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 XX n° 188 GENNAIO/FEBBRAIO 2011

Sommario

pagina 2 Ospedale di Legnano, tanta professionalità per la promozione del prelievo di organi

pagina 15 Il dolore fisico: lo si può controllare

pagina 18 Mangiare meglio... per soffrire meno

pagina 21 La salute è il frutto d'amore della cura e dell'attenzione

pagina 25 Piano Sanitario Regionale 2010 - 2014

pagina 28 Documento in merito alla Rete Nazionale per i Trapianti

pagina 32 «Lezione di... vita» dalla teoria... alla pratica

Spazio ai lettori

Per gli interventi dei lettori:
postalettori@aidolombardia.it

È attivo il sito dell'Aido Regionale:
www.aidolombardia.it

NUMERO VERDE
800 20 10 88
Risponde l'Aido Lombardia

PREVENZIONE oggi

Questo periodico è associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale AIDO Lombardia - ONLUS

Anno XX n. 188 - gennaio/febbraio 2011

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. Giuseppe Locatelli
Consulente del Dipartimento di Chirurgia Pediatrica

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

Azienda Ospedaliera A. Manzoni di Lecco

Dott. Amando Gamba
Direttore U.O. Cardiochirurgia

Università Milano Bicocca

Prof. Roberto Fumagalli
Docente

NITp - Nord Italia Transplant

Prof. Paolo Rigotti - *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
Epis Clelia

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 prima decade di marzo.

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

Intervista all'Ospedale di Legnano e riorganizzazione del Centro nazionale trapianti
Analisi del Piano sanitario regionale e racconto dell'esperienza del dolore

Il 2011 di "Prevenzione Oggi" inizia con un numero che potremmo definire "emblematico": ci sono gli argomenti tradizionali e ci sono le esplorazioni su campi nuovi.
Tradizionale è l'intervista introduttiva, con dirigenti e responsabili dell'Azienda ospedaliera di Legnano. Spinti anche dalla curiosità di essere fra i primi a far conoscere queste nuova realtà operativa – nuova nella sede –, abbiamo chiesto di poter raccontare l'impegno nella raccolta e nella valorizzazione delle donazioni di questo importante ospedale, collocato nell'Alto Milanese, e messo al servizio di una fra le comunità più laboriose e solidali del mondo.
Ne emerge un quadro complessivamente positivo, di una realtà che pur essendo periferica, si pone al centro di una intensa azione di diffusione della cultura della donazione e capace di azioni concrete a favore del trapianto di organi e tessuti. Mi ha fatto particolare piacere poter prendere atto dell'entusiasmo sincero con cui i responsabili del settore stanno affrontando il loro delicato compito. Anche questa è una bella pagina della sanità e del sociale lombardi. Ancora tradizionale, se vogliamo è l'articolo che illustra la nuova strutturazione del Centro Nazionale Trapianti sul territorio nazionale. Ne emergono i caratteri fondamentali della nuova organizzazione ma soprattutto l'intuizione che è necessario fare rete sul territorio nazionale per arrivare a conseguire i risultati migliori. Un contesto particolarmente favorevole all'impegno dell'Aido quale Associazione di collocazione culturale e sociale, capace di far lievitare le migliori energie e le enormi potenzialità presenti sul territorio. Se la scelta normativa è stata fatta, ora sta anche a noi farla diventare vincente. E sono certo che l'Associazione saprà raccogliere e vincere questa ennesima sfida di modernità e di capacità di leggere i bisogni non solo sul libro del presente, ma anche su quello delle prospettive future.
Proprio osservando i nuovi scenari che si stanno aprendo di fronte a noi sono stati scritti altri interessanti articoli pubblicati su questo numero. Qui lasciamo un po' il terreno della tradizione per spaziare nell'esplorazione su campo aperto. Da leggere l'articolo sul nuovo Piano sanitario regionale; un Piano che contiene, per la prima volta nella storia della nostra Regione, un importantissimo capitolo su prelievi e donazioni di organi. L'istituzione si fa carico, in questo modo, di sostenere ufficialmente e con strumenti di verifica, l'attività di donazione e di trapianto.
Ho deciso di lasciare alla conclusione la presentazione di due articoli delicati e bellissimi. Trattano del tema del dolore. Il dolore fisico e il dolore "dell'anima". L'esperienza umana è esperienza fragile. Il dolore incrocia spesso le nostre strade e ci coglie sempre impreparati. Sono riflessioni che interpellano la nostra coscienza, che ci aiutano a guardarci dentro, a chiederci il senso ultimo del nostro essere, dell'esistere. Il dolore è un compagno di viaggio che ci affianca quando meno ce lo aspettiamo. Conoscere i tratti di questo dolore può aiutarci a non farci travolgere. Anche e soprattutto quando il peso ci sembra insopportabile.

Leonida Pozzi

In copertina:
«IL CERVINO»©

foto di
Silvio Gamberoni - Bergamo

«C'era una volta una montagna grande, forte e ostile. Sembrava irraggiungibile nella sua altezza. Passa il tempo ed oggi forse è diventata più buona, più accogliente, fino a comportarsi quasi come un Vecchio Nonno Saggio. Gli uomini, come dei chiassosi nipotini, si arrampicano su di lei da tutti i lati, e lei li accoglie, distribuendo Grandi Gioie a chi con sacrificio arriva in vetta.
E d'inverno si copre con il mantello bianco che fa scoprire così forme della natura e paesaggi tutti nuovi, sotto un cielo che valorizza al massimo le forti ed eleganti linee di questa bella cima».

Ospedale di Legnano, tanta professionalità per la promozione del prelievo di organi

Nuovo di zecca, come si diceva un tempo. Questo l'ospedale che abbiamo potuto visitare sul finire dello scorso anno: posto sul territorio del Comune di Legnano e con la vocazione a servire una vasta area dell'Alto Milanese così ricco di gente, attività, professioni.
Insieme con il direttore generale dello stesso ospedale, dottoressa Carla Dotti, abbiamo avuto occasione di fare una lunga chiacchierata con la parte della struttura che afferisce al tema del prelievo di organi in funzione del trapianto. All'incontro hanno partecipato, insieme con l'équipe di Prevenzione Oggi, anche il vice presidente nazionale rag. Felice Riva e la dott.a Donata Colombo, amministratrice regionale.Erano presenti anche il dott Radrizzani direttore del dipartimento di urgenza-emergenza, il dott Cordone direttore sanitario aziendale, la dott.a Radice della direzione sanitaria di presidio e la dott.a Battaglia transplant coordinator.
Come sempre l'introduzione è a cura del presidente regionale Aido e direttore editoriale della rivista, cav. Leonida Pozzi il quale dapprima presenta la rivista e quindi inizia con la prima domanda.

Pozzi: Attraverso la rivista siamo impegnati nella diffusione della cultura della donazione e quindi cerchiamo di mettere in luce le potenzialità delle diverse strutture o delle molteplici professionalità presenti sul territorio lombardo. Arrivando qui abbiamo trovato un bellissimo ospedale…
Dotti: "Abbiamo finito il trasloco e aperto il pronto soccorso l'11 ottobre. Quindi è poco più di un mese che abbiamo finito il trasferimento dei pazienti. Questo è sicuramente un ambiente più confortevole del precedente, anche dal punto di vista proprio della sua abitabilità, della quotidianità. Dal punto di vista della tecnologia è decisamente molto più avanti rispetto sempre al precedente. Abbiamo delle differenze sostanziali per esempio nella rete dell'urgenza

ed emergenza, siamo collegati con una eli-superficie che è abilitata anche al volo notturno e da questo punto di vista il nostro ruolo nei prelievi potrebbe migliorare molto. L'interesse sicuramente è immutato. Conosco il cav. Pozzi ed il tema dei trapianti da tanti anni e ad esso credo che con questa struttura possiamo dedicarci come e più di prima. Il nostro coordinatore dei trapianti è la dottoressa Battaglia che sicuramente poi ci conforterà con i numeri. E mi interessa

molto anche questa proposta di analisi per riuscire a capire insieme come possiamo migliorare nella rete lombarda dei trapianti. Mi dica lei, come è messa la Lombardia?

Pozzi: La Lombardia manifesta alti e bassi. Rispetto al 2008 aveva migliorato nettamente nel 2009 (perché abbiamo lasciato quella pessima quota 17.3 del 2008 che è stato il numero in assoluto più basso che la Lombardia abbia mai avuto nella sua storia). Nel 2009 quindi abbiamo avuto una ripresa stupenda. Adesso però siamo sotto la media dello scorso anno. E non riusciremo a recuperare entro la fine dell'anno. Fra i motivi, il leggero aumento del dissenso e alcune difficoltà per nuove patologie che mettono "fuori gioco" il potenziale donatore. Ma ci racconti un po' di questa Azienda ospedaliera.

Dotti: l'Azienda ospedaliera di Legnano è composta da quattro ospedali. Quello di Legnano è il più grande. Poi c'è l'ospedale di Magenta che è paragonabile all'ospedale di Legnano per importanza, dotato di rianimazione e dotato di eli-superficie. La differenza tra l'ospedale di Legnano e l'ospedale di Magenta sostanzialmente consiste nel fatto che l'ospedale di Legnano ha la cardiochirurgia e la neurochirugia mentre l'ospedale di Magenta non dispone di queste unità, anche se ha tutte le possibilità della cardiologia interventistica esattamente come l'ospedale di Legnano. Quindi i due grandi ospedali sono più o meno paragonabili soprattutto per quello che riguarda il tema che noi trattiamo oggi. Poi abbiamo l'ospedale di Cuggiono e l'ospedale di Abbiategrasso che invece sono delle strutture più piccole, senza rianimazione.

Pozzi: Quindi le potenzialità sono sia a Magenta che qui a Legnano. Qual è il livello di attività di prelievo oggi, alla luce del – fortunatamente – diminuito numero di incidenti stradali con esito mortale, dopo l'introduzione dell'obbligo del casco?

Dotti: Va precisato che anche il numero di incidenti stradali è diminuito grazie a Dio. Anche questa mi sembra una buona notizia...

Pozzi: Questo però fa sì che le donazioni avvengano sempre di più ad età avanzata e tenerlo in cuor battente per sei ore sia più difficoltoso!

Radrizzani: "Sicuramente crea più

difficoltà ma non credo che questo sia il vincolo all'incremento di donazioni. Noi abbiamo un tasso di mortalità durante il periodo di osservazione che veramente è molto basso, pari a zero nel 2009. Peraltro la dott.ssa Battaglia si è molto impegnata anche proprio nel trattamento del donatore marginale (abbiamo fatto anche una tesi su questo tema). Noi siamo in una rete che ci consente di confrontarci con altre 230 terapie intensive in Italia. Le commissioni di accertamento per morte in tutta Italia in questa rete di terapie intensive, sono attorno al 15 per cento dei pazienti deceduti; a Legnano abbiamo il 35 per cento. I donatori sono il 5-6 per cento. A Legnano abbiamo il 13 per cento di pazienti deceduti che donano. Credo che i limiti principali siano da trovare in questa fase, nel superare le barriere alla donazione, cioè al dissenso. Credo che questo sia il dato fondamentale.

Pozzi: Quindi non abbiamo difficoltà dal punto di vista della gestione del potenziale donatore ma la difficoltà maggiore è quella di avere il consenso per la donazione?

Radrizzani: Sì. Un altro limite è dovuto alla difficoltà a volte di far arrivare il paziente in rianimazione. Può succedere, ed è successo, che una paziente con emorragia cerebrale in un ospedale limitrofo, senza neurochirurgia, non possa essere accolta perché non siamo in grado di farlo. Una commissione ad hoc istituita dall'Assessorato Regionale sta lavorando per definire un percorso automatico per una rapida collocazione dei pazienti neurochirurgici. Credo che questo sia un altro dei vincoli, un ostacolo organizzativo.

Pozzi: Io mi auguro che la signora abbia poi trovato posto in qualche altra struttura. Va sottolineato che la maggior parte delle donazioni avvengono in luoghi specializzati.

Cordone: Anche se adesso, a Magenta quest'anno abbiamo già fatto tre osservazioni, accertamenti di morte encefalica e una donazione.

Dottoressa
Giovanna Battaglia

Dottor
Danilo Radrizzani

Felice Riva
Vicepresidente
Aido nazionale

Radrizzani: È possibile trovare potenziali donatori in tutte le rianimazioni; ovviamente è più semplice nelle rianimazioni neurochirurgiche dove avviene la maggior parte delle morti encefaliche. Al di là dell'aspetto clinico c'è un doveroso e complesso iter burocratico che se eseguito solo saltuariamente risulta più complesso. Da questo punto di vista l'informatizzazione potrebbe

Dottoressa
Chiara Radice

Dottor
Angelo Cordone

Donata Colombo
Amministratrice
Aido regionale

snellire la compilazione dei documenti e facilitare il processo.

Pozzi: Infatti in Regione abbiamo più volte segnalato queste difficoltà. Tutto sta in una buona organizzazione. Da rilevare quanto sia importante che il vostro servizio con l'elicottero apra verso quegli ospedali che hanno anche la possibilità di ospitare questo specifico trasporto. Secondo voi quali sono le difficoltà

Dottoressa
Carla Dotti

ESPERIENZA LAVORATIVA

· Dal 2008
Regione Lombardia-Azienda ospedaliera
"Ospedale civile di Legnano"
Direttore generale

· dal 2000 al dicembre 2007
Regione Lombardia-Direzioni generali Sanità e Famiglia e Solidarietà sociale, via Pola 9, 20124 Milano
Governo regionale
Dirigente medico di struttura complessa
Comandata dalla A.O. di Niguarda Ca' granda e poi dalla AOSalvini di Garbagnate milanese alla Direzione Generale Sanità (dirigente di Struttura) e quindi alla Direzione generale Famiglia e solidarietà sociale (dirigente di Unità organizzativa) della Regione Lombardia Sono state condotte le sperimentazioni ed elaborati gli atti regionali relativi alla revisione del sistema di accreditamento e finanziamento delle RSA, Centri diurni integrati, consultori, servizi per le dipendenze, hospice, voucher socio-sanitari e strutture riabilitative per un impegno finanziario complessivo annuale di circa 900 milioni di euro. E' stato attribuito l'incarico di " project-leader" per la elaborazione del Progetto ex. art. 71, l. 448/98 "Riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nella Città di Milano", per un impegno finanziario complessivo di 350 miliardi di lire. Si è collaborato con alcune Aziende ospedaliere in sperimentazioni gestionali di collaborazioni pubblico-privato (projectfinancing). Si è elaborato e coordinato il progetto regionale "Valutazione e sviluppo della rete integrata lombarda per la malattia di Alzheimer" (ex art.12, d. lgvo 502/92), per un impegno finanziario complessivo di circa 14 miliardi di lire

· Dal luglio 2005 al luglio 2006
Fondazione Fratelli Beretta ONLUS di Padenghe sul Garda (BS)
Ex IPAB per l'assistenza alle persone fragili autosufficienti e non autosufficienti
Commissario
Ricostituzione del consiglio di Amministrazione

che incontrate nello svolgimento del vostro lavoro o quale idea di snellimento burocratico potrebbe esserci per rendere il vostro lavoro più efficace nell'attività di prelievo di organi?

Battaglia: L'azienda di Legnano in questi anni ha rispecchiato fedelmente l'andamento della Lombardia. Ha avuto dei momenti di flessione e anche dei momenti di ripresa. Personalmente e sentendo anche i miei colleghi, quello di cui sentiamo la necessità, è il tempo. Il tempo è una grande risorsa. Anche nell'attività di prelievo. Il periodo di osservazione dura 6 ore. Si tratta a volte di pazienti che sono arrivati in rianimazione il giorno prima o 48 ore prima. Abbiamo poco tempo durante l'osservazione e poco tempo prima per instaurare una efficace relazione di aiuto con le famiglie. La percentuale delle opposizioni a Legnano, nella mia esperienza, e abbiamo tutti i dati, è mediamente dal 30 al 40 per cento. Vale a dire che a metà novembre 2010 abbiamo avuto 17 accertamenti di morte encefalica, 7 donazioni, 3 non idoneità cliniche,(sapevamo già all'inizio del periodo di osservazione che non era proponibile una donazione di organi per neoplasie o positività sierologiche). Abbiamo avuto quindi 7 opposizioni. Naturalmente anche io, come coordinatore, sono presente a gran parte di questi colloqui, anche a quelli che hanno dato esito a un'opposizione. Devo dire, ed è quello che mi conforta, che anche quando la famiglia ha manifestato l'opposizione, ci ha però anche ringraziato di quello che avevamo fatto per il congiunto e, in un certo qual modo, ci è sembrato di avere comunque instaurato un rapporto con loro. Un rapporto di aiuto rispettando comunque la loro volontà. Quindi, direi che a Legnano (e anche parlando con i colleghi di Magenta ho avuto la stessa sensazione), dobbiamo agire molto sull'informazione, sulla sensibilizzazione e sulla comunicazione con le famiglie, per recuperare da queste opposizioni una quota di donazioni per i nostri pazienti in attesa di trapianto. Anche a Legnano, nella nostra Nefrologia abbiamo 25 pazienti che sono in lista di attesa per un trapianto di rene. Nelle nostre Medicine ci sono dei pazienti che sono in attesa di un trapianto di fegato e alcuni di un trapianto di polmone. E so anche che i nostri cardiologi mettono in lista qualche paziente, presso Bergamo, per i trapianti di cuore. Quindi, è vero che siamo un ospedale che è attivo sul prelievo ed è anche vero che in questo ospedale ci sono tanti pazienti in lista di attesa per il trapianto. E gli operatori sanitari sono ben consapevoli di questo. Ripeto, quello che a volte non abbiamo è il tempo. Perché in queste 6 ore si concentrano veramente tante cose di forte impatto clinico. E spesso, o ogni tanto, sentiamo suonare il campanello del citofono ed è la famiglia che ci chiede: "allora, come stanno andando le cose?. Ci abbiamo pensato. E' arrivato il fratello che mancava e vorrebbe parlare....". Quello che spesso ho constatato anch'io è che queste 6 ore sono una risorsa preziosa per tante cose, ma soprattutto per il rapporto con le famiglie. Perché le persone, i parenti, capiscono che il medico e gli infermieri hanno molto da fare e non possono stare più di tanto a dare notizie. Però quello che a volte rimane è la fretta di dover condensare tutto in pochi attimi. Su questo bisogna agire e ci abbiamo provato. Noi abbiamo organizzato in Azienda, grazie anche agli stanziamenti per la formazione della Regione Lombardia, più volte il seminario del Nord Italia Trasplant, "La decisione condivisa": un'intera giornata dedicata proprio alla comunicazione con le famiglie. Anche quest'anno abbiamo ripetuto la giornata sulla donazione dei tessuti che ha una grande valenza sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista relazionale. Contiamo nel 2011 di continuare su questa strada, perché l'aspetto di comunicazione in questa attività è fondamentale, come peral-

tro in tutte le attività sanitarie. C'è l'aspetto del fare e c'è l'aspetto del dire, sempre.

Pozzi: Una domanda su questi dinieghi che voi analizzate: tolto il fatto del mancato prelevamento per patologia, e quindi fermandoci solo sul numero dove c'è il dissenso alla donazione, secondo voi, è dovuto a un retroterra culturale, di mancanza quindi di cultura della donazione? Dobbiamo cioè ricondurlo al fatto che queste persone non abbiano ricevuto sufficienti informazioni e al momento della richiesta le persone non siano preparate?

Battaglia: Ci sono diversi aspetti. Nella mia esperienza è anche capitato diverse volte che sia stata la famiglia, spontaneamente a chiedere la donazione. Avendo capito la situazione, anche nelle donazioni di cornee, a volte, e capita sempre più spesso, è la famiglia che spontaneamente chiede: "Ma può donare qualcosa?". A volte scopriamo invece che non lo chiedono perché pensano che il deceduto sia troppo anziano. Questo è un altro pregiudizio da sfatare. Non solo tra i parenti ma anche a volte tra gli operatori sanitari. Per il resto direi che il grado di informazione, soprattutto in Lombardia, sta aumentando. Perché partecipando a questi colloqui vedo che veramente le persone sono più informate anche sul concetto di morte encefalica: capiscono di cosa si sta parlando. È una consapevolezza culturale che probabilmente nel momento dell'elaborazione del lutto è più difficile avere per arrivare a fare il passo successivo: dalla elaborazione della morte del congiunto alla decisione della solidarietà. Io penso che molte volte nelle persone ci sia un ripiegamento nel dolore.

Pozzi: Sono convinto che in quel momento non abbiano ancora elaborato il lutto. Inizia il processo perché riceve la notizia e contemporaneamente deve rispondere alla domanda di disponibilità a donare gli organi. È peraltro vero che sono finiti i tempi in cui la richiesta del consenso veniva

· Dal dicembre 2003 ad ottobre 2005
RSA Pio e Ninetta Gavazzi di Desio (Milano)
Ex IPAB per l'assistenza agli anziani non autosufficienti
Commissario
Trasformazione giuridica dell'istituzione

· dal 1998 al 2000
Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano
Ospedale e Polo Universitario
Direttore Sanitario d'azienda
Oltre alla realizzazione di 3 nuove Unità operative ed alla riorganizzazione dell'attività chirurgica, si sono revisionate tutte le procedure, si sono definiti alcuni percorsi diagnostico-terapeutici (con più punti d'ingresso del MMG nell'iter tracciato) e si è introdotto un protocollo per la rilevazione degli incidenti occorsi ai pazienti. Si è organizzata la procedura di PTCA, con "stand-by" cardiochirurgico a distanza, e l'attività di un mezzo di soccorso "advanced life support" che presidia dal settembre del 1999 l'area milanese

· dal 1995 al 1998
Azienda Ospedaliera Ospedale Sant'Anna di Como
Ospedale
Direttore Sanitario d'azienda
La disponibilità di tutti i "DRG" dei pazienti del bacino di utenza ha consentito di precisarne le esigenze, di definire un piano di riorganizzazione delle prestazioni (con indicatori di attività e di costo) e di ristrutturazione edilizia (elaborazione del progetto in attuazione della Legge 67/88, per un finanziamento di 75 miliardi).

· dal 1988 al 1995
Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda, USSL 75/V, Pio Albergo
Trivulzio di Milano,
Aziende sanitarie pubbliche
Vicedirettore sanitario

TITOLI DI STUDIO E SPECIALIZZAZIONI

Università degli studi di Milano:
1988-90 Specializzazione in Igiene e medicina preventiva (orientamento Tecnica ospedaliera)
1982-86 Specializzazione in Igiene e medicina preventiva (orientamento Sanità pubblica)
1978-82 Specializzazione in Malattie dell'apparato digerente
1978 Laurea in Medicina e Chirurgia

fatta di fretta, in un corridoio, o cose del genere. Oggi non è più così. È stata fatta tanta strada.

Battaglia: Qui tantissimi meriti sono del prof. Seveso. Il primo prelievo di reni in questo ospedale è avvenuto nel 1984. E fu il prof. Seveso che ci mise tutti su questa strada adoperandosi molto perché venisse iniziata, mantenuta e ampliata questa attività. In questa Azienda ospedaliera, le segnalazioni vengono fatte: tutti i pazienti per cui valgono i criteri di morte encefalica vengono sottoposti ad accertamento indipendentemente dal fatto che possano essere o non essere donatori. Anche se sappiamo che per una neoplasia metastatizzata non potranno donare. Il passo fondamentale nell'individuazione dei potenziali donatori è identificare sempre correttamente lo stato di morte encefalica e adempiere a tutto quello che prescrive la legge. Direi che l'Azienda in questo senso si è attivata anche promuovendo una reperibilità intra-aziendale dei tecnici di neurofisiopatologia. Abbiamo un pool di tecnici, tra Magenta e Legnano, che ci consente di effettuare l'accertamento anche di sabato, di domenica, e, dovesse esserci la necessità, anche nelle ore notturne.

Pozzi: A Magenta mi risulta che quest'anno ci sia stato un segnalato e un'opposizione.

Battaglia: E' vero. I dati non sono però aggiornati a novembre perché nel mese di novembre i colleghi di Magenta hanno svolto altri due accertamenti di cui uno è esitato in una donazione.

Pozzi: Disponete di un collegio per l'accertamento solo in questo ospedale e poi interviene sul territorio?

Radrizzani: Sostanzialmente abbiamo il collegio di Legnano e il collegio di Magenta. Condividiamo alcuni livelli tecnici.

Pozzi: Quali sono le intenzioni della direzione generale in questo tipo di attività di prelievo?

Dotti: L'attenzione per questa attività di prelievo è tale per cui la Giunta Regionale ha deciso di renderla un obiettivo dei direttori generali. Quindi nessun direttore generale, indipendentemente dalla mia inclinazione personale, può permettersi di non tenere in agenda un tema come questo. Nell'Azienda in cui io sono arrivata quasi tre anni fa, ho trovato questa prassi che ha appena descritto la dottoressa Battaglia, cioè di sottoporre ad accertamento in ogni caso. Anche quelle situazioni che a priori già non sono quelle che esiteranno in un prelievo. E già questo lo trovo una fatto assolutamente cautelativo per il paziente, per la famiglia, indipendentemente poi dall'esito

dell'operazione o del servizio. E quindi su questo noi continueremo. È un impegno forte per quello che dicevamo prima, per questo Collegio che non è facilissimo da tenere insieme, soprattutto in certi giorni dell'anno che molto spesso coincidono con le festività e le assenze più marcate dal servizio.

Pozzi: È del tutto evidente che stiamo parlando di eventi non programmabili…

Dotti: Questo nuovo ospedale in sostanza raddoppia i letti di rianimazione. Nel senso che mentre nella organizzazione del vecchio ospedale la rianimazione era unica, sia quella post-chirurgica che quella, diciamo,

generale, qui abbiamo due rianimazioni, una post-chirurgica, post-operatoria che doverosamente deve supportare l'attività di alta chirurgia come quella della neuro e della cardiochirurgia. E molto spesso il fatto di avere un'attività molto intensa di neuro e di cardiochirurgia impediva l'accoglimento di pazienti dall'esterno. Avevamo anche ipotizzato, col dottor Zoia che è il direttore generale di Busto Arsizio, che è peraltro anestesista rianimatore, di darci una mano. Di fare addirittura una commissione interaziendale. Vedremo. Rispetto a quanto si diceva prima: la cultura della donazione. La cultura deve essere formata e diffusa prima e non certo nel momento tragico della morte di un congiunto. Però mi sembra che sia molto cambiato da quando abbiamo iniziato. Le ragioni del dissenso sono cambiate. È cambiato molto e si è approfondito anche l'altro filone, quello del dissenziente, oltre che quello del consenziente.

Il passo fondamentale nell'individuazione dei potenziali donatori è identificare sempre correttamente lo stato di morte encefalica e adempiere a tutto quello che prescrive la legge. Direi che l'Azienda in questo senso si è attivata anche promuovendo una reperibilità intra-aziendale dei tecnici di neurofisiopatologia.

Battaglia: Anche dal punto di vista cardiochirurgico volevo segnalare che nella nostra Azienda si apre, diciamo, una nuova possibilità di ampliare la nostra potenzialità di procurare donatori. Perché quest'anno ad esempio, per la prima volta a Legnano, abbiamo avuto una donatrice che è arrivata al prelievo con il circolo sostenuto dalla circolazione extracorporea che è stato possibile solo grazie all'integrazione delle competenze fra i rianimatori, i cardiologi e i cardiochirurghi. Abbiamo un protocollo di intervento per il trattamento dell'arresto cardiaco che prevede l'instaurazione della circolazione extra corporea. E questo amplia gli orizzonti perché si riesce a mantenere non il cuore battente ma una circolazione efficace con un'adeguata perfusione degli organi. Abbiamo avuto finora quattro casi di arresto cardiocircolatorio rianimati utilizzando la circolazione extra corporea ed un caso di prelievo di organi da donatore in morte encefalica sostenuta da circolazione extracorporea.

Pozzi: Quindi è stata la prima volta a cuore fermo?

Dotti: Il cuore era fermo e la circolazione era presente.

Pozzi: E la circolazione era sostenuta da una pompa esterna? Quindi praticamente avete neutralizzato un cuore intanto che avete proceduto con i prelievi?

Battaglia: Esatto. E quindi sono stati prelevati il fegato e i reni la cui perfusione è stata mantenuta adeguata proprio dalla circolazione extra corporea. Queste sono tecniche nuovissime. Pavia lo sta applicando ed è stata la prima in Italia. La ripresa funzionale degli organi prelevati e trapiantati si è dimostrata più che buona.

Pozzi: Questo è un primato da sottolineare perché avviene in un ospedale che non ha un'attività di trapianto

Battaglia: Sì, questa, devo dire, è una spinta che deriva proprio dalla presenza di due unità operative, cardiochirurgia e cardiologia che collaborano molto con noi.

Pozzi: Quanti posti letto avete?

Dotti: Nel vecchio ospedale avevamo 12 posti letto di rianimazione. Nel nuovo ospedale, a regime, ne avremo 20, di cui 10 di rianimazione, 6 di terapia intensiva post operatoria e 4 di sub intensiva. Che non vanno dimenticati perché uno dei "salti" più rischiosi è tra la rianimazione e il reparto di degenza normale: c'è una caduta verticale. Un salto di mille metri più o meno. Avere unità intermedie in cui è possibile tutelare i pazienti che non sono più da rianimazione è un elemento cruciale per aumentare di fatto la disponibilità di posti letto della rianimazione. In questo momento purtroppo, per ragioni tec-

nico-organizzative, abbiamo fatto una piccola regressione perché siamo a 10. Nel senso che andremo a regime, io penso, col nuovo anno.

Pozzi: Quindi queste camere non sono la vecchia camera asettica, cioè è una rianimazione...

Dotti: le due rianimazioni sono sostanzialmente open-space. E abbiamo in una due stanze di isolamento e in un'altra una sola stanza di isolamento.

Pozzi: Utilizzate alternativamente anche per la neurochirurgia?

Radrizzani: Sì. Noi siamo una rianimazione un po' anomala. Legnano nasce come rianimazione generale, poi arriva la neurochirurgia, si impara a fare anche la neurorianimazione ed il tutto diventa una rianimazione generale con un'area neurochirurgica. Poi, quando nel 2000 arriva la cardiochirurgia, si continuano ad imparare cose nuove.

Pozzi: Un po' professionisti della medicina e un po' apprendisti…

Radrizzani: Non però degli apprendisti stregoni. Si è sempre cercato il giusto equilibrio fra la specializzazione e gli aspetti tipici della rianimazione generale.

Pozzi: Una domanda per la dott.ssa Radice: lei è medico di presidio?

Radice: Sono un dirigente medico della direzione medica di presidio di Legnano.

Pozzi: Quindi non è in un reparto?

Radice: No, sono in direzione. Noi abbiamo un rapporto stretto in particolare con la dott.ssa Battaglia, come coordinatore, per tutte le fasi che sono, diciamo, un po' più burocratiche, come la predisposizione della documentazione necessaria per istruire la pratica. Abbiamo sempre contribuito alla fase più di formazione degli operatori interni. E anche nella fase di informazione da dare all'utenza. Sono stati predisposti nuovi percorsi per sensibilizzare l'utenza e sono state valutate e sperimentate modalità comunicative differenti che fossero di ausilio per gli operatori ed i familiari in un momento così delicato.

Pozzi: Quindi cura tutti gli aspetti di rapporti con la magistratura, la parte amministrativa… Quindi praticamente tutto quello che serve per poi passare al prelievo vero e proprio. In merito ai prelievi di tessuti: mi risulta che la Regione abbia alzato la percentuale dei tessuti da prelevare rispetto agli organi solidi.

Battaglia: Diciamo che dobbiamo, come obiettivo aziendale, per le cornee prelevare almeno il 5 per cento dei pazienti deceduti a cuore fermo. E abbiamo anche l'obbligo del prelievo di tessuto osseo da donatore vivente nella misura del 5 per cento dei pazienti che vengono sottoposti all'intervento che tecnicamente viene chiamato di artroprotesi totale, cioè in cui viene praticata la resezione della testa di femore. In termine tecnico epifisi femorale. La richiesta del consenso ha un impatto anche per questi pazienti. Per la donazione di tessuto osseo stiamo andando bene. Perché proprio con la collaborazione della direzione medica, già dal maggio del 2009, quando siamo partiti, abbiamo messo insieme il protocollo aziendale. Le nostre quattro ortopedie, Magenta, Legnano, Abbiategrasso e Cuggiono, inviano le epifisi femorali alla Banca di riferimento regionale che è all'Istituto Ortopedico Pini. Abbiamo un costante contatto con la dott.ssa Farè di quell'Istituto e la nostra collaborazione dimostra come per i tessuti sia importante puntare anche su quegli ospedali che non hanno la rianimazione. Come Cuggiono e Abbiategrasso. Anche per le cornee abbiamo una procedura in buona attuazione e abbiamo delle donazioni anche fuori dal prelievo multi organo. Stiamo cercando di aumentare la nostra azione formativa ed informativa in quei reparti in cui per le caratteristiche nosologiche ed anagrafiche dei pazienti sussiste un rischio atteso di morte. E anche questo impegno viene supportato dalla Direzione medica con il monitoraggio puntuale del numero di decessi e di prelievi. Abbiamo come riferi-

mento le due banche degli occhi lombarde, che sono la Banca di Monza per Legnano e Cuggiono, mentre per Magenta e Abbiategrasso la Banca di Pavia. Esse rappresentano in realtà due sportelli della stessa Banca perché entrambe seguono gli stessi criteri che sono quelli della Banca europea, quindi il protocollo è unico In generale ci stiamo avvicinando all'obiettivo regionale ma, per le cornee dobbiamo ancora lavorare molto. Non siamo ai livelli dell'Azienda di Busto, solo per citare qualcuno che è vicino a noi. Però alcuni buoni risultati li abbiamo, anche noi.

Pozzi: Con lei è stato fatto un grosso passo avanti...

Battaglia: Direi che il passo avanti è stato fatto soprattutto nell'iniziare l'attività al di fuori della rianimazione, perché fino al '99 in Azienda i prelievi di cornee venivano fatti essenzialmente in rianimazione nell'ambito del multi-organo. Dal '99 in poi mediamente, dalle 30 alle 40 donazioni di cornee annualmente le abbiamo avute e direi che il 50-60 per cento di queste donazioni avvengono al di fuori della rianimazione. Quindi piano piano stiamo diffondendo questa pratica anche, per dire, all'internista piuttosto che al medico di pronto soccorso, piuttosto che al neurologo.

Pozzi: Ma c'è un protocollo che la Regione Lombardia aveva e che era partito dall'ospedale di Lecco. Un protocollo che funzionava anche abbastanza bene perché, basato in gran parte sulla collaborazione anche degli infermieri. Infatti gli infermieri hanno il contatto con i parenti, informano i parenti stessi di volta in volta sullo stato di avanzamento della malattia e riescono a preparare anche i familiari alla scelta sulla donazione delle cornee. Si potrebbero fare specifici corsi alla figura professionale infermieristica?

Battaglia: Certamente. Monza e Pavia hanno costituito il cosiddetto *pacchetto dolenza*. Si tratta di una busta che viene consegnata dalle infermiere ai parenti del deceduto. E in questa busta c'è un dépliant illustrativo delle finalità del trapianto di cornee, delle finalità terapeutiche, una breve lettera di condoglianze dell'Azienda sanitaria e la proposta stessa della donazione di cornee del congiunto. Effettivamente questo modello ha avuto dei buonissimi risultati sia a Monza che al Policlinico San Matteo e anche in altri ospedali in cui è stato applicato. In realtà con la direzione sanitaria stiamo valutando proprio l'implementazione di questo tipo di percorso anche nella nostra Azienda ospedaliera. I corsi di formazione e gli audit per il prelievo di cornea in azienda sono stati fatti e devo dire che hanno sempre avuto al 90 per cento la partecipazione degli infermieri (molto meno quella dei medici). Io però non ho rinunciato ancora all'idea di coinvolgere di più i miei colleghi medici anche nell'ambito della donazione delle cornee perché sono convinta che comunque le due figure, medica e infermieristica, debbano procedere affiancate. Anche se constato che in questa attività sono sempre stata molto sostenuta proprio dagli infermieri.

Pozzi: Però se sostituiamo la busta anonima a una voce calda, a un'espressione di un volto che partecipa un sentimento di affetto il risultato è indubbiamente molto diverso.

Battaglia: Infatti il lavoro che ci ha visti impegnati insieme comporta una serie di interventi ben più ampia. Lo abbiamo chiamato: *Pacchetto di solidarietà*. Ci siamo trovati anche a discutere - ma giustamente perché è stato un momento anche quello di crescita -, e poi è stato semplicemente uno strumento che è stato personalizzato in base alle nostre esigenze. Sottolineo il contributo degli infermieri che hanno illustrato l'esigenza di poter disporre degli strumenti che in un momento magari di difficoltà permettano di meglio documentare quello che magari è più difficile fare nel momento dell'incontro con i familiari colpiti dal dramma.

Pozzi: Dottoressa Dotti, è uno strumento che ha comunque bisogno di anima. Con l'anima riusciamo a portare a casa tutto; con un testo scritto sulla carta è un po' difficile. In un momento di dolore non possiamo aspettarci grande attenzione alla lettura, mentre la parola giunge al cuore.

Dotti: Il pacchetto solidarietà non ha il calore umano però ha la possibilità di coinvolgere persone che in qualche modo non riusciamo a "prendere". Ricordavo prima che il maggiore ostacolo, secondo noi, è l'opposizione, in questo momento, per il multiorgano. Alla donazione di cornee c'è un'opposizione molto minore. Eppure manca ancora, come si addice ad un evento fisiologico o prevedibile o atteso o, comunque, non sorprendente, la dimestichezza a maneggiare questo argomento, per tante ragioni culturali, sociali, etiche. Già è difficile affrontare comunque il parente del defunto. È difficile gestire la reazione umana di quei momenti. Una relazione però deve essere costruita e bisogna trovare il tempo. Il fatto di avere a disposizione questo strumento ci permette forse di non perdere quelli che sarebbero convinti a donare e a cui nemmeno lo chiediamo perché non abbiamo avuto o non abbiamo trovato il tempo di chiederlo. Per la maggior parte sono morti annunciate e non colgono impreparato il parente. Siamo noi che non ci siamo preparati e che dobbiamo essere più presenti. Però, intanto che miglioriamo la nostra presenza di voce e di anima, ben venga questo progetto "cartaceo".

Colombo: È comunque importante il fatto che ci siamo incontrati con la dottoressa Battaglia anche recentemente. Abbiamo cominciato a mettere le basi di una collaborazione che mi auguro si possa rinforzare nel prossimo futuro. Il passo successivo dovrebbe essere quello di fare un incontro con tutti i referenti dei vari ospedali che sono sul territorio che sono sette, se non erro. Volevo poi portare l'attenzione su alcuni aspetti delle procedure e delle differenze fra prelievo di cornee e prelievo di organi solidi. Per il prelievo delle cornee siamo costretti a rivolgerci ai familiari. Per il prelievo degli organi invece conta la tessera Aido.

Radrizzani: E' una garanzia di sicurezza in quanto una volontà espressa così chiaramente in vita solitamente viene riferita ai parenti. Perché di fatto noi quando parliamo con la famiglia mettiamo anche la cosa nei termini di verificare presso la famiglia qual era la volontà del defunto... Certo però ci sono i casi numerosi in cui risulta che in realtà il defunto non avesse mai parlato con la famiglia di questi temi. Noi abbiamo sempre riscontrato che quando in vita c'è stata una chiara espressione della volontà, anche documentata, la famiglia aderisce di buon grado.

La legge 91-99 dice che al compimento del 18esimo anno di età ho due possibilità ufficiali perché la mia volontà di donatore sia garantita. Quella di iscrivermi all'Aido perché la tessera è legalmente riconosciuta attraverso una sentenza del tribunale di Roma; oppure attraverso il Centro nazionale trapianti.

Pozzi: Se è documentato che il donatore è una persona che ha espresso questa volontà positiva ma la famiglia si oppone, come vi comportate voi? Lo chiedo perché questa contraddizione sta emergendo anche a livello nazionale.

Radrizzani: A me è capitato un paio di volte in cui la famiglia mi ha consegnato anche uno scritto della persona defunta in cui si attestava la volontà di non donare. E di fronte a un testo scritto non abbiamo che una scelta… Mi è anche capitato un altro caso di recente: il figlio della persona deceduta, pure essendo iscritto all'Aido, ci ha detto che non se la sentiva di prendere questa decisione per il padre. Possono verificarsi tanti casi. Noi puntiamo sempre alla condivisione, ad ascoltare la famiglia e a vedere di comporre, se possibile, anche i pareri difformi. Ma vogliamo innanzitutto mantenere sempre una re-

lazione di aiuto con la famiglia. E in modo che non ci siano lacerazioni.

Pozzi: Ora faccio un intervento un po' polemico: in Italia vige una legge che è la 91/1999, la quale stabilisce una procedura relativa alla dichiarazione di volontà che deve essere rispettata dal cittadino e deve essere rispettata da tutte le organizzazioni sanitarie presenti sul territorio.

Ciononostante, esiste una ulteriore possibilità, che è quella di iscriversi all'Aido, dove la tessera è giuridicamente riconosciuta attraverso una sentenza del Tar del lazio; tanto è vero che, con un accordo siglato dall'Aido Nazionale e il Centro Nazio-

nale Trapianti, tutte le iscrizioni all'Aido vengono trasmesse automaticamente al Sia (Sistema Informativo Aido) che si interfaccia con il Sit (Sistema Informativo Trapianti) del Cnt. Nella fattispecie lei vede che sono contenuti i nomi di circa 110 mila tra donatori e non donatori messi insieme, ricevuti attraverso le Asl. Un milione e 100 mila sono i nostri iscritti Aido. Faccio un esempio: muore Pozzi Leonida nell'ospedale di Legnano. La dottoressa coordinatrice digita il mio codice fiscale. C'è una videata con scritto: Pozzi Leonida donatore sì. Questo sì vuol dire che esiste, depositato, un atto olografo, c'è un atto di volontà, ecc. Arriva mia moglie. Questa mia moglie dice: no, assolutamente a mio marito non si prelevano gli organi. Arrivano i miei figli e dicono: no, assolutamente a mio padre non si prelevano gli organi. Però la mia volontà – e ripeto: la mia volontà – è stata espressa in vita, in piena facoltà di intendere e di volere. Voi cosa fate?

Radrizzani: Nella mia esperienza sono veramente rare le occasioni in cui una volontà manifesta viene violata. Mi ricordo un caso particolare in cui addirittura questo si verificò con un attrito familiare. Io credo che gravare il rianimatore anche di questo peso risulta un po' difficile. Pretendere che noi diventiamo i paladini della volontà mi sembra veramente difficile. Anche perché crea una situazione di attrito coi parenti. Tant'è che la legge prevedeva il silenzio assenso ma non è mai stata applicata proprio per questo motivo. Addirittura la legge prevede che in caso di paziente sotto autorità giudiziaria non ci sia bisogno di chiedere il consenso ai parenti, eppure la chiediamo sempre. Sbagliare in casi di questo genere significa creare una pubblicità negativa che porta enormi danni. Io capisco che Pozzi Leonida dica: Ma come, la mia volontà non conta niente? Però non credo che dovremmo ascrivere al rianimatore la responsabilità di decidere... non è lui il difensore di questa volontà. Dovremmo trovare un'altra strada che forse passa attraverso l'Autorità giudiziaria.

Pozzi: Io condivido perfettamente con lei che prelevare contro la volontà dei familiari creerebbe reazioni - penso anche solo alla stampa - con conseguenze distruttive. Però bisogna cominciare ad educare la gente su questo discorso. È inutile che noi facciamo delle leggi se queste leggi non hanno efficacia sul territorio. Mi metto nei panni di un medico, non me la sento di obbligare all'applicazione della legge una persona che dice di no. Magari ha perso un figlio di 18 anni. Quella madre non vuole, desi-

dera che il cadavere di suo figlio sia lasciato integro. Però dico, arrivati ad un certo momento, se noi non riusciamo a far capire alla gente che la volontà dell'estinto è decisiva manchiamo ai nostri compiti. Bisognerà continuare a lavorare intensamente per formare una cultura della donazione. Senza dimenticare che ci sono le rianimazioni, dove ci sono le potenzialità ma a volte non c'è la volontà. E torniamo allora al tema dei mezzi. Io sono per il coordinatore a tempo pieno. Brescia, Bergamo, Pavia hanno il coordinatore a tempo pieno. Altri, come il Niguarda, no. Cosa ci dice la dott.sa Colombo della propria realtà?

Colombo: La mia esperienza con Legnano è partita con il prof. Seveso, quindi dall'85 in poi, io in quel periodo sono andata all'Aido. E devo dire che la nostra rianimazione ha sempre lavorato bene. Il prof. Seveso naturalmente ha gettato dei semi che poi hanno dato dei frutti fantastici. È continuata l'attività con il dottor Liverta, poi con la dottoressa Moretti e con la dottoressa Battaglia e il dottor Raddrizzani. Noi come Aido territoriale abbiamo sempre avuto un rapporto di collaborazione piuttosto stretto, che si è un po' allentato ultimamente per questioni di normativa sulla privacy. Il dottor Liverta si era reso conto della difficoltà di cui parlavate prima nel rapportarsi con i parenti e soprattutto la mancanza di tempo, come diceva la dottoressa Battaglia. Aveva chiesto a noi di stare vicino ai parenti in quel momento per cercare di aiutarli anche nelle cose pratiche più banali. Faccio l'esempio. Un Natale eravamo lì, la dottoressa Battaglia mi aveva chiamato. La mamma di questa signora che ha donato mi diceva: io voglio sapere dove è la cappella per andare a dire una preghiera. Un altro fratello ha parlato per un'ora e mezza e poi mi ha chiesto: Ma, lei chi è?, perché io sto parlando con lei? Mi sono qualificata e poi gli ho detto: Guardi, se le va mi parli ancora, sia tranquillo. Avevo capito che in quel momento mettersi in ascolto era già una cosa importante. Quindi la nostra collaborazione è stata molto stretta. Però la legge sulla privacy ha impedito tante volte alla dottoressa di farci intervenire, di fare intervenire i volontari per essere di supporto a loro che in quel momento hanno cose diverse da fare. Ma al di là di quello la nostra collaborazione è sempre stata ottima. Noi nel nostro piccolo, siamo soddisfatti di questa collaborazione. Io per anni ho girato nelle scuole con il prof. Seveso. Poi naturalmente l'età è avanzata e non è più venuto lui, ma è arrivato il dottor Liverta che ancora oggi viene con me nelle scuole. Quindi, dottore si prepari, quando va in pensione magari... Come Legnano adesso c'è Riva che seguirà queste cose ma la nostra soddisfazione ci sembra giusto esprimerla in questo momento.

Battaglia: Nell'ambito dei tessuti però mi sembra giusto ricordare anche l'attività della raccolta di sangue dal cordone ombelicale. La nostra ostetricia raccoglie mediamente più di 200 sacche all'anno da inviare al policlinico a Milano. E anche a Magenta, l'ostetricia di recente ha ripreso questo tipo di attività. Quindi diverse cose positive ci sono. Mi piace ricordare anche il grande impegno della nostra ostetricia.

Pozzi: Vi ringrazio. Abbiamo vissuto un interessante momento di approfondimento che sicuramente aiuterà i cittadini a valutare meglio le strutture e i professionisti impegnati nel settore sanitario. E aiuterà anche una diffusione della cultura della donazione basata sulla consapevolezza e la condivisione.

Testi a cura di
Leonio Callioni

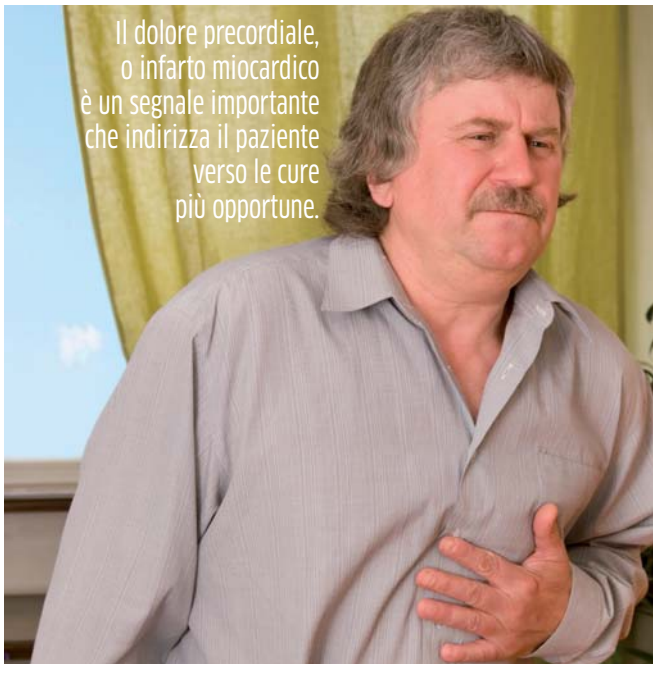
Ha collaborato
Leonida Pozzi

Servizio fotografico di
Paolo Seminati

Il dolore fisico: lo si può controllare

Ed il Signore disse alla donna: " tu partorirai nel dolore (Genesi 3-15) e ad Adamo: maledetto il terreno per cagion tua; con fatica ne trarrai vitto... triboli e spine ti produrrà... con il sudore del tuo volto mangerai il pane"
Con queste parole Iddio punì la donna, Eva, e Adamo che avevano osato mangiare i frutti dell'albero proibito. La Bibbia quindi vede nella sofferenza fisica e nel dolore una punizione per la disobbedienza dei progenitori del genere umano. Su questa premessa si è fondata tutta la tradizione giudaico-cristiana: il dolore è inevitabile e può essere un mezzo di espiazione per le nostre colpe.
Il dolore fisico per noi invece ha un significato ben preciso: è il modo con cui il nostro organismo segnala un danno in atto o potenziale della integrità e della salute del nostro organismo. Se ci fratturiamo un arto il dolore non solo ci avverte del trauma che si è verificato, ma ci induce ad evitare movimenti e comportamenti che potrebbero ulteriormente danneggiare la parte lesa. Il dolore precordiale, tipico della crisi di angina pectoris o infarto miocardico, dovuto ad un insufficiente apporto di ossigeno e nutritivi alla muscolatura del cuore, che quindi ne soffre (ischemia) è un segnale importante che indirizza il paziente verso le cure più opportune, al fine di salvaguardare l'integrità anatomica e la funzionalità di un organo così importante come il cuore. Anche in questo caso il paziente tende a limitare ogni sforzo ed ogni attività per ridurre le necessità energetiche del cuore. Altre volte ancora, il dolore ci avverte di processi patologici in atto e che si sono riacutizzati, come nel caso della colica renale o colecistica da calcolosi. Ovviamente gli esempi sono innumerevoli con caratteristiche proprie di ciascuna patologia.
Tutto questo ci ha insegnato che il dolore non è una condanna, ma un segno di una qualche anomalia nel funzionamento di organi e apparati del nostro organismo e proprio per

questo non devono essere semplicemente "sopportati" ma vanno inquadrati dal punto di vista diagnostico e, quando possibile, combattuti con provvedimenti opportuni.
Gli stimoli dolorifici hanno la loro origine in periferia, là dove è presente una qualche anomalia della funzione di un organo o apparato; le terminazioni nervose sensitive presenti localmente vengono quindi stimolate da agenti di varia natura (chimici, fisici, meccanici ecc.) e inviano segnali al cervello attraverso le vie nervose afferenti presenti nei



nervi e nel midollo spinale.
Segnali che convogliati in aree ben definite del cervello vengono qui elaborati e quindi da noi percepiti come sensazioni dolorose.
Il dolore acuto, in sostanza, ha una funzione difensiva, di allarme così che il soggetto colpito può provvedere ad attuare i comportamenti più opportuni per allontanare la causa scatenante il dolore. L'approccio diagnostico e terapeutico più corretto, ovviamente, differisce da caso a caso. In una fase iniziale può richiedere la somministrazione di farmaci antidolorifici specifici o generici. Nel caso della crisi di angina pectoris, ad esempio, l'impiego della trinitrina e dei nitroderivati in genere allevia il dolore. Ma solo una successiva terapia anche chirurgica o comunque invasiva può risolvere in via definitiva il problema.
Nel caso della cardiopatia ischemica, ad esempio, l'angioplastica coronanica, con dilatazione meccanica di un restringimento dell'arteria coronarica, oppure un bypass aorto coronarico che "scavalca" il restringimento coronarico può risolvere al meglio la sintomatologia. Nel caso di una frattura di un arto il riallineamento dei monconi di osso fratturato e la loro immobilizzazione mediante bendaggio gessato sono sufficienti a controllare il sintomo doloroso ed inoltre favorisce la riparazione naturale biologica della frattura mediante la formazione del callo osseo.
Vi sono casi, al contrario, in cui il dolore acuto persiste invariato per lungo tempo: si parla allora di dolore cronico. Il dolore cronico non rappresenta più un semplice sintomo, ma diventa di per se stesso una malattia.
Alla sensazione dolorifica si affiancano e sovrappongono gradualmente altri segni quali la debolezza, l'insonnia, la diminuzione dell'appetito e quindi la perdita di peso, la scomparsa del desiderio sessuale. Predomina l'umore depresso.
Non sempre è evidente la presenza di una malattia organica, tumorale, nevritica, ecc. ed i fattori psicologici diventano un fattore importante del peggioramento del paziente. Si è soliti classificare il dolore cronico in relazione alla patologia di base che ne è la causa.
Si parla quindi di dolore: nocicettivo, quando dovuto alla attivazione delle terminazioni nervose periferiche come nel caso delle metastasi ossee di origine tumorale o nel caso di occlusione intestinale;neuropatico quando sono coinvolte le vie nervose sia periferiche che centrali, come nel caso dell'arto fantasma dall'amputato; ed infine psicogenico,

disturbi di somatizzazione, da ipocondria come, ad esempio, in alcuni casi di mal di testa (cefalea) o di mal di schiena intrattabile, ecc.
Molte di queste manifestazioni dolorose sono di difficile inquadramento e classificazione ed anche l'approccio curativo diventa frequentemente molto difficoltoso.
Negli ultimi anni però molto si è imparato dei meccanismi fisio-patogenetici che sono alla base del dolore cronico e ciò ha permesso di meglio affrontare il problema, di impiegare al meglio i molti farmaci antidolorifici attualmente a nostra disposizione: antinfiammatori (FANS), oppioidi analgesici, ma anche terapie non farmacologiche del dolore (TENS ecc.). Molto si è appreso con l'esperienza anche sul modo di meglio utilizzare le proprietà antidolorifiche delle varie classi di farmaci, non solo come dosaggio, ma anche come associazione tra di loro e come diverso modo di somministrazione.
Certo è che nei casi di dolore cronico persistente e mal trattabile con le comuni terapie è meglio indirizzarsi presso i reparti specialistici della terapia del dolore, ora presenti in tutti i grandi ospedali del nostro territorio.
Non è qui il luogo più opportuno per elencare i numerosi gruppi di farmaci antidolorifici a nostra disposizione, i modi di somministrazione più efficaci e con una minore incidenza di effetti collaterali. E' questo un campo appannaggio sempre più di medici che si sono dedicati particolarmente alla terapia del dolore cronico e in ambienti plurispecialistici.
Ciò che soprattutto importa segnalare nel caso del dolore cronico è l'evitare il "fai da te", di non accontentarsi delle comuni terapie antidolorifiche, ma di farsi guidare da mani esperte che hanno una vasta esperienza curativa.
Anche l'impiego di oppiacei, come la morfina, non è più considerata come una terapia estrema, eroica, da limitare a soggetti allo stadio terminale di alcune gravi malattie. Anche nella nostra legislazione più recente si è opportunamente reso più facile e disponibile la loro somministrazione.
Il dolore cronico non è più un male da sopportare il più possibile, ma una condizione patologica da curare nei modi e nei tempi più opportuni. Non è più una condanna. La legge 15 marzo 2010 nr. 38 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 19 marzo 2010 nr. 65, sancisce in modo definitivo il più facile accesso alle terapie con farmaci antidolorifici a base

Alla sensazione dolorifica si affiancano altri segni quali la debolezza e l'insonnia.

di oppioidi. Ora questi farmaci possono essere prescritti dal medico curante o da sanitari di struttura pubblica con una normale ricetta del Servizio Sanitario Nazionale. E' questa una rivoluzione anche dal punto di vista culturale. La terapia del dolore cronico con oppioidi non è più riservata ai pazienti in fase terminale ma rappresenta un momento importante in tutti i malati sofferenti di dolore cronico, con una particolare attenzione alla qualità della vita del malato, che deve essere la migliore possibile anche in presenza di patologie gravi e di per se stesse invalidanti.

dott. Gaetano Bianchi

MANGIARE MEGLIO...

Dall'emicrania al mal di schiena, dall'indolenzimento muscolare all'artrite, il dolore affligge un po' tutti e aumenta, insieme alle patologie e alla diminuzione funzionale fisica che compare con il passare del tempo. Una dieta sana aiuta a prevenire numerose malattie e contribuisce anche a curarle e a combatterne il dolore che ne deriva.

Alimenti si e alimenti no

Per i mal di testa, dolori articolari, o dolori digestivi, la chiave è rintracciare gli alimenti che possono aver causato il dolore in modo da poterli evitare. I ricercatori hanno rilevato che eliminando dalla dieta alcuni cibi, si può evitare lo scatenamento della crisi dolorosa. Alcol e caffè sono spesso poco tollerati da chi soffre di colon irritabile.

In caso di emicrania, per esempio, l'attacco può essere determinato dall'ingestione di alcune sostanze, come, per esempio, le amine. Tiramina e istamina sono amine presenti in molti cibi come pesce, formaggi fermentati e stagionati, vino, cioccolato e alcuni derivati della soia. Formaggi e bevande fermentate, pesce in scatola o conservato, alimenti in scatola e salumi sono ricchi di istamina mentre albume, fragole, pomodori, cioccolata, prodotti ittici e frutta secca, sono alimenti istamino-liberatori, provocano, cioè la liberazione dell'istamina nell'organismo.

Sembra che alcuni soggetti non riescano a metabolizzare velocemente queste sostanze che, restando più a lungo nell'organismo, provocano il mal di testa mediante un fenomeno di vasodilatazione che può essere seguito o preceduto da una vasocostrizione.Chi soffre di dolori mestruali, dovuti alla sindrome premestruali, può trovare giovamento da una dieta senza dolci, a base di pesce, verdura e cereali integrali che aiuta a ridurre le oscillazioni ormonali.

Il dolore gastrico, dovuto al reflusso gastroesofageo, compare o peggiora con i cibi e le bevande che fanno aumentare l'acidità gastrica come, cioccolato, agrumi, pomodoro, latte e caffè o con alimenti che contribuiscono a rilasciare la muscolatura liscia dell'esofago e a contribuire al reflusso grastrico nell'esofago, come menta, prezzemolo, basilico, origano, cipolla, aglio, cibi grassi, alcol, caffè e bibite gassate.

Sebbene molti fattori scatenanti siano comuni per la maggior parte dei pazienti che soffrono di un determinato disturbo, ogni persona può essere suscettibile ad alimenti diversi che assunti singolarmente o insieme ad altri cibi o sostanze, possono precipitare le crisi.

Per questo motivo, è importante tenere un diario alimentare in cui annotare anche, ora, durata e tipo di dolore, in modo da individuare, il più precisamente possibile, i cibi correlati all'insorgere del dolore.

PER SOFFRIRE MENO

Gli alimenti antidolore

Non credete alle proprietà antidolorifiche degli alimenti? Fate male.

Da secoli la medicina popolare utilizza le proprietà terapeutiche di aromi, spezie e altri alimenti anche per la cura del dolore. Famoso è ancora oggi il rimedio delle nonne di calmare il mal di denti con un chiodo di garofano, tenuto vicino alla parte dolente.

Qualche anno fa, una ricerca degli odontoiatri dell'Università del Kuwait, ha confermato che i chiodi di garofano hanno lo stesso effetto analgesico locale della benzocaina.

I chiodi di garofano non sono però le uniche spezie con effetto antidolorifico, lo confermano le ricerche scientifiche che rilevano che chi segue una dieta ricca di spezie, a parità di situazione dolorosa, utilizza meno analgesici, rispetto a chi mangia normalmente.

La curcuma, uno degli ingredienti del curry, ha azione di anestetico locale. E' stata utilizzata per migliaia di anni come colorante, spezia, ed erba medicinale. In India trova impiego, tradizionalmente, come rimedio per i disturbi dello stomaco e del fegato e per guarire le ferite.

Attualmente si riconosce alla curcuma l'effetto antimicrobico, antiossidante, astringente e altre utili proprietà, anche in odontoiatria per la cura del dolore.

La curcumina, principio attivo della curcuma, ha diversi effetti terapeutici ed ha proprietà analgesiche dimostrate da studi scientifici. La curcumina è utile anche per ridurre l'infiammazione e sintomi come dolore e rigidità delle articolazioni e può prevenire il dolore da processo infiammatorio articolare (artrite), dei tendini (tendinite) e della borsa sierosa di un'articolazione artrite (borsite).

Anche lo zenzero, oltre ad essere un antiossidante, riduce il dolore. Diversi studi hanno dimostrato come lo zenzero, assunto con la dieta possa attenuare il dolore muscolare.

Una recente ricerca, condotta da una studiosa neozelandese, ha rilevato l'effetto analgesico di compresse di zenzero su pazienti sofferenti di osteoartrite.

Il salmone, il pesce azzurro e le noci, sono ricchi di grassi preziosi per la salute, gli acidi grassi della serie omega 3 che il corpo converte in sostanze simili agli ormoni per diminuire l'infiammazione e il dolore.

Gli omega 3 agiscono sopprimendo il rilascio di citochine infiammatorie, sostanze che aumentano nel sangue nella fase acuta di malattie infiammatorie come l'artrite reumatoide. Molti studi dimostrano anche che mangiare moderate quantità di pesce o l'assunzione di olio di pesce riduce il dolore e l'infiammazione, soprattutto per chi soffre di artrite. Le ciliegie, le prugne e frutti di

bosco hanno una fortissima attività antiossidante misurabile in l'ORAC, Oxygen Radical Absorbance Capacity. L'ORAC un sistema in grado di misurare la capacità di tutte le sostanze presenti negli alimenti di bloccare i radicali liberi che accelerano il decadimento di organi e tessuti e provocano l'infiammazione. Questi cibi combattono l'infiammazione che è molto spesso causa del dolore.

Cioccolato e caffè: si o no?

È controverso il ruolo del cioccolato e del caffè come cibi analgesici. Sembra che il cioccolato, come altri alimenti dolci, possa agire sul nucleo del Rafe Magnus situato nel tronco encefalico e la cui principale funzione è la mediazione del dolore, aumentando la produzione di serotonina, un neurotrasmettitore che migliora l'umore. Il cioccolato è però uno degli alimenti controindicati a chi soffre di reflusso gastroesofageo e di emicrania perché può provocare la crisi dolorosa.

Stesso discorso vale per le controindicazioni del caffè. In alcuni casi, pero' come nella cefalea leggera o da week – end, un caffè può essere utile contro il dolore che potrebbe essere causato da un'astinenza da caffè, visto che nel fine settimana si tende a berne meno.

La caffeina, inoltre, fa parte di molti farmaci anti cefalgici perché provoca una vasocostrizione che blocca il dolore.

Farmaci analgesici e alimenti

I farmaci antidolorifici attualmente a nostra disposizione come farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e oppioidi analgesici hanno interazioni con l'uso di alcol. L'alcol può aumentare l'effetto lesivo dei farmaci sul fegato e lo stomaco. Se si beve tre o più bevande alcoliche al giorno, la possibilità di danneggiare stomaco e fegato aumenta. Quando si assumono farmaci oppioidi, bere alcolici aumenta il rischio di pericolosi effetti collaterali.

I FANS, come l'aspirina, possono avere effetti collaterali sullo stomaco e causare ulcere ed emorragie, per cui devono essere assunti con un bicchiere di latte o a stomaco pieno.

Il buon umore combatte il dolore

La reazione di ciascun soggetto al dolore è estremamente diversa e questo potrebbe essere spiegato con il fatto che il sistema nervoso è in grado di attivare un sistema di controllo del dolore, chiamato sistema analgesico, nel quale sono coinvolti diversi neurotrasmettitori, in particolare la serotonina. La serotonina dell'organismo, aumenta quando aumentiamo l'assunzione di triptofano, un aminoacido, presente in molti alimenti, in particolare quelli ricchi di carboidrati, come quelli a base di cereali e loro derivati.

Alimenti che ci danno piacere, come quelli preferiti, il cioccolato o i dolci, migliorano l'umore mentre carenze di vitamine del gruppo B e di selenio, possono peggiorarlo.

Una dieta a base di cereali integrali, frutta e verdure fresche, carne, pesce e frutta secca, con qualche gratificazione dolce, ogni tanto, aiuta a sentirsi più felici e a sentire meno la sofferenza fisica.

Cristina Grande

La salute è il frutto d'amore della cura e dell'attenzione

Voce tranquilla che articola pensieri dosati da buon senso e dal rispetto degli argomenti delicati di cui si occupa: è questo in sintesi il profilo di Don Michelangelo Finazzi il nuovo direttore dell'Ufficio Diocesano per la pastorale della Salute, Sofferenza e Assistenza di Bergamo. Dal gennaio di quest'anno, da quando S.E. il Vescovo Mons. Francesco Beschi lo ha scelto per l'incarico, Don Michelangelo è entrato in contatto quotidiano con il grande mondo della dimensione di cura della persona: composto non solo dai medici e dagli ammalati, ma anche dalle loro famiglie e da migliaia di volontari. Un universo prezioso e complesso che gli Assistenti Religiosi coordinati dal suo ufficio affiancano nelle attività di promozione, incontro e formazione con l'obiettivo di far crescere sempre più un senso diffuso di attenzione al sofferente, una volontà condivisa di bene comune: "Tutto il nostro agire – esordisce con precisione Don Finazzi – ruota attorno ad un concetto ampio di salute. In latino "salute" coincideva con il termine "salvezza" e anche oggi deve assumere sempre più la sfumatura di benessere completo, non solo fisico, ma anche spirituale. Alla salute si legano tutte quelle attenzioni che non mirano unicamente alla cura di una

patologia, ma vogliono condurre l'essere umano ad un benessere globale.
In questo contesto ha dunque senso la presenza della Chiesa nei luoghi dove ci si prende cura delle persone: ovunque si trovino ammalati. Chi soffre non è solo un paziente da guarire in senso fisico, ma deve essere riconosciuto come persona in senso completo. Oggi questa consapevolezza è diffusa: molto è cambiato rispetto al passato; si cerca di costruire un lavoro di rete che vede in collegamento medici, personale tecnico, psicologi, esperti, volontari e le cappellanie composte da laici e religiosi".
Tutto questo è possibile perché lo Stato garantisce la libertà religiosa al cittadino e dunque un malato può a pieno titolo esercitare la propria Fede anche in Ospedale: "E' un vero e proprio diritto del malato – spiega ancora don Finazzi – e considerato che in Italia la maggioranza dei credenti, e la nostra storia, sono legati alla religione cristiano-cattolica vi è da tempo una serie di convenzioni territoriali per le quali le Aziende Ospedaliere chiedono alla Diocesi di competenza di avere assegnato presso le loro strutture un religioso che possa adempiere a compiti di assistenza e conforto verso i malati, oltre che di formazione e sostegno per il personale sanitario e di accompagnamento dei familiari". Don Finazzi apre ancor più la nostra visione: "E' importante cosiderare che nei nostri Ospedali oggi troviamo sempre più pazienti stranieri che nei Paesi d'origine hanno maturato culture e fedi diverse dalle nostre. Anche in questi casi un sacerdote può comunque prestare, se il paziente ne ha piacere, conforto ed assistenza morale. In ogni caso qualsiasi ministro di altri culti può in via personale raggiungere il proprio fedele ammalato e stargli vicino. Quello che importa è che nessuno si senta mai solo".
Dalla parola salute, che per prima caratterizza l'Ufficio di Don Finazzi, è naturale passare a meditare sulla seconda che qualifica il suo lavoro: la sofferenza.
E' il "problema dei problemi", qualcuno la teme più della stessa morte! Il servizio che i cristiani vogliono offrire di fronte al dramma della sofferenza fisica e morale dell'uomo non è tanto quello di fornire spiegazioni razionali esaurienti, che chiudano ogni interrogativo o che spengano ogni "ribellione". Quando si è tentato di fornire queste letture si è scivolati in colpevolizzazioni ridicole o in "frasi fatte" che non convincevano nessuno o addirittura mancavano di rispetto al sofferente. Di fronte alla sofferenza del fratello il cristiano offre anzitutto vicinanza silenziosa, condivisione rispettosa e discreta, presenza delicata, ma con-

Di fronte alla sofferenza del fratello il cristiano offre anzitutto vicinanza silenziosa, condivisione rispettosa e discreta, presenza delicata, ma concreta ed efficace, proprio come quella di Dio.

creta ed efficace, proprio come quella di Dio. Del resto anche Gesù, durante la sua agonia, non ha domandato ai "suoi" soluzioni o spiegazioni, ma ha chiesto che "rimanessero" con lui.
Tuttavia è necessario offrire anche una parola, che possa aprire il dolore ad una prospettiva di fiducia e di speranza: sono i malati che spesso lo chiedono. Testimoniare la paternità, l'amore e la compassione di Dio... Affermare la grande dignità della persona e la preziosità della vita, in qualunque momento dell'esistenza, anche nella completa inattività... Individuare la possibilità che il dolore abbia un senso, a partire dall'esperienza concreta del Figlio di Dio, che ha condiviso pienamente anche questo duro tratto di strada dell'umanità... Annunciare che Dio non vuole la sofferenza di nessuno, ma che ha il potere di trarre il bene persino da queste situazioni di dolore... Dichiarare, a partire dalla Risurrezione di Cristo, che il male non ha l'ultima parola! Sono tutti argomenti complessi e delicati, che però possono dare un volto nuovo al dolore e offrire una diversa prospettiva, piena di speranza agli ammalati, che più o meno esplicitamente lo richiedono.
In tutto questo l'assistenza è il terzo termine decisivo: "Desideriamo che tutte le persone che lavorano e stanno accanto agli ammalati possano avere un supporto nella formazione, incontrandosi e mettendo in comune la loro esperienza. Riscoprire l'assistenza ai malati, a vari livelli, come una vocazione, comporta una duplice scoperta: chi offre il suo servizio riconosce nell'ammalato la presenza di Cristo che dice "Ero ammalato e siete venuti a trovarmi… ogni volta che lo farete ad uno dei miei fratelli più piccoli, lo avrete fatto a me"; nello stesso tempo chi è ammalato individua in chi lo assite un segno di Dio che si prende cura di lui. Così entrambe le esperienze, dell'assistenza e della

don Michelangelo Finazzi

CURIA, UNITALSI E PARROCCHIA di FIOBBIO

Il nuovo Direttore dell'Ufficio diocesano per la pastorale della salute di Bergamo, nonché assistente ecclesiastico dell'Unitalsi e anche parroco di Fiobbio di Albino è don Michelangelo Finazzi, 38 anni. Nato il 16 ottobre 1971 a Trescore Balneario, dopo l'ordinazione sacerdotale (1997) è stato educatore nelle medie del Seminario diocesano (1997-2001) e padre spirituale del Biennio del Seminario (2001-2004). Dal 2004 è stato vicario parrocchiale e Direttore dell'Oratorio di Osio Sotto. Come Assistente diocesano Unitalsi succede a don Tullio Pelis, che ha ricoperto l'incarico ininterrottamente dal 1969. E' anche vice-Assistente del Centro Volontari della Sofferenza (CVS).

Vi sono migliaia di persone che si spendono, a volte eroicamente, in modo gratuito e squisito verso gli altri. Vi è un bene dentro la società che va sottolineato e al quale va data visibilità

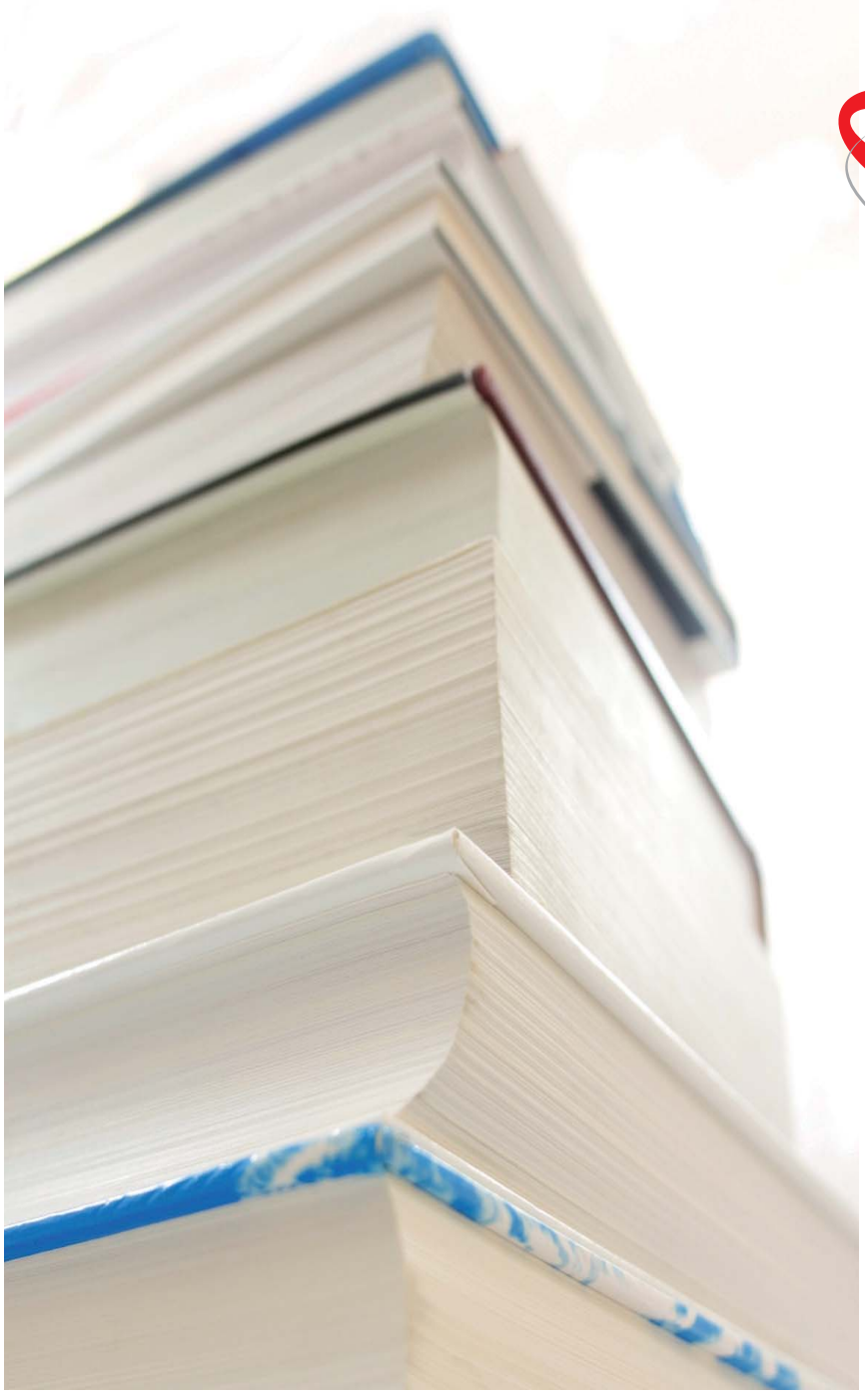
malattia, diventano occasione reciproca di incontro salvifico con Dio. Sul nostro territorio questo aspetto è già molto radicato, ma vi sono nuovi orizzonti verso i quali andare: "Diventa necessario coinvolgere i giovani che con nuove idee, energie e sensibilità hanno grandi potenzialità e possono contribuire alla crescita, non solo numerica, dei gruppi territoriali e delle Associazioni di volontariato. L'incontro tra generazioni diverse non è sempre facile, e spesso l'ingresso in un gruppo di volontariato comporta il ritrovarsi in un mondo prevalentemente anziano. Ecco perché è importante, a livello diocesano, garantire degli spazi specifici in cui i ragazzi possano incontrarsi tra loro, condividere esperienze significative da protagonisti, esprimendosi con libertà. Poi possono ritornare rafforzati nel loro gruppo di appartenenza, portando una ventata di freschezza comunque disponibili ad imparare e a collaborare con tutti".

In quest'ottica si sta muovendo anche il lavoro volto alla Giornata Mondiale della Gioventù 2011 in programma a Madrid nel mese di agosto: "In collaborazione con l'Unitalsi e il Cvs abbiamo organizzato il viaggio di alcuni ragazzi disabili con accompagnatori della loro età: i giovani per i giovani". Vi è dunque un senso anche nel viaggio e nel pellegrinaggio: "Questa può essere una delle iniziative utili per avvicinare i giovani, offrendo loro un momento accessibile e appetibile di intensa riflessione. In viaggio i sofferenti si trovano in comunione tra loro, ma anche in comunione con chi sta loro vicino, e tutti sono in comunione con Dio. Per i giovani volontari un pellegrinaggio è occasione per comprendere la fortuna del loro essere in salute, per imparare ad individuare momenti di gioia non legati a stereotipi, per comprendere come la soddisfazione più grande si possa provare nel mettersi al servizio degli altri".

Giovani o maturi i volontari sono il perno del sistema socio-assistenziale: "Vi sono migliaia di persone che si spendono, a volte eroicamente, in modo gratuito e squisito verso gli altri. Vi è un bene dentro la società che va sottolineato e al quale va data visibilità: questo è uno degli obiettivi prioritari che ci siamo posti insieme a quello di sensibilizzare alla cura complessiva del malato e aiutare le tante e diverse potenzialità nel loro specifico, a mettersi in rete, ad unire le forze, a "fare cerchio" attorno al sofferente".

Clelia Epis

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2010 2014



Qualcuno potrebbe non comprendere come mai il paragrafo sui trapianti contenuto nel nuovo Piano Sanitario Regionale per gli anni 2010-2014 sia da considerare un successo. Qualcuno potrebbe essere portato a pensare che, vista l'importanza di questo settore, dieci righe all'interno di un documento di 41 pagine siano troppo poche. Qualcuno potrebbe sostenere che, in questi anni, non si è fatto abbastanza per porre l'attenzione sulle problematiche che riguardano i trapianti e quindi anche la donazione degli organi.

Per comprendere meglio cosa sta succedendo bisogna fare qualche passo indietro e partire dal 5 luglio 2006 quando il Consiglio Regionale Aido Lombardia, guidato con mano sicura dal Cav. Leonida Pozzi, con un'iniziativa spontanea, presentò un documento alla III Commissione Sanità e Assistenza della Regione Lombardia per porre all'attenzione della stessa la materia della trapiantologia e della donazione degli organi.

Tre pagine in cui si affermavano, in punti sintetici e ben comprensibili, alcune delle posizioni Aido in questa materia, suggerendo alcune possibili strade da seguire per migliorare la situazione. Vista la posizione di eccellenza dell'Italia nei confronti delle altre nazioni europee e mondiali, la Lombardia non poteva restare, in tema di donazioni, a metà classifica, soprattutto visto che, in altre parti del nostro Paese, una migliore organizzazione del sistema, coordinatori locali con più poteri e risorse, una consapevolezza maggiore da parte delle istituzioni a proposito dell'importanza della materia e un'attività di formazione del personale addetto più incisiva aveva portato a risultati di notevole interesse.

Tutto questo senza pretendere nulla ma solo con lo scopo, apertamente dichiarato in chiusura dello stesso documento, di porre l'attenzione su

dalla cura al «prendersi cura»

questi temi. Allora tutto questo lavoro si tramutò in un solo rigo aggiunto al Piano Sanitario Regionale 2007-2009 ma, fatto decisamente più importante, mise le basi per una collaborazione duratura e proficua tra l'Istituzione regionale e l'Aido.

Da allora non sono mancati i momenti di confronto, soprattutto con il Coordinatore Regionale, con il quale si sono sviluppate iniziative e al quale il Consiglio Regionale Aido non ha mancato di far conoscere le proprie posizioni.

Il paragrafo inserito nel nuovo piano va visto quindi come uno sviluppo di questo lavoro certosino e di qualità, soprattutto se si considera il fatto che, questa volta, l'Aido è stata chiamata in causa direttamente dalla Regione per portare le proprie istanze, segno di una considerazione raggiunta che ci permette di guardare al futuro con fiducia.

Ci si può quindi ritenere più che soddisfatti di questo paragrafo, anche se il pragmatismo che caratterizza il modo di operare lombardo, ci spinge a pretendere sempre di più, soprattutto a livello operativo, negli ospedali per intenderci, dove vorremmo vedere le liste d'attesa annullate o i rifiuti alle donazioni ridotti all'osso. Sappiamo che qualche pagina di documento non può cambiare radicalmente la situazione attuale, sono gli uomini che le interpretano e le mettono in pratica; se però gli indirizzi sono buoni e validi ecco che il compito diviene più facile.

Da questo punto di vista possiamo tranquillamente affermare che la Regione sta facendo un buon lavoro e che il nuovo Piano Sanitario parte con il piede giusto, già dal titolo che apre il capitolo riguardante la salute: "Dalla cura al prendersi cura". Di primo acchito pare proprio uno slogan, magari già sentito, ma approfondendo la lettura del documento, appare sempre più come un indirizzo preciso e concreto con cui si sta radicalmente pensando il modo di intendere l'assistenza sanitaria. Un esempio su tutti può indicare questo cambio di rotta molto concreto: il CReG acronimo di Cronic Related Group. Un progetto che coinvolgerà a titolo di sperimentazione cinque Asl, focalizzato sull'approccio alla patologia cronica.

Il malato cronico subisce normalmente, nel suo percorso di cura, una sequenza di interventi spesso disgiunti tra loro, con la conseguenza che vengono mal compresi e con una frammentazione che lascia spesso dei vuoti. Il CReG ha l'ambizione di coinvolgere, con differenti responsabilità tecniche, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le Asl, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, per diventare uno strumento attraverso il quale il sistema affianca il cittadino affetto da patologia cronica e lo accompagna assicurandogli continuità del processo di diagnosi e cura. Per il 2011 le pa-

tologie considerate croniche sono: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi e patologie neuromuscolari.
Un ulteriore esempio di come si possa passare dalla cura al prendersi cura riguarda la differente organizzazione delle nuove strutture ospedaliere attorno alle diverse aree di intensità di cura. Questo pone il problema di come gestire adeguatamente i pazienti che abbiano terminato la fase acuta, ma non siano ancora dimissibili, attraverso una fase "subacuta" che necessita il ricovero in una struttura di carattere sanitario. La trasformazione di circa 1.100 posti letto per acuti e riabilitazione (posti letto tecnici), ubicati prevalentemente nei piccoli ospedali che già adesso non rientrano nella rete dell'emergenza-urgenza e non hanno reparti come l'ostetricia e la chirurgia, permette di generare ambienti dove curare i pazienti che richiedono minor assistenza rispetto alla fase acuta. Ciò significa garantire ulteriore assistenza infermieristica prima della dimissione al loro domicilio.
Per quanto riguarda il capitolo trapianti, inserito a pagina 28 del Piano Sanitario, ci piace sottolineare la presenza di tre punti sui quali la Regione si impegna ad intervenire: la formazione professionale, il coinvolgimento delle Asl e l'inserimento delle Banche dei Tessuti nel sistema trapianti. Solo queste tre affermazioni aprono le porte a grandi prospettive di lavoro e intervento in cui l'Aido può decisamente giocare il suo ruolo. Ci piace pensare che la focalizzazione sulla formazione professionale, sia il merito della richiesta fatta già nel 2006. In questi anni l'Aido ha investito molte risorse sulla formazione, e la ritiene fondamentale in ogni ambito nella quale si voglia eccellere.
Per quanto riguarda Asl e Banche dei Tessuti, sono soggetti che inevitabilmente erano già coinvolti nel sistema, come ben testimoniato dai numerosi progetti sul territorio che li vedono coinvolti insieme alle sezioni Aido più intraprendenti. Questa ulteriore affermazione, in un documento ufficiale, certifica che la strada che si sta seguendo è quella giusta.
Se ci pensiamo bene, non servono molte parole, quello che più conta sono i fatti e l'Aido, da questo punto di vista, è prodiga e concreta.

Paolo Seminati

Piano Socio Sanitario Regionale

TRAPIANTI

La medicina dei trapianti ha in Lombardia aree di assoluta eccellenza, rappresentate dai Centri trapianti presenti sul territorio lombardo (ventuno centri trapianti, in quattro AO e quattro IRCCS, sia pubblici che privati).
L'attività trapiantologica è negli ultimi anni in costante incremento e di ottimo livello clinico. Va quindi garantito il mantenimento degli standard di attività e di qualità raggiunti anche per la rilevanza che tale attività riveste in ambito interregionale.
Verrà costantemente monitorata e migliorata l'attività di reperimento degli organi, con programmi di formazione professionale e di sensibilizzazione del cittadino, da attivare con la collaborazione anche delle ASL. Verrà costantemente verificata l'appropriatezza dell'intero processo, dalla segnalazione al trapianto, per migliorare i soddisfacenti livelli raggiunti.
Le banche dei tessuti entrano nel sistema trapianti e la loro attività verrà potenziata con interventi di stimolo alla raccolta / donazione.

Il Piano Socio Sanitario Regionale può essere scaricato dal sito dell'Aido Regionale Lombardia

www.aidolombardia.it

DOCUMENTO IN MERITO ALLA RETE NAZIONALE PER I TRAPIANTI

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome lo scorso 10 febbraio, contribuisce a chiarire i ruoli e l'organizzazione della rete nazionale per i trapianti. Viene riconosciuta la centralità dei trapianti e l'importanza di adeguamenti strutturali per compensare la crescente domanda di salute dei pazienti in lista di attesa. Di seguito il testo integrale.

Premessa

La Rete Nazionale per i Trapianti rappresenta uno dei modelli piu efficienti di programmazione e gestione assistenziale co-partecipata tra il Govemo e le Regioni. Negli ultimi anni le attivita di trapianto sono notevolmente incrementare grazie alla crescita esponenziale delle donazioni (5.8 donatori utilizzati p.m.p. nel 1992, 19.7 nel 2004).

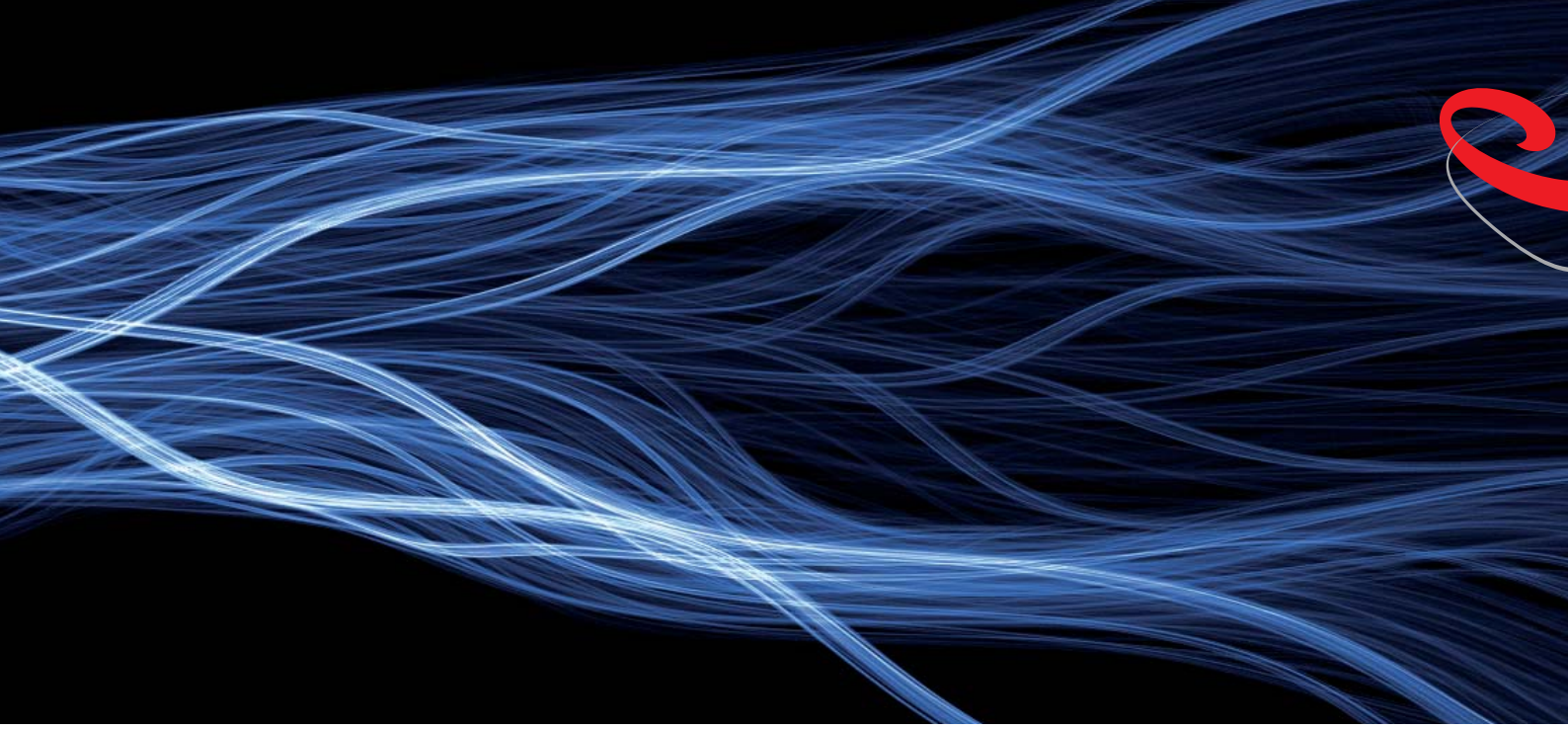
Tuttavia, dal 2004 ad oggi, la rete nazionale trapianti mostra segni di stabilizzazione delle attività. La complessità del settore unitamente alla stabilizzazione dei livelli di attività, richiedono, dunque, interventi strutturali al fine di adeguare l'offerta alla crescente domanda di salute dei pazienti in lista di attesa.

Il documento che segue ha lo scopo di portare in evidenza la struttura a rete della organizzazione trapiantologica italiana e in particolare di evidenziare le interconnessioni funzionali tra i vari livelli, presentando, al contempo, un intervento organizzativo funzionale alla stabilizzazione del sistema a legislazione vigente.

La rete nazionale per i trapianti

La Rete Nazionale per i Trapianti è composta da:

a. il Centro Nazionale Trapianti, art. 8 L.91/99
b. la Consulta Tecnica Permanente per i Trapianti art. 9, L.91/99
c. i Centri Regionali Trapianto (CRT) art. 10 L.91/99



d. i Centri interregionali per i trapianti (CIR) art. 10 L.91/99
e. i coordinamenti locali art. 7 comma 1, L. 91/99
f. i centri di prelievo, art. 13 L.91/99
g. i Centri di Trapianto art. 16, L. 91/99
h. le bandle dei tessuti art. 15, L. 91/99
i. gli istituti delle cellule art. 3, lett. q) D.Igs. 191/2007
J. le Aziende Unita Sanitarie Locali

La rete è articolata in 4 livelli:

1. coordinamento nazionale
2. coordinamenlo interregionale
3. coordinamento regionale
4. coordinamento ospedaliero/aziendale

Per poter assicurare il mantenimento e l'ulteriore sviluppo degli attuali livelli qualitativi e quantitativi è necessario precisare i profili organizzativi e tecnico professionali di queste strutture operative su cui la rete è attualmente articolata, anche alla luce del nuovo assetto istituzionale intervenuto con la revisione del Titolo Quinto della Costituzione.

PRIMO LIVELLO

Centro Nazionale Trapianti Coordinamento nazionale

Il Coordinamento Nazionale della Rete Trapianti viene assicurato dal Centro Nazionale Trapianti. Il Centro Nazionale Trapianti, di cui all'art. 8 della legge 91/99, è organo tecnico del Ministero della Salute del quale recepisce ed applica gli indirizzi e le direttive in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti e di governance della rete trapianti.

Il Centro Nazionale Trapianti è dotato di una propria sede presso l'ISS. Nell'ambito dell'ISS il CNT è dotato di autonomia gestionale, amministrativa, organizzativa e tecnica. Lo stesso dispone di un proprio fondo assegnato dal Ministero della Salute con il quale provvede alla copertura delle proprie spese di funzionamento.

Il CNT si avvale di personale assunto sia in base alle norme, per quanto compatibili, previste all'art. 15 septies D.lgs. 502/1992 nonché in base alle norme che regolano le assunzioni a tempo determinato dal D.lgs. 165/2001 e successive modificazioni alla copertura finanziaria che provvede il CNT con il proprio finanziamento.

Il Direttore Generale, così come disposto dall'art. 8, comma 4, L. 91/99, è nominato dal Ministro della Salute e il relativo contratto è regolato, per quanto compatibile, dalle disposizioni previste dall'art. 3 D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Struttura del CNT:

1. **Direzione Generale** (pianificazione e programmazione, rapporti istituzionali, rapporti con la rete, responsabilità gestionale e amministrativa, verifica e controllo, garante della privacy);
2. **Comitato direttivo e di indirizzo** composto da:
   - Presidente dell'lss, in qualità di Presidente del comitato
   - il Direttore Generale
   - n. 6 rappresentanti nominati dalle Regioni
3. **Direzione sanitaria**
4. **Direzione amministrativa**

Al CNT deve, inoltre, essere riconosciuta la capacità di definire caratteristiche relative alle strutture ed ai processi sia per quanto riguarda i nodi principali della rete (riduzione delle liste di attesa per trapianto, miglioramento della qualita e sicurezza della rete Nazionale), anche in riferimento ai risultati degli audit condotti fino ad oggi.

Il CNT provvede periodicamente, raccordandosi con le Regioni, a valutare la performance dei livelli regionali ed inter-regionali per gli aspetti di struttura, processo ed esito sanciti dalla normativa e dagli accordi Stato-Regioni.

SECONDO LIVELLO

Centri Interregionali per Trapianti (CIR) Coordinamento Interregionale

La costituzione e il funzionamento del CIR sono disciplinate da convenzioni con le regioni interessate.

Il CIR è istituito presso un'Azienda Ospedaliera / IRCCS a seguito di specifico atto convenzionale stipulato tra la Direzione dell'Azienda ospedaliera / IRCCS, il CNT e le Regioni aderenti al CIR, ciascuno per quanto di propria competenza. È strutturato come unità organizzativa funzionale ed amministrativa autonoma all'interno di un'Azienda Ospedaliera / IRCCS con relativa definizione dell'organigramma; è operativo in regime h 24 per garantire la gestione in tempo reale delle procedure di donazione e allocazione di organi per i programmi ad esso delegati.

Il Direttore del CIR è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera ove è istituito, sentite le Regioni afferenti al CIR e il direttore del CNT.

I CIR sono strutture operative che agiscono su mandato del CNT per i programmi di carattere nazionale, quali: Trapianto di organi in riceventi pediatrici, Trapianto di organi in regime di urgenza, Trapianto di Organi in regime di anticipo, restituzioni degli organi ceduti per questi particolari programmi, segnalazione dei Trapianti da Donatore Vivente, scambio di organi con organizzazioni estere (Porta Europea) o per quanto loro delegato dalle Regioni che lo compongono per programmi di trapianto ben definiti (eccedenze, trapianti per particolari tipologie di ricevente o di organo, riceventi iperimmuni) e per compiti ben precisi descritti in delibere regionali o in accordi recepiti.

TERZO LIVELLO
Centri Regionali per i Trapianti (CRT) Coordinamento Regionale

A livello regionale, le Regioni garantiscono l'operatività del CRT, assicurando strumenti operativi e organizzativi adeguati per:

- lo svolgimento delle funzioni di pianificazione, monitoraggio, qualità-sicurezza, accreditamento, verifica e valutazione, formazione, rapporti istituzionali
- il coordinamento h24 delle strutture coinvolte nell'intero processo del trapianto (dalla segnalazione alla consegna dell'organo), la gestione del rischio clinico in tempo reale, l'amministrazione del centro informativo regionale trapianti.

In presenza di particolari condizioni epidemiologiche o organizzative, le Regioni possono avvalersi, con esplicita e motivata richiesta, del supporto operativo del Centro Nazionale Trapianti.

QUARTO LIVELLO
Coordinamenti Ospedalieri

Modello istituzionale

Le Regioni individuano in base alle caratteristiche e al volume di attività delle aziende sanitarie interessate, il numero e le aree di afferenza dei Coordinamenti locali per il prelievo.

Il Responsabile del Coordinamento locale è nominato dal Direttore Generale, con incarico quinquennale.

I Coordinamenti Ospedalieri sono collocati in staff alla Direzione Sanitaria. Le articolazioni del servizio e di posizione del personale medico, infermieristico ed amministrativo dedicato vengono definite in relazione. alle caratteristiche della struttura e del bacino di utenza. Nello specifico per Aziende ospedaliere / IRCCS con potenziali di attività importanti è necessaria la presenza di personale infermieristico e di supporto segreteriale.

Il coordinamento ospedaliero/aziendale necessita una completa integrazione con l'intera struttura ospedaliera dove opera. In tale contesto si inseriscono a pieno titolo non solo le unità operative e le strutture più di frequente direttamente impegnate (rianimazione, e/o reparti neuro traumatologia o neurochirurgia), ma anche quelle che a vario titolo concorrono alle attività di prelievo (servizio di medicina legale, neurologia, anatomia-patologica, radiologia, laboratori, direzione sanitaria). Per le mutate caratteristiche epidemiologiche e per l'introduzione di nuove tecniche terapeutiche, il campo di applicazione del coordinamento ospedaliero è destinato a investire anche unità operative fino ad ora non coinvolte nell'identificazione del potenziale donatore (p. es. stroke unit) e nella definizione dell'idoneità alla donazione (consulenze specialistiche). L'intera struttura aziendale deve quindi intendersi implicata a pieno titolo e con piena disponibilità nel processo di donazione / trapianto.

Per tutti i livelli della Rete va previsto lo sviluppo, il completamento e manutenzione del sistema informativo trapianti (SIT) per la registrazione puntuale di tutte le fasi del processo anche per garantire adeguati livelli di sicurezza, tracciabilità e trasparenza delle attività.

Roma, 10 febbraio 2011

«Lezione di... vita»
dalla teoria... alla pratica

Come Michael ha capito e preso a cuore cosa significa "donare.

Una Lezione di...Vita è il programma di informazione sanitaria, che gli Ospedali Riuniti di Bergamo –Coordinamento Prelievo e Trapianto, sviluppa con gli studenti delle classi 5 di numerosi Istituti Superiori della Provincia di Bergamo, un giorno ogni due settimane circa durante il corso dell'anno scolastico.

Questo programma è stato ampiamente documentato dalla nostra rivista Prevenzione Oggi alla prima "Lezione" di 7 anni fa (ottobre 2004) e ancora nell'edizione del mese di Aprile 2009, in quanto l'Aido partecipa insieme all'Asl, alla Polizia Locale, al Servizio 118, ai medici e infermieri della Terapia Intensiva e ovviamente al Coordinamento Prelievo e Trapianto dei Riuniti.

Questo prologo per raccontare che cosa?

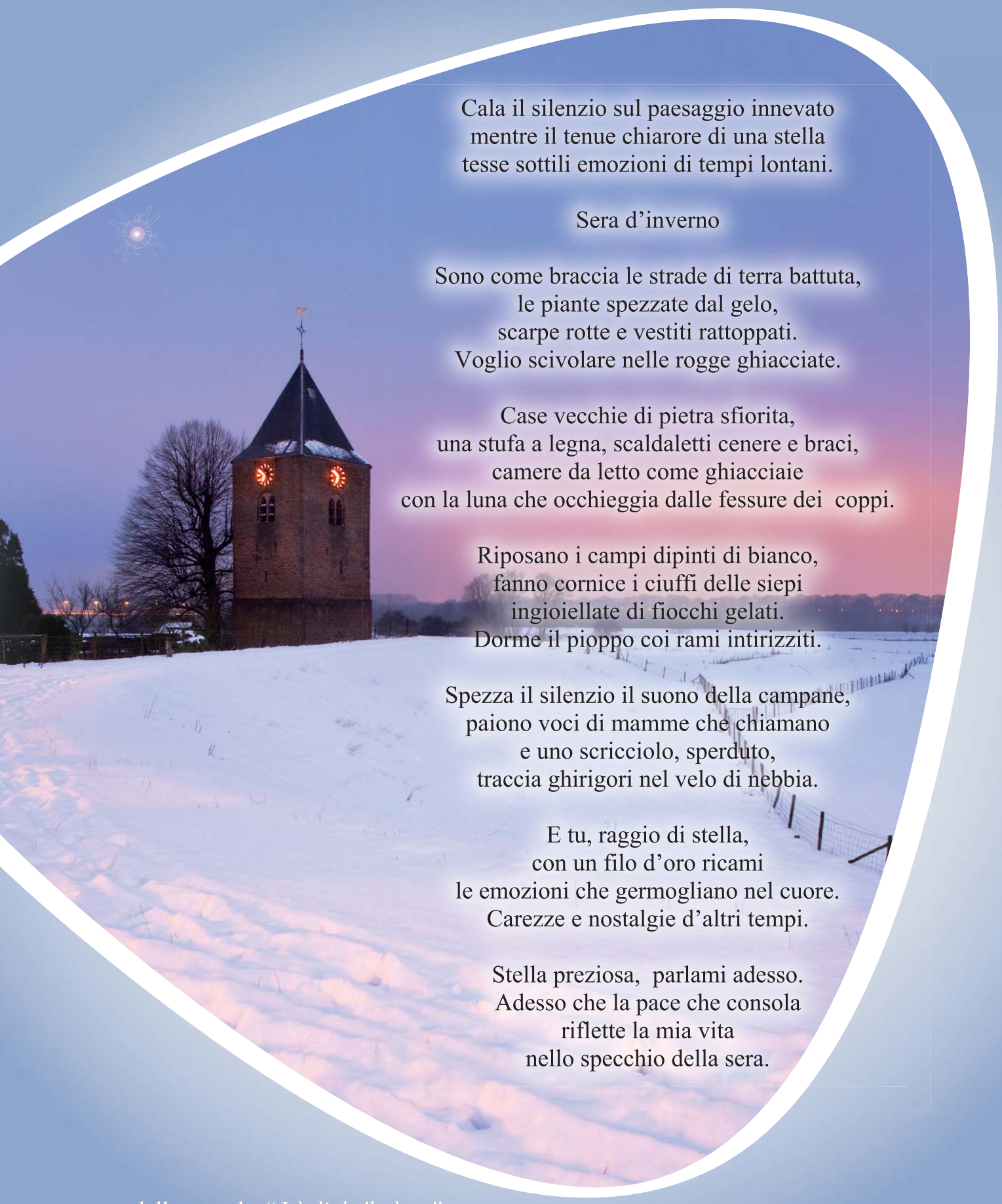
Ebbene, eccovi in breve cosa capitò con la "Lezione" del 16 Dicembre 2010. Due classi dell'Istituto Aeronautico di Bergamo arrivano all'appuntamento, 26 studenti -ragazze e ragazzi- elegantemente vestiti con la divisa della scuola; accompagnati da due professori seguono con molto interesse tutte le fasi della lezione; interagiscono molto bene con i relatori con domande appropriate e curiosità da soddisfare. Tra i numerosi interventi, ci colpiscono in modo particolare due giovani: uno chiede: perchè tanti non sono disposti a donare ? E un secondo che afferma: allora bisogna fare qualcosa per far conoscere e divulgare il messaggio della donazione.

I relatori rispondono alle domande; gli studenti e i professori sono soddisfatti; la lezione termina con la visita al reparto di Terapia Intensiva, come da programma.

Fin qui tutto nella norma; una lezione molto intensa, con una bella partecipazione da parte di tutti; siamo soddisfatti.

La sorpresa arriva qualche giorno dopo, con la telefonata del Dr. Mariangelo Cossolini -Coordinatore al prelievo e trapianto Area provincia di Bergamo il quale ci dice che un giovane è interessato ad approfondire la conoscenza dell'Aido e, visto che pratica uno sport, a pubblicizzare l'Associazione mettendo il logo sulla maglia della divisa. È così che conosciamo Michael, un giovane apparentemente tranquillo, tuttavia con le idee chiare. Viene nei nostri uffici, parliamo un po' dei suoi studi e del suo sport preferito il "downhill" (letteralmente "giù dalla collina"); gli diamo alcuni opuscoli e dvd informativi e l'adesivo del logo Aido. Il giorno successivo, Michael ci manda alcune foto delle sue gare e la sua foto in divisa con ben visibile il nostro logo.

Bravo Michael, grazie di cuore!! per la tua sensibilità e la tua generosità. Tanti auguri per le tue gare ma soprattutto tanti auguri per la tua vita, di studente oggi e professionale domani.



Cala il silenzio sul paesaggio innevato
mentre il tenue chiarore di una stella
tesse sottili emozioni di tempi lontani.

Sera d'inverno

Sono come braccia le strade di terra battuta,
le piante spezzate dal gelo,
scarpe rotte e vestiti rattoppati.
Voglio scivolare nelle rogge ghiacciate.

Case vecchie di pietra sfiorita,
una stufa a legna, scaldaletti cenere e braci,
camere da letto come ghiacciaie
con la luna che occhieggia dalle fessure dei coppi.

Riposano i campi dipinti di bianco,
fanno cornice i ciuffi delle siepi
ingioiellate di fiocchi gelati.
Dorme il pioppo coi rami intirizziti.

Spezza il silenzio il suono della campane,
paiono voci di mamme che chiamano
e uno scricciolo, sperduto,
traccia ghirigori nel velo di nebbia.

E tu, raggio di stella,
con un filo d'oro ricami
le emozioni che germogliano nel cuore.
Carezze e nostalgie d'altri tempi.

Stella preziosa, parlami adesso.
Adesso che la pace che consola
riflette la mia vita
nello specchio della sera.

dalla raccolta *"J àali de 'l vèent"*
Franco Milanesi
Casalbuttano CR

L'Aido Lombardia

Bergamo
Sezione
24125 - Via Borgo Palazzo, 90
Presidente: Monica Vescovi
Tel. 035.235326
Fax 035.244345
bergamo.provincia@aido.it

Brescia
Sezione
25128 - Via Monte Cengio, 20
Presidente: Lino Lovo
Tel./Fax 030.300108
brescia.provincia@aido.it

Como
Sezione
Presso A.O. Ospedale Sant'Anna
22100 - Via Napoleona 60
Presidente: Mario Salvatore Bosco
Tel./Fax 031.279877
como.provincia@aido.it

Cremona
Sezione
26100 - Via Aporti 28
Presidente: Daniele Zanotti
Tel./Fax 0372.30493
cremona.provincia@aido.it

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

Lodi
Sezione
26900 - Via C.Cavour, 73
Presidente: Emerenziano Abbà
Tel./Fax 0371.426554
lodi.provincia@aido.it

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

NUMERO VERDE
800 20 10 88

Aido Nazionale
Sede: 00192 Roma, Via Cola di Rienzo, 243
Presidente: Vincenzo Passarelli
Tel. 06.97614975 - Fax 06.97614989
aidonazionale@aido.it
www.aido.it

Mantova
Sezione
46100 - Via Frutta, 1
Presidente: Antonella Marradi
Tel. 0376.223001
Fax 0376.364223
mantova.provincia@aido.it

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

Monza-Brianza
Sezione Provinciale
20052 - Monza (Mi)
Via Solferino, 16
Presidente: Lucio D'Atri
Tel.039.3900853
Fax 039.2316277
monzabrianza.provincia@aido.it

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

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

Sondrio
Sezione
23100 - Via Nazario Sauro, 45
Presidente: Franca Bonvini
Tel./Fax 0342.511171
sondrio.provincia@aido.it

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