

# Fondazione Italiana del Rene

ONLUS



## FIR Notizie

Anno 5 N. 10 Ottobre 2006

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

### Giovedì 8 Marzo 2007 Giornata Mondiale del Rene

Anche nel 2007 la FIR, su mandato della IFKF, sta organizzando in Italia la Giornata Mondiale del Rene. Tra le iniziative, il progetto del TIR *Prevenzione delle Malattie Renali* esteso a molte città e cittadine d'Italia, simultaneamente, l'8 Marzo. Chi desidera partecipare contatti subito il Presidente. Ulteriori notizie sul sito web della FIR: [www.fondazioneitalianadelrene.org](http://www.fondazioneitalianadelrene.org)

Il progetto "Prevenzione delle Malattie Renali 2005" con il giro d'Italia del TIR ha avuto un enorme successo. I dati sono in elaborazione statistica per una pubblicazione che coinvolgerà, come autori, coloro che hanno organizzato l'attività del TIR. Nel 2007 ripeteremo il progetto nella *Giornata Mondiale del Rene 2007, Giovedì 8 Marzo 2007*. La FIR si accollerà le spese; provvederà alla divulgazione dell'iniziativa (es. acquisto di spazio sul *Corriere della Sera*), alla stampa di un Poster per le singole postazioni e di depliant, a fornire le schede ed il file in Excel per la registrazione dei dati. La FIR fornirà ai Coordinatori locali istruzioni e consigli, procederà alla raccolta dei dati, alla loro elaborazione per una pubblicazione con autori tutti coloro che avranno organizzato localmente il progetto. L'attività svolta verrà inserita nei siti web della FIR e del *World Kidney Day* sia della *International Society of Nephrology* che della *International Federation of Kidney Foundations (IFKF)*.

Per finanziare la FIR Onlus senza spesa (si tratta di assegnarle il 5 per mille di una tassa che va pagata comunque) basterà apporre nel modello CUD, o nel 730 o nell'UNICO della Dichiarazione dei Redditi il Codice Fiscale 94216060635 della FIR Onlus.

Sinora hanno aderito al progetto 2007 i seguenti Colleghi: **Amato Marcello** (Prato), **Amendola Giovanni** (Cetraro), **Antonelli Alessandro** (Lucca), **Auricchio M. Rita** (Castellammare di Stabia), **Avella Ferdinando** (Nola), **Bellinghieri Guido** (Messina), **Brancaccio Diego** (Milano), **Buzio Carlo** (Parma), **Castellino Pietro** (Catania), **Casu Maria D.** (Alghero), **Cavatorta Fosco** (Imperia), **D'Apice Ludovica** (Caserta), **Deferrari Giacomo** (Genova), **De Simone Walter** (Avellino), **Di Iorio Biagio** (Solofra), **Di Landro Domenico** (Catania), **Di Luca Domenico** (Venafrò), **Fatuzzo Pasquale Mario** (Catania), **Gallucci Mario** (Lecce), **Gesualdo Loreto** (Foggia), **Giannattasio Michele** (Foggia), **Giannetto Giuseppina** (Caltagirone), **Gianni Salvatore** (Siracusa), **Li Vecchi Maurizio** (Palermo), **Lusenti Tiziano** (Reggio Emilia), **Marrocco Antonino** (Trapani), **Montanaro Domenico** (Udine), **Morrone Luigi** (Benevento), **Parravano Mauro** (Sora), **Pecoraro Carmine** (Napoli), **Perfumo Francesco** (Genova), **Pizzini Mario** (Paola), **Ricciardi Biagio** (Milazzo), **Rondanini Vincenzo** (Palmi Calabria), **Russo Domenico** (Napoli), **Scarpino Lorenzo** (Castrovillari), **Selvi Antonio** (Perugia), **Timio Mario** (Foligno). MA E' ANCORA POSSIBILE ADERIRE AL PROGETTO! Chi lo desidera contatti subito il Presidente della FIR Onlus.

**SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF Per scegliere, FIRMARE**

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

Codice fiscale del Beneficiario (eventuale)

9 | 4 | 2 | 1 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 3 | 5

## IFKF Conference ai Giardini Naxos (7-10/6/06)

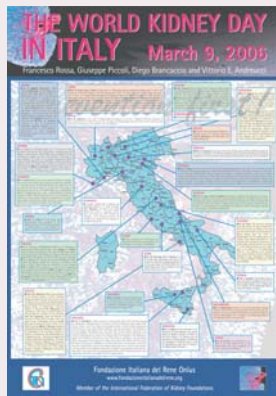
I risultati del Progetto "Prevenzione delle Malattie Renali 2005" (con il giro d'Italia del TIR), elaborati dall'Epidemiologo Dr. Andrea Galassi, sono stati presentati al Congresso della *International Federation of Kidney Foundations (IFKF)* su invito del Presidente Sudhir V. Shah. Due le relazioni del Prof. Andreucci: (1) "Prevention of Chronic Kidney Disease: Proposal of a strategy. Experience in Italy" e (2)



"Health delivery issues". Le due relazioni hanno riscosso un enorme successo. Ai Giardini Naxos erano presenti il Dott. F. Rossa (a destra nella foto) ed

il Presidente della *FIR Onlus*. Nell'occasione è stato presentato un Poster con tutte le attività svolte nella

**Giornata Mondiale del Rene 2006.** Nel Poster (foto) sono indicate tutte le città Italiane coinvolte nella *Giornata Mondiale del Rene 2006*. Il Poster, in formato ridotto (A3) verrà inviato a chiunque ne faccia richiesta o consegnato alla postazione della *FIR Onlus* in occasione del Corso di Aggiornamento del S. Carlo a Milano (7-10 Dicembre 2006).



## Ricordo di Alberto Amerio e Roberto Ragni

In questi mesi la Nefrologia Italiana ha perso due persone che godevano della stima di tutti e dell'amicizia di molti: il Prof. A. Amerio e il Dott. R. Ragni. Al Prof. Amerio, Maestro del Prof. A. Vercellone, si deve la nascita della Nefrologia in Torino, dove aveva studiato e iniziato la carriera di medico e studioso, e poi, dopo il trasferimento a Bari, della Nefrologia Universitaria italiana. Impareggiabile insegnante di vita e di medicina, attento e acuto ricercatore, è stato autore di studi originali e innovativi sulla funzione renale, sull'IRA e su numerose nefropatie. Chi ha avuto la fortuna di conoscerlo ne ricorda la straordinaria bontà, l'intransigente onestà, la profonda cultura e la garbata arguzia. Il Dott. Ragni è stato per più decenni una delle persone di maggior valore e importanza della Scuola Nefrologica Torinese. Pioniere del trattamento dialitico nei pazienti acuti e cronici, nefrologo di grande competenza, dotato di spiccato senso clinico, di solida cultura, di preziose capacità organizzative anche a livello nazionale, ha saputo abbinare la forza della personalità a una rara riservatezza e si è fatto stimare e amare da tutti coloro che hanno avuto la fortuna di conoscerlo. La FIR li ricorda entrambi per quanto hanno fatto come insegnanti, come direttori di unità nefrologiche prestigiose e per quanto hanno dato ai Pazienti, alla Nefrologia, ai Colleghi. (Giuseppe Piccoli)



## 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!

### TORTA DI MELE SBRICCIOLATA

Ingredienti: 270 g di mele Golden sbucciate e tagliate a fette non troppo sottili; 60 g di burro tenuto a temperatura ambiente; 100 g di farina aproteica Aprotin; 70 g di zucchero di canna; 1 cucchiaino (da caffè) di cannella in polvere; un pizzico di sale da cucina; succo di un limone (spremuta di limone).

Ungere il fondo della teglia con il burro. Mettervi le fettine di mele bagnate nel succo di limone. Livellare la superficie. Impastare a parte la farina aproteica con il burro, lo zucchero di canna, la cannella ed un po' di sale. Sbriciolare l'impasto al di sopra delle mele nella teglia, distribuendolo uniformemente su tutta la superficie, premendo con le dita l'impasto sbriciolato sulle mele. Mettere in forno preriscaldato a 200°C e lasciarvelo per circa 20 minuti (la superficie deve diventare dorata). Lasciare raffreddare e servire.

100 g di torta finita: calorie 240; proteine 0,4 g; carboidrati 37 g; fibra 1 g; potassio 8,5 mg; fosforo 10 mg (Valutazione eseguita dalla Dott.ssa Brunella Guida) (Ricetta realizzata ed eseguita da Gabriella, assaggiata ed approvata da Maria Vittoria)



### COME TRATTARE LA FISTOLA A-V: Le sedi di venipuntura

Vanno scelte accuratamente. E' bene mantenere una adeguata distanza dall'anastomosi vascolare. Un ematoma da stravasamento sulla vena a pochi centimetri dall'anastomosi può infatti causare una compressione della vena (che è favorita dalla compressione dell'operatore per arrestare lo stravasamento) che può determinare la trombosi acuta dell'accesso... Peraltro venipunture troppo vicine all'anastomosi possono predisporre alle stenosi venose post-anastomotiche e al malfunzionamento dell'accesso. L'ago arterioso va preferibilmente infisso, in una fistola radio-cefalica "giovane", a una distanza di 8-10 cm dall'anastomosi (mai a meno di 4-5 cm). In presenza di due buoni vasi subito distalmente alla piega del gomito, può essere conveniente, nelle prime sedute dialitiche, utilizzare tali vasi per evitare eccessivi traumatismi. In questa sede i vasi sono meno mobili, più robusti e più superficiali che nell'avambraccio e la venipuntura è più agevole.

(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

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 6: un Centro dialisi bene attrezzato**

Ogni rene artificiale deve essere sottoposto a manutenzione e ad eventuali riparazioni da uno staff tecnico qualificato e sostituito quando troppo datato; in Italia, in alcune Regioni, è raccomandata la sostituzione dopo 8 anni. Ogni Centro dialisi deve avere un rene artificiale di scorta per ogni 10 reni artificiali in uso. E' obbligatorio il trattamento dell'acqua e devono essere usati tubi di materiale non tossico per il trasporto dell'acqua purificata al rene artificiale. Tutto il sistema deve essere sottoposto a sterilizzazione periodica. Tests per Epatite virale devono essere effettuati ogni 3 mesi in tutti i pazienti. I pazienti HBsAg-positivi andrebbero dializzati in un ambiente dialitico separato con reni artificiali dedicati. I pazienti con il virus dell'epatite C ed i portatori di HIV possono essere trattati in normali Centri dialisi, ma con reni artificiali dedicati. Si riporta, come esempio in Italia, il regolamento dei Centri di dialisi dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania: ogni Centro dialisi deve avere da 8 a 20 posti dialisi, possibilmente in un'ampia sala singola con almeno 8 metri quadrati per ciascun posto dialisi, un grande deposito per materiale a perdere, servizi igienici e spogliatoi separati per pazienti maschi e femmine e per lo staff di sesso maschile e femminile, una sala d'attesa per pazienti e loro familiari ed uno spazio adeguato per i rifiuti settici e normali. *(Continua)*

## DOPPS: I cateteri come accesso vascolare

DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) ha studiato gli accessi vascolari in USA e in 11 altri Paesi.

### **Catetere verso la Fistola Artero-Venosa (FAV)**

Alcuni pz in dialisi preferiscono un catetere alla FAV per evitare le ripetute punture richieste dalla fistola. Ma la FAV ha molti vantaggi rispetto al catetere. Es. si associa a minore frequenza di infezioni ed a maggior durata dell'accesso vascolare. La maggior frequenza (da 5 a 8 volte) di infezioni con il catetere porta a maggiore ospedalizzazione. I Centri Dialisi in cui si usano più spesso i cateteri mostrano una ospedalizzazione da infezioni 50-60% maggiore dei Centri in cui l'uso del catetere non è frequente. Il rischio di mortalità è 17-23% più alto nei Centri Dialisi in cui >14% dei pz usa il catetere rispetto ai Centri in cui lo usano <7%. La FAV può funzionare per anni senza complicazioni, ma il precedente uso di un catetere può influenzarne la sopravvivenza. DOPPS ha dimostrato una sopravvivenza <40-50% della prima fistola se il pz era stato già dializzato con catetere. Questo suggerisce di iniziare l'emodialisi con una FAV. Le Linee Guida della NKF raccomandano che <10% dei pazienti dei Centri dializzanti con catetere, che una FAV sia usata come accesso vascolare nella maggior parte dei pazienti. I cateteri sono necessari quando una FAV non sia stata ancora creata ma la terapia dialitica è ormai necessaria o dopo più falliti tentativi di creare una FAV. (Ronald L. Pisoni, PhD, MS, Senior Research Scientist and Director of DOPPS Analytic Support Arbor Research Collaborative for Health, Ann Arbor, MI, USA)

## Prevenzione Malattie Renali nella popolazione

L'individuazione precoce dei soggetti con ipertensione arteriosa (IPA), Diabete Mellito (DM) ed alterazioni urinarie può prevenire le malattie renali. Abbiamo ricercato IPA, DM ed alterazioni urinarie in passanti di una grande piazza di Napoli. Veniva rilevata la pressione arteriosa (PA) e testate le urine per proteine, glucosio, leucociti ed emazie. Partecipanti: 698. Il 77% erano o erano stati fumatori. Il 70% mostrò IPA non ostante fossero in terapia anti-ipertensiva (TAI). IPA fu riscontrata per la prima volta in 154 soggetti e confermata poi nel 28%; 23 partecipanti non si sottoposero ad ulteriori controlli benchè sollecitati. Proteinuria fu trovata nel 18% dei nuovi ipertesi. IPA fu trovata per la prima volta (e poi confermata) in 14 su 18 diabetici. Alterazioni urinarie erano presenti in più della metà dei partecipanti specie nelle donne e nei diabetici. I diabetici erano 55; nonostante la terapia, una glicosuria era presente in quasi un terzo. Glicosuria trovata in 6 soggetti che non avevano storia di DM (0,9% del totale). Questi dati dimostrano: (a) molti non sanno di avere IPA; (b) la TAI è spesso inadeguata, specie nei diabetici; (c) anomalie urinarie sono spesso presenti in normali; (d) vanno supportati i progetti finalizzati alla individuazione di IPA, DM ed alterazioni urinarie; (e) l'uso di un TIR attrezzato parcheggiato in aree residenziali delle città è un metodo utile alla valutazione della PA ed all'esame di un campione di urine in soggetti ignari di essere malati (*Abstract del lavoro sul progetto Prevenzione Malattie Renali 2004, Napoli. In stampa, Russo et al. Journal of Nephrology, 2006*)

### **Consapevolezza/prevalenza di ipertensione arteriosa (IPA) e di fattori di rischio: uno studio osservazionale su 3757 soggetti**

A Galassi, D Brancaccio, M Cozzolino, G Piccoli, G Bellinghieri, U Buoncristiani, F Cavatorta, L D'Apice, BR Di Iorio, L Gesualdo, S Gianni, B Ricciardi and VE Andreucci. La consapevolezza dell'IPA e dei fattori di rischio cardiovascolare (CV) è importante obiettivo per prevenire la malattia CV. Abbiamo studiato: 1) consapevolezza della popolazione su pressione arteriosa (PA) e discrepanza con il reale valore della propria PA; 2) prevalenza dei soggetti inconsapevoli di avere IPA, microalbuminuria (MA) o BMI  $\geq 25$ ; 3) stima dell'adeguatezza della terapia anti-ipertensiva (TAI); 4) efficacia di un programma osservazionale di 7 giorni. Un TIR attrezzato ha stazionato in 13 piazze. I passanti rispondevano ad un questionario su tradizionali fattori di rischio CV, presenza di IPA, TAI in atto e presenza di Diabete Mellito (DM). Si procedeva poi alla misurazione di PA e proteinuria con dip-sticks. Valutati 3757 soggetti: età media  $56 \pm 16$  anni, 2270 maschi (60%), BMI  $26 \pm 4$  Kg/m<sup>2</sup>, 397 dichiaratisi affetti da DM (11%). Prevalenza IPA (PA sistolica  $\geq 140$  e/o PA diastolica  $\geq 90$  mm Hg) del 39% (in 1473 soggetti, PA sist.  $148 \pm 15$ , PA diast.  $87 \pm 9$  mm Hg); su 2353 soggetti (63%) dichiaratisi normotesi, 620 (26%) erano ipertesi; su 1404 soggetti (37%) dichiaratisi ipertesi, 853 (61%) confermati ipertesi (IPA *mal controllata*). Dei 1473 ipertesi, 720 (49%) erano in TAI. Dei 2284 trovati normotesi, 484 (21%) erano in TAI. Prevalenza MA: 14% (564 soggetti); 70% di questi non era in terapia. Dei 1389 soggetti che non avevano DM e riferivano di non avere IPA, 267 (8% del totale) avevano MA, 546 (15% del totale) IPA e 1084 (29% del totale) un BMI  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>. Dei 1389 ipertesi solo 15 (0,7%) erano in TAI. Conclusioni: una elevata percentuale dei passanti era inconsapevole di avere IPA; molti ipertesi non erano trattati adeguatamente; la MA è sottostimata e deve rappresentare un obiettivo nei programmi di prevenzione. (*Abstract presentato all'ASN, 39th Annual Meeting, S. Diego, 14-19.11.06. Progetto Prevenzione Malattie Renali, 2005. Autori sono tutti i Coordinatori locali del Progetto*).

