PREVENZIONE oggi

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Bergamo - anno XVI n° 149 OTTOBRE 2006

aido

Sommario

pagina 1 Editoriale

pagina 2 Convegno
L'Aido e la sanità al servizio della Vita

pagina 4 Con il trapianto di intestino superata una nuova frontiera

pagina 18 Cosa è, a cosa serve cosa indica il livello di colesterolo ematico

pagina 22 La dieta contro il colesterolo alto

pagina 26 Notizie dalle Sezioni

pagina 27 Aidonews

PREVENZIONE oggi

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale AIDO Lombardia -ONLUS

Anno XVI n. 149- ottobre 2006

Editore:
Consiglio Regionale AIDO Lombardia - ONLUS
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
e-mail: aidolombardia@simail.it

Direttore Editoriale
Leonida Pozzi

Direttore Responsabile
Leonio Callioni

Collaborazioni scientifiche:
Dott. Gaetano Bianchi

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Michele Colledan
Direttore Chirurgia Generale III
Direttore Centro Trapianti di fegato e di polmoni

Dott. Paolo Ferrazzi
Direttore Dipartimento Cardiovascolare
Direttore U.O. di Cardiochirurgia

Dott. Amando Gamba
Responsabile Unità Semplice dipartimentale
Centro Trapianti di cuore

Dott. Giuseppe Locatelli
Direttore Dipartimento di Pediatria
Responsabile Centro trapianti renali

Dott. Giuseppe Remuzzi
Direttore Dipartimento
di Immunologia e Clinica dei Trapianti

Università Milano Bicocca

Prof. Roberto Fumagalli
Docente

NITp - Nord Italia Transplant

Prof. Cristiano Martini - *Presidente*

Dott. Mario Scalamogna - *Direttore*

Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie di alta specializzazione - ISMeTT

Prof. Bruno Gridelli
Direttore Medico scientifico
Professore di Chirurgia Università di Pittsburgh

Istituto Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Bergamo

Dott. Giuseppe Remuzzi - *Direttore*

Yale University School of Medicine

Dott. Mario Strazzabosco
Professor of Medicine,
Director of Transplant Hepatology
Department of Internal Medicine
Section of Digestive Diseases

Redazione esterna
Laura Sposito
Cristina Grande

Redazione tecnica
Bergamo
e-mail: prevenzione.oggi@libero.it
Paolo Seminati

Segreteria e Amministrazione
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
e-mail: aidolombardia@simail.it
C/C postale 36074276
Ester Milani
Laura Cavalleri

Sottoscrizioni

Socio Aido	Simpatizzante	Sostenitore	Benemerito
€ 30,00	€ 40,00	€ 70,00	€ 90,00

C/C postale 36074276 AIDO Cons.Reg.Lombardia ONLUS Prevenzione Oggi

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 di Mezzate BG

Finito di stampare prima decade novembre 2006

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

Le informazioni contenute in questo periodico vengono trattate con liceità, correttezza e trasparenza conformemente al D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Editoriale

Nell'anno del 35º di vita un altro grande traguardo raggiunto: il trapianto di intestino pediatrico

In punta di piedi, con grande rispetto per la sofferenza dei bambini ma con altrettanto grande entusiasmo per l'eccezionale livello raggiunto dalla medicina del trapianto e dalla pediatria, siamo nuovamente entrati con questo numero di "Prevenzione Oggi" agli Ospedali Riuniti di Bergamo dove, poco tempo prima, l'équipe del dott. Michele Colledan aveva eseguito con successo un trapianto di intestino su un bambino di otto anni. All'intervento chirurgico del dott. Colledan questo bambino era stato accompagnato dalla preparazione di un eccellente pediatra formatosi a Trieste e da alcuni anni operativo ai Riuniti di Bergamo, il dott. Giuliano Torre. Dopo il trapianto, perfettamente riuscito, il bambino è ritornato alle cure del dott. Torre per avviarsi verso una vita nuova, fatta di libertà, di possibilità di nutrirsi "normalmente" e non attraverso le vie venose che avevano rappresentato la sua unica, preziosa ma schiavizzante risorsa nei primi otto anni di vita. Un ritorno alla normalità, per questo bambino, che ha significato anche la gioia immensa di poter dare una risposta ad un bisogno fisico quale quello di provare a fondo il gusto dei cibi. Nessuno, se non il bambino e per certi comprensibili aspetti, i suoi genitori, può immaginare la differenza di vita del prima e del dopo trapianto. Alcuni giornali, ancora una volta, hanno parlato di "miracolo". Invece il trapianto, a Bergamo, sul bambino di otto anni ha la grandezza delle enormi potenzialità della chirurgia; non è altro che un nuovo grande passo avanti nel lungo e prestigioso cammino dei trapianti in Italia e in Lombardia in particolare. Il miracolo è un evento che sfugge alle possibilità umane; invece il trapianto è il risultato di un numero elevatissimo di componenti che sgorgano dalle enormi potenzialità della medicina quando è vissuta con generosità, entusiasmo, dedizione: dalla geniale intuizione dei primi chirurghi, alla tenace e illuminata professionalità dei medici e dei ricercatori, alla capace e oculata gestione delle risorse di molti lungimiranti amministratori sanitari, per finire con la donazione di organi, quale determinante contributo della solidarietà fra esseri umani. Così, per scelta razionale e per forza di volontà, e non per magìa, si pone fine alle indicibili sofferenze di tanti nostri fratelli.

A colloquio con il prof. Colledan e con il dott. Torre ho vissuto emozioni difficili da raccontare, toccato anche dalla mia personale esperienza di trapiantato, al pensiero della drammatica situazione di quel bambino, della sua gioia esplosiva di questi giorni e delle difficoltà che hanno segnato la vita di quella famiglia.

Questa d'altra parte è la nostra storia: è la storia della solidarietà che diventa vita e trionfo sulla sofferenza e la morte. E' la storia che celebriamo con le manifestazioni del 35° di vita del gruppo Donatori Organi Bergamo, nato nel 1971 e divenuto Associazione Italiana Donatori Organi due anni dopo. Manifestazioni che servono a ricordare, a rendere omaggio, e a ricaricarci di entusiasmo perché i traguardi raggiunti - impensabili 35 anni fa all'uomo qualunque ma non al cuore profetico dell'amico carissimo Giorgio Brumat - sono oggi la base sulla quale erigeremo il solido edificio del futuro del trapianto. Un futuro che appare sempre più chiaramente delineato e che si presenta fecondo di nuovi possibili grandi successi e di traguardi felicemente conseguiti.

Ne parleremo diffusamente nel corso del convegno in programma a Bergamo sabato 18 novembre prossimo. Questo prestigioso e bellissimo anno sarà infine concluso con un momento celebrativo e spettacolare presso il Teatro Donizetti. Ricorderemo le nostre origini, renderemo omaggio ai nostri tanti e sinceri amici, ci daremo la mano per continuare il cammino della solidarietà e dell'aiuto a chi soffre. C'è tanto ancora da fare, non possiamo né dirci stanchi, né soddisfatti perché la sofferenza non va mai in vacanza e perché l'entusiasmo che c'è dentro di noi è contagioso e ci fa travolgere ogni ostacolo.

Leonida Pozzi

In copertina:
«IL CANTO DEI COLORI»©

foto di
Giuseppe Pellegrini - Mantova

"Sono improvvisi i paesaggi che si incontrano ai confini delle Langhe, ricchi di forti emozioni: colori immediati e colori assopiti, la cui dolcezza sfuma e accarezza fino all'orizzonte.
In questo luogo amabile, appaiono simboli di partecipazione umana e spirituale, tradotti con segreto desiderio. Sono le sensazioni e gli umori di una splendida terra".

In copertina

convegno

L'Aido e la Sanità al servizio della vita

35° di fondazione

Ospedali Riuniti di Bergamo

ASSOCIAZIONE DONATORI ORGANI - BERGAMO

aido

Insieme per donare futuro alla speranza

"Ormai quasi giunti al traguardo del 35° abbiamo ritenuto doveroso e utile fare il punto della situazione del prelievo e del trapianto d'organi in Italia e in particolare in Lombardia. Abbiamo così pensato di organizzare un convegno su questi grandi temi, suddiviso in tre momenti fondamentali. Il primo momento dedicato alla storia del trapianto, quindi con uno sguardo rivolto in particolare al passato, attraverso gli interventi degli illustri clinici e chirurghi che di questa storia sono stati i pionieri. Un secondo momento porta l'attenzione sulle storie di vita vissuta, con le testimonianze di chi è passato attraverso i giorni dell'attesa, l'intervento di trapianto, il ritorno alla vita. Per molti un drammatico passaggio dal rischio della morte alla pienezza della vita, grazie al dono promosso dall'Aido. Testimonianze saranno offerte anche da familiari dei trapiantati.
Infine un terzo momento porterà in rilievo il presente e il futuro del trapianto, attraverso le parole dei chirurghi e dei ricercatori che ci aiuteranno a scrutare l'orizzonte per scoprire cosa ci riserva il domani".
Così il presidente regionale Lombardia e provinciale di Bergamo, cav.

ASSOCIAZIONE DONATORI ORGANI - BERGAMO

Leonida Pozzi, presenta il convegno che l'AIDO, in collaborazione con gli Ospedali Riuniti di Bergamo, organizzano per sabato 18 novembre, nella Sala Mosaico della Borsa Merci della Camera di Commercio in Piazza Libertà, a Bergamo.
Il presidente Pozzi anticipa poi che "il 22 dicembre, si concluderà l'anno del 35° anniversario di fondazione del DOB-Donatori Organi Bergamo, divenuto due anni dopo AIDO-Associazione Italiana Donatori Organi, con una grande festa in programma al Teatro Donizetti di Bergamo".

Programma

ore 8,30 **incontro dei partecipanti**
conduce Dr.ssa Claudia **Rota**

ore 9,00 **messaggi di saluto**
Cav. Leonida **Pozzi** Presidente AIDO Regionale Lombardia
Dott. Carlo **Bonometti** Direttore Generale Ospedali Riuniti Bergamo
Dott. Roberto **Formigoni** Presidente Giunta Regione Lombardia
Dott. Alessandro **Cè** Assessore Sanità Regione Lombardia
Avv. Roberto **Bruni** Sindaco di Bergamo
Geom. Valerio **Bettoni** Presidente Provincia di Bergamo
Prof. Cristiano **Martini** Coordinatore Regionale e Presidente NITp
Dott. Mario **Scalamogna** Direttore NITp

ore 9,30 **introduzione**
Prof. Cristiano **Martini**

ore 9,45 **storia del trapianto - il passato**
moderatore Dr. Paolo **Ferrazzi**

Prof. Mario **Maritano**, Prof. Lucio **Parenzan**,
Prof. Luigi Rainero **Fassati**, Prof.ssa Luisa **Berardinelli**

ore 10,25 **discussione**

ore 10,40 **storia dell'AIDO - dalle origini ai giorni nostri**
Cav. Leonida **Pozzi**

ore 11,00 **coffee-break**

ore 11,20 **Testimonianze**
moderatore Dr. Mariangelo **Cossolini**

Trapiantato adulto, Familiari trapiantato pediatrico,
Paziente in attesa di trapianto, Sig.a Cristiana **Rivoltella** -Infermiera

ore 12,00 **storia del trapianto: il presente e il futuro**
moderatore Dr. Marco **Salmoiraghi**

Dr. Giuseppe **Locatelli**, Dr. Michele **Colledan**,
Dr. Luciano **De Carlis**, Dr. Amando **Gamba**

a seguire **la ricerca**
Prof. Tiziano **Barbui**

ore 12,45 **discussione**

ore 13,00 **storia dell'AIDO - il futuro**
Dott. Vincenzo **Passarelli** Presidente AIDO Nazionale

ore 13,15 **Conclusioni**
Cav. Leonida **Pozzi**

a seguire **aperitivo di commiato**

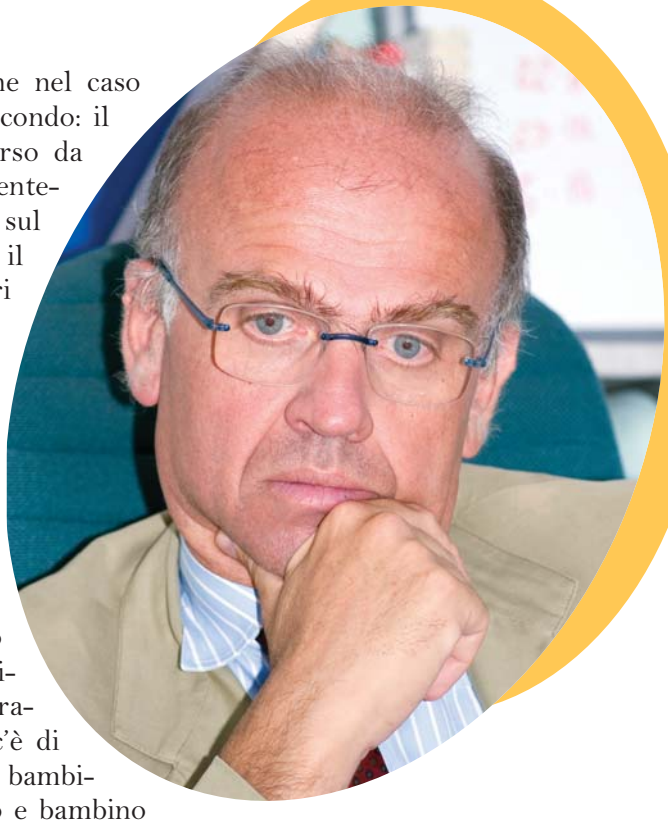
Con il trapianto di intestino superata una nuova frontiera

Qual è la "qualità di vita" e quale la "speranza di vita" di un bambino senza intestino? In entrambi i casi dobbiamo rispondere "molto povera". Un bambino senza intestino vive perché ogni giorno riceve gli alimenti direttamente nel sangue, attraverso una via venosa. E sopravvive in quel modo finché, una dopo l'altra, si rendono inutilizzabili le vene di accesso per l'alimentazione. Poi muore. Il trapianto di intestino, intervento rarissimo nel mondo si fa - è stato fatto con successo su un bambino di otto anni - agli Ospedali Riuniti di Bergamo, dall'équipe del prof. Colledan. Per conoscere e raccontare questa realtà abbiamo incontrato il prof. Colledan per parlare del trapianto, insieme con il dottor Torre, per spiegare invece come si tiene in vita, come si prepara all'intervento e come si cura dopo un bambino o una bambina senza

intestino.
Siamo accolti nell'ufficio del prof. Colledan; dopo pochi minuti arriva il dottor Torre, ma intanto il ragionamento ha toccato un tema molto delicato, sul quale ci soffermiamo prima di andare su quello del trapianto di intestino: è il tema del trapianto tra viventi.

Pozzi: Con tutte le implicazioni mediche, fisiche e psicologiche di un trapianto tra viventi, noi pensiamo che sia assolutamente da privilegiare l'utilizzo degli organi provenienti da persone decedute anche in considerazione della grande disponibilità che potrebbe esserci con una migliore consapevolezza medico-scientifica e con la diffusione della cultura della donazione.

Colledan: Credo che nonostante tutto il trapianto tra viventi non si possa escludere a priori. Però è ragionevole parlarne e nominarlo solo nel momento in cui si sta facendo di tutto per utilizzare il più a fondo possibile i donatori cadavere. Credo che Bergamo in questo abbia le credenziali a posto perché nessun centro al mondo fa tanto split (la tecnica che consente di ricavare due parti da trapiantare da un fegato di donatore: N.d.R.) quanto noi; nessun centro in Italia usa più donatori "marginali" di noi (anche se non è più così facile stabilire cosa significhi esattamente la parola "marginali"). A quel punto se aggiungiamo la disponibilità del vivente non è per non sfruttare bene la risorsa principale ma perché nonostante tutto, anche sfruttandola al meglio, rimangono ancora dei margini. Se parliamo poi di bambini dobbiamo considerare che ci sono situazioni particolari. Primo: il rischio per il



donatore è molto più basso che nel caso della donazione per l'adulto. Secondo: il rapporto genitore-figlio è diverso da qualunque altro rapporto di parentela. Per contro il ragionamento sul rischio è anche diverso perché il bambino ha bisogno dei genitori più di quanto una persona abbia bisogno del proprio fratello o anche della propria moglie o del proprio marito. Precisato che noi non spingiamo sul trapianto da vivente perché finora abbiamo dei tempi di attesa buoni, va spiegato, anche se non è facile da capire in un contesto divulgativo, che avendo adesso lo "split" per adulti e poiché lo "split" viene comunque praticato sui donatori "migliori", c'è di nuovo competizione fra adulto e bambino. Infatti se io "splitto" adulto e bambino curo il bambino ma incido poco sulla lista degli adulti, e magari nel frattempo ho qualche adulto che fa il trapianto da vivente che è più complesso e più rischioso. Se invece faccio qualche "split" adulto-adulto in più (che vuol dire qualche "split" adulto-bambino in meno) e trapianto qualche bambino da vivente, faccio il vivente a basso rischio e aumento il numero degli interventi con esito soddisfacente. Detto questo, va precisato che su oltre trecento trapianti di fegato in bambini, a Bergamo abbiamo da registrare un solo trapianto di fegato da vivente (da padre a figlio).

Pozzi: Arriviamo allora al tema centrale del nostro incontro: il trapianto di intestino. Quali sono le premesse che hanno portato a questo primo intervento a Bergamo?

Colledan: La chirurgia dei trapianti è nata presso i chirurghi che sono costituzionalmente gli avventurosi della medicina e anche un po' i pionieri del settore. Questo ha una sua importanza perché ha favorito la costituzione di una "popolazione" di chirurghi dei trapianti che si occupava di tutto: del prima-trapianto, del trapianto e del dopo-trapianto (anche se qualche decennio fa purtroppo il "dopo" era molto breve). Si era costituita questa famiglia di chirurghi dei trapianti prima che si costituissero quelle degli omologhi nelle altre discipline. Se guardiamo la storia del programma del trapianto di fegato nei bambini a Bergamo (un programma che, ricordo, era iniziato a Milano con il prof. Gridelli) troviamo che il chirurgo operava in un ospedale che non aveva esperienze specifiche di trapianto per il bambino e che quindi si era un po' adattato a fare diverse mansioni. In particolare il chirurgo faceva anche la parte pediatrica del trapianto. Questo per cominciare va bene. Anzi è meglio che la fase operativa sia concentrata in poche figure perché altrimenti si rischia di non riuscire a procedere. Però non si può pensare che sia una storia a lungo termine perché è necessario poi procedere a "fare struttura" e perché il chirurgo, per bene che faccia anche il pediatra, non lo farà mai bene come un pediatra vero. Venire a Bergamo ha significato trasporre un'attività di questo tipo in un ospedale in cui buona parte delle competenze chirurgico pediatriche e pediatriche c'erano e comunque esisteva la vocazione pediatrica. Attorno a questo programma poi è cresciuta, con

la venuta del dott. Torre, una Pediatria che per gli addetti è diventata una Pediatria anche del trapianto. Quindi, come esiste il chirurgo del trapianto, oggi esiste il gastroenterologo del trapianto ed esiste il pediatra del trapianto: un pediatra che ha competenze di tutta la Pediatria, competenze di malattie d'organo e poi ha imparato anche a curare i problemi medici del trapianto. Perciò oggi abbiamo figure specifiche esperte di trapianti: il rianimatore, il chirurgo, il pediatra, l'anestesista e così via. Questo forma una macchina in cui ciascuno mette il suo pezzo di competenza interagendo con gli altri. Questo è a mio avviso il raggiungimento della maturità delle attività di trapianto. Il passare dal pionierismo a un prodotto non finito (perché finito non è mai), ma comunque un prodotto di buon livello. Da qui parte anche il trapianto di intestino perché dal momento in cui in un ospedale come questo si eseguono ogni anno mediamente quaranta trapianti di fegato in bambini, abbiamo la solida base del processo-trapianto. Non bisogna dimenticare che vi sono anche i trapianti di cuore pediatrico; meno numerosi di quelli di fegato perché sul cuore lo "split" non è possibile, ma ci sono. Esiste insomma un meccanismo di efficienza, nel quale entrano bambini candidabili al trapianto e ne escono bambini che dopo il trapianto vengono seguiti nel follow-up. Cambiando alcuni aspetti di competenza e cambiando le griglie siamo in condizioni di affrontare il trapianto di ogni organo, perché il processo è lo stesso, pur con aspetti specifici diversi. In un contesto di questo tipo, poiché la pediatria aveva già grosse competenze di gastroenterologia è stato naturale arrivare all'esecuzione del trapianto di intestino".

Pozzi: Esiste quindi una gastroenterologia pediatrica?

Torre: Nella pratica sì, anche se non ufficializzata. Ci sono delle competenze, rappresentate da alcuni medici che entrano nel programma. A Bergamo abbiamo portato l'esperienza di venti anni di attività svolta a Trieste. L'abbiamo esportata in un ospedale che aveva iniziato ad avere buone competenze dal punto di vista epatologico e siccome fegato e intestino sono fratelli è difficile pensare che non si finisca per collaborare. Oggi giorno agli Ospedali Riuniti di Bergamo si fa una gastroenterologia pediatrica buona che potrebbe anche essere di un volume superiore perché c'è una fortissima richiesta. Il fatto che noi la teniamo invece molto vincolata all'aspetto dell'insufficienza intestinale e al trapianto non è per mancanza di competenze ma perché è impossibile far tutto, anche se a noi piacerebbe...".

Pozzi: Come per esempio creare un reparto ad hoc...

Torre: Sono perfettamente d'accordo con lei. Devo però aggiungere che in una realtà come la nostra (che per esempio non è universitaria) è anche difficilmente realizzabile. Onestamente, se potessi occuparmi di fegato, gastro, nutrizione e trapianto di intestino e di polmone, insomma di tutto quello che ruota attorno all'insufficienza d'organo, ne sarei molto contento. Senza con ciò sminuire il valore di quello che ho. Voglio sottolineare che attorno a noi c'è molta domanda. Il trapianto, per quello che sviluppa, è un

motore incredibile perché sviluppa competenze, capacità di investire in situazioni critiche, perfeziona la gestione routinaria nel campo in cui operiamo".

Colledan: "Per questo dicevo, avendo un processo ben consolidato, avendo le competenze pediatriche necessarie, avendo nel frattempo acquisito competenze chirurgiche molto specifiche (uno dei miei collaboratori ha trascorso un periodo formativo in uno dei maggiori centri mondiali, facendo tutto l'iter di formazione di un sistema statunitense) possiamo dire di essere pronti per sfide più ambiziose. Ho già avuto modo, in altra sede, di sottolineare che nel problema "insufficienza intestinale cronica del bambino" in Italia c'è uno spazio vuoto "a forma di Bergamo" mentre nel programma trapianti di Bergamo c'è uno spazio vuoto "a forma di trapianto di intestino". Quindi abbiamo pensato di proporci e abbiamo cominciato a mettere in lista casi di trapianto di intestino. Programma di trapianto di intestino non vuol dire solo trapianto di intestino ma vuole anche dire che alcuni bambini arrivano come candidati al trapianto di intestino e reimpostando il programma nutrizionale i pediatri riescono a fare in modo che non ne abbiano più bisogno o quantomeno che si posticipi di molto. Alcuni bambini arrivano con un'indicazione di trapianto di intestino e di fegato e reimpostando il programma nutrizionale e rivedendo il problema si fa solo il trapianto di fegato che è il "nostro pane quotidiano" e che quindi anche se complesso è paradossalmente più semplice. Così è possibile a volte, se non proprio risolvere il problema (ma a volte è possibile) almeno rinviare il trapianto di molti anni nel tempo. Il ragionamento attorno al trapianto di intestino è in definitiva molto più ampio e può portare a diverse soluzioni.

Pozzi: Voi avete comunque rotto gli indugi e vi siete cimentati in questa prova sul trapianto di intesti-

Primo trapianto di intestino ad un bambino sotto i dieci anni di età

Per la prima volta in Italia un trapianto d'intestino a un bambino di meno di 10 anni è stato eseguito nella notte tra il 21 e il 22 aprile agli Ospedali Riuniti di Bergamo, in collaborazione con il Centro Trapianti di fegato e intestino multiviscerale dell'ospedale Maggiore Policlinico di Milano.
L'intervento è stato effettuato dall'équipe del dott. Michele Colledan, Direttore dell'Unità di Chirurgia 3a e dei Trapianti degli Ospedali Riuniti che, con questo eccezionale intervento, confermano la propria eccellenza storica nell'ambito dell'attività trapiantologica.

"E' stato un intervento complesso e particolare - commenta il chirurgo Michele Colledan - dal punto di vista tecnico è perfettamente riuscito. L'intervento chirurgico vero e proprio è durato poco più di cinque ore ma, in generale, tutta la procedura ha impegnato gli operatori per tutta la notte. In sala è stato fatto un ottimo lavoro da parte degli anestesisti, diretti dal dott. Valter Sonzogni, del personale infermieristico e dei chirurghi. Tra questi il dott. Gregorio Maldini forte di un'esperienza specifica pluriennale come membro dello staff del centro di Miami, il più importante al mondo per questo tipo di interventi. Desidero anche ringraziare per il fondamentale contributo all'esecuzione dell'intervento il Professor Giorgio Rossi, dell'Università Statale di Milano, ed il suo più stretto collaboratore Dott. Paolo Reggiani. Il Prof. Rossi dirige il programma di trapianto di fegato, intestino e multiviscerale dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, l'unico centro nell'area Nord Italia Transplant, autorizzato dal ministero a questo tipo di interventi".
Gli Ospedali Riuniti, forti della propria esperienza storica in ambito di trapiantologia pediatrica, possiedono infatti un'autorizzazione del Ministero della Salute ad eseguire con il Policlinico di Milano determinati casi di trapianto di intestino pediatrici, in base ad una valutazione che viene effettuata caso per caso dallo stesso Ministero, attraverso il Centro Nazionale Trapianti che supporta l'ospedale e tutta la rete dei centri trapianto italiani nell'attività trapiantologia.
A ricevere l'organo è stato un bambino privo della quasi totalità dell'intestino tenue a causa di un problema insorto in epoca neonatale e costretto da allora ad essere nutrito esclusivamente per via venosa. Il piccolo è arrivato all'intervento dopo oltre un anno di lista d'attesa ed era stato preparato all'intervento presso l'Unità di Pediatria diretta dal dott. Giuliano Torre, affidato alle cure della dottoressa Manila Candusso che lo ha

no.

Colledan: Noi abbiamo avuto contatti con il Ministero della Salute, con il Centro Nazionale Trapianti che, in un contesto in cui c'è molta resistenza, per ovvie ragioni, all'idea di attribuire autorizzazioni al trapianto, riconoscevano però che effettivamente a Bergamo c'erano delle caratteristiche particolari che lo rendevano interessante per una popolazione pediatrica. Allora ci è stato detto che avremmo potuto avere le autorizzazioni non al progamma ma caso per caso. Si tratta di avere pazienza continuando a lavorare per una evoluzione positiva delle autorizzazioni ed arrivare all'approvazione del programma.

Pozzi: Quali sono i problemi più difficili da risolvere nel trapianto di intestino in un bambino?

Colledan: Innanzi tutto c'è il problema di trovare un donatore adeguato e in effetti ancora più che per il fegato, in questi bambini che hanno un intestino corto, c'è un problema di dimensioni dell'organo da trapiantare. Dobbiamo ricordare che

seguito dalla diagnosi fino al trapianto: "L'insufficienza intestinale cronica- spiega la dott.ssa Candusso- riguarda pazienti privi di gran parte o di tutto l'intestino o pazienti nei quali la motilità dello stesso sia profondamente ed irrimediabilmente alterata al punto di non consentire un regolare transito del suo contenuto. Chi è affetto da questo tipo di problemi può essere nutrito esclusivamente per via endovenosa mediante la cosiddetta Nutrizione Parenterale Totale. Questa però, a lungo termine produce delle gravi complicanze che rendono necessario trapiantare l'intestino. Ad esempio provoca gravi infezioni e la trombosi delle grosse vene come nel caso del nostro piccolo paziente, fino al punto di non potere più essere praticabile,. In altri casi la nutrizione endovenosa provoca una grave cirrosi epatica e si rende quindi necessario eseguire un trapianto multiviscerale, comprendente il fegato, l'intestino ed altri organi in differenti combinazioni.".

"E' un risultato importantissimo - ha commentato il Direttore Generale dell'ospedale, dott. Carlo Bonometti complimentandosi con tutta l'èquipe - che dà valore e significato alle scelte, ai programmi, all'impegno di tante persone. Innanzitutto al gesto dei familiari del donatore che con grande solidarietà hanno reso possibile questo nuovo eccezionale intervento. Poi alle competenze, professionalità di medici, infermieri e personale tecnico di tanti reparti coinvolti, dalle sale operatorie alle terapie intensive, dalla pediatria alla chirurgia, che, grazie alla gestione multisdisciplinare del caso ancora una volta hanno concretizzato l'impegno del nostro ospedale nel partecipare con coerenza al Programma della Regione Lombardia sul trapianto d'organi che prevede la completa capacità di utilizzare tutti gli organi resi disponibili nell'ambito regionale e di eseguire questi interventi a qualsiasi età, in perfetta integrazione con la rete regionale che meno di un mese fa ci ha visto collaborare con il Niguarda e oggi con l'ospedale Maggiore di Milano".

In Italia l'attività di trapianto d'intestino isolato e multiviscerale viene eseguita regolarmente al Policlinico S. Orsola Malpighi Università di Bologna sotto la direzione del professor Antonio D. Pinna, in continuità con la pregressa esperienza modenese, la cui casistica cumulativa rappresenta la più importante esperienza europea nell'adulto. Ad oggi, a livello nazionale, sono stati eseguiti dal prof. Pinna due trapianti d'intestino pediatrici in pazienti di 15 16 anni di età. I pazienti più piccoli , invece, per questi interventi sono stati finora costretti a recarsi all'estero, al prezzo di enormi disagi e con esborsi iperbolici da parte del servizio sanitario (fino ad alcuni miliardi di vecchie lire per singolo intervento).

Per l'èquipe di Colledan si tratta di una nuova conferma dell'efficacia e della bontà del proprio programma trapianti.

Dal novembre 2002 ad oggi, ha eseguito i primi due casi italiani di trapianto combinato polmoni e fegato in Italia; nel luglio 2004, il primo caso italiano di trapianto di polmoni ad una bambina di età inferiore a 10 anni e, ai primi di aprile, il primo trapianto in Italia tra due ospedali insieme per un unico trapianto di fegato da vivente, da padre a figlio.

Il piccolo è stato ricoverato fino a venerdì 28 aprile presso la Terapia Intensiva Pediatrica diretta dalla dott.ssa Daniela Codazzi. Ora è affidato alle cure dell'èquipe pediatrica diretta dal dott. Giuliano Torre. Nonostante l'intervento sia tecnicamente riuscito ed il decorso sia finora favorevole, il bambino viene considerato un paziente critico con un quadro clinico delicato a causa dell'alto rischio di rigetto dell'organo trapiantato.

Spiega infatti il dott. Giuliano Torre, Direttore dell'Unità di Pediatria dei

Riuniti: "L'intestino è tra tutti gli organi il più suscettibile al rigetto da parte dell'organismo La gestione della terapia farmacologia di immunosoppressione ed il monitoraggio delle funzione dell'organo sono quindi, per questo tipo di trapianto, estremamente delicati, più che per qualunque altro organo, sia nel breve che nel lungo termine. Inoltre l'intestino trapiantato, quando la sua funzionalità si altera, puo rappresentare una porta di ingresso per gravissime infezioni ed il bilanciamento tra terapia immunosoppressiva e trattamento infettivologico in questi pazienti è uno degli aspetti più difficili della moderna medicina dei trapianti. Peraltro, se questi problemi saranno controllabili, il nostro piccolo paziente potrà riprendere a vivere dopo essere stato gravemente ammalato. Potrà viaggiare, fare sport e giocare come un bimbo sano .".
Nel caso del trapianto di intestino la probabilità di sopravvivenza del paziente è oggi attorno all'80% ad un anno.
In lista d'attesa per il trapianto multivisceral (fegato, stomaco, pancreas milza e intestino) l'ospedale di Bergamo ha un altro bambino.
"Il trapianto eseguito dall'équipe di Colledan - conclude il prof. Giuseppe Remuzzi, Direttore del Dipartimento Immunologia e Clinica dei Trapianti degli Ospedali Riuniti- ha due eccezionalità. Colloca l'ospedale di Bergamo al primo posto nell'attività trapiantologia italiana in quanto è in grado di eseguire tutti i tipi di trapianti e conferma le competenze pediatriche. Fare trapianti sui bambini infatti vuol dire non solo che i chirurghi sono bravi ma che anche la terapia intensiva e la pediatria insieme a molti altri reparti funzionano bene e sono in grado di curare bambini anche da fuori provincia e regione. Questo anche grazie al rapporto di collaborazione con un istituto di ricerca, il Mario Negri, che si occupa di rigetto. Questo intervento rappresenta una tappa importante di un percorso intrapreso più di 20 anni fa".

Fonte Ospedali Riuniti di Bergamo
per l'attività trapianto consultare la sezione "trapianti".
Contacts:
Dott.ssa Claudia Rota
Ufficio Stampa Ospedali Riuniti di Bergamo 035 266925 - 3497610995 ufficiostampa@ospedaliriuniti.bergamo.it

ci troviamo di fronte ad una cavità addominale molto ridotta perché è da sempre vuota. Il bambino che ha bisogno del trapianto di fegato di solito ha il fegato molto grosso, malato. I bambini che hanno bisogno del trapianto di intestino non hanno intestino, quindi metà di quello che c'è nell'addome normalmente, nel nostro caso non c'è. Questo è uno dei problemi per quanto possa sembrare strano, più rilevanti. Trovare un organo di dimensioni adatte non è facile.

Pozzi: Ma se il bambino che ha avuto il trapianto di intestino aveva otto anni, come ha fatto ad arrivare a questa età senza intestino?

Torre: Interviene la medicina pediatrica. Questo peraltro è il nostro lavoro storico iniziato a Trieste. Da quanto è stata introdotta la nutrizione parenterale, dagli anni Settanta, importata in Italia agli inizi degli anni Ottanta, a livello pediatrico il Centro di Trieste si è sempre caratterizzato per grande attenzione al problema e per un'elevata casistica. A Trieste infatti è stato realizzato un sistema, che ancora funziona, che permette di definire la situazione di insufficienza intestinale e perciò consente a un bambino di vivere, a casa sua, con un catetere che arriva direttamente sul cuore per nutrirlo con delle soluzioni che ne garantiscano i fabbisogni e la crescita.
Un'alimentazione che avviene in realtà nel corso della notte e che dura dalle 10 alle 12 ore. Questo significa che il bambino ha una libertà di movimento nel resto della giornata. La malattia di questi bambini infatti è tale da rendere impossibile o addirittura dannosa l'alimentazione attraverso le normali vie della bocca e dello stomaco. Perché in caso di mancanza di superficie di assorbimento dell'intestino l'alimentazione non serve a nulla; in caso di superficie che fa "cattivo assorbimento" il risultato è paradossalmente un danno perché i bambini si gonfiano, stanno male. Si tratta di condizioni di vita veramente difficili. Il bambino che è stato trapiantato recentemente, infatti, ha provato per la prima volta l'emozione di uscire alla sera, cosa che prima in vita sua non aveva mai potuto fare. Consideriamo cosa significa non aver mai potuto mangiare prima del trapianto e pensiamo a cosa prova questo bambino ora. Posso dire che Colledan ha fatto un lavoro tanto ben riu-

scito che oggi è difficile trattenere il bambino che vorrebbe mangiar tutto e subito, invece deve seguire un programma di adattamento progressivo che richiede i suoi tempi. Così come ci vuole pazienza per il completamento delle funzioni intestinali perché per mesi è necessario monitorare quanto viene espulso (che viene raccolto in un sacchetto attaccato al corpo) senza dover ricorrere a forme di biopsia più laboriose e dolorose. Dopo questo tempo la normale canalizzazione intestinale viene ripristinata e l'espulsione avverrà attraverso la via anale.

Pozzi: Fa impressione ascoltare quanta sofferenza e quante difficoltà a volte si devono affrontare, anche da parte di bambini. Come è andato l'intervento di trapianto?

Colledan: Molto bene. Di tutte le varianti possibili e di tutte le circostanze possibili del trapianto di intestino questo era uno dei casi tecnicamente più favorevoli. Anche la dimensione dell'organo del donatore era adatta alle condizioni del ricevente. Questo è un trapianto che di per sé, tecnicamente è relativamente meno complesso di quello del fegato. È molto più complesso come programma di cura in tutto perché se in generale in un trapianto non c'è spazio per l'errore, sia tecnico che di altro tipo, qua ancora meno. È un intervento nel quale non ci deve essere neanche mezza sfumatura fuori posto. Inoltre è complessa la gestione del "dopo" perché il trapianto di intestino è tutto sommato il trapianto più "giovane". Non tanto in termini di numero di anni da quando si è cominciato ma di numero di trapianti effettuati. Quindi è un trapianto ancora da mettere a punto che richiede biopsie continue. La gestione dell'immunosoppressione è molto delicata. E' uno dei trapianti che predispongono più facilmente all'insorgenza, per esempio, dei linfomi post-trapianto. Come si vede è molto complesso tutto ma il gesto chirurgico tutto sommato lo è meno che nel trapianto di fegato.

Torre: Il discorso della tolleranza immunologica è molto impegnativo. Tanto è vero che a nostro avviso (ma non soltanto nostro) una parte dei cattivi risultati che si erano ottenuti dal trapianto di intestino fino a qualche anno o decennio fa era dovuta al fatto che ci si sentiva in dovere di dare molta più immunosoppressione ai pazienti, proprio per i motivi che sono stati illustrati prima. In realtà poi questi pazienti morivano di infezione legata all'eccesso di immunosoppressione. C'è una corrente di pensiero negli ultimi anni che ha fatto una scelta di immunosoppressione molto ben monitorata e meno spinta e fino a questo momento sembra che si stia dimostrando la scelta giusta. Certo, dobbiamo prendere i dati in nostro possesso per quello che valgono: un bambino e quattro mesi dopo il trapianto. Quando avremo dati su cento bambini ad anni dal trapianto saremo di fronte a statistiche molto più significative.

Pozzi: Però intanto possiamo dire che si è aperta una strada, con il trapianto di intestino, sulla quale potremo continuare un lungo cammino.

Colledan: Certamente sì, compatibilmente però con quanto si diceva prima perché stiamo parlando di un trapianto che assorbe molte risorse. In particolare perché i controlli dopo sono tanti, pressanti e soprattutto dobbiamo sempre essere messi in condizione di cambiare marcia in modo brutale da un giorno all'altro. E' vero per tutti i trapianti, ma per l'intestino di più. Un po' come era il fegato vent'anni fa. Certo, intanto prendiamo atto con piacere che con il primo bambino tutto è andato bene e questo ci fa sperare per il futuro.

Torre: Dobbiamo aggiungere che l'età dei candidati fa la differenza. Se noi abbiamo dei bambini che stanno discretamente bene ma di cui sappiamo che non recupereranno la loro autonomia intestinale sappiamo anche qual è il loro destino: o fa il trapianto o muore. Per cui la decisione non ha molte

dott. Michele **Colledan**

È nato a Lodi il 9.4.1955, è coniugato, con due figli
Si è laureato in Medicina e Chirurgia a Milano nel 1979. Dopo la specializzazione in Chirurgia Generale, ha iniziato la propria carriera professionale nel 1984 presso la clinica chirurgica generale dell'Università di Reims (Francia).
Ha cumulato una esperienza di 21 anni di chirurgia trapiantologica, prevalentemente epatica, ma anche polmonare, sia in pazienti adulti che pediatrici, maturata dapprima presso l'Ospedale Maggiore di Milano, arricchita da periodi di perfezionamento presso i centri di trapianto di fegato delle università di Pittsburgh (USA) e di Lione (Francia) e presso il centro di trapianto polmonare della Washington University di st Louis (USA) e consolidata dal 1997 presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo. Di questo Ospedale, dal 2003 dirige la Chirurgia III, ed i centri di trapianto epatico e polmonare. In particolare modo il centro di trapianto epatico è tra i più attivi in Italia, e per l'ambito pediatrico, al mondo.
Accanto alla chirurgia dei trapianti ha mantenuto durante tutta la carriera una intensa attività di chirurgia generale addominale e toracica, elettiva e d'urgenza, sia aperta che video laparo- e toraco- scopica
Nel 1999 ha applicato e descritto per la prima volta al mondo, una tecnica di divisione del fegato di un donatore, adatta al trapianto di due riceventi adulti, attualmente impiegata dai principali centri mondiali.
Ha eseguito per primo in Italia con successo, il primo trapianto di polmoni in una bambina di età inferiore a 10 anni (6 anni), i primi tre trapianti combinati di fegato e polmoni, il primo trapianto pediatrico di intestino isolato ed il primo trapianto multiviscerale pediatrico, fornendo così un significativo contributo alla eliminazione dei "viaggi della speranza" verso paesi esteri.
In ambito scientifico la sua attività si esplicita in circa trecento pubblicazioni, prevalentemente ma non esclusivamente su argomenti trapiantologici.
I suoi interessi extra professionali sono rappresentati, in ambito sportivo dallo sci e dalla vela, quest'ultima praticata a livello agonistico ed in ambito culturale dalla musica che ama sia classica che rock.

alternative. Anzi non ne ha proprio. Diverso è quando abbiamo bambini con una situazione critica di intestino e di conseguenza danneggiamento del fegato. Qui abbiamo bambini del primo anno di vita, che pesano cinque o sei chili, che difficilmente riusciremmo a far crescere perché c'è una doppia insufficienza d'organo. In questi esiste l'enorme problema del donatore perché se puoi usare uno split per fare il trapianto di fegato, per quanto riguarda l'intestino devi trovare un donatore che dia un intestino che possa essere inserito in un pancino, vuoto, di un bambino di cinque chili. Questi bambini purtroppo muoiono in lista d'attesa perché è difficilissimo trovare gli organi per il trapianto.

Colledan: Mi sembra opportuno fare una precisazione sul tema delle risorse disponibili, perché una cosa interessante e che ci deve far riflettere è che i bambini che hanno bisogno di trapianto di intestino in Italia, o muoiono o vanno all'estero. Il primo bambino trapiantato con successo in Italia è il nostro. Andare all'estero vuol dire sempre meno Europa, perché i centri non riescono più ad accettare pazienti stranieri, e sempre più Stati Uniti. In questo caso però il nostro Servizio sanitario nazionale paga milioni di euro per un caso. Con due o tre di quei casi qui da noi si fa un intero centro trapianti. Per spiegarmi: se noi facciamo cinque trapianti in bambini ci viene riconosciuto, per esempio, in termini di investimento, quello che avrebbero pagato le varie Regioni per farne uno o due negli Stati Uniti, avremmo risolto gran parte dei problemi che abbiamo.

Pozzi: Quindi i problemi stanno a monte, su come si utilizzano le risorse, sia economiche sia umane.

Colledan: E' così.

Torre: Io le posso dire che poco più di due anni fa, una bambina italiana, andò negli Stati Uniti e costò dai 3 ai 4 milioni di euro alla Regione inviante per un intervento di trapianto multiviscerale che purtroppo non andò a buon fine.. La bambina infatti, purtroppo, morì poco dopo. Non per dire che l'intervento era inutile: tentare è giusto e probabilmente senza l'intervento la bambina sarebbe morta anche prima. Però va detto che la spesa, rispetto alle ragionevoli speranze di soluzione, è risultata altissima se confrontta con altre richieste cliniche. A volte la riflessione su questi aspetti aiuta a scegliere meglio.

Pozzi: Questo però deve portare a decisioni più consapevoli anche a livello ministeriale, rinunciando magari a tener vivi a tutti i costi centri che non sono operanti e sacrificando nel contempo le grandi potenzialità che ci sono sul territorio nazionale.

Torre: E' vero quello che lei dice. Il problema è riuscire a sensibilizzare chi deve decidere.

Colledan: Se poi vogliamo rimanere nel tema delle risorse economiche, vanno precisati alcuni altri aspetti. Va detto, per esempio, che tre quarti dei bambini che operiamo a Bergamo

vengono da fuori regione, e non solo dal resto dell'Italia ma anche da altri Paesi dell'Europa o dal bacino del Mediterraneo. Questo ci pone fra i Paesi leader dei Paesi evoluti. Una posizione alla quale non siamo preparati. Noi siamo sempre stati abituati a un sistema in cui gli italiani che avevano problemi gravi andavano all'estero, e al massimo venivano in Italia i cittadini di Paesi in via di sviluppo. Non è più così; e non lo è sicuramente per il trapianto di fegato e per la realtà di Bergamo. Perché noi trapiantiamo per esempio, regolarmente, tutti i bambini sloveni (e dire Slovenia è ormai come dire Austria). La mentalità di chi amministra e in genere di tutti i cittadini non è preparata a questo. Un altro Paese certamente non povero né scientificamente in ritardo che manda i propri bambini a curarsi a Bergamo è Israele. Paradossalmente però siamo così impreparati a questo, a livello amministrativo, che magari arrivano con la loro assicurazione privata e chiedono fattura. E magari l'ospedale non è in grado di fare la fattura perché i vari processi Iso o non Iso non c'è l'ipotesi di fare una fattura a un paziente pagante. Al massimo si fa pagare una tariffa di DRG che è una tariffa di convenzione nazionale, mentre bisognerebbe riferirsi all'ambito internazionale: Amburgo, Parigi, Londra, ecc. Quanto pagavano i bambini italiani che andavano a Bruxelles? Allora si chiede quella cifra rivalutata e questo introito serve perché lo reinvesto nell'attività, nella ricerca, nell'assistenza, e via dicendo.

Torre: I numeri dimostrano che se esistesse un reparto che opera con questa logica le spese a carico del settore pubblico diminuirebbero enormemente e avremmo risorse da investire per il futuro e per il perfezionamento dei programmi.

Colledan: La mia generazione di chirurghi del trapianto ha lavorato per anni con borse di studio o sottopagata, in America, in Francia, in Gran Bretagna, facendo progredire questi Paesi che si sono avvalsi di queste forze nuove. Tanto è vero che spesso oggi grandi complessi americani o europei sono diretti da italiani, giapponesi, arabi... Così noi ci siamo abituati all'idea che un italiano se vuole specializzarsi deve andare

dott. Giuliano **Torre**

- nato a Trieste il 30.8.1950
- maturità classica conseguita nel 1969
- laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di Trieste nel 1975 con il massimo dei voti e lode
- specializzazione in Malattie dell'Apparato Digerente conseguita presso l'Università degli Studi di Trieste nel 1980 con il massimo dei voti e lode
- specializzazione in Pediatria conseguita presso l'Università degli Studi di Trieste nel 1984 con il massimo dei voti e lode
- titolare di insegnamento a contratto di Gastroenterologia pediatrica presso la Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Trieste dal 1985 all'Anno Accademico in corso
- titolare di insegnamento di Gastroenterologia Pediatrica alla Scuola Vigilatrici d'Infanzia dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste negli anni 1988-89 e 1989-1990
- professore a contratto per l'insegnamento di Pediatria Generale e Specialistica nei Corsi di Laurea Infermieristica ed in Ostetricia della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca (con sede a Bergamo) per gli Anni Accademici 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006
- docente al Master in Medicina dei Trapianti d'Organo (Università degli Studi di Milano Bicocca - Ospedali Riuniti di Bergamo) : edizioni 2004, 2005, 2006
- consulente scientifico dell'Associazione Italiana Celiachia - sezione Friuli-Venezia Giulia- dal 1991 al 2001
- socio della Società Italiana di Gastroenterologia ed Epatologia Pediatrica dalla sua fondazione; membro del Consiglio Direttivo del 1988 al 1990 e nuovamente dal 8.12.2002 al 2005
- dal 1978 al 2001: dipendente dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste in qualità di gastroenterologo pediatra (dal 1.12.1997 al 30.11.1998 in comando presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo per il progetto di sviluppo del trapianto di fegato pediatrico): responsabile della diagnostica gastroenterologica ed epatologica e della gestione clinica dei bambini ricoverati in Day-Hospital specialistico
- dal 16.9.2001: Direttore della UO Pediatria degli Ospedali Riuniti di Bergamo, sede del Centro Trapianti di Fegato Pediatrico più attivo nel territorio nazionale
- competenze cliniche: pediatria generale; gastroenterologia ed epatologia pediatrica; diagnostica strumentale gastroenterologica, nutrizione clinica, trapianto di fegato ed intestino, trapianto di polmone
- autore di 215 pubblicazioni a stampa

all'estero e al massimo in Italia verranno dall'India o dal Kenia o magari dai Paesi balcanici. In realtà anche qui sta cambiando tutto perché alcune attività, come attraggono il paziente, così attraggono i medici. Io cito spesso un chirurgo di Tokyo, dove ci sono i migliori centri di chirurgia epatica al mondo, che aveva fatto due anni di super-specializzazione in immunologia dei trapianti ad Harvard, la migliore università del mondo, che voleva venire a Bergamo per imparare la tecnica di trapianto di fegato. Non è finora potuto venire perché io non so come inserirlo qui: non ho compensi da dargli, non ho la possibilità di una borsa di studio. Siccome è straniero la sua laurea non sarà riconosciuta. Non ho insomma la "scatola" organizzativa. In un ospedale non accademico è pressoché impossibile. Questo chirurgo è venuto in Italia per incontrarmi e per valutare la possibilità di una sua permanenza qui per uno o due anni. Queste occasioni vanno colte al volo o si perdono. E infatti è andato in Canada, dopo otto mesi di attesa durante i quali non siamo stati in grado di trovare una soluzione per lui. Questa è un'altra dimostrazione che non siamo preparati al ruolo di Paese-leader.

Pozzi: Forse è anche peggio che essere impreparati. In realtà credo che siamo troppo burocrati e non sappiamo snellire certe pratiche che potremmo benissimo semplificare. E' questione di intelligenza manageriale e di capacità di scegliere i percorsi più semplici nella ricerca della soluzione dei problemi. Quanto stava affermando lei dimostra che esistono possibilità di sviluppo e di prestigio per il nostro ospedale. Ovviamente non stiamo parlando solo di Bergamo dove anzi, sicuramente stiamo meglio che in molte altre realtà in Italia.

Vorrei però tornare sui temi dei trapianti per chiedere notizie del trapianto di polmone pediatrico.

Colledan: È un trapianto che ha in linea di massima caratteristiche abbastanza simili a quelle del trapianto di fegato pediatrico. Il trapianto di polmone pediatrico a Bergamo è nato insieme al trapianto di polmone dell'adulto. Le credenziali erano molto valide. Qui c'era (e c'è) un consolidato processo di trapianto che funzionava (e funziona). Si tratta di cambiare le specificità ma il processo è solido. Inoltre avevamo un'attività di chirurgia toracica non straordinaria ma assolutamente rispettabile (secondo gli standard americani si può qualificare come "alto volume") e con ottimi risultati. Avevamo, come gruppo (Gridelli, Lucianetti e io) una precedente esperienza al Policlinico di Milano dove era stato fatto il trapianto di polmone da maiale; io ero stato per un certo tempo a St. Louis, che a quell'epoca era il massimo in fatto di trapianto di polmone; e facevamo parte del gruppo che al Policlinico di Milano faceva partire all'inizio degli anni '90 con il professor Giuseppe Pezzuoli, il primo programma di trapianto di polmoni in Italia che abbia avuto successo. Era stata

con-cessa un'autorizzazione al trapianto di polmoni e quindi, avendo tutte le specificità pediatriche necessarie e avendo nel frattempo il dottor Torre fatto crescere la pediatria anche del trapianto, non c'era un motivo al mondo per non fare anche il trapianto dei bambini. In Italia peraltro, a parte qualche sporadico tentativo, non si era mai scesi sotto i dieci anni di età. Anche perché, va precisato, la popolazione di bambini che ha bisogno di trapianto di polmone è fortunatamente molto limitata. E i bambini con meno di dieci anni di età che hanno bisogno di trapianto di polmone sono pochissimi in tutto il mondo. Si fanno circa venti trapianti di questo tipo all'anno. Tutto ciò che definisce la possibilità di un programma di trapianto pediatrico noi l'avevamo già. Quindi, facciamo il trapianto di polmone nell'adulto e facciamo anche il trapianto di polmone nei bambini, senza nessun problema. Esiste un rapporto con alcuni centri per la cura della fibrosi cistica, in particolar modo con il centro di Verona (che oggi è forse il più grosso centro d'Europa), rapporto nato ancora sul trapianto di fegato e poi consolidato con il trapianto di fegato-polmoni. Il primo trapianto di polmoni che abbiamo fatto a Bergamo è stato un trapianto di fegato-polmoni, in un paziente che è venuto a Bergamo perché solo qui poteva fare un intervento di quel tipo. Questo ha fatto sì che si consolidasse il rapporto con il centro di Verona tanto che quando hanno avuto una paziente pediatrica l'hanno riferita a noi. Devo dire che ci sono stati casi più sfortunati, come quello di una bambina che è morta aspettando il trapianto. Dopo il primo intervento ne abbiamo effettuato altri, anche se, ripeto,non sono molti i bambini che ne hanno bisogno.

Pozzi: È possibile fare lo splint anche sul polmone?

Colledan: Sì. Noi su un bambino abbiamo inserito non uno split ma comunque un lobo polmonare, da un donatore più grande. In pratica si è trapiantato metà di un polmone. Lo split consiste nel ricavare dal polmone sinistro di un adulto due lobi per trapiantare due polmoni a un bambino; mentre il destro dello stesso donatore si trapianta ad un altro adulto. Noi non l'abbiamo ancora fatto, ma si può fare e in alcuni centri europei e americani si fa. Conta ovviamente l'esperienza che abbiamo acquisito con l'utilizzo di split del fegato.

Pozzi: Dopo questi trapianti i bambini dove vanno?

Torre: E' una risposta articolata. Innanzi tutto le dico che vorrebbero rima-

nere qui. Questo è quello che succede dappertutto ma che con l'aumento dei numeri dei trapiantati comincia a diventare un problema grosso e difficile da gestire perché anche quando i risultati, a distanza di tempo, si possono ancora definire buoni, complicanze ce ne sono. Purtroppo in questi casi non è possibile fare valutazioni al telefono, per cui è necessario chiedere ai pazienti di tornare a Bergamo, con tutte le difficoltà che questo comporta (anche solo di soggiorno e di punti di riferimento per i familiari). Bisogna considerare poi che la raccolta di una grande mole di dati statistici, necessari al perfezionamento del programma, va in conflitto con il desiderio del bambino di sganciarsi dall'ospedale per vivere una vita più libera e serena. Il fatto è che, dopo averli salvati con il trapianto, il nostro compito è di farli vivere sereni e il più a lungo possibile. Per questo pensiamo di partire con un programma di controlli bioptici protocollari: zero, sei mesi, un anno, due anni, cinque anni, dieci anni... Se pensiamo al numero di sedazioni che servono, al numero di posti dedicati in cui fare la biopsia, al numero di day hospital... Pensi al fatto che il bambino va sedato anche solo per fare una risonanza magnetica, per fare una TAC. Pensiamo al numero e all'impegno degli anestesisti. Nell'adulto questo problema non si pone...

Pozzi: Ma queste continue sedazioni, con il tempo, non faranno male ai bambini?

Torre: Io credo onestamente di no. Io non ho mai visto, nel corso di 25 anni, bambini più volte sedati che abbiano avuto vite più segnate oppure organi più compromessi. C'è da dire che i farmaci di oggi sono enormemente più sicuri di quelli di una volta, che i monitoraggi di cui disponiamo ci permettono di usare un decimo della dose, e che di fatto le persone che si dedicano alla medicina pediatrica sono persone che hanno specializzazioni di altissimo profilo. Stiamo già lavorando al perfezionamento dell'organizzazione e della documentazione così da conoscere tutte le situazioni nei dettagli, poterle monitorare continuamente e via dicendo. Una seconda strada, più efficace, moderna e ambiziosa, starebbe nella costruzione della "casa del trapianto del bambino" aggregando i settori del fegato, fegato-rene, intestino, polmone, cuore...

Pozzi: Mi sembra un'idea geniale. Sicuramente ambiziosa ma altrettanto sicuramente geniale. Potrebbe aggregare iniziative pubblico-privato e portare, con la razionalizzazione delle spese, ad una maggiore efficacia delle cure e del follow up migliorando nel contempo la vita dei pazienti.

Torre: Però bisognerebbe pensare ad una gestione di tipo privato oppure rimanendo nell'ambito pubblico ma evitando di rimanere imbrigliati nelle maglie di un sistema che a volte ostacola la rapidità delle decisioni.

Pozzi: Le soluzioni si potrebbero trovare. Si tratterebbe, dico così a caldo, senza averne mai fatto prima oggetto di riflessione, di creare una specifica Fondazione che raccolga risorse economiche pubbliche e private, con una finalità non privatistica ma pubblica. Perché il rischio è sempre quello di privatizzare e allora diventa intollerabile perché la malattia e la sofferenza non possono, a mio avviso, essere oggetto di scelte basate su valutazioni di mercato.

Colledan: Sono ragionamenti sui quali dobbiamo misurarci perché il trapiantato ormai è una componente "normale" della nostra società. Grazie al miglioramento delle tecniche di trapianto e al perfezionamento delle cure, la sopravvivenza dopo il trapianto cresce e crescerà continuamente. Sono convinto che arriveremo a curare e guarire senza chirurgia dai tumori prima di poter rinunciare al trapianto, che sarà sempre più una tecnica di cura determinante per moltissime malattie. Questo ci costringe a chiedere che aumenti il bagaglio di conoscenza dei medici. L'Italia oggi è al secondo posto in

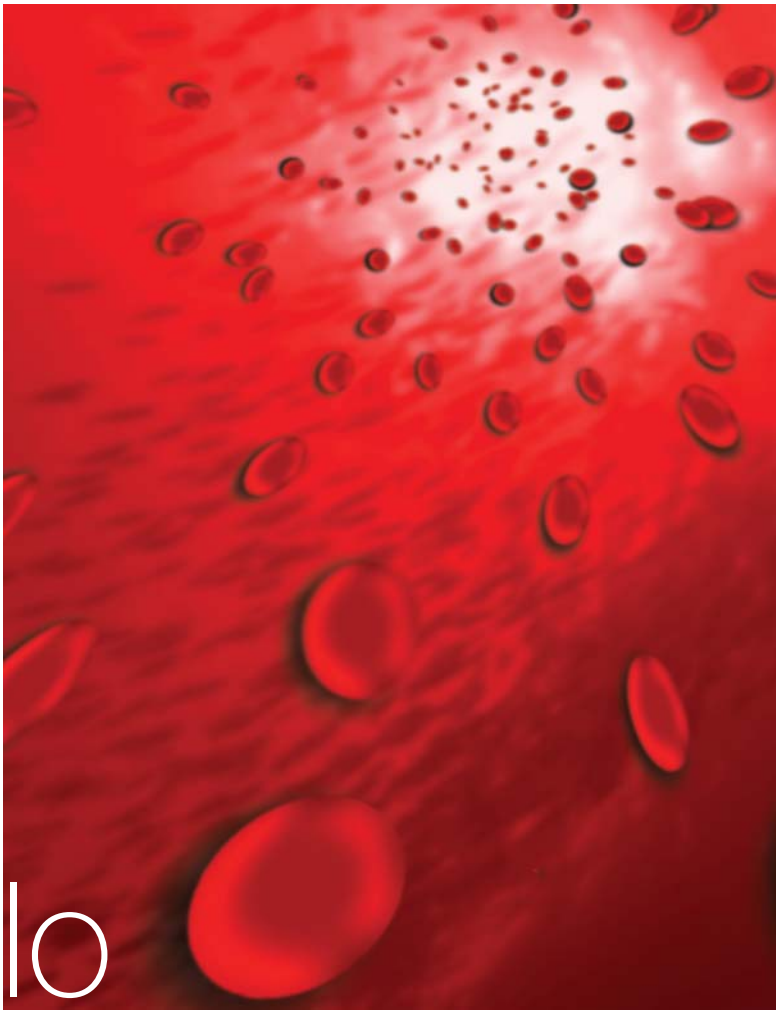
Europa per numero di trapianti per milioni di abitanti, e quindi dovremmo essere all'avanguardia in questo. E' invece in assoluta retroguardia perché i nostri medici escono dall'università che quasi nemmeno sanno che esistono i trapianti. I chirurghi che fanno i trapianti sono guardati ancora come elementi un po' anomali, nel panorama della medicina e della chirurgia nazionale, così molti medici di base quando vedono un trapiantato non sanno bene quali siano i suoi bisogni di cura. L'evoluzione successiva deve portare a far sì che la classe medica sia una classe che con il trapianto ha dimestichezza. Quella sarà un'ulteriore specializzazione, ma non so quanto tempo ci vorrà. So solo che il sistema non è ancora pronto.

Non è una denuncia da poco. Anzi, è una chiara indicazione del sentiero da percorrere. Chissà che chi di dovere se ne faccia carico. Noi, da parte nostra, non possiamo fare altro che raccontarlo, spiegarlo alla gente, farlo diventare patrimonio della coscienza comune.

Testi a cura di
Leonio Callioni

Ha collaborato
Leonida Pozzi

Servizio fotografico
Paolo Seminati



Cosa è, a cosa serve, cosa indica il livello del colesterolo ematico

Le complicanze della aterosclerosi vascolare, come l'infarto miocardico, gli eventi acuti cerebrovascolari con conseguenti paralisi degli arti o cronici con manifestazioni anche importanti del comportamento individuale, le vasculopatie periferiche e altre innumerevoli patologie dell'età adulta e senile, sono responsabili di circa la metà dei decessi nei Paesi industrializzati.
Questo dato epidemiologico giustifica il grande interesse non solo del mondo scientifico, ma anche della popolazione in generale, verso quei numerosi fattori che si è dimostrato influenzano negativamente sulla comparsa ed evoluzione delle malattie legate ai processi vascolari aterosclerotici. Tra i numerosi fattori favorenti, quali il fumo di sigaretta, il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, scorretti comportamenti di vita, certamente l'ipercolesterolemia e più propriamente le iperlimenie sono tra i più importanti da osservare e tenere sotto controllo.
I lipidi (colesterolo, trigliceridi) sono normali componenti del nostro sangue e rappresentano, insieme agli zuccheri, una forma di riserva di "combustibile" dalla cui modificazione metabolica l'organismo trae l'energia necessaria al proprio funzionamento. Questi lipidi non circolano libearmente nel sangue, ma sono legati ad alcune proteine e come tali trasportati sotto forma di complessi lipoproteici.
Si riconoscono varie classi di lipo-

proteine che vengono distinte secondo la loro densità. Si riconoscono, tra quelle che più comunemente vengono testate negli esami di laboratorio usuali, le lipoproteine a bassissima densità (VLDL), quelle a bassa densità (LDL) e ad alta densità (HDL). Le lipoproteine a bassa densità trasportano i lipidi endogeni dal fegato ai tessuti extraepatici; le HDL trasportano il colesterolo dai tessuti periferici al fegato e favoriscono il trasporto dei lipidi tra le varie frazioni lipoproteiche. I chilomicroni infine trasportano i lipidi introdotti dalla dieta dall'intestino ai tessuti periferici e al fegato.

Molto complesso è il metabolismo dei lipidi nel nostro organismo che ovviamente non può essere descritto in modo semplice in un articolo divulgativo. Il nostro organismo possiede un meccanismo assai sofisticato di controllo del livello dei lipidi nel sangue in modo da fornire al muscolo in attività l'energia necessaria quando richiesta, e di immagazzinarla anche sotto forma di grasso quando non necessita.

Il fegato, in questo complesso sistema, rappresenta la chiave di volta del sistema. Oltre che come carburante principale per il funzionamento dell'organismo, il colesterolo è una componente di alcuni ormoni, delle membrane cellulari e degli acidi biliari. Non è giusto quindi considerare il colesterolo e i lipidi come componenti negativi del nostro sangue e organismo. Solo l'eccesso di colesterolo a bassa densità (LDL-LVDL-) impropriamente chiamato "colesterolo cattivo" può essere dannoso e favorire l'aterosclerosi, soprattutto se i valori di colesterolo HDL o coleterolo buono risultano molto bassi.

La determinazione dei livelli di lipidi nel sangue è quindi un segnale di buon funzionmento del metabolismo lipidico, ma solo se si determinano non solo il colesterolo totale, ma anche le sue frazioni HDL e LDL, e i trigliceridi.

I valori di colesterolo totale attualmente accettati come valore massimo "normale" sono di 200 mg %; quelli HDL variano a seconda del sesso e devono essere superiori a 45-50 mg %. Per le LDL il tasso ematico deve essere inferiore a 150 mg %. Per i trigliceridi si ritengono accettabili valori inferiori a 200 mg %.

Per i tassi ematici di colesterolemia e trigliceridemia superiori a quelli sopra indicati, il rischio cardiovascolare aterosclerotico aumenta progressivamente coll'aumentare dei valori lipemici. È ovvio che modesti aumenti di colesterolemia o trigliceridemia da soli comportano un rischio relativamente modesto; il quadro cambia completamente nei casi di tassi ematici molto elevati e se vi è la contemporanea presenza di fattori di rischio cardiovascolare, di cui più volte si è accennato, quali una familiarità per le malattie vascolari, il fumo di tabacco, l'ipertensione, il diabete mellito, l'obesità, la inattività

Una volta stabilito che l'ipercolesterolemia è dovuta a innalzamento delle LDL il primo indispensabile provvedimento è instaurare una dieta con scarso apporto di colesterolo e lipidi

È molto importante, soprattutto se vi è una familiarità cardiovascolare, eliminare quei comportamenti abnormi che possono far aumentare il rischio cardiovascolare

fisica, iperomocisteine, ecc.
Le iperlipemie più severe sono quelle di origine genetica familiare che, per fortuna, sono relativamente rare. Sono i casi in cui il quadro clinico è presente già in bambini e giovani adulti; che si complicano frequentemente con la comparsa di pancreatite acuta o eventi vascolari precoci (iperlipoproteinemia di tipo I); in altri casi di familiarità vi è una accelerata aterosclerosi già in età giovanile con possibilità di infarto miocardico anche letale (ipertrigliceridemia di tipo II e III).
In circa il 5% dei casi un aumento del colesterolo e dei trigliceridi ematici è secondaria ad altre patologie (diabete mellito, nefropatie, ipotiroidismo, alcolismo ecc.). Nella stragrande maggioranza dei casi il disturbo lipidico è da collegarsi a errori di alimentazione. Anche in questi soggetti si è osservata una certa predisposizione familiare, probabilmente da molteplici difetti genetici minimi (genotipo) che interagiscono con fattori comportamentali e ambientali che favoriscono l'emergere della iperlipemia (espressione di un determinato fenotipo). Nella popolazione generale si osserva una grande variabilità di risposta a una dieta ricca in grassi e a elevato contenuto di colesterolo; ciò viene interpretato da lievi differenze genetiche nell'assorbimento e nel metabolismo dei lipidi introdotti con l'alimentazione. Nei casi di ipercolesterolemia familiare è attualmente sufficiente nota l'origine del disturbo metabolico, così da permettere controlli più mirati e precoci non solo nel soggetto in cui si è accertata l'alterazione genetica, ma anche nei familiari. Questo è estremamente importante per poter intervenire, quando possibile, precocemente e in modo mirato, cercando così di rallentare la comparsa di disturbi cardiovascolari importanti.
È ormai dimostrato che una riduzione dei livelli plasmatici del colesterolo LDL (cattivo) e l'innalzamento dei valori di colesterolo HDL ("buono") riduce il rischio di eventi clinici correlati all'aterosclerosi coronarica, cerebrale e le vasculopatie ateroslerotiche degli arti.
Una volta stabilito che l'ipercoleste-

rolemia è dovuta a innalzamento delle LDL il primo indispensabile provvedimento è instaurare una dieta con scarso apporto di colesterolo e lipidi: ciò permette al fegato di stimolare i recettori per le LDL e quindi ridurre il loro livello plasmatico. In molti casi i valori delle LDL dopo tre mesi di dieta si riducono anche del 20%. Ovviamente se si ha una risposta positiva a questo trattamento, la dieta deve essere proseguita e mantenuta anche successivamente e per sempre. È anche molto importante la riduzione del peso corporeo entro livelli accettabili. La regolare attività fisica aerobica, con almeno tre sedute settimanali, può favorire la riduzione del colesterolo LDL e l'aumento del colesterolo HDL.

È molto importante, soprattutto se vi è una familiarità cardiovascolare, eliminare quei comportamenti abnormi che possono far aumentare il rischio cardiovascolare (fumo...). Solo se i provvedimenti sopra indicati risultano scarsamente efficaci nel ridurre i livelli di colesterolo LDL, sotto stretto controllo medico, si potrà iniziare una terapia farmacologica.

Attualmente sono a disposizione una serie di farmaci non solo efficaci per abbassare i livelli di oelsterolo, ma che sembrano avere una concomitante azione antiproliferativa. È questo il caso delle statine, il cui utilizzo sembra inibire e ridurre la formazione delle placche aterosclerotiche.

Nel caso della ipertrigliceridemia isolata, la sua correlazione con le coronaropatie è controversa. È tuttavia utile anche in questi pazienti e prima di ogni altro provvedimento, cercare una riduzione del peso corporeo, praticare una dieta equilibrata e ipolipidica, una più intensa attività fisica, limitare l'assunzione di bevande alcooliche e zuccherine, limitare il consumo di frutta zuccherina (fichi, uva...). Anche per questi pazienti la terapia farmacologica si dovrà attuare solo in un secondo momento, se vi è una risposta scarsa alle misure comportamentali e per valori veramente elevati di trigliceridi.

dott. Gaetano Bianchi

La dieta contro il colesterolo alto

Da Cristina Grande
per Prevenzione Oggi

Il colesterolo è necessario a molte funzioni e processi che avvegono nel nostro corpo.
Quando tutto funziona al meglio l'organismo riesce a mantenere un equilibrio tra produzione e smaltimento di colesterolo che, perciò, non si accumula.
Quando, per motivi diversi, questo equilibrio si rompe è necessario aiutare l'organismo a recuperarlo e la dieta può essere molto utile.

La dieta

Per ridurre il livello di colesterolo nel sangue non è necessario eliminare o ridurre drasticamente i grassi, basta controllarne la quantità e la qualità, limitando la dose giornaliera dei grassi utilizzati per condire ed evitando le frattaglie e i dolci che apportano troppo colesterolo.
I grassi, oltre a fornire un concentrato di energia (9 kcal per g, più del doppio, rispetto a proteine e carboidrati), giocano un importante ruolo nell'alimentazione perché apportano acidi grassi essenziali della famiglia omega-6 (acido linoleico) e della famiglia omega-3 (acido linolenico) e favoriscono l'assorbimento delle vitamine liposolubili A, D, E,K e dei carotenoidi.
In una dieta equilibrata la quota di grassi di un adulto sedentario

alimenti ricchi di colesterolo

(mg di colesterolo per 100 g)

cervello 2000
tuorlo 1337
bottarga 440
rene 375
uovo di gallina intero 371
fegato 300
caviale 300
burro 250
animelle 250
pastafrolla 224
tiramisù 197
cannoli alla crema 189
bignè 189
pandispagna 185
cuore 150

con tendenza al colesterolo alto, dovrebbe essere intorno al 20 - 25% delle kcal totali mentre può arrivare fino al 35% nella dieta di un adulto sano con attività fisica intensa.
"Grassi:scegli la qualità e limita la quantità" è scritto anche nelle linee guida per una sana alimentazione.
Oltre alla quantità di grassi alimentari totali è anche molto importante fare attenzione alla loro qualità: gli acidi grassi saturi, di prevalente origine animale (grassi dei formaggi e delle carni, burro, panna e strutto), devono essere il più possibile ridotti perché favoriscono l'aumento del colesterolo e il rischio di malattie cardiovascolari.
Altri grassi nocivi sono gli acidi grassi trans, presenti naturalmente nei prodotti ricavati da animali ruminanti (carne e latte) o formatisi durante i trattamenti industriali dei grassi.
Gli acidi grassi polinsaturi, di cui è ricco il pesce e gli oli di semi di mais, di soia o di girasole, aiutano invece ad abbassare il colesterolo totale.
L'olio di oliva che contiene acidi grassi monoinsaturi è consigliato perchè aiuta ad innalzare la frazione di colesterolo HDL che ha un'azione protettiva sulla salute delle arterie.
Alimenti integrali, legumi e frutta e verdura fresche non devono mai mancare nella dieta dell' ipercolesterolemico perchè contengono fibra, una sostanza vegetale che riduce l'assorbimento dei grassi e del colesterolo.
La soia, un legume molto ricco di proteine ha un particolare potere ipocolesterolemizzante e protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari.
Il vino rosso assunto a pasto e in dosi moderate protegge dalle malattie cardiovascolari.

Alimenti consigliati

Latte e yogurt: scremati

Uova: solo l'albume o un uovo intero a basso contenuto di colesterolo non piu' di una volta alla settimana.

Carne: magra di pollo, tacchino e coniglio, privata di tutto il grasso visibile e della pelle. Consigliate le cotture al forno, in padella, ai ferri, al cartoccio, al vapore, al microonde e la bollitura.

Salumi e insaccati: prosciutto e bresaola privati di tutto il grasso visibile (le parti bianche).

Pesce: fresco o surgelato di tutti i tipi.

Formaggi: ricotta o formaggi light con meno del 16% di grassi, non più di una volta alla settimana.

Pane, grissini e crackers: pane integrale

Spaghetti integrali gialli e verdi

Facile
Preparazione 10 min.
Cottura 25 min.

Ingredienti per 4 persone
320 g di pasta integrale
4 zucchine
1 cipolla
4 cucchiai di olio di oliva extravergine
prezzemolo
zafferano
2 cucchiai di sale grosso
1 pizzico di sale fino

Preparazione
- Lavare e spuntare le zucchine.
- Tagliarle alla julienne.
- Sbucciare e tritare la cipolla.
- Lavare e tritare il prezzemolo.
- Mettere tre litri d'acqua in una casseruola.
- Portarla ad ebollizione.
- Salarla
- Cuocere la pasta per il tempo indicato sulla confezione
- Versare l'olio in un tegame.
- Rosolare la cipolla
- Aggiungere le zucchine e lo zafferano
- Cuocere 15 minuti
- Scolare la pasta, unirla alle zucchine, mescolare e servire.

Minestra di farro, soia e zucca

Facile
Preparazione 10 min.
Cottura 120 min.

Ingredienti per 4 persone
500 g di zucca
200 g di soia
200 g di farro
8 pomodorini
1 cipolla
3 cucchiai di olio di oliva extravergine
2 spicchi d'aglio
1 foglia di alloro
sale
pepe

Ricette

Pasta e altri cereali: consigliati tutti .
Verdure, ortaggi e legumi: freschi o surgelati di ogni genere. I legumi consumati insieme alla pasta, al riso o altri cereali, possono sostituire la razione di carne.
Frutta: di stagione fresca cruda, cotta o frullata.
Grassi per condimento: olio d'oliva extravergine cotto e crudo, olio di semi di mais, soia o girasole crudo.
Bevande: consigliate acqua e tisane.
Salse, aromi e spezie: spezie e aromi

Alimenti da evitare

Carne: carne grassa, l'oca, la selvaggina e le frattaglie. Sconsigliata la frittura.
Pesce: pesce fritto o sott'olio.
Salumi e insaccati: tutti ad esclusione di prosciutto crudo e bresaola.
Formaggi: tutti ad eccezione di ricotta e formaggi light con meno del 16% di grassi.
Pane, grissini e crackers: tutti i tipi con grassi aggiunti.
Verdure, ortaggi e legumi: verdure sott'olio e fritte.
Grassi per condimento: burro, panna, strutto e margarine
Dolci e biscotti: tutti i dolci e i biscotti con creme o panna tutti i dolci e i biscotti preparati con burro, panna, strutto e margarine o, in genere, con troppi grassi.
Salse, aromi e spezie: patè, maionese, besciamella e salse derivate.

Preparazione
- Mettere la soia in ammollo per 12 ore.
- Sbuciare la zucca e tagliarla a cubetti
- Sbucciare e tritare aglio e cipolla.
- Lavare e spaccare a metà i pomodorini
- Appassire aglio e cipolla nell'olio.
- Unire i pomodori e l'alloro.
- Aggiungere la soia.
- Salare, pepare e coprire d'acqua.
- Cuocere per 1 ora e 30 minuti.
- Unire il farro e la zucca a cubetti e completare la cottura.

Involtini di sgombro al pomodoro

Facile
Preparazione 10 min.
Cottura 15 min.

Ingredienti per 4 persone
500 g di filetti di sgombri
1 bicchiere di vino bianco
1 spicchio d'aglio
origano
julienne di carote e sedano
sale e pepe.

Preparazione
- Sbucciare e schiacciare l'aglio.
- Lavare e tritare il prezzemolo.
- Mettere al centro di ogni filetto la juliennedi verdure
- Arrotolare il filetto e fermare l'involtino con uno stuzzicadenti
- Adagiare il pesce in un tegame.
- Irrorarlo di vino bianco.
- Spolverizzare di origano, salare e pepare.
- Portare a cottura.

Esempio pratico di alimentazione abituale

colazione
latte magro o yogurt
1 frutto

pranzo
una porzione di pasta, riso o altri cereali, possibilmente integrali, con sugo di pomodoro o con verdure ; una porzione di carne magra o petto di pollo o tacchino senza pelle o pesce; una porzione di verdura cruda o cotta ; 1 frutto; pane integrale ; acqua

spuntino
uno yogurt

cena
una porzione di minestra di verdure o legumi con pasta o riso; una porzione di verdura cruda o cotta; 1 frutto; pane integrale; acqua

Il condimento consigliato è l'olio d'oliva extravergine oppure l'olio di mais, soia o girasole

Notizie dalle Sezioni

Carnago Rovate (Va)

Serata su donazione e trapianti

Il 15 settembre il Gruppo Comunale AIDO di Carnago Rovate ha organizzato, presso il Centro Polifunzionale "Molina" di Rovate, una serata informativa dal titolo: "Donazione e trapianti in provincia di Varese: conoscere per scegliere". Relatore è stato il dott. Silvano Cominotti, coordinatore provinciale per i prelievi e trapianti presso l'Ospedale di Circolo di Varese.

Dopo una breve introduzione dell'emozionato presidente del gruppo, sig. Guerino Lazzarin, il dott. Cominotti ha ampiamente informato il numeroso pubblico intervenuto circa la situazione delle donazioni, sia sull'intero territorio nazionale che nel particolare della provincia di Varese, toccando il fondamentale tema della conoscenza che permette di affrontare consapevolmente la donazione. Pur in una condizione operativa disagiata a causa della mancanza, per buona parte dell'incontro, dell'energia elettrica a causa di un fortissimo temporale, la partecipazione degli intervenuti è stata sempre attiva grazie anche alla capacità del relatore nell'affrontare in modo coinvolgente i temi trattati.

La serata si è conclusa con un dibattito e l'intervento del presidente provinciale dell'AIDO, Roberto Bertinelli, che ha sottolineato l'importanza di tali occasioni informative e la necessità di procedere sempre più convinti attraverso la divulgazione nelle scuole della cultura della donazione.

Il saluto del Presidente e un piccolo rinfresco hanno concluso la serata.

Il Gruppo AIDO di Carnago-Rovate ringrazia il dott. Cominotti per la disponibilità, il sig. Roberto Bertinelli per l'entusiasmo che infonde al neonato consiglio direttivo, il sindaco sig. Tarico per la partecipazione e per la concessione della sala e tutti coloro che numerosi sono intervenuti.

Rudiano (Bs)

Parco AIDO per i bambini

Alla presenza delle autorità civili e religiose domenica 24 settembre è stato inaugurato a Rudiano, in provincia di Brescia, il Parco Aido per bambini. Si tratta di un'area di verde attrezzato situata in quartiere di recente costruzione, dove l'Amministrazione comunale e il locale Gruppo Aido, posizionando il simbolo dell'Associazione su di un lato del parco, hanno realizzato non uno dei tanti monumenti che si vedono in giro per il nostro Paese, ma un punto di riflessione per tutti coloro che usufruiranno del parco stesso.

La cerimonia, dopo la benedizione impartita dal parroco e il saluto del sindaco e delle autorità presenti, è proseguita con la visita al locale cimitero ai tre donatori di organi e si è conclusa con la Santa Messa celebrata nella chiesa parrocchiale.

Cellule e trapianti: così la morte fu convenzionale

Luisella Battaglia

Il problema del rapporto etica-scienza si ripropone periodicamente di fronte alle sfide sempre nuove poste dai progressi della medicina e delle scienze biologiche. Oggi siamo chiamati ad assumere decisioni gravi e importanti che esigono da noi uno sforzo non comune di riflessione e, soprattutto, il coraggio di rivedere criticamente taluni assunti relativi ai confini della vita.
Il dibattito sulle cellule staminali embrionali solleva quesiti morali altrettanto gravi di quelli affrontati circa 40 anni fa agli esordi della trapiantologia. Nel 1967 il primo trapianto cardiaco - a opera di Christian Barnard - aveva suscitato un'ampia discussione sulla liceità etica di espiantare organi in condizioni che non erano quelle della morte clinica tradizionale. Si trattava innanzitutto di stabilire delle nuove modalità per l'accertamento della morte di pazienti in stato di coma irreversibile. Fu una commissione appositamente istituita presso l'Università di Harvard, e formata da 13 membri, in gran parte medici, a produrre un documento nel quale si fissava, su basi rigorosamente scientifiche, un nuovo criterio di morte - quello cerebrale - che avrebbe da allora sostituito quello tradizionale, fondato sull'arresto cardiocircolatorio. La proposta , quasi universalmente accolta, fu indubbiamente il frutto di una decisione coraggiosa e, per molti aspetti, innovativa giacché, oltre ad offrire una legittimazione alle tecniche chirurgiche dei trapianti, avrebbe aperto la strada alla possibilità di donare gli organi in nome di un'etica dell'umana solidarietà. La Chiesa, in maniera assai lungimirante, diede la sua adesione, accettando sostanzialmente un criterio di accertamento della morte lontano dalla tradizione, un criterio frutto pur sempre di una "convenzione", sia pure scientificamente sostenuta e razionalmente argomentata, che oggi, non a caso, è sottoposta a diverse riserve critiche. Un atteggiamento, dunque, di ragionevole apertura ai confini estremi della vita cui continua a corrispondere un atteggiamento di totale e intransigente chiusura agli inizi della vita.
Ne è un esempio l'attuale dibattito sulle cellule staminali embrionali. Il duro giudizio dell'"Osservatore Romano" che ha definito "macabro mercimonio (...) prodotto di un malinteso senso del progresso" la linea di prudente apertura sostenuta dal nostro governo - suona come una condanna senza appello. "Viene sbandierato un oscuro progresso della civiltà come se questa potesse progredire uccidendo un essere vivente al quale non è riconosciuto alcun diritto". In realtà, il programma ,votato a larga maggioranza dalla Ue, esclude la distruzione di embrioni a fini di ricerca , indica come prioritari gli studi sulle staminali adulte e - qui è il punto - dà il via libera ai finanziamenti comunitari di progetti che contemplano l'impiego di linee cellulari già esistenti tratte da embrioni soprannumerari congelati destinati all'estinzione.
Non si tratta, dunque, in alcun modo di "uccidere" un essere vivente ma, semmai, di verificare la possibilità di stabilire un'analogia tra la donazione di organi da cadaveri e la donazione di cellule staminali da embrioni di cui si sia accertata la morte. Perché, se si riconosce all'embrione la dignità di "persona", non lo si rende donatore di cellule, non potendo ovviamente esserlo di organi'? In effetti, se l'individuo adulto può ritenersi morto in conseguenza della perdita irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere la propria unità funzionale, potrebbe essere considerato morto anche l'embrione in cui sia accertabile l'arresto dello sviluppo e della capacità di divisione cellulare, anche se alcuni blastomeri conservano le loro potenzialità. Il primo non sarà più vita, il secondo non lo sarà mai.
Se il prelievo e l'utilizzazione di blastomeri vivi da un embrione incapace di svilupparsi può considerarsi formalmente paragonabile al prelievo di organi e tessuti da un individuo adulto dichiarato morto, può ritenersi eticamente lecita la donazione di cellule da un embrione giudicato non impiantabile e dopo che se ne sia accertata la morte.

Cuore artificiale: Padova pioniera nell'UE

Il numero di pazienti affetti da insufficienza cardiaca grave che richiedano un'ospedalizzazione è in costante incremento. Tale incremento è la risultante di due fattori: da un lato l'invecchiamento della popolazione, dall'altro i migliorati tassi di sopravvivenza dopo infarto miocardico. La sopravvivenza di questi pazienti, laddove i farmaci risultino inefficaci, è garantita dal trapianto cardiaco che rappresenta a tutt'oggi il "gold standard" terapeutico nel trattamento dello scompenso cardiaco grave.
Malgrado un innegabile sforzo organizzativo degli organi competenti finalizzato a sostenere la cultura della donazione, ancora oggi il numero dei donatori di cuore disponibili riesce a soddisfare non più del 50% delle richieste per anno. Inoltre, per ragioni diverse, il profilo del donatore d'organo si è andato modificando: sempre più spesso i donatori sono soggetti di età superiore ai 50 anni deceduti per eventi ischemico- cerebrali. Ora, se l'innalzamento dell'età del donatore ha un impatto relativo sul trapianto di organi quali rene, fegato e polmone, di fatto rappresenta un limite alla possibilità di incrementare ulteriormente la disponibilità di cuori. I dati del Centro nazionale trapianti mostrano per il 2005 una riduzione del numero di trapianti cardiaci eseguiti nel nostro Paese. La differenza è fortunatamente modesta, ma è un dato del quale si deve tenere conto. La necessità di allocare in maniera ottimale gli organi disponibili ha di fatto portato alla creazione di un sottogruppo di pazienti cardiopatici che per vari motivi hanno perso i requisiti della trapiantabilità. Sono questi i pazienti con età superiore ai 65 anni, che è il limite massimo consentito, salvo rare eccezioni, per l'inserimento in lista di attesa per trapianto o pazienti affetti da patologie concomitanti che controindicano la terapia immunosoppressiva (es. tumori). La necessità di offrire a questi pazienti una alternativa altrettanto valida al trapianto cardiaco ha reso evidente la necessità di sviluppare nuove strategie terapeutiche quali la medicina rigenerativa e i sistemi di assistenza meccanica. L'utilizzo clinico delle cellule staminali nella terapia dell'insufficienza cardiaca è ancora confinata alla fase sperimentale e ulteriori validazioni sono necessarie prima che si possa pensare a un loro reale utilizzo in ambito clinico.
L'impiego dei sistemi meccanici per assistenza ventricolare (ventricoli artificiali) sia pulsatili che a flusso continuo sono al contrario una realtà clinica. Tali sistemi vengono utilizzati oggi con buoni risultati, sia come ponte al trapianto, sia nell'attesa del recupero della funzione cardiaca

laddove questa sia stata gravemente compromessa da patologie quali le miocarditi o l'infarto. L'utilizzo dei sistemi di assistenza ventricolare (Vad) quale terapia sostitutiva definitiva dell'organo cuore è ancora in fase iniziale e prevede l'utilizzo di dispositivi che possono sostituire la funzione di parte del cuore (Vad sinistro) o di tutto l'organo (cuore artificiale totale). In quest'ultimo caso si tratta dunque di un intervento analogo al trapianto cardiaco con la sola differenza che nel trapianto comunemente inteso il cuore del ricevente viene sostituito da un cuore umano mentre in questo caso la sostituzione avviene con un cuore meccanico. L'unico cuore artificiale totale attualmente disponibile quale sostituto definitivo cardiaco è l'Abiocor TAH 1. Tale sistema, sviluppato dall'azienda americana Abiomed, è il frutto di una ricerca durata trent'anni ed è stato impiantato per la prima volta al mondo il 2 luglio 2001 presso il Jewish Hospital della Università di Louisville. Da allora presso la stessa Università l'Abiocor è stato impiantato in altri 12 pazienti e la sopravvivenza più lunga è stata di 16 mesi. La Cardiochirurgia dell'Università di Padova che due anni fa ha eseguito il primo impianto in un paziente di 73 anni di un sistema di assistenza meccanica al circolo definitivo a flusso continuo tipo "Berlin Heart", introducendo così anche nel nostro Paese concezioni innovative sui supporti meccanici a lunga permanenza, cioè alternativi al trapianto cardiaco, è stata selezionata insieme a un centro svedese e a un centro tedesco per eseguire l'impianto di Abiocor in ambito europeo. Dopo un programmato periodo di training in Nordamerica l'équipe cardiochirurgica di Padova sarà in grado di introdurre anche in Italia tale innovazione tecnologica. L'utilizzo dei sistemi di assistenza ventricolare su ampia scala viene a porre ulteriori sollecitazioni sul sistema sanitario non solo in termini economici, ma anche per quanto attiene al supporto logistico sul territorio dei pazienti portatori di assistenze meccaniche sia temporanee che definitive. Pensiamo solo agli aspetti psicologici o al supporto familiare. Ci troviamo dunque a fronteggiare sfide a forte valenza innovativa in cui il nostro Paese non può e non deve porsi in posizione di retroguardia, ma assumere posizioni di vertice e di eccellenza.

Toscana: prima rete di monitoraggio per il pretrapianto di fegato

Nasce in Toscana la prima rete regionale per il monitoraggio e il trattamento dei pazienti cirrotici: medici di medicina generale, unità operative di gastroenterologia e malattie infettive, coordinati dal centro di trapiantologia epatica dell'azienda ospedaliera-universitaria pisana, uniti nel servizio al malato epatopatico per controllare lo stato di salute del paziente e la sua potenziale candidatura al trapianto. Un nuovo strumento per valutare le esigenze trapiantologiche sul territorio e la conseguente gestione dei programmi regionali di trapianto.
Oggi in Italia almeno un milione di persone soffre di cirrosi epatica. I trapianti di fegato effettuati ogni anno sono circa 1.000 (1.049 nel 2005) mentre attualmente 1.568 italiani attendono di sottoporsi all'intervento. L'attesa media è di un anno e mezzo. In Toscana 30,6 persone per milione di abitanti sono in attesa di un trapianto. All'ospedale Cisanello dell'azienda ospedaliera-universitaria Pisana, il tempo medio di attesa è di circa quattro mesi. Le cirrosi epatiche in Italia possono essere considerate una vera e propria emergenza: nel nostro paese, si stima che almeno un milione di persone ne sia colpito, a seguito di infezioni da epatite, alcolismo o malattie autoimmuni. Il decorso di questa malattia dura molti anni e, in molti casi, arriva il momento nel quale il trapianto di fegato è l'unica possibilita' di cura. Tuttavia, affinche' questa opzione terapeutica abbia successo, è fondamentale che l'intervento venga eseguito nei tempi giusti: quando cioè la malattia non è troppo avanzata e il paziente è in condizione di affrontare al meglio il trapianto. Per questo è stato attivato in Toscana l'"Osservatorio toscano dei potenziali candidati al trapianto di fegato", una rete di medici di medicina generale e di specialisti ospedalieri di tutte le unità operative di gastroenterologia, epatologia e malattie infettive delle aziende sanitarie ed aziende ospedaliere toscane, coordinati dall'unità operativa di trapiantologia epatica dell'azienda ospedaliera-universitaria pisana. Voluto dall'Organizzazione toscana trapianti nell'ambito della creazione delle reti regionali di trapianto (fegato, cuore, rene, polmone, pancreas), l'Osservatorio ha come obiettivo la cura e il monitoraggio dei pazienti cirrotici al fine di conoscere l'avanzamento della malattia, fattore fondamentale per l'inserimento in lista ed esecuzione del trapianto

Europa: mancano organi, 10 morti al giorno

Vipas

Ogni giorno 10 persone perdono la vita in Europa per la mancanza di donazioni di organi da destinare ai trapianti. Il numero di decessi sale al 15%, fino al 30%, tra i pazienti che attendono un trapianto di cuore di fegato o di polmone. Insomma la lista di attesa in Europa per un trapianto che rappresenta l'ultima possibilità di salvezza è ancora troppo lunga: sono infatti 40mila i pazienti che attendono una donazione di organi.
I dati parlano da soli e la Commissione europea ha deciso di correre ai ripari varando, la proposta del commissario europeo alla sanità e alla protezione dei consumatori, Markos Kyprianou, di lanciare una consultazione pubblica per capire quali iniziative l'Europa può prendere e cosa si attendono i cittadini dall'Europa.
Per Kyprianou è il momento di capire come intervenire per migliorare non solo l'accesso agli organi ma anche i requisiti di qualità e di sicurezza. Bruxelles tuttavia riconosce che negli ultimi decenni sono stati fatti passi da gigante: dai primi trapianti di organo negli anni cinquanta, il loro numero e i risultati in termini di qualità e di anni di vita guadagnati non hanno cessato di crescere.
Ciò non toglie che numerosi problemi persistono. In Europa non solo c'è ancora penuria di organi, ma la loro distribuzione è irregolare, ci sono pochi scambi tra gli stati membri e le procedure nazionali sulla loro qualità e sicurezza variano. Un quadro, che potrebbe favorire il traffico illegale.
Secondo le informazioni - riunite dalla Commissione europea in un documento - in Europa persistono anche divergenze tra un Paese e un altro sul numero dei donatori: variano dal 34,6 parti per milione (ppm) rispetto alla popolazione in Spagna, al 13,8 ppm nel Regno Unito, al 6 ppm in Grecia fino allo 0,5 ppm in Romania. In Italia sono stati 23 ppm.

aido

con loro

per dare ali alla speranza

La donazione degli organi in Lombardia

Centri di prelievo

Provincia di **Bergamo**
- A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo
- Ospedale Treviglio Caravaggio
- Policlinico S. Marco di Zingonia

Provincia di **Brescia**
- A.O. Spedali Civili Brescia
- Ospedale di Chiari

Provincia di **Como**
- A.O. S. Anna di Como
- Clinica Valduce di Como

Provincia di **Cremona**
- A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona
- Ospedale Maggiore di Crema

Provincia di **Lecco**
- A.O. "A. Manzoni" di Lecco
- Ospedale di Merate

Provincia di **Lodi**
- A.O. della Provincia di Lodi

Provincia di **Milano**
- Città di Milano: Ospedale Ca' Granda Niguarda, Fatebenefratelli, Policlinico, Policlinico ICP, Ospedale L. Sacco, Ospedale S. Carlo, Istituto Besta, Istituto S. Raffaele;
- Ospedali di Cernusco Sul Naviglio, Desio, Legnano, Melegnano, "San Gerardo" di Monza.

Provincia di **Mantova**
- A.O. "CarloPoma" di Mantova

Provincia di **Pavia**
- A.O. Policlinico "San Matteo" di Pavia

Provincia di **Sondrio**
Ospedale "Morelli" di Sondalo

Provincia di **Varese**
- A.O. "Macchi" di Varese
- Ospedali di Busto Arsizio, Gallarate, Saronno, Tradate

Centri di trapianto

Provincia di **Bergamo**
- A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo: cuore, doppio polmone, emifegato, fegato, fegato/rene, pancreas, rene, doppio rene.

Provincia di **Brescia**
- A.O. Spedali Civili Brescia: rene

Provincia di **Milano**
Città di Milano:
- Ospedale Ca' Granda Niguarda: cuore, polmone, doppio polmone, emifegato, fegato, pancreas/rene, rene.
- Policlinico: polmone, doppio polmone, emifegato, fegato, rene.
- Policlinico ICP: rene
- Istituto Nazionale Tumori: emifegato, fegato
- Istituto S. Raffaele: pancreas, isole, pancreas/rene, rene.

Provincia di **Pavia**
- A.O. Policlinico "San Matteo" di Pavia: cuore, polmone, doppio polmone, rene.

Provincia di **Varese**
- A.O. "Macchi" di Varese: rene

L'Aido Lombardia

Bergamo
Sezione
- 24125 - Via Borgo Palazzo, 90
Presidente: Leonida Pozzi
Tel. 035.235326
Fax 035.244345
segreteria@aidosezioneprovincialebergamo.191.it

Brescia
Sezione
- 25128 - Via Monte Cengio, 20
Presidente: Lino Lovo
Tel./Fax 030.300108
vita.per.lavita@virgilio.it

Como
Sezione
- 22100 - Via C.Battisti, 8
Presidente: Mario Salvatore Bosco
Tel./Fax 031.279877
aido.como@virgilio.it

Cremona
Sezione
- 26100 - Via Aporti 28
Presidente: Daniele Zanotti
Tel./Fax 0372.30493
aidocremona@tiscalinet.it

Lecco
Sezione
- 23900 - C.so Martiri Liberazione, 85
Presidente: Vincenzo Renna
Tel./Fax 0341.361710
aidolecco@tiscali.it

Lodi
Sezione
- 26900 - Via C.Cavour, 73
Presidente: Angelo Rapelli
Tel./Fax 0371.426554
aidoprovincialelodi@email.it

Aido Consiglio Regionale Lombardia

Sede: 24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Telef. 035.235327 - Fax 035.244345
E-Mail: aidolombardia@simail.it

Aido Nazionale

Sede di Bergamo, 24122
Via Novelli 10/A
Telef. 035.222167 - Fax 035.222314
E-Mail: aidonazionale@aido.it

Sede Amministrativa di Roma, 00195
Via S. Pellico 9
Telef. 06.3728139 - Fax 06.37354028
E-Mail: aido-arcobaleno@libero.it

Mantova
Sezione
- 46100 - Via Frutta, 1
Presidente: Antonella Marradi
Tel. 0376.223001
Fax 0376.364223
aidomn@virgilio.it

Legnano
Sezione Pluricomunale
- 20019 - Settimo Milanese (MI)
Via Libertà, 33
Presidente: Donata Colombo
Tel./Fax 02.3285201
donata@studio-quattro.it

Melegnano-Melzo
Sezione Pluricomunale
- 20066 - Melzo (Mi)
Via De Amicis, 7
Presidente: Felice Riva
Tel./Fax 02.95732072
aido_pluri_asl2@libero.it

Monza-Brianza
Sezione Pluricomunale
- 20052 - Monza (Mi)
Via Solferino, 16
Presidente: Lucio D'atri
Tel.039.3900853
Fax 039.2316277
aidosezionemonza@infinito.it

Milano
Gruppo Speciale
- 20158 - Via Livigno 3 -
Presidente: Maurizio Sardella
Tel./Fax 02.6888664
info@aidomilano.it

Pavia
Sezione
Presso Policlinico Clinica Oculistica
- 27100 - Piazzale Golgi, 2
Presidente: Luigi Riffaldi
Tel./Fax 0382.503738
aidopavia@tiscali.it

Sondrio
Sezione
- 23100 - Via D. Gianoli, 2/6
Presidente: Franca Bonvini
Tel./Fax 0342.511171
aidosondrio@inwind.it

Varese
Sezione
- 21100 - Via Cairoli, 14
Presidente: Roberto Bertinelli
Tel./Fax 0332.241024
aidoprovinciale.varese@virgilio.it