

# Fondazione Italiana del Rene

ONLUS



## FIR Notizie

Anno 3 N. 4 Aprile 2004

Associata alla "International Federation of Kidney Foundations"

Presidente: Prof. Vittorio E. Andreucci  
Via Giacomo Puccini 18 80127 Napoli  
Tel. (081)5562922 Fax: (081)5466844  
e-mail: firandreucci@hotmail.com

Direttore Responsabile: Dott. Luca Gentile  
Direttore Scientifico: Prof. Vittorio E. Andreucci  
Registrazione Tribunale di Napoli n° 5326 del 5.10.2002  
Tipografia: Perrotti, Napoli

Poste Italiane - spedizione in  
a.p. - art. 2 c. 20/c legge 662/96  
- Direzione Commerciale -  
NAPOLI

Per chi desideri copia della polizza di assicurazione per il Nefrologo e modulo di adesione: Tel. 081 5562922 - Cellulare: 339 4466149, Fax: 081 546684 firandreucci@yahoo.it

**NAPOLI - PIAZZA VANVITELLI**  
Dal 18 al 24 Aprile 2004 h.11-19  
**PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI**



### PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI

Si realizza con il riconoscimento dei primi segni: l'ipertensione e la proteinuria. Questi due fattori danneggiano i reni senza dare disturbi. Eppure oggi siamo in grado di correggere entrambi, prevenendo in tal modo il danno renale irreversibile. Siamo in grado di trattare l'ipertensione arteriosa riportandola alla norma e mantenendola normale per decenni.

Siamo in grado di ridurre la proteinuria con farmaci renoprotettori studiati in maniera decisiva proprio dai Nefrologi italiani. E i Nefrologi italiani hanno dimostrato che è proprio la perdita renale di proteine che crea danni irreversibili ai reni e che, correggendo la proteinuria, si riesce a prevenire tali danni. La maggior parte delle persone che non ha disturbi di alcun genere non pensa neanche lontanamente alla possibilità di ammalarsi. Tantomeno pensa alla opportunità di recarsi dal medico per un controllo preventivo, anche solo per misurare la pressione arteriosa.

La **Fondazione Italiana del Rene Onlus** ha deciso pertanto di condurre una campagna di informazione sulle malattie renali ed un'opera di prevenzione delle stesse. In particolare ha deciso di realizzare, per la prima volta in Italia, il progetto **PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI**. La campagna di prevenzione si svolgerà a Napoli, città natale della FIR, con il patrocinio del Comune di Napoli e dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania e durerà una settimana. In una delle principali piazze di Napoli, Piazza Vanvitelli al Vomero, un info-tir stazionerà tutti i giorni da Domenica 18 a Sabato 24 aprile 2004, dalle ore 11 alle ore 19. Una hostess accoglierà i passanti, fornirà loro materiale informativo sulle patologie renali e li inviterà a farsi misurare GRATUITAMENTE la pressione arteriosa da parte di Medici volontari presenti all'interno dell'info-tir. Vi saranno Nefrologi ed Infermieri che aiuteranno anche a rilevare, con dipstick, l'eventuale presenza di proteine su un campione di urine. A tutti i soggetti sarà rilasciata una scheda con i risultati della pressione arteriosa e dell'esame delle urine. Ai soggetti con ipertensione

### POLIZZA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEL NEFROLOGO (PER ASSOCIATI FIR Onlus)

Nel N. 3 di *FIR Notizie* è stata presentata una polizza per specialisti in Nefrologia, che copre il rischio professionale del Nefrologo che effettua anche piccoli interventi chirurgici ambulatoriali, lavora nei centri di dialisi, compie atti invasivi a scopi diagnostici e terapeutici, usa apparecchiature anche elettriche, svolge attività di libero docente o di titolare di cattedra universitaria, etc. Con garanzia postuma di 1 anno e retroattività della copertura. Comprende anche la tutela giudiziaria con libera scelta del legale e del consulente tecnico. Purtroppo, per problemi tipografici, in molte copie le cifre dei massimali e dei premi annui sono risultate illeggibili. Vengono qui riportate di nuovo.

#### Massimali e Premi annui

MASSIMALE	Libero Professionista ed Extraomoenia	Ospedaliero	Ospedaliero ed Intraomoenia	Ospedaliero Full time	Primario
€ 500.000	€ 450	€ 430	€ 410	€ 370	€ 580
€ 750.000	€ 500	€ 470	€ 450	€ 310	€ 640
€ 1.000.000	€ 530	€ 510	€ 480	€ 440	€ 680

arteriosa e/o proteinuria verrà rilasciato l'invito a recarsi all'Istituto Diagnostico Prof. Fumo (Via Rosaroll 24 Napoli) che ha dato disponibilità ad effettuare le analisi del sangue e delle urine GRATUITAMENTE.

Specializzandi non assunti: 50% della tariffa per Libero Professionista

**Dal 18 al 24 Aprile a Napoli, in Piazza Vanvitelli, dalle ore 11 alle 19 tutti alla PREVENZIONE DELLE MALATTIE**

## Un po' di storia della Nefrologia



## Chi ha introdotto la Dialisi breve nella terapia dialitica extracorporea dell'uremico cronico?

Il Prof. Vincenzo Cambi, oggi Professore Ordinario e Direttore della Cattedra di Nefrologia dell'Università di Parma. Pochi uremici cronici in trattamento dialitico sanno che la dialisi trisettimanale nell'uremia cronica durava un tempo 8 ore a seduta. Tanto è vero che, per coloro che riuscivano a dormire, venne da molti instaurato un turno dialitico notturno: il paziente dializzava di notte e, al mattino, terminata la dialisi, andava al lavoro! Ma chi era Cambi? Laureato a Parma nel 1961, è stato (come il sottoscritto) un allievo della prestigiosa Scuola del Prof. Luigi Migone (che includeva S. Ambrosoli, A. Borghetti, P.P. Dall'Aglio, R. Maiorca, A. Novarini, F. Pecchini, M. Savi, L. Scarpioni). Nel 1969 Cambi si recò a Seattle, in USA. Proprio a Seattle era nata, nel 1960, ad opera di Belding H. Scribner nel Dip. Nefrologia dell'Ospedale, la dialisi cronica intermittente, resa possibile dalla invenzione di Scribner dello shunt artero-venoso (precursore della fistola artero-venosa di alcuni anni dopo). A Seattle negli anni '60 venivano anche condotte, da Fred Boen e Henry Tenckhoff, gli studi sui meccanismi di correzione dell'uremia con dialisi peritoneale. L'osservazione dei risultati matematici e clinici offerta da entrambi i processi dialitici suggerirono al Dr. Scribner l'ipotesi cosiddetta delle "Medie Molecole" (o *square-meter-hour hypothesis*). Al termine di un soggiorno di due anni a Seattle, una analisi critica di questa ipotesi e dei fenomeni biofisici che avrebbero dovuto spiegare i buoni risultati della dialisi peritoneale nonostante la scarsa efficienza del trattamento terapeutico, suggerì a Cambi che il benessere clinico degli emodializzati poteva essere ottenuto rimodulando la durata e l'efficienza della seduta dialitica, rispettando rigorosamente il bilancio idroelettrolitico ed acido-base ma, sulla base delle esperienze in dialisi peritoneale, tollerando livelli predialitici di urea e creatinina più elevati. L'ipotesi di Cambi negava quindi la valenza clinica delle "Medie Molecole" (la cui rimozione richiedeva tempi lunghi di trattamento e bassa efficienza dialitica) e capovolgeva il significato della ipotesi di Scribner. I primi trials con "dialisi breve" (4 ore trisettimanali), iniziarono a Parma, sotto la responsabilità di Cambi, nel 1971, per proseguire nel 1972 e 1973. Fu anzi introdotta, sempre da Cambi, anche la variante di 3 ore a giorni alterni, che si rivelò nettamente superiore alla dialisi breve "standard", soprattutto nei pazienti critici (scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, instabilità vascolare). I risultati di quegli studi pionieristici per una dialisi accettabile da parte dei pazienti (4 ore x 3 alla settimana o 3 ore a giorni alterni) furono presentati ai Congressi dell'EDTA e pubblicati nei Proceedings dell'E.D.T.A degli anni '72, '73 e '74. I Proceedings (Atti dei Congressi) dell'EDTA nel 1986 vennero sostituiti dalla Rivista *Nephrology Dialysis Transplantation*. Cambi amava l'EDTA, come l'ho amata io (ne sono stato Segretario-Tesoriere, 1973-79 e Presidente, 1981-84). Ma non gli ho mai perdonato di avere pubblicato studi così importanti solo sui Proceedings! Se gli uremici da decenni dializzano solo 3-4 ore (anziché 8) x 3 alla settimana lo si deve a Cambi! Ma rileggere quei suoi studi è di estrema difficoltà! Nel mio piccolo ho cercato di riparare alla scarsa risonanza dei suoi studi. Come Editor della Serie *Topics in Renal Medicine* (Martinus Nijhoff), nel 1987 chiesi a Cambi di scrivere il libro *Short Dialysis*. Ne feci la presentazione che concludevo così: "I suoi grandi meriti non sono stati riconosciuti nemmeno nelle dettagliate revisioni storiche della dialisi (Volume di Drukker, Parsons e Maher, 1983). E questo è un vero peccato!" (VEA)




## Le Ricette aproteiche

In ogni numero di *FIR Notizie* verrà proposta una ricetta realizzata con prodotti aproteici. Chi vuole può inviare alla *FIR* altre Ricette. Verranno pubblicate con il nome dell'autore, ma solo se, provate, piaceranno!

### CIAMBELLA

Ingredienti: 300 g farina aproteica Aprotin; 4 uova fresche; 150 g zucchero; 150 g latte aproteico (bevanda dietetica aproteica Aprotin); 50 g burro; 1 bustina lievito vanigliato per dolci; 1 bustina Vanillina; 1 fialetta aroma limone; un pizzico di sale; zucchero a velo. Sciogliere il burro in un pentolino (preferibilmente a bagnomaria). Montare i tuorli delle 4 uova con lo zucchero sino ad ottenere un impasto schiumoso; incorporarvi il burro fuso freddo, la Vanillina, un po' di scorza di limone grattugiata e la farina aproteica Aprotin alternandola al latte aproteico a temperatura ambiente; mescolare aggiungendo il lievito. Montare gli albumi delle 4 uova a neve con un pizzico di sale ed incorporarli lentamente nel composto. Versare il tutto in teglia foderata di carta forno. Mettere nel forno già portato a 180°C per 10 min; poi ridurre la temperatura a 100°C per altri 25 min. Lasciare raffreddare; spolverizzare zucchero a velo.



Ogni 100 g di Ciambella: calorie 332; proteine 3 g; potassio 90 mg; fosforo 318 mg  
(Ricetta della Plasmon, eseguita da Gabriella, assaggiata ed approvata da Maria Vittoria)

### COME TRATTARE LA FISTOLA A-V:

#### La preparazione

"Anche nei pazienti che giungono al trattamento dialitico in condizioni di emergenza (i cosiddetti *late-referred*) si possono seguire ... semplici regole per evitare danni ai vasi che dovranno essere utilizzati per l'accesso vascolare definitivo. La dialisi ... [è] effettuata mediante ... un catetere venoso temporaneo generalmente nella vena Femorale o nella ... Giugulare ... E' opportuno evitare di utilizzare una vena dell'arto superiore quale *via di restituzione* del circuito extracorporeo mediante incannulazione con un ago da dialisi. Una vena non arterializzata ha ... una parete sottile e anche se l'incannulamento con ago da dialisi risulta agevole, non è generalmente in grado di sostenere un afflusso di sangue elevato né pressioni idrostatiche elevate... L'uso di tale vena ... può determinare la formazione di voluminosi ematomi che possono compromettere l'utilizzazione di estesi tratti venosi per l'accesso definitivo... Come fare...? Sono oggi disponibili apparecchiature per l'esecuzione della dialisi a singola cannula. ... E' possibile [così] eseguire un trattamento sufficientemente adeguato utilizzando un catetere monolumine. In alternativa possono essere utilizzati cateteri venosi a doppio lume..."

(A. Capuano, V.E. Andreucci, *La gestione pratica degli accessi vascolari per l'emodialisi extracorporea*, 2001 Forum Service Ed. S.c.a.r.l., Genova)

## I diritti dei malati in dialisi

Quali sono i diritti dei pazienti in trattamento dialitico cronico? (ci riferiamo ai pazienti in qualsiasi parte del mondo). Nessuno li ha mai elencati. Lo ha fatto il sottoscritto, Presidente della *FIR Onlus*. La *International Federation of Kidney Foundations (IFKF)*, cui la *FIR Onlus* è associata, creò, anni fa, un *Patient Advocacy Committee* nominando Presidente il sottoscritto. Il Comitato vedeva come altri Membri Siu-Fai Lui (Nefrologo di Hong Kong), Yehoshua Lustig (paziente uremico in dialisi in Israele) e David N.S. Kerr (famoso Nefrologo di Londra). Questo Comitato, su proposta del Presidente della *Federazione*, Joel D. Kopple, decise di produrre un documento sui *Diritti dei pazienti uremici cronici*. Il documento fu steso da me, modificato, corretto, integrato e migliorato dagli altri Membri del Comitato, infine sottoposto alla assemblea della *IFKF* per l'approvazione. Fu approvato all'unanimità.

Si pose poi il problema di rendere pubblico il documento, pubblicandolo su una Rivista nefrologica di provata serietà. Inviai il documento all'Editor della Rivista internazionale *Nephrology Dialysis Transplantation (NDT)*, Tilman B. Druke, per chiedergli se fosse interessato alla pubblicazione di siffatto documento. La risposta del Dr. Druke fu entusiasta! Nulla era stato pubblicato in merito nella letteratura mondiale! Chiese solo di trasformare il documento in una versione quanto più clinico-scientifica possibile e di sottoporlo alla Rivista per la pubblicazione. Mi avvisò che comunque il lavoro sarebbe stato giudicato da tre *Referees* (esperti scelti dall'Editor che giudicano se un lavoro è degno di pubblicazione).

Per la stesura di questo lavoro decisi di coinvolgere David N.S. Kerr, che aveva collaborato in maniera importante alla stesura del documento del Comitato, ed il Presidente della *Federazione*, Joel D. Kopple, che aveva creato il Comitato e proposto e revisionato il documento finale. Il lavoro fu così redatto ed inviato a *NDT*. Fu approvato dai *Referees*, in una forma limitata ai soli pazienti in dialisi, e pubblicato nel numero di Gennaio 2004 di *NDT*. Non è escluso che in un prossimo futuro pubblicheremo un documento sui diritti dei malati uremici non ancora in dialisi.

Ma come divulgare questi diritti tra le altre componenti della assistenza sanitaria? E soprattutto come informare i pazienti? La *FIR Onlus* ha pensato di farlo mediante *FIR Notizie*, a puntate, iniziando da questo numero. I diritti dei pazienti uremici in dialisi sono in tutto venti. Il primo, che viene qui riportato, si riferisce a *Necessità del trattamento dialitico e scelta dei pazienti*.

### **Diritto N. 1: selezione giusta**

In un mondo ideale tutti i pazienti che possono trarre vantaggi dalla terapia dialitica, devono avere la possibilità di ottenerla gratuitamente. Ma purtroppo si deve riconoscere che questo non è possibile in tutti i Paesi del mondo, essendoci Paesi così poveri che non possono permettersi di sostenere le spese, notevoli, della terapia dialitica a tutti coloro che ne necessitano. Diventa pertanto indispensabile una selezione. Ma questa deve basarsi su una regola: utilizzare le scarse risorse per fornire il massimo beneficio. Occorre selezionare pazienti che verosimilmente godranno di una buona qualità di vita. La selezione comunque non deve essere influenzata dalla razza, dal colore della pelle, dalla religione, dalla posizione sociale e di benessere o dalle idee politiche del paziente. Anche l'età non deve essere un criterio di selezione. La selezione va fatta sempre dal Nefrologo, l'unico che può stabilire la prognosi. Se l'unico modo per ottenere di essere dializzati è il pagamento della dialisi, ai pazienti che se lo possono permettere deve essere concessa questa possibilità.

I Centri di dialisi privati sono accettabili alla stessa stregua di quelli pubblici, purchè i pazienti siano trattati in maniera standard e senza costi addizionali.

(*NDT*, 19: 30-38, 2004)(continua)

Vittorio E. Andreucci

## Dialisi e Trapianti renali

Quanti sono i pazienti in dialisi? Negli USA 350.000 (un numero pari alla popolazione di Firenze), 1250/pmp (per milione popolazione). In Italia sono circa 900/pmp, quindi, su una popolazione di 50 milioni, ben 40.000 pazienti.

Non tutti i pazienti in trattamento dialitico possono essere sottoposti al trapianto di rene. Ne sono esclusi i pazienti anziani (in genere quelli di età superiore a 65 anni) e i pazienti con gravi patologie in altri organi od apparati.

La lista di attesa di trapianti renale in Italia, al 30.6.03, era di 7813 pazienti, con un tempo medio di attesa di 3,1 anni. Questa lunga attesa è legata alla scarsità di donazioni di organi a scopo trapianto da donatore cadavere. Le donazioni sono tuttavia notevolmente migliorate in epoca recente: nel 1992 erano 5,8 donazioni pmp; nel 2003 sono state 17,6 pmp. Restiamo tuttavia molto al di sotto della Spagna (33,7 pmp; dati relativi al 2002), ma anche al di sotto di Austria (23,8 pmp), Belgio (21,7 pmp), Portogallo (20,2 pmp), Francia (19,6 pmp). In Campania le donazioni, nel 2000 sono state 19, nel 2002 ben 44; riferendoci alla popolazione, hanno raggiunto 9,8 pmp nel 2003 (contro il 17,6 pmp nazionale). Secondo il Centro Nazionale Trapianti, oggi in Italia ci sono 20 donatori/pmp, in Spagna 32/pmp.

In Italia nel corso del 2003 sono stati eseguiti 1500 trapianti di rene. Sono stati 50 i trapianti renali effettuati nel 2003 in Campania (presso il Centro Trapianti dell'Università Federico II) contro i 20 del 2001 ed i 30 nel 2002. Quest'anno, sino al 1.4.2004, i trapianti a Napoli da donatore cadavere sono stati 29.

### **I Benefattori che effettueranno donazioni alla FIR**

**da Euro 100,00 in su, riceveranno dalla FIR un Diploma, saranno iscritti tra gli Associati della FIR e riceveranno regolarmente il periodico FIR Notizie.**

Con l'autorizzazione scritta del Benefattore, il suo nominativo apparirà su *FIR Notizie*.



### **Patrocinio della FIR a Congressi**

**1. "Dall'epidemiologia alla clinica delle malattie renali nel 3° millennio", Corso di Aggiornamento, Avellino, 16 Aprile 2004 (Dott. B. Di Iorio).**

**2. "La gestione dell'accesso vascolare e del catetere peritoneale nei trattamenti sostitutivi", 2° Corso di Aggiornamento Personale Sanitario, Imperia, 6-8 Maggio 2004 (Prof. F. Cavatorta): **Presidente del Corso: il Presidente della FIR Onlus.****

**3. "Terzo Convegno della Prevenzione in Nefrologia e Dialisi", Mantova, 8-9 Maggio 2004 (Dott. R. Tarchini)**

**4. "Terzo Congresso Nefrologico Città di Palmi", Villa S. Giovanni 12-13 Maggio 2004 (Dott. V. Rondanini).**

