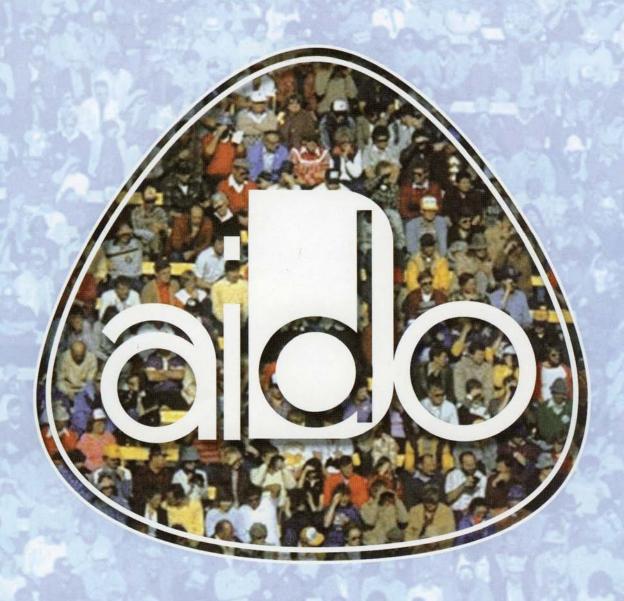


Tante persone come te ...



che pensano agli altri

Associazione Italiana per la Donazione di Organi e Tessnii

Progetto grafico e Stampa: Industrie Grafiche Pacini -

UN CORSO IN OSPEDALE STUDENTI IN RIANIMAZIONE ALLA RICERCA DELLA VITA

🛪 i si chiede spesso come si possa far riflettere i giovani sui pericoli che corrono quando guidano in condizioni di ebbrezza alcolica, oppure quando sono sotto gli effetti delle droghe. Una risposta efficace e molto concreta è stata data dagli Ospedali Riuniti di Bergamo dove, in collaborazione con l'Aido e con altre realtà istituzionali (dirigenti e medici dell'ospedale stesso, operatori del pronto intervento e della polizia stradale, ecc.) è stato organizzato un corso dal titolo significativo: "Una lezione di... vita". Di questa iniziativa, di assoluta avanguardia in Italia, tratta con un lungo e delicato articolo la nostra giornalista Laura Sposito, presente al corso proprio per testimoniare, attraverso "Prevenzione Oggi" i valori di questa proposta formativa. Un corso durante il quale i giovani hanno sentito parlare dei rischi di perdere la vita per una leggerezza e contemporaneamente dell'impegno di tante persone per soccorrere e curare fino ai limiti dell'umanamente possibile. Ma là dove la vita non può più essere salvata si apre una nuova prospettiva di solidarietà verso il prossimo che è quella della donazione degli organi. Anche in questo l'ospedale di Bergamo con le sue strutture è uno dei punti di riferimento di livello internazionale: ha sviluppato una eccellente capacità di cura e di recupero delle persone coinvolte nei sempre troppo frequenti e drammatici incidenti stradali che funestano in particolare i sabato notte della nostra regione. Ma lo stesso ospedale è anche un centro di eccellenza per i trapianti. Quindi là dove si spegne l'ultima esile speranza di vita si accende quella della solidarietà e della possibilità di non disperdere un dono che trasmesso a una persona in lista d'attesa chiude il tormentato periodo della sofferenza e della lotta contro la morte.

Nel corso delle diverse fasi della lezione ho visto passare negli occhi delle ragazze e dei ragazzi presenti un turbinio di emozioni. Ho visto l'interesse durante le relazioni iniziali e lo spavento di fronte alle persone ricoverate nei letti della Rianimazione. Non c'è nulla di più traumatico ma nel contempo di più formativo di uno shoc di questo genere. Mi ha però particolarmente colpito e confortato lo slancio dei giovani di fronte alla prospettiva della donazione quando ogni altra speranza è perduta. Ancora una volta ho potuto constatare che c'è una straordinaria disponibilità, nelle ragazze e nei ragazzi, alla solidarietà e alla generosità. Sono convinto che questo corso li ha aiutati a capire quanto sia drammaticamente e concretamente importante mantenere atteggiamenti prudenti quando sono alla guida è quando escono dai locali dove amano incontrarsi; ma li ha anche avvicinati alla scelta e alla cultura della donazione perché hanno potuto constatare di persona quanto impegno c'è in tutte le strutture, ospedaliere e non, prima di arrivare alla richiesta di prelievo. Questo dà la certezza che la donazione degli organi è il "dopo" una grande battaglia che si è persa ma che permette di aprirne un'altra che può essere sicuramente vinta. C'è tanta gente sofferente in lista d'attesa. Da qualche giorno c'è un gruppo di giovani che ne è ancora più consapevole e che è diventato testimone della nostra proposta di solidarietà.







Giuseppe Pellegrini - Mantova

"Il tardo pomeriggio arricchisce di cromatismi, ombre e luci radenti, il frutto squisito. La luce diventa dorata e le foglie rischiarano i rossi acini saturi di nettare. La "luce pittorica", rara e bellissima, si lascia cogliere per un attimo, e scorre poi via veloce verso la sera".































PAGINA I

EDITORIALE

UN CORSO IN OSPEDALE STUDENTI IN RIANIMAZIONE ALLA RICERCA DELLA VITA

PAGINA 3

«Una lezione... di vita» QUANDO LA SCUOLA ENTRA IN OSPEDALE

PAGINA I I

OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO AL VIA IL PROGETTO DI PRELEVARE CELLULE STAMINALI DA CORDONE OMBELICALE

PAGINA 13

CRONACA

I UNA SPERANZA ANNUNCIATA

PAGINA 23

IL PANE DEI POVERI

PAGINA 26

SISTEMA INFORMATIVO TRAPIANTI

PAGINA 27

AIDONEWS

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.



Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale AIDO Lombardia ONLUS

Anno XIV n. 131 - ottobre 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 tecnica

Redazione esterna

Laura Sposito

(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

2009 I Bresso (MI) Viale Matteotti II

SOTTOSCRIZIONI

Socio Aido Simpatizzante 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.

CPZ - Costa Mezzate (Bergamo) Finito di stampare prima decade novembre 2004

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



Quando la scuola entra in ospedale il risultato è «Una lezione... di vita»











Una piccola aula gremita di studenti delle superiori dove per circa tre ore di fila il livello di attenzione si mantiene altissimo. Quale professore non sarebbe disposto a fare "carte false"per avere una classe così? A Bergamo, almeno per un giorno, il piccolo miracolo che ogni insegnante vorrebbe si è avverato e ha visto protagonisti giovedì 7 ottobre i ragazzi del Liceo Federici di Trescore, invitati ad assistere a una lezione

davvero particolare. Particolare per l'ambientazione, il reparto di terapia intensiva degli Ospedali Riuniti, per il tema trattato - una riflessione sul valore della vita e sulla cultura sociale della donazione - e soprattutto per il modo in cui si è scelto di parlarne. Per la prima volta nella storia della sanità locale, i giovani sono stati accompagnati in uno straordinario percorso educativo, formativo e didattico direttamente "sul campo".

Dove infatti meglio del reparto di rianimazione di un Ospedale si può far loro scoprire l'importanza del preservare la propria esistenza da inutili pericoli e al contempo educarli al dono generoso dei propri organi, quando necessario? E chi può convincerli di questo, più delle figure coinvolte nella macchina organizzativa che presiede a un intervento di soccorso sul luogo di un incidente stradale, alle cure intensive per salvare una vita, a un









intervento di trapianto? L'iniziativa "una lezione ... di vita" è scaturita proprio da questa intuizione e il Dr. Stefano Rossattini, Direttore Generale dei Riuniti, non ha mancato di sottolinearne l'importanza in apertura della giornata, evidenziando il valore dell'Ospedale come luogo non solo di cura ma anche di sensibilizzazione alla donazione, da e verso l'esterno. Pensata dal Coordinamento dell'Area provinciale Prelievo e Trapianto d'Organi Dipartimento di Anestesia e degli Rianimazione Ospedali Riuniti, questa singolare "lezione" extra-scolastica ha visto la sinergi-

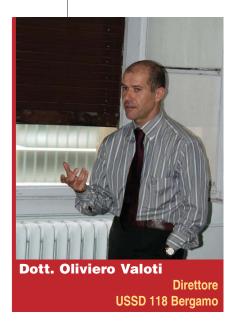
ca mobilitazione di medici rianimatori dell'Azienda Ospedaliera, responsabili della Asl, della Polizia stradale, della Centrale Operativa del 118, dell'AIDO Lombardia. In cattedra si sono così alternati, insoliti maestri, il Prof. .Roberto Fumagalli, Direttore Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dei Riuniti, il Dr. Claudio Sileo, Direttore Sanitario ASI di Bergamo, il Dr. Oliviero Valoti, Direttore dell'USSD 118, il Dr. Gianmariano Marchesi Mariangelo Cossolini, rispettivamente responsabile T.I. e coordinatore dell'Area prelievo e trapianti dei Riuniti e per finire il nostro

Cav. Leonida Pozzi. "Quello che vogliamo trasmettere oggi è sicuramente un messaggio di vita esordisce il Prof. Roberto Fumagalli - che deriva dalla nostra esperienza quotidiana in rianimazione. Qui arrivano spesso pazienti giovani che, a seguito per lo più di incidenti stradali, presentano una grave compromissione delle funzioni vitali a cui dobbiamo immediatamente porre rimedio. Raramente ci si interroga sulla dinamica che ha provocato il sinistro; le volte in cui abbiamo provato a farlo ci siamo accorti che la risposta stava in un gesto di sbadataggine, magari aggravato dall'abuso di alcolici o sostanze stupefacenti". Come fare per prevenire queste drammatiche situazioni di vite appese a un filo? "Come rianimatori abbiamo pensato che il modo più immediato era quello di far venire in reparto le scuole sulla scorta di analoghe esperienze canadesi e provare a spiegare ai giovani il nostro lavoro, dando informazioni su tutti quei comportamenti scorretti che conducono a morte sicura. Non siamo come i medici di E.R. né aspiriamo alla loro popolarità. Piuttosto abbiamo a cuore la sopravvivenza delle persone e ci teniamo a dire che la rianimazione è anche il luogo dove gli organi funzionanti di persone decedute possono servire a salvare altre vite in pericolo. Allora ci è sembrato che illustrare le straordinarie potenzialità del trapianto fosse un altro messaggio da richiamare". Il percorso, che si snoda secondo quattro direttrici - prevenzione, cura, morte, donazione - prende avvio con l'intervento del Dr. Claudio Sileo, che sgombera subito il campo da ogni dubbio: "L'azione preventiva sugli incidenti stradali e sull'abuso di alcolici e stupefacenti, di cui mi occupo come responsabile ASL, è assolutamente in sintonia con la cultura della donazione, avendo in comune con essa l'obiettivo di evitare la morte delle persone". Segue un filmato di pochi minuti che permette all'uditorio di inquadrare rapidamente la situazione, tutt'altro che rassicurante: in Italia la prima causa di morte fra i giovani (dai 18 ai 26 anni) sono gli incidenti stradali, dei quali il 46% è attribuibile all'abuso di alcol. Al di là delle cause meccaniche dovute all'inosservanza del codice stradale, a cui si aggiungono l'inesperienza e l'associazione di droghe, "all'origine del fenomeno sta - dice il Dr. Sileo, - la scarsa consapevolezza del rischio, che il limite legale fissa oltre i 50 mg di alcol ogni 100 ml di sangue". Ma proprio questo è il passaggio controverso. "Dal punto di vista normativo sarebbe molto più utile adeguarci al modello di alcuni paesi europei dove il limite è 0 e dove se si è bevuto è consuetudine o far guidare un altro al proprio posto o prendere un taxi. Il parametro di 50 mg a livello individuale è infatti ingannevole sia perché non è misurabile senza etilometro alla mano sia perché il grado di alcolemia è influenzato da fattori variabili da persona a persona (sesso, peso, età, alimentazione) e già a 49 mg un giovane potrebbe guidare con difficoltà". Il consiglio? Educare i ragazzi a comprare in farmacia un piccolo test per l'autovalutazione del tasso di "perché - conclude alcolemia, Sileo -. "guidare senza aver bevuto non deve essere una condizione soggettiva, ma il frutto di un costante lavoro sulla propria persona". La parola passa al Comandante Ferdinando Briganti, da 14 anni impegnato sul fronte giovanile delle stragi del sabato sera, 6 dei quali spesi nella provincia bergamasca. Da lui ci si aspetterebbe, sulla base del programma previsto, un lungo elenco di dati e statistiche a commento dell'abuso di alcol e droghe da parte dei giovani. Niente di tutto ciò; abolita la fredda aridità dei numeri, il contri-













buto del Comandante di Polizia è prima di tutto "informazione, riflessione e richiesta di aiuto" perché: "il miglior mezzo - dice - per portare ai vostri coetanei il nostro messaggio di salvaguardia della persona siete proprio voi". Il linguaggio cambia registro e a sorpresa, come non ci si attenderebbe da un uomo dell'Ordine, si fa più affettivo, con parole che sembrano piuttosto quelle di un padre che ben conosce le debolezze dei suoi figli. "Guidare senza aver bevuto è un problema di maturità che i giovani italiani, rispetto ai loro coetanei europei, devono ancora raggiungere. Lo dico perché ho continui riscontri del fatto che non solo il comportamento dei nostri ragazzi sta diventando analogo a quello di alcune popolazioni dove la vita non vale nulla, ma che sono sempre più frequenti i casi in cui essi esibiscono atteggiamenti onnipotenti, quasi a ritenersi immortali e quindi non soggetti ad alcun pericolo. Evitare di guidare in uno stato psico-fisico alterato, prima che un obbligo di legge, deve diventare un problema di autocoscienza, fondata sulla salvaguardia della propria integrità e sulla autostima. Quando questa consapevolezza individuale è presente, allora è inevitabile il suo positivo riverbero sull'intera collettività. Ad esempio, nella provincia di Bergamo in 5 anni abbiamo raggiunto il significativo traguardo di una diminuzione della sinistrosità dell'80%, eppure non basta perché altrove c'è ancora tanto lavoro da svolgere. I presupposti per un reale cambiamento sono però nelle vostre mani, perché senza il vostro aiuto noi non possiamo fare nulla!". Si tratta di un forte richiamo alla responsabilità, che - a giudicare dall'espressione seria del nostro vicino di sedia viene attentamente preso in considerazione dai ragazzi, la cui tensione emotiva non a caso si è fatta via via più palpabile. Per fortuna arriva

la pausa-caffè e si può riprendere il percorso con maggiore baldanza. Ad attenderci in aula è il Dr. Oliviero Valoti del Comando del 118, con cui ci si addentra nella conoscenza del servizio. "Prima del Drp del 27 marzo del '92, si parlava di Croce Rossa e la modalità di soccorso era definita dallo slogan "Carica e via". Oggi si parla di SSUEM, Servizio Sanitario di Urgenza Emergenza 118 e si è passati al concetto di "stai e fai". Il che significa che una piccola parte dell'Ospedale interviene direttamente sul territorio e nei casi di emergenza stabilizza in loco le funzioni vitali compromesse, per trasferire successivamente il paziente nella struttura più idonea e disponibile ad accoglierlo. Fondamentale il ruolo della centrale operativa, ubicata all'interno degli ospedali principali e gestita da medici e infermieri con uno specifico iter formativo, che ha il delicato compito di ricevere le richieste di soccorso e di coordinarne le risposte. Dal momento che l'obiettivo del servizio è quello di ridurre la mortalità preospedaliera e gli esiti invalidanti, altrettanto importante se non decisiva è la collaborazione dei cittadini che attivano la chiamata. Specialmente in casi di incidenti stradali, possono fornire alla centrale informazioni preziose per permetterle di capire il livello di gravità del problema, se l'intervento tempestivo può modificare in senso positivo la prognosi, se servono competenze specialistiche, quali e quante risorse siano disponibili. "Per questo motivo dovete sempre ricordarvi - conclude il Dr. Valoti rivolgendosi ai ragazzi in aula- di rispondere a tutte le domande che vi verranno poste, indicando con precisione dove è avvenuto l'incidente(via, paese, numero civico, con un riferimento di massima, cioè vicino a...), nome e numero di telefono del chiamante che deve essere sempre testimone

diretto dell'accaduto, il numero delle persone coinvolte (essenziale per il quantitativo dei mezzi di soccorso da attivare) e la dinamica". Calma, informazione e collaborazione sono dunque i tre elementi indispensabili per attivare un soccorso qualificato. Ma dopo questa fase, di rigore servono le cure e nei casi di particolare gravità quelle intensive. Il compito di spiegarne l'importanza spetta Dr.Gianmariano Marchesi. "Intensive sta per concentrate e vuol dire che in questo reparto viene massimizzato lo sforzo per sostenere le funzioni vitali nella fase più critica e per garantire la sopravvivenza". Come? A seconda della tipologia del paziente (classificabile come medico, chirurgico, traumatizzato) si interviene sostituendo le funzioni deficitarie con la ventilazione meccanica (maschera, casco, tubo tracheale, tracheotomia), il supporto cardio-circolatorio (CPR, defibrillatore, PM, assistenza ventricolare), la depurazione extracorporea (nel caso di malattia polmonare, renale o epatica), il monitoraggio intenso (T°, PA, ECG, EECG), le terapie farmacologiche. "Nell'insieme - dice il Dr. Marchesi - con l'ausilio di apparecchiature sofisticatissime, riusciamo a monitorare una trenti-



na di parametri contemporaneamente, cosa che ci permette di ridurre il più possibile i danni che le persone possono riportare, perché per noi non conta la sopravvivenza a qualunque costo ma la sopravvivenza in buone condizioni. Tutto ciò ha però un costo salato per l'Ospedale che per ogni paziente ricoverato deve sostenere una spesa giornaliera di 3 milioni di vecchie lire, cure escluse. Sicuramente non possiamo salvare tutti, a dispetto dei mass-media che reclamizzano una scienza medica

onnipotente. Tuttavia dobbiamo fare il meglio e quando siamo sicuri di averlo fatto ma l'esito è stato comunque fatale per il paziente, dobbiamo trovare il coraggio di andare un po' più in là, chiedendoci se i suoi organi non possano servire a salvare altre vite". Al relatore successivo è affidato così - per passaggio di testimone - il compito più arduo, quello di introdurre i ragazzi al concetto di morte e chiarire ogni eventuale dubbio rispetto alla attività di prelievo. Ma è un compito che il Dr. Mariangelo Cossolini, nella sua mansione di coordinatore dell'area prelievi-trapianti, sa svolgere con grande professionalità e competenza, dovendo interfacciarsi quotidianamente con interlocutori tanto dissimili fra loro. "Come ha sottolineato anche il comandante Briganti, spesso pensiamo che la morte non ci riguardi mentre in realtà è una delle poche certezze della vita", dice senza tante remore. "Per spiegarvi quale sia l'iter generativo di un donatore occorre partire dalla definizione che la legge dà di essa (art. 1 L. 578/93) ovvero la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo". Ma come può





morire il cervello? "O in conseguenza di un precedente arresto cardiaco - prosegue Cossolini - o per un innalzamento della pressione del sangue nella scatola cranica. Nel caso in cui il paziente sia trapassato in ospedale, a seconda dell'una o dell'altra ipotesi, la normativa dispone che l'accertamento di morte debba seguire una trafila differente: qualora si presenti la prima situazione obbliga alla registrazione per venti minuti di un ECG con esito piatto, qualora invece si verifichi la seconda impone procedure precise che devono essere approntate da un collegio di tre medici. Tale collegio, dopo aver effettuato la consueta diagnosi clinica, deve confermarla con tutta una serie di esami strumentali (assenza o no di respiro, ECG registrato con massima ampiezza possibile, arteriografia, angioscintigrafia, ecc.) solo al termine dei quali può arrivare a stilare il certificato di morte. A questo punto se non c'è il dissenso della famiglia o quello del donatore, espresso alla ASL quando era in vita, il cadavere viene mandato in sala operatoria per il prelievo. Diversamente va nella sala mortuaria". Se l'impressione è quella che l'uditorio si sia leggermente raggelato di fronte alle perentorie ma inoppugnabili spiegazioni di un processo tanto rigoroso e complesso, ci pensa il Cav. Pozzi a riscaldarlo. "Poco fa chi mi ha preceduto vi ha parlato di morte, l'AIDO nata nel '71 a Bergamo come DOB e poi estesasi a tutto il territorio nazionale con l'attuale nome - vi parla invece di vita, di una cultura di speranza, affidata a un semplice gesto di generosità e di solidarietà verso il prossimo. La lezione di oggi credo vi abbia permesso di imparare che per guarire patologie incurabili il trapianto è una straordinaria opportunità, che tuttavia richiede la disponibilità di organi. E dal momento che la scuola è uno dei luoghi privilegiati in cui la nostra Associazione diffonde la cultura della donazione, ringrazio l'Ospedale per aver fornito a voi questa ulteriore occasione di dialogo e voi la possibilità di visitare, come farete tra poco, il reparto di

rianimazione. Ritengo infatti che concludere lì questo percorso formativo sia il modo più concreto per riassumere il lavoro svolto questa mattina". Le previsioni del Cav. Pozzi sono azzeccate, anche troppo. L'impatto con la sala rianimazione è molto forte: entriamo in un lungo corridoio dove spesse pareti di vetro ci separano dai pazienti, ma non bastano a filtrare la straziante emozione di trovarsi faccia a faccia con tante vite duramente provate dalla sofferenza. Stranamente, forse per l'effetto di tale visione, i ragazzi sembrano all'improvviso disposti a sciogliere il silenzio che li aveva imbavagliati nel corso delle tre ore trascorse in aula e timidamente qualcuno abbozza delle domande. "Come è organizzato il reparto?, chiede un allampanato giovanotto. "Ha in tutto, come potete vedere, una decina di posti letto - risponde il Dr. Marchesi più un paio che attiviamo però solo in casi di emergenza; inserire un malato in più comporta infatti il rischio di non assicurare una assistenza adeguata a quelli già ricove-



rati, tuttavia sono capitati casi di malati ottantenni ricoverati nella T.I pediatrica perché non era possibile far diversamente. E' chiaro che non è l'ideale, motivo per cui in situazioni simili la filosofia che vige è quella di trasferire l'ultimo arrivato altrove o, dove questo non sia possibile, di organizzare lo spostamento di un paziente già degente e perfettamente stabilizzato nella rianimazione di un Ospedale vicino. Ai Riuniti di Bergamo è presente sia la rianimazione neurochirurgia sia quella cardiochirurgia e la degenza media è di 8-9 giorni. La mortalità è del 23%, il che vuol dire che il 77% dei malati torna a casa. Di essi il 10% con esiti importanti, gli altri perfettamente recuperati alla situazione precedente al ricovero".

La seconda domanda sembra invece essere il riflesso del ruvido impatto con il contesto della rianimazione: "Sono frequenti i casi in cui medici e infermieri lasciano il reparto?" "Nel caso dei medici no, sia perché la specializzazione è in anestesia e rianimazione e non consente grandi possibilità di cambiamenti sia perché il loro intervento è più limitato di quello degli infermieri. A questi ultimi è chiesto un impegno decisamente maggiore perché devono assistere due pazienti ciascuno in maniera continuativa e ciò comporta un coinvolgimento emotivo intenso, difficile da reggere a lungo".

Non stentiamo a crederlo tanto è vero che, vuoi per la drammaticità del luogo, vuoi per solidarietà con gli infermieri, gli "effetti collaterali" della visita guidata non tardano a farsi sentire e un ragazzo sviene tra le braccia dei compagni. Approfittando del momento di pausa, proviamo allora a cogliere a caldo qualche impressione sulla giornata. Dopo tante titubanze, solo due studenti del Federici si lasciano avvicinare. "Del percorso fatto - dice un ragazzo con i capelli "rasta" e l'espressione intelligente - tratterrei soprattutto l'intervento del Dr. Cossolini, di cui mi ha colpito l'approccio al tema della morte, mentre avrei preferito evitare la visita al reparto sia per

ragioni di delicatezza nei confronti dei ricoverati sia perché mi è sembrata un vero "schiaffo", anche se riconosco che vedere un altro star male può aiutarmi ad avere più rispetto per la mia vita". Di tutt'altra opinione una biodina, esile nel fisico ma non nelle idee: "Se dovessi dare un consiglio agli organizzatori della iniziativa, forse suggerirei di valorizzare maggiormente la seconda parte della lezione. Essendo giovani, di alcol e droghe sappiamo abbastanza mentre della vita di un Ospedale, delle cure intensive e di come funziona una rianimazione molto meno. Ed è proprio l'approccio diretto della visita guidata che ho maggiormente apprezzato, perché una cosa è immaginare, un'altra è vedere e riuscire a capire". Impossibile non darle ragione. In un'era virtuale come la nostra dove tutto, anche la morte, viene trattato come la sequenza di una fiction televisiva, la realtà - soprattutto quella più scomoda - è l'unico richiamo che ci resta per essere autenticamente uomini.









Lettere

Un bilancio positivo

A seguito del corso per studenti delle medie superiori organizzato presso gli Ospedali Riuniti, abbiamo ricevuto tre lettere che volentieri pubblichiamo.

Pregiatissimo cav. Leonida Pozzi,

la ringrazio per la sua preziosa e professionale collaborazione che ha contribuito ad elevare il livello della "Lezione di... vita" tenutasi in data 7 ottobre presso la nostra Terapia Intensiva.

Con i miei migliori saluti.

Dott. Mariangelo Cossolini Coordinatore locale prelievo e trapianto d'organi Dipartimento di Anestesia e Rianimazione Dipartimento Pubblico e Privato Medicina Specialistica e dei Trapianti Ospedali Riuniti di Bergamo

Spettabile Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo, all'attenzione del dott. Mariangelo Cossolini,

per ora non posso fare altro che ringraziarla e ringraziarvi per come è stato organizzato il seminario. In questi giorni avrò modo di rivedere i ragazzi con calma e con loro

raccogliere alcune indicazioni in merito al percorso anche per poterlo migliorare per i prossimi incontri. Personalmente ritengo che il percorso ma soprattutto la prospettiva entro cui è stato inserito il tema dell'abuso di sostanze fino alla donazione degli organi è risultato avvincente, e professionalmente ben calibrato per la chiarezza, la cura nel presentare l'argomento affidato, e la possibilità di aver aperto piste di confronto e di approfondimento con i ragazzi.

Per ora ancora grazie e al più presto le faremo avere ulteriori indicazioni.

Buon lavoro a lei e ai suoi collaboratori.

Prof. Gian Mario Vitali Liceo Scientifico di Trescore

Carissimi ragazzi,

con questo messaggio desidero congratularmi con voi, e con i vostri professori, per aver partecipato alla "Lezione di... vita" organizzata dalla Direzione degli Ospedali Riuniti di Bergamo giovedì 7 ottobre scorso. L'attenzione e l'interesse che avete dimostrato nel seguire le relazioni è stato gratificante per me così come per gli altri relatori ed è segno molto positivo di un processo di maturazione della vostra personalità.

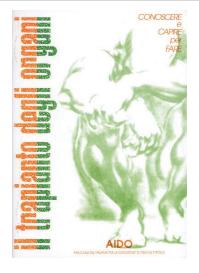
Complimenti!

Come già accennato al Prof. Gianmario Vitali, sono disponibile ad incontrarvi nella vostra classe per approfondire l'argomento della donazione di organi e illustrare l'attività della nostra Associazione, che in provincia di Bergamo ha raggiunto livelli di qualità.

Grazie ancora e nell'attesa di rivederci vi saluto con cordialità.

II Presidente AIDO provinciale di Bergamo Cav. Leonida Pozzi





L'opuscolo distribuito dall'AIDO

OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO: AL VIA IL PROGETTO DI PRELEVARE CELLULE STAMINALI DA CORDONE OMBELICALE

Donati all'U.O. Ostetricia e Ginecologia 5 mila euro raccolti grazie alla solidarietà di moltissime persone, esercizi pubblici e associazioni. Con un investimento di altri 10 mila euro messi a disposizione dalla stessa azienda, a partire da ottobre, le partorienti dei Riuniti potranno donare il sangue del cordone ombelicale.

La dott.ssa Paola Troiani a fine giugno 2004 ha consegnato con il tramite della Fondazione Onlus Lions Club Bergamo Distretto 1081/32, un assegno di 5.000 euro destinati all'U.O. Ostetricia e Ginecologia per il progetto di raccolta delle cellule staminali da cordone ombelicale. Il progetto sarà supportato economicamente anche dalla stessa Azienda Ospedaliera che metterà a disposizione un'ulteriore somma di 10.000 euro.

Fino ad ora presso i Riuniti il sangue del cordone ombelicale è sempre stato eliminato durante la fase di espulsione della placenta, immediatamente dopo il parto. Recenti studi hanno però dimostrato che il sangue contenuto nel cordone ombelicale è ricchissimo di cellule staminali emopoietiche che, preposte a formare gli elementi corpuscolari del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine), vengono raccolte e poi stocate presso la Banca Regionale (Milano Cord BANK); le cellule staminali così conservate potranno essere successivamente utilizzate per un trapianto come terapia di alcune malattie ematologiche.

Donare il sangue del cordone ombelicale è un procedimento molto semplice, della durata di circa 15 minuti e non comporta nessun rischio né per la mamma né per il bambino. Subito dopo la nascita il cordone ombelicale viene pinzato e reciso per permettere ad un operatore esperto di prelevare con un ago dalla vena ombelicale il sangue rimasto nel cordone e nella placenta; il sangue, raccolto in un'apposita sacca sterile, viene trasferito così presso la Banca del Centro Trasfusionale del Policlinico di Milano. Dopo essere stata analizzata, controllata e congelata sarà a disposizione in attesa della richiesta di un Centro Trapianto per pazienti affetti da leucemia o altre malattie ematologiche. La donazione del



sangue ombelicale ha pertanto il vantaggio di non essere dannosa o dolorosa né per la mamma né per il nascituro. Inoltre in questo caso non è necessaria la morte di qualcuno per poter permettere un trapianto ed è anche possibile una donazione dedicata da parte del neonato ad un fratello malato di leucemia.

Fino ad ora, era necessario mandare le future mamme che volevano donare il cordone ombelicale presso ospedali attrezzati di Milano e Pavia, con evidenti disagi per le partorienti. Inoltre, se si considera che nel 2003 sono stati effettuati 4009 parti e che fino al 31 maggio di quest'anno sono 1520 i bambini nati presso i Riuniti, si comprende ancora di più l'importanza di questo progetto che permette di raccogliere una quantità considerevole di cellule staminali per la cura di gravi malattie del sangue quali la leucemia. Lodevole la disponibilità delle numerose ostetriche, 20 sulle 50 presenti in reparto, che hanno aderito al progetto frequentando un corso di formazione specifico .

Dott. Mariangelo Cossolini Coordinatore aziendale al prelievo e trapianto d'organi Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Prelievo di sangue da cordone ombelicale per la raccolta e la conservazione delle cellule staminali

Il trapianto di midollo osseo è impiegato in numerose patologie tumorali e in alcune malattie genetiche. Il successo del trapianto di midollo dipende in larga misura dalla compatibilità tra donatore e ricevente. Sfortunatamente, meno della metà dei pazienti dispone di un donatore HLA identico. Sono stati pertanto costituiti nel mondo registri di donatori di midollo osseo tipizzati per il sistema HLA.

Ecco quindi che un aiuto importante puo' venire dalla donazione del sangue placentare alla nascita di un nuovo nato: contrariamente alla maggior parte dei trapianti dove e' necessaria la morte di un donatore per consentire la vita ad un'altra persona, nella donazione di sangue placentare e' un nuovo nato che da', a sua volta, la vita ad un'altra persona.

Il sangue che permane nella placenta al termine del parto, usualmente gettato con la placenta, contiene una preziosa popolazione di cellule, le cellule staminali ematopoietiche.

Tali cellule, da cui originano durante tutta la vita le cellule del sangue, possono essere pre-









levate mediante puntura del cordone ombelicale (cord) per essere poi impiegate quando è necessario trapiantare il midollo osseo.

La metodica di prelievo è facile e avviene dopo il taglio del cordone ombelicale, senza alcun rischio per la madre e il neonato; il sangue placentare comporta minori rischi infettivi rispetto al sangue dei soggetti adulti ed e' immunologicamente meno reattivo.

E' disponibile in grande quantità e può essere conservato congelato per molti anni, risultando quindi disponibile in tempi brevi.

Presso il Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti dell'Ospedale Maggiore di Milano è operativa dal 1993 la Milano Cord Blood Bank, che dispone di un inventario di oltre 3500 unità congelate.

Attualmente il sangue placentare viene donato, previo consenso informato, dalle madri che partoriscono in 16 ospedali in Lombardia, 1 in Emilia Romagna e 7 in Trentino.

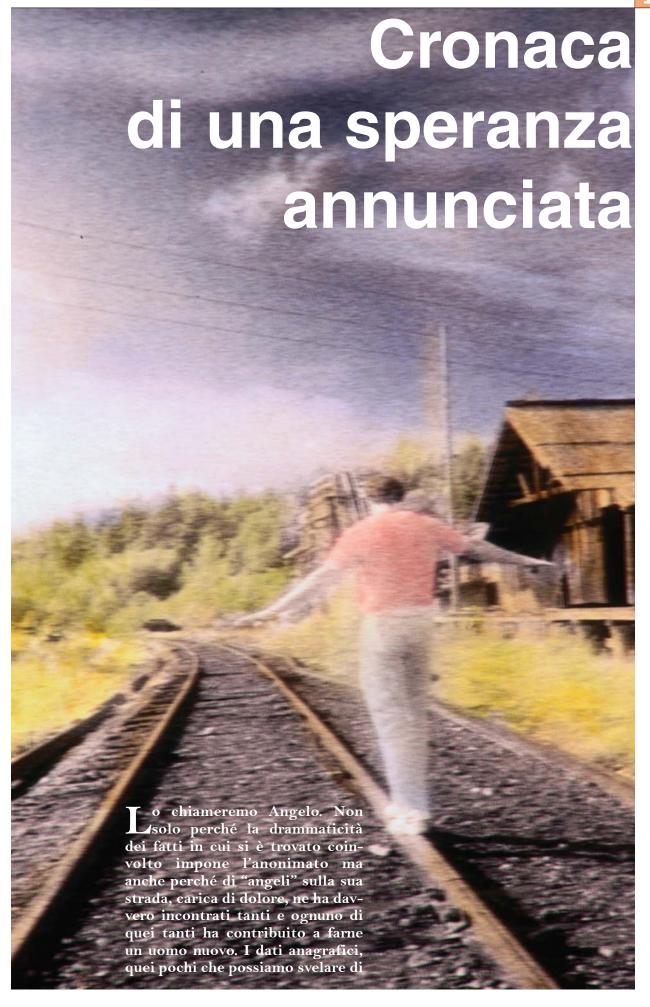
Presso la Milano Cord Blood Bank ha sede l'hub GRACE, dove le banche del network italiano GRACE inviano i dati di tipizzazione delle unità selezionabili; i dati sono inseriti in forma anonima in un Registro GRACE.

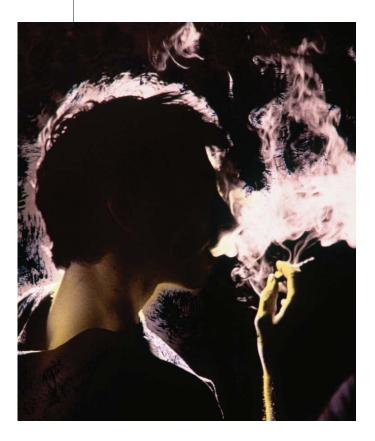
Per rendere più rapida ed efficiente la ricerca di unità compatibili, la Milano Cord Blood Bank, la Banca di Düsseldorf e la Banca di Barcellona hanno istituito un network denominato NETCORD.

Attualmente l'inventario delle unità NET-CORD è costituito dalle unità di GRACE, Düsseldorf, Barcellona, Londra, Denver e St. Louis.

Vantaggi pratici

Assenza di rischi legati a procedure invasive Assenza del rischio di rifiuto alla donazione Pronta disponibilità alla richiesta Minor rischio di malattie infettive Minor restrizione nel grado di compatibilità Minor rischio di Graft vs Host Disease (GvHD) Presenza di minoranze etniche emergenti.





lui, dicono che ha 43 anni, è impiegato, coniugato e padre di due figli. Nella loro perentoria asetticità non fanno trapelare nulla di più, come è giusto che sia. Eppure dietro quegli scarni elementi di identificazione si cela la storia di una "conversione", di un autentico cambio di rotta impresso alla propria vita: la liberazione da vent'anni di tossicodipendenza. Tutto ha inizio con un trasloco, un semplice cambiamento di abitazione. L'intenzione del padre di Angelo è infatti quella di avvicinarsi al luogo di lavoro, assicurando alla famiglia (composta da altri tre figli) un posto più confortevole dove stare. Ma al bambino, sei anni, questo spostamento non appare affatto semplice. "Fu un vero trauma" - dice -"All'improvviso dovetti lasciare il luogo dove ero nato, il mio "castello dei sogni", la piccola cascina con tanto verde dove mi sembrava di vivere come in una favola". L'impatto con il nuovo quartiere gli appare violento: la nuova sistemazione è infatti una casa di ringhiera, circondata da fabbriche. Angelo avverte subito un senso di disagio di fronte a quell'ambiente "tutto ferro e cemento" e lo manifesta come può, scappando ripetutamente dalla scuola elementare che ha appena cominciato. A nulla valgono i rimproveri e le punizioni. Men che meno il collegio, la soluzione tentata dai genitori dopo la terza bocciatura in II elementare. Al rientro in famiglia seguono altri due traslochi e per Angelo le cose cominciano a complicarsi dovendo ogni volta cambiare compagni di giochi e di scuola. L'ultimo trasferimento, quello definitivo, lo fa approdare undicenne in una zona di periferia, molto degradata. E qui il senso di vergogna per la condizione economica della famiglia e il desiderio di sentirsi accettato dal "branco dei più forti del quartiere" prevalgono sull'aspirazione a frequentare i "ragazzi perbene". Le assenze da scuola non si contano più e Angelo inizia ad andare in giro con i "bulletti" del circondario a rubare biciclette. E'l'inizio della fine: a dodici anni gli studi vengono interrotti e avanza l'adesione a uno stile di vita per cui "essere qualcuno" coincide con il farsi strada con la violenza. Anche se nell'intimo "si sente sporco", cambiare strada diventa difficile perché significa esporsi alla derisione dei teppistelli di turno. L'ingresso nel carcere minorile per un furto di autoradio consacra l'ingresso di Angelo nel "mondo dei balordi" e l'incontro con la droga a quattordici anni ne è la naturale evoluzione. Il primo contatto è con l'hashish. "Mi convinsero dicendo che tutto era più facile, più bello e io abboccai, illuso di trovare le gratificazioni necessarie al mio benessere". Poi è la volta degli acidi, LSD in testa."Smaltito l'effetto della sostanza, la mia sofferenza e la mia insoddisfazione continuavano e io non trovavo strumenti per oppormi. Cosa dovevo fare per trovare la felicità, la gioia di vivere? Era questa la domanda che seguitavo a portarmi dentro, insieme alla segreta speranza di cambiare". Ma i tempi non sono ancora maturi e dalle droghe leggere a quelle pesanti il passo è breve. Con il primo buco di eroina, il precipizio si fa sempre più vicino. "Cominciai pensando di essere io a condurre il gioco, dicendomi che se lo facevo ogni tanto non correvo nessun rischio e, in preda all'ambizione dei soldi facili, presi a spacciare. Ben presto però accadde che quello che guadagnavo lo spendevo per comprarmi una dose. Ero diventato completamente succube della sostanza". Angelo ha diciassette anni e nei lunghi dieci successivi, fra un buco e l'altro, l'andirivieni dai vari ospedali nel tentativo di disintossicarsi, le comunità proposte dai familiari e subito lasciate, si troverà in diverse circostanze faccia a faccia prima con la malattia (l'epatite B e C, la sieropositività) e poi con la morte. Ma il filo che lo tiene invisibilmente legato al Cielo non si spezza mai e questa è l'unica intuizione positiva che gli permette di non arrendersi. "Quando i miei genitori - il mio più importante punto di riferimento - venivano a sfilarmi la siringa dal braccio e io riprendevo conoscenza, mi veniva spontaneo pensare che se la vita mi era stata restituita, doveva pur valere la pena viverla. Tutto il dolore che provavo e che procuravo a chi mi circondava doveva avere un senso, anche se non riuscivo ad afferrarlo. Di quei momenti ricordo solo un particolare e cioè che l'unico gesto che mi sosteneva era la preghiera, la cosa più buona che le suorine del collegio mi avessero insegnato". E finalmente arriva l'appuntamento con il Destino e ha i tratti delicati di una donna, quella che circa otto anni dopo - tra separazioni e riavvicinamenti diverrà sua moglie. "Si chiamava Marina, a sua volta vittima da tempo del mio stesso problema. Non so perché, ma appena la vidi ebbi la sensazione che insieme a lei avrei trovato la strada per uscire dalla maledetta schiavitù della droga". Il tempo darà ragione ad Angelo: Marina è il suo "lasciapassare" verso la "liberazione", l"angelo" che lo introduce a un cammino di verità che lei stessa per prima intraprende. Dopo l'incontro con una assistente sociale che le presenta una compagnia di amici, disposti - come mai era capitato prima - ad accogliere ed accompagnare la persona e non solo il suo problema, Marina trova la tanto desiderata via di uscita dalla dipendenza. Riprende gli studi, trova un impiego, si ristabilisce completamente e per Angelo diventa la testimonianza vivente di un cambiamento, forse possibile anche a lui. Arrivato a toccare il fondo dell'abisso, durante l'ennesimo ricovero in ospedale Marina gli presenta le persone che l'hanno aiutata e qualcosa scatta anche in Angelo. "Mi colpì Giovanna, perché con lei non c'era bisogno di tante parole. La sua presenza piena di interesse gratuito verso la mia persona, la sua capacità di ascolto mi trasmettevano quella pace che avevo a lungo cercato. Dopo tanto peregrinare,



avevo trovato una compagnia con cui condividere tutto e dovevo decidere. Se fino a quel momento avevo sempre pensato di essere io la soluzione dei miei problemi, ora dovevo affidarmi a questi amici che un Disegno buono aveva messo sul mio cammino e provare a seguirli". E così quando all'uscita dall'Ospedale gli propongono una comunità terapeutica, Angelo accetta. "Ero deciso a ricambiare la loro fiducia, ma anche a dimostrare a Marina che l'uomo vero sarebbe emerso e ai miei genitori che avrei saputo dargli quella gioia di cui li avevo tanto privati". In una comunità di recupero vicina a Reggio Emilia inizia una lenta, faticosa ma entusiasmante rinascita. Il tramite sono altri "angeli", il prete che dirige la struttura e la sua aiutante, Anna. "Era una realtà affascinante: vedere queste persone che vivevano il Vangelo, dedicando interamente la loro vita ai bisognosi (non solo drogati, ma anche malati di mente, alcolisti ecc) mi spalancò il cuore. Da loro mi sentii guardare con un amore incondizionato, che prima di chiedermi di cambiare mi accoglieva per quello che ero. Nonostante i miei trent'anni cominciavo a vivere allora, potendo realmente toccare con mano la felicità per cui siamo fatti e che fin da piccolo avevo desiderato". Ci vogliono 24 mesi perché Angelo possa dirsi completamente libero dalla drammatica esperienza della droga, due anni intensi, scanditi dalla certezza che con la "Cristoterapia" - termine da lui inventato - il male è già vinto.

"Cristoterapia ha significato seguire ciò che dava finalmente senso alla mia sofferta esistenza, il volto di Cristo fatto carne nelle persone incontrate. Mi aspettava tuttavia un lungo lavoro di rieducazione: dovevo imparare a stare alle regole - quelle che nessuno mi aveva mai proposto di seguire e a spendermi per gli altri". Angelo ci riesce bene, si prodiga per quelli come lui che vede in difficoltà e diventa un infaticabile collaboratore dei responsabili della comunità. Non mancano anche le prove, come quella che lo sorprende appena due mesi dopo l'ingresso in comunità: "Riassaporato il gusto di "esserci", dopo una attenta valutazione degli esami del sangue, i medici mi dicono che i linfociti T4 sono al limite della soglia per l'AIDS". Il verdetto è drammatico. "Non potendo ricorrere all'AZT, perché non ne sopportavo gli effetti collaterali, potevano restarmi solo due mesi di vita". Angelo sceglie di non rassegnarsi e affida le sue speranze a ciò che costantemente gli ha ricordato Don Luigi, "Dio è per la vita". Dopo diverse settimane, "stranamente", senza alcun intervento farmacologico, il quadro clinico ritorna alla normalità. "Immagino che ci siano spiegazioni scientifiche al fenomeno, ma io l'ho sempre letto come un ulteriore segno di quella Grazia che ormai mi aveva investito e sembrava decisa a non lasciarmi". E così è stato, da quel momento la sua strada è stata tutta puntellata da piccoli "miracoli". Angelo è tornato nella sua città, ha trovato un lavoro, ha conseguito la licenza media, ha sposato la "sua" Marina e ha due meravigliose creature a cui non smette di comunicare che la vita è un tesoro prezioso da custodire con cura. Il bambino che continuava a scappare da se stesso, oggi è un uomo libero che ha sentito il bisogno di affidare a dei fogli di carta la sua travagliata storia. Nessuno li ha ancora letti, anche se lui spera - a Dio piacendo - che un giorno diventino le pagine di un libro, un mezzo per comunicare a tutti che uscire dalla droga è possibile. E allora buona fortuna, Angelo, che il Cielo - come ha sempre fatto con la tua vita - possa portare a compimento anche questo desiderio!

Laura Sposito

I dati del fenomeno

Tra i 185 e i 200 milioni le persone che nel mondo hanno abusato nel 2003 di sostanze stupefacenti.

Di questi:

150 milioni hanno utilizzato derivati della cannabis (hashish e marijuana) 38 milioni amfetamine

15 milioni derivati dell'oppio (eroina) 13 milioni cocaina

Fonte: World Drug Report 2004

I CAMBIAMENTI DI TENDENZA

Rispetto allo scenario degli anni '80-'90 si sono verificati alcuni significativi cambiamenti.

- sono prevalse rispetto all'eroina sia le droghe "ricreative", che favoriscono cioè la socializzazione (ecsaty, amfetaminoidi) sia quelle "prestazionali" come la cocaina;
- è mutato lo stile di consumo, sempre più di massa e personalizzato (una droga diversa per ogni tipo di obiettivo da raggiungere), ma anche i suoi tempi

(può essere saltuario, periodico - cioè nel fine settimana - intermittente, transitorio, fasico) e il suo significato (una esperienza passeggera reversibile);

- è cambiato il profilo degli utilizzatori, diventati "policonsumatori", cioè persone che assumono contemporaneamente sostanze diverse;
- diverse anche le vie di somministrazione rispetto al passato: l'eroina è sempre più sniffata e mixata con la cocaina:
- se il luogo d'elezione prima era la discoteca, le droghe sono oggi reperibili nei contesti di ritrovo come i bar, i pub, gli autogrill...

LE FASCE DI ETÀ

- La cannabis è utilizzata dai minorenni fino alle persone mature (che smettono di usarla introno ai 40 anni)
- L'ecstasy e le amfetamine dalle persone di età compresa fra i 15 ai 35 anni
- La coca, da sempre usata fra i 30 e i

45 anni, è la più in voga fra i minorenni - L'eroina viene usata sempre più precocemente, ma moltissimi sono i quarantenni che si rivolgono ai servizi per farsi curare da questa sostanza.

Fonte: "Piaceri drogati" di Paolo Rigliano



Una vita da uomo «di frontiera»

Inumeri non danno adito a equivoci. 20.0000 interventi di chirurgia generale oncologica e specialistica in elezione e in urgenza (compreso i trapianti di fegato), oltre 200 pubblicazioni con riconoscimenti nazionali e internazionali in particolare nel campo della chirurgia oncologica digestiva, 40 anni di attività professionale ai massimi livelli e un unico "vizio": tagliare per primo traguardi a dir poco ambiziosi. Il curriculum ci dice che nel corso della sua brillante carriera lo ha fatto ripetutamente, dai lontani anni'70 con l'introduzione nel nostro Paese della mediastinoscopia e l'esecuzione dei primi interventi di chirurgia dell'obesità, fino all'impresa recente che gli ha valso gli onori delle cronache. Stiamo parlando del prof. Eugenio Santoro, Direttore del Dipartimento di Chirurgia Oncologica "Istituto Regina Elena" di Roma e Primario della S.C. di Chirurgia Digestiva e Trapianti. Nel settembre 2002 ha eseguito il primo trapianto di fegato in Italia su paziente sieropositivo, riuscendo addirittura ad anticipare l'avvio del protocollo Nazionale. Ad oggi sono nove i malati affetti da HIV che hanno beneficiato di questa possibilità e di essi ben otto devono il loro fegato nuovo e la stessa sopravvivenza proprio all'equipe del prof. Santoro. Gli abbiamo chiesto come è nata questa esperienza. Ci ha risposto con la baldanza tipica di ogni pioniere degno di questo nome, di chi sa di aver percorso una strada impervia e di averlo fatto con quella giusta dose di coraggio che permette di arrivare alla meta. Nessun trionfalismo, però. Solo la serena consapevolezza di aver fatto ciò che era giusto per salvare tante vite umane destinate a morte sicura e nel cuore una certezza: sapere di poter contare su uno staff preparato ad "affrontare i rischi del mestiere".

Il mio primo trapianto di fegato su un sieropositivo risale al 30 settembre 2002. Si è trattato di decidere di intervenire su un uomo di 46 anni che rischiava di morire perché oltre al



Curriculum vitae Prof. Eugenio Santoro

Direttore Dipartimento di Chirurgia Oncologica - Primario della S.C. di Chirurgia Digestiva e Trapianti Istituto Regina Elena di Roma

Presidente Federchir (Federazione Società Scientifiche Chirurgiche)

Docente Università "La Sapienza"
President of International Association for
Gastric Cancer and Gastric Disease
Reggente Accademia Romana di Chirurgia
Membro Consiglio Direttivo Lega Italiana

Componente C.U.D. - Ministero della Salute Consigliere di Amministrazione ANCIFORM **Dati Anagrafici:**

Nato a Roma il 29.03.1938, residente Via G.Arrivabene 3, 00191 - ROMA. Sposato, ha tre figli.

Titoli di studio e Accademici:

Laureato a Roma - 13.07.1962 con lode Specialista in Chirurgia Generale (1967), Chirurgia Toracica (1969) e Chirurgia Pediatrica (1973)

Libero Docente di Patologia Chirurgica dal 1968 presso l'Università "La Sapienza" Primario idoneo di Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica e Chirurgia Pediatrica, dal 1973

Parla correntemente Inglese, Francese e

Spagnolo

Soggiorni di Studio a Stoccolma (1964),
Parigi (1966-1968), Minneapolis (1976),
Houston (1984 e 1986)
Docente a contratto di Chirurgia presso le
Scuole di Specializzazione dell'Università'
"La Sapienza" - Roma dal 1969 (insegnamenti di chirurgia toracica e chirurgia oncologica in successione) e presso l'Università
Cattolica di Roma dal 1984 (insegnamenti

di semeiotica chirurgica e microchirurgia in

successione). Stato di Servizio:

1962-1968 - Assistente II Clinica Chirurgica
Universita' "La Sapienza" - Roma
1968-1970 - Assistente di Chirurgia Toracica
Ospedale "Forlanini" - Roma
1970-1976 - Aiuto Chirurgo Generale
Ospedale "Regina Margherita" - Roma
1976-1989 - Primario di Chirurgia Generale
Ospedale "Cristo Re" - Roma
dal 1990 - Primario di Chirurgia Oncologica
Istituto "Regina Elena" - Roma
dal 2000 - Direttore S.C. Chirurgia Digestiva
e Trapianti IRE - Roma
dal 2000 - Direttore del Dipartimento di
Chirurgia Oncologica - IRE - Roma

virus dell'HIV aveva contratto anche quelli dell'epatite B e C, che gli avevano procurato una grave cirrosi e una forma iniziale di cancro. Il nodo da sciogliere era che tale malato necessitava di un trapianto di fegato per la gravità della sua condizione epatica ma era sieropositivo. Partire dall'esigenza molto concreta di questo caso significava perciò affrontare un problema di più ampie proporzioni e cioè la nutrita presenza nel nostro Paese di malati co-infetti dai virus dell'epatite e da quello dell'HIV. Potevamo tuttavia contare su tre elementi confortanti.

E cioè?

Innanzitutto la considerazione che la sieropositività cominciava a non essere più reputata come una controindicazione assoluta al trapianto. La ricerca scientifica con i suoi progressi aveva infatti dimostrato che con l'introduzione della multiterapia una elevata percentuale di sieropositivi non sviluppava più l'AIDS presentando una buona aspettativa di vita (all'incirca 20-25 anni) e per giunta l'immunodepressione con terapia antirigetto non agiva negativamente sull'HIV. In secondo luogo potevamo fare affidamento sull'esperienza di altri Paesi (Francia, Inghilterra, Stati Uniti) dove erano stati già eseguiti dei trapianti su malati cirrotici di cui si ignorava la sieropositività e che avevano dato esiti positivi, comparabili con quelli di pazienti non affetti dall'HIV. Infine, pur non essendo ancora operativo, era già stato preparato dal Centro nazionale Trapianti e dalla Commissione AIDS un protocollo che stabiliva le regole e i limiti di accesso al trapianto per le persone sieropositive e il mio paziente, per le sue condizioni cliniche, vi rientrava a pieno titolo.

Come è andato dunque l'intervento e con quale stato d'a-

nimo lo ha affrontato?

Non appena, grazie alla mobilitazione del CNT, si è reso disponibile un donatore compatibile - un uomo di 61 anni deceduto per emorragia cerebrale tutta la macchina dei trapianti si è messa in moto. L'operazione è durata 9 ore e ha richiesto la disponibilità di 8 chirurghi, due anestesisti, 8 infermieri e tecnici. Il sentimento che maggiormente mi ha accompagnato durante la giornata è stata l'emozione, quella di aver finalmente abbattuto una barriera, perché di fatto questi malati erano al di là di un muro che in Italia nessuno aveva ritenuto opportuno distruggere. Io mi sono ritrovato per le mani un malato che aveva HIV, cirrosi e un tumore che non lasciava scampo. Se avessi dovuto aspettare l'entrata in vigore del protocollo nazionale, le autorizzazioni ministeriali, il visto del Comitato Etico, sarebbe morto. L'unico modo per salvarlo era chiedere una autorizzazione speciale direttamente al Ministro della Sanità e così ho fatto. Non potrò mai scordare il momento in cui è arrivata: io e il mio staff abbiamo capito che quel famigerato muro stava definitiva-

Diamo i numeri

- luglio 2001: il primo trapianto di rene effettuato su un sieropositivo da donatore vivente (Prof. Ignazio Marino, ISMETT di Palermo)
- settembre 2002: il primo trapianto di fegato su sieropositivo da donatore cadavere (Prof. Eugenio Santoro, Istituto Regina Elena di Roma);

200 i trapianti nel mondo su sieropositi-

- 10 quelli eseguiti in Italia (1 di rene all'Istituto ISMETT di Palermo, 9 di fegato di cui 8 all'Istituto Regina Elena di Roma, 1 al Policlinico di Modena)
- 13 i pazienti che sono stati iscritti dal 2002 in lista di attesa in Italia per il trapianto di fegato
- 60.000 i sieropositivi in Italia con epatite C, che necessiteranno a breve di un trapianto



300 mila quelli co-infetti da HIV e HCV negli Stati Uniti

Secondo studi statunitensi

- a 1 anno dal trapianto di fegato: la sopravvivenza è dell'88% per i sieronegativi e del 92% per i sieropositivi;
- a 3 anni dal trapianto di fegato: la sopravvivenza è del 78% tra i sierone-

gativi e del 72% fra i sieropositivi;

Per il trapianto di fegato su sieropositivi, oltre a Roma e Modena dovrebbero essere attivi al più presto anche i Centri trapianto di Bologna e Udine. Attendono di ultimare l'iter per l'accreditamento quelli di Palermo e Genova.

Fonte: ANSA

mente cadendo.

E poi cosa è successo?

E' successo che se già il primo trapianto aveva catturato l'attenzione dei giornali, grazie alle emittenti televisive il secondo è diventato da subito un caso nazionale. Un sieropositivo che necessitava di trapianto si recò infatti al Maurizio Costanzo Show ed espose la sua situazione. La trasmissione riuscì a coinvolgere nella vicenda il Centro nazionale Trapianti Direttore mi chiese personalmente se me la sentivo di tentare nuovamente l'intervento. Questa volta però si trattava di un malato giovane che non aveva un tumore; presentava piuttosto uno stato di cirrosi avanzata e condizioni generali scadutissime. Inoltre proveniva dal Nord Italia dove non esistevano Centri disponibili a questo genere di trapianti. Risposi di sì. Dopo le iniziali difficoltà, dovute al fatto che il ragazzo aveva un gruppo sanguigno raro e non si riusciva a trovare un donatore compatibile, finalmente il CNT riuscì a reperire un fegato e fu possibile effettuare il trapianto. Tutte le Tv diedero rilievo alla notizia e a quel punto la barriera crollò definitivamente. In fretta e furia venne approvato il protocollo nazionale e da quel momento la sperimentazione è ufficialmente partita anche se non tutti i centri hanno dato la loro disponibilità, forse per motivi di tutela degli operatori dal rischio del contagio.

Cosa l'ha spinta a dedicarsi a questo tipo di interventi, delicati e - come ha detto adesso - anche rischiosi?

Il fatto di essere "abituato a vivere una vita di frontiera". Il mio Centro Trapianti è infatti inserito all'interno dell'Istituto dei Tumori. Dopo oltre vent'anni di chirurgia oncologica sono abituato a operare malati che negli altri Ospedali scartano, al punto che questa esperienza l'ho trasfusa nel Corso di "Chirurgia estrema" che organizzo ogni anno e a cui intervengono come relatori i più grandi chirurghi del mondo. Io e i miei collaboratori viviamo costantemente su quel limitare fra la vita e la morte che è la



frontiera del cancro avanzato e quindi la sieropositività - che è un'altra frontiera - non ci ha mai spaventato. Tutta la chirurgia degli infetti comporta dei rischi ma siamo sempre stati abituati a correrli sia perché il 90% della chirurgia del fegato e dei trapianti di fegato è rappresentata da malati di epatite, sia perché ci erano già capitati malati di cancro che erano sieropositivi. Perciò quando si è trattato di fare un trapianto su un sieropositivo con cirrosi e epatocarcinoma ci siamo solo limitati ad alzare la guardia prendendo qualche precauzione in più. Qualche caso di contagio fra gli operatori si è poi verificato ma è stato quantitativamente così inefficace che nessuno ha sviluppato l'infezione. Tuttavia poiché si tratta comunque di pazienti sia a rischio sia infetti occorre riconoscere al personale medico e paramedico che se ne occupa, un coraggio e una disponibilità non comuni, anche sul piano psicologico.

Dei casi che ha trattato, ce n'è uno che ricorda particolarmente?

Sì, ed è quello di una ammalata che proveniva dalla Toscana e diceva di essere stata infettata dal marito di cui non conosceva la sieropositività. E' arrivata a Roma in condizioni disperate e ha passato al Centro trapianti gli ultimi 10 giorni della sua vita in attesa che arrivasse l'organo perché avevo chiesto al CNT l'anticipazione d'urgenza; ma purtroppo il fegato è arrivato 24 ore dopo il suo decesso. Può immaginare con che spirito ho fatto il trapianto nell'altra persona che era in attesa; non riuscivo a operarla senza pensare alla donna che era morta.

Che caratteristiche hanno i pazienti sieropositivi in attesa di un trapianto di fegato?

Come ho accennato, sono sicuramente persone molto debilitate e a rischio, quasi tutte con una pregressa, dolorosissima, storia di tossicodipendenza, che hanno contratto i virus dell'HIV e dell'HCV intorno agli anni '80. A distanza di vent'anni mentre il primo, pur producendo uno scadimento delle condizioni fisiche generali, è risultato controllabile con la multiterapia, il secondo è per lo più evoluto verso la cirrosi e l'epatocarcinoma. In sostanza aumenteranno sempre di più, fra i co-infetti, i decessi per epatite piuttosto che per AIDS, con una inversione di tendenza rispetto al passato che negli Stati Uniti hanno già tentato di calcolare. Se fra i coinfetti di questo Paese si erano registrati nel 1998, 16.000 morti imputabili all'HIV e 4200 all'HCV, si prevede che nel 2030 i decessi per epatite C saliranno a 19.000, mentre quelli da HIV scenderanno a 4 mila.. Se si pensa che il 60% dei sieropositivi in Italia è anche infetto dai virus dell'epatite con le conseguenze suddette, è chiaro che il numero di quelli che necessiterà di un trapianto crescerà in misura esponenziale.

Vuol dire che si riuscirà a offrire a ciascun sieropositivo questa possibilità terapeutica?

Chiaramente no. Esistono dei precisi parametri di valutazione che il protocollo ha definito proprio per fissare i limiti di accesso alle liste. Ad esempio, se l'indicazione è la cirrosi grave o il tumore, le condizioni sine qua non sono due. Innanzitutto che la presenza dei virus (HIV e HCV) nel sangue sia contenuta dalle rispettive terapie e in secondo luogo che l'organismo abbia ancora una buona reattività per poter affrontare il trauma grande che è il trapianto. Ciò si spiega facilmente: se la presenza del virus dell'epatite fosse ancora elevata potrebbe ri-infettare l'organo nuovo, se la stessa cosa capitasse con il virus dell'HIV si potrebbero creare gravi pro-

blemi per il malato nella fase post-trapianto. Le variabili da tenere sotto controllo sono dunque talmente tante e complesse che su una percentuale ipotetica di cento malati solo dieci riescono ad avere accesso alle liste. In ogni caso la prassi impone che tutti i malati che arrivano al Centro Trapianti siano attentamente valutati: alcuni vengono immediatamente scartati (ad esempio perché hanno abbondantemente superato il limite massimo di età che oggi si aggira attorno ai 65 anni), altri che hanno livelli alti di HIV e di epatite vengono comunque tenuti in carico dal Centro e curati affinché le loro condizioni cliniche possano allinearsi ai parametri previsti. Purtroppo può accadere che in questo lasso di tempo il tumore o la cirrosi si aggravino e il paziente possa morire.

Quali sono le sue speranze per il futuro?

I risultati ottenuti e la positività dell'esperienza fatta dopo 8 trapianti mi incoraggiano a proseguire. Ora che il muro dell'HIV come controindicazione al trapianto è stato definitivamente abbattuto conto di poter andare avanti a fare un buon lavoro.

(L.S.)

La multiterapia

- Il trattamento farmacologico contro l'infezione da HIV prende il nome di terapia antiretrovirale. Esistono diverse classi di farmaci anti-HIV:
- quella degli inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa, che servono a bloccare la fase in cui il materiale genetico HIV si trasforma da RNA in DNA (AZT,ddI, ddC, d4T, 3TC, Abacavir)
- quella degli inibitori non-nucleosidici della trascrittasi inversa, o NNRTI, che bloccano la stessa fase precedente del ciclo vitale ma in un altro sito d'azione (Nevirapina, Viramene, Delavirdina, Efavirenz)
- quella degli inibitori della proteasi (Saquinavir, Indinavir, Ritonavir, Nelfinavir, Amprenavir)
- E' stato proprio l'impiego combinato di più farmaci (detto multiterapia), che permette di attaccare su fronti diversi il virus dell'HIV in differenti fasi del suo



ciclo di vita, ad aver determinato nel corso degli anni un cambiamento radicale nella storia dei pazienti sieropositivi. Oggi non solo riescono a condurre una vita pressoché normale - eccezion fatta per i periodici controlli - ma neppure necessitano di sottoporvisi perennemente.

Recensioni

ifficile non adeguarsi al modello "fiera delle ovvietà" parlando di droga. Eppure Paolo Rigliano - psicoterapeuta e per anni Direttore di un S.E.R.T. milanese - con il suo libro "Piaceri drogati"ci è riuscito e ha fatto centro. In controtendenza rispetto ai debordanti sprolosull'argomento, "Porta a Porta", gli è bastato un centinaio di pagine per arrivare al cuore del problema, zsfrondando capitolo per capitolo i più consueti luoghi comuni in proposito. "Le droghe - afferma - sono un fenomeno che sembra riguardare soprattutto i giovani. In realtà non è del tutto vero. A partire dall'alcol, il loro consumo è comune a molte fasce generazionali e sociali". Il motivo è presto detto: "Nell'immaginario e nell'esperienza di milioni di persone le droghe sono

strumenti che danno la possibilità di mutare il proprio stato mentale all'istante, "in meglio" (cioè dal come si è al come si vorrebbe essere) e secondo i propri desideri". Un costume che lungi dall'essere il riflesso di un contesto sociale privo di valori, è semmai il segno del suo contrario. Dice infatti lo psicologo: "Molte delle sostanze stupefacenti attualmente in voga soprattutto fra i giovani (ecstasy, amfetaminosimili) sono perfettamente coerenti ai valori dominanti, quelli richiesti dai tempi del lavoro e della produttività: forza, efficienza, sicurezza e al tempo stesso ipercontrollo". Il cardine della questione starebbe dunque nell'immagine di sé, talora irraggiungibile, che la perso-

Saggi Universale Economica Feltrinelli

Paolo Rigliano
PIACERI DROGATI
Psicologia del consumo
di droghe

na pretende di inseguire - spesso sull'onda dei contesti in cui si trova a vivere - e a cui il primo contatto con la sostanza sembra rispondere, dando l'illusione o di vincere angosce e tensioni o di superare limiti che appaiono invalicabili. Ma, contro ogni tentativo semplicistica omologazione, Rigliano avverte i lettori che dal consumo alla tossicodipendenza i distinguo diventano d'obbligo: "Non chiunque beva vino ai pasti diventerà alcolista". Perché? Perché esistono tre modi diversi di legarsi alla sostanza, ciascuno determinato dal valore che le dà il soggetto: mentre nell'uso la persona vi attribuisce una funzione parziale, con tempi e obiettivi ristretti, non invasivi

Placeri drogati

Recensioni

di tutti gli ambiti vitali, nell'abuso comincia già a instaurare con essa un rapporto stabile, nella dipendenza decide di farvi ruotare intorno tutta la propria esistenza. Cosa agevola tale progressione? Partendo dal presupposto che per capire la tossicodipendenza occorre abbandonare la "comodità" del modello causa-effetto delle condizioni esterne ("se quel ragazzo si fa è perché i genitori hanno sbagliato o perché la società è, come detto, senza valori...) l'autore individua nella sofferenza psicologica, individuale e familiare, il fattore che determina la svolta. "I tossicodipendenti - sostiene l'autore - sono persone che, provando una grande sofferenza interiore, hanno avuto l'esperienza nefasta di incontrare una sostanza che la faceva sparire immediatamente". La droga si pone dunque come l'esperienza concreta di una "risorsa dirompente", capace di rovesciare all'istante il dolore nel suo contrario, cioè uno stato psichico alternativo di ben-essere considerato eccezionale e non altrimenti raggiungibile. Da qui la coazione a ripetere, unico modo per far continuare la relazione fra sé e l'oggetto che ha compiuto il "tanto desiderato miracolo". L'esito è però un labirinto: che cerchi di curare la sofferenza con la sedazione (come nel caso dell'alcol e dell'eroina) o con l'espansione della personalità (cocaina, amfetamine, ecc.) la risposta tossicomanica, disponibile sempre e comunque, impedisce ogni evoluzione del soggetto coinvolto e ne blocca la sperimentazione di risorse personali alternative. Il suo vissuto diventa quello di sentirsi schiacciato fra due poli contrapposti: "io con la sostanza" e "io senza la sostanza".

Come uscirne? Innescando una spirale

terapeutica positiva che aiuti la persona a individuare le ragioni della sofferenza, elemento troppo spesso trascurato dai clinici, e le fornisca gli strumenti necessari a superarla. A questo punto dell'analisi, che si dipana come un immaginario dialogo con il lettore, Rigliano propone un nuovo spunto di riflessione, che vuol essere anche un suggerimento: l'insistenza sulla famiglia "come indispensabile protagonista di qualsiasi progetto terapeutico, compreso quello comunitario". Niente male come idea, se si pensa che dagli operatori viene spesso vissuta come un elemento di interferenza, se non addirittura come causa della tossicodipendenza. Lo psicologo usa invece in proposito parole di non comune profondità: "La famiglia, se adeguatamente aiutata, ha l'opportunità di utilizzare proprio la forza della sofferenza per mobilitare i legami fondamentali e costitutivi dell'essere umano, per sperimentare nuovi punti di vista. Perché se per i Gino, Luisa, Flavia, Orlando, citati nel libro, uscire dal tunnel della droga ha significato assumersi la responsabilità di farsi aiutare ad affrontare il dolore, evitando di anestetizzarlo, per i familiari ha voluto dire essere altrettanto disposti a farsi guidare verso un cambiamento, quello delle precedenti modalità relazionali. Alla fine, pur dentro un cammino costato enormi fatiche, entrambi hanno potuto constatare che continuare ad attendere una soluzione esterna, rapida e miracolosa, avrebbe avuto come conseguenza quella di replicare gli stessi meccanismi di ciò che si tentava di combattere: la droga. Un libro dunque assolutamente da leggere, utilissimo per affrontare questo problema secondo una prospettiva per nulla banale.



autunno caldo ⊿ e intenso ha nel nostro immaginario anche un particolare odore, quello delle castagne arrostite sul fuoco. Sono proprio le castagne protagoniste della stagione: arrosto, lessate, cotte, crude, secche, fresche, da sole o insieme ad altri ingredienti. I preziosi frutti del riccio ricreano a tavola atmosfere antiche, quelle di un tempo in cui le castagne erano un alimento base nell'alimentazione popolare, vero e proprio pane dei poveri.

Un frutto diverso dagli altri

La castagna è prodotta da un albero delle fagacee, originario e caratteristico delle zone mediterranee di mezza montagna.

E' custodita in un riccio spino so

dal colore verde-bruno che

si apre alla maturazione e contiene due o tre frutti.

La castagna si differenzia da tutti gli altri tipi di frutta per l'alto contenuto di amido, il che la fa classificare, dal punto di vista nutrizionale, non nel gruppo della frutta ma in quello dei cereali e dei loro derivati (pane, pasta ecc..). La cucina di una volta proponeva le castagne in minestre con i legumi, al posto della pasta o del riso o con il latte al posto del pane. La farina di castagne, oggi utilizzata quasi esclusivamente per preparare il castagnaccio, un tempo sostituiva in tutto la farina di frumento nella preparazione di pappe, pane e focacce.

Energia pulita

Gli zuccheri o carboidrati, a differenza degli altri nutrienti, forniscono energia all'organismo senza produrre scorie metaboliche e per questo i nutrizionisti consigliano che in una dieta equilibrata siano presenti nella percentuale del 60% di cui almeno i tre quarti sotto



Quante calorie?

A differenza degli altri frutti a guscio, costituiti in prevalenza da grassi, le castagne sono molto meno caloriche. 100 g di noci fresche, per esempio, forniscono 582 kcalorie, circa il quadruplo delle castagne che hanno 153 kcal per 100 g .

In confronto agli altri frutti freschi non a guscio come mele, pere e arance, le castagne sono invece almeno tre volte più caloriche per cui è opportuno non esagerare con le quantità per evitare sgraditi aumenti di peso oppure sostituirle ad alimenti del gruppo dei cereali. 50 g di castagne secche possono sostituire un'analoga quantità di pane, 100 g di castagne fresche corrispondono invece a 50 g di pane.

I marroni

I marroni sono una varietà di castagna più grossa. Sono più costosi rispetto alla castagna e sono impiegati soprattutto dall'industria dolciaria per la preparazione del marron glacès (marrone glassato) che si ottiene impregnando di zucchero il frutto mediante immersione ripetuta in uno sciroppo ad alta concentrazione di zucchero. Dal punto di vista nutrizionale si verifica un netto aumento degli zuccheri semplici e delle calorie

che arrivano a circa 390 kcal per 100 g.

Le virtù terapeutiche

La medicina popolare riconosce alle castagne proprietà antianemiche, rimineralizzanti e toniche muscolari, dovute probabilmente alla presenza di ferro, calcio, fosforo e vitamina B6. Anche alle foglie di castagno si riconoscono effetti terapeutici. L'infuso di foglie di castagno, dolcificato con 1 cucchiaino di miele, calma la tosse.

Consigli per la scelta e la consumazione

Una castagna fresca e sana si riconosce dalla buccia che deve essere lucida e intatta. Una volta acquistate le castagne fresche si conservano bene in un vassoio di vimini in un locale areato. Si possono congelare incidendone prima la buccia.

Le castagne vanno consumate mature e ben cotte perché sono dure e scarsamente attaccabili dai succhi digestivi. Per digerirle meglio è consigliabile masticarle bene. Una prolungata masticazione consente alla ptialina, un enzima contenuto nella saliva, di iniziare, già in bocca, la digestione dell'amido.



Sistema informativo Trapianti (SIT)

In questa pagina pubblichiamo alcuni dati riferiti al prelievo e al trapianto d'organi. Sono dati confortanti perché mostrano un'attività di donazione in aumento. Pur riferendosi a soli otto mesi, questi mostrano un trend positivo che porta a una somma che è già superiore a quella complessiva del 2003. Da sottolineare l'aumento sensibile e costante segnato nella regione Lombardia.

I dati delle liste di attesa si commentano da soli e fanno un pressante, se pur silente, appello ad una condivisione più attenta e generosa al bisogno di vita e di una migliore qualità della vita stessa.

Cosa dire infine delle "opposizioni alla donazione"? Anche qui i numeri esprimono chiaramente la situazione; vogliamo solo rilevare la confortante diminuzione in Lombardia di questo dato negativo.

È quindi importante leggere questa, come qualsiasi altra statistica, cercando di andare al di là dell'aridità dei numeri. Va colta infatti la complessita delle motivazioni e delle azioni che concorrono allo sviluppo o al regresso dell'attività di prelievo e di trapianto degli organi.

Attività di donazione per Regione (pmp)

Donatori

Regioni e provincie auton.	effettivi	utilizzati
Abruzzo - Molise	19,0	18,0
Basilicata	10,0	10,0
Calabria	6,0	6,0
Campania	12,9	12,1
Emilia - Romagna	31,6	30,5
Friuli Venezia Giulia	34,2	32,9
Lazio	18,2	17,6
Liguria	25,8	21,9
Lombardia	22,1	20,9
Marche	29,6	27,5
Piemonte – Valle d'Aosta	31,8	30,5
Prov. Aut. Bolzano	35,6	32,4
Prov. Aut. Trento	9,4	6,3
Puglia	10,4	10,4
Sardegna	23,9	23,0
Sicilia	10,9	10,9
Toscana	32,2	27,9
Umbria	16,3	16,3
Veneto	25,8	24,5
Italia	21,1	19,9

Liste di attesa

Totale Nazionale

iotale nazionale
Iscrizioni11.785
Pazienti 8.949
Rene
Iscrizioni9.307
Pazienti
Tempo medio di attesa 3,04 anni
% di mortalità in lista 1,18 %
Cuore
Iscrizioni653
Pazienti636
Tempo medio di attesa:2,10 anni
% di mortalità in lista:7,44 %
Fegato
Iscrizioni1.415
Pazienti1.367
Tempo medio di attesa 1,44 anni
% di mortalità in lista4,97%
Pancreas
Iscrizioni225
Pazienti209
Tempo medio di attesa 2,63 anni
% di mortalità in lista2,48 %
Polmone
Iscrizioni253
Pazienti247
Tempo medio di attesa1,90 anni
% di mortalità in lista10,59%

Opposizioni alla donazione (%)

Abruzzo/Molise: 42,0 - Basilicata: 37,5 - Calabria: 56,0 - Campania: 42,7 - Emilia Romagna: 30,9 - Friuli V.G.: 20,5 - Lazio: 24,5 - Liguria: 26,1 - **Lombardia: 14,5** - Marche: 13,5 - Piemonte - Valle d'Aosta: 29,0 - Prov. autonoma Bolzano: 18,8 - Prov. autonoma Trento: 0,0 - Puglia: 27,6 - Sardegna: 25,0 - Sicilia: 44,6 - Toscana: 31,1 - Umbria: 34,6 - Veneto: 20,4.

ITALIA: 28,4

www.aido.it

Vipa:

Cellule staminali per riparare reni danneggiati

A scoprire la possibilità di accelerare al massimo il recupero della funzione renale, finora un'impresa impossibile, è un'équipe del mario negri di bergamo. Nei laboratori dell'istituto è stato infatti condotto uno studio che apre un'importante prospettiva di cura per questa malattia. I ricercatori hanno impiegato una tecnica che utilizza particolari cellule staminali, le mesenchimali

Si tratta di cellule in grado di percepire il danno in un organo e di trasformarsi, sostituendosi a quelle danneggiate. "cellule staminali mesenchimali di topo sono state dunque iniettate in animali in cui era stata provocata una forma di insufficienza renale acuta, caratterizzata da un esteso danno alle cellule tubulari, responsabili delle più importanti funzioni del rene. Le staminali si sono localizzate nel rene danneggiato, si sono trasformate in cellule tubulari e hanno favorito una rapida rigenerazione dei tubuli renali e il ripristino della funzione renale", spiegano marina morigi e barbara imberti che hanno condotto questo studio. In futuro, assicurano, questa tecnica potrà essere applicata anche all'uomo. In futuro, dunque, si potranno prelevare cellule staminali mesenchimali dal midollo di un paziente colpito da insufficienza renale acuta e iniettarle nel rene, per promuovere la rapida rigenerazione. L'insufficienza renale, infatti, può complicare diverse condizioni quali i grandi traumi, gli interventi chirurgici complessi, le infezioni gravi e l'impiego di certi farmaci tossici per il rene. Nell'insufficienza renale acuta i reni perdono completamente le loro funzioni (fra cui il compito di depurare l'organismo dalle scorie) ed è necessario intervenire con la dialisi. "ancora oggi il 60% dei pazienti con insufficienza renale acuta muore - afferma remuzzi -. Dunque, accelerare il recupero dell'organo malato è molto importante. Non esistono però rimedi capaci di garantire una rapida guarigione ed è per questo che la probabilità di morire dei pazienti con insufficienza renale

acuta non è cambiata negli ultimi

30 anni. Inoltre, si tratta di una malattia teoricamente irreversibile in quanto più il danno renale dura nel tempo tanto meno si può sperare in un recupero".

Ora la speranza di una cura per questa malattia arriva dalle staminali mesenchimali, se nell'uomo verrà confermato quanto avvenuto nei topi.

Un ultimo appunto: queste cellule si trovano nel midollo osseo di ogni individuo e nel sangue del cordone ombelicale. Sono "progenitrici" di osso, cartilagine e grasso. Ma anche "multipotenti", in grado cioè di differenziarsi, se serve, in cellule di muscoli, cuore, fegato, cellule nervose, reni. Infine, se trapiantate non causano rigetto anche se provenienti da un altro individuo.

Aido

Dialisi: in italia 40mila pazienti

Sono 40.000 gli italiani in dialisi, praticamente il doppio rispetto a 15 anni fa. Ogni anno, nel nostro paese, devono sottoporsi al trattamento 10.000 pazienti, un 'esercito' costretto a recarsi in ospedale almeno tre volte la settimana per sedute di circa quattro ore. Con un costo per il sistema sanitario nazionale di 50.000 euro l'anno a paziente, sottolinea francesco locatelli, direttore del dipartimento di nefrologia e dialisi all'ospedale manzoni di lecco e presidente della societa' italiana di nefrologia, durante il 45.esimo congresso che si è tenuto a torino e al quale hanno partecipato oltre 2.000 esperti italiani. "Per i nefrologi - afferma locatelli - un paziente in dialisi o in lista per un trapianto costituisce una sconfitta. Soprattutto se consideriamo che una diagnosi precoce consente di intervenire con terapie farmacologiche efficaci". Basterebbe un bana-le esame delle urine. Studi recenti hanno evidenziato che la quantita' di albumina nelle urine e' un importante fattore di rischio non solo per le nefropatie, ma anche per le malattie cardiovascolari. Gli specialisti italiani, dunque, non hanno dubbi: "rivolgiamo - - insiste locatelli - un appello ai medici di famiglia: non misurate solo la pressione arteriosa, ma prescrivete periodicamente un esame delle urine' 'Sono soprattutto anziani a dover

ricorrere alla dialisi - spiega giovan-

ni cancarini, segretario nazionale della sin - con una situazione clinica, specie cardiologica, compromessa. Se 10-15 anni fa il rapporto tra 20/40enni e 'over 65' era di 1 a 1, oggi per ogni paziente giovane in cura ce ne sono sei anziani. L'incremento dell'aspettativa di vita porta a una 'usura' fisiologica dell'organo". Per questo "vanno tenuti sotto controllo i principali fattori di rischio, come ipertensione e soprappeso - raccomanda locatelli - per impedire che si instauri una malattia renale progressiva specie secondaria a diabete, con le note complicanze cardiovascolari e oculari". La parola d'ordine e' "investire in prevenzione", giocando d'antici-pio, anche perche' "interventi chirurgici riparativi e trapianti sono spesso esclusi nel caso di persone in eta' troppo avanzata. E, nel caso di una funzione renale esaurita, la dialisi rappresenta la sola alternativa. "Il nostro obiettivo - conclude locatelli - e' di evitare le deriva degli stati uniti, a cui si stanno accodando la germania e altri paesi europei, dove stili di vita errati, un' alta percentuale di persone in sovrappeso o obese, fanno si' che il 50% dei malati di reni candidati alla dialisi sia diabetico e cardiopatico. Avere un cuore in ordine significa inoltre poter affrontare l' eventuale trapianto con minori rischi".

Fatti e cifre n.59

Trapianto di fegato da donatori con età maggiore di 80 anni

I donatori con età avanzata sono una crescente parte del pool totale dei donatori, ma ad oggi non esiste ancora un consenso definitivo sul limite di età per la loro accettazione. In uno studio multicentrico retrospettivo caso-controllo, pubblicato sull'ultimo numero dell'american journal of transplantation ed effettuato dal novembre 1998 al gennaio 2003, è stato confrontato l'esito di 30 trapianti ortotopici di fegato con donatori ottuagenari con quello di 60 trapianti cronologicamente correlati effettuati con donatori di età inferiore ai 40 anni.

I risultati dello studio hanno mostrato chiaramente che fegati di donatori ottuagenari possono essere utilizzati in modo sicuro per il trapianto: sia la percentuale di complican-

ze post-operatorie sia la sopravvivenza dell'organo e del paziente, infatti, sono simili a quelle osservate nei donatori più giovani. Nessuna significativa differenza è stata inoltre identificata nei due gruppi in riferimento a trombosi dell'arteria epatica, disfunzioni primarie del graft (incluse non funzionalità primaria, pnf, e scarsa funzionalità iniziale, ipf), stenosi biliare non ischemica ed episodi di rigetto acuto. I buoni risultati ottenuti dall'uso di donatori ottuagenari può risiedere nell'uso di un'attenta policy di selezione dei donatori come mostra la percentuale di scarto molto più alta negli anziani rispetto ai giovani (48,2 vs 14,3%; p < 0,001). II secondo fattore di successo è da identificarsi con un tempo di conservazione più breve: l'unico parametro che ha fornito una significativa differenza tra i due gruppi è stato infatti il tempo di ischemia fredda. Wall et al. (1990) riferiscono di buoni risultati clinici con un tempo medio di conservazione che va dalle 4 alle 6 ore. Lo studio, inoltre, conferma ed estende le osservazioni di romero et al. (1999) che hanno introdotto la possibilità di utilizzare questo tipo di donatori con uno studio su quattro pazienti. La sopravvivenza a lungo termine dei pazienti si è mostrata significativamente inferiore nei pazienti trapiantati con organi di donatori ottuagenari: l'analisi delle cause della morte sembrano però ricondurre tale esito alla tendenza ad allocare gli organi marginali in riceventi ad alto rischio di neopla-Interessante è inoltre osservare come la cirrosi dovuta a ricorrenza di epatite c sia stata la più frequente causa di decesso nei pazienti che hanno ricevuto organi da donatori più anziani. Tale risultato sembra coincidere con la minore sopravvivenza a lungo termine dei pazienti hcv-positivi trapiantati con organi di ottuagenari e suggerisce

che riceventi con epatite c non dovrebbero ricevere graft da donatori troppo anziani.

In conclusione, lo studio ha mostrato come oggi si tenda ad utilizzare organi di donatori anziani su "riceventi marginali" e come si dovrebbe, al contrario, utilizzare una policy di selezione meno restrittiva.

Vipas

Gli scienziati alla ricerca di geni "salva - organi"

Ogni anno migliaia di vite vengono salvate grazie al trapianto di organi. Crescono gli interventi e le donazioni che non sempre, però, sono sufficienti. Da anni gli scienziati sono al lavoro per ovviare alla mancanza di organi. Più recentemente sono indirizzati al tentativo di rendere utilizzabili tutti gli organi dei donatori. Il 40% infatti, non arriva al trapianto perché subisce un danno e deve essere scartato. I ricercatori italiani sono in prima linea negli studi che potrebbero, sfruttando la naturale capacità di alcuni geni di proteggere le cellule, aumentare la disponibilità di organi funzionanti. Come assicura una "pioniera" del settore maria luisa lavitrano, docente di patologia e immunologia all'università milano bicocca e rappresentante italiana al consiglo d'europa per la bioetica nello xenotrapianto. Quale strade si stanno esplorando per offrire nuove opportunità ai pazienti che hanno bisogno di un

La nostra esigenza è quella di evitare che la gente muoia in attesa di un organo disponibile. Una delle ipotesi è quella dello xenotrapianto, si lavora in tutto il mondo con risultati estremamente buoni anche se non definitivi. Un'altra ipotesi, quella a cui il mio gruppo ha lavorato nell'ultimo anno e mezzo, è il recupero degli "organi marginali". Quelli, cioè, che non riescono a essere trapiantati, pur essendo stati donati, perché giungono al momento del trapianto in condizioni non idonee. Per quale motivo?

Si tratta di organi danneggiati durante il periodo di osservazione (le sei ore che per legge bisogna attendere prima del prelievo), oppure rovinati durante il prelievo o addirittura durante l'intervento di impianto. Questo danno è chiamato ischemia da riperfusione. In questi casi, a un iniziale danno da mancanza di sangue se ne aggiunge un altro dovuto alla riattivazione della circolazione. Questo tipo di ischemia fa perdere il 40% degli organi.

Cosa si sta facendo per ovviare al problema?

Il nostro obbiettivo è cercare di

capire se si può preservare l'organo dall'ischemia da riperfusione e recuperarne almeno una parte. Abbiamo avuto così l'idea di sfruttare il sistema che tutte le cellule utilizzano per superare il danno. Le nostre cellule, infatti, hanno dei "geni protettivi" che si attivano in presenza delle lesioni. In questi casi si "riprogrammano". In particolare abbiamo studiato un gene che si chiama emeossigenasi 1 (ho-1). Ci siamo chiesti se fosse possibile utilizzare l'attivazione del gene in anticipo, per prevenire il danno. Oppure se fosse possibile somministrare, in un animale da laboratorio, uno dei prodotti di questo gene (monossido di carbonio) in funzione protettiva.

Cosa avete scoperto? Abbiamo avuto dei risultati molto incoraggianti. L'esperimento è stato fatto in un maiale, in un modello by pass cardiopolmonare, ovvero isolando completamente il cuore e mettendo l'animale in circolazione extracorporea. Esattamente come si fa prima di un normale intervento sul cuore. Abbiamo così indotto un ischemia prolungata.

Successivamente abbiamo ripristinato il circolo, creando un danno da ischemia da riperfusione. A questo punto abbiamo misurato tutti i parametri chimico-fisici. E la protezione ha funzionato negli animali trattati con basse dosi di monossido di carbonio per attivare il gene questo gas, tossico in grosse quantità, è quindi utile in quantità "metaboliche" contro il danno da ischemia da riperfusione. Un risultato importante perché si tratta del primo studio basato sull'idea innovativa - che potrebbe presto essere trasferita alla clinica - di attivare i sistemi naturali delle cellule per preservare gli organi. In che modo potrebbe essere applicata negli uomini? Ad esempio si potrebbe, se il paziente viene mantenuto in vita con un respiratore artificiale, som-

ministrare monossido di carbonio a dosi metaboliche durante il periodo di osservazione, quando viene dichiarata la morte cerebrale. Trial clinici di tossicità su volontari sani sono in corso in una clinica universitaria di vienna. I dati di questo studio, che saranno presentati al prossimo congresso mondiale sui trapianti, dimostrano che alle dosi da noi usate sugli animali non c'è

tossicità.

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 <u>cornea</u> 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.

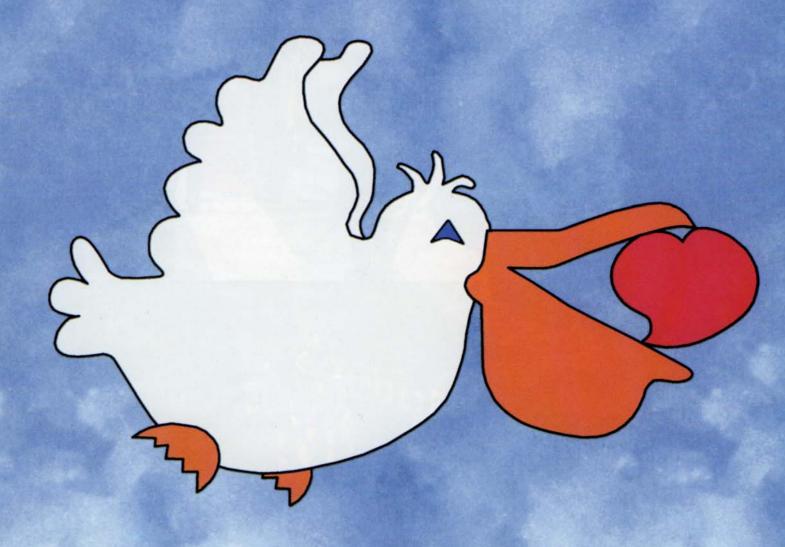
L'AIDO



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 Si convinto per la Vita



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