 6) Nella nostra realtà per alcune patologie viene impiegata anche un sistema a raggi X a basso dosaggio (CONE BEAM CT) o un sistema ad ultrasuoni (BAT = B-mode Acquisition and Targeting) per guidare, con l'aiuto delle immagini, il posizionamento e la centratura del paziente giorno per giorno. Il vantaggio dell'uso di questi sistemi di immagine è che, a differenza delle immagini CT, MR, PET, SPECT, sono acquisite con il paziente posizionato sul lettino dell'acceleratore e quindi esattamente in posizione di trattamento.

Riassumendo, la diminuzione degli errori di posizionamento e del movimento (naturale) dell'organo (organ motion) consente di diminuire le dimensioni del volume di sicurezza aggiuntivo necessario a garantire la coperture di tutte le cellule cancerose e quindi di ridurre l'irraggiamento di volumi sani. Il risparmio di tessuti e organi vicini al tumore si traduce in guadagno sulla qualità della cura, diminuzione degli effetti collaterali

alla radioterapia sia acuti che tardivi e/o un aumento della dose al tessuto malato.

La pianificazione IMRT/IGRT permette di migliorare la precisione di irraggiamento nella sede tumorale, di ridurre il rischio di irraggiamento indesiderato nei tessuti vicini, e quindi di avere una minore incidenza degli abituali effetti collaterali legati alla radioterapia tradizionale, contestualmente di utilizzare dosi radiante più elevate, con maggior efficacia terapeutica, e non ultimo di ridurre il numero delle sedute di trattamento, con grande beneficio per il paziente in termini di disagi, costi e qualità di vita. In conclusione, quindi, permette di migliorare ulteriormente il rapporto rischio/beneficio tra il controllo del tumore e gli effetti collaterali indesiderati.

Le tecniche qui descritte, seppur in modo semplificato, per essere proficuamente impiegate per la cura dei pazienti oncologici, abbisognano del coinvolgimento di varie figure professionali in un lavoro multidisciplinare ad alta specializzazione che coinvolge, oltre al paziente, Radioterapisti, Fisici medici, Tecnici sanitari di radiologia medica, Infermieri, ognuno apportando la propria specifica conoscenza e competenza.

Questo scritto è proposto in occasione dell'International Day of Medical Physics.

Proposto dalla IOMP (International Organization of Medical Physics).

7 novembre

Giorno di nascita di

Marie Skłodowska-Curie

Medical physicists play an important role in healthcare services, research and development of healthcare technologies and clinical techniques, and teaching and training of healthcare professionals

* Aldo Valentini e Loris Menegotti
Servizio di Fisica Sanitaria
Ospedale S. Chiara di Trento
Luigi Tomio e Valentina Vanoni
U.O. di Radioterapia
Ospedale S. Chiara di Trento

Allergia: un fenomeno in aumento

Quando il sistema immunitario "esagera"

di Danila Bassetti*



Nell'articolo precedente ("Rene e Salute" maggio 2014 N.1/2 pagg. 7-8), abbiamo visto che il sistema immunitario, deputato fondamentalmente al mantenimento del "sé" o "self", inteso come peculiarità che contraddistingue e connota fino dalla nascita ogni individuo, può presentare aspetti patologici. Esso 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, dando origine a reazioni di ipersensibilità. Queste ultime sono classificabili in 4 tipi, la prima delle quali è l'ipersensibilità immediata, meglio nota come allergia o atopia, termini che etimologicamente significano reazione anomala o "fuori luogo". Anche a livello popolare e non solo fra gli "addetti" c'è la piena consapevolezza che i fenomeni allergici sono in aumento, siano essi meno gravi come la rino-congiuntivite o più gravi come l'asma e l'anafilassi o lo shock allergico. Nel presente articolo verranno prese

in considerazione quelle che sono ritenute le ipotesi eziopatogenetiche più accreditate a tal riguardo.

In Italia la prevalenza delle malattie allergiche è stimata essere attorno al 20-25% della popolazione. A livello mondiale esse risultano maggiormente diffuse nei Paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo, e fra questi ultimi sono più rare nelle popolazioni rurali rispetto a quelle urbane.

Vista l'attuale importanza nella Sanità Mondiale del fenomeno "allergia", sono stati eseguiti diversi studi epidemiologici, al fine di identificare fattori predisponenti specifici mediante la ricerca sia dei fattori ambientali associati alla vita in città, che faciliterebbero l'insorgenza di patologie allergiche, sia dei fattori protettivi legati al tipo di vita rurale.

Ancora negli anni Settanta in diversi articoli apparsi su Lancet era stato ipotizzato che le parassitosi intestinali, inducendo una elevata produzione di IgE (un tipo di anticorpi che ha la caratteristica di legarsi a cellule particolari come i mastociti), potessero essere coinvolte nel fenomeno con effetto protettivo, attuando un blocco di tipo competitivo nel legame ai mastociti stessi nei confronti delle IgE allergene-specifiche. Per inciso i mastociti sono cellule tessutali, che, attivate da anticorpi IgE legati all'allergene, liberano grandi quantità di mediatori chimici, come l'istamina, responsabili delle manifestazioni cliniche dei fenomeni allergici.

Nel corso degli anni era maturata la convinzione che la diminuzione dei processi infettivi rappresentasse un fattore concorrente nell'eziopatogenesi dell'allergia, favorendo la comparsa di ipersensibilità o condizionan-

do la localizzazione e l'evoluzione delle sue manifestazioni cliniche (Britton 2003, Weinberg 2000).

Un'osservazione, emersa da studi condotti in Germania e in Italia, mise in relazione inversa l'entità numerica dei componenti del nucleo familiare e la frequenza delle allergopatie, con un rischio maggiore di patologia allergica nei figli unici. L'ipotesi interpretativa era che i figli unici, tenuti in ambiente



più protetto e asettico, come avviene generalmente negli strati sociali più alti, andassero incontro alle comuni infezioni virali soltanto in età scolare, mentre bambini di famiglie numerose erano esposti più precocemente, per contagio dai fratelli, alle comuni malattie infettive dell'infanzia, inducenti una down-regulation della sintesi delle IgE, a motivo dell'attivazione preferenziale dei cloni Th1 (Romagnani 2006). Varie osservazioni sembrano dimostrare che alcune infezioni virali o

batteriche dell'infanzia svolgono un ruolo protettivo nei riguardi dell'asma bronchiale e delle allergopatie respiratorie e che l'efficacia protettiva è proporzionale alla precocità del contagio.

Ipotesi eziopatogenetiche

È stata così formulata una "hygiene theory" (Strachan 1989: meno microbi = più allergie) in grado di spiegare gran parte dei dati epidemiologici disponibili, con il sostegno delle attuali conoscenze scientifiche sull'attività del sistema immunitario.

In Italia ampie casistiche e uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità di Roma hanno fatto osservare un raddoppio delle positività ai tests allergologici in giovani negativi al test per l'epatite A, utilizzato come indicatore di igiene ambientale. Viceversa nei soggetti positivi al test sierologico per HAV, si evidenziava una frequenza di atopia significativamente inferiore per tutti gli allergeni (Matricardi 1999).



Studi epidemiologici eseguiti in Sud-America sembrerebbero dimostrare che le infestazioni parassitarie contratte nei primi anni di vita, pur comportando una up-regulation delle risposte di tipo Th2 e un aumento notevole dei livelli di IgE totali, rappresenterebbero secondo la "jungle hypothesis", un fattore protettivo nei confronti della comparsa di sindromi allergiche negli anni successivi (Errigo G.1999). L'eziopatogenesi di tale fenomeno va ricercata in una ridotta stimola-

zione verso la differenziazione in Th1 (Linfociti T Helper 1) dei Th0 per deficit di IL-12, dovuta a diminuzione delle infezioni virali e all'uso precoce di antibiotici nelle infezioni batteriche. Di converso, la sottopopolazione Th2 (Linfociti T helper 2) risultante non trova stimolo necessario a sviluppare la sua naturale attività anti-elmintica e "devia" verso risposte di ipersensibilità di tipo I (Weiss 2004). L'ipotesi Th2 è in grado di fornire una spiegazione su basi molecolari della fisiopatologia allergica e della sua continua espansione, mettendola in relazione ai cambiamenti socio-economici e ambientali che hanno indotto un'alterazione del rapporto Th1 e Th2 (Romagnani 2006). I dati concettuali e sperimentali che supportano l'ipotesi Th2 sono desumibili dai seguenti rilievi:

- le cellule Th2 sono le uniche cellule in grado sia di riconoscere direttamente i peptidi degli allergeni con TCR, sia di attivare i linfociti B per

- allergia ed asma non sono inducibili in modelli animali con deficit di Th2
- topi transgenici con iperespressione di citochine Th2 nell'epitelio respiratorio presentano eosinofilia, ipersecrezione mucosa e reazioni allergiche.

Studi recenti hanno messo in relazione l'ipotesi igienica anche con l'aumento delle patologie autoimmuni organo-specifiche come la celiachia, le tiropatie autoimmuni, il diabete mellito di tipo 1, e non-organo specifiche come il lupus eritematoso sistemico, l'artrite reumatoide, la sclerodermia, nonché di patologie auto-infiammatorie (Okada 2010) come le patologie infiammatorie intestinali, tanto da far asserire (Rutkowski 2014) che il loro aumento è il prezzo pagato per la civilizzazione. In conclusione sicuramente l'ipotesi igienica ha contribuito a chiarire l'eziopatogenesi delle malattie allergiche e le loro variazioni epidemiologiche



la produzione di IgE tramite IL-4, IL-13, i macrofagi con IL-4, IL-10 e gli eosinofili con IL-5

- gli allergeni inducono una risposta Th2 nei soggetti atopici
- le cellule Th2 si accumulano negli organi di soggetti atopici
- l'immunoterapia efficace induce uno spostamento della risposta allergene-specifica da Th2 a Th1
- nel topo il trasferimento intraspecie di Th2 induce nel ricevente ipersensibilità

nel tempo, ma contemporaneamente ha fornito anche nuove prospettive di possibilità terapeutiche, che potranno essere indirizzate alle cellule T specifiche per l'allergene, l'autoantigene o alle loro molecole effettrici.

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

Nuove "frontiere" nell'utilizzo della dialisi peritoneale

di Alessandro Laudon*

In Trentino esiste un'unica Struttura Complessa Multizonale (SCM) di Nefrologia e Dialisi che ha il proprio centro nell'Ospedale S. Chiara di Trento dove si trovano il reparto di degenza, il servizio di emodialisi, il servizio di dialisi peritoneale, l'ambulatorio per i pazienti con insufficienza renale cronica e l'ambulatorio per i trapiantati di rene.

In periferia si trovano sei centri dialisi ad assistenza limitata situati all'interno dei vari Ospedali di Valle: Arco, Borgo, Cavalese, Cles, Rovereto e Tione. In questi centri oltre a eseguire il trattamento emodialitico, vengono effettuate anche le visite ambulatoriali; in questo modo è garantita una diffusione capillare della presenza del nefrologo sul territorio provinciale.

Negli ultimi tredici anni (dal 2001 al 2013) la popolazione cronica, intesa come somma dei pazienti trapiantati, emodializzati e peritoneali, seguita dalla SCM di Nefrologia è progressivamente aumentata, superando le 500 persone. In questo periodo è notevolmente cambiata la distribuzione delle metodiche sostitutive: gli emodializzati si sono progressivamente ridotti, i trapiantati di rene hanno quasi raddoppiato il loro numero (passando da 150 a 284), mentre i peritoneali l'hanno triplicato (da 15 a 46, raggiungendo una prevalenza del 20% e una incidenza del 47%).

Un utilizzo così "intensivo" del trattamento dialitico peritoneale ci ha portato ad affrontare situazioni che potremmo definire "al limite" o dal punto di vista clinico o per l'aspetto sociale-organizzativo; a tutti però siamo riusciti a dare una risposta.

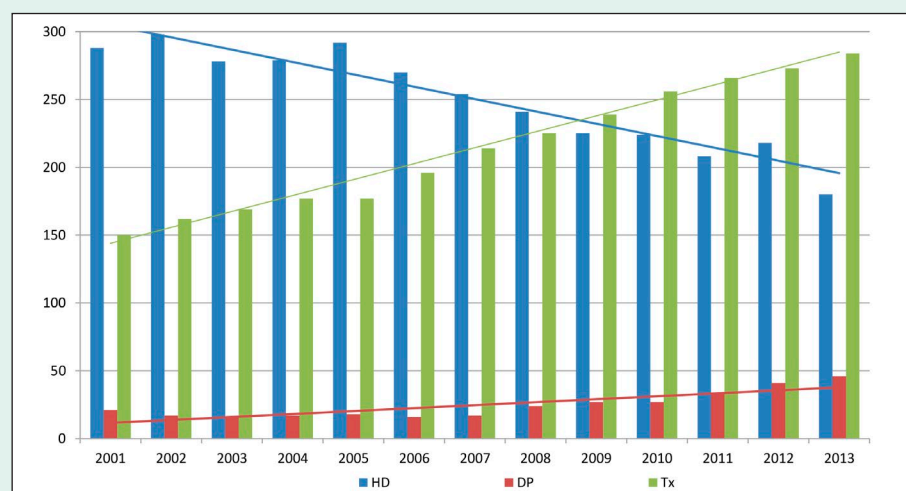
Una di queste è stata portare la dialisi peritoneale nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA). Tale soluzione ci ha

permesso di trattare persone con insufficienza renale cronica avanzata che devono iniziare il trattamento dialitico, con gravi complicanze cliniche che sconsigliano l'uso della metodica emodialitica, non più autonome dal punto di vista gestionale, sole o senza un adeguato supporto familiare.

Dopo ripetuti incontri tra le varie parti (Nefrologia, Assessorato, Territorio), la Giunta Provinciale ha deliberato (n.1887 del luglio 2008) l'attivazione di un numero di posti letto nelle RSA riservati alle persone in trattamento dialitico peritoneale e non autosufficienti.

Dalla delibera sono derivate le norme attuative che fissano i criteri per l'ammissione (residenti nella PA di Trento, età > 65 anni, in dialisi peritoneale, non autosufficienti) e per l'inserimento dinamico nelle liste di attesa per l'entrata in RSA. Queste persone, proprio perché bisognose di una rapida risposta alle loro problematiche, hanno la priorità di accesso nei posti letto a loro assegnati. Dopo aver individuato le RSA oggetto della delibera, è stato organizzato il servizio nei suoi dettagli pratici:

- valutando la tipologia dell'orario di servizio nella RSA e il numero delle persone in servizio per turno, si è deciso di utilizzare la metodica dialitica APD (macchina automatizzata notturna)
- è stata verificata l'adeguatezza degli impianti (elettricità, acqua, gas medicali) della RSA
- è stato richiesto l'utilizzo di stanze singole con bagno annesso ad uso esclusivo del paziente



- il personale infermieristico della RSA è stato formato dal personale del Servizio di Dialisi Peritoneale all'utilizzo dell'apparecchiatura di dialisi, al riconoscimento e alla soluzione di eventuali problematiche, alla gestione clinica e dietetica del paziente dializzato.

In questi sei anni ben 20 persone hanno usufruito di questo servizio (10 maschi, 10 femmine).

La loro età media, al momento dell'ingresso in RSA, era di 79 anni ed il 25% (5) proveniva dal trattamento emodialitico.

La durata media del trattamento è stata di 12 mesi, con un'ampia variabilità dai 2 ai 32 mesi.

Pur trattandosi di persone molto anziane, pluripatologiche e molto "fragili" dal punto di vista clinico, la comparsa di eventuali complicanze dialitiche maggiori (come la peritonite, l'infezione dell'exit-site, il malfunzionamento del catetere) ha avuto la stessa frequenza che nella "normale" popolazione peritoneale domiciliare.

Finora sono state tre le RSA che hanno aderito a questo programma. L'utilizzo della dialisi peritoneale nelle RSA e la creazione di un sistema ormai ben organizzato ci hanno permesso di risolvere numerose situazioni che da un punto di vista clinico e sociale avrebbero potuto comportare un alto dispendio di risorse non solo economiche, ma anche e soprattutto umane, senza mai dimenticare che le persone che intraprendono questo percorso si trovano a farlo in un periodo della loro vita estremamente delicato.

È doveroso un ringraziamento a tutto il personale del Servizio di Dialisi Peritoneale per la dedizione con cui ha intrapreso e portato a termine questa "avventura" che, a tutt'oggi, è una delle più importanti dal punto di vista numerico in tutta Italia.

* Dott. Alessandro Laudon
U.O. Nefrologia e Dialisi
Servizio di Dialisi Peritoneale
Ospedale S. Chiara di Trento

Strategie innovative nella frattura del femore nell'anziano

di Roberto Bortolotti*

L'osteoporosi è la più comune malattia dello scheletro.

Si tratta di una malattia che inizia in maniera silente nell'età adulta e che si manifesta in genere dopo i 50 anni, prevalentemente nelle donne, e nell'età senile. Essa causa una riduzione della massa ossea (essenzialmente sali di calcio) associata a una alterazione della sua struttura per cui l'osso diventa più fragile e conseguentemente maggiormente suscettibile alla frattura. Questa complicanza può interessare tutte le ossa. Polso, vertebre e parte prossimale (testa) del femore risultano le sedi più colpite.

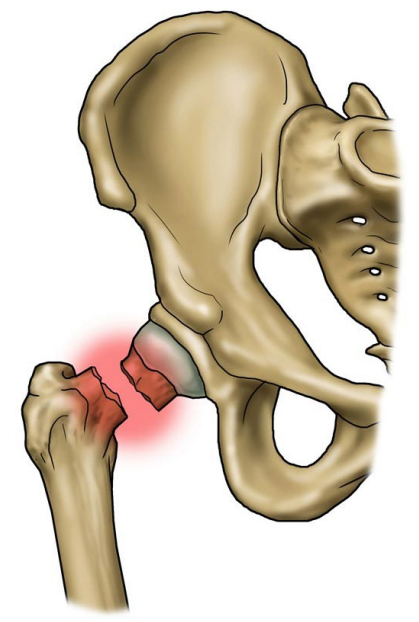
Essendo una patologia correlata all'invecchiamento la sua diffusione si sta espandendo in relazione alle note dinamiche demografiche. Fino a che l'osso non si frattura l'osteoporosi non dà segni di sé. Per questo l'osteoporosi è soprannominata "la ladra silenziosa" in quanto causa un asintomatico e progressivo indebolimento del tessuto scheletrico sino alla comparsa dell'evento fratturativo che può avvenire per traumi anche di modesta o lieve entità.

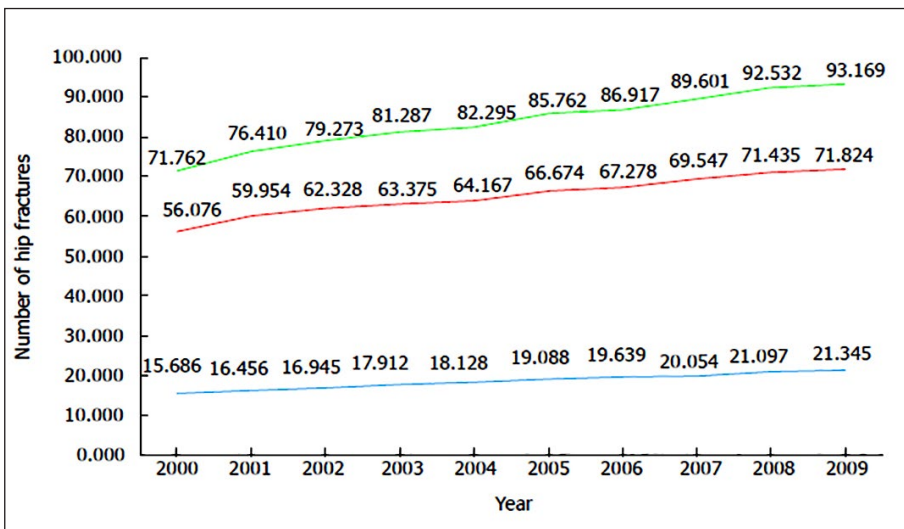
Data la diffusione della malattia si può prevedere che una donna su due e un uomo su otto oltre i 50 andranno incontro a una frattura da fragilità nella restante vita.

Il dolore è il sintomo principale e la localizzazione è correlata alla sede della frattura. Nell'interessamento della colonna vertebrale il dolore è riferito al tratto dorsale inferiore e lombare. È possibile che il dolore di molte fratture vertebrali non venga riconosciuto tempestivamente perché attribuito ad altre affezioni dolorose croniche come la spondilo-

artrosi o dolori di origine muscolare (lombalgia).

La frattura più importante e temuta è la frattura del collo del femore per le sue gravi conseguenze che comportano ospedalizzazione e, nella maggior parte dei casi, l'intervento chirurgico. Nel 95% dei casi la frattura è conseguenza di una caduta. È presente forte dolore in regione dell'anca o inguinale, incapacità a sostenere il peso del corpo, talvolta gonfiore localizzato nella sede contusa. In alcuni casi la posizione della gamba (ruotata verso l'esterno o apparentemente accorciata) dopo la caduta o il trauma può rappresentare un indizio per riconoscere la frattura. I tassi di incidenza della frattura di femore aumentano esponenzialmente all'incirca ogni 5 anni di età fino ad interessare 2-4 donne all'anno ogni 100 oltre gli 85 anni.





Incidenza annuale delle fratture di femore ultra 65enni in Italia (verde: totale, rosso: femmine, blu: maschi) (da Piscitelli P. et al. World J Orthop. 2014)

Per gli uomini l'incidenza è più bassa del 50%. Complessivamente in Italia si contano oltre 90000 fratture di femore all'anno correlate all'osteoporosi. Le conseguenze possono essere davvero drammatiche. È calcolata una mortalità di circa 5% in fase acuta e del 15-25% entro un anno. La disabilità deambulatoria è permanente nel 20% dei casi e solo il 30-40% dei soggetti riacquista le capacità motorie preesistenti quindi spesso è necessaria una prolungata degenza in strutture sanitarie o l'accesso in residenze assistenziali. L'aumentato rischio di mortalità è correlato principalmente alle condizioni generali del soggetto e alle malattie concomitanti. È stata stimata una media di 2-3 patologie croniche associate come la malattia cardiovascolare, il diabete, malattie polmonari che contribuiscono a rendere più fragile la funzione dei vari organi e apparati e più alti i rischi di complicanze.

Come fare quindi per migliorare i risultati? Negli ultimi anni gli sforzi della comunità scientifica e delle organizzazioni sanitarie che si occupano di questo tema si sono adoperate per migliorare gli outcome sia in acuto che nel medio e lungo termine e sono emersi dei punti critici su cui intervenire. In primo luogo, data la complessità del caso, è importante una presa in carico globale del pa-

ziente al là dell'aspetto chirurgico ortopedico.

La costituzione di un team multidisciplinare che riconosca le varie problematiche e che abbia esperienza nella gestione del paziente anziano è un presupposto fondamentale. Una definizione e programmazione degli obiettivi andrebbe pianificata fin dall'accesso in ospedale. Un punto strategico risulta essere la possibilità di effettuare l'intervento chirurgico in tempi brevi. La raccomandazione generale è quella di intervento entro le 24-48 ore. È stato dimostrato che il trattamento precoce riduce la durata di ricovero e il dolore più intenso, mentre un ritardo dell'operazione oltre i 4 giorni aumenta il rischio di mortalità. L'obiettivo dell'operazione è quello di mantenere la testa femorale eseguendo una osteosintesi meccanicamente valida o la sostituzione protesica in base alla sede e tipo di frattura con una scelta rivolta soprattutto alla possibilità di ripresa di un immediato carico.

La ripresa di deambulazione, salvo controindicazioni, e la riabilitazione multidisciplinare dovrebbero iniziare dal giorno successivo dell'intervento. Non c'è un programma o schema riabilitativo più efficace rispetto ad altri, ma il percorso di training va individualizzato secondo le caratteristiche del paziente, gli obiettivi preposti e la fase del percorso che può compren-

dere esercizi passivi, attivi quindi più impegnativi contro resistenza e per il controllo dell'equilibrio.

Accanto a questi argomenti fondamentali non vanno trascurati altri aspetti determinanti per il miglioramento della prognosi come l'assetto nutrizionale, il controllo del dolore, la profilassi contro le infezioni ed il tromboembolismo. Al termine della fase acuta va inoltre ricordato che il paziente può aver superato anche pienamente l'evento fratturativo, ma rimane sempre un individuo con un tessuto osso fragile e ad alto rischio di nuove fratture. Circa il 15-20% dei soggetti andranno incontro a nuove fratture da osteoporosi nei successivi 2 anni. L'incidenza di una seconda frattura di femore varia dal 2 al 10%. Per questo occorre intervenire sui fattori maggiormente influenzanti questo evento come il rischio di caduta e la terapia medica per migliorare la massa ossea.

Un anziano su tre cade almeno una volta in un anno. Nel 20% dei casi la caduta genera un danno e nel 5% dei casi si complica con una frattura ossea. Ridurre il rischio di caduta è in parte possibile migliorando il tono trofismo muscolare, ridefinendo la terapia medica concomitante come quella sedativa o antipertensiva, migliorando la funzione sensoriale (problemi di vista, vertigine) e riducendo possibili rischi ambientali (soglie, gradini, tappeti, ambienti poco illuminati).

Grande margine d'intervento poi è possibile sulla terapia medica considerando che solo una minoranza dei pazienti ad alto rischio in realtà assume medicine in grado di migliorare la resistenza dell'osso. La scelta terapeutica si sta ampliando con l'introduzione di nuove medicine in grado di ridurre il progressivo calo di massa ossea ma anche con altre che favoriscono la deposizione di nuovo osso. Su tutto inoltre non va dimenticato che in primis occorre ottimizzare l'apporto di calcio e vitamina D. Sono due componenti essenziali per la buona risposta alla terapia ed è noto come la carenza di vitamina sia molto frequente in particolare nel soggetto anziano istituzionalizzato. È

stato rilevato come fino all'80% dei soggetti ospiti in residenze assistenziali non abbia dei livelli sufficienti di vitamina D. Questo può comportare, oltre che difetto minerale osseo, anche una minor forza muscolare e quindi un aumento del rischio di caduta.

In conclusione la frattura di femore è una circostanza estremamente drammatica che mette un pericolo la vita del soggetto più fragile. La miglior risposta a questo evento è l'attuazione di un progetto di intervento multidisciplinare fin dalle prime fasi dell'ospedalizzazione. Sono sorte per questo delle sinergie tra le varie competenze in particolare tra ortopedico e geriatra per costituire un team "ortogeriatrico" per mettere in atto tutte le strategie che incidono sul miglioramento degli esiti. Si tratta di un investimento di risorse che ha già dato dimostrazione di efficacia portando alla riduzione dei tempi di degenza, delle complicanze e, non da ultimo, dei costi complessivi.



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

Un complesso processo di comunicazione

La consulenza genetica nelle nefropatie ereditarie

di Francesca Rivieri*

Le nefropatie ereditarie costituiscono la quinta causa più comune d'insufficienza renale (dopo diabete, ipertensione arteriosa, glomerulonefriti e pielonefriti) e interessano almeno il 10% degli adulti e la grande maggioranza dei bambini che si sottopongono a terapia sostitutiva renale. Sono riconosciute oltre 160 nefropatie ereditarie, con una prevalenza complessiva di circa 60-80 casi per 100.000 in Europa e negli USA, caratterizzate da un'ampia eterogeneità clinica (per esordio, severità e progressione dei sintomi specifici) e genetica (uno o più geni responsabili di una stessa patologia).

Le domande che frequentemente sono poste dai pazienti (e dai loro familiari) affetti da una patologia renale ereditaria e che possono essere trattate in ambito di consulenza genetica sono:

- La malattia renale di cui soffro e che affligge un mio familiare è ereditaria?
- Posso trasmetterla ai miei figli?
- Esiste un esame che permette di sapere chi ha ereditato la malattia in famiglia?

La **consulenza genetica** è un complesso processo di comunicazione attraverso il quale il paziente, o i familiari di un paziente a rischio di una patologia che può essere genetica, sono informati sulla patologia e sulle sue conseguenze, sulla probabilità di svilupparla e di trasmetterla alla prole e sulle modalità con le quali può essere eventualmente prevenuta e



trattata (Harper, 1999). Tale attività si differenzia da quelle delle altre specialità cliniche che riguardano specifiche patologie genetiche, in quanto si rivolge non solo al singolo, ma anche all'intera famiglia, nella costruzione di un percorso diagnostico-assistenziale unitario.

Come indicato nel documento della conferenza Stato-Regioni del 15/07/2004, **il processo di consulenza genetica si propone di aiutare la persona e la famiglia a:**

- comprendere le informazioni mediche, inclusa la diagnosi (pre- e post-natale), il probabile decorso della malattia e gli interventi preventivi, terapeutici e assistenziali disponibili
- comprendere la componente genetica della malattia e il rischio di trasmetterla
- comprendere le opzioni disponibili nell'affrontare il rischio di malattia
- comprendere le opzioni procreative

- affrontare le scelte più appropriate, in rapporto al rischio e alle aspirazioni dei familiari, agendo coerentemente nel rispetto delle decisioni prese
- realizzare il miglior adattamento possibile alla malattia.

Per la valenza emotiva dei temi trattati (salute, malattia, procreazione, qualità e aspettativa di vita), la consulenza genetica ha in sé forti connotazioni psicologiche ed etiche. Da essa emergono problemi complessi, che riguardano diversi aspetti della malattia genetica, compresi quelli che possono condizionare le scelte delle persone e che, pertanto, non possono essere delegate a nessuna figura professionale, ma richiedono **la piena autonomia e la responsabilità degli interessati, senza direttività o pregiudizio** da parte del personale sanitario coinvolto nel processo, che deve mantenere la più assoluta neutralità nei confronti delle diverse opzioni e delle eventuali scelte che gli interessati decideranno di fare. Ne consegue che la consulenza genetica è un atto specialistico particolarmente complesso, non solo per la molteplicità degli aspetti e delle finalità, ma anche per le implicazioni di carattere umano.

La consulenza genetica si pone dunque come obiettivi l'identificazione delle persone e delle famiglie nelle quali una malattia può essere riconducibile a una causa genetica, l'accertamento dell'accuratezza della diagnosi clinica, la valutazione della proponibilità di test genetici per la conferma diagnostica oppure per l'identificazione di persone/coppie con un rischio riproduttivo elevato (tenendo presente i limiti dei test genetico e il bilancio costo/benefico), la raccolta del consenso informato al test genetico, la comunicazione di informazioni genetiche in grado di aiutare le persone a operare in maniera informata le scelte riproduttive, aiutando i pazienti e le famiglie a comprendere le informazioni fornite. Tale attività necessita della continua interazione con gli specialisti delle diverse branche mediche per la gestione e il follow up del/i paziente/i e/o dei suoi familiari.

Descriviamo un caso clinico giunto alla nostra osservazione su richiesta

dei Colleghi pediatri. Paolo (nome di fantasia) è un bambino che a 2 anni, in corso di febbre elevata (39°Tmax), ha presentato urine ipercromiche; la sua storia personale non mostra altri elementi degni di nota. Paolo è stato ricoverato e ha eseguito analisi delle urine e del sedimento che confermano la presenza di microematuria e un'ecografia renale risultata regolare. In considerazione del sospetto diagnostico di glomerulonefrite (test di Fairley), è stato sottoposto a biopsia renale che conclude per sospetta sindrome di Alport. L'esame audiometrico e la visita oculistica in Paolo sono nella norma.

I genitori di Paolo non riportano patologie degne di nota e non riferiscono consanguineità tra loro. L'anamnesi familiare non mostra l'occorrenza di ipoacusia né di malattie renali od oculari né altre patologie genetiche. Paolo ha un fratello (1 anno di età) in buona salute.

La *sindrome di Alport* è una glomerulopatia progressiva (responsabile dell'1-2% delle insufficienze renali terminali, con una frequenza di 1.5.000-10.000 nati vivi) caratterizzata da una serie di criteri clinici diagnostici, quali: 1) anamnesi familiare di macro/microematuria e/o insufficienza renale cronica, 2) evidenze suggestive alla microscopia elettronica della biopsia renale (ispessimento e/o sdoppiamento delle membrane basali glomerulari), 3) alterazioni oculari caratteristiche (lenticono anteriore/maculopatia), 4) sordità neurosensoriale. La patologia è causata da difetti del collagene tipo IV (la maggiore componente delle membrane basali). La condizione presenta eterogeneità genetica: sono attualmente noti tre geni COL4A3, COL4A4 e COL4A5. La modalità della trasmissione ereditaria è varia: nell'80% circa dei casi è legata al cromosoma X di tipo dominante, nel 15% è di tipo autosomico recessivo e nel 5% autosomica dominante. Nel corso della consulenza genetica sono state fornite informazioni sulla patologia rilevata in Paolo in un colloquio congiunto con il collega pediatra e sul percorso diagnostico da intraprendere. In particolare, sono stati proposti accertamenti diagno-

stici nei genitori e nel fratello (audiometria, visita oculistica ed esami urine risultati nella norma) al fine di valutare l'eventuale ricorrenza della patologia nei familiari di I grado ed è stata successivamente proposta l'analisi molecolare dei geni attualmente noti responsabili di sindrome di Alport. È stato raccolto il consenso informato all'indagine e organizzato il test genetico, con invio dei campioni di DNA estratto di Paolo e dei genitori a un Centro altamente specializzato per tale patologia.

L'analisi genetica non ha evidenziato la presenza di mutazioni/delezioni dei geni COL4A5 e COL4A4, mentre è stata identificata una mutazione nel gene COL4A3 in omozigosi che ha permesso di confermare la patologia a livello molecolare. I genitori sono risultati entrambi portatori sani della stessa mutazione rilevata in Paolo (ciascuno dei genitori ha quindi una copia alterata del gene COL4A3 e Paolo ha ereditato entrambe le copie alterate).

L'analisi genetica ha permesso di confermare che Paolo è affetto da sindrome di Alport causata da mutazione del gene COL4A3 presente in omozigosi. La definizione diagnostica-molecolare consente ai colleghi pediatri di effettuare l'appropriato follow-up clinico-terapeutico in Paolo. Inoltre i genitori sono a conoscenza che non si ammaleranno di tale patologia e che hanno un rischio di avere altri figli con tale patologia (rischio di ricorrenza) pari al 25% (1 su 4). Le informazioni genetiche acquisite nel percorso diagnostico permetteranno ai genitori di poter valutare in modo autonomo e consapevole le loro scelte riproduttive, ma anche di poter considerare l'opzione di un'eventuale donazione di organo al proprio figlio. Inoltre il fratello di Paolo potrà essere sottoposto all'analisi genetica per sapere se è egli stesso affetto dalla patologia familiare.

* Dott.ssa Francesca Rivieri
Medico Genetista presso
il Servizio di Consulenza
Genetica della A.P.S.S.

Terapia nutrizionale

L'importanza delle fibre nell'insufficienza renale cronica

di Melanie Steinmair *

La dietoterapia riveste un ruolo importante nella terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica (IRC). Permette il controllo dei livelli di urea, fosforo e paratormone, il controllo dell'equilibrio acido-base, il mantenimento di uno stato nutrizionale normale e un possibile rallentamento della progressione della malattia^{3,4}.

Benefici delle fibre:

- **Controllo del peso corporeo**^{1,2,7}
È stato dimostrato da importanti studi clinici che una dieta ricca di fibre è associata a un miglior controllo del peso corporeo. Per esempio in uno studio con una durata di 24 settimane l'alto apporto di fibre in una dieta ipocalorica incrementava significativamente la riduzione del peso corporeo. Nello studio

Nurses'Health Study il peso corporeo delle partecipanti che consumavano più fibre aumentava meno nell'arco di dodici anni rispetto alle partecipanti con un'assunzione minore.

- **Riduzione del rischio di mortalità**⁶
Un recente studio osservazionale ha esaminato se la relazione tra il consumo di fibre e la mortalità per tutte le cause fosse modificata dalla presenza della malattia renale. Il consumo di fibre in pazienti con IRC era inferiore a quello della popolazione generale (15 vs. 17 g/die) e significativamente inferiore a quello raccomandato per la popolazione generale (20-30 g/die). Gli autori hanno dimostrato che un'alta assunzione di fibre alimentari è associata a un minore livello d'infiammazione e una riduzione del rischio di

mortalità per tutte le cause. Questa relazione è stata confermata sia per i partecipanti sani sia per quelli nefropatici, ma era significativamente più forte nei soggetti nefropatici.

- **Flora microbica intestinale**^{1,8,9}

La flora microbica intestinale investe un ruolo nel controllo dell'uremia. Una delle strategie per ridurre la progressione dell'IRC è una buona integrità della microflora intestinale con supporti probiotici e prebiotici, come le fibre che sono in grado di stimolarla.

- **Fattori di rischio cardiovascolare**⁵

Uno studio giapponese con 4.399 partecipanti con diabete mellito tipo 2 ha dimostrato che un alto consumo di fibre è associato a un miglior controllo della glicemia, riducendo il picco glicemico postprandiale, e a fattori di rischio cardiovascolare inferiori, includendo l'insufficienza renale cronica.

Come aumentare l'apporto di fibre in pazienti con IRC?

Le diete per pazienti nefropatici devono essere controllate in potassio, per cui il consumo di frutta e verdura, alimenti naturalmente ricchi in fibre, va modulato e limitato. Il consumo di prodotti a proteina ricchi in fibre come il pane, la pasta e i dolci è un modo per incrementare l'apporto delle fibre nella dietoterapia per soggetti con insufficienza renale cronica. I prodotti permettono di variare i pasti senza dover rinunciare alle proprie abitudini alimentari, facilitando così l'aderenza del paziente alle prescrizioni dietetiche. I prodotti a proteina MEVALIA Low Protein dell'azienda DrSchär sono in armonia con le esigenze dei pazienti poiché rispettano un ottimo equilibrio tra proteine, sali minerali e calorie. Un loro punto di forza è che apportano tante fibre, particolarmente le fette biscottate e tutti gli altri prodotti della categoria pane e sostituti del pane.

Per richiedere gratuitamente materiale informativo e campioni:
hcp@drschar-medical.com,
www.mevalia.com

Bibliografia:

- 1 ANDERSON JW. Health benefits of dietary fiber. *Nutr Rev*, 2009; 67 (4): 188-205.
- 2 BIRKEDVEDT GS et al. Long-term effect of fibre supplement and reduced energy intake on body weight and bloodlipids in overweight subjects. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2000;43:129-32.
- 3 EVENEPOEL P and MEIJERS BK. Dietary fiber and protein: nutritional therapy in chronic kidney disease and beyond. *Kidney International*, 2012; 81: 227-229.
- 4 FOUQUE D and LAVILLE M. Low protein diets for chronic kidney disease in non-diabetic adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006; 2:CD001892.
- 5 FUJII H et al. Impact of dietary fiber intake on glycemic control, cardiovascular risk factors and chronic kidney disease in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus: the Fukuoka Diabetes Registry. *Nutr J*. 2013; 12:159.
- 6 KRISHNAMURTHY VM et al. High dietary fiber intake is associated with decreased inflammation and all-cause mortality in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int*, 2012; 81: 300-306.
- 7 LIU S et al. Relation between changes in intakes of dietary fiber and grain products and changes in weight and development of obesity among middle-aged women. *Am J Clin Nutr* 2003;78:920-7.
- 8 RAMEZANI A. The gut microbiome, kidney disease, and targeted interventions. *J Am Soc Nephrol*, 2014; 25(4): 657-70.
- 9 VITETTA L and Gobe G. Uremia and chronic kidney disease: the role of the gut microflora and therapies with pro- and prebiotics. *Mol Nutr Food Res*, 2013; 57(5): 824-32.
- 10 Società Italiana di Nefrologia (SIN), Ministero della Salute. Linee guida: Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto. 2012; 1-136.

* Melanie Steinmair
Nutrition Specialist Medical Nutrition
Dr. Schär AG / SPA
Winkelau 9 - I-39014 Burgstall

L'arteriopatía uremica calcifica

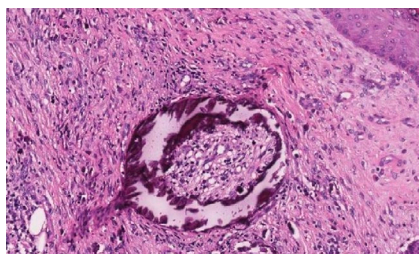
Patologia rara, dolorosa e letale

di Laura Sottini*

Lesioni cutanee violacee, superficiali, molto dolorose, che progrediscono rapidamente a ulcere ischemico-necrotiche in pazienti con malattia renale cronica devono sempre mettere in guardia il nefrologo. Sebbene il paziente uremico, soprattutto se diabetico, sia spesso a rischio di sviluppare ulcere trofiche da arteriopatía obliterante, è importante tener sempre presente che potrebbe trattarsi di calcifilassi. Descritta per la prima volta negli anni '80, l'arteriopatía uremica calcifica è un raro disordine caratterizzato dalla calcificazione della tonaca media delle arteriole che provoca ischemia e necrosi sottocutanea. Istologicamente si possono osservare calcificazioni murali dei piccoli vasi con o senza fibrosi endovascolare, ma anche calcificazioni extravascolari e occlusioni trombotiche dei vasi. Può essere classificata nel grande capitolo delle calcificazioni extra-ossee dell'uremico; infatti si manifesta principalmente in soggetti in dialisi, trapiantati e solo di rado in pazienti non affetti da malattia renale cronica terminale.

L'incidenza della calcifilassi sembra essere in incremento, questo forse è, in parte, dovuto alla maggior attenzione oggi posta nei confronti di una diagnosi così funesta.

Si sa ben poco su quale sia l'eziopatogenesi del processo, anche se sembra sia simile a quello che nell'uremico porta alle calcificazioni dell'intima, della media dei vasi e degli apparati valvolari cardiaci. La riduzione del flusso ematico, conseguenza della fibrosi dell'intima associata alle calcificazioni, la massiva calcificazione



Calcificazione circonferenziale nella media di un'arteriola



Lesione iniziale



Lesione avanzata

delle pareti delle arteriole dermo-ipo-dermiche e la formazione di trombi nelle venule sembrano essere in causa nelle manifestazioni cliniche della calcifilassi.

Storicamente, l'iperparatiroidismo, la somministrazione di vitamina D, l'iperfosforemia e l'elevato livello di prodotto calcio-fosforo sono stati ritenuti implicati nella patogenesi della calcifilassi anche se si ritiene che sicuramente siano necessari altri fattori data la bassa incidenza della patologia in individui con le stesse caratteristiche metaboliche. È possibile

che sia implicato il deficit di inibitori della calcificazione vascolare quali la Fetuina-A e la MGP (Matrix Gla protein) e che anche l'infiammazione svolga un ruolo nel processo patologico. Si è visto come, tra i non uremici, la malattia possa essere presente in pazienti con malattie infiammatorie/autoimmunitarie croniche.

Tra i pazienti in dialisi sono state definite alcune caratteristiche che sembrano essere con più frequenza associate allo sviluppo di calcifilassi: il sesso femminile, l'obesità, elevati livelli di fosforo, alcuni farmaci quali warfarin, chelanti del fosforo, analoghi della vitamina D e i glucocorticoidi utilizzati per via sistemica.

Dal punto di vista clinico la calcifilassi si manifesta con necrosi cutanee ischemiche molto dolorose che si sviluppano in aree ricche di adipe quali addome, glutei, fianchi ma anche gambe e in alcuni casi cute delle dita di mani e piedi. Le lesioni si presentano inizialmente come noduli sottocutanei simili a placche, inizialmente violacee e che evolvono a ulcere e poi a escare che spesso si sovrainfettano. Meno frequentemente si può presentare una miopatia ischemica che si manifesta con debolezza e dolore ai muscoli prossimali anche senza lesioni cutanee sovrastanti. A differenza dei pazienti con lesioni ischemiche date dall'arteriopatía obliterante, i polsi sono presenti e le lesioni non sono tipicamente periferiche ma più prossimali. Dal punto di vista laboratoristico non vi sono test specifici; in alcuni pazienti possiamo osservare elevati livelli di PTHi ma anche bassi livelli dell'ormone ed elevati livelli di calcio, fosforo e del prodotto calcio-fosforo.

Per la diagnosi di calcifilassi viene raccomandata l'esecuzione della biopsia cutanea, tuttavia spesso si ottengono risultati falsi negativi e non sono ancora state definite sensibilità e specificità dell'esame. Nemmeno i criteri istologici definitivi per fare diagnosi sono stati stabiliti; le lesioni osservate più di frequente sono caratterizzate da calcificazione della media delle arteriole, fibrosi subintimale e occlusioni arteriose in assenza di aspetti vasculitici; l'aspetto più comune che

si osserva sia nelle fasi iniziali sia nelle fasi avanzate della malattia è quello della panniculite cronica calcificante. La biopsia può inoltre esporre il paziente a rischio di sovra infezione e a formazione di lesioni ulcerate a lenta guarigione per cui spesso non viene effettuata.

Tra gli esami strumentali non vi sono indagini specifiche che ci permettano di arrivare alla diagnosi, tuttavia radiografia, TC ad alta risoluzione e scintigrafia ossea possono evidenziare i depositi tissutali di calcio ma sempre con criteri aspecifici.

In alcuni pazienti né esame istologico né esami strumentali sono conclusivi; in questi casi la diagnosi è clinica e di esclusione. Per la diagnosi differenziale bisogna prendere in considerazione l'aterosclerosi, gli emboli di colesterolo, la necrosi da warfarin, la vasculite, la cellulite, e, negli stadi precoci, la fibrosi nefrogenica sistemica.

Il trattamento ottimale della calcifilassi non è noto; una strategia su più livelli sembra sia più efficace rispetto all'utilizzo di una singola terapia. Per i pazienti in dialisi dalla letteratura vengono suggeriti: un atteggiamento intensivo nella medicazione delle lesioni e l'adeguato controllo del dolore; l'utilizzo di ossigeno terapia (10-15 litri di ossigeno al minuto per 2 ore al giorno in maschera) o, dove disponibile, terapia iperbarica (2.5 atmosfere per 90 minuti al giorno); la correzione del metabolismo calcio-fosforico evitando i chelanti del fosforo a base di calcio e la vitamina D e utilizzando i calcimimetici; un programma intensivo di dialisi quotidiana. Nei pazienti con malattia renale cronica non in dialisi il trattamento dovrebbe essere simile e nei pazienti trapiantati di rene, in aggiunta, dovrebbe essere modulata la terapia immunosoppressiva.

Il sodio tiosolfato è una terapia che sempre più spesso viene utilizzata come trattamento off-label della calcifilassi. Non sono disponibili trial randomizzati che ne hanno analizzato l'efficacia ma solo review retrospettive dalle quali peraltro emerge una percentuale di successo di circa il 73% (26% completamente risolto, 19% molto migliorato, 28% migliorato). La mortalità a un anno è risultata del 35% nei pazienti trattati contro il 55% nei pazienti che non venivano trattati in passato.

La malattia è letale in un paziente su due a un anno e in genere è legata a complicanze settiche a partenza dalle lesioni. I pazienti, inoltre, vivono un dolore cronico di difficile controllo fin dalle prime fasi della malattia. Questo ancor più rafforza l'importanza della diagnosi precoce, del trattamento intensivo e dello sforzo nella ricerca di nuove terapie. Per questo è stato attivato un registro internazionale online coordinato dalla Kansas University tramite il quale si riesca a definire meglio la naturale progressione della malattia e l'efficacia degli interventi terapeutici.

* Dott.ssa Laura Sottini
U.O. Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Chiara di Trento

aforismi



Karl Kras detti e contraddetti

a cura di Luisa Pevarello

1. Quanto poco c'è da fidarsi di una donna che si fa cogliere in flagrante fedeltà! Oggi fedele a te, domani a un altro.
2. Con le donne monologo volentieri. Ma il dialogo con me stesso è più stimolante.
3. Non è vero che non si possa vivere senza una donna. È vero soltanto che senza una donna non si può aver vissuto.
4. Tutta la vita dello Stato e della società è fondata sul tacito presupposto che l'uomo non pensi. Una testa che non si offra in qualsiasi situazione come un capace spazio vuoto non avrà vita facile nel mondo.
5. Il mondo è una prigione dove è preferibile stare in cella d'isolamento.
6. Se fossi sicuro di dover condividere l'immortalità con certa gente, preferirei un oblio in camere separate.
7. La democrazia divide gli uomini in lavoratori e fannulloni. Non è attrezzata per quelli che non hanno tempo per lavorare.
8. Il segreto dell'agitatore è di rendersi stupido quanto i suoi ascoltatori, in modo che questi credano di essere intelligenti come lui.
9. I giornali hanno con la vita all'incirca lo stesso rapporto che hanno le cartomanti con la metafisica.
10. Il parrucchiere racconta le novità, mentre dovrebbe solo pettinare. Il giornalista è pieno di spirito, mentre dovrebbe solo raccontare le novità. Sono due tipi che mirano in alto.
11. La differenza fra gli psichiatri e gli altri psicopatici è un po' come il rapporto fra follia convessa e follia concava.
12. Ci sono certi scrittori che riescono a esprimere già in venti pagine cose per cui talvolta mi ci vogliono addirittura due righe.
13. Perché scrive certa gente? Perché non ha abbastanza carattere per non scrivere.
14. Ci sono imbecilli superficiali e imbecilli profondi.

Le protesi peniene

Un valore... aggiunto

di Andrea Scardigli*

Una cosa che mi capita di frequente, e così penso che accada anche agli altri colleghi andrologi, è di trovarmi in qualche situazione sociale, cena aperitivo o riunione di parenti o amici, in cui si finisce inevitabilmente per parlare, tra il serio e il faceto, di rimedi vari per la disfunzione erettile, tra barzellette stantie e millantati risultati stupefacenti della pastiglia di turno, che ha permesso a Tizio o a Caio prestazioni eccezionali e indimenticabili. A questo punto poi c'è sempre chi, citando le prodezze sessuali di quel tale politico o del tale attore o calciatore, si chiede quale sarà il segreto... e qui altrettanto inevitabilmente si cade nell'argomento protesi peniene (o "pompette" secondo la tradizione popolare), su cui aleggiano leggende metropolitane, falsi miti e credenze, ma soprattutto... tanta disinformazione.

Le protesi peniene sono degli ausili meccanici per la disfunzione erettile, presenti sul mercato fino dal lontano 1960, e che vantano però una storia molto più antica, risalente alla fine del XIX secolo, quando venne eseguito il primo tentativo chirurgico di inserimento di un osso di cane sotto la cute del pene allo scopo di irrigidirlo, con le conseguenze che possiamo immaginare, alle usanze tribali di varie popolazioni africane o asiatiche di inserire sotto la cute peniena dei corpi estranei (sassolini, perline, ecc.). Le moderne protesi peniene, che naturalmente hanno avuto una grandissima evoluzione tecnologica, funzionale ed estetica, sono fondamentalmente costituite da due cilindri di materiale siliconico, biocompatibile e antirigetto, che vengono inseriti chirurgicamente all'interno dei corpi cavernosi del pe-



ne per sostituirne o supportarne la funzione, nei casi in cui una severa disfunzione erettile non sia trattabile con altri metodi meno invasivi, o qualora il paziente richieda una soluzione stabile e duratura al suo problema, o in tutti i casi sia necessaria una chirurgia demolitiva per i tessuti cavernosi, come accade negli interventi per la Malattia di la Peyronie, di cui abbiamo parlato nell'ultimo numero della rivista.

Le tipologie di questi ausili sono fondamentalmente tre.

- * Protesi meccaniche malleabili, di basso costo, facile impiantabilità e utilizzo, ma che presentano lo svantaggio di mantenere il pene in una condizione di costante erezione, visto che esse mantengono un volume e una lunghezza costanti nel tempo e devono essere modellate ed indirizzate volta per volta. Saranno quindi indicate in pazienti senza grosse necessità di presenza in pubblico, quali i paraplegici o soggetti con scarse capacità manuali, o con difficoltà anatomiche, come gli obesi.
- * Protesi idrauliche bicomponenti, costituite da un cilindro munito di un serbatoio ripieno di liquido alla sua estremità e da un dispositivo per l'attivazione e la disattivazione (la cosiddetta pompetta) da

posizionarsi nello scroto. Queste presentano il vantaggio di mantenere il pene in una situazione di flaccidità se non attivate, ma con risultati estetici e funzionali non sempre ottimali per il frequente malfunzionamento e la necessità di manovre e maneggiamenti penieni per l'attivazione e soprattutto per la disattivazione non sempre gradite al paziente e soprattutto alla partner. Sono adatte soprattutto in chi abbia subito una chirurgia del basso addome, tale da rendere difficoltoso l'inserimento del serbatoio nello spazio sovrapubico.



- * Attualmente la tipologia più moderna e funzionale di protesi disponibile è il tipo idraulico tricomponente, costituita dai soliti due cilindri intracavernosi, dalla consueta "pompetta" intrascrotale e da un serbatoio per il liquido di riempimento, che viene normal-

mente impiantato nello spazio sovrappubico. Queste ultime hanno il vantaggio di dare al pene un aspetto del tutto naturale. Il loro funzionamento è però piuttosto complesso, e necessita di una buona comprensione del meccanismo e di una buona manualità, visto che attraverso l'attivazione della "pompetta" si deve favorire il riempimento dei cilindri con il liquido presente nel serbatoio, ottenendo così la conseguente rigidità del pene, e attivare il meccanismo contrario al termine dell' utilizzo.

Anche il costo di questi dispositivi



è abbastanza elevato, aggirandosi intorno ai 7-10.000 euro a seconda dei modelli, e non tutte le Aziende Sanitarie li forniscono, e con i tempi che corrono....

C'è anche da dire che l'impianto di queste protesi, sebbene tecnicamente non troppo difficoltoso, richiede

comunque da parte del chirurgo una buona conoscenza dei rischi e soprattutto dei "trucchi" per evitare conseguenze postoperatorie disastrose, come le infezioni o la perforazione dei corpi cavernosi, che a volte richiedono la rimozione del presidio, e che possono portare a deformità permanenti del pene o addirittura alla perdita permanente della possibilità di recuperare la funzione erettile. Ecco perché solo pochi centri in Italia e all'estero praticano questo tipo di chirurgia, che richiede una buona casistica annua per "farsi la mano" e soprattutto per mantenerla.

Naturalmente è poi importantissimo il "fiuto" del chirurgo esperto nel selezionare bene i pazienti in modo da evitare impianti incongrui in soggetti mitomani o che capiscono solo dopo l'intervento di non poter più tornare indietro.

E veniamo adesso alle domande che più frequentemente l'uditorio strabiliato a questo punto in genere mi rivolge:

Si prova piacere?

Sì, anche se l'impianto protesico penieno permette una rigidità solamente dei corpi cavernosi, e in questo modo il glande, che è la struttura che principalmente trasmette le sensazioni peniene al nostro sistema nervoso, rimane flaccido, non garantendo una sensibilità sessuale completa.

L'eiaculazione è possibile?

Sì, naturalmente se le vescicole seminali sono presenti e funzionanti. Un esempio: nel caso di deficit erettivo conseguente a chirurgia radicale per il tumore della prostata, frequente motivo di impianto protesico, le vescicole sono state asportate e quindi l'eiaculazione sarà impossibile.

Ci si accorge della protesi?

Sì, nel caso degli impianti malleabili; invece qualora vengano utilizzate le altre tipologie di dispositivo, soprattutto i tricomponenti, e l'intervento sia stato eseguito a regola d'arte, l'aspetto del pene a riposo è del tutto normale e anche la pompetta può essere svelata solo da un occhio esperto. A questo proposito cito un aneddoto del mio maestro andrologo, il Prof. Fabrizio Menchini Fabris,

che a un paziente portatore di protesi peniena disse le testuali parole: "Se lei troverà una donna che si accorge della protesi, si diventerà moltissimo... se invece ne trova una che non se ne accorgerà, la sposi subito !!!"

La protesi si può rompere?

Naturalmente, come tutte le cose meccaniche...logicamente sono gioiellini da trattare con una certa attenzione e delicatezza, anche se nel tempo i materiali sono diventati sempre più resistenti e le tecniche d'impianto attuali rendono difficili i guasti da usura o da scarsa manualità. Comunque la gran parte dei problemi è risolvibile senza rimuovere i dispositivi.

L'impianto è eterno?

Di eterno non esiste niente, comunque le protesi attuali sono garantite per un utilizzo molto prolungato e anche intenso, e non essendo dotate di parti elettriche, come i pacemakers o i defibrillatori impiantabili, non necessitano di sostituzione di batterie o altro. Naturalmente la durata dell'impianto dipende molto dalle condizioni di base del paziente e dalle malattie concomitanti (diabete, vasculopatie, ecc.)

L'ultimo, ma non meno importante aspetto di questa problematica, è il consenso che il paziente dovrà consegnare al chirurgo che lo opererà, e sul quale andranno riportati pedissequamente tutti i rischi legati a questo tipo di chirurgia, a metà strada tra il funzionale e l'estetico, e che dovranno essere sviscerati in tutti i loro aspetti, pena l'insoddisfazione e il contenzioso. Qualora necessario, sarà anche importantissima una valutazione psicologica e sessuologica del paziente, che comunque si troverà un pene funzionante ma non più dipendente dalla sua volontà.

In conclusione si può affermare che le protesi peniene costituiscono una delle grandi scoperte della chirurgia e dell'andrologia, ma che certamente non sono terreno di gioco per tutti.

* Dott. Andrea Scardigli
Andrologo
Ospedale S. Chiara di Trento

La prevenzione dell'infarto miocardico

Un procedimento multidisciplinare

di Roberto Bettini*

Nel numero di maggio 2014 di Rene & Salute avevamo trattato di "Quello che conviene sapere sull'infarto miocardico" lasciando ad altra occasione la trattazione della prevenzione. Per questo nefasto evento da tutti temuto, il detto "prevenire è meglio che curare" è quanto mai condivisibile e attuale ancorché non sempre perseguito efficacemente. È l'aggiornamento per il 2014 dei dati relativi all'impatto sui tassi d'incidenza dei decessi per le malattie cardiovascolari in Europa a dimostrare come questi variano enormemente da Paese a Paese, in relazione alle caratteristiche di popolazione ma anche e soprattutto alla differente efficacia dell'educazione sanitaria e della prevenzione esercitata. Per esempio, in alcuni paesi dell'Europa orientale, tra cui Russia e Ucraina, il tasso di mortalità coronarica e malattie cardiache tra le persone di età compresa tra i 55 e i 60 anni è maggiore del tasso equivalente in Francia per le persone vent'anni più vecchie. Fatte le opportune rettifiche i tassi di mortalità per **morte improvvisa cardiovascolare ed infarto cardiaco sono 6 volte superiori in Russia rispetto alla Francia**. Questi due Paesi, se vogliamo, rappresentano rispettivamente i primi in classifica in negativo e positivo e servono a dimostrare che, facendo tesoro delle più moderne conoscenze, l'obiettivo di preservare la Salute Cardiovascolare della Comunità può essere perseguito in maniera efficace. La realizzazione di questo obiettivo ambizioso richiede necessariamente interventi appropriati sia sui sani che sui malati. Per

la Popolazione Generale l'individuazione dei soggetti che sono a rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare è ricollegabile alla presenza di alcune caratteristiche individuali denominate *fattori di rischio*, alcune non modificabili (ne possiamo solo prendere atto senza correggerle) e altre modificabili (possiamo correggerle attraverso cambiamenti dello stile di vita o trattamenti farmacologici adeguati). I livelli di *pressione arteriosa* e di *colesterolo* sono direttamente proporzionali agli eventi ischemici, la *sedentarietà* condiziona direttamente o indirettamente la mortalità prematura della popolazione generale (si calcola in misura del 12% della mortalità totale negli Stati Uniti), il *fumo* era riconosciuto fino a poco tempo fa come la prima causa di morte giovanile nel mondo, l'*obesità* in certi Paesi ha superato il fumo come possibile causa di morte prematura ed è ormai riconosciuta un grave problema sociale e sanitario che spinge a campagne di informazione atte a contenerla, la *sindrome metabolica* (coesistenza di obesità addominale, dislipidemia, ipertensione e diabete) è ritenuta attualmente una condizione di rischio equivalente alla Malattia Coronarica asintomatica. Se *familiarità per malattia cardiovascolare*, *Sesso maschile ed età critica (M 45 anni, F 55 anni)* sono fattori sui quali possiamo agire solo per acquisire la consapevolezza del possibile legame con queste patologie senza poterli modulare, *ipertensione*, *ipercolesterolemia*, *fumo*, *sedentarietà*, *soprappeso* e *obesità*, *diabete mellito* sono fattori di rischio modificabili responsabili almeno al 50% degli eventi ischemici



cardiovascolari. Valutando la presenza di questi fattori in relazione all'età con tabelle statistiche denominate "Carte del Rischio", può essere calcolato il rischio cardiovascolare globale individuale di eventi prevedibile negli anni successivi alla valutazione. Questo rischio può raggiungere livelli veramente impressionanti: basti pensare che se nella prima classe su 100 soggetti esaminati meno di 5 entro dieci anni avranno una manifestazione di malattia, nella classe più elevata nello stesso intervallo di tempo relativamente breve 40 soggetti andranno incontro ad eventi quali *morte improvvisa cardiovascolare*, *infarto cardiaco*, *interventi di rivascolarizzazione coronarica o arteriosa in altri distretti (aorta, carotidi, arti inferiori, ecc...)*. A questo dobbiamo aggiungere che l'importanza dei fattori di rischio riconosciuta nella popolazione sana aumenta in maniera esponenziale nei soggetti già riconosciuti affetti da una qualsiasi delle malattie cardiovascolari sopramenzionate. Si potrebbe pensare che conoscere anticipatamente la probabilità di malattie gravi potenzialmente letali possa essere solo fonte di incertezza e depressione. In realtà un intervento efficace sui fattori di rischio può permettere il passaggio del soggetto da una fascia di rischio più elevata a uno inferiore (esempio dal 40 al 20%) con risultati che nell'ambito di una popolazione vanno dal minor numero di persone che svilupperanno la malattia (20 su 100 risparmiati dalla malat-

tia nell'esempio citato) ad un minor numero di decessi in quelle che la svilupperanno. Da tutto questo deriva che, per la popolazione del mondo occidentale nel terzo millennio dopo la conquista di risultati insperati nella cura dell'infarto acuto e nella rivascolarizzazione delle arterie causa della malattia ischemica, la nuova frontiera della salute è la promozione di interventi efficaci di prevenzione sia sui malati che sui sani o ritenuti tali che si articolano sul:

- diffondere la cultura di uno stile di vita salvacuore in tutta la comunità attraverso campagne informative e programmi di educazione alla salute, (*Prevenzione Primaria*);
- individuare i soggetti ad alto rischio di eventi ischemici, mediante il calcolo del rischio cardiovascolare globale individuale programmando indagini diagnostiche specifiche nei soggetti a rischio più elevato (*Prevenzione Primaria*);
- avviare a un intervento riabilitativo il maggior numero possibile dei soggetti affetti da malattie cardiovascolari per perfezionare il trattamento terapeutico, ottenere un adeguato equilibrio psicofisico, migliorare la qualità della vita, impostare un programma individualizzato di prevenzione secondaria (*Riabilitazione Cardiovascolare Prevenzione Secondaria*).

Un progetto così ambizioso, che peraltro se realizzato può avere l'effetto di una riduzione estremamente rilevante sulla mortalità e sulla morbilità delle malattie cardiovascolari, richiede necessariamente le campagne informative a livello di popolazione generale nazionale ma anche la più completa sinergia nell'intervento individuale tra Cardiologo, Medico di Medicina Generale, Psicologo, Dietologo e Operatore Sportivo perché prevenire significa formulare piani di educazione e prevenzione capaci di indurre modifiche permanenti dello stile di vita nei presunti sani e nei cardiopatici somministrando individualmente come farmaci sapientemente dosati:

- 1) *diete* che diano il giusto apporto calorico e nutritivo senza eccedenze caloriche e senza pericolose asunzioni lipidiche



- 2) *esercizio fisico* aerobico secondo protocolli di allenamento collaudati prudenti e progressivi come ritmo, intensità di carico e durata, tali da migliorare i sistemi di trasporto e di ossigenazione dei tessuti cellulari ritardandone la degenerazione e l'invecchiamento
- 3) *programmi relativi alle abitudini voluttuarie* (tabagismo, consumo alcolico, uso di sostanze) che vanno abbandonate senza se e senza ma, attraverso un percorso virtuoso guidato in maniera estremamente delicata e professionale per non indurre deleteri sensi di colpa o stimoli autolesionistici assolutamente controproducenti.

Il medico curando la *malattia acuta* deve mantenere la malattia al centro

del suo interesse e deve prescrivere le terapie che il paziente deve eseguire con consapevole collaborazione. Lo stesso medico operando la *prevenzione* (sui sani come sui malati) deve mantenere il paziente al centro del suo interesse motivando, informando, educando e promuovendo l'autonomia decisionale. *Affrontare la problematica della prevenzione primaria e secondaria significa umanizzare la medicina prevedendo un contratto alla pari tra medico e paziente e un ruolo attivo di tutti e due gli attori secondo un programma condiviso per ottenere grandi risultati in termini di salute e di sopravvivenza.*

Non è facile ottenere successo in questo campo perché è dimostrato che gli individui sono disposti a cambiare



il loro stile di vita solo se ne riconoscono la convenienza che peraltro, nella prevenzione, è solo prospettica. In questo difficile percorso può essere di aiuto il "Counselling Motivazionale", metodica già ampiamente utilizzata nelle professioni psicosociali che può essere di aiuto nell'indurre a livello individuale e di gruppo decisioni inerenti il mutamento dello stile di vita per migliorare lo stato di salute. Per ottenere questo tutti attraversano delle fasi uguali pur variando da persona a persona le modalità e la tempistica:

- *fase preliminare o premeditazione*: nella persona non esiste una concreta volontà di cambiamento e non è possibile influenzare dall'esterno in alcun modo questo atteggiamento dannoso per la salute, pertanto l'operatore accoglie il malato senza forzarne la volontà e aspetta che un evento di vita modifichi l'atteggiamento;
- *fase di meditazione o valutazione concreta*: per motivi diversi nella persona si fa strada la consapevolezza del problema con chiara percezione delle conseguenze negative che possono derivare dal mantenere quella condizione ma anche della propria inadeguatezza al cambiamento. In questa fase possono insorgere i meccanismi di delega e si fa strada la convinzione che il problema debba essere risolto da altri (Medico o diverso Operatore). In questo momento l'Operatore può indurre il cambiamento aumentando la consapevolezza del bilancio rischio/beneficio nel perpetuare o cambiare abitudini di vita sbagliate;
- *fase di azione*: la persona acquisisce piena consapevolezza che deve lavorare individualmente senza delegare ad altri la soluzione del suo caso e si sente in grado di

superare gli ostacoli e di non arrendersi davanti alle difficoltà con la perseveranza e ponendosi degli obiettivi realistici e non troppo ambiziosi. L'operatore a questo punto può fornire degli strumenti efficaci e adeguati alla cultura del soggetto per risolvere il problema;

- *fase di mantenimento*: la persona continua ad attuare tutte le strategie acquisite nelle fasi precedenti per mantenere i risultati raggiunti. Questa fase è molto importante perché la conquista della salute richiede un impegno a lungo termine per evitare il progressivo deterioramento organico o le ricadute in chi ha già sofferto di un evento.

Il problema dell'aderenza alle prescrizioni richiede che gli attori siano sempre consci che il processo educativo si fonda sulla compartecipazione delle responsabilità e sulla certa condivisione delle strategie decisionali. È pertanto essenziale che ogni Operatore sia in grado di gestire la problematica con il giusto "stile comunicativo", dove l'ascolto si coniuga con l'addestramento e l'insegnamento, e di adottare strategie diversificate e specifiche a livello individuale. È altrettanto essenziale che il paziente si adoperi con costanza nel recepire la comunicazione e nell'adottare i comportamenti. Trattasi di un processo difficile ma c'è sempre maggiore concretezza che nella prevenzione delle malattie cardiovascolari in genere, e dell'infarto in particolare, a livello individuale la consapevolezza del rischio sia più produttiva di una pietistica ignoranza e la collaborazione sia più efficace della prescrizione.

* Dott. Roberto Bettini
Cardiologo presso
Centro Sanitario Trentino

Arriva l'inverno e ... l'influenza.

L'influenza è una malattia infettiva delle vie respiratorie che insorge a causa di un virus (virus RNA). Chi si ammala di influenza solitamente presenta malessere diffuso, cefalea, a volte febbre, tosse, problemi respiratori e dolori muscolari. Il motivo per cui il picco influenzale è registrato di solito nei mesi invernali è dovuto al maggior contatto tra persone in ambienti chiusi che sembra favorire il contagio.

In ambito europeo e internazionale si sono individuati dei gruppi a maggiore rischio ai quali è indirizzato il consiglio di vaccinarsi. La prevenzione dell'infezione influenzale è di primaria importanza nella crescente popolazione di pazienti con trapianto di rene. L'influenza è causa di significativa morbilità in questi pazienti essendo associata a un aumentato rischio di polmoniti virali e batteriche, ricoveri in terapia intensiva e mortalità: la terapia antibiotica è spesso poco efficace in questi soggetti rispetto a quelli immunocompetenti.

Il vaccino anti-influenzale previene l'influenza e le sue numerose complicanze.

I vaccini attualmente in uso contengono tre tipi di virus e vengono pertanto definiti trivalenti. I virus da inserire nel vaccino vengono scelti tra quelli isolati nella stagione precedente sulla base delle analisi effettuate sugli assistiti di un gruppo di medici. Questi ultimi fanno effettuare esami di laboratorio su tutti i propri assistiti con sintomi di influenza in modo da isolare il virus circolante da inserire nel vaccino antinfluenzale della stagione successiva. L'efficacia, cioè la quota di persone che sono protette dall'influenza a seguito della vaccinazione, non è il 100% perché esistono dei virus influenzali circolanti diversi rispetto a quelli contenuti nel vaccino.

Il vaccino viene somministrato tramite iniezione intramuscolare o intradermica.

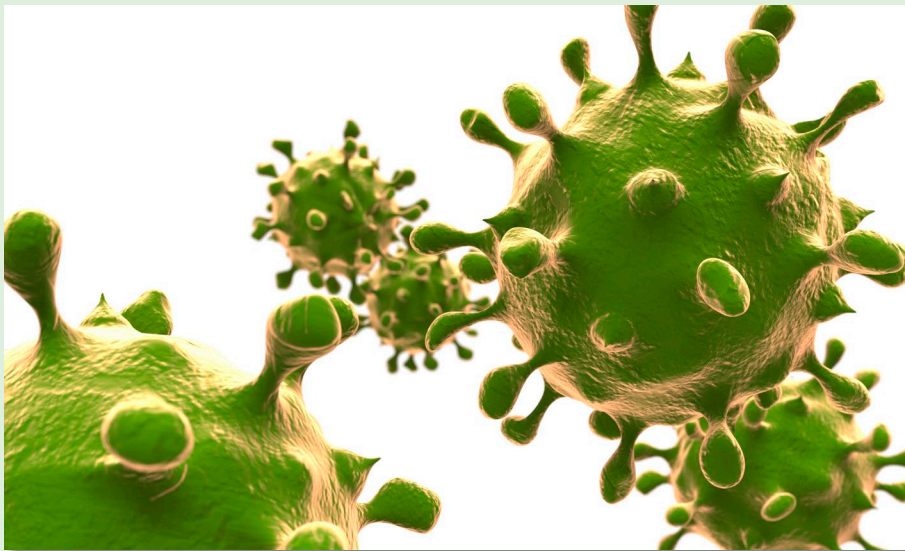
In Italia sono utilizzabili i seguenti tipi di vaccino:

- **Vaccino split**: contiene solo quelle particelle del virus, chiamate antigeni, che stimolano la risposta immunitaria e le cellule di memoria. È meno reattogeno e l'efficacia è ridotta.
- **Vaccino virosomale**, costituito da liposomi che incorporano gli antigeni virali mimando sia la morfologia virale che la presentazione antigenica. Utilizzato per la vaccinazione nei bambini e negli anziani perché causa scarse reazioni avverse.
- **Vaccino adiuvato**: è costituito dalla combinazione di un vaccino influenzale con

Nei soggetti trapiantati

Curarsi è bene ma vaccinarsi è meglio

di Nadia Buccella*



un'emulsione di olio (squalene) naturalmente presente nel nostro organismo con ruolo di stimolatore del sistema immunitario. Tale vaccino può dare reazioni locali avverse.

- **Vaccino intradermico:** contiene una minor quantità di antigeni e stimola cellule immunitarie diverse rispetto a quelle reclutate con il vaccino intramuscolare.

Secondo le linee guida del CNT (Centro Nazionale Trapianti) viene raccomandata la vaccinazione anti-influenzale nei soggetti trapiantati di organo solido dopo 6 mesi dal trapianto.

Gli alti dosaggi dei farmaci immunosoppressori nei primi mesi dopo il trapianto causano una ridotta risposta alle vaccinazioni: il titolo anticorpale può risultare insufficiente a garantire un'adeguata immunizzazione.

Nei primi mesi dopo il trapianto viene raccomandata piuttosto la vaccinazione dei familiari conviventi e le seguenti norme generali per prevenire la tra-

smissione di alcune malattie infettive:

- lavare con attenzione e con regolarità le mani con acqua e sapone, specie se sono state toccate superfici contaminate
- evitare contatti ravvicinati con persone che potrebbero essere ammalate
- arieggiare bene l'ambiente in cui si rimane aprendo le finestre
- coprire naso e bocca con un fazzoletto in caso di tosse o starnuti.

Viene raccomandato di ripetere annualmente tale vaccinazione e di sottoporre il paziente trapiantato a vaccinazione anti-pneumococcica ogni 5 anni.

Il vaccino anti-influenzale viene somministrato tra metà ottobre e fine dicembre. La protezione compare dopo due settimane dalla somministrazione del vaccino e dura almeno un anno. Si possono manifestare delle reazioni avverse quali arrossamento, gonfiore e indurimento nella sede dell'iniezione tra le 6 e 24 ore dopo la vaccinazione, ma di breve durata (massimo 2

giorni). Possono comparire sintomi simil-influenzali di breve durata o reazioni avverse anche gravi con una frequenza di $2,6 \times 10.000$ vaccinati. In passato alcuni studi avevano suggerito una potenziale relazione tra la vaccinazione anti-influenzale e il rigetto dell'organo trapiantato. Tuttavia pochi studi hanno indagato l'effetto della vaccinazione contro l'influenza sulla produzione di anticorpi anti-HLA e con risultati contrastanti.

Un recente studio condotto da Vermeiren e collaboratori dell'Università di Losanna (Svizzera) ha indagato la sicurezza del vaccino anti-influenzale in 169 pazienti trapiantati di organo solido misurando i titoli di anticorpi anti-HLA prima e dopo la vaccinazione e determinando l'incidenza di episodi di rigetto verificatisi entro 12 mesi dalla vaccinazione.

Ebbene non è stato osservato alcun cambiamento significativo nell'alloimmunità umorale dopo la vaccinazione, così come non è stato riscontrato un più alto tasso di rigetto acuto durante il periodo di osservazione. L'associazione diretta tra la vaccinazione e il rigetto acuto non è stata dimostrata. Gli autori concludono segnalando che il significativo più alto tasso di complicanze influenzali (compreso



il rigetto acuto) in pazienti non vaccinati indica chiaramente che i benefici della vaccinazione anti-influenzale nei trapiantati di organo solido superano i rischi potenziali.

* Dott.ssa Nadia Buccella
Ambulatorio del trapianto di rene
Ospedale S. Chiara di Trento

La donazione da donatore vivente "marginale"

di Teresa Dipalma*

La donazione da vivente ha consentito un aumento del pool di donatori. Generalmente, quando si pensa a un donatore vivente, si immagina un soggetto relativamente giovane in ottime condizioni di salute. In realtà manca un limite di età per la donazione e viene definito donatore "anziano" o "marginale" quel donatore con un'età superiore ai 60 o 65 anni, a seconda dei Centri Trapianti. Negli ultimi anni, l'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione e l'aumento dell'età dei pazienti in attesa di trapianto hanno consentito l'utilizzo di donatori che un tempo sarebbero stati scartati perché inadeguati per età.

Domande legittime quando si considera questi donatori sono:

I risultati del trapianto da donatore vivente anziano sono accettabili per un ricevente giovane?

Si è visto che sicuramente tale trapianto non rappresenta uno svantaggio se il ricevente ha un'età superiore ai 50 anni; se ha un'età inferiore e c'è la possibilità di scegliere un donatore più giovane è preferibile scegliere quest'ultimo, altrimenti la donazione da un donatore anziano resta una buona opzione, soprattutto se il ricevente è iperimmunizzato.

Quali sono i limiti di funzione renale considerati accettabili?

La funzione renale è considerata come accettabile quando il filtrato glomerulare risulta essere $> 80 \text{ ml/m}'$, ma a tale proposito le linee guida inglesi considerano una soglia differente adattata all'età del donatore.

Quali sono i criteri di selezione?

I criteri di selezione sono gli stessi dei donatori giovani, ma ovviamente

maggiore è il rischio di incorrere tra i criteri di esclusione, ovvero in quei casi in cui siano presenti ad esempio fattori di rischio di peggioramento della funzione renale dopo la donazione. A tale proposito esistono delle differenze a seconda dei Paesi, per cui esistono linee guida Europee, Linee Guida Inglesi o Americane che spesso adottano limiti di riferimento differenti.

La presenza di più fattori di rischio



rappresenta generalmente una controindicazione alla donazione. Per quanto riguarda i singoli fattori di rischio, quali l'ipertensione arteriosa, vengono considerati accettabili valori pressori $< 140/80 \text{ mmHg}$, anche se raggiunti con l'utilizzo di due farmaci anti ipertensivi di cui un diuretico, mentre viene scoraggiata la donazione se presente danno d'organo.

L'obesità rappresenta una controindicazione se $\text{BMI} > 35 \text{ Kg/m}^2$ per le Linee Guida Europee, mentre non costituisce una controindicazione negli stati Uniti; la ridotta tolleranza gluci-

dica non rappresenta una controindicazione assoluta ma vanno considerati singolarmente i casi; la proteinuria rappresenta una controindicazione se $> 300 \text{ mg/24h}$, se < 300 impone ulteriori approfondimenti per stabilire il rischio di progressione con la donazione; l'ematuria, se di origine glomerulare, rappresenta un'esclusione per la donazione, fatta eccezione per malattia a membrane sottili.

Quali sono i rischi per il donatore?

È stato analizzato il rischio di mortalità entro i primi tre mesi dalla donazione, che passa da 3 casi ogni 10.000 nei donatori giovani a 6 ogni 10.000 nel caso di un donatore di età superiore ai 60 anni. Tale rischio resta tuttavia molto basso se confrontato con il rischio intra operatorio per colecistectomia (18: 10.000) e di nefrectomia eseguita per motivazioni diverse dalla donazione (260: 10.000). A lungo termine studi recenti non mostrano una differenza nella sopravvivenza tra i donatori giovani e anziani.

Il rischio di peggioramento della funzione renale è risultato minimo e statisticamente non significativo dopo la donazione considerando un limite di filtrato di $80 \text{ ml/m}'$ o inferiori, mentre un filtrato $< 45 \text{ ml/m}'$ risulta essere a maggior rischio.

Il trapianto da un donatore anziano sembra essere una procedura abbastanza sicura, sia per il donatore che per il ricevente, e l'età di per sé non rappresenta una controindicazione alla donazione.

* Dott.ssa Teresa Dipalma
U.O. Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Chiara di Trento

Gli incontri dell'A22

Edizione 2014

Attualità in tema di **Trapianto renale**

Trento, 19 dicembre 2014

**CENTRO PER I SERVIZI SANITARI
Auditorium**



Provider ECM

EDITREE s.r.l. Società Unipersonale

N. Provider 437

Corso Milano, 46 - 20900 Monza MB

tel. +39 039 3900728 - fax +39 039 2316261 - info@editree.it

Il corso verrà accreditato ai fini dei crediti ECM presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute

CENTRO PER I SERVIZI SANITARI

Auditorium

Viale Verona, 38123 TRENTO

Notizie dall'Associazione

a cura di Maria Ruggio

SPETTACOLI

Il **3 luglio** è andata in scena a Rovereto la commedia **"Il servitore di due padroni"**, meglio nota come **Arlecchino servitore di due padroni**, una celebre commedia di Carlo Goldoni, scritta dall'autore veneto nel 1745.

Al centro della commedia troviamo Arlecchino, servo di due padroni, che, per non svelare il suo inganno e per perseguire il suo unico intento, mangiare a sazietà, intreccia la storia all'inverosimile, creando solo equivoci e guai che si concluderanno con le nozze di Clarice, figlia di Pantalone de' Bisognosi, nella cui casa si apre la commedia, e Silvio, figlio del Dottore Lombardi.



Il servitore di due padroni

Due atti da Carlo Goldoni



Il **23 settembre a Trento** è stata presentata la commedia **"Sogno di una notte di mezza estate"** di William Shakespeare

La commedia presenta tre storie intrecciate e collegate tra loro dalla celebrazione del matrimonio tra Teseo, duca di Atene, e Ippolita, regina delle Amazzoni.

Due giovani ateniesi, Lisandro e Demetrio, sono entrambi innamorati della stessa donna, Ermia; quest'ultima ama Lisandro, mentre la sua amica Elena è innamorata di Demetrio. Ma il padre di Ermia, Egeo, impone alla figlia di sposare Demetrio. Allora lei fugge con Lisandro nei boschi, seguita da Elena e Demetrio, ma i quattro si perdono nel buio e nelle loro schermaglie amorose.

Nel frattempo, Oberon, re degli elfi, e la moglie Titania regina delle fate, giungono nel medesimo bosco per partecipare alle nozze imminenti. Oberon vuole il servo indiano di Titania per farne suo paggio, ma Titania è contraria, perciò egli le sprema sugli occhi il succo del fiore vermiglio di Cupido, che fa innamorare della prima persona che si incontra al risveglio. Nello stesso tempo una combriccola di artigiani con a capo Bottom,

Notizie dall'Associazione

per festeggiare il matrimonio di Teseo, vuole mettere in scena una rappresentazione popolare sul tema di Piramo e Tisbe, e si riunisce nella foresta per le prove dello spettacolo. Oberon ingaggia Puck affinché lo aiuti nel suo intento e gli ordina di spremere il succo magico sugli occhi di Demetrio per farlo innamorare di Elena, ma per

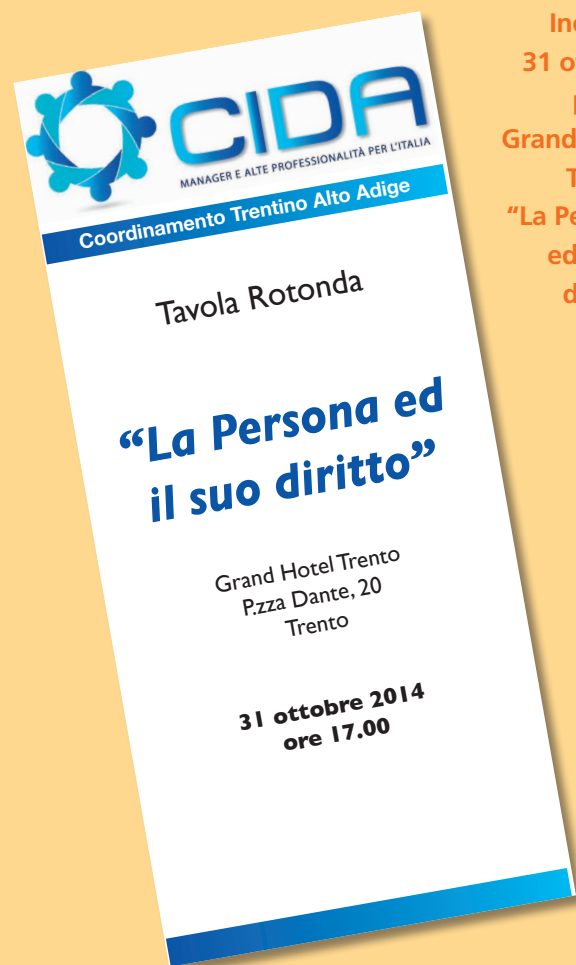
errore Puck sprema il succo sugli occhi di Lisandro che al risveglio vede Elena e se ne innamora perdutamente, con grande disappunto di Ermia.

Le vicende si intrecceranno sempre di più e si scioglieranno solo quando Puck, per ordine di Oberon, farà svanire i sortilegi.

RENART DAL 3 AL 9 OTTOBRE A TRENTO, SALA THUN

A Palazzo Trentini ha avuto luogo, dal 3 al 9 ottobre, l'ottava edizione della rassegna d'arte RenArt, una mostra organizzata dall'Associazione provinciale Amici della nefrologia, da tempo impegnata a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di una crescente prevenzione in ambito nefrologico anche attraverso occasioni culturali come questa.

Ciascuno degli artisti invitati, da Alessandro Goio, che è anche uno degli organizzatori della manifestazione, a Franco Albino (provincia di Trento), Eugenio Galli (provincia di Monza), Alberto Larcher (provincia di Trento) e Françoise Rohmer (Francia), ha esplicitato la propria esperienza, vibrata informale concettuale poetica espressiva, attraverso opere improntate all'imprevedibilità.



Incontro
31 ottobre
presso
Grand Hotel
Trento:
"La Persona
ed il suo
diritto"

CENA SOCIALE

Il 23 novembre, alle ore 19.30, al Grand Hotel Trento si svolgerà la Cena Sociale.

Di seguito il menu:

- Lasagna con scamorza e radicchio
- Brasato al Teroldego con polentina morbida di Storo e bouquet di verdure cotte
- Fagottino di cioccolato e pere.

Una strana coincidenza una domenica d'inverno

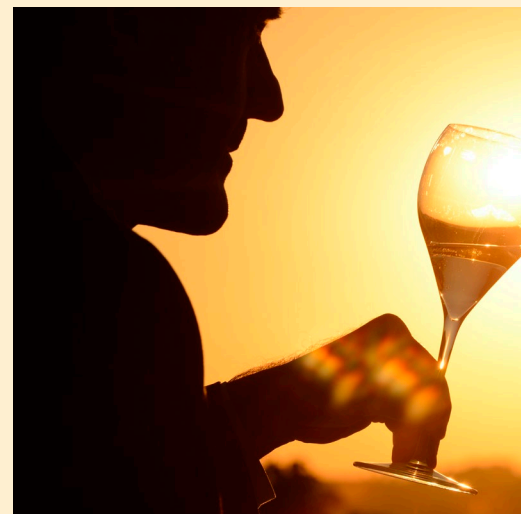
di Lucia Zenatti*

Posso solo provare a raccontare una storia; una storia vera, che non parla di magie, di folletti, di maghi o di fate, bensì di persone reali. È la mia storia familiare. È una storia normale, che non ha nulla di eccezionale ma proprio per questo è una storia speciale, perché la storia di ogni singola persona e di ognuno di noi è speciale!

Tutto ha inizio una domenica di un inverno di molti anni fa, nel 1988, quando mio marito Giorgio, a quel tempo donatore A.V.I.S., si reca per il consueto appuntamento a donare il sangue. Alcuni giorni dopo arriva una lettera con scritto a penna rossa bene in evidenza: "Consulta il tuo medico curante; è sospeso dalle donazioni". C'è qualcosa che non va nelle analisi del sangue; si concorda una biopsia presso il reparto nefrologia dell'ospedale Santa Chiara di Trento; il responso parla sin da subito e molto chiaramente di una nefropatia: la funzionalità renale è già compromessa e ridotta del 50%. Fino ad allora mai un sintomo strano, mai delle avvisaglie... Forse sì, una normale influenza, forse sì, un normale mal di gola ma nulla da far presagire chissà quale problema... Prendiamo coscienza che la malattia è entrata a far parte della nostra famiglia, è diventata la nostra costante compagna di viaggio e sta di fatto che da quel momento si intensificano i controlli. Poi appaiono i primi malesseri: ipertensione, debolezza, mal di testa, nausea, vomito, morale a terra, notevole perdita di peso... Nonostante ciò si deve guardare al domani, si deve andare a lavorare: c'è una famiglia e ci sono due bambini da crescere e loro in primis sono stati la nostra forza. Lui viene messo in terapia di mantenimento, con dei farmaci specifici ed una dieta particolare da seguire... Dopodiché

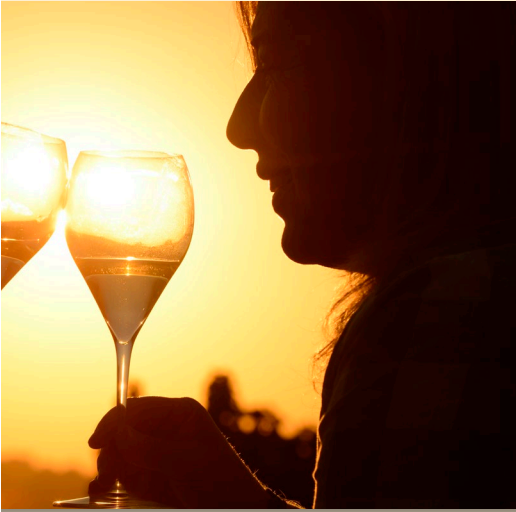
nel 1991 viene preparato per entrare in dialisi. I centri dialisi sono pieni di pazienti. I dottori preparano una fistola artero-venosa sul suo braccio sinistro che serve da ponte per purificare il sangue. Le sedute di dialisi sono concordate il lunedì, il mercoledì e il venerdì pomeriggio. Ha scelto il pomeriggio perché così si riposa a casa e ha la possibilità di lavorare in fabbrica "riposato", per così dire, il giorno successivo sempre con il primo turno. La dialisi è una grande opportunità per la sopravvivenza di una persona e rende la qualità della vita quantomeno vivibile, ma è anche un dovere che non ammette ritardi di alcun tipo: si dializza per tre sedute settimanali di quattro ore ciascuna e in qualsiasi situazione.

L'organismo viene aiutato dalla macchina che filtra il sangue dalle tossine al posto dei reni e che si chiama, per l'appunto, "rene artificiale". Spesse volte lui torna a casa molto, molto stanco, la voce alterata dalla debolezza. Inizialmente c'è stato per tutti noi un momento di disorientamento totale, poi piano piano, insieme, ci siamo incanalati mentalmente e psicologicamente e ci siamo orientati in quel senso; abbiamo raccolto insieme la tegola che ci è caduta in testa dando la precedenza e la priorità ad una serenità che comunque bisogna costruirsi ed abbiamo cercato di aggrapparci ad atteggiamenti positivi. Non è stato per nulla facile; avere sempre la certezza dell'incertezza e il pensiero sospeso ti fa venire mille paure e mille insicurezze ulteriori. Tocchi con mano la precarietà della tua esistenza. Certo in ogni situazione della vita c'è sempre un prima, un mentre e un poi, un dopo; si deve però proseguire e guardare avanti... Ci si rimbocca le maniche insieme e si affronta ogni giorno con tutto quel-



lo che si deve fare... La normalità e la semplicità sono quelle che aiutano di più e quella, ci rendiamo conto, è la NOSTRA NORMALITÀ. In questo percorso si incontrano nuovi amici: persone speciali che condividono le tue stesse difficoltà, le tue apprensioni, i tuoi pensieri... Dopo il primo periodo di adattamento alla dialisi, gli viene prospettato di mettersi in lista per il trapianto e lui acconsente. Seguito dai dottori di Trento, prepara tutta la documentazione necessaria al caso con la relativa tipizzazione, vale a dire si evidenziano i suoi valori specifici di compatibilità, che vengono immessi in una banca dati nazionale seguita e vigilata costantemente da un'equipe di esperti specialisti. Incomincia qui una sorta di attesa che si chiama speranza: la speranza del trapianto!

Dopo tre anni, nel 1994, una domenica mattina, lui viene contattato per una trapianto di rene all'Ospedale Maggiore - Policlinico di Milano. Il trapianto va bene, non c'è nessun rigetto e lui torna a casa portando con sé un grande dono: il dono della vita. Con un trapianto è come nascere una seconda volta e sicuramente, ogni giorno, come ti svegli, senti di essere grato a persone sconosciute che hanno avuto la grande forza di donare con un grande, doloroso e immenso atto d'amore. Ogni giorno, ogni momento della tua vita senti di essere immensamente riconoscente a quelle persone. Da quell'istante comprendi veramente il significato della parola "fratello"! Inizia quindi il periodo più delicato: bisogna tutelare quel GRANDE DONO in ogni modo e



la fortuna di sentirsi accompagnati da tante persone, medici, infermieri ed amici, è determinante... C'è sempre chi ti tende la mano! La famiglia poi è molto importante perché costituisce il supporto psicologico più grande in ogni momento!

Le terapie per contrastare il rigetto, consistono in dosi di farmaci nonché di precauzioni nella dieta e di attenzioni in generale...

Siamo andati avanti vivendo le nostre giornate in armonia con gli impegni che la vita via via ci richiedeva, alti e bassi come in ogni famiglia... Però ogni sera ci salutava il tramonto con l'immagine del bicchiere mezzo pieno ed ogni mattino ci salutava l'alba con la stessa immagine: l'ottimismo, la speranza, la fiducia ed il coraggio di guardare al domani insieme.

Poi dal 2010 qualcosa ha incominciato a traballare... sono subentrati molti altri problemi e purtroppo, con il cuore pieno di tristezza, abbiamo dovuto salutarci. Era nuovamente una domenica mattina di un freddo inverno del 2013. Con questo credo di aver raccontato a grandi linee la mia esperienza familiare e credo specialmente, anzi ne sono convinta, che "in ogni viaggio non si è mai soli".

Per ultimo, ritengo che la prevenzione sia molto, molto importante: un semplice esame del sangue e delle urine talvolta può veramente prevenire delle vere e proprie malattie e patologie... Grazie infinite per avermi dedicato un po' del Vostro tempo ad ascoltarmi e per avermi regalato l'opportunità di raccontare il nostro percorso.

Dall'epoca romana alla fine della Prima Guerra Mondiale

La storia delle Terme di Comano

di Stefano Cunego

“Io dirò, riportandomi al nostro argomento che le terme [...] guariscono più guasti cutanei di quello che non facciano unguenti e pomate, polveri e pozioni, segreti e misteri, scienza ed empirismo”.¹

Così scriveva, nel 1869, il Dott. Silvio Zaniboni, dall'anno successivo e per ventitré anni medico-condotto di Lomaso fino al 1893. Lo stesso proseguiva affermando:

*“Fra queste né meno celebre, né meno rinomate per riportate guarigioni, non meno ricca di fatti ineccezionabili, convalidati da mediche autorità, confermati dal pubblico, rassodati dalla esperienza e dal tempo havi la fonte di Comano [...]”*²

Dunque un'acqua le cui virtù sono convalidate “dal tempo”. Da quanto tempo?

Le prime tracce archeologiche documentate (celle, tubazioni in terracotta, monete degli imperatori Augusto e Galba³) riferiscono ad un uso pubblico, sociale e curativo già in epoca romana, essendo l'area parte del municipio di Brescia e della gens Fabia in contrasto con le locali popolazioni retiche. E, certo, da quel tempo pervaso dal mito, viene fatta discendere la leggenda della Sibilla,



spesso rammentata in relazione al dono delle acque comane.

Nel medioevo il luogo era dotato di uno stabilimento con albergo e soggiorno per curandi. L'uso curativo delle acque della Sibilla, in età rinascimentale, è documentato nell'Urbario di Castel Stenico (1534-1537) in cui è descritta una “casa del bagno sotto Comano”, presso la Sarca, sotto una roccia “e coperta di tegole, munita di revolto e forno”.

Nel 1673 l'acqua è citata per l'ultima volta da Michel'Angelo Mariani nelle sue cronache del concilio di Trento. Poi scese il silenzio.

Da allora, fino ai lavori di riattivazione del primo ventennio dell'Ottocento, una serie di disastrosi eventi naturali e di periodi di carestia colpirono le Giudicarie portando, anche per smottamenti del versante, alla rovina delle strutture termali ed alla obliterazione dell'accesso alla fonte di cui si perse traccia, eccetto la poca acqua che, percolando attra-

¹ Dr. Zaniboni Silvio “Delle malattie della pelle in genere e delle acque di Comano in ispecie” Brescia, tipografia e litografia F. Fiori e Comp. - 1869

² Idem

³ Aldo Gorfer “Le terme di Comano” Edizione a cura della Fondazione G. B. Mattei - 1976



1905: A sinistra il Grand Hotel, a destra l'Hotel dei poveri.

verso i detriti, andò a formare pozze utilizzate per la macerazione della canapa. Con il tempo, alcuni addetti alla lavorazione della fibra si accorsero che l'acqua era buon rimedio al prurito, in particolare negli scabbiosi.

Solo tra XVIII e XIX secolo la località iniziò ad essere nuovamente rinomata, in specie quando nell'ottocento entrò in voga il turismo romantico alla ricerca dei "luoghi dell'anima", della natura selvaggia e dell'orrido (di cui le fore del Sarca costituivano esempio ineffabile).

Nel 1825 il dottor Giovan Battista Mattei (1754-1826) di Campo Maggiore lasciò *"il compendio delle Terme di Comano ai poveri della valle, delle tre Pievi Lomaso, Banale e Bleggio, o come adesso si denominano comuni di Campo, Stenico e Bono"*⁴.

L'albergo dei poveri, col nome di "Comano", era sulla destra orografica del fiume Sarca, nella strettoia sotto la rupe.

Questa donazione, per quanto pregevole dal punto di vista civico-morale e sociale, costituì anche un limite per il successivo sviluppo del termalismo comano. Alcuni commentatori



Il Grand Hotel nel 1924.

(Zaniboni, ma pure il Gorfer ed altri) hanno, non senza qualche ragione, mosso critiche anche dure all'approccio "pauperista" dello sviluppo originario delle terme di Comano, intrecciato con una visione necessariamente ristretta degli amministratori di un mondo piccolo e molto isolato, evidenziando come la visione imprenditoriale minimalista centrata su un uso dedicato *"ai poveri della valle"* (lascito Mattei), abbia ostacolato l'inserimento delle terme nel novero dei grandi centri alla moda del termalismo mitteleuropeo (Meran, Bad Ischl, Bad Gastein in Austria; Karlovy Vary in Boemia; i centri termali ungheresi

di antica tradizione, come Budapest), limitando i necessari investimenti in strutture adeguate ad un'aristocrazia e borghesia che stavano, allora, rivolgendo il proprio interesse ai più miti climi del Tirolo di lingua italiana. Anche solo un confronto con i centri curativi d'Arco e Riva, assurte a privilegiata meta di riposo e cura della aristocrazia asburgica e dell'alta borghesia mitteleuropea, è assolutamente improponibile⁵: i bagni di Comano rimasero a lungo *"i bagni dei poveri"* nella percezione locale e non solo. Intorno agli anni '20 dell'Ottocento esisteva un'osteria con scarsa ricettività in prossimità della fonte ove intorno al 1815 i Comuni locatari avevano costruito *"un casino di legno con alcune vasche"*⁶.

⁴ I meriti filantropici d'una figura moralmente esemplare come quella di Giovanni Battista Mattei (1754-1826) sono giustamente cantate anche dal poeta Giovanni Prati (1814-1884), altra gloria giudicariense.

⁵ Aldo Gorfer "Le terme di Comano" Edizione a cura della Fondazione G. B. Mattei - 1976

⁶ A.G. Cenedella "Nuova analisi chimica dell'acqua di Comano", Libanti, Verona 1847



Partendo dalla foto in alto a sinistra, in senso orario: l'ostello dei poveri anni '30, sostanzialmente immutato del corso dei decenni; prospetto del Grand Hotel anni '30: si notino i motivi liberty al tetto; sala soggiorno anni '30; sala da biliardo anni '30, sul muro a sinistra il ritratto del Savoia; sala da pranzo anni '30: si noti il mobilio Tonet e la credenza Biedermaier sul fondo.

sulla riva sinistra della Sarca (1842). Questo fatto rappresentò una netta rottura con l'originario spirito della donazione matteiana, introducendo un deciso distinguo tra ricchi e poveri, che si concretizzò materialmente con l'affrontarsi, sulle due rive del Sarca, del grande albergo per benestanti e della più onusta e modesta struttura per i poveri (foto in alto a sinistra).

Nonostante i lenti, promettenti sviluppi, l'attività termalistica subì battute d'arresto durante i fatti che travagliarono gli anni tra il 1848 ed il 1866.

Durante la I guerra d'indipendenza (1848) gruppi d'insorti bresciani e bergamaschi invasero il territorio

del Tirolo meridionale e dunque le valli Giudicarie, infervorati da ideali romantico-risorgimentali fondamentalmente estranei alla popolazione locale, unita nella ancestrale fedeltà agli Asburgo. Le bande lombarde, male armate e male organizzate, furono presto schiacciate e scacciate dal territorio, seguendo quindi le cattive sorti della campagna d'aggressione condotta dal Regno di Sardegna⁷.

Nel 1866, le camicie rosse garibaldine trovarono pure sospettosa ostilità⁸ in particolare per gli atti compiuti contro il clero ed i luoghi

di culto, che offendevano il forte sentimento religioso cattolico della popolazione, la quale, anche per questo, s'identificava nella paterna figura dell'Imperatore Apostolico Francesco Giuseppe^{9,10}.

L'anno successivo ai fatti di Bezzeca¹¹, che videro le camicie rosse regnicole riportare gravi perdite¹², sgomberato lo stabilimento termale dall'Imperial Regio Comando di zona e le truppe

⁷ "Una parte del conflitto, quella combattuta dal re di Sardegna Carlo Alberto contro l'Austria in Italia settentrionale, è associata alla "guerra regìa" e viene divisa in tre fasi: una prima campagna militare (dal 23 marzo al 9 agosto 1848), un periodo di armistizio e una seconda campagna militare (dal 20 al 24 marzo 1849). In entrambe le campagne fu il Regno di Sardegna ad attaccare l'Impero austriaco e fu in entrambe sconfitto perdendo la guerra. Gli episodi determinanti della prima e seconda campagna furono la battaglia di Custoza e la battaglia di Novara rispettivamente". Cfr. Wikipedia: "Prima guerra di indipendenza italiana".

⁸ Isabella Bossi Fedrigotti ha ambientato parte del suo libro "Amore mio uccidi Garibaldi" proprio presso i bagni di Comano.

⁹ Aldo Gorfer "Le terme di Comano" p. 71, Edizione a cura della Fondazione G. B. Mattei - 1976

¹⁰ Ancora nel 1916, alla morte del sovrano, la stampa di sinistra italiana scriveva: "Dinanzi al cadavere di Francesco Giuseppe piangono [...] in Italia col papa i cattolici che perdono un amico e protettore [...]" Cfr. "Il Risveglio", 26 novembre 1916.

¹¹ Alla battaglia partecipò anche un parente dell'Autore, al comando del generale Franz Kuhn von Kuhnfeld.

¹² Perdite (tra morti, feriti e prigionieri): austriache 207; regnicole 1642. Il Garibaldi stesso dovette essere tratto in salvo due volte dai suoi quando la sua carrozza fu presa di mira dalla artiglieria austriaca che uccise la sua guida e un cavallo e quando, alle fornaci del rio Sacher fu fatto bersaglio dalla fucileria del maggiore galiziano Julian von Krynicky al comando di una colonna d'attacco dell'8^a Divisione austriaca. Le forze in campo complessivamente ammontavano a 15000 effettivi del Garibaldi contro 4500 austriaci. (fonte Wikipedia)



Villa Vianini anni '30.

ivi insediatesi, fu fatta una valutazione dei guasti, che erano notevoli¹³.

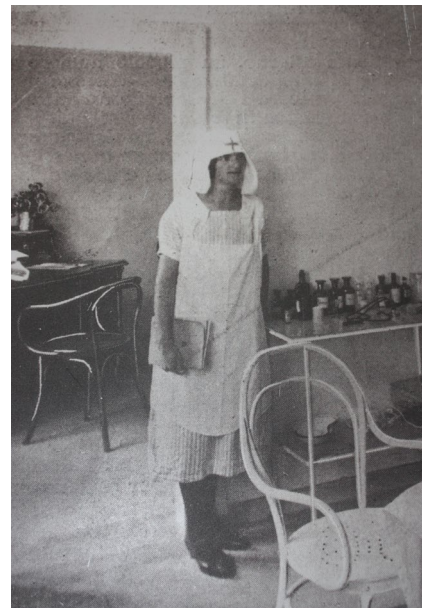
Il bisogno di restauri ed i debiti rischiavano d'allontanare ancor più il centro termale dal novero dei più famosi centri del resto del Tirolo e d'Europa: ancora nel 1869 il sunnominato medico di condotta dottor Silvio Zaniboni scriveva: *"Modesto è lo Stabilimento di Comano, senza pretese e senza bellurie. Le adiacenze, l'esteriorità e l'arte son quelle stesse che son date dalle tratte imponenti delle conifere della maschia vegetazione del monte. [...] Romito il luogo, semplici i costumi, ingenua la vita, tranquillo l'aere ma salubre ed imbalsamato, riacquisto di salute negata da tempo [...]. Ignorato lo Stabilimento, negletta l'efficacia quasi portentosa delle sue acque, rimase fino quasi ad oggi proprietà di famiglia, non accorrendo alla fonte, che persone Trentine, e pochissime delle provincie limitrofe."*¹⁴

Le foto e le cartoline dell'epoca mostrano l'albergo "signorile" (1842) effettivamente piuttosto disadorno, quasi una casermetta absburgica, anche se pulita e dignitosa nella sua semplicità. Tale edificio conoscerà successivamente diverse ristrutturazioni ed ampliamenti, che caratterizzeranno tutto il periodo della *"belle époque"*, si da mantenere dignitose ed efficienti le strutture esistenti, cui si era aggiunta nel 1910, contestatissima, la costruzione di Villa Vianini (foto in alto a sinistra).

È proprio del 1910 l'"atto di forza"

della popolazione locale in opposizione al tentativo di privatizzazione delle strutture termali da parte della politica regionale. Fu un significativo punto di svolta, una presa di coscienza della gente dei comuni della valle circa l'importanza delle terme come volano essenziale per l'economia locale; da allora fu superata l'impasse mentale, colturale ed imprenditoriale, delle terme come "cosa dei poveri, per i poveri", consentendo il progressivo affermarsi d'una nuova politica di sviluppo.

Con lo scoppio delle I guerra mondiale le strutture termali furono requisite dall'Imperial Regio Esercito (K.u.k. Armee) cui nel novembre 1918 si sostituirono gli Italiani assieme ad una compagnia di prigionieri slavi. I danni di guerra furono gravi e richiesero, dopo le iniziali riparazioni di fortuna,



Personale infermieristico dei primi '900.



TERME DI COMANO (Trentino) - Staz. Idrominerale

Grand Hotel, Ostello dei poveri e vecchia fonte nel 1937.

pesanti spese di ristrutturazione a partire dal 1920. In quell'anno le strutture termali furono date in affitto alla società per azioni veronese "Terme di Comano"¹⁵ che però fallì poco dopo per le spese sostenute nel tentativo di rilanciare il sito.

Da qui in poi la storia delle Terme di Comano procede verso un progressivo ammodernamento, fino ad arrivare alla realtà dei giorni nostri, ma per sapere cosa è accaduto, dovete aspettare il prossimo numero di Rene&Salute.

La Redazione

¹³ Aldo Gorfer "Le terme di Comano" p. 84, Edizione a cura della Fondazione G. B. Mattei - 1976

¹⁴ Antonio Caccianiga "Escursioni nei dintorni dei Bagni di Comano" Archivio Domestico - Trento

¹⁵ A. Gorfer "Le terme di Comano" Edizione a cura della Fondazione G. B. Mattei - 1976, nota 191 pag. 134

* Dott. Stefano Cunego
Medico Dermatologo

Il feldmaresciallo Joseph von Piosasque-Non e le malattie aristocratiche

di Gianfranco Martinatto

Nell'epoca dell'immagine, del selfie fotografico scrivere sembra desueto, poco "in". Eppure, nonostante le mode imperanti, l'editoria ha rispolverato lettere, diari, autobiografie, carteggi, magari di personaggi famosi, oppure di persone comuni, che però ben presentano "lo spettacolo delle attività umane" nel loro dispiegarsi nel tempo e nello spazio.

Nei diari emerge l'esigenza di raccontarsi, nelle biografie il bisogno di fare un bilancio di un periodo o dell'intera vita, nei carteggi prevale la necessità di tenere aperto un dialogo ideale, con i propri interlocutori. Questo "revival" si spiega con la curiosità di rendere pubblico quel che un tempo era privato. In questo filone rientra anche il saggio sulle lettere di un personaggio di Antico Regime, oscuro ai più ma assurto agli onori e alla gloria a Monaco di Baviera nel Settecento. Un *self-made man ante-litteram*.

Le lettere di Giuseppe Gian Battista Piosasco-None (forse sarebbe più giusto chiamarlo con il nome germanizzato di Joseph von Piosasque-Non con cui è stato conosciuto, citato nei documenti e saggi sulla storia bavarese, per i suoi ottanta anni passati alla corte elettorale bavarese) sono da classificare nella sfera del privato, anche se sono intrise di informazioni politiche e di costume. Egli non ha pensato nel momento della produzione che potessero uscire dalla sfera familiare.

Il contesto in cui queste vengono prodotte segue le logiche della famiglia nobile, moderna, le strategie attivate in chiave conservativa da questa istituzione, la filosofia gerarchico-dinastica in cui alla figura del padre e marito sottostanno moglie e figli per il buon nome del casato.

L'istituto della primogenitura indirizza il nostro protagonista verso quei ruoli che si addicono proprio alla cadetteria. La sua condizione di terzogenito lo costringe a sopire qualsiasi aspirazione personale per sottomettersi al destino



disegnatogli dal padre. Questi, gravato da numerosa prole, briga per dare a tutti i figli una sistemazione dignitosa possibilmente a salire.

La sua emigrazione giovanile (all'età di sette anni) in Baviera ha in queste premesse il prologo per un soggiorno che diventerà definitivo. Quanto avverrà nel corso della sua vita, privata e pubblica, sarà scandito da queste lettere intrattenute con i membri della sua famiglia d'origine, in particolare con il fratello primogenito.

Tra le tante notizie e curiosità descritte nelle sue lettere, che coprono tutta la prima metà del Settecento e oltre, ci sono anche quelle riguardanti la salute sua e dei suoi familiari, in Italia

e a Monaco. Si preoccupa del padre che ultrasettantenne segue a cavallo il Re sabauda Vittorio Amedeo II, in procinto di partire per passare le acque a Aix les Bain, oppure della gotta che ha costretto il fratello a letto per diverso tempo, della prostrazione dell'anziana madre logorata da quindici maternità, della morte per parto di alcune cognate.

Fanno la comparsa le malattie infantili che gli sottraggono, attorno al 1733-35, due bambine, allevate alla bavarese, senza balia, e nel fiore della salute solo due anni prima. La notizia più curiosa riguarda la malattia agli occhi della figlia primogenita Anna Theodora inviata a Parigi, nel 1738, per curarsi, assieme alla madre, anch'essa sofferente per problemi non ben precisati. Il luminare che si occupa positivamente dell'indisposizione di Anna è un eclettico, bizzarro dottore inglese, un certo John Taylor, oftalmico, che in quegli anni girava le corti europee propagandando un suo metodo chirurgico per operare la cataratta con un rivoluzionario sistema di incisione del cristallino. Tra i suoi pazienti illustri in Germania J.S. Bach e F. Hendel. Una sua corposa autobiografia viene data alle stampe a Londra nel 1761. La madre, di cui non si dice la malattia, ricorre invece a una guaritrice consigliata dalla stessa regina di Francia, la polacca Maria Leszczynska. Medicina tradizionale e vecchie pratiche alternative convivono nella capitale delle capitali, la Parigi del Settecento. Il soggiorno nella città francese è lungo e costoso. Egli confida al fratello primogenito le spese che ha dovuto sostenere. I viaggi della speranza dunque già esistevano e chi poteva permetterselo andava dove la medicina offriva il meglio. *Nihil novum sub sole*.

La bottega del macellaio

di Cristina Borin*

Gia dalla fine del Cinquecento si afferma in tutta Europa, e particolarmente in area neerlandese, la pittura di genere, principalmente costituita da scene vivacemente ambientate in cucine, macellerie, pescherie e mercati ingombri di ogni sorta di vivande e oggetti. Solitamente si tratta di dipinti realizzati per una committenza privata (sono spesso di misure contenute) in cui, almeno nell'Italia settentrionale, prevale la nota comica. Le scene sono infatti caratterizzate da un accentuato tono ironico, in cui i personaggi, in genere esponenti del ceto popolare, sono fortemente connotati e presentati con forzature caricaturali.

Ma ne **La bottega del macellaio** di Annibale Carracci siamo di fronte a qualcosa di nettamente diverso. Di questo quadro stupiscono innanzitutto le cospicue dimensioni (185 x 266 cm), tali da far dubitare che l'opera fosse in origine destinata a una fruizione privata. Sembrerebbe più logico che fosse stata commissionata per figurare in un luogo pubblico, forse, come suggerisce qualche storico dell'arte, nei locali della Corporazione dei Beccai a Bologna; ma l'assenza di documenti non consente di ricostruire con certezza il contesto sociale in cui il dipinto è stato concepito.

Del resto, questa è solo in apparenza una scena di genere: il tono del racconto appare molto equilibrato e misurato, del tutto consono ad una lettura "nobilitante" del soggetto, ben diversa dalle versioni popolaresche e motteggianti di alcuni artisti contemporanei (si vedano, ad esempio *La macelleria* di Bartolomeo Passarotti – degli ultimi anni del Cinquecento, oggi a Roma – o *La cucina* di Vincenzo Campi – 1580 circa, oggi a Milano alla Pinacoteca di Brera).



Annibale Carracci, *La bottega del macellaio*, 1583-1585, olio su tela, 185 x 266, Oxford, Christ Church Gallery

Come suggerisce Franco Speroni (*Mercato e Negozio: trasformazioni della tipologia espositiva della merce*, 1992), la struttura narrativa del dipinto si dipana prevalentemente da destra verso sinistra, crescendo attraverso le singole azioni dei personaggi: un garzone che appende a un gancio un quarto di vitello, il macellaio che incarta le bistecche per la cliente che gli sta a fianco (curioso, a questo riguardo, il gesto di prendere un rametto di salice per legare l'involto), un altro macellaio (probabilmente il capo bottega) che pesa la carne con una stadera, un soldato che cerca i soldi nel borsellino (oppure, secondo alcuni, controlla che siano rispettati i prezzi fissati). A queste azioni corrispondono poi le diverse fasi che la merce attraversa nel negozio: dall'arrivo della carne nella macelleria fino alla vendita, attraverso l'esposizione, il confezionamento e la pesatura. Solo, in primo piano al centro della tela, la scena della macellazione dell'agnello sfugge alla logica del racconto in quanto non rispetta la sequenza ma, anzi, si impone all'attenzione dello spettatore per l'innegabile violenza che comporta. È interessante tale scelta compositiva per il fatto che solitamente dettagli crudi come questo venivano mascherati o nascosti, o almeno situati in secondo piano, in quanto proprio sulle pratiche più cruente del mestiere del macellaio si fondavano le allusioni ironiche e gli scherzi volgari che tradi-

zionalmente accompagnavano questo lavoro: Carracci lo sapeva bene, dato che nella sua famiglia era una professione praticata. Ma proprio qui si può notare l'intenzione "nobilitante" dell'artista, dato che per introdurre il brano della macellazione egli si rifà a due modelli colti, al di sopra di ogni sospetto: gli affreschi con il Sacrificio di Noè dipinti, rispettivamente, da Michelangelo sulla volta della Cappella Sistina e da Raffaello nelle Logge Vaticane. Confrontando le immagini si può infatti constatare la sostanziale corrispondenza dei brani. Addirittura rispetto all'opera di Raffaello siamo di fronte a una citazione molto puntuale: la figura dipinta da Carracci la ricalca specularmente. I due grandi e indiscussi maestri, qui indirettamente chiamati in causa, diventano, quindi, garanti della dignità del mestiere di macellaio e dell'onestà con cui, nella bottega, questo lavoro viene svolto.

Proprio questa è il tema del dipinto: la dignità del lavoro del macellaio, che viene svolto con onestà in un ambiente ordinato e pulito. Tutto, nella struttura compositiva del quadro, concorre a suscitare tale impressione e a confermare i valori espressi a partire dall'inquadratura. Carracci infatti ricostruisce la bottega secondo una prospettiva centrale, che offre allo spettatore una resa visiva paragonabile a quella del palcoscenico di un teatro, su cui, appunto, va in scena la retta operosità dei personaggi.

La luce diffusa e calda valorizza sicuramente la consistenza e la materialità della merce (e qui si può apprezzare il virtuosismo tecnico dell'artista), ma soprattutto fa risaltare la compostezza dei macellai e la solennità delle loro azioni. Elementi, questi ultimi, che trovano la massima concentrazione nella figura del capo bottega, che spicca monumentale sia per il candore del grembiule lino e immacolato sia per la particolare misura dei suoi gesti. La postura eretta e sostanzialmente statica, bilanciata sui piedi leggermente divaricati, accompagna e sostiene l'atteggiamento quieto e attento con cui l'uomo pesa la carne, manovrando con sicurezza la stadera (secondo Speroni, non può sfuggire l'affinità con le figurazioni antiche – classiche o medievali – della Giustizia). Del resto, a garanzia del corretto operare della bottega si può vedere, in alto a destra, affisso a una trave, il listino dei prezzi, probabilmente un calmiero stabilito proprio dalla stessa Corporazione dei Beccai.

La bottega del macellaio, quindi, se pure si propone come un alto esempio di pittura improntata da esigenze di naturalismo (evidenti nel realismo dell'immagine, viva e precisa in ogni dettaglio), si rivela anche, al contempo, molto di più. Del resto, assegnare all'arte un mero ruolo documentario delle esperienze visive dell'artista è quanto meno riduttivo. Anche attraverso i suoi aspetti compositivi e le scelte figurative essa esprime sempre un particolare modello del mondo, nutrito non solo di emozioni e sentimenti ma anche di idee e valori. Il mondo individuale e culturale in cui l'artista si è formato.

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

Il racconto

La civetta

di Anna Maria Ercilli



Con la fine della scuola la famigliola si preparava per le vacanze al mare, anche quest'anno ritornava nello stesso luogo della costa ligure. Amavano quel Borgo medievale fra le vecchie mura del marchesato, cresciuto a ridosso di boschive colline e poco distante dal mare.

L'entusiasmo di essere in vacanza cedeva punti davanti alla ripida scala in ardesia che portava al secondo piano. Salire con bagagli e figli da controllare faceva ansimare, ma poteva essere una buona prova da sforzo - se la superi sei sano come un ventenne - Fausto ripeteva fra sé come un mantra e intanto sbuffava.

La soddisfazione di aprire le imposte: guarda la casa di fronte, una mano cala subito la tenda alla finestra, rivede l'affresco della facciata sempre più sbiadito. I nani spingono la chiocciola ancora per poco all'ombra degli alberi fioriti. Non manca molto che la favola dipinta si dissolva, sarà una perdita per tutti. Fausto scatta delle foto ricordo.

Poi scende con i ragazzi a sistemare le bici nell'entrata, pregusta tutte le gite che farà lasciando Marta a crogiolarsi in spiaggia. Sarebbe tornato dal Capitano di marina per riprendere la discussione lasciata in sospeso lo scorso anno, li univa la passione delle mappe antiche, mappe dell'Asia, della Via della Seta, dei percorsi fluviali e dei porti. Il Capitano ne possiede una ricca collezione assieme a servizi datè di porcellana cinese del periodo Ming, di cui è orgoglioso conoscitore. Si farà coinvolgere dal rito delle tazze controlluce, le mani guantate del Capitano che prendono e ruotano con garbo le tazze, mostrando il diverso disegno sul fondo di ogni pezzo. Fausto sa dire solo - Che meraviglia Capitano! Sono di una bellezza unica! - poi siedono mescolando parole e bicchieri di fresco Pigato, ogni annata sembra migliore della precedente.

Nel pomeriggio Marta e i ragazzi vanno

in spiaggia, il vento soffia leggero, il mare solleva lunghe onde arrotondate, giocano e nuotano con la gioia che trasmette lo sport d'acqua, ritornano a riva lasciandosi trasportare dalle onde. Il sole asciuga la pelle con il salmastro che penetra le narici. Si ritrovano a cena. Poi escono tutti assieme per gustarsi il gelato del Bar Centrale curiosi di riconoscere il sapore come lo ricordavano, scherzano sul voto da assegnare a ogni gusto.

La notte porta il sonno, gli ultimi rumori salgono dai vicoli, la famigliola dorme, stanca per il viaggio e il nuoto.

Un verso sveglia Marta, sembra il richiamo di un animale, prima lungo poi breve. Si ripete con una nota malinconica, non smette. Si alza va alla finestra, guarda, i lampioni sono accesi, un uomo cammina verso la piazzetta, il verso sembra venire dalla destra della via. Dove si nasconde? sembra il verso della civetta. Torna a letto e riprende il sonno interrotto.

Le giornate passano veloci, fra pedalate sulle colline, la visita a vecchi ruderi di rocche e ponti romani, la scoperta di case disabitate che progettano di abitare. I ragazzi preferiscono il mare e il gioco con amici improvvisati, l'appuntamento nella piazzetta dopo cena.

La notte non è sempre riposante, quel verso di civetta ritorna poco dopo il sonno, sveglia ancora Marta che si stringe al marito per togliersi il senso di malessere. Come ogni cosa piacevole, anche la vacanza finisce, si ritorna in città, i ragazzi aiutano a riempire le valigie, raccolgono i giochi e aspettano in strada i genitori. Si muovono curiosi, il vento sbatte una persiana, dal balcone cadono delle foglie secche, la ventola del ristorante vicino si muove e cigola, cigola con un gemito animale, simile al verso della civetta. - Mamma - chiamano i ragazzi ridendo - vieni a sentire la tua civetta! Lei sorride, mette le braccia al collo dei figli - meglio così, buttiamo al vento la malinconia -.

L'ottava edizione di RenArt

All'insegna dell'imprevedibilità

di Aldo Nardi

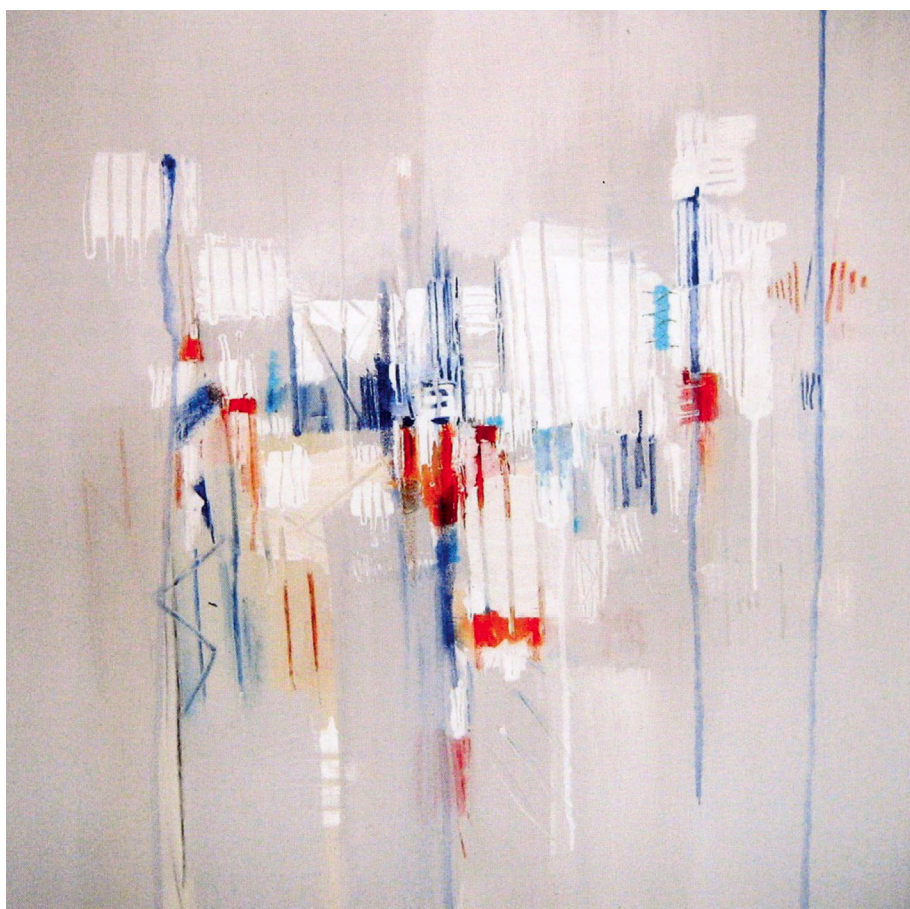
Presso le sale espositive di Palazzo Trentini ha avuto luogo, dal 3 al 9 ottobre, l'ottava edizione della rassegna d'arte RenArt, una mostra organizzata dall'Associazione provinciale Amici della nefrologia, da tempo impegnata sul triplice versante del volontariato ospedaliero, della formazione-informazione nell'ambito delle patologie renali e della costruzione di occasioni culturali attraverso le quali sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di una crescente prevenzione in ambito nefrologico.

Gli artisti invitati ad esporre a questa ottava edizione di RenArt 2014 sono, oltre ad Alessandro Goio, che è anche uno degli organizzatori della manifestazione, Franco Albino (provincia di Trento), Eugenio Galli (provincia di Monza), Alberto Larcher (provincia di Trento) e Françoise Rohmer (Francia).

Note critiche sugli artisti

Dal momento che le invenzioni di chi produce arte si alimentano delle più diverse esperienze fino a tradursi in qualità espressiva, è possibile individuare nella proposta di **Franco**

Albino un tipo di astrazione simbolica che si indirizza verso una dimensione dai significati contrapposti. Coppie di colori quali il celeste e il bianco, il giallo e il rosso, l'azzurro e il rosso sono predominanti nelle opere di questo artista, le cui ideazioni cromatiche vengono delimitate da *graffiature verticalizzanti*, dove accade perfino che una macchia nera al centro del quadro si ponga come momento di equilibrio tra le apparenti spazialità. Sono i significati contrapposti che si moltiplicano al punto da diventare sintesi di elementi oppositivi, estensioni concettuali all'interno delle quali il mondo trasforma se stesso attraverso una vera e propria germinazione di segni. Nell'opera "Costrizione" (2014), per esempio, è possibile osservare una cascata di colori con evidente prevalenza del rosso e del blu, il tutto tenuto compresso in un "campo chiuso" rappresentato da un abbozzo di filo spinato che comprime in diagonale la rappresentazione mentre, al contempo, la sostiene. Possono essere i sogni, le ambizioni, i desideri o la voglia di libertà, ma anche tutte queste cose assieme che si fondono (o si confondono) nel vortice di colori che si dipana in una trama grafica appena accennata e che consente all'osservatore di andare alla scoperta di nuovi mondi. Un modo per attrarre, nella più tradizionale metodologia kandinskyana, lo spettatore "dentro il quadro", come si può trovare nell'opera "The sound of silence" (2012), dove prevale uno sfondo azzurro con diagonali che attraversano la composizione e due macchie di rosso nella parte centrale dell'opera sulle quali si concentra l'attenzione di chi osserva.



Franco Albino: "Verticalità", acrilico su tela, cm 60x60, 2012.

Il pittore e scultore **Eugenio Galli**,



Eugenio Galli: "U.W. I-1", olio su tela, cm 100x100, 2008.

già noto come l'artista della Brianza, accoglie nel suo progetto artistico il meglio delle germinazioni, delle trafigure del pensiero e degli ingabbiamenti che possiamo trovare in molta arte concettuale. Un'arte ricca di quegli elementi che, solo in apparenza, potremmo definire informali, dove lo spazio si divide in frammenti che alimentano i contrasti e si aprono a soluzioni imprevedibili.

Eugenio Galli propone, nelle sue opere, improvvise lacerazioni, evoluzione del bianco, delicati cromatismi disposti sulla tela con discrezione (si vedano i *Multimaterici* su tavola), con accennate tonalità di azzurro, di rosso e di nero in continua evoluzione. Una vera e propria ricerca sul colore che l'Artista ha cominciato ad approfondire a partire dagli anni novanta. Osservando le opere di Eugenio Galli è facile richiamare alla mente quando sosteneva il filosofo Roberto Casati a proposito dell'immagine, la quale, anche se non è un oggetto materiale, la percepiamo nella norma come oggetto materiale,

e in particolare con quel tratto degli oggetti materiali che corrisponde alla *localizzazione*. La qual cosa chiamerebbe in causa direttamente il concetto di "percezione": percezione, appunto, di un'immagine, anche se questa non si presenta a noi come tale. Nei quadri e nelle sculture di questo artista è facile rendersi conto che un'opera è anche un simbolo, un'estensione della realtà e del significato, che va al di là di quello che vediamo.

Nella pittura dell'artista francese **Françoise Rohmer** prevale la dimensione dei colori dell'esperienza rispetto alla dimensione dei colori dell'arte. Un aspetto metodologico importante che conduce verso una rimodulazione dell'ambiente di cui l'Artista si serve per reinventare le forme. Si tratta dell'esaltazione poetica della gamma cromatica che appartiene interamente agli elementi strutturali del mondo (mare, cielo, terra ecc.), ma di un mondo particolare – ché di questo si tratta – come quello della Provenza.

Françoise Rohmer non poteva trovare di meglio come tavolozza di colori, perché i suoi quadri sono una vera e propria esaltazione cromatica del territorio provenzale: con i viola delle sterminate coltivazioni di lavanda, il rosso dei campi di papaveri, il giallo delle distese di girasoli. Nei quadri della Rohmer ci troviamo a respirare l'aria delle spiagge selvagge della Camargue, viviamo nelle case colorate di Saintes Maries de la Mer, sentiamo la fragranza delle spezie, i mercati colorati, le testimonianze di un passato ricco di storia. Questa artista esprime, attraverso un'intensa e non casuale impostazione cromatica, una suggestiva narrazione che cattura la nostra attenzione per introdurci in un mondo che ci è familiare o di cui abbiamo sentito parlare, e lo fa con delicatezza, ma anche con la determinazione di chi è perfettamente cosciente del fatto che è necessario cogliere l'essenza delle cose per confermare la propria identità, nel tempo e nello spazio.

La liberazione della forma e il disorientamento nello spazio-materia corrispondono a quel concetto di astratto che, per dirla con De Kooning, ha sempre bisogno di molte cose: un cavallo, un fiore, una finestra e la luce che l'attraversa. Se è vero che la pittura, per essere effettivamente tale, deve essere stile di vita, allora nell'analizzare l'opera di **Alberto Larcher** non possiamo non partire dalla sintesi tra elementi lirici e musica (jazz) che rappresenta, come riconosce lo stesso artista, la base su cui viene impostato complessivamente il suo lavoro. Trentino di Cles, dopo aver frequentato l'Accademia di belle arti di Firenze, si è indirizzato subito verso la composizione astratta, avvalendosi di una tecnica di forte impatto espressivo come il mosaico. Ne deriva una composizione fortemente materica che utilizza la tecnica mosaicale, mediante l'impiego di ceramica, marmo e vetro, per realizzare serie di strutture con effetti contrapposti. Si prendano in esame, a questo proposito, "Sia luce" e "Sonno" del 1999, ma anche opere di grande sensibilità riflessiva quali "Blu" (2001) e "Red" (2000) o "Annottando" (1998), una



Alberto Larcher, "Che cielo!", ceramiche, pasta vetrosa su tavola, cm 49,5x61, 2011.

composizione giocata sul giallo con elementi di arancio e bianco, integrata (sovrapposta) da un'elaborazione armonizzata sul nero e sul blu. Opere che acquistano in tal modo luce, profondità e trasposizione emozionale di esperienze che sono evidentemente radicate nel bagaglio esperienziale dell'artista.

Nella pittura di **Alessandro Goio** il segno ha valore in sé, nel senso che non interagisce esclusivamente con ciò che sta al di fuori di esso, con ciò che è altro da sé. Se abbiamo presenti alcuni dipinti nei quali vengono sintetizzate – per esempio con pennellate gialle e blu – le cosiddette "stringhe" matematiche, possiamo facilmente renderci conto del contenuto della composizione, così come della rappresentazione che, ora, si destruttura per poi riorganizzarsi come qualità pura. D'altra parte, la teoria delle "stringhe" esprime, nell'uso corrente, un elemento supersimmetrico, un modello in grado di inglobare tutte le forze fondamentali. È qui che possiamo entrare nella profondità della materia fino a percepire quelle vibrazioni che Goio ci restituisce nei suoi quadri. Allo stesso modo della

meccanica quantistica dove la vibrazione delle "stringhe" si riproduce in un elemento completamente rinnovato. Un'espressione che trae sostentamento perfino da elementi "tecnico-scientifici", come possiamo dedurre da certi fenomeni visivi (fosfeni), da ciò che può rappresentare l'alimentazione di un fluido (piping), o da una diga in materiale sciolto (falda traversa). Rappresentare equivale a esprimere in modi diversi una forma di rinnovamento, una forma di modifica delle relazioni sociali e dei comportamenti, ma anche una traslazione dei contenuti oggettivanti, cioè un vero e proprio cambiamento. La connotazione artistica di Alessandro Goio conferma il rapporto tra dimensione spaziale e l'universo circostante, a volte visibile a volte no, a volte leggibile, a volte criptico, ma, in ogni caso, sintesi di armonia e dissonanza all'interno di una continua, imprevedibile avventura creativa.



Alessandro Goio: "Piping", acrilico su tela, cm 80x80, 2014.

Spunti per un itinerario estivo (e non solo!)

La domus del chirurgo a Rimini

di Diana Zarantonello*

La città di Rimini d'estate si associa, nel nostro immaginario, a una meta puramente balneare e forse un po' "rétro". Nella nostra testa certo scorrono foto di repertorio che ritraggono avvenenti e sorridenti bagnanti in bikini che ammiccano dietro a grandi occhialoni da sole, sul bagnasciuga. Rimini è la città balneare di "gelati e bandiere", per dirla con le parole dell'omonima canzone di De Andrè, delle vacanze di lusso al Grand Hotel, degli intrighi amorosi di film come "Rimini-Rimini", nonché luogo di nascita e fonte di ispirazione cinematografica del visionario e nostalgico Federico Fellini. Oggi, come meta di vacanze balneari, è più frequentata da famiglie piuttosto che da giovani in cerca di divertimento e conta sempre più su un turismo straniero, soprattutto proveniente dall'est Europa: per rendersene conto basta dare un'occhiata alla quantità di giornali dai caratteri cirillici che campeggiano in un qualsiasi giornalaio della città.

Ma se si lascia il lungomare e ci si spinge a visitare un poco la città si capisce subito che, se la popolarità di Rimini è legata soprattutto al boom turistico ed economico che l'ha investita nel dopoguerra, la storia della città ha origini ben più antiche. Il nome Rimini deriva infatti da *Ariminum*, città romana fondata nel 268 a.C., così chiamata dal fiume *Ariminus* (attuale Marecchia), a ridosso del quale sorse. E se per caso, camminando verso la città, vi fossero sfuggiti i resti delle mura romane che spuntano qua e là, certo, arrivati in piazza Ferrari, nucleo del centro storico, non potrete fare a meno di notare l'imponente scavo

archeologico a cielo aperto che ne occupa buona parte. È un ritrovamento piuttosto recente, avvenuto per caso, nel 1989, durante i lavori di pavimentazione della piazza. A un paio di metri di profondità sono stati rinvenuti degli splendidi mosaici, e poi, con la prosecuzione degli scavi, sono stati riportati alla luce i resti di un'abitazione signorile di età romana. Il sito archeologico, esteso per una superficie di oltre 700 mq, è stato in seguito messo in protezione dalle intemperie grazie alla costruzione di una sovrastante struttura coperta, chiusa lateralmente da ampie vetrate, inaugurata nel dicembre 2007. I reperti rinvenuti nel sito sono stati collocati nel vicino museo archeologico, che ospita anche una ricostruzione di come dovevano apparire le stanze dell'abitazione in età romana.

Tuttavia questo ritrovamento ha un'altra peculiarità che arricchisce il suo interesse specialmente agli occhi di un medico che si trovi, come me, a scoprirlo casualmente. Infatti questa abitazione, risalente al II secolo d.C.,

era abitata da un medico e chirurgo dell'epoca (da qui la denominazione "domus del chirurgo"), ed in essa è stato rinvenuto uno dei più antichi e ricchi armamentari chirurgici esistenti. L'abitazione infatti possiede due stanze che si configurano come una "taberna medica" domestica, una vera e propria infermeria allestita dal medico all'interno della sua casa, adibita alla visita e cura dei pazienti. Nel mondo romano infatti, le uniche strutture sanitarie stabili ed organizzate erano i *valetudinaria*, ospedali militari all'interno degli accampamenti posti ai confini dell'Impero. La figura del medico in questo periodo è quindi quella di un uomo libero che presta la sua assistenza al domicilio dei pazienti o, come in questo caso, direttamente a casa propria.

La prima stanza è quella "di Orfeo", dal nome dello splendido mosaico policromo a forma circolare che orna il pavimento, e che raffigura Orfeo al centro, circondato da animali. Questa doveva essere lo studio/laboratorio, e proprio in essa sono stati rinvenuti gli strumenti chirurgici che dovevano essere originariamente conservati all'interno di un armadio o sopra delle mensole, contenuti in appositi contenitori. Il medico riminese disponeva di svariati strumenti per la chirurgia. Sono stati trovati più di 150 attrezzi chirurgici in bronzo ed in ferro: più di 40 bisturi, numerosi forcipi, uncini acuminati, sonde per esaminare le ferite, aghi chirurgici per la dissezione. Altri strumenti rinvenuti, come leve, scalpelli, due trapani a mano, erano impiegati per eseguire interventi cra-



Sopra: Quadretto policromo in pasta vitrea raffigurante tre pesci. A fianco: Visione globale degli scavi.





Mosaico policromo raffigurante Orfeo circondato da animali.

nici, amputazioni, e altri interventi di chirurgia ossea. Vi erano inoltre sette pinze odontoiatriche in ferro per le estrazioni dentali, e uno speciale cucchiaio chirurgico utilizzato per estrarre dardi e punte di freccia. Veri e propri "strumenti di tortura", viene da pensare, in un'epoca in cui non esistevano anestetici e antibiotici, utilizzati in interventi chirurgici sicuramente gravati da elevata percentuale di complicanze e mortalità!..e tuttavia colpisce la similitudine con la strumentazione chirurgica che viene tutt'ora utilizzata nelle nostre sale operatorie super-accessoriate!

Il medico svolgeva anche la professione di farmacista, come testimoniano alcune scatole per i medicinali in bronzo, due vasetti recanti l'iscrizione, in greco, del farmaco che contenevano, diversi misurini e bilance, numerosi mortai in pietra con i relativi pestelli per preparare i farmaci ed i cucchiari per somministrarli.

Alcuni indizi rinvenuti hanno permesso di avanzare delle ipotesi circa l'identità del padrone di casa: si pensa che non fosse originario di Rimini, ma provenisse dall'area greco-orientale, dove erano localizzate le maggiori scuole di medicina (Alessandria d'Egitto, Corinto, Pergamo, Cos). Questo è suggerito dalle iscrizioni greche sui vasetti dei farmaci e dal ritrovamento di un quadretto policromo in pasta vitrea raffigurante tre pesci, tipico manufatto di provenienza greca o egiziana. Il tipo di armamentario chirurgico suggerisce inoltre che

si occupasse prevalentemente di risanare traumi o ferite ricevute in battaglia; mancano completamente gli strumenti da ostetricia, la sua era una medicina orientata maggiormente verso gli uomini, soprattutto guerrieri. In questa stanza sono stati ritrovati anche delle armi (un giavelotto ed una lancia in ferro), che probabilmente sono da ricondurre all'evento che portò alla distruzione dell'abitazione, avvenuta nel 258 d.C. per un violento incendio, probabilmente durante l'attacco della città da parte degli Alemanni.

La seconda stanza della taberna medica è il cubiculum (stanza da letto), dove probabilmente venivano ricoverati i pazienti. In essa sono stati rinvenuti i resti lignei del letto, un bacile in bronzo e delle lucerne. Sull'intonaco decorativo è stato inoltre trovato un graffito che contiene un attestato di riconoscenza verso un certo Eutyches: il tipo di scrittura risale proprio al periodo in cui la casa era abitata dal medico, e si pensa che proprio lui fosse il destinatario di questa dedica, probabilmente incisa da uno dei pazienti ricoverati in quella stanza. L'origine greca del nome Eutyches (che significa "buona sorte") calzerebbe bene anche con l'ipotesi della provenienza greco-orientale del medico.

Il resto dell'abitazione mostra i comfort tipici delle case signorili, tra cui un avanzatissimo sistema di riscaldamento, formato da un'intercapedine situata tra il pavimento ed il terreno, attraverso la quale veniva fatta passare l'aria calda generata da un vicino *prae-furnium* (focolare) in cui ardevano le braci. Un perfetto "riscaldamento a pavimento", che non può non destare ammirazione! Insomma, se vi capitasse di passare le vostre ferie a Rimini, una visita alla domus del chirurgo non ve la potete proprio far sfuggire!

* Dott.ssa Diana Zarantonello
Medico specializzando UO
Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Chiara di Trento

In ospedale succedono tante storie...

Viaggio a Roma

di Donata Borin*

O rmai è un'abitudine raccontare la cronaca della vacanza che facciamo con il nostro affezionato gruppo di dializzati. Quest'anno abbiamo deciso di andare a Roma. Perché Roma? Roma è vicina, ci siamo detti, sarà facile organizzare un tour, e magari ci facciamo entrare anche la visita al papa. Abbiamo dovuto ricrederci, perché se effettivamente la nostra meta è geograficamente più raggiungibile rispetto a una Sicilia o a una Puglia, in realtà le scartoffie che abbiamo dovuto compilare, i permessi che abbiamo dovuto chiedere per transitare per le vie, per non parlare delle trafale che abbiamo dovuto fare per l'udienza papale, avrebbero esaurito la pazienza di un frate certosino, paragone questo quanto mai azzeccato, trattandosi della città sede del Vaticano. Comunque, sempre più numerosi e sempre più baldanzosi, all'alba del 12 maggio siamo partiti con un nuovo pullman e nuovo autista, Massimo. Pranzo ad Arezzo, poi una breve visita alla città, quindi arrivo in serata a Roma. Qui purtroppo la prima delusione: l'albergo. Non avevo le aspettative degli anni precedenti, però nemmeno mi aspettavo una differenza così sostanziale rispetto a quanto promesso sul sito internet dell'albergo, scelto perché un 4 stelle, perché relativamente comodo per il centro dialisi e perché sembrava idoneo alle esigenze di un gruppo di persone – diciamo pure – non in perfetta forma atletica.

Ma l'entusiasmo generale ha fatto passare in secondo piano le magagne della nostra sistemazione alberghiera. Il lunedì lo abbiamo dedicato alla visita a San Pietro e ai musei vaticani. Siamo

stati inghiottiti in un battibaleno da una marea di gente. Se qualcuno si chiede come mai piazza San Pietro e la basilica siano state costruite con dimensioni così ciclopiche, la risposta è proprio questa, in previsione di poter contenere tutte le migliaia di visitatori. La nostra fortuna è stata quella di aver trovato una guida "sopra le righe": Nadia, piccola di corporatura, ma con una voce possente e soprattutto una intraprendenza da crociato. E infatti, reminiscenza di tattica bellica dei tempi degli antichi romani, ogni volta che dovevamo entrare per un portone o attraversare un passaggio stretto o superare una coda di persone, adottavamo, su suo consiglio, la tecnica dello "sfondamento a testuggine". In pratica, piazzavamo tre persone (indifferentemente sane o disabili) sulle altrettante carrozzine che avevamo portato di scorta per emergenze, li portavamo in testa al gruppo e al grido "sorry, abbiamo le carrozzine" (con quel tocco di internazionalità nella lingua che ci metteva a posto con tutte le etnie), spingevamo le carrozzine in avanti, mentre il gruppo compatto seguiva lo sfondamento. Questa tecnica ci ha permesso di visitare i musei vaticani e San Pietro senza fare code. L'ambiente sacro ha probabilmente impedito a qualche malcapitato, cui le ruote delle carrozzine hanno fatto il pedicure espresso, di recriminare.

Orbene, Roma è una città talmente famosa che non vale la pena di descrivere quello che abbiamo visitato. In queste nostre avventure quello che colpisce e poi rimane sono gli aspetti umani, i bei gesti. E a proposito di *bei gesti*, proprio il lunedì, proprio mentre stavamo visitando San Pietro, abbiamo subito un furto; il nostro pullman è stato scassinato e sono stati sottratte alcune borse, il cui contenuto aveva un valore non tanto economico quanto importante per il prosieguo del viaggio: indirizzi, itinerari, biglietti, recapiti. Tutte le notizie raccolte in tanti mesi di preparazione sono sparite in un amen (mi si conceda la licenza. Siamo a Roma).

Abbiamo superato lo smacco e la delusione del furto e abbiamo proseguito nei giorni successivi la nostra

visita, alternando i classici monumenti (il Colosseo, il Pantheon, la Cappella Sistina, il Vaticano, la chiesa di San Giovanni, la fontana di Trevi, Piazza Navona, etc.) a itinerari meno battuti, ma non per questo meno interessanti, per stradine e piazzette.

Il momento più suggestivo e più sentito dai nostri compagni di viaggio è stato senza dubbio la partecipazione all'udienza papale del mercoledì. Le misure di sicurezza imponenti, la moltitudine di persone accorse, credo, da tutte le parti di Italia e del mondo, ci hanno fatto vivere questa esperienza come una "mission impossible". Siamo giunti a San Pietro con notevole anticipo (almeno due ore prima dell'inizio della



cerimonia), ma siamo stati subito fagocitati dalla folla già presente. Ci siamo fatti strada per arrivare all'esterno del colonnato del Bernini, dove è collocato il sistema di sicurezza, il metal detector. Ci sembrava impossibile riuscire a mantenere compatto il nostro gruppo per non perdere nessuno, in mezzo a quella moltitudine. Allora abbiamo adottato la tecnica dello sfondamento, con le carrozzine in testa, e siamo riusciti ad arrivare alla postazione di controllo. Superata questa, abbiamo posizionato Adriano (1,85 per 85 Kg) alla coda del gruppo come fanalino di coda. Se io, che ero in testa, quando mi giravo, vedevo Adriano, sapevo che c'eravamo tutti. E facendoci spazio tra la gente abbiamo raggiunto la nostra postazione. L'udienza era stata organizzata nei più piccoli particolari con prenotazione dei posti quasi "in prima fila" e uno striscione giallo con il logo dell'ospedale e

la scritta "Servizio Dialisi Legnago" per essere riconosciuto dai nostri colleghi che, sicuramente, avrebbero assistito in diretta alla cronaca televisiva trasmessa da Roma. Nonostante la temperatura un po' rigida, c'era un bel sole che illuminava la piazza.

Il papa è comparso sulla sua automobile e ha compiuto un giro della piazza tra le ali di spettatori festanti e urlanti. Lo si poteva vedere nei maxi schermi posti sul sagrato di San Pietro. Le persone si allungavano, si sovrapponevano, si sbracciavano per riuscire a vederlo e a strappare un'immagine con la macchina fotografica o con il telefonino, che fosse la riprova di avere visto il papa lì, così vicino, che quasi lo si poteva toccare.

Una folle esultante ed entusiasta, ma allo stesso tempo composta nelle sue manifestazioni di affetto e nei suoi slanci verso papa Francesco. Uno può crederci o no, ma l'impressione di tutto questo universo che si muove attorno all'uomo vestito di bianco è strabiliante; e ancora più strabiliante è la sensazione che, nonostante l'enorme apparato di sicurezza e la distanza fisica che separa il papa dalla folla, la sua persona, la sua figura sembrano dire che il papa è vicino ciascuno a noi.

Quando, al termine della cerimonia, ci siamo ritrovati al ristorante, per una meritata pausa prima di intraprendere il programma pomeridiano e, fatto il consueto appello, mi sono resa conto di non aver perso nessun compagno di viaggio, ho tirato un sospiro di sollievo e ho pensato: "Il più è fatto".

Abbiamo lasciato Roma il sabato nel primo pomeriggio, per tornarcene all'ovile. Sono salita sul pullman, felice di lasciare il traffico e la confusione e ho fatto per l'ultima volta l'appello. E intanto pensavo: e l'anno prossimo dove andiamo? Abbiamo bisogno di una meta diversa, più tranquilla. Mediterraneo, aspettami!

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

Voglia di leggere

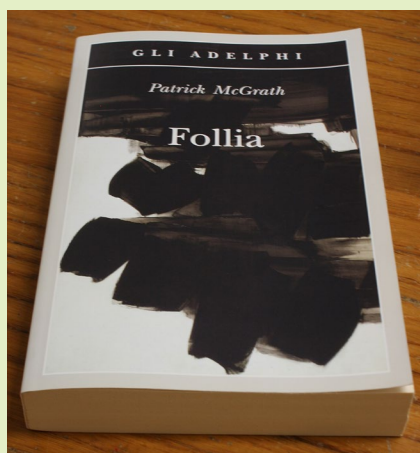
Un'indagine sulla parte remota della

di Lonely Bear

Una grande storia di amore e morte e della perversione dell'occhio clinico che la osserva. Dall'interno di un tetro manicomio criminale vittoriano uno psichiatra comincia a esporre il caso clinico più perturbante della sua carriera: la passione tra Stella Raphael, moglie di un altro psichiatra, e Edgar Stark, artista detenuto per uxoricidio. Alla fine del libro ci si troverà a decidere se la "follia" che percorre il libro è solo nell'amour fou vissuto dai protagonisti o anche nell'occhio clinico che ce lo racconta.

Follia è un libro indimenticabile scritto da **Patrick McGrath**. Non è una recente pubblicazione, anzi diversi anni sono passati da quando è stata pubblicata. Ma è proprio per questo che ai molti o pochi affezionati che leggono questa rubrica potrebbe essere "scappato" e voglio pertanto riproporlo. Dico fin d'ora che ve lo propongo perché sono di parte: a me è piaciuto moltissimo. È un romanzo che indaga sulla parte più remota della mente umana e la follia del titolo è quel sentimento che ti coinvolge tanto da star male e che ti trascina all'autodistruzione senza che tu te ne accorga. Patrick McGrath è bravissimo nell'analisi di questa pseudo-malattia (suo padre era direttore di una clinica psichiatrica) perché sono vicende che lui stesso ha vissuto in gioventù. L'amore si trasforma silenziosamente in follia tanto da sfociare poi in frustrazione e depressione e, appunto, in autodistruzione. Stella fa di tutto pur di fuggire da una realtà che non le appartiene e si abbandona per la prima volta alla passione carnale, la ribellione interiore è in atto, e il suo amore impossibile l'annienta giorno dopo giorno...

Il romanzo nella traduzione del titolo



in italiano perde di significato, quello originale è più complesso ed esprime meglio il senso di angoscia e di ristrettezza che provano i protagonisti di questa vicenda amorosa ingarbugliata e impura. Il titolo originale infatti è **Asylum** che **sta a significare qualcosa di protetto, ma che** allo stesso tempo **si vive come una privazione**, come la sensazione di chi si trova in prigione. Significa quindi istituzione chiusa, luogo protetto e insieme prigione, e questo mi pare sia il clima di fondo che si respira in questo libro, e non solo perché la sede dove la storia ha inizio è un manicomio.

L'esordio vorticoso travolge il sonolento tran tran quotidiano di una tranquilla famigliola che ha appena traslocato a seguito di un incarico, che si prospetta brillante, del marito. L'incontro, la curiosità, il turbamento, il ballo, l'eccitazione senza freni, la fuga dell'amante, la scoperta. E qui si chiarisce che il rapimento amoroso per il pazzo assassino non è stato che un tentativo di negoziazione con la morte che lei si porta dentro, non aiutata da un marito distratto dal lavoro, invischiato in un legame con una madre dilagante (di un padre non c'è traccia), mentre per lei non c'è famiglia alle

spalle: è come una creatura sospesa nel vuoto, senza radici, senza legami, senza amici. Non può che essere votata alla morte. E come Emma morirà, non ad opera dell'assassino amante, ma del suo assassino interno. Eppure quando Edgar, così si chiamava lui, era arrivato sul punto di ucciderla, Stella era fuggita, attivando quel minimo di risorse vitali di cui disponeva. Ma solo per imbattersi definitivamente nella sua disperazione fino ad assistere, incapace di un gesto per salvarlo, alla morte del figlio.

Ora finalmente verrà curata, ma da chi? Dall'io narrante, che si autodefinisce amico e si rivela invece, via via, un crudele osservatore-entomologo che infilza i suoi pazienti con gli spilli della sua curiosità indifferente. Il marito di Emma è un medico che non vede e non sa curare la disperazione di chi gli sta accanto; qui marito e narratore-osservatore sono due psichiatri rinchiusi nella loro scienza che sembra più che altro una fortezza da cui sparare proiettivamente le proprie parti deboli malate sugli altri per sentirsene al sicuro. Come dire che la scienza e la chimica da sole non possono salvare dal dominio della morte stabilito nell'assenza di consapevolezza, di cure, di amore, di sollecitudine.

Il libro, anche se a una lettura veloce sembra parlare solo di malattia mentale, invece parla essenzialmente d'amore. Un amore forte, passionale, violento, folle. Nel romanzo viene descritta la vicenda, già mille volte narrata, di una donna che usa la passione d'amore per sprofondare: a differenza di Emma Bovary, però, la scelta dell'amante di Stella, la bella moglie di un brillante psichiatra, non è solo quella di un tarlo che erode il suo matrimonio-Asylum e la sua deludente vita; la sua è una esplicita scelta

mente umana

di morte. L'amore che Stella prova per Edgar Stark le fa violare ogni regola di buon senso e di etichetta. Lui, agli occhi di Stella così eccitante, è lì per aver ucciso e fatto a pezzi la moglie in preda a un delirio di gelosia, e lei lo sa. Eppure, per Stella è un uomo colto, intelligente, normale. Un uomo che non mentirebbe mai e che la ama con tutto se stesso, proprio come lei ama lui. Fuggirà con lui e poi da lui. Senza però riuscire a dimenticarlo. Perché l'amore non si può definire né gli si può fuggire.

"Già, l'amore" dissi. *"Parliamo di questo sentimento che non riuscivi a dominare. Come lo descriveresti?"*. Qui Stella fece un'altra pausa. Poi, con voce stanca, riprese: *"Se non lo sai non posso spiegartelo"*.

"Allora non si può definire? Non se ne può parlare? È una cosa che nasce, che non si può ignorare, che distrugge la vita delle persone. Ma non possiamo dire nient'altro. Esiste, e basta". Metafora di una condizione in cui la componente oscura, distruttiva di sé non lascia scampo, Stella ha l'impressione di essere viva solo quando segue la sua vocazione mortifera; neppure l'essere madre, come per Emma, è sufficiente a mettere un freno all'incantesimo.

La cosa che mi ha colpito maggiormente di questo libro non è tanto la trama, che a tratti, una volta messa in moto, ho trovato quasi prevedibile. La forza sta soprattutto nella narrazione. Come se ogni parola usata da McGrath fosse una calamita, messa per attrarre il lettore tra le pagine e impedirgli di staccarsi, anche solo per respirare. La voce narrante è quella di Peter, collega di Max e amico di Stella, che poi l'avrà in cura. Ci parla di lei come di una paziente, come un caso clinico, analizzando con freddezza

ogni situazione ed emozione, senza giudicare. Uno sguardo clinico. Non credo di aver mai letto nulla di scritto in questo modo, perfetto e geniale. Eppure, capisco anche le perplessità e il fatto che questo romanzo possa non piacere. Perché ogni tanto io mi ritrovavo a provare una certa avversione verso i personaggi, a domandarmi come fosse possibile che potesse davvero succedere quello che stava succedendo. Soprattutto con Stella ho avuto qualche difficoltà, ma forse anche perché sono totalmente a digiuno di malattie mentali e dei meccanismi che queste possono cre-

are. Sempre che Stella sia realmente malata e che l'amore sia davvero una malattia.

Basta, non vi dico nient'altro. Vi rovinerei troppo la lettura e la vostra interpretazione. Concludo dicendo che questo è uno di quei libri che vanno assolutamente letti. Anche se la trama non vi ispira o se avete letto solo commenti negativi (mi sembra un po' incredibile, ma può succedere). Perché merita anche solo per lo stile. Una volta iniziato, magari non vi piacerà, magari lo odierete con tutti voi stessi... ma non riuscirete a metterlo giù finché non sarete arrivati alla fine.

Patrick McGrath (Londra, 7 febbraio 1950) è uno scrittore inglese.

Il padre lavorava come psichiatra nel manicomio criminale di Broadmoor, dove il giovane Patrick passa gran parte della propria infanzia. Nel 1971 si trasferisce in Canada per lavorare nell'ospedale di Oakridge. Malgrado però i desideri del padre, McGrath non prende la strada della psichiatria, preferendogli quella della letteratura. Attualmente vive fra Londra e New York, con la moglie Maria Aitken.

La sua produzione letteraria:

- 1989 - Grottesco (The Grotesque)
- 1990 - Spider (Spider)
- 1993 - Il morbo di Haggard (Dr Haggard's Disease)
- 1996 - Follia (Asylum)
- 2000 - Martha Peake (Martha Peake: A Novel of the Revolution)
- 2004 - Port Mungo (Port Mungo)
- 2007 - Trauma (Trauma)
- 2012 - L'estreanea (Constance)

Antologie di racconti:

- 1988 - Acqua e sangue (Blood and Water: And Other Tales)
- 1989 - The Angel: And Other Stories
- 2005 - La città fantasma (Ghost Town. Tales of Manhattan Then and Now)



Micologia che passione!

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

Attenzione a non confonderli!

È facile la confusione, perché certe specie ci permettono di verificare le forti somiglianze che a volte intercorrono tra funghi commestibili e funghi tossici o velenosi. Tra queste ne abbiamo scelte alcune in quanto ci stimolano ad approfondire ricerche e osservazioni su questi funghi, che possono evitarci spiacevoli sorprese al momento del consumo.

TRICHOLOMA TERREUM

commestibile

Si tratta di un fungo molto conosciuto e raccolto; tuttavia occorre controllare ogni singolo fungo, in quanto vi possono essere dei funghi simili che sono velenosi.

Cappello: di colore grigio, nerastro o grigio nerastro o grigio topo a superficie setosa.

Lamelle: di colore grigio cenere.

Gambo: bianco o grigiastro, da piccolo pieno o compatto, poi cavo e friabile.

Carne: bianco o grigiastro, poco consistente, priva di odore.
Habitat: boschi prevalentemente di conifere.



Tricholoma terreum (di M. Floriani)

TRICHOLOMA PARDINUM

velenoso

Si tratta di un fungo di taglia più robusta.

Cappello: di colore grigio topo ricoperto da placche squamose rilevate nerastre.

Lamelle: biancastre con tendenza al giallastro.

Gambo: cilindrico, sodo, pieno, color bianco.

Carne: forte odore di farina fresca e sapore dolce.

Habitat: abetaie e anche nelle latifoglie (faggio).



Tricholoma pardinum (di M. Floriani)

PER DISTINGUERLI:

- il terreum o moretta è di taglia più minuta e con cappello grigio a superficie setosa, mentre il pardinum presenta sul cappello grosse squame nerastre
- le lamelle nel terreum sono bianco-grigiastre e nel pardinum bianco crema
- il gambo nel terreum inizialmente è pieno e poi cavo, nel pardinum invece è pieno
- la carne nel terreum è bianca e inodore, al contrario nel pardinum odora di farina fresca.

BOLETUS AESTIVALIS (BRISA)**commestibile****Cappello:** più o meno panciuto, a forma di guanciale, di vari colori.**Tubuli:** biancastri che diventano verdognoli.**Gambo:** massiccio, bianco tozzo.**Carne:** sempre bianca, odore fungino gradevole, sapore di nocciola.**Habitat:** ubiquitario.**Boletus aestivalis (Brisa) (di M. Floriani)****TYLOPILUS FELLEUS****velenoso****Cappello:** color beige o caffelatte più o meno scuro.**Tubuli:** bianco ghiaccio inizialmente, poi rosati.**Gambo:** robusto o snello a forma di clava, marcato reticolo bruno scuro.**Carne:** bianca appena rosata, sapore amarissimo.**Habitat:** bosco misto.**Tylopilus felleus (di F. Tomaselli)**

PER DISTINGUERLI: la differenza fra i due tipi di funghi sta nei colori dei tubuli della brisa che sono biancastri e/o verdognoli, mentre nel Tylopilus felleus inizialmente sono bianchi, ma alla pressione, o invecchiando, diventano rosa. Una seconda differenza sta nella carne dolce nella brisa che diventa amarissima nel Tylopilus felleus.

***I Funghi nel piatto*****COSTATA CON I PORCINI**

Ingredienti per due persone: due belle costate di manzo senza osso di circa 300-400 g; 200 g di porcini freschi; mezza cipolla bianca; mezzo bicchiere di vino bianco secco; 20 g di burro e due cucchiaini di olio di oliva; sale e pepe bianco macinato al momento.

Procedimento: Pulire i funghi molto bene senza lavarli e tagliarli a fette di circa un millimetro.

Tritare la cipolla e farla soffriggere nel burro e nell'olio fino a farla dorare, quindi aggiungere i funghi, un po' di sale e pepe e cuocere per 15 minuti a fuoco medio o fino a quando i funghi avranno completamente perso la loro acqua di vegetazione.

A cottura ultimata togliere i funghi e cuocere nel sugo rimasto le costate a fuoco vivo fino a farle rosolare per bene. Aggiungere i funghi e il vino e, sempre a fuoco vivo, fatelo evaporare mescolando. Aggiustate di sale e pepe e servite subito caldissimo.

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

RenArt 2014

artisti per la donazione

