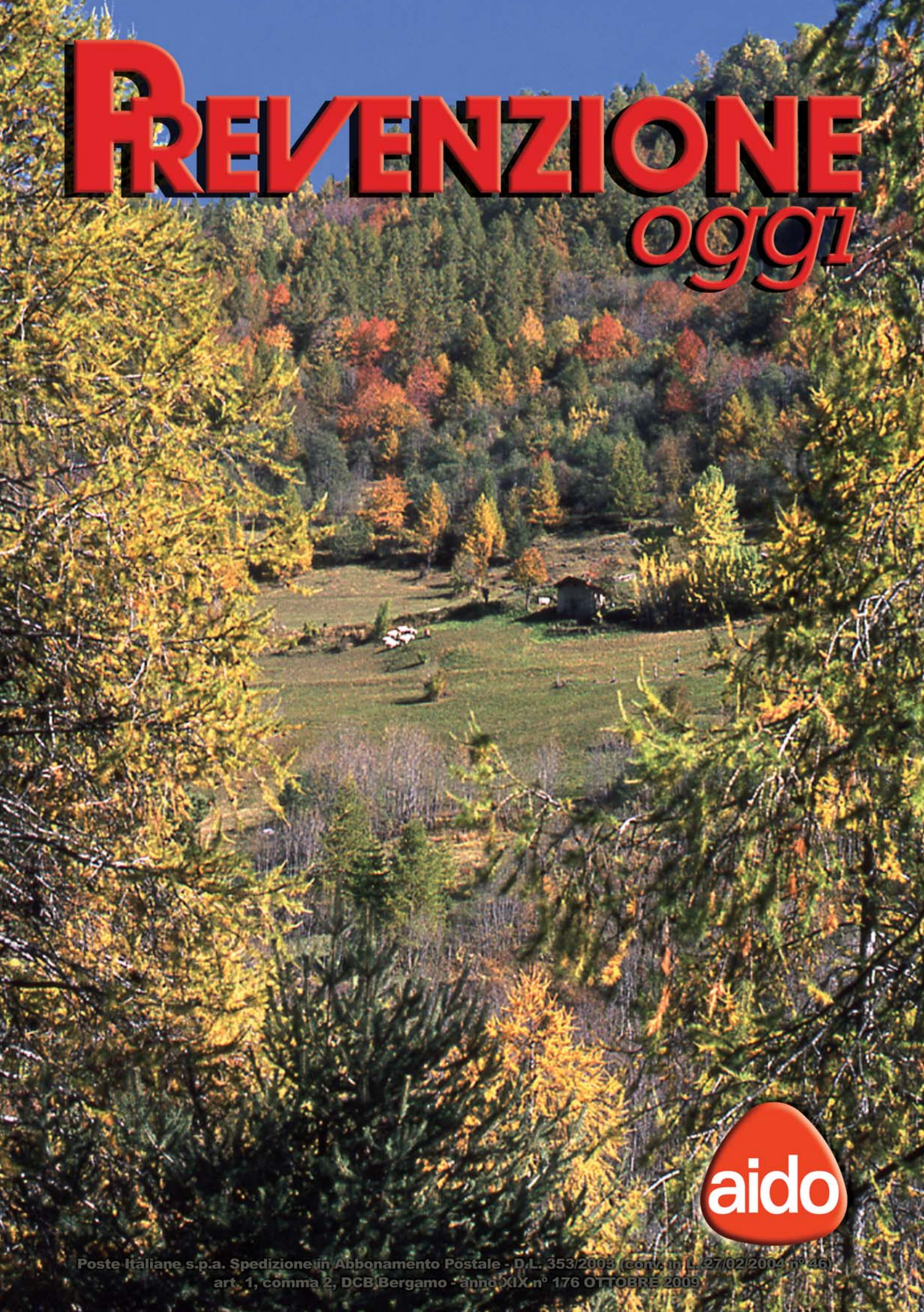
PREVENZIONE oggi



aido

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 XIX n° 176 OTTOBRE 2009

Sommario

pagina 2 — San Gerardo di Monza: l'ospedale di eccellenza che l'Europa ci invidia

pagina 13 — Il Presidente Vincenzo Passarelli a Bergamo «Nell'Aido dobbiamo lavorare come squadra»

pagina 19 — Dr. House: la realtà può offrire di meglio

pagina 23 — La nuova sindrome influenzale

pagina 26 — Rafforzare le difese

pagina 30 — Precisazioni La morte cerebrale e la donazione di organi

pagina 35 — Giornata Nazionale Aido

pagina 36 — Un bilancio a dieci anni dal varo della legge 91/99

Spazio ai lettori

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 XIX n. 176 - ottobre 2009

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
€ 35,00	€ 50,00	€ 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 ad omaggiare un'altra persona previa segnalazione all'atto della sottoscrizione.

Stampa
CPZ - Costa di Mezzate BG

Finito di stampare: seconda decade di novembre

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

Con il San Gerardo di Monza visti gli ospedali più grandi Offerta un'approfondita analisi della sanità lombarda

Siamo tornati al San Gerardo di Monza per concludere il giro degli ospedali di valenza provinciale se non addirittura regionale. Ne siamo usciti ancora una volta con un'ottima impressione. Abbiamo trovato una situazione da primo livello in Europa, in particolare - ma non solo - per l'organizzazione, per la dotazione di reparti specialistici e per l'impegno profuso nell'ambito della donazione di organi, dal prelievo al trapianto.

Con questa tappa possiamo dire di aver completato un "tour" conoscitivo di non poco conto, durato alcuni anni, che ci ha permesso di offrire ai lettori uno spaccato della sanità lombarda, attraverso la fotografia delle strutture ospedaliere. Ne possiamo trarre, complessivamente, una valutazione davvero molto positiva, a conferma di quanto le statistiche e il mondo medico affermano della nostra sanità: siamo ai primissimi posti al mondo. Se questo ci rende da una parte orgogliosi della nostra Regione e della nostra comunità, dall'altra parte ci interpella come persone del volontariato affinché non si affievolisca mai la capacità di stimolare, sostenere, diffondere con professionalità e accuratezza, una vera cultura della donazione. Una donazione che, partendo appunto dal gesto del dono, della gratuità, dell'essere fratelli e sorelle per i fratelli e le sorelle sofferenti, si spinga fino a sostenere le giuste scelte politiche, sanitarie e sociali. Ci sentiamo responsabili della grave sofferenza che ancora tormenta sia le persone in lista d'attesa per il trapianto sia i loro famigliari. Soprattutto non possiamo dimenticare che solo un anno fa eravamo in grave allarme per la caduta delle donazioni sul territorio della Regione Lombardia. Una tendenza che per fortuna sembra decisamente invertita ma che non possiamo rischiare che si ripeta. Dobbiamo anzi fare tutto il possibile, sostenuti da una fede incrollabile nella sensibilità delle persone delle nostre comunità, affinché non un organo che potrebbe essere trapiantato possa andare perduto. In quel caso ci sentiremmo quasi colpevoli di non aver salvato una vita che poteva e doveva essere salvata.

Altri articoli della rivista in questo mese di ottobre riguardano l'intervista al nostro presidente nazionale, dott. Vincenzo Passarelli, a Bergamo per un incontro nell'ambito di Bergamo Scienza e ricevuto tra gli altri, per un fugace saluto al sindaco Franco Tentorio (iscritto all'Aido da molti anni). Un'intervista gradevole, che si legge d'un fiato, ma con la quale è possibile leggere lo stato dell'arte dell'associazione a Bergamo, in Lombardia e in Italia. Il presidente Passarelli infatti ha il dono - e i lettori lo verificheranno - di riuscire a dipingere con poche pennellate d'autore il quadro della situazione alla vigilia del Natale 2009.

Un altro articolo - ma non è l'unico di questo numero - per il quale raccomando la lettura è quello firmato dal nostro prezioso dott. Gaetano Bianchi. È una riflessione sul tema della nuova influenza che tanto fa parlare (anche a sproposito) ma che va affrontata con serenità e con un briciolo di competenza. Proprio come ci suggerisce il bravissimo dott. Bianchi.

Leonida Pozzi

In copertina

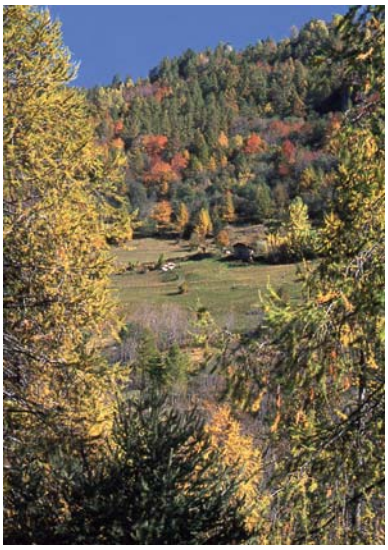
In copertina:

«NEL RESPIRO DELL'AUTUNNO»©

foto di
Giuseppe Pellegrini - Mantova

"Avvolto nell'incanto
dell'imminente freddo,
si staglia l'ultimo prato,
ancora verde della passata estate.
Tutt'intorno, gli abeti ed i profumi
degli aghi di cembro.
Ma l'autunno avanza
con il suo respiro
di foglie rosse".

commento alla foto di
Antonella Marradi - Mantova



L'

"L'*Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza* - è la presentazione che si trova accedendo al sito internet - *ha alle spalle otto secoli di tradizione di cura e assistenza. Oggi, considerata di rilievo nazionale e ad alta specializzazione, conta circa 3.100 dipendenti (fra medici, infermieri, personale tecnico e amministrativo) e ha un bilancio di di circa 300 milioni di euro. L'Azienda Ospedaliera San Gerardo vive in simbiosi con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Milano Bicocca, con un corso di laurea specialistica a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e, fra l'altro, due corsi analoghi in Biotecnologie Mediche e*

San Gerardo di Monza: l'ospedale di eccellenza che l'Europa ci invidia

Scienze Infermieristiche e Ostetriche. L'Azienda è impegnata sempre più a diventare (più di quanto lo sia già oggi) un punto di riferimento di specializzazione avanzata in Italia e in Europa e a moltiplicare le sue eccellenze (fra le altre , ematologia pediatrica, lo studio e la cura per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, l'attività di trapianto delle cornee e di midollo osseo, la chirurgia dell'intestino e vitro-retinica, il trattamento dei tumori ginecologici, la medicina radiodiagnostica) . La sua organizzazione è articolata in 12 dipartimenti sanitari,a cui fanno capo 60 unità operative , diverse decine di strutture ambulatoriali, di laboratorio analisi, unità diagnostiche e riabilitative. Da segnalare sono la Banca degli Occhi, dotata di sofi-

sticati strumenti tecnologici per la conservazione delle cornee destinate al trapianto e il Laboratorio di Terapia Cellulare e Genica "Stefano Verri", destinato alla manipolazione cellulare a scopo clinico e allo sviluppo di terapie innovative".

Dal sito dell'ospedale la foto di un sorridente direttore generale dott. Giuseppe Spata ci invita a "visitare" un'Azienda ospedaliera di cui va personalmente - e a ragion veduta - molto fiero. L'équipe di "Prevenzione oggi" ha già avuto modo di illustrare alcuni settori di assoluta eccellenza (ad esempio l'Oculistica con l'intervista al dott. Arpa). È tornata a Monza - accompagnata dal presidente della locale Sezione Aido, Lucio D'Atri, per un'intervista un po' più ampia sul tema della donazione e del trapianto d'organi, incontrando il direttore generale e altri medici impegnati nello specifico campo. Come sempre, l'intervista viene introdotta dalle domande del direttore editoriale.

Pozzi: Siamo a Monza, ospedale di eccellenza internazionale. Ci piacerebbe conoscere come è organizzato il settore deputato al prelievo degli organi. Penso che in futuro, con l'importanza di questa città in regione Lombardia affronterà anche il tema del trapianto, ma per ora rimaniamo sui prelievi.

Fumagalli: Sono responsabile del primo servizio di anestesia e rianimazione. Al San Gerardo ci sono tre rianimazioni e il capo del dipartimento è il prof. Pesenti. Siamo ben strutturati, con una bella condivisione di risorse sia strutturali che umane all'interno del dipartimento. Per ciò che riguarda la donazione di organi abbiamo per competenza e per caratteristiche deputato una delle unità presenti nel Dipartimento a questo scopo specifico. Quindi qualunque tipo di problematica connessa alla donazione d'organo ha come referente il dott. Citerio, responsabile del settore di Anestesia e Terapia intensiva neurochirurgia ed è anche il coordinatore dell'area Brianza per quanto riguarda l'atttività di prelievo.

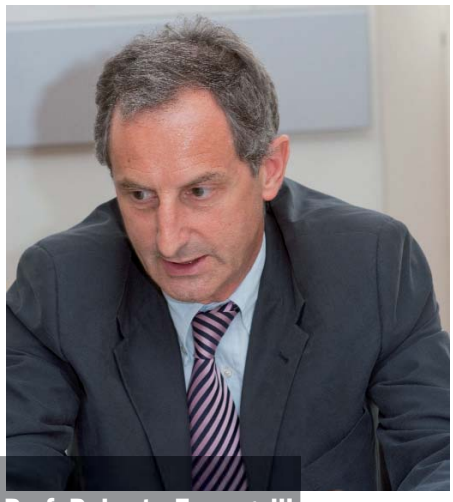
Citerio: Monza ha iniziato l'attività di prelievi già nel 1994-95 e ha sempre

Dott. Giuseppe Spata
Direttore Generale A.O. San Gerardo, Monza

visto questa come un'attività importante. Da allora tutte le procedure quali l'attivazione della Commissione, la proposta ai parenti, i colloqui e l'eventuale prelievo sono sempre state attività routinarie delle nostre Rianimazioni. Non è una cosa casuale nata oggi o che stiamo inventando negli ultimi anni. Quest'attività si è modificata con la strutturazione di tre Rianimazioni: una generale, una neuro e una cardio. L'attività di prelievo si è concentrata ovviamente sulla Neurorianimazione. anche se alcune "osservazioni" vengono fatte anche fuori da questo reparto. Riassumendo posso dire che quella del prelievo è un'attività strutturata, già costruita nel tempo, che si sta consolidando. Il numero di posti letto della Rianimazione è in crescita; attualmente sono 5, ma l'ambito delle Terapie intensive è di 24 letti. Come ha notato l'Aido monzese, negli ultimi anni dopo il 2003-2004, quando abbiamo aperto il reparto ci siamo attestati su dei numeri stabili di potenziali donatori: tra i 18 e i 22 per i quali viene attivato il processo di osservazione. Per quest'anno, la prospettiva è di sostanziale conferma dei numeri precedenti. Se guardiamo il report Nitp abbiamo una procedura di attivazione del processo estremamente elevata rispetto ad altre realtà. Siamo quasi al 100 per 100 dei potenziali donatori.
Abbiamo avuto un aumento delle opposizioni nel primo semestre dell'anno scorso, che si è ridotto nella seconda parte dell'anno e avevamo già avuto modo di illustrare alla Sezione provinciale dell'Aido che non è cambiata l'équipe, non sono cambiate le metodiche di colloquio, non è cambiato nulla di strutturale né di persone coinvolte nel processo. Oggi si può dire che stiamo tornando su standard più positivi. Intanto stiamo sviluppando a livello locale un corso di formazione a distanza per i medici dell'area intensiva: dalla carenza di organi, al processo, alle attività legislative, alle possibilità di mantenimento. Riassumendo credo sia evidente che dal niente di circa 15 anni fa ad oggi sono stati fatti notevoli progressi. Posso dire che Monza ci crede; i colleghi ci credono. Il prelievo è diventato parte del processo di trattamento del paziente e non è una cosa sporadica. I colleghi medici vedono questo impegno come un dovere istituzionale.
Fumagalli: Da questo punto di vista l'implementazione dei posti letto di terapia intensiva e anche la futura attivazione di ulteriori due posti letto nella Terapia intensiva neurochirurgica fa sì che diventi un bacino di raccolta di pazienti con una capienza notevole. Poco tempo fa c'erano otto posti letto. C'è stato questo grande investimento sulla Terapia intensiva e sicuramente questo favorisce la possibilità di ricoverare i pazienti. Altro aspetto importante è la disponibilità di strumentazione utile, come per esempio l'elettroencefalografia, che è utilizzata sia nella valutazione dell'ipotesi di donazione, sia in patologie specifiche che possono però portare alla do-

** Nato a Monza 8/9/1955*
** 1975 "Diploma di maturità Classica"*
(Liceo B. Zucchi - Monza - MI)
** 1979 "Allievo interno - Istituto di Medicina Interna dell'Università di Milano (Prof. G. Folli)"*
Studia l'approccio semeiologico e clinico dei pazienti
** 1981 "Laurea in Medicina e Chirurgia ".*
Discute una tesi sperimentale dal titolo "Trattamento dell'ARDS con ventilazione con pressione positiva a bassa frequenza e rimozione di CO2 in extracorporea: esperienza clinica". 110/110 e lode
Università degli Studi di Milano
** 1981-1982 "Visiting Fellow"*
National Institute of Heart, Lung and Blood Institutes di Bethesda, Maryland, presso Laboratory of Technical Development (Dott. T.Kolobow).
** 1982 "Assistente Ospedaliero"*
Rianimazione Ospedale Policlinico di Milano
** 1983 "Diploma di specialità in Anestesia e Rianimazione" Discussione della tesi "Successo nel trattamento di insufficienza respiratoria di agnelli prematuri trattati con circolazione extracorporea".*
Università degli Studi di Milano
** 1984 "Docente della Scuola di Specialità di Anestesiologia e Rianimazione"*
Università degli Studi di Milano (Prof. G. Damia)
** 1988 "Aiuto corresponsabile" Terapia Intensiva Ospedale S. Gerardo di Monza (Prof. L. Gattinoni)*
** 1989 "Diploma di Specializzazione in Cardiologia"*
Discussione Tesi "Causa di ipossia nell'infarto miocardico acuto".
Università degli Studi di Milano
** 1990 "Diploma della European Society of Intensive Care Medicine*
European Society Bruxelles
** 1998 Titolare di Modulo strutturale*
"Diagnosi e Terapia dell'insufficienza respiratoria acuta"
Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza (MI)
** 1999 "Responsabile Organizzativo"*
Reparto di Anestesia e Rianimazione Cardiochirugica - Ospedale S. Gerardo di Monza (MI)
** 2000 Incarico di Dirigente Medico Responsabile di Struttura Complessa*
U.O. Anestesia e Rianimazione 3^ - Terapia Intensiva Pediatrica
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo
** 2001 Idoneità al Corso di Dirigenti di Struttura Complessa - Scuola di Direzione in Sanità*
IREF Milano
** 2001 Responsabile del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione (comprendente le U.O. I^ - II^ e III^) degli Ospedali riuniti di Bergamo*
** 2002 Dall'ottobre Professore Associato in Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studio di Milano Bicocca*
** 2003-2006 Membro del Comitato Esecutivo della Società Europea di Terapia Intensiva*

Dall'Aprile 2006 Direttore dell'Unità Complessa di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Gerardo di Monza
** Gennaio 2006 Attività clinica presso l'Ospedale Foothills di Calgary Alberta - Canada*
** È Autore di più di 170 lavori scientifici pubblicati su riviste nazionali ed internazionali*
** È stato correlatore di 26 tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia*
** È stato Docente per il Corso Universitario di Anestesia e Rianimazione (Prof. L. Gattinoni)*
** È stato Docente per le lezioni pratiche del Corso Universitario d'Emergenza (Prof. A. Pesenti)*
** Titolare del Corso elettivo " Le infezioni gravi"*
** Titolare del Corso elettivo " Anestesia e Rianimazione pediatrica"*
** Ha partecipato in qualità di relatore a 160 Congressi nazionali ed internazionali*
** Membro del Comitato scientifico dello SMART (Simposio Mostra di Anestesia e Terapia Intensiva)*
** Membro dell'Editorial board di Internatial Journal of Artificial Organs*
** Reviewer per: European Respiratory Journal, American Review Respiratory and Critical Care Medicine, Intensive Care Medicine, Critical Care, Minerva Anestesiologica.*



Prof. Roberto Fumagalli
Direttore dell'Unità Complessa di Anestesia e Rianimazione

nazione, è utilizzabile 24 ore al giorno. Cosa che non è frequente in altre strutture lombarde.

Pozzi: Con la recente acquisizione, da parte di Monza, dello status di Provincia si consolida la vostra condizione di coordinamento di area, quindi avete tutti gli ospedali periferici che afferiscono al vostro. A voi quindi fanno riferimento alcuni ospedali, anche importanti, della zona… Avevo notato che eravate arrivati recentemente ad un numero di prelievo piuttosto significativo, poi c'è stato un calo.

Citerio: Eravamo arrivati a 22 prelievi tre anni fa, poi c'è stato un calo per una serie di ragioni, non tutte negative. Per esempio per il fatto che si è ridotta la patologia traumatica e che ci sono meno pazienti giovani. Bisogna poi considerare che stiamo ormai da qualche anno lavorando su pazienti che possiamo definire "più marginali". Si tratta di persone anziane, oltre i 70 e anche gli 80 anni. Stiamo quindi ragionando di una popolazione di pazienti molto diversa dal 1994 quando abbiamo iniziato questa attività. Allora avevamo praticamente solo giovani, traumatizzati. Adesso si è ribaltata la percentuale, con una presenza di patologie che determinano l'utilizzo di organi in condizioni di maggiore sofferenza. Abbiamo quasi il doppio dell'età di un po' di anni fa e abbiamo delle malattie preesistenti molto più importanti. Noi ovviamente contattiamo il Nitp, verifichiamo la compatibilità, attiviamo in tempi rapidi tutti gli esami necessari, ma le cose sono cambiate. Il donatore di cuore, per esempio, adesso è più difficile da trovare nelle nostre Rianimazioni rispetto a dieci anni fa. Quindi anche se numericamente non cambia molto in realtà se guardiamo i dati abbiamo un numero di donatori costante con patologie coesistenti più gravi.

Fumagalli: Penso che questo fenomeno debba essere analizzato non tanto come numero crudo, ma che siano utilizzati tutti i potenziali donatori. Se ci sono variazioni dovute alla patologia va bene. Meno gente si fa male, meno traumi arrivano, meglio è. Il nostro dovere è verificare costantemente che non ci sia un problema organizzativo che ci fa perdere un processo di accertamento. Da questo punto di vista mi sento di dire che c'è un'attenzione particolare.

Citerio: Consideri che abbiamo lo zero per cento di arresti cardiaci durante l'osservazione negli ultimi duetre anni. In altre realtà si arriva anche al 30-40 per cento durante la fase di osservazione. Noi facciamo partire il processo di osservazione sempre; lo portiamo alla fine quasi sempre (anche se si potrebbe dire sempre, ma è bene essere prudenti). Quindi il numero finale degli organi prelevati dipende da altre variabili, non dalla nostra attenzione.

Pozzi: Questo, come Associazione, ci fa molto piacere perché tutti sappiamo che ci sono realtà dove questo non avviene e dove se l'età del paziente è un po' alta non si attivano i procedimenti per il prelievo. E dove, soprattutto, c'è

meno entusiasmo nei medici perché non adeguatamente sostenuti. Per questo ci complimentiamo con voi.

Fumagalli: Il fatto di avere un gruppo particolarmente dedicato ai prelievi e che questo gruppo sia molto attento fa sì che si siano acquisite esperienza e capacità tecnica superiori alla norma. Questo per il semplice fatto che per i medici è importante poter esercitare determinate pratiche con una certa continuità, altrimenti si trovano in difficoltà. A Monza le Terapie intensive sanno che in determinate situazioni c'è un gruppo di medici che sa come assumersi l'incarico e sa come gestirlo.

Citerio: Il coordinamento locale in casa significa che quando faccio il giro alla mattina posso sapere chi potrà diventare donatore domani. E così non lo perdo. I malati li gestiamo dall'inizio alla fine; con i parenti parliamo dall'inizio alla fine e questo aiuta molto. Voglio sottolineare che la nostra équipe si occupa di prelievo e trapianto con la passione e la dedizione che dedica a tutte le altre attività. Fa parte del nostro essere medici.

Pozzi: Ci complimentiamo con lei e ci complimentiamo con il direttore generale perché ovviamente questa è una realtà molto ben organizzata e preziosa per il mondo del trapianto d'organi. Noi ora stiamo facendo pressione in Assessorato regionale perché sentiamo la necessità di un centro di riferimento regionale, che operi in modo specifico sulla Lombardia. Le esperienze del Veneto e della Liguria, che hanno percentuali di prelievo superiori a quelle della Spagna ci fanno pensare che questo potrebbe e dovrebbe avvenire anche in Lombardia. Qui dove c'è l'eccellenza della chirurgia dei trapianti, dove c'è il meglio della ricerca e della medicina pre e post-trapianto, siamo a livelli troppo bassi di donazioni. Il Centro di riferimento regionale avrebbe più possibilità di monitorare le situazioni regionali zona per zona, provincia per provincia, comune per comune, ospedale per ospedale.

Dott. Tommaso Saporito
Dirigente sanitario

Citerio: Io sono ufficialmente il coordinatore locale solo dall'anno scorso, ma già lo facevo prima per passione, senza incarico specifico. Con la Regione, come neocoordinatore abbiamo parlato in più occasioni di questo tema e le posso dire che in molti vedono la soluzione del Centro regionale come una possibilità fondamentale. Oltre tutto si uscirebbe da una forma di dicotomia per la quale il coordinatore a volte non sa se risponde più al Nitp o più alla Regione. È ben vero che la Regione sottolinea che il Nitp è un organismo tecnico che alloca gli organi ma non è tenuto ad entrare nei processi gestionali. Il coordinamento di questa funzione degli ospedali grossi o piccoli che siano, tocca alla Regione.

Pozzi: L'Aido fa parte della Commissione della Regione. Però nelle due figure come è stato il prof. Pellegrini e il dott. Perseghin, non si poteva identificare quello che c'è in Veneto o che c'è in Toscana, dove c'è un Centro di riferimento regionale. Se il dott. Citerio ha dei problemi deve potersi rivolgere al Centro di riferimento regionale. Tornando a questo ospedale, chiedo, le Rianimazioni che non sono Neurorianimazioni segnalano potenziali donatori? E in quale percentuale?

Citerio: Va premesso che l'organizzazione dell'ospedale di Monza permette anche lo spostamento di un eventuale candidato alla donazione da una delle altre Rianimazioni a quella di Neurorianimazione. Però posso dire che in genere una o due all'anno vengono fatte anche fuori dalla Neurorianimazione. Un caso abbastanza recente ha riguardato un ragazzino di 14 anni che era andato in arresto cardiaco a casa per un sanguinamento intracranico che era stato messo in

Dott. Giuseppe Citerio
Responsabile U.O. Terapia intensiva neurochirurgica

circolazione extracorporea al Pronto soccorso in tempi brevissimi. È stato poi portato in Cardiorianimazione e da quel reparto sono stato subito coinvolto. Quindi sono stato messo in condizione di intervenire, cosa che non avviene, purtroppo, in genere, negli altri ospedali, dove ogni reparto vive di vita propria. Qui io ero stato investito del problema prima ancora che il ragazzino fosse sottoposto a Tac. Quindi ho potuto parlare con i parenti, spiegando tutte le procedure che erano state attivate per salvare la vita

al giovane e insieme abbiamo deciso di arrivare alla mattina dopo in circolazione extracorporea. Dopo di che, visto purtroppo inutile ogni tentativo di salvare il ragazzo, abbiamo ottenuto dai parenti il consenso al prelievo, in un clima di fiducia pieno e totale. Penso che non molti ospedali, non solo della Lombardia, ma in Europa, avrebbero messo il ragazzo in circolazione extracorporea. Poi è stato portato in Cardiorianimazione per il gravissimo problema cardiaco dove abbiamo preferito gestirlo anziché poter attivare, divenuto non salvabile, poi il prelievo del fegato che è stato sottoposto a split lever per un trapianto di fegato pediatrico. In buona sostanza, tutto questo per dimostrare che a Monza si è arrivati alla donazione di un caso che in molte altre parti non avrebbe superato il Pronto soccorso. Si tratta di una positiva integrazione di servizi, come diceva il dott. Fumagalli prima, che dà risultati molto importanti.

Fumagalli: Infatti è stato fondamentale che la famiglia vedesse un ospedale tutto orientato alla cura di questo paziente. Hanno visto che davvero si è fatto di tutto. A questo punto i parenti hanno avuto fiducia.

Pozzi: È difficile trovare questa collaborazione tra reparti diversi. Merito quindi anche della Direzione generale. Questo dimostra che anche gli ospedali periferici che non hanno la Neurorianimazione qualche prelievo all'anno lo possono garantire.

Citerio: La stessa sinergia si verifica nel reparto di Neurologia dove si curano le ischemie cerebrali. Uno o due donatori l'anno provengono da lì.

Pozzi: Una scelta della Regione che non condivido riguarda l'assegnazione del "budget" delle segnalazioni. Mi sbaglierò, ma non credo che sia corretto che la Regione indichi il numero di donatori al quale un ospedale deve arrivare. Questo è un tema delicato che può avere bruttissimi effetti sulla gente.

Spata: Sono d'accordo e credo che l'Aido debba vigilare su queste tematiche. Qui non stiamo parlando di professionalità o di quanto impegno uno metta per migliorare la propria attività. Il numero delle donazioni dipende da tante variabili, ma non può essere calcolato a priori come un obiettivo qualsiasi. L'obiettivo principale dell'ospedale è quello di salvare le persone. Solo dopo che si è fatto anche l'impossibile entra in campo l'attività di prelievo. Ma chi è in grado ad inizio anno di fissare questi numeri? Non è

una cosa seria. Se in Regione risulta che c'è un ospedale che non si impegna a sufficienza, che non fa squadra, che non arriva ai risultati perché perde delle occasioni, allora la sollecitazione va fatta su questo ospedale. Così come la dottoressa Tridico, al termine di un incontro di verifica, si è complimentata con me e con l'ospedale San Gerardo per quanto viene fatto e per la qualità di quello che viene fatto, allo stesso modo bisogna richiamare all'ordine chi invece non fa tutto quello che è chiamato a fare.

Pozzi: Sono d'accordo con lei su tutta la linea. E rimanendo in tema di "fare tutto il possibile", è pensabile che si possano avere più segnalazioni per aumentare di nuovo il numero delle donazioni?

Citerio: Ci stiamo lavorando. Con la Regione e con il Centro nazionale trapianti stiamo costruendo un sistema di monitoraggio delle Rianimazioni lombarde in modo da non perdere le segnalazioni. Cosa che attualmente purtroppo, ogni tanto, avveniva. Esistono sistemi di controllo, già attivi in Nord Europa e, per quel che ne so, in Emilia Romagna, per cui ad ogni segnalazione di decesso si verifica se si tratti di morte encefalica. Nel caso si va a vedere se è partita la segnalazione e perché eventualmente non sia partita. Questo permetterà alla Regione di monitorare quotidianamente gli eventi e avere il polso, ospedale per ospedale, di quello che avviene in Lombardia.

Pozzi: Alla luce anche di questa situazione, l'attività del San Gerardo si pone davvero a livelli di assoluta eccellenza.

Spata: Io la ringrazio di questa considerazione, che ovviamente mi onora e mi fa piacere, ma che riverso tutta sui miei collaboratori. Io non credo che esista in Italia e forse nemmeno in Europa una realtà ospedaliera dove in pochi anni sono stati creati sette-otto nuovi posti di Rianimazione. Se consideriamo che molto spesso le Rianimazioni sono tre più uno, o quattro più uno. Eccezionalmente sono cinque più uno. Avere aggiunto sette-otto posti, in un anno, credo sia un evento di assoluto rilievo. Da qui si parte poi per rendere possibile tutto il resto: l'organizzazione medica, le équipe dei prelievi e dei trapianti, e via dicendo. Ma se non ci sono i posti di Rianimazione è assolutamente impossibile avere risulti nel campo delle donazioni. Quello che accade in questo ospedale, e accade qui perché se lo può permettere, è che una donna di 80

anni che in altri ospedali a parità di condizioni, sarebbe ospitata in reparto, oggi da noi può contare sulla Rianimazione. D'altra parte se i posti di Rianimazione sono pochi e sempre saturati, è difficile che ci sia spazio per le situazioni meno acute. Sto parlando di casi concreti. Qualche tempo fa qui al San Gerardo di Monza è stata salvata una signora anziana proprio perché è stato possibile accoglierla in Rianimazione. Potrei citare un altro caso che poi è passato al Pio Albergo Trivulzio per la riabilitazione. Se non avessimo avuto il beneficio della Rianimazione sarebbe morta. Questo pone il San Gerardo in una posizione di altissimo profilo sanitario.

Fumagalli: La possibilità di avere posti letto anche per pazienti chirurgici che nella fase iniziale sono particolarmente delicati e che siano seguiti nelle prime 12 o 24 ore in Rianimazione consente un decorso più facilitato. Il tutto è finalizzato ad una cura il più possibile attenta.

Spata: Non va trascurato che abbiamo un sub intensiva cardiovascolare e abbiamo attivato quest'anno quattro letti di subintensiva in pneumologia. Ciò significa liberare dalla Rianimazione alcuni pazienti. Abbiamo aperto un reparto di Malattie infettive che secondo me in questo momento è fra i più organizzati in Europa. E anche questo significa che possiamo trasferire prima pazienti che altrimenti avrebbero dovuto stare in Rianimazione. E quindi si aprono maggiori possibilità di intervento, non solo perché si aggiungono professionalità di alto livello, ma anche di togliere dalla Rianimazione pazienti che possono lasciare il posto ad altri.

Pozzi: Questo incontro mi apre il cuore perché vedo quanto si sta facendo per il miglioramento del dato di donazione degli organi e perché constato che davvero questo ospedale è di esempio per l'Italia.

Spata: La ringrazio. A me fa piacere ricordare che sono sempre stato a fianco dell'Aido. Quando ero a Corsico, negli anni 1985, ho dato il mio contributo al consolidamento e allo sviluppo dell'Associazione in quella città che aveva già circa 45 mila abitanti. Se considera lo sviluppo conseguito da allora, vede che sono passi da gigante. Aggiungo: mai essere appagati, ma saper guardare la realtà delle cose serve proprio a migliorare continuamente perché si conosce meglio il terreno su cui si sta lavorando.

Pozzi: Concordo con lei, e mi fa piacere ricordare che stiamo lavorando per abbattere la lista d'attesa di quasi diecimila persone che aspettano un trapianto per tornare a vivere; sono le oltre 6 mila che sopravvivono grazie alla dialisi, una terapia che aiuta a continuare a vivere, ma che lega in una forma di schiavitù davvero dolorosa le persone ammalate. Parto da qui per dire che dobbiamo lottare per consentire a queste persone di essere libere di vivere la loro vita. Non possiamo dimenticare che ci sono persone che muoiono dopo anni e anni di dialisi. Poi ricordo che se consideriamo anche i costi; se valutiamo cosa costa un trapianto e cosa costa la dialisi, vediamo che al dato umano si aggiunge quello economico: un dato clamoroso che ci interroga e ci spinge ad agire per far crescere il numero delle donazioni.

Saporito: È stato detto praticamente tutto rispetto all'ospedale di Monza. Posso solo aggiungere un dato riferito all'attività di trapianto che nel passato ho avuto un infermiere che è stato trapiantato e ho vissuto accanto a lui l'esperienza prima della ricerca del donatore dal punto di vista della lista d'attesa; successivamente ho vissuto il suo reinserimento nel mondo del lavoro. Devo dire che forse quella è stata la migliore propaganda. Credo che vivere a fianco di un trapiantato anche nel momento lavorativo possa essere un'esperienza umana molto positiva.

Testi a cura di
Leonio Callioni
Ha collaborato
Leonida Pozzi
Servizio Fotografico
Paolo Seminati

Il Presidente Vincenzo Passarelli a Bergamo

«Nell'Aido dobbiamo lavorare come squadra»

Di passaggio a Bergamo, città che ama e ammira per le bellezze artistiche oltre che per essere stata la culla dell'Aido, nata nel quartiere Monterosso come Donatori Organi Bergamo nel 1971, il presidente nazionale dell'Aido, Vincenzo Passarelli, dopo essere stato ricevuto per un saluto informale dal sindaco della città, Franco Tentorio, si è intrattenuto in una interessante chiacchierata con l'équipe di Prevenzione Oggi, capitanata come sempre dal direttore editoriale Leonida Pozzi. E Pozzi inizia l'intervista.

Pozzi: Caro presidente, innanzi tutto benvenuto a Bergamo. Qual è il motivo della tua presenza qui?
Passarelli: Davvero è sempre un piacere per me tornare in questa città. Ormai erano due anni che non tornavo. Questa sera (era il 7 ottobre: N.d.R.) c'è un'iniziativa molto bella nell'ambito di BergamoScienza: una iniziativa scientifica che cerca però di avvicinare la gente al mondo specialistico con un linguaggio accessibile. Per me è ancora più piacevole perché lavorando nel mondo scientifico ho come l'impressione a volte di essere "lontano" dalle persone. Questa serata è stata voluta in particolare dal coordinatore provinciale per i prelievi e i trapianti dott. Mariangelo Cossolini, che tanto bene sta facendo in provincia di Bergamo. Con lui so che lavorate con grande impegno su tutte le tematiche della donazione e del trapianto, con specifici approfondimenti sulla sensibilizzazione dei ragazzi. In questi giorni c'è proprio una mostra sul tema donazione e trapianto dedicata a loro e in quest'ambito c'è un incontro con la gente per un confronto pacato e sereno. Non è la solita conferenza scientifica, ma un vero e proprio incontro con la gente. Ci servirà anche per ascoltare non solo per parlare. Io sono

chiamato a parlare dell'Aido proprio nella città che ne ha visto la nascita, come Dob. Bergamo è una città all'avanguardia anche per il modello organizzativo che propone. Molte volte dimentichiamo che l'Aido, nata per fare informazione, è stata capace di proporre poi un modello di rete nazionale sui trapianti. Tutto il lavoro fatto con le Regioni, stimolando le istituzioni, le Aziende sanitarie era finalizzato a creare una "rete nazionale". Questo per difendere il diritto del cittadino ad essere curato con la terapia del trapianto. Quindi possiamo dire che l'Aido è nata per tante cose. Nel corso degli anni siamo maturati insieme con quello che la nazione si aspettava da noi. Tanto è vero che oggi esprimiamo la volontà di partecipare alla promozione della qualità e della sicurezza nei trapianti. Tant'è che siamo partner all'interno della Società italiana sulla qualità e sicurezza dei trapianti d'organo. Il convegno si terrà a novembre, a Firenze. Anche questo è uno dei tanti problemi di cui si fa carico la nostra Associazione.

Pozzi: Non solo divulgazione della cultura della donazione ma parte attiva nello stimolo, nella condivisione dell'organizzazione e nella programmazione. Facciamo il punto della situazione Aido sul finire del 2009, alla luce anche di quello che vedevi a Bergamo, in Città Alta, negli anni '70.

Passarelli: A mio parere possiamo parlare di bilancio positivo perché negli anni siamo un po' tutti maturati. Ricordo l'inizio degli anni '80 e l'impatto che ebbi con la territorialità. Allora le grosse realtà erano la Lombardia, il Veneto e il Piemonte. Da qui partiva l'indirizzo all'Associazione. Io non riuscivo a capire alcuni scontri che si verificavano su questo aspetto della territorialità.

Negli anni c'è stato uno sforzo e la conseguente crescita di tutti. Si è lavorato sulla formazione. Il grande salto di qualità è avvenuto quando sono stati costituiti i Consigli regionali che nella loro autonomia hanno iniziato a lavorare con le istituzioni, con gli ospedali, fra la gente. Questa scelta ha permesso di superare le problematiche più spicciole e ha favorito la concentrazione sui temi fondamentali. Faccio l'esempio della Toscana, dove siamo relativamente pochi come numero di iscritti, ma fortemente impegnati a condizionare la politica regionale a realizzare una rete regionale. Queste cose, così come quello che facevano altri Consigli regionali, sono poi state condivise dentro l'Associazione, diventando patrimonio di tutti. Così si è cominciato a parlare di formazione, di programmazione, e via dicendo. Si è iniziato quel percorso virtuoso del quale ricordo che tu sei stato uno dei più attivi sostenitori, della cura del "materiale della comunicazione". Ognuno, prima, faceva e scriveva quello che voleva, con risultati non certo brillanti. Quando io portai quello che era stato fatto con il contributo della Regione Toscana e che fu validato da te e dagli altri, abbiamo cominciato a parlare un linguaggio comune su tutto il territorio. Purtroppo esiste ancora qualche forma di personalismo a livello localistico. Non abbiamo forse il polso della situazione a livello locale. Negli ultimi due anni, grazie all'organizzazione che ci siamo dati a livello nazionale, ci ha dato la possibilità di essere partecipi in molte occasioni di incontrare le realtà locali. Così abbiamo potuto constatare che ci sono realtà che lavorano molto bene, in gruppo; ci sono realtà che fanno poco o nulla; e ci sono realtà dove l'eccesso di influenza o di "potere" di certi presidenti sta bloccando l'evoluzione dell'Associazione. E non si parla solo di anni di "governo", ma soprattutto di "mente aperta". C'è chi serve l'Associazione da decenni e, pur rimanendo al centro dell'attività provinciale, ha coinvolto e fatto partecipare gli altri. E c'è chi invece tende ad arroccarsi attorniandosi da portaordini. Il che non è un bene. Questo ci crea problemi anche con le istituzioni che portano a situazioni antipatiche. Ricordo che quando è stata varata la legge 91/'99, chi aveva già un buon rapporto di collaborazione

Da sinistra: Leonida Pozzi, Vincenzo Passarelli, Franco Tentorio nel corso del breve saluto a Palazzo Frizzoni

paritario - non c'era il coordinatore della donazione ma si trattava con il direttore sanitario o i chirurghi, i rianimatori, ecc. - non ha avuto problemi. In molte realtà la figura del coordinatore della donazione ha creato un disorientamento. Questo vuol dire che l'Associazione non era gestita bene. Qualcuno si sentiva espropriato, quando addirittura lo spirito della legge in qualche modo l'avevamo indicato noi. Mi riferisco in particolare all'art. 2 che ci chiama alla collaborazione in modo specifico. Pensa che ancora oggi da qualche parte il coordinatore non è ben visto. Pensa anche solo alle scuole, dove il coordinamento è fondamentale. Eppure c'è gente che ha nostalgia della famosa lettera del ministero.

Riva: C'è la necessità di far capire che se non si è squadra, oggi, non si va da nessuna parte e si danneggia l'Associazione.

Pozzi: Oggi si parla di Associazione "in rete", di necessità di parlarsi con tempestività e competenza, con capacità organizzativa e conoscenza delle problematiche. Cosa intende fare il presidente nazionale con il suo Consiglio?

Passarelli: Non il presidente, ovviamente, ma il gruppo scelto dall'Assemblea nazionale intende lavorare in modo moderno. Un tempo c'era il ciclostile (e ricordo i famosi articoli dell'indimenticabile Giorgio Brumat, stampati su carta colorata…). Poi c'è stata un'evoluzione continua. Ma non è cambiato solo il modo di rapportarci; è cambiato il modo di stare dentro la società. Se vogliamo stare in questa rete nazionale dei trapianti dobbiamo essere all'altezza del riconoscimento che ci viene dalle istituzioni. Non dimentichiamo che oggi, da presidente dell'Aido, rappresento l'Associazione all'interno della Consulta nazionale del trapianto. Questo non è un organismo dove ogni tanto ci si ritrova per dirci quanto siamo bravi, ma dove si elaborano le linee operative che fanno funzionare la rete nazionale. Stiamo parlando ormai di una rete europea, non più solo nazionale. Per cui anche noi dobbiamo essere al passo con i tempi. Se oggi il Centro nazionale trapianti manda una circolare su un determinato argomento, è necessario e democratico da parte di chi guida l'Associazione, inviare quello stesso documento alle strutture più vicine per chiedere il parere. E poi si prende una decisione più forte. A volte si deve prendere una decisione in un'ora. Ma è utile che nel giro di un'ora ci sia la risposta delle strutture regionali, che è bene siano sentite. Se oggi mi chiama un giornalista

perché è capitata una cosa particolare in una certa zona, io ho la necessità di sapere come sono andati i fatti. Soprattutto è quella realtà locale o regionale ad informare il nazionale di cosa ne pensa rispetto a un fatto specifico. Per questo stiamo facendo un grosso sforzo di collegamento in rete di tutta l'Associazione, nelle sue diverse articolazioni centrali e periferiche. Ormai ognuno di noi, appena alzato , può aprire la posta. Un tempo si doveva aspettare il postino, che a volte arrivava magari solo in tarda mattinata o nel primo pomeriggio. In questi anni c'è stata una rivoluzione impressionante. Non possiamo fermarci o rimanere indietro perché finiremmo "fuori" dall'ambito comunicativo. Basta guardare l'evoluzione del nostro sito, per capire lo sforzo che stiamo facendo. Vedi intranet. Un tempo un verbale passava dal nazionale al regionale, dal regionale al provinciale, dal provinciale al comunale. Oggi un gruppo comunale può in tempo reale, previo accreditamento, andare a vedere cosa è stato discusso nell'ultima riunione di Consiglio, che orientamento sta prendendo l'Associazione rispetto a un determinato problema. Chi è a Roma e chi è in montagna o al mare, ormai è come se fossero colleghi d'ufficio, uno a fianco all'altro. L'indirizzo aido.it non è un gioiello da esibire. Al contrario è un'identità da mettere a frutto. Significa conoscere e partecipare alla vita dell'Associazione. Chi non ha la casella di posta con questo indirizzo non vedrà più niente. Il computer oggi è in ogni casa, in ogni ufficio. Non si tratta più di problemi di costi o di competenza specifica a farli funzionare. Non è che uno per forza debba andare in Sezione. È giusto che ci vada, ma tante cose si possono fare anche in casa, e questo facilita tantissimo chi magari nel frattempo deve curare altri aspetti familiari. Ognuno di noi lavora, ha degli impegni. A volte non c'è possibilità di dedicare il fine settimana per i famosi e tradizionali corsi di formazione residenziali. Ci siamo posti questo problema e fra poco inizieranno i corsi on-line e le persone che lavorano per l'Associazione si potranno aggiornare, acculturare e avere una certificazione stando a casa o scegliendo i tempi di studio e approfondimento in sintonia con la famiglia e con il lavoro. La nostra certificazione dà la garanzia alle istituzioni che noi le cose che facciamo le facciamo bene.

Pozzi: Se tu dovessi raccontare l'Aido all'esterno, come ne parleresti? Sei soddisfatto del cammino fatto o c'è ancora troppo da fare per poter dire che "le cose vanno bene"?

Passarelli: Sarei un bugiardo se dicessi che le cose vanno bene al cento per cento così come stanno andando. Ci sono delle grosse realtà che lavorano da anni e che cercano di stare al passo e che aiutano l'Associazione a crescere. Ci sono purtroppo delle realtà che impediscono anche questa crescita culturale e associativa. E sono le realtà dove ci sono i personalismi di cui parlavo prima. Questo è uno dei problemi più seri che dobbiamo affrontare. È un problema attuale sul tavolo di lavoro della Giunta nazionale, tant'è che il vice presidente Felice Riva è uno dei più accesi sostenitori di una verifica accurata. Dobbiamo andare a vedere cosa

succede, perché in certe realtà non si progredisce, quali sono le problematiche. Abbiamo la responsabilità di cercare di far crescere quelli che sono un po' indietro. Così come è giusto che tutti rispettino le indicazioni che vengono dall'Assemblea nazionale. Quando ci sono linee progettuali e operative elaborate in sede centrale e recepite dai Consigli, tutti dobbiamo rispettare questo programma. Se qualcuno non si sente più a proprio agio all'interno dell'Associazione perché ha una visione personale dell'Associazione che forse andava bene qualche anno fa, ma che oggi non va più bene, dovrebbe avere l'umiltà e la correttezza di fare un passo indietro per dare la possibilità a chi davvero vuole stare al passo con i tempi di dare il suo contributo.

Pozzi: In linea di massima possiamo comunque dire di essere "moderatamente soddisfatti" dei passi avanti compiuti dall'Associazione negli ultimi anni. Qualcosa di concreto si è fatto e si sta ancora facendo. Vorrei però passare su un altro discorso, riguardante i prelievi e i trapianti nel periodo 2008-2009. In Lombardia abbiamo avuto una caduta preoccupante nel 2008 ma quest'anno stiamo risalendo piuttosto bene. Secondo te, considerato che c'è una ripresa generale delle donazioni e dei trapianti, cosa è successo?

Passarelli: Il problema della Lombardia lo abbiamo sempre classificato tra i problemi di ordine organizzativo regionale. Abbiamo però visto che nell'ultimo anno, anche grazie ad alcuni nuovi inserimenti nei ruoli organizzativi, c'è stato un cambiamento di segno. Questo però deve continuare. Non vorrei che si verificasse il fenomeno a cui abbiamo assistito a volte nelle dinamiche regionali, per cui a fronte di qualche avanzamento c'è stata poi di nuovo una diminuzione. Possiamo fare gli esempi della Calabria e della Sicilia. Mi auguro che l'impegno di quest'anno in Lombardia venga consolidato nel tempo. Per fare ciò bisogna che ci sia una Associazione forte che sappia agire sul territorio, conoscendo le problematiche per promuovere azioni positive. Personalmente continuo a ripetere che il nostro impegno non è soltanto nei confronti dei pazienti, ma anche nei confronti degli operatori. Noi siamo terzi rispetto al livello politico e a quello tecnico. A noi spetta la sintesi. E questo è importante perché il nostro orizzonte è rappresentato dal bene del paziente e delle persone in lista d'attesa per il trapianto. Io mi auguro sinceramente che la Lombardia consolidi il cammino virtuoso che ha iniziato perché i trapianti hanno bisogno della forza motrice della Lombardia. Lo stesso lo posso dire, per esempio, del Lazio, che presenta molte analogie con la Lombardia. A livello nazionale poi è vero che c'è una ripresa delle donazioni e dei trapianti. Però ci sono realtà che ancora non vanno bene: mi riferisco al Centro-Sud. Ed è lì che ad esempio noi come Associazione potremmo fare tantissimo. Temo però che non sia facile perché la nostra Associazione nelle aree centromeridionali d'Italia risente ancora di molte carenze. Io dico che è anche colpa nostra se in queste regioni non c'è una forte attività di donazione e di trapianto. Io

dico:(Vediamo alla fine dell'anno come andranno le cose. Gli indici di attività fanno pensare ad una ripresa. Non dobbiamo né illuderci né scoraggiarci. Alti e bassi sono normali nell'attività delle Regioni. Anche nella mia amata Toscana ci sono stati momenti di flessione, e guarda caso per problemi organizzativi. Lì dobbiamo incidere. Il grosso contributo si ottiene solo da una forza organizzata che copre tutto il territorio, che non guarda in faccia a nessuno e che sappia essere propositiva di nuovi e più efficaci modelli organizzativi. Almeno sulle cose più importanti. Ma torno a dire: ci vuole più impegno, meno personalismi…

Pozzi: Ci vuole più gioco di squadra, ma sappiamo che questo non è facile perché stare in squadra significa rispettare i ruoli assegnati.

Passarelli: Dobbiamo imparare a fare il lavoro di squadra e dobbiamo saper mettere a frutto l'idea dei gruppi di lavoro. Su questo dovremmo forse fare uno sforzo culturale perché non siamo abituati a lavorare in équipe.

Pozzi: Sono d'accordo. Però bisognerà trovare il modo di mettere insieme un gruppo di persone di qualità, distribuite su tutto il territorio nazionale, che lavori in sinergia. Non è facile soprattutto perché i nostri dirigenti sono volontari che in genere hanno la loro occupazione, i loro impegni di famiglia, le loro difficoltà a dedicare tanto tempo all'Associazione. Bisogna prendere il coraggio di avviare le moderne forme di teleconferenza, perché in questo modo si ottimizza il tempo a disposizione e si valorizzano le professionalità dei nostri dirigenti.

Pozzi: Un'ultima domanda. Come vedi il futuro dell'Aido? Quale ruolo assegneresti alla nostra Associazione nella società del 2020?

Passarelli: Io dico che il nostro impegno continua. Quella famosa frase di qualche anno fa che recitava: "Quando i trapianti andranno a regime l'Aido avrà finito la sua missione" secondo me è franata nella polvere. Non ci credo perché se noi facciamo parte della rete nazionale vuol dire che la comunità, le istituzioni, il mondo sanitario ha bisogno del nostro lavoro e del nostro contributo morale. Faccio l'esempio del Ministero della Salute; se l'istituzione massima dello Stato ci chiama e ci chiede collaborazione vuol dire che la nostra missione è lì, al servizio della donazione e del trapianto. Sono certo che siamo e saremo sempre determinanti. Questa è una responsabilità molto seria di cui siamo tutti perfettamente consapevoli. Per questo siamo totalmente impegnati come e più di prima. E avremo bisogno di tutti: di chi sa usare il computer e di chi ha altre qualità organizzative; di chi è bravo nella comunicazione e di chi lavora benissimo in mezzo alla gente, in piazza, nelle sedi dell'Associazione diffuse in tutta Italia. Forse le cose cambieranno quando la medicina arriverà ai risultati che oggi si stanno solo profilando. Ma ci vorranno decenni e nel frattempo non possiamo permetterci neppure di rallentare. C'è troppa sofferenza che ci interpella ogni giorno.

Intervista a cura di
Leonio Callioni
Ha collaborato
Leonida Pozzi
Servizio fotografico
Paolo Seminati

Dr. House: la realtà può offrire di meglio

Per parlare di lui non servono presentazioni. Chi non conosce DR. House, il protagonista del "medical drama" più amato a livello planetario? Pressoché tutti. Se però così non fosse, niente paura… potete ancora rimediare. Basta sintonizzarsi il giovedì alle 21 su Canale 5, sedersi comodamente sul divano e accendere la TV. Fatto? Bene, e ora preparatevi…. Perché seguire le "gesta" di questo scorbutico dottore col bastone, dotato di uno straordinario talento nel diagnosticare le malattie più impensabili, significa accettare di fare un'esperienza destabilizzante ma al tempo stesso salutare, tenendo ben presente che si tratta di finzione e che spesso la realtà può offrire di meglio.

Hugh Laurie, l'attore che interpreta Dr. House

Se dovessimo spiegare a chi non lo conosce cosa sia DR. House, ovvero la serie televisiva ambientata in un ospedale statunitense che trae ispirazione da una rubrica del New York Times dedicata a casi clinici problematici, dovremmo dire: un "giallo" in cui il detective è il medico e i cattivi sono le malattie. Eppure questa semplice definizione, per altro azzeccata visto che il personag-

gio è caratterizzato come novello Sherlock Holmes della medicina, non basterebbe minimamente a dare ragione dell'enorme successo di pubblico e critica raggiunto in pochi anni. Cosa si cela dunque dietro all'interesse spropositato per questo cult movie, nato nel 2004 dalla mano sapiente di David Shore, regista canadese specializzato in polizieschi? Mettiamoci nei panni di House e proviamo come lui a ragionare per indizi. Primo: il protagonista è un medico dai metodi poco ortodossi, cinico e scostante, che tratta male tanto i pazienti quanto il suo staff e che rifugge dal contatto troppo ravvicinato con entrambi, non fidandosi di nessuno. Al punto che è diventato un refrain il suo motto "Tutti mentono". Se ci fermassimo pertanto a tale livello, e cioè all'apparenza dell'istintivo moto di fastidio verso questi aspetti della sua personalità, molto probabilmente cambieremmo canale. In un inevitabile gioco di identificazione con il malato di turno, chi aspirerebbe di primo acchito a farsi curare da uno così? Ma il telefilm chiede allo spettatore di andare oltre la superficie e di dare credito a un secondo indizio: una volta accettato un caso, a partire dalla convinzione che "non esistono casi inutili", il dottore più scontroso che esista ne cerca fino in fondo la verità, certo che la realtà offra sempre una soluzione. Il risultato? Lo svela il terzo indizio: partendo da questa ipotesi positiva, Gregory House finisce ogni volta per cercare tutte le possibili strade per salvare la vita dei suoi pazienti, anche quando si tratti di trasgredire apertamente le regole.
E allora ecco che l'insieme degli indizi porta a svelare l'enigma: DR. House piace perché la sceneggiatura gioca sullo straordinario paradosso di proporre un messaggio etico positivo sul valore della vita usando le debolezze e le intemperanze di un personaggio da cui ci si aspetterebbe esattamente il contrario. A sostenere questa tesi, che realmente permette di penetrare nelle

pieghe più profonde del telefilm - provare per credere! - è il neonatologo Carlo Bellieni, autore con Andrea Bechi, del libro "DR. House. Follia e fascino di un cult movie" (ed. Cantagalli). Una tesi che ben si accorda con il prestigioso premio Humanitas, ottenuto dalla serie e che viene assegnato a storie che "affermano il valore della persona umana, il senso della vita ed esaltano l'uso della libertà".
Se si ha infatti il coraggio di scrutare oltre l'orizzonte dell'irritazione che il cinismo di House può suscitare con le sue battute e i suoi aforismi, ci si accorge infatti che ogni puntata è un tiro mancino assestato a chi pretende di risolvere in modo asettico e preconfezionato i dilemmi etici a cui si accompagna la pratica clinica.
"In un mondo medico in cui sembrano vincere i dettami del relativismo etico, che si riducono a uno e cioè lasciare il

paziente nella solitudine a decidere se vivere o morire - dice Bellieni - House va dolorosamente controcorrente".
Eccolo dunque rianimare il jazzista paralizzato, atto che gli costa una denuncia, nonostante costui abbia firmato un testamento biologico che impone di "lasciarlo morire". "DNR vuol dire 'non fatemi vivere' - dice House al suo assistente - ma non "non curatemi"...Lui pensa di avere la SLA, per questo ha firmato. Se non interveniamo non sapremo mai se ha ragione".
Con un intuito formidabile, che implica il rischio di fare anche degli errori e il coraggio di ammetterli, House riesce a dimostrare che il paziente è affetto da una malformazione arterovenosa curabile che, qualora si fosse assecondata la sua volontà testamentaria, non sarebbe mai stata scoperta, decretandone la fine. Il punto è che non solo House salva la vita al jazzista ma quando capisce che dietro la sua volontà di non essere rianimato si nasconde la mancata accettazione di non poter più suonare come un tempo, lo sollecita a recuperare il senso più profondo della sua esistenza. "E lei è solo questo? Un musicista?". Come a dire che la vita non può essere ridotta a un particolare e che vale sempre la pena di essere vissuta qualunque sia la condizione in cui ci si trovi anche a dispetto di presunti standard di "normalità", come attestano i numerosi episodi in cui il dottore si trova ad avere a che fare con persone disabili . Qui sta tutto il cuore del messaggio che la serie trasmette e che trova nello spirito inquieto di House una palpitante cassa di risonanza. Si capisce allora perché, alla fine di ogni episodio - quando tutto è ormai chiaro - lo spettatore finisca col fare il tifo per House. Perché vede in lui - come giustamente sostiene Bellieni - non il medico fornitore-di-un-servizio che lascia solo il paziente di fronte a una diagnosi, ma chi - partendo dalla propria sofferenza fisica ed esistenziale - è capace di immedesimarsi non certo a parole con quella dei propri pazienti, al punto da non tralasciare alcuno dei sintomi che li riguardano e che ad altri invece sfuggono.

Lei cosa preferisce: un medico che le tiene la mano mentre muore o uno che la ignora mentre migliora?

Detto questo, da qui a santificare House ce ne corre e certamente sarebbe sbagliato per un medico prendere a modello una persona che di fatto si droga e che per seguire il filo, anche giusto, delle proprie intuizioni a volte finisce col prendere delle sonore cantonate sulla pelle dei pazienti.
House va cioè giudicato per quello che è, il personaggio di un telefilm che ha il merito di far riflettere su temi etici di straordinaria attualità in modo non scontato ma mettendo lo spettatore - e quindi ciascuno di noi - nelle condizioni di prendere posizione. Ad esempio alla domanda rivolta da House a un paziente - Lei cosa preferisce: un medico che le tiene la mano

mentre muore o uno che la ignora mentre migliora? - siamo giocoforza costretti a chiederci da che parte stare. Ammesso che sia lecito formulare un aut aut di questo tipo, credo che - potendo scegliere -vorremmo tutti poter disporre di entrambe le opportunità: un medico che ci aiuta a migliorare e che, là dove non è possibile ci tiene anche la mano, accompagnandoci alla fine qualunque sia la forma in cui questa si presenti. Per fortuna di esempi di questo tipo ce ne sono molti e ben calati nella realtà. Uno si chiamava Enzo Piccinini, un chirurgo oncologo emiliano di fama internazionale scomparso purtroppo prematuramente nel 1999 (www.fondazionepiccinini.org). "Non si arrendeva mai.- dice di lui Emilio Bonicelli, il giornalista trapiantato di midollo di cui abbiamo parlato nel numero 170 (gennaio/febbraio 2009) e che ha scritto il libro Enzo, un'avventura di amicizia (ed. Marietti) per ricordarne la figura - Aveva gli occhi indomiti e curiosi di un bambino. Era uno che sapeva rischiare dove gli altri si fermavano. Se un malato si rivolgeva a lui per un aiuto, lo prendeva a cuore e non lo abbandonava, anche quando dal punto di vista chirurgico non c'era più nulla da fare". Da dove derivava questa incrollabile tenacia? Lo apprendiamo dalle sue stesse parole, contenute in una delle pagine del libro. "La vita è unita - diceva Piccinini - se si mette il cuore in quello che si fa. Il cuore non come sentimento, ma come desiderio insopprimibile di felicità, di bene, di verità, di giustizia…Non è un umanitarismo di maniera, non è un problema di tecniche ma domani mattina, incontrando i miei pazienti nella corsia dell'ospedale, se metto il cuore, riconosco in loro lo stesso mio desiderio e li guardo in modo diverso". Tutto questo, continuava Enzo, però non basta. "Bisogna non essere soli - raccomandava - Senza qualcosa cui fai riferimento, per cui il tuo io non è solo un io sbandato e sbandabile, ma ha radici in volti e storie, non ce la si fa. Nel tempo il gusto non è negato a chi sbaglia, ma è negato a chi non ha il senso del mistero nella propria vita, cioè qualcosa di più grande presente che è una compagnia a cui appartenere".

Quando per la sua bravura gli venivano affidati i casi più difficili - ci racconta Bonicelli - di fronte alla scelta se intervenire o meno soleva dire: "I dati sono la realtà e la realtà non è a caso. C'è qualcuno che la fa. Se i dati ci portano ad operare, c'è una certezza di fondo. Di fronte a Dio bisogna andare". Quello che per House non ha nome, per Enzo era una certezza visibile nel volto degli amici. Il 29 maggio 2009, nella basilica di San Petronio a Bologna, erano in settemila a testimoniarlo. Colleghi, pazienti, familiari di pazienti, amici provenienti da tutta Italia: ognuno portava un ricordo personale, un brano di storia vissuto con Enzo che aveva segnato la sua vita: "La sua statura d'uomo - disse chi lo aveva amato come un figlio - investita dall'umanità di Gesù, si era dilatata, comunicandosi di schianto a chiunque lo incontrasse, con quell'impeto di vita che lo caratterizzava e del quale non potevamo fare a meno. Così che era immediato in chi lo accostava anche solo per un momento - collega o paziente - l'urto di una presenza umanamente eccezionale, che ridava speranza e quindi faceva sorgere la domanda su come mai era così….".

E allora eccoci tornare all' interrogativo di House. Lei cosa preferisce: un medico che le tiene la mano mentre muore o uno che la ignora mentre migliora?.

Piccinini non l'avrebbe mai messa in questi termini, perché la speranza che comunicava ai pazienti era quella di cui viveva e faceva esperienza, in corsia e fuori. Una speranza che, proprio perché vissuta, gli ha sempre impedito di ignorare chiunque avesse bisogno di lui, anche quando non c'era più niente da fare. Da chi allora preferiremmo essere curati? O meglio… siamo sicuri che ci basterebbe un "eroe" solitario e contraddittorio, anche se geniale? Il dibattito è aperto.

Laura Sposito

La nuova sindrome influenzale

Si è molto parlato nelle ultime settimane sia sulla stampa che in televisione della nuova sindrome influenzale che, originata nel Centro America, si è diffusa rapidamente inizialmente nel Nord America e successivamente in innumerevoli Stati europei ed extra europei.

Per questa larga e relativamente rapida diffusione dell'infezione si è parlato di pericolo pandemico.

Per pandemia si intende una malattia, solitamente di natura infettiva batterica, virale o parassitaria che colpisce una larga parte della popolazione di un territorio o di uno Stato. Questo termine deriva dal greco (pan=tutto, demos=popolazione/ Stato). Storicamente si ha conoscenza di un tale evento morboso già nel v secolo a.C. nel corso della guerra del Peloponneso tra Atene e Sparta ed è stata descritta in modo mirabile da Tucidide, uno dei massimi storici dell'antichità. In quel caso si trattava di peste, probabilmente importata da navi provenienti dall'Oriente e che ha trovato un ambiente favorevole nella concentrazione di popolazione in Atene ed il suo porto a seguito della guerra.

Tra le pandemie di peste famose ricordiamo quella descritta da Alessandro Manzoni nei Promessi Sposi.

La raccomandazione di lavarsi frequentemente le ma con sapone è certo una misura efficace di prevenzio

Anche in questo caso la malattia, che decimò larga parte della popolazione dell'Italia settentrionale, fu importata dal Nord Europa dai Lanzichenecchi, che avevano invaso l'Italia durante una delle tante guerre che hanno caratterizzato questo periodo storico.
Pandemie influenzali più recenti e per questo note ai più è la famosa Spagnola del 1918 e più recentemente l'Asiatica del 1956-1957.
La nuova influenza è causata dal virus A1H1, uno dei numerosi virus influenzali di tipo A.
Appartengono a questa categoria molti virus influenzali che trovano il loro serbatoio di origine sia nell'uomo che in numerosi animali, tra cui il maiale, gli equini, gli uccelli.
La caratteristica di questi virus è la maggior capacità di trasmettersi da uomo a uomo e da animale ad uomo. Non sembra però avere carattere di particolare virulenza.
Le persone colpite finora in Europa sono guarite dopo tre/cinque giorni di malattia, senza particolari conseguenze per la salute. I casi gravi di insufficienza respiratoria sono stati pochissimi. I casi in cui il virus influenzale ha rappresentato la causa ultima di morte riguardano prevalentemente persone debilitate per la contemporanea presenza di malattie invalidanti quali il diabete mellito, cardiopatie, terapie immunosoppressive, AIDS ecc.
Il picco di incidenza della malattia è previsto nell'inverno 2009-2010, dopo il Natale, e si pensa colpisca soprattutto persone giovani ed attive. La facile diffusibilità della malattia e il fatto che colpisca soprattutto persone adulte e attive, ha indotto gli organismi internazionali di Sanità ad allertare gli organismi sanitari dei singoli Stati, onde predisporre gli opportuni accorgimenti per limitarne la morbilità. Questo è particolarmente importante in questo periodo di crisi economica.
Anche se non grave come forma influenzale, un numero elevato di soggetti in età di lavoro che si assentassero per malattia potrebbe accentuare la crisi economica in atto con perdita di giorni di lavoro e diminuzione della produttività.
I controlli sul virus attualmente a nostra disposizione parlano di un virus relativamente stabile; non vi sono segni di aumentata virulenza.
La rapida diffusione del virus dall'America all'Europa è principalmente da imputare al numero relativamente elevato di soggetti che per lavoro, studio e turismo si spostano continuamente da un continente all'altro, da uno Stato all'altro, disponendo di mezzi di trasporto sempre più rapidi.Ora con poche ore di volo si può giungere dal Messico in Italia, dagli Stati Uniti in Europa. Poche ore di automobile ci permettono di spostarci dall'Italia alla Francia e ai Paesi nordici.
In effetti, molti dei soggetti colpiti

dalla nuova influenza avevano soggiornato per studio in Inghilterra, oppure per turismo negli Stati Uniti e nei paesi del Centramerica.

L'organizzazione mondiale della Sanità e i responsabili della salute dei singoli Paesi in cui si sono verificati casi di influenza da virus A1H1, giustamente si sono preoccupati di prevenire una vera e propria pandemia, predisponendo gli opportuni vaccini, che verranno praticati soprattutto ai soggetti a rischio e teoricamente più esposti al contagio.

Non sarà necessario estendere la vaccinazione a tutta la popolazione, non presentando, questa forma influenzale, caratteristiche di morbilità diverse dalla comune influenza stagionale.

Anche l'impiego di antivirali non può e non deve essere estesa a tutti i casi di febbre e disturbi respiratori tipici della malattie da raffreddamento proprie della stagione invernale.

E' quindi irragionevole quanto sta accadendo in Italia, ove molti soggetti si sono precipitati ad acquistare farmaci antivirali in previsione di un possibile contagio da parte del virus AH1N1.

Ricordiamo che questi farmaci pur potenti devono essere usati con oculatezza, sotto stretto controllo medico e solo in casi ben selezionati, per evitare conseguenze secondarie che potrebbero essere veramente severe.

Nella maggioranza dei casi una terapia sintomatica, con antifebbrili, alimentazione leggera, riposo a letto e al caldo, saranno sufficienti a far superare anche questa influenza che ha allarmato molti nostri concittadini. Probabilmente le notizie televisive e della stampa hanno suscitato uno stato di preoccupazione ed ansia certamente non giustificate.

Frequentemente la gente crede maggiormente alle notizie dei mass-media rispetto alle rassicurazioni date da professionisti qualificati e certamente non influenzati quale ad esempio il Prof. Garattini.

Tutti noi però dovremmo assumere norme igieniche e comportamenti responsabili di fronte alla possibilità di essere contagiati da un virus influenzale, senza per questo assumere atteggiamenti esagerati e di panico collettivo.

La raccomandazione di lavarsi frequentemente le mani con sapone è certo una misura efficace di prevenzione, soprattutto se si è fatto uso di mezzi di trasporto pubblici o si è soggiornato in ambienti assai frequentati. Evitare di recarsi in luoghi pubblici e al lavoro se si hanno i segni di una sindrome influenzale dimostra certo un alto rispetto nei riguardi della salute dei propri concittadini.

Dr. Gaetano Bianchi

di Cristina Grande

Rafforzare le difese

Non ammalarsi e vivere sani una lunghissima vita piacerebbe a tutti ma, per adesso, rimane solo un sogno. La ricerca scientifica continua a fare passi avanti e permette di prevenire e curare sempre più malattie ma uno stile di vita sano e un'alimentazione equilibrata restano sempre il migliore scudo a difesa della salute.
Tutti abbiamo l'innata capacità di proteggerci da infezioni e malattie, grazie al nostro sistema immunitario. Per rafforzarlo non sono necessari preparati vitaminici o integratori che dovrebbero essere sempre consigliati dal medico e solo in caso di effettiva necessità, per non rischiare di essere inutili o addirittura dannosi.
Questo straordinario sistema di prevenzione che è il nostro sistema immunitario e che è basato su mediatori chimici e cellulari e ci permette di difenderci dagli insulti chimici, traumatici o infettivi che potrebbero compromettere l'integrità dell'organismo stesso, può essere potenziato grazie a una giusta alimentazione.
Per questo si parla oggi di "immunity boosting", letteralmente la "stimolazione del sistema immunitario" che è presa in esame da numerosissimi lavori scientifici che cercano di scoprire quali siano le sostanze più efficaci per potenziare i naturali meccanismi di protezione del corpo umano.
Niente aiuti dalla chimica, meglio gli alimenti interi, rispetto alle singole molecole. Introdurre nella dieta alcuni alimenti, ricchi di proprietà benefiche per l'organismo, ne potenzia le difese.

I DANNI DI UNA DIETA SCORRETTA

Mangiare troppo rispetto alle proprie esigenze o consumare troppi grassi e poche verdure fresche, aumenta la produzione di sostanze instabili (i radicali liberi). Con il tempo i radicali liberi si accumulano nell'organismo e possono instaurare uno stato d'infiammazione cronica che porta a un invecchiamento e a una minore efficienza del sistema immunitario. Una dieta ricca di vegetali, con yogurt, pesce, poca carne rossa e pochi grassi, invece, mantiene giovane e ben funzionante il sistema immunitario.

La dieta giusta
Per potenziare il proprio sistema immunitario la dieta deve essere bilanciata nei principali nutrienti e deve favorire il mantenimento del peso ideale o evitare l'eccesso di peso. La dieta proposta è da circa 1800 kcalorie , con frutta e verdure fresche, yogurt, the verde e spezie.

Le indicazioni da seguire
* Le porzioni di verdura devono essere generose.
* I pesi si riferiscono sempre agli alimenti crudi, già puliti
* Bere acqua in abbondanza ai pasti e durante la giornata

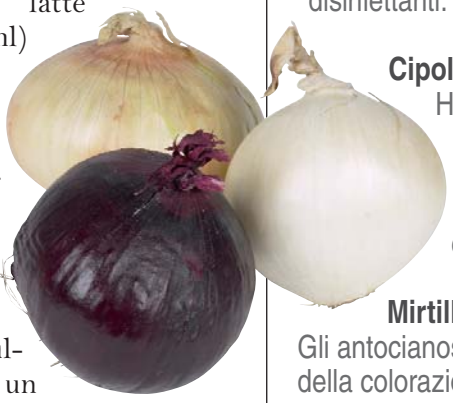
Lunedì

Colazione: latte magro (150 ml) con caffè; 30 g di muesli
Spuntino: succo di mirtilli (150 ml); 30 g di crackers integrali non salati in superficie.
Pranzo: risotto alla pescatora, preparato con 100 g di riso integrale cotto con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva, sale, prezzemolo tritato, aglio, e 150 g di pesce misto per risotti; broccoli al vapore conditi con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e aceto; pane di segale (50g); pompelmo (200 g); un bicchiere di vino rosso.
Merenda: uno yogurt magro con cannella
Cena: 150 g di coniglio alle noci, preparato in padella, aglio, 20 g di noci tritate, sale, zenzero e un cucchiaino di olio extravergine di oliva ; una porzione di insalata di pomodori e cetrioli, condita con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e origano; pane di segale (50g); kiwi (150 g).

Martedì

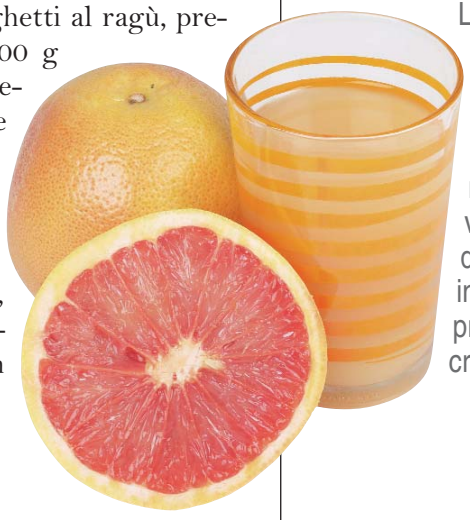
Colazione: una tazza di the verde; uno yogurt magro; muesli (30 g).
Spuntino: spremuta di pompelmo non zuccherata (200 ml);
Pranzo: orzo con crema alla cannella e alle mandorle con 100 g di orzo, lessato e condito con 100 g di ricotta, cannella e 20 g di mandorle tritate; una porzione di insalata di radicchio rosso e verde, con 20 g di scaglie di parmigiano, condita con un cucchiaio di olio extravergine d'oliva e aceto; pane di segale (50g); macedonia di frutta mista con cannella ; un bicchiere di vino rosso.

Merenda: latte magro (150 ml) con un cucchiaino di cacao
Cena: vellutata di ceci e crostini, preparata con 50 g di ceci lessi e frullati con aglio, un cucchiaino di olio d'oliva extravergine, peperoncino e 40 g di crostini di pane integrali; cicoria lessa, condita con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e origano; mapo (200 g).



Mercoledì

Colazione: latte magro (150 ml); pane di segale (50 g); 20 g di noci.
Spuntino: succo di mirtilli (150 ml).
Pranzo: spaghetti al ragù, preparati con 100 g di pasta integrale lessata e condita con un ragù fatto con 150 g di carne trita, passato di pomodoro, un



I CIBI SALUTARI

Aglio
L'aglio, grazie alla presenza di sostanze di natura solforata, come l'allicina, blocca la crescita dei batteri e ha azione antimicotica.

Broccoli
Il sulforafano, in essi contenuto, attiva una cascata di proteine ad attività antiossidante ed enzimatica che aiuta il sistema immunitario.

Cannella
Ha proprietà antibatteriche e disinfettanti.

Cipolla
Ha proprietà diuretiche e antinfiammatorie e favorisce l'espulsione del catarro.

Mirtilli
Gli antocianosidi, responsabili della colorazione dei mirtilli, hanno un'azione antibatterica e sono utili, soprattutto in caso di infezioni delle vie urinarie.

Peperoncino
È un noto anti batterico, molto usato nei paesi caldi per migliorare le difese dell'organismo contro infezioni e tossinfezioni di origine alimentare.

Pompelmo
La naringenina in esso contenuta, agendo sulla composizione dei grassi del sangue, rallenta il rilascio dei virus dell'epatite C dalle cellule già infettate, rallentando il progredire dell'epatite cronica.

cucchiaino di olio extravergine d'oliva, cipolla tritata, sale, peperoncino e basilico; una porzione di insalata di cavolo crudo, condita con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e senape; pane di segale (50g); pompelmo (200 g); un bicchiere di vino rosso.
Merenda: uno yogurt magro con 30 g di muesli.
Cena: 150 g di merluzzo alla pizzaiola, preparato con pomodoro, aglio, origano, capperi e un cucchiaino di olio extravergine d'oliva; broccoli al vapore conditi con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e sale; pane di segale (50g); una mela (200 g) con cannella.

Giovedì

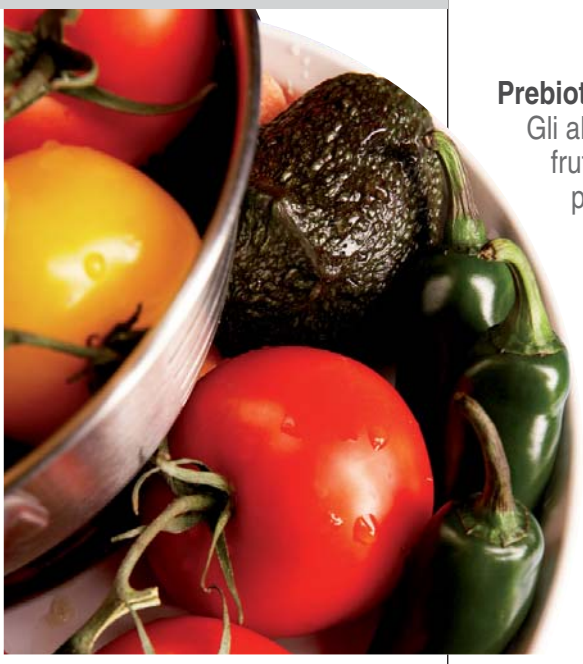
Colazione: frappe, preparato con yogurt magro (150 ml), frutta mista (200 g) e con cannella.
Spuntino: latte magro (150 ml); 30 g di fiocchi d'avena
Pranzo: riso integrale con seppie, broccoletti e pinoli, preparato con 100 g di riso, 150 g di seppioline pulite, sale, vino bianco, broccoletti, 20 g di pinoli, aglio e un cucchiaino di olio d'oliva extravergine; una porzione di insalata di cavolo, condita con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva e origano; pane di segale (50g); frutti di bosco (200 g) cannella ; un bicchiere di vino rosso.
Merenda: una tazza di the verde non zuccherato; 4 fette biscottate integrali.
Cena: omelette al pomodoro e cocoria, preparata in una padella antiaderente con un cucchiaino di olio d'oliva extravergine, due cucchiai di parmigiano, pomodoro, cicoria lessa tritata, sale e peperoncino; cavoletti di bruxelles al vapore, conditi con un cucchiaino di olio extravergine d'oliva; pane di segale (50g); uva (150 g).

Venerdì

Colazione: latte magro (150 ml) con caffè e un cucchiaio di miele; muesli (30 g).
Spuntino: uno yogurt magro con 30 g di crackers integrali e 20 g di noci.
Pranzo: orzo al pomodoro, preparato con 100 g di orzo, pomodoro, rosmarino, peperoncino, cipolla e un cucchiaio di olio d'oliva extravergine; 150 g di dentice al forno; verdure alla griglia; pane di segale (50g); pera (200 g) cannella; un bicchiere di vino rosso.
Merenda: succo di mirtilli (150 ml).
Cena: pasta e fagioli, preparata con 40 g di pasta integrale e 50 g di fagioli lessati con rosmarino, peperoncino, cipolla e un cucchiaino di olio d'oliva extravergine; insalata di germogli di soia condita con un cucchiaino di olio; un pompelmo (200 g).

Sabato

Colazione: latte magro (150 ml); 4 fette biscottate.
Spuntino: macedonia di kiwi e banane (200 g) con cannella, 20 g di mandorle e yogurt.
Pranzo: 100 g di spaghetti integrali conditi con aglio, un cucchiaino di olio d'oliva extravergine e peperoncino; 150 g di trancio di salmone ai ferri; spinaci al vapore, conditi con un



cucchiaino di olio extravergine d'oliva; mirtilli (200 g) ; un bicchiere di vino rosso.

Merenda: the verde non zuccherato; 30 g di crackers integrali non salati.

Cena: caprese, preparata con 100 g di mozzarella, pomodori a fette, sale, basilico e capperi, con un cucchiaio di olio extravergine d'oliva e sale; pane di segale (50g); pompelmo (200 g).

Domenica

Colazione: latte magro (150 ml); muesli (30 g); un frutto (200 g).

Spuntino: una tazza di the verde non zuccherato alla cannella; 20 g di noci

Pranzo: farro con la zucca, preparato con 100 g di farro lessato e condito con 200 g di zucca lessata e passata, rosmarino, sale e un cucchiaino di olio extravergine d'oliva ; 150 g di sogliola ai ferri; zucchine trifolate, con aglio, prezzemolo e un cucchiaino di olio d'oliva extravergine; pane di segale (50g); mandarini (150 g); un bicchiere di vino rosso.

Merenda: uno yogurt magro.

Cena: 150 g di tacchino arrosto; cipolle al forno condite con un cucchiaio d'olio d'oliva extravergine, curcuma e sale; pane di segale (50g); un pompelmo (200 g).

Prebiotici

Gli alimenti prebiotici, come frutta e verdura, e in particolare, la cicoria, sono caratterizzati dalla presenza di carboidrati, che sfuggono alla digestione e stimolano selettivamente la crescita ed il metabolismo di alcuni particolari tipi di batteri intestinali, con positivi risultati sul funzionamento dell' intestino e dell'intero organismo.

Probiotici

Il sistema immunitario ha nell'intestino una delle sue realizzazioni più complete. La flora batterica intestinale influisce sul rilascio di molecole coinvolte nell'infiammazione e nelle difese, e nell'induzione delle allergie. Gli alimenti probiotici, come, per esempio, lo yogurt, contengono microrganismi vivi, capaci di modulare l'equilibrio della flora batterica intestinale e di potenziare le difese dell'intestino.

The verde

Contiene in particolare una sostanza (l'epigallocatechina gallato) di notevole efficacia antinfiammatoria e può aumentare l'efficacia degli antibiotici.

Precisazioni

La morte cerebrale e la donazione di organi

Si è tenuto il 24 settembre scorso a Viareggio, nel corso del Festival della Salute, una giornata di lavoro sul tema "Morte cerebrale e donazione di organi. Etica e scienza a confronto".

Al termine dei lavori,da parte dei relatori, è stato siglato un testo che mette in discussione il concetto di morte cerebrale stabilito dal protocollo di Harvard.

"Il concetto di morte cerebrale va rivisto secondo nuovi criteri che tengano conto della pratica clinica" dicono gli esperti, aggiungendo che "i criteri di morte cerebrale hanno avuto una funzione di protezione nei confronti dei pazienti, nel contesto del reperimento e del trapianto di organi.

Il mondo scientifico sta ancora scoprendo molti aspetti clinici, legali, sociali della morte cerebrale e come questo concetto evolve in relazione alle differenze culturali e religiose".

Pertanto "si dovrebbe evitare di ispirarsi a una rigida ortodossia, mantenendo invece un'apertura mentale su un tema così complesso e controverso, riconsiderando tra l'altro definizioni troppo rigide come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'intero cervello(protocollo di Harvard) poiché è convinzione comune l'inapplicabilità di tali criteri nella pratica clinica".

Di seguito riportiamo alcune prese di posizione.

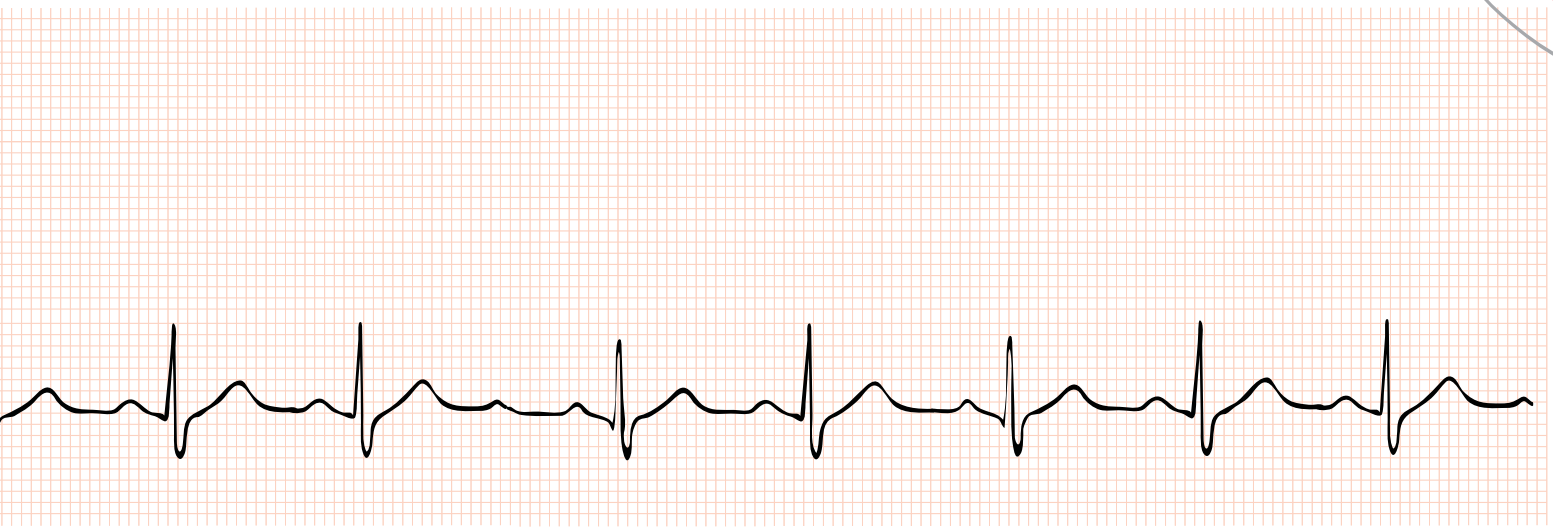
29/09/2009
Prot. 2457/CNT 2009

Alla cortese attenzione
dei Centri Interregionali di Riferimento
Centri Regionali di Riferimento
Coordinatori Locali

Cari Colleghi,

nei giorni scorsi si è tenuto a Viareggio un Workshop sulla morte cerebrale promosso, nell'ambito del Festival della Salute, da Ignazio Marino, le cui conclusioni avrete sommariamente appreso dalla stampa. Le reazioni suscitate dall'evento, insieme ad alcune posizioni assunte da associazioni e società scientifiche, mi spingono a raggiungervi con questa breve comunicazione per chiarire quali siano i termini della discussione in atto e offrire alla vostra riflessione un quadro il più possibile completo.

Premetto anzitutto che io stesso, insieme a Francesco Procaccio, responsabile della Unità Operativa di Neuro Rianimazione dell'Ospedale Borgo Trento di Verona ed attuale Presidente della Organizzazione Europea dei Coordinatori al Trapianto, ho assistito al workshop e sono intervenuto nella discussione, ritenendo l'iniziativa di interesse per la tematica affrontata. A proposito ricordo



che il Ministero della Salute ed il CNT hanno recentemente preso posizione ufficiale sulla questione con la pubblicazione sul nostro sito internet del position paper intitolato "Determinazione di morte con standard neurologico".

Il workshop, mettendo a confronto varie professionalità etico-giuridiche (bioeticisti, filosofi, storici della medicina, ecc) sul tema della morte cerebrale ha ripreso, sebbene in modo generale e in alcuni casi sovrapponendole tra loro, alcune delle questioni che hanno animato il discorso sulla morte e sul fine vita negli ultimi tempi.

Volendo tenere distinte le questioni bioetiche e filosofiche sul concetto di morte da quelle riguardanti la diagnosi e l'accertamento di morte, e volendo qui affrontare esclusivamente le seconde, riporto alcune considerazioni:

1) il punto comune tra le varie posizioni espresse al workshop riguarda la necessità di prendere atto del limite esistente nella definizione con cui il protocollo di Harvard definisce la morte come "cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'intero cervello". Oggi, la pratica clinica e le moderne tecniche diagnostiche hanno dimostrato che la morte del cervello è un processo nel quale minime funzioni residuali - come, per esempio, la secrezione dell'ormone antidiuretico - possono permanere al di là del punto in cui la morte viene identificata e diagnosticata.

Questa posizione, lungi dal mettere in dubbio i criteri previsti dalle norme italiane, rispecchia quanto è stato già oggetto di descrizione nel position paper recentemente pubblicato dal Centro Nazionale Trapianti sulla scorta di un'attenta e aggiornata valutazione dei dati scientifici e della evoluzione delle posizioni pubblicate nella letteratura di riferimento.

Come è stato da me precisato, a margine del workshop, tali affermazioni non contrastano con l'esistenza del cosiddetto "punto di non ritorno", cioè di quella situazione in cui la comunità scientifica può dare una risposta certa, serena, e doverosa alla domanda: "è veramente morto?".

Una risposta che non deve essere messa in dubbio dalla confusione che inevitabilmente si crea parlando ora di evoluzione di criteri diagnostici, ora di evoluzione del concetto di morte in relazione alle differenze religiose, nel medesimo contesto e senza un'accurata distinzione di piani e competenze.

Sotto questo aspetto avremmo ritenuto importante che le affermazioni fatte nel workshop fossero state supportate da dati biologici e che la comunicazione delle conclusioni avesse utilizzato modalità tali da non generare confusione nella nostra rete, nell'opinione pubblica, nei familiari dei pazienti ricoverati nelle rianimazioni così come è avvenuto.

2) Il workshop ha espresso il condivisibile obiettivo di applicarsi attivamente per evitare incomprensioni largamente diffuse nella pubblica opinione e di mantenere aperta la discussione con il mondo non scientifico.

Il perseguimento di tale obiettivo non può tuttavia prescindere dal tenere in debito conto la delicatezza e la complessità degli argomenti trattati, la necessità di affrontare il dibattito tenendo conto dell'esperienza maturata nell'uso del linguaggio e delle definizioni da chi opera da sempre nel campo dell'informazione e della sensibilizzazione verso le tematiche della donazione e del trapianto.

A tale proposito la rete trapiantologica, le Associazione dei pazienti e la Associazione dei donatori ritengono sbagliato dal punto di vista etico finalizzare l'accertamento di morte al trapianto e parlarne nello stesso contesto. La legge italiana del 1993 ha recepito perfettamente la netta separazione che deve esserci tra determinazione di morte quale atto medico, etico e giuridico sempre dovuto e possibilità o meno di donazione di organi. La medesima legge e il DM del 1994 rivisitato nel 2008, richiedono una dettagliata procedura clinica e medico-legale condivisa da più specialisti e offrono una ridondante garanzia di completezza, accuratezza e certezza nell'accertamento di morte con criteri neurologici. Tutto ciò indipendentemente dal prelievo a scopo di trapianto.

Inoltre, verosimilmente, la divulgazione delle conclusioni attraverso un comunicato per via mediatica può indurre a pensare che si tratti di conclusioni con valore scientifico e non di un dibattito aperto tra diverse posizioni, il che può aprire dubbi legati ad una insufficiente comprensione da parte di diversi soggetti. Molte persone si sono chieste se eravamo di fronte ad una modificazione della norma e qualcuno ha già chiesto se gli accertamenti andavano interrotti in attesa di ulteriori precisazioni.

Riguardo a tali eventuali situazioni, faccio ricorso alla vostra competente professionalità per riportare il discorso sul piano della chiarezza e del rigore scientifico che potete trarre dalla posizione espressa nel citato documento "Accertamento di morte con criteri neurologici".

Considerato quanto sopra, mi preme, perciò, ricordare doverosamente a tutti che la norma esistente va applicata e che non sussistono nel modo più assoluto elementi per avviare con le Società Scientifiche alcuna proposta di revisione sulla base degli indirizzi emersi al workshop.

A completamento di quanto detto e per favorire un maggior approfondimento, allego, oltre alle agenzie di stampa con le posizioni del Sen. Ignazio Marino e mie personali, i comunicati che ci sono giunti da SITO, SIAARTI e AIDO.

Ringraziandovi di cuore per il lavoro che quotidianamente svolgete, Vi saluto cordialmente.

Il Direttore
del Centro Nazionale Trapianti
Dr. Alessandro Nanni Costa

Comunicato AIDO

In Italia, ogni volta che si affronta l'argomento della donazione di organi, viene rilanciato un dubbio: quelle persone sono davvero morte?. È da oltre quarant'anni che la medicina ha detto una parola chiara e precisa sull'argomento: la morte cerebrale, che viene testimoniata dall'assenza di respiro spontaneo e registrata dall'elettroencefalogramma piatto, corrisponde alla morte dell'individuo e non dell'organismo. Il suo pensiero, le sue emozioni, tutto quello che contribuisce a fare la sua personalità sono spenti. Il cuore continua a battere perché una macchina glielo impone. Questa parola, chiara e precisa della scienza, è tanto affermata e diffusa in tutto il mondo che su di essa si basano tutte le leggi che definiscono la morte e il suo accertamento. Anche il legislatore italiano, estensore della legge 29 dicembre del 1993 sulla morte cerebrale, ha voluto e ha imposto le massime garanzie nel decretare la fine della vita e, nel contempo, ha imposto la sospensione delle manovre rianimatorie per impedire di curare un morto. Spiace constatare che nel workshop internazionale sulla morte cerebrale che si è tenuto nei giorni scorsi a Viareggio nell'ambito del Festival della Salute, si siano ascoltati argomenti "datati" e non c'è stato nessun accenno né all'opera di revisione del regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte condotta da un gruppo di lavoro costituto nell'ambito della Consulta tecnica permanente per i trapianti, col supporto delle Società Scientifiche interessate, né il documento del Centro Nazionale Trapianti che contiene gli elementi informativi essenziali sulla definizione e sul concetto di morte cerebrale.

Comunicato SIAARTI

In merito alle posizioni espresse degli esperti riuniti a Viareggio, nell'ambito del Workshop "Morte cerebrale e donazione di organi. Etica e scienza a confronto" promosso dal Dr. Ignazio Marino, Senatore della Repubblica, la Siaarti intende precisare come esse rappresentino argomenti di una discussione che non intacca in alcun modo la validità di quanto avviene nelle Rianimazioni Italiane, nelle quali la diagnosi di morte si effettua con esami neurologici clinici e strumentali, standardizzati dovunque, dal Trentino alla Sicilia, rispondenti ad una procedura clinica basata su rigorose metodologie scientifiche, obbligatorie per legge. Per affermare che "i criteri vanno rivisti" e che "la cessazione irreversibile delle funzioni cerebrali" è una affermazione "troppo rigida", sarebbe opportuno partire, più che da singole prese di posizione, da chiari presupposti biologici, resi evidenti attraverso il vaglio di specifiche ricerche e pubblicazioni scientifiche. La citazione di argomenti delicatissimi, per tutti coloro che ne sono direttamente o indirettamente coinvolti - dai familiari dei pazienti possibili donatori ai pazienti in lista di attesa, dal personale sanitario che opera negli ospedali all'opinione pubblica, dato l'ampio interesse sul tema - richiede, infatti, a nostro parere una particolare cautela. Inoltre, una corretta impostazione della discussione

avrebbe richiesto un maggior coinvolgimento di chi è chiamato ad attuare nella pratica quotidiana, come gli anestesisti-rianimatori italiani che, invece, sono stati sorprendentemente esclusi da tali "presentazioni scientifico-divulgative", per poi trovarsi a dover rispondere, nella pratica, di posizioni non univoche e peraltro comunicate attraverso i media in maniera non sempre precisa. Appare infine singolare che i recenti documenti della commissione etica del Governo degli Stati Uniti del Dicembre 2008 e del Centro Nazionale Trapianti dell'Aprile 2009, disponibile sul sito del Ministero, che si esprimono con molta chiarezza su molte delle questioni riportate nelle conclusioni del meeting, non siano stati citati. In conclusione, seppure riteniamo utile il confronto sulle tematiche proposte nel workshop, ci sembra che la carenza di metodo scientifico e di rigore nell'inquadramento delle problematiche, concorrano ad impoverirne l'utilità delle conclusioni per la comunità scientifica e a suscitare un dibattito nel sociale che, vista la chiarezza delle norme e delle procedure di accertamento di morte adottate nel nostro Paese, non può trovare alcuna ragione d'essere.

Comunicato SITO

A nome della Società Italiana Trapianti d'Organo (SITO) che raccoglie al suo interno la molteplicità delle competenze scientifiche (rianimatori, chirurghi, epatologi, nefrologi, diabetologi, immunologi e tante altre professionalità) attualmente operante nel nostro paese, e che ha consentito la realizzazione e il mantenimento di un "sistema trapianti" garantendo ottimi risultati, con punte di eccellenza, esprimiamo una vivissima preoccupazione per le notizie di stampa diffuse a margine di un workshop tenutosi a Viareggio nell'ambito del Festival della Salute, sotto la conduzione di Ignazio Marino. Alcune semplici considerazioni: nel nostro paese esistono delle normative di legge molto avanzate e garantiste che identificano in modo preciso cosa sia la diagnosi di morte cerebrale. Questo ha permesso di individuare in maniera lineare quali sono i percorsi: accertata la morte, se il paziente o i congiunti hanno espresso la volontà di donare si prosegue nel percorso che eventualmente, se le condizioni cliniche lo consentono, permette che questo gesto di generosità possa concludersi con un trapianto; se questa prima via non è percorribile si pone fine alle manovre rianimatorie. Questo è lo schema operativo molto semplice che ha guidato l'operato di tanti colleghi che lo hanno fatto e lo fanno, in momenti molto delicati, nel rispetto del soggetto deceduto, e soprattutto nei confronti dei familiari coinvolti. Quando si parla di "criteri rigidi" ricordiamo che si applicano in scienza e coscienza oramai da decenni e questo ha garantito sia il soggetto in morte cerebrale che il rispetto della legge. Ci sembra che delle "enunciazioni" su un tema così delicato siano estremamente avventate e inopportune, ma forse hanno tutt'altra motivazione che nulla ha a che fare con i trapianti, e non fa altro che creare confusione o incertezza, delle quali faremmo tutti volentieri a meno. Non vuole essere la nostra, una posizione di chiusura, ben disponibili al dibattito nelle sedi idonee e con dati scientifici certi e verificati perché altrimenti il "purché se ne parli" non è serio, né metodologicamente né moralmente, visto che si coinvolge l'opinione pubblica fornendo spot dei quali non comprendiamo il reale significato.

Giornata Nazionale Aido

La Giornata Nazionale dell'AIDO " Un Anthurium per l'Informazione", che tutti noi abbiamo celebrato nei giorni 10 e 11 ottobre scorso, ha avuto l'onore di essere ricordata con un messaggio particolare da parte della Presidenza della Repubblica.

Ringraziamo con viva cordialità il Presidente Napolitano e la sua Segreteria per la sensibile attenzione e con molto piacere pubblichiamo il telegramma che ha inviato al nostro Presidente Nazionale Dott. Passarelli.

POSTE ITALIANE S.P.A. - UDR ROMAPRATI
Pagina 1 di 1 Progr. Stampa 436 Dist. 2163
ZCZC UFF436 055765 NGC/A8533 RIF20091006-022-19450423
IGRM CO IGRM 112
00100 ROMAQUIRINALE 112 06 1948

DOTT.VINCENZO PASSARELLI (UFF 436)
PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA
PER LA DONAZIONE DI ORGANI,TESSUTI
E CELLULE- VIA COLA DI RIENZO 243
00192 ROMA

LA MANIFESTAZIONE ''UN ANTHURIUM PER L'INFORMAZIONE'',
PROMOSSA DALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA DONAZIONE DI
ORGANI, TESSUTI E CELLULE, SI CONFERMA UNA TAPPA RILEVANTE
PER LA SENSIBILIZZAZIONE SOCIALE SUI TEMI DELLA DONAZIONE.
IN TALE PROSPETTIVA, E' NECCESSARIO PROMUOVERE UN PARALLELO
RAFFORZAMENTO DEGLI INDIRIZZI METODOLOGICI, DEI PRESIDI
CHIRURGICI E DELL'ATTIVITA' DI RICERCA, AL FINE DI TRADURRE
UNA MODERNA CULTURA DELLA DONAZIONE IN CONCRETE ASPETTATIVE
DI VITA PER IL MAGGIOR NUMERO DI MALATI.
NELL'ESPRIMERE APPREZZAMENTO PER L'INIZIATIVA E NEL FORMULARE
L'AUGURIO PER IL SUCCESSO, IL CAPO DELLO STATO INVIA A LEI,
GENTILE PRESIDENTE, AGLI ORGANIZZATORI, AI VOLONTARI E A
TUTTI I PARTECIPANTI UN CORDIALE SALUTO, CUI UNISCO IL MIO
PERSONALE.
DONATO MARRA
SEGRETARIO GENERALE PRESIDENZA REPUBBLICA

MITTENTE:
SEGRETARIATO GENERALE PRESIDENZA REPUBBLICA
PALAZZO DEL QUIRINALE
PIAZZA DEL QUIRINALE
00187 ROMA

06/10 19.49
NNNN

Un bilancio a dieci anni dal varo della legge 91/99

Il 28 ottobre si è svolto a Roma un pubblico incontro per fare il punto dell'applicazione della legge 91 del 1999. In dieci anni, sono cresciute le donazioni del 60% ed i trapianti sono aumentati del 50%.

La parte della legge, relativa alla organizzazione della rete delle strutture operative ha consentito questo salto di quantità e qualità.

Ma, al di la di quelli che, in alcuni casi, possono essere considerati dei rituali comprensivi del cerimoniale e dei compiacimenti personali, credo vada riconosciuto il grosso lavoro ed impegno svolto dal dr. Alessandro Nanni Costa (Direttore del Centro Nazionale Trapianti) e da tutti i 15000 addetti (professionisti e non) che operano nel settore dei prelievi/trapianti.

Non va dimenticato inoltre il ruolo dei coordinatori e referenti dei prelievi che operano nelle strutture ospedaliere e che, per la maggior parte, svolgono il proprio lavoro come volontari senza quello che oramai consideriamo indispensabile salto di qualità e di conseguente scelta politica che, possa loro permettere di avere un tempo dedicato (anche parziale) a questo compito.

Nel contesto delle positività, non possiamo dimenticare il dato negativo delle opposizioni alla donazione (+ del 30%) frutto di una difficoltà anche operativa degli addetti(luoghi della comunicazione di una morte, corridoi di un ospedale ; metodologia dell'approccio con i parenti dei potenziali donatori; pregiudizi o mancanza di informazione sulla morte cerebrale e sull'argomento della donazione) e della non sufficiente sensibilizzazione dei cittadini.

Vogliamo a questo punto evidenziare alcuni interventi che speriamo possano avere un seguito e che, dalle parole, possano trasformarsi in fatti.

Il Ministro Sacconi ha denunciato alcune criticità del sistema che vanno dalla carenza di organi, al sistema operativo che deve divenire più omogeneo sul territorio; dalla rete di coordinamento che deve essere migliorata, al riconoscimento del CNT come organo operativo a sestante, al ruolo dei coordinatori, al numero dei chirurghi che sta calando per le difficoltà operative che si riscontrano sul campo.

Per superare queste difficoltà ha proposto iniziative per promuovere la cultura del dono (tema che sarà sviluppato in occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia), fare campagne mirate per ridurre le opposizioni alla donazione, coinvolgere maggiormente i comuni e sviluppare iniziative nelle scuole, rendere maggiormente autonoma la rete trapiantologia e rafforzare il ruolo dei Coordinatori.

Il prof. Sirchia ha evidenziato la problematica dei donatori anziani e delle opposizioni sollecitando azioni di marketing e denunciando la persistente "paura" sulla morte cerebrale.

Le dr.sse Ugenti e la d.ssa Rodorigo hanno evidenziato il ruolo nell'informazione della nostra associazione ed hanno annunciato lo sviluppo della cooperazione con l'anagrafe tributaria per l'aggiornamento dei dati anagrafici dei donatori.

La dr.ssa Bernasconi (Aned) nell'ambito del suo intervento ha richiamato la necessità di una modifica alla legge 91/99 che renda lecito il prelievo là dove non c'è negazione. Il nostro Presidente nazionale Vincenzo Passarelli, nel fare una cronistoria di questi dieci anni ha ribadito la volontà di perseguire la nostra azione di sensibilizzazione e di collaborazione stimolante nei confronti delle istituzioni.

In conclusione, una giornata di speranza che però dovremo trasformare in azione di sempre maggior impegno associativo nelle nostre comunità a tutti i livelli per non dimenticare che, a fronte dei circa 3000 trapianti che vengono effettuati ogni anno, ci sono più di 9000 ammalati in lista di attesa.

Felice Riva

UN CAMPO PER L'AQUILA
UN GIOCO DI SQUADRA

FERRARI E NGC MEDICAL CANTÙ IN CAMPO PER L'ABRUZZO

Gemellaggio sportivo tra Cantù e Maranello, realtà da sempre legate ai vertici dello sport nazionale e internazionale

L'associazione no-profit "Un campo per L'Aquila", organizza, in collaborazione con Ferrari Spa e Ngc Medical Cantù, Lunedì 16 Novembre alle ore 20.30 presso il Palasport Pianella in Cucciago, una partita di beneficenza per raccogliere fondi per la realizzazione di un impianto sportivo del valore di 2 milioni di euro a Sassa, frazione de L'Aquila. Sulle magliette della Ferrari Spa ci sarà il simbolo di Telethon, mentre su quelle della Ngc Medical Cantù campeggerà il simbolo Aido (lo stesso simbolo ha un posto stabile sulle casacchine della squadra canturina).

L'iniziativa, patrocinata dal Coni, vedrà scendere in campo per una partita di calcio/basket gli uomini della Scuderia Ferrari, accompagnati da Michael Schumacher. E poi, cestisti delle più importanti squadre italiane di serie A1, alcuni calciatori e molti personaggi dello spettacolo.

L'Associazione "Un campo per l'Aquila" è una realtà benefica finalizzata alla costruzione di una palestra antisismica ed ecosostenibile per permettere la continuazione dell'attività alla società giovanile "Scuola minibasket L'Aquila" e ad altre associazioni sportive del territorio.

In relazione allo sviluppo della raccolta fondi è previsto, inoltre, l'ampliamento dell'impianto con un'area destinata ad uso foresteria per i giovani atleti.

<<Sono da sempre uno sportivo e credo fermamente nel ruolo positivo che lo sport ricopre nella formazione dei giovani - afferma Paolo Cremascoli, presidente dell'Associazione "Un campo per L'Aquila" - quando l'amico Pier Luigi (Marzorati, Vice-Presidente dell'Associazione) mi ha presentato l'iniziativa ho subito aderito di cuore per fare qualcosa di concreto per i giovani e le famiglie colpite dal terremoto>>.

Per raccogliere ulteriori fondi, per la realizzazione della palestra, a fine partita le magliette di gioco, indossate dai campioni dello sport e dello spettacolo, saranno vendute all'asta sul sito della pallacanestro Cantù.

lunedì 16 novembre
ore 20.30
Palasport Pianella
Via per Cantù
Cucciago (CO)

Prevendite abituali
pallacanestro Cantù

Biglietti
www.pallacanestrocantu.com
comunicazione@pallacanestrocantu.com

L'Aido Lombardia

Bergamo
Sezione
24125 - Via Borgo Palazzo, 90
Presidente: Monica Vescovi
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
Presso A.O. Ospedale Sant'Anna
22100 - Via Napoleona 60
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
lombardia@aido.it

Aido Nazionale
Sede: 00192 Roma, Via Cola di Rienzo, 243
Presidente: Vincenzo Passarelli
Tel. 06.97614975 - Fax 06.97614989
aidonazionale@aido.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
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 Provinciale
20052 - Monza (Mi)
Via Solferino, 16
Presidente: Lucio D'Atri
Tel.039.3900853
Fax 039.2316277
aidosezionemonza@infinito.it

Milano
Sezione Pluricomunale
20159 - Piazzale Maciachini, 11
Presidente: Maurizio Sardella
Tel./Fax 02.6888664
info@aidomilano.it

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

Sondrio
Sezione
23100 - Via Meriggio, 12
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