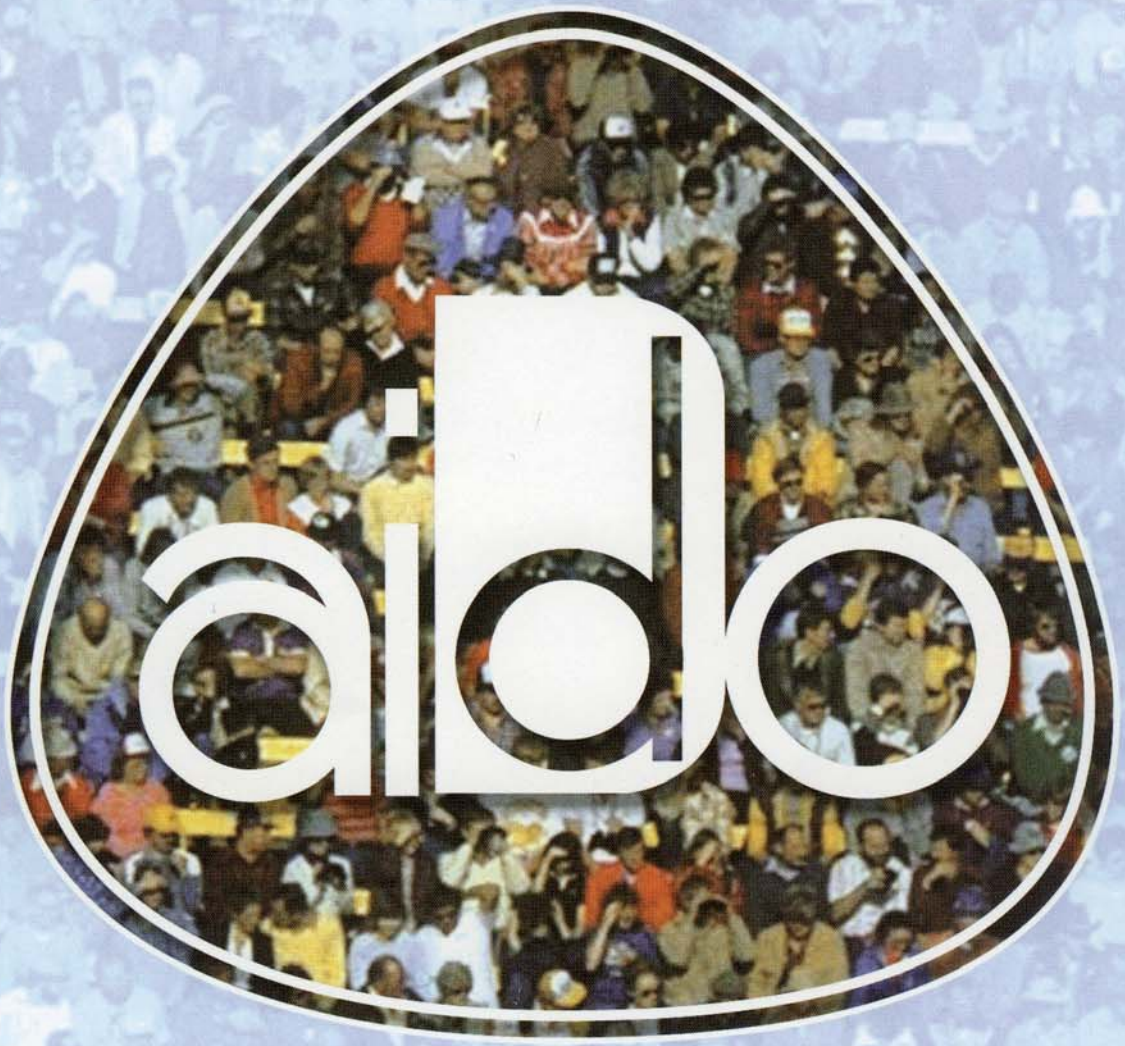
PREVENZIONE oggi

Sped. in a.p. Art. 2 comma 20/c legge 662/96 - filiale di Milano
anno XIV n° 125 GENNAIO/FEBBRAIO 2004

Tante persone come te ...



che pensano agli altri

Associazione Italiana per la Donazione di Organi e Tessuti

Sede Nazionale: Via Novelli 10A, 24122 Bergamo
Tel. 035 222167, Fax 035 222314 • e-mail: aidonazionale@aido.it • web: www.aido.it

Progetto grafico e Stampa: Industrie Grafiche Pacini - Pisa

VIAGGIO A SONDRIO

ILLUSTRIAMO UNA REALTÀ D'AVANGUARDIA CHE FA ONORE ALLA SANITÀ LOMBARDA

Sondrio, capoluogo di una provincia di valico, collocata in una corona di monti austeri e vigili sul confine fra l'Italia e la Svizzera, è la nuova tappa del lungo viaggio-inchiesta iniziato ormai diversi anni fa da "Prevenzione Oggi".
Una tappa che ci permette di illustrare la realtà ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna, formata dagli ospedali di Sondalo, Sondrio, Morbegno e Chiavenna. Ne è emerso un "racconto" di un'esperienza che è per molti aspetti di assoluta avanguardia. Ma soprattutto abbiamo potuto rendere omaggio, con la presenza della rivista del Consiglio regionale Aido, ad una Sezione che si è messa in luce per una grande capacità operativa e di promozione della cultura della donazione. In particolare va sottolineato come l'Aido di Sondrio, così ben diretta dalla presidente Franca Bonvini, abbia saputo avviare un forte coinvolgimento della comunità civile affinché il tema della salute, della sofferenza e della solidarietà avessero come sbocco naturale la scelta di donare. Tanto più è meritorio l'impegno associativo di questa Sezione quanto più è difficile da esercitare a causa della frammentarietà delle realtà territoriali locali. Parliamo infatti di comunità vallari, ricche di piccoli nuclei fieri e autonomi, abituati dalla storia e dalle difficoltà a fare coesione al proprio interno creando fitti legami familiari e sociali, ma piuttosto restii ad aprirsi all'esterno. L'Aido di Sondrio, come emerge anche dai due lunghi e dettagliati articoli pubblicati su questo numero di avvio 2004, ha saputo far diventare ricchezza le difficoltà promuovendo come meglio non avrebbe potuto la proposta della solidarietà fra persone.
In questo stesso numero, insieme con un ampio servizio sull'inquinamento dei nostri tempi e sui suoi pesanti effetti sulla salute delle persone, "Prevenzione Oggi" ospita il prezioso contributo della dott.sa Emilia Cancellieri - specialista in Patologia clinica e dirigente medico dell'Ambulatorio per la Diagnosi e la cura delle malattie della coagulazione dell'Azienda ospedaliera di Crema -, che affronta il problema, sempre più sentito e diffuso, della trombosi venosa profonda. Infine un gradito ritorno con la giornalista Cristina Grande, esperta di temi legati all'alimentazione, che riprende la collaborazione con la nostra rivista offrendo ai lettori preziosi suggerimenti sulle scelte alimentari e sulle proprietà degli alimenti. Sappiamo bene che la salute si tutela anche con una maggiore attenzione a quello che mangiamo ogni giorno e certamente conoscerne le proprietà e le caratteristiche non può che portare vantaggio; basta avere poi l'accortezza di mettere in pratica i suggerimenti degli esperti del settore.

In copertina:
«Lungo le rive del Po»
foto di
Giuseppe Pellegrini - Mantova

"La luce dà rilievo agli oggetti, la luce diffusa rende morbide le immagini, la luce cruda crea effetti incisivi. La fotografia distingue varie forme di luce riflessa: la prima offre sensazioni cromatiche, la seconda individua immagini speculari luccichii e riflessi e l'ultima appare presente come luce di schiarita.
Allo spettatore ammaliato il grande fiume offre attimi in cui le bianche superfici illuminate producono sensazioni cromatiche fredde. Il riflesso speculare a fior d'acqua, elemento compositivo, acquerella la scena. Così il grande fiume fa scuola di vita e di fofografia."

EDITORIALE

SOMMARIO

Pagina 1
Editoriale
Quattro ospedali per un'unica realtà sanitaria di prestigio

Pagina 3
Quattro ospedali per un'unica realtà sanitaria di altissimo livello

Pagina 12
«Medicina, salute e società» Un convegno a Sondrio

Pagina 15
Allergie respiratorie e inquinamento atmosferico

Pagina 19
Viaggiare sicuri Alcuni consigli per prevenire la trombosi venosa profonda

Pagina 22
La salute sotto il cavolo

Pagina 24
Le nostre scuse Gli auguri di Pavia

Pagina 25
Aido news

Tutti redattori

«Prevenzione Oggi» è il mensile dell'Associazione e come tale è aperto alla collaborazione dei responsabili di Gruppi o Sezioni oltre che a tutti gli amici che intendono favorire la diffusione del periodico.
In particolare è importante che le Sezioni provinciali partecipino alla preparazione di «Prevenzione Oggi» segnalando per tempo le iniziative, i convegni, le attività di sensibilizzazione in genere.

PREVENZIONE oggi

Mensile di cultura sanitaria
del Consiglio Regionale AIDO Lombardia ONLUS

Anno XIV n. 125 - gennaio/febbraio 2004
Editore: Consiglio Regionale AIDO Lombardia ONLUS
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo, 90
Tel. 035 23 53 27/26 - fax 035 24 43 45
e-mail: aidolombardia@inwind.it

Direttore Editoriale
Leonida POZZI

Direttore Responsabile
Leonio CALLIONI

Collaborazioni scientifiche

Dott. **Gaetano Bianchi**

Ospedali Riuniti - Bergamo
Azienda Ospedaliera

Istituto Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri" - Bergamo

Dott. **Michele Colledan**
Dott. **Paolo Ferrazzi**
Dott. **Amando Gamba**
Dott. **Giuseppe Locatelli**
Dott. **Giuseppe Remuzzi**
Dott. **Mario Strazzabosco**

Redazione esterna
Laura Sposito

Redazione tecnica
(Bergamo fax 035/45 34 652)
e-mail: prevenzione.oggi@libero.it
Paolo Seminati

Segreteria di Redazione
24125 Bergamo, via Borgo Palazzo, 90
Tel. 035 23 53 27/26 - Fax 035 24 43 45
e-mail: aidolombardia@inwind.it
c/c postale 36074276
Ester Milani
Laura Cavalleri

Ufficio sottoscrizioni
20091 Bresso (MI) Viale Matteotti 11

SOTTOSCRIZIONI

Socio Aido	Simpatizzzante	Sostenitore	Benemerito
€ 26	€ 37	€ 52	€ 78

«Prevenzione Oggi» - AIDO c/c postale 36074276
Si contribuisce alle spese di stampa come amici
Il socio sostenitore ha diritto a n. 9 copie aggiuntive all'anno da omaggiare a un'altra persona, previa segnalazione all'atto della sottoscrizione.

STAMPA
CPZ - Costa Mezzate (Bergamo)

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

Sondalo, Sondrio, Morbegno e Chiavenna

Quattro ospedali per un'unica realtà sanitaria di prestigio

Pineta di Sortenna, anno 1903, in Comune di Sondalo, nella verdissima Valtellina, a pochi chilometri dal confine italo-svizzero, apre il primo sanatorio italiano. Una trentina d'anni dopo, e precisamente dal '32 al '40, si costruisce il Villaggio Sanatoriale di Sondalo. È l'inizio di una lunga storia prestigiosa di servizio pubblico nella sanità: questa struttura sanitaria che è sempre stata all'avanguardia nelle cure delle affezioni dell'apparato respiratorio, è risultata recentemente - come emerge dall'intervista che segue - il "miglior ospedale della Lombardia" secondo parametri e valutazioni dell'assessorato alla Sanità della Regione stessa. Oggi Sondalo opera, strettamente connesso in un'unica "Azienda ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna", con gli ospedali di Sondrio, Chiavenna e Morbegno.

"Prevenzione Oggi" ha incontrato il direttore generale dott. Piergiorgio Spaggiari, insieme con il direttore sanitario dott. Giuliano Pradella e con il dott. Riccardo Torreggiani, per l'intervista con cui ormai da tempo questo periodico dell'Aido regionale lombarda dà voce ai protagonisti della sanità sul territorio della Lombardia.

Entriamo così in una valle bellissima e ricca di storia che custodisce le prime tracce di insediamenti umani fin dal VII millennio prima di Cristo (tracce rinvenute in alta quota, al bivacco di Valfurva).

Questa terra, che dopo i Romani fu terra di Longobardi e che nel 1158 a Chiavenna ospitò Federico Barbarossa è amministrata da Sondrio, piccola e nobile città posta al centro di una corona di montagne austere e protettrici. In Valtellina c'è gente laboriosa e capace di trasformare anche le terre più dure e aride in fertili campi e ricchi vigneti. La Valtellina è stata duramente segnata nel 1987 dall'alluvione del 18 e 19 luglio, poi dalla frana di Val Pola-Valdisotto del 28 luglio che provocò la morte di 28 persone e l'evacuazione, qualche settimana dopo, della zona di Tirano e Sondalo. Ci troviamo tra gente sobria, tenace e rispettosa. Nel 1997 la Provincia di Sondrio e il Cantone dei Grigioni hanno celebrato insieme i "200 anni di buon vicinato". Non una cerimonia vuota ma una conferma di una scelta di campo e di valori che potrebbero essere di esempio per tante comunità in Italia e nel mondo.

Qui è ancora vivo il ricordo della solidarietà che la Svizzera offrì durante e immediatamente dopo la guerra degli anni 1940-1945: ricorda infatti Bruno Ciapponi Landi, curatore per il Museo Etnografico Tiranese delle "Ricerche", nel volume n. 3 del 1997: "L'ospitale neutralità della Svizzera (dove già avevano trovato asilo molti perseguitati politici e per ragioni razziali), si rivela provvidenziale dopo la caduta del fascismo e lo sbandamento dell'8 settembre, per molti valtellinesi e valchiavennaschi che vi trovano rifugio (fra essi il poeta e letterato antifascista tiranese Balilla Pinchetti, amico del Bertacchi). A questo proposito va anche ricordata l'azione

dott. Piergiorgio Spaggiari

Nato a Milano il 17 Marzo 1940, residente a Milano, via C. Imbonati, n.4
Coniugato, con una figlia.
Laureato in Fisica Elettronica
Laureato in Medicina e Chirurgia
Specializzato in Medicina dello Sport
Capitano di complemento del genio Aeronautico

Attività professionale

- Dirigente presso la Philips S.p.A. settore Sicurezza e Industria,
- Assistente alla Presidenza e Dirigente di ricerca dell'Istituto di Tecnologie Biomediche Avanzate ITBA del Consiglio Nazionale delle Ricerche;
- Direttore Generale dell'Istituto Ortopedico "Gaetano Pini" di Milano;
- Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera E. Morelli di Sondalo (SO);
- Direttore dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna (SO) :posizione attualmente ricoperta;
- già Docente presso la facoltà di Farmacia dell'Università di Milano;
- Professore a contratto dell'Università degli Studi di Milano presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Anatomia Umana;
- Componente della Commissione Scientifica sulle Medicine non convenzionali.
- Presidente Società Italiana di Chirurgia Tecnologica e Computer - Assistita S.I.C.Te.C.A.

Titoli scientifici e pubblicazioni

Tra i vari titoli si citano i più significativi:
- Coautore della prima pubblicazione italiana: "Informatica medica, guida al personal computer in medicina" di 475 pagine;
- Autore del "Manuale di Pronto Soccorso" di 134 pagine;
- Coautore del libro " Le ulcere da pressione (piaghe da decubito) di 95 pagine;
- Coautore del libro "La pianificazione e il controllo della spesa sanitaria" di 91 pagine;
- Coautore del libro "Conoscere per decidere, decidere per gestire" La gestione dell'Azienda Sanitaria dopo l'introduzione del D.R.G. di 146 pagine;
- Coautore di International Medical Informatics Association (IMIA) WG -4 Working Conference May 31st June 3, 2003

- Coautore del libro "Medicina quantistica" di 152 pagine

- Coautore di "MyAngelWeb(r)" a website for the individual patient at risk of emergency.

- Coautore del libro "MyAngelWeb" - Organizzazione e gestione del sito Web del paziente a rischio di urgenza, di 110 pagine

Partecipazione a convegni e corsi di formazione

Ha partecipato a numerosi corsi di aggiornamento e perfezionamento, organizzati dall'Università Bicocca di Milano e da altri Istituti specializzati in materia di Sanità pubblica, di organizzazione, gestione e pianificazione.
Ha frequentato e superato il Corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, organizzato dalla Regione ai sensi della normativa vigente.
E' stato inoltre relatore in molti convegni scientifici nazionali ed internazionali.

Curriculum vitae

provvida di Paolo Arcari, in cattedra a Friburgo, che consentirà a molti studenti universitari di proseguire gli studi interrotti".

Per l'intervista, condotta come sempre a vasto raggio, siamo accolti con cortese puntualità, in una sala dell'ospedale di Sondrio. Preziosissima collaboratrice e organizzatrice in loco la presidente della Sezione provinciale Aido di Sondrio, signora Franca Bonvini, che ci presenta i nostri interlocutori.

Il colloquio si avvia subito con estrema semplicità e concretezza. Parliamo di trapianti e dell'esperienza ben avviata del trapianto di cornee.

Torreggiani: "Abbiamo una buonissima realtà operativa presso gli ospedali di Sondalo e di Sondrio. Certo non siamo a livello dei grossi centri delle banche degli occhi di Pavia e di Monza, però stiamo facendo molto bene".

Pozzi: "So di una buona attività, in continuo sviluppo, nelle vostre realtà sanitarie. Conforta che in Italia non ci siano problemi di disponibilità di cornee, poiché siamo il primo Paese in Europa e siamo seguiti da realtà che primeggiano nel mondo, come la Francia. Da noi c'è per esempio il dott.Campanelli che sta lavorando molto bene con la Banca degli occhi di Monza. Visti gli obiettivi che abbiamo raggiunto sarebbe buona cosa cominciare a dotare la Lombardia di presidi di innesto corneale per evitare di costringere il paziente ad itinerare".

Spaggiari: "Ovviamente bisogna avere i professionisti all'altezza del compito e quindi in grado di fare questi interventi".

Pozzi: "Sappiamo di poter contare su almeno tre chirurghi di altissima scuola allievi di De Molfetta. Parlo di Arpa, Monticelli e Zenoni rappresentano una enorme potenzialità nell'innesto delle cornee".

Torreggiani: "Nella nostra Azienda ospedaliera la punta di diamante in questo caso è l'ospedale di Sondalo, il più attrezzato e preparato. In caso di traumi cranici infatti le persone vengono inviate a Sondalo, dove ci sono la neurochirurgia e la neurorianimazione. Così come nei casi di morte cerebrale per causa cardiaca o per altre cause, la persona viene sempre inviata a Sondalo soprattutto quando potrebbe diventare un donatore d'organi. Anche perché a Sondalo in brevissimo si può attivare la Commissione prevista dalla legge per l'accertamento della morte".

Pozzi: "È quindi evidente che se la Commissione opera su Sondalo tutti i potenziali donatori di organi vengono inviati a questo ospedale".

Spaggiari: "Ciò avviene perché Sondalo è ospedale di alta specialità. Non a caso la chirurgia vascolare, la neurochirurgia, la chirurgia toracica sono a Sondalo mentre a Sondrio, complementari alle strutture di Sondalo abbiamo l'otorino, l'oculistica, la dermatologia, l'urologia (che c'è anche a Sondalo).

L'ospedale di livello per quanto riguarda le alte specialità è quello. Noi ipotizziamo addirittura che nella proposta di sviluppo di queste strutture gli interventi più tempestivi sui politraumatizzati (considerato che se si perde tempo si rischia di non avere più possibilità d'azione) verranno tutti inviati a Sondalo".

Torreggiani: "Già adesso i mezzi del 118 portano il traumatizzato direttamente a quell'ospedale".

Callioni: "Aiuteteci a capire e a descrivere l'organizzazione di un'Azienda ospedaliera composta da ben quattro presidi ospedalieri (Sondrio, Morbegno, Chiavenna e Sondalo)".

Spaggiari: "Da quando siamo partiti è sempre stato individuato Sondrio l'ospedale di riferimento. Anche quando Sondrio, Morbegno e Chiavenna erano ospedali afferenti all'Asl (perché qui avevamo un'Asl sperimentale che non gestiva soltanto il territorio ma anche questi tre ospedali). Dal punto di vista dei trapianti Sondalo è sempre stato l'unico punto di riferimento. Da quando abbiamo iniziato con il prelievo degli organi è sempre stato un crescendo anche perché (spesso insieme con l'Aido) abbiamo fatto intelligenti e diffuse azioni di promozione. Evitando dannose posizioni impositive ma con un'azione di coordinamento con l'Aido, in particolare con la presidente provinciale signora Bonvini, abbiamo insistito per sensibilizzare la comunità alla scelta della donazione. Una scelta non facile poiché tutti siamo terrorizzati dalla morte, ma operiamo affinché si capisca che quando cessiamo di vivere ci sono parti di noi che possono continuare a vivere e a far vivere altre persone. Sono concetti di solidarietà e di umanità che se ben posti trovano accoglienza nella nostra società. In Paesi più sviluppati del nostro è quasi un dato di fatto che dopo la morte intervenga la donazione degli organi. In Italia è ancora un processo lento a diffondersi e in questo contesto l'Aido ha senza dubbio fatto un'azione fondamentale. Credo che anche la stessa Associazione Donatori Organi abbia potuto notare un incremento nelle adesioni: ciò significa che tutte le iniziative svolte hanno dato risultati positivi. Anche al nostro interno abbiamo sensibilizzato medici e infermieri che hanno saputo ottenere una buona corrispondenza senza forzature ma con delicatezza e soprattutto attenti a non far soffrire ancora di più persone che in quei momenti vivono situazioni estremamente drammatiche. Indubbiamente la scelta del dono di sé dopo la morte è scelta di cultura, di generosità e di maturità che non si inventa sul niente ma è un processo fatto di tante tappe, di tanta riflessione e di tanto confronto con gli altri. Devo dire che a Sondalo abbiamo trovato e contribuito a formare ancora meglio un ambiente particolarmente favorevole. Un ambiente familiare in cui le persone si conoscono tutte e lavorano in una condizione di particolare sinergia (non a caso l'ospedlae si chiamava "la Cittadella" e ancora oggi c'è il senso della cittadella, della condivisione). Le persone che arrivano lì si sentono appartenenti alla comunità; possono scambiarsi informazioni, idee e convinzioni. Io stesso venticinque anni fa, mentre frequentavo la Rianimazione a causa di un incidente stradale subìto da mia moglie (che venne ricoverata d'urgenza al Niguarda, insieme con un'altra giovane signora vittima di un incidente stradale che al primo momento sembrava banale) ho vissuto da vicino il dramma di un altro medico chiamato a scegliere se acconsentire o rifiutare la donazione degli organi della moglie appena deceduta. Di fronte alla certezza della fine di quella giovane vita i medici avevano, con estrema delicatezza, posto il problema della possibilità di fare il prelievo di organi. Ho visto il marito, che come ho detto era medico, affrontare questo dramma con grande dignità e con profondità di sentimenti, capace di smontare una per una le osservazioni e le perplessità degli altri parenti della giovane moglie. È stata un'esperienza che mi ha aperto l'orizzonte sul valore della donazione e che mi ha fatto capire, da medico, che i concetti di solidarietà e condivisione devono diventare scelte concrete anche e soprattutto quando sono così difficili da prendere. Questo riguarda soprattutto noi medici che ogni giorno ci dobbiamo confrontare con la morte e che spesso ci sentiamo stanchi, sfiduciati e svuotati.

dott. Giuliano Pradella

Curriculum vitae

- Si laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia
- Frequenta la Scuola di Sanità Militare a Firenze
- Ufficiale Medico dell'Esercito
- Si diploma in Igiene Pratica presso l'Università di Firenze
- Consegue la specializzazione in Anestesia presso l'Università di Pavia
- Assistente di Anestesia e Rianimazione presso l'Ospedale Civile di Sondrio
- Consegue la specializzazione in Anestesia e Rianimazione presso l'Università di Pavia
- Diventa Aiuto incaricato presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Civile di Sondrio
- Svolge attività di docenza presso la Scuola per Infermieri Professionali di Sondrio
- Collabora ad attività di ricerca sulla farmacocinetica della anestetici endovenosi con l'Università di Milano, sezione staccata Ospedale San Raffaele, conseguendo nel 1981 il premio nazionale "Althesin Glaxo"
- Diventa Primario di Anestesia e Rianimazione presso l'Ospedale Civile di Sondrio
- Consegue la specializzazione in Tossicologia Medica presso l'Università di Pavia
- Quale Responsabile Medico del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico della Provincia di Sondrio, promuove l'istituzione del Servizio di Elisoccorso di Sondrio nel 1981
- Diviene Responsabile del Servizio di Elisoccorso della Provincia di Sondrio
- Partecipa, presso l'Assessorato alla Sanità della Regione, alla progettazione e realizzazione del Servizio di Elisoccorso Regionale
- Diventa Dirigente Coordinatore Sanitario USSL 22 di Sondrio
- Ricopre il ruolo di Presidente dell'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani, sezione Lombardia
- Diventa componente del "Comitato di Volontariato della Protezione Civile" presso il Ministero per il Coordinamento della Protezione Civile con Decreto 19 agosto 1989
- Dal 1991 iscritto nel ruolino provinciale di protezione civile presso la Prefettura di Sondrio per il settore "Pronto intervento sanitario"
- Componente della Commissione Regionale "Esposizione professionale a gas e vapori anestetici in sala operatoria" con DGR 5/8400 del 2 maggio 1991
- Partecipa, presso l'Assessorato alla Sanità della Regione alla progettazione e realizzazione del Servizio Sanitario Urgenza-Emergenza 118
- Responsabile del Servizio Sanitario Urgenza Emergenza 118 della Provincia di Sondrio
- Svolge attività di docenza presso la scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione presso l'Università di Milano
- Diventa componente del comitato tecnico dell'Amministrazione Provinciale per la "Riorganizzazione dei servizi sanitari e socio assistenziali della Provincia di Sondrio" con deliberazione 675 del 18 agosto 1993
- Viene nominato coordinatore locale del prelievo di organi dell'ASL di Sondrio secondo DGR 28461 del 09/05/1997; membro del Nord Italia Transplant
- Dal 1997 diventa Responsabile del Dipartimento di Emergenza e Urgenza della A.S.L. di Sondrio
- Nell'anno accademico 1996/1997 Professore a contratto dell'Università degli Studi di Milano
- Dal 1997 riveste il ruolo di Responsabile del Comitato per l'Area Territoriale Interdipartimentale (CATI) della Provincia di Sondrio e membro del Comitato Regionale per l'Urgenza ed Emergenza (CREU)
- Dal 2000 è consulente del Servizio di Elisoccorso dell'A.S.L. di Sondrio;
consulente del Servizio di Anestesia dell'Ospedale di Gravedona; consulente del Servizio di Anestesia per l'Azienda Ospedaliera di Lecco
- Dal 2002 viene chiamato alle funzioni di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "E. Morelli" di Sondalo.
- Partecipa alla redazione del "Progetto per il riordino della rete ospedaliera in Provincia di Sondrio" presentato dall'Azienda Ospedaliera "E. Morelli" di Sondalo
- Durante il 2002 partecipa al corso di perfezionamento per Direttori Sanitari organizzato dalla Scuola di Direzione in Sanità dell'IREF
- Viene confermato nell'elenco degli idonei alla nomina di Direttore Generale di Aziende Sanitarie Lombarde.
- Attualmente è Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna.

Oggi noi nella nostra Azienda ospedaliera siamo molto attenti anche a questo e là dove possiamo ci creiamo gli spazi non per prendere il sopravvento sul dolore o sulla tragedia incombente di una famiglia ma per far capire che in ultima analisi c'è la donazione come estremo gesto di solidarietà che fa continuare una vita, che fa tornare alla vita".

Callioni: "Quindi con l'Aido c'è un buon rapporto di collaborazione dimostrato da questo clima di partecipazione e di diffusione della sensibilità collettiva".

Spaggiari: "Un ottimo rapporto; una collaborazione molto stretta perché condividiamo molti momenti di confronto e di promozione del valore della donazione".

Bonvini: È assolutamente vero: insieme abbiamo organizzato molti incontri, l'ultimo dei quali un convegno sulla sanità, che avevano l'obiettivo di far conoscere alla gente come la sanità stessa è organizzata, quali difficoltà sta attraversando e quali potenzialità può ancora esprimere. Ma soprattutto come possa meglio essere messa al servizio della gente".

Pozzi: "Queste sono premesse importanti perché stanno alla base delle scelte che portano ad una specifica organizzazione ospedaliera".

Spaggiari: "Dall'Azienda ospedaliera Morelli di Sondalo (di cui ero direttore generale) e dall'Asl territoriale sperimentale che comprendeva anche gli ospedali di Sondrio, Morbegno e Chiavenna si è pervenuti, circa un anno fa, all'unificazione. Si è quindi formata un'unica Azienda ospedaliera (come d'altra parte avviene in tutte le province) che affronta le problematiche sanitarie sotto un'unica direzione generale. Ciò però nulla toglie al fatto che l'ospedale di riferimento per i prelievi, essendo un ospedale di alta specialità, è sempre Sondalo".

Pozzi: "Infatti fino ad alcuni anni fa l'Aido aveva nella zona della Valtellina e della Valchiavenna due riferimenti, oggi ne abbiamo uno solo. Ma le cose sono migliorate perché prima, mentre con Sondalo abbiamo sempre trovato tutte le porte aperte, lo stesso non si può dire per Sondrio, Morbegno e Chiavenna. Io ricordo i confronti e qualche volta anche gli scontri con il prof. Maselli, eccellente chirurgo che aveva una visione diversa dalla nostra in quanto a prelievo e trapianto di organi. Oggi questa divaricazione è superata e quello che Sondalo dava solo per la propria zona, lo dà invece su tutto il territorio. Mi fa piacere leggere che si concentra in un'unica struttura una potenzialità operativa e decisionale che se fosse dispersa in più strutture darebbe indubbiamente molto di meno. La presenza di un "118" unico e polivalente permette di salvare molte più vite umane, consente una gestione più immediata ed efficace delle eventuali possibilità di prelievo".

Callioni: "All'origine delle scelte di cui stiamo parlando vi sono anche ragioni organizzative ed econo-

miche?".

Spaggiari: "Assolutamente sì. Questo è il centro del problema. Ci sono delle ragioni che sono organizzative e quindi necessariamente economiche correlate. Noi, come detto prima, avevamo due aziende. La visione che un direttore generale può avere della sanità nella sua provincia può essere profondamente diversa rispetto alla visione di un altro direttore generale nella stessa provincia. Noi sappiamo che la nostra sanità, nella nostra regione lombarda, deve permettere a tutti noi di raggiungere obiettivi elevatissimi. La dimostrazione è che attraverso questo modello di sanità quella lombarda è sicuramente la sanità che attira più gente da fuori regione. Voglio citare un dato: nel bilancio sondalino il 20% delle attività veniva da pazienti extraregione; in modo particolare dal Sud (Puglia, Lucania, Sicilia...). Uno dovrebbe chiedersi: come mai una persona che si muove da queste zone del Meridione non si ferma in città e regioni più vicine? Faccio l'esempio di Roma, di Firenze, di Bologna. In modo particolare Milano, che è un po' un jolly prenditutto. Perché il venti per cento sceglie Sondalo? Sicuramente perché in qualche modo noi garantiamo qualcosa di diverso e probabilmente di meglio; altrimenti non si capirebbe questo sacrificio di spostarsi così lontano da casa. La gente trova in Sondalo una struttura ospedaliera che al di là dell'essere notevolmente qualificata dal punto di vista sanitario è sicuramente una delle strutture in cui il senso del paziente (rispetto totale, considerazione totale...) è veramente centrale. Da noi è la sanità che ruota attorno alla persona ammalata e non l'inverso. Dal momento in cui abbiamo raggiunto l'unificazione il nostro impegno forte è quello dell'uniformità dei trattamenti. Abbiamo sperimentato un modello organizzativo che arriva da una realtà grande come quella di Sondalo e stiamo lentamente dimostrando che il modello di organizzazione che avevamo qui attuato è un modello che si sposa benissimo con le esigenze di Sondrio, Morbegno e Chiavenna. Certo: sono necessari cambi di mentalità, di cultura... Il nuovo direttore generale ha il compito di dimostrare che la propria proposta migliora l'esperienza in corso, altrimenti fallisce nel suo obiettivo principale".

Callioni: "È possibile dare un'idea di cosa sia cambiato?".

Spaggiari: "Il fatto che abbia ritenuto di presentare il piano organizzativo a tutti i primari, creando i dipartimenti ancora prima che il modello organizzativo sia approvato dalla Regione Lombardia. E questi dipartimenti li ho posti in modo trasversale a tutte le strutture ospedaliere. Ho scelto primari che sono nominati ad un livello superiore e che hanno la responsabilità non solo della loro unità operativa o di più unità operative, ma anche negli altri ospedali.

dott. Riccardo Torreggiani

Titoli di Studio

- Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Pavia il 12.03.1976
- Abilitazione all'esercizio della professione presso lo stesso ateneo nell'Aprile 1976.
- Specializzazione in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Parma il 15.10.1980.

Esperienza professionale

- Servizio presso il Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Antonio Abate di Gallarate.

- Dal 1.8.1978 al 30.11.1988 in servizio presso il medesimo settore in qualità di assistente di ruolo a "tempo pieno".

- Dal 1.12.1988 presso l'Azienda Ospedaliera S. Antonio Abate come dirigente medico di 1° livello di Anestesia e Rianimazione a tempo indeterminato e dal 1.12.1993 al 31.1.99 mi è stata affidata la responsabilità del "modulo organizzativo di Anestesia e Organizzazione Sale Operatorie".

- Dal 1.2.99 presso l'Azienda Ospedaliera E. Morelli di Sondalo.

- Dal 12.11.99 Funzioni di Responsabile dell' U.O. di Anestesia e Rianimazione.

- Il 3.12.99 conferimento della responsabilità del " Modulo Funzionale di Terapia Antalgica".

- Dal 1.5.2000 incarico quinquiennale di Dirigente medico responsabile di Struttura Complessa Ospedaliera di Anestesia e Rianimazione".

Curriculum vitae

La responsabilità è trasversale. Questo significa che se viene introdotto un protocollo, questo deve valere su tutti e quattro gli ospedali. Il trattamento deve essere unico. Così abbiamo veramente professionisti, donne e uomini, partecipi di una squadra che considera l'azienda nella sua globalità. Questo è un concetto di organizzazione. I primari sanno che il loro capodipartimento concorda con il direttore generale un budget, quindi sanno quanti sono i fondi che vengono attribuiti per la gestione economico-finanziaria di un anno. È mio compito, attraverso una fitta rete di confronti, capire quali sono le esigenze e le aspettative dei vari dipartimenti in modo da avere un quadro complessivo con il quale stilare il bilancio annuale. Devo poi tener conto che la Regione Lombardia fissa il budget per il bilancio che riguarda i cittadini che risiedono sul territorio. Diverso il discorso per i cittadini che provengono da fuori e che rappresentano un extra-budget. In questo caso è importante quindi il potere di attrazione che la nostra Azienda ospedaliera esercita sulle realtà esterne. Questo spiega lo sforzo economico per avere i migliori medici, chirurghi, ricercatori e l'impegno a metterli in condizione di lavorare al meglio. Dovrò affrontare un forte aumento dei costi di gestione ma avrò avuto un'impennata dei risultati con una forte attrazione da fuori".

Callioni: "Il direttore generale quindi come manager che deve saper far quadrare i conti...".

Spaggiari: "È così. Io sono, come tutti i direttori generali delle Aziende ospedaliere, seduto su una sedia con sotto una bomba pronta ad esplodere. Per disinnescarla devo ogni volta riuscire a raggiungere il punto di equilibrio fra sviluppo dell'attività, soddisfacimento delle esigenze ospedaliere e disponibilità economiche. Si tratta di valutare e mediare fra le esigenze di sedici dipartimenti, con un elevato numero di primari che elaborano i loro progetti e presentano le loro richieste".

Callioni: "Da quanto tempo ha attivato questa riorganizzazione ospedaliera?".

Spaggiari: "Qui da quasi un anno. Però va precisato che prima sono stato cinque anni e tre mesi a Sondalo. In questo anno di tempo, per quanto breve, ho già notato che il clima è molto favorevole: c'è condivisione, pur nella fatica non indifferente, e soprattutto c'è entusiasmo. Poiché credo fortemente nel valore delle idee, io cerco di non limitarmi a dare ordini ma di fare proposte. Attendo poi le osservazioni per arricchirmi dell'esperienza di tutti gli operatori coinvolti, dai primari in poi, per trarre le conclusioni necessarie. Io devo riuscire a capire e a far capire le motivazioni delle scelte proposte perché in questo modo ho la certezza di moltiplicare le forze positive in campo dato che la finalità non è esclusivamente mia, ma è un obiettivo di tutti. Se dalle parole passiamo ai fatti posso ricordare che Sondalo è stato classificato a livello nazionale il miglior ospedale italiano. E stiamo parlando dell'Azienda ospedaliera più periferica della Lombardia. Stiamo dando dati controllati e validati dalla Regione Lombardia che ha assunto criteri condivisi con tutte le altre Regioni italiane".

Pozzi: "L'alta specializzazione chirurgica di Sondalo è quella per la cura del tumore ai polmoni?".

Spaggiari: "Sì, per tradizione è tutta la patologia respiratoria. La stessa realtà della Gavazzeni di Bergamo, che è di altissimo profilo, è nata dall'esperienza di Sondalo. E oggi Sondalo è di nuovo davanti a tutti, in questo specifico settore, in Italia".

Pozzi: "Mi fa particolarmente piacere che un ospedale pubblico sia ai livelli d'eccellenza, davanti anche ai privati. Ritengo infatti che vada bene la privatizzazione ma non spinta a livelli estremi e si buttano via soldi e risorse della gente".

Pozzi: "Vorrei fare una domanda precisa al direttore generale: che intenzioni abbiamo per il futuro per cercare di portare avanti questa cultura della donazione, perché il messaggio del dono di sé sia sempre più patrimonio e ricchezza umana della gente della Valtellina?"

Spaggiari: "Noi abbiamo una possibilità importante che è quella di poter comunicare con competenza e correttezza le iniziative che facciamo. Io penso che tutte le occasioni di approfondimento, organizzate da noi, dall'Aido o da altri, debbano essere colte per

diffondere la conoscenza e la condivisione del progetto di vita espresso con la donazione degli organi. In questo contesto, nell'Azienda ospedaliera devo dire che, insieme con i medici e i dirigenti, anche le caposala e il personale infermieristico più specializzato hanno un ruolo fondamentale".

Torreggiani: "Altre opportunità sono offerte dall'apertura degli ospedali alle visite delle scuole. Si tratta in questo caso di stabilire un collegamento con i giovani che portano la loro sensibilità nelle famiglie e che quindi possono avere una valenza positiva al momento della decisione se dare il consenso al prelievo o negarlo".

Pozzi: "I giovani medici come affrontano il tema della donazione di organi?".

Spaggiari: "Con un misto di generosità per il valore della scelta che si sta proponendo e di insofferenza (seppure ben sopportata) per la parte burocratica, per il cosiddetto "cartaceo". Sappiamo tutti molto bene, però, che il cartaceo è indispensabile perché il prelievo deve avvenire solo là dove c'è la certezza della morte cerebrale e dove c'è la certezza della disponibilità al dono di sé. Il punto debole che sta emergendo è la necessità, ancora purtroppo poco avvertita, di una incentivazione degli operatori del settore, in particolare del livello infermieristico. Se non lo facciamo penso che ci troveremo di fronte a qualche difficoltà non facile da superare. Dico questo perché non si tiene nel dovuto conto, a mio avviso, quanto sia impegnativo il compito e quanta disponibilità anche di tempo si chieda a chi lavora nel mondo del prelievo e del trapianto".

Pozzi: "Ci sono realtà, come Lecco, Varese, Bergamo, che stanno facendo qualcosa in questo senso. La direzione sanitaria come si pone di fronte a questa tematica?".

Pradella: "Abbiamo preso l'iniziativa di estendere il prelievo a tutti i presidi ospedalieri. Questo penso che sia un passaggio fondamentale perché avere quattro ospedali cui fare riferimento significa non soltanto avere maggiore disponibilità di organi da trapiantare ma anche far partecipare a questo progetto l'intera popolazione. Si attivano quindi meccanismi promozionali, di informazione, di partecipazione e di condivisione. L'attenzione maggiore ovviamente viene data all'ospedale con le strutture più adeguate al prelievo, quindi Sondalo, con la sua Rianimazione che ha sempre di più la caratteristica da Neurorianimazione. Su questo ospedale e sulla sua terapia intensiva viene riservata un'attenzione particolare: acquisizione di apparecchiature, mantenimento di personale in numero adeguato, per fare due esempi, sono scelte economiche non facili. Si può dire quello che si vuole, ma alla fine i conti devono tornare. Siccome ormai anche quella sanitaria è sempre più una gestione aziendale e non è più il vecchio carrozzone di una volta pagato a pié di lista, ecco che tutte le volte che si interviene con qualcosa di nuovo si devono trovare le risorse attraverso un'equa ridistribuzione di quello che si ha a disposizione. Purtroppo però se l'equa ridistribuzione a cui ho accennato passa attraverso un taglio di uno spreco o comunque di un'attività o di un settore poco significativo, questo taglio viene vissuto dall'opinione pubblica, strumentalizzata spesso dagli ambiti politici per calcoli elettoralistici, come una penalizzazione. Nessuno dice che si sono tagliati i rami secchi e inutili, si enfatizza il taglio e basta. Quindi ci sono condizionamenti pesanti da parte della stampa, della politica, dell'opinione pubblica. Noi perciò, soprattutto negli ambienti periferici, viviamo queste scelte con grandi difficoltà. Faccio un esempio: a Tirano, dove abbiamo risparmiato qualche risorsa inutilizzata per passarla in altri settori, la decisione è stata vissuta in modo drammatico. Da questo punto di vista è molto più difficile gestire la sanità in zone periferiche, molto defilate e molto parcellizzate, perché l'opione pubblica è estremamente sensibilizzata e attenta. Invece l'utente di Varese o di Milano fa più fatica a percepire le variazioni nel servizio; se ne accorge solo quando i cambiamenti sono di misura considerevole. Purtroppo nelle piccole realtà se fa un grosso investimento in una sala operatoria nessuno se ne accorge. Se elimina un'ora di ambulatorio in un punto di primo intervento dove

non ci va mai nessuno, entrano in campo i sindaci, i giornali, i comitati e quant'altro la fantasia faccia immaginare. Bisognerebbe evitare che la sanità diventasse terreno di scontro politico o partitico. Non ce ne rendiamo bene conto, ma questa conflittualità porta un enorme danno di immagine. Questo danno non è senza conseguenze perché vuol dire condizionare le potenzialità delle strutture".

Pozzi: "Però è anche vero che quando si viene a sapere che c'è gente che muore a causa dell'inserimento di valvole cardiache difettose e che queste sono state acquistate su mercati clandestini, la denuncia è più che legittima".

Pradella: "Perfettamente d'accordo, su questi aspetti. Ma consideri che la sanità lombarda impegna qualcosa come ventiquattromila miliardi (di vecchie lire) soltanto per quanto riguarda il budget regionale. Pensiamo poi a tutto l'indotto che esiste. Tutto sommato si tratta di un'attività impressionante, sconfinata, con livelli di eccellenza mondiali. In questo contesto gli episodi di "malasanità" sono assolutamente minoritari e non dovrebbero sporcare quello che di buono si riesce a proporre. Né dovrebbe essere possibile far venir meno la fiducia della gente in persone - dirigenti, medici, operatori - che mettono in gioco il meglio di loro stessi e della loro professionalità. Non dimentichiamo che la sanità è soggetta a dei meccanismi di controllo che sono assolutamente affidabili".

Pozzi: "Quello che lei afferma è vero: è difficile rubare nella sanità lombarda; ma è altrettanto vero che il rischio di sprechi e di investimenti inutili sui privati è ancora troppo elevato. Questo l'ho segnalato personalmente anche all'assessore alla Sanità della Regione Lombardia, Borsani. Provocano molte perplessità alcuni investimenti sui privati laddove è difficile individuarne la necessità. Non bisogna fare l'errore di privilegiare troppo il privato rispetto al pubblico, perché le potenzialità del pubblico sono enormi e le garanzie che può dare altrettanto grandi".

Pradella: "Io ho alle spalle un'esperienza di 32 anni come medico ospedaliero e di 23 anni come primario. Ho fatto sempre l'ospedaliero a tempo pieno, con governi di centrosinistra e di centrodestra. Lasciamo stare la mia simpatia personale che magari potrebbe essere più verso una parte ma senza che ciò influenzi la valutazione tecnica. Io posso affermare che se la Regione Lombardia non avesse introdotto (e forse ha un pochino esagerato) il meccanismo competitivo fra pubblico e privato oggi noi non avremmo la qualità della sanità che abbiamo. Io sono convinto che la Lombardia ha dimostrato la capacità di saper gestire un'ospedalità privata diversa dalle altre regioni, fatta da ospedali (con poche eccezioni di case di cura). Oggi nel privato abbiamo veri e propri ospedali di Serie A e con la loro flessibilità organizzativa sono gli ospedali privati che hanno permesso di introdurre i meccanismi innovativi organizzativi interni che noi stiamo imitando. Io posso affermare oggi che i miei modelli sono privati. Anni fa, quando tutto era pubblico e c'erano quattro case di cura in tutta la Lombardia per i signori Brambilla danarosi di Milano e hinterland per trovare un posto di notte per una persona colpita da aneurisma dell'aorta c'era da impazzire. Oggi sicuramente si spende di più, ma la situazione è migliorata ma soprattutto si sono resi disponibili dei modelli organizzativi che noi rimanendo nel pubblico da soli, senza la vicinanza competitiva del privato non avremmo mai saputo o voluto introdurre. Questo perché in definitiva sono i meccanismi organizzativi del Nord Europa, del Canada, delle realtà più avanzate al mondo. Anche recentemente ho avuto un incontro con l'organizzazione dell'Istituto Humanitas di Milano e devo dire che sono riusciti a introdurre modelli che faranno scuola. Poi che il sistema privato porti qualche stortura, qualche eccessiva valutazione dell'interesse è vero. Ma la Regione ha gli strumenti per intervenire e controllare. C'è un altro dato di fatto che va considerato. La Regione Lombardia ha introdotto molto privato, ma pensava anche di chiudere più pubblico. In realtà poi di fronte ai meccanismi legati all'occupazione e alle strumentalizzazioni evidentemente ha rallentato. Oggi anche a causa delle sue divisioni interne, la Regione Lombardia ha difficoltà a introdurre una razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica. Se andiamo a vedere cosa hanno fatto il Canada o il Belgio per quanto riguarda la sanità pubblica vediamo che lì

hanno deciso in fretta e chiuso ospedali pubblici in tre mesi. Da noi nemmeno uno. Perché? Perché non è un governo forte e monolitico. In realtà la Regione avrebbe dovuto essere più prudente nell'introdurre il privato e il convenzionamento ed essere meno ottimistica nella riduzione della rete ospedaliera pubblica arrivando ad un certo equilibrio. Ricordiamoci che oggi il rapporto tra pubblico e privato è ancora 2 a 1. Non è una rivoluzione. Se andiamo a vedere il Lazio penso che abbiamo il 20 per cento pubblico e l'80 per cento privato. Il Meridione peggio ancora. Ciò significa che la Regione Lombardia continua ad essere una Regione modello sotto tanti punti di vista. Il problema è che proprio per la sua caratterizzazione è un ente molto attaccato proprio per il coraggio che ha avuto di introdurre la Legge 31 delle modalità organizzative realmente innovative e quindi c'è molta contrapposizione politica. Lasciamo poi stare alcune campagne diffamatorie condotte anche da quotidiani nazionali contro la sanità lombarda che la nostra sanità davvero non merita. Poi ci sono Regioni che non sono meglio della nostra - pensiamo al Veneto o all'Emilia Romagna - ma danno un'immagine di sanità immacolata perché all'interno sono più compatte".

Pozzi: "Io stesso conosco bene questa realtà e la vivo sul mio territorio, dove c'è un policlinico privato che serve centoventimila abitanti e guai se non ci fosse".

Pradella: "Noi stessi portiamo i nostri cardiopatici a Bergamo, alla Gavazzeni. Ma non perché ci piace o perché prendiamo la stecca, ma perché li assistono e li servono bene. Questo non vuol dire che nell'ospedale pubblico questo servizio e questa tempestività manchino, ma che la presenza di entrambi favorisce il miglioramento della proposta. Io ho vissuto un'esperienza lavorativa nel pubblico fatta di anni e anni di medicina, di giorno e di notte, di sabato e di domenica. Sono per l'assistenza pubblica, però nella vita credo ci si debba sempre sforzare di essere obiettivi e questa demonizzazione che da tante parti si fa dell'impegno della Lombardia a rendere competitivo anche il privato non mi sembra né corretto né giusto perché finalizzato al bene delle persone e al miglioramento dell'offerta sanitaria complessiva".

Pozzi: "Siamo d'accordo, però la stessa obiettività bisogna averla sempre e siccome abbiamo visto scelte né votate all'economicità né alla migliore organizzazione possibile, manteniamo alta la nostra attenzione e continuiamo nelle sedi opportune a denunciare le storture di questo sistema. Non possiamo essere aprioristicamente a favore o contro il privato. Dobbiamo continuare ad essere coscienza critica e consapevole della vita di questa sanità. È un nostro preciso dovere".

Pradella: "Sono perfettamente d'accordo e aggiungo che questa attenzione va esercitata in tutti i sensi. Anche sulle prestazioni richieste dai cittadini e dai medici di base, perché ci vuole più serietà e più moderazione. Non basta sentire un male al ginocchio per poter pretendere la Tac. Bisogna che ci sia una scala delle priorità altrimenti finisce che le risorse vengono buttate in centinaia e migliaia di richieste inutili mentre le persone veramente gravi e bisognose di cure immediate aspettano in lista d'attesa. Manca una coscienza civica perché c'è troppa gente, non educata e non ben indirizzata, spesso, dai medici di base, che crede di avere solo diritti senza limiti. Non è così e non illudiamo nessuno. La spesa sanitaria è già altissima, ma se ognuno si mettesse a chiedere esami e medicine e cure ad ogni pié sospinto finiremmo per paralizzare tutto, facendo un danno irreparabile agli ammalati veri. Anche in questo ci vorrebbe cultura, formazione, sobrietà. Non ci sono e per qualcuno è scandaloso fare queste denunce".

Torreggiani: "Bisogna anche spiegare perché un tempo si facevano tante colecisti e oggi molte meno, perché si facevano tante tonsille e oggi se ne fanno meno e via raccontando. La colpa sarà del ministro, sarà del presidente della Regione, ma non nascondiamoci le responsabilità dei medici e di chi approfitta delle normative per specularci. È indubbiamente una seria questione di coscienza senza la quale non ci sono leggi che tengono".

Intervista a cura di
Leonio Callioni

Ha collaborato

«MEDICINA, SALUTE E SOCIETÀ»
UN CONVEGNO A SONDRIO

"Medicina, salute e società - La donazione e il trapianto di organi" è il titolo del convegno svoltosi agli inizi dello scorso dicembre, a Sondrio, in occasione della ricorrenza dei 25 anni di vita della locale Sezione provinciale dell'Aido. "Per migliaia di uomini, donne e bambini l'unica possibilità di riconquistare la salute e di continuare a vivere è il trapianto. Oggi è divenuto terapia ma si continua a morire per mancanza di organi". Così la presidente della Sezione di Sondrio, Franca Bonvini, ha introdotto la riflessione proposta con il convegno che è stato organizzato in due sessioni: la prima, alle 8,15, con gli interventi di: Franca Bonvini; sen. avv. Eugenio Tarabini, presidente della Provincia di Sondrio; dott.ssa Bianca Bianchini, sindaco di Sondrio; Dante Del Grosso e Stefano Saligari, trapiantati che hanno portato la loro testimonianza; dott. Francesco Porretti, prefetto di Sondrio; dott. Pier Giorgio Spaggiari, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Valtellina-Valchiavenna; ing. Emilio Triaca, direttore generale dell'Azienda sanitaria locale.

La seconda sessione, sul tema: "Obiettivo riduzione liste di attesa", si è aperta alle 10, con gli interventi di: Leonida Pozzi, vice presidente nazionale e presidente regionale dell'Aido; prof. Aldo Calosso, coordinatore del corso di laurea in infermieristica; un'allieva del terzo anno del corso di laurea per infermieri; dott.ssa Cristina Manca, direttore sanitario Asl; dott. Giuliano Pradella, direttore sanitario Azienda ospedaliera Valtellina-Valchiavenna: prof. Cristiano Martini, direttore Neurorianimazione dell'O-spedale A. Manzoni di Lecco.

Come accennato, i lavori sono stati introdotti dalla presidente Bonvini, che ha affermato: "Quello dell'Aido è un percorso difficile e gli ostacoli sono tanti. I nostri seimila iscritti sono un segnale di come gli abitanti della provincia abbiano capito il valore della donazione. Nel compito di formazione, informazione e sensibilizzazione - ha aggiunto - un ruolo importante è affidato all'Azienda sanitaria, all'Azienda ospedaliera e al corso di laurea in Scienze infermieristiche di Faedo".

Cerchiamo ora di raccontare, passo dopo passo, lo svolgersi del convegno, inziando dalla testimonianza portata da Stefano Saligari, che in modo molto semplice ha raccontato la sua esperienza di trapiantato invitando i giovani a pensare alla donazione come possibile scelta di vita. Ha poi ringraziato il corpo infermieristico per

la generosità e la validità dell'impegno dimostrato ogni giorno.
Nel suo saluto il prefetto dott. Porretti ha evidenziato il profondo valore di solidarietà dell'operato dell'Aido. Il prefetto ha sottolineato che il volontariato dei cittadini colma le lacune e i limiti delle istituzioni.
"Il compito dell'Aido - ha ricordato il presidente regionale cav. Leonida Pozzi - è quello di far riflettere la comunità sull'opportunità di donare gli organi dopo la morte. È importante - ha rilevato Pozzi - trasmettere questa cultura agli addetti ai lavori, avvicinandosi sempre più al mondo medico e infermieristico. La legge 91 del 1999, testo di riferimento in quanto normativa sui prelievi, prevedeva un'informazione a tappeto su tutto il territorio nazionale mettendo il Ministero della Salute in condizione di conoscere la volontà di tutti i cittadini con più di 18 anni di età. In realtà la risposta a questa iniziativa un po' troppo burocratizzata è risultata fallimentare. È così emersa con tutta la sua forza la capacità di coinvolgimento dell'Aido, che è organizzata sui diversi livelli, dai gruppi locali alle sezioni provinciali e regionali, fino a quello nazionale. Oggi per il Ministero della Salute l'Aido è il partner ideale per la diffusione della cultura della donazione. Per migliorare ulteriormente il nostro impegno dobbiamo inoltre intensificare i rapporti con le istituzioni (Comuni, Parrocchie, Ordine dei farmacisti, scuole, medici di medicina generale, ecc.) e collaborare con gli infermieri che sono un tramite importante tra i medici e i pazienti".
Il coordinatore del corso di laurea in Infermieristica, prof. Calosso ha sottolineato il valore delle attività svolte insieme con l'Aido sia nel campo formativo che in quello educativo. "L'informazione - ha ricordato - è trasversale alla funzione lavorativa. Il convegno è l'inizio di un progetto per entrare anche nelle scuole". Il prof. Calosso ha infine ringraziato la commissione dei docenti per la disponibilità che consente di elaborare e gestire progetti così ambizioni e attenti al tema dei trapianti.
A sua volta Eleonora Bianchini, allieva del Corso di laurea in infermieristica, ha parlato dell'educazione nella professione infermieristica. Ha poi richiamato al codice deontologico infermieristico che è l'espressione della coscienza collettiva e della capacità di esprimere solidarietà. Le difficoltà che si incontrano si rilevano nel creare consapevolezza e nello stimolare gli atteggiamenti giusti nei confronti della domanda di donazione".
La direttrice sanitaria Asl, dott.ssa Manca, insegnante nella scuola infermieri, ha parlato del Piano sanitario regionale e del contesto sociale nel quale cerca di svilupparsi. Dopo aver richiamato le normative fondamentali della legge 91 del 1999, la dott.ssa Manca ha spiegato le linee guida del Piano sanitario e illustrato gli obiettivi: potenziamento delle attività di prelievo per eliminare il divaricamento tra donazioni e trapianti". Concludendo il suo intervento, e dopo aver accennato alle potenzialità dell'Asl ed essersi addentrata nelle spiegazioni sulla raccolta dei consensi, la dott.ssa Manca ha espresso la sua riconoscenza all'attività dell'Aido per una crescita solidale della comunità in cui viviamo.

Venticinque anni in un trittico

1978-2003: un quarto di secolo di attività dell'Aido provinciale di Sondrio. Un Venticinquennale non da celebrare ma da sottolineare per, guardando indietro, impegnarci a fare meglio e di più.
Il Ventennale era stato sottolineato in modo certamente inconsueto. Meta la Valchiavenna ove, - a Samolaco - era nato il primo Gruppo, un treno storico era partito da Tirano, ove è stato costituito l'ultimo Gruppo Comunale, in realtà intercomunale. Scendendo per la Valle dell'Adda soste a Sondrio, con saluto del sindaco e della banda, a Morbegno e a Colico per risalire poi lungo "la Mera" sino a Chiavenna. Bagno di folla, in stazione, nella piazza del Municipio, nelle vie percorse dal corteo, in San Lorenzo e infine nella sala ove si è conclusa la manifestazione.
Per il Venticinquennale con quel precedente molte le idee, ma ci voleva qualcosa di diverso, qualcosa il più possibile "strumentale", tale cioè da essere ulteriore concreto ausilio per "la nostra causa".
E' nato così il trittico delle iniziative:
- il convegno del 6 dicembre a Palazzo del Governo;
- la presenza nello sport con la partecipazione, d'intesa con l'organizzazione, alla "Ponte in Fiore" il 25 aprile, gara internazionale di corsa in montagna con marcia non competitiva, a Ponte in Valtellina, dieci km dal capoluogo. La volontà dunque di puntare sui giovani, di consegnare loro un testimone per la diffusione del nostro messaggio
- La partecipazione, in autunno, ad una delle giornate per il Cinquecentenario dell'Apparizione - Basilica della Madonna di Tirano, oltre che Patrona della Valtellina Madonna della Salute. Meta ogni anno del pellegrinaggio Unitalsi nella Giornata dell'ammalato la Basilica è quest'anno al centro di un'ampia gamma di iniziative e manifestazioni. Anche in tale sede un testimone per la diffusione del nostro messaggio.

Stefano Rossattini, direttore generale dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo

Di politica sanitaria regionale e di assetto ospedaliero dettato dallo stesso Piano regionale, con l'integrazione fra presidi ospedalieri della Valtellina e della Valchiavenna ha parlato il dott. Pradella, direttore sanitario della locale Azienda ospedaliera. Ha toccato i temi del prelievo di cornee, dei corsi di promozione, dei punti di primo intervento (Tirano, Bormio e Livigno). Il dott. Pradella ha ricordato il valore dei presidi mobili in considerazione di un territorio a forte sviluppo turistico e ha annunciato che a Livigno è prevista una "Fondazione sanitaria".

Come al solito chiaro, puntuale e provocatorio l'intervento del prof. Martini, direttore della Neurorianimazione di Lecco. Il professore ha ricordato di aver frequentato per nove anni l'ospedale di Sondalo e di essere stato successivamente a Sondrio. Martini ha fatto una veloce analisi comparativa delle diverse esperienze sanitarie europee nel campo della donazione di organi. Da condannare duramente, ha detto, quella inglese per la donazione da vivente a pagamento (si fa ma di nascosto). L'Italia è risultata nel 2002 il primo Paese in Europa per i tessuti, al sesto posto per il multiorgano, e il terzo Paese tra quelli a pari grandezza. Ha raccontato l'esperienza della visita guidata dei ragazzi delle scuole nella Neurorianimazione dell'Ospedale di Lecco. "La collaborazione con l'Aido - ha detto - è fondamentale per fare comunicazione, ma è determinante il comportamento relazionale degli operatori sanitari con i familiari". Senza mai nascondersi gli aspetti negativi, come la stasi nelle donazioni e il regresso della Lombardia a causa dell'aumento dei dinieghi, Martini ha illustrato l'importanza dell'impegno dei coordinatori locali e spiegato il progetto di rilancio della Regione Piemonte. Forte di una competenza acquisita sul campo, il professore ha illustrato i dettagli dell'organizzazione (Azien-de ospedaliere, Nord Italia Transplant, Centro nazionale trapianti), sottolineando come l'attività di prelievo e trapianto sia obbligatoria ma non correttamente remunerata. "Gli ospedali che non fanno attività di prelievo - ha però aggiunto - non rispettano la normativa ma nemmeno l'etica". Secondo il prof. Martini la mancanza di organizzazione a volte impedisce agli ospedali di individuare un potenziale donatore. "In-tanto però possiamo dire che nessun Paese al mondo può contare su un numero sufficiente di donatori ma noi possiamo vantare il miglior follow-up e la più rigorosa selezione degli organi del mondo".

Prima dell'apertura del dibattito, molto ampio e articolato, è intervenuto il dott. Rossattini, direttore generale degli Ospedali Riuniti di Bergamo e valtellinese di origine. Ha portato la riflessione sull'organizzazione della squadra dei trapianti. "La Direzione - ha affermato tra l'altro - deve incentivare la formazione e l'informazione tenendo fisso lo sguardo su un futuro possibile: un futuro di liste d'attesa ridotte al minimo grazie alla diffusione di un comune senso di solidarietà e al desiderio di lottare, tutti insieme, contro la sofferenza del prossimo".

Allergie respiratorie e inquinamento atmosferico

L'ambiente in cui viviamo mostra segni di degrado sempre maggiori in particolare per quanto riguarda l'aria che respiriamo per la presenza di sostanze naturali ed artificiali in grado di causare disturbi o patologie vere e proprie. Pertanto, possiamo definire l'inquinamento dell'aria come un'alterazione delle caratteristiche chimico-fisiche dell'aria, in relazione sia a variazioni dei suoi normali costituenti che alla comparsa di sostanze normalmente estranee alla sua composizione, capaci di provocare effetti dannosi alla salute dell'uomo e degli altri organismi viventi.

Tutte queste sostanze interagiscono soprattutto con l'apparato respiratorio per ovvi motivi, comportandosi come allergeni o irritanti e determinando un aumento di malattie di tipo allergico come riniti, asma e delle broncopneumopatie ostruttive.

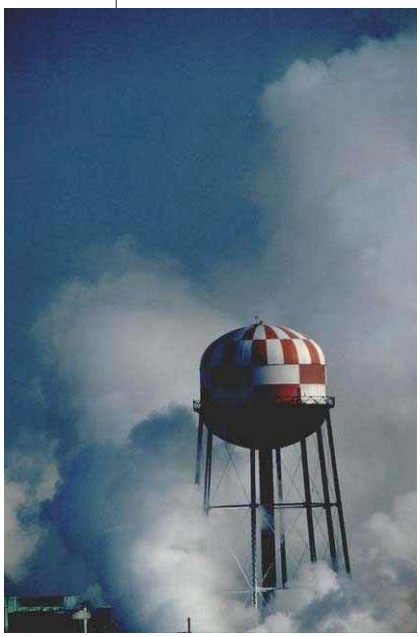
Esistono, oltre agli inquinanti ambientali naturali emessi dalla vegetazione, dal mare, dai vulcani, quelli artificiali tra i quali i più importanti sono l'anidride solforosa, l'ozono, gli aerosol acidi, gli ossidi di azoto e il particolato emesso dalle auto alimentate a diesel.

L'effetto biologico dell'esposizione agli inquinanti presenti nell'atmosfera dipende da vari fattori: innanzi tutto dalla grandezza delle particelle, poi dalla quantità presente nell'aria inspirata e ancora dalla morfologia delle particelle, variabili fondamentali nel determinare l'effettivo insulto apportato ai tessuti con relativa risposta biologica degli stessi.

Alcune particelle possono essere biologicamente attive (batteri, virus, allergeni) provocando un processo flogistico nella sede di deposizione. Altre, biologicamente inerti, sono però in grado di ulcerare i tessuti umani e di determinare trasformazione in senso displastico delle cellule (nickel, polveri di legno, materiale radioattivo). Infine vi sono particelle solubili capaci una volta raggiunto il tratto respiratorio di entrare nel circolo sanguigno e raggiungere altri tessuti lontani ove possono causare danno ulteriore.

Così per comprendere quale sia il destino delle particelle inalate dall'ambiente esterno o interno occorre conoscere il loro diametro.

Si è stabilito che quelle comprese tra 0,5 e 10 μm



costituiscono la cosiddetta frazione inalabile (10 um) si ferma nel primo tratto delle vie respiratorie (cavità nasali, oro-faringe e laringe) causando a questo livello vari disturbi come riniti o irritazione di faringe e laringe.
La frazione inalabile (PM 10) fino ad un diametro di 3-5 µm si ferma a livello di tracea e bronchi mentre la frazione respirabile (PM 2.5) è in grado di raggiungere il polmone profondo sino agli alveoli determinando ipereattività bronchiale, infezioni e floglosi respiratorie, in particolare l'asma allergica tanto diffusa nelle zone maggiormente urbanizzate.
Le nostre città sono, ormai, luoghi divenuti sorgenti di inquinanti vari dovuti agli impianti di riscaldamento, alle industrie, alle automobili, dove il vento e il traffico veicolare rappresentano fattori in grado di risospendere costantemente polveri di varia origine, detriti e pollini. Inoltre questo particolato ambientale si dimostra capace di veicolare a sua volta allergeni di tipo biologico provenienti dall'esterno (pollini) e dall'interno (acari), grazie alla sua forza di attrazione elettrostatica e alla sua particolare coesività. Così una continua e abnorme stimolazione del sistema immunitario, soprattutto nei bambini, ha determinato una iper-reattività capace di amplificare ogni risposta biologica ad antigeni eterogenei e portare a manifestazioni morbose più o meno importanti.
Analizziamo ora le caratteristiche principali dell'inquinamento chimico outdoor e indoor.

Inquinamento outdoor fotochimico ed ossidativo

L'inquinamento atmosferico è in costante aumento e rispetto al passato la causa principale è l'emissione di gas di scarico dei veicoli circolanti su strada e in particolare dei motori diesel.
È stato evidenziato come questi gas di scarico siano costituiti per oltre l'80% di un particolato assai fine del diametro medio tra 0,1 e 0 micron, composto da inquinanti come ossido di nitrogeno, formaldeide, monossido di carbonio, ceneri, idrocarburi e particelle di carbone. Queste sostanze agiscono sia direttamente sull'apparato respiratorio sia causando anomalie nel sistema immunitario.
Nelle zone urbane esistono due tipi di inquinamento: quello estivo e quello invernale. L'inquinamento estivo è definito ossidante in quanto avviene per effetto foto-chimico indotto dalla luce solare, un processo di ossidazione di idrocarburi e ossidi di azoto e formazioni di prodotti intermedi come l'ozono, considerato il principale tracciante dell'inquinamento. L'inquinamento invernale è, invece, definito riducente perché favorisce il processo di riduzione di varie sostanze provenienti da emissioni di impianti di riscaldamento, come il biossido di zolfo, con formazione di un'aerosol ricco di acido solforico e solfati.
Inoltre, ci sono tutti i derivati altamente tossici se presenti in grande quantità nell'atmosfera come: i radicali idrossilici (HO), perossido d'idrogeno (H_2O_2), O_2, superssidoanione ecc. responsabili di varie patologie attraverso una loro interazione con i vari inquinanti ambientali e ossidazione finale degli stessi. Tutto si traduce in un danno cellulare che può coinvolgere la membrana cellulare (è stata osservata pure una deplezione di ATP al suo interno) ed anche strutture extracellulari (il citoscheletro) del polmone.
L'interpretazione del preciso ruolo dei derivati dell'O_2 nella tossicità è difficile in quanto occorre discernere un processo dannoso che interessa il sistema biologico derivante da un'ossidazione del metabolismo cellulare o da un eccessivo inquinamento ambientale. Infine la questione è complicata dalla messa in atto di meccanismi antiossidanti di difesa dell'organismo e dalla impossibilità a disporre di un marker inequivocabile di danno ossigeno-mediato.
Diversi comuni inquinanti ambientali interagiscono con il radicale OH dando prodotti chimici fonte di ulteriore inquinamento, acido nitrico, acido solforico e solfati, perossiacetinilnitrato (PAN).
Quest'ultimo si forma a partire da aldeide acetica e radicali OH con successiva addizione di O_2 e NO_2 e rappresenta con l'ozono un indicatore selettivo della presenza di attività fotochimica nell'atmosfera. Il prodotto si decompone termicamente dando

luogo alla formazione di NO_2.
A partire dal biossido d'azoto (NO_2) seguono una serie di processi chimici e fotochimici che portano alla formazione, in prima istanza, dell'ozono (O_3) e, poi, di altri prodotti altamente instabili che reagiscono con gli inquinanti presenti in atmosfera contribuendo a creare un circolo chiuso dove l'inquinamento si perpetua.
L'ozono è, pertanto, un importante inquinante; anzi è considerato l'indice classico dell'inquinamento fotochimico. Vien rilevato, secondo le normative vigenti, durante la notte in aree periferiche o extraurbane in quanto, qui, le concentrazioni sono più elevate. Si ritiene che l'ozono, come i composti azotati (NO) sia in grado di esacerbare la sintomatologia respiratoria in soggetti asmatici attraverso un tipico meccanismo infiammatorio che coinvolge i mediatori chimici più comuni.
L'esposizione a concentrazioni atmosferiche elevate di ossidanti determina sintomi definiti di disturbo: irritazione delle congiuntive e della gola, oppressione toracica, tosse e cefalea. Questi iniziano quando le concentrazioni orarie di O_3 raggiungono i 200g/mc. Si verificano diminuzioni della funzionalità respiratoria in bambini e giovani adulti con concentrazioni comprese tra 160-300g/mc. In questo ambito di concentrazioni, in soggetti asmatici, aumenta la frequenza di attacchi acuti.
Per comprendere i motivi di una così grande diffusione del fenomeno allergico nella popolazione generale occorre integrare i due aspetti della questione: assetto genetico e influenze ambientali. Poiché è improbabile che le caratteristiche genetiche di gruppi di popolazione siano evoluti così rapidamente in pochi decenni è verosimile attribuire tale fenomeno a un aumento di concentrazione nell'atmosfera di inquinanti vari.
Il motivo è da ricercare in una diversa interazione tra il sistema immunitario e le condizioni ambientali, cioè la risposta immunologica agli stimoli provenienti dall'ambiente si è modificata nel senso di una iper-reattività le cui cause devono essere indagate. Da più parti ormai si sostiene che proprio le modificazioni dell'habitat in cui viviamo e più in generale delle abitudini comportamentali spieghino l'ubiquitarietà di questo fenomeno nelle aree urbanizzate, l'esposizione infantile ai più disparati inquinamenti atmosferici, il ruolo dell'alimentazione precoce con latte vaccino o con cibi solidi (l'importanza delle allergie e intolleranze alimentari è un altro aspetto del fenomeno trattato). Tutto ciò porta a una maggiore sensibilizzazione dell'individuo nei confronti dei più comuni allergeni ambientali (anche quelli biologici in quanto gli aeroinquinanti sono in grado di trasportare facilmente batteri e virus favorendo la diffusione di processi infettivi a carico delle vie respiratorie).

Una prima conclusione che si può fare è che una tale massiccia presenza di inquinanti atmosferici è responsabile non solo di un'esacerbazione della sintomatologia in soggetti con patologie respiratorie, ma anche della sua eziologia come fattore adiuvante.
Le allergie respiratorie sono più frequenti nelle città ove è prevalente l'inquinamento derivante dagli scarichi delle automobili piuttosto che quello, più ricco di SO_2, proveniente dagli impianti di riscaldamento.
Infine, esistono diverse ipotesi eziopatogenetiche per spiegare il fenomeno allergico sebbene, come già visto, manchi ancora una conoscenza esaustiva dell'argomento è stato sperimentalmente dimostrato che:
- l'attività ciliare è ridotta dagli inquinanti e ciò è causa di un aumento del tempo di contatto dell'allergene con l'epitelio e, quindi, di una maggiore probabilità di interazione con il sistema immunitario;
- la sintesi di IgE è favorita da alcuni composti organici, in particolare le particelle provenienti dagli scarichi di motori diesel e gli idrocarburi aromatici ad essere associati;
- la sintesi e il rilascio di mediatori chimici dell'infiammazione, quali istamina, prostaglandine, leucotrieni e varie citochine, è stimolato dagli inquinanti suddetti;
- gli inquinanti atmosferici esplicano un'azione irritante diretta sulle mucose provocando soluzioni di continuo attraverso le quali potrebbe verificarsi il contatto tra l'allergene e il sistema immunitario.
Si può così concludere, considerando tali meccanismi, che una loro combinazione può essere responsabile della portata del fenomeno allergico respiratorio con ulteriore incremento delle infezioni virali e batteriche che si ossevano pià frequentemente.

Inquinamento chimico indoor

L'inquinamento ambientale interno più diffuso e

importante è sicuramente il fumo di tabacco, la cui esposizione causa molteplici danni all'apparato respiratorio. In questa sede si intende parlare di esposizione passiva. Il fumatore passivo è il soggetto che respira in un ambiente confinato, saturo di fumo di tabacco. Il fumatore passivo può essere un adulto oppure un bambino; sebbene vi siano alterazioni in entrambi gli organismi appare evidente che proprio i bambini siano i più suscettibili, anche in virtù del fatto che spesso sono esposti al fumo materno ancora prima di nascere e cioè dal momento del concepimento.

I danni che il fumo può arrecare al polmone di un bambino sono svariati: aumento del rischio di infezioni acute del tratto respiratorio inferiore come bronchiti e polmoniti; aumento di otiti medie e di sintomi respiratori quali tosse e dispnea; riduzione della funzionalità respiratoria; aumento del rischio di asma (anche se, in questo caso, l'esposizione al fumo ambientale deve essere elevata), esacerbazione della sintomatologia asmatica nel senso di un aumento del numero e della gravità delle crisi asmatiche nei bambini già affetti da asma bronchiale. L'esposizione in utero al fumo materno e, dopo la nascita, al fumo ambientale, altera la struttura e la funzione del polmone, aumenta la reattività bronchiale e amplifica il processo di sensibilizzazione allergica.

A questo proposito è stato dimostrato un più alto livello di IgE sieriche nel cordone ombelicale di bambini di madri fumatrici e il passaggio di sostanze cancerogene e mutagene attraverso di esso con azione sul polmone fetale.

È chiaro come questo incida sensibilmente sulle capacità funzionali future del polmone e determini un aumento di rischio di patologie polmonari acute e croniche. Sembra che queste aterazioni si possano ricondurre ad un malfunzionamento del sistema neuroendocrino localizzato nell'albero tracheobronchiale e formato da cellule specializzate che aumentano di numero durante il periodo embrionale e fetale fino alla nascita. All'interno di queste cellule sono contenuti granuli ricchi di sostanze bronco-costrittive oltre a un fattore di crescita che potrebbero avere un ruolo importante nell'accrescimento polmonare nella regolazione del tono broncomotore durante questo periodo.

Esiste, infine, una situazione peculiare in cui si realizza un'elevata concentrazione di inquinanti definita e conosciuta come la sindrome dell'edificio malato (sick building syndrome). Si tratta di un complesso sintomatologico che si manifesta in soggetti che vivono o lavorano in edifici con impianti di condizionamento d'aria centralizzati, con un inadeguato controllo della temperature interna, dell'umidità e dell'illuminazione, in un edificio "sigillato". In questi ambienti si sono registrate quantità elevate di inquinanti come il fumo di tabacco, polvere, formaldeide ed esalazioni di varie macchine come le fotocopiatrici.

La sintomatologia evidenziata è una generica sofferenza psicosomatica, in alcuni casi molto pronunciata, che comprende cefalea, astenia, irritazione delle mucose congiuntivali, nasali e bronchiali.

In conclusione si può affermare senza dubbio che per un miglioramento della qualità di vita è necessario, con un preciso progetto legislativo ancora mancante, creare degli strumenti per la prevenzione ambientali sicuri, efficaci ed accessibili da un punto di vista economico.

Soltanto in questo modo è possibile ridurre le concentrazioni dei vari inquinanti nell'ambiente outdoor e indoor e prevenire così la grande diffusione della patologia allergica.

Diego Insalaco
Riccardo Insalaco

VIAGGIARE SICURI
Alcuni consigli per prevenire la trombosi venosa profonda

Cos'è la trombosi venosa profonda?

È un coagulo di sangue , che si forma il più delle volte nelle vene degli arti inferiori e che blocca cosi' il ritorno del sangue venoso. Queste vene sono circondate da potenti muscoli , che normalmente con la loro contrazione, garantiscono la circolazione del sangue verso il cuore. Quando il flusso circolatorio rallenta per esempio a causa di una malattia o per immobilità prolungata, si creano le condizioni che favoriscono la formazione dei trombi.

Alcuni soggetti sono più a rischio di trombosi venosa profonda (TVP) rispetto ad altri; generalmente il rischio aumenta dopo i 40 anni, ma esistono una serie di fattori predisponenti:

* storia personale o familiare di TVP
* anomalie nei fattori della coagulazione del sangue
* storia prossima o remota di malattie tumorali
* trattamenti ormonali sostitutivi
* gravidanza
* recenti interventi chirurgici, in particolare a carico degli arti inferiori o dell'addome
* recente immobilizzazione
* fratture degli arti

Quali sono i sintomi ?

La TVP può essere riconosciuta in seguito al manifestarsi di alcuni sintomi: dolore, edema ed arrossamento dell' arto colpito; l'arto può inoltre apparire caldo al tatto e può esserci congestione delle vene superficiali .

Purtroppo oltre il 50% delle TVP presenta una sintomatologia trascurabile o completamente " silente" e dal momento che altre condizioni, quali strappi muscolari, infezioni cutanee e infiammazioni delle vene superficiali (flebiti), possono dare luogo a manifestazioni simili a quelle della trombosi venosa profonda, la malattia può essere difficile da diagnosticare senza l'aiuto di specifiche indagini strumentali (Ecografia, TAC) che consentono la visualizzazione del trombo.

In alcuni casi può avvenire il distacco di piccoli frammenti di coagulo (emboli) che, trasportati per mezzo della circolazione sanguigna al cuore e nei polmoni possono causare un' embolia polmonare. Tale circostanza, che può avvenire anche a molte ore o giorni di distanza dalla formazione del trombo, ha spesso conseguenze potenzialmente gravi che vanno dal dolore toracico, alla dispnea e persino alla morte improvvisa.

Come si cura ?

Non curare una trombosi venosa, o curarla male, espone il paziente al rischio di un'embolia polmonare.

La terapia e la prevenzione farmacologica della TVP prevedono l'uso di farmaci che servono a diminuire la capacità del sangue di coagulare, cioè a renderlo più "fluido".

Questi farmaci sono innanzitutto l'eparina, che si usa per via endovenosa o sottocutanea per alcuni giorni, e gli anticoagulanti orali, somministrati per bocca per un periodo di 3-6 mesi.

Come si previene ?

La prevenzione della malattia tromboembolica si basa essenzialmente su 2 punti:

- una adeguata profilassi
- una adeguata informazione

Profilassi

Una adeguata profilassi con farmaci anticoagulanti è indispensabile in tutti i pazienti con fattori di rischio documentati e che, debbono andare incontro ad una potenziale causa scatenante l'evento trombotico (ad esempio un viaggio aereo, oppure un intervento di chirurgia maggiore).

Informazione

E' stato dimostrato che un'adeguata informazio-

ne sui rischi ed una corretta educazione alla prevenzione della TVP riducono significativamente l'incidenza di questa patologia.
Esistono poche ma fondamentali regole applicabili da tutti per prevenire la trombosi venosa profonda :
* Camminare
La regola fondamentale per mantenere le gambe in buona salute è quella di tenerle in movimento. Camminare tonifica i muscoli e favorisce il ritorno venoso al cuore.
* Attività fisica
Combattere la vita sedentaria ed evitare di stare a lungo in piedi, fermi sempre nella stessa posizione, o stare seduti a lungo con le gambe accavallate ; è per esempio opportuno sollevarsi sulla punta dei piedi per favorire il ritorno venoso.
* Igiene personale
Sicuramente da evitare, per i soggetti con patologia venosa pregressa o in atto, l'esposizione ravvicinata ad una fonte di calore come stufe o caminetti.
Sono assolutamente sconsigliate le cerette "a caldo" , si devono evitare i traumi, le ferite, le contusioni alle gambe.
* Conoscenza dei fattori di rischio familiari
Se in famiglia si sono verificati casi di TVP è molto importante eseguire gli esami specifici per individuare eventuali fattori di rischio genetici.

TVP ed embolia polmonare dopo un viaggio di lunga durata

La sindrome da classe economica

Una situazione particolare in cui si può scatenare una trombosi venosa profonda è quella che si verifica dopo un viaggio aereo : nell'ultimo decennio sono stati segnalati almeno 200 casi di TVP e di embolia polmonare avvenute in siffatta occasione.
Esperti medici affermano che stare seduti a lungo in uno spazio angusto e con le gambe "rattrappite", come avviene durante un lungo viaggio in aereo o treno o autobus, rallenta la circolazione del sangue nelle vene degli arti inferiori.
Questo era un problema già noto durante la seconda guerra mondiale quando era stato segnalato che l'immobilità dei soldati nei rifugi antiaerei era un fattore di rischio per lo sviluppo della TVP.
Il tipo di trombosi che insorge dopo un viaggio aereo, nota anche con il nome di "Economy Class Sindrome" sembra quindi colpire chi resta seduto per più ore e quindi soprattutto, ma non solo, chi viaggia su tratte di lunga durata.
Il termine " sindrome da classe economica" è però fuorviante perché sono documentati casi di TVP durante il volo di passeggeri sia in business class che in classe economica ; il termine di "trombosi del viaggiatore" sembra pertanto essere più appropriato.
La sintomatologia, che può manifestarsi già durante il viaggio, o può iniziare alcuni giorni dopo, non differisce da quella già descritta per tutte le forme di TVP ; occasionalmente anche per questa forma la diagnosi può venire posta addirittura a distanza di alcune settimane.
Molto importanti, nel determinismo della patologia, sembrano essere i fattori di rischio , presenti all'incirca nel 75-80% dei pazienti che sono andati incontro alla tromboembolia : è quindi fondamentale che medici e pazienti conoscano questi fattori di rischio ed attuino le misure di prevenzione:

Categorie di rischio	Fattori di rischio	Profilassi
	Nessuno	Avvertire i passeggeri di: - indossare abiti e scarpe comodi - compiere frequenti esercizi fisici degli arti inferiori - non accavallare a lungo le gambe - camminare con regolarità se possibile - bere molta acqua o altri liquidi - ridurre al minimo l'assunzione di alcool - evitare l'uso di sedativi
Basso rischio	Oltre 40 anni; obesità; infiammazione attiva; policitemia; chirurgia minore recente (da non più di 3 giorni).	Come sopra e in più considerare l'uso di collant di supporto o calze lunghe non elastiche.
Rischio moderato	Vene varicose; insufficienza cardiaca (non controllata); infarto del miocardio recente;ormono-terapia;gravidanza/post-parto;paralisi arti inferiori;trauma recente arti inferiori (da non meno di sei settimane;storia di tromboembolia.	Come sopra e in più considerare acido acetilsalicilico a basse dosi (se non controindicato)e calze a compressione graduata.
Alto rischio	Precedenti episodi trombotici; trombofilia nota;chirurgia maggiore recente(da non più di sei settimane);malattia cardiovascolare recente; neoplasia maligna.	Discutere la possibilità di evitare o rimandare il viaggio. Se non è possibile, intervenire come sopra e considerare l'opportunità di utilizzare eparina a basso peso molecolare.

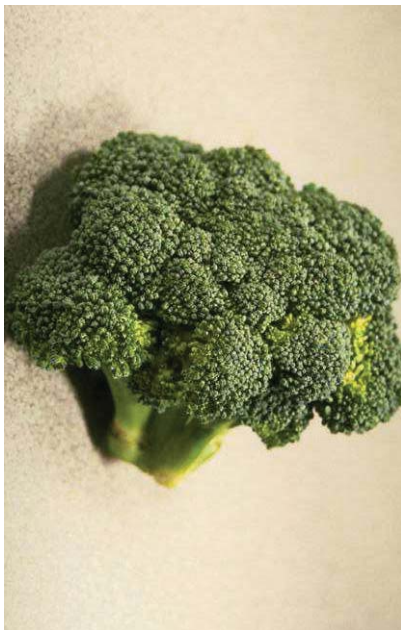
* eseguire alcuni semplici esercizi fisici degli arti inferiori
* camminare lungo la cabina ogni volta che sia possibile
* evitare di fumare
* mantenere un'adeguata idratazione bevendo una sufficiente quantità di liquidi
* indossare abiti e scarpe comodi
* non accavallare a lungo le gambe
* ridurre al minimo l'assunzione di alcool
* evitare il ricorso a sedativi.

Opuscoli contenenti informazioni e consigli sanitari, sono oggi distribuiti da tutte le principali compagnie aeree e sono anche consultabili nei siti Internet delle stesse. In seguito a tutta questa pubblicità e a scopo profilattico molti viaggiatori oggi assumono acido acetilsalicilico (con azione di antiaggregante piastrinico) prima e durante il viaggio : questo atteggiamento se da un lato può essere proficuo, dall'altro deve però considerare attentamente anche i rischi connessi agli affetti avversi, quali il sanguinamento gastrointestinale. In soggetti a basso rischio anche il solo uso delle calze elastiche a compressione sembra sufficiente a ridurre l'incidenza di TVP.

In conclusione: informazione, educazione e attuazione di alcune semplici norme di comportamento possono certamente contribuire a migliorare le nostre vacanze.

Dott.sa Emilia Cancellieri,
Specialista in Patologia Clinica
Dirigente medico dell' "Ambulatorio
per la Diagnosi e la Cura
delle Malattie della Coagulazione"
del Dipartimento di Patologia Clinica
dell'Azienda Ospedaliera
"Ospedale Maggiore di Crema"

La salute sotto il cavolo



Da numerosi studi, condotti in tutto il mondo, è stato confermato il ruolo protettivo di frutta e verdura nei confronti di numerose malattie, in particolare quelle cardiovascolari, intestinali e alcuni tipi di tumori.
Frutta e verdura contengono, infatti, alte concentrazioni di vitamine e fibra, che aiutano a regolare l'attività dell'intestino e a controllare l'assorbimento di zuccheri e grassi.
Oltre a questi nutrienti, nei vegetali sono presenti numerosi composti biologicamente attivi che aiutano l'organismo a difendersi dalle malattie. Fra queste ci sono alcune sostanze di cui i cavoli sono particolarmente ricchi.

Proteggono le cellule

Broccoli, cavolfiore, cavoletti di bruxelles, cavolo cappuccio, verza e cavolo rapa, fanno parte della famiglia delle crocifere cui appartengono anche le foglie di senape, le rape, il rafano e il crescione. Chi mangia molte verdure di questo tipo, ha meno rischi di sviluppare tumori nell'ultima parte dell'intestino e nel polmone. Quando le pareti cellulari di questi vegetali vengono spezzettate dal taglio o dalla masticazione, si formano gli indoli e gli istocianati, principi fitochimici che neutralizzano i carcinogeni e proteggono il DNA.

Un pieno di vitamine

Una razione da 250 g di qualsiasi varietà di cavolo, soddisfa abbondantemente il fabbisogno giornaliero di vitamina C che è di 60 mg. I più ricchi sono i cavoletti di bruxelles che forniscono 81 mg di vitamina C per 100 g.
La vitamina C è un potente antiossidante, agisce, cioè, contro le reazioni che avvengono nell'organismo per opera dell'ossigeno e che danno luogo alla formazione di specie chimiche instabili, responsabili dell'invecchiamento e di molte malattie. La vitamina C, oltre ad essere un antiossidante, protegge i vasi sanguigni, aiuta la rimarginazione delle ferite, stimola la produzione di anticorpi e ha un'azione anti-anemica, perché aumenta l'assorbimento del ferro, un minerale indispensabile al sangue per trasportare l'ossigeno ai tessuti e alle cellule.
I cavoletti di bruxelles, insieme al cavolfiore e al cavolo broccolo sono anche una buona fonte di vitamina A, acido folico e vitamina K.
La vitamina A è utile alla salute della pelle e interviene nei meccanismi di visione in condizioni di poca luce.
L'acido folico, è una vitamina del gruppo B, fondamentale per l'accrescimento e la riproduzione delle cellule del sangue.
Un deficit di acido folico, può essere molto pericoloso durante la gravidanza perché può provocare malformazioni al feto. Per questo durante la gravidanza si consiglia una quota raddoppia-

ta di acido folico (400 microgrammi).
La vitamina K facilita la formazione da parte del fegato dei fattori che intervengono nella coagulazione del sangue.
E' molto utile in caso di ferite perché aiuta ad evitare il rischio di emorragie ma può essere dannosa a chi ha problemi al cuore o per altri motivi assume farmaci anticoagulanti (che servono a mantenere il sangue fluido). In questo caso è bene consumare in piccole quantità e raramente, per evitare che i farmaci assunti siano meno efficaci.

Poche calorie

Il cavolo è poco energetico. Il suo valore calorico medio varia dalle 19 kcal per 100 g del cavolo cappuccio verde alle 37 kcal dei cavoletti di bruxelles. Ha pochi zuccheri, poche proteine e pochissimi grassi. Per queste qualità e per l'effetto saziante dovuto alla presenza di fibra, il cavolo è consigliato a chi ha problemi di peso o a chi segue una dieta dimagrante. La raccomandazione è di non condirlo con condimenti grassi o di usarne in piccole quantità. Un cucchiaino di succo di limone o aceto hanno, infatti, un potere calorico pressoché nullo mentre un cucchiaio di olio di qualsiasi tipo apporta 90 kcalorie.

Attenzione alla cottura

Per non impoverire il patrimonio nutritivo del cavolo, specialmente di vitamina C e acido folico che sono poco stabili al calore e si disperdono nell'acqua, è meglio sottoporre il cavolo a cotture brevi, utilizzando poca acqua.
Il cavolo cappuccio può anche essere preparato crudo, in insalata, in questo modo, mantiene ancora di più il suo contenuto di minerali e vitamine.

Moderazione se la tiroide funziona poco

Chi ha la tiroide che funziona poco (soffre di ipotiroidismo), dovrebbe evitare di mangiare troppo spesso i cavoli. Per tutti gli altri non ci sono rischi per la salute se si utilizza il sale iodato.
I cavoli contengono sostanze gozzigene che riducono la captazione dello iodio da parte della tiroide e quindi possono diminuirne l'attività, portando alla formazione del gozzo, soprattutto se si vive in una zona il cui suolo è povero di iodio.

Cristina Grande

Cavoli e Acido folico

Una razione di cavoli soddisfa il fabbisogno giornaliero di acido folico che è di 200 microgrammi secondo la seguente percentuale:

oltre il 100%

250 g di Broccoli
(330 microgrammi)

250 g di Cavoli di bruxelles
(337 microgrammi)

250 g di Cavolo broccolo
(225 microgrammi)

oltre il 70%

250 g di Cavolo cappuccio verde
(147 microgrammi)

oltre il 65%

250 g di Cavolfiore
(135 microgrammi)

il 40%

250 g di Cavolo cappuccio rosso
(80 microgrammi)

Errata corrige

Le nostre scuse

Gli auguri che la Sezione di Pavia, attraverso il suo Presidente prof. Luigi Riffaldi, aveva inviato per la pubblicazione, non sono apparsi fra tutti gli altri pubblicati nel numero di dicembre 2003. La causa sta in un malefico intervento del computer in uno dei tanti passaggi delle lavorazioni tecniche che portano alla pubblicazione della rivista. In Redazione avevamo visto questa bella lettera, sincera e profonda. Ne avevamo seguito la preparazione e l'impaginazione. Poi, improvvisamente e con grande rincrescimento, non l'abbiamo più trovata nel numero stampato e in distribuzione. Non sappiamo ancora bene perché; sappiamo che a volte basta un tasto premuto una volta di troppo o una volta in meno...

Nel rinnovare pubblicamente le nostre scuse al prof. Riffaldi, alla Sezione di Pavia e ai lettori tutti, cogliamo l'occasione per aggiungere che siamo stati davvero lieti di aver trovato nella Sezione di Pavia e nel prof. Riffaldi in particolare un ambiente e un presidente davvero "signori" nel senso pieno della parola. Hanno capito il nostro disagio e, con semplicità e naturalezza, accettato pienamente le nostre spiegazioni. Vogliamo augurarci che la pubblicazione differita di questa bellissima lettera, con auguri sinceri e validi tuttora, la renda più visibile al vasto pubblico dei nostri lettori. Quanto vi è contenuto è veramente dettato dalla migliore sensibilità e attenzione verso l'altro.

L.P.
L.C.

Gli auguri di Natale

Pavia

Ancora una volta il Natale, portatore di luce e speranza, offre l'occasione per un saluto e un abbraccio fraterno a tutti i volontari dell'Associazione che operano per la diffusione del grande messaggio della solidarietà. È un'occasione per far giungere a tutti, alla Presidenza Nazionale, a quella Regionale e a tutte le Sezioni Provinciali un saluto caloroso. Un abbraccio fraterno particolare a tutti i Presidenti dei gruppi lombardi impegnati a tenere sempre più viva la fiamma aidina. È un impegno quotidiano che ci accomuna in un lavoro che spontaneamente abbiamo accolto e che portiamo avanti spesso con grande fatica. Un augurio sincero giunga ai miei amici presidenti dei gruppi pavesi perché continuino il forte impegno affinché la nostra Associazione provinciale raggiunga risultati sempre più importanti e decisivi per la diffusione del nostro messaggio. Molto è stato fatto in quest'anno ma molta strada resta da percorrere perché alcune situazioni vanno rese più stabili e operative su tutto il territorio provinciale. Avviandoci tutti al rinnovo dei nostri organismi associativi nel 2004 dobbiamo far emergere nuove forze, soprattutto giovanili, che continuino a mantenere viva la fiaccola dell'amore e della disponibilità alla donazione degli organi. Tutto questo non lo faremo da soli ma insieme alle istituzioni che sono chiamate ad attuare sempre più e sempre meglio la legislazione vigente. Giunga il mio augurio più sentito agli ammalati in attesa di trapianto perché coronino la loro speranza al più presto e a tutti gli operatori sanitari e alle famiglie dei donatori; a tutti i nostri iscritti aidini (circa 12.000 nella nostra Provincia) che sempre hanno dato esempio e prova di solidarietà che continuino a sostenere il loro impegno associativo. Ai miei collaboratori più stretti un grazie sincero per quanto quotidianamente con grande sacrificio portano avanti per la funzionalità e l'operatività della nostra associazione pavese. Auguri sinceri e vivissimi a tutti.

Sezione provinciale Pavia
Il Presidente
Prof. Luigi Riffaldi

Tragedia nel Cagliaritano
Precipita aereo
con équipe di trapiantatori

"Morte tutte le persone a bordo: tre medici e tre membri dell'equipaggio. Il dolore del ministro Sirchia e del direttore del Centro nazionale trapianti Nanni Costa". Così le agenzie di stampa hanno dato l'informazione della tragedia che, alla fine del febbraio 2004, ha colpito il reparto di cardiochirurgia dell'ospedale Brotzu di Cagliari, dove doveva essere effettuato il trapianto. Nell'incidente aereo hanno perso la vita i tre membri dell'equipaggio del Cesna 500, di origine austriaca, e i medici del reparto dove doveva essere effettuato il trapianto: il responsabile della divisione, Alessandro Ricchi, il cardiochirurgo Antonio Carta e il tecnico perfusionista Gian Marco Pinna.

L'Aido nazionale e l'Aido regionale Lombardia hanno così voluto ricordare, con telegrammi e lettere inviate all'Ospedale Brotzu di Cagliari e all'Aido regionale Sardegna, la loro partecipazione al dolore per il luttuoso avvenimento.

"A nome mio e di tutto il Consiglio Nazionale della Associazione Italiana Donatori Organi formulo le più sentite condoglianze per il grave lutto che ha colpito la Sua Azienda e la Sanità Sarda tutta con la perdita della équipe tragicamente scomparsa nel corso di una attività di grande valore sociale e scientifico.

La presidente Aido
dottoressa Enza Palermo"

"... perché forte come la morte è l'amore...
con le parole del Salmo, tanto antico quanto attuale, profondamente addolorati rendiamo onore ai professionisti sanitari del Centro Cardiochirurgico dell'ospedale Brotzu di Cagliari che hanno speso le loro migliori energie al servizio dell' "altro" fino all'estremo sacrificio di sé; ricordiamo con riconoscenza i piloti dell'aereo e siamo vicini al paziente sig. Armando Z., perché non perda il coraggio della speranza.

Il Presidente Leonida Pozzi
e i Consiglieri dell'Aido
Regionale Lombardia".

Nuovo presidente all'Ismet

Camillo Ricordi è il nuovo presidente dell'Istituto Mediterraneo dei Trapianti (ISMETT) di Palermo. Considerato il massimo esperto nel trapianto di "insulae pancreatiche", ha lavorato con ricercatori di tutto il mondo e il cosiddetto metodo Ricordi è attualmente utilizzato nei principali centri medici e laboratori che si occupano di cura del diabete e trapianto di insulae. Dal 1996 è direttore del Diabetes researc institute di Miami, il più importante centro per la cura del diabete; è inoltre professore di chirurgia dei trapianti presso la stessa università. Nel 2002 ha vinto il Premio mondiale di chirurgia.

Ansa

Trapianti di fegato: nascono linee guida per i centri italiani

Linee guida comuni per i 15 centri autorizzati ad effettuare i trapianti di fegato in Italia. Le ha decise l'Associazione per lo studio del fegato (Aisf) in un incontro che si e' tenuto all'università La Sapienza di Roma. Fino ad ora i criteri per accedere al trapianto erano basati più su giudizi clinici di valutazione dei malati e il tempo che essi stavano in lista di attesa. Ora una commissione di gastroenterologi e chirurghi coordinata dai professori Mario Angelico e Bruno Gridelli, hanno stabilito criteri e parametri di gravita' della malattia, elementi che garantiscono ancora di piu' i malati in attesa di un nuovo organo. Questi criteri, ha spiegato Gridelli, saranno adottati da tutti i centri e saranno la base per una selezione trasparente e condivisa per le liste di attesa. Degli oltre 3200 trapianti di fegato eseguiti negli ultimi 4 anni, secondo il Centro nazionale trapianti, c'è ancora uno squilibrio tra le necessità e le disponibilità di organi, che impone scelte difficili alla comunità medica nel definire i criteri di inserimento in lista e di allocazione degli organi.

Fatti e cifre n. 45

Rigetto cronico del rene trapiantato: analizzato il profilo genico

La nefropatia cronica è un processo infiammatorio poco conosciuto che limita il tasso di sopravvivenza di molti reni trapiantati. Per fare luce sulla base molecolare della nefropatia cronica del trapianto, l'équipe guidata da Johannes Donauer dell'University Hospital Freiburg ha analizzato il profilo genico del rigetto cronico del rene trapiantato.
Attraverso la tecnica del cDNA microarray, che consente l'analisi contemporanea del livello di espressione di migliaia di geni diversi, sono stati confrontati i profili genici di 13 reni trapiantati con rigetto cronico con 16 reni normali e 12 reni policistici per distinguere i geni presenti nel tessuto renale normale e quelli specifici per insufficienza renale terminale. Eliminati i geni con un segnale prossimo al background, sono stati individuati 2190 geni utili per l'analisi statistica. Il clustering su 571 geni ha differenziato il tessuto normale da quello trapiantato, e il tessuto trapiantato da quello del rene policistico. La maggior parte di questi geni codificano per proteine che intervengono nel metabolismo cellulare, nell'attivazione trascrizionale, nei segnali cellulari, nell'adesione e nella risposta immunitaria.
In particolare, dal profilo dettagliato dell'espressione genica di rigetti di rene cronici sono state rilevate due distinte sottoclassi di rigetti di trapianto cronico.
L'eterogeneità genetica emersa dall'analisi non può essere spiegata da nessun dato clinico o istologico. Gli autori concludono che lo studio del profilo genetico con la tecnica del microarray potrebbe rilevare una molteplicità di elementi che partecipano alla nefropatia del trapianto che rispecchia l'origine multifattoriale del rigetto cronico.

Ansa

Potenziato il trapianto di cuore nel paziente anziano

Nonostante il trapianto cardiaco sia divenuto il trattamento di scelta per i pazienti eleggibili con insufficienza cardiaca congestizia, spesso riceventi anziani (al di sopra dei 60 anni) sono considerati soggetti esposti a rischio troppo alto per essere sottoposti a questo tipo d'intervento.
Considerando che l'età cronologica, spesso, si differenzia da quella fisiologica, l'équipe del Zena and Michael A. Weiner Cardiovascular Institute, presso il Mount Sinai Medical Center, ha ipotizzato che con una valutazione globale ed una attenta selezione è possibile raggiungere, con il trapianto di cuore in pazienti più anziani, gli stessi risultati in termini di sopravvivenza e di qualità di vita.
Tra gennaio 1989 e dicembre 2002, sono stati effettuati 240 trapianti di cuore de novo su 74 pazienti di sesso femminile e 176 di sesso maschile. Prima di essere inseriti nella lista d'attesa per trapianto i pazienti sono stati esaminati per escludere comorbilità

significative che potessero limitare la sopravvivenza o la capacità funzionale post-chirurgica. Sono stati condotti test particolarmente rigorosi per eliminare malattie extracardiache significative, soprattutto, su pazienti al di sopra dei 60 anni.
Nell'analisi i pazienti sono stati divisi in tre gruppi in funzione dell'età al momento del trapianto (da 18 a 45 anni; da 46 a 59; oltre i 60). I risultati hanno evidenziato che in pazienti più anziani si erano verificati tassi simili di rigetto cellulare moderatamente severo (grado ISHLT 3A/ B). Tramite il logrank test Mantel-Cox (P=NS), la sopravvivenza, come derivata dall'analisi di Kaplan Meyer, è risultata equivalente in tutti i gruppi. Per quanto riguarda i pazienti più anziani la sopravvivenza è stata rispettivamente dell'83,1; 73,7; 67,7; 57,4% e 43,1 a 1, 3, 5, 7 e 10 anni post-trapianto.
Secondo il parere degli autori, l'età al di sopra dei 60 anni non dovrebbe, quindi, escludere un paziente dai benefici a lungo termine del trapianto di cuore, che assicura, oltre ad una maggiore longevità, una migliore qualità di vita.

Fatti e Cifre n. 44

Dispositivo di assistenza ventricolare e trapianto di cuore pediattrico

Al Dipartimento di cardiologia pediatrica del Deutsches Herzzentrum di Berlino, l'équipe guidata da Stiller ha valutato l'impatto dell'uso di un dispositivo di assistenza ventricolare (VAD) a flusso pulsatile ed energia pneumatica sulla sopravvivenza a breve e lungo termine in pazienti pediatrici con shock cardiogeno non trattabile sottoposti, in un secondo tempo, a trapianto di cuore

(HTx).
Lo studio ha revisionato retrospettivamente il decorso clinico di 95 bambini (età media 8 anni, range 8 giorni-17 anni; peso medio 24 Kg, range 3-110 Kg) sottoposti a trapianto cardiaco che sono stati suddivisi in tre gruppi. Il gruppo A, eleggibile, di 33 bambini trattati come pazienti esterni prima del trapianto; il gruppo B di 44 bambini con condizioni cliniche critiche, ospedalizzati prima del trapianto ma senza dispositivo di assistenza ventricolare; il gruppo C, di 18 bambini rianimati che avevano usufruito di un VAD pneumatico a flusso pulsatile per un tempo medio di 20 giorni. Complessivamente la sopravvivenza attuariale dopo il trapianto è stata dell'86% ad un mese e del 78% a cinque anni, senza significative differenze tra i tre gruppi. Il gruppo A ha avuto il migliore tasso di sopravvivenza a lungo termine (88% ad un mese e ad un anno; 80% a cinque anni) rispetto al gruppo B (88% ad un mese, 82% ad un anno, e 79% a cinque anni) e al gruppo C (72% ad un mese, ad un anno e a cinque anni). Non sono state rilevate differenze nell'esito neurologico, rigetto cardiaco acuto o insufficienza del trapianto. Il tasso di sopravvivenza è stato significativamente migliore nei bambini con cardiomiopatia in confronto a quelli affetti da difetti cardiaci congeniti.
Gli autori dello studio concludono che il ponte al trapianto di cuore con VAD a flusso pulsatile ed energia pneumatica possa essere considerato una procedura sicura nei pazienti pediatrici. Dopo il trapianto, la sopravvivenza complessiva dei bambini è simile a quella dei pazienti per cui hanno fatto da ponte al trapianto gli inotropi o a quella del gruppo di pazienti eleggibile al trapianto.

Vispas

Cautela sugli xenotrapianti: lo chiede l'Oms

Gli xenotrapianti (i trapianti di organi animali sull'uomo), potrebbero favorire malattie del mondo animale sull'uomo, come è accaduto per la Sars. L'allarme è partito dall'Organizzazione mondiale della Sanità.
Il Consiglio esecutivo riunito in questi giorni a Ginevra lancerà un appello ai 192 Paesi membri delle Nazioni Unite per una rapida regolamentazione della materia. Un rapporto elaborato da esperti teme che le malattie del mondo animale facciano "il salto di specie".
Secondo l'Oms, gli xenotrapianti potrebbero essere realizzati a breve in alcuni Paesi. Il rischio non è solo di tipo etico ma , come ha osservato Alex Capron, direttore Oms per le questioni di etica, commercio, diritti umani e legislativi, "la principale preoccupazione riguarda la sicurezza". Il pericolo è che, insieme all'organo trapiantato possano essere casualmente trasferiti nell'uomo virus animali, contenuti in organi o tessuti. Il rischio, in termini di immunoreazione e trasferimento di patogeni animali, riguarda non solo coloro che ricevono l'organo, ma potenzialmente anche l'intera popolazione, come si è visto per la Sars.

Fatti e cifre n. 46

Evoluzione del trapianto di fegato in Europa

L'European Liver Transplant Registry (ELTR) permette l'analisi dei dati di circa 44.826 trapianti di fegato (LTs) effettuati su 39.196 pazienti nell'arco di tredici anni. L'alternativa al trapianto da cadavere, resa necessaria da una carenza del numero di organi disponibili rispetto al numero di pazienti in attesa, ha favorito la diffusione in Europa di LT con tecnica split, LT domino e trapianto da donatore consanguineo vivente (LRLT) che, ad oggi, rappresentano l'11% di tutti gli interventi. Uno dei risultati più importanti dell'evoluzione del trapianto di fegato è il considerevole miglioramento dell'esito nel tempo con una sopravvivenza ad un anno pari all'83% per tutte le indicazioni. Tale miglioramento appare particolarmente significativo nei casi di tumore: ne è una dimostrazione il carcinoma epatocellulare, con un aumento del tasso di sopravvivenza a 5 anni del 17% nel periodo tra il 1990 ed il 2000. Più di due terzi dei decessi e di tre quarti dei ritrapianti sono incorsi nel primo anno dopo il trapianto. Gli esiti del primo LT sono risultati migliori rispetto al ritrapianto. Negli ultimi anni si riscontra una marcata diffusione del LRLT che è effettuato in quasi la metà di tutti i centri trapianto europei. Così come la tecnica split e il trapianto domino, LRLT permette un'ampliamento del pool dei donatori: in tal senso un'attenzione particolare è stata dedicata alla riduzione del rischio per il donatore, la cui stima odierna è pari allo 0,5% per la mortalità e al 21% per la morbilità post-operatoria.

Fatti e cifre n. 48

Epatoblastoma e trapianto di fegato

L'epatoblastoma è il tumore maligno più frequente in età pediatrica e la sua resezione chirurgica rappresenta, al momento, il gold standard per il trattamento. Per i tumori non operabili la chemioterapia può indurre una notevole riduzione nelle dimensioni; nei casi in cui il paziente non risponde alla chemioterapia il trapianto di fegato offre una possibilità di cura. Dal 1990 al 2003, presso l'Università di Padova, sono stati effettuati 400 trapianti di fegato di cui 31 pediatrici. Per sette pazienti (quattro maschi e tre femmine) l'indicazione al trapianto era epatoblastoma con interessamento di entrambi i lobi. Tutti erano stati sottoposti a chemioterapia e prima dell'operazione non presentavano coinvolgimento extraepatico, L'età media dei pazienti era pari a 8,2 anni (range 6,4 mesi a 34 anni). Il follow up medio dopo trapianto di 41,4 mesi (media 36, range: 3-108 mesi). Il tasso di sopravvivenza attuariale del paziente dopo il trapianto per epatoblastoma è stato dell'83,3% ad uno e tre anni e del 56% a 5 anni. Cinque dei sette pazienti affetti da epatoblastoma erano in vita a 3, 12, 36, 65 e 108 mesi, al contrario due sono deceduti a causa di una ricaduta rispettivamente dopo 6 e 60 mesi dall'intervento. Un altro paziente trattato prima chirurgicamente, ha mostrato una ricorrenza del tumore a 40 mesi dall'intervento. I rimanenti quattro pazienti sono ancora in vita dopo un follow up di 28 mesi. I risultati mostrano come il trapianto di fegato possa rappresentare un'opzione terapeutica valida per pazienti con epatoblastoma non rimovibile chirurgicamente, e suggeriscono l'utilizzo della chemioterapia per ottenere un buon esito a lungo termine.

Lettere

Chi tutela i donatori? Una storia grottesca

Pubblichiamo, senza commenti (perchè si commenta da sé), una lettera ricevuta nei giorni scorsi su un gesto di solidarietà e civismo, incappato nelle "regole della normativa".

Ch.mo Presidente,
chiedo scusa per il tempo che perderà nel leggere questa lettera e la ringrazio per l'attenzione che ad essa vorrà dedicare.
Nel settembre 2001, in seguito ad accertamenti clinici, a mio fratello fu riscontrato un quadro di " cirrosi epatica con presenza di due piccole formazioni tumorali al fegato". Lo portai all' ISMETT di Palermo; fu visitato dal prof. I.Marino che gli consigliò il trapianto di fegato. Fu l'inizio di un calvario durato poco più di un anno; un anno di attesa e di speranza per un trapianto che avrebbe dovuto porre fine alle sue sofferenze, ma che non arrivava mai! Nel mese di novembre 2002 le condizioni di mio fratello si aggravarono e così i familiari decisero di portarlo a Modena, dove il prof. D. Pinna propose, come ultima ed unica possibilità di salvezza, il trapianto di fegato con un donatore vivente. Il figlio Fabio, di anni 23, si offrì immediatamente e spontaneamente come donatore. Così, espletate tutte le formalità di rito, il 4 dicembre fu eseguito il trapianto. L'intervento riuscì tecnicamente bene, quand'ecco sopravvenire una setticemia da Pseudomonas che portò mio fratello, poco prima di Natale, inesorabilmente alla morte. Fu così vanificato un anno di sacrifici, di speranze, il mirabile impegno di tutti i sanitari che lo hanno avuto in cura e non ultimo il grande sacrificio del figlio. Una grave disgrazia per la famiglia, a cui si è aggiunta anche la beffa! Mio nipote,

ripresosi quasi subito dall'intervento, poté riprendere normalmente il suo lavoro di carabiniere ausiliario in ferma biennale a Catania. Nel novembre 2003 è andato a Roma per fare il concorso del passaggio in ruolo, ma ecco la sorpresa: è stato dichiarato non idoneo per la permanenza in servizio in qualità di carabiniere effettivo perché affetto da "esiti di epatectomia sx con colecistectomia "!
Sono amareggiato dal fatto che all'atto della "visita medica" sia stata omessa la motivazione della presunta condizione invalidante e cioè... a scopo di trapianto! Non è stato quindi considerato il fatto che l'intervento chirurgico è avvenuto in condizioni di completa integrità fisica del donatore! (non poteva essere diversamente, altrimenti sarebbe stato inidoneo alla donazione!). Non è stato preso in considerazione il fatto che la colecistectomia non è stato altro che un atto chirurgico propedeutico e quindi indispensabile per poter poi procedere al prelievo dell'emifegato sx da trapiantare.
La commissione medica limitandosi ad applicare in maniera rigorosa la normativa, non ha considerato questo nobile atto come un fatto straordinario e quindi non previsto dalle norme in possesso; avrebbe dovuto sentire quindi il dovere morale di informare del caso "chi di dovere" per aver lumi in proposito!
Come uomo di scienza rimango sconcertato dal fatto che nel 2003 la mancanza della colecisti possa essere considerata una "condizione invalidante" tale da rendere un giovane non idoneo allo svolgimento del servizio di carabiniere!
L'asportazione di una parte di fegato porta alla così detta "restitutio ad integrum" dell'organo; nel giro di pochi mesi il fegato rimanente ricresce fino al volume originale senza con ciò aver subìto alcun danno permanente. La colecisti non è considerata dalla letteratura scientifica mondiale un organo ma un'appendice del fegato; la sua presenza o meno non pregiudica in alcun modo la funzionalità del fegato, quindi dell'apparato digerente e non ultimo dell'intero organismo.
Credo che i nostri parlamentari debbano fare un attento esame di coscienza!
Da un lato invitano a donare, mentre dall'altro hanno abdicato a quello che è un loro preciso compito istituzionale e cioè di legiferare in materia di donazione di organi da viventi e non lasciare che nel 2003 l'accertamento dell' idoneità fisica sia ancora disciplinata da regi decreti o da determinazioni del comandante dell'Arma!
I nostri politici hanno permesso, forse inconsapevolmente ma certamente responsabilmente, che si venisse a creare un grave vuoto legislativo abbandonando inesorabilmente al loro destino questi piccoli eroi.
Se mio fratello fosse stato preventivamente informato delle conseguenze invalidanti del figlio, avrebbe certamente rinunciato al trapianto!
Non bisogna dimenticare mai che i donatori sono persone che, nel pieno delle loro facoltà psicofisiche, decidono liberamente e spontaneamente di sacrificare la propria integrità fisica e non ultimo la loro vita per dare ad altri, con il loro grande e straordinario atto d'amore, una speranza di vita!
Essi rappresentano il nostro orgoglio e la nostra coscienza!
Credo sia arrivato il momento di rendere giustizia a questo esercito misconosciuto di "PICCOLI GRANDI EROI" ; un piccolo esercito di volontari che ,giorno dopo giorno, combatte nell'ombra ed in silenzio la propria battaglia, senza per questo pretendere medaglie od onorificenze!
Occorre pertanto che ognuno di noi (ciascuno per le proprie competenze) si prodighi per fare in modo che possa essere varata urgentemente una legge che li tuteli adeguatamente e degnamente: una legge che consideri i donatori viventi di organi delle persone normali e non degli invalidi!
Si sta forse chiedendo troppo?
Cordiali saluti

Lettera firmata
Modica 18.01.04

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.

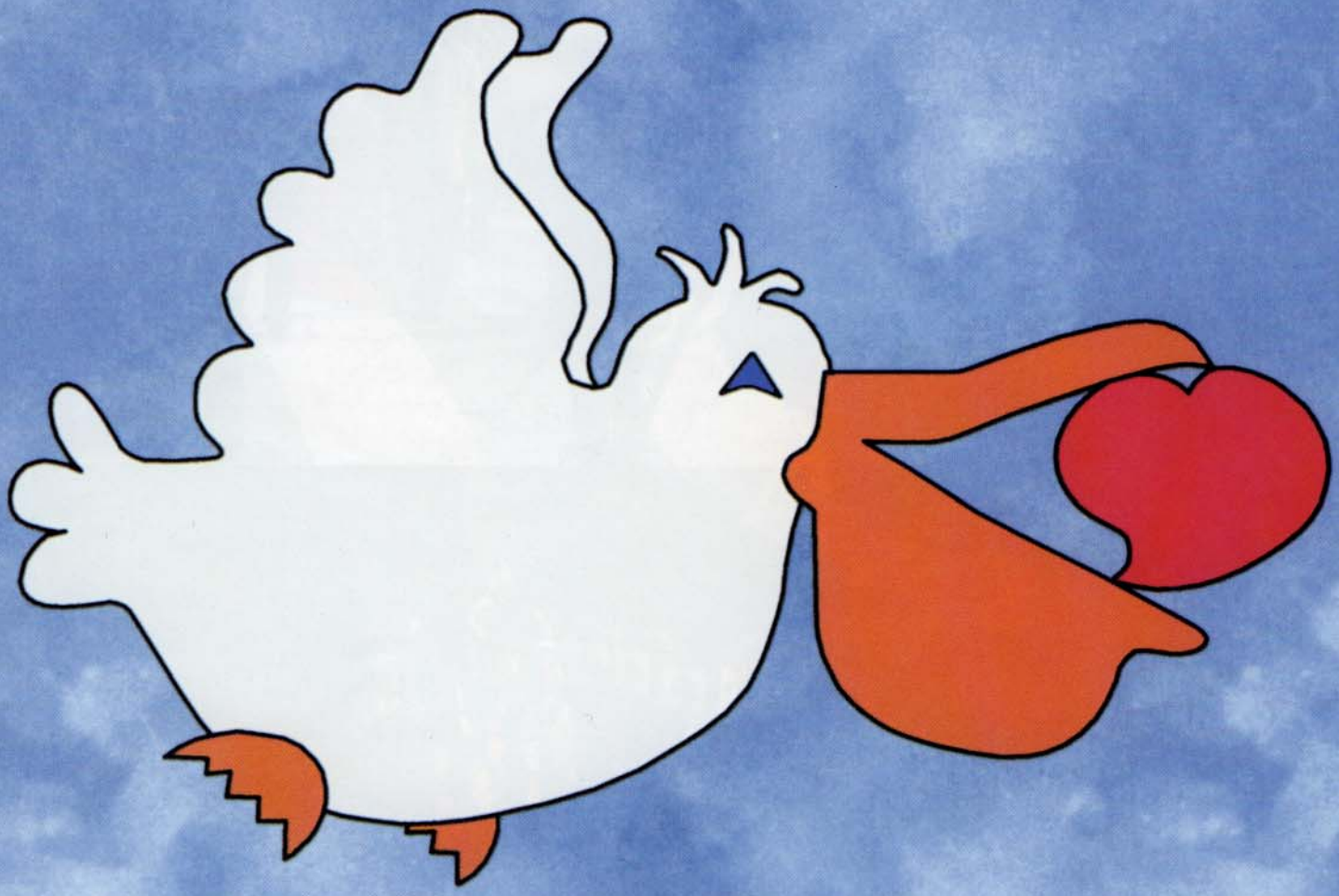
Gli Omoinnesticardiaci vengono eseguiti presso gli Ospedali di: Bergamo, Milano, Pavia, San Donato Milanese (MI), Varese.

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