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 XVII n° 169 DICEMBRE 2008

aido

Sommario

pagina 2 Gli auguri delle sezioni

pagina 9 Areu, Agenzia Regionale dell'Emergenza Urgenza
La risposta della Lombardia alle nuove esigenze sanitarie

pagina 18 Grandi diritti per piccoli pazienti

pagina 25 Obesità e dintorni
La sindrome metabolica

pagina 28 Niente hamburger e bevande dolci per combattere la sindrome plurimetabolica

pagina 32 Notizie dalle sezioni

Spazio ai lettori

Da questo numero è attivo l'indirizzo di posta per gli interventi dei lettori: postalettori@aidolombardia.it. Segnaliamo che nel contempo sono stati modificati gli indirizzi e-mail per la Segreteria e per l'Amministrazione (vedi spazio in basso in questa stessa pagina).

PREVENZIONE oggi

Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale AIDO Lombardia - ONLUS

Anno XVIII n. 169 - dicembre 2008

Editore:
Consiglio Regionale AIDO Lombardia - ONLUS
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
segreteria@aidolombardia.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
Consulente del Dipartimento di Chirurgia Pediatrica

Prof. 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

Prof. 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
prevenzione.oggi@libero.it
Paolo Seminati

Segreteria e Amministrazione
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
segreteria@aidolombardia.it
amministrazione@aidolombardia.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

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

I treni della speranza che arrivano in Lombardia non ci fanno dimenticare che ci sono poche donazioni

L'anno che si chiude ci ha visti completare la prima fase del nostro impegno editoriale, in giro per la Lombardia, con l'obiettivo di raccontare la realtà ospedaliera delle strutture che definiremo per comodità "più grandi", quelle cioè di valenza provinciale. Desideravamo, attraverso le interviste di "Prevenzione Oggi" indagare l'attività delle équipe che si dedicano al prelievo e al trapianto: dai coordinatori ai ricercatori, dagli infermieri agli anestesisti, fino ai chirurghi trapiantatori e ai medici che si occupano del follow up post-trapianto. Abbiamo incontrato una realtà che ci ha positivamente sorpresi. La Lombardia può contare su un'organizzazione sanitaria, nel campo dei prelievi e dei trapianti, di primissima qualità. Ho già avuto occasione di affermare e colgo l'opportunità per ribadire che quei "treni della speranza" che alcuni anni fa portavano i nostri bambini e anche gli adulti, verso ospedali d'eccellenza del Nord Europa (ricordate il Belgio?, e Parigi?) oggi partono ancora ma hanno invertito il senso di marcia. Oggi possiamo dire che Milano – il Niguarda come il Policlinico, l'Istituto Tumori ecc. –, Bergamo, Brescia e per alcune specialità anche altri ospedali lombardi, sono le mete della speranza per tanta gente che arriva da tutta Europa (e a volte dal resto del mondo). Quanto è avvenuto non è dovuto alla buona sorte ma è il risultato di un lavoro organizzativo e professionale di primissimo livello. I nostri ricercatori, i nostri dirigenti sanitari, i nostri medici, i nostri chirurghi hanno dimostrato di che pasta sono fatti e hanno superato i maestri di un tempo. I benefici ricadono direttamente sulla comunità lombarda, in particolare le persone più deboli, quelle ammalate, le famiglie in difficoltà. In questo numero pubblichiamo un'intervista un po' particolare. A Lecco abbiamo infatti incontrato, nella sede provvisoria, il direttore generale dott. Alberto Zoli e il direttore sanitario dott. Marco Salmoiraghi, ai quali la Regione ha affidato il compito di far partire una nuova realtà nel settore dell'emergenza urgenza (il 118). Nasce così Areu, che opererà su tutto il territorio lombardo e "Prevenzione Oggi" è fra i primi organi di informazione a darne approfondito resoconto. I lettori sanno che non ci siamo fermati alle notizie positive, ma che non abbiamo mai rinunciano a denunciare quello che non va. Il nostro allarme quest'anno in particolare è stato rivolto a chi ha la responsabilità di far crescere il numero delle donazioni. I dati della Lombardia nel 2008 non sono confortanti. Soprattutto non sono all'altezza della nostra Regione che appunto può contare sulle eccellenze in quasi tutti i campi sanitari. Prendiamo pure atto che la nostra è una comunità più difficile e composita, in rapida evoluzione sociale e culturale, con un fortissimo tasso di immigrazione e quindi con la necessità di far cementare le diverse realtà etniche. Basta andare a Milano per accorgersi di quanto sia cambiata la gente di questa metropoli. Ma la sfida che dobbiamo raccogliere e vincere è proprio questa: nella ricca, generosa, solidale Lombardia, le donazioni devono riprendere a crescere. Dobbiamo raggiungere e superare le regioni più avanti di noi, sia in Italia che in Europa. Possiamo farlo? Sì. Se ci crediamo e se valorizziamo le enormi potenzialità organizzative di cui disponiamo. Di questo e di tanto altro parleremo nel 2009, anno in cui riprenderemo le nostre interviste-indagini negli ospedali di minori dimensioni dove sono custodite grandi potenzialità professionali e di cura.

Leonida Pozzi

In copertina:

«L'INCANTO»©

foto di
Giuseppe Pellegrini - Mantova

"Armonie divine nel coro
di aureole dorate.
Le anime celesti
rinnovano il messaggio
di pace di Colui
che sempre rinasce
a maggior gloria
del mondo".

commento alla foto di
Antonella Marradi - Mantova

In copertina

in copertina
Parti di affreschi della Cappella di Palazzo Medici del Benozzo di Lese, discepolo e collaboratore del Beato Angelico - Firenze

Solo per oggi crederò fermamente, nonostante le apparenze contrarie, che la Provvidenza di Dio si occupi di me come se nessun altro esistesse al mondo.

Auguri a tutti: ai soci dell'Aido, a chi ci legge e ci è vicino, ai loro famigliari, a chi soffre e aspetta che un amico tenda la mano.

Lasciamo un anno ricco di novità dentro e fuori l'Aido. Abbiamo affrontato le Assemblee elettive e scelto i dirigenti che guideranno l'Associazione nel prossimo quadriennio. Dopo 27 anni alla guida della Sezione provinciale di Bergamo, in osservanza delle disposizioni contenute nel nuovo Statuto, ho lasciato per mantenere l'impegno quale presidente del Consiglio regionale lombardo. Non nascondo che ero arrivato a questo passaggio con un po' di timori e tanta nostalgia. Oggi sono sereno perché nella persona del nuovo presidente provinciale Leonio Callioni ho piena fiducia, come di tutti gli altri componenti della nuova Giunta e del nuovo Consiglio provinciale. Ho la certezza che continueremo a condividere un cammino al servizio dell'Aido. Insieme peraltro abbiamo già cominciato a lavorare intensamente sviluppando un bellissimo spirito di squadra.

Rimango al servizio dell'Associazione nella veste di presidente del Consiglio regionale - avendo rinunciato anche all'incarico di consigliere nazionale -, con l'entusiasmo del primi giorni. Sono stato tra i fondatori, 20 anni fa e oggi mi ritrovo ancora nella responsabilità di presidente.

Sono stati venti anni stupendi, ricchi di lavoro e di buoni risultati. In particolare ho a cuore, fra i tanti, l'impegno quale direttore editoriale di *"Prevenzione Oggi"*, la nostra rivista, il nostro biglietto da visita, così bello, ricco di informazioni, accattivante nella grafica e nelle immagini, e allo stesso tempo autorevole e rispettato. Continuiamo a sostenerlo perché anche attraverso "Prevenzione Oggi" rispondiamo al nostro mandato per la diffusione della cultura della donazione.

Voglio augurare a tutti che i difficili momenti che il mondo sta vivendo, siano l'occasione per ritrovare il cammino nel solco delle cose vere, dell'amicizia sincera, della solidarietà concreta, del sentirsi uniti in un unico progetto per il miglioramento della nostra comunità.

Soprattutto voglio augurare a tutti noi, per il nuovo anno, di saper essere attenti a chi, accanto a noi, vive nel bisogno, affinché ogni possibile vuoto umano sia riempito dalla generosità di chi è più fortunato.

Il Presidente regionale Aido Lombardia
Leonida Pozzi

gli auguri delle sezioni

Bergamo

Auguri per un sereno Natale e per un bellissimo 2009.

Un Natale vissuto dentro la dimensione cristiana della solidarietà e dell'aiuto reciproco.

Auguri per un 2009 ricco e povero. Ricco di umanità, di affetti, di relazioni. Povero di cose inutili che ci stordiscono e ci fanno perdere il senso vero della vita. Povero di contrasti e di sofferenze. Non possiamo pretendere un 2009 senza difficoltà. Ma possiamo fare in modo che le stesse difficoltà siano palestra di vita e ci facciano crescere, rendendo più saldo il nostro cammino dentro il progetto di Dio sull'umanità.

Se i tempi di povertà ci rendono più forti non saranno stati inutili.

Auguro a me stesso di meritare la fiducia e la stima dei tanti amici che mi hanno affidato il ruolo di presidente della Sezione.

Ma soprattutto ringrazio tutti coloro che, credendo nelle grandi potenzialità dell'Associazione Italiana Donazione Organi, si mettono in gioco e si pongono al servizio di un progetto di solidarietà che diventa vita. Nel solco dei fondatori, accettando di prendere il testimone di coloro che nel corso di quasi quarant'anni hanno reso tanto grande l'idea della donazione di organi da farla diventare orizzonte di riferimento, punto di arrivo.

Il presidente
Leonio Callioni

Brescia

Carissimi Presidenti

L'anno che sta per lasciarci porta un segno negativo. Infatti il numero delle donazioni, dei prelievi e dei trapianti, anche nella nostra provincia segna il passo.

Ovviamente non vogliano ne possiamo incolpare nessuno. Tutti coloro che sono impegnati nel settore hanno fatto del loro meglio. Il problema secondo sta nel sistema. Crediamo sia giunta l'ora che si cominci a pensare ad un servizio prelievo e trapianti strutturato, con personale suo disponibile 24h su 24h, che consenta agli operatori di lavorare con scienza e coscienza all'interno di una organizzazione lavorativa che li tuteli in ogni momento della loro attività. Per realizzarlo sono necessari forti investimenti che lo stato e la regione devono mettere in campo se effettivamente si vuole dare una risposta ed una speranza positiva a che dal trapianto aspetta la possibilità di vivere una vita degna di essere vissuta.

Questo è l'augurio che facciamo a noi stessi e agli oltre duecentocinquanta bresciani in lista di attesa per un trapianto di organi.

A tutti grazie per l'impegno profuso per promuovere la cultura della donazione, unito all'augurio di buon anno.

Il Presidente
Lino Lovo

Como

"DIO FU CON LORO, MA GLI UOMINI FURONO DEGNI DI DIO?"

È un passo dello scritto - confessione che inaugura il lungo cammino dell'opera di carità che ha segnato l'esistenza di Don Carlo Gnocchi, il sacerdote-cappellano che con l'esempio di una vita vissuta per gli altri, ha anticipato nel tempo l'idea di una cultura della donazione finalizzata a migliorare la qualità della vita di ogni uomo "percosso e denudato dal dolore" (Da Cristo con gli alpini). Il dolore che da sempre accompagna la vita di ogni uomo, ma che può anche diventare occasione di riscatto per rendersi "degni di Dio".

Evidenziando questo aspetto dell'animo umano così nobilmente espresso nell'esempio di vita di Don Carlo Gnocchi, ovvero l'occasione concessa ad ognuno di noi di rendersi

Solo per oggi avrò cura del mio aspetto: non alzerò la voce, sarò cortese nei modi, non criticherò nessuno, non pretenderò di migliorare nessuno tranne me stesso.

CARITÀ

Solo per oggi sarò felice nella certezza che sono stato creato per essere felice non solo nell'altro mondo, ma anche in questo.

degno di Dio, approfittiamo dell'imminente periodo di festività natalizia per riflettere su questo concetto, cercando magari di non angustiarci troppo per la diminuita possibilità (a causa dei momenti difficili che stà vivendo la nostra economia) di conquistare beni effimeri, ma rivolgendo un pensiero a chi soffre nel corpo e nello spirito.

Giunga a tutti voi che ci leggete il più grande ed affettuoso augurio di un Buon Natale e Felice Anno Nuovo da parte di tutto il Consiglio Direttivo della Sezione provinciale di Como.

Il Presidente
Salvatore Mario Bosco

Cremona

Cari soci,

forse mai come quest'anno abbiamo bisogno di rispolverare una parola cara e famigliare a tutti noi: AUGURI!

Da diversi mesi abbiamo nella testa altre parole quali: recessione, mutui subprime, Pil ecc..

Fermiamoci due secondi! E tutto, detta in due concetti, è stato creato da "carta" straccia?

Parrebbe proprio di sì ma lasciamo ad altri le analisi approfondite ed il vanto di dire "io l'avevo previsto".

Noi parliamo di cose molto più tangibili: atto olografo, tessera AIDO e certezza per l'uomo; certezza che, al nostro addio (tutelato e rispettato in ogni dettaglio dalla Legge Italiana senza necessità di ulteriori accertamenti) altre persone potranno beneficiare di un gesto da noi espresso in vita in modo disinteressato ed autonomo.

Non mi resta che fare a Voi ed alle vostre famiglie un fervido augurio di buone feste con l'assoluta certezza ed orgoglio che nella nostra associazione ed in tutto il mondo del volontariato si valorizza e si tutela la persona in quanto prezioso attore della vita quotidiana.

Il Presidente
Daniele Zanotti

Lecco

Con sentimenti di letizia e speranza per l'avvicinarsi del Santo Natale e del Nuovo Anno, a nome di tutta la Sezione Provinciale di Lecco, porgo ai lettori, agli iscritti all'Aido e ai malati in attesa di un trapianto i più sinceri auguri perché la vita sia con tutti generosa e foriera di buone nuove.

A chi ha vissuto da vicino la donazione d'organi di un proprio caro, auguro che questo gesto, portatore di vita per altri, serva a lenire il dolore per la perdita del familiare e a dare un profondo senso di continuità alla vita che, grazie al trapianto di organi, fluisce da una persona a un'altra.

Purtroppo si è constatato un calo nei consensi alla richiesta di donazione che ci preoccupa e che contrasta, invece, con l'incremento delle iscrizioni alla nostra Associazione; incremento che, nella nostra Provincia, è stato in controtendenza ai flussi degli ultimi anni.

L'augurio che possiamo fare all'AIDO è dunque quello di trovare un giusto compendio tra questi due fattori, spingendo ancora oltre l'opera di sensibilizzazione con mezzi e strumenti da valutare attentamente nel corso del 2009.

A tutti va il nostro augurio per un periodo di serenità e tranquillità in un mondo che vorremmo fosse finalmente in pace.

Il Presidente
Vincenzo Renna

Legnano

Santo Natale e fecondo 2009.

Il Natale è il simbolo massimo del dono e, l'augurio, in questa ricorrenza, è segno di Speranza, un incoraggiamento ed una condi-

visione.

L'augurio abitualmente viene rivolto alle persone care con le quali si condivide una scelta di vita e di impegno.

Quale esperienza comune maggiore possiamo immaginare di quella di essere a nostra volta dono e speranza per il prossimo? Dono di vita come è quello di tutti noi che abbiamo scelto di essere associati AIDO e che, in molti e diversi modi, operiamo in favore di un comune risultato.

L'augurio sincero è che tutti abbiamo una salute capace di farci godere le gioie della famiglia, dell'amicizia e della fraternità sociale. Delle piccole come delle grandi cose. Di quelle personali e di quelle cui il nostro operare è rivolto.

I nostri occhi sappiano sempre guardare il fratello come persona unica ed importante, specialmente quando è fragile e malato, sino a trasmettere in lui il desiderio di amare e di essere fraternamente riamato.

Un dono espressione del gratuito, fatto senza l'attesa di un tornaconto. Un dono d'amore da parte di chi ama anche chi non conosce, senza chiedere nulla in cambio. Sino al dono ultimo, lasciato con gioioso impegno, quando ormai siamo ritornati a Casa.

Il Consiglio della Pluricomunale AIDO Legnano, nel frastuono e nella frenesia dei doni, che magari quest'anno saranno più attenti al senso del Natale che non al luccichio dei lustrini, augura ai Gruppi comunali AIDO della propria Pluricomunale ed a tutti gli associati AIDO, ai Consigli di tutte le Sezioni con il loro Presidenti, al Consiglio Regionale ed al suo Presidente Cav. Leonida Pozzi, con la sua Segreteria, un sereno Natale e un fecondo nuovo anno.

Il Presidente
Piero Z. Saffirio

Lodi

Cari aidini, siamo in procinto di celebrare le feste natalizie e come di consuetudine ci scambiamo gli auguri con il nostro giornale regionale.

Questo Santo Natale sia per tutti noi un momento di pace e serenità; un'occasione di fermarci per aspettare il silenzio e con esso la possibilità di ripensare e risentire idee, pensieri e valori che portiamo sempre con noi, ma che spesso sono come un'eclissi, nascosti da altre attenzioni, tanto da coprirsi con la nebbia della dimenticanza.

Questo giorno di luce ci doni la gioia di vivere l'amore verso il prossimo, per poter divulgare con spirito nuovo la cultura del dono di sé che è VITA e che va vissuta con coraggio provando la gioia di essere vivi.

Con questa consapevolezza e con il grande messaggio di speranza e d'amore che portiamo, dobbiamo gridare che donare premia sempre.

Donare è la radice stessa della vita e questo mondo non è conclusione, ma un seguito sta al di là, invisibile come la musica ma concreto come il suono.

A tutti voi un augurio sincero di Buone Feste

Il Presidente
Angelo Rapelli

Mantova

MITICO DONO

Che cos'è un mito? È un fatto estratto tra i molti, reso esemplare, ammantato di ideale, caricato di una partecipazione eccezionale e diffusa, religiosa o fantastica.

Mito è ciò che riesce a polarizzare le aspirazioni di una comunità o di un'epoca.

Il mito accende un simbolo che resta privilegiato e trascendente: una stella che brilla di più.

Che cos'è un dono? Un dono è il segno d'inizio di una relazione sociale, narra il desiderio di un legame più impegnativo. Il dono resta, ancora, a ricordare il permanere della

Solo per oggi mi adatterò alle circostanze senza pretendere che le circostanze si adattino tutte ai miei desideri.

Solo per oggi dedicherò dieci minuti del mio tempo a qualche buona lettura, ricordando che come il cibo è necessario alla vita del corpo, così la buona lettura alla vita dell'anima.

relazione, rappresenta il valore positivo della stessa.

DOSIS, radice antica di parola: l'atto stesso del donare è il dono potenziale, un dono promesso in anticipo come ricompensa ad un atto di audacia.

Solo attraverso un dono ogni produzione umana diventa parte costitutiva del legame sociale che si viene generando, quando ogni soggetto riesce a porre una parte della propria interiorità al di fuori di sé, completando con ciò il ruolo dell'essere sociale. Il dono è un simbolo privilegiato, anch'esso è una stella.

C'è davvero posto, per queste antiche stelle, mito e dono, nel cielo moderno del nostro mondo, dove i percorsi umani non sono più marcati da simboli autentici?

La "normalità del bene" esiste, ma spesso non riesce a mutarsi in fatto culturale. Sempre più si perde il luogo della fiducia sociale. Si smarrisce la strada.

Il dono potrà essere ancora uno scambio veramente simbolico?

Il dono sarà per sempre una forza sconvolgente ?

Noi lo crediamo. Perché il dono assoluto, il dono di sé, sfida la morte, la propria morte e ci riconsegna un senso umano del limite e del finire.

È così che il dono, ancora una volta, come all'origine della storia umana, diventa "un uscire da se stessi".

È il dono stesso che si è trasformato in un atto di audacia.

Il Presidente
Antonella Marradi

Melegnano Melzo

Un Natale ed un nuovo anno di Speranza.

Come sarebbe bello se ogni associato AIDO si impegnasse a sensibilizzare un proprio parente o conoscente sulla necessità di esprimere subito la propria volontà alla donazione di organi post mortem.

Come sarebbe bello se questa azione portasse al raddoppio dei donatori in Italia e nel mondo.

Come sarebbe bello per le circa 10.000 persone in lista di attesa iniziare il nuovo anno con maggiori speranze di poter migliorare e proseguire la propria vita grazie ad un trapianto.

Come sarebbe bello...

Tante speranze, tante preoccupazioni; facciamo in modo che la solidarietà e l'amore verso il prossimo non sia solo un momento natalizio ma possa proseguire con l'avvento del nuovo anno.

Auguri a tutti ma, mi sia permesso, un augurio particolare a tutti i volontari della nostra associazione

Il Presidente
Felice Riva

Milano

In occasione del Congresso internazionale "A gift for life", tenutosi a Roma lo scorso novembre, Papa Benedetto XVI ha voluto sottolineare, parlando di donazione di organi, che "la via maestra da seguire, fino a quando la scienza giunga a scoprire eventuali forme nuove e più progredite di terapia, dovrà essere la formazione e la diffusione di una cultura della solidarietà che si apra a tutti e non escluda nessuno".

Nello stesso discorso il Santo Padre ha invitato tutti a investire ogni possibile sforzo nella formazione e nell'informazione per fugare "pregiudizi e malintesi, dissipare diffidenze e paure e sostituirle con certezze e garanzie".

Parole, queste, che hanno sempre visto la loro applicazione nella pluridecennale attività dei volontari dell'Aido che, giorno dopo giorno, si adoperano per accrescere tra la collettività una sempre più diffusa consapevolezza

del grande dono della vita.

Penso che questo possa essere il più bell'augurio di buone feste che possiamo, e ci possiamo fare, perché ognuno di noi, a prescindere dalle proprie credenze, non può non pensare che la vita sia un grande dono e che, come tale, deve essere lasciato come testimonianza a chi ci succederà.

Il Presidente
Maurizio Sardella

Monza Brianza

Cari amici,

dopo dodici mesi di fatiche, di impegni di volontariato per divulgare la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule e della solidarietà umana e per raccogliere iscrizioni all'Aido che sono contemporaneamente dichiarazioni di volontà a donare dei nostri iscritti, siamo arrivati al termine anche di quest'anno.

Siamo contenti di ciò che abbiamo fatto, soddisfatti se qualche ammalato in lista d'attesa in più ha potuto avere il trapianto di organi e tessuti per salvare la vita che si stava spegnendo, od avere una migliore qualità della vita stessa e possiamo dirci bravi per aver fatto la nostra parte anche questa volta.

Non scoraggiamoci se il numero dei prelievi e dei trapianti nel nostro Paese e nella nostra Regione sono ancora una volta diminuiti rispetto all'anno precedente (dati in nostro possesso aggiornati ad oggi), pensiamo che se non ci fossimo dati da fare forse ci sarebbero stati meno donatori, quindi meno prelievi e meno trapianti.

Nel contempo proponiamoci di premere ulteriormente sulle Istituzioni nazionali, regionali e locali, affinchè facciano meglio la loro parte, prevista dettagliatamente dalla Legge in vigore, per diffondere la cultura della donazione ed aumentare il numero dei prelievi e dei trapianti nel nostro Paese ed in particolare in Lombardia.

Noi dobbiamo collaborare con le Istituzioni nell'informare ed assistere i nostri Concittadini per una scelta consapevole relativa al prelievo di organi, tessuti e cellule a fini di trapianto terapeutico, ma dobbiamo anche svolgere opera di sensibilizzazione verso queste Istituzioni affinchè siano attuate nel modo migliore a livello locale le disposizioni di legge in merito all'organizzazione del prelievo e del trapianto, così come previsto dai nostri Statuto e Regolamento.

A tutti voi quindi auguri affettuosi di Buon Natale e di felice Anno Nuovo!

Il Presidente
Lucio D'Atri

Pavia

AUGURI... "SURSUM CORDA"

Il rischio c'è ! Quello di scambiarci gli auguri natalizi magari per abitudine, magari anche con un pizzico di cuore ... e così il nostro Presidente è contento e l'amico Callioni ha del materiale per il nostro giornale.

Sono fermamente convinto che non sia così ! Prima di tutto per me stesso, credo che i nostri vicendevoli auguri debbano mirare ad un obiettivo importante: il nostro impegno e lavoro deve avere come finalità che la nostra AIDO sia intrisa di "cuore e passione".

A me stesso cari amici, e a voi tutti facciamo in modo che il messaggio "Solidarietà" diventi sempre più "fiamma sociale". Facciamo in modo che questa fiamma divampi e illumini il cuore di tutti. Il prossimo Natale sia portatore di un messaggio vivo e incisivo: la gratuità del dono di noi stessi è l'unica via per salvare e aiutare chi è nella sofferenza e nella malattia. La nostra presenza e il nostro impegno quotidiano facciano capire

Solo per oggi compirò una buona azione e non lo dirò a nessuno.
Solo per oggi mi farò un programma: forse non lo seguirò a puntino ma lo farò e mi guarderò da due malanni: la fretta e l'indecisione.

SPERANZA

Solo per oggi
non avrò timori.
Non avrò paura
di godere di ciò
che è bello e di
credere alla bontà.

Posso ben fare,
per dodici ore,
ciò che mi
sgomenterei
se pensassi
di doverlo fare
per tutta la vita.

Papa
Giovanni XXIII

a tutti che i nostri valori sono gli unici per cui vale la pena di lavorare e lottare. Facciano capire che il nostro lavoro è mirato a debellare l'egoismo e l'indifferenza.

Un abbraccio fraterno.
Il Presidente
Luigi Riffaldi

Sondrio

Anche quest'anno puntualmente, come da sempre, rivive lo spirito del Santo Natale, che ormai è alle porte.

Un Natale forse meno allegro, ma pur sempre atteso.

Si vive nella speranza, o nell'illusione, che ci porti qualcosa di meglio.

Tanti sono i problemi che ci assillano, lungo ne è l'elenco per cui giova pensare e sperare in una risposta soddisfacente alle tante preoccupazioni che qualche cosa almeno si possa risolvere.

C'è comunque, nel tempo che viviamo un aspetto positivo, quella sequenza di notizie che sono venute e vengono dal fronte della scienza medica, in particolare le nuove frontiere raggiunte dai trapianti d'organo, segno di un progresso che è vittoria della vita e, ad un tempo, speranza più concreta.

A queste conquiste scientifiche deve però esserci una corrispondenza sul fronte delle donazioni che purtroppo non sono ancora nella misura necessaria.

Troppe le liste d'attesa per i trapianti d'organi, ancora troppi mancano all'appello della solidarietà.

Il cammino è dunque ancora lungo e l'impegno severo.

Solidali su questa via e nello spirito del Santo Natale un grande abbraccio affettuoso unisca la grande famiglia dell'AIDO.

Un caloroso augurio a tutti
Il Presidente
Franca Bonvini

Varese

Siamo ormai vicini alle festività natalizie e, come è ormai lunga tradizione, anche quest'anno le pagine del nostro periodico associativo, Prevenzione Oggi, ospitano le parole augurali dei presidenti delle sezioni provinciali.

Mi è difficile, lo devo ammettere, trovare ogni volta pensieri e formule nuove; c'è la paura di cadere in frasi fatte, di percorrere strade retoriche e scontate. Ed allora, lasciando da parte i timori, voglio semplicemente augurare a tutti voi un sereno Natale ed un felice anno nuovo.

Un anno, quello che verrà, che ci vedrà, come sempre, in prima linea nel diffondere la cultura del dono e della solidarietà. E forse proprio oggi, come non mai, le parole "solidarietà" e "dono" assumono un significato particolare. Ogni giorno apprendiamo dai mezzi d'informazione delle difficoltà ed incertezze che attanagliano la nostra società: crisi economica, insicurezza, disagio sociale. Non è, forse, venuto il momento di riscoprire e valorizzare quelle (tante) realtà che apportano valore e qualità al nostro vivere comune? L'AIDO, per la parte che le compete, interpreta appieno questo spirito di rinnovamento ed, insieme, di proposta di valori consolidati e certi. E nella provincia di Varese, pur con gli ovvi limiti delle nostre capacità, ci siamo impegnati e sempre ci impegneremo affinché il messaggio associativo possa essere testimoniato e diffuso.

Un grande augurio, quindi, a tutti noi: a tutti coloro i quali sono impegnati quotidianamente a testimoniare, anche con piccoli gesti, quei valori di solidarietà e donazione all'altro che nello spirito dell'A.I.D.O. assumono una forma tanto peculiare e nobile.

Auguri a tutti!
Il presidente
Roberto Bertinelli

AMORE

Areu, Agenzia Regionale dell'Emergenza Urgenza

La risposta della Lombardia alle nuove esigenze sanitarie

"Primo atto formale del Direttore Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (Areu), Alberto Zoli, che in Commissione Sanità, presieduta da Pietro Macconi (An-Pdl), ha illustrato i contenuti del Piano di organizzazione aziendale. Un documento con il quale si delineano i modelli organizzativi della nuova azienda "moderna, snella e flessibile - ha detto - in grado di mettere in rete in maniera omogenea e sinergica le 12 centrali operative del 118 esistenti in Lombardia, il sistema dei trasporti sanitari d'emergenza-urgenza, la gestione del piano sangue ed il coordinamento delle attività trasfusionali attualmente strutturate in 15 dipartimenti, la gestione del trasporto di organi e tessuti". Per gestire questi ed altri obiettivi che le sono stati affidati, (una ventina in tutto), l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza a regime sarà dotata di uno staff di una trentina di professionisti che opererà "non per via gerarchica - ha precisato

Dott. Alberto Zoli

nato a Forlì il 28.03.1955
tel. ufficio 0341/253.071
direzione.generale@areu.lombardia.it
a.zoli@areu.lombardia.it

Il dott. Alberto Zoli nell'anno 1984 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna. Nel 1984 è stato abilitato alla professione di Medico Chirurgo. Dal 23.10.84 è iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Ravenna.
Il 4.7.88, presso l'Università di Chieti, ha conseguito il diploma di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, con indirizzo in "Igiene e Tecnica Ospedaliera".

Esperienze lavorative recenti
* Dal 15.04.2008 a tutt'oggi presso l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza in qualità di Direttore Generale
* Dal 22.12.07 al 31.12.07 in qualità di Direttore Generale f.f. presso l'Azienda Ospedaliera di Lecco
* Dal 07.01.03 al 14.04.2008 in qualità di Direttore Sanitario d'Azienda presso l'Azienda Ospedaliera di Lecco
* Dal 9.12.99 all'1.05.00 presso l'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano in qualità di Direttore Medico di Presidio. Dall' 01.05.00 al 6.01.2003 in qualità di Direttore Sanitario d'Azienda presso l'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano
* Dal 1.09.98 al 8.12.99 presso l'Azienda U.S.L. di Imola in qualità di Direttore Medico di Presidio dello stabilimento ospedaliero di Castel S. Pietro Terme e contestuale comando a tempo parziale in qualità di Direttore Sanitario presso l'Azienda Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. di Imola (BO). Dal 1.09.98 al maggio 1999 presso l'Azienda U.S.L. di Imola ha ricoperto la carica di Direttore del Dipartimento di Emergenza - Urgenza - Accettazione dell'Azienda USL di Imola (Bologna);

Ha partecipato a n. 8 corsi di specializzazione e master come discente (tra cui EMMAS presso Università Bocconi di Milano e MASTER in AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI. Il Master, promosso dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con il Dipartimento di Amministrazione Sanitaria dell'Università di Montréal e con le Università degli Studi di Bologna, Parma, Modena e Ferrara.)

Ha svolto numerose attività di docenza presso Facoltà Universitarie e in Master e corsi di Formazione Manageriale.

Ha svolto molteplici attività di collaborazione a livello ministeriale e regionale:
* Componente Gruppo di Lavoro c/o la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute su "Progettazione di strumenti per il miglioramento della qualità con riferimento all'ottimizzazione della logistica dei percorsi intra-ospedalieri" (Roma 28.04.2008)
* Componente Gruppo di Lavoro c/o la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute su "Requisiti e responsabilità sanitaria dei servizi di sterilizzazione in gestione appaltata, interni o esterni alla struttura ospedaliera" (Roma 29.01.2008)
* Consulente della Regione Lombardia (anno 2007) nominato con D.D.G. n. 6694 del 20.06.2007, quale componente del Gruppo di Lavoro istituito con deliberazione di G.R. 7987 del 8.02.02, con funzioni consultive e con compiti di verifica delle attività

di prelievo e di trapianto, a supporto della Direzione Generale Sanità
* Consulente della Regione Lombardia (anno 2006) nominato con D.D.G. n. 12375 del 8.11.2006, quale componente del Gruppo di Lavoro istituito con deliberazione di G.R. 7987 del 8.02.02, con funzioni consultive e con compiti di verifica delle attività di prelievo e di trapianto, a supporto della Direzione Generale Sanità
* Consulente della Regione Lombardia quale componente del Tavolo di Lavoro "Emergenza Urgenza"a supporto dell'Assessore alla Sanità Regione Lombardia
* Componente del Gruppo di Lavoro "Il sistema milanese dell'emergenza-urgenza" sull'adozione del piano urbano di emergenza di cui al D.D.G. n. 516 del 21.01.2004 (dal 2004 ad oggi)
* Consulente della Regione Lombardia quale componente del Gruppo di Lavoro sull'adozione del piano di organizzazione e funzionamento delle Aziende sanitarie lombarde di cui D.D.G. 1824 del 12.02.03
* Consulente della Regione Lombardia (anno 2002) nominato con D.D.G. n. 6019 del 2.4.2002, quale componente del Gruppo di Lavoro istituito con deliberazione di G.R. 7987 del 8.02.02, con funzioni consultive e con compiti di verifica delle attività di prelievo e di trapianto, a supporto della Direzione Generale Sanità
* Membro della Commissione Ministeriale di Studio per l'organizzazione delle Unità Spinali Unipolari (decreto del Ministro della Sanità 3.08.2000)
* Attività di coordinamento del Gruppo Tecnico Ministeriale sull'Emergenza Sanitaria (decreto del Ministero della Sanità dicembre 1999)
* Attività di Coordinamento degli interventi sanitari per conto della Presidenza della Giunta Regione Emilia - Romagna per l'emergenza Kosovo in Albania e Macedonia, nonché il coordinamento sanitario del Campo Profughi Interregionale (Regioni Emilia - Romagna, Lombardia e Provincia Autonoma di Trento) di Kukes nell'ambito della Missione Arcobaleno - Presidenza del Consiglio dei Ministri e Dipartimento della Protezione Civile
* Attività di Coordinamento del "Gruppo Interregionale Permanente" sui problemi dell'Emergenza Sanitaria, nonché dei relativi sottogruppi tecnici, attivato dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità nell'ambito delle attività della Conferenza Stato - Regione per conto dell'Assessorato alla Sanità della regione Emilia-Romagna (1997 - 2000)
* Coordinamento della Centrale Operativa 118 della provincia di Ravenna negli anni 1996 - 1997

Ha partecipato a circa 120 Congressi / Convegni in qualità di relatore

Ha effettuato 58 pubblicazioni scientifiche.

Zoli - ma funzionale, cioè attraverso linee guida, protocolli, procedure uniche. L'azione dell'Areu si svilupperà nel solco della sussidiarietà, per garantire standard, condizioni, tempi e qualità del servizio simili su tutte le aree del territorio regionale con la partecipazione della società civile: organismi associativi, onlus, coop. sociali". L'Azienda, che in via provvisoria ha sede a Lecco prima di trasferirsi in via definitiva a Milano nei locali di Viale Monza, è stata istituita con Legge Regionale del dicembre 2007 ed è attiva dall'aprile 2008. La dotazione iniziale, che dispone di un patrimonio di 155 milioni di euro, si basa prevalentemente su convenzioni con singole Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali che mettono a disposizione dell'Areu personale, automezzi, servizi, componenti strutturali e tecnologiche. All'Azienda fanno capo anche gli interventi in caso di grandi emergenze internazionali e l'attività di elisoccorso con cinque velivoli in servizio diurno (di stanza a Bergamo, Brescia, Sondrio, Como e Milano), di cui due, quelli di Milano e Como operativi anche nelle ore notturne".

Questo avveniva nello scorso mese di luglio. Noi siamo andati a Lecco per parlare di persona con il direttore generale dell'Azienda, dott. Alberto Zoli, e con il direttore sanitario dott. Marco Salmoiraghi.

Pozzi: Siamo qui per capire e per raccontare alla gente cosa sta succedendo nell'ambito degli interventi di pronto soccorso. Soprattutto vogliamo capire cosa sia l'Areu, perché e quando è nata.
Zoli: L'atto formale di nascita è la legge regionale del 2007 che costituisce una nuova Azienda denominata AREU. Questa legge modifica l'assetto della 31 del 1997, e quindi l'assetto del Servizio sanitario regionale, e attribuisce all'AREU alcune caratteristiche che l'assimilano dal punto di vista organizzativo a un'Azienda ospedaliera, con la sua

Direzione generale, la Direzione sanitaria e la Direzione amministrativa. L'Azienda viene attivata nell'aprile del 2008, al termine dei dovuti percorsi tecnici, burocratici e amministrativi che seguono la promulgazione della legge e preludono alla sua efficacia operativa. Negli anni precedenti già avevo avuto contatti con il dott. Bresciani, attuale assessore alla Sanità della Regione Lombardia, che allora era direttore generale vicario della Regione stessa. Il dott. Bresciani mi aveva chiesto un'idea, un'opinione poiché era a conoscenza che in passato mi ero occupato di Emergenza urgenza anche a livello nazionale. Ho poi coinvolto alcuni direttori sanitari che stimavo e che stimo che hanno condiviso nella sostanza questo scritto. Una cosa semplice, sette-otto pagine. Sono seguiti altri incontri, per esempio con alcuni responsabili di centrale operativa 118. Alla fine ha preso forma un documento sul quale è stato possibile allineare parecchie posizioni competenti e autorevoli. Questo movimento è cresciuto dal basso, tanto che quando è stato fatto proprio dalla politica, il progetto aveva già un buon sostegno e un largo credito. Che poi in Consiglio la legge sia passata a maggioranza e non all'unanimità non deve sorprendere: la politica ha i suoi spazi ed è giusto che vengano occupati. Ma quando il testo è arrivato in Commissione III tutti hanno preso atto del valore dei contenuti e delle opportunità offerte dal varo di questo tipo di Azienda. Ovviamente ci siamo presi alcuni impegni specifici. Questa è l'unica Azienda che ha fatto passare il Piano Aziendale di Organizzazione (P.O.A.) anche da un organismo politico come la Commissione III. L'Azienda comincerà ad essere operativa, a nostro avviso, nel 2009. Per ora stiamo facendo esperimenti, simulazioni, raccogliendo dati, facendo progetti, mentre il nostro Piano di Organizzazione aziendale è già stato approvato e deliberato dalla Giunta regionale.

Pozzi: Perché nasce l'Areu?

Salmoiraghi: Per rispondere alle moderne esigenze di direzione e coordinamento sia del soccorso sanitario d'urgenza ed emergenza, sia delle attività trasfusionali e quindi della compensazione del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati. Sono due argomenti che chiedono un radicale cambiamento organizzativo e una decisa azione di coordinamento regionale. Facciamo l'esempio del soccorso sanitario. È un'organizzazione sicuramente valida ed efficiente, nata circa quindici anni fa con forte valenza provinciale e quindi con modelli organizzativi anche significativamente diversi. Non che uno sia meglio o peggio dell'altro, però sono molto disomogenei sul territorio regionale. Riteniamo che i tempi siano maturi per fare questo salto di qualità. Si tratta di promuovere alcune iniziative locali , estremamente meritorie ed efficaci, affinchè acquisiscano una valenza di carattere regionale. Ci potranno essere grossi vantaggi per il sistema nel suo complesso.

L'Azienda comincerà ad essere operativa, a nostro avviso, nel 2009. Per ora stiamo facendo esperimenti, simulazioni, raccogliendo dati, facendo progetti...

Zoli: Sottolineo che l'AREU è l'unica Azienda regionale della Lombardia. Ha l'obiettivo di standardizzare, dare omogeneità. Cerca di creare sinergie fra le realtà che sono state descritte come provinciali, che si sono sviluppate nel corso degli anni secondo schemi regionali

Dott. Marco Salmoiraghi

Titoli di studio e formazione professionale specialistica e gestionale
Laureatosi in Medicina e Chirurgia nel 1984, si è specializzato nel 1987 in Endocrinologia, nel 1990 in Diabetologia e Malattie del Ricambio, nel 1994 in Igiene e Medicina preventiva.
Nel 2001 ha partecipato al Primo Corso di Formazione Manageriale Iref per Direttori Sanitari organizzato dalla Scuola di Direzione in Sanità (SDS), conseguendo, per frequenza e superamento con alto merito, il Certificato di Formazione Manageriale (decr. Ass. del 7 febbraio 2002).
Nel 2005 ha conseguito, presso l'IReF, con alto merito, il Certificato di Formazione Manageriale per Direttori Generali di Azienda Sanitaria.

Attività professionale e incarichi dirigenziali
Dal 1987 al 1992 ha prestato servizio presso la Direzione Sanitaria degli Ospedali Riuniti di Bergamo come Ispettore Sanitario, dal 1993 al 1999 come Vice Direttore Sanitario, e dal 1999 come Direttore Medico di Presidio.

Nel 1992 ha collaborato, in qualità di consulente, con l'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia per la definizione del progetto regionale "Soccorso sanitario di urgenza ed emergenza SSUEM 118" ed ha prestato la propria collaborazione organizzativa per l'attivazione del SSUEm 118 nella provincia di Bergamo.

Dal 1997 al gennaio 2001 ha partecipato attivamente al gruppo di lavoro costituito per la predisposizione della documentazione tecnica propedeutica alla progettazione e alla realizzazione del nuovo Ospedale di Bergamo, partecipando poi, in qualità di componente, ai lavori della Commissione giudicatrice del I e del II grado del Concorso Internazionale di progettazione per la realizzazione di tale nuovo Ospedale.

Componente del Nucleo di Valutazione, istituito ai sensi del DL.vo 29/93, dell'Azienda Ospedaliera OORR BG dal luglio 1995 al Gennaio 2001 e dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lodi dal febbraio 2001 al dicembre 2002. Nell'ambito dell'attività di tale Nucleo ha collaborato all'introduzione di sistemi di controllo di gestione e di valutazione dell'attività sanitaria collegati ai meccanismi premianti previsti dalla contrattazione collettiva.

Dal 1 febbraio 2001 al 31 dicembre 2002 ha svolto l'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lodi, ai sensi del D.Lvo 502/92 e succ. modifiche.
Dal 1 Febbraio 2003 al 31 Gennaio 2008 ha svolto l'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo.
Dal 25 febbraio al 15 giugno 2008 ha ricoperto l'incarico di DIRETTORE DI PRESIDIO dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano
Dal 16 giugno 2008 ricopre l'incarico di DIRETTORE SANITARIO dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU).

E' stato componente delle seguenti Commissioni nominate dalla Direzione Sanità della Regione Lombardia:
* Commissione Cardiocerebrovascolare,
* Commissione Oncologica e relativo steering commettee
* Commissione Diabete
* Gruppo di lavoro Epinetwork

Attività didattica
> In qualità di docente ha svolto la propria attività presso la Scuola per Infermieri Professionali dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo dall'anno accademico 1988/89 al 1994/95.

> Ha svolto funzioni di Professore a contratto nel Corso di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Milano dal 1995 al 2000, dal 2003 al 2007 e dell'Università degli Studi di Pavia nel 2002.

> Ha svolto, su incarico dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, l'attività di Coordinatore regionale dell'attività didattica di natura pratica del I e del II Corso di formazione specifica in Medicina Generale (ai sensi del DL.vo 256/91) per i bienni 1994/1995 e 97/99.

> Dall'anno accademico 2003-2004 è Professore a contratto nella Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva della Università degli Studi di Milano

> Ha fatto parte del Gruppo di coordinamento didattico della scuola di Metodologia Clinica e Miglioramento Continuo della Qualità istituita presso gli OORR Bergamo nel 1997, partecipando alla organizzazione e alle attività del I e del II Corso di Formazione "I metodi per la pratica clinica" negli anni 1997 e 1998. I Corsi, ognuno rivolto a circa 30 dirigenti medici in servizio presso Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, hanno approfondito i modelli utilizzati nella ricerca clinica trasferendoli nella pratica quotidiana per valutarne e migliorandone la qualità. Di ogni corso, realizzato attraverso una didattica interattiva, secondo l'impostazione degli "atelier di formazione", è stato redatto un rapporto conclusivo.

Attività Scientifica
Il dott. Marco Salmoiraghi ha svolto attività di ricerca clinica nel periodo in cui si è interessato di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del ricambio; in tale settore ha collaborato alla stesura di 25 lavori scientifici e a 36 comunicazioni congressuali.
E' membro della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria.
Nelle aree di Igiene, Organizzazione Ospedaliera ed Epidemiologia clinica è coautore di 14 pubblicazioni scientifiche in extenso e di 27 comunicazioni a Congressi nazionali ed Internazionali.

ma con le peculiarità tipiche delle province. Ciò non toglie, ovviamente che esistano esigenze specifiche locali che dovranno continuare ad essere rispettate. Chi è in montagna ha e mantiene determinate caratteristiche. Chi è in pianura altrettanto; le esigenze di chi gestisce due milioni di abitanti sono ovviamente diverse di chi ne gestisce 170 mila. Però le finalità del servizio sono le stesse. Inoltre lavorare insieme ed in maniera integrata non è ancora un'abitudine condivisa. È un percorso ancora in gran parte da realizzare.

Salmoiraghi: Ci sono alcuni esempi semplici ma eclatanti che possono dare l'idea delle sinergie possibili. I cinque elicotteri, le cinque basi di elisoccorso, fino ad oggi hanno lavorato bene, ma fortemente settorializzati per territori quasi a comparti stagni; ognuno era dedicato al territorio a cui era stato assegnato. Oggi stiamo impostando un programma per cui ci sono cinque elicotteri per la Regione, non uno per Brescia e Mantova, uno per Bergamo e Cremona, uno per Milano Lodi e Pavia, uno per Como, Varese e Lecco, uno per Sondrio. È importante che siano a disposizione tutti e cinque per l'intero territorio regionale. Un'unica organizzazione regionale può inoltre favorire il miglioramento delle prestazioni di soccorso, perché i comportamenti sanitari, medici e infermieristici possono essere standardizzati nel rispetto delle più moderne evidenze scientifiche, verificati e misurati.

Zoli: La dimensione di un ospedale è una dimensione "conosciuta", ci sono dei "perimetri". Anche quando ci sono più ospedali all'interno di una stessa organizzazione c'è una cultura che permea tutta quell'organizzazione.
Nell'area del soccorso extraospedaliero è diverso: ci sono specificità e modelli ancora da valorizzare. Chi ha organizzato il 118 in montagna sa come ci si deve comportare su

quel territorio, come e quando far intervenire l'elicottero. In pianura è diverso. Ci sono modalità ed esigenze diverse da rispettare: realizzare un'organizzazione unica vuol dire farli lavorare insieme affinché non siano operativi dei corpi separati, nati e cresciuti separatamente, ma avere un'unica grande struttura che coordina le risorse complessive e le gestisce al meglio.

Pozzi: Partiamo da quello che c'era: croci private, croci pubbliche, Croce Rossa e altro che sorge sul territorio.

Zoli: Questo è un altro aspetto ancora, ed è tipico della Lombardia dove è fortemente sviluppato il valore della sussidiarietà. L'emergenza-urgenza è un esempio di sussidiarietà al cento per cento. Il soccorso e il trasporto con mezzo di base, che è quello effettuato dall'ambulanza con equipaggio composto da volontari soccorritori (cioè che non ha né il medico né l'infermiere a bordo) è tipicamente ed esclusivamente svolto dalle Associazioni e dagli organismi di volontariato, dalle Cooperative e delle Onlus, oltre che da Enti come la Croce Rossa. La Lombardia è l'unica regione italiana ad avere una gestione pressochè esclusiva del servizio di questo tipo. Il trasporto sanitario di base è della società civile; diverso da altre realtà vicine dove è preponderante o addirittura esclusivo la gestione diretta del servizio da parte delle Strutture sanitarie (ad es. in Romagna). Anche la geografia e la geopolitica quindi dimostrano quanto sia peculiare l'aspetto lombardo. Certo è che coinvolgere la società civile con decine di migliaia di persone coinvolte nel sistema è molto bello perché credo che sia un esempio vero di applicazione di quel principio costituzionale che viene definito sussidiarietà o welfare community, ecc. Ma la gestione è complessa. Avere decine di migliaia di persone che lavorano nel sistema significa gestirne la formazione e la certificazione perché possano entrare nel sistema, ed essere mantenute all'interno dello stesso. So che tutti questi concetti sono cari alla Vostra Associazione perchè Aido è un esempio vero, tipico, di sussidiarietà,

Un'unica organizzazione regionale può inoltre favorire il miglioramento delle prestazioni di soccorso, perché i comportamenti sanitari, medici e infermieristici possono essere standardizzati

Pozzi: È l'intervento della comunità civile, del privato...

Zoli: Sì, ma dobbiamo aggiungere privato no-profit. È il privato che viene finanziato per il servizio reso attraverso un sistema di rendicontazione preciso che definisce che per quella funzione c'è quel finanziamento e quindi si riconoscono i costi realmente sostenuti.

Va tenuto presente inoltre che non c'è una sola centrale operativa, ma ve ne sono dodici.

Pozzi: Che svolgono la loro attività coordinate a livello regionale, immagino.

Zoli: Saranno coordinate da una struttura che si chiama AREU.

Salmoiraghi: Quando dicevo poc'anzi della grande differenza fra le diverse organizzazioni attive sul territorio regionale intendevo proprio questo. Le diverse Centrali hanno scelto di collocare dei mezzi di soccorso avanzato, cioè ambulanze con medico a bordo, in numero significativamente diverso rispetto tra provincia e provincia. E allora si tratta di valutare, a distanza di anni dall'attivazione, le ragioni e i risultati di tali scelte. Si tratta anche di considerare l'opportunità di valorizzare l'impiego del personale

infermieristico sui mezzi di soccorso in stretto coordinamento con il personale medico presente nelle centrali operative. Si tratta di arrivare a condividere alcuni modelli organizzativi rispetto ad alcune specificità territoriali. È ovvio infatti che le aree montane debbano avere un'organizzazione diversa rispetto alle province di pianura. Però nel rispetto di alcune esigenze specifiche è bene: 1) condividere modelli organizzativi; 2) condividere protocolli di cura, perché il comportamento medico e infermieristico a bordo dei mezzi merita di essere migliorato anche attraverso l'individuazione del protocollo che dimostra di essere più efficace da applicarsi a tutto il territorio regionale. La cura del trauma cranico deve essere la stessa in montagna e in pianura, tanto per tornare all'esempio di prima. Poi dobbiamo incrementare le sinergie. Sinergie tra le diverse centrali operative, sinergie tra le postazioni di soccorso anche favorendo collaborazioni interprovinciali, sinergie tra i professionisti del soccorso extraospedaliero e le strutture ospedaliere, sinergia tra i diversi presidi ospedalieri, per favorire la realizzazione di quella rete di risorse tanto auspicata, nella quale ogni nodo dovrà conoscere bene il ruolo che potrà e dovrà svolgere per garantire la migliore risposta ai bisogni urgenti di salute dei cittadini.

Zoli: Noi dobbiamo favorire l'organizzazione della rete ospedaliera portando il paziente nel posto giusto al momento giusto. Prendiamo una qualsiasi area di confine tra due province. Oggi abbiamo un'organizzazione che si è sviluppata distribuendo i mezzi con una logica provinciale, senza tener conto di quello che c'è appena al di là del confine. Se prendiamo aree di confine interprovinciale e ci attiviamo secondo logiche di rete regionale si possono fare economie di rete superando la logica particolare. Pochi sanno quanta importanza hanno per esempio, sul nostro territorio, i laghi. Abbiamo tanta acqua e tanti corsi d'acqua da gestire. Noi dobbiamo ragionare in termini regionali su tutte le tipologie di territorio: montagna, acqua, pianura. In Lombardia ci sono 212 ospedali, con sedi di pronto soccorso, ecc. Organizzare il sistema dell'emergenza urgenza della Lombardia è come organizzare quello dell'Olanda, del Belgio, di una nazione intera. Abbiamo una rete ospedaliera di alto livello. È importante stabilizzare il paziente, garantire le funzioni vitali.

Organizzare il sistema dell'emergenza urgenza della Lombardia è come organizzare quello dell'Olanda, del Belgio, di una nazione intera

Poi si può affrontare anche un viaggio un po' più lungo. Prendiamo il caso della persona ustionata, che non deve essere portata al pronto soccorso più vicino. Deve prima essere stabilizzata perché è in pericolo di vita, poi arriva in elicottero direttamente al centro ustionati. Una persona che ha subìto l'amputazione di un arto, va salvata bloccando l'emorragia; poi deve essere portata nell'ospedale dove c'è l'équipe di microchirurgia che può riattaccare l'arto. Ci si può magari fermare in un pronto soccorso vicino, ma sempre con la funzione di stabilizzazione delle funzioni vitali, per poi conferire il paziente nel posto giusto. Teniamo presente che molte patologie non sono facilmente diagnosticabili evidenti come possiamo leggere su un libro, ma molto spesso possono essere complesse e sovrapposte. Quindi un politrauma

deve essere portato in un posto dove è possibile curare un politrauma. Se la persona è stabilizzata non sei costretto ad andare al pronto soccorso più vicino, ma puoi e devi portarlo nell'ospedale più attrezzato per prenderlo in cura. Quindi nel nostro caso un ospedale dove ci sia la chirurgia vascolare, la chirurgia addominale, la neurochirurgia... Tutto quanto occorre per gestire un politrauma. Questo vale per i traumi, per l'infarto per l' ictus:, per la gestione dei pazienti pediatrici critici necessita di una terapia intensiva pediatrica. E visto che stiamo parlando di Aido ricordo che i trapianti vanno di pari passo con l'emergenza-urgenza. È lo stesso tipo di organizzazione: Centri di riferimento-Centri periferici. Questo l'avevo già scritto tanto tempo fa. Non è un caso che a noi abbiano assegnato, senza che ci fossero richieste del genere, il coordinamento dell'attività logistica sui prelievi e sui trapianti. È la stessa cosa, la stessa filosofia organizzativa. Ci deve essere una regìa e il "trasferimento nel posto giusto del paziente giusto".

Pozzi: Quindi lavorerete in collaborazione con il Nitp, Nord Italia Transplant.

Salmoiraghi: Abbiamo già iniziato a confrontarci con il NITp, anche se in questa fase in particolare ci siamo dovuti dedicare prevalentemente all'attività di coordinamento dell'attività di soccorso primario extraospedaliero. In questi primi mesi un nostro medico ha avviato il confronto con i colleghi della Fondazione Policlinico di Milano che ha svolto e sta svolgendo in modo egregio tale attività in favore dei Centri trapianto attivi in Regione Lombardia. Vogliamo affiancarci a loro per conoscere ed acquisire esperienza, al fine di condividere modalità e tempistica del trasferimento delle competenze, al fine di perseguire l'obiettivo comune di un ulteriore miglioramento della complessiva funzionalità del servizio anche in funzione delle emergenti esigenze dei pazienti e dei Centri.

Callioni: Come funziona il coordinamento delle dodici Centrali operative per gli interventi di emergenza-urgenza esistenti sul territorio regionale?

Salmoiraghi: Negli ospedali sono attivi da anni organismi chiamati i Collegi di Direzione, costituiti dai

Responsabili dei dipartimenti. Questi organismi svolgono un ruolo di rilievo nel supportare la direzione strategica dell'ospedale. Questa organizzazione è prevista specificamente dalla normativa regionale. Nel nostro Piano di Organizzazione abbiamo previsto due Collegi di direzione. Uno nell'area del soccorso che è formato dai dodici responsabili delle Centrali Operative; l'altro è costituito dai quindici responsabili dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE) delle province lombarde. Sono quindici perché nella provincia di Milano sono attivi tre DMTE.

Zoli: All'interno di questi Collegi di Direzione stiamo esaminando le prime proposte organizzative. Sempre parlando dell'area del soccorso sanitario extraospedaliero stiamo predisponendo una proposta di convenzione che definirà i rapporti contrattuali tra AREU e Aziende Sanitarie (Aziende Ospedaliere e ASL) dell'intera Regione. In questa convenzione verrà definita ad esempio la modalità di gestione del personale impiegato nel sistema del soccorso: il personale pur mantenendo l'afferenza giuridica ed economica con l'Azienda Sanitaria con cui ha stipulato il contratto di lavoro, viene diretto, limitatamente per quanto attiene all'attività svolta nel soccorso extraospedaliero, dall'AREU. In altre parole l'AREU acquisisce un servizio dall'Ospedale e dall'ASL, reso per il tramite di personale quantificato in ore di servizio e persone equivalenti. Per rendere un'idea della dimensione delle risorse umane impiegate nel servizio di soccorso extraospedaliero lombardo, abbiamo stimato che l'equivalente di organico attualmente utilizzato ammonta complessivamente a circa 1400 unità, (considerando unicamente il personale dipendente e convenzionato), nulla in confronto alle decine di migliaia di persone che collaborano a diversi livelli nel servizio di soccorso sanitario lombardo.

Salmoiraghi: I medici, gli infermieri, gli autisti, i tecnici, gli amministrativi vengono messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie (Ospedali e ASL) e vengono gestiti e diretti dall'AREU per l'organizzazione delle attività di soccorso sul territorio. Dal primo gennaio 2009 AREU riconoscerà agli ospedali e alle ASL, quanto offerto in termini di servizio dai dipendenti impegnati. Fino a quella data i compensi sono riconosciuti dalla Regione direttamente alle singole Strutture Sanitarie..

Zoli: La Direzione AREU è composta da pochissime persone e paga il servizio ma definisce le regole dell'organizzazione e svolge attività di monitoraggio e controllo. Nostri compiti quindi sono: dirigere il servizio di soccorso extraospedaliero nel rispetto delle disposizioni Regionali e riconoscerlo economicamente attraverso il budget messo a disposizione dalla Regione stessa.

Pozzi: Capita ancora di leggere che il pronto intervento porti persone traumatizzate o soggette a infarto o a ictus in ospedali dove poi non ci sono posti per il ricovero immediato. Sarà compito vostro evitare questi gravi disagi?

Salmoiraghi: Nella delibera del 2 aprile, che attiva l'Areu, sta scritto testualmente che questa Azienda deve "promuovere lo sviluppo delle reti di patologia". Facciamo un esempio: una delle reti di patologia è il trauma cranico. È già operativo, su iniziativa della Regione, un gruppo di lavoro che si sta occupando di costruire una rete per la gestione del trauma cranico in Lombardia. Devono essere individuati i centri hub, che sono centri di riferimento di alta specializzazione, che sono in grado di avere tutto quello che serve per il trattamento appropriato del traumatizzato cranico. Quindi neurochirurgia, neuroradiologia interventistica, neurorianimazione e così via. Poi vanno individuati i centri spoke, cioè ospedali sedi di pronto soccorso o dipartimenti di emergenza senza la neurochirurgia, dove il paziente viene stabilizzato, (perché magari non è possibile stabilizzarlo in ambulanza). Superato l'immediato pericolo di vita il paziente poi viene inviato al centro hub. Se il 118 ritiene che il paziente sia già sufficientemente stabilizzato, e non sia quindi in pericolo di vita, lo porta direttamente al centro hub. L'organizzazione regge però se tutte le Strutture della rete svolgono appieno il proprio ruolo: una volta concluso il trattamento acuto, che deve essere necessariamente assicurato nel centro hub, deve essere favorito un percorso di rientro nell'ospedale spoke, di minore complessità organizzativa, ma in grado di curare perfettamente la persona. Solo in questo modo l'ospedale hub di riferimento riuscirà a svolgere perfettamente il proprio ruolo. Se invece tutti i pazienti confluiscono nell'hub e li permangono fino alla fine del percorso di cura, compreso anche l'inizio del percorso riabilitativo, l'hub presto sarà nelle condizioni di non riuscire più ad accogliere ulteriori pazienti di competenza. Areu ha l'opportunità di essere un osservatorio privilegiato, con possibilità di monitorare i flussi evidenziare eventuali problematicità e formulare alla Regione eventuali proposte di miglioramento organizzativo dell'intero sistema della gestione delle emergenze e urgenze sanitarie.

Areu ha l'opportunità di essere un osservatorio privilegiato, con possibilità di monitorare i flussi evidenziare eventuali problematicità e formulare alla Regione eventuali proposte di miglioramento organizzativo

Zoli: propongo da quindici anni questo modello organizzativo sui prelievi e trapianti. L'hub è il centro di riferimento, lo spoke è l'ospedale di minori dimensioni Questo vale per l'emergenza, per i trapianti ed in genere per creare la rete delle alte specialità.

Pozzi: Questo avvantaggia i Centri di riferimento dei trapianti perché potrebbero dedicare più tempo all'organizzazione degli ospedali là dove funzionano poco o male. Purtroppo la Regione Lombardia ancora non ha un Centro di coordinamento regionale ed è tempo che si faccia chiarezza perché la donazione in Lombardia non sta attraversando un bel momento e c'è la necessità di riorganizzare il tutto. Sono temi di cui mi sto facendo portavoce ormai da anni e quanto pubblicato su Prevenzione Oggi nel tempo ne è chiara testimonianza. Adesso però è tempo di migliorare l'organizzazione perché ci sono Regioni a noi vicine che stanno facendo molto meglio.

Testi a cura di **Leonio Callioni**
Ha collaborato **Leonida Pozzi**
Fotografie di **Paolo Seminati**

Grandi diritti per piccoli pazienti

ABIO, l'Associazione per il Bambino in Ospedale, ha festeggiato il suo trentesimo compleanno ponendo al centro dell'attenzione pubblica la nuova Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti, redatta in collaborazione con SIP; la Società Italiana di Pediatria. Abbiamo chiesto a Regina Sironi, segretario generale di Fondazione ABIO, di raccontarne le ragioni, facendo il punto sull'esperienza del Movimento ABIO.

Le cifre parlano chiaro. Oltre 1,2 milioni all'anno. E' la lunga schiera di bambini e adolescenti che in Italia varcano la soglia dell'ospedale per esservi ricoverati. Ci entrano per le più svariate cause, in testa alle quali si collocano le malattie dell'apparato respiratorio (20,5%) per la fascia di età fino ai 14 anni, le patologie traumatiche e gli avvelenamenti (27,4%) per i minori fra i 15 e i 17 anni (dati ISTAT 2001). Per quanto diversi possano essere i motivi del ricovero, identica è l'esperienza che esso determina in bambini e adolescenti: preoccupazione e ansia per la malattia, accompagnate da una brusca interruzione della quotidianità, con il conseguente distacco dal normale tessuto di rapporti affettivi e dalla scuola.
Per i pazienti di età pediatrica, l'ospedalizzazione può dunque essere fonte di stress e influire negativamente - specie nel caso di patologie croniche - sul loro sviluppo psico-fisico.
Se a questo si aggiunge che circa il 40% dei bambini fra i 3 e i 18 anni viene ancora ricoverato in reparti per adulti, è facile comprendere come - pur a fronte di una aumentata sensibilità rispetto al passato nei confronti delle esigenze dei piccoli pazienti - molto resti tuttavia da fare per una assistenza ospedaliera che voglia veramente definirsi "a misura di bambino". A sensibilizzare l'opinione pubblica su questo problema e sulla necessità di porre una rinnovata attenzione ai bisogni dei bambini, in particolare quello di essere accolti e curati nel rispetto dei loro diritti, ci ha pensato ancora una volta ABIO, l'associazione che da 30 anni offre assistenza volontaria ai piccoli ricoverati e alle loro famiglie. Lo ha fatto stilando, insieme alla Società Italiana Pediatria, la nuova Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale. Presentata all'inizio del 2008, la Carta fa riferimento alla Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla carta EACH (European Association for Children in

Hospital) del 1988, che prendeva però in considerazione aspetti un po' distanti dalla realtà italiana. A 20 anni dalla sua stesura, ABIO ha voluto riprendere i punti di questa carta adattandoli all'attuale situazione italiana ed estendendoli alle problematiche dell'adolescenza e dei minori stranieri. Il 14 novembre scorso, in prossimità della Giornata Mondiale per i Diritti del Fanciullo, il documento è diventato l'argomento principale del Convegno nazionale di Roma "Diritti, conoscerli per ottenerli", che ABIO ha promosso per festeggiare il trentennale della propria attività. In questa occasione medici, operatori sanitari e rappresentanti delle istituzioni hanno discusso dell'importanza di promuovere il benessere del bambino e dell'adolescente in ospedale attraverso una concreta applicazione dei loro diritti, non sempre garantiti su tutto il territorio italiano. "L'obiettivo - ha detto il Presidente di ABIO, Vittorio Carnelli - è quello di impegnarsi insieme affinché la parola umanizzazione sia sempre più un processo di atti concreti, che si traducano in migliori servizi per bambini, adolescenti e genitori". Ma quali sono questi diritti che la Carta ha voluto ribadire? Il documento li raccoglie in un vero e proprio decalogo. Si va dal diritto che ormai dovrebbe essere consolidato (e cioè la presenza di genitori o familiari o volontari senza limitazione di tempo e di spazio) ma che ancora oggi rappresenta un serio problema organizzativo per strutture sanitarie di vecchio stampo, a quelli che parrebbero ovvi ma così evidentemente non sono (il ricovero in reparti pediatrici e per età omogenee, la migliore qualità possibile delle cure, l'assistenza integrata ospedale-servizi territoriali-pediatri di famiglia); dal diritto allo studio, al gioco e alla ricreazione quotidiana in ambienti adeguatamente strutturati e arredati, fino alla presenza di figure professionali specializzate anche per la famiglia; dall'assistenza multidisciplinare 24 ore su 24 alle pratiche per minimizzare il dolore e lo stress nel corso di diagnosi e terapie. Fanno capolino anche due temi delicati: quello dell'informazione del minore, con tatto e alla presenza del genitore, sulle diagnosi e il percorso terapeutico previsto ma anche quello della privacy, del rispetto dell'intimità e della protezione da situazioni umilianti in relazione all'età e al contesto culturale. Due aspetti che vanno a interessare soprattutto l'adolescente, per il quale a tutt'oggi non si è fatto ancora abbastanza. Se infatti il tenace lavoro dei 5000 volontari ABIO ha prodotto nel corso di 30 anni una maggiore offerta di servizi per le necessità del genitore che assiste e anche maggiore disponibilità di spazi e arredi adeguati alla infanzia, per gli adolescenti la strada da percorrere è ancora tutta in salita, mancando quasi completamente spazi, servizi e personale appositamente dedicati alle loro esigenze. La carta elaborata dall'ABIO non è dunque una sterile enunciazione di principi astratti ma la concretissima possibilità di costruire una sanità che, oltre a curare, sappia anche prendersi cura. Sia capace cioè di farsi carico e dare una risposta efficace non solo alle necessità di cura del minore ammalato e della sua famiglia, ma anche ai suoi bisogni emotivi, affettivi e culturali, troppo spesso disattesi. Pura fantascienza? Ovviamente no, tanto è vero che ABIO ha stilato il documento in modo tale che fosse applicabile in ogni singolo ospedale italiano e non esclusivamente negli ospedali pediatrici. "Questi - commenta il Presidente - sono infatti 13 sul territorio nazionale, portatori di tanta esperienza, cultura e sensibilità nei confronti del bambino ospedalizzato. Ma ABIO ha voluto rivolgersi a tutti i reparti di pediatria, perché questa stessa cultura e sensibilità divenga pratica "normale" ovunque". Da qui la campagna di diffusione a tappeto della Carta, partita sei mesi fa. Tuttavia ABIO non si è accontentata di fermarsi qui. Il 14 di novembre, nell'ambito del convegno, ha lanciato una importante novità: un progetto sperimentale per la definizione di un manuale di qualità dell'assistenza, in collaborazione con SIP. A partire dai principi espressi nella Carta si andranno così a individuare dieci requisiti misurabili che potranno diventare un

I NUMERI DI ABIO

Sedi ABIO **58**
Volontari ABIO attivi nei reparti ospedalieri **4.500**
Ospedali con presenza di volontari **95**
Reparti ospedalieri **190**
Ore di servizio di volontariato presso le pediatrie degli ospedali **650.000**
Ore di formazione **2.000**

Fondazione ABIO Onlus
Via Don Gervasini 33
20153 - Milano
Tel. 02/45497494 - fax 02/45497057
www.abio.org; info@abio.org

Il segretario generale ABIO, Regina Sironi

punto di riferimento per tutte le attività volte a rendere l'ospedale un luogo di reale accoglienza. È un primo decisivo passo sulla strada che conduce a una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza, di cui ABIO non può che andare fiera e che viene a suggellare 30 anni di impegno spesi al fianco dei minori ammalati, talora semplicemente portando un sorriso. Abbiamo allora voluto chiedere al segretario generale di ABIO di spiegarci come è nata l'idea della carta e quali sfide attendono ancora ABIO. Ne è nata una lunga chiacchierata da cui una cosa è emersa fra tutte: la reale preoccupazione di assicurare a tutti i bambini malati una assistenza davvero globale. Un proposito, come si evince dalla intervista che segue, che ABIO ha cercato di realizzare fin dal lontano 1978 e che interpella tutti. Perché avere a cuore il benessere dei nostri bambini è la indispensabile premessa per una società migliore e non vale certo solo per le Feste di Natale. È questa la sfida che Regina Sironi ha lanciato a tutti i media e noi di Prevenzione Oggi la raccogliamo molto volentieri.

Da dove è nata l'idea di stilare una nuova carta dei diritti?

Innanzitutto dalla nostra pluriennale esperienza di servizio sul campo nei vari reparti e poi dalla carta di EACH del 1988 alla cui stesura ABIO aveva partecipato come rappresentanza italiana delle associazioni europee che si occupavano di bambini. Tuttavia per la situazione ospedaliera che c'era allora in Italia, questo documento rappresentava davvero la carta del "mondo dei sogni". Tenga conto che le prime leggi regionali risalgono all'85. Ciò vuol dire che si era appena giunti a considerare necessaria la presenza del genitore in ospedale, consentendogli di rimanere a fianco del bambino, salvo poi dimenticarsi di indicare dove collocarsi fisicamente. Strutturalmente gli ospedali di allora non erano attrezzati con spazi in cui mettere un letto in più, tanto è vero che fino al 1988 una delle iniziative di ABIO fu proprio quella di acquistare delle brandine pieghevoli dove le mamme potessero distendersi durante la notte.

Stiamo parlando di tempi pionieristici dunque…

Direi proprio di sì. Sostanzialmente non solo non c'erano ambienti per i genitori ma nemmeno sale-gioco. Se nella nostra filosofia, esse rappresentavano dei luoghi di socializzazione molto importanti per il bambino, per la mentalità di quei tempi semplicemente sottraevano spazi alle attività di cura. Dal 1988 in poi il nostro è stato dunque un percorso di rivendicazione di tutte queste necessità, non ultima quella che il reparto fosse meno asettico, più decorato, più adeguato alle esigenze dei piccoli degenti e delle loro famiglie.

Oggi però questi due aspetti sono conquiste ormai consolidate

Si, oggi dove c'è ABIO il genitore ha un letto dove riposare ed esiste anche una sala-gioco attrezzata con arredi a misura di bambino. Questo vuol dire che nel tempo gli ospedali hanno accettato le varie donazioni che abbiamo potuto fare grazie al supporto di aziende e privati e così a poco a poco la sala gioco ha cominciato ad esserci e a funzionare, almeno per l'infanzia. Tuttavia quelle che lei chiama conquiste sono diventate tali solo grazie all'attenzione di alcuni medici e non per una cultura dell'infanzia diffusasi ovunque. Quando una recente indagine della SIP ha messo in luce che più del 40% dei bambini fra i 3 e i 18 anni sono ancora ricoverati in reparti per adulti, per un attimo abbiamo pensato che tutti i nostri sforzi erano stati vani e che, a distanza di 20 anni dalla carta EACH, molti dei diritti che vi venivano reclamati erano ancora lettera morta. E così abbiamo

voluto riprendere in mano il discorso, non senza suscitare molti interrogativi. Non a caso la domanda che più frequentemente ci è stata rivolta durante il convegno è stata: "Perché ancora ABIO rimette in discussione il punto della ridotta capacità di accoglienza degli ospedali?".Come se il problema appartenesse soltanto a noi. Certamente ci appartiene perché abbiamo visto 30 anni fa dei bisogni emergenti e, come sempre fa il volontariato, ci siamo messi subito al lavoro senza aspettare l'intervento delle istituzioni. Però questa domanda non ha fatto altro che evidenziare il motivo per cui ci siamo mossi e cioè perché - nell'ordine delle priorità dei medici, degli infermieri e delle organizzazioni ospedaliere - il punto della qualità dell'accoglienza è ancora poco recepito. Così abbiamo deciso di rimetterlo a tema. Perché sulle enunciazioni di principio possiamo essere tutti d'accordo ma il punto è passare davvero a dei servizi concreti. Il nostro intento è infatti piuttosto ambizioso: portare gli ospedali dal condividere i punti della carta a misurare la qualità dell'accoglienza in base a dei criteri oggettivamente valutabili.

La carta è stata diffusa ormai da alcuni mesi. Avete avuto dei riscontri?

A testimonianza di quello che dicevo, finora non sono molto incoraggianti. La risposta degli ospedali alla nostra proposta di adottare, almeno come visione ideale, la carta dei diritti è stata piuttosto deludente. Delle 360 lettere spedite alle varie Dirigenze degli ospedali ne sono tornate indietro il 10%. Certo c'è da dire che le realtà ospedaliere sono molto diverse fra loro. Ad esempio, se penso agli ospedali in cui lavoriamo (circa un centinaio) lo spazio per gli adolescenti c'è solo in 3 o 4 . Teniamo presente che l'adolescente ha bisogno di un luogo che non sia la sala gioco dove agisce il bambino di 3 anni, ma un posto dedicato - anche piccolo - dove possa accedere a un PC, ascoltare della musica e usufruire di attività di svago adatte all'età. Tuttavia se l'ospedale non lo mette a disposizione, noi di ABIO non riusciamo neanche a far fluire delle donazioni che possano servire all'uopo. Ecco allora uno dei nostri compiti più urgenti: sensibilizzare le realtà ospedaliere, le istituzioni e l'opinione pubblica affinché venga colmata questa lacuna. Su questa fascia di età le carenze sono piuttosto gravi e riguardano la comunicazione, le attività da proporre e gli ambienti da fornire.

Rispetto alla carta EACH c'è qualche elemento di diversità su cui avete voluto puntare?

Sicuramente il nostro focus è proprio sull'adolescenza e i suoi specifici bisogni. In particolare abbiamo voluto puntualizzare il discorso del diritto alla privacy perché oggi le aspettative dell'adolescente sono diverse rispetto al passato. Un ragazzo in crescita di fatto vuole capire cosa gli sta accadendo ed essere coinvolto nel processo di diagnosi e di cura. Riteniamo quindi che una corretta comunicazione, nel rispetto della persona e delle sue idee, sia fondamentale. Al ragazzino di un tempo si poteva dire "ha deciso la mamma", ora non è più cosi. Oggi è più che mai importante che anche lui sappia cosa lo aspetta e lo condivida come impegno personale.

C'è un ospedale che vi sembra di poter dire abbia recepito maggiormente la carta?

Diciamo che là dove la presenza di ABIO è radicata da anni (come in Lombardia) - anche grazie al clima di collaborazione e fiducia reciproca che si è instaurato fra medici, infermieri e volontari - diversi punti della Carta sono già stati ampiamente realizzati. Sicuramente ha dato i suoi frutti l'aver pazientemente costruito dei rapporti e quindi, di riflesso, le condizioni di una buona accoglienza. Per esempio un intervento recente è stato quello fatto al Niguarda, un percorso faticosissimo ma con un ottimo risultato finale. Qui infatti - in accordo con la Direzione Generale - siamo riusciti a ridurre i tempi per la realizzazione del nuovo polo che raduna tutti i ricoveri pediatrici nello stesso ambiente; grazie alla nostra donazione infatti sono stati decorati tutti i corridoi e arredate tutte le stanze. Abbiamo cioè creato un servizio finalmente adeguato a un ospedale importante come è il Niguarda per la città di Milano. In realtà gli ospedali milanesi in cui siamo presenti (Buzzi, San Raffaele…) sono tutti di buon livello. Ciò significa che hanno spazi e servizi funzionali ma solo perché, nel tempo, i medici hanno considerato via via come preziosa la funzione propositiva del volontario e dal canto suo il volontario ha potuto contare sempre più sulla disponibilità dei medici a comprendere i bisogni dei piccoli degenti.

Può dire lo stesso anche del resto di Italia?

Premesso che ABIO non ha al Centro-Sud la stessa capillarità che al Nord, di fatto non abbiamo visto per ora le situazioni di degrado di cui spesso si parla, benché fossimo partiti anche noi con una sorta di pregiudizio. Semmai, dal punto di vista strutturale, la situazione è migliore perché esistono costruzioni ospedaliere realizzate in anni recenti che dispongono di spazi più ampi. La Sicilia ad esempio, che ha 9 sedi ABIO ed è una delle regioni da noi più presidiate, ci ha colpito molto positivamente. A Catania, a Palermo e a Messina abbiamo infatti visto una collaborazione e un consenso delle Direzioni generali a dir poco sorprendenti.

Come spiega allora lo scarso feed-back della carta?

C'è una sola parola che lo spiega e si chiama indifferenza. Quando una DG, di fronte alla proposta dell'apertura di un servizio gratuito (perché finanziato con una donazione) impiega tempi biblici nell'accettarla, significa che ha priorità di altro tipo. Ora, sono d'accordo che gli ospedali hanno problemi di risorse economiche e di budget, però credo che occorra da parte loro una maggiore sen-

sibilità nel capire che se il bambino e la sua famiglia vengono accompagnati bene nel percorso di ospedalizzazione, ciò non fa che allentare il clima di tensione che talvolta si instaura fra medici e genitori. Una maggiore percezione di questo e altri bisogni sicuramente aiuterebbe a migliorare la situazione . Non a caso è stato uno dei temi su cui abbiamo voluto richiamare l'attenzione con il convegno.

Nel corso del quale avete anche presentato il progetto per la valutazione di qualità.

L'idea è stata di un medico che tra l'altro è il Presidente della sezione ABIO di Lecco. Lavorando come responsabile della SIP, nel settore qualità, conosceva già le procedure che la Joint Commission adotta per valutare l'organizzazione complessiva di un ospedale. In sostanza esistendo già un manuale che definisce i parametri standard al di sotto dei quali le direzioni devono intervenire, la sua proposta è stata quella di scriverne uno analogo a partire dai punti della carta. In questo modo la presenza o meno di alcuni servizi, resi concretamente misurabili, dirà se l'ospedale è all'altezza o meno di uno standard di qualità. Insomma abbiamo voluto passare dalle parole di consenso ai fatti concreti.

A che punto è il gruppo di lavoro che se ne sta occupando?

Il progetto è già predisposto ma siccome richiede personale qualificato della JC, un preciso percorso di stesura del manuale e una sperimentazione di 2/4 ospedali per tararlo in modo corretto, siamo nella fase in cui occorre trovare un finanziamento perché i costi per sostenerlo sono parecchio elevati. Da sottolineare che ABIO, da 30 anni a questa parte, non utilizza finanziamenti pubblici, e questa è una cosa di cui andiamo orgogliosi perché ci ha sempre dato una grande libertà. ABIO è durata nel tempo unicamente perché voluta, prima di tutto dai volontari, tanto che per i primi dieci anni di attività il 50% del nostro bilancio in entrata si è basato solo sulle loro quote associative. Dal 98 in poi abbiamo cominciato a destare, grazie ad azioni di fund raising, l'interesse delle aziende e da allora ne abbiamo alcune che capiscono il nostro lavoro e lo sostengono, al punto che è merito loro se abbiamo potuto implementare la rete nazionale.

Qual è stato il principale punto di novità del convegno?

Sicuramente la cosa che ha destato maggiore interesse è stata proprio l'anticipazione di questo manuale di valutazione. In secondo luogo il fatto che abbiamo voluto stilare con la SIP dei punti che fossero davvero applicabili da ciascun ospedale semplicemente puntando sulla formazione del personale e la riorganizzazione dei servizi.

La collaborazione con la SIP è iniziata con la stesura della carta?

No, è un rapporto che dura da alcuni anni. Abbiamo partecipato a molti dei loro convegni per farci conoscere dal mondo medico perché di fatto noi siamo volontari e quindi le competenze dei pediatri ci sono di grande utilità. Sicuramente è una collaborazione destinata a diventare più forte attraverso il lavoro comune sul manuale, anche perché la carta enuncia principi che poi andranno declinati a seconda delle età, delle patologie e degli ambienti. Un lavoro che andremo a costruire e che prenderà il via nel 2009, determinando un confronto serrato e sicuramente positivo con i medici ospedalieri.

Il convegno è stata l'occasione per trac-

ciare la storia trentennale dell'associazione. Che bilancio è emerso in termini di punti di forza e punti di debolezza?

Come punto di forza posso dire una grande chiarezza di obiettivi fin dal lontano inizio. La mission, le modalità organizzative, le regole erano già tutte presenti nel pensiero dei fondatori. La forza di ABIO è stata quella di svilupparle mantenendo sempre fede all'obiettivo primario di promuovere il benessere del bambino e della sua famiglia in ospedale, prestando attenzione ai suoi bisogni, trovando le modalità per soddisfarli, sensibilizzando su di essi l'ospedale e l'opinione pubblica. Sull'assistenza posso proprio dire che abbiamo fatto moltissimo e lo si vede dal fatto che dove c'è ABIO la qualità dell'ambiente è diversa. Ciò che invece ritengo un punto di debolezza è la modalità che ancora abbiamo di rapportarci con gli adolescenti. Su questo versante più che donne volontarie di mezza età servono giovani con i quali i ragazzi si sentano meglio disposti a dialogare. L'altro ambito in cui c'è ancora molto da imparare, e da fare, è quello del rapporto con i gli stranieri. Per poterli aiutare dobbiamo essere in grado di comprendere le loro abitudini e i loro comportamenti. È un cammino che stiamo già intraprendendo con l'aiuto di alcuni mediatori culturali ma che richiederà ancora parecchio tempo.

Qual è, secondo lei, l'elemento più qualificante dell'esperienza di ABIO?

Indubbiamente la formazione dei volontari. Fin dagli inizi la nostra preoccupazione è stata quella di fare in modo che le persone sapessero muoversi correttamente in reparto, senza arrecare disagio. Poi, col tempo, ci si è sempre più perfezionati. La scarsa preparazione culturale degli esordi è stata superata a forza di tentativi ed errori e oggi possiamo davvero parlare di una formazione strutturata e professionale. Una formazione cioè finalizzata a incanalare al meglio la voglia di fare del volontario, dotandolo degli strumenti più adeguati per stare nell'ambiente ospedaliero. In questi anni abbiamo voluto puntare, in particolare, sulla organizzazione dei gruppi.

Per quale motivo?

Perché ci premeva chiarire ai volontari che l'ambiente ospedaliero non richiede primedonne ma persone dotate sia di una grande disponibilità a lavorare in squadra sia di una notevole discrezione. Soggetti quindi capaci di proporsi a tutti (bambini, genitori, personale ospedaliero) senza la pretesa di imporsi e soprattutto senza la volontà di invadere territori di competenza altrui. E se all'inizio i volontari hanno faticato non poco a farsi accettare dagli operatori sanitari, oggi la situazione si è decisamente normalizzata al punto che sono spesso le caposala, là dove vedono carenze di servizio nei reparti, a chiedere il loro intervento.

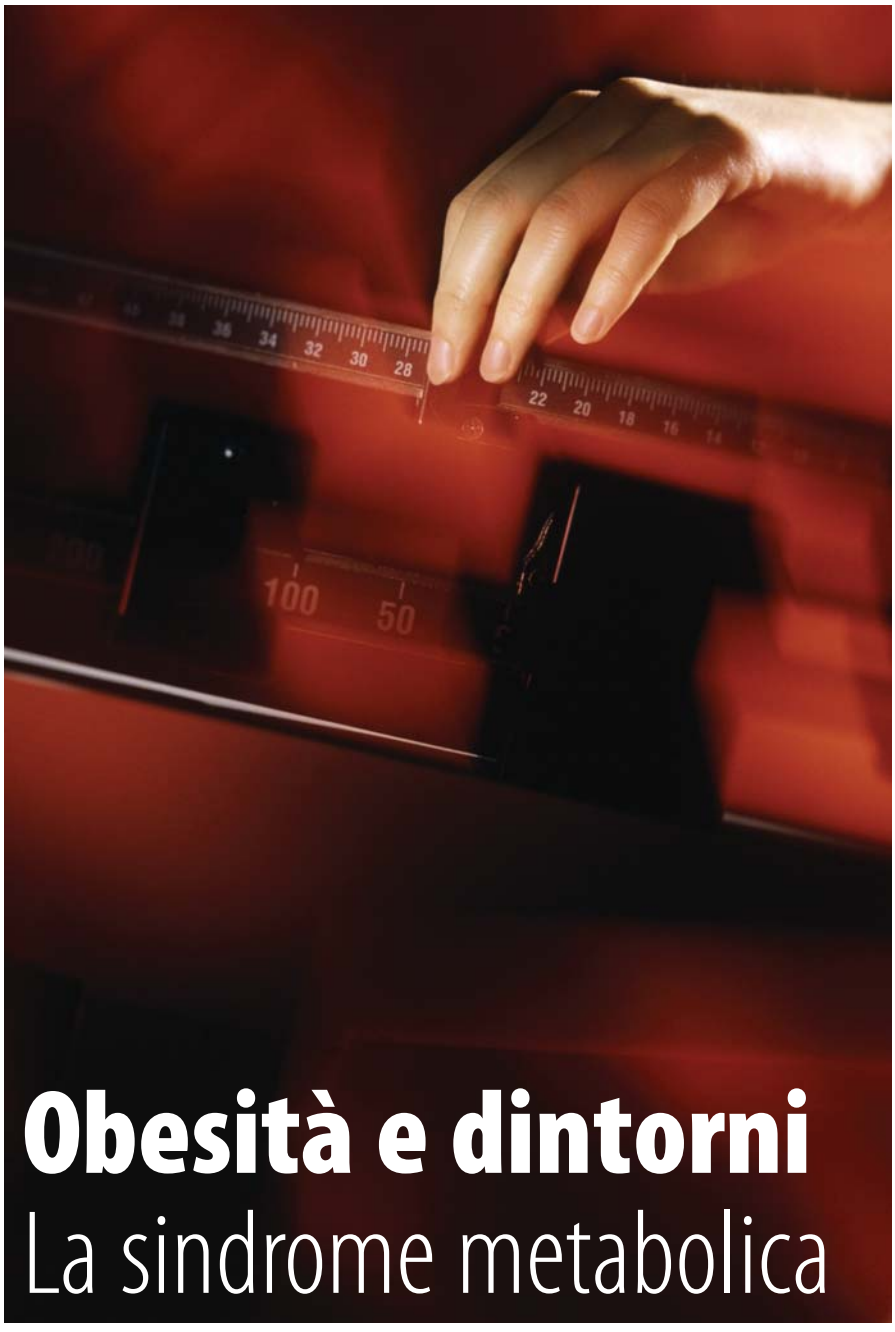
Quali sono le prospettive future dell'associazione?

Certamente l'obiettivo primo di ABIO è quello di continuare nell'azione di diffusione del servizio in tutto il Paese evitando sovrapposizioni ad eventuali altre esperienza analoghe. Il secondo è portare avanti la Carta dei diritti sperando di raggiungere gli obiettivi concreti che ci siamo prefissati. Il terzo è strutturare una azione del movimento ABIO che sia sempre più omogenea e sinergica sul territorio pur nel rispetto delle diversità di città e di tradizioni.

Cosa vi aspettate dai media rispetto alla diffusione della carta?

Sicuramente molta attenzione, anche se non è facile ottenerla. Ci rendiamo conto infatti che quello su cui tanto insistiamo viene considerato, per così dire, un problema di "nicchia". Col fatto che non tutti hanno figli ammalati e non tutti hanno figli, il tema interessa fino a un certo punto e ciò ci crea non poche difficoltà. Non avendo risorse sufficienti da destinare alla comunicazione, siamo figli della disponibilità della stampa di veicolare gratuitamente i nostri messaggi e le nostre iniziative. E quindi in questo senso abbiamo un po' le armi spuntate….tranne a Natale quando l'argomento "bambini in ospedale" trova maggiore spazio sugli organi di informazione. Che però l'interesse duri solo il tempo delle feste natalizie per poi passare sotto silenzio tutto il resto dell'anno è esattamente il contrario di quello che vorremmo, ovvero una attenzione costante a questi problemi. Il punto è che alla stampa servono novità e noi da questo punto di vista non offriamo molto. Siamo "semplicemente" una associazione e che si occupa di bambini in ospedale "soltanto" da 30 anni. Quanti altri ce ne vorranno perché l'impegno, la dedizione, la cura che gli dedichiamo tutti i giorni possano fare notizia?

Laura Sposito



Obesità e dintorni
La sindrome metabolica

Negli ultimi anni appare sempre più evidente un inquietante aumento nella popolazione apparentemente sana dei Paesi industrializzati di soggetti in netto sovrappeso o addirittura in condizioni di obesità. Questo eccesso di peso corporeo si accompagna frequentemente ad una preoccupante associazione con fattori clinici e metabolici che inducono un significativo aumento del rischio cardiovascolare: la sindrome metabolica. Questa entità patologica, anche se in stadio preclinico, è caratterizzata dalla presenza nel singolo individuo di almeno tre dei seguenti indici: obesità addominale, aumento del colesterolo soprattutto LDL, ipertensione arteriosa, aumento dei valori ematici della glicemia.

Frequentemente vi si associano altri indici di tipo biochimico. Tra i principali citiamo l'iperinsulinemia, la presenza di albumina nelle urine anche in minime dosi (microalbuminoria), aumento dell'acido urico nel sangue. Si stima che in Italia e in Europa circa il 25% della popolazione adulta ne sia affetto; il 40% negli Stati Uniti. La percentuale aumenta ulteriormente con l'avanzare dell'età (50% oltre i 50 anni). In presenza di diabete mellito manifesto il rischio cardiovascolare si eleva fino all'80% dei pazienti. La mortalità cardiovascolare legata alla sindrome metabolica appare nelle donne di due volte superiore che nei maschi.

È molto importante sottolineare che la maggioranza dei soggetti portatori di sindrome metabolica non sa di esserlo e si ritiene sana. Pur tuttavia approfonditi studi, anche recenti, clinico-epidemiologico, che hanno potuto utilizzare mezzi diagnostici sofisticati, hanno dimostrato come anche in questi soggetti in stadio preclinico si osservano danni d'organo come, ad esempio, l'aumento dello spessore delle pareti ventricolari cardiache (ipertrofia), calcificazioni coronariche seppure lievi, lesioni che possono predisporre il soggetto alla comparsa di eventi patologici soprattutto dell'apparato cardiovascolare, seppure mal pronosticabile nel tempo. Si è inoltre osservato che la presenza di tre dei fattori di rischio maggiori della sindrome metabolica agiscono come acceleratori della aterosclerosi che da subclinica può sfociare in un evento cardiovascolare clinicamente manifesto ed importante (angina pectoris, infarto miocardio, ictus cerebrale, ecc.).

In questo quadro patologico l'obesità svolge un ruolo importante soprattutto se associata ad insulino-resistenza.

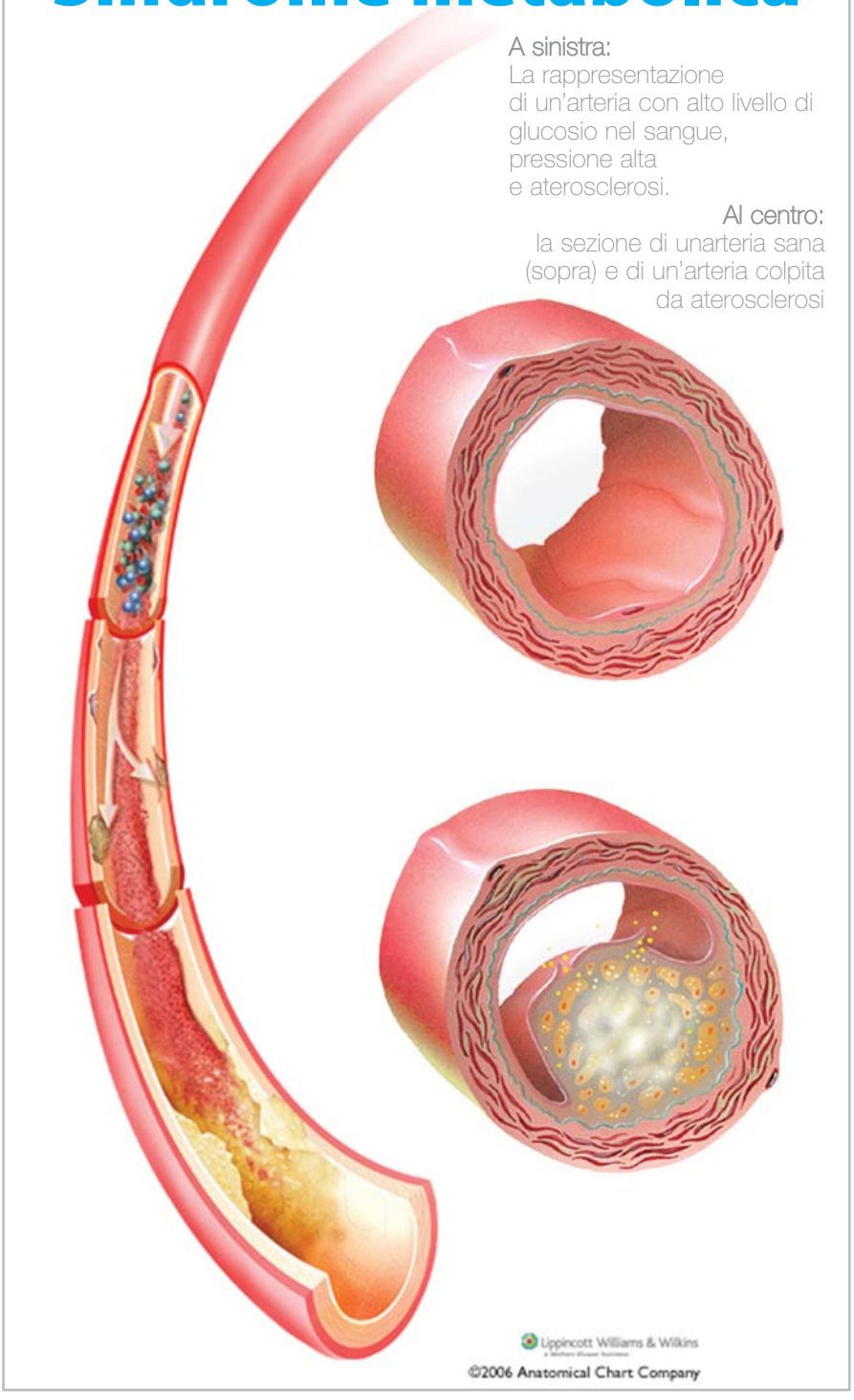
L'obesità di per se stessa, soprattutto addominale, favorisce la comparsa di ipertensione

arteriosa che se non ben controllata con una dieta appropriata e bilanciata, con la riduzione dell'uso di sale sodico sugli alimenti e con l'attività fisica aerobica programmata e continua, porta nel tempo a numerose complicazioni sia cardiache che renali, oculari, cerebrali. Se ad essa si associa la insulino-resistenza si ha una vistosa moltiplicazione del rischio.

L'insulino-resistenza è caratterizzata dalla diminuita attività dell'ormone a controllare i processi metabolici complessi a cui è deputato, pur in presenza di alti valori della stessa nel sangue.

L'insulina è un ormone che regola il livello ematico della glicemia (zuccheri), ne favorisce l'utilizzazione e l'immagazzinamento da parte delle cellule di quasi tutti i tessuti dell'organismo, ma in particolar modo del fegato, muscoli e tessuto adiposo. Svolge anche una importante azione nel metabolismo dei grassi, rappresentando questi una forma di accumulo di energia, a disposizione dell'organismo qualora ve ne sia la necessità. La presenza di insulina è quindi necessaria per un corretto utilizzo degli stessi grassi di riserva. Numerose e altrettante azioni svolge l'insulina: fisiologicamente determina una vasodilatazione, agisce come antinfiammatorio, agisce sul metabolismo delle proteine. L'assenza di insulina o la sua cattiva utilizzazione da parte dell'organismo comporta quindi una serie di disturbi non solo tipici del cattivo utilizzo degli zuccheri, come avviene nel diabete mellito, ma anche nell'equilibrio del tasso del colesterolo e dei trigliceridi nel sangue, tali da favorire l'aterosclerosi. Negli obesi vi è una alta percentuale di soggetti in cui si manifesta la insulino-resistenza. Questa può essere spiegata, in parole povere, come la necessità di disporre di livelli sanguigni di insulina circolante di molto superiori a quelli solitamente necessari per un ottimale equilibrio metabolico degli zuccheri e grassi.

Sindrome metabolica

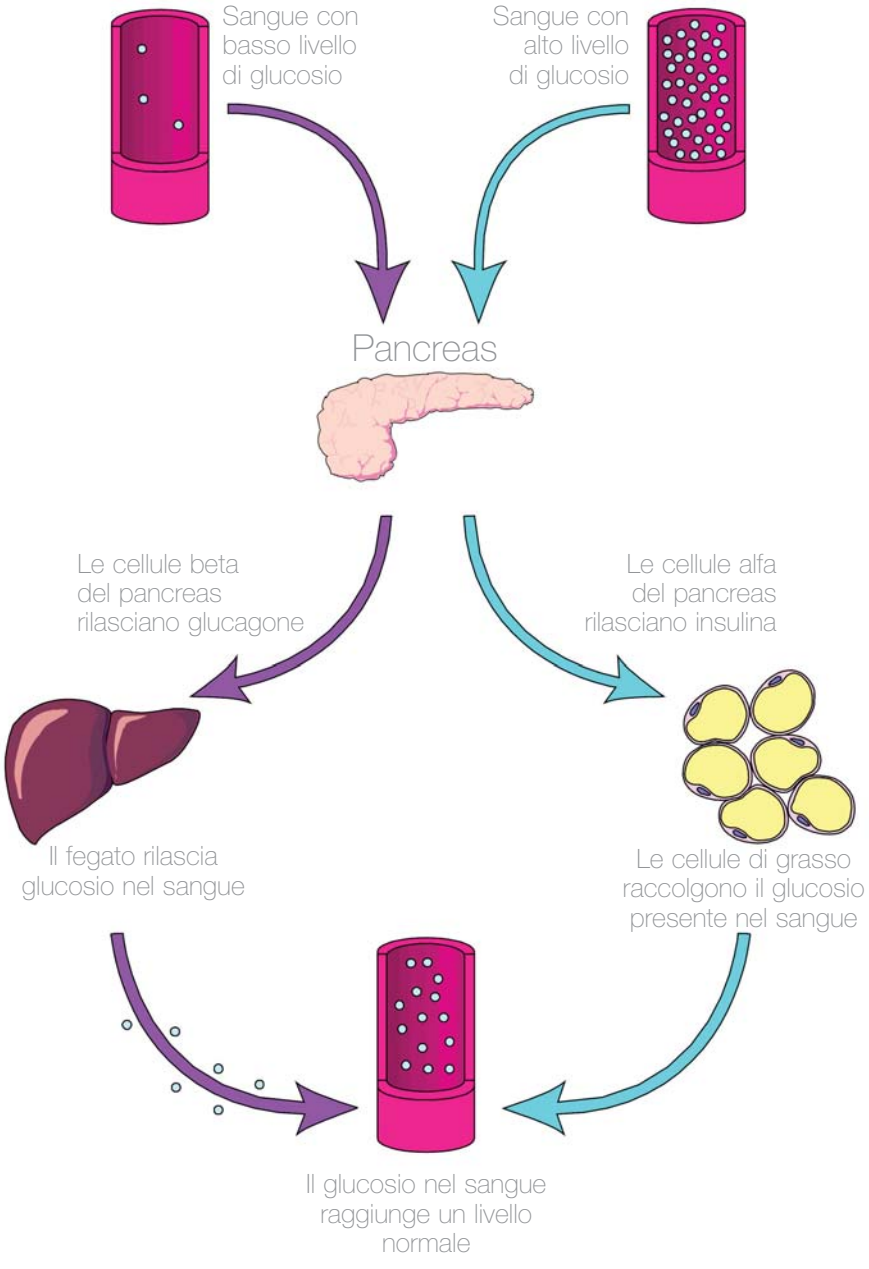


A sinistra:
La rappresentazione di un'arteria con alto livello di glucosio nel sangue, pressione alta e aterosclerosi.

Al centro:
la sezione di unarteria sana (sopra) e di un'arteria colpita da aterosclerosi

I soggetti affetti da insulino-resistenza mostrano tutta una serie di manifestazioni di alterata funzione delle cellule muscolari della parete dei vasi, così da ridurre la capacità di vasodilatazione, solitamente mediata dalle complesse e indispensabili attività tipiche delle cellule che tap-

Il meccanismo di regolazione del glucosio nel sangue



pezzano la superficie interna dei vasi arteriosi (endotelio), tra cui quella di impedire la coagulazione intravasale del sangue, di provvedere ai meccanismi endogeni di riparazione della parete vasale, di controllarne la motilità (vasocostrizione o vasodilatazione) ecc.; tutto questo porta a una ulteriore accelerazione dei processi di aterosclerosi vascolare.

La riduzione del peso corporeo e della obesità viscerale e centrale (addome) porta al miglioramento e talora alla normalizzazione anche delle alterazioni che accompagnano la sindrome metabolica. Non è una impresa facile, soprattutto nell'individuo che si ritiene "sano". La giusta informazione, una puntuale educazione comportamentale, alimentare e di stile di vita sono condizioni imprescindibili per ottenere dei risultati soddisfacenti. Ma non sempre queste misure igienico-comportamentali sono sufficienti.

Frequentemente quindi si deve associare una terapia di tipo farmacologico che deve essere estremamente individualizzata e che deve tener conto di eventuale presenza di segni di complicanze cardiovascolari (danno d'organo). Si possono scegliere farmaci che agiscano sui singoli componenti la sindrome metabolica: farmaci che tendono a normalizzare i profili glicemici, se alterati; controllare il livello dei lipidi plasmatici (colesterolo e trigliceridi), preferendo quelli che possono avere un effetto favorevole o neutro anche sulla insulino-resistenza.

La terapia sia comportamentale che farmacologica deve essere "intensiva" e prolungata nel tempo, sempre sotto stretto controllo medico specialistico.

Per contrastare lo stato infiammatorio che accompagna la sindrome metagolica non vi sono attualmente farmaci specifici efficaci: ma anche per questo aspetto la correzione ad esempio della ipercolesterolemia con i farmaci più recenti (statine) sembra avere un effetto estremamente favorevole.

Da quanto sopra si evince come sia fondamentale per una prevenzione primaria anche di questa sindrome il controllo della dieta, del peso corporeo già dalla prima infanzia e in gioventù, accompagnata da una adeguata e piacevole attività fisica moderata e continua.

Dott. Gaetano Bianchi

Niente hamburger e bevande dolci per combattere la sindrome plurimetabolica

La sindrome metabolica, caratterizzata dall'associazione di grasso addominale, colesterolo alto, diabete, ipertensione e disturbi del metabolismo, è una porta aperta per numerose malattie ma cambiare lo stile di vita e le abitudini alimentari diminuisce la possibilità di ammalarsi e di sviluppare le complicanze.

Le scelte alimentari scorrette

La sola prescrizione di farmaci che correggano ciascuno dei fattori di rischio per la Sindrome Metabolica non sembra possa risolvere il problema, mentre un approccio educativo teso a combattere l'iperalimentazione e i comportamenti alimentari dannosi, può essere molto utile.

I rischi della dieta occidentale

Esistono diversi studi sui vari componenti della dieta ed i loro effetti sulla sindrome metabolica, ma una recente ricerca ha esteso la prospettiva sull'intera dieta. Nessuno infatti assume un solo tipo di cibo ma è la dieta che, nel suo complesso, può avere effetti sulla salute.

Lo studio, condotto dal Dr. M. Lyn Steffen e dai suoi colleghi dell'Università del Minnesota, ha analizzato 9514 soggetti di età media iscritti a uno studio multicentrico che investigava i fattori che contribuiscono all'aterosclerosi e alla comparsa di malattie cardiovascolari.

I risultati dell'indagine hanno confermato ciò che da tempo si sospettava e cioè, che una dieta di stile occidentale, ricca di carne rossa, cereali raffinati e cibi fritti, incrementa il rischio di sviluppare la sindrome metabolica.

In particolare, alti consumi di hamburger, hot dog e carni trasformate sono stati associati a una più alta incidenza di malattia, mentre il

consumo di frutta, pesce, pollame, verdure ricche di carotenoidi e verdure tipo broccoli, cavolfiore, cavoletti di bruxelles, cavolo cappuccio, verza e cavolo rapa, che fanno parte della famiglia delle crocifere, cui appartengono anche le foglie di senape, le rape, il rafano e il crescione, previene la comparsa della Sindrome Metabolica.

Dolcificanti e bevande light e rischio di sindrome plurimetabolica

Sorprendentemente, nello studio del Dr. Steffen, sul rapporto tra dieta e Sindrome Metabolica, anche le bevande light sono state associate con un aumentato rischio di malattia. Sembra, infatti, che il consumo di dolcificanti artificiali porti ad un aumento di peso, a causa di una maggiore assunzione di calorie, perchè confonde la capacità dell'organismo di valutare la quantità di calorie assunte con la dieta.

Il gusto dolce è associato a un'alta concentrazione di zuccheri e, quindi, di calorie. Quando al dolce non corrisponde un determinato apporto calorico, come nel caso dei dolcificanti non calorici, il corpo umano reagisce con un aumento dell'appetito.

Gli studi sugli animali confermano le ipotesi, infatti, i ratti cui sono stati somministrati edulcoranti, hanno costantemente aumentato l' apporto calorico e la massa grassa e l' aggiunta di saccarina al cibo dei vitelli ne ha determinato l'incremento del peso corporeo.

A rischio bambini e persone stressate o con difficoltà economiche

Le difficoltà economiche, la tensione per non riuscire ad arrivare con lo stipendio alla fine del mese, lo stress sul lavoro, sono tutti fattori che aumentano la tensione . Molti per sfuggirla si rifugiano nel cibo spazzatura o, come dicono negli Stati Uniti, junk food. Patatine fritte, hamburger e hot dog dei fast food e bevande dolci o dolcificate fanno parte di questo tipo di cibo.

Anche i bambini si abbuffano di cibo spazzatura per consolarsi dalle tensioni in casa, lo conferma un'indagine dell'università di Illinois, della Iowa State University e dell'ateneo di Michigan State: lo stress accumulato dalle madri è un fattore determinante nel sovrappeso dei bambini, che possono diventare a rischio di sviluppare la Sindrome Metabolica.

Riabilitate le uova

Le uova, una volta escluse dalla dieta di chi aveva problemi di colesterolo alto, sono state riabilitate, perché sembra che il loro consumo abituale, inserito in una dieta equilibrata, possa far aumentare i livelli di colesterolo 'Hdl', cioe' quello 'buono' e rimuovere l'accumolo di colesterolo 'cattivo' ('Ldl') dalle arterie, proteggendo dalle malattie cardiovascolari.

La dieta DASH

Il modello di dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), un famoso modello alimentare per

combattere l'ipertensione si è dimostrato efficace anche per la riduzione del colesterolo cattivo, l'LDL, quello che fa aumentare il rischio cardiovascolare ed è stato proposto anche per la prevenzione della Sindrome Metabolica e le sue complicanze.
La dieta DASH propone il consumo di cereali integrali, frutta e verdura e latte e i suoi derivati a basso tenore di grassi come latte e yogurt magri, ricotta e latticini.
Per aumentare il consumo di latte e yogurt magro nella giornata, secondo il consiglio della dieta DASH, si possono consumare in giornata bevande tipo frappè di frutta fresca, usare lo yogurt come condimento al posto dell'olio, o bere una cioccolata calda, poco zuccherata, fatta con latte magro e cacao amaro.

Una giornata DASH

Colazione
* Una tazza di latte o yogurt magro
* Un frutto
* Fiocchi d'avena o altri cereali integrali senza sale e grassi aggiunti

Pranzo
* Un piatto di riso integrale o farro oppure orzo o altri cereali integrali al pomodoro o con verdure, condito con un cucchiaino di olio di oliva extravergine
* Una porzione di pesce al vapore
* Broccoli lessi o altra verdura, condita con un cucchiaio di olio di semi di girasole crudo
* Un frutto

Ricette

JACKET POTATO AI GAMBERETTI

È una famosa ricetta del Regno Unito, letteralmente significa "giacca di patate" e si tratta di una patata al forno, cotta con la buccia, che costituisce un ottimo piatto unico, perché unisce un alimento ricco di amido, come la patata con alimenti proteici, tipo legumi o formaggio o carne o pesce.
La patata è molto ricca di potassio che contrasta il sodio, il cui eccesso nella dieta, può causare ipertensione arteriosa.
La ricetta proposta è in una versione poco grassa e poco calorica, ma la jacket potato, secondo il ripieno, può essere un piatto molto calorico e grasso.

Facile
Preparazione 15 min.
Cottura 60 min.

Ingredienti per 4 persone

4 grosse patate, 4 cucchiai di yogurt magro, 100 g di fiocchi di latte magro, 150 g di gamberetti sgusciati,4 cucchiaini di olio di oliva extravergine, limone e prezzemolo tritato.

Procedimento

Lavate bene le patate, asciugatele. Fate un'incisione verticale su ogni patata e punzecchiatele con una forchetta, senza sbucciarle. Ricopritele con un foglio di alluminio e infornatele in forno già caldo a 200°. Cuocetele per circa un'ora.
Intanto lessate i gamberetti ed emulsionate lo yogurt con olio, limone e prezzemolo. Quando le patate saranno pronte, riempitele con i fiocchi di latte magro e i gamberetti e conditele con la salsa allo yogurt.

Spuntino
* 4 noci
* Uno yogurt magro

Cena
* Una porzione di ricotta o altri latticini
* Pomodori in insalata, conditi con un cucchiaio di olio di semi di girasole crudo o altra verdura
* Patate al vapore

Fuori casa

Chi consuma il pasto fuori casa, può scegliere tra le seguenti opzioni:
* insalata mista
* pane integrale
* macedonia di frutta con yogurt magro

oppure
* panino integrale con mozzarella e pomodori
* spremuta d'arancia o frullato

oppure
* pesce alla griglia
* verdura a piacere
* patate lesse
* frappè di frutta mista

Cristina Grande

Le ricette delle feste

Per le feste, non contiamo le calorie, altrimenti ci roviniamo tutto il piacere. Mangiamo con gusto e smettiamo di mangiare appena raggiunta la sazietà. Assaggiamo tutto quello che ci fa piacere, senza esagerare con le porzioni e ricordando che Natale e Capodanno vengono solo una volta all'anno e concedersi qualche eccesso calorico, una volta ogni tanto, non ha mai fatto ingrassare nessuno.

DOLCE DI SAVOIARDI

Un dolce semplice e veloce, dal risultato sicuro.

Facile
Preparazione 15 min.

Ingredienti: 100 g di savoiardi, 100 g di cioccolato fondente, 100 g di zucchero, 70 g di zucchero a velo, un rosso d'uovo, due – tre cucchiai di latte, rosolio q.b.

Procedimento: sbattete lo zucchero con il tuorlo d'uovo e il burro. Sciogliete la cioccolata con il latte e amalgamatela al composto di burro, zucchero e tuorlo d'uovo, aggiungete latte, nel caso la crema risulti troppo densa. Bagnate i savoiardi nel rosolio e disponetene la metà in un contenitore quadrato. Versate sui savoiardi il composto. Fate un altro strato di savoiardi e versate altra crema.
Mettete in frigorifero per 12 ore, prima di servire.

TORTA CON UVETTA E CANDITI

Un dolce che può sostituire il panettone.

Facile
Preparazione 15 min.
Cottura 40 min

Ingredienti: 250 g di farina 00, 100 g di burro, 100 g di zucchero, 100 g di uva passa, 50 g di canditi, 2 uova intere, mezza bustina di lievito.

Procedimento: lavorate lo zucchero con il burro. Unite, le uovo, la farina setacciata, l'uvetta, precedentemente ammollata in acqua, i canditi e, per ultimo il lievito. Lavorate bene il composto e versatelo in uno stampo da forno imburrato. Cuocete in forno a circa 160° per circa 40 minuti.

Notizie dalle Sezioni

Paderno d'Adda

Salute, Diabete, Donazione

Salute, Diabete, Donazione: questi i temi dell'incontro medico organizzato dal gruppo pluricomunale AIDO "A. Salomoni" di Paderno d'Adda (a cui fanno riferimento anche Imbersago, Robbiate, Verderio Inferiore e Verderio Superiore), nella sala consiliare del comune di Robbiate (Lc) lo scorso 14 novembre. Data significativa da quando l'ONU ha sancito questo giorno come Giornata Mondiale del Diabete (World Diabetes Day), affinchè con campagne di sensibilizzazione e molteplici iniziative si contrasti l'allarmante crescita del diabete a livello internazionale. Dopo l'apertura del sig. Angelo Lissoni (Assessore al Territorio, Vigilanza, Sport e Associazioni), che ha favorevolmente sostenuto il gruppo AIDO nella realizzazione dell'evento, il Presidente Daniele Sorzi ha ribadito la necessità degli interventi di formazione e di corretta informazione sul territorio al fine di promuovere la cultura della donazione e del trapianto e al fine di contrastare gli effetti deleteri di tanti scoop mediatici che generano false paure e confusione tra i cittadini. Sempre sul tema dell'informazione ha insistito il Vice Presidente Regionale, Sig. Giovanni Ravasi, mettendo in relazione l'aumento dei dinieghi al prelievo di organi con alcuni casi mediatici di rilievo nel corso dell'ultimo anno. Di grande chiarezza ed esaustività sono, quindi, state le parole della Dott.ssa Simona Magni (Responsabile locale del prelievo di organi e tessuti U.O.C Anestesia e Rianimazione Presidio Ospedaliero di Vimercate) nell'illustrare le procedure che vengono seguite nel monitoraggio antecedente il prelievo degli organi; il medico, inoltre, ha spiegato in maniera chiara e lineare la condizione di morte cerebrale ed ha presentato una panoramica sull'organizzazione del sistema dei trapianti in Italia. Il trapianto di pancreas è stato presentato dal prof. Cosimo Sansalone (Direttore U.O. Chirurgia e Trapianti Rene/Pancreas dell`Azienda Ospedaliera Niguarda Ca` Granda Milano) come un trattamento chirurgico efficace nella risoluzione del diabete mellito di tipo 1 (diabete giovanile insulinodipendente), specialmente in pazienti di giovane età che presentino insufficienza renale o una o più complicanze della malattia (retinopatia, neuropatia, vasculopatia e stati di coma iper o ipo-glicemico). L'esperienza dell'equipe operativa presso l'Ospedale Niguarda porta a riconoscere che la buona sopravvivenza degli organi registrata negli anni giustifica la procedura, nonostante ad oggi rimanga rilevante l'incidenza di complicanze tecniche e immunologiche. I dati forniti dal Prof. Sansalone hanno mostrato come il trapianto di pancreas, solitario o combinato con il rene, abbia una sopravvivenza sovrapponibile a quella di organi come il fegato e il cuore e come la qualità di vita di un trapiantato sia simile a quella di un soggetto sano con perfetto controllo del metabolismo del glucosio e regressione, almeno parziale, delle complicanze della malattia. A seguito delle relazioni dei medici, il Presidente e il Vice Presidente dell'Associazione Giovani Diabetici Lecco hanno portato la loro esperienza di genitori di ragazzi con diabete, impegnati nella quotidianità a vivere il diabete non solo come "malattia" o come "limite" ma come una condizione in cui è concretamente possibile avere una buona qualità della vita. Fondamentale per il raggiungimento di questo obiettivo il mutuo aiuto delle famiglie all'interno dell'Associazione, che nel corso degli ultimi anni ha promosso reciproco sostegno e iniziative ricreative (campi scuola, gite) e ha attivato servizi specialistici (consulenza psicologica). L'interesse degli oltre 70 cittadini presenti è stata confermata dalla grande attenzione alle parole dei relatori e dalle molte domande conseguenti agli interventi, che hanno riguardato sia il tema della donazione e dei trapianti sia le problematiche inerenti il diabete. Gradito da tutti il saluto offerto dal gruppo AIDO "A. Salomoni" attraverso una calda tisana e gustosi dolcetti … rigorosamente senza zucchero!

Elena Sorzi

Bergamo

Auguri Presidente

Natale: tempo di attesa, tempo di sogni, tempo di doni.
Tempo di favole. Oggi vogliamo raccontarvene una un po' speciale; e come ogni favola comincia con "c'era una volta.." .
C'era una volta un uomo con un lavoro interessante, una bella famiglia, una bellissima nipotina; un uomo con tanti interessi e una grande passione: il Volontariato. La sua vita scorreva intensa tra tutti questi impegni; sempre con l'orologio in mano, tanti appuntamenti in agenda; poi arrivò l'agognata pensione e più tempo da dedicare alla sua Associazione: l'AIDO.
Ma... un brutto giorno si accorse che un folletto si era insinuato nel suo corpo. Non il folletto birichino ma innocuo delle fiabe nordiche; no! era un folletto perfido e maligno, invidioso della vita. Un folletto dal nome cattivo, che il più delle volte non lascia scampo. Così fu per lui, i suoi giorni erano contati...
Per quell'uomo si fece notte, notte buia senza astri.
I suoi impegni continuavano perché è un tipo tenace; ma il suo sorriso si spense e i suoi occhi tristi vagavano lontano.
Dopo il primo momento di sconcerto e di incredulità, siccome è un uomo risoluto si disse: non sia mai che questo folletto abbia il sopravvento. E decise di lottare.
Ebbene, in questa decisione trovò degli alleati: la scienza, i dottori, che accesero un lumicino di speranza dicendogli: facciamo il trapianto e guarirà.
Il Trapianto: parola magica, sinonimo di salvezza; parola di vita che però richiede un dono, un dono speciale: un organo umano regalato da chi non c'è più.
Quell'uomo disse sì! accetto.
E cominciò il tempo dell'attesa... un tempo interminabile come in un sogno.
Non fu lunga l'attesa ma fu penosa... i giorni che fuggivano; gli affetti, il viso dell'adorata nipotina, dei familiari, degli amici, i lavori incompiuti, il volontariato in AIDO che sarebbero svaniti; e il folletto all'angolo in attesa.
Finché in un caldo giorno di fine luglio arrivò una stella cometa e sulla sua coda lucente recò il dono tanto atteso: l'organo per il trapianto. Il sogno si avverava e per quell'uomo fu di nuovo Natale!
L'immenso dono d'amore di un essere umano ad un altro essere umano, sconosciuto ma concreto, compì il miracolo della vita e restituì quell'uomo, felice, alla sua famiglia, agli amici, alla sua cara AIDO.
Questo avvenne dieci anni fa. Il nome dell'uomo è Leonida Pozzi, il nostro Presidente; il nome del suo Donatore non è dato sapere. Con gratitudine la chiameremo STELLA. Come la stella che illuminò la Notte di duemila anni fa, che guidò i Magi alla capanna di un Bimbo Santo.
La favola a lieto fine continua.
Allora, tanti AUGURI, Presidente, per il suo decimo Natale e per tutti quelli che verranno.
Il personale degli uffici AIDO Regionale Lombardia

L'Aido Lombardia

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

Brescia
Sezione
25128 - Via Monte Cengio, 20
Presidente: Lino Lovo
Tel./Fax 030.300108
aido.provinciale.bs@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
AIDOLODI@tele2.it

Aido Consiglio Regionale Lombardia
Sede: 24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Presidente: Leonida Pozzi
Tel. 035.235327 - Fax 035.244345
segreteria@aidolombardia.it

Aido Nazionale
Sede: 00195 Roma, Via S. Pellico 9
Presidente: Vincenzo Passarelli
Tel. 06.3728139 - Fax 06.37354028
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: Piero Saffirio
Tel./Fax 02.3285201
AIDOPLURILEGNANO@alice.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
Sezione Pluricomunale
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 - Piazzale Croce Rossa, 1
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@yahoo.it

ADORAMVTE GLORIFICA
MVSTE
ADORAMVSTEGLO
GLORIFIC
ADORAMVST