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 XXII n° 211 AGOSTO/SETTEMBRE 2013

Sommario

2 pagina — Una delle poche in Italia; in Europa ce ne sono meno di venti
Fonte di speranza
la Banca delle valvole cardiache realizzata dal Centro Cardiologico «Monzino» di Milano

14 pagina — Filippo
Un guerriero in babbucce arancioni

22 pagina — Organi biongegnerizzati
A che punto siamo tra speranza e realismo

25 pagina — La salute al maschile
I disturbi dell'apparato genitale

28 pagina — Alimentazione al maschile

31 pagina — Crescere insieme ai bambini e agli adolescenti fa diventare grande l'Italia

38 pagina — Aido e Giro d'Italia binomio vincente

40 pagina — Notizie dalle Sezioni

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 XXII n. 211 - agosto/settembre 2013

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
Prof. 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. 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

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

L'amore per la vita, vissuta come dono stupendo nella storia esemplare ed eroica del piccolo Filippo

Non c'è probabilmente nulla di più sconvolgente del dolore di un bambino; un dolore che interroga, chiede risposte, che ti ammutolisce quando ti senti impotente. Ma è proprio leggendo storie di sofferenza abbinate ad esempi di buona sanità che incontriamo a volte il senso più profondo della vita, l'essenza di quel dono che tutti ci accomuna e che a volte, nel quotidiano, perdiamo di vista in modo stolto e superficiale.

La storia di Filippo è la storia di una fragilità che si fa forza sovrumana, del desiderio di vivere di un bimbo già gravemente malato quando ancora era nel grembo della mamma, e che ha percorso un calvario di ben quattordici stazioni di sofferenze e di straordinari, quasi miracolosi, recuperi. La bellezza di questa storia, magistralmente resa con la consueta sensibilità da Laura Sposito, non è tanto l'esito, quando la solidarietà e la forza morale che accompagnano il percorso stesso. E' bello poter scrivere oggi che il bambino ora sta bene, ma è doveroso soffermarsi a riflettere su quei quattordici interventi, sui cardiochirurghi (guidati dall'ottimo dott. Lorini, dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo), sulle infermiere, sul dono che precede l'intervento finale, quello del trapianto. Giganteggiano però, in questo racconto, tre persone: Filippo, la cui gioia di vivere esplodeva in sorrisi inaspettati ogni volta che si sentiva riprendere dal flusso della vita; il papà Massimo, una roccia fondata sulla concretezza e sulla tenacia; la mamma Elena, capace di reggere sofferenze indicibili per mesi e mesi; e infine il fratellone, quel Federico che ha atteso, accolto, sostenuto l'arrivo del piccolo Filippo e che spesso ha rappresentato la diga contro lo scoraggiamento.

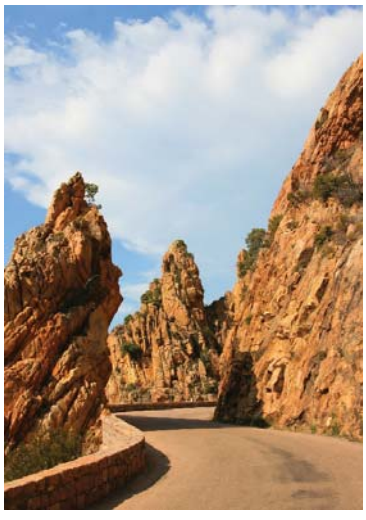
Non voglio scrivere altro per non condizionare la lettura di questa bellissima intervista che si accompagna, in questo numero di "Prevenzione Oggi", a quella realizzata dalla nostra équipe redazionale a Milano, all'Istituto cardiologico Monzino. Da una parte ricca di umanità di una medicina vincente; dall'altra la storia di una intuizione che diviene offerta sanitaria e che è oggi rappresentata da una delle poche banche delle valvole cardiache d'Europa: quella del Monzino appunto. Raccomando anche la lettura dell'intervista ai medici del Monzino perché estremamente significativa di come, sulle gambe di gente generosa e preparata, la medicina possa fare progressi impensabili fino a pochi anni fa.

Mi capita spesso di chiedermi perché mai di queste storie positive - dove la forza morale, la passione per una medicina che si prende cura, e la professionalità di geniali chirurghi uniti alla solidarietà di una società che si fa famiglia allargata -, non trovi mai spazi adeguati o almeno dignitosi nel mondo della grande comunicazione. Eppure avremmo tanto bisogno di incontrare la bellezza dell'umana esperienza, di respirare aria nuova e pulita. Ne avremmo l'occasione, se solo volessimo aprire gli occhi su quanto di buono ci circonda. Credo però di poter riaffermare che ancora una volta la nostra rivista svolga un ruolo di stimolo proponendo una piccola-grande rivoluzione culturale che sta nel rimettere la verità al centro dell'informazione. E la verità non è solo raccontare il marcio di una società che rischia di sgretolarsi, non è solo nel resoconto minuzioso di piccoli e grandi scandali, ma è soprattutto la fatica di andare controcorrente cercando con pazienza e tenacia quelle storie che rendono più bello il mondo in cui viviamo.

Concludo con una nota di ringraziamento al Gruppo Fotografico di Airuno per le foto delle copertine di Prevenzione Oggi: foto bellissime che fanno onore a questo gruppo e impreziosiscono il nostro periodico. Così come voglio sottolineare il profondo significato dell'abbinamento dell'immagine fotografica con le note poetiche di Alessandro Milani che accompagnano le copertine della rivista, veramente di notevole livello lirico.

Leonida Pozzi

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



CALANCHE Come si può ben dedurre dal loro stesso nome, le Calanche sono delle insenature delle calette che sorgono sul mare, sorgono a metà strada tra i due famosi centri di Porto e Piana, ponendosi come una attrattiva di interesse ambientale sicuramente notevole per la Corsica. Si tratta di formazioni rocciose, di colore rosso o arancione, che si rendono uniche nel loro genere per la particolarità di essere plasmate dall'azione del vento, e la loro bellezza e straordinarietà le ha rese Patrimonio dell'Unesco.
Le Calanche di Piana possono raggiungono anche altezze importanti, arrivando a toccare i 300 mt sul livello del mare, queste rocce di granito rosso si presentano come una delle attrazioni più belle che il territorio della Corsica possa proporre ed offriranno ai propri visitatori la possibilità di ammirare, dall'alto del paese o dai sentieri, panorami che spaziano dal mare alla zona più interna.
Secondo una leggenda locale queste rocce sarebbero opera del diavolo in persona che, indispettito dal rifiuto di una giovane contadina del luogo, decise di rendere il luogo aspro ed inospitale, tagliando e rompendo le rocce in maniera informe e violenta, la storia vuole che alcune di queste rocce siano state scolpite per rappresentare la giovane contadina, il marito ed il loro cane, e proprio una di queste infatti, prende il nome di Tête de Chien.

IN COPERTINA

Una delle poche in Italia; in Europa ce ne sono meno di venti

FONTE DI SPERANZA LA BANCA DELLE VALVOLE CARDIACHE REALIZZATA DAL CENTRO CARDIOLOGICO «MONZINO» DI MILANO

Nato nel 1981 grazie ad una donazione del cavaliere del lavoro dott. Italo Monzino, che volle valorizzare un'idea del prof. Cesare Bartorelli dell'Università degli Studi di Milano, il Centro Cardiologico Monzino è oggi un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.). Cosa sono gli IRCCS, cioè gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico? Sono (recita l'art. 1 del D.L.vo 288 del 2003) "Enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e transnazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi

sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità". Fu il prof. Bartorelli che pensò di creare un centro dedicato esclusivamente alla cura delle malattie cardiovascolari. Ancora oggi il Centro Cardiologico Monzino è l'unico esempio di Istituto cardiologico monotematico di ricerca e di cura in Europa. È accreditato e convenzionato con la Regione Lombardia ed offre prestazioni di ricovero e ambulatoriali in regime di Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Attualmente il Centro Cardiologico è di proprietà dell'Istituto Europeo di Oncologia, IRCCS. I due Istituti utilizzano in modo autonomo ed in sinergia tutte le risorse di cui dispongono al servizio della ricerca e della cura nei rispettivi settori di attività oncologica e cardiovascolare.

In questo specifico contesto il Monzino di Milano è sede di una delle pochissime Banche delle valvole cardiache d'Italia. In tutta Europa queste banche non sono in realtà più di 20.

Prof. Gianluca Polvani

Il Prof. Gianluca Polvani si è laureato nel 1986 con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano e ha conseguito la specializzazione con lode in Cardiochirurgia (stessa Università) nel 1991.

Carriera Ospedaliera: Assistente(1988), Aiuto (1995) presso cardiochirurgia del centro Cardiologico Monzino.

Carriera Universitaria: Ricercatore Universitario (1994), Professore Associato (2002) e Professore Straordinario in cardiochirurgia, carica che tutt'ora ricopre dal 2008.

Esperienze all'estero: 1998 Visitatore Ufficiale dell'università di Toronto (Ontario Canada). Dipartimento di Cardiochirgia, Direttore Prof. Tirone David;
1993 Visitatore Ufficiale del Brompton Hospital (London UK). Direttore Prof. Magdi Yacoub;
1990/1991 Chef de Clinique presso il Dipartimento di Cardiochirurgia dell'Università di Clermont-Ferrand (Francia). Direttore Prof. Charles De Ribellolles.

Attuale incarico: Professore Straordinario in Cardiochirurgia (MED/23) Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità
Sezione di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare dell'Università degli Studi di Milano presso Centro Cardiologico Monzino IRCCS.

Attività lavorativa attuale: Responsabile dell'Unità Operativa di Cardiochirurgia 2
Responsabile dell'Unità Operativa di Telemedicina Cardiovascolare e Riabilitazione domiciliare post cardiochirurgica;
Direttore della Banca dei Tessuti Cardiovascolari della Regione Lombardia.

Attività universitaria: Presidente del Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare;
Docente di Riferimento del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Assistenziali;Docente di riferimento Collegio dei Docenti della Scuola di Dottorato in Scienze Fisiopatologiche, Neuropsicobiologiche e assistenziali del ciclo della vita per l'indirizzo: Fisiopatologia, Assistenza e Riabilitazione dell'anziano;Docente del Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare;
Docente Corso di Laurea Magistrale in Scienze Tecniche Assistenziali;
Docente Scuola di Specialità in Cardiochirurgia;
Docente Scuola di Specialità in Chirurgia generale.

Pubblicazioni: Il Professor Polvani è autore di oltre 140 lavori scientifici, 6 capitoli di libri e 220 abstract nazionali ed internazionali.

Riconoscimenti: Membro del Comitato di Direzione Centro Cardiologico Monzino, IRCCS; Membro del Comitato Scientifico Centro Cardiologico Monzino, IRCCS;Membro di prestigiose società scientifiche internazionali; Chairman a congressi internazionali; Responsabile di numerosi progetti di ricerca nazionali ed internazionali.

Rilevata questa eccezionale specializzazione, l'équipe di Prevenzione Oggi si è assunta il compito di approfondire il tema della Banca delle valvole, accolta dal gruppo medico scientifico rappresentata dal Prof. Polvani, dal dott. Dainese, dalla dott.ssa Guarino, e dalla dott.ssa Micheli. Ne è scaturita una interessante intervista che volentieri offriamo ai nostri lettori, nella speranza che contribuisca a mettere luce sulle potenzialità della Sanità italiana e lombarda in modo particolare. Come da tradizione non mancano aspetti di criticità, ma prevale – in linea con la filosofia editoriale di Prevenzione Oggi – la forza propositiva. Non, quindi, inchieste per piangersi addosso, alla ricerca di quello che non funziona, ma uno sforzo indagativo e divulgativo affinché la cultura della donazione poggi sempre più concretamente sulla consapevolezza diffusa fra la gente di quanti e quali possano essere i percorsi per arrivare alla soluzione: cioè alla miglior cura possibile per le persone sofferenti e per le loro famiglie.
La prima domanda è del presidente Pozzi, ed è rivolta al prof. Polvani.

Pozzi: Da dove nasce questa idea della banca delle valvole cardiache?
Polvani: La banca nasce al Centro Cardiologico nel 1992, in seguito alla necessità di poter utilizzare sostituti cardiaci di origine umana in un periodo in cui le tecniche cardiochirurgiche si indirizzavano alla sostituzione ma soprattutto alla riparazione di parti del cuore. Grande slancio viene dato all'impiego di sostituti valvolari per il trattamento di alcune malattie cardiache prima tra tutte l'endocardite.
L'endocardite è una infezione batterica che puo' colpire una valvola cardiaca e la terapia è l'impiego di opportuna terapia antibiotica associata alla sostituzione della valvola malata con una nuova . Il miglior sostituto valvolare cardiaco in questi casi ad elevato rischio di mortalità è l'homograft, valvola di origine umana, che si è visto ha la proprietà di resistere maggiormente alle infezioni. L'idea di banca nasce sia grazie all'esperienza fatta all'estero da alcuni di noi sia dall'input dell'attuale direttore del CIR del NIT – Regione Lombardia dott. Giuseppe Piccolo, oggi come allora molto sensibile al discorso donazione, conservazione e distribuzione di tessuti scopo trapianto.
A quei tempi era molto diffusa la conservazione di un tessuto in contenitori con soluzioni antibiotiche posti poi a +4°C, cioè in frigoriferi uguali a quelli che abbiamo nelle nostre case; questa metodica non permette tuttavia una conservazione a lungo termine perché poi in realtà il tessuto diventa "duro come il cemento". L'alternativa, guardando anche l'esperienza del resto del mondo, era di conservare a temperature molto più basse, da - 80°C in giù.
Così abbiamo cominciato a documentarci meglio e abbiamo visto che la metodica di conservazione che più ci convinceva tra quelle descritte in quegli anni era quella della criopreservazione, cioè congelare in modo controllato un tessuto e conservarlo poi a temperatura molto bassa variabile tra -150°C e –180°C, temperature raggiungibili con l'azoto liquido. In questo modo oltre alla possibilità di una conservazione per tempi lunghi si ha una buona preservazione della vitalità cellulare del tessuto che diversamente, mantenuto in soluzione antibiotica a +4°C, dopo una settimana o quindici giorni "cuoce". A tutto ciò si aggiungeva anche il fatto che allora non c'era nessuna normativa che regolamentava in modo specifico questa attività di stoccaggio. Poteva perciò capitare che per alcuni campioni non fosse possibile seguire un percorso di tracciabilità, non si aveva evidenza documentale di come fossero stati prelevati, processati e conservati quindi "sicuri"per i riceventi.
Alla luce di questo nel 1990, abbiamo chiesto e ottenuto dal Cav. Monzino – proprietario della fondazione omonima di questo Istituto – la possibilità di far nascere qui questa banca.
Il passo successivo quindi è stato quello di creare un "collegamento" con la Regione Lombardia ed entrare nel circuito dei prelievi di organi da donatore multiorgano, il tutto grazie anche al prof Sirchia, all'epoca direttore del

NITp (Nord Italia Transplant).
E direi che oggi, dopo circa vent'anni, continuiamo ad essere la banca con il 95% dei tessuti conservati provenienti da donatori multiorgano a differenza delle altre banche, la cui attività è principalmente basata sul prelievo da donatore "freddo".

Pozzi: Quali sono stati i limiti, i vantaggi e gli svantaggi?

Polvani: Faccio una premessa. Il donatore multiorgano è in morte cerebrale. Tramite l'impiego di apparecchiature specifiche vengono mantenute le caratteristiche di temperatura e di flusso così da permettere il minor danno d'organo possibile in attesa del prelievo che tuttavia deve essere fatto entro breve tempo dal decesso. Nel caso invece del donatore freddo, come dice il termine stesso, il paziente viene refrigerato ed il prelievo può essere fatto anche dopo 24 ore dal decesso; attualmente da questa tipologia di donatori non si prelevano organi (ad eccezione di reni ed alcuni casi pionieri di intestino) ma solo tessuti.
Noi abbiamo sempre prelevato per la maggior parte da donatori multiorgano ed il limite/svantaggio di ciò riguarda l'esiguo numero di donatori multiorgano. In Lombardia all'anno ci sono circa 40-50 potenziali donatori multiorgano che possono rientrare nei parametri di idoneità dei tessuti; numeri di molto inferiori alla reale necessità sia lombarda sia nazionale.
Il vantaggio di un prelievo su donatore multiorgano riguardava invece l'idoneità dei campioni di sangue prelevati per eseguire tutti gli esami virali sul donatore. Il sangue da donatore freddo non è più tanto prelevabile e gestibile e venti anni fa si metteva in dubbio anche l'attendibilità del risultato ottenuto. Allora non c'erano gli standard di sicurezza che abbiamo oggi e ci si chiedeva: il cadavere freddo da cui prelevo è "sicuro"? "i tessuti che prendo sono garantiti"? Adesso le cose sono cambiate grazie anche alla disponibilità di test sierologici molto sensibili e specifici (biologia molecolare per esempio) .
Il donatore freddo deve diventare oggi

Dott. Luca Dainese

Dott.ssa Anna Guarino

Dott.ssa Barbara Micheli

La squadra del Monzino

il donatore principale per le donazioni di tessuto ma purtroppo in Lombardia ancora non siamo decollati; se si escludono 2-3 realtà la donazione principale è ancora quella da donatore multiorgano.

Callioni: Per accompagnare il lettore alla comprensione di queste dinamiche, è possibile introdurre anche una risposta ad una domanda banale, ma che un lettore si fa. Cioè, per chi si fa questo lavoro?

Polvani: La banca nasce per raccogliere, processare e soprattutto garantire la sicurezza del tessuto da trapiantare. Per sicurezza si intende sia la garanzia che non vengano trasmesse patologie da donatore a ricevente sia la garanzia di qualità biologica del tessuto stesso. Tutto questo è reso possibile grazie a molteplici passaggi quali ad esempio: una accurata selezione del donatore che deve rispondere a certi requisiti, la quarantena finché non sono pronti tutti gli esami donatore/tessuto, il congelamento eseguito secondo curve di congelamento specifiche e tipiche di ogni banca... Quindi per chi si fa tutto questo lavoro? L'utilizzatore finale è ovviamente il paziente, sia egli portatore di una patologia valvolare (endocarditi, stenosi) o vascolare (aneurisma, infezioni native o protesiche…); la scelta clinica invece è ovviamente del chirurgo che ha in cura il paziente.

Pozzi: C'è chi afferma che prima delle valvole umane si era partiti con le valvole di maiale e addirittura con le valvole meccaniche.

Polvani: Non è del tutto vero. Agli inizi si utilizzavano valvole meccaniche, ad esempio le Star Edward, costruite con una gabbia metallica al cui interno vi è una pallina d'acciaio. Prima ancora, negli anni 50, venivano utilizzate valvole di origine umana.. I sistemi di conservazione allora non esistevano, il prelievo e l'impianto veniva fatto rapidamente. Non dimentichiamo una cosa: ci sono anche altri tessuti umani che sono stati usati per fare valvole da impiantare nell'uomo. Uno è la "dura madre" che però puo' portare nei pazienti patologie con i prioni, cioè virus lenti. Si parla di virus lenti quando la patologia si presenta clinicamente magari vent'anni dopo; non si tratta di forme acute che in un mese si manifestano. Dunque, la "dura madre" poteva portare questi virus, e una volta preparata la valvola con la "dura madre", veniva impiantata nel soggetto e dopo un certo numero di anni quest'ultimo poteva presentare delle forme di demenza legate, come la mucca pazza, ad una valvola che trasmetteva virus di cui non si conosceva l'origine.

Pozzi: Le devo chiedere di spiegare, per i lettori, cosa è la "dura madre".

Polvani: È quel tessuto che avvolge il cervello. È un velo abbastanza resistente che avvolge il cervello per evi-

Alcune fasi della preparazione di un cuore...

tare che questo subisca traumi; inoltre la "dura madre" permette al liquido che contiene di mantenere costante la temperatura del cervello e non permette ad esso di entrare in contatto con la scatola cranica. Anche la fascia muscolare, e non il muscolo, potevano essere utilizzati per fare delle valvole. Anche in questo caso il tempo a disposizione per l'impianto era molto breve. Quindi le fasce muscolari erano molto utilizzate anche per il costo, ridotto, e per il numero infinito a disposizione. Ma il problema fondamentale è che se non conservo bene questo tessuto, dura poco, si rompe, calcifica e non è più utilizzabile. Da qui l'esigenza, il nuovo interesse, per i metodi di conservazione dei tessuti che a breve hanno interessato anche la metodica di conservazione delle valvole umane – homograft.

Guarino: Poiché mi occupo anche della gestione delle richieste, volevo aggiungere una nota sulla tipologia di pazienti per i quali si usano questi tessuti. Agli inizi – 20/25 anni fa -la richiesta era specialmente per le valvole aortiche da impiegare in casi particolari quali le endocarditi (90%) e per pazienti giovani, specialmente donne in età fertile, perché l'uso di queste valvole non richiede né l'assunzione di una terapia immunosoppressiva né anticoagulante e quindi non interferisce con la eventuale gravidanza.

Poi si è assistito nel corso degli anni ad un ampliamento delle applicazioni chirurgiche e ad una inversione delle richieste. Si può dire che le valvole aortiche non vengano quasi più utilizzate - forse perché hanno parzialmente disatteso le aspettative iniziali - mentre le valvole polmonari non sono mai abbastanza, specialmente nella cardiochirurgia pediatrica. In questo campo infatti vengono impiegate sia in toto che come supporto anche sprovvisto della componente valvolata.

Inoltre adesso si va sempre di più verso l'impiego di tessuti di origine umana ma decellularizzati perché, nonostante questi tessuti non diano un rigetto acuto come quando si trapianta un organo in toto, sembra esserci evidenza di un rigetto di tipo "cronico". Anni fa abbiamo pubblicato un lavoro in cui a circa 10 anni dall'intervento si assisteva a una degenerazione della valvola; questa degenerazione consisteva nella calcificazione dei lembi e noi l'abbiamo interpretata come risposta di tipo immunitario, a lunghissimo termine. Le moderne tecniche di banking attualmente si orientano alla decellularizzazione/ripopolamento degli homograft, cioè alla rimozione delle cellule del donatore e al ripopolamento con quelle del ricevente.

Per quanto riguarda poi i tessuti vascolari la richiesta è soprattutto per i pazienti con infezioni a livello periferico vascolare. Ma non solo, adesso vene

...NELLA CAMERA STERILE

cave e vene safene si usano anche nei portatori di tumori o nei trapiantati di fegato/reni per ripristinare i circuiti collaterali.

Polvani: Tornando alle patologie cardiache per le quali attualmente si utilizzano homograft, quella pediatrica di stenosi è una delle principali anche perché nei bambini piccoli è sconsigliato l'impiego di valvole biologiche.

Callioni: Piccoli quanto?

Guarino: Anche pochi giorni, tre quattro giorni.

Polvani: Parliamo di neonati fino a bambini di sette anni. Qual è il problema? Se si mettono dei sostituti valvolari con diametro fisso - tipo le valvole meccaniche, che sono di acciaio o quelle biologiche - il bambino cresce, ma la valvola ovviamente no. Quindi il bambino dovrebbe essere ciclicamente rioperato per sostituire la valvola con una via via più adatta al suo fisico cambiato ed in continua crescita. L'homograft invece è più "flessibile", cresce come cresce il bambino, si adatta alla crescita così come normalmente avviene, per cui si riduce significativamente il numero di re-interventi. Una volta arrivato al termine dello sviluppo intorno ai 18-20 anni se necessario si potrà mettere una valvola definitiva.

Dainese: è molto importante sottolineare che l'impiego fondamentale, attuale, dell'homograft è nei pazienti che hanno, per esempio, un processo di infezione delle valvole cardiache –endocardite - o di protesi vascolari. L'homograft in questi casi deve essere inteso come un salvavita. Nei pazienti che hanno un processo infettivo a livello delle valvole del cuore - un'endocardite batterica - vengono trattati con uso di antibiotici e la sostituzione con un homograft può essere decisiva. Nei pazienti che hanno protesi vascolare, per esempio, aortica o aorto iliaca, in cui vi sia un'infezione, l'homograft vascolare è salvavita. L'homograft in queste situazioni si è dimostrato superiore ai sostituti cardiaci e vascolari attualmente presenti. È fondamentale che i pazienti capiscano questo aspetto: l'homograft cardiaco e/o vascolare può salvare loro la vita in caso di infezione batterica vascolare o valvolare cardiaca

Pozzi: Spieghiamo per cortesia cosa è l'homograft.

Dainese: È un sostituto cardiaco o vascolare di origine umana (valvola aortica, polmonare, segmenti vascolari) prelevato da un donatore multiorgano (cuore battente), multitessuto (cuore fermo) o domino (ricevente trapianto cardiaco); nel caso di homograft cardiaco naturalmente il tessuto è prelevato solo quando il cuore non è adatto ad essere trapiantato in toto.

Polvani: Attualmente la definizione di homograft o omoinnesti è sovrapponibile a quella di allograft, anche se all'inizio c'erano tre definizioni ben distinte e con significato completamente diverso: autograft, homograft e allograft. Autograft è la propria valvola utilizzata spostandola da una sede a un'altra sempre all'interno del proprio cuore. Mi spiego: la propria valvola polmonare viene rimossa dalla posizione nativa e collocata in posizione aortica a sostituire la valvola aortica malata; in posizione polmonare a questo punto non può restare il nulla quindi in questo "posto vuoto" metto un homograft. L'autograft è qualcosa di personale. L'allograft e l'homograft provengono invece da "soggetti" umani diversi dal ricevente. La differenza un

La camera sterile...

tempo era determinata dal fatto che l'uno manteneva vitale la componente cellulare e l'altro meno: si parlava di tessuti vitali e non vitali. Oggi non è più così: i tessuti sono conservati con modalità che preservano per quanto possibile la vitalità cellulare, quindi i due termini sono diventati sinonimi ed entrambi considerati tessuti vitali.

Pozzi: Perché non hanno rigetto questi tessuti messi in un corpo umano? Come avviene che questo corpo umano li accetti e quindi non serva intervenire con gli immunosoppressori?

Guarino: La componente del tessuto che scatena il rigetto è la parte endoteliale. Nonostante noi si applichi un processo di preparazione, decontaminazione, congelamento il meno cruento possibile, la parte che comunque viene danneggiata e che alla fine di tutto il processo resta in quantità minore, se non addirittura assente, è proprio la parte endoteliale. Non lo facciamo "volontariamente" ma alla fine del processo ciò che viene meno, "si perde durante il percorso" tra preparazione, decontaminazione e congelamento, è proprio la componente del tessuto che provoca il rigetto. Questo per anni è stato anche il motivo che ha generato due differenti scuole di pensiero: alcune banche non volevano mantenere la componente cellulare viva per evitare il rigetto; altre banche cercavano di mantenere quanto più possibile vivo il tessuto perché così in caso di danno il tessuto può autoripararsi. Si tratta di pensieri diversi. Il nostro è stato quello di mantenere vive per quanto possibile le cellule che fanno parte della matrice, i fibroblasti; non ci interessava più di tanto mantenere l'endotelio.

Pozzi: È un processo che dura molto tempo?

Polvani: Nelle valvole da quando arriva a quando viene congelato passano 48 ore, nel minore dei casi. In alcuni casi di più.

Pozzi: Mi chiedo perché questo tipo di processo non lo si possa applicare sugli organi, quelli da trapianto.

Polvani: No, non si può effettuare su un organo, un intero sistema quindi, la rimozione dell'endotelio per un motivo semplice. Quando parliamo di un vaso e di una valvola, parliamo di un tubo della lunghezza di 6 cm, con una valvola attaccata. Quando parla di un organo, parla di un organo che ha una sua vascolarizzazione: il fegato, una sua vascolarizzazione; il cuore, le coronarie. Non si può togliere tutto perché si rischierebbe di danneggiare enormemente la parte di organo. Su una struttura più piccola è più facile farlo, anche perché non vive di una vascolarizzazione formata tutta sua. Un vaso "vive" del sangue che corre all'interno e che creerà dei nuovi vasi.

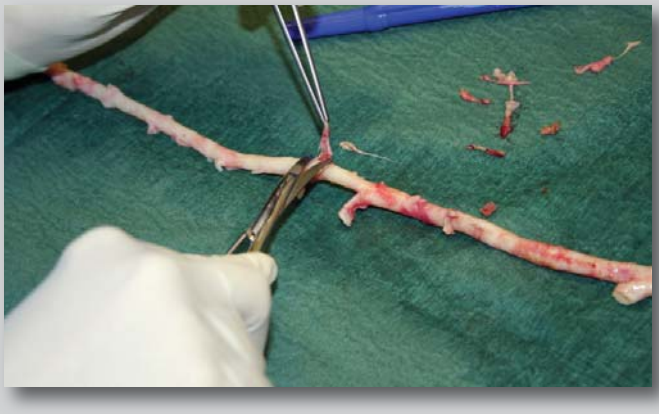
Dainese: È la composizione del tessuto. Come diceva il prof. Polvani, la differenza è che in un organo lei ha miliardi di cellule che sono organizzate, strutturate, etc.; nel tubo di cui stiamo parlando, ad esempio l'aorta con i lembi valvolari, la parete è rappresentata per larga parte da una impalcatura tridimensionale rappresentata della matrice extracellulare, al cui interno vi sono cellule miofibroblastiche che producono diverse sostanze .

Polvani: Lei immagini una stanza. Una stanza ha delle mura, queste mura hanno una copertura che si chiama tappezzeria. La tappezzeria è l'endotelio. Passata la tappezzeria, ha una parte strutturale che è il muro. La parte

...DOVE SI LAVORA

strutturale del muro è fatta in parte da calcinacci e il resto da mattoni.
Faccio in modo tale volontariamente e involontariamente di togliere la tappezzeria, l'endotelio.
Mi rimane il muro. Di questo muro in realtà se tolgo anche quella componente che è fatta dal cemento che tiene i mattoni tolgo anche un altro elemento che può scatenare una reazione. I mattoni li tengo. Ma siccome i mattoni sono abbastanza neutri l'organismo non riconosce il mattone come qualcosa di negativo mentre riconosce immediatamente la tappezzeria e parzialmente il cemento. Quindi una volta che io mantengo i mattoni lui che cosa fa? Ricostruisce lui una nuova tappezzeria con le cellule di chi l'ha ricevuto. E quindi non lo riconosce più. Questo differenzia le valvole umane che da sempre sono considerate le migliori valvole esistenti per motivi di tipo emodinamico. La valvola che funziona meglio è quella che il buon Dio ha dato ad ognuno di noi, la valvola umana. Tutte le valvole biologiche sono costruite nell'ipotesi di farla uguale. Però usa razze e specie diverse perché usa o la mucca o il porcino, o il pericardio. Lì deve fare in modo tale da annullare tutta la componente immunitaria. Perché razze e specie diverse anche se togli la tappezzeria, anche i mattoni sono diversi da quello del soggetto. Per cui la valvola umana ha queste caratteristiche: resiste e, se conformata e lavorata in un certo modo, dura di più.
Qual è la problematica però più complessa nell'uso clinico ?
È che è difficile da usare chirurgicamente. È molto più complicata che utilizzare una valvola che è già costruita su un supporto rigido alla quale deve solo mettere dei punti per attaccarla all'anello del ricevente. Questo sistema va costruito in maniera tridimensionale. È più difficile.
Pozzi: In questi casi fate l'intervento chirurgico direttamente sul paziente ed è in gioco sia la chirurgia cardiaca che quella vascolare. Quindi praticamente tutto quello che la banca produce viene applicato direttamente sul paziente.

Alcune fasi della lavorazione dei vasi...



Guarino: Va precisato che la banca produce di fatto per la tutta la comunità. Lavoriamo e distribuiamo direi il 100 per cento delle valvole fuori dal Monzino.
Polvani: Non vorrei però che si equivocasse sul fatto che ormai mettiamo poche valvole l'anno: 3 o 4. Questo non perché noi non vogliamo metterle o non siamo interessati. Il problema non è quello. Noi 15 anni fa siamo diventati banca regionale, cioè siamo diventati la banca per l'intera regione Lombardia. Questo che cosa ha comportato? Che ci siamo limitati sotto molti aspetti nell'uso, a causa della grossa richiesta di tessuti in ambito lombardo. Non potevamo perciò tenere per noi tutti i tes-

suti. Dunque quando abbiamo necessità ci mettiamo in coda per la richiesta esattamente come qualsiasi altro istituto. Il fatto che la richiesta provenga da qui è irrilevante. L'istituto ospita una banca regionale. Il primo servizio è sulla regione Lombardia. Noi siamo uno dei 20 istituti di cardiochirurgia che fanno la richiesta alla banca. Se non fosse stato così, sarebbe rimasta la banca del centro cardiologico, ma non sarebbe stato etico.

Pozzi: Quindi ci sono due gestioni: la banca e la parte chirurgica.

Polvani: La banca è della Regione Lombardia ed è sita presso il Centro Cardiologico; la cardiochirurgia e chirurgia vascolare sono del Centro Cardiologico.

Guarino: Quando la chirurgia vascolare o valvolare del Monzino usa dei tessuti presi dalla banca segue esattamente l'iter di un qualsiasi altro ospedale richiedente. Si fa carico di tutte le pratiche, di tutti gli oneri organizzativi ed economici esattamente come fa l'Ospedale di Bergamo o di Niguarda… E se un tessuto è già prenotato da un altro centro ovviamente non viene rindirizzato al Monzino, se ne cerca uno adatto presso le altre banche proprio perché la banca non è del Monzino, è della Regione Lombardia. L'unico "vantaggio" che il Monzino ha, consiste nel fatto che la procedura di scongelamento del tessuto prima dell'impianto viene effettuata direttamente nei laboratori della banca, mentre le altre strutture procedono nella propria sala operatoria.

Polvani: Come si può capire, per il Monzino non ci sono vantaggi dal punto di vista economico; noi paghiamo l'acquisizione di un tessuto dalla banca come se questa fosse a 70 o 700 chilometri da qui. Non godiamo di un servizio agevolato o di priorità, veniamo messi in lista in relazione alle urgenze. E questo è più che corretto.

Micheli: Bisogna ricordare che la distribuzione non è soltanto nell'ambito lombardo. Noi distribuiamo in tutta Italia. Quindi le richieste ci arrivano da Palermo, così come ci possono arrivare dalle altre banche, quindi Treviso, Bologna e Torino. Essendo la distribuzione su tutto il territorio italiano ovviamente le richieste sono tantissime.

Guarino: Da un po' di anni a questa parte l'attività di banking per quanto possibile si autofinanzia e solo la parte di spese "scoperte" viene rimborsata dalla Regione.

Questo significa che quanto più riesco a distribuire tanto più riesco a rientrare nelle spese di gestione della banca. Che la banca dia agli Ospedali Riuniti di Bergamo (oggi Papa Giovanni XXIII) o al Policlinico di Bologna o al Cardiologico Monzino ai fini economici non cambia: il tessuto viene

…NELLA CAMERA STERILE

comunque pagato dalla struttura richiedente. A fine anno documentiamo tutta la nostra attività alla Regione Lombardia: se ho speso 5 e sono riuscita a riprendere 3, il 2 "mancante" lo dà la Regione.

Pozzi: quando chiedono una valvola cardiaca, hanno delle specifiche particolari sulla persona, come peso, caratteristiche, etc?

Polvani: No, viene necessariamente specificata la tipologia del malato. Ovvero: è un paziente che ha x, con questa grave malattia abc, abbiamo bisogno di una valvola aortica specifica con determinate dimensioni di anello e di lunghezza. Questa è una scelta che viene indicata dal chirurgo sulla base del fatto che ognuno di noi ha una dimensione di anello aortico rapportata al volume corporeo; non è che tutti abbiamo un 23 mm di anello aortico. Se il chirurgo chiede una valvola aortica di diametro 23 mm e lunghezza di 6 cm, non importa che il donatore fosse uomo o donna, ma che avesse una valvola con le caratteristiche di misure richieste per quel paziente e per quel determinato intervento deciso dal chirurgo.

Guarino: Se per specifiche sulla persona si intende specifiche del donatore è successo raramente che chiedessero per esempio tessuti di un donatore 'giovane'. I tessuti sono pochi: riuscire a soddisfare richieste così specifiche in cui si deve conciliare la richiesta anatomica principalmente (lunghezza e diametro) con la richiesta anagrafica del donatore diventa molto difficile.

A quanto già detto dal Prof. Polvani sul discorso distribuzione volevo solo aggiungere che le banche in Italia che processano tessuti cardio vascolare sono pochissime: 5 in tutto, Treviso, Bologna e Milano cardio vascolare, Torino e Pisa solo cardiaca; quando io non ho disponibilità di un tessuto sono tenuta a chiederlo al altre banche e viceversa. Cerchiamo di avere sempre a disposizione per le esigenze dei chirurghi della Lombardia almeno una valvola per ogni intervallo di 1-2 unità di misura per esempio una tra 20 e 22 mm di diametro e così via; ci manteniamo un ventaglio di possibilità e di scorta tra il 10mm ed il 28mm per la Lombardia. Ovviamente se ci telefona per esempio Roma per una urgenza e noi abbiamo ciò che serve, anche se è l'unica la consegniamo; l'urgenza e certe fasce di pazienti quali i pediatrici hanno naturalmente la priorità.

Pozzi: Personalmente sono contrario al proliferare delle banche. Se ce ne sono poche, apprezziamo le poche, incentiviamo le poche, diamo maggiori strumenti, diamo maggior personale, tutto quello che è necessario. Una soluzione sarebbe fare un servizio a livello nazionale e puntare su queste quattro banche, che però riescano a garantire i tessuti necessari per tutto il territorio.

Come si accede...

Il problema è che non ci sono donatori.

Polvani: Negli Stati Uniti dove le banche sono una sorta di attività economica, non ci sono 40 banche, ma solo due, che prelevano su tutti gli Stati Uniti. Allo stesso modo, in Italia ci sono 5 banche ed è inutile farne venti. Innanzitutto perché prima di raggiungere la specializzazione necessaria occorrono almeno 25 anni. Diamo la possibilità alle singole Regioni, o alle banche, come in Lombardia, di mandare l'équipe in giro per l'Italia per i prelievi.

Pozzi: Quante valvole riuscite a distribuire in un anno?

Guarino: Non riusciamo a soddisfare le

richieste. Abbiamo un registro delle uscite e un registro delle richieste inevase.

Pozzi: All'incirca quante saranno?

Guarino: Circa 50/70 valvole.

Polvani: Una settantina di valvole su 110-120 richieste.

Micheli: Quando parliamo di inevase intendiamo richieste che noi come banca lombarda non siamo in grado di soddisfare, però chiediamo alle altre banche. Naturalmente anche così non è detto che la richiesta sia soddisfatta: in questo caso o si aspetta, se è possibile, o si utilizzano alternative chirurgiche: è una decisione del chirurgo.

Callioni: Torniamo a sottolineare che una maggiore attenzione e un maggiore impegno nella donazione come azione sociale e culturale darebbe all'origine una risposta anche a queste richieste.

...IN CAMERA STERILE

Fotografie gentilmente concesse dall'Istituto Cardiologico Monzino

Pozzi: Adesso vediamo con la Regione Lombardia cosa succederà. Si parla di nuovo di razionalizzazione, di tagli, di verifiche...

Polvani: Ma da questo punto di vista hanno ragione... Ci sono strutture che effettuano solo 200 interventi l'anno. Sa quanti soldi si risparmiano tagliandole? E devono andare a tagliare il 50 per cento alle 5 banche cardiovascolari di tutta Italia? Esistono nuove figure professionali oggi. Per esempio a Treviso ci sono i prelevatori. Il prelevatore è una persona che fa parte di una équipe chirurgica o associata chirurgo-infermieristica che è in grado con due o tre persone di prelevare tre volte più di quello che ogni singola équipe riesce. Perché? Se io esco con un'altra persona a fare un prelievo costo x. Ma, se io e l'altro ci uniamo ad una terza persona e se ci hanno insegnato a prelevare la parte cardiaca, la parte ossea, la parte della pelle, noi tre faremmo il servizio per tre banche. Si dice che queste siano cose futuristiche. Ma non è così. La spending review sta in questo, fare un'unica équipe di 7 persone per 4 banche e in questa équipe le persone sono formate al prelievo di tutti i tessuti.

Pozzi: Gli ostacoli più forti che troviamo in Regione sono rappresentati dai vecchi funzionari. Il politico può arrivare con tutte le idee nuove e bellissime ma se non trova collaborazione tutto va su un binario morto. La nostra Associazione intanto continua il proprio impegno per la cultura della donazione.

Polvani: Un grande esempio è la Spagna, perché lì si insegna ai bambini l'importanza della donazione. In questo modo non può prevalere la vecchia visione secondo cui se porto tutto con me sono un uomo felice. Questo atteggiamento non porta a nulla e non mi permette di aiutare gli altri. Se incominci a farlo con i piccoli, quando diventano grandi la donazione è un'abitudine. Bisogna formare la gente, insegnare, far capire.

Dainese: Noi facciamo abbastanza spesso degli incontri organizzati da sezioni Aido. Ultimamente per esempio l'ha fatto la Sezione Monza e Brianza. Ci chiamano e lì troviamo anche una discreta quota di cittadinanza che è attiva e partecipa a questi incontri. E riusciamo anche a diffondere le idee. Io penso che sia giusto anche ringraziare l'Aido perché è una associazione importante.

Testi a cura di
Leonio Callioni
Ha collaborato
Leonida Pozzi

FILIPPO
UN GUERRIERO IN BABBUCCE ARANCIONI

«Un grande silenzio, un silenzio assordante» Elena lo ricorda così ed è ancora doloroso parlarne. È un attimo, solo un interminabile attimo, e la mano della ginecologa che muove l'ecografo si ferma. Inizia così la storia di Filippo

Elena è alla 32 settimana di gravidanza e sta facendo una normale visita per il controllo dell'accrescimento. Fino ad allora è stata in ottima forma, pur viaggiando molto per l'Europa per motivi di lavoro. Nulla farebbe sospettare un problema, tranne quel silenzio implacabile e le parole che lo accompagnano: «*La parte sinistra del cuore del bambino non ha flussi sanguigni*». La diagnosi è imprecisa, gli strumenti a disposizione non sono adeguatamente sofisticati. Per sciogliere ogni dubbio servono al più presto degli approfondimenti in un ospedale specializzato. È il 26 febbraio del 2010, un venerdì e, nonostante l'urgenza, la visita alla Mangiagalli di Milano viene fissata non prima del mercoledì successivo. Elena e Massimo, insieme a Federico, il loro figlioletto di 7 anni, decidono di partire ugualmente per il weekend in montagna programmato da tempo. Ma per la tranquilla famigliola di Crema - lei ingegnere biomedico in un'azienda alimentare, lui ingegnere elettronico in una multinazionale di telefonia - il viaggio è tutt'altro che tranquillo. Federico - troppo piccolo per trovarsi in mezzo a una bufera più grande di lui - sente gli scambi di telefonate in macchina fra Elena e la ginecologa. Capta la parola "cesareo" e comincia a far domande, visibilmente preoccupato per la mamma. «*Abbiamo capito che non potevamo nascondergli la verità* - racconta lei - *e con estrema delicatezza gli abbiamo spiegato che il fratellino aveva un problema al cuore*». La diagnosi della Mangiagalli è in realtà più impietosa. Filippo, questo il nome del piccolo, ha nientemeno che una "stenosi valvolare aortica severa con ventricolo sinistro ipertrofico e ipocinetico". «*Ti sei svegliato?* », dice all'improvviso Elena con dolcezza, interrompendo il flusso di domande con cui l'ho investita. Sul terrazzo della graziosa villetta a schiera in cui abitano i Miragoli fa capolino Fi-

lippo, 3 anni, in braccio alla babysitter. Biondino, occhi azzurri, è ancora assonnato dopo il pisolino del pomeriggio. Benché non mi conosca, al primo impatto non manca di regalarmi subito un sorriso, quel sorriso che ha tanto caratterizzato, insieme alla sofferenza, la sua complicatissima storia, sempre sospesa fra la vita e la morte. Anche se non lo diresti al vederlo mentre gusta la merenda in compagnia dei Teletubbies, Filippo è un piccolo grande guerriero, più forte di ogni statistica avversa, più caparbio di ogni catastrofica previsione.

La conferma della diagnosi

«*I medici della Mangiagalli* - riprende Elena - *ci hanno quindi dirottato verso gli Ospedali Riuniti di Bergamo. Lì c'era l'unico Centro di III livello in grado di curare opportunamente il nostro bambino*». L'ennesima ecografia, questa volta eseguita dal Centro, conferma la diagnosi ed evidenzia che il ventricolo sinistro non pompa sangue per la stenosi della valvola aortica ed il tessuto fibroelastoso. Insomma, su Filippo non c'è tempo da perdere perché il suo caso è davvero grave oltreché raro. E se per i cardiopatici l'indicazione è di norma quella di farli nascere in modo naturale e poi curarli, per lui l'équipe decide diversamente e preferisce propendere per il cesareo anticipato. Sarà solo la prima delle tante scelte difficili che i medici dei Riuniti si troveranno di volta in volta ad affrontare con Filippo. Il 10 marzo del 2010 il piccolo viene alla luce. Ha poco più di 7 mesi e pesa 2.580 kg. Neanche il tempo di mostrarsi a mamma e papà ed emettere il primo vagito, che viene immediatamente trasportato in emodinamica per un intervento di dilatazione della valvola aortica. La percentuale di sopravvivenza è del 70% ma Filippo se ne frega e ce la fa. Merito anche di un parametro "speciale", il suo peso, tanto inconsueto per un prematuro da permettergli di affrontare e superare l'operazione. «*Quando finalmente l'ho potuto vedere in patologia neonatale* - rammenta Elena - *è stato splendido e doloroso a un tempo: splendido perché quel fagottino era bellissimo come Federico; doloroso perché, a differenza di lui, era dentro l'incubatrice pieno di cannule. Attaccato a un ventilatore, era completamente nudo ad eccezione di due babbucce arancioni che gli avevano dato le infermiere e che mi sembravano l'unica cosa umana avesse addosso*».

Un citofono suona in lontananza interrompendo la commozione. È il marito di Elena, arrivato a casa in anticipo dal lavoro per condividere con la moglie l'intervista. Al vederli insieme, seduti l'uno vicino all'altra, sono proprio una bella coppia, molto complementare: tanto loquace e brillante Elena, quanto riflessivo e pacato Massimo. L'intuizione viene prontamente confermata. «*Siamo molto diversi e questo ci ha aiutato a sorreggerci reciprocamente e a suddividerci i compiti*». Un esempio? Mentre Elena sa dialogare con i medici e confrontarsi con loro sullo stato di salute di Filippo, Massimo è la "parte forte" della coppia sul piano fisico,

quello che fa 21 notti di seguito in cardiochirurgia pediatrica e riesce a lavorare ogni mattina seguente, cambiandosi nel parcheggio della ditta. «*Sarà per questo* - scherza Elena - *che gli sono venuti i capelli bianchi nonostante la giovane età?* ». Al di là delle battute, la verità sta forse negli spaventi, quelli che con Filippo sono stati una costante a cominciare dai suoi primi 19 giorni di vita. Giorni in cui il neonato subisce, oltre al primo, altri 3 delicatissimi interventi chirurgici di cui uno a torace aperto, venendo quindi ricoverato in terapia intensiva «*Riuscivamo a vederlo mezz'ora al giorno* - prosegue Massimo - *accarezzando tra le lacrime, attraverso l'oblò della culletta termica, quei pochi centimetri di pelle liberi da cavi, garze e sensori. Solo al 38° giorno di vita, un'infermiera che ci parve un angelo disse che era arrivato il momento di prenderlo in braccio. Anche se tutti bardati con i nostri camici verdi e le nostre mascherine, eravamo felici! Era l'inizio di una lunga serie di speranze*». Innanzitutto quella di poter andare a casa il prima possibile. In realtà Filippo vi arriva solo il 24 luglio, dopo 4 mesi e mezzo consecutivi di ospedale.

Il 24 maggio del 2011 Filippo ritorna in terapia intensiva e il 10 Giugno e ai genitori viene proposta l'unica alternativa possibile: l'impianto di un ventricolo artificiale, il Berlin Heart, al posto di quello sinistro non funzionante, che consenta a Filippo di attendere il tempo necessario per arrivare al trapianto.

L'incontro fra i due fratelli

«*Fede* - dice Elena al figlio maggiore che guarda la TV in salotto - *hai voglia di raccontare quando è arrivato Filippo?* ». Federico ci raggiunge sul terrazzo. Lui e il fratellino si assomigliano molto: stessi occhi azzurri, stessi capelli. Benché intimidito, va con la memoria a quel momento così speciale: «*Era estate e sul divano ho visto qualcosa che non capivo cosa fosse. Allora i miei genitori mi hanno invogliato ad andare a vedere e… (sorpresa!!!) era Filippo, tutto contento nella sua culletta grigia. Ricordo ancora che poco dopo siamo usciti tutti insieme a comprargli un pigiamino*». Ciò che Federico non vorrebbe invece ricordare è di averlo visto la prima volta in patologia neonatale. «*È stata una sensazione bruttissima, Filippo mi faceva impressione*». Il pensiero gli vela ancora gli occhi, ma per fortuna il piccolino gli corre incontro per abbracciarlo e lo distrae. «*Dai* - gli dice Federico - *andiamo a vedere in giardino il cagnolino Bacco*», e con la scusa scappa via. «*Federico* - soggiunge Elena seguendolo con lo sguardo - *ha sofferto molto ma è stato anche la nostra parte di vita nel mondo, il nostro pilastro. Quando uscivamo dall'ospedale, dopo una giornata passata con Filippo, ci chiedeva continuamente di giocare e noi lo accontentavamo offrendogli e offrendoci dei momenti di svago. È anche merito suo se siamo riusciti a non sprofondare nel buio durante i passaggi più difficili della nostra storia*». Più che passaggi sarebbero da definire degli autentici giri in ottovolante, con precipizi profondissimi e vertiginose risalite. Come quando, dopo una meritata vacanza familiare a Salò posteriore alle dimissioni, i successivi controlli in ospedale mettono di fronte a un bivio lo staff della cardiochirurgia pediatrica: o far vivere Filippo con mezzo cuore funzionante, deviandogli la circolazione oppure tentare l'intervento di Ross Konno, eseguito solo in America e mai in Europa. Si trattava cioè di effettuare un autotrapianto della valvola polmonare sostitutivo di quella aortica, con resezione della fibroelastosi, allo scopo di salvargli il cuore interamente. «*L'équipe optava per la seconda soluzione e noi non potevamo che dare nuovamente fiducia a chi già una volta ci aveva salvato Filippo*». Dopo un mese di ricovero, a seguito dell'operazione, tecnicamente riu-

scita, ai primi di dicembre del 2011 il bimbo rientra a casa e sembra stare bene, al punto che Elena decide di riprendere a lavorare. Ma è una pia illusione. Dopo soli tre mesi un drammatico viaggio in ambulanza riporta il piccolo da Crema a Bergamo. Filippo ha 15 mesi e si sta spegnendo. Lo staff medico al completo che lo ha curato fin dalla nascita (anestesisti, pediatri, cardiochirurghi ecc.) non può che constatare la scarsa efficacia del piano terapeutico seguito.

La proposta del trapianto

Il 24 maggio del 2011 Filippo ritorna in terapia intensiva e il 10 Giugno ai genitori viene proposta l'unica alternativa possibile: l'impianto di un ventricolo artificiale, il Berlin Heart, al posto di quello sinistro non funzionante, che consenta a Filippo di attendere il tempo necessario per arrivare al trapianto. «*Come potevamo non dare a nostro figlio questa possibilità?* - dice Elena accorata - *Nonostante le sue condizioni cliniche fossero molto precarie, aveva lottato tanto e se lo meritava. È vero, il Berlin Heart era l'ennesima metodica sperimentale non esente da gravi rischi; per giunta i medici ci avevano prospettato che dopo l'intervento avremmo dovuto vivere a Bergamo nella degenza di cardiochirurgia e che avremmo dovuto lasciare Federico a Crema con i nonni. Tuttavia non c'era altro da fare. Dovevamo dare il consenso e organizzarci per stare vicino anche al nostro figlio maggiore*». Il 31 maggio i genitori firmano perché Filippo entri in lista d'attesa per il trapianto. Elena starà con il piccolo in ospedale, Federico vivrà con i nonni a Crema durante la settimana per poi raggiungere i genitori nel week end, Massimo farà la spola fra Crema (dove nel frattempo sta morendo sua madre), Bergamo e Milano (dove lavora). L'impianto del Berlin Heart viene previsto per il 15 giugno. A soli 15 mesi di vita, Filippo - che ha già collezionato 13 interventi, di cui 3 a cuore aperto - salta l'ennesimo ostacolo: 12 ore di

L'intevista

Dr. Luca Lorini

Responsabile U.S.C. Anestesia e Rianimazione II, Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ex Ospedali Riuniti)

Qual è stato, secondo il suo punto di vista, il passaggio più critico di Filippo e cosa l'ha aiutato a superarlo?

Sicuramente la fase successiva all'impianto del BH. Filippo in quel momento aveva un sistema anticorpale talmente attivo (cioè con un numero di anticorpi ben oltre la soglia limite) che se anche avessimo innestato il nuovo cuore quasi certamente lo avrebbe rigettato. Sottoponendo il bimbo per settimane intere a una terapia di desensibilizzazione con un macchinario particolare, una specie di "dialisi degli anticorpi", abbiamo potuto ridurne il numero, cosa che solo pochi centri al mondo sanno fare. In questo modo siamo riusciti a far rientrare il sistema anticorpale di Filippo al di sotto dei parametri che occorrevano per metterlo in lista d'attesa e, una volta trapiantato il cuore, a ricominciare la terapia per mantenere il range sempre basso. Filippo è uno dei rari casi che abbia dato un risultato positivo.

E il suo momento più critico come medico? Come è riuscito ad affrontarlo?

I cuori donati in un anno sono pochi, delle dimensioni ridotte che occorrevano per Filippo pochissimi. E siccome uno fra i miei compiti è allocare le risorse giuste al paziente giusto, il mio momento critico è stato quando ho dovuto staccarmi dall'affetto che ormai avevo per Filippo per riuscire a ragionare sul suo caso "a freddo". Come faccio di solito, per affrontare la situazione mi sono chiuso nello studio senza il paziente davanti, ho stilato una statistica delle probabilità che avevo di trovare il cuore giusto per Filippo e poi, essendo credente, ho affidato al Buon Dio anche una preghiera. Evidentemente ha funzionato.

Cosa l'ha colpita di più di questo caso?

Il nostro centro, che opera circa 300-350 bambini cardiopatici l'anno, è il primo nato in Italia per la cura delle cardiopatie congenite. Qui affluiscono i casi più difficili e selezionati. Più lo sono e più ci mettiamo la nostra perizia. Dal momento che quello di Filippo era addirittura al limite, la sfida è stata ancora maggiore e così pure la motivazione. Certamente un ruolo importante l'ha giocato il clima collaborativo che si è creato attorno alla nostra

operazione. Inizia così una nuova fase della sua vita, quella dell'attesa del trapianto di cuore. Una fase che Filippo e i suoi genitori non trascorrono però nella degenza di cardiochirurgia come ci si aspettava, bensì sempre in terapia intensiva per il sopraggiungere di numerose infezioni e conseguenti difficoltà respiratorie.

Il sorriso contagioso di Filippo

Eppure, più la "vita si fa dura" e più Filippo reagisce con la sua voglia di vivere e di superare ogni batosta. Di fronte a lui, e alla sua innocente tenerezza, le persone cambiano. «*Gli infermieri lo chiamavano il portinaio* - ricorda Massimo - c*i riferivano infatti che i familiari degli altri piccoli pazienti andavano a salutarlo per "ricaricarsi" con il suo sorriso e che lui li ricambiava facendo ciao con la manina*». Insomma chi lo incontra ne rimane calamitato, a partire dall'équipe che dice di non aver mai visto nessun paziente sorridere da intubato. Trascorrono quattro mesi e mezzo di "montagne russe", quattro lunghi mesi tra continue intubazioni ed estubazioni fino alla tracheotomia e a un'atroce scoperta: Filippo, incredibile ma vero, non è trapiantabile. «*Non era un errore* - ci tiene a precisare il papà - *semplicemente nostro figlio aveva ricevuto sangue da più di 85 donatori e quindi la tipizzazione risultava molto difficile. Il dato di fatto era uno solo: i suoi anticorpi erano talmente alti che avrebbero rigettato ogni tipo di cuore fosse arrivato*». I medici, condotti dalla guida esperta del Dr. Luca Lorini (vedi intervista) non si danno per vinti. «*Ormai ci avevano adottato* - racconta Elena con gratitudine - *insieme agli infermieri, erano gli "zii e le zie" del nostro bambino. La loro umanità e professionalità era ammirevole. Sapevano farci sentire parte della squadra, coinvolgendoci in ogni decisione*». E la decisione è ancora una volta di quelle difficili. Il bambino dovrà essere sottoposto per almeno 15 gg a un trattamento "speciale", una specie di " lavaggio del sangue" che riassesti il sistema immunitario per renderlo compatibile al trapianto. E siccome gli effetti collaterali del medicinale possono essere davvero molto gravi Elena e Massimo sentono il bisogno di affidarsi al loro parroco per un consiglio sull'accanimento terapeutico. Sono credenti e con la vicenda di Filippo la loro fede in Dio si approfondisce. «*Non abbiate paura* - dice Padre Ricardo - *mi sembra di capire che abbiate a che fare con medici coscienziosi, che non si muovono per puro spirito di ricerca*». Filippo inizia così la terapia di "desensibilizzazione", passando intere giornate attaccato a una macchina.«*Come riusciva a stare fermo*? » domando esterrefatta vedendo con quanta vivacità mi sgambetti davanti agli occhi. «*Oltre a distrarsi con i Teletubbies* - racconta Elena - *aveva imparato ad autoconsolarsi con il ciuccio. Pur avendo i piedi legati, con una delle due stecche che gli bloccavano le braccia per evitare che si sfilasse 16 pompe-siringa, riusciva a tenere fermo il ciuccio e fare in modo che non cadesse*». La cura sembra funzionare, Filippo si

«Gli infermieri lo chiamavano il portinaio - ricorda Massimo - ci riferivano infatti che i familiari degli altri piccoli pazienti andavano a salutarlo per "ricaricarsi" con il suo sorriso e che lui li ricambiava facendo ciao con la manina». Insomma chi lo incontra ne rimane calamitato, a partire dall'équipe che dice di non aver mai visto nessun paziente sorridere da intubato.

impegna come sempre ma dietro l'angolo lo attende un periodo, per quanto sembri assurdo, ancora peggiore.

La fede che si rinnova

Una brutta infezione fungina, con indici infiammatori alle stelle, mette a repentaglio tutti i risultati ottenuti e il 2 novembre il piccolo viene intubato perché in grave pericolo. Sembra una sconfitta totale, eppure è proprio da questa apparente battuta d'arresto che la sua storia comincia a svoltare verso una direzione che ha dello "straordinario". Quasi per un paradosso, più le complicazioni aumentano più si moltiplicano i "doni". Il primo è Federico che, quando vede piangere i genitori per il fratellino e deve ritornare a Crema nel week end per il peggiorare della situazione, li incoraggia con una richiesta a dir poco commovente: «*Promettetemi che qualsiasi cosa succeda voi non mollerete*». Poi i familiari e gli amici, quelli vecchi che non spariscono nel momento del bisogno, e quelli nuovi conosciuti in ospedale che aiutano Elena e Massimo ad affrontare le prove con le preghiere e l'affetto; i frati cappellani dell'ospedale, Padre Roberto e Fra Mauro, che l'uno con dolcezza l'altro con allegria portano ogni giorno Gesù al letto del bambino e di tutti gli altri ammalati. E forse più di tutti, un pittore di Crema, amico di famiglia. «*Dio è Padre, un Padre Buono* - dice a Elena e Massimo - *volete che non sappia di cosa ha bisogno il vostro bambino e cosa serve a voi? Affidatevi a Lui. La miglior preghiera è che sia fatta la Sua volontà*». I due coniugi scommettono sulle sue parole e ne verificano in modo tangibile la pertinenza alla realtà. Nel momento della paura estrema, quando il grido sul senso del dolore di Filippo si fa più forte, si realizza la svolta positiva: il cuore tanto atteso viene individuato. Nel ricordare la dinamica Massimo ed Elena si guardano per una frazione di secondo

piccola mascotte. Quando infatti si convive a lungo con il fantasma della morte, come accade in terapia intensiva, occorre che tutti lavorino nella stessa direzione: infermieri, chirurghi, anestesisti ed anche genitori. In questo Elena e Massimo erano davvero eccezionali. Ogni volta che si verificava una complicanza e ci trovavamo di fronte a un bivio, la loro disponibilità a seguirci non mancava mai e ci aiutava a prendere la direzione giusta.

Evidentemente si fidavano molto di voi. Come siete riusciti ad ottenere questo risultato, che non è affatto scontato?

Mettendoli di fronte ai fatti in tutta sincerità (come quando abbiamo detto loro che non eravamo certi di poter trapiantare il bambino) e soprattutto integrandoli nel team. Ad ogni frangente delicato -come nel momento della gestione di una complicanza post-operatoria - la domanda era sempre: cosa ne dice la mamma? Non meno importante era coinvolgere Elena e Massimo come "infermieri aggiunti". Il piccolo aveva infatti un suo "codice segreto" che da soli non avremmo saputo interpretare: ogni qualvolta toglieva gli occhiali al papà o incrociava le gambe - ci riferivano i genitori - voleva dire che stava bene. Questo metodo, proprio delle "terapie intensive aperte" americane dove esiste dal 1987, ci ha permesso di acquisire informazioni importantissime su Filippo e quindi di curarlo meglio.

Che cosa ha imparato personalmente dalla vicenda di Filippo?

Ancora una volta ho imparato che i limiti della medicina sono fatti per essere superati. Qualche volta ce la si fa, qualche volta no. Di sicuro posso dire che i grandi team crescono se sono capaci di imparare dagli insuccessi. Dalle sconfitte si apprende infatti in modo molto più rapido ed efficace. Ho mutuato questo concetto dal mio maestro e ora cerco di trasferirlo ai miei medici.

"Il trapianto non è un punto di arrivo ma un punto di partenza". I Miragoli hanno detto di averlo imparato da lei e a me fa venire in mente Sherlock Holmes, tutto impegnato ad alzare l'asticella del limite perché certo che gli indizi lo porteranno alla meta. È così?

Niente di più corretto. Pensi che quando mi chiedono perché ho fatto il mestiere di anestesista rianimatore io rispondo sempre che per me è lo Sherlock Holmes della medicina. Noi ci troviamo infatti a scoprire l'assassino dove altre figure professionali non ci sono riuscite. E non perché siamo i più bravi, ma semplicemente perché il nostro reparto è quello a più alta tecnologia, quello con gli strumenti più avanzati. Insomma delle vere formule uno.

Bella sfida. E come la mettiamo con il burn-out?

È difficile essere demotivati quando si ha passione per il proprio lavoro. Il mio è un mestiere molto stimolante. Semmai il burn-out mi viene se smetto.

L.S.

condo. Lo smarrimento dei momenti che precedono l'evento è ancora percepibile. «*Il 4 novembre del 2011* - dice Elena - *nonostante la candidosi fosse un po' regredita, Filippo stava malissimo. Era molto sofferente, nessun sedativo riusciva a calmarlo e non smetteva un attimo di piangere. Non l'avevamo mai visto così prostrato da quando era al mondo*». Elena sospira, le parole si fanno macigni. «*Era venerdì ed eravamo psicologicamente distrutti, così chiedemmo al Signore che compisse in fretta la Sua volontà, nel bene o nel male. Non sopportavamo più di veder soffrire così tanto il nostro bambino*». Solo la perfetta concomitanza di alcuni fattori - l'infezione completamente passata, il cuore di taglia piccola, il gruppo sanguigno adeguato - avrebbe potuto salvarlo.

A tre giorni dall'intervento, il piccolo ha un rigetto acuto. «Questo imprevisto ci aiutò a capire che non potevamo considerare il trapianto un punto di arrivo - dice Elena - ma un nuovo punto di inizio». E infatti, a un guerriero come Filippo, il cuore nuovo dà una marcia in più per combattere il nemico.

L'arrivo del nuovo cuore

Quante probabilità c'erano che queste circostanze favorevoli si verificassero tutte insieme? Infinitesimali. "*Sperare contro ogni speranza*", diceva San Paolo ed è esattamente quello che fanno i Miragoli, un cognome da programma. Perché il "miracolo" si realizza davvero. Lunedì pomeriggio Filippo è nuovamente sorridente e i medici comunicano ai genitori che l'infezione è scomparsa. Il bambino, dopo più di 200 giorni consecutivi di terapia intensiva (un vero record di permanenza e sopravvivenza), è finalmente trapiantabile. Una telefonata rompe il silenzio della notte. Sono le 2.30, il cuore per Filippo è arrivato ed è della taglia giusta. «*Se volete passare in reparto* - dicono i medici ai genitori - *almeno lo salutate prima che entri in sala operatoria*». È il suo 14 esimo ingresso a soli 20 mesi di età. Elena e Massimo si precipitano in ospedale e trovano Filippo che sgambetta felicissimo, quasi che sappia già la novità. L'attesa è lunga, segno che chi ha donato lo ha fatto mettendo a disposizione più organi. «*Il nostro pensiero è andato subito ai genitori del donatore*- dice Elena - *un bimbo di 3 anni. Il loro gesto ci riempiva di immensa riconoscenza*». Filippo aveva un'opportunità per vivere grazie alla loro generosità e al sacrificio del loro Angioletto. Che fosse stato lui a comunicare in anticipo a Filippo l'arrivo del cuore nuovo, rendendolo così euforico? «*A noi piaceva pensarlo*».

Il Filippo cardiopatico "a risparmio energetico" - come lo definivano Massimo ed Elena vedendone rallentato ogni movimento - lascia il passo a un bambino pieno di vita ed energia. Ma, a "miracolo" avvenuto, il cammino è ancora accidentato. A tre giorni dall'intervento, il piccolo ha un rigetto acuto. «*Questo imprevisto ci aiutò a capire che non potevamo considerare il trapianto un punto di arrivo* - dice Elena - *ma un nuovo punto di inizio*». E infatti, a un guerriero come Filippo, il cuore nuovo dà una marcia in più per combattere il nemico.

Il dono della vita

Tuttavia abbattuto il primo, se ne presenta un secondo. Si chiama lesione all'emi-diaframma destro e gli impedisce di respirare. Dopo una particolare terapia, detta C-PAP, che prevede l'uso prolungato di una specie di casco da astronauta, "dalla Luna" della terapia intensiva dove è stato 6 mesi di seguito, Filippo "atterra" il 12 dicembre nella degenza di cardiochirurgia trapianti. Nuova stanza, da cui si può vedere finalmente l'alternarsi del giorno e della notte, nuovi medici e nuovi "zii", insomma una nuova famiglia accogliente, una squadra affiatata ed efficiente tanto quella della terapia intensiva. Anche qui nuove battaglie, anche qui altrettante vittorie. Fino ai primi di marzo del 2011, circa 4 mesi dopo il trapianto, Filippo ha continuato a es-

sere per tutti un esempio di sopportazione e di attaccamento al dono della vita, una vita ricevuta due volte. «*Anche oggi non c'è nulla di scontato* - confessano i genitori - *le ansie per la salute di nostro figlio restano, ma la fede in Dio grazie a lui è cresciuta e con essa la certezza di non essere mai abbandonati, anche nei frangenti difficili*». Filippo ha avuto un secondo rigetto a seguito di una forte polmonite e solo dall'agosto dello scorso anno si sta finalmente gustando la sua seconda vita. Il mondo è per lui una continua scoperta; dai fiori del giardino ai bimbi che incontra al parco, tutto è occasione di curiosa meraviglia, tutto è una conquista. «*Non parla ancora e ha iniziato da poco a camminare* - dice mamma Elena - *ma in compenso balla, forse perché la musica in terapia intensiva gli ha sempre tenuto compagnia*». Filippo gironzola in cucina per farsi notare, poi va in braccio al papà e in un baleno, tutto contento, gli toglie gli occhiali. «*Ecco* - dice Massimo orgoglioso - *questo è il "nostro segnale", il gesto che faceva spesso in terapia intensiva per farci capire che stava bene*». Intenerita, chiedo di slancio: «*Cosa vi ha insegnato questo birbante?*». La risposta è "una infinità di cose".

I regali di Filippo

Elena e Massimo non sono infatti dei supereroi, sono semplicemente un papà e una mamma che hanno anche accettato di lasciarsi cambiare. «*Filippo ci ha insegnato un modo diverso di rapportarci a Federico, il nostro figlio maggiore* - concordano entrambi - *rendendoci genitori migliori. Prima eravamo molto concentrati sul lavoro, sempre un po' di fretta, sospesi fra mille equilibrismi. Oggi sappiamo ascoltare Federico con più attenzione, assaporando i suoi sorrisi e dedicandogli più tempo*». «*Personalmente parlando* - dice ancora Elena - *Filippo mi ha fatto il regalo del senso dell'attesa. Senza di lui, che soffriva e sorrideva, probabilmente non avrei mai imparato cosa volesse dire la pazienza*». Gli fa eco Massimo. «*Anche a me Filippo ha fatto un regalo. La sua sofferenza mi ha rimesso di fronte alla mia, costringendomi a superarla. Io che non volevo più mettere piede in una terapia intensiva, in quanto sopravvissuto a un gravissimo incidente in moto all'età di 20 anni, ho dovuto restarci per circa un anno. Tutti gli interrogativi sulla vita e sulla morte che avevo evitato per tanto tempo sono riaffiorati e hanno finalmente trovato risposta. Perché la più grande lezione che Filippo ci ha dato è stata la consapevolezza che la vita è un dono prezioso*». Se poi - aggiungo io - questo dono del Creatore viene imitato dalle sue limitatissime creature, è ancora più prezioso. Filippo vive oggi grazie alla donazione di un cuore, che non è solo un organo. Il cuore è l'Amore sconfinato di due genitori che nel momento del massimo dolore hanno voluto passare il testimone della massima gioia a Elena e Massimo.

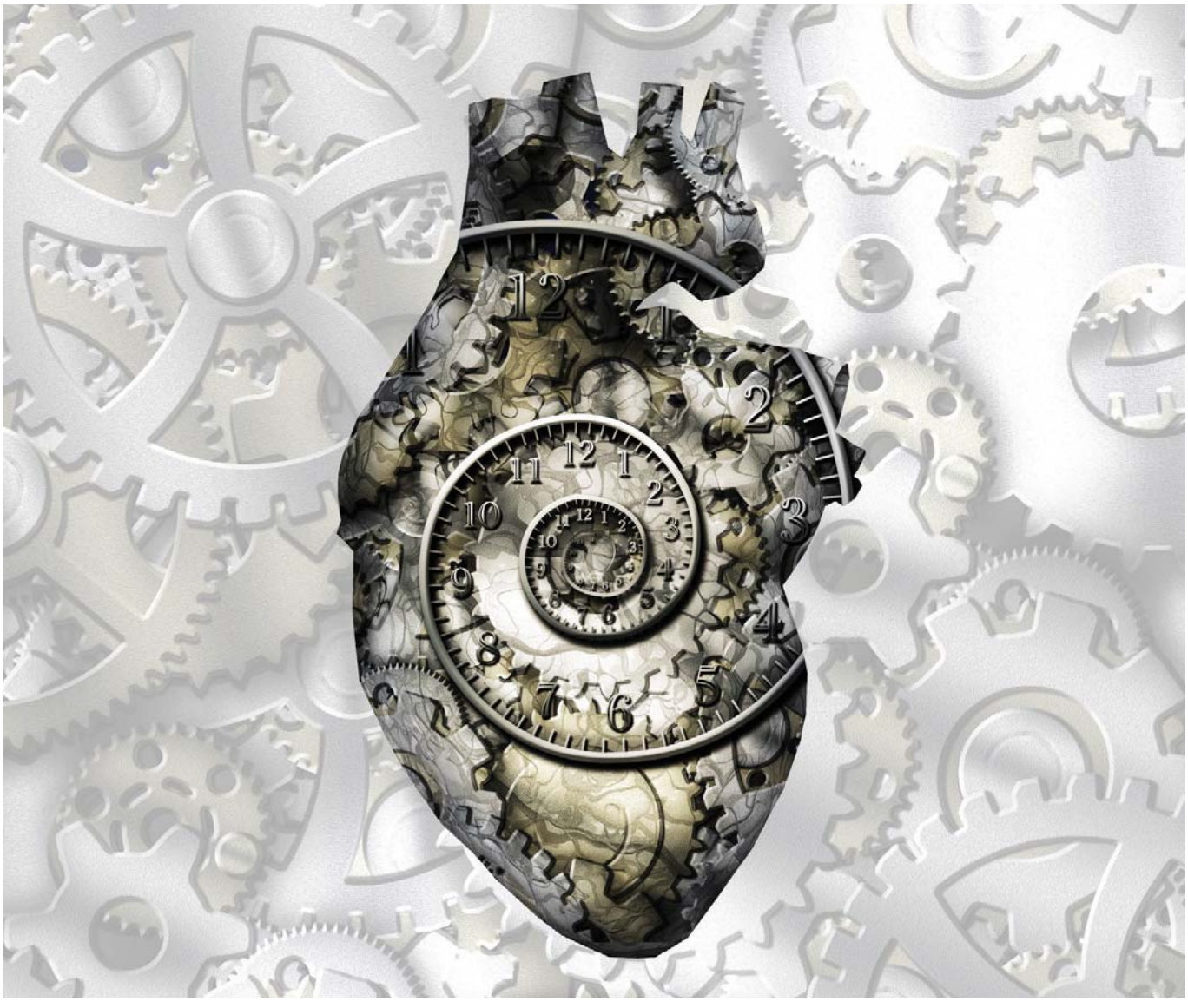
Il valore della testimonianza

Quell'Amore senza condizioni di cui ora Elena e Massimo parlano nelle scuole quando AIDO glielo chiede. «*È bello raccontare la storia di Filippo ai ragazzi* - dice Massimo - *specialmente se adolescenti, in una età in cui molti cominciano ad allontanarsi dalla fede in Dio e dai valori che contano. Spronarli a farsi veicolo del messaggio della donazione ovunque si trovino e a chinarsi sui pazienti con professionalità ed empatia, qualora abbiano il sogno di diventare medici, è il nostro modo per restituire il grande dono che abbiamo ricevuto e che ancora riceviamo*». «*In che senso?*», domando curiosa. «*Nel senso che ogni volta che partecipiamo a questi incontri* - prosegue Elena - *ne usciamo arricchiti.*
È l'unica occasione che abbiamo per ascoltare i racconti dei donatori e sentire la loro vicinanza, cosa che ci riempie sempre di gratitudine». Filippo ci interrompe e chiede al padre di tornare in braccio. Improvvisamente alza le braccia. «*Vuoi mostrare i muscoletti?*», gli chiede Massimo. Lui accenna un sì e mi fa vedere tutta la sua forza. È la forza della Vita e di Colui che gliel'ha data. Testimoniarla è sempre stata la "missione" di Filippo, la nostra è quella di provare ad imitarlo.

Laura Sposito

ORGANI BIONGEGNERIZZATI

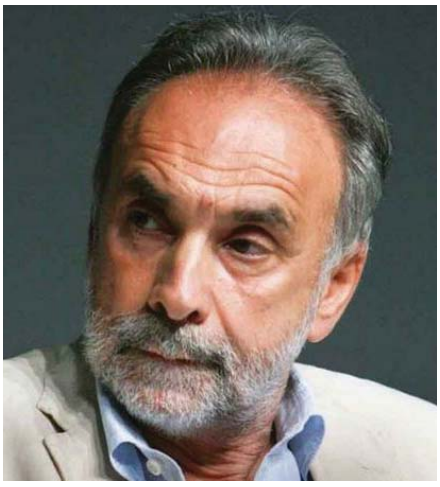
A che punto siamo tra speranza e realismo



Questa primavera la prestigiosa rivista scientifica inglese Nature ha pubblicato i risultati degli studi condotti da una equipe medica di Boston guidata dal professor Harald Ott del Massachusetts General Hospital su reni creati in laboratorio. Secondo quanto riportato dal giornale il professore ha trapiantato dei reni, definiti bioingegnerizzati dal redattore del Nature, in quando generati in laboratorio, su dei ratti: questi reni hanno iniziato a filtrare il sangue e produrre urina. Harald Ott ha spiegato che grazie alla sua tecnica, su cui sta lavorando dal 2008, il rene bioingegnerizzato può essere trapiantato come se fosse quello di un donatore. "In un mondo ideale, la disponibilità di un rene realizzato in modo bioingegnerizzato abolirà il problema della carenza di organi da donatori e il problema del rigetto". Questo è quanto può accadere in un mondo ideale, appunto, mettendo invece i

Prof. Giuseppe Remuzzi

Presidente della International Society of Nephrology dal giugno 2013 per il biennio 2013-2015, Giuseppe Remuzzi è nato a Bergamo il 3 Aprile 1949 e si è laureato in Medicina e Chirurgia a Pavia nel 1974. Dal 1996 gli è stato conferito l'incarico di Direttore del Dipartimento Pubblico-Privato di Immunologia e Clinica dei Trapianti di Organo (collaborazione tra Ospedali Riuniti e Istituto Mario Negri), dal 1999 è direttore dell'U.O. di Nefrologia e Dialisi e dal 2011, Direttore del Dipartimento di Medicina dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XIII (ex Ospedali Riuniti) di Bergamo.
La sua attività scientifica riguarda soprattutto le cause delle glomerulonefriti e i meccanismi di progressione delle malattie renali. Il Prof. Remuzzi ha anche fatto molti studi nel campo del rigetto del trapianto dove con i suoi collaboratori ha dimostrato per la prima volta che è possibile ottenere nell'animale la sopravvivenza indefinita di un organo incompatibile senza farmaci antirigetto "educando" il timo a riconoscere l'organo trapiantato come proprio.
Nelle sue ricerche ha inoltre affrontato il problema del grande divario tra limitata disponibilità di organi



da trapiantare e crescente numero di pazienti in attesa di un trapianto. Con un approccio innovativo (trapianto di due reni di persone anziane in un solo ricevente, dopo accurata valutazione delle condizioni degli organi) queste ricerche hanno permesso di aumentare il numero dei trapiantati.
Le ricerche più recenti riguardano le possibilità di rigenerare i tessuti e creare organi in laboratorio utilizzando cellule staminali.
È l'unico italiano ad essere membro del Comitato di redazione delle riviste "The Lancet" e "New England Journal of Medicine" (1998-2013 giugno); è stato uno dei vice-direttori della rivista "American Journal of Kidney Diseases" e fa parte del comitato editoriale di "American Journal of Transplantation, Kidney International e Clinical Journal of the American Society of Nephrology".
È membro del "Gruppo 2003", scienziati italiani più citati al mondo della letteratura scientifica (Institue for Scientific Information, Philadelphia). Nel novembre 2007 ha ricevuto da parte della Società Americana di Nefrologia (ASN) il più prestigioso premio nel campo della nefrologia, il "John P. Peters Award". Ad aprile 2011 ha ricevuto l'ISN AMGEN Award durante il Congresso Mondiale della Nefrologia a Vancouver. A Novembre 2011 è stato il vincitore della terza edizione del premio internazionale per la nefrologia "Luis Hernando" assegnato dalla Iñigo Alvarez de Toledo Renal Foundation (FRIAT) a Madrid.
Il Prof. Remuzzi è autore di più di 1156 pubblicazioni su Riviste Internazionali e di 13 libri, è editorialista del Corriere della Sera.

piedi per terra *"L'esperimento pubblicato sul Nature e realizzato dal team di Ott rappresenta sicuramente un passo in avanti entusiasmante verso la creazione di organi per coloro che soffrono di disfunzioni renali ma direi che siamo ancora lontani dal traguardo. Non penso infatti che i pazienti che oggi e nei prossimi dieci anni saranno in dialisi potranno avvantaggiarsi di organi bioingegnerizzati alla stregua e nel modo in cui ne parla Ott"* ha commentato il professor Giuseppe Remuzzi, neo presidente della Società Internazionale di Nefrologia, intervistato da Prevenzione Oggi per chiarire a che punto sia davvero la ricerca sugli organi artificiali. "La pubblicazione di notizie di questo tipo ha senz'altro l'indubbio merito di creare attenzione intorno al problema e spingere magari più medici e ricercatori a tentare di trovare una soluzione per le persone con patologie renali gravi, aumentando conseguentemente le probabilità di una scoperta utile in questo senso. È intuitivo infatti che se a questo problema si lavora in più equipe il risultato giungerà prima. Secondo me però occorre molta cautela nel non creare false speranze o evocare ipotesi di soluzioni a portata di mano. Lo stato attuale delle conoscenze non consente, a mio avviso, di parlare in termini cosi' ottimistici come fa Nature". Tornando proprio all'articolo citato, nel testo viene spiegato come è stato creato dal team del professor Ott il rene bioingegnerizzato. I ricercatori hanno inizialmente privato delle sue cellule un rene di ratto, ottenendone una struttura (il cosiddetto scaffold) che poi hanno ripopolato con nuove cellule neonatali di topo. Un rene creato in questo modo e trapiantato su di un ratto, si legge sul Nature, ha prodotto un terzo dell'urina di un rene naturale e trentasei volte più lentamente. "Con una tecnica simile, reni umani e animali sono stati decellularizzati e ripopolati con cellule endoteliali ed epiteliali nella speranza di generare reni funzionanti che possano essere usati per il trapianto. Ma quanto

siamo vicini al risultato? Dopo la pubblicazione di questa importante ricerca quanto possiamo dire di essere prossimi a vedere realizzato un rene creato in laboratorio? "*Non molto vicino, devo ammettere*" dice senza giri di parole Remuzzi "Ad oggi siamo in pochi al mondo a sviluppare la tecnica di cui parla Ott. Fra i più attivi ci sono i ricercatori di Boston, un gruppo in Florida e noi a Bergamo. Qui grazie ai fondi europei triennali erogati per la ricerca siamo in 20 a lavorare sulla materia ed abbiamo fatto la stessa esperienza di Ott partendo da uno scaffold (impalcatura/ matrice ndr) preso da un rene di ratto, lo abbiamo ripopolato usando cellule nuove, che nel nostro caso non erano neonatali ma prese dalla cute umana e riprogrammate perché si comportassero da cellule renali, ma, come si può dire anche per il lavoro di Ott, non siamo assolutamente vicini a ripopolare un intero scaffold ricreando cosi' un rene completo. I risultati sono incoraggianti, certo, ma non entusiasmanti perché la capacità di funzionare del rene cosi realizzato è modestissima tanto è vero che la prospettiva di impiegare questa tecnica nella clinica ad oggi non è inferiore ai 10 anni".

Per Remuzzi "*La pubblicazione su Nature ha creato sicuramente entusiasmo ma siamo ancora molto indietro e per chi è in dialisi oggi o sta aspettando un trapianto i risultati odierni non hanno un risvolto pratico, mentre lo possono essere in prospettiva per il futuro*".

Nell'articolo su Nature Harald Ott ha fatto notare che i pazienti affetti da gravi patologie ai reni entrano in dialisi quando le funzioni dei loro organi precipitano sotto la soglia del 15% "Se noi riuscissimo a creare in laboratorio dei reni capaci di garantire anche solo il 20% delle funzionalità di un rene umano" ha detto Ott "potremmo impiantarli in pazienti altrimenti destinati alla dialisi ed evitare quindi loro la dipendenza da questa pratica". Una prospettiva molto affascinante ma secondo Remuzzi i problemi restano tutti sul tappeto "Guardare alla funzionalità di un rene va bene ma analizzando più in profondità il risultato ottenuto con la tecnica descritta si può notare che alcune fondamentali questioni restano irrisolte. Per esempio il tipo di struttura o scaffold da usare: va presa da un paziente deceduto o malato o da un animale, per esempio il maiale, considerando anche i problemi legati al passaggio di specie.

Quali cellule si devono scegliere da seminare nella struttura? Quelle del cordone ombelicale non sembrano rispondere alle esigenze della pratica clinica, mentre quelle derivate dal paziente stesso potrebbero funzionare ma non abbiamo ancora risolto il problema di come "convincerle" a differenziarsi in cellule renali per poi ripopolare la struttura. Infine, ancora non sappiamo bene come prevenire il rischio di trombosi dei vasi nel momento in cui l'organo rigenerato viene collegato al sistema circolatorio del paziente".

Conscio di tutti i problemi ancora aperti, Remuzzi apre però un nuovo possibile percorso di indagine, futuribile come lui stesso ammette, ma non da scartare: "*A Bergamo intravediamo la possibilità di usare lo stesso organo del paziente affetto da una malattia renale. Potremmo prelevarne una parte quando la malattia non è ancora avanzata, ripararla in laboratorio e reimpiantarla al momento del bisogno. Ora questa è fantascienza ma la direzione può davvero essere quella giusta. Ciò che serve comunque e sempre sono i fondi. L'articolo di Nature indica che si sta lavorando per portare una speranza di guarigione a milioni di persone, nella consapevolezza che una intensa sperimentazione scientifica, garantita da adeguate risorse umane ed economiche, è ancora necessaria prima che si sia pronti per creare un rene bioingegnerizzato davvero funzionante*".

Fernanda Snaiderbaur

LA SALUTE AL MASCHILE
I disturbi dell'apparato genitale

La prevenzione delle disfunzioni, malformazioni, delle vere e proprie malattie riguardanti l'apparato genitale maschile resta attualmente ancora un tabù per molti giovani. Andrea Lenzi, andrologo, afferma che solo il 5% dei maschi si è sottoposto ad una visita preventiva andrologica prima dei vent'anni e solo se si presentano disturbi di una certa importanza. Ma anche in questi casi si è soliti rivolgersi al proprio medico curante o allo specialista se proprio non se ne può fare a meno. Ma che cosa è l'andrologia? È l'equivalente al maschile della branca medica che si occupa in modo particolare di quanto attiene l'apparato genitale maschile dal punto di vista anatomico, funzionale e psicologico, così come il ginecologo si occupa di quanto si riferisce ai disturbi della sfera genitale femminile. Le donne in questo sono molto più attente e non è infrequente che nella fase postpuberale e della prima giovinezza si sottopongano ad una visita ginecologica senza che ci siano problemi medici specifici ma, ad esempio, per iniziare delle pratiche anticoncezionali. Il problema riguardante la prevenzione in campo andrologico sono molteplici e possono presentarsi ad ogni età. Ci si limita in questo breve scritto a quelli riguardanti l'età giovanile nella quale possono presentarsi problematiche mediche che se trascurate possono comportare nel tempo disturbi anche seri della propria salute e della propria sessualità. Per molti adolescenti e giovani adulti la prevenzione in senso generico e quella riguardante i propri organi riproduttivi in particolare rappresenta un vero tabù: io sto bene e nessuno deve interessarsi delle mie cose più intime. Ciò fa sì che viene a mancare la giusta informazione sulle norme più elementari anche di igiene intima per mantenersi in salute. Da parte di troppi giovani si tende ad escludere in modo categorico di potersi ammalare, ci si sente eterni ed invulnerabili, si trascurano così alcuni segnali che potrebbero indirizzare ad una diagnosi precoce di malattia. Le informazioni frequentemente sono raccolte dai coetanei o amici un poco più "anziani", ma di regola poco e mal informati. Frequentemente si nascondono alcune situazioni veramente patologiche anche agli stessi genitori, coi quali è difficile parlare di "queste cose". Alcune malformazioni riguardanti il pene (apparato erettile maschile) ed i testicoli sono già evidenti nella prima infanzia e facilmente rilevati dal pediatra. È questo il caso della fimosi congenita, il restringimento del prepuzio che rende difficile anche "a riposo" la scopertura della parte terminale del pene (glande). La fimosi può per altro presentarsi anche dopo la fase della crescita puberale e da adulto a seguito di processi infiammatori. Anche l'ipospadia, malformazione congenita dei genitali esterni maschili (1 caso ogni 350 nati) in cui il meato (buchino) esterno del canale dell'urine (uretra) non si presenta sulla punta del pene ma sotto di essa in una posizione più o meno vicina. Ciò ovviamente comporta la capacità di uri-

nare stando in piedi. Da adulto pone problemi anche nella emissione del seme spermatico e quindi una possibile infertilità. Casi molto meno frequenti sono quelli di epispadia, in cui il meato si trova nella parte dorsale del pene. Frequenti nel bambino sono i casi di testicolo mobile o retrattile: uno od ambedue i testicoli tendono a risalire fino all'anello inguinale, anche se è possibile osservarne la presenza occasionale nel sacco scrotale o favorirne manualmente la discesa. La ritenzione costante dei due testicoli all'interno del canale inguinale è chiamata criptorchidismo e per le possibili conseguenze sulla futura fertilità va corretta precocemente e comunque prima della pubertà.
Un quadro particolarmente drammatico che può presentarsi nel periodo pre-puberale e dell'adolescenza è rappresentato dalla torsione del testicolo: è una delle più importanti emergenze che può colpire soprattutto giovani tra i 12 e 18 anni, anche se non è da escludersi in altre fasce di età. Frequentemente si presenta a seguito di uno sforzo fisico, ma può presentarsi anche a riposo e durante il sonno notturno. È caratterizzato da un dolore intenso ed improvviso alla parte bassa dell'addome ed ai testicoli, talora accompagnato da vomito. Il testicolo colpito può presentarsi più "gonfio" dell'altro, anche in breve tempo, arrossato, estremamente dolente, posizionato nella parte alta del sacco scrotale. Trattandosi della torsione del funicolo spermatico con conseguente strozzamento della vena ed arresto della circolazione sanguigna, se non prontamente corretta (4-5 ore dall'inizio dell'occlusione) porta a sofferenza ischemica il testicolo ed alla sua necrosi. Talora alcune manovre manuali correttamente eseguite possono risolvere momentaneamente il problema, che comunque resta chirurgico. Il ricovero urgente, anche in presenza di un semplice sospetto, evita la comparsa delle complicanze più temibili.
Nel periodo post-puberale, adolescenziale e nel giovane adulto sono frequenti alcune comuni patologie a carico dell'apparato genitale maschie di varia gravità, ma che se prontamente riferite, possono essere efficacemente curate, Un tempo, quando esisteva la visita di leva, molte di queste malformazioni o patologie venivano diagnosticate e segnalate prontamente al medico curante, prima che comparissero complicanze. Attualmente queste anomalie vengono segnalate durante le visite preventive per l'idoneità a praticare uno sport agonistico, anche se, per un falso pudore, molti medici sono restii a estendere la visita medica anche ai genitali maschili.
Il varicocele, cioè la dilatazione venosa delle vene dello scroto (plesso pampiniforme), è solitamente presente nella sacca scrotale di sinistra (85% dei casi). Se è osservato anche o solo a destra può essere indice di una patologia più severa a carico delle vie genitourinarie ed opportunamente indagato. Il varicocele sinistro insorge in età adolescenziale e giovanile, tra i 15 e 25 anni. L'origine di questo disturbo non è ben noto se non come predisposizione congenita con conseguente debolezza delle pareti venose. La stazione eretta favorisce la dilatazione di questo plesso venoso con conseguente aumento della temperatura del testicolo che, seppure di pochi gradi, sembra sia la causa dei disturbi di infertilità legata ad una produzione di spermatozoi alterata. I disturbi soggettivi sono per lo più scarsi, se non per casi in cui il varicocele raggiunge volumi

La prevenzione delle malattie riguardanti l'apparato genitale maschile resta attualmente ancora un tabù per molti giovani.

relativamente grandi e consiste in un dolore alla parte scrotale colpita, particolarmente durante l'attività sportiva o fisica intensa. La diagnosi è facile se non in una fase iniziale ed anche colui che è colpito può accorgersi per la presenza di una specie di piccolo salsicciotto che si pone al di sopra del testicolo. È bene che il varicocele venga studiato preferibilmente prima dei 23-24 anni con un esame ecocardiografico e doppler dalla parte ed uno spermiogramma per stabilire il momento migliore per correggere tale malformazione ed evitare così problemi di fertilità.

L'idrocele è un'altra patologia che può osservarsi anche nel giovane maschio ed è caratterizzato dalla raccolta di liquido in eccesso nella cavità solitamente virtuale della tunica vaginale che riveste il testicolo. È frequentemente presente anche nel primo anno di vita, in questo caso è assolutamente benigno ed a risoluzione spontanea. Nel giovane e nell'adulto può essere la conseguenza di un processo infiammatorio, infettivo, traumatico. Anche il cancro testicolare può presentarsi con un idrocele. È comunque più frequente dopo i 40 anni di età. Soggettivamente non da particolari disturbi. Il segno più evidente è un rigonfiamento di una parte o di tutto il sacco scrotale che frequentemente raggiunge dimensioni notevoli, come di una palla di diametro di 10-15 cm. Difficilmente il varicocele guarisce da solo e comunque è sempre necessario procedere ad una corretta diagnosi soprattutto sulle eventuali cause scatenanti. La guarigione è comunque sempre chirurgica.

Un problema assai serio nella popolazione giovanile maschile è quello rappresentato dai tumori dell'apparato genitale maschile ed in modo particolare dei tumori del testicolo.

Questi rappresentano 1-3% di tutti i tumori del sesso maschile e colpiscono di frequenza soggetti di età compresa tra i 15 e 45 anni. In circa la metà dei casi si tratta di seminomi e sono dovuti a una abnorme trasformazione delle cellule germinali. Non se ne conoscono le cause di insorgenza. La mancata discesa dei testicoli nello scroto in età puberale, la familiarità, elevati valori ormonali durante la gravidanza, esposizioni a radiazioni radianti per motivi di lavoro, eventuali traumi sono di volta in volta chiamati in causa. La diagnosi soprattutto in fase iniziale non è agevole. Il tumore si manifesta di solito con la comparsa di una massa dura, non sempre dolente. Solo in fase avanzata di malattia possono comparire dolori a sede lombare per compressione delle strutture addominali da parte di linfomi metastatici, disturbi respiratori per metastasi polmonari ecc.

Come sempre la diagnosi precoce è il provvedimento essenziale per poter procedere alle terapie più efficaci, che possono portare alla guarigione in altissima percentuale di pazienti, anche il 90%. L'occasionale scoperta di una piccola masserella a carico dei testicoli deve quindi allertare il paziente e indurlo a consultare il proprio medico curante che, se confermerà il sospetto, proporrà alcuni esami quali l'ecografia scrotale, la determinazione di alcuni markers tumorali specifici che potranno confermare o meno il sospetto.

L'asportazione del testicolo è essenziale per stabilire con l'esame istologico la natura e la pericolosità del tumore. Esami radiologici mirati (TAC-Risonanza magnetica-gamma camera ecc) possono rendersi necessari per definire la presenza di metastasi ai linfonodi ed altri eventuali organi e guidare così la terapia. L'osservazione ed il controllo periodico anche del proprio apparato genitale appare quindi una misura efficace per rilevare precocemente la comparsa di alterazioni che possono essere indice di patologia. Analogamente a quanto suggerito nel sesso femminile per prevenire il tumore del seno mediante l'autopalpazione, così nel maschio è quindi insegnare l'autopalpazione dei testicoli da praticarsi ogni tre-quattro mesi, nell'età più a rischio di malattia, comunque dopo l'adolescenza. Una visita andrologica potrebbe essere auspicabile ogni qual volta se ne avverta la opportunità ed nel caso vi sia una familiarità per questo tipo di disturbi. Da taluni peraltro è consigliata sistematicamente in periodo adolescenziale e verso i 18 anni di età. Ovviamente anche nel caso di queste patologie una vita sana, con giusti stili di vita ed astensione da fumo, droghe di vario tipo, abuso di alcoolici, sovralimentazione sono condizioni essenziali per il miglior benessere fisico ed anche sessuale.

Dott. Gaetano Bianchi

ALIMENTAZIONE AL MASCHILE

Tutti sanno che consumare ogni giorno frutta e verdura, pochi grassi e pochi zuccheri semplici, aiuta a prevenire e a combattere molte malattie ma pochi sanno che, per rimanere in forma, occorre anche un'alimentazione equilibrata che soddisfi tutte le richieste di energia e nutrienti dell'organismo, tenendo conto delle caratteristiche di ogni persona.

L'uomo può mangiare di più

Le diete di moda fanno presto a girare di mano in mano: una lista di alimenti da evitare e/o da consigliare, con porzioni indifferenziate che non tengono affatto conto delle variabilità individuali. La quantità di alimenti e, quindi, di porzioni e di energia da consumare non è uguale per tutti ma è diversa da persona a persona, secondo il fabbisogno energetico di ognuno.

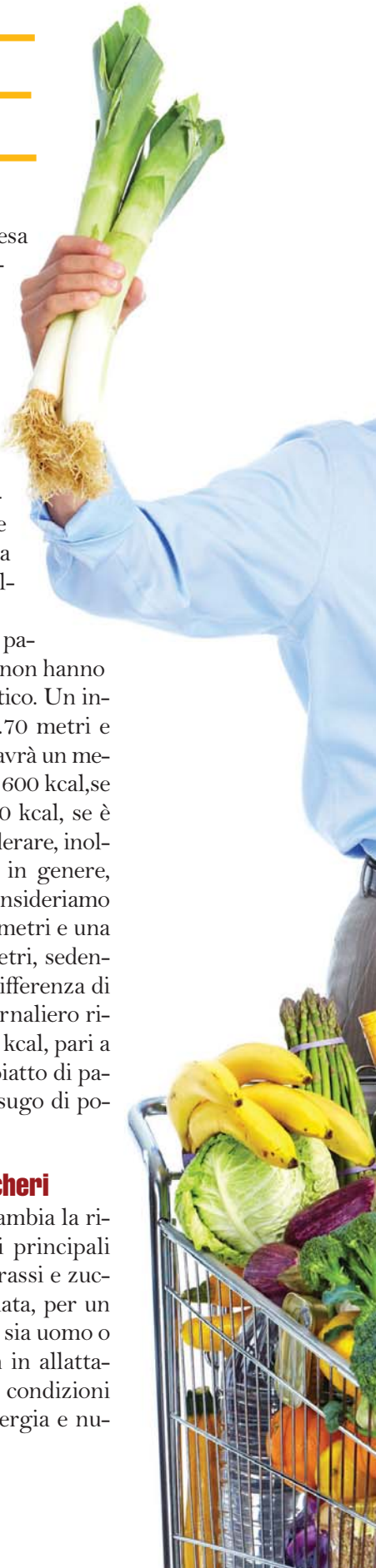
Il fabbisogno energetico giornaliero è la quantità di energia necessaria all'organismo per svolgere tutte le sue funzioni. Ogni persona ha un fabbisogno energetico diverso, cioè consuma più o meno energia in funzione di alcuni fattori, come lo stato fisiologico, la presenza di alcune malattie, il clima, l'attività fisica, la composizione e le dimensioni corporee, l'età e il sesso: il fabbisogno tende, per esempio, a diminuire con l'invecchiamento e nell'uomo è maggiore che nella donna a causa della più grande massa muscolare, che consuma più energia, e delle maggiori dimensioni corporee.

Il fabbisogno energetico di un individuo è dato dalla somma tra metabolismo basale ed energia spesa per l'attività fisica. Il metabolismo basale è la quota di energia necessaria all'organismo in condizioni di riposo assoluto per respirare, far battere il cuore, mantenere la temperatura corporea, trasmettere gli impulsi nervosi, compiere cioè tutte le operazioni necessarie a mantenere le funzioni dell'organismo.

Un uomo e una donna, a parità di peso età ed altezza, non hanno lo stesso consumo energetico. Un individuo di 40 anni alto 1.70 metri e con un peso di circa 64 kg avrà un metabolismo basale di circa 1600 kcal,se è un uomo, e di circa 1350 kcal, se è una donna. Bisogna considerare, inoltre, che gli uomini sono, in genere, più alti delle donne e, se consideriamo un uomo medio alto 1.75 metri e una donna media alta 1.65 metri, sedentari e di circa 40 anni, la differenza di fabbisogno energetico giornaliero risulterà essere di circa 450 kcal, pari a una fetta di dolce, o a un piatto di pasta da 100 g condita con sugo di pomodoro e parmigiano.

Proteine, grassi e zuccheri

Tra uomo e donna, non cambia la ripartizione nella dieta dei principali nutrienti, cioè proteine, grassi e zuccheri. In una dieta bilanciata, per un adulto in buona salute che sia uomo o donna non gravida e non in allattamento (in queste 2 ultime condizioni variano i fabbisogni di energia e nu-



trienti), le proteine dovranno essere calcolate in base ai kg di peso corporeo e corrispondere a circa 0,9 g di proteine per kg di peso (circa 58 g al giorno per una persona di 64 kg); i grassi dovranno corrispondere al 20-35% dell'energia totale giornaliera con l'accortezza di evitare i grassi trans, come quelli idrogenati presenti in molti prodotti alimentari e limitare i grassi saturi (lardo, strutto, burro, olio di palma, olio di cocco, grassi del formaggio e dei salumi ecc…) a una quota inferiore al 10% dell'energia quotidiana; gli zuccheri dovranno fornire il 45 – 60% dell'energia giornaliera, con la raccomandazione di preferire cereali integrali e legumi, fonte di zuccheri complessi come l'amido e di fibra alimentare e limitare il consumo di saccarosio (zucchero comune) e fruttosio e di bevande e alimenti che contengano saccarosio e sciroppo di mais.

Vitamine, sali minerali e acqua

Una dieta equilibrata assicura il corretto apporto di vitamine e Sali minerali ma, in alcuni periodi particolari della vita, come la gravidanza, l'allattamento, alcune fasi della crescita e la vecchiaia, e a causa di alcuni fattori come lo stress, l'assunzione di farmaci o il fumo, le richieste di nutrienti dell'organismo possono aumentare.

Alcune vitamine e Sali minerali presentano anche una diversità di fabbisogni tra i due sessi.

L'uomo, avendo un maggior metabolismo della donna, ha più bisogno di alcune vitamine come la vitamina C, le vitamine B1 e B2, vitamina A, vitamina E.

Gli uomini hanno un fabbisogno maggiore di zinco rispetto alle donne per l'escrezione di questo minerale con il liquido seminale mentre hanno meno bisogno di ferro rispetto alle donne in età fertile che perdono il ferro con le mestruazioni.

Gli uomini , poiché mangiano di più, devono anche bere più acqua delle donne. Si consiglia di bere circa 2,5 litri di acqua al giorno agli uomini e circa 2 litri al giorno alle donne.

Gli uomini anziani, rispetto alle coetanee hanno un maggior bisogno anche di vitamina B6 perché il fabbisogno di questa proteina è proporzionale al fabbisogno proteico e perchè nella popolazione anziana si riscontra una maggior carenza di questa vitamina che aumenta anche il rischio di iperomocisteinemia (aumento dell'omocisteina nel sangue) che rappresenta un fattore di rischio di malattie cardiovascolari e neurodegenerative come la demenza e la malattia di Alzheimer.

In compenso, l'anziano ha, rispetto alla donna della stessa età, un fabbisogno inferiore di calcio, indispensabile alla salute delle ossa. Gli uomini, infatti, soffrono meno di osteoporosi (malattia caratterizzata da una maggior porosità delle ossa con conseguente fragilità) rispetto alle donne che dopo la menopausa hanno spesso bisogno di un'integrazione di calcio.

Alcol

L'alcol etilico o etanolo è una sostanza non nutriente che, pur apportando molta energia (7 kcal/g), non è necessaria all'organismo, anzi è potenzialmente tossica e può causare numerose malattie.

Il consumo smodato di alcol o il con-

sumo di questa sostanza da parte di chi non lo tollera può essere particolarmente dannoso per la salute.
Per non essere dannose le bevande alcoliche devono essere bevute ai pasti, in piccole quantità per non superare le capacità del fegato di metabolizzarlo. Queste capacità, per un uomo di 70 kg di peso, non superano i 6 grammi l'ora. Per smaltire mezzo bicchiere di vino da 100 ml e con grado alcolico 10, che contiene 8 g di alcol (i grammi di alcol presenti in 100 ml si ottengono moltiplicando il grado alcolico per 0.8), per esempio, un uomo che pesi 70 kg impiegherà più di un'ora.
Le donne, avendo un peso minore, minori quantità di acqua corporea e minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol, a parità di consumo, presentano un'alcolemia più elevata e devono bere meno degli uomini.
Un uomo, per mantenersi in buona salute non dovrebbe superare al giorno la quantità di alcol corrispondente a 2-3 bicchieri di vino di gradazione media, mentre una donna non dovrebbe superare la quantità di alcol corrispondente a 1-2 bicchieri di vino al giorno.

Ostriche e dieta in rosso

Non a caso le ostriche hanno fama di essere molto afrodisiache: sono ricchissime di zinco, anzi, sono l'alimento di gran lunga più ricco di questo prezioso minerale. Lo zinco è un minerale presente nel liquido seminale e l'uomo sessualmente attivo ne ha particolare bisogno perché ad ogni eiaculazione ne aumentano le perdite. Sembra che basse riserve di zinco influiscano sulla diminuzione del volume di sperma e del livello di testosterone: oltre alle ostriche, sono buone fonti di zinco anche il germe di grano, il formaggio grana e il cioccolato fondente.
Pomodori, pompelmo rosa e cocomero sono vegetali preziosi per la salute maschile perché, oltre ad apportare minerali e vitamine preziosi per la salute, sono ricchi di licopene, un pigmento rosso dal forte potere antiossidante che protegge l'uomo da tumore alla prostata.
Il licopene fa parte di quelle sostanze classificate come phytochemicals o fitonutrienti, una serie di benefici composti, contenuti nei vegetali, che pur non essendo classificati come veri e propri nutrienti, come sali minerali e vitamine, hanno dimostrato di essere importanti per la salute.
Il licopene protegge l'organismo dai danni dell'invecchiamento dovuto alla presenza di sostanze reattive che possono provocare danni alle cellule, inoltre può ridurre i rischi correlati a molte patologie come le malattie cardiache, il tumore della prostata e quello del tratto gastrointestinale.

ALIMENTI RICCHI IN LICOPENE

(microgrammi per 100 g di alimento)

Pomodoro	*3.100*
Pompelmo rosa	*3.362*
Cocomero	*4.100*
Guava	*5.400*
Salsa di pomodoro	*6.300*
Succo di pomodoro	*8.580*

Il licopene ha una minore bio disponibilità nel prodotto crudo. La bio disponibilità di questa preziosa sostanza è aumentata da processi di riscaldamento e omogeneizzazione, ecco perchè succhi e salsa di pomodoro ne sono più ricchi.
Il pomodoro ha pochi grassi, poche proteine, pochi zuccheri e poche calorie. In compenso, oltre al licopene, contiene vitamina C, un altro potente antiossidante.
Un prodotto, derivato dal pomodoro al 100% è il succo di pomodoro, ottimo da consumare , perché reidrata l'organismo reintegrando le perdite dei sali minerali persi con la sudorazione e senza apportare zuccheri e calorie in eccesso.

Cristina Grande

Crescere insieme ai bambini e agli adolescenti fa diventare grande l'Italia

"Crescere insieme ai bambini e agli adolescenti fa diventare grande l'Italia": è questo il titolo della Seconda Relazione annuale che l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza Vincenzo Spadafora ha presentato al Parlamento lo scorso giugno.

Insieme al Presidente del Senato Pietro Grasso, al Vicepresidente della Camera Luigi Di Maio, al Ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri, il Garante ha riflettuto su cosa significa essere bambini e adolescenti, partendo dai dati allarmanti sulla povertà dei minorenni oggi in Italia - quasi due milioni in povertà relativa, ovvero il 17,6% dei bambini e degli adolescenti - e da quanto ha visto in questi mesi girando nelle periferie italiane. Ha illustrato le iniziative realizzate dall'Authority e sollecitato le forze politiche e istituzionali a intervenire con urgenza sulle criticità riscontrate.

Nella cornice di Palazzo Giustiniani, davanti a rappresentanti del Governo e del Parlamento, della società civile, del volontariato, dell'imprenditoria e della cultura, e ad alcuni ragazzi incontrati in questi mesi di lavoro, Vincenzo Spadafora ha chiesto di reperire subito risorse economiche per interventi mirati, sottolineando quanto sia importante che la classe dirigente modifichi l'approccio verso i temi dell'infanzia e dell'adolescenza per non consegnare alle future generazioni un Paese socialmente disintegrato. È stato un incontro denso di valenze e aspettative, anche per il particolare momento che il nostro Paese sta attraversando: gli effetti della crisi economica, infatti, si fanno sentire in modo pesante sugli oltre dieci milioni di bambini e adolescenti che vivono oggi in Italia. Il Garante ha sottolineato come sia sempre più urgente una riforma della giustizia minorile; sono infatti troppi i casi di bambini contesi, troppo dolorosi i fatti di cronaca cui assistiamo ormai quasi quotidianamente: "Una riflessione condivisa - ha spiegato il Garante - va posta anche sul diritto di cittadinanza per i bambini nati in Italia da genitori stranieri. Se la classe dirigente di questo Paese – e intendo non solo quella strettamente politica ma tutti coloro che hanno delle responsabilità nella crescita e nello sviluppo dell'Italia - non modifica l'approccio verso i temi dell'infanzia e dell'adolescenza, sostituendo l'atteggiamento quasi caritatevole che ha avuto sinora con un'azione organica di lungo periodo che dimostri di cogliere il valore cruciale delle giovani generazioni; consegneremo alle future generazioni un

Paese socialmente disintegrato. Non solo: un Paese responsabile di essere rimasto indifferente nei confronti di una parte rilevante e strategica del proprio capitale umano".
In quell'occasione il Garante ha chiesto interventi mirati per l'infanzia, ma anche per l'adolescenza: "Se penso agli adolescenti di oggi, di cui si parla meno rispetto ai bambini e su cui si investe ancora meno, ai giovani che a sedici/diciassette anni sembrano già aver gettato la spugna, e con essa i propri sogni e le proprie aspettative, non solo mi domando che futuro avranno, ma mi chiedo e vi chiedo che futuro avrà il nostro Paese; come potrà uscire dalla crisi se non comincerà ad investire proprio su di loro: sulla loro formazione, sulla loro partecipazione, sulle opportunità che il mondo del lavoro può rimettere in gioco. Se non darà loro un futuro. Se non restituirà ai giovani una promessa, o quantomeno una speranza, che sia in grado di ridimensionare la moltitudine di coloro - uno su quattro - che oggi né studia né lavora".

Clelia Epis

DIRITTI DEI MINORI OSPEDALIZZATI

Intervista al Garante Vincenzo Spadafora

Nato ad Afragola (Napoli) il 10 marzo del 1974, Vincenzo Spadafora è stato nominato primo Garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza il 29 novembre 2011.
Dal 2008 al 2011 è stato Presidente del Comitato Italiano per l'UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), nel quale si è impegnato sin da giovanissimo, prima come volontario poi come coordinatore del gruppo giovani, ricoprendo anche la carica di membro del Consiglio Direttivo e Vice Presidente. È il più giovane Presidente nella storia dell'Organizzazione, sia in Italia sia nel mondo.
Da sempre, Spadafora si è battuto per i diritti dei bambini, con un occhio di riguardo a coloro che soffrono, ai più vulnerabili: rom, bimbi stranieri, ma purtroppo non solo loro;

Vita, salute, assistenza s'intrecciano nella storia di ogni bambino. Per migliaia di piccoli, però, vi è anche la dimensione della diversità: quella ospedaliera, nella quale sono costretti a crescere tutti coloro che hanno gravi problemi di salute.
La malattia può essere un momento critico per lo sviluppo e la completa maturazione intellettuale, morale e sociale di un minorenne; ha diritto al rispetto della propria identità, personale culturale e religiosa, diritto ad essere informato sulle proprie condizioni di salute con un linguaggio comprensibile e adeguato al suo grado di maturità. Ha diritto ad esprimere la propria opinione, ma sui grandi temi devono intervenire i genitori (per i quali esistono permessi particolari di astensione dal lavoro).
Dovere della società è dunque garantire al minore gli strumenti per ricevere una corretta educazione-formazione (negli ospedali esistono "scuole", sempre più attive grazie anche alle nuove tecnologie, e iniziative di volontariato per il supporto scolastico), garantirgli il diritto al gioco e il diritto di stare con altri bimbi, seppur ospedalizzati.
Ci siamo dunque chiesti a che punto sia la situazione nel nostro Paese, in senso più ampio, sul rispetto del diritto-educazione alla salute per minori ed adolescenti, alla luce delle leggi italiane.
Interlocutore di riferimento è la massima autorità in campo: il Garante per i Diritti dei Minori Vincenzo Spadafora.
"In tema di diritto alla salute di bambini e adolescenti l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza sta concentrando la propria attenzione soprattutto su alcuni filoni strategici

finalizzati a garantire una effettiva tutela di tutti i minorenni presenti a qualunque titolo sul territorio italiano, senza alcuna discriminazione. Stiamo seguendo quattro tracce: in primo luogo i Servizi sanitari a misura di neonato, bambino e adolescente; poi la promozione di una maggiore specializzazione del personale sanitario, che sia in grado di rapportarsi con situazioni di crescente complessità; il terzo punto si focalizza sul momento della nascita e sui primi mesi di vita, ovvero il diritto ad un buon inizio; il quarto sulla diffusione di uno stile di vita sano in un'ottica di prevenzione dell'obesità.

Come garante può estendere la riflessione ad un'ottica più generale, così da tratteggiare a grandi linee la situazione italiana?

Nel quadro dei compiti che la legge n. 112 del 2011 attribuisce all'Autorità, è importante sostenere e valorizzare iniziative finalizzate a garantire a bambini e adolescenti pari opportunità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del loro diritto alla salute. Per questo apprezzo lo sforzo compiuto da INDIMI (Istituto Nazionale per i Diritti dei Minori), coadiuvato da un nutrito e variegato Gruppo di lavoro, nella stesura del "*Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari*", che spero avrà il sostegno di ulteriori realtà che ne promuovano la diffusione e l'applicazione.

Si tratta di un documento che partendo da principi generali, legati soprattutto al superiore interesse del minorenne, al principio di non discriminazione e al diritto all'ascolto e alla partecipazione, declina aspetti e modalità attraverso i quali si può rendere effettivo il rispetto dei diritti dei minorenni inseriti in contesti sanitari: dall'assistenza globale e continuata all'assistenza prenatale e postnatale, dal diritto a non provare dolore e alle cure palliative al diritto all'informazione, dalla formazione specifica degli operatori alla protezione da ogni forma di violenza fisica e mentale, dal diritto alla continuità relazionale con i vari membri della famiglia al diritto al gioco e all'istruzione anche in situazioni di degenza.

Tutte le strutture sanitarie che accolgono e si occupano di minorenni, soprattutto quelle ospedaliere, ma non solo, distribuite sull'intero territorio nazionale, dovrebbero aderire a questo nuovo strumento sottoscrivendolo e impegnandosi a fare in modo che venga rispettato in ogni sua parte. Questo affinché cresca e si rafforzi il movimento culturale necessario perché le norme possano cambiare e diventare più coerenti allo spirito e alla lettera della Convenzione sui diritti dell'infanzia, anche in tema di diritto alla salute.

Gli ospedali sono luoghi di cura, di speranza di rinascita, ma talvolta anche di dolore. Come la legge affronta questo tema, e quello terribile della morte di un bambino?

La condizione in cui si vengono a trovare bambini e adolescenti affetti da malattia inguaribile è legata ad aspetti già evidenziati dal "Codice", che vanno ulteriormente approfonditi perché riguardanti situazioni ancora più specifiche, dove si deve agire con maggiore fermezza nella difesa e tutela dei diritti dei minorenni.

A questo scopo è stata elaborata la "*Carta dei diritti del bambino morente*". Il documento è promosso e sostenuto dalla Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, con il Ministero della Salute che ha sposato l'iniziativa e anche l'Autorità che presiedo ha partecipato alla parte finale dei lavori e ne sosterrà la diffusione. La Carta, mettendo al centro i diritti dei bambini affetti da malattia inguaribile, sottolinea alcuni aspetti importanti che non dovrebbero essere mai dimenticati. In particolare la Carta, ponendosi dal punto di vista del bambino e dell'adolescente affetto da malattia inguaribile, definisce i diritti che devono essere garantiti e tutelati: dall'essere considerato

ha contribuito all'approvazione del Piano Nazionale dell'Infanzia e alla costruzione della rete dei Garanti Regionali per l'Infanzia, mantenendo sempre un dialogo costante e costruttivo con il Governo, le Istituzioni e la società.
Ha partecipato a molteplici missioni sul campo nei Paesi in via di sviluppo (tra i quali Sierra Leone, Guinea Bissau e Ruanda) nelle zone del mondo più disperate.
Nel 2011 Spadafora è stato il promotore e l'ideatore del Movimento dei Giovani dell'UNICEF.
Spadafora è stato docente a contratto presso la Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università La Sapienza di Roma. Esperto in materia di pubblica amministrazione, valutazione di progetti e coordinamento delle attività istituzionali, ha ricoperto incarichi presso la Vice Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero dell'Agricoltura e il Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

persona fino alla morte al ricevere un'adeguata terapia del dolore, dall'essere ascoltato e informato sulla sua malattia al partecipare alle scelte che lo riguardano; dall'esprimere e vedere accolte le proprie emozioni, desideri e aspettative all'essere rispettato nei valori culturali, spirituali e religiosi, dall'avere accanto la famiglia e le persone care all'essere accudito e assistito in un ambiente appropriato che consenta la vicinanza dei genitori, infine ad usufruire di programmi di cure palliative pediatriche evitando sia trattamenti futili o sproporzionati che l'abbandono terapeutico.

Il panorama entro il quale un pediatra si trova ad operare è diventato sempe più complesso, come Istituzione state lavorando per una maggiore specializzazione del personale medico e paramedico, come?

"In una società in continuo mutamento e con livelli di complessità crescenti, per esercitare una reale tutela dei minorenni è necessario che il pediatra di famiglia, tutore della salute del bambino intesa come benessere globale psico-fisico, venga messo in grado di gestire in modo competente le diverse condizioni in cui si trovano i minorenni con cui entra in contatto.

A questo scopo è necessario che venga effettuata una formazione specifica che, contemplando punti di vista differenti e non solo quello strettamente sanitario, metta in condizione il pediatra di gestire tali situazioni anche attraverso l'integrazione e l'attivazione delle altre risorse presenti sul territorio.

Più specificamente, gli ambiti per i quali sarebbe necessario prevedere insegnamenti *ad hoc* nel percorso formativo dei pediatri e delle altre figure sanitarie sono in particolare quelli che riguardano la popolazione immigrata, gli abusi e la violenza sui minori, gli adolescenti".

In un'Italia sempre più multiculturale come si può dunque lavorare su questo tema a contatto con la popolazione immigrata?

"Il ruolo del pediatra risulta cruciale in quanto, tra le altre cose, attraverso il rapporto continuativo con le famiglie riesce ad incidere sia sull'attività di prevenzione che di educazione alla salute, ma questo comporta da parte loro una maggiore conoscenza del fenomeno migratorio sia dal punto di vista sanitario che culturale piuttosto che sociale.

Tuttavia, su questo aspetto è determinante che l'accesso al SSN, attraverso l'attribuzione del Pediatra di libera scelta o del Medico di medicina generale, sia garantito a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno. Su questo è stato recentemente approvato un accordo in Conferenza Stato-Regioni (del 20 dicembre 2012) che è stato già recepito formalmente da alcune regioni (Lazio, Puglia, Campania, Calabria, Friuli-Venezia Giulia) e dalla Provincia Autonoma di Trento (Accordo Conferenza Stato-Regioni, Rep. Atti n. 255/CSR del 20/12/2012).

Mi auguro che anche le altre Regioni facciano altrettanto al più presto e che la stessa Lombardia, dove su questo tema in Consiglio regionale si è animato un acceso dibattito, riveda la sua posizione in merito.

La cronaca porta alla luce, quasi quotidianamente, drammatici episodi di abusi e/o violenze sui minori. Quale il ruolo del medico?

"Il medico innanzitutto deve essere messo nella condizione di possedere gli strumenti adeguati per riconoscere maltrattamenti e abusi sui minorenni. Su questo aspetto sono stati presentati recentemente i risultati di un'indagine effettuata su un campione di pediatri di Milano: in 6 casi su 10 i medici intervistati hanno affermato che durante la loro attività professionale si erano trovati di fronte al sospetto di un caso di maltrattamento o di abuso, ma di questi solo la metà ha deciso di segnalarlo.

Risulta evidente quindi quanto sia importante, anche su questo tema, una formazione specifica che fornisca ai medici elementi di approfondimento sul maltrattamento nel suo complesso e che metta loro a disposizione anche tutte quelle informazioni pratiche necessarie a gestire in modo corretto il singolo caso (es. chi sono e che ruolo hanno il Tribunale per i minorenni, il Tribunale Ordinario, la Polizia di Stato, i servizi sociali, a chi rivolgersi, come fare la segnalazione, ecc.)".

Minori sono anche gli adolescenti: come deve comportarsi il medico con questi pazienti in un'età tanto delicata?

"L'adolescenza è un'età di mezzo non solo dal punto di vista evolutivo, ma anche rispetto all'assistenza sanitaria. Come è noto l'età pediatrica arriva fino a 14 anni quindi, se fino a quel momento i ragazzi e le ragazze sono seguiti dal pediatra di libera scelta e accolti nei reparti di pediatria, quando entrano in contatto con le strutture sanitarie vengono trattati esattamente come gli adulti. Come si sa, è una fase, quella adolescenziale, particolarmente delicata che necessita di competenza e specializzazione da parte degli operatori da diversi punti di vista compreso quello sanitario. Anche in questo caso, come dicevo prima, penso che una formazione *ad hoc* del personale sanitario, medico e paramedico sia la garanzia di una reale tutela dei diritti di questi giovani non più bambini ma non ancora adulti che devono trovare un'accoglienza adatta alla loro condizione.

Per questo motivo reputo che le ipotesi, avanzate da alcune parti, di una copertura pediatrica limitata alla fascia 0-6 anni, tra l'altro del tutto in contrasto con le raccomandazioni provenienti dal livello europeo, non solo sia da non prendere in considerazione, ma anzi da ribaltare per ragionare sull'innalzamento dell'attuale età pediatrica e con l'obbligo della presa in carico unicamente da personale specializzato.

Da questo punto di vista, inoltre, preoccupa lo squilibrio a cui si sta assistendo tra nuovi specialisti e pensionamenti che, in base alle ultime previsioni, nel giro di un decennio porterà a una grave carenza di pediatri.

Esigenze completamente differenti hanno i neonati. Cosa significa che per l'Autorità hanno il diritto ad un buon inizio?

"Un altro filone riguarda quell'insieme di aspetti che si possono far rientrare in quel "diritto ad un buon

IL GARANTE

Dal novembre 2011, in Italia, esiste la figura dell'Autorità Garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituita con la legge n.112 del 12 luglio 2011. Con questo provvedimento - approvato all'unanimità dal Parlamento - si intende dare piena attuazione, da un lato, all'articolo 31 della Costituzione ("La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo") e, dall'altro lato, alle disposizioni internazionali quali la Convenzione Onu sui diritti del fanciullo approvata il 20 novembre 1989 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e degli adolescenti nei Paesi aderenti alla Convenzione e la "Strategia per l'infanzia" adottata nel 1996 dal Consiglio d'Europa.

Quali sono i "poteri" del Garante?

- Vigilare sull'applicazione della Convenzione Onu del 1989
- Diffondere la conoscenza e la cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- Segnalare alle Autorità competenti casi di violazione dei diritti dei minorenni
- Verificare che alle persone di minore età siano garantite pari opportunità nell'accesso ai diritti
- Esprimere pareri sul Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva
- Può esprimere pareri sui disegni di legge del Governo e sulle proposte normative delle Camere riguardanti i minorenni
- Segnalare al Governo, alle Regioni e agli Enti locali interessati tutte le iniziative opportune per assicurare la piena promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- Il Garante viene nominato dai Presidenti di Camera dei deputati e Senato della Repubblica. Il primo Garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, in Italia, è Vincenzo Spadafora.

In Europa esiste una Rete europea dei Garanti dell'infanzia e dell'adolescenza: l'ENOC (European Network of Ombudspeople for Children), composta attualmente da 41 membri, siti in 32 Paesi del Consiglio d'Europa, di cui 22 Paesi dell'Unione Europea. Tra i membri effettivi, da ottobre 2012 c'è anche l'Italia. L'ENOC si riunisce almeno una volta l'anno per discutere temi di interesse comune a livello europeo e individuare linee di intervento condivise.

In Italia diverse Regioni, oltre alle Province autonome di Trento e Bolzano, hanno istituito la figura del Garante Regionale per l'infanzia e l'adolescenza. Non in Lombardia

Info

Segreteria del Garante tel. 06.6779.6551 - fax 06.6779.3412
segreteria@garanteinfanzia.org
www.garanteinfanzia.org

inizio" che dovrebbe essere garantito a tutti i bambini sull'intero territorio nazionale.
Il riferimento è a una serie di elementi che vanno dalla mortalità in età pediatrica all'incidenza dei parti cesarei, dalla garanzia di alcuni diritti specifici al momento della nascita alla promozione dell'allattamento al seno.
Se rispetto al tasso di mortalità infantile sono innegabili i buoni risultati raggiunti dal nostro Paese in questi ultimi anni, grazie ai quali ci posizioniamo non solo al di sotto della media europea ma anche sotto la media di Paesi come Germania e Francia, resta tuttavia ancora un'elevata variabilità territoriale a svantaggio soprattutto di alcune zone del Sud, ma non solo. E' assolutamente indispensabile recuperare questo divario territoriale e fare in modo che in Italia le probabilità di sopravvivenza alla nascita non dipendano dal posto in cui le madri partoriscono.

Differenze tra Nord e Sud si notano anche attorno al delicato tema del parto. Come?

"Come noto in Italia vengono praticati troppi parti cesarei, aumentando così i rischi per la salute sia della mamma che del bambino. In particolare, a livello europeo l'Italia è il Paese che presenta la quota più elevata di cesarei e comunque siamo molto lontani dall'indicazione dell'OMS che individua nel 15% la soglia che garantisce il massimo beneficio complessivo per la mamma e il bambino. Anche su questo aspetto l'Italia non è tutta uguale: in base agli ultimi dati pubblicati dall'Istat (2009), se in media in 38 casi su 100 viene praticato un cesareo, ci sono zone e regioni del nostro Paese dove tale quota arriva a più del 50%.
Su questo è importante che sia il Ministero della salute che le Regioni proseguano e rafforzino da un lato le attività di sensibilizzazione presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate e presso l'opinione pubblica, dall'altro che vengano effettuati maggiori e più stringenti controlli presso i punti nascita che presentano i maggiori tassi di ricorso al cesareo.

Quali sono i diritti del neonato?

Al momento della nascita andrebbero garantiti alcuni standard internazionali in un'ottica di rispetto dei diritti della donna e del bambino che nel nostro Paese ancora non vengono assicurati nella giusta misura sull'intero territorio nazionale. Infatti nella maggioranza dei punti nascita la donna non è libera di scegliere la posizione durante il travaglio, non sempre è consentita la presenza di un familiare al parto, non dovunque è favorito l'immediato contatto tra mamma e bambino così come l'attaccamento al seno entro la prima ora, non è diffuso il *rooming in* (la possibilità per le puerpere di tenere con sé il bambino), non in tutti i contesti è garantita un'adeguata informazione alla dimissione e un collegamento con i servizi territoriali per l'assistenza post-partum.
Inoltre l'allattamento al seno costituisce il miglior metodo alimentare per garantire una sana crescita e un sano sviluppo dei neonati ed esercita un'influenza biologica ed emotiva unica sulla salute sia delle madri che dei bambini, come afferma la Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF del 1989 sull'allattamento al seno. La dichiarazione mette in evidenza soprattutto il ruolo cruciale che riveste l'intero sistema sanitario per far sì che le neo mamme possano iniziare e proseguire l'allattamento al seno con buoni risultati.
Su questo aspetto mi auguro che in Italia si agisca con maggiore forza e decisione sia per fare in modo che tutti i bambini e le bambine possano godere appieno di questa opportunità, sia per garantire che il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno venga pienamente applicato.
In particolare, l'aspetto su cui anche il Comitato sui diritti dell'infanzia richiede un intervento dello Stato

italiano riguarda il miglioramento della pratica dell'allattamento al seno esclusivo nei primi sei medi di vita del neonato, attraverso azioni di sensibilizzazione che prevedano campagne, diffusione di informazioni e formazione, indirizzate soprattutto al personale dei reparti maternità ma anche ai neo genitori. Su questi aspetti reputiamo che nonostante gli sforzi fatti finora le azioni intraprese a livello nazionale e locale non siano sufficienti per vedere tutelato sull'intero territorio nazionale quel diritto ad un buon inizio che dovrebbe essere garantito a tutti i bambini.

Il diritto alla salute si lega al diritto di avere un'educazione ad uno stile di vita appropriato. Come?

Anche per merito di campagne di monitoraggio specifiche avviate a livello sia internazionale che nazionale, negli ultimi anni è emerso con forza il fenomeno dell'obesità infantile. Il nostro Paese risulta tra i primi posti in Europa per l'eccesso ponderale infantile. Recenti indagini (Sistema di sorveglianza "OKkio alla salute") hanno messo in evidenza che, se pur in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti, resta elevata la quota di bambini di 8-9 anni in sovrappeso. Come ormai noto le abitudini alimentari, soprattutto se associate a uno stile di vita sedentario, incidono enormemente sulla salute e sullo sviluppo dei nostri ragazzi. Per questo motivo auspico che non venga mai meno, e che anzi si rafforzi ulteriormente, l'impegno del Ministero della salute in sinergia anche con quello dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con il CONI e con tutte quelle realtà anche a livello locale che possono incidere positivamente sugli stili di vita dei nostri bambini e dei nostri ragazzi. Infatti, su questi aspetti soltanto attraverso un'alleanza e una capacità di azione congiunta è possibile introdurre dei cambiamenti significativi, per questo è necessario agire sui ragazzi attraverso la scuola, ma anche sulle famiglie e sulla comunità intera".

C.E.

Carta dei Diritti dei bambini e delle bambine in ospedale

Uno dei diritti fondamentali, soprattutto dei bambini, è il diritto alle migliori cure mediche possibili. (UNESCO)

Carta di Ledha

* Un bambino o una bambina saranno ricoverati in ospedale solo se le cure di cui hanno bisogno non possono essere assicurate, con la stessa efficacia, a casa o in regime di day hospital.

* Un bambino o una bambina ricoverati in ospedale avranno diritto alla vicinanza dei propri genitori o di altre persone amiche in ogni momento della giornata.

* I genitori verranno accolti all'interno del reparto e saranno aiutati e incoraggiati a rimanervi. Essi saranno messi in condizione di non dovrer affrontare spese aggiuntive o subire perdite economiche. Per partecipare alla cura del proprio figlio, i genitori saranno informati riguardo ai tempi e ai ritmi della vita del reparto e la loro attiva collaborazione sarà incoraggiata.

* Bambini e genitori hanno diritto a ricevere informazioni in modo adeguato alle proprie conoscenze e capacità di comprensione. Il personale cercherà di minimizzare lo stress fisico ed emotivo conseguente al ricovero ed alla lunga ospedalizzazione.

* Bambini e genitori hanno il diritto a partecipare consapevolmente alle decisioni sanitarie che li riguardano. Ad ogni bambino o bambina saranno evitate cure mediche ed esami superflui.

* Un bambino o una bambina ricoverati saranno curati assieme ad altri bambini che hanno le stesse esigenze di crescita e sviluppo e non saranno inseriti in reparti per adulti. Non viene posto nessun limite all'età dei visitatori dei bambini ricoverati.

* Un bambino o una bambina ricoverati avranno la possibilità di giocare, divertirsi e lavorare in maniera adeguata alla loro età e condizione medica. Avranno la possibilità di vivere in un ambiente pensato e attrezzato per le loro esigenze in questo senso.

* Bambini o bambine saranno seguiti da uno staff adeguatamente preparato in grado di affrontare i bisogni fisici, emotivi, e di crescita dell'intero nucleo familiare.

* Continuità e costanza nelle cure sarà assicurata dall'equipe del reparto.

* Bambini e bambine ricoverati saranno trattati con tatto e comprensione; la loro privacy sarà rispettata in ogni momento.

Fonte: EACH - European Association for Children in Hospital
www.each-for-sick-children.org

Aido e Giro d'Italia binomio vincente

22 maggio ore 8, si parte per Caravaggio con la macchina super personalizzata AIDO per inserirci con la carovana del Giro d'Italia. In zona Santuario ci mischiamo con gli altri mezzi in attesa della striscia adesiva che metteremo sul parabrezza ed il corrispettivo numero sul retro.

Fatto, siamo pronti per una avventura i cui limiti non conosciamo ma, siamo curiosi ed entusiasti. Arrivano gli amici della Provincia di Bergamo che ci danno una mano nel distribuire i gadget e materiale cartaceo, indossano le polo e le felpe personalizzate AIDO, ci scambiamo qualche sensazione e poi, si parte.

Tramite radio ci viene dato l'ordine e la disposizione di incolonnamento, sfrecciamo tra la gente strombazzando con i clacson e notiamo con piacere che la gente ci addita e segnala ai vicini la nostra presenza. Facciamo una sosta sulla linea di partenza ed allo squillo della sirena scendiamo (la gente oltre le transenne è tantissima) distribuiamo materiale e parliamo (per quel che si può parlare con macchine della carovana che mandano la musica a palla). Si riparte dopo tre squilli della sirena e nel corso della tappa che ci porterà a Vicenza facciamo altre quattro soste sempre circondati dalla gente.

Queste scene si ripeteranno per le rimanenti quattro tappe che ci porteranno a Brescia, con un intervallo di tempo nevoso che ha portato poi all'annullamento della tappa ma, noi, imperterriti, in mezzo alla neve, proseguiamo nel nostro impegno di informazione e di coinvolgimento. Tutto questo succede a Ponte di Legno e sul lago di Misurina.

Nel corso di queste tappe riceviamo il supporto di Gianfranco e Giuseppe a Silandro; del Presidente di Riese Pio X e dei suoi collaboratori; del Presidente dell'AIDO Provinciale di Brescia Lino Lovo e dei suoi collaboratori. Ringraziamo anche Annamaria Saviolo, Bertilla Troietto, Monica Vescovi per il supporto nelle fase organizzativa ed Isabella che ci ha seguito nelle ultime 4 tappe del giro.

Ma, ne è valsa la pena e quali sono state le sensazioni provate?

Una cosa è certa; nella carovana, dove i capelli grigi erano pochissimi, abbiamo raccolto consensi alla donazione di persone per la maggior parte giovani che hanno sgambettato e animato la carovana in ogni tappa, richiamando l'attenzione nelle varie co-

munità. Non possiamo dimenticare inoltre il contatto con la gente che esprimeva il proprio compiacimento nel vederci (eravamo tutti vestiti con polo e felpe bianche con didascalie riguardanti la ricorrenza del 40esimo di fondazione AIDO) ma quello che più ci ha colpito è stato il sentire i nostri volontari locali ringraziarci per la nostra presenza che è servita loro da stimolo per la continuazione del loro impegno e che ci ha galvanizzato per questa sensazione di essere utili alla organizzazione interna della associazione. Una cosa che abbiamo notato: la necessità di far meglio circolare comunicazioni in merito al nostro operare associativo. Insomma scendere anche in strada per raccogliere adesioni alla causa ma anche per rivitalizzare l'attività dei gruppi. L'importanza del contatto diretto da parte dei dirigenti dei livelli superiori.

Vogliamo anche evidenziare che la confusione e l'ignoranza vanno ancora per la maggiore. Ci siamo sentiti dire che non era necessario esprimere il consenso perché era in vigore la legge del "silenzio assenso"; che col tesserino blu (distribuito un po' di anni fa in occasione dei referendum) erano convinti d'essere iscritti all'AIDO; ci sono stati chiesti chiarimenti sulla morte cerebrale; ci è stato chiesto a chi dovevano rivolgersi per procedere all'iscrizione là dove non esiste il gruppo comunale; ci è stato chiesto come fosse possibile essere di supporto all'associazione, ecc. ecc.

Una cosa ci ricordiamo che ci ha particolarmente colpito alla prima tappa di Napoli alla quale abbiamo partecipato per il Nazionale. La gente non sapeva cosa volesse dire AIDO. Di riscontro ci ricordiamo di avere visto all'open village del giro in un gazebo dottori e tecnici della ASL di Napoli che raccoglievano i consensi alla donazione. Un'esperienza da ripetere? Direi proprio di sì. Senz'altro migliorando la nostra presenza ed incrementando il materiale da distribuire; seguendo tutte le tappe del giro; incominciando da subito il contatto con le AIDO Regionali per capire la volontà ad essere di supporto all'iniziativa. Personalmente ho provato delle emozioni intense e qualche brivido, in alcuni momenti, mi è corso per la schiena non per il freddo (che comunque c'è stato) ma per essere stato partecipe di un evento che ci ha portato tra migliaia di persone e, nel testimoniare e ringraziare tutte/i coloro che hanno consentito ad altri di riprendere la corsa della vita, a partire dal nostro fondatore Giorgio Brumat.

Il ringraziamento va anche a tutti i volontari che, anche con difficoltà, portano avanti il nostro messaggio ed ai Dirigenti Nazionali e Regionali che, economicamente, hanno consentito questa partecipazione.

Felice Riva

BERGAMO

Stand Aido alla Camminata Nerazzurra

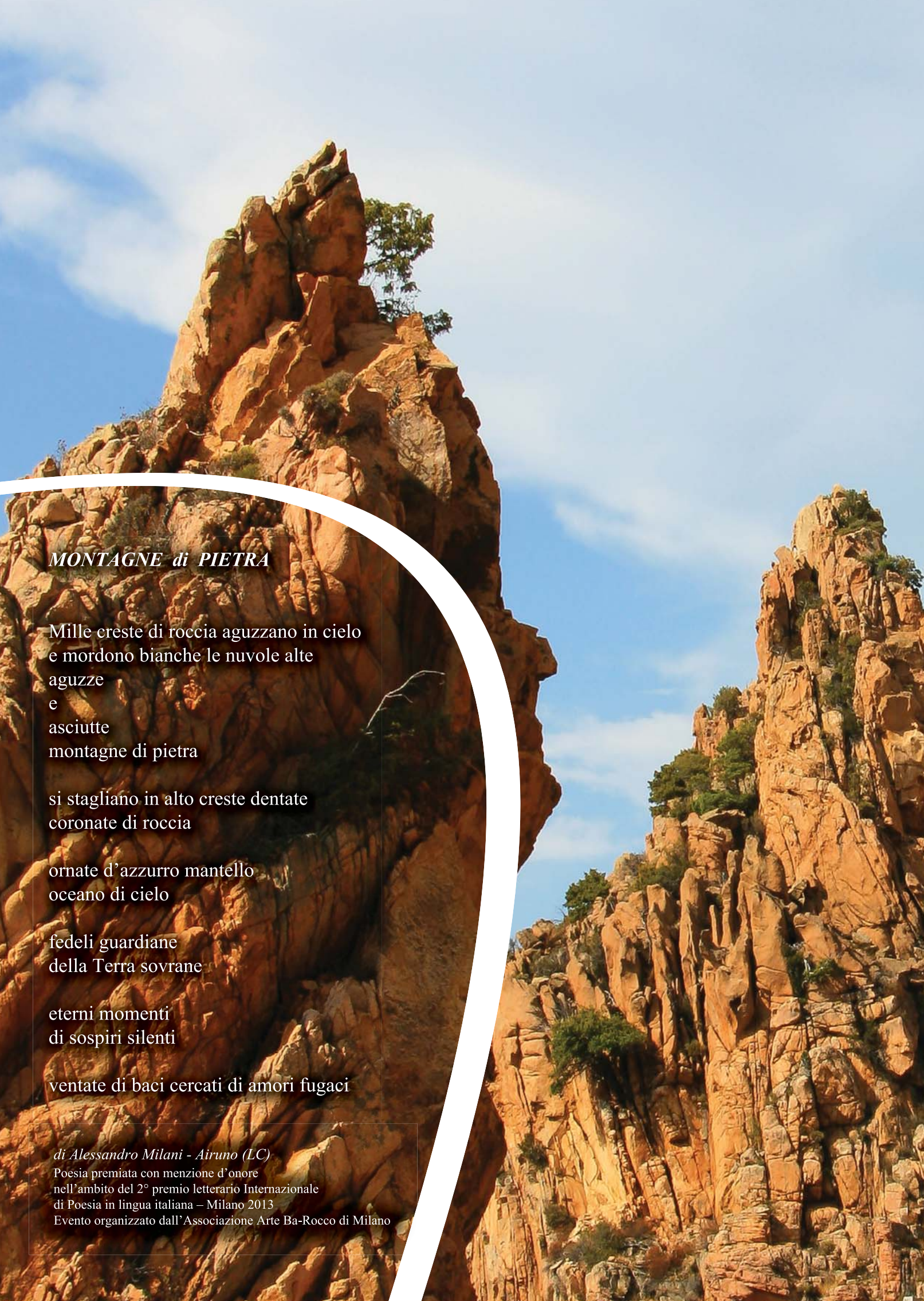
Domenica 23 giugno 2013 alle ore 08,45 è partita dal Sentierone di Bergamo la 7ª edizione della Camminata Nerazzurra.
L'evento è stato organizzato dalla tifoseria dell'Atalanta Bergamasca Calcio, società la cui prima squadra milita nel campionato di Serie A.
Con ben 16.280 magliette nerazzurre vendute per l'occasione, che rappresentano una partecipazione di tutto rispetto da parte del popolo atalantino, un serpentone di appassionati si è incamminato sui tre percorsi rispettivamente di 6, 10 e 17 Km che si sono snodati per le strade cittadine di Bergamo. Migliaia di persone sono transitate davanti allo stand allestito dall'Aido e numerose sono state le richieste di informazioni riguardanti l'Associazione e le modalità per divenire donatori. Diverse sono state anche le persone che hanno aderito sottoscrivendo l'atto olografo.
Si ringraziano il Presidente dell'Atalanta sig. Antonio Percassi e il Presidente del Club Amici dell'Atalanta, sig. Marino Lazzarini, per aver onorato l'AIDO con la loro visita allo stand posando inoltre per una foto ricordo.

Il risultato significativo e la grande soddisfazione fanno si che l'Aido di Bergamo non mancherà di ripetere questo evento il prossimo anno.

PAVIA

L'Aido ha incontrato i giovani studenti in medicina

Martedì 16 aprile alle ore 21.00 presso la Sala Mosaico della Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia, si è svolto l'incontro con gli studenti universitari di tale corso, organizzato da SISM e AIDO sezione provinciale di Pavia.
Alla serata hanno partecipato come relatori il Dott. Paolo Geraci, coordinatore dei prelievi e dei trapianti del Policlinico S. Matteo di Pavia; il Professor Gian Francesco Peloso, addetto alle relazioni con le istituzioni; Enrica Negroni, Presidente della Sezione Provinciale di Pavia; Rita Marro, trapiantata di reni. Il dibattito è stato aperto dalla Presidente del SISM, Maria Chiara Gelmi, la quale ha illustrato la serata ed ha presentato i relatori. Enrica Negroni e il Professor Peloso Gian Francesco hanno parlato dell'AIDO in generale (storia, finalità e scopi associativi).
Rita Marro invece ha raccontato la sua esperienza di giovane ragazza trapiantata, lasciando i presenti meravigliati per la forza dimostrata nell'affrontare la malattia che l'ha colpita fin da piccola.
Il Dott. Paolo Geraci, mettendo in pratica la sua grande esperienza e la capacità relazionale, ha affrontato la parte medica, che ha riscosso grande interesse da parte del pubblico, coinvolgendo i presenti in un interessante dibattito.
A conclusione dell'incontro abbiamo fatto vedere ai ragazzi il DVD "E la vita continua", che li ha emozionati.
Alla serata erano presenti un quarantina di ragazzi, alcuni professori della facoltà di medicina ed alcuni rappresentanti dei gruppi AIDO.
La serata ha avuto un esito positivo, infatti alla fine diversi ragazzi si sono iscritti.
La Sezione Provinciale di Pavia coglie l'occasione per ringraziare le responsabili del SISM di Pavia per la bellissima serata che hanno organizzato e per l'occasione offertaci per diffondere la cultura della donazione ai ragazzi universitari.



MONTAGNE di PIETRA

Mille creste di roccia aguzzano in cielo
e mordono bianche le nuvole alte
aguzze
e
asciutte
montagne di pietra

si stagliano in alto creste dentate
coronate di roccia

ornate d'azzurro mantello
oceano di cielo

fedeli guardiane
della Terra sovrane

eterni momenti
di sospiri silenti

ventate di baci cercati di amori fugaci

di Alessandro Milani - Airuno (LC)
Poesia premiata con menzione d'onore
nell'ambito del 2° premio letterario Internazionale
di Poesia in lingua italiana – Milano 2013
Evento organizzato dall'Associazione Arte Ba-Rocco di Milano

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: Giuseppe Ena
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