PREVENZIONE oggi

Sped. in a.p. Art. 2 comma 20/c legge 662/96 - filiale di Milano - anno XII - n° 107 - prezzo L. 7.000 GENNAIO/FEBBRAIO 2002

aido
associazione italiana donatori organi

L'ARCOBALENO

per una cultura della donazione

Trimestrale dell'Associazione Italiana per la Donazione di Organi e Tessuti - Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica - Reg. Tribunale di Roma n° 224/98 del 19 maggio 1998 Iscritto al Registro Stampa del Garante per l'Editoria - Spedizione in abbonamento postale -45% - Art. 2 comma 20/B legge 662/96 - Filiale di Roma. **Direzione:** Via Silvio Pellico 9 - 00195 Roma - Tel. 06/3728139 - Fax 06/37354028- Internet: http://www.aido.it - Email: aido-arcobaleno@libero.it - giornale@aido.it - Si contribuisce alle spese di stampa come amici: **Socio Aido L. 20.000 - € 10,33 - Ordinari L. 50.000 - € 25,82 - Sostenitori L. 100.000 - € 51,65** - Versamenti sul **c/c/ postale n. 22957005** intestato a **L'ARCOBALENO** - Via Silvio Pellico 9 - 00195 Roma oppure sul **c.c. 21263** intestato a **Aido Nazionale - Credito Italiano, Agenzia Trionfale - via Trionfale, 7110 - ABI 02008 CAB 03240.**

il valore della donazione

Gianluigi Buffon

"Giocare in porta nella propria squadra o nella nazionale dà grandi soddisfazioni.
Ti impegni, fatichi e quando salvi il risultato hai il plauso di tutti, ti senti soddisfatto per aver fatto bene il tuo lavoro.
Ma la vita ci chiama anche ad altri importanti impegni: chiunque siamo, qualsiasi cosa facciamo non dobbiamo dimenticare il valore fondamentale della solidarietà umana
E allora diventa molto importante agire contro dolore e morte, per far vincere vita e benessere diffondendo la cultura del prelievo e del trapianto di organi."

Portiere della Nazionale, da 5 anni testimonial Aido

Se ne raccomanda la lettura

il valore della donazione

Paola Pitagora

"Non bisogna sentirsi eroi, la donazione è una cosa doverosa. Però ciascuno deve scegliere per sé.
Decidere per un proprio caro è una responsabilità spirituale che non mi sentirei di assumere.
Ma perché la donazione non viene facilitata? Basterebbe un talloncino colorato da applicare sul documento con il gruppo sanguigno, per aiutarci a vivere, e il proprio sì alla donazione, per aiutare - gli altri - a vivere."

Attrice

il valore della donazione

Fabio Cannavaro

"Portare in campo la propria abilità nel gioco del pallone diverte il pubblico e ti dà soddisfazione. Che sia per il Parma o per la Nazionale, l'orgoglio di un lavoro ben fatto si sente sempre.
Ma non basta. Ci sono altre partite da disputare. Quelle in cui a vincere è la solidarietà verso chi soffre.
Credere nella cultura della donazione è difendere salute e benessere."

Calciatore

di Leonida Pozzi

Siamo passati
Dalle parole ai fatti

Ad oltre due anni di distanza dal varo della legge 91 del 1999, con la quale si delineava il futuro in Italia della donazione d'organi, l'Associazione ha incominciato il suo nuovo cammino nell'antico solco della sensibilizzazione culturale e di diffusione della cultura della donazione.

L'Aido è formata da gente pratica, che rifugge dalle fumosità delle teorizzazioni che non portano mai a niente. Per questo abbiamo subito adattato la struttura organizzativa a tutti i livelli affinché potesse rispondere alle aspettative dei mutati assetti legislativi, sociali e culturali.

Se è vero che fra i nostri compiti principali vi è anche quello di affiancare le strutture ospedaliere e sanitarie affinché trovino sempre meno ostacoli nell'attuazione dei trapianti d'organo, è altrettanto vero che stiamo definendo in questi giorni con il dottor Stefano Rossattini, presidente della Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ospedaliere) un protocollo d'intesa che rappresenta una pietra miliare nella storia dei trapianti.

I benefici effetti di questo accordo sono fin troppo evidenti: sburocratizzazione di molte procedure, velocizzazione dei procedimenti clinici, sostegno alla ricerca e alla raccolta dei consensi.

Per la nostra Associazione questo accordo è insieme motivo di soddisfazione e di impegno. Si tratta di una sfida perché dobbiamo dimostrare che siamo ancora capaci, come nei nostri primi trent'anni di attività, di trasformare il sentimento in azione, le parole in fatti, la sofferenza in gioia.

Davvero un compito sublime.

SOMMARIO

Pagina 4

Il ruolo dei coordinatori

Pagina 8

Le prospettive dell'Aido

Analizzate a Roma le ipotesi di lavoro

Pagina 11

In mille per una partita

Pagina 13

Parliamo della vita

Uno spettacolo per imparare a donare

Pagina 14

Incontro con il cardiochirurgo dott. Paolo Ferrazzi

Pagina 16

Salviamoci il cuore

Analisi di una malattia diffusissima

Pagina 24

Onlus: qualcosa sta cambiando

Prevenzione oggi

Mensile di cultura sanitaria
del Consiglio Regionale AIDO Lombardia

Anno XI n. 107 - febbraio 2002
Editore: Consiglio Regionale AIDO Lombardia
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo, 90
Tel. 035 23 53 27/26 - fax 035 23 53 27
e-mail: aidolombardia@mail.com

Direttore Editoriale
Leonida POZZI
Direttore Responsabile
Leonio CALLIONI

Redazione Scientifica
Ospedali Riuniti - Bergamo
Azienda Ospedaliera, 24128 Bergamo
Largo Barozzi, 1
Comitato Scientifico
Dott. Roberto FIOCCHI
Dirigente medico I livello U. O. Cardiochirurgia
Dott. Armando GAMBA
Dirigente medico I livello U.O. Cardiochirurgia
Responsabile programma Trapianti Cardiaci
Dott. Bruno GRIDELLI
Dirigente Responsabile U.O. Chirurgia III e
Centro Trapianti Pediatrici
Dott. Giuseppe LOCATELLI
Dirigente Responsabile U.O. Chirurgia
Pediatrica - Responsabile del Centro Trapianti Renali -
Coordinatore del Dipartimento Trapianti Pediatrici
Dott. Giuseppe REMUZZI
Coordinatore del Dipartimento Immunologia del
Trapianto
Redazione Scientifica
Istituto Ricerche Farmacologiche "M. Negri"
24125 Bergamo - Via Mauro Gavazzeni 11
Comitato Scientifico
Dott. Giuseppe REMUZZI
Direttore Istituto Mario Negri di Bergamo
Segreteria di Redazione
24125 Bergamo, via Borgo Palazzo, 90
Tel. 035 23 53 27/26 - Fax 035 23 53 27
e-mail: aidolombardia@mail.com
Redazione operativa
20091 Bresso (MI)
Tel. 02/66501685 - Fax 02/66501684
e-mail:clupole@tiscalinet.it
Coordinamento editoriale
Laura Sposito
Collaborazione Scientifica
Dott. Gaetano Bianchi
Stampa: Industrie Grafiche Pubblicità - Milano
Ufficio sottoscrizioni
20091 Bresso (MI) Viale Matteotti 11
Tel. 02 66 50 16 85 - Fax 02 66 50 16 84
e-mail: clupole@tiscalinet.it
c/c postale 36074276

Consiglio Nazionale AIDO
Via Ermete Novelli, 10/A - 24122 Bergamo
Telefono 035 / 22.21.67; fax 22.23.14
e-mail: aidonaz@uninetcom.it

Consiglio Regionale AIDO Lombardia
Via Borgo Palazzo 90 - 24125 Bergamo
Telefono 035 / 23.53.26; fax 035 / 23.53.27
e-mail: aidolombardia@inwind.it

SOTTOSCRIZIONI

Socio Aido	Sostenitore	Benemerito
£. 50.000	£. 100.000	£. 150.000
(26 Euro)	(52 Euro)	(78 Euro)

Il socio sostenitore ha diritto a n. 9 copie aggiuntive all'anno da omaggiare a un'altra persona, previa segnalazione all'atto della sottoscrizione.

Reg. Trib. Di Milano n. 139 del 3/3/90

Donazione: Una scelta d'amore

Dopo tanto parlarne, finalmente inizia il nuovo corso della nostra rivista. Il mandato è semplice e nel contempo assai impegnativo: contribuire a diffondere la cultura della donazione. Con l'aiuto di tutti cercheremo di rispondere alle molte aspettative che l'Associazione, a livello regionale, ha riposto nella pubblicazione.

In questo numero ospitiamo, insieme con molte notizie sulla vita e sulle proposte operative dell'Aido, una intervista con il dottor Paolo Ferrazzi, primario di Cardiochirurgia agli Ospedali Riuniti di Bergamo e fra i più alti esponenti della chirurgia del trapianto.

Dal dottor Ferrazzi e dal dottor Banfi, della stessa unità operativa degli Ospedali Riuniti abbiamo poi ricevuto per la pubblicazione un lungo articolo scientifico sul trattamento dello scompenso cardiaco. Ne abbiamo ricavato alcune pagine di particolare importanza che ci auguriamo i lettori sapranno apprezzare. Nonostante alcune parti non siano di facile lettura, si tratta di un contributo fondamentale e prestigioso che segna positivamente l'avvio di questa nostra avventura nel mondo della comunicazione associativa.

Altri medici, ricercatori, chirurghi hanno garantito la loro collaborazione e mese dopo mese i lettori avranno modo di apprendere direttamente dai loro scritti quali siano le cause di alcune malattie, quali le prospettive di guarigione, quali gli atteggiamenti preventivi.

Nei prossimi numeri troveranno sempre più spazio le iniziative di Gruppi e Sezioni dell'Aido in Lombardia e verrà aperto uno spazio di dialogo fra l'Associazione e i lettori con una rubrica ad essi dedicata.

Anche così, ne siamo certi, si fa "cultura della donazione".

DISCUSSO IL DOCUMENTO PROGRAMMATICO DELL'ASSOCIAZIONE

A sinistra il coordinatore regionale prof. Pellegrini; a destra il Cav. Pozzi

La legge 1° aprile 1999, n° 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi" ha disciplinato le attività di trapianto di organi e di tessuti prevedendole tra gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale. È il principio cardine che assicura l'impegno dello Stato in tale settore. In particolare il Ministero della Salute è impegnato dalla legge (art. 2) a collaborare con le associazioni di volontariato, tra cui la nostra, al fine di promuovere iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini:

- La conoscenza delle disposizioni della legge n° 91/99 e le modalità di applicazione della legge 578/93 "Norme per l'accertamento e certificazione di morte" e DM 582/94 "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"
- La conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possano richiedere come terapia anche il trapianto di organi o tessuti.
- La conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e tessuti.

Poiché le Regioni e le Aziende sanitarie locali, in collaborazione con i Centri regionali ed interregionali per i trapianti ed i coordinatori locali, devono adottare iniziative destinate all'informazione, l'opera di sensibilizzazione e di educazione sanitaria che può svolgere l'Aido si attua principalmente in collaborazione con le figure preposte per legge a questo compito ovvero i coordinatori dei trapianti a livello locale, regionale e nazionale. Non è ammissibile l'atteggiamento di alcuni dirigenti periferici che hanno assunto comportamenti di chiusura nei confronti di tali figure professionali; tale atteggiamento non può e non deve essere tollerato nell'Aido. Ove sorgessero problemi occorre intervenire tempestivamente al fine di non compromettere i rapporti istituzionali che necessariamente la nostra associazione deve mantenere. Uno dei compiti dell'Aido, infatti, è supportare i coordinatori motivati ed al contrario stimolare quelli meno attivi. È opportuno, là dove si ravvisino delle scelte incongrue effettuate dall'azienda, ricorrere ad incontri con il Direttore generale per segnalare la situazione di disagio e di poca adesione al dettato della legge.

Compito delle Regioni e delle Aziende sanitarie locali come sappiamo è:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della legge 91/99 nonché della Legge 578/93 e del DM 582/94.

b) diffondere tra i cittadini una corretta informazione sui trapianti di organi e tessuti, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere nel territorio di competenza l'educazione sanitaria e la crescita culturale in materia di prevenzione primaria, di terapie tradizionali ed alternative e di trapianti.

È di tutta evidenza che tali compiti istituzionali sono indispensabili per la crescita della sensibilità dei cittadini alla donazione di organi. È per questo che l'Aido deve vigilare ove tali disposizioni venissero disattese e proporre progetti in collaborazione con gli operatori sanitari coinvol-

ti nel programma di donazione di organi e tessuti in ambito ospedaliero, Asl, cliniche private accreditate. L'Aido deve inoltre collaborare con i Medici di Medicina Generale che sono chiamati a svolgere l'impegnativo compito di informare i propri pazienti sulla necessità di donare organi. L'Aido può svolgere un ruolo attivo anche producendo libretti informativi da distribuire negli studi medici da utilizzarsi dai Mmg (progetto già avviato dalla sede nazionale). Inoltre deve intrattenere rapporti con la Simmg, e Fimmg per elaborare programmi comuni. L'Aido deve stimolare le Asl e le Regioni ad organizzare corsi di aggiornamento obbligatorio su tali temi ai Mmg ed agli altri operatori sanitari perché la legge ha autorizzato (comma 3 art. 2) la spesa complessiva di lire 2.000 milioni annue a decorrere dal 1999.
Merita ricordare che in caso di gravi inadempienze la nostra associazione può far ricorso al difensore civico (figura istituita presso le Regioni ed i Comuni) il quale può segnalare disfunzioni organizzative e proporre modifiche di leggi, regolamenti e procedure. Ha inoltre il potere di accedere a tutti i documenti amministrativi, di convocare il responsabile della pratica e chiedere che vengano prese misure disciplinari nei confronti dei funzionari inadempienti.

La collaborazione con gli enti pubblici (Comuni, Province, Regioni, Forze dell'ordine ecc.) vede coinvolte soprattutto le scuole. L'associazione deve collaborare non solo con l'organizzare concorsi) ma elaborando con gli esperti del settore programmi di formazione per gli insegnanti ed interventi formativi nelle scuole, utilizzando materiale unico sul territorio nazionale e applicando anche nuove tecniche di coinvolgimento degli studenti. Inoltre è importante che il rappresentante dell'Aido sia preparato ed aggiornato sui diversi argomenti attinenti alla donazione e trapianto di organi.

LIVELLO LOCALE

Interlocutore privilegiato in ambito sanitario è la Asl (Azienda sanitaria locale) e l'Aso (Azienda sanitaria ospedaliera).
Sarà predisposto un modello di Convenzione Unica tra Asl/Aso ed Aido valida per tutto il territorio nazionale, per la quale stiamo predisponendo un incontro con il presidente del coordinamento dei direttori generali di tutta Italia. Con tale strumento verranno normati i principali accordi in tema di informazione, di partecipazioni a comitati per i trapianti, modalità di dichiarazione della volontà positiva alla donazione.

LIVELLO REGIONALE

Interlocutore privilegiato in ambito sanitario è l'Assessorato alla Sanità. È possibile collaborare sia sui programmi di informazione alla popolazione, sia sollecitando la organizzazione di corsi di formazione obbligatoria sulla donazione e trapianti di organi degli operatori sanitari pubblici e dei Medici di medicina generale (Mmg). È possibile inoltre chiedere la pubblicazione di materiale informativo o, dove ritenuto necessario, utilizzare quanto prodotto dalla nostra associazione. Occorre richiedere di far parte come membri attivi dei Comitati tecnici per i trapianti istituiti nelle singole Regioni.

LIVELLO NAZIONALE

Interlocutore privilegiato in ambito sanitario è il

Ministero della Salute. Già sono state avviate importanti intese. La più recente riguarda il trasferimento dei dati degli iscritti Aido al Sit (Servizio informatico trapianti).
Siamo già nella Consulta tecnica permanente per i trapianti e confidiamo affinché il Ministro riconfermi nel nuovo decreto, che dovrebbe essere varato a giorni, la nostra presenza in Consulta, il cui mandato è scaduto il 19.11.2001.
Siamo altresì presenti nella Consulta del volontariato in sanità, costituita dal Ministro Bindi che però il Ministro Sirchia ha sospeso il 17.07.2001.
È in programma l'incontro con il presidente della Conferenza Stato-Regioni al fine di addivenire ad una intesa Aido-Regioni per portare avanti programmi comuni da applicarsi in tutte le Regioni.
Siamo stati contattati dal prof. Lanzetta per proporre un programma di informazione e di comunicazione corretta alla popolazione in tema di trapianto di mano. Il professore ha offerto alla nostra associazione piena collaborazione scientifica ed ha invitato l'Aido a patrocinare ed a partecipare al Convegno internazionale sulla chirurgia della mano che si terrà nel mese di settembre 2002 sul lago di Lecco.

LIVELLO TRANSNAZIONALE

Siamo i promotori, insieme all'europarlamentare Caveri, di una proposta volta ad uniformare le leggi in materia di prelievo e trapianto d'organi in tutti i paesi della Comunità Europea. Non è facile recuperare associazioni per la donazione in altri Paesi europei ma vedremo di riuscirci.
Prevista per il mese di aprile 2002 una riunione a Bruxelles e un Congresso Europeo a Saint Vincent per il mese di ottobre dello stesso anno.
Riteniamo sia importante coordinare le associazioni europee in un campo così importante per i risvolti sociali (vedasi anche la lotta al traffico di reni tra adulti consenzienti nei paesi dell'Est) che non può lasciarci indifferenti ma che deve impegnarci in una strenua lotta a difesa dei più deboli.

LINEE GUIDA SULLA MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ

L'Aido non può ritirare le dichiarazioni di volontà se non per i propri iscritti. L'Associazione infatti agisce da "Esecutore testamentario del proprio iscritto" nel momento in cui trasferiamo il nominativo al Sit. Altrimenti non avremmo nessuna veste giuridica per poterlo fare.
Il cittadino che desidera esprimere la propria volontà di donare organi e tessuti, senza iscriversi all'Aido, può farlo:

1) Tenendo con sé il foglio in cui con la propria grafia ha espresso tale volontà oppure recandosi presso lo sportello Asl per far registrare questa sua volontà.

2) La possibilità di rilasciare la propria volontà al medico di medicina generale, prevista dal decreto Bindi, non è ancora applicata per l'ostruzione a tale iniziativa portata avanti dai Mmg che

hanno chiesto al Ministero dei fondi aggiuntivi al loro contratto per esercitare anche questa funzione. In realtà se il Ministero comprende la nostra proposta ovvero di incentivare la raccolta delle iscrizioni all'Aido, è come se:

1) Il Ministero della Salute aprisse 2.500 sportelli per l'espressione della volontà positiva alla donazione sul territorio nazionale (tante sono infatti le sedi Aido), con notevole incremento della raccolta della volontà anche per il Ministero stesso. I dati infatti verrebbero inviati al Sit che potrebbe annoverare milioni di persone anziché le attuali diciannovemila.

2) Chi si iscrive all'Aido può farlo anche fuori dalle sedi Aido ad esempio in occasione di una conferenza, di una mostra, di una manifestazione popolare, ecc. Questo modo è senz'altro più gradito al cittadino che sicuramente non ama recarsi allo sportello Asl, interloquire con un amministrativo addetto alla ricezione della sua volontà e che, il più delle volte, non è in grado di fornirgli la minima informazione sulle problematiche connesse alla donazione e trapianto di organi.

3) Il volontario Aido è in grado di fornire una informazione di base (è anche per questo che deve essere curato particolarmente l'aggiornamento dei soci attivi) e fornire materiale informativo da cui il cittadino può estrarre le informazioni ritenute necessarie.

4) È indispensabile che soprattutto sulla manifestazione di volontà vengano stilate opportune convenzioni per evitare di commettere grossolani errori (si rimanda al modello unico di Convenzione Aido-Asl).

Non si deve mai far compilare il modulo predisposto dal Ministero per rendere la manifestazione di volontà all'Asl perché:

1) Si tratta di un modulo ad esclusivo uso del funzionario addetto alla ricezione di volontà alla donazione dell'Asl o Aso.

2) Esiste una procedura standardizzata per cui la compilazione del modulo può essere fatta solo dal diretto interessato che personalmente deve portarlo alla ASL che, a sua volta rilascerà la ricevuta controfirmata dal soggetto stesso.

3) Tale modulo compilato è archiviato presso la Asl di appartenenza oppure trasmesso alla Asl di residenza del soggetto interessato per essere registrato nel Servizio informativo trapianti.

4) Ritirando il modulo l'Aido induce in errore il cittadino che crede di avere depositato la sua volontà al Sit (cosa che non avviene).

5) L'unico modo per far confluire in futuro, ovvero quando sarà a regime, il trasferimento dei dati degli iscritti Aido al Sit, è compilare l'atto di iscrizione all'Aido rilasciando la propria dichiarazione di volontà favorevole alla donazione di organi e tessuti.

ANALIZZATE A ROMA LE IPOTESI DI LAVORO
LE PROSPETTIVE DELL'AIDO

Ancora una volta l'Aido ha potuto confrontarsi sui numerosi aspetti che la riguardano maggiormente e che sempre più la impegneranno nei prossimi anni. L'occasione si è presentata a Roma dove l'esecutivo nazionale ha incontrato tutti i presidenti delle strutture regionali.
Quattro i punti principali all'ordine del giorno: il rapporto con i nostri interlocutori istituzionali, la migrazione dei dati afferenti ai nostri iscritti al sistema informativo dei trapianti del Ministero della Salute, il materiale da proporre come veicolo di informazione e sensibilizzazione e, infine, le iniziative di carattere nazionale allo studio per l'anno in corso.

Relativamente ai rapporti con i nostri interlocutori istituzionali dobbiamo essere sempre più consapevoli che mai come oggi l'Aido deve essere in grado di collaborare e dialogare, a tutti i livelli, con le strutture pubbliche siano esse il Ministero della Salute, siano esse le Regioni, gli Enti locali o le strutture ospedaliere.
Le strutture pubbliche per loro genesi ed indirizzo sociale devono compiere tutti quegli atti finalizzati al bene della collettività che rappresentano. Non hanno altro fine e altra ragione di essere se non di incontrare le esigenze dei cittadini e cercare una soluzione; è per questa ragione che in tutti gli Stati democratici sono la rappresentanza diretta della collettività.
L'Aido, dal canto suo, deve perciò saper dialogare con tutti i soggetti e quindi sapersi proporre, interagire e all'occorrenza richiedere, nelle opportune sedi istituzionali, che compiano il loro dovere. Non una sostituzione ma un affiancamento, un aiuto e uno stimolo per la risoluzione di un problema.

A livello nazionale l'interlocutore privilegiato rimane indubbiamente il Ministero della Salute dal quale auspichiamo una riconferma della Associazione nella Consulta tecnica permanente per i trapianti che dovrà avvenire a breve con l'emanazione dell'apposito decreto. L'Aido è altresì presente nella Consulta del Volontariato che fu costituita dal ministro Bindi ma che deve incontrare, a tutt'oggi, ancora un vero appoggio dell'attuale ministro Sirchia che ha ritenuto di sospenderla a far data dal luglio scorso.
Con il presidente della conferenza Stato-Regioni siamo in attesa di addivenire ad un'intesa Aido-Regioni per portare avanti programmi comuni da applicarsi appunto in tutte le regioni.
A livello regionale è stato sollecitato un rapporto sempre più stretto con l'assessore alla Sanità al fine di collaborare su programmi di informazione alla popolazione. Due i principali destinatari del messaggio: gli operatori sanitari pubblici e i Medici di Medicina Generale. Grazie a questi soggetti e al materiale informativo che l'Associazione potrà mettere a disposizione sarà possibile interessare tutta la collettività.
L'idea di Europa unita non può non coinvolgere anche la problematica dei trapianti: è per

questo motivo che l'europarlamentare Caveri si è reso disponibile a proporre, in sede europea, una proposta volta ad uniformare le leggi in materia di prelievi trapianti. Insieme ad altre associazioni simili alla nostra faremo in modo di addivenire ad un programma comune su scala europea.

A sinistra il dott. Maurizio Sardella vice presidente regionale;
a destra il Cav. Leonida Pozzi, presidente del Consiglio regionale lombardo

Per quanto concerne le strutture sanitarie è allo studio una convenzione con tutte le Aziende sanitarie locali (Asl) e Aziende sanitarie ospedaliere (Aso) affinché ogni struttura Aido possa interagire con la propria Asl o Aso secondo un accordo normato e studiato per tutto il territorio nazionale e in grado di raggiungere la massima penetrabilità nel tessuto medico-scientifico. La Legge 91/99 non dà disposizioni solo sulla problematica dei prelievi e dei trapianti; dice molto di più e parla anche di prevenzione, di possibilità terapeutiche e di problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e di tessuti. Pertanto la collaborazione con le strutture non può prescindere dal precipuo compito che indica la Legge citata: al cittadino devono pervenire tutte quelle informazioni necessarie a prevenire forme patologiche che possano portare ad un trapianto unitamente alle possibilità medico-scientifiche ad esso collegato e infine alle modalità della manifestazione in vita del consenso in ordine alla donazione dei propri organi e tessuti dopo la morte.

Un altro aspetto importantissimo ha riguardato l'enorme patrimonio delle Sezioni provinciali dell'Adio alle quali compete l'archiviazione degli atti di iscrizione e della manifestazione in vita di volontà di oltre un milione di iscritti. Si sta pensando, a tal fine, di travasare questo patrimonio nella banca dati del Ministero della Salute; ma per fare questo occorre una omogeneizzazione del sistema informatico dell'Aido e una procedura di

raccolta dati uniforme su tutto il territorio.
Molte strutture sono già da tempo dotate di sistemi informatici in grado di raccogliere e ordinare tutti i propri iscritti. Questo potrà agevolare la migrazione dei relativi dati nel Sistema informativo trapianti (Sit) del Ministero della Salute ma non risolvere il problema. Diversi sono stati i metodi di raccolta dei dati, diversi i programmi usati per tali operazioni.
Non è pensabile che ci possa essere concesso l'accesso al Sit utilizzando sistemi informatici, e non, radicalmente o anche solo sostanzialmente diversi. La rivalutazione del nostro patrimonio di iscritti deve pertanto passare necessariamente per la via della normalizzazione dei sistemi usati; compito che impegnerà notevolmente tutte le strutture Aido ma che ci permetterà di continuare a raccogliere in modo organico e strutturato i consensi in ordine alla manifestazione di volontà.

Si diceva prima delle risposte che dobbiamo essere in grado di dare ai nostri interlocutori istituzionali, ma non solo; anche i cittadini necessitano di risposte adeguate.
Il materiale informativo rappresenta una di queste risposte e pertanto è allo studio la produzione di nuovi volantini in grado di cogliere l'attenzione di un numero sempre più elevato di persone. Il messaggio che intendiamo trasmettere non può e non deve essere solo un messaggio di solidarietà umana. Occorre fornire al cittadino anche delle informazioni tecnico-scientifiche che avvalorino l'efficacia di un trapianto di organi, di tessuti o cellule. È per questa ragione che l'informazione deve essere anche di tipo scientifico affinché il cittadino possa capire che per determinate patologie, oggigiorno, il trapianto è l'unica strada percorribile e che solo con un trapianto di organi, talvolta, è possibile garantire, alternativamente, o una vita sociale dignitosa o la semplice sopravvivenza. Sia nelle scuole che in altre occasioni deve essere pertanto fornito materiale informativo aggiornato, facilmente capibile e in grado di dare risposte certe. La sensibilizzazione ad un gesto di grandissima generosità e altruismo deve essere capito fino in fondo anche nella sua specificità. Infine sarà potenziato, e in parte rinnovato, il giornale nazionale "Arcobaleno" che cercherà di avere una maggiore penetrazione su tutto il territorio nazionale.

In ultimo le iniziative a carattere nazionale. Sono allo studio due interessanti appuntamenti: la partita di calcio da guinness dei primati 500 contro 500 e un "musical" itinerante per tutta Italia avente per trama la storia di due ragazzi interessati da un trapianto di organi. La loro realizzazione comporterà notevoli difficoltà organizzative ma si propone di ottenere una visibilità nazionale molto grande. Eventi simpatici, coinvolgenti dove l'aspetto ludico e spassionato vuole unirsi al momento di riflessione e di presa di coscienza di una realtà esistente e di fronte alla quale non possiamo permetterci di far finta di niente e sperare che mai possa accadere a noi.

Molti sono stati gli aspetti trattati e tutti di grande rilevanza: il compito più difficile viene adesso dove ognuno di noi nell'ambito della propria struttura deve attuare le linee guida dettate a livello nazionale e sapersi proporre in modo costruttivo perché la propria esperienza locale possa diventare patrimonio di tutti.

Dott. Maurizio Sardella

In mille per una partita
Iniziativa da Guinness dei Primati

Considerazioni preliminari
* Una parte considerevole dei giovani in Italia non è a conoscenza della problematica relativa alla donazione degli organi;
* Non è chiaro il nuovo ruolo dell'Aido;
* La necessità di comunicare contenuti ai giovani si scontra sempre più spesso con la necessità di evitare "messaggi troppo diretti", visti spesso come imposizioni o peggio come giudizi da parte degli adulti;
* I giovani riconoscono in alcuni mezzi di comunicazione (Internet, musica, messaggi Sms) e in alcune trasmissioni radiotelevisive (Mtv, Gialappa's Band, Lo zoo di 105 per citare alcuni esempi) degli strumenti di espressione libera e di fatto in grado di "fare tendenza".

L'idea
L'idea di organizzare una partita di calcio "da Guinness dei Primati" in funzione di rilancio dell'interesse dei giovani per l'Aido ha radici abbastanza lontane (circa 2 anni fa) e si è scontrata con la concreta difficoltà di organizzare un evento che potesse "funzionare".
In particolare è emersa la presenza di un Break Even Point nel progetto, per cui solo un evento ben organizzato e supportato da canali di comunicazione "giovani" può ottenere i risultati auspicati in termini di curiosità prima, di attenzione durante, di affinità d'intenti poi.

La proposta
L'idea di base è quella di organizzare una partita di calcio "500 contro 500 che vada a superare l'attuale Guinness dei primati della categoria, e di mostrare l'evento in diretta su Internet, se il costo non è proibitivo. Perché l'evento possa funzionare, si ritiene necessaria la presenza di personalità del mondo dello spettacolo o dello sport che vengano intervistate durante lo svolgimento della partita (e che magari giochino).
A margine della partita si possono considerare un gran numero di idee più o meno "d'impatto": fare dirigere l'incontro da un arbitro nazionale (ad esempio Collina), chiedere la partecipazione del gruppo di "Quelli che il calcio", far fare la radiocronaca alla Gialappa's Band, ecc.
Un evento di questo tipo, sicuramente interessante e "appetibile" anche dai media, permetterebbe di raccogliere finanziamenti sotto forma di sponsor (a questo proposito, l'Aido nazionale si farà carico di richiedere il patrocinio del Ministero della Salute e del Ministero dei Beni e delle Attività Culturali, patrocinio quest'ultimo funzionale al diritto alla detrazione dei costi di sponsorizzazione dagli utili societari, in applicazione della legge 2 agosto 82 n. 512).

La partita
Il luogo individuato come sede dell'evento è il Campo Volo di Sassuolo (Modena). Il campo è completamente in erba e, pur non essendo molto largo (circa 200 metri), è però abbastanza lungo (1000 metri circa) da permettere di affiancare un gran numero di porte da calcio.
Le dimensioni del campo non sono di importanza fondamentale, poiché l'unico vincolo posto dal Guinnes dei Primati è la durata di 90 minuti della partita.
La data individuata è il 25-26 maggio 2002.
A margine dell'evento si potranno organizzare iniziative di varia natura, quali mostre, concerti, testimonianze, ecc.

Le squadre
L'idea potrebbe quindi essere quella di suddividere le maxisquadre (ad es. i bianchi e i neri)

in ulteriori minisquadre individuate da coccarde o bandanas colorate. Quindi i bianchi a coccarda blu affronteranno i neri a coccarda blu (e solo loro!) e dovranno segnare con il pallone blu all'interno della porta blu degli avversari, diretti dall'arbitro a coccarda blu. Si può pensare di avere un Superarbitro, giudice supremo e incontestabile posto al di sopra delle parti (anche fisicamente, ad es. su una mongolfiera).

Gli sponsor

Data l'impossibilità dell'Aido di finanziare l'evento, il problema principale è quello della ricerca dei finanziamenti da parte dei privati e del pubblico. L'idea è quella di cercare un certo numero di sponsor che, data la sicura risonanza nazionale dell'avvenimento e facendo uso della legge 2 agosto 82 n. 512, sopportino il carico dei costi.
In particolare si può pensare a
- uno sponsor unico, di livello nazionale, per i mass media (televisione, Internet);
- più sponsor locali sul luogo dell'evento;
- sponsor specifici per le magliette, le porte da calcio, il gazebo, i palloni, ecc.

Gli obiettivi

Gli obiettivi raggiungibili da una iniziativa di questo tipo sono molteplici:
- modificare la convinzione diffusa che il tema della donazione degli organi (e quindi della morte) possa essere affrontato solo in modo triste o, peggio ancora, noioso;
- creare un'ulteriore occasione di approfondimento, sui media nazionali, relativamente alle donazioni, al "silenzio/assenso" e a tutte le tematiche correlate;
- passare il messaggio che "l'Aido sa parlare il linguaggio dei giovani" ed è "attenta ai nuovi mezzi di comunicazione" (e quindi che è un'associazione fresca e dallo spirito giovane);
- creare un precedente di aggregazione nel nome della sensibilità, utile ad altre iniziative future.

Conclusioni

Il progetto proposto ha l'ambizione di essere un grande catalizzatore di interessi e iniziative, un momento di collaborazione e aggregazione per tutte le realtà che, a vario titolo, da anni si battono sì per la donazione degli organi, ma anche e soprattutto per la nascita e lo sviluppo di una "cultura della donazione e della solidarietà". È un progetto complesso e sicuramente dispendioso sia in termini di energie che di danaro, ma può essere la scintilla nella paglia della sopita (forse) sensibilità dei giovani.
Non fosse così, sarebbe comunque un precedente memorabile!

PROGRAMMA DI MASSIMA

Sabato 25 maggio 2002 ore 20,30: Teatro comunale di Sassuolo; spettacolo teatrale "May be" (processo per un trapianto) e dibattito con il pubblico.
Per il dibattito si coinvolgeranno: d.ssa Enza Palermo, presidente Aido nazionale, dr Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti, dr Giovanni Bissoni, Assessore alla Sanità Regione Emilia Romagna, dr Pinna, direttore Centro Trapianti Policlinico di Modena, d.ssa Maria Teresa Armato, assessore alla Sanità Regione Campania.
Domenica 26 maggio ore 14,30: campo Volo di Sassuolo; partita di calcio da Guinness dei primati "è in gioco LA VITA!" in cui si affronteranno 2 squadre di 500 giocatori ciascuno, con la presenza di numerosi testimonial del mondo dello spettacolo e dello sport.

PER TUTTE LE AIDO REGIONALI

Per la maggior riuscita dell'evento si richiede a tutte le Regioni di collaborare segnalando a Vincenzo Passarelli o a Cristina Bassini la disponibilità di testimonial delle proprie Regioni di appartenenza.

Parliamo della Vita
Lo spettacolo per imparare a donare

Il presidente Pozzi
premia la vincitrice del concorso canoro di Airuno (LE)

Lo spettacolo al servizio del sociale e della scienza per una comunicazione di massa.
Nel contesto di un'ottica di comunicazione moderna ed alternativa, abbiamo ideato un musical dal probabile titolo "May be" che per le caratteristiche e i contenuti che propone (mette in scena la storia di due ragazzi che hanno subito un trapianto), intende fornire un messaggio di utilità sociale, creando un'opportunità di riflessione, informazione e dibattito sull'argomento. Un argomento che in altre forme è considerato ostico da trattare, specialmente se rivolto a persone che non siano addetti ai lavori... Esiste infatti inevitabilmente un certo preconcetto nel parlare di morte: per questo è fondamentale far capire che nello stesso tempo si parla di vita. Ecco perché pensiamo che lo spettacolo, e questo in particolare, offra lo spunto per una campagna di informazione e discussione capillare sul territorio ma in un'ottica più rilassata. Il delicato tema che vi si affronta viene infatti proposto da una compagnia di giovani talenti (ed anche questo è molto importante per il futuro) in un singolare intreccio di musica, danza, canto e prosa, così da avvicinare con naturalezza il pubblico alla realtà dell'argomento.
Per realizzare questo progetto - oltre che di apporti morali - c'è bisogno naturalmente di comunicazione, di contributi artistici (appoggiano questo lavoro Gianni Minà, Franco Miseria, Vittorio De Scalzi dei New Trolls, i Cugini di Campagna) nonché di contributi finanziari che lo rendano appetibile e competitivo al fine di raggiungere gli scopi prefissati.
Le possibilità per l'AIDO di patrocinare, sponsorizzare e produrre un'azione di campagna promozionale e di informazione sono le seguenti:
- ogni sede dell'Associazione contribuirà con una cifra (ipotesi 1000 euro);
- l'AIDO diventerà sponsor, ma anche co-produttore dell'opera;
- le sedi stesse potranno programmare una data (o più) nella propria zona con il risultato sia di recuperare il contributo di sponsorizzazione sia di fare opera di promozione diretta sul territorio;
- l'AIDO potrà organizzare incontri col pubblico e tavole rotonde con stampa e TV al seguito del tour
- si dovrà organizzare una conferenza stampa nazionale per dare ampio risalto ed importanza all'iniziativa;
- si creeranno occasioni per interventi in trasmissioni TV di spettacolo, informazione e talk-show dove - facendo seguito ad una esibizione della compagnia - il rappresentante AIDO porterà il messaggio dell'Associazione su argomenti di interesse pubblico;
- saranno pubblicati CD e MC del musical e distribuiti in tutta Italia. All'interno di essi si potrà inserire una comunicazione dell'AIDO inerente al problema di maggiore importanza in quel momento per l'Associazione;
- ci sarà la possibilità di raccogliere fondi sulla vendita di gadgettistica al seguito del tour.
Le prove della compagnia sono iniziate il 7 gennaioscorso a Livorno e si protrarranno sino al 30 giugno (con una prova generale dove saranno invitati i rappresentanti di tutte le sedi AIDO). La compagnia è formata da circa 30 persone tra artisti (attori, cantanti, ballerini, musicisti) e tecnici, tutti dotati di grande energia, passione, talento, volontà. Il debutto ufficiale è previsto per i primi di luglio (probabilmente alla famosa Versiliana) e dà inizio a un tour estivo, a cui seguirà la normale programmazione della stagione invernale (ottobre 2002- maggio 2003).

Il direttore artistico
Pino Scarpettini

L'INTERVISTA

INCONTRO CON IL CARDIOCHIRURGO DOTTOR PAOLO FERRAZZI

L'appuntamento con il dottor Paolo Ferrazzi è fissato per un pomeriggio di gennaio. L'inverno segna il paesaggio bergamasco che diventa duro, quasi ostile. Un po' come il dialetto un tempo diffusissimo in provincia e oggi quasi totalmente abbandonato: secco e aspro, ostico agli "estranei". Entriamo nell'ospedale. In fondo all'ampio piazzale interno, a destra per chi entra, c'è la Cardiochirurgia. Saliamo al primo piano ed entriamo nel reparto diretto dal dottor Ferrazzi. Ci sorprende la pulizia dei locali tinteggiati di recente. Nell'aria non grava quella pesantezza che a volte segna i locali ospedalieri. Incontriamo il dottor Ferrazzi e scopriamo subito la sua estrema cortesia, la sua semplicità. È stato fra i principali artefici dell'avvento del trapianto di cuore in Italia, a fianco del professor Parenzan, ma sembra parlare di un impegno dovuto.

Inizia un colloquio piacevole e interessante.
Scopriamo che dopo la laurea, conseguita con pieni voti nel 1972 e le due specializzazioni, anch'esse a pieni voti, in Chirurgia pediatrica e in Cardiochirurgia, rispettivamente nel 1975 e nel 1978, il dottor Ferrazzi ottenne l'idoneità a primario di Cardiochirurgia nel 1985.
L'anno prima, presso l'University of Alabama a Birmingham (Stati Uniti), era stato "special fellow" partecipando attivamente al lavoro delle équipe dirette da J.W. Kirklin, Albert D. Pacifico, James K. Kirklin, David C. McGiffin. Si occupò in particolare delle cardiopatie congenite, cardiopatie acquisite, prelievo e trapianto di cuore e uso della mammaria interna nella chirurgia coronarica. Dal 1985 al 1995 è stato responsabile e coordinatore del Programma trapianti presso la sua Divisione. Al suo attivo conta: organizzazione e preparazione teorica del personale paramedico e medico; esecuzione - il 23 novembre 1985 - del primo trapianto cardiaco e prelievo di cuore (terzo trapianto in Italia); esecuzione di 182 trapianti cardiaci e 30 prelievi di organi; correzione mediante trapianto di 58 difetti cardiaci congeniti e miocardiopatie in pazienti in età pediatrica; esecuzione come supervisore di 42 trapianti per il training di altri chirurghi; organizzazione e formazione medico-chirurgica di un'équipe che fino al 1995 ha eseguito 350 trapianti di cuore e ha gestito il post-operatorio immediato e il follow-up a distanza; organizzazione ed esecuzione il 13 gennaio 1991 del primo trapianto di cuore-polmoni sopravvissuto in Italia. Fra il 1988 e il 1995 è responsabile e coordinatore del programma di assistenza ventricolare meccanica in clinica presso la sua Divisione. Dal 1995 al 1999 è esperto di alta qualificazione presso il Cnr. È stato poi primario a Massa Carrara, prima di tornare, come primario in Cardiochirurgia, agli Ospedali Riuniti di Bergamo.
Di grande prestigio sono, inoltre, l'attività di ricerca del dottor Ferrazzi, così come quella chirurgica e quella didattica e di consulenza.
Appare ovvio, data questa lunga premessa, ritrovare nel dottor Paolo Ferrazzi un precursore del trapianto di cuore in Italia, fra i primi i Europa.

Il dott. Ferrazzi e la presidentessa dell'Associazione cardiotrapiantati, signora Elisabetta Pansa

"Diciamo che per un cardiochirurgo - *afferma* - il trapianto cardiaco ha rappresentato sempre un grosso fascino: quello di poter cambiare "il motore che non va", e questo in considerazione proprio di tutte le malformazioni sia congenite sia dovute a malattie acquisite. Questa è per i chirurghi una procedura di grande fascino e di grande impegno. Con il prof. Parenzan abbiamo cominciato a pensare al trapianto di cuore agli inizi degli anni Ottanta quando è entrato in uso per il trattamento dei pazienti trapiantati il farmaco che si chiama ciclosporina. A quel punto è stato possibile passare, con il trapianto di cuore, ad una fase puramente sperimentale, che è durata dal '69 quando il prof. Christian Barnard ha operato il primo trapianto, fino ai primi anni Ottanta. Allora il prof. Parenzan mi chiese di interessarmi di questa procedura e quindi mi sono recato negli Stati Uniti, in Alabama, per 6 mesi. Sono rientrato dall'Alabama i primi di gennaio del 1985 ma ancora in Italia non era possibile effettuare trapianti perché non c'erano i permessi ministeriali. Nel frattempo ho preparato tutta una serie di protocolli e nel novembre dell'85, abbiamo effettuato il primo trapianto di cuore (il terzo in Italia), a pochi giorni di distanza dal trapianto di cuore del prof. Gallucci. E da là è iniziata una

grande, meravigliosa avventura. Tra l'altro siamo stati capaci di fare per i primi due anni un numero di trapianti elevato senza nessun decesso. Quindi siamo passati al trapianto anche nei pazienti più piccoli. E da questi sono derivate tutta una serie di nuove tecniche. Nell'87 abbiamo impiantato la prima assistenza ventricolare. È stata per il suo genere la più lunga al mondo. Poi abbiamo iniziato verso la fine degli anni Ottanta un enorme lavoro sul trapianto pediatrico che è scaturito in una presentazione nei primi anni '90 a Pittsburgh dei migliori risultati al mondo per il trapianto pediatrico. Siamo anche stati i primi in Italia ad effettuare nel 1991, il trapianto del cuore e dei due polmoni in una paziente che è ancora in vita. È una signora che a più di dieci anni dal trapianto è ancora in ottime condizioni. Dopo di che, sono stati fatti molti interventi di punta ma nel frattempo, per fortuna, il trapianto è diventato routine clinica; ne abbiamo effettuati, a tutt'oggi, fra i 500 e i 600".

- Risulta poi un particolare impegno nell'ambito pediatrico.

"La divisione di Cardiochirurgia si è sempre dedicata innanzi tutto ai bambini. Poi abbiamo cominciato con gli adulti. In realtà per tutta la Cardiochirurgia di Bergamo il trapianto è stato un cambiamento epocale con l'introduzione di nuove tecniche. Essendo io un po' il responsabile, per me è stata un'avventura professionale assolutamente meravigliosa. Quando abbiamo iniziato non immaginavamo che i risultati sarebbero stati così soddisfacenti e così belli. Io ho vissuto quei momenti come una meravigliosa avventura. Quando ho iniziato con i trapianti avevo 37 anni... ho avuto la fortuna che non tutti i dottori hanno: di poter vedere un malato ormai con poche ore di vita e poi, nel giro di un po' di tempo, di un mese o due, di riportarlo alla vita piena, addirittura a giocare a tennis. Per un medico questo è il massimo. Inoltre essere inseriti in un programma di trapianto comporta la capacità di operare contestualmente in più discipline; quindi bisogna che funzionino bene tutte le branche, come quella delle malattie infettive, l'immunologia, l'anestesia. E questo ha portato a concentrare un'attenzione particolare sul paziente. Poter "personalizzare" l'intervento sul paziente è un po', secondo me, il segreto della medicina. Infatti, ogni paziente è diverso dagli altri, per formazione, cultura, personalità, psicologia".

- Però dall'evoluzione delle tecniche di trapianto la medicina ha tratto grandi vantaggi.

"Sì, è vero: i trapianti hanno dato uno stimolo culturale enorme alla medicina. Ad esempio, il cuore artificiale non sarebbe mai esistito se non ci fosse stato il trapianto perché senza la "via di fuga" del trapianto probabilmente non sarebbe stato possibile perfezionare un cuore artificiale così affidabile. Ma anche la cura di malattie come l'Aids si è avvantaggiata degli studi sul trapianto. Il trapiantato, come lei sa, è immunosoppresso e quindi presenta infezioni che sono particolari sia per il trattamento sia per la gestione. Tutto l'aspetto immunologico del trapianto cardiaco ha stimolato la produzione di nuovi farmaci. Ma fra tutte la cosa più importante è questa. Fino a prima dell'avvento dei trapianti, i pazienti con scompenso cardiaco erano nelle condizioni di chi ha un tumore in fase terminale. Venivano accolti in specie di hospice, quasi in attesa della morte. Non c'era possibilità di terapia. Adesso il trapianto ha dimostrato che qualcosa si può fare e questo ha permesso l'elaborazione di tutta una serie di nuove terapie. Abbiamo avuto l'avvento degli aceinibitori che hanno cambiato la prognosi di questi malati, così come i betabloccanti. Ha stimolato anche tutta la terapia farmacologica e ci ha permesso di fare molto sui malati con scompenso cardiaco. Per poter far capire la portata del problema, ricordo che lo scompenso cardiaco può essere definito la malattia del secolo: si muore quattro volte più che di tumori. Negli Stati

Il dott. Paolo Ferrazzi durante un intervento in Bielorussia

Uniti sono 4 milioni e mezzo i pazienti scompensati. In Europa sono 3 milioni e 800 mila i pazienti che hanno scompenso e sono circa quattrocentomila i morti ogni anno in Europa. Siamo a delle cifre veramente gravi. Il fatto preoccupante è che la quantità di scompenso cresce in percentuale del 12 per cento all'anno... Per questo motivo i cardiologi americani hanno posto in questo inizio secolo l'epidemia da scompenso".

Il colloquio con il dottor Ferrazzi prosegue ancora per un po'. Parliamo soprattutto delle cause di alcune malattie degenerative del cuore. Infine l'illustre cardiochirurgo ci offre la possibilità di divulgare il testo di un lungo articolo che ha appena predisposto in collaborazione con il dott. Banfi. Cogliamo al volo la preziosa occasione e invitiamo il lettore a proseguire il proprio sforzo con le pagine successive. Si tratta di un testo specialistico, di per sé non facile (e di questo ci scusiamo) ma non certamente semplificabile. In compenso è un contributo di elevatissimo interesse scientifico, e di questo siamo orgogliosi.

Leonio Callioni

Analisi di una malattia diffusissima
Salviamoci il cuore

Nell'ambito dell'intervista al dott. Ferrazzi abbiamo ricevuto per la pubblicazione un lungo articolo scientifico predisposto dai dott.i Banfi e Ferrazzi. Ringraziamo per la preziosa opportunità che ci viene offerta di dare in anticipo ai lettori un contributo che per la sua eccezionalità poche riviste si possono permettere e proponiamo ai lattori una "piccola" parte di questo articolo

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Carlo Banfi - Paolo Ferrazzi

Dipartimento Cardiovascolare Clinico e di Ricerca
U.O. di Cardiochirurgia
Ospedali Riuniti di Bergamo

L'insufficienza cardiaca nella sua forma più grave ha spesso una prognosi infausta e, nonostante i notevoli progressi favoriti dal trattamento medico, la mortalità nelle forme più gravi si avvicina al 50%. Nella sua fase evoluta, malgrado un trattamento medico ottimale, è poco probabile che si possa aumentare la sopravvivenza. Il trapianto cardiaco resta per la maggior parte di questi pazienti l'unica alternativa terapeutica efficace.

L'insufficienza cardiaca colpisce il 10 per 1000 della popolazione dopo i 65 anni di età, equivalenti, secondo stime dell'American Heart Association, a 4.7 milioni di americani con 550'000 nuovi casi diagnosticati annualmente e con costi annuali che variano dai 10 ai 40 miliardi di dollari. La soppravvivenza a 5 anni di pazienti con scompenso cardiaco è approssimativamente del 50%, mentre la mortalità ad 1 anno nei pazienti con malattia in fase avanzata può superare il 50%. Nel periodo compreso dal 1979 al 1998 le morti dovute a questa patologia sono aumentate del 135%, mentre i ricoveri ospedalieri sono incrementati del 159%. Lo scompenso cardiaco non è una malattia specifica ma piuttosto una sequela di segni e sintomi che nascono da diverse cause. I pazienti con scompenso cardiaco da lieve a moderato e, recentemente, quelli con patologia più severa, hanno beneficiato del trattamento medico. Ciò nonostante la sopravvivenza e la qualità di vita in pazienti con scompenso cardiaco rimane limitata. Il trapianto cardiaco risulta essere il solo trattamento che permette un sostanziale beneficio per il singolo individuo. Purtroppo, nel mondo per anno sono disponibili meno di 3000 donatori d'organo. Nel 1999 nei soli Stati Uniti d'America sono stati trapiantati 2184 pazienti con scompenso cardiaco che rappresentano, comunque, meno della metà dei pazienti in lista per un trapianto cardiaco. Nello stesso anno sono 700 i pazienti morti in attesa di un organo e 676 quelli esclusi dalla lista d'attesa per sopravvenute complicanze.

Le ragioni dell'inadeguatezza dei donatori d'organi sono plurifattoriali ma è certamente la mancanza del consenso dei famigliari la causa maggiore. Questa drastica riduzione di donatori ha come conseguenza prima una selezione sempre maggiore dei candidati al trapianto cardiaco e, per i pazienti al di là dei 60 anni, vi è spesso riserva all'indicazione trapiantologica. Non dimentichiamo che, come già precedentemente accennato, l'insufficienza cardiaca colpisce prevalentemente i pazienti in questa fascia d'età e tende ad aumentare sempre di più tenuto conto dell'epidemiologia di questa malattia.

Date le particolari condizioni, trovare delle alternative al trapianto diventa assolutamente necessario.

Riassumiamo qui di seguito le alternative chirurgiche al trapianto cardiaco:

- rivascolarizzazione coronarica: nei pazienti con cardiopatie ischemiche con disfunzione ventricolare sinistra maggiore può essere un' opzione terapeutica qualora esista una vitalità sufficiente del miocardio per poter sperare in un recupero anche parziale del muscolo cardiaco;

- la cardiomioplastica: si sviluppa agli inizi degli anni '90 ma resta tuttora molto discussa nonostante gli interessanti risultati funzionali iniziali;
- *remodelling ventricolare*: associato ad una plastica sulla valvola mitralica è talvolta un'opzione terapeutica che può dare notevoli benefici ai pazienti con scompenso cardiaco refrattario alla terapia medica;
- *assistenze circolatorie meccaniche*: riservate in genere ai periodi di scompenso acuto e come ponte verso il trapianto cardiaco, hanno fatto negli ultimi tempi dei progressi decisivi. Attualmente la maggior parte dei centri trapiantologici si trova d'accordo sull'impiego delle assistenze per un selezionato gruppo di pazienti nei quali l'assistenza permetta una buona riabilitazione muscolare e agevoli la buona riuscita del trapianto cardiaco. I risultati così ottenuti sono paragonabili a quelli di un trapianto cardiaco in condizioni elettive.

TRAPIANTO CARDIACO

Evoluzione del trapianto cardiaco e risultati attuali

Negli anni '80 il trapianto cardiaco è evoluto da attività sperimentale e sporadica a procedura terapeutica effettuata di routine in pazienti selezionati con scompenso cardiaco terminale, refrattario o intrattabile. Il successo clinico del trapianto cardiaco è dovuto a numerosi fattori: progressi nelle tecniche chirurgiche, preservazione dell'organo espiantato, immunosoppressione, diagnosi e trattamento delle infezioni. Questi progressi sono attribuibili anche alle procedure, pre e post trapianto, altamente specializzate secondo protocolli standardizzati. Come conseguenza della dimostrata efficacia di queste procedure, nel mondo è stato eseguito un numero crescente di operazioni e in molti Paesi sono proliferati i centri trapianto. Negli Stati Uniti e in Europa il maggiore fattore limitante il numero di trapianti è, da alcuni anni ormai, la cronica carenza di donatori.

Sono trascorsi circa 60 anni di studi sperimentali prima che si giungesse al primo trapianto cardiaco effettuato con successo. Nel 1905, Carrel e Guthrie dell'Università di Chicago eseguirono il primo trapianto cardiaco sperimentale.

Successivamente apparvero numerosi lavori riguardanti gli aspetti sperimentali del trapianto cardiaco, ma solo agli inizi degli anni '50 si dimostrò la fattibilità tecnica della procedura. Nei dieci anni successivi la sperimentazione di laboratorio fu indirizzata sui problemi relativi ai mezzi per la preservazione del graft, alla semplificazione delle tecniche chirurgiche, ai metodi di protezione miocardica e di supporto del ricevente, ai mezzi di diagnosi e di trattamento del rigetto, e verso la metà degli anni '60 furono trovate soluzioni accettabili.

In una significativa serie di lavori Lower e Shumway riuscirono ad integrare le varie soluzioni esistenti in un singolo approccio ai problemi concernenti il trapianto cardiaco. Il lavoro pioneristico di questi due ricercatori formò le basi per il trapianto cardiaco clinico e le problematiche rimanenti furono relative a questioni legali e logistiche. Ma fu Barnard che eseguì il primo trapianto cardiaco ortotopico clinico il 3 dicembre 1967 presso il Grote Schuur Hospital in Sud Africa.

Negli anni immediatamente successivi la prima operazione storica furono eseguiti 102 trapianti in 17 Paesi. I risultati di questi primi casi furono scoraggianti e di conseguenza la maggior parte dei programmi clinici di trapianto cardiaco fu sospeso. Negli anni '70 fu merito principalmente della Università di Stanford, in California, se vennero individuate, attraverso la prosecuzione metodica di tentativi sperimentali e clinici, le soluzioni necessarie per il definitivo successo del trapianto cardiaco.

Tra questi progressi particolare rilevanza ebbe lo sviluppo della biopsia endomiocardica transvenosa e la classificazione del grading istologico di rigetto acuto sui campioni bioptici miocardici. Come risultato diretto di questi progressi la sopravvivenza a un anno aumentò significativamente dal 22% nel 1968 al 65% nel 1978. Inoltre fu accettato il concetto di "morte cerebrale" e progressivamente aumentò la disponibilità di donatori d'organo.
Negli anni '80, numerosi studi sperimentali e clinici avevano documentato i potenti effetti immunosoppressivi della ciclosporina, un nuovo agente anticellule T sviluppato dagli estratti di Funghi imperfecti. L'impiego della ciclosporina portò ad una attenuazione della gravità del rigetto acuto e, in associazione a supplementi immunosoppressivi appropriati ,permise un sostanziale ampliamento della finestra terapeutica.
Secondo i dati della Stanford University, l'aggiunta della terapia ciclosporinica nei pazienti cardiotrapiantati permetteva di ottenere un incremento significativo della sopravvivenza e una riduzione delle complicanze postoperatorie. Questi risultati gratificanti inducevano, durante gli anni '80, a una proliferazione entusiastica e rapida di centri impegnati attivamente in questo campo. I dati del Registro della Società Internazionale per il Trapianto di Cuore e di Polmone (ISHLT), relativi a 34.326 trapianti cardiaci effettuati in 271 centri nel periodo compreso tra il 1982 ed il 1995, mostrano che il numero di trapianti cardiaci è aumentato progressivamente dal 1983 al 1988. Secondo questo Registro nel 1988 si registrava il plateau, mentre nel 1993 il numero di trapianti raggiunse il massimo, con 3546 operazioni. Come mostrato nella tabella 1, il numero di trapianti cardiaci per milione di abitanti varia ampiamente da Paese a Paese, mostrando il più alto valore in Europa per la Francia e la Spagna.
Come riportato dal Registro ISHLT con un periodo di osservazione di 12 anni la sopravvivenza attuariale a un anno dopo il trapianto cardiaco è del 79%, e negli 11 anni successivi si registra un 4% di mortalità

DONAZIONE D'ORGANO IN ITALIA

I donatori nel 2001 sono stati 913 (877 nel 2000), pari a **17,1 donatori per milione di popolazione (+ 12,3% rispetto al 2000).** Questo dato **supera la media europea, che si aggira sui 16,5 donatori per milione di popolazione.**

I donatori per milione di popolazione, divisi per Regione:

Emilia-Romagna	31,4	Abruzzo e Molise	13,1
Piemonte-Valle d'Aosta	25,8	Sardegna	12,7
Toscaa	25,1	Lazio	11,7
Veneto	23,3	Marche	11,6
Provincia autonoma Bolzano	21,5	Puglia	8,1
Liguria	21	Sicilia	7,9
Provincia autonoma di Trento	20,9	Calabria	5,4
Friuli-Venezia Giulia	20,2	Basilicata	5,0
Lombardia	17,5	Campania	3,1
Umbria	16,7		

I trapianti effettuati sono stati 2.620 (2.383 nel 2000): 1.376 di rene, 779 di fegato, 314 di cuore, 62 di polmone, 15 di pancreas, 5 di intestino, 3 multiviscerali (1 con fegato e pancreas e 2 con pancreas), 61 di rene-pancreas, 10 di rene-fegato, 2 di cuore-fegato.

I pazienti in lista di attesa sono 8.844: 6.873 per il rene, 997 per il fegato, 755 per il cuore e 219 per il polmone.
Un altro dato positivo è quello relativo alla sopravvivenza dei pazienti a cinque anni dall'intervento, per il quale **l'Italia si colloca al primo posto in Europa, confermando la validità delle procedure di intervento e di selezione sull'idoneità degli organi.**

annua. La sopravvivenza attuariale dal 1987 al 1995, comparata per blocchi di 3 anni, è significativamente migliorata dal punto di vista statistico nel periodo più recente, tuttavia in alcuni centri la sopravvivenza a 1 anno risulta uguale o superiore all'85%. Il Registro dell'ISHLT riporta una percentuale di sopravvivenza a cinque anni dopo il trapianto compresa tra il 60 ed il 70%. Nei centri afferenti al Nord Italia Transplant (NITp) la sopravvivenza a 5 anni dei pazienti trapiantati dal 1990 al 1995 risulta superiore all'80%. La qualità di vita migliora decisamente dopo il trapianto, e la riabilitazione ha successo nella maggioranza dei pazienti, di cui circa la metà riprende un'attività lavorativa a tempo pieno.

Indicazioni al trapianto

Il trapianto cardiaco è indicato nei pazienti con malattia cardiaca terminale, refrattaria alla terapia medica massimale e non passibile di alcuna procedura chirurgica che potrebbe ragionevolmente restituire il paziente a una vita attiva. Le indicazioni attuali per il trapianto consistono più in un giudizio soggettivo che in un'analisi oggettiva. La capacità di predire la sopravvivenza nello scompenso cardiaco è di primaria importanza per la selezione ottimale dei candidati al trapianto. Sebbene da parecchio tempo siano stati identificati numerosi fattori predittivi di ridotta sopravvivenza nello scompenso cardiaco, solo recentemente il trattamento medico nello scompenso cardiaco si è evoluto, con l'uso estensivo di ACE inibitori e vasodilatatori, quali nitrati e idralazina. Negli ultimi anni inoltre percentuali crescenti di pazienti ricevono una terapia betabloccante. Questi farmaci cambiano senza dubbio la progressione dello scompenso cardiaco e riducono la mortalità. Inoltre pochi studi hanno usato tecniche multivariate in gruppi appropriati di pazienti selezionati in base ad uno scompenso cardiaco cronico severo. Attualmente non è disponibile per questi pazienti un indice riconosciuto valido per la prognosi a breve termine, e sono necessari ulteriori studi per identificare i pazienti a maggior rischio di morte.

Nel 1992 una commissione multidisciplinare convocata dall'American College of Cardiology all'Heart House, Bethesda, per valutare lo stato dell'arte, mise a punto le indicazioni per il trapianto cardiaco. La Task Force per le Linee Guida dei riceventi il trapianto di cuore stabilì che, dopo un'attenta valutazione, tutti i potenziali riceventi possono essere classificati in uno dei seguenti gruppi:

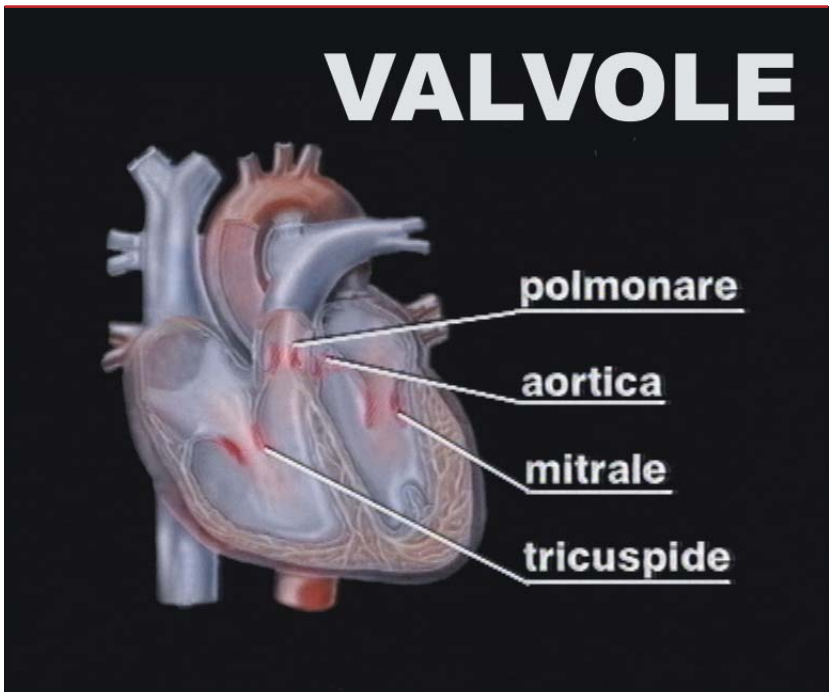
Indicazioni certe al trapianto

1. VO_2 max < 10 ml/Kg/min con raggiungimento della soglia anaerobica;
2. ischemia severa, con limitazione delle attività di routine, non trattabile con by-pass o angioplastica;
3. aritmie ventricolari ricorrenti, sintomatiche e refrattarie a tutte le terapie mediche.

Selezione del candidato e gestione dei pazienti in lista di attesa

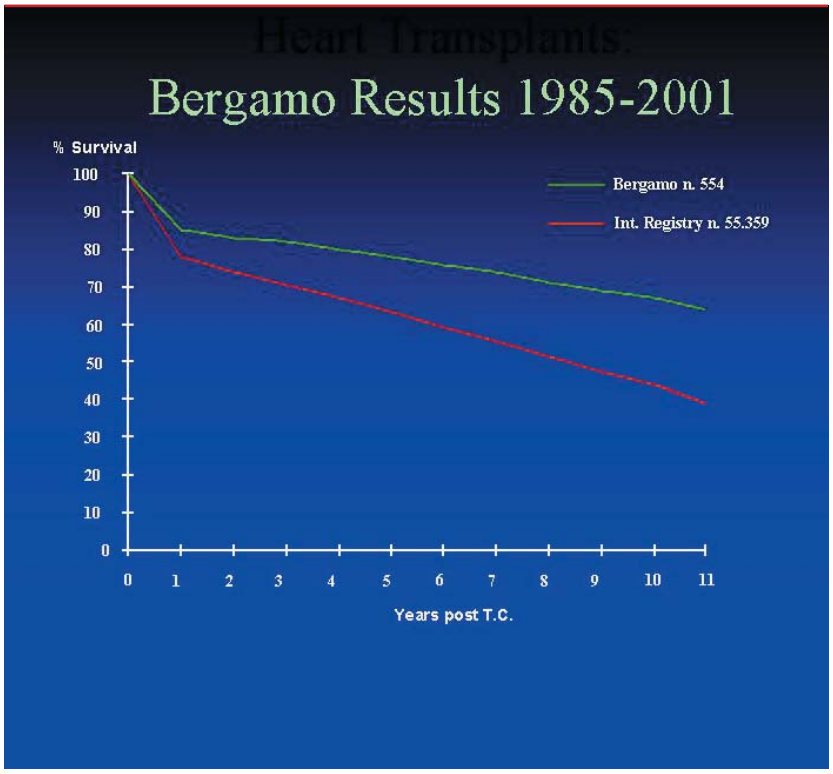
La politica attuale dei centri di trapianto più qualificati consiste in una valutazione continua dei pazienti in lista di attesa, per assicurare che la lista attiva comprenda un gruppo selezionato di pazienti con massimo beneficio per la sopravvivenza al trapianto. Ogni paziente considerato per il trapianto dovrebbe essere sistematicamente seguito con una periodica e obiettiva rivalutazione, con rimozione dalla lista di quei pazienti che possono essere stabilizzati con la terapia medica ed identificazione di quelli che hanno maggiormente bisogno del trapianto. Tali rivalutazioni dovrebbero essere fatte almeno ogni anno e dovrebbero includere il cateterismo cardiaco destro e il test cardiopolmonare. Il tempo di permanenza in lista di attesa del ricevente non è più considerato un criterio di priorità.

Le indicazioni più comuni per il trapianto sono la cardiomiopatia dilatativa e la cardiopatia ischemica giunte alla fase di scompenso cardiaco refrattario. L'angina refrattaria non tratta-



bile con terapia convenzionale rappresenta un'indicazione emergente. I pazienti con cardiopatia congenita o valvolare così come quelli con aritmie refrattarie minacciose per la vita possono beneficiare del trapianto. I problemi cardiaci meno comuni come le cardiomiopatie ipertrofiche o restrittive, sarcoidosi , amiloidosi, tumori cardiaci, cardiomiopatie e miocarditi indotte dalla doxorubicina possono anche trarre beneficio dal trapianto. L'amiloidosi e la sarcoidosi, che sono apparentemente limitate al cuore, sono indicazioni relativamente rare; comunque la progressione delle manifestazioni sistemiche della malattia possono limitare l'efficacia a lungo termine della procedura. Qualsiasi condizione coesistente che potrebbe limitare la sopravvivenza, quali infezione, cancro, malattia polmonare parenchimale cronica severa, disfunzione irreversibile epatica o renale, diabete insulinodipendente con danno d'organo severo, malattia vascolare severa cerebrale o periferica, diverticolite sono controindicazioni assolute al trapianto. Sebbene le accresciute capacità chirurgiche e i miglioramenti del trattamento immuno-soppresivo individualizzato abbiano dimostrato risultati eccellenti nella maggior parte delle condizioni prima considerate controindicazioni assolute, il trapianto dovrebbe essere eseguito, in questi casi, come una procedura sperimentale piuttosto che come trattamento standard. L'abuso di droga e di alcool rappresentano controindicazioni, così come la non compliance secondaria a disordini psichiatrici, ed un supporto socio-familiare inadeguato. Per tutti questi problemi i pazienti dovrebbero essere valutati su base individuale.

L'età avanzata rappresenta un aspetto critico nella valutazione del potenziale ricevente. Il limite di età superiore, inizialmente considerato a 55 anni, è adesso nella maggioranza dei centri compreso tra i 55 e 65 anni, perché i benefici del trapianto nei pazienti più anziani, altamente selezionati, sono comparabili a quelli dei pazienti più giovani. Sebbene una selezione preferenziale di donatori più anziani per riceventi più anziani sia la prassi, la problematica dei criteri di selezione per età solleva questioni etiche e socioeconomiche.



Le indicazioni per il trapianto cardiaco pediatrico sono rappresentate da una malattia cardiaca terminale, principalmente dovuta alla cardiomiopatia o a difetti cardiaci congeniti complessi, refrattari alla terapia medica massimale e non passibili di terapie chirurgiche. L'evoluzione del trapianto cardiaco pediatrico è stata meno rapida di quella degli adulti, probabilmente a causa della mancanza di organi; attualmente solo il 10% di tutti i trapianti cardiaci sono eseguiti annualmente in riceventi dalla nascita a 18 anni di età.

Un aumento delle resistenze vascolari polmonari intorno a 6 - 8 Unità Wood, e/o un aumento del gradiente transpolmonare (pressione polmonare media - pressione capillare di incuneamento) oltre 15 mmHg spesso sono la causa di scompenso cardiaco destro nell'immediato post trapianto, in particolar modo nella popolazione pedia-

trica; pertanto tali valori sono controindicazioni assolute al trapianto cardiaco. Prima di negare l'ammissione del paziente alla lista di attesa, a causa dell'ipertensione polmonare, dovrebbe essere fatto ogni tentativo di ridurre le resistenze vascolari polmonari e il gradiente transpolmonare con interventi terapeutici acuti e cronici. I farmaci più frequentemente somministrati a questo scopo sono il nitroprussiato di sodio, i nitrati, le prostaglandine, la dobutamina, e gli inibitori delle fosfodiesterasi. In qualche centro i pazienti con valori fissi di resistenze vascolari polmonari tra 6 e 8 Unità Wood sono trapiantati con cuori sovradimensionati nel size-matching donatore/ricevente, o con cuori da riceventi cuore-polmone abituati a ipertensione polmonare (tecnica domino). Nei pazienti con ipertensione polmonare più grave (>8 unità Wood) rimangono come potenziali opzioni il trapianto cardiaco eterotopico o il trapianto cuore-polmone.
Uno degli obiettivi del trattamento terapeutico pretrapianto è mantenere un'adeguata alimentazione, cercando di contrastare lo stato di malnutrizione frequente in pazienti in queste fasi avanzate di malattia, poiché la cachessia può aumentare la morbilità postoperatoria. La discussione sulla selezione dei riceventi e sull'assegnazione dei donatori deriva dalla considerazione che, data la persistente e critica carenza di donatori, gli organi donati sono una risorsa comune e dovrebbero essere allocati in modo chiaro ed equo. La tendenza attuale è verso sistemi semplificati in cui la massima priorità è riconosciuta a quei riceventi le cui condizioni sono considerate urgenti. La condizione di urgenza è strettamente limitata a pazienti in condizioni critiche, cioè a chi è dipendente da terapia inotropa infusiva o da un dispositivo di supporto meccanico circolatorio. Tutti gli altri pazienti sono considerati non urgenti.

La donazione d'organo

Con i risultati impressionanti ottenuti con il trapianto, la disponibilità di un numero ade-

Tabella 2

CRITERI CLASSICI PER LA DONAZIONE DI CUORE

- **Età:**
  < 35 anni (maschi)
  < 45 anni (femmine)
- **ECG normale**
- **Assenza di:**

storia di malattia cardiaca

ipotensione prolungata o rianimazione cardiaca

infezioni

importante supporto inotropo
(dopamina > 12 mcg/Kg/min.)

Tabella 3

CRITERI ESTESI PER LA DONAZIONE DI CUORE

Nessun limite di età

Funzione cardiaca
contrattilità accettabile (frazione di eiezione ventricolare sinistra ecocardiografica > 30%

milglioramento con ottimizzazione del volume e supporto inotropo

Anatomia cardiaca
normale
patologie trattabili chirurgicamente (difetti settali atriali, insufficienza mitralica o tricuspidalica, stenosi mitralica, vie anomale A-V)

Arterie coronarie

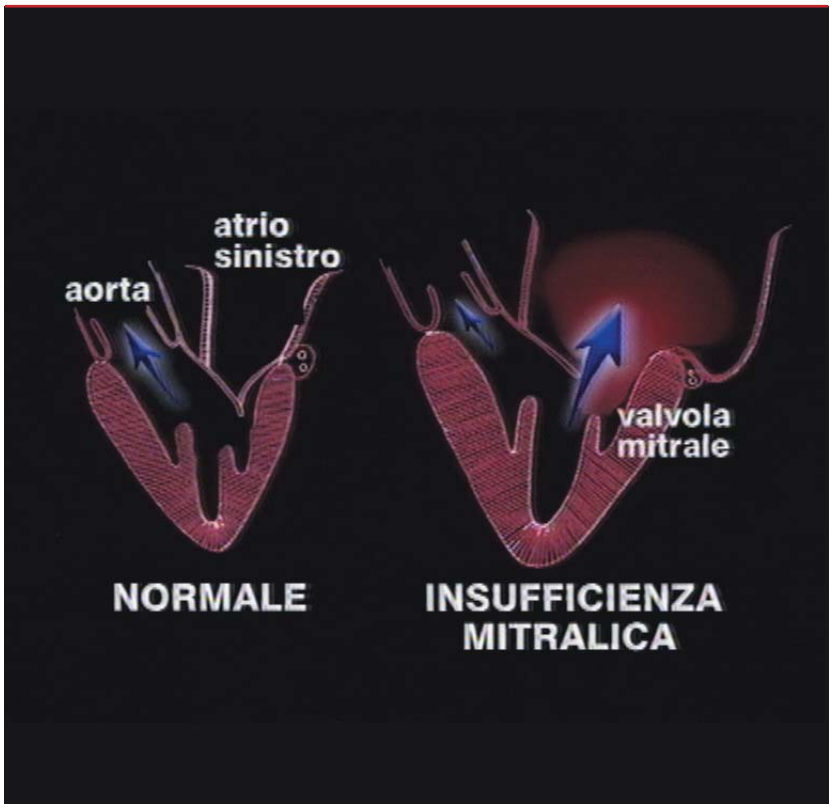
normali (coronografia richiesta se età > 50 anni o in presenza di fattori di rischio)

Possibilità effettiva di rivascolarizzazione chirurgica

guato di organi costituisce il fattore limitante principale per soddisfare l'aumento di richieste. Il divario scoraggiante tra il numero di pazienti in lista per trapianto e la disponibilità limitata di donatori è un dato evidente e comune ad ogni programma clinico di trapianto. Nella maggioranza dei centri, muoiono almeno il 25% dei pazienti in lista per trapianto cardiaco prima che si trovi un cuore compatibile. Negli USA è stata fatta una stima di 14.000 pazienti che potrebbero beneficiare del trapianto di cuore con una disponibilità di meno di 2.000 donatori. (58). In Italia, dove la percentuale di donatori per milione di abitanti è la più bassa d'Europa, almeno 600 pazienti sono ufficialmente in lista di attesa e solo 200 sono trapiantati ogni anno (51). I dati del Registro del ISHLT dimostrano che il numero di trapianti cardiaci eseguiti per anno è divenuto costante a partire dal 1989, a significare che la disponibilità di organi ha raggiunto il plateau in quel periodo (49).

La consapevolezza riguardo la donazione d'organo è aumentata negli ultimi anni per un' estesa campagna pubblica educativa ma, come dimostrato dall'esperienza spagnola, sono richieste un forte supporto delle autorità e una legislazione adeguata per ottimizzare la donazione d'organo (50).

L'approccio con il volontariato alla donazione d'organo iniziò con l' Uniform Anatomical Gift Act nato negli Stati Uniti nel 1968: Questo atto è basato sulla volontà che un individuo deve avere l'ultima parola sull'uso del proprio corpo dopo la morte e questa volontà non dovrebbe essere contraddetta dai parenti più stretti. Un altro metodo di donazione, comunemente usato nei paesi europei, è il consenso

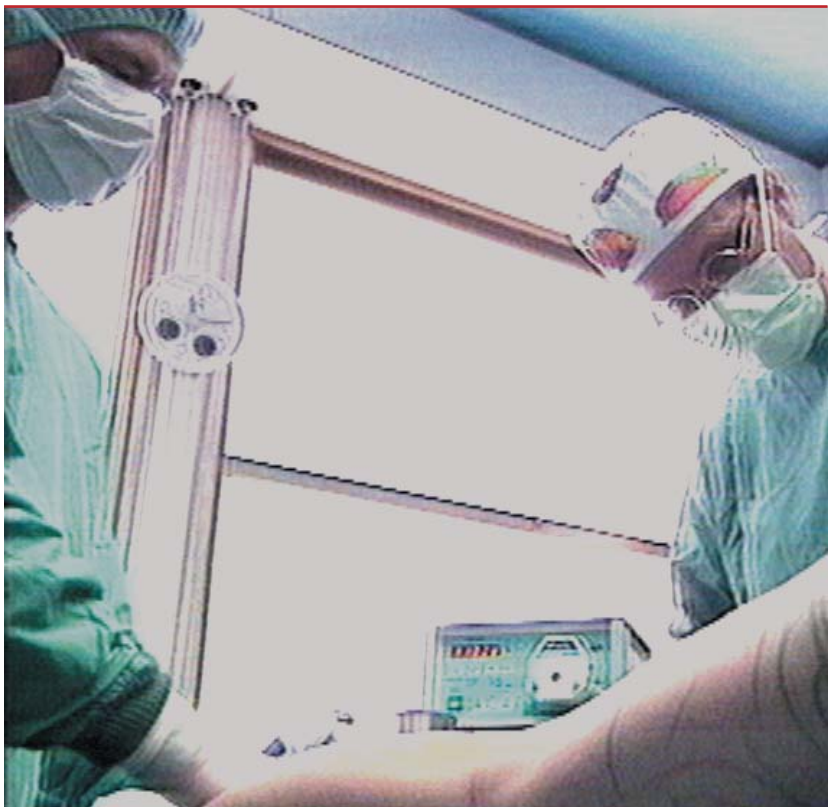


presunto, che implica consenso nel caso che una persona non abbia specificatamente dichiarato di essere contro l'espianto di organi per il trapianto. In Italia il problema riguardante la donazione d'organo è regolato dalla legge n. 644 di dicembre 1975 e dal decreto applicativo del giugno 1977. Secondo questa legge, la donazione d'organo è permessa, eccetto che nel caso di rifiuto espresso dall'individuo durante la vita o di rifiuto scritto dai parenti più stretti durante il periodo di osservazione di morte cerebrale.

Un progresso significativo negli aspetti legali della donazione d'organo è stato ottenuto con la legge n. 578 del dicembre 1993 e con il decreto applicativo n. 582 dell'agosto 1994, che indicavano le nuove norme per l'identificazione e la dichiarazione di morte. Secondo questa legge, la morte è considerata come cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche. Questa definizione cancella ogni equivoco sull'esistenza di due tipi di morte, morte vera e morte cerebrale, che è quella necessaria per l'espianto dell'organo: la morte deve essere giudicata e certificata senza tener conto della possibilità individuale alla donazione d'organo. Inoltre, il periodo di osservazione è stato ridotto da 12 a 6 ore. Questi fattori dovrebbero facilitare l'approccio alle problematiche della donazione. In Italia la distribuzione degli organi donati è basato su 4 organizzazioni distribuite al nord, al centro e al sud. Un sistema di rotazione garantisce uniformità nella distribuzione, con l'obiettivo di assicurare una attività costante ugualmente ripartita in ogni centro di trapianto. I sieri dei potenziali riceventi sono conservati centralmente dalle organizzazioni di trapianto, così da poter eseguire un cross-match prospettico tra il donatore e il ricevente.

Criteri per l'idoneità alla donazione

I criteri per l'idoneità alla dona-



zione di cuore stanno continuamente evolvendo con l'intento di estendere il pool di donatori quanto più possibile. Infatti attualmente le regole stabilite negli anni '80 dai principali centri trapianto e a lungo considerati il gold standard, sono attualmente considerate eccessivamente restrittive (tabella. 2). Ultimamente sono stati riportati buoni risultati con donatori ai limiti e tali risultati sono da attribuire alla formulazione di nuovi protocolli. La tabella 3 mostra le caratteristiche dei donatori di cuore accettate da tutti i centri di trapianto in Italia. In accordo a questi criteri, la maggiore determinante della idoneità del donatore è la funzione cardiaca, prescindendo da età, causa di morte e durata di permanenza in terapia intensiva, e da altre condizioni prima considerate come controindicazioni assolute. Come risultato, adesso si registra lo stesso numero di donatori. Anche se si è ridotta l'incidenza di morte cerebrale da lesioni traumatiche, per l'attuazione di più efficienti mezzi di prevenzione, tuttavia la qualità degli organi donati è peggiore.

Attualmente il donatore tipico è generalmente più anziano, è rimasto più a lungo in una rianimazione, ed è morto per stroke cerebrovascolare. Informazioni utili possono essere ottenute con radiografie del torace, ecg, ecocardiogramma, valutazione clinica ed anamnesi. Sfortunatamente non c'è alternativa all'angiografia coronarica per una completa valutazione del letto coronarico, ma questa procedura invasiva è eseguita molto raramente a causa di difficoltà logistiche, e di problemi legali e clinici. Così nella maggioranza dei casi il giudizio sull'idoneità di un donatore è responsabilità del team chirurgico, che prende la decisione finale con l'esplorazione diretta dell'organo prima dell'espianto.

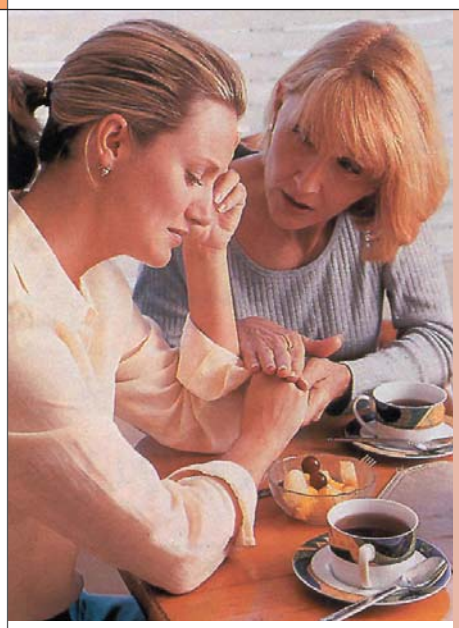
Gestione preoperatoria del donatore

Il punto centrale nella gestione di un potenziale donatore di cuore è la preservazione della funzione cardiaca, mediante una ottimizzazione dell'omeostasi generale. I soggetti con morte cerebrale mancano del controllo vasomotorio centrale e della maggior parte dei feedbacks ormonali. Dopo la tempesta catecolaminica, che coincide con il momento della morte, il donatore presenta generalmente ipotensione, poliuria e ipotermia.

È imperativo in questo stadio il ripristino di un'adeguata portata cardiaca e la somministrazione di elettroliti, così come si deve provvedere al mantenimento della temperatura corporea con infusioni calde e con coperte. Alterazioni della permeabilità vascolare e l' eccesso di infusioni cristalloidi possono portare all'edema extravascolare: devono essere considerati l'uso di albumina, plasma e, se necessario, di sangue intero. Dopamina o dobutamina sono spesso necessarie per mantenere la pressione sanguigna, anche in presenza di pressione venosa adeguata (10-12 mmHg).

La necessità di somministrare più di 15 mcg/Kg/min. di catecolamine, nonostante il mantenimento di pressioni di riempimento adeguate, di solito indica una funzione cardiaca compromessa oppure complicazioni inaspettate che richiedono una completa rivalutazione del donatore e l'istituzione di manovre di correzione (drenaggio di pneumotorace, ripristino della ventilazione, trasfusione di sangue, ecc.).

La somministrazione di vasopressina può annullare gli effetti di una eccessiva poliuria; gli ormoni tiroidei, l'insulina e gli steroidi vengono impiegati nel tentativo di migliorare significativamente la funzione cardiaca, tuttavia il loro uso è ancora controverso.



Onlus

Qualcosa sta cambiando

Alzi la mano chi non si è mai dimenticato in qualche remota tasca della giacca il biglietto di un concorso a premi. Certo non parliamo di quello della Lotteria Italia, ma magari della lotteria dell'asilo dei propri figli piuttosto che della manifestazione di beneficenza "tal dei tali".
Anche qualora il montepremi sia il classico viaggio per due persone in una ridente località marina, e non la cifra da capogiro in sonanti euro portata dalla Befana, il rammarico di non averne usufruito ti assale con il fastidioso sapore di un'occasione mancata.
Ma da oggi c'è una buona notizia: il prossimo 11 aprile entrerà finalmente in vigore un provvedimento di legge che prevede che tutti i beni messi in palio dalle imprese nei concorsi promozionali, ma non ritirati, debbano essere devoluti alle onlus. E così lo smemorato di turno saprà, fin da quando si accinge a partecipare a una delle suddette iniziative, che quanto da lui non ritirato potrà servire all'organizzazione no profit citata sulla scheda di partecipazione.
Finalmente alle tante associazioni che si prodigano - non senza fatica - in progetti di solidarietà, si stima potranno andare beni per un valore di circa 250mila euro.

Se a ciò si aggiunge che dal 25 ottobre 2001 è operativa la normativa secondo la quale le onlus non devono pagare imposte sulle liberalità che ricevono - a parte quella di registro o l'IVA per la parte eccedente il limite di 350 milioni di lire - si può dire, per lo meno ce lo auguriamo, che forse è iniziato un nuovo corso per le associazioni del cosiddetto Terzo settore.
Mentre la Tv ci bombarda costantemente con il miraggio di montepremi favolosi, messi a disposizione di tutti attraverso i più disparati giochi, e intorno a noi si moltiplicano a dismisura lotterie, superenalotto, bingo, gratta e vinci pronti a distribuire vincite milionarie, quasi fossimo il Paese del bengodi, ci sono ancora in Italia - oltre che nel resto del mondo - troppe realtà di miseria, sofferenza, disagio di cui nessuno sembra volersi occupare, ad eccezione dei tanti enti senza fini di lucro che operano sul nostro territorio.

Tuttavia non è facile per chi opera nel campo del volontariato reperire le risorse finanziarie che consentono di far fronte alle inevitabili spese di gestione, meno che meno trovare quelle che occorrono per promuovere iniziative di sensibilizzazione. Spesso gli interventi nei più disparati settori dell'emarginazione, dell'handicap ecc. sono il frutto della generosità di chi svolge questo lavoro, muovendosi in condizioni di estrema difficoltà economica.
Con il varo delle nuove normative l'anno 2002 sembra iniziare sotto i migliori auspici, primo fra tutti quello di poter trasformare lo spreco di beni non utilizzati in ricchezza da spendere a vantaggio dei soggetti più deboli della società. Le associazioni che da tempo hanno fatto di questa intuizione il loro ideale operativo - come ad esempio il Banco alimentare che il 24 novembre scorso ha raccolto ben 4.350 tonnellate di generi alimentari (il 20% in più rispetto all'anno precedente) - sanno che si tratta però solo di un primo anche se importante riconoscimento del lavoro svolto.

E' infatti ancora lungo il percorso per arrivare a risolvere la situazione paradossale di tutte quelle esperienze caritative che continuano a erogare i servizi per cui sono nate pur contando su scarsi aiuti economici.
Chissà tuttavia che questi timidi passi, specialmente per il destino di chi ha bisogno dei suddetti servizi, non rappresentino il segnale di un nuovo orientamento della politica italiana verso quel settore che chiamarlo Terzo equivale a condannarlo perennemente alla medaglia di bronzo della produttività.

Laura Sposito

La donazione degli organi, dei tessuti e il trapianto in Lombardia

In ogni Ospedale della Lombardia è presente il Coordinatore del Prelievo, un medico responsabile dell'attività di prelievo di organi e tessuti, al quale è possibile rivolgersi per ogni informazione.

Le attività di trapianto vengono eseguite presso:

Bergamo "Ospedali Riuniti" : rene, cuore, cuore-polmone, fegato.
Brescia "Spedali Civili": rene.
Milano "Istituto Nazionale dei Tumori": fegato.
"IRCCS S. Raffaele": rene, rene-pancreas.
"Azienda Ospedaliera Cà Granda Niguarda": rene, rene-pancreas, cuore, polmone, fegato.
" IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico": rene, polmone, fegato.
"Istituti Clinici di Perfezionamento": rene.
Pavia "IRCCS Policlinico S. Matteo": rene, cuore, cuore-polmone, polmone.
Varese "Azienda Ospedaliera Fondazione Macchi" : rene.

I trapianti di cornea vengono eseguiti presso gli Ospedali di: Abbiategrasso, Bergamo, Bollate, Brescia, Busto Arsizio, Castellanza, Cinisello Balsamo, Como S. Anna, Como Valduce, Crema, Cremona, Desenzano del Garda, Desio, Gallarate, Lecco, Legnano, Leno, Lodi, Mantova, Melegnano, Merate, Milano, Monza, Ome, Paderno Dugnano, Pavia, Rho, Rozzano, Saronno, Seriate, Sondrio, Varese, Vimercate.

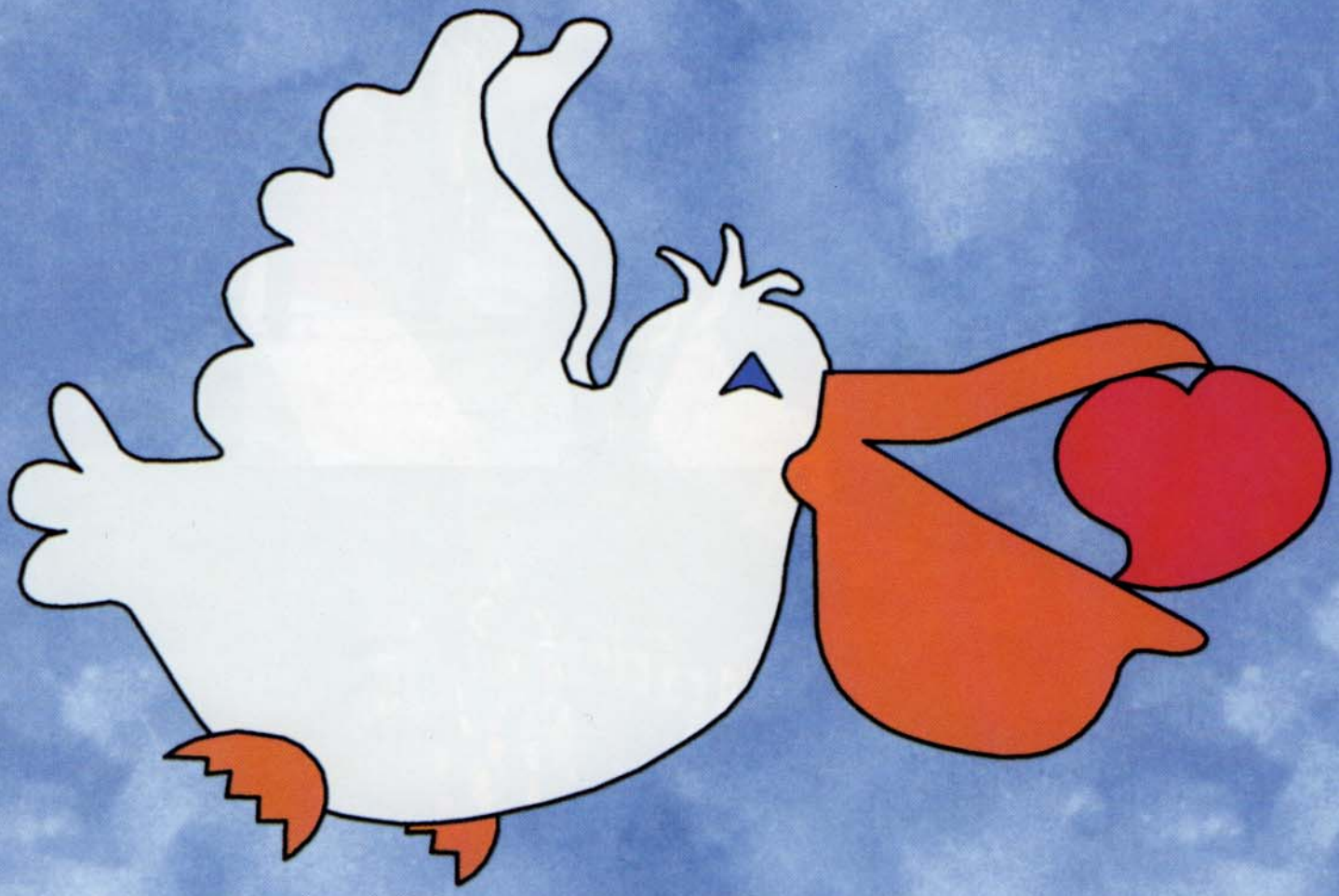
Gli Omoinnesticardiaci vengono eseguiti presso gli Ospedali di: Bergamo, Milano, Pavia, San Donato Milanese (MI), Varese.

Gli Omoinnestivascolari vengono eseguiti presso gli Ospedali di: Busto Arsizio (VA), Cinisello Balsamo (MI), Milano, Pavia.

L'AIDO

L'Associazione Italiana per la Donazione di Organi e Tessuti (A.I.D.O.) da trent' anni opera nella speranza che in un numero sempre maggiore di individui le idee di "società" e "solidarietà" si uniscano in quella di "responsabilità". Acconsentire al prelievo dei nostri organi e tessuti dopo la morte diventa in questa ottica manifestazione della nostra consapevolezza che le malattie degli "altri", le loro difficoltà a vivere normalmente, devono coinvolgere anche noi.

Un Sì convinto per la Vita



Se la **solidarietà** fa parte
della tua vita,
donare gli organi, va oltre
la vita

aido