

*...ma vorrei che le nuove leve
continuassero ad avere il coraggio
di fare le cose che ritengono giuste
anche se nuove,
e con questo messaggio vi ringrazio.*

A cura di Giordina B. Piccoli

*fotografie di
Saverio Colella - Giordina B. Piccoli*

Antonio Vercellone
UNA LEZIONE

TECA EDITRICE



Il professor Antonio Vercellone è uno dei grandi pionieri della Nefrologia italiana. Dalla sua laurea, nel 1948, si è occupato di tutti i principali aspetti di nefrologia, dialisi e trapianto. Per oltre vent'anni è stato direttore della Cattedra di Nefrologia dell'Università di Torino. La lezione riportata conclude, nel novembre 1998, la sua attività di direttore della Scuola di Specializzazione in Nefrologia.

Questo piccolo libro apre una collana di lezioni ed interviste "memorabili" raccolte in occasione di convegni, lezioni, colloqui, destinata a pazienti, infermieri e medici.

Il significato che ha la lezione del professor Vercellone, che inaugura questa serie, è duplice: a lui, come nostro maestro, dobbiamo se, insieme con altre iniziative, anche quella dell'istruzione è viva nel nostro ambiente, e a lui, come nostro maestro, è un piacere dedicare questo volume.

In secondo luogo, riteniamo che ripercorrere i cinquant'anni della sua carriera possa dare a chi legge, dalla parte di chi riceve come di chi dispensa le cure, attraverso l'idea dell'evoluzione della Nefrologia, una grande speranza e un grande entusiasmo per il futuro.

A Michele
compagnon de l'avenue de l'hotel
vous vif avec tant d'affels
e tant de reconnaissance

A

A cura di Giordina B. Piccoli
fotografie di
Saverio Colella - Giordina B. Piccoli

Antonio Vercellone
UNA LEZIONE

Edizione fuori commercio
a cura del Lions Club
Moncalieri Castello

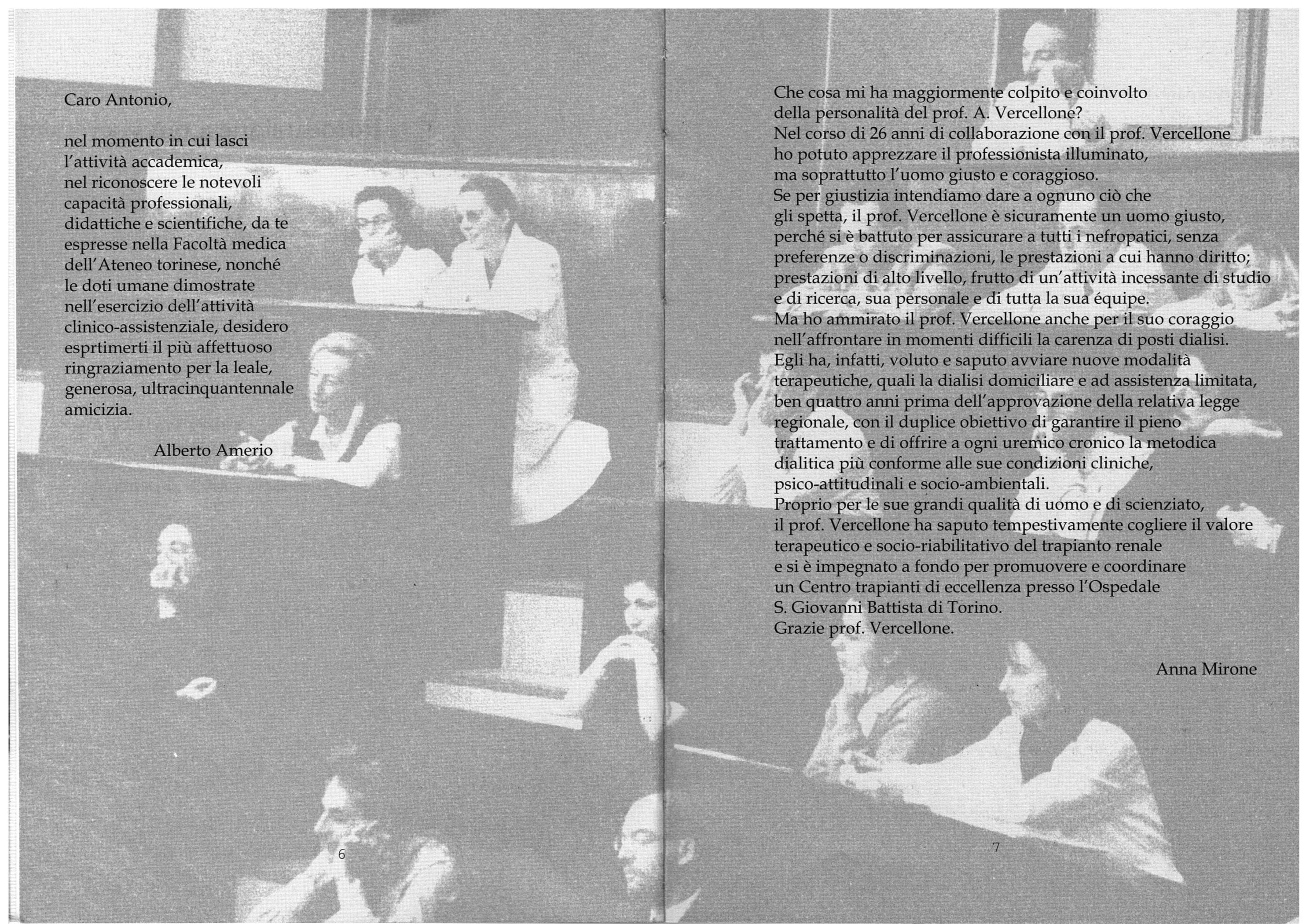


In copertina:
fotografia di Saverio Colella:
il professor Antonio Vercellone nel suo studio.
Sullo sfondo un'opera di Serralunga, 1900 circa.

TECA EDITRICE

A tutti i nostri pazienti
che hanno vissuto in prima persona
la straordinaria evoluzione
di nefrologia, dialisi e trapianto.

Introduzione a più voci



Caro Antonio,

nel momento in cui lasci
l'attività accademica,
nel riconoscere le notevoli
capacità professionali,
didattiche e scientifiche, da te
espresse nella Facoltà medica
dell'Ateneo torinese, nonché
le doti umane dimostrate
nell'esercizio dell'attività
clinico-assistenziale, desidero
esprimerti il più affettuoso
ringraziamento per la leale,
generosa, ultracinquantennale
amicizia.

Alberto Amerio

Che cosa mi ha maggiormente colpito e coinvolto
della personalità del prof. A. Vercellone?

Nel corso di 26 anni di collaborazione con il prof. Vercellone
ho potuto apprezzare il professionista illuminato,
ma soprattutto l'uomo giusto e coraggioso.

Se per giustizia intendiamo dare a ognuno ciò che
gli spetta, il prof. Vercellone è sicuramente un uomo giusto,
perché si è battuto per assicurare a tutti i nefropatici, senza
preferenze o discriminazioni, le prestazioni a cui hanno diritto;
prestazioni di alto livello, frutto di un'attività incessante di studio
e di ricerca, sua personale e di tutta la sua équipe.

Ma ho ammirato il prof. Vercellone anche per il suo coraggio
nell'affrontare in momenti difficili la carenza di posti dialisi.

Egli ha, infatti, voluto e saputo avviare nuove modalità
terapeutiche, quali la dialisi domiciliare e ad assistenza limitata,
ben quattro anni prima dell'approvazione della relativa legge
regionale, con il duplice obiettivo di garantire il pieno
trattamento e di offrire a ogni uremico cronico la metodica
dialitica più conforme alle sue condizioni cliniche,
psico-attitudinali e socio-ambientali.

Proprio per le sue grandi qualità di uomo e di scienziato,
il prof. Vercellone ha saputo tempestivamente cogliere il valore
terapeutico e socio-riabilitativo del trapianto renale
e si è impegnato a fondo per promuovere e coordinare
un Centro trapianti di eccellenza presso l'Ospedale
S. Giovanni Battista di Torino.

Grazie prof. Vercellone.

Anna Mirone

Cosa ricordare di speciale del professore?

Io direi l'umanità. Lo ricordo più che come il medico, il nefrologo, lo scienziato o il diagnosta brillante, per il lato umano. Mi riporto così a momenti un po' particolari, quando ad esempio le strutture non erano sufficienti a trattare tutti ed era costretto ad accettare delle sconfitte, a dire di no...

Gigi Cavalli

E' difficile dire qualche cosa che non sia melenso o scontato. L'elemento a mio parere più caratterizzante del professor Vercellone, in tutta la sua lunga carriera, è la sua assoluta onestà intellettuale e la sua completa dedizione al suo lavoro, vissuto come un compito assoluto, una missione laica.

Roberto Ragni

Il dono della critica e del senso clinico, il piacere del rigore e della logica, l'attenzione all'umanità dei pazienti sono elementi rari e preziosi che caratterizzano il grande medico. Solo, però, chi a queste doti aggiunge l'impegno di didattica e di formazione è capace di creare una scuola, e solo chi ha creato una scuola è capace di far durare più a lungo la sua opera.

Beppe Piccoli

“Il passato è ovvio solo per chi l’ha vissuto” (dal prologo dell’ultima lezione ufficiale del prof. Vercellone alla Scuola di Specializzazione di Nefrologia dell’Università di Torino). Così ovvio che, con il tempo, se ne perdono i contorni e date, avvenimenti, sensazioni si confondono in ricordi frammentati, sovrapposti e spesso di vaga attribuzione. L’excursus del prof. Vercellone in quella sua ultima lezione, con la puntuale cronistoria della nostra équipe, ha fatto ripercorrere l’affascinante ed appassionato cammino della Scuola da lui creata, condotta e tramandata, risvegliando, almeno in noi “più vecchi”, emozioni forse un poco assopite e l’orgoglio, forse un pò vanitoso, di “esserci stati”. Ogni Maestro lascia a ciascun discepolo un insegnamento non dichiarato, ma personale e diverso: quello che il discepolo ha saputo “vedere”. Coerenza e rigore: la lezione continua.

Giovanni Mangiarotti

Nel corso di questi trentacinque anni trascorsi a crescere sotto la guida del professor Vercellone, ho imparato praticamente tutto quello che sono oggi, tanto che qualche volta mi sorprendo a domandarmi com’ero prima. Ed in questa ricerca a ritroso non mi meraviglia tanto avere, nel corso degli anni, imparato dall’esempio del professore ad apprezzare il fascino del rigore, ad affrontare la fatica, a non sottrarmi alla critica, tutte inclinazioni di per sé insite nella buona pratica medica. Quello che mi sorprende è aver assimilato da lui il dono della curiosità, della necessità di risposte mai ambigue anche a fronte di problemi difficili. E’ un dono prezioso che, o come lui te lo trovi alla nascita, oppure ci vuole un grande maestro.

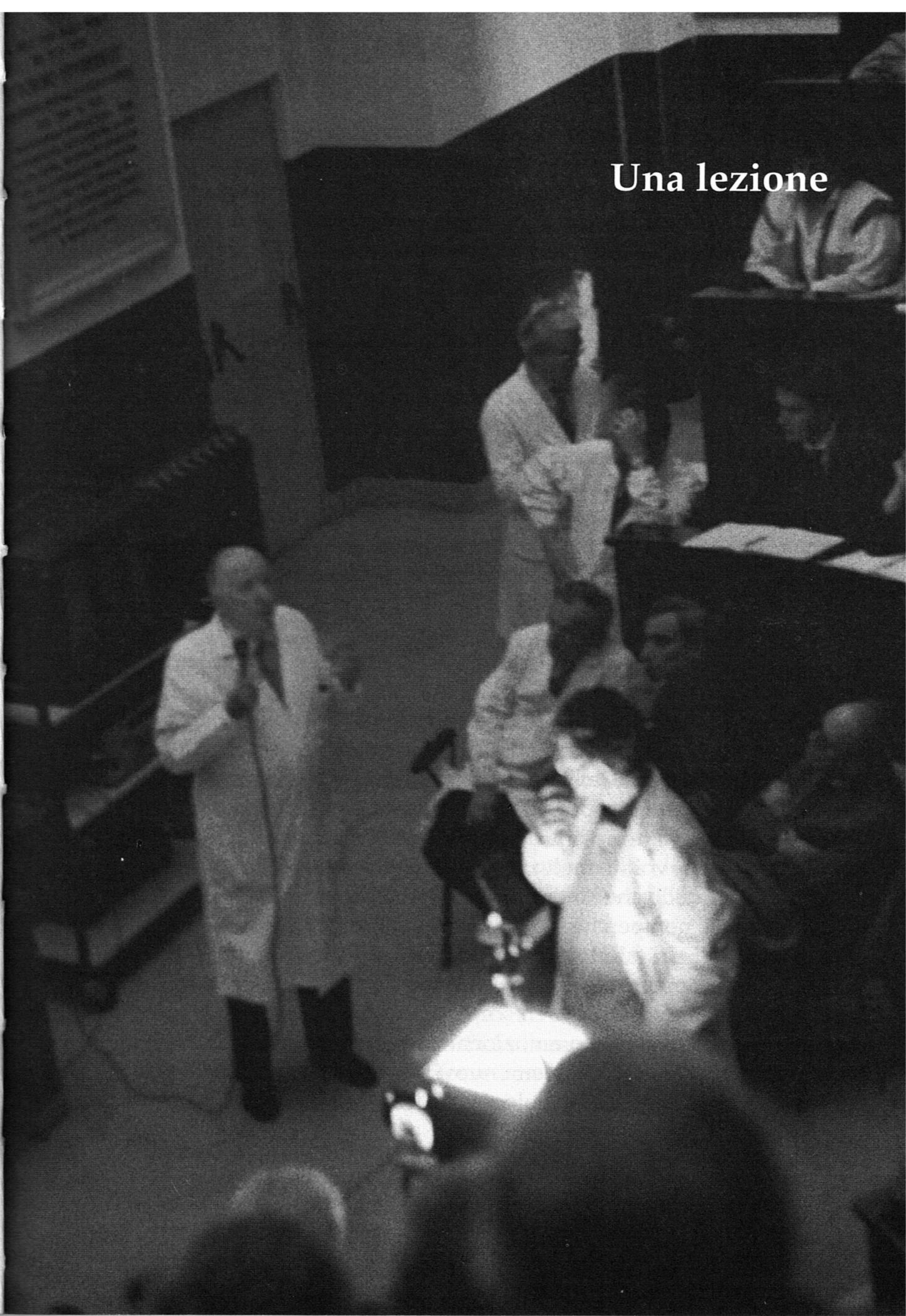
Giuseppe Segoloni

Caro Professore,

attraverso la sua lezione ho rivissuto trent’anni della mia vita, i primi passi di giovane medico, le speranze e le ansie, le delusioni ed i successi, le nostre discussioni quotidiane. Mille pensieri si affollano alla mente: le prime dialisi, il primo trapianto, i volti di persone cui siamo stati utili, ma forse su tutti emerge un ricordo, ed è quello del dramma di quelle donne disperate che morivano per aborto e della sua e nostra felicità quando riuscivamo a strapparne qualcuna alla morte.

Piero Stratta

Una lezione



Oggi mi avete giocato un tiro tremendo: non mi aspettavo assolutamente questa riunione, non mi aspettavo questo convegno, avevo preparato per parlare esattamente dieci minuti, non un'ora, ma per fortuna, grazie all'estrema gentilezza del nostro preside e del presidente dell'Ospedale è passato del tempo, e così non sarete venuti invano...

Avete visto anche voi, forse, quel film recente dello sbarco in Normandia: dopo una presentazione ho visto un'intervista televisiva alle giovani generazioni. Qui ho scoperto con sorpresa che non solo i giovani non sapevano che cos'era la Normandia, ma non sapevano chi ci aveva combattuto e nemmeno che si era combattuto. Il significato di questo, che mi ha illuminato la mente, è che il passato è ovvio solo per chi l'ha vissuto.

Ed è per questo che mi è venuta l'idea di rivedere rapidamente la storia della nostra équipe, che è una storia che ha attraversato un momento importante della Nefrologia italiana e che, in un certo senso, può ben rispecchiare la storia del pionierismo nefrologico nel nostro Paese.

Se vogliamo, questo excursus possiamo farlo partire dalla mia tesi di laurea, nel '48, sul significato delle clearances renali: sono più di cinquant'anni di storia della Nefrologia che ho vissuto in prima persona e, caso raro, sempre in questo ospedale. Quando ho fatto questa tesi, iniziava una prima autonomia della Nefrologia. Ma, in realtà, da allora c'è voluto molto tempo perché diventasse una scienza a sé stante: quello che ha dato l'autonomia piena alla nefrologia è stata la dialisi, non perché sia l'elemento più importante, ma perché necessita di un tale tecnicismo da creare forzatamente delle équipes specificamente preparate. Attorno alla dialisi, la Nefrologia ha continuato a lavorare e a crescere, quindi ad occuparsi di un campo vasto e anche molto emozionante, perché ha dovuto combattere con mezzi nuovi problemi nuovi. Anche dal punto di vista organizzativo, la neonata Nefrologia si è trovata a costruire la più

grossa rete di assistenza, e forse anche la più costosa del mondo, il che ha portato a noi, che ne eravamo i pionieri, molte pressioni, anche negative, da parte dei politici, perché il costo era tale che non lo si poteva affrontare facilmente, tant'è vero che molti Paesi, per esempio, i Paesi sovietici, non praticavano né parlavano di dialisi.

Volevo ancora dire, prima di incominciare, che, da quel laico perfetto che io sono, considero la vita soprattutto per quello che si è fatto; e quindi questa riunione, oggi, mi commuove enormemente, perché la mia vita è la mia famiglia e la mia scuola.

E quindi devo ringraziare questa scuola che non solo mi ha seguito, ma che continua, meglio di me, quello che ho iniziato, anche per l'affetto con cui oggi si stringe attorno a me.

Poiché è difficile in una storia così variata, così nervosa, così piena di risorse, tracciare un ordine, ho cercato soprattutto di ricordare, in questo poco tempo, qualcosa che corrispondesse a problemi diversi.

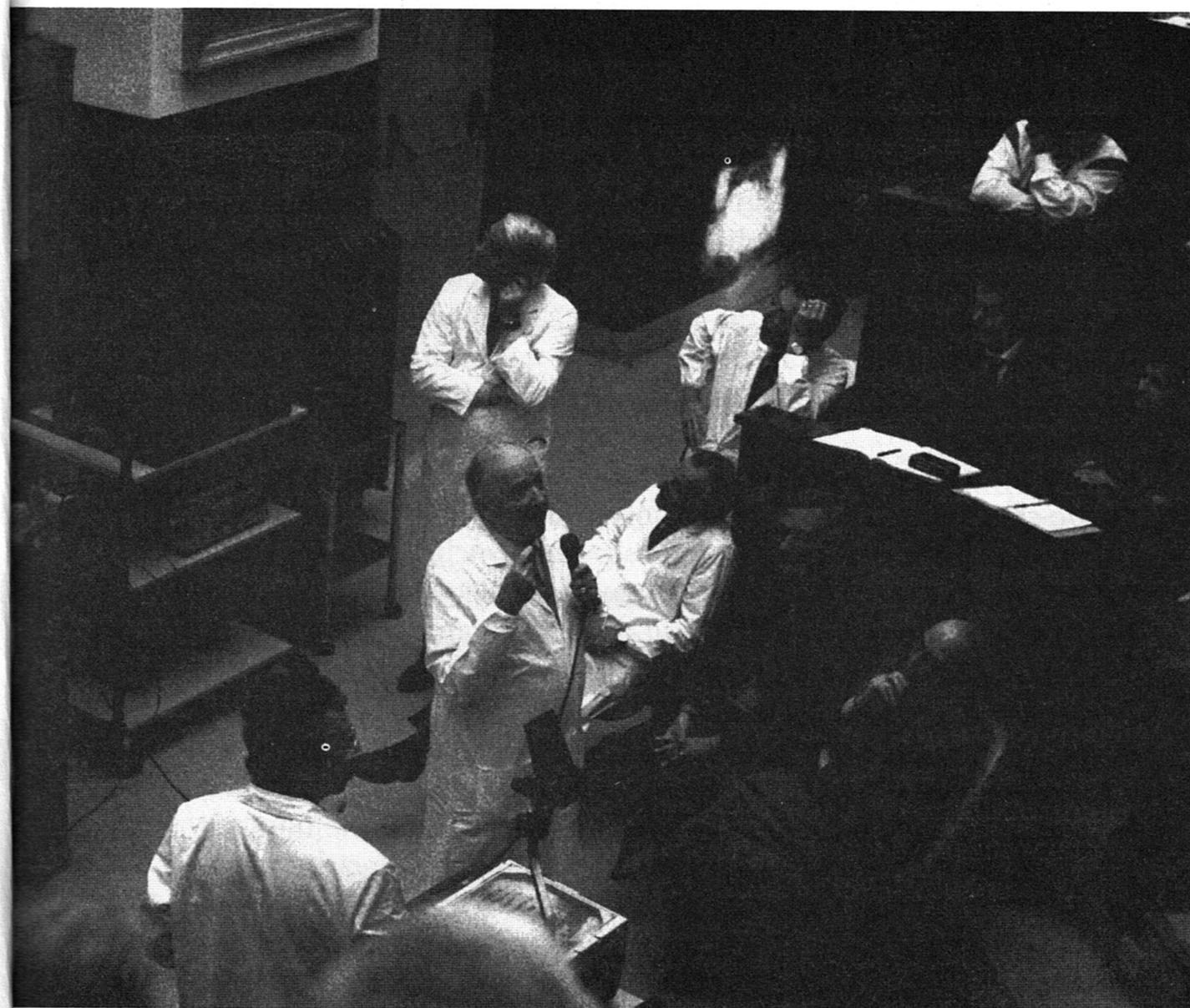
Il primo problema da risolvere, ma che è stato anche l'iniziale in termini di tempo, è stato lo studio della fisiologia renale. Allora, questo si faceva secondo il famoso libro dello Schmidt, che molti di voi conoscono e che è nato poco dopo che io avevo cominciato la mia tesi di laurea, libro che poi ha determinato tante estese copie in tutti i lavori nefrologici italiani. In quel momento la fisiologia ci ha fatto studiare tutte le funzioni del rene e ci ha già reso in un certo senso autonomi, perché arrivavamo alla clinica attraverso la funzione, ed eravamo in grado di misurare esattamente l'entità del danno renale.

Però, per quello che riguarda la diagnosi delle nefropatie, l'evento formidabile è stato nel '51 la biopsia renale: è stata un evento veramente miracoloso per noi, in quanto ci ha fatto vedere cosa succedeva all'inizio della malattia. Si è allora affacciata l'idea che la suddivisione delle nefropatie fosse ben più vasta di quella che si era vista fino ad allora.

La varietà era risultata ancora più ampia grazie allo studio con l'immunofluorescenza. Voglio qui ricordare il professor Camussi, che per primo ha iniziato questo lavoro da noi, ed è stato uno dei primi che l'ha iniziato in Italia. Queste scoperte hanno aperto un varco nelle nostre conoscenze e ci hanno proprio cambiato la vita.

In questa fase di inizio, ricordo che per caso siamo stati noi a fare la prima biopsia renale in Italia. Si era nel '53, quindi proprio poco tempo dopo la sua scoperta; facemmo con il professor Sesia una biopsia renale: era un rene otticamente normale, si trattava verosimilmente di una nefropatia detta "a lesioni minime", in cui, alla microscopia ottica il rene appare normale, mentre la diagnosi è possibile solo con la microscopia elettronica, e così noi, con la sola microscopia ottica, non ne capimmo niente. Il malato aveva avuto una sindrome nefrosica che era ricaduta e allora la pubblicammo col professor Amerio, che voi sapete è stato in cattedra a Bari, come caso di "non lesione istologica". La biopsia dopo, prendemmo un fegato... che però era cirrotico, e allora il professor Dogliotti non ce le lasciò più fare. E' così che noi nella storia della biopsia renale abbiamo iniziato più tardivamente, almeno in veste ufficiale, di altre équipes italiane.

Contemporaneamente, c'è stata in quel periodo una rivalutazione della patologia interstiziale, ignorata anche dai sacri testi del tempo; credo che anche qui l'attenzione del nostro gruppo a riguardo possa essere vantata come un'iniziativa abbastanza unica in Italia; ce ne occupavamo, a quell'epoca, noi e Bonomini. Noi avemmo coi professori Dogliotti e Lenti una relazione al congresso nazionale, che costò lacrime e sangue a tutta la nostra équipe, compreso il professor Varese che vedo ancora partecipare oggi fra noi. In questo caso, vorrei ricordare che in quella rivalutazione ci fu anche la tesi di laurea del professor Piccoli, ove avevamo scoperto la precoce sofferenza della concentrazione urinaria nelle malattie interstiziali; ebbene, non apparimmo come i primi, perchè mentre



Piccoli discuteva la sua tesi uscì il lavoro di un polacco, Brodie, in occasione del congresso mondiale: quindi fu un pensiero originale che non ebbe il risalto che meritava, e la nostra attività scomparve, per così dire, nel nulla, anche perché noi il lavoro lo pubblicammo solo sul giornale italiano della Minerva Medica.

In questo periodo un'altra novità è stata la nascita della scuola di specializzazione in Nefrologia. Questa è stata la prima in Italia perché, ancora una volta per un colpo di fortuna, quando andai a Roma a richiederla, a nome del professor Dogliotti, uno degli impiegati era stato mio paziente e allora mi fece passare per primo.

E' per questo che la scuola di Torino è anagraficamente la prima in Italia, e spero anche che sia una delle più stimate; ancora recentemente ho sentito dire di una persona: "Ma è brava, e già, viene dalla scuola di Torino!" il che mi ha fatto molto piacere, come farà piacere ai duecentocinquanta allievi che abbiamo avuto in questa nostra scuola.

Credo che, con la revisione della nosografia delle malattie renali, la prima fase pionieristica nefrologica possa concludersi qui, e possiamo quindi a parlare del trattamento dialitico che è stato, come ho detto, veramente ciò che fece nascere la specializzazione in Nefrologia. Questo è anche il vissuto più drammatico che abbiamo mai superato perché, sia nella fase acuta sia in quella cronica, ci siamo, per anni e anni, costantemente trovati ad avere delle richieste enormemente superiori alle possibilità, con dei mezzi estremamente inferiori al bisogno, ma anche molto costosi. E' stato un vissuto tale che ci ha fatto dedicare alla dialisi almeno dieci anni completi della nostra vita, facendo pochi altri studi, perché non si poteva vedere lasciar morire la gente così, per mancanza di mezzi...

Pensate quel che è stato coi pazienti cronici il drammatico momento della scelta: io me lo sogno ancora: avevamo avuto la fortuna che una persona importante in Torino aveva avuto un blocco renale

e ci finanziò i primi quattro reni artificiali. Voi sapete benissimo che sono oggi più di 130 per milione di abitanti le nuove richieste di dialisi, quindi all'epoca la mancanza di mezzi è stata una vera tragedia, in cui scegliere chi trattare significava condannare qualcuno a morire.

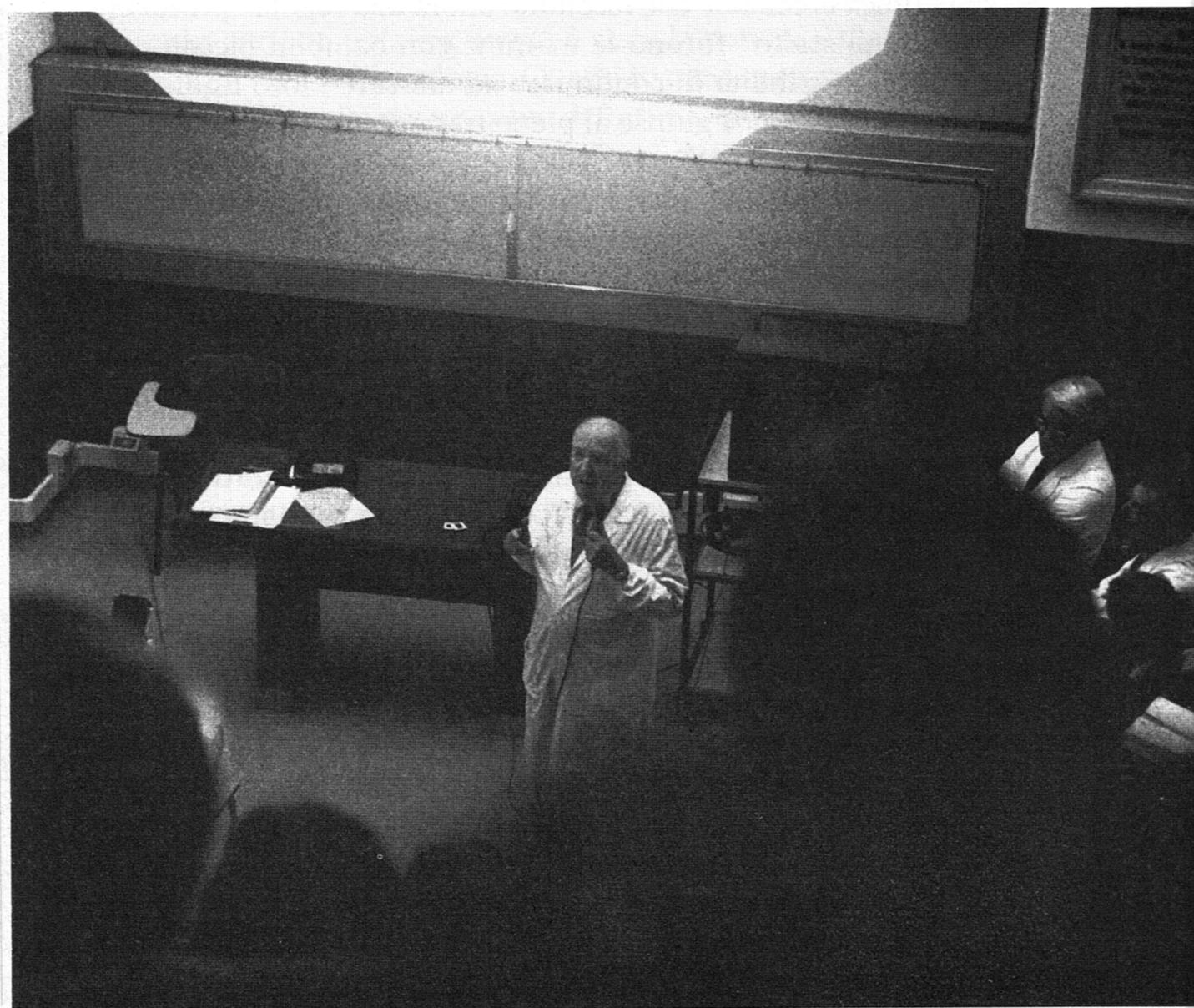
So che l'unica eccezione che facemmo allora alla regola "primo arrivato, primo scelto" furono le mamme con bambini piccoli, per dare loro la possibilità di continuare ad allevare i loro figli, ma è certo che finché non si giunse al pieno trattamento fu una vita frenetica: venivano a supplicare da noi intere famiglie, spesse volte non c'erano risposte da dare, e ancora dopo quel periodo, quando iniziarono ad esservi più reni, non tutti erano nelle sedi dove c'era più richiesta, e così spesso i malati viaggiavano da un posto all'altro, perché non v'era possibilità di trattamento nella loro sede.

E' stata una vita dura, ma veramente appassionante.

L'inizio di tutto è stato però ancora prima, col trattamento emodialitico per l'insufficienza renale acuta che possiamo proprio dire di essere stati, con Confortini, i primi a fare in Italia. Nel '56 usammo un rene di fabbricazione e produzione italiana che si chiamava Dogliotti-Battezzati-Taddei: era un rene ancora primitivo, di difficile maneggevolezza: pensate che il pirogeno, per esempio, era l'abitudine, e che allora lavoravamo sempre su malati terminali perché, per essere sicuri di non essere responsabili della morte del paziente, incominciavamo con 500-600 mg/dl di azotemia.

Quella famosa "neve uremica" voi non l'avete più vista, ma i pazienti arrivavano cosparsi di bianco per l'intossicazione uremica, e naturalmente molti morivano anche durante l'emodialisi. Successivamente passammo alla dialisi peritoneale, che andammo ad imparare in Inghilterra.

Le macchine erano più che rudimentali; io mi ricordo ancora la volta che saltò il conduttore di calore, e rischiavamo di bollire un



po' il malato, allora il professor Piccoli ebbe un'idea geniale, prese del ghiaccio e lo mise nella vasca di dialisi e quel malato si salvò: è questo un tipo delle storie eccezionali e pionieristiche di quei tempi. Vedete qui c'è un po' la storia della mortalità: in questa prima fase un periodo di anuria superiore ai sette giorni significava la morte sicura e già allora con la terapia dialitica rivoluzionammo le nostre prognosi, nel '66 con una mortalità del 60% il che vuol dire che il 40% si salvava dalla morte.

Poi, man mano, la dialisi degli acuti venne ad essere fatta anche in molte altre sedi e possiamo dire, però, che questa raccolta di pazienti acuti in pochi centri specializzati permise di fare una fotografia delle aggressioni renali acute e di conseguenza di fare anche una profilassi estremamente utile. Così, la mortalità andò ulteriormente diminuendo, per i due decenni successivi. Nell'ultimo decennio è praticamente invariata e questo perché? Perché è cambiato tutto, cioè i progressi della rianimazione hanno evitato i blocchi renali nei casi di aggressioni più lievi, e così oggi giungono al blocco renale pazienti molto più compromessi di un tempo, che trent'anni fa sarebbero probabilmente morti ancora prima, o che i chirurghi non avrebbero operato.

Ed è, infatti, cambiato molto anche lo stesso coraggio dei chirurghi, che operano oggi di interventi grossi, ad esempio anche un by-pass, gli stessi pazienti che fanno la dialisi.

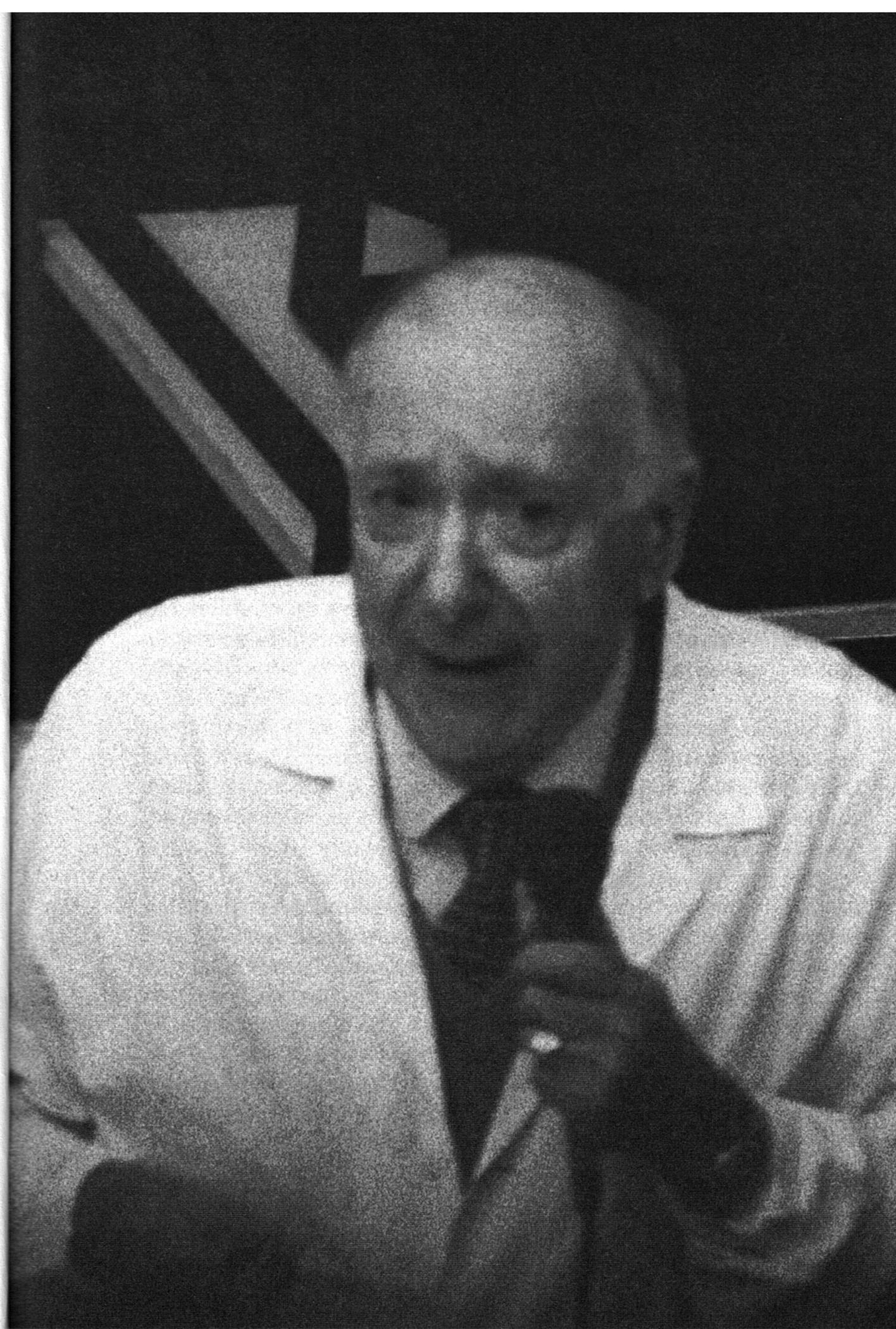
Da quell'epoca ad oggi, un'osservazione importante fu la modificazione delle eziologie: vedete, per esempio, la scomparsa degli errori trasfusionali... quanti ne vedevamo, ed oggi sono praticamente scomparsi grazie alle nuove tecniche.

Vedete il tetracloruro di carbonio: perché è scomparso? Perché furono proprio i casi con tetracloruro ricoverati in dialisi che fecero abolire il tetracloruro dalle lavorazioni delle industrie tessili, dimostrandone la tossicità.

Quella che a me interessa forse di più è la storia dell'insufficienza renale post-abortum: abbiamo visto allora i drammi più tremendi, erano sempre donne incinte povere, che non avevano i soldi per pagarsi un buon aborto illegale, che ricorrevano alle "mammane": abbiamo visto di tutto: la perforazione dell'utero con ferri da calza, le pastiglie di sublimato. Era un dramma con queste poverette: poche di loro si salvavano. Io mi ricordo che allora pensavo: "Il giorno che l'aborto verrà legalizzato non vedremo più questo" e questo mi fa paura, adesso che si vuole cambiare la legge dell'aborto in nome della vita; nella nostra casistica è scomparsa l'anuria aborto da quando è stata approvata la legge. La legalizzazione non fa venire certamente un aborto in più, lo fa solo fare bene anche a chi ci moriva prima, perché non poteva pagarlo; questo è un dato storico che ho spesse volte proiettato e che mi è costato molti problemi.

Vedete tra le altre patologie, per esempio, il paraquat, che fu un disinfestante pericolosissimo: anche questo adesso è cambiato perché è scomparso dall'uso, e vedete poi il caso dell'anuria da eroina che non è scomparsa purtroppo...

Credo, sull'acuto, di avere già detto abbastanza e così ritorniamo all'altro problema della dialisi, cioè quello del trattamento dei pazienti cronici, reso possibile negli anni '60 dalle nuove tecnologie. Esso fu, dal punto di vista etico e sociale, ancora più drammatico che per i pazienti acuti, per il gran numero di pazienti e per l'alto costo, forse il costo più alto di sopravvivenza al mondo, perché la dialisi doveva essere ripetuta tre volte la settimana. Mi ricordo alcuni dei primi casi in Italia, perché anche nel caso dei pazienti cronici il nostro gruppo ha iniziato dopo Confortini: Confortini fece la prima dialisi cronica due anni prima di noi; quel grande uomo di Confortini fece la prima dialisi e il primo trapianto in Italia e morì delle conseguenze di un'epatite che si era presa proprio trattando questi malati. Anche qui, all'inizio i mezzi erano veramente pionieristici. Questa immagine che proietto forse molti di voi non l'hanno neanche vista: erano le cosiddette piastre di Kiil.



Pensate che le prime, ci volevano 10-12 ore a montarle; lo si faceva così durante la notte. Poi, ogni applicazione di dialisi durava dodici ore, ed ogni paziente era trattato due volte alla settimana. Eppure, ancora adesso quello delle piastre di Kiil è un sistema valido, se vedete i risultati del gruppo di Lione che ha continuato ad usarlo fino a pochi anni fa, aveva dato dei risultati di sopravvivenza eccezionali con questi tempi di dialisi così lunghi, otto, dieci ore tre volte la settimana.

Ci sono molte cose che pochi di voi hanno visto: ad esempio lo shunt con teflon e silastic con cui collegavamo l'arteria e la vena del paziente: se volete sono degli antesignani dei cateteri di Tesio. Avevano un sacco di difetti: si chiudevano sempre, quindi c'erano i turni di guardia per disostruirli; la vita dei nostri malati era legata alla presenza dello shunt. Quando si dovevano ricostruire bisognava farlo usando un'altra arteria e un'altra vena... a volte, dopo pochi anni di dialisi i pazienti erano tutta una cicatrice e morivano per la mancanza di accesso vascolare, perché allora non c'era ancora la dialisi peritoneale e il trapianto era agli albori.

Questa è la nostra prima paziente. Come vedete era piuttosto tranquilla. Devo anche confessare che quando facevamo le fotografie chiedevamo sempre ai pazienti di leggere il giornale per far vedere che erano tranquilli: non so neanche se tutti sapessero leggere. Questa signora era una creatura deliziosa.

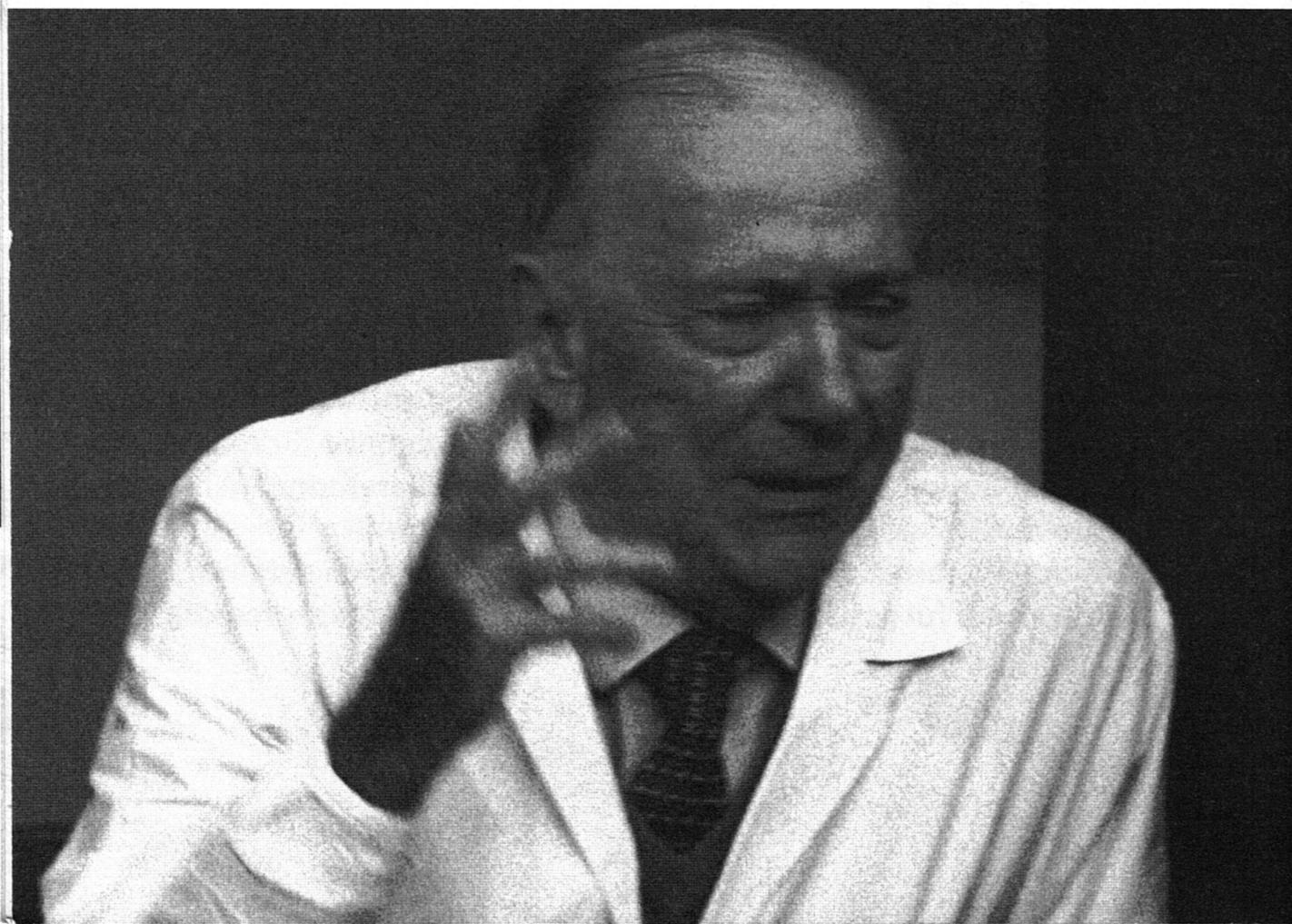
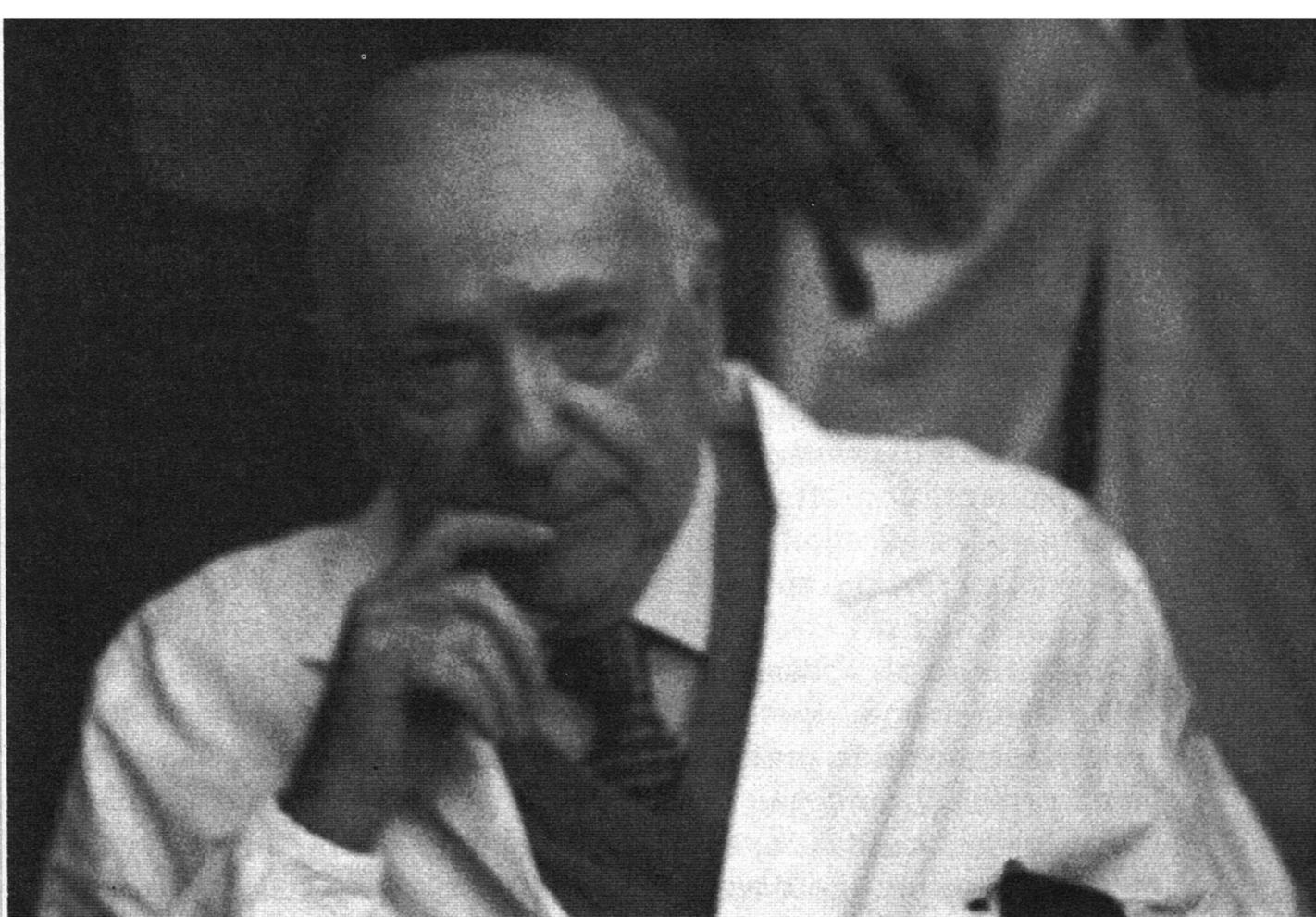
In quel momento, negli anni '60, la dialisi era limitatissima, non si iniziava mai la dialisi cronica dopo i 50 anni, non si faceva se i pazienti erano malati di altre affezioni invalidanti, non si faceva se erano portatori di epatite, per la quale all'epoca non c'era nessun vaccino. All'epoca, il 30-40% dei medici che hanno seguito la dialisi, compreso il sottoscritto, hanno contratto un'epatite, che allora era pericolosissima; vi furono addirittura degli interi reparti chiusi per problemi di epatite.

Quella di estendere il trattamento a tutti quelli coloro che ne hanno bisogno, quindi, fu una lotta enorme, e in quella lotta noi prendemmo una posizione estremamente diversa dalla maggior parte degli altri centri, e che rappresenta tuttora un nostro vanto. La nostra prima pubblicazione in quel senso è nel '75, a Milano, quindi un quarto di secolo fa; qui volevamo dimostrare che, sia pure con maggior fatica, potevano sopravvivere anche pazienti anziani, anche pazienti con altre malattie generalizzate, quali il lupus eritematoso; già allora rifiutavamo solo le vasculopatie gravi, e le psicopatie gravi che non potevano essere trattate in dialisi.

Gli altri pazienti abbiamo incominciato a trattarli tutti, e la cosa allora fece molto scalpore: le cose poi, però, cominciarono ad andare nella stessa direzione e la stessa filosofia fummo chiamati a ripeterla nell'83 al convegno di Capri; all'epoca era già una cosa universalmente accettata, e, salvo i paesi dell'Est e l'Inghilterra, tutti gli Stati Europei applicavano il pieno trattamento. Vedete quindi come vi era sì il problema tecnico, ma davanti al problema del sovraffollamento, quello che ha più toccato il lavoro dei nefrologi è stato il problema etico.

Nell'ambito dello sforzo di superare questi problemi, un elemento molto importante fu la dialisi domiciliare: anche in questo possiamo vantarci di essere stati primi in Italia. Andammo ad impararla da Shaldon in Inghilterra: era un uomo di cattivo carattere ma di una grande genialità e fu sotto la sua guida che cominciammo a trattare i pazienti a casa. I pazienti avevano l'aiuto di un partner, ma erano loro stessi che si trattavano, se no iniziava una dipendenza troppo totale. Non tutto era facile neanche qui: il primo paziente che mandammo in dialisi domiciliare, ad esempio, si separò dalla moglie dopo pochi anni; poi, man mano, imparammo anche a gestire meglio questi aspetti.

Allora avemmo anche un altro grave problema, che era quello legale, in cui fui assistito da mio fratello giudice e dal professor Gallo



che mi dissero: "non ti garantiamo che non ti facciano un processo, ma ti garantiamo che verrai assolto", perché corrispondeva allo stesso concetto che autorizzava l'aborto terapeutico, cioè che si poteva far fare una cosa "illegale" per salvare una persona da un rischio più grave in quel momento.

E' come uno che affoga e si dibatte, chi lo salva gli dà un pugno in testa per poterlo portare a galla. Le leggi per la dialisi domiciliare nacquero successivamente e diedero, in termini molto semplici, un'autorizzazione a questa pratica.

Inutile dire che questi pazienti andavano molto bene, anche perché erano scelti fra i più volenterosi, i più ordinati, i più giovani.

Questa è un'altra di quelle foto: è un nostro paziente, faceva dialisi a domicilio, e qui lavora a casa sua, e qui faceva lo sci: ora sono più di venticinque anni che fa il trattamento, tra dialisi e trapianto.

Se volete, le fotografie sono anche quelle un po' di réclame, ma lavora tuttora, e poi sciava male come vedete, aveva una pessima posizione.

La dialisi domiciliare: arrivammo ad averne parecchi di pazienti a un certo punto, solo che poi ultimamente cadde un po' in disuso per la maggior comodità dei centri ad assistenza limitata. Subito dopo l'avvio della domiciliare, infatti, facemmo un centro ad assistenza limitata all'ordine di Malta e un'altro nei locali che un tempo erano di una banca in corso Vittorio, in un edificio di proprietà dell'Ospedale, perché nessuno voleva ospitare dei dializzati nei loro locali. Anche questa è una strada che è stata seguita nel tempo; badate bene che anche adesso molta dialisi è fatta fuori dall'ospedale, ma non sempre è autogestita: qui era realmente autogestita, poi man mano si è ricorsi all'aiuto di molti più infermieri.

Poi, finita la fase dell'emergenza, ci sono stati da risolvere altri problemi come quello dell'emodialisi in vacanza, e ancora delle diverse innovazioni tecniche, per esempio dell'emofiltrazione.

Tra le novità cui demmo molta importanza vorrei, perciò, ancora ricordare i centri emodialitici per vacanze, e l'emofiltrazione per la sua grande tolleranza anche in pazienti gravi: in quel periodo la avviammo anche a domicilio.

Poi vi fu, nel '79, l'avvio della dialisi peritoneale continua, che è stato certamente di un grande aiuto: costo minore, possibilità di dialisi anche in persone che non tollerano la circolazione extracorporea, ma questo lo sapete anche voi a memoria, e permise di aumentare il numero dei pazienti trattati a domicilio; caddero le percentuali degli emodializzati a domicilio; ma attualmente da noi il 30% dei pazienti è in trattamento a domicilio grazie alla dialisi peritoneale.

Adesso passo all'ultimo degli argomenti che ci interessano.

Nell'81 è nato a Torino il primo Centro di trapianti renali del Piemonte e il 4 novembre di quest'anno il centro di Novara ha fatto il suo primo trapianto, e noi facciamo tutti i nostri auguri e spero che viaggeremo sempre con quello stretto collegamento che ha sempre aiutato tutte le équipes torinesi.

Per il trapianto non siamo stati dei pionieri, ma è comunque stata una grande avventura. Quando noi incominciammo, nell'81, c'era già Milano che funzionava in pieno, c'era già Brescia, Roma e c'erano già altri centri trapianto. La nostra crescita fu però rapida, e questo fu soprattutto per la volontà dell'équipe dei trapianti, tra cui voglio ricordare il professor Segoloni che ha passato la vita qui ad aumentare il numero dei trapianti, ed ecco, nel '95 superammo i 100 trapianti all'anno, cosa che continua tuttora.

Il complesso è stato, ad oggi, di 1165 trapianti.

Anche qui ci sono state varie epoche. All'inizio, con azatioprina e cortisone a basse dosi, al decimo anno c'era l'80% dei pazienti sopravvissuti e il 44% dei reni ancora funzionante. Poi venne la ciclosporina e naturalmente i risultati migliorarono. Come vedete,

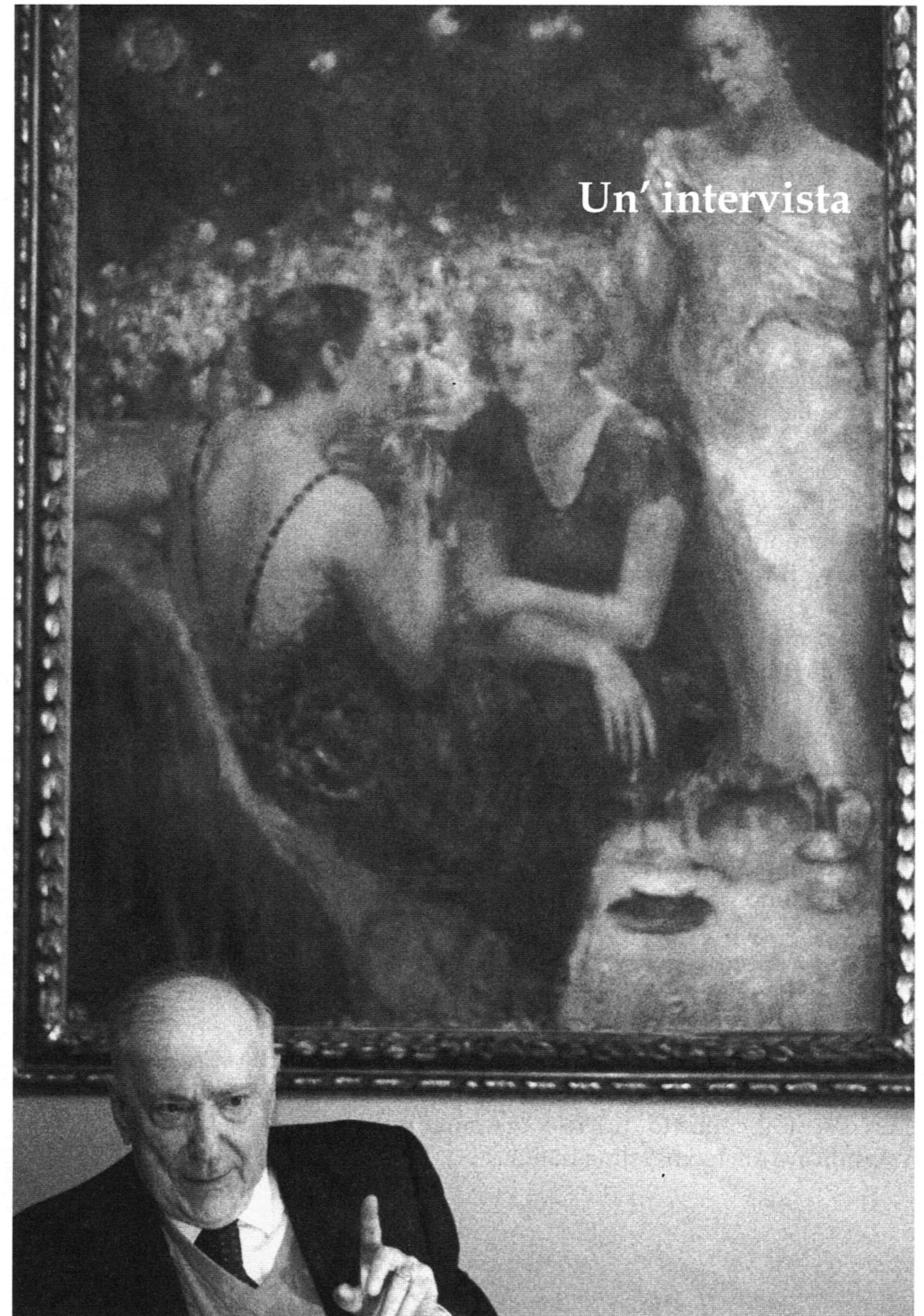


la sopravvivenza del rene al dodicesimo anno è attualmente del 50%. La sopravvivenza del malato è tale quale, se non un po' di più, perché anche qui abbiamo fatto la scelta di non limitare l'accettazione: siamo stati i primi in Italia a superare come indicazione al trapianto il limite di 55 anni, quando nessuno lo voleva fare, e man mano siamo arrivati al 26% di pazienti maggiori di cinquant'anni e al 10% maggiori di sessant'anni.

Ancora una volta, come all'inizio della dialisi, la scelta è stata di aprire il trapianto agli anziani, ai pazienti difficili... Ancora una volta sono orgoglioso di questo.

E così io avrei finito: vorrei ancora ricordare come, forse erano i tempi, forse eravamo tutti noi, ma abbiamo fatto tutte queste innovazioni senza mai essere mandati in prigione, cosa che forse oggi sarebbe molto più difficile per l'eccessiva pressione legale.

Questa attenzione ha molta importanza ma può, però, come ha detto giustamente il professor Traeger, fermare completamente dei nuovi tentativi, e non vorrei che portasse all'afflosciamento di questa mentalità pionieristica e di slancio nei nuovi medici che affrontano la nefrologia, ma vorrei che le nuove leve continuassero ad avere il coraggio di fare le cose che ritengono giuste anche se nuove, e con questo messaggio vi ringrazio.



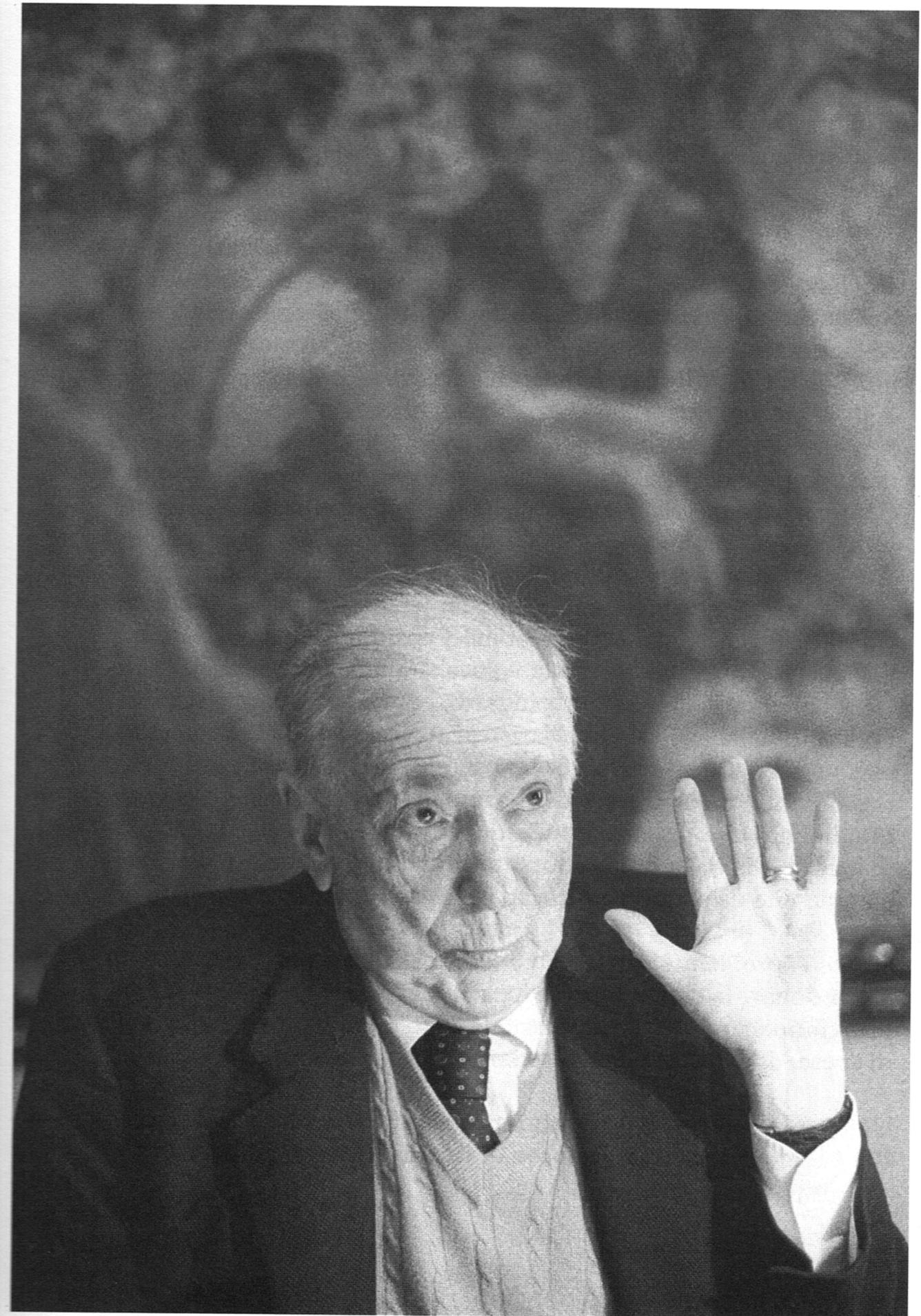
Quando è arrivata la signorina Mirone eravamo ancora ad un punto di grave carenza a Torino, però c'erano magari dei posti in altri centri, magari c'erano dei centri privati o in piccoli paesi; allora mandavamo un malato a dializzare lì; erano proprio i viaggi della disperazione, quante persone partivano, andavano, tornavano.

A quell'epoca c'era il problema dei ritorni a Torino delle persone che avevano solo posto fuori, anche lì c'erano delle pressioni spaventose, ma anche lì c'era l'elenco di attesa e nessuno rientrava prima dell'altro. Mi ricordo sempre una signora che era un po' potente a Torino, che mi ha detto: "Io la farò diventare matto, perché lei farà venir giù mio marito prima degli altri" e poi è morto, poveretto, suo marito, ed era ancora fuori Torino perché non era il suo turno.. Pensa che, per esempio, il primo rene, il malato che doveva essere dializzato lo ha comprato, allora avevamo fatto un patto con lui: noi facevamo a lui la dialisi, lui lasciava la macchina per un altro paziente.

Sempre a quell'epoca, qualcuno è andato a dire che noi trattavamo quelli che si pagavano il rene; era invece il contrario, avevamo potuto trattare gli altri perché il primo ci ha portato il rene e ci ha aperto la strada. Questa contestazione è stata la nostra fortuna, perché quando questa frase è uscita, io sono andato a La Stampa. Conoscevo già Casalegno, quello che poi hanno ucciso le BR, e Casalegno mi ha detto: "Ti mando la Poli?" -la Poli era la più cinica, la più dura di tutte le croniste, ed era quella che aveva lanciato "Specchio dei tempi".

Così la Poli viene lì, in Ospedale, e io le dico "Interroghi, interroghi" - io avevo già allora l'abitudine che, quelli che visitavo a casa, anche se venivano privatamente, se dovevano fare il rene artificiale non li facevo pagare, perché poi, se li prendevamo, potevano dire: "Ho pagato, si vede che mi hanno preso per quello".

Ma facevamo un po' tutti così - e quindi, quando la Poli è uscita ha



detto: "E' un trionfo". Allora è incominciata con "Specchio dei tempi" la raccolta dei denari per farci avere i reni; il primo nucleo del Centro dialisi di Corso Vittorio è venuto proprio con "Specchio dei tempi".

In tutti quegli anni, non abbiamo fatto una grande ricerca, perché eravamo troppo presi a far dialisi, cioè siamo stati conosciuti, in Italia e fuori, per la nostra abilità dialitica, ma di ricerca di base non ne facevamo, eravamo tutti presi dai turni, per cui non dormivi la notte, io mi ricordo che ero angosciato se dicevo di no a qualcuno, eppure pensa a quanti ho detto di no.

Perché poi siamo stati i primi ad allargare le scelte, tu pensa che nessuno pigliava i pazienti sopra i 50 anni... Noi abbiamo cominciato a trattare negli anni settanta, per esempio, gli epatitici, le persone sopra i 55 anni.

Avevamo addirittura scritto un lavoro in cui abbiamo fatto vedere com'era la sopravvivenza di tutti quei pazienti che gli altri centri rifiutavano, che praticamente erano i cosiddetti anziani, erano i pazienti col lupus, che nessuno voleva, erano i diabetici, i diabetici li abbiamo cominciati un po' più tardi, però siamo sempre stati tra i primi in Italia. Nella prima casistica al mondo di diabetici, prima ancora di Friedmann, 9 su 10 erano ciechi. Infatti, quando gli Americani hanno incominciato, e il grande esperto di diabete era già Friedmann, che poi si era mosso anche perché aveva la moglie diabetica, che è poi morta, dopo un trapianto, quella dei diabetici era una vita da sopravvivuto, spaventosa.

Gli stessi problemi si ripropongono oggi: è lecito, per esempio, non abbandonare la dialisi quando il paziente è in coma, quando è proprio completamente partito mentalmente? E' un problema di posti, di spesa, di etica, ed è una discussione che si fa da allora.

Una persona che mi ricordo con speciale affetto è Maria Paola, perché è entrata in dialisi che faceva le medie superiori, si è iscritta a

medicina che era già in dialisi, quando è venuta a fare il trattamento da noi si è appassionata e si è iscritta a medicina, ha poi fatto la nefrologa e ha lavorato lì per quanti anni...

E del primo trapianto cosa dire?

Ecco, il primo trapianto, sai, ha un minore sapore di novità e di epicità, perché sulla dialisi eravamo stati proprio dei pionieri, la dialisi negli acuti l'ha fatta Confortini, e noi a pochi mesi di distanza -noi avevamo quel brutto rene artificiale di Dogliotti Battezzati Taddei-... pensa che ogni dialisi era una crisi pirogenica, perché lo riempivamo con 4 litri di sangue... quindi i pazienti cominciavano a tremare e spesso morivano durante la dialisi.

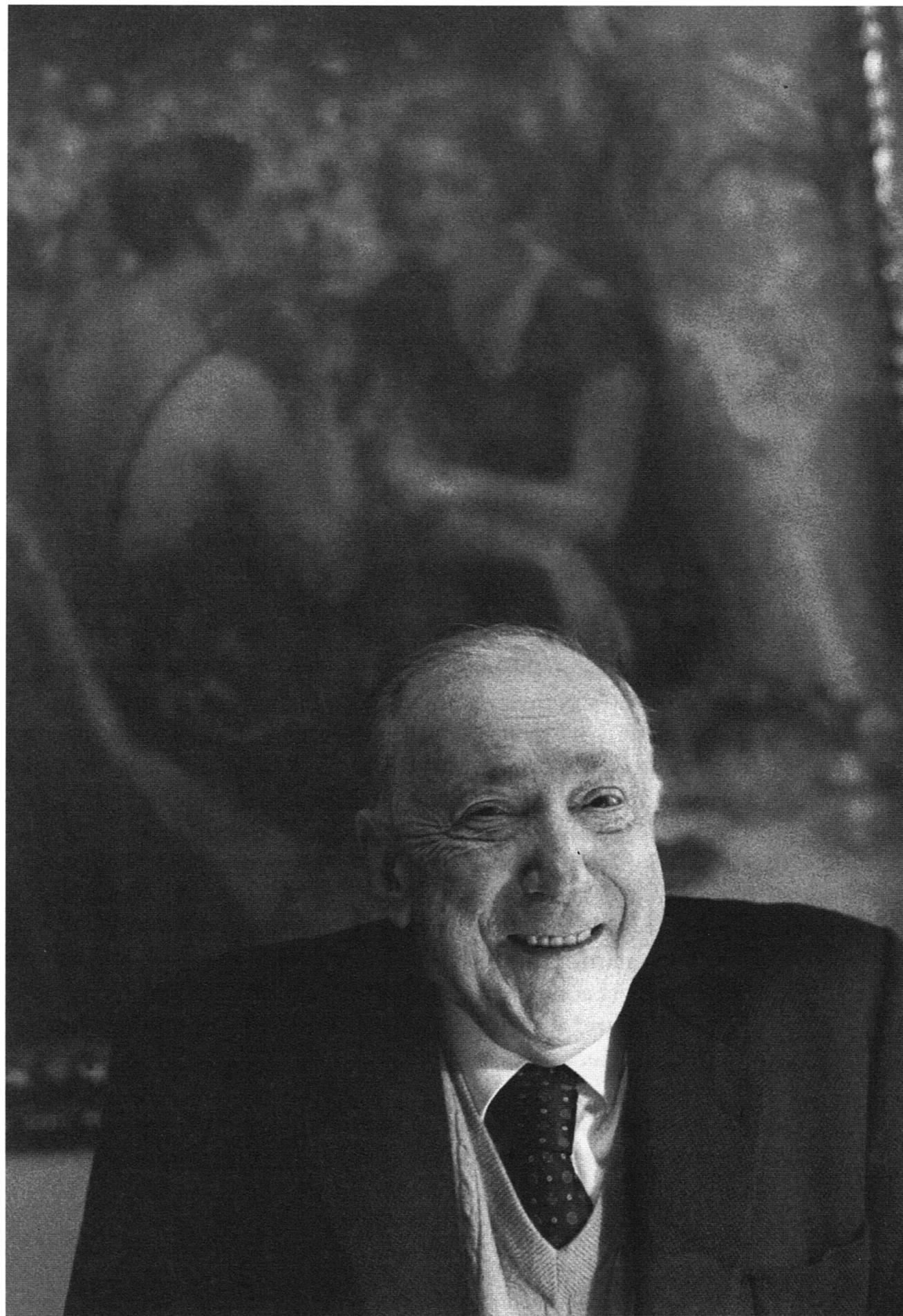
Poi noi li mettevamo tardissimo, per non essere accusati di aver causato la morte, dializzavamo a 500-600 d'azotemia, quindi i pazienti finivano di essere bianchi di urea, l'uremide, che voi non avete più visto.

Nella dialisi dell'acuto abbiamo seguito di poco Confortini, e invece, rispetto a Confortini, nel cronico siamo arrivati solo un paio d'anni dopo, ma quello perché non credevamo tanto che i pazienti non soffrissero troppo, perché quando eravamo andati a Parigi a imparare, vedevamo i sopravvissuti con quella dialisi, non andava tanto bene... Erano altri tempi. Si sapeva poco di tante cose; ad esempio, Confortini ha avuto tre epatiti, ha fatto tutti i ceppi senza saperlo, e poi è morto di infarto...

Era un chirurgo. Io ero molto suo amico, era un bell'uomo...

Anche sul trapianto è stato uno dei primi, noi sui trapianti siamo arrivati dopo, già con un'esperienza accumulata di anni da andare a imparare. Quando Segoloni è andato a Lione, credo che Lione avesse almeno dieci anni di esperienza...

Nel mondo, la data del primo trapianto corrisponde più o meno a quella della prima dialisi, marzo del '60, e il primo trapianto è stato



fatto quasi contemporaneamente, era il trapianto di rene di una madre a un figlio, senza terapia immunodepressiva, e ha funzionato per venti giorni...

La prima persona che abbiamo trapiantato a Torino era un gran personaggio: una specie di regina degli zingari. Ce ne ha fatte vedere di tutti i colori, non solo per il rigetto, ma anche perché ogni tanto partiva e non la trovavamo più.

L'ultimo ricovero, alla fine del quale è morta, l'avevano fermata alla frontiera Jugoslava perché lei diceva che doveva andare a Torino perché era malata, e aveva un'infezione terribile che si è trascinata dietro, sarà stata ricoverata sei mesi. In ospedale aveva una stanza sua, singola, e la sua gente andava a trovarla; la sera si metteva la sedia fuori dalla stanza in corridoio e discuteva con tutti quelli che passavano...

Quando era in dialisi, una volta aveva detto a Segoloni: "Se mi togli dal rene artificiale ti copro d'oro, perché io ho tanto oro in casa", ed è stata la prima a fare il trapianto, ma l'oro non l'ha mica visto nessuno...

Per anni abbiamo scelto i trapianti solamente in base al massimo di compatibilità; perché lì, nella scelta del trapianto, ci vuole un assoluto per non essere influenzati da nessuno.

Io mi ricordo che mi aveva scritto per un suo protetto persino l'onorevole A.: non ho neanche risposto, e non sono mica morto per quello; quando si dice "La potenza la fa la paura della potenza"... Allora noi ci siamo sempre attenuti al massimo di compatibilità, un po' perché i risultati erano migliori, ma anche perché questa scelta ci metteva al di fuori da qualsiasi contestazione, noi dicevamo: "L'elaboratore dà questa cifra".

Poi, dopo, avendo valutato che c'erano delle persone, per esempio, che stavano magari dieci anni in dialisi, e non uscivano mai, si sono introdotti dei fattori di correzione, ad esempio sul numero di anni di dialisi.

Ma anche per i fattori di correzione è l'elaboratore che deve farti

quei calcoli, perché, per esempio, le liste d'attesa, le liste preferenziali d'attesa, noi le avevamo accettate, ma ce ne saranno stati due o tre di trapianti fatti così, quelli per i pazienti che non avevano più punti per fare la dialisi, che non avevano più vene, se no rischiavamo di fare troppi favoritismi, spaventosi...

Di cose tristi, oppure terribili o sbagliate se ne sono viste tante. Mi ricordo, per esempio di un signore che aveva fatto un trapianto in Egitto ed era poi arrivato a Torino con un rigetto tremendo.

Mi ricordo sempre quella cartella: c'era scritto: "E' stato scelto il suo rene in un gruppo di suoi amici in Egitto, che si erano offerti volontariamente".

Io credo che l'aspetto delle scelte etiche, e non influenzabili da niente, neanche da noi stessi, sia in dialisi che in trapianto, sia un qualcosa che devi sottolineare.

Non sempre la tentazione è il denaro; a volte è la potenza, le relazioni. Un sistema buono è un sistema che non lascia nemmeno cadere in tentazione.

Cosa dire, oggi, ad una persona giovane, disperata perché deve cominciare la dialisi?

Quello che ho detto, credo, da 20 anni. Ho fatto il calcolo che abbiamo messo in dialisi più di 1200 pazienti e quasi per tutti all'inizio era più difficile, perché non sapevi bene quanto durava, come si viveva. Mi ricordo Carmignani, il fratello più giovane, quello che poi è stato trapiantato: ho passato delle ore in quel letto a persuaderlo a farsi dializzare. Non voleva, poi è stato un ottimo dializzato, per vent'anni prima del trapianto.

Vedi, quello che io direi adesso, quello che dico sempre è: "Non si immagini che la dialisi sia quello che le dicono, perché è tutta diversa da quello che era e perché i giornalisti la fanno pesante... non è sofferenza. E poi, si rende conto che, in fin dei conti, lei con la

dialisi dedica dodici ore la settimana a vivere, quando per sopravvivere, per lavorare, per mangiare dedica otto ore al giorno? Quindi non è 'Ah, io perdo quelle ore'. Quarantott'ore la settimana le perdi per mangiare, per procacciarti da vivere, qui ne perdi dodici per vivere". Questo è sempre stato un argomento che ha abbastanza attecchito, e poi sempre profilare la possibilità del trapianto, quello direi sempre, anche fino ai 55, ai 60 io la profilo ancora.

Il concetto è che in fin dei conti il paziente può fare una vita normale, anzi, che deve fare una vita normale, perché una delle grosse battaglie che si erano fatte, anche con la signorina Mirone, era di non far attribuire il cento per cento di inabilità, perché non ci fosse l'astensione obbligatoria dal lavoro, mi pare che con il settanta per cento ci fosse l'assunzione obbligatoria al lavoro, o almeno delle facilitazioni... lavori non pesanti, d'accordo, ma abbiamo sempre creduto molto nel lavoro come mezzo di riabilitazione, quindi è bene dire a tutti che devono continuare a lavorare come prima, che la dialisi sono solo poche ore.

Quali previsioni possiamo dunque fare per la dialisi e il trapianto nei prossimi anni?

Io credo che molte cose cambieranno moltissimo. Ad esempio, l'ho proprio letto - perché finisce che io sto diventando più colto adesso che non lavoro più, perché ho tempo, cosa vuoi - sul trapianto da animali (che, sebbene siamo ancora abbastanza distanti), hanno risolto il problema del rigetto iperacuto con un meccanismo di azione a livello genico... che poi c'è ancora da vedere come si adatta un rene di una bestia a funzioni differenti e all'uomo, poi c'è tutto il problema dei virus... Ma oggi ci sono delle strade che un tempo pensavamo fossero fantascienza.

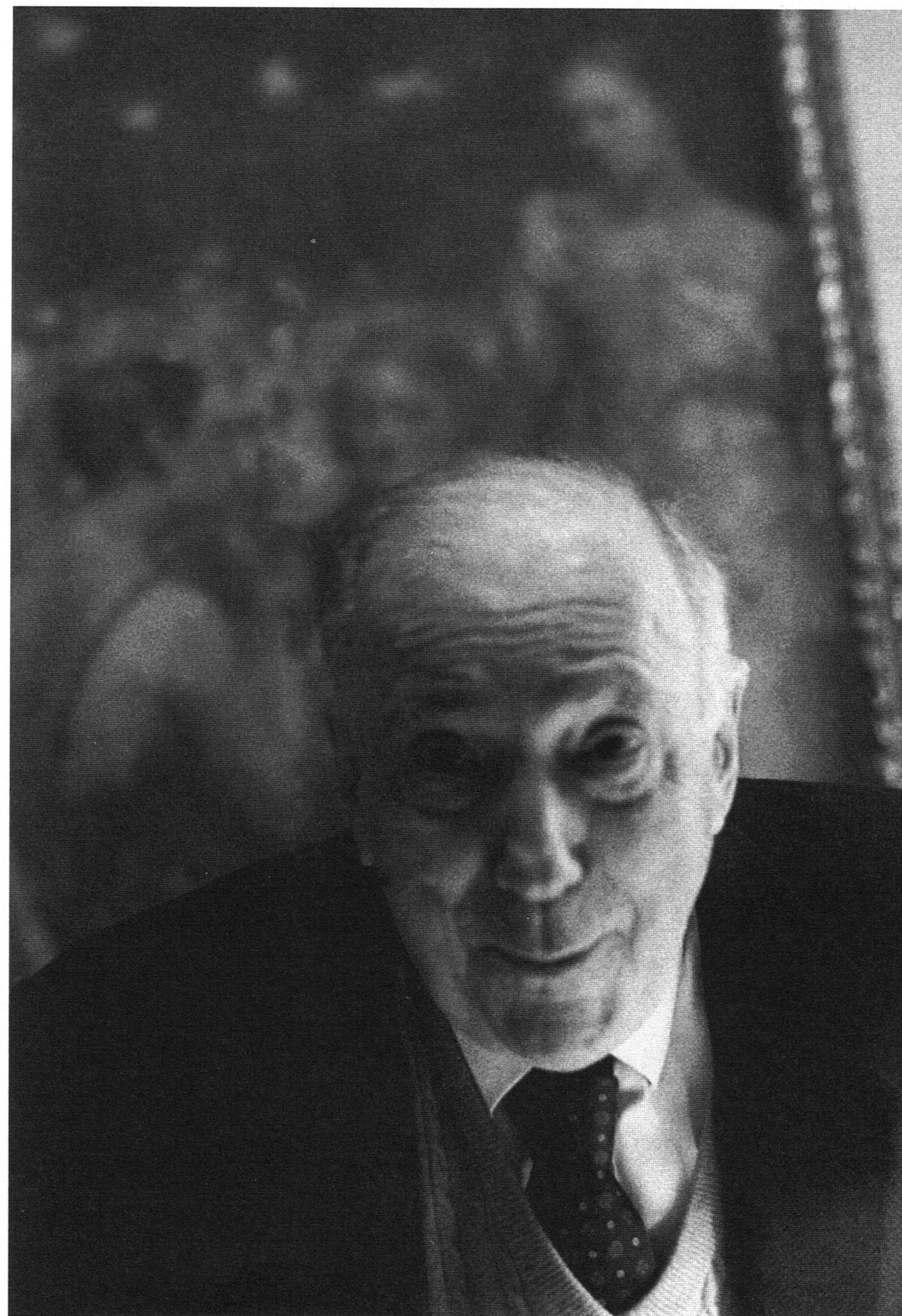
L'evoluzione delle cose è affascinante; poi, c'è una quota, in tutto, di fatalità: ho letto da poco un libro di un antropologo che dimostra come la razza bianca è stata superiore alle altre solo per il motivo che in quella zona fra il Tigri e l'Eufrate, dove è nata l'agricol-

tura, c'era la razza bianca. E' l'agricoltura che ha permesso poi tutta la differenziazione, perché l'homo habilis, l'uomo cacciatore, raccoglitore, si muoveva con il fagottino, con il bambino, e andava a cercare dei terreni di caccia, invece l'agricoltura ha permesso di poter avere più materiale da nutrirsi, accatastarlo e aver tempo di creare della gente che pensa, che dirige, e poi qui dove siamo arrivati, sai com'è che il bianco ha più distrutto le altre razze? Attraverso le sue malattie. L'errore, per mio conto, è dire siamo tutti uguali: siamo diversi, ma non è detto che gli uni siano meglio degli altri, ma non puoi dire che uno con la pelle nera ha le stesse caratteristiche di uno con la pelle bianca: se non altro ha la pelle diversa.

C'è un altro libro magnifico che ha fatto uscire quello che fa Quark, Piero Angela, che è 'L'evoluzione dell'uomo'. Mi sto occupando un po' di antropologia perché, vedi, per sapere dove andiamo dobbiamo sapere da dove veniamo, allora quando pensi che l'homo habilis era di due milioni di anni fa e l'homo sapiens di sessantamila anni fa: in tutta questa evoluzione, quand'è che Dio ha messo l'anima all'uomo, perché era un grosso bestione l'homo habilis...

Torniamo a noi, a dialisi e trapianto: ci sono gli entusiasti che dicono che tutto sommato il trapianto migliorerà, la dialisi migliorerà, tante cose miglioreranno e ci sono i catastrofici che dicono: "Finito i soldi, dovremo decidere".

Ma il mondo è sempre andato verso il meglio, e così continuerà a fare, a meno della guerra atomica, la guerra atomica può veramente cambiare la faccia al mondo. Quando sono nato io, cosa credi, che le vite dei montanari della Valle d'Aosta fossero molto migliori di quelle del terzo mondo? Ho ancora visitato io il malato nella stalla a Sestriere, non un secolo fa. Non credo che mancheranno mai i soldi per la salute dove ci sono già, anche se stanno già mancando dove non ci sono. Sai, facciamo la dialisi su una popolazione di due miliardi di persone, ma quattro miliardi di persone non ce l'hanno a disposizione.



E i due miliardi di gente che ce l'ha, ce l'ha con varie gradualità di accettazione, capisci?

Diventiamo tutti più vecchi, in tutte le società...

Ad esempio, penso che il trattamento del diabetico non verrà abbandonato per i costi, perché, sai come è messa la nostra civiltà, o andiamo nella miseria più assoluta, come la catastrofe che ha ucciso i dinosauri, oppure non si torna tanto indietro... anche perché quello che farebbe tornare indietro è una natalità aumentata, e invece la natalità diminuisce man mano... Pensa che io ho avuto due figli, i miei figli ne hanno avuto uno; nella famiglia di mio padre erano nove figli, e non erano neanche contadini, mio nonno era un industriale, era ricchissimo.

Cambia la società, cambia anche il modo di vedere molte cose. Pensa cos'era, una volta, l'accettazione della morte: mia nonna era di una famiglia molto agiata, colta anche, suo papà era senatore. Io da bambino vedevo un ritratto di un bel bambino a casa sua, e per me era il fratello di mia nonna, e pensavo che ci fosse solo lui... Quando l'ho seppellita ho visto che c'erano altri sei fratellini che erano morti, non me ne aveva neanche accennato: erano morti tutti di difterite, capisci. L'accettazione della morte del bambino un paio di generazioni fa era più normale, c'erano famiglie ricche che li mandavano a balia e dopo due anni andavano a vedere se erano ancora vivi... Ora non si accetta così neanche la morte del vecchio. E' il concetto della morte che è cambiato.

Non è vero che era meglio il buon tempo; oggi si vive di più e meglio di allora. Ma anche la famiglia è cambiata.

Due generazioni fa, se andava bene, erano quelle belle tavolate con dodici figlioli attorno e in centro il patriarca...



Indice

Introduzione a più voci	5
Una lezione	13
Un' intervista	31
Un grazie	47

Un grazie

al professor *Antonio Vercellone*, per la sua disponibilità a condividere, e non solo in forma di libro, cinquant'anni della sua vita;

alla dottoressa *Franca Giacchino*, per l'entusiasmo col quale ha reso possibile questo lavoro;

al *LIONS CLUB di Moncalieri Castello* che, grazie anche all'interessamento ed alla cortesia della dottoressa Maria Ludovica Cavallini Daffara e di Mirella Vitetti, ha finanziato questo progetto;

al signor *Carlo Nebbia*, editore e tipolitografo, che, come sempre, ci ha sopportato e consigliato;

a tutti i nostri *amici* che ci hanno aiutato nel nostro faticoso tentativo di istruirci ed istruire;

e, soprattutto, a *voi tutti che leggete*.

I proventi relativi a questo libro saranno impiegati per sviluppare ulteriore materiale didattico per i pazienti uremici, per i loro familiari e per tutti coloro che sono coinvolti nella cura delle malattie renali

Testi e fotografie (una lezione)

Giorgina B. Piccoli

Giorgina B. Piccoli, medico e pittore, è l'ideatore di un programma di istruzione per i pazienti uremici, in cui si inserisce questo volume.

Fotografie (un'intervista) e grafica

Saverio Colella

Saverio Colella, fotografo professionista, ama tradurre in immagini aspetti quotidiani ed insoliti della realtà. Dalla sua collaborazione, in questo ambito, è nato il libro "Storie".

Redazione

Elisabetta Mezza

Elisabetta Mezza, specializzanda in nefrologia, è tra i fondatori del Gallo di Esculapio Onlus

Realizzazione

Associazione Culturale GRAPHOS

Associazione Il Gallo di Esculapio Onlus,
nata dall'attività di un gruppo di pazienti e di medici, ha lo scopo sociale di occuparsi dell'istruzione in corso di malattie croniche

segreteria c/o

Mauro Boccato (*vicepresidente*)
via Piave 32 Leumann - Collegno, TO

~~L. 12.000~~