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 1, LO/BG - anno XXI n° 202 AGOSTO/SETTEMBRE 2012

Sommario

pagina 2 — Una tecnica portata in Italia dal dott. Franco Valenza
Nuove ragioni di speranza per chi aspetta il trapianto di polmone

pagina 6 — **Voglio vivere così... col sole in fronte...**
È possibile condurre la propria esistenza con piena soddisfazione e gratitudine dopo un evento critico come il trapianto?

pagina 16 — **La salute in fumo**

pagina 20 — **Una dieta antiossidante**

pagina 24 — **«Donatori di musica»**
La musica come occasione di relazione in aiuto alle cure mediche oncologiche

pagina 30 — Svolta storica
Il padre del trapianto di fegato è italiano

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 XXI n. 202 - agosto/settembre 2012

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

Dott.ssa Cristina Grande

Regione Lombardia - Sanità
Dott. Sergio Vesconi
Coordinatore regionale prelievo/trapianto

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. Giuseppe Piccolo - *Direttore Cir*

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

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

Redazione esterna
Laura Sposito; Clelia Epis;
Fernanda Snaiderbaur

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
C/C UBI BANCA POPOLARE DI BERGAMO
IT 57 R 05428 11106 000 000 071 903

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 ottobre

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

In copertina:
foto di
Roberto Ciminelli - Fotoclub Airuno (Lc)

Ci sono le prove: il primo trapianto di polmone avvenne a Milano per opera del prof. Vittorio Staudacher

Rileggendo le bozze della rivista per definire quanto avrei dovuto scrivere in questo editoriale mi sono convinto che questo numero piacerà in modo particolare ai nostri lettori. Vi ho trovato infatti quella ricchezza di argomenti, quello spaziare su temi di attualità e di approfondimento, che emerge sempre più quale istanza della gran parte dei lettori di "Prevenzione Oggi".

Metto subito in evidenza che la nostra rivista è in grado di offrire una primizia di notevole valore storico e scientifico. Abbiamo infatti le prove che il primo trapianto di fegato (che avvenne su un cane) fu in realtà eseguito in Italia, a Milano, dal prof. Vittorio Staudacher (trentino di origine). Questo è stato ormai riconosciuto a livello internazionale con un articolo dell'autorevole American Journal of Transplantation. Perché solo oggi la comunità scientifica internazionale riconosce questo primato che dimostra l'eccezionale livello d'avanguardia della nostra ricerca e della nostra chirurgia? Semplicemente per una ragione di lingua. Poiché il prof. Staudacher scrisse il proprio documento in italiano e poiché il mondo scientifico comunicava ormai in inglese, questo studio non venne diffuso come meritava. A noi l'onore di rendere merito a Staudacher e all'Italia di questo ennesimo, fondamentale passo avanti della medicina e della chirurgia nazionali.

Interesserà sicuramente ai lettori l'articolo con il quale si illustra la tecnica di recupero, attraverso il "lavaggio" e il reinnesto, di polmoni aggrediti dalla fibrosi cistica. Una tecnica molto interessante, portata in Italia dal dott. Franco Valenza e che è stata illustrata alcuni mesi fa in un incontro organizzato presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo. Nuove tecniche, nuove speranze per chi è in lista d'attesa!

Raccomando poi una particolare attenzione alla lettura dell'articolo firmato dalla psicopeterapeuta dott.ssa Laura Gangeri, dell'Istituto Tumori di Milano. Con tratto delicato eppur essenziale, la Gangeri ci conduce per mano nel percorso umano, famigliare e sociale dei momenti della donazione e di chi si prepara al trapianto. Un articolo che non lascia indifferenti e che induce a profonde riflessioni.

Dopo esserci fermati a valutare l'importanza della lotta al fumo come causa principale dell'insorgenza del terribile carcinoma dei polmoni, e dopo averne quindi assunto l'eccezionale portata medica e sociale, ci accostiamo ad un altro tema molto interessante eppur poco indagato: l'efficacia della musica nella cura e nell'accompagnamento di persone sofferenti di particolari malattie. Il mistero della musica nella vita umana è solo in parte svelato. Nella magìa dell'atmosfera evocata dalla musica è però certo che si può sviluppare una nuova forza che contrasta la sofferenza donando serenità e a volte, ma solo a volte, anche la cura delle patologie. Eppure proprio la serena accettazione dei limiti nel campo della cura rafforzata dalla consapevolezza degli enormi spazi che possono essere occupati nella "gestione serena" della malattia sta la bellezza di questa presenza musicale. Anche questo è un articolo che raccomando ai nostri appassionati e fedeli lettori.

Nella speranza di aver dato, con questo numero, una ulteriore testimonianza di come l'Aido Lombardia abbia a cuore la diffusione di una rivista che sia al contempo credibile, seria, positiva, che insieme con la cultura della donazione e del trapianto diffonda anche valori di condivisione e impegno solidale.

Leonida Pozzi

Una tecnica portata in Italia dal dott. Franco Valenza

Nuove ragioni di speranza per chi aspetta il trapianto di polmone

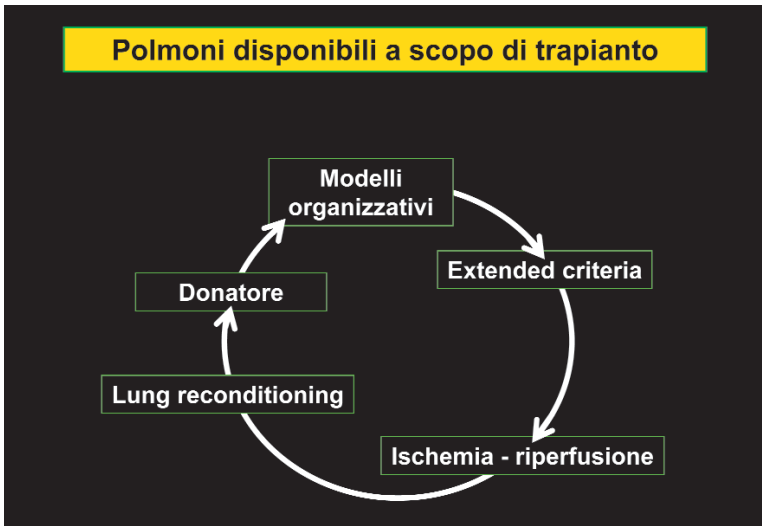
Organizzato con la collaborazione di FROM (Fondazione per la ricerca ospedale maggiore) di cui è Presidente il prof. Tiziano Barbui, è stata presentata il 16 aprile scorso nella sede direzionale degli Ospedali Riuniti di Bergamo la nuova procedura per la valorizzazione e l'utilizzo di polmoni che anziché essere "scartati" vengono "rigenerati" e trapiantati nelle persone in lista d'attesa. Il Convegno, al quale hanno partecipato numerose autorità del mondo scientifico, clinico e della ricerca è stato introdotto dal dott. Mariangelo Cossolini, Responsabile U.S.S.A. Coordinamento Prelievo e Trapianto d'organi e Tessuti Area della Provincia di Bergamo, Direzione medica di Presidio. Azienda Ospedali Riuniti di Bergamo.

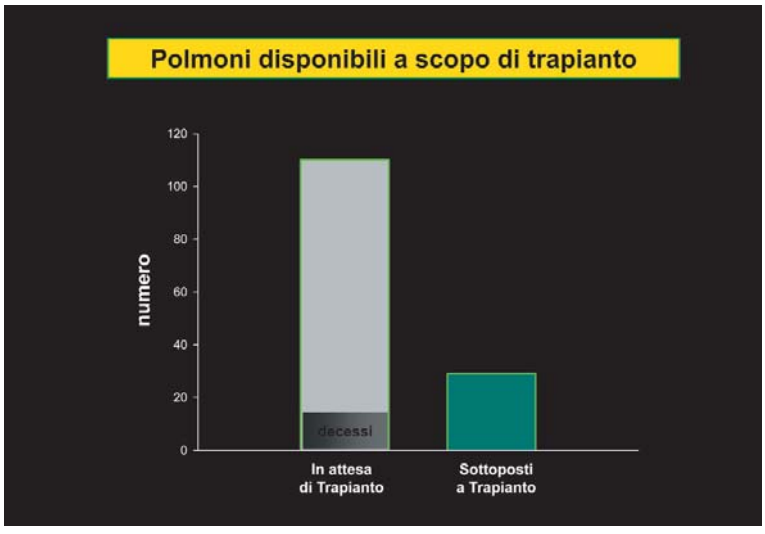
Per l'Aido di Bergamo, gentilmente invitata per l'occasione, era presente il presidente regionale cav. Leonida Pozzi, accompagnato dal responsabile della comunicazione, oltre che assessore alle Politiche sociali del Comune di Bergamo e presidente dell'Assemblea dei sindaci della provincia di Bergamo (ruoli che prevedono una forte interazione con l'attività degli Ospedali Riuniti), Leonio Callioni.

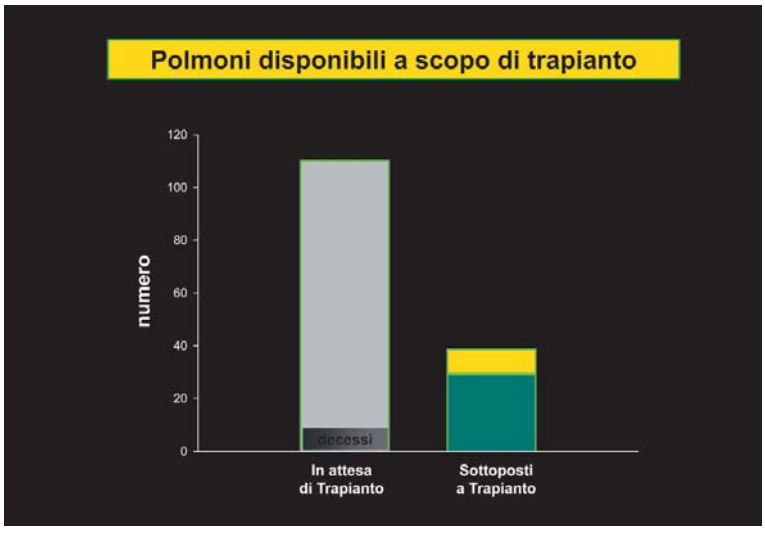
Come si diceva, nell'occasione è stato presentato un progetto per la

gestione del donatore di polmoni e per un successivo "recupero" dei polmoni qualora non fossero immediatamente idonei per essere trapiantati (protocollo EVLP), dopo il prelievo dal donatore.
Relatori il dott. Franco Valenza ricercatore dell'Università di Milano, il Coordinatore regionale ai trapianti della Lombardia prof. Sergio Vesconi, la dottoressa Elena Benazzi del Nitp (Nord italia transplant che è il nostro centro di riferimento interregionale per i trapianti) e il dott. Alberto Benigni di Anestesia 1 che ha avuto modo di compiere uno stage a Toronto, dove è attivo il protocollo EVLP.
Hanno concluso l'incontro come "discussant" i dottori Luca Lorini, Michele Colledan e Alessandro Lucianetti insieme con lo stesso dott. Cossolini.
Il Centro trapianti di polmone di Bergamo nel 2011 è stato il primo in Lombardia, secondo nel Nitp e quarto in Italia per numero di trapianti eseguiti.
Abbiamo chiesto al dott. Cossolini quali fossero i punti salienti emersi dalla presentazione della nuova tecnica di utilizzo dei polmoni atti al trapianto. "Innanzi tutto dobbiamo essere coscienti del problema che i polmoni sono un organo delicato e sono pochi quelli idonei a trapianto. Dobbiamo poi ricordare che abbiamo in Italia attualmente quasi 400 persone in attesa di un trapianto di polmoni con una mortalità in lista dell'11%; ogni anno in Italia eseguiamo 120 trapianti di polmone. Va sottolineato che una strategia per prelevare più polmoni esiste ed è abbastanza semplice da applicare durante il trattamento in terapia intensiva".
"Il protocollo – aggiunge il coordinatore di Bergamo - prevede l'uso di tecniche quali un basso volume di gas nei polmoni, una pressione positiva di 10 cm di H2O e manovre di "reclutamento" per mantenere una buona espansione dei polmoni. È importante inoltre sapere che esiste la possibilità, se dovesse fallire la tecnica normale, di applicare una strategia innovativa che è la cosiddetta EVLP. In che cosa consiste? nel prelevare i polmoni, trattarli per un periodo di tempo variabile che può arrivare anche oltre le 12 ore dopo il prelievo collegati ad una macchina particolare e vedere se migliorano diventando così trapiantabili".
Al Policlinico di Milano sono stati trattati finora quattro casi con ottimi risultati: tutti i polmoni dopo il trattamento hanno recuperato e sono stati trapiantati con successo. Però dobbiamo anche tener conto che stiamo parlando di una tecnica sofisticata, che ha costi elevati e soprattutto non alla portata di tutti. Perciò è fondamentale, innanzi tutto applicare le elementari conoscenze più semplici e poi, eventualmente, in un secondo tempo tenere presente questa possibilità. Un centro come Bergamo dovrebbe prevedere anche questa possibilità in più? Noi pensiamo di sì.
La stampa, pur non avendone dato ampio risalto, ha cercato di illustrare questa nuova potenzialità del trapianto di polmone. Il racconto di una di queste esperienze può aiutare a capire il contesto medico-chirurgico nel quale ci troviamo. Il

Al Policlinico di Milano sono stati trattati finora quattro casi con ottimi risultati: tutti i polmoni dopo il trattamento hanno recuperato e sono stati trapiantati con successo. Però dobbiamo anche tener conto che stiamo parlando di una tecnica sofisticata, che ha costi elevati e soprattutto non alla portata di tutti.







La prima slide illustra il posizionamento della procedura di "Lung reconditioning" nel processo che porta al reperimento degli organi.

La seconda e terza slide illustrano le modifiche ipotizzabili dei decessi e del numero di trapianti applicando la procedura di "Lung reconditioning"

dott. Valenza ci ha presentato il caso di un giovane ventiquattrenne trapiantato con successo al Policlinico di Milano nello scorso marzo. Dopo un intervento di ben 16 ore, la stampa comunicava che erano stati trapiantati polmoni "riciclati". Ne aveva beneficiato un giovane di Milano, affetto da fibrosi cistica e che da alcune settimane si trovava ricoverato al Policlinico a causa di gravi problemi respiratori. Inoltre il 7 marzo era stato assistito con l'Ecmo (Extra corporeal membrane oxygenation), ma il trattamento era risultato insufficiente per il giovane che non tornava a condizioni di respiro accettabili. Le condizioni cliniche erano diventate estremamente difficili e le ore di vita ormai ridotte a pochissime. In questi casi la soluzione può risiedere solo nel trapianto, ma purtroppo le condizioni delle disponibilità sono notoriamente deficitarie e le lista d'attesa sono molto lunghe. Ogni anno sono infatti circa 400 le persone malate che attendono un organo da trapiantare, ma solo un terzo di esse vede realizzarsi il proprio desiderio. Da qui sono partiti, nelle loro valutazioni, gli anestesisti e i chirurghi del Policlinico per decidere, l'eventuale uso di polmoni scartati da altri ospedali (perché era stato verificato che erano in condizioni compromesse). Quindi hanno preso i polmoni "scartati", li hanno "rianimati" e "curati" in laboratorio - con una tecnica imparata a Toronto dal ricercatore Franco Valenza, 46 anni, mai applicata in Italia - e poi li hanno trapiantati.
In tutto un intervento di circa 16 ore. Non poco, ma nemmeno tante rispetto alle performances della chirurgia lombarda. I polmoni si erano resi disponibili alle tre della notte. Il giovane era uscito dalla sala operatoria alle 19. Qualche giorno e il giovane è stato estubato e dimesso dalla terapia intensiva. In questo modo nell'ospedale dove

Al centro il Dr. Franco Valenza con il Cav. Leonida Pozzi e Leonio Callioni

Luciano Gattinoni, quando era alla guida dell'Anestesia e della Rianimazione, negli anni Settanta, aveva inventato l'Ecmo, si avvia una nuova era per il trapianto di polmoni.
Entusiasta, ovviamente, il dott. Franco Valenza, al quale va riconosciuto il merito di avere portato in Italia e reso possibile questa tecnica di recupero di polmoni compromessi, salvando altre vite umane.
Un po' di storia: questo metodo di recupero e uso per trapianto di polmoni "recuperati" è denominata Ex-Vivo Lung Perfusion (Evlp). Si tratta di una creazione del prof. Stig Steen, chirurgo norvegese che opera al Lund University Hospital, in Svezia. Come avviene la rianimazione dei polmoni? Lo ha spiegato bene lo stesso dott. Valenza all'incontro a Bergamo: con soluzioni ricche di protezione, definite ipertoniche, che drenano l'eccesso di liquidi. Poi si attiva una ventilazione meccanica che consente di ottenere la "riespansione" degli alveoli che erano andati incontro a collasso.
Quando ha cominciato, il dott. Valenza, ad interessarsi di questo metodo? Circa tre anni fa, mentre era in congedo di ricerca e studio a Toronto. Da qui la proposta al Policlinico di Milano grazie a un progetto di ricerca che lo stesso ospedale ha finanziato in collaborazione con l'équipe di Luigi Santambrogio, chirurgo che guida la Chirurgia generale toracica e che era in sala operatoria per l'intervento sul giovane M., insieme con altri otto chirurghi e rianimatori. È indubbio che si tratti di una nuova promettente strada per dare speranza di vita a tanti malati di fibrosi cistica o sofferenti per altre patologie dei polmoni.

L.C.

VOGLIO VIVERE COSÌ... COL SOLE IN FRONTE...

È possibile condurre la propria esistenza con piena soddisfazione e gratitudine dopo un evento critico come il trapianto? Pare proprio di sì. E allora perché non capita a tutti? La risposta viene da una recente ricerca

Claudio e Giovanni: due nomi inventati per due storie assolutamente vere. L'uno fa il bancario, l'altro il metalmeccanico. Il primo, separato e risposato, ha alle spalle una frequentazione assidua e prolungata con vari tipi di dipendenze (droga, alcol, ecc.), il secondo vive una vita normale scandita dal lavoro, dalla compagnia di una famiglia, dalla passione per lo sport. Un giorno di quelli che si vorrebbero dimenticare finiscono entrambi all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dove viene loro diagnosticato un epatocarcinoma. La serietà del problema e le condizioni di salute in cui si trovano i due uomini impongono loro un'unica scelta: il trapianto di fegato. Da questo momento, il terribile momento della comunicazione della diagnosi, le loro storie prendono strade diverse. Perché? Perché, a parità di esperienza, per Claudio il trapianto diventa una straordinaria opportunità di crescita personale e per Giovanni molto meno? Come mai l'uno prova gratitudine e rinnovata voglia di vivere e l'altro no? Per via di quale percorso Claudio si attiva per gli altri, con il desiderio di far conoscere a tutti il dono ricevuto mentre Giovanni si chiude in se stesso? La risposta è racchiusa in una ricerca scientifica dal titolo accattivante: "Crescita post-traumatica e adattamento psico-sociale in pazienti sottoposti a trapianti di fegato".

La sta conducendo da più di un anno la Dr.ssa Laura Gangeri, responsabile del SSD Psicologia Clinica dell'Istituto, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi-Milano Bicocca. Abbiamo voluto incontrarla per capire cosa sta emergendo dai primi dati raccolti e come questi spieghino la diversità di atteggiamenti di Claudio e Giovanni, commentandola con lei. Perché il dono della vita attraverso gli organi è dato a tutti, ma non tutti – per i più svariati motivi che lo studio sta indagando – sembrano capaci di riconoscerne fino in fondo il valore.

La Dr.ssa Laura Gangeri
responsabile del SSD Psicologia Clinica
dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Dr.ssa Gangeri, da dove è nata l'idea di questa ricerca?

Da un precedente studio che come Dipartimento di Psicologia dell'Istituto abbiamo fatto nel 2002, poi pubblicato sulla rivista "Transplantation". Dopo aver analizzato un campione di pazienti in attesa di trapianto sotto il profilo della vita emotiva, abbiamo sentito il dovere di allertare la comunità scientifica internazionale sul rischio che si poteva correre dando una lettura sbagliata dei sentimenti che essi avvertivano. L'indagine rilevava infatti che se si consideravano tali sentimenti come negativi e si interveniva nel cercare di contenerli, si finiva per interrompere o per lo meno frenare un processo di migliore adattamento dei pazienti subito dopo il trapianto.

Concretamente di cosa vi eravate accorti? In cosa consisteva cioè questo "migliore adattamento"?

Avevamo osservato che c'erano due diverse categorie di persone in attesa di trapianto: chi lo viveva con una consapevolezza prevalentemente razionale e chi lo affrontava dando spazio anche a tutta la propria sfera emotiva. A parità di condizioni fisiche non perfettamente ottimali dopo il trapianto, chi era riuscito a esprimere tutti i propri sentimenti – compresi quelli negativi – provava un benessere psicologico diffuso accompagnato da un profondo senso di gioia e di gratitudine, chi non si permetteva di sentire emozioni e non riusciva a cogliere il significato profondo dell'esperienza avvertiva un senso di maggiore disagio. Avendo notato che le persone con un migliore adattamento erano quelle più capaci di "trasformazione", con il nuovo studio siamo andati ad approfondire proprio questo aspetto chiedendoci in cosa consistesse, da quali elementi interni ed esterni dipendesse, cosa eventualmente la impedisse.

Da cosa siete partiti nel dare inizio al programma di ricerca?

Innanzitutto si è deciso di inviare a mezzo posta un questionario di tipo quantitativo a 400 pazienti dell'Istituto, trapiantati da almeno 6 mesi e a distanza di massimo 10 anni. Il tasso di ritorno, molto elevato e con bassa percentuale di missing, ci ha consentito di isolare un campione di 214 persone che sono state successivamente sottoposte a una valutazione qualitativa attraverso intervista.

Com'è stato strutturato il percorso di indagine?

Una serie di schede, più o meno articolate e a risposta chiusa, ha permesso di raccogliere dati precisi sul grado di benessere (fisico, sociale-familiare, emotivo, funzionale) e sulla situazione anagrafica dei pazienti (sesso, scolarità, stato civile) indagando al tempo stesso natura ed entità della loro crescita in 5 aree: cambiamento nelle relazioni personali, nella considerazione delle priorità, nelle scelte, nella spiritualità, nell'apprezzamento della vita. Si è quindi trattato di uno studio molto complesso che – dopo la raccolta dei dati – sta ora entrando nella fase di incrocio e di elaborazione statistica dei risultati.

A parità di condizioni fisiche non perfettamente ottimali dopo il trapianto, chi era riuscito a esprimere tutti i propri sentimenti – compresi quelli negativi – provava un benessere psicologico diffuso

Ci può dare qualche anticipazione in merito?

Certamente sì in termini di commento, anche se i dati numerici saranno resi pubblici solo al termine della ricerca. Sicuramente il quadro che emerge è molto positivo, nel

L'ESPERIENZA DI CLAUDIO

Chi è Claudio prima del trapianto? Per sua stessa ammissione, Claudio è un uomo che nella vita ha provato tutto. Ex-bambino "mammone" – cresciuto in una famiglia molto borghese e bigotta – comincia, per una sorta di insofferenza al clima familiare, a far uso di droghe (dalle più leggere alle più pesanti). Da qui a contrarre l'epatite C il passo è breve. Interrotta l'assunzione di sostanze stupefacenti, Claudio stenta a sottrarsi a nuovi "vizi", non meno dannosi dei pregressi, dandosi all'alcool e al fumo. Ciò nonostante, tra una dipendenza e l'altra riesce anche a lavorare e a sposarsi, benché il matrimonio - basato più sul bisogno reciproco che sull'amore - vada in fumo nel giro di soli 6 anni. Rimasto solo, Claudio attraversa anni di gozzoviglie e ricadute nelle dipendenze finché incontra la seconda futura moglie e se ne innamora. Sentendo di avere delle responsabilità nei confronti della donna, decide finalmente di dare una svolta alla sua vita, accettando di smettere con la tossicodipendenza e di curare l'epatite C. Quando i markers del virus risultano negativi grazie all'assunzione di farmaci mirati non senza pesanti effetti collaterali, Claudio – lungi dal cantar vittoria - scopre di avere un carcinoma epatico e di dover imboccare la strada obbligata del trapianto. Paura e senso di rifiuto si impadroniscono istintivamente di lui, ma per la prima volta non lo sopraffanno. Il merito è della moglie, che lo sostiene nella decisione e del Dott. Mazzaferro, responsabile dell'equipe, che lo mette subito alle strette. "*Per offrirle questa opportunità* – gli dice – *ho bisogno di garanzie. Voglio la sua parola che abbia smesso di bere*". L'uomo decide così di sottoporsi a una serie di controlli e a un percorso psico-educativo fatto di colloqui con l'Associazione Alcolisti Anonimi. L'esito è più che positivo e il passo seguente è l'eliminazione del fumo così che ci siano le migliori condizioni per effettuare l'intervento. Il gran giorno del trapianto arriva e Claudio l'affronta bene, nonostante la "*gran fifa*".

E dopo il trapianto? A distanza di un anno

senso che all'interno del campione di 214 persone – l'85% uomini, il 37% con un livello di istruzione media e superiore, l'80% coniugati – è maggiore il numero di quelli che crescono rispetto a quelli che non crescono.

In base ai primi dati emersi cosa avete potuto osservare?

Una importante considerazione di carattere generale, confermata dai primi risultati della ricerca, è che la crescita, ovvero il cambiamento profondo di sé dopo il trapianto in tutte le dimensioni della vita, è possibile solo se ne viene riconosciuto l'impatto di evento traumatico e solo se lo si accetta non unicamente a livello razionale bensì anche a livello emotivo. Si è visto infatti che chi non lo fa e impiega le sue energie solo per sopportare quello che sta vivendo, cercando a tutti i costi di tornare alla vita di prima e negando le emozioni che si attivano al pensiero del donatore (segno di un inevitabile coinvolgimento con lui) ha maggiori probabilità di sviluppare un forte disagio psicologico fatto di depressione e sensi di colpa e normalmente accompagnato da alcuni sintomi specifici.

A quali sintomi allude?

Ad esempio all'ansia e all'insonnia, legate a un meccanismo di difesa potentissimo che si traduce nel tentativo frustrante di combattere il normale senso di vulnerabilità emotiva successiva al trapianto.

Ci sono degli elementi predisponenti la crescita?

Sì, e sono sia interni che esterni. Il modello ha infatti preso in esame le variabili che possono favorire il processo di crescita sia di carattere ambientale, sia di carattere personologico ovvero legate alla storia personale e al contesto culturale e familiare in cui la persona è cresciuta.

In questo secondo caso si è appurato che mettersi in contatto con le proprie emozioni, avere una discreta fiducia in se stessi e una certa attitudine all'ottimismo sono elementi che riescono a innescare positivamente il processo di crescita. Viceversa si è notato che ci sono pazienti che si sentono bloccati nel ricevere il gesto di donazione a causa della loro storia personale. In generale ricevere è una delle cose più belle della vita anche se purtroppo viviamo in un contesto sociale che fa di tutto per farcelo dimenticare.

Cosa li blocca nel ricevere?

Spesso l'esperienza emotiva, maturata nei primi anni di vita, di non aver mai ricevuto nulla dalle figure primarie. Nell'immaginario del bambino – che ha una visione di sé autoreferenziata - è come se scattasse l'equazione: "Se l'altro non mi dà amore è perché io non me lo merito". In sostanza le persone che fanno più fatica a ricevere sono quelle che hanno maturato l'idea di non potersi aspettare nulla dall'altro e quindi di doversi arrangiare sempre da soli, motivo per cui questa idea è diventata la base della loro identità.

Come si può favorire la crescita in chi ha di sé questa immagine negativa?

Smantellandola prima del trapianto attraverso un lavoro di tipo psicoterapeutico.

E per quel che riguarda le variabili ambientali?

Si è potuto osservare che i fattori esterni che facilitano il cambiamento sono molteplici. In primo luogo conta molto avere un legame solido con la propria famiglia e che essa sia capace di supportare e accompagnare l'esperienza traumatica.
Altrettanto importante è avere un

dall'operazione, Claudio afferma oggi che fisicamente lo standard non è ancora soddisfacente. Avverte infatti qualche disturbo a livello di intestino e reni che prima non aveva. Psicologicamente invece è molto soddisfatto. Sostiene infatti di essere un uomo migliore, pur ritenendosi ancora in cammino. "*Il mio carattere continua a essere istintivamente quello di sempre. Tuttavia mi sento molto più comprensivo di prima rispetto a quello che mi dà fastidio, forse perché un conto è dirsi che la vita può finire, un conto è sentirselo dire e sapere che può accadere di lì a poco*". È una gran gioia – dice – essere ancora vivi ma non sarebbe stato possibile scoprirlo senza l'esperienza del trapianto. "*Grazie ad essa sto diventando adulto* – afferma – *anche se un po' tardi come età!*". Questo non vuol dire che i momenti di difficoltà manchino ma Claudio riesce finalmente a convivere con l'ansia e l'angoscia senza soffocarle. Paradossalmente alcuni aspetti preesistenti, come ad es. la meteoropatia, si sono persino accentuati, ma l'uomo ha imparato a lasciare loro spazio, sorprendendosi più tranquillo nell'accettarli. E quando non vi riesce? "*Quando non ci riesco, è semplice. Vado sul balcone e urlo*".

Il commento della Dr.ssa Gangeri

Claudio appartiene alla categoria dei pazienti a rischio di candidatura e da cui perciò noi operatori non ci aspetteremmo nulla. In realtà la sua trasformazione non ha fatto che confermarci che chi nella vita si è preso poco cura di se stesso per svariati motivi (droghe, alcol ecc.), di fronte a un punto di non ritorno è più capace di stare a contatto con la parte meno razionale di sé. Quando gli diagnosticano il carcinoma Claudio non fa mistero di avere paura; a trapianto avvenuto, quando si rende conto di vivere grazie a una persona che non c'è più non nasconde il proprio senso di colpa. Claudio è quindi un uomo che – vivendo con consapevolezza emotiva oltre che razionale l'esperienza del trapianto - sa pensare più alla vita ritrovata che non al perfetto recupero della salute, sa trasformare il senso di colpa iniziale in un sentimento di riconoscenza, la paura in rinnovata voglia di vivere.

L'ESPERIENZA DI GIOVANNI

Chi è Giovanni prima del trapianto? Si autodefinisce un uomo dalla vita normale. Uno che non ha mai avuto paura di niente e a cui, prima della scoperta del cancro, piaceva uscire di casa, divertirsi con gli amici e andare a sciare. A differenza di Claudio che racconta con dovizia di particolari la sua vita precedente al trapianto, Giovanni non dice pressoché nulla, salvo sottolineare come l'ambiente ospedaliero gli sia stato familiare fin da piccolo, avendo subito moltissimi interventi. "*Prima del trapianto* – dice – *ero già malato perché avevo il diabete. Poi, facendo una ecografia, mi hanno trovato dei noduli al fegato e lì è iniziato il mio calvario*". Il Dr. Mazzaferro propone il trapianto anche a Giovanni e lui per un anno fa la spola fra Milano e la propria città per tutti gli esami preparatori. Tuttavia già in questa fase Giovanni comincia a sentire l'esperienza come faticosa, sia perché in famiglia tende a reagire per ogni minima cosa litigando frequentemente con la moglie sia perché il datore di lavoro con cui è sempre andato d'accordo comincia a ostacolarlo per le frequenti assenze. Poi arriva il giorno della firma per il trapianto e Giovanni passa i giorni successivi "stando malissimo", senza energie, senza il desiderio di mangiare, con l'unico obiettivo di tornare dal lavoro e infilarsi nel letto a dormire. Nel giro di pochi giorni, da quando Giovanni entra in lista, l'organo incredibilmente arriva e l'uomo riceve la chiamata a presentarsi subito in ospedale. "*Mi sveglierò?*", confessa a se stesso appena giunto a destinazione. Neanche il tempo di pensarci e l'uomo si ritrova in sala operatoria. Terminato il trapianto e a risveglio avvenuto, fatica però ad accettare di essere in rianimazione e ricorda come unici momenti belli la sera dell'intervento, in cui vengono a trovarlo moglie e figlia, e il giorno delle dimissioni coinciso con la festa del Santo Natale.

E dopo il trapianto? Benché siano trascorsi ormai due anni, Giovanni parla del trapianto prevalentemente in termini di perdita: perdita del lavoro, perdita degli amici, perdita dello sport, perdita del gusto di leggere. In effetti fisicamente non sta benissimo: ha un significativo calo di vista da un occhio, qualche problema di pressione e di diabete. Ma ciò che più lo preoccupa è il rischio di rigetto che, pur non essendo mai stato rilevato, è sempre in agagguato. Giovanni ha un legame spirituale forte con il donatore e la sua famiglia. I dati dicono infatti chi si commuove al pensiero di entrambi, provando sentimenti di tristezza, riesce maggiormente ad avvertire un profondo senso di gioia per il dono ricevuto e a sviluppare gratitudine. Al contrario quindi della psicologia della salute che considera sintomi di malessere la commozione e la tristezza, così frequenti dopo il trapianto, il modello della crescita post-traumatica li esalta come sentimenti normali e addirittura fondamentali per il processo di elaborazione della donazione che porta all'esperienza di gratitudine.

Ci sta dicendo che la non gratitudine e la non solidarietà con il prossimo nel periodo del post-trapianto hanno questa origine?

Premesso che le ricerche in psicologia non spiegano i fenomeni in termini di causa-effetto ma di associazione, i dati di cui al momento disponiamo si limitano a evidenziare un fatto significativo: a quanti cambiano profondamente dopo il trapianto si associa un senso di gratitudine espresso, il desiderio di coinvolgersi nel gruppo dei trapiantati a cui sentono di appartenere (ad esempio associandosi a Prometeo) e la volontà di attivarsi insieme a loro nel fare qualcosa di buono per gli altri. In che termini la gratitudine possa generare una propensione alla solidarietà è un aspetto che potremo verificare solo incrociando i dati.

Ulteriore fattore ambientale di rilevante importanza è identificarsi con il donatore, cioè dare spazio al rapporto simbolico con lui riuscendo a integrarne l'organo in sé. Si è visto infatti che se si lascia spazio ai pensieri rivolti al donatore e all'immagine che si ha di lui e se l'organo viene considerato proprio, l'esperienza del trapianto viene vissuta come profondamente positiva.

Per entrare nel dettaglio, in base alle 5 aree descritte da cosa si vede che nella maggior parte dei 214 pazienti valutati è in atto la crescita?

In primo luogo dal fatto che globalmente hanno una buona qualità di vita: stanno bene fisicamente, hanno un benessere funzionale di livello compreso fra abbastanza e molto buono (cioè riescono a lavorare e a godersi la vita) e altrettanto buono il livello di benessere socio-familiare.

Secondariamente dal fatto che hanno un significativo miglioramento del rapporto di coppia, delle relazioni sociali ed amicali e infine dell'immagine sociale, cioè dell'immagine che agli altri danno di sé. Chi cioè affronta il trauma – un momento di forte rottura come ad es. il cancro o il trapianto – e ne esce in modo positivo, cresce in termini di autostima dando agli altri una nuova immagine della propria persona.

Sia pure in modo meno esasperato, fa insomma un'esperienza analoga a quella di un sopravvissuto, ovvero di chi si trova esposto a un rischio di vita molto elevato e lo supera. Vent'anni fa, ovvero quando ho iniziato la mia attività in Istituto, il trapiantato si percepiva così e per certi aspetti lo era veramente perché il trapianto era - anche a detta dei chirurghi - in una fase sperimentale e quindi non se ne poteva prevedere la percentuale di sopravvivenza.

Tornando alla domanda precedente, in quali aree si registra maggiormente il cambiamento?

Quella in cui si registra la crescita percentualmente più elevata è l'apprezzamento della vita. Chi cresce dopo il trapianto ha un desiderio, molto più forte di prima, di vivere pienamente ogni singolo giorno della propria esistenza e di godere di tutto ciò che essa offre. Ma non finisce qui. In termini percentualmente problema a controllare il rigetto con la ciclosporina e transaminasi alte. Di fronte a queste situazioni di oggettiva fatica, Giovanni riesce solo a dire "*la mia vita non è bella e il mio fisico di un tempo non c'è più*". Razionalmente afferma che è stato importante fare il trapianto perché la vita continua ("Sono vivo ed è bello…") ma poi subentra un "anche se" che ne annulla gli effetti benefici ("anche se… i rapporti familiari sono tali e quali a prima, anche se….non mi sento più come prima"). Alla moglie che si preoccupa per lui e gli domanda "*Hai preso le pastiglie*?", risponde con rabbia, ammettendo di essere nervoso. E se pensare al donatore potrebbe, come nel caso di Claudio, essergli di aiuto in realtà gli capita raramente. Se ne parla è per dire che si tratta di "*un poverino*" che, donando un organo, gli ha salvato la vita. Nessun coinvolgimento, nessun senso di riconoscenza. Un solo pensiero conta per Giovanni ed è il lavoro, il lavoro che ha perso e non riesce a ritrovare alle condizioni che desidererebbe. "*Vorrei un lavoro leggero* - dice - *è il mio problema principale. Sarebbe l'unica cosa bella che potrei avere adesso!*".

Il commento della Dr.ssa Gangeri

Giovanni dimostra da subito uno stato d'animo molto diverso da Claudio. È vero che il suo stato di salute è peggiore di quello dell'altro paziente ma è altrettanto vero che Giovanni vive l'esperienza del trapianto unicamente sul piano fisico, senza tentare di trarvi alcun insegnamento "spirituale". Se Claudio è sensibile e si lascia spesso andare alla commozione, Giovanni è invece una persona arida, molto spaventata e indifesa rispetto a se stesso e alla propria emozione principale: la rabbia. Rabbia perché non ha più quello che aveva prima e frustrazione per non poterlo più riconquistare. Ma anche rabbia verso il donatore perché senza di lui il trapianto non sarebbe stato possibile. Non essendo consapevole di queste emozioni, Giovanni ha un benessere psicologico decisamente inferiore a quello di Claudio e una minore capacità di adattamento alla realtà che lo porta a pensare più alla qualità di vita persa che al dono acquisito e quindi, di rimando, a non provare alcun senso di riconoscenza.

Adriano Cairoli: un esempio riuscito di «crescita»

Di seguito la poesia di un paziente della Dr.ssa Gangeri che, dopo il trapianto, ha dato alla propria vita una svolta decisiva.

È stato detto "Durante un intervento per un trapianto esiste un punto di non ritorno".
Ho pensato spesso a questa affermazione e sempre più mi sembra abbia un significato reale.

...

Mi stai chiedendo se penso di essere morto?
Sì, sono morto quando mi hanno diagnosticato il carcinoma.
Sono morto quando mi hanno chiamato per l'intervento
Sono morto quando mi hanno detto che era rimandato
Sono morto quando mi hanno richiamato il giorno successivo e infine sono morto
Quando ho salutato mia moglie prima di essere infilato nel buio.

...

Lo so, tu vuoi sapere perché insisto sul "punto di non ritorno".
Perché immagino che quando ti viene esportato l'ormente inferiori alla prima area, chi cambia profondamente sviluppa: una maggiore capacità di stringere nuove relazioni, di rinsaldare quelle vecchie e di provare maggiore empatia e compassione verso gli altri (crescita qualitativa nell'area delle relazioni personali); una maggiore attitudine nel dare alla vita un significato, anche se non necessariamente religioso, vivendo l'esperienza del trauma non come una battuta di arresto ma come un'opportunità (crescita qualitativa nell'area della spiritualità); una maggiore volontà di cambiare le priorità e i valori, mettendo al primo posto la famiglia e le relazioni con gli altri (crescita per le priorità); una maggiore consapevolezza delle scelte operate fino a quel momento e una maggiore determinazione nel cambiare ciò che va cambiato (crescita per le nuove possibilità).

In questo "cambiare ciò che va cambiato" c'è anche il cambiamento di sé?

No, perché questo è già in atto e lo dimostrano l'accresciuta autostima e la fiducia nelle proprie capacità. Piuttosto sono proprio queste "nuove" doti ad innescare la determinazione nel cambiare situazioni non più funzionali al proprio benessere. Succede per esempio che paradossalmente, dopo il trapianto, alcune persone chiudano dei rapporti.

Non è una contraddizione rispetto al "rinsaldare le vecchie relazioni" a cui si accennava prima?

No. Quando il paziente cresce e prende fiducia in sé, se da una parte dà nuovo valore ai propri legami più significativi - familiari e amicali - mettendoli in cima alle sue priorità, dall'altra è più capace di lasciare andare, fino ad interromperli, quelli che significativi non sono più.

Una specie di ripensamento delle relazioni pre-esistenti al trapianto?

Più che pre-esistenti al trapianto, pre-esistenti in generale alla dimensione della malattia e della difficoltà. Spesso i pazienti mi dicono: "È in questi momenti che ho scoperto chi sono i veri amici". In sostanza, chi ha un cambiamento profondo dopo il trapianto è decisamente più propenso a valorizzare i rapporti consolidati e a chiudere – come ho appena detto - quelli non più funzionali al proprio benessere, che si tratti di relazioni di amicizia o di amore.

Quali altri aspetti importanti emergono da una prima analisi delle aree di crescita?

Un aspetto molto interessante è la percentuale pressoché massima di soddisfazione della vita in coloro che crescono, a cui si accompagna la considerazione di aver avuto da essa tutto ciò che di importante desideravano e la capacità di mettere in atto strategie di adattamento post-trapianto meglio focalizzate sul problema. Ciò significa che - nonostante la presenza di stanchezza, scarsa memoria, diminuita capacità di concentrazione e altri disagi fisici correlati all'intervento - i pazienti che cambiano sono più disposti ad adattarvisi con spirito positivo.

Viceversa chi si considera poco soddisfatto della propria vita dopo il trapianto - e dichiara di non voler rivivere l'esperienza – di norma è colui che non la percepisce come possibilità di crescita, ha minori cambiamenti positivi nella sfera relazionale, non si identifica e quindi non partecipa al gruppo dei trapiantati, ha un minore benessere funzionale e sociale.

Un altro aspetto singolare è che il legame simbolico con il donatore è statisticamente più forte nelle persone con minore scolarità. Chi cioè ha un percorso di studi di livello elementare o dei primi anni di

gano malato, per un breve istante cessi di esistere, ma per te è pronta un'altra opportunità: grazie a un altro organo puoi tornare a vivere.

Una vita nuova.

Sostanzialmente dalla sala operatoria esce lo stesso paziente ma dentro di te c'è una ricchezza che prima non avevi.

L'aspetto importante della tua vicenda però non è soltanto il cambiamento fisico, quanto il coinvolgimento mentale.

Una nuova vita significa anche una nuova consapevolezza.

In un primo momento realizzi solamente di essere vivo, ma subito avverti una leggera sensazione: quasi un senso di colpa perché vivi, a dispetto di colui che ora non c'è più.

Poi lentamente questa sensazione si trasforma, è una nuova forma di amore: la riconoscenza. E insieme avverti una nuova esigenza che sempre più ti spinge a sondare i sentimenti che provi.

Devi ancora lottare per recuperare interamente la salute, ma gradatamente realizzi che il tuo impegno non è più un problema , si è mutato in qualcosa di indefinibile, è la voglia di vivere.

Voglia che aumenta col passare del tempo.

Certo, le difficoltà non mancano, il futuro non è tutto in discesa, ma senti crescere dentro un'altra sfumatura: è la gioia.

La gioia di vivere.

Gioia che deriva dalla costante impressione che puoi reinventarti una vita che ritenevi finita.

Puoi costruirti un futuro più intenso perché sarà la fusione di ciò che eri e ciò che ti è stato dato.

Col passare del tempo, con l'aiuto di chi ti circonda, la tua consapevolezza aumenta;

ora non temi più di affermare che puoi comprendere fino in fondo il significato del "DONO" che hai ricevuto.

Ti è stata offerta l'occasione di vivere ancora, l'occasione di trarre vantaggio da un evento traumatico.

...

È vero. Mi rendo conto di sembrare assurdo e irriverente,ma ho quasi la sensazione che per me il tumore sia stato per certi versi, anche una "Fortuna", perché davvero mi sembra di essere rinato. La sensazione, e forse non solo, di condurre una vita più intensa, più consapevole, più ricca.

È stato detto anche: "La sofferenza obbliga una persona a trovare un significato nella vita e questa ricerca può trasformare una tragedia in un trionfo", il mio senso di rinascita è proprio questo.

IL MODELLO DELLA CRESCITA POST-TRAUMATICA

La psicologia della salute ha per lungo tempo studiato i sintomi e i fattori psico-sociali correlati all'insorgenza di una sindrome post-traumatica da stress (PTSD) spesso connessa alla comunicazione della necessità di sottoporsi a trapianto di fegato. Contestualmente la psicologia clinica e la psico-oncologia hanno orientato i loro sforzi nel ridurre i sintomi legati a livelli elevati di stress psicologico e nel favorire nel soggetto strategie di adattamento efficaci per il ritorno ad una condizione di funzionamento psicologico nella norma. La letteratura più recente in tema (Caolhoun e Tedeschi, 2006) ha tuttavia sottolineato la necessità di studiare in maniera approfondita i processi sottesi ai meccanismi di crescita post-traumatica. Nel 60% dei casi infatti le persone che si trovano a vivere in condizioni altamente stressanti e avverse per il loro benessere psicologico riportano esperienze di crescita e benefici personali derivanti dalla loro personale lotta nella condizione di malattia. Utilizzare questo modello significa accostarsi ai pazienti sottoposti a trapianto di fegato in oncologia con un importante cambiamento di approccio. Da quello della psicologia della salute che tenta di modificare sintomi come la rabbia, la paura, la tristezza, l'ansia ritenendoli patologici, a quello della psicologia esistenziale che tende invece a valorizzarli considerandoli la base indispensabile per passare dalla "sopravvivenza" alla "resilienza", cioè dalla semplice resistenza al trauma - la scoperta del cancro al fegato e il trapianto che ne segue - alla capacità di utilizzarne tutte le componenti emotive per un cambiamento profondo di sé.

scuola superiore riesce a lasciare maggiore spazio emotivo al dono.

Come si spiega questo fenomeno?

Semplicemente col fatto, per altro molto in linea con i miei pazienti, che un livello culturale basso permette loro di non razionalizzare troppo l'esperienza del trapianto e di avere un maggiore coinvolgimento emotivo nella relazione con il donatore.

Viene svolto un lavoro, a livello psicologico, perché il paziente possa accettare il trapianto?

Un lavoro standardizzato no, un percorso educativo sì. I pazienti vengono visti da me e dal Dr. Bosisio in quattro momenti, tre precedenti al trapianto e uno successivo: in fase di candidatura al trapianto per capire se presentino delle caratteristiche contrarie alla donazione come l'assunzione attiva di sostanze alcoliche o tossicologiche, stati depressivi molto forti, un quoziente intellettivo sotto una certa soglia; in una successiva fase di inquadramento psicologico e psichiatrico della personalità in cui cerchiamo di appurare la motivazione del paziente, le risorse interne ed esterne, la consapevolezza; e infine in attesa di trapianto e a intervento avvenuto.

In quali fasi il vostro intervento è più significativo?

Nelle prime due fasi e in terapia intensiva. Nel primo caso, siccome impedire l'intervento a causa della presenza di criteri di esclusione è una decisione molto pesante, cerchiamo di inserire quanti hanno una situazione di dipendenza da sostanze di vario tipo, o nuclei depressivi profondi, in un programma psico-educazionale sviluppato da un centro con cui abbiamo stretto una collaborazione. Nel secondo, siccome abbiamo visto che più del 50% dei pazienti presenta nel decorso

post-operatorio fenomeni dispercettivi (allucinazioni uditive, delirio, confusione) legati ai farmaci e se ne vergogna a dirlo, cerchiamo di supportarli in questa che per fortuna è solo una fase transitoria e di avvisare la famiglia.

C'è un'attività specifica per aiutare il paziente a entrare in contatto con il proprio donatore?

Di specifico non c'è nulla tuttavia cerco sempre di invitare i pazienti a scrivere una lettera alla famiglia del donatore per innescare il pensiero su di lui e permettere l'espressione dei sentimenti personali al riguardo. Alla luce della ricerca che stiamo portando a termine, anche accettare questa semplice sollecitazione può già essere per il paziente un traguardo importante. Sfido infatti chiunque a dire che il solo fatto di mettersi in contatto col proprio donatore non attivi delle emozioni! E allora provare a fissarle sulla carta può essere per il paziente un primo passo per evitare di vivere psicologicamente a fatica il periodo del post-trapianto, nonostante questo sia andato bene. Fermo restando che per stare di fianco alla persona che cresce ci vuole una certa dose di consapevolezza e di impegno anche da parte dei familiari.

In base alla sua esperienza, come le sembra che venga da loro vissuto il cambiamento?

Posto che si tratta di un cambiamento buono e che comporta una ricaduta positiva su tutto il sistema famiglia, certamente all'inizio può non essere del tutto compreso. Dopo l'esperienza del trapianto, se essa è stata occasione di crescita, i familiari possono avere delle difficoltà a riconoscere il loro caro. Ricordo dei casi in cui il processo di crescita di alcuni pazienti era tenuto sotto controllo dai familiari - attraverso atteggiamenti di eccessiva protezione - perché ciò era funzionale al mantenimento del sistema-famiglia precedente. Potendo perciò avere delle risorse a disposizione - attualmente molto scarse e proprio per questo spostate sul paziente - ritengo sarebbe fondamentale creare dei gruppi psicoeducazionali per assistere la famiglia e aiutarla a recepire adeguatamente il cambiamento. E questo perché la malattia, così come il trapianto, sono di fatto esperienze familiari. In assenza di un vero e proprio protocollo sull'assistenza dei familiari stiamo tuttavia già cercando di fare qualcosa come Prometeo, ovvero stiamo dando corpo al progetto "A casa lontano da casa" per sostenere con un'equipe integrata i nuclei familiari in cui il trapiantato è il bambino e dove la famiglia, costretta a trasferirsi presso il nostro Istituto per lunghi periodi, presenta vissuti psicologici molto amplificati. Un progetto che ci permetterà di studiare da vicino le problematiche dei nuclei familiari e di elaborare proposte di intervento più strutturate.

Potendo perciò avere delle risorse a disposizione ritengo sarebbe fondamentale creare dei gruppi psicoeducazionali per assistere la famiglia e aiutarla a recepire adeguatamente il cambiamento.

Qual è la meta che vi proponete di raggiungere successivamente a questa ricerca?

Lavorare per aiutare *tutti* i nostri trapiantati a crescere. Lo faremo predisponendo dei modelli di intervento, come i gruppi di auto-mutuo aiuto, che favoriscano il più possibile il processo di trasformazione di cui abbiamo fin qui parlato e a cui sappiamo corrispondere una condizione di maggiore benessere psicofisico dei pazienti. Ci vorrà del tempo, ma idealmente siamo già pronti.

Laura Sposito

LA SALUTE IN FUMO

Importata in Europa dopo i viaggi di Cristoforo Colombo, la foglia di tabacco solo a partire dai primi decenni del 1800 ha cominciato ad essere utilizzata a scopo voluttuario soprattutto nelle classi più ricche e alla moda. Inizialmente è stato il fumo del sigaro la principale modalità di consumo del tabacco. Solo dopo la prima guerra mondiale il suo uso, prevalentemente sotto forma di fumo da sigaretta, si è esteso anche alla popolazione meno abbiente.

Ancora nei primi decenni del 1900 il fumare una sigaretta rappresentava un segno di agiatezza e di "lusso", convinzione sostenuta anche da una attenta e capillare propaganda da parte delle ditte produttrici di sigarette. Frequenti i ritratti e le immagini filmate di attrici e attori di successo mentre fumavano una sigaretta con voluttà ed evidente piacere; immagini che inducevano alla imitazione: fumare è bello e piacevole. Tutto questo malgrado già negli anni '30 del XX secolo si fosse dimostrato che l'inalazione dei fumi di tabacco fosse la causa principale del cancro polmonare.

La modalità di consumo del tabacco attualmente più diffusa è quella del fumo di sigaretta, meno utilizzato è il sigaro, la pipa e, almeno nei Paesi occidentali, il Narghilé.

La sigaretta è confezionata avvolgendo il tabacco opportunamente trinciato, pressato e frequentemente mischiato ad altri additivi, in un cilindretto di carta leggera, talora dotata di un piccolo filtro avente lo scopo di trattenere parte delle particelle dannose prodotte dalla combustione. Il sigaro si differenzia per l'assenza della carta avvolgente.

L'inalazione del fumo di sigaretta è certamente il più dannoso, perchè la quantità di fumo inalata è maggiore e la combustione della carta ag-

giunge ulteriori componenti negativi per la salute. Il fumatore di sigaro tende a "trattenere" il fumo in bocca, così come il fumatore di pipa. In questi ultimi peraltro è più frequente la comparsa di tumori del cavo orale.

Che il fumo di sigaretta sia gravemente dannoso per la salute è cosa certa e non più confutabile. Il fumo di tabacco contiene una miscela di gas nella misura del 87%, vapore al 5% e particelle solide all' 8%. I filtri delle sigarette riducono pressoché solo queste ultime. Si calcola che nel fumo di sigaretta siano presenti oltre 4000 composti, di cui almeno 3900 dannosi alla salute. Di questi, uno dei principali componenti è la nicotina, composto che conferisce aroma e sapore al fumo. La percentuale di nicotina che giunge ai polmoni viene assorbita dal sangue nella misura di circa 1 e 2 milligrammi per ogni sigaretta fumata. La nicotina ha una azione vasocostrittrice sui vasi arteriosi più piccoli, periferici, e determina un aumento della pressione arteriosa, un aumento delle contrazioni del cuore, talora può scatenare una crisi cardiaca per vasocostrizione coronarica. È inoltre responsabile della dipendenza del fumatore e della assuefazione: è quindi una vera e propria droga.

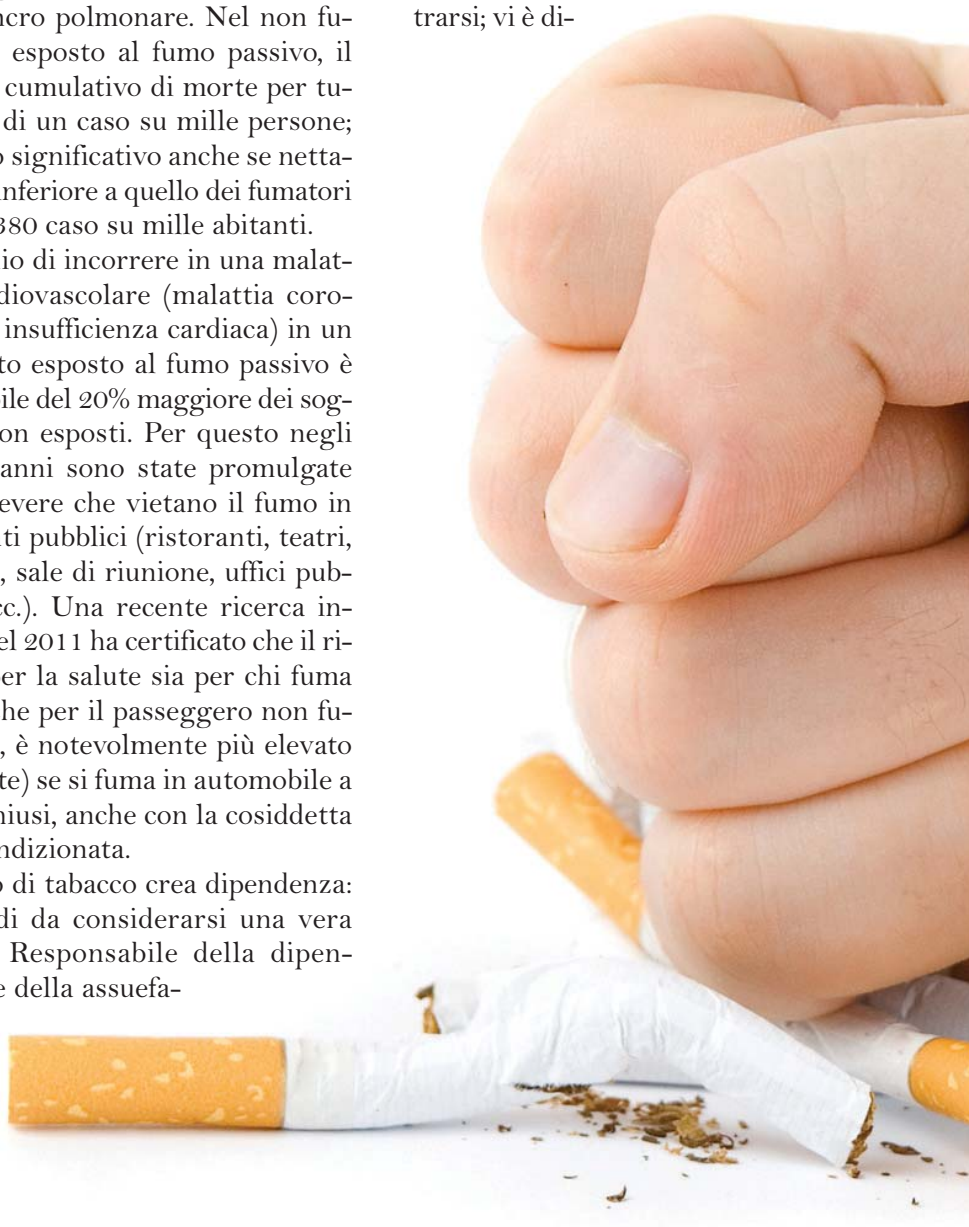
Un componente importante del fumo è rappresentato dal monossido di carbonio, capace di legarsi stabilmente con l'emoglobina del sangue (carbossiemoglobina) e interferire così con i meccanismi di trasporto dell'ossigeno dai polmoni alle cellule di tutto l'organismo: è implicato quindi in modo determinante nelle patologie cardiovascolari degenerative.

Il rischio di contrarre una forma tumorale è invece legata agli idrocarburi policiclici aromatici prodotti dalla combustione del tabacco e della carta di sigaretta e presenti nel fumo inalato. Tra i più cancerogeni è stato individuato il benzopirene.

In una ricerca del Ministero della Salute (anno 2009) si è calcolato che soggetti che fumano 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media, specie in un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Si teme che questa riduzione della speranza di vita sia ancor maggiore quando si inizia a fumare in più giovane. età. In Italia le morti per cancro al polmone colpiscono il 91% degli uomini e il 55% delle donne, per un totale di 30.000 morti l'anno. A queste cifre vanno aggiunte le morti per cardiopatia ischemica (infarto miocardico e ischemia cronica), cerebropatia (ictus), vasculopatie periferiche (morbo di Burger), aneurisma aortico. Anche la sessualità maschile può essere compromessa essendo il fumo uno dei fattori principali di rischio aterosclerosi vascolare, causa tra l'altro della disfunzione erettile del pene, sia per un danno diretto che collaterale. Si ritiene che dal 5 al 15% di soggetti tra i 40 e i 70 anni fumatori soffrano di impotenza legata alle patologie cardiovascolari correlate all'uso di tabacco e in parte alle terapie farmacologiche necessarie per curare tali malattie.

Nel sesso femminile il fumo di tabacco influisce negativamente sull'apparato riproduttivo femminile con una menopausa precoce, anticipata di circa 2 anni. Inoltre in gravidanza si è osservato un aumento del rischio di aborto spontaneo; i neonati di fumatrici presentano frequentemente un sottopeso, inoltre si è osservato un ritardo nella crescita e nello sviluppo mentale e polmonare del bambino, con una ridotta capacità respiratoria del 10%. Un dato interessante è rappresentato dalla osservazione che lo smettere di fumare riduce in modo importante il rischio cardiovascolare dovuto al fumo già dopo il primo anno di astensione; dopo 5 anni il rischio cardiovascolare da fumo è pari a quello dei non fumatori a parità di presenza di altri fattori favorenti l'aterosclerosi. Una patologia che si

presenta sempre più importante e invalidante è la broncopatia cronica del fumatore e l'enfisema polmonare, con conseguente insufficienza respiratoria sempre più severa, responsabile di una invalidità permanente e gravemente negativa sulla qualità di vita del soggetto. Molti di questi pazienti per sopravvivere devono giovarsi costantemente della somministrazione di ossigeno durante tutto il giorno attraverso particolari apparecchiature raccolte in uno zainetto o poste accanto al letto.
Un problema inquietante per la salute collettiva è rappresentato anche dal fumo passivo, quello cioè che viene inalato involontariamente da un non fumatore che soggiorni in ambienti chiusi ove altri fumano. Recenti ricerche anche italiane hanno evidenziato che il fumo passivo provoca ogni anno circa 1000 decessi per cancro polmonare. Nel non fumatore esposto al fumo passivo, il rischio cumulativo di morte per tumori è di un caso su mille persone; un dato significativo anche se nettamente inferiore a quello dei fumatori attivi: 380 caso su mille abitanti.
Il rischio di incorrere in una malattia cardiovascolare (malattia coronarica, insufficienza cardiaca) in un soggetto esposto al fumo passivo è valutabile del 20% maggiore dei soggetti non esposti. Per questo negli ultimi anni sono state promulgate leggi severe che vietano il fumo in ambienti pubblici (ristoranti, teatri, cinema, sale di riunione, uffici pubblici ecc.). Una recente ricerca inglese del 2011 ha certificato che il rischio per la salute sia per chi fuma ma anche per il passeggero non fumatore, è notevolmente più elevato (23 volte) se si fuma in automobile a vetri chiusi, anche con la cosiddetta aria condizionata.
Il fumo di tabacco crea dipendenza: è quindi da considerarsi una vera droga. Responsabile della dipendenza e della assuefazione è soprattutto la nicotina. Vi è una significativa variabilità a questa dipendenza nei singoli individui. Lo smettere di fumare determina in fase iniziale la comparsa di una serie di disturbi che interessano sia la sfera psichica che fisica del soggetto, anche in questo caso, con una estrema variabilità sia dei sintomi che della loro intensità e durata da soggetto a soggetto. Di regola i disturbi principali tendono a diminuire dopo dieci giorni dall'ultima sigaretta fumata, ma in alcuni casi limite persistono per alcuni mesi. Dal punto di vista psicologico la sindrome da astinenza dal fumo è caratterizzata da irritabilità di intensità variabile da soggetto a soggetto fino a causare vere e proprie crisi di aggressività; frequenti il senso di impazienza, di frustrazione, di ansia. Il soggetto ha difficoltà a concentrarsi; vi è di-



minuzione della vigilanza. Dal punto di vista fisico i sintomi di più frequente osservazione sono la cefalea, formicolii agli arti, affaticamento (riduzione degli ormoni dello stress) ma anche fame che, se non controllata, si accompagna al conseguente aumento di peso corporeo fino alla obesità. La frequenza cardiaca tende a ridursi. La dipendenza di tipo psicologico può durare più a lungo nel tempo, alcuni soggetti tendono a tenere in bocca una "falsa sigaretta" e a tenere in mano un bastoncino o una matita. Sembra che questo li aiuti a non fumare.

Non è facile smettere di fumare una volta acquisita la dipendenza da nicotina. Talora è necessario aiutarsi con ausili farmacologici e medico/psicologici. Indispensabile sempre che il paziente abbia un'alta motivazione e perseveranza. È sempre utile affidarsi a mani esperte: centri sanitari per la lotta al fumo. Non fumare è la strategia vincente, così come evitare di soggiornare in ambienti chiusi ove altri fumino. È bene informare i giovani che il fumo non rende più virili, non li fa diventare veri uomini; frequentemente è vero il contrario.

Il fumo non aiuta a studiare e a concentrarsi, è una falsa sensazione.

Il fumare mentre si è alla guida dell'automobile è pericoloso, non solo per il fumo che stagna nell'abitacolo, ma anche per la distrazione nell'accendere la sigaretta ad esempio, analogamente a quanto avviene con l'uso dei cellulari. La malattie causate dal fumo di tabacco sono reali e colpiscono una popolazione ancora attiva e frequentemente in età giovanile, sebbene quando si è giovani prevale la sensazione di immortalità: questo non può capitare a me. Se tutto ciò è vero per la popolazione giovanile generale, coloro che hanno una storia familiare di cardio-vasculopatia o di tumore al polmone si ricordino che il loro rischio è ancor maggiore.

Dott. Gaetano Bianchi

UNA DIETA

I radicali liberi sono composti instabili che reagiscono chimicamente con altre molecole. Queste reazioni, chiamate ossidazioni, possono danneggiare le cellule e predisporre alle malattie degenerative e all'invecchiamento, se non sono neutralizzate da sostanze antiossidanti.
Sono potenti antiossidanti, la vitamina C, la vitamina A, la vitamina E, il Selenio e numerose altre sostanze come i polifenoli, di cui sono ricchi gli alimenti di origine vegetale.
Alcuni studiosi americani hanno messo a punto un sistema, l'ORAC, Oxygen Radical Absorbance Capacity, cioè, la capacità di assorbire i radicali dell'ossigeno per misurare la capacità di tutte le sostanze presenti negli alimenti di bloccare i radicali liberi.
Per avere un'efficace azione anti - radicali bisogna raggiungere da 3000 a 5000 unità di ORAC al giorno.

GLI ANTIOSSIDANTI

La vitamina E o tocoferolo protegge le membrane delle cellule dalle ossidazioni e ne rallenta il processo d' invecchiamento. È contenuta in quantità elevate nel fegato, nel rosso d'uovo e nell' olio d'oliva. Il fabbisogno giornaliero di questa vitamina è di 8 mg al giorno e aumenta se la dieta è particolarmente ricca di acidi grassi polinsaturi che sono composti particolarmente instabili. Gli acidi grassi polinsaturi sono grassi prevalentemente di origine vegetale e ne sono ricchi alcuni oli di semi.
La vitamina A o retinolo oltre a proteggere dalla formazioni di radicali liberi, aiuta la funzione visiva notturna e protegge la pelle aiutandone il rinnovamento e aumentando lo spessore e l'elasticità dell'epidermide
È diffusa in alcuni alimenti animali come il fegato, le uova, i pesci grassi e nei formaggi. Nei vegetali con foglie verde scuro come gli spinaci e i quelli giallo - arancioni come peperoni, albicocche, carote e zucca si trova come betacarotene, un precursore che poi si trasforma in vitamina A. Il fabbisogno giornaliero di vitamina A che è di 700 microgrammi di retinolo equivalenti per l'uomo e di 600 per le donne. Durante l'allattamento il fabbisogno aumenta a 950 microgrammi al giorno.
La vitamina C è potente antiossidante e il fabbisogno giornaliero è di 60 mg al giorno per uomini e donne. Nei fumatori, invece, questo valore raddoppia a causa dell'aumentato turnover metabolico della vitamina C, cioè quella serie di passaggi che comprendono il suo assorbimento, la sua metabolizzazione e il suo trasporto.
Sono ricchi di vitamina C i kiwi, le

UNITÀ DI ORAC PER 100g DI ALIMENTO

Frutta

Prugne	5770
Mirtilli	2400
More	2036
Fragole	1540
Lamponi	1220
Arance	750
Uva rossa	739
Ciliege	670

Verdura

Cavoli	1770
Spinaci	1260
Biete	840
Cipolle	450
Mais	400

ANTIOSSIDANTE

fragole, le arance e alcune verdure come i peperoni e la rucola.

Il selenio anche se è presente nell'organismo in piccolissime quantità, è un elemento essenziale perché protegge l'integrità delle membrane cellulari.

Il fabbisogno giornaliero di selenio è di 55 mg. Il contenuto di selenio presente negli alimenti dipende dalla sua presenza nel suolo. In Italia vi è un basso contenuto di selenio nel terreno e quindi l'apporto di questo elemento con la dieta è piuttosto scarso.

Pesce, pollame, carni, frutta secca e cereali, sono gli alimenti più ricchi di selenio.

I polifenoli sono tra gli antiossidanti piu' efficaci. Non solo sono in grado di prevenire i danni che avvengono nell'organismo, a causa delle ossidazioni, ma hanno anche un effetto sinergico con altre sostanze antiossidanti, come la vitamina C, che proteggono dall'ossidazione.

I flavonoidi sono numerosissimi e sono costituiti dai seguenti sottogruppi: flavoni, flavonoli, flavanoni, diidroflavononi, flavan - 3 - oli, flavan - 3 - 4 dioli, calconi, auroni e antocianidine.

I flavonoidi più conosciuti sono:

* la quercitina, flavonolo che protegge i capillari e che si trova in quantità importanti nelle mele con la buccia, nei peperoni, nell'uva nera, nelle cipolle e negli spinaci;
* le antocianidine responsabili del colore viola di frutta e verdura, si trovano soprattutto nei mirtilli, nelle more, nei lamponi e nelle ciliegie;

INSALATONA DI PEPERONI E SPINACI FRESCHI

Facile
Preparazione 10 min.
Cottura 10 min.

Ingredienti per 4
4 uova
1 peperone
200 g di foglie di spinaci freschi
4 cucchiai d'aceto
2 cucchiai di olio di semi di girasole
sale e pepe

COME SI PROCEDE
Lessare le uova.
Sbucciarle e lasciarle raffreddare.
Lavare e asciugare gli spinaci.
Tagliarli a striscioline sottili.
Lavare il peperone e privarlo dei semi.
Tagliarlo alla julienne,
Unire le uova tagliate a pezzi alle verdure
Salare e pepare.
Condire con olio e aceto.

* le catechine come catechina, epigallocatechina, epicatechina gallata, epicatechina e epigallocatechina gallata che appartengono ai flavan-3-oli e sono i più importanti polifenoli contenuti nel tè. Questi polifenoli sembrano avere un potere antiossidante maggiore di quello della vitamina E.

ANTIOSSIDANTI E INVECCHIAMENTO

Gli alimenti con maggiore capacità di contrastare i radicali dell'ossigeno, possono proteggere le cellule: mangiare frutta e verdura, come spinaci e mirtilli può aiutare a rallentare i processi d'invecchiamento.
Raddoppiando l'assunzione di frutta e verdura, naturalmente ricchi di antiossidanti, aumenta il potere antiossidante del sangue tra il 13 e il 25 per cento.
Alcuni studi condotti sui ratti hanno dimostrato che le sostanze antiossidanti contenute negli spinaci possono avere un'azione positiva sulla memoria e sulle capacità di apprendimento e possono proteggere le cellule del cervello dagli effetti negativi dell'invecchiamento.

CONSIGLI

Cinque consigli per aumentare il consumo giornaliero di frutta e verdura.

1 Cuoci le verdure fresche o congelate nel forno a microonde: in pochissimi minuti avrai un contorno pronto.

2 Lava e taglia le verdure quando hai tempo. Asciugale, mettile in un sacchetto per alimenti e conservale in frigorifero, pronte per essere usate.

3 Scegli verdure o frutta di diverso colore, per un'insalata o una macedonia: mangerai con più gusto e assumerai antiossidanti e vitamine diversi tra loro.

4 Usa le verdure surgelate: contengono gli stessi nutrienti delle verdure fresche e sono più facili da preparare.

5 Mangia frutta e verdure di stagione: sono al massimo delle loro proprietà nutrizionali e costano meno.

6 Tieni in bella vista, sul tavolo o in frigorifero frutta e /o verdure intere già lavate.

ALIMENTAZIONE ABITUALE

Ecco un esempio pratico di alimentazione abituale

Colazione
Una tazza di the
Pane integrale con marmellata di mirtilli
Un kiwi oppure arance, pompelmo o fragole

Spuntino
Una manciata di mandorle o nocciole o semi di girasole

Pranzo
Una porzione di pasta integrale, riso integrale o farro con sugo di pomodoro o con verdure; pesce o carne magra; una porzione di carote o spinaci o cavoli; frutti di bosco

Spuntino
Uno yogurt magro

Cena
Due uova oppure una porzione di legumi, oppure latticini; una porzione di zucca o cavoletti di bruxelles o altre verdure con foglia verde scuro cruda o cotta; prugne o uva; pane integrale

Il condimento consigliato è l'olio d'oliva extravergine o l'olio di semi di girasole crudo, si consiglia di bere abbondantemente acqua a pasto e fuori pasto.

Cristina Grande

RISOTTO SPEZIATO AI BROCCOLI

Facile
Preparazione 10 min.
Cottura 25 min.

Ingredienti per 4
600 g di broccoli
320 g di riso
2 spicchi d'aglio
4 cucchiai di olio di oliva
brodo vegetale
1 cucchiaino di curry
4 cucchiai di olio di oliva extravergine
sale
peperoncino

COME SI PROCEDE.
Lavare e tagliare a piccoli pezzi i broccoli.
Sbucciare l'aglio.
Versare l' olio in un tegame.
Lasciare dorare l'aglio.
Unire i broccoli
Cuocere 2 minuti.
Unire il riso.
Salare e fare tostare qualche minuto.
Versare un mestolo di brodo.
Mescolare e continuare a versare il brodo man mano che si asciuga.
Aggiungere il curry e il peperoncino
Ultimare la cottura.

«DONATORI DI MUSICA»

La musica come occasione di relazione in aiuto alle cure mediche oncologiche. L'esperienza da Massa Carrara, ora in tutta Italia anche in Lombardia.

MARTIN BERKOFSKY IN UNA DELLE ESIBIZIONI DI «DONATORI DI MUSICA»

"L'uomo è buono. Le persone aspettano di fare qualcosa di buono in progetti seri e concreti che possano essere verificati": sono queste le parole scelte dal Dr. Maurizio Cantore, primario del reparto di Oncologia di Massa Carrara e anima dell'Associazione Donatori di Musica per sintetizzare una straordinaria avventura capace di coinvolgere centinaia di pazienti, medici, operatori ospedalieri e musicisti in tutta Italia.

Il progetto Donatori di Musica si fonda su un diverso modo di considerare e utilizzare il reparto oncologico, offrendo momenti e spazi di partecipazione attiva a tutte le persone che a vario titolo vi si trovano, che siano essi operatori, pazienti o familiari.

"Tutto ha inizio - racconta entusiasta Cantore - quando nel 2000 lavoravo ancora nel reparto di

Oncologia di Mantova, erano anni in cui avevamo a disposizione solo i farmaci chemioterapici di cui conoscevamo bene le tossicità ed i limiti ... le nostre armi non potevano soltanto essere quelle . abbiamo pensato di muoverci anche in un'altra direzione, la cura Di Bella ad esempio alcuni anni prima ci aveva dimostrato come a mancare fosse un vero rapporto di relazione tra medico e paziente, la via da seguire era dunque una strada orientata verso l'apertura.

Relazione come parole chiave?

Sì, la relazione aperta e amicale da creare e mantenere quotidianamente con il paziente. Sulla base di queste considerazioni, in quegli anni, a Mantova cominciammo a costruire un ambiente più aperto e ad adottare una serie di comportamenti costruiti attorno a piccoli gesti di solidarietà.

Come si sviluppò il progetto iniziale?

Dopo alcuni mesi creammo un appuntamento settimanale, il lunedì, chiamato Tea Time (il tempo del tè) un momento entro il quale medici ed infermieri suonavano e cantavano insieme ai pazienti. La cornice musicale e l'ambiente non "strutturato" ci dava la possibilità di creare relazioni orizzontali, di dialogare con il paziente e non di offrirgli un monologo unidirezionale entro il quale lo aggiornavamo delle sue condizioni di salute. Si parlava di viaggi, di figli, di esperienze oltre che della malattia e il rapporto di fiducia e di collaborazione reciproca si faceva sempre più forte portando dei riscontri positivi anche nel quadro clinico dei pazienti".

L'iniziativa continuò a crescere fino ad arrivare a estendersi a livello nazionale.

Come è stato possibile?

Nel 2003 io e il collega Andrea Mambrini ci siamo trasferiti a Carrara e dopo tre mesi ho deciso di portare in reparto un pianoforte. Anche quell'iniziativa voleva creare

DONATORI DI MUSICA

Donatori di Musica viene generalmente definita come una rete di musicisti, medici, infermieri, volontari, pazienti e familiari di pazienti, che si propone di organizzare con regolarità stagioni concertistiche negli ospedali, in totale ed assoluta gratuità. Non si tratta però semplicemente dell'offerta di eventi culturali o di una forma di intrattenimento estemporaneo a favore di chi soffre, bensì della creazione di un rapporto continuativo tra la grande musica e la medicina, attraverso il quale tutti coloro che a diverso titolo vi partecipano - senza in quel momento indossare un camice od un pigiama - possano trovare o ritrovare una diversa dimensione nel vissuto della malattia che li ha colpiti o che professionalmente curano.

Oncologie

Spedali Civili, Brescia
Ospedale di Bolzano
Ospedale di Carrara
Ospedale San Camillo Forlanini - Roma
Ospedale di Saronno
Ospedale di Sondrio
Ospedale di Vicenza

Grazie alla musica la battaglia contro il tumore si eleva a riappropriazione e riaffermazione di sé.
Nel 2012 l'associazione ha ricevuto nell'ambito del Premio "Abbiati" per la Critica Musicale,
il PREMIO "FILIPPO SIEBANECK" per la capacità di organizzare e relizzare stagioni di concerti negli ospedali, divulgando il patrimonio musicale d'arte e trasmettendo le emozioni feconde e confortanti della musica dal vivo.

Informazioni, calendario concerti ed elenco musicisti associati
www.donatoridimusica.it

Informazioni generali
info@donatoridimusica.it

Informazioni relative all'ambito medico-ospedaliero
medici@donatoridimusica.it

Informazioni relative ai musicisti
musicisti@donatoridimusica.it

GINO PAOLI E DANILO REA

SAPER ASCOLTARE, PULITI DENTRO. VOCE AI VOLONTARI

"Saper ascoltare, puliti dentro" dice Flavia Rossi volontaria e segretaria dell'Associazione "BIANCO AIRONE Pazienti Onlus" e collabora per DONATORI DI MUSICA per descrivere lo spirito associativo. L'ascolto, quell'ascolto che nei concerti eseguiti presso le Oncologie italiane ci orienta verso la musica, ma che in realtà è qualcosa di ampio e intangibile che fa da legante sincero tra pazienti, medici, infermieri, volontari e famigliari.
"Come volontaria in un reparto oncologico sento molto forte - spiega ancora Flavia Rossi - il contatto umano, l'importanza del rispetto del paziente e di quello che desidera, del rapporto personale basato sul dialogo quando il paziente ne abbia voglia. La stessa organizzazione dei concerti è volta a coinvolgere diverse componenti su un piano paritario, tutto in funzione del miglioramento della qualità del benessere di chi si trova ricoverato. Tra i momenti più emozionanti ne ricordo uno vissuto nel corso di un concerto di pianoforte al quale ha partecipato anche una donna che in un primo momento non voleva muoversi dalla propria camera perché afflitta da forti dolori. Al termine del concerto lei si è voltata verso di me dicendomi che aveva scordato il dolore, in quel momento anche il pianista ha sentito le sue parole e si è abbandonato al pianto".

una tappa di un lungo percorso finalizzato a creare una collaborazione positiva tra musica e oncologia: al pianoforte si esibivano regolarmente artisti locali e ancora una volta vi era un innalzamento del benessere percepito tra i pazienti ricoverati.
Il salto qualitativo, dal punto di vista musicale, organizzativo e della popolarità, lo abbiamo avuto nel luglio del 2007 quando Gian Andrea Lodovici, un giovane e famoso critico musicale e producer discografico, è stato ricoverato presso la nostra struttura. In lui, che aveva perso tutte le motivazioni, il nuovo incontro con la musica (che era stata la protagonista della sua vita) fece scattare una grande voglia di collaborazione e fu lui ad introdurci nel mondo della musica classica di livello nazionale ed internazionale. Gian Andrea ha dedicato l'ultimo anno della sua vita a questo progetto e grazie a lui abbiamo conosciuto il nostro Direttore Artistico il pianista Roberto Prosseda.
Grazie al loro lavoro e a quello di centinaia di altri volontari oggi i migliori musicisti professionisti "donano" la loro musica ai malati.

Quale l'elemento indispensabile per la riuscita del progetto?

La continuità e la qualità della musica. La ripetizione dei concerti ci dà la possibilità di creare e consolidare davvero un ambiente collaborativo e slegato dalle vecchie gerarchie.

A cambiare è dunque il punto di vista...

Certamente, cambia quello, cambiano le gerarchie, muta il sistema che porta alla costruzione di vere relazioni. Tutto il personale medico, infermieristico e naturalmente il primario sono sempre a disposizione del malato: ad esempio tutti i pazienti hanno i recapiti di tutti i medici e la tendenza è quella di darci del tu : la condivisione e la collaborazione uniscono e saldano in un sistema paritario.
Il concerto settimanale è dunque

solo il culmine di questi processi che si sviluppano secondo circoli virtuosi grazie al lavoro da svolgere in vista della preparazione del concerto stesso.

Quali sono le fasi organizzative?

Abbiamo una prima fase pre-concerto oppure pre-stagione concertistica gestita dai volontari, che implica il rapporto con il musicista (contatti con l'artista, organizzazione del viaggio e pernottamento, accoglienza in reparto, la realizzazione di locandine e materiale grafico) e la preparazione della sala (disporre le sedie, predisporre l'illuminazione, preparare il programma) e - aggiunge Cantore - in questa fase anche il primario sposta le sedie!

La fase successiva è quella del concerto, dove è prevista una registrazione audiovisiva dello spettacolo. Infine abbiamo la fase del buffet dopo l'evento, in cui chiunque lo voglia (volontari, personale del reparto, pazienti) può preparare vivande.

Grazie a questo incontro i pazienti possono non soltanto dialogare col musicista, ma portare un "pezzo del loro mondo", della loro terra, delle loro passioni, della loro cucina e condividerle con gli altri tornando ad essere persone e non rimanendo relegate al ruolo di assistiti.

A questo punto però abbiamo la quarta e più importante fase: dobbiamo riuscire a mantenere quel clima solidale tutta la settimana. Il clima collaborativo creato grazie al concerto non deve concludersi con esso, altrimenti sarebbe un bluff.

All'arrivo in reparto i nuovi pazienti spesso restano quasi esterrefatti, ma fin dalla seconda volta stanno al gioco perchè la dimensione della normalità è importante per tutti loro."

Il progetto punta ad un recupero della persona grazie anche alla possibilità di esaltarne le capacità e la voglia di reagire.

"Esattamente - riprende Cantore -

Come è possibile mantenere tale spirito come caratteristica associativa?

Abbiamo superato alcune difficoltà economiche e altre personali, ma in generale non è mai venuto meno l'entusiasmo che non è da confondere con una bruciante passione iniziale, ma è bensì frutto della continuità con la quale abbiamo sempre cercato di realizzare le nostre attività.

Insieme abbiamo cercato di lavorare tanto sugli stessi temi, sulla necessità di diventare volontari prima di tutto in "ordine con se stessi", di non essere vittime dell'ansia da prestazione o dell'urgenza del dare. E' successo anche a me. Sono rimasta vedova a 34 anni nel 1996. Mio marito, poco più grande di me, si era ammalato e nonostante le cure cercate in tutta Italia mi ha lasciata. Alla sua scomparsa sono stata subito presa dalla voglia di aiutare, di essere utile, di andare negli ospedali e voler diventare una volontaria efficace. Sbagliavo tutto e un paziente me lo ha fatto notare in modo brusco e piuttosto colorito. Lo ringrazio ancora. Da quel momento la mia prospettiva è cambiata, ho cominciato a lavorare su me stessa e solo dopo essermi rimessa in equilibrio ho ripreso a fare volontariato"

Dobbiamo però sempre ricordare che il concerto non deve restare un momento isolato, ma che il rapporto solidale e orizzontale che riusciamo a creare con il malato ed i famigliari va mantenuto in ogni momento, anche quando accogliamo un famigliare in difficoltà

Che ruolo ha la musica in tutto questo?

Ci aiuta molto a creare quest'empatia sia con i pazienti che con le famiglie. Nell'organizzazione dei concerti ognuno dà il suo contributo, così come in altre attività che a volte hanno risultati inaspettati. Ad esempio siamo riusciti a registrare ben 3 CD, per uno di essi abbiamo avuto la collaborazione persino di un amico musicista che è venuto da Washington. Dobbiamo però sempre ricordare che il concerto non deve restare un momento isolato, ma che il rapporto solidale e orizzontale che riusciamo a creare con il malato ed i famigliari va mantenuto in ogni momento, anche quando accogliamo un famigliare in difficoltà e a Massa Carrara andiamo a prenderlo all'aeroporto o in stazione, o quando sempre in questa città riusciamo ad ospitarlo nella nostra struttura di accoglienza dove possono soggiornare piu unita' familiari.

S'impara anche ad essere buoni volontari e ci si riesce quando si agisce guidati dalla gratuità, quando non si va a cercare il grazie, quando si esce dal binomio volontario-paziente e si è un essere umano davanti ad un altro essere umano. Sono valori universali che suggeriamo anche ai volontari attivi nelle altre Oncologie italiane dove i musicisti di Donatori di Musica si esibiscono".

L'ASCOLTO DELLA BELLEZZA

"Chi ascolta ha bisogno di condividere la bellezza e noi musicisti dobbiamo fargli provare quest'emozione" a parlare è il maestro Roberto Prosseda, punto di riferimento per i musicisti attivi con Donatori di Musica: "Gli spettatori, siano pazienti per i concerti in ospedale oppure normali appassionati, hanno voglia di emozionarsi e condividere l'armonia. Noi non dobbiamo mai commettere l'errore di suonare per dimostrare quanto siamo bravi, per superare un giudizio, per compiacere noi stessi".

Cosa significa per un musicista suonare in una delle Oncologie italiane coinvolte nel progetto?

"Suonare in questo contesto è molto diverso, ci si arricchisce, si permette di crescere molto sotto il profilo umano e dunque anche dal punto di vista artistico.

Quando c'è un concerto a donare non sono solo i musicisti, ma si crea una sorta di circolo grazie al quale il dono coinvolge tutte le componenti coinvolte. Quando suoniamo in ospedale sappiamo che tra il pubblico, purtroppo, ci sono spettatori che a causa della malattia hanno dovuto cambiare il concetto di tempo, di tempo che si ha a disposizione, ed è straordinario sapere che in sala hanno deciso di dedicare qualche prezioso e insostituibile momento ad ascoltare la nostra musica. Questo ci fa capire come sia un errore concentrarci sul nostro talento, sulla nostra voglia di affermarci. Abbiamo invece il compito di regalare loro qualche attimo di purezza. Diventiamo il tramite tra la musica e i pazienti, e ci riusciamo proprio grazie alla loro presenza.

In questa catena del dono, dove tutto è gratuito e sano nella purezza dei gesti, noi impariamo molto anche per vivere la nostra dimensione di artisti nella vita tra teatri e tournèe. Al termine di un concerto sono i musicisti a ricevere il massimo regalo imparando quanto la gratuità, quella vera lontana dai riflettori e dai teatri ufficiali, sia spunto inaspettato anche per ricevere.

Donatori di Musica è un progetto in crescita, Lei che è direttore artistico quali traguardi pensa si possano raggiungere?

"Attenzione, non chiamatemi direttore! Tra noi non ci sono organigrammi in verticale. Le gerarchie esistono solo dove vi siano potere o denaro, qui non c'è nulla di tutto questo. I concerti sono ad ingresso gratuito e riservati solo ai pazienti, ai famigliari e al personale del reparto, non ci sono critici, giornalisti o agenti, il musicista non usa il concerto per acquisire notorietà. Rispetto alla società tradizionale tutti partecipano donando il massimo di se stessi. La mia funzione è piuttosto quella di diffondere tra i colleghi professionisti la mission dell'Associazione e fin quando la generosità resterà la caratteristica su cui si fondano tutte le nostre attività, allora potremo continuare a condividere attimi di poesia".

i pazienti assistono al concerto in abiti civili, le donne si prestano il rossetto per farsi belle, c'è chi cerca l'abbinamento o la pettinatura giusta, in questi anni ci siamo presi la soddisfazione di lasciare negli armadi 8.000 pigiami!"

Quali sono i vantaggi per i pazienti, dal punto di vista medico?

"La qualità della relazione porta a miglioramenti psicologici. E' in via di pubblicazione un nostro studio che dimostra come la riduzione del distress psicologico durante il ricovero fra quei pazienti che partecipano ai concerti, un miglioramento dei parametri psico-fisiologici; ora la ricerca deve studiare l'effetto esercitato sui famigliari allargando lo sguardo ad un più ampio contesto di cura.

L'iniziativa ha un valore alto perché nasce dall'incrocio di doni di varia natura: le note maturate in anni di fatica dai musicisti; l'impegno e il tempo dei volontari; la volontà di mettersi in gioco come persone da parte di medici e infermieri. Infine il dono nuovo dei pazienti di dirci qualcosa di loro, che spesso noi non siamo in grado di vedere. Questa circolarità di scambi crea momenti diversi e inaspettati, dove la malattia c'è ma non si vede, si sente ma non si ascolta, regalando ad ognuno un dono di speranza.

Il progetto è nato nelle Oncologie riservate ai soggetti adulti perché lì mancava quella dose di umanità che i clown e altri attori riuscivano a dare in quelle pediatriche. Donatori di Musica è nata perché abbiamo avvertito un bisogno.

E i musicisti come vivono quest'intensa esperienza?

Hanno un atteggiamento di grande apertura, sono entusiasti e con il cuore aperto, i nostri volontari ricevono i curricula dei professionisti che ci vogliono aiutare in tutta Italia e la disponibilità dei musicisti italiani è tale che abbiamo una lista di circa 200 Maestri che ancora non sono riusciti ad esibirsi. Per noi ha

suonato anche Gino Paoli, l'ho incontrato su un volo aereo e mi sono presentato, con il suo fare burbero mi ha ascoltato e ha voluto il mio recapito. Era inverno e in primavera è venuto davvero a suonare per i nostri pazienti.
La musica crea una dimensione del tutto particolare e al termine dei concerti sono gli artisti ad essere i più felici di essere entrati in questa filiera del dono. Spesso dicono grazie...anche se suggeriamo loro di non farlo.

Perché non dire grazie?

Quando allestiamo un concerto si crea una catena di solidarietà e di reciprocità, tutti ricevono più di quanto abbiano donato (dagli albergatori che offrono ospitalità agli artisti, fino ai cuochi, ai grafici ecc.), grazie al concerto il mondo vive in un sistema di gratuità e dirsi grazie diventa un di più. Per questo cerchiamo di non dirlo, sogniamo un mondo entro il quale vi siano amore e parità...e grazie alla musica, almeno per qualche ora, ci riusciamo".

In Italia 7 oncologie sono parte attiva del progetto ed altre 7 stanno per farvi parte, come nasce la rete nazionale?

Oggi io lavoro a Massa Carrara, ma ho ancora contatti a Mantova e amici medici in altre città; più in generale mi sono rivolto a CIPOMO (Collegio Primari Oncologia Italiani) inviando 4 anni fa il progetto. Da quel momento molti colleghi mi hanno chiamato e abbiamo valutato l'inserimento nella rete delle diverse strutture.
Perché un'Oncologia entri a far parte del nostro circuito abbiamo bisogno di essere certi che vi sia una predisposizione al rapporto di relazione con il malato, ma anche la capacità di creare una "Stagione Concertistica", lo abbiamo detto prima la continuità è l'elemento chiave.
Un secondo aspetto è la qualità. I concerti sono tenuti da musicisti con un'attività concertistica consolidata, per garantire una qualità analoga a quella delle "normali" stagioni concertistiche importanti. Un ulteriore principio è l'assenza di lucro. I musicisti si esibiscono gratuitamente e i concerti sono tutti ad ingresso gratuito e limitato ai pazienti, ai loro familiari e allo staff ospedaliero, così da non interferire con le stagioni concertistiche tradizionali.

BENEDETTO LUPO

Quest'anno, per la prima volta Donatori di Musica ha lasciato gli Ospedali per raggiungere i terremotati dell'Emilia. Perché?

L'Associazione è nata per colmare un bisogno e abbiamo pensato che anche nelle tendopoli vi fosse voglia di serenità, musica, solidarietà. Abbiamo lanciato il nostro appello via facebook e in 24 ore 40 musicisti hanno risposto, ancora una volta si è attivata la catena del dono e alla fine tutti hanno ricevuto più di quanto abbiano dato. Esserci è utile, esserci è bello.

Clelia Epis

IL PADRE DEL TRAPIANTO DI FEGATO È ITALIANO

Fu Vittorio Staudacher nel 1952 il primo a realizzare con successo un trapianto di fegato in un animale di grande taglia

La storia della nascita e dell'evoluzione del trapianto di fegato torna a parlare italiano. Dopo 60 anni è infatti stata ristabilita la paternità del primo trapianto di fegato mai eseguito nel mondo occidentale. Non fu l'americano Stuart Welch, come si è creduto per oltre mezzo secolo, il primo medico ad eseguire nel 1955 un trapianto di fegato sperimentale bensì un italiano, il professor Vittorio Staudacher. Ben tre anni prima dell'operazione di Welch, il chirurgo trentino portò a termine un trapianto di fegato su animale di grande taglia dando poi dettagliata descrizione delle procedure eseguite in un report datato 1952. A darne notizia è stato un articolo pubblicato a febbraio di quest'anno dalla rivista americana American Journal of Transplantation, pubblicazione di riferimento a livello mondiale per la chirurgia dei trapianti. *"Fino ad oggi il primo trapianto sperimentale di fegato che portò poi allo sviluppo del trapianto di fegato umano era stato attribuito a C. Stuart Welch che nel 1955 realizzò con successo un trapianto eterotopico*[1] *nella specie canina. Nel 1956 fu poi riconosciuto a Jack Cannon il*

primo trapianto ortotopico[1] *di fegato animale, sebbene la specie di animale non fu rivelata. Questo rapporto intende invece fissare correttamente lo storico primato riconoscendo che fu Vittorio Staudacher nel 1952 il primo a realizzare con successo un trapianto di fegato in un animale di grande taglia."*[2] Con queste parole prende l'avvio l'articolo scritto da sei dei massimi esponenti della chirurgia di trapianto del fegato. Oltre ai due massimi esperti americani, il dott. Busuttil ed il dott. Starzl, padre del moderno trapianto di fegato, hanno realizzato l'articolo alcuni degli allievi ed eredi dell'insegnamento dello stesso Staudacher, i professori De Carlis del Niguarda di Milano, Fassati dell'Università degli Studi di Milano e Gridelli dell'ISMETT di Palermo. "Poiché Staudacher aveva scritto dei suoi esperimenti di trapianto di fegato usando la lingua italiana, per anni la conoscenza del suo operato e la portata del suo lavoro sono rimasti chiusi all'interno della ristretta comunità scientifica del nostro paese" ha spiegato il professor Luigi Rainero Fassati, tra i promotori della pubblicazione di questo articolo " negli anni 50 l'inglese non era molto conosciuto né usato ma ritengo che se avesse scritto in questa lingua già da molto tempo la comunità scientifica internazionale gli avrebbe reso il riconoscimento che oggi questo saggio concorre a tributargli".

Il professor Fassati ha raccontato come l'idea di rendere pubblica l'opera di Staudacher sia nata in principio da una concordanza di intenti tra lui e gli altri autori italiani, coinvolgendo poi anche i chirurghi americani. "Gridelli, De Carlis ed io siamo stati tutti allievi di Staudacher, facevamo infatti i turni in chirurgia d'urgenza a Milano dove Staudacher lavorava come primario" ricorda "certo non siamo stati presenti ai suoi esperimenti sul trapianto di fegato nel 1952 ma sicuramente il nostro modo di operare è stato influenzato da lui e dal suo assistente in quegli anni, Dinangelo Galmarini, che fu invece diretto maestro mio e dei miei colleghi". Dopo molti anni in cui questi tre chirurghi iniziavano conferenze ed incontri pubblici sui trapianti di fegato presentando sempre una diapositiva con il lavoro di Staudacher, diapositiva in italiano, De Carlis ebbe l'intuizione di coinvolgere anche il collega americano Busuttil nell'idea di far conoscere il lavoro del professore trentino. Busuttil ne fu entusiasta e ne parlò con Starzl che intervenne poi nella stesura dell'articolo dando il proprio contributo per avallare la tesi della primogenitura di Staudacher sul trapianto di fegato. *"Come riportato dalla letteratura di settore, l'origine del trapianto sperimentale del fegato è attribuito a C. Stuart Welch dell'Albany Medical College, che descrisse un trapianto di fegato ausiliario in una specie canina. In quella procedura, il fegato originale fu lasciato al suo posto e si procedette con un trapianto eterotopico nella fossa paravertebrale del ricevente.(…)Il presunto primo rapporto su di un trapianto ortotopico di fegato fu pubblicato da Jack Cannon dello UCLA nel 1956. Come ha fatto notare Starzl però "la descrizione di Cannon non specificava la specie animale studiata (presumibilmente si tratta di cani) e non conteneva nessuna informazione precisa"*[3] Una volta ottenuto il supporto

Vittorio Staudacher

Nato a Castell'Ivano (Trento) il 20 ottobre 1913, nel Trentino ancora austriaco, laureato a Padova, aveva approfondito come assistente del grande anatomopatologo Terni studi che si dimostrarono strategici per la sua professione di chirurgo.
Ha svolto la sua carriera a Padova quindi dal 1949 a Milano, all'Ospedale Maggiore Policlinico, di cui fu anche Presidente dal 1983 al 1986. Vi rimase trentaquattro anni, fino al pensionamento. Primario di chirurgia generale, fu pioniere in Italia della chirurgia generale d'urgenza, riuscendo (per la prima volta in Italia) a far nascere al Policlinico il primo dipartimento dell'urgenza.
Fu tra i primi a sollevare il problema del rinnovamento dell' Ospedale Maggiore, avanzando la proposta di costruire un secondo ospedale in zona Ronchetto delle Rane e di procedere, contemporaneamente, a una profonda ristrutturazione della sede di via Francesco Sforza.
Fu anche un ottimo insegnante secondo i principi di Jean-Jacques Rousseau: «Il cervello umano non è un sacco da riempire, ma un fuoco da accendere».
Uomo di grande statura morale: nel 1993 denunciò all'allora procuratore della Repubblica Borrelli i concorsi truccati.
Pioniere dei trapianti: nel 1952 presentò i primi risultati di trapianti di fegato su cani.

[1] Il trapianto ortotopico consiste nel mettere un fegato sano al posto del malato, quello eterotopico invece aggiunge un fegato sano a quello malato. Nell'uomo non si fa pressoché mai perché non vi è abbastanza spazio nella pancia umana. In passato ci sono stati casi rarissimi di epatite fulminante in cui si è provata questa seconda tecnica pensando che il fegato aggiunto poteva depurare quello intossicato da funghi o epatite. Poi si toglieva. Ora questa procedura è completamente abbandonata.

[2] The First Report of Orthotopic Liver Transplantation in the Western World, American Journal of Transplantation. Pubblicazione del 6 febbraio 2012

[3] Id.

del chirurgo considerato unanimemente il fondatore della moderna chirurgia di trapianto del fegato, gli autori procedettero a contattare il figlio di Staudacher, medico anche lui e primario chirurgo al San Raffaele di Milano. Da lui ottennero le carte originali del padre pubblicate nel 1952 sulla rivista "La riforma medica" contemporaneamente agli atti ufficiali forniti dalla Società Italiana di Chirurgia del convegno nazionale tenuto a Venezia sempre nel 1952 dove Staudacher rese pubblici i suoi esperimenti. Con questo materiale venne quindi composto l'articolo. *"Come recentemente scoperto, né Welch né Cannon furono i primi a fare trapianti di fegato in animali. Nel 1952, Vittorio Staudacher, professore di chirurgia all'Università degli Studi di Milano e Direttore del Dipartimento di Chirurgia d'urgenza al Policlinico di Milano pubblicò una serie di esperimenti nei quali la tecnica di trapianto di fegato in un cane è descritta con dovizia di particolari"*[4]. I quattro cani usati per gli esperimenti vennero forniti dal canile comunale della città di Milano che chiese certezza affinché non soffrissero durante gli esperimenti, condotti infatti in anestesia generale. Le carte ufficiali della Società Italiana di Chirurgia riportano che in quell'occasione Staudacher disse che nessuno prima di lui aveva fatto una cosa simile ma, visto come è andata la vicenda, le sue parole si può dire caddero nel vuoto. "Staudacher mostrò il suo lavoro al pubblico ma la sua sfortuna fu che lo fece in italiano, lingua che nessuno leggeva fuori confine, e poi si dedicò ad altro e quanto fatto restò cosi ignorato per anni" racconta Fassati "Il fatto davvero straordinario è che la tecnica usata allora da Staudacher è quella che tutt'ora viene messa in pratica durante gli interventi". Dai documenti forniti risulta infatti una descrizione precisa di come si fa il trapianto epatico e, comparati a Welch e Cannon, i dati forniti da Staudacher mostrano una metodologia innovativa, in grado di precorrere la moderna tecnica di chirurgia del trapianto del fegato sviluppata negli anni 60 a Denver ad opera di Starzl. "È sorprendente l'intuizione di Staudacher di voler unire le vene" spiega Fassati "quando ancora la tecnologia non avrebbe permesso di cucirle, come invece si fa adesso con una sutura, lui aveva comunque cercato di congiungere le vene con un tubicino di plastica che fungesse da ponte tra le due estremità. L'arteria epatica di entrambi i soggetti, donatore e ricevente, non veniva (infatti) collegata direttamente ma collegando l'arteria epatica del donatore con la vena splenica del ricevente che arterializzava la vena porta permettendo la nutrizione del fegato trapiantato." L'eco della notizia dei trapianti di Staudacher, all'indomani della pubblicazione dell'articolo, è stata grande nel mondo scientifico. " Solo io ho ricevuto più di cinquanta tra mail e telefonate" ha detto Fassati "i messaggi mi sono arrivati sia dagli italiani che trapiantano all'estero sia dagli americani. I primi mi hanno detto di aver notato una rivalutazione nei loro confronti da parte dei colleghi stranieri perché hanno scoperto un padre nobile della loro disciplina di origine italiana. Ma molti sono stati anche gli americani, che mi hanno cercato per farci le congratulazioni, in quanto italiani." E conclude "Questo è un riconoscimento storico".

Fernanda Snaiderbaur

Gli italiani che trapiantano all'estero hanno detto di aver notato una rivalutazione nei loro confronti da parte dei colleghi stranieri perché hanno scoperto un padre nobile della loro disciplina di origine italiana.

[4] Id.

Dolomiti

Un valico dopo l'altro
si spengono nel vento
d'agosto echi lontani
assetati d'azzurro;

ecco apparire rapide
soffici nubi bianche
a colorare d'ombra
le vette impervie;

vagabonda l'acqua
scende ricalcando
le antiche ferite
in nastri di seta;

nell'aria rarefatta,
appare l'aspra
bellezza delle rocce
dai riflessi di rosa;

in forme mai uguali
tra il planare dei corvi
la montagna accoglie
la mia solitudine.

Anna Francesca Basso

Tratto dalla raccolta
*«Immagini da leggere
antologia di autori vari»*
Concorso letterario nazionale
Mario Ferrario «Immagini da leggere»
Edizione 2012

A cura di
Fotogruppo Effeotto
Cernusco Lombardone LC

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: Enrico Tavoni
Tel./Fax 0372.30493
cremona.provincia@aido.it

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

Lodi
Sezione
26900 - Via Lungo Adda Bonaparte, 5
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: Daniela Rebecchi
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

Milano
Sezione Pluricomunale
20161 - Via Pellegrino Rossi, 1
Presidente: Emanuele Colangelo
Tel./Fax 02.6888664
milano.provincia@aido.it

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

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

Sondrio
Sezione
23100 - Via Nazario Sauro, 45
Presidente: Stefano Rossattini
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