

Fondazione Italiana del Rene

ONLUS



FIR Notizie

Anno 4 N. 6 Marzo 2005

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@yahoo.it

Direttore Responsabile: Dott. Luca Gentile
Direttore Scientifico: Prof. Vittorio E. Andreucci
Registrazione Tribunale di Napoli n° 5326 del 5.10.2002
Tipografia: Perrotti, Napoli N° copie 5000

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

Esteso a tutta Italia il progetto "Prevenzione delle Malattie Renali"

Dopo l'esperienza di Napoli, in cui, per la prima volta in Italia, si è attuata una indagine sulla presenza di ipertensione e/o proteinuria nei passanti di una piazza, la *FIR Onlus* ha esteso il progetto a 11 città italiane con l'impegno di Coordinatori locali: **Milano** (con il Prof. D. Brancaccio, Vicepresidente della *FIR* e Prof. di Nefrologia presso l'Ospedale San Paolo), **Casale Monferrato (AL)** (con il Dott. M. Gonella ed il Prof. G. Piccoli), **Imperia** (con il Prof. F. Cavatorta, Primario Nefrologo dell'Ospedale), **Perugia** (con il Prof. U. Buoncristiani, Primario Nefrologo dell'Ospedale), **Napoli** (con il Presidente della *FIR* ed il Prof. D. Russo dell'Università Federico II), **Avellino** (con il Dott. B. Di Iorio, Primario Nefrologo dell'Ospedale di Solofra), **Caserta** (con la Dott.ssa L. D'Apice, Primario Nefrologo dell'Ospedale), **Foggia** (con il Prof. L. Gesualdo, Professore di Nefrologia, Università), **Messina** (con il Prof. G. Bellinghieri, Professore di Nefrologia, Università), **Milazzo** (con il Dott. B. Ricciardi, Primario Nefrologo dell'Ospedale), **Siracusa** (con il Dott. T. Gianni, già Primario Nefrologo dell'Ospedale). A **Casale Monferrato**, la PA e le urine verranno controllate GRATUITAMENTE nell'Ambulatorio di Nefrologia e Dialisi (Primario Dott. M. Gonella) dell'Ospedale S. Spirito (ASL21 di Casale) **dall'8 al 10 Aprile**. Nelle altre città un tir attrezzato stazionerà in una piazza di grande traffico e personale medico effettuerà GRATUITAMENTE il controllo della PA e l'esame delle urine. Il tir inizierà il suo giro d'Italia ad **Imperia (dal 3 al 6 Giugno)**, per continuare poi a **Perugia (dal 9 al 12 Giugno)**, a **Caserta-Marcianise (dal 15 al 18 Giugno)**, a **Napoli (dal 21 al 24 Giugno)**, ad **Avellino (dal 26 al 29 Giugno)**; si trasferirà poi a **Messina (dal 2 al 5 Luglio)**.

Vademecum Centri Dialisi Italiani della FIR Onlus

Agli iscritti al Corso del S. Carlo di Milano è stato consegnato il volume **Centri Dialisi Italiani** che la *FIR Onlus* aveva appena pubblicato. Dopo tanti anni abbiamo finalmente un elenco dei Centri di dialisi con telefono, fax ed e-mails (Segnalare correzioni e modifiche alla *FIR Onlus*).



La tappa successiva sarà **Milazzo (dal 7 al 10 Luglio)**, quindi **Siracusa (dal 13 al 16 Luglio)**. Il tir si porterà poi in Puglia a **Foggia (dal 20 al 23 Luglio)**, per terminare il suo giro a **Milano (dal 26 al 29 Luglio)**. Tutti coloro cui verrà riscontrata proteinuria e/o ipertensione saranno poi avviati a controlli successivi con visite mediche ed eventualmente analisi del sangue. Così, per esempio, a Napoli il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria ha dato il suo assenso per visite gratuite nell'Ambulatorio di Nefrologia.



Conferenze del Presidente su "Prevenzione delle Malattie Renali"

(1) **Capriati a Volturno, (CE), Sala del Consiglio Comunale, 8 Gennaio 2005**, su invito del Sindaco, Dott. Antonio Graziano -
(2) **Catanzaro, Sala del Consiglio Comunale, 5 Marzo 2005**, su invito del Dott. G. Mazzitello, Rappresentante della *FIR* in Calabria. Numerosa la partecipazione del pubblico. Molti i nuovi iscritti alla *FIR Onlus*.

La FIR Onlus chiede modifiche sulle restrizioni all'uso dell'Eritropoietina negli uremici cronici

La Nota 12 del CUF, diffusa dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (G.U. n. 259 del 4.11.04), relativamente all'uso dell'Eritropoietina, recita: «La prescrizione a carico del SSN ... è limitata al ... trattamento dell'anemia (Hb<11 g/dl) associata a IRC in bambini e in adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo; quando Hb >12 g/dl il trattamento deve essere interrotto...». Contro tale Nota il Presidente della FIR Onlus, sollecitato da molti pazienti uremici, ha inviato all'AIFA una lettera nella quale, «a nome e per conto della **Fondazione Italiana del Rene Onlus e dei pazienti che essa rappresenta ed a nome mio personale nella mia qualità di esperto tecnico (sono anche Professore Ordinario di Nefrologia dell'Università), chiedo di modificare l'attuale formulazione del testo della nota 12. Le modifiche suggerite sono: (A) L'intervallo target sia ampliato da 11-12 g/dl a 11-13 g/dl (B) Sia il medico Nefrologo a valutare i valori medi di Hb su un monitoraggio di almeno 3 mesi e sia sempre il medico Nefrologo a decidere sulla prescrizione terapeutica (C) Sia sostituita la frase: «quando Hb >12 g/dl il trattamento deve essere interrotto...» con «quando Hb >13 g/dl i dosaggi del trattamento devono essere ridotti per decisione del medico Nefrologo»»**

La FIR Onlus augura a tutti una BUONA PASQUA



Cosimo Bocchetti era un infermiere serio, volenteroso, innamorato della sua professione. Assegnato al Centro di Dialisi Peritoneale della Cattedra di Nefrologia dell'Università Federico II di Napoli, si era impegnato a fondo in tale attività. Purtroppo una morte improvvisa lo ha strappato prematuramente alla sua famiglia ed a tutti noi che gli volevamo bene.

Abbiamo allora deciso di dedicare a lui il Centro di Dialisi Peritoneale. L'8.6.04 il Prof. V.E. Andreucci, il Direttore Generale dell'Azienda Dr. C. Marmo, il Direttore Sanitario, Dott.ssa MV Scafarto, il Preside della Facoltà di Medicina Prof. A. Rubino (nell'ordine nella foto) ed il Prof. B. Memoli hanno scoperto una targa dinnanzi a moglie (infermiera), familiari, medici, infermieri e pazienti commossi.



Le Ricette aproteiche

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

FOCACCIA APROTEICA

Ingredienti: 350 g. farina aproteica Aprotin; 60 g (una tazzina da caffè) latte normale scremato; 20 g (due cucchiari rasi) olio di oliva; ½ bustina (circa 10 g) di lievito pane degli Angeli vanigliato (Paneangeli); acqua quanto basta. Sciogliere il lievito nel latte scremato tiepido ed aggiungere zucchero (1/2 cucchiaino da caffè). Disporre la farina a fontana; aggiungere al centro il latte scremato (con il lievito disciolto), l'olio ed impastare aggiungendo gradatamente acqua per evitare grumi fino a quando compaiono bollicine d'aria e l'impasto è morbido. Stendere l'impasto ottenuto in una teglia con fondo unto d'olio. Cospargere la superficie della focaccia di timo, origano e d'olio d'oliva (un cucchiaino). Mettere nel forno caldo (180°C) per 30 min. Dividere la focaccia in 4 porzioni. Ogni porzione fornisce: calorie 370; proteine 1,4 g; potassio 48 mg; fosforo 14 mg --- (Valutazione Dott.ssa Brunella Guida). (Ricetta della Sig.a Angela, eseguita da Gabriella, assaggiata ed approvata da Maria Vittoria)



COME TRATTARE LA FISTOLA A-V Monitoraggio della fistola dopo l'intervento chirurgico

“Nel corso della prima medicazione valutare le condizioni della ferita, l'eventuale presenza di ematoma, l'arrossamento dei margini o la presenza di secrezioni. Nel sospetto di infezione (intenso arrossamento, secrezione sieropurulenta) deve essere istituita terapia con antibiotici. Il paziente va ospedalizzato per il rischio di rottura dell'anastomosi e conseguente emorragia, pericoli che rendono necessario un monitoraggio quotidiano. I punti di sutura vanno generalmente rimossi dopo 8-10 giorni. Non somministriamo antibiotici a scopo preventivo nel post-operatorio a meno che (a) vi sia concomitanza di infezioni in altre sedi, (b) l'intervento sia stato laborioso o (c) i pazienti siano particolarmente immunodepressi. L'uso di anti-aggreganti o anti-coagulanti (eparina) nell'immediato post-operatorio va stabilita dall'operatore chirurgico in relazione ad eventuali problematiche riscontrate durante l'intervento che esponano a rischio di trombosi precoce. La prevenzione delle trombosi tardive con anti-aggreganti va limitata ai casi con rischio trombotico generale (diabete, gravi arteriopatie, stati infiammatori cronici con elevato fibrinogeno, ipotensione cronica, etc.) o quando si siano verificati episodi trombotici a carico di precedenti accessi vascolari.”

(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)

(continua)

Istituzione della FIR Affiliata di Imperia e della FIR Affiliata del Piemonte

L'Assemblea della FIR Onlus tenutasi a Milano il 10.12.04 ha approvato all'unanimità la *Delibera Straordinaria* di costituzione della FIR Affiliata di Imperia e della FIR Affiliata del Piemonte. La FIR Affiliata di Imperia ha come Presidente il Dott. A. Saso, Vice-Sindaco di Imperia; Membri del Comitato Scientifico sono il Prof. Fosco Cavatorta e le Infermiere Sig.re M. Ball e S. Bordignon. La FIR Affiliata del Piemonte ha avuto come promotori: la Dott.ssa F. Giacchino, il Dott. A. Jeantet, la Dott.ssa G.B. Piccoli, il Prof. G. Piccoli, il Dott. R. Ragni, il Dott. F. Rossa, il Prof. G. Segoloni. Presidente è il Prof. Giuseppe Piccoli.

I diritti dei malati in dialisi

Continuiamo a riportare i *Diritti dei pazienti uremici cronici* pubblicati su NDT, 19:30, 2004 (V.E. Andreucci, D.N.S. Kerr e J.D. Kopple)

Diritto N. 4: privacy ed autonomia

Discussioni, consultazioni, visite e prescrizioni terapeutiche devono essere effettuate in modo da proteggere la privacy del paziente; tutte le comunicazioni e le cartelle che riguardano la sua assistenza devono essere trattate con riservatezza dallo staff medico e paramedico. I pazienti hanno il diritto di conoscere i nomi dei medici, degli infermieri e di tutti coloro che sono coinvolti nella loro assistenza. Hanno il diritto di (i) rifiutare una terapia consigliata ed essere informati delle conseguenze mediche di questo rifiuto; (ii) rifiutare od accettare di partecipare a programmi di ricerca, con il diritto di essere dettagliatamente informati prima di dare il consenso; (iii) essere trattati con rispetto, dignità, cortesia, comprensione e sensibilità culturale; (iv) ricevere in forma comprensibile ogni spiegazione sulla terapia e sulle possibili complicazioni, con tempo sufficiente per porre domande e ricevere le relative risposte; (v) chiedere un'altra opinione circa una determinata terapia mediante consulto di altro specialista; (vi) indicare i familiari o gli amici da tenere informati sulle loro condizioni cliniche; (vii) essere informati circa i nomi, le dosi, le indicazioni e gli effetti collaterali di tutti i farmaci prescritti; (viii) essere informati nei dettagli sui risultati delle analisi di laboratorio e dei tests cui vengono sottoposti.”

(Continua)

L'importanza del Dietista in Nefrologia

Il 30.10.04 si è tenuta a San Benedetto del Tronto il 1° Corso di Aggiornamento “L'Assistenza Nutrizionale del Paziente Nefropatico” organizzato dall'ANDID (Associazione Nazionale Dietisti); la presenza di Medici e Dietisti è stata numerosa. La sessione del mattino, è stata aperta dal Dr. F. Manenti con ‘Storia naturale dell'IRC’; i Dr. G. Bedogni e G. Quintaliani hanno parlato delle evidenze scientifiche dell'intervento nutrizionale e le Dietiste A.L. Fantuzzi e F. Pasticci della applicazione nella pratica. La Dott.ssa P. Carletti ha illustrato il “Profilo di assistenza per il paziente uremico cronico” presentato nel piano Sanitario 2003-2006 della Regione Marche; a nome della Regione si è impegnata a promuoverne in tempi brevi la messa a regime. Nel documento sono stati messi in evidenza il ruolo della terapia nutrizionale, il monitoraggio dello stato nutrizionale, la professionalità e il valore della presenza del Dietista nel team nefrologico. In particolare si è definito il “bisogno” del Dietista in ogni Centro di Nefrologia, 1 ogni 150 pazienti uremici. Nel pomeriggio la Dott.ssa Di Stasi ha svolto una relazione sugli aspetti socio-economici della dieta ipoproteica negli uremici cronici in terapia conservativa. E' stato messo in evidenza come tale trattamento porti a notevoli vantaggi. (1) per la società, in quanto il rinvio dell'inizio della terapia sostitutiva si traduce in una riduzione dei costi assistenziali; (2) per il paziente, perché la dieta ipoproteica, gestita da un Dietista esperto, è in grado di migliorare la qualità di vita del paziente. Infine il Dr. Budelli ha illustrato come utilizzare, nella pratica, la farina ipoproteica per preparare pane, pizza e dolci e la Dietista Tundo ha dimostrato come i prodotti ipoproteici possano essere inseriti nella tipica alimentazione mediterranea. L'ANDID ringrazia calorosamente la FIR Onlus che ha concesso il suo prezioso patrocinio alla iniziativa.

Anna Laura Fantuzzi (Segretario nazionale)

Franca Pasticci (Comitato Direttivo ANDID)

Un po' di storia della Nefrologia



Come nacque il Catetere Venoso Centrale di Tesio: Tesio Cath

Franco Tesio è nato ad Amman, quando la Giordania era un protettorato inglese, da genitori Torinesi. Il padre, Medico, si era recato in Giordania nel 1922 per l'Associazione Missionaria “Italica Gens” a fondare una catena di Ospedali. F. Tesio è sempre stato cittadino italiano con passaporto italiano, ha frequentato le scuole in Italia, la Facoltà di Medicina a Torino, la Specializzazione in Nefrologia a Roma. Da studente in Medicina aveva appreso dalla Suora della Chirurgia la manualità nell'uso dei ferri chirurgici. Scelse poi la Nefrologia; ma l'esperienza chirurgica lo portò ad interessarsi agli accessi vascolari ed all'uso dei cateteri venosi centrali (CVC). Un primo salto di qualità nei CVC si ebbe negli anni '70 con un catetere a due lumi coassiali. Seguì un catetere a due lumi paralleli fissato sottocute da un anello in dacron. Ma le complicazioni (malfunzionamento, ostruzioni trombotiche, sepsi) erano frequenti. Negli anni '80 i CVC a lunga permanenza con portata ematica adeguata alle nuove strategie dialitiche divennero una necessità, spesso l'unica possibilità di accesso vascolare. Tesio affrontò il problema considerando tre punti: (A) *Materiale della cannula*. C'erano due possibilità: una miscela di poliuretani, ad alta ma incostante biotolleranza, ed il silicone, meno biocompatibile ma stabile, che trattato in modo opportuno (spi-silicone) perdeva la rugosità superficiale riducendo l'adesività di piastrine, batteri, miceti e virus. Fu scelto lo spi-silicone. - (B) *Via di accesso*. L'inserimento di una cannula in un vaso ne causa danni per lacerazione all'ingresso e lesioni per l'irritazione sulle pareti dovuta al movimento degli arti ed al battito cardiaco. L'accesso nella vena succlavia ha tre punti critici di lesione: (i) all'entrata del catetere nella succlavia (ii) dove il catetere poggia sulla parete opposta all'ingresso e (iii) sulla parete della giugulare dove poggia per curvare verso l'atrio. L'irritazione flogistica della parete ed il percorso curvilineo del catetere nel vaso provocano stenosi serrate. La puntura della vena giugulare interna destra non ha contatti irritativi con la parete venosa tranne che nel punto di penetrazione: la via di elezione era questa. - (C) *Tipo di cannula*. Tesio pensò ad una cannula senza raccordo esterno montato; questo poteva essere collegato dopo il posizionamento nel tragitto sottocutaneo. Uno studio di Tesio (Lancet, 1989) dimostrò che la proliferazione batterica pericannulare veniva ridotta mediante un percorso sottocutaneo (tunnelizzazione) diretto dall'alto verso il basso per 6-8 cm, parallelamente allo sterno. Nell'86 B. Canaud pubblicò un accesso ai vasi centrali con due cannule separate in silicone: la doppia puntura della vena con due fori disassati di piccolo calibro è meno lesiva della larga lesione da singolo catetere a due vie; le cannule posizionate a livelli diversi riducevano il ricircolo ematico; era poi possibile sostituire una singola cannula malfunzionante senza rimuovere l'altra, da sola idonea ad un programma dialitico con il sistema monoago. Tesio si precipitò a Montpellier, constatò la validità del processo, rientra a Pordenone, acquista un tubo in silicone da 2 mm di diametro, una pinza da calzolaio per fare dei fori a spirale lungo gli ultimi 4 cm e prepara i primi cateteri per due pazienti ormai “all'ultima spiaggia”: risultati brillanti! Ma solo nel 1991, con 32 casi, Tesio convince l'americana Medcomp a produrre i suoi cateteri. Nell'Agosto 2004 su *Nephrology, Dialysis, Transplantation* una casistica (628 casi) del S. Mary Hospital di Londra ha confermato il catetere di Tesio come il migliore CVC attualmente disponibile. (VEA)

Patrocinio della FIR a Congressi

1. “L'assistenza nutrizionale del paziente nefropatico” Torino, 29 Gennaio 2005 (Corso di aggiornamento ANDID-Associazione Nazionale Dietisti)

2. “7th Taormina Course on Nephrology”, Taormina, 20-22 Ottobre 2005 (Prof. Guido Bellinghieri)

