

PREVENZIONE *oggi*



Sommario

2
pagina Al Policlinico di Milano
l'eccezionale è di routine

17
pagina Ricco di significati
il corso Aido regionale
per dirigenti provinciali

21
pagina Ciccibello
non c'è più

26
pagina L'alcol e il cuore

30
pagina Alcol: uso e abuso

5 PER MILLE

Anche quest'anno chiedo la vostra collaborazione nel sostenere la nostra Associazione attraverso l'indicazione del codice fiscale dell'A.I.D.O. Nazionale **800 23 51 01 69** sulla prossima dichiarazione dei redditi.

Vincenzo Passarelli
Presidente Nazionale A.I.D.O.

PREVENZIONE oggi

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale
AIDO Lombardia -ONLUS

Anno XVII n. 154 - aprile 2007

Editore:
Consiglio Regionale AIDO Lombardia - ONLUS
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
e-mail: aidolombardia@simail.it

Direttore Editoriale
Leonida Pozzi

Direttore Responsabile
Leonio Callioni

Collaborazioni scientifiche:
Dott. Gaetano Bianchi

Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Michele Colledan
Direttore Chirurgia Generale III
Direttore Centro Trapianti di fegato e di polmoni

Dott. Paolo Ferrazzi
Direttore Dipartimento Cardiovascolare
Direttore U.O. di Cardiocirurgia

Dott. Amando Gamba
Responsabile Unità Semplice dipartimentale
Centro Trapianti di cuore

Dott. Giuseppe Locatelli
Consulente del Dipartimento di Chirurgia Pediatrica

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

Università Milano Bicocca
Prof. Roberto Fumagalli
Docente

NITp - Nord Italia Transplant
Prof. Cristiano Martini - Presidente

Dott. Mario Scalamogna - Direttore

**Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie
di alta specializzazione - ISMeTT**

Prof. Bruno Gridelli
Direttore Medico scientifico
Professore di Chirurgia Università di Pittsburgh

**Istituto Ricerche Farmacologiche
"Mario Negri" - Bergamo**

Dott. Giuseppe Remuzzi - Direttore

Yale University School of Medicine

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

Redazione esterna
Laura Sposito
Cristina Grande

Redazione tecnica
Bergamo
e-mail: prevenzione.oggi@libero.it
Paolo Seminati

Segreteria e Amministrazione
24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90
Tel. 035 235327 - fax 035 244345
e-mail: aidolombardia@simail.it
C/C postale 36074276

Ester Milani
Laura Cavalleri

Sottoscrizioni

Socio Aido	Simpatizzante	Sostenitore	Benemerito
€ 30,00	€ 40,00	€ 70,00	€ 90,00

C/C postale 36074276 AIDO Cons.Reg.Lombardia
ONLUS Prevenzione Oggi

Si contribuisce alle spese di stampa come amici.

Il socio sostenitore ha diritto a n. 9 copie aggiuntive all'anno da omaggiare a un'altra persona previa segnalazione all'atto della sottoscrizione.

Stampa

CPZ - Costa di Mezzate BG

Finito di stampare terza decade di maggio.

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".



Il ricordo dell'amico prof. Pellegrini e tanto impegno concreto sulla prevenzione.

Con questo numero, dedicato all'attività del Policlinico di Milano, si sta concludendo il primo giro di interviste attraverso le quali "Prevenzione Oggi" sta illustrando la situazione sanitaria e le prospettive negli ospedali più importanti della regione lombarda, con particolare riguardo alla tematica del trapianto di organi. Dal nostro viaggio a

Milano e dall'interessante incontro con dirigenti e chirurghi del Policlinico è derivato un ampio servizio con il quale cerchiamo di condurre i lettori a conoscere lo stato dell'arte di una realtà sanitaria tra i più importanti nel panorama italiano, una realtà nella quale affondano le radici pionieristiche del trapianto di organi. Nel racconto degli attuali protagonisti del settore trapiantologico emerge infatti l'illuminata presenza, al Policlinico, dei chirurghi che per primi sperimentarono le tecniche del trapianto, dando vita ad una nuova era di speranza per moltissimi ammalati. Al di là dell'eccellenza dell'esperienza milanese emerge dal colloquio con i sanitari un dato sociale che fa pensare. In modo estremamente più incisivo che negli altri ospedali, abbiamo trovato infatti nel centro di Milano una realtà socio-sanitaria che è profondamente segnata dall'immigrazione e dal rapido modificarsi della struttura sociale. Non so dire oggi se questo sia il futuro che ci aspetta oppure se la città cosmopolita rimarrà un caso peculiare e isolato sul nostro territorio. Certo è che siamo partiti pensando di raccontare problematiche, successi e insuccessi sanitari e ci siamo invece accorti di quanto fosse forte l'impatto della nuova strutturazione sociale del centro milanese sull'organizzazione e sul procedere dell'attività sanitaria. Dopo aver concluso questo primo giro di interviste l'impegno di "Prevenzione Oggi" si sposterà sugli altri ospedali della nostra regione, nel rispetto del sempre rinnovato impegno ad indagare le condizioni, i progressi e, quando ci sono, le mancanze, delle nostre strutture ospedaliere. Così come avvenuto nei numeri precedenti i testi del dott. Bianchi (medico) e della signora Grande (esperta di alimentazione) offrono un approfondimento su alcuni temi oggi di grande attualità. Alcune pagine di questo numero sono dedicate al tema dell'accol, ai suoi usi e ai suoi abusi; quali malattie provoca nel caso di abuso e come ci si deve comportare nell'ambito alimentare. In questo modo "Prevenzione Oggi" risponde concretamente ad uno degli obiettivi principali che si è posta e che rappresentano l'ossatura del progetto editoriale dell'Aido Lombardia: diffondere quella cultura sanitaria che permetta di conoscere i corretti stili di vita attraverso i quali si evitano le malattie, in particolare quelle che portano al trapianto di organi. Anche così si combattono le liste d'attesa, facendo della prevenzione sanitaria una modalità di comportamento che evita di arrivare a dover subire il trapianto.

Un cenno particolare lo voglio riservare alla pubblicazione del primo di due articoli dedicati al corso di formazione per dirigenti regionali organizzato dall'Aido Lombardia a Bergamo nello scorso mese di marzo. Un corso che ha visto una folta partecipazione e che risponde all'esigenza sempre più forte di consolidare un gruppo dirigente consapevole dell'alto profilo della missione che ci siamo dati. Rappresentiamo un movimento di opinione che si è assunto il compito di diffondere la cultura della donazione. Un compito delicato e suggestivo che non può né essere lasciato al caso né alla sola buona volontà. La gente ci chiede competenza, correttezza, professionalità e precisione perché ha bisogno di credere in noi in modo incondizionato. La formazione dei dirigenti è quindi un passaggio fondamentale che abbiamo l'obbligo di curare con grande attenzione.

Leonida Pozzi

In copertina:

«LA PIETRA
NELLA VALLE» ©

foto di
Giuseppe Pellegrini - Mantova

Nella valle soleggiata restano intatti i simboli antichi della fede e della famiglia. La sicurezza, la stabilità e la fede testimoniano ancora, nella durezza della pietra, le radici di una cultura povera ma ricca di valori.

In copertina





Al Policlinico di Milano l'eccezionale è di routine



Una breve trasferta nella capitale lombarda per raccogliere informazioni e raccontare l'attività collegata ai prelievi e ai trapianti del Policlinico di Milano ci porta a scoprire quanto sia cambiata la città. Come il lettore potrà sperimentare di persona, nelle spiegazioni, nelle analisi, nelle riflessioni dei dirigenti e dei chirurghi intervistati c'è la piena consapevolezza di una città che non è più fatta dai milanesi ma che rappresenta un po' la sintesi del mondo, forse, del futuro.

È una delle scoperte più interessanti, che obbliga a scrutare verso orizzonti sociali e sanitari nuovi, finora solo immaginati ma ormai pronti ad aprirsi davanti a noi.

L'intervista al Policlinico - compiutamente Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano, una Fondazione Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di natura pubblica - non può prescindere da una brevissima

introduzione storica. Ci affidiamo per questo ai testi pubblicati sul sito del Policlinico stesso: "L'Ospedale Maggiore di Milano - Magna Domus Hospitalis o Ca' Granda - fu fondato nel 1456 dal duca Francesco Sforza.

Definito albergo dei poveri dal suo progettista e primo costruttore, Antonio Averlino detto il Filarete, l'Ospedale Maggiore - prototipo rinascimentale di altri nosocomi coevi e posteriori - si differenziava però dai precedenti ospizi medioevali perché adibito non tanto al soccorso della "povertà, madre delle malattie", piuttosto alla cura degli individui affetti da malattie acute, suscettibili di guarigione".

"L'Ospedale Maggiore nacque dunque come fabbrica della salute istituzionalmente destinata a curare, risanare e restituire alla società (restitutio ad integrum) i soggetti reintegrati nella pienezza delle condizioni fisiche e delle capacità lavorative. "Servire gli infermi" voleva dire non solo, come in

passato, dare prova di carità verso di essi; voleva dire soprattutto, nel presente e nel futuro, fornire ad essi servizi assistenziali produttivi di salute”.

“L’Ospedale Maggiore - pari per importanza in Europa all’Hotel Dieu di Parigi - era il luogo dell’emergenza morbosa, della diagnosi e terapia conseguenti. Ma era anche il luogo della rilevazione statistica, nosologica, epidemiologica. Esso elaborava le indicazioni necessarie perché la terapia efficace del singolo individuo potesse trasformarsi nella prevenzione tutelare dell’intera comunità. Settant’anni dopo, Luigi Zoja, primo titolare della cattedra di clinica medica nella neonata Università degli Studi, ospitata (per quanto attinente al triennio clinico degli studi di medicina) nel nuovo Ospedale Maggiore Policlinico sorto al di là del Naviglio, affermava: “Nella indagine delle cause morbose il medico, anche in clinica scopre sofferenze fisiche e morali delle quali deve sempre tener conto. Esse illuminano tristi quadri della vita e deficienze nell’assistenza al malato (...). Queste sono le ragioni che mi spinsero a far sorgere due distinti ambulatori per forme diabetiche e asmatico-allergiche - per le quali vi sono attualmente mezzi di cura e possibilità di alleviare le sofferenze”. Zoja concludeva dicendo che il servizio - medico - assistenziale creato nel Padiglione Sacco da lui diretto e aperto al territorio era stato voluto “perché fosse emanazione della Clinica medica e facesse così sentire la presenza dell’Istituto nella città che lo ospita, esplicando una utile azione sociale”.

La creazione di una Istituzione in grado di coniugare ricerca, didattica e assistenza ospedaliera si deve all’energica azione di Luigi Mangiagalli (Mortara 1849 - Milano 1928), deputato (1902), senatore del Regno (1905) e sindaco di Milano (1922-26), che fu anche il primo rettore della Università di Milano. Mangiagalli infatti aveva individuato nei rami ostetrico-ginecologico, delle malattie professionali e delle malattie endemiche contagiose, i campi nei quali era maggiore il bisogno di specializzazione dei laureati in medicina.

La prima pietra della Clinica del Lavoro, oggi intitolata a Luigi Devoto (Borzonasca, Genova 1864 - Milano 1936) fu invece posata l’11 dicembre 1907 e l’edificio venne

inaugurato nel 1910. Peraltro già nel 1900 Devoto, chiudendo a Pavia il corso di Patologia Medica, aveva prospettato la necessità di studiare le malattie professionali derivanti dal lavoro nelle risaie, nelle industrie (dove erano impiegati piombo, mercurio o fosforo), oltre che la pellagra e la tubercolosi e l’anno seguente aveva fondato la rivista “Il lavoro” (successivamente “La medicina del lavoro”). L’attività di Devoto non si limitò alla clinica, ma si estese anche alla legislazione relativa. Nel 1934 fu nominato senatore.

Infine, nel 1915, grazie alla generosità di Adelina De Marchi, si poté aggiungere alle altre discipline anche la clinica pediatrica, con l’edificazione di un apposito padiglione intitolato ai genitori della benefattrice: Giuditta e Demetrio De Marchi. I fratelli Adelina e Marco De Marchi avevano sostenuto nel 1909 la nascita dell’Asilo Regina Elena, e presso questo Istituto si conserva un ritratto in bronzo di Giuditta, opera di Salvatore Pisani.

Pur inserito nella medesima circolazione di idee e conoscenze, l’“Asilo per le madri povere legittime Regina Elena” vive una sua storia del tutto autonoma fino ad anni recenti. Le radici affondano nella “Guardia ostetrica”, creata nel 1887 in via Unione, e presso la quale aveva sede il “Giornale per le levatrici” da gennaio 1887 e nel 1892 organo ufficiale delle Federazione delle Levatrici; ad esso diedero notevole apporto Bambina Venegoni e Alessandrina Ravizza.

La necessità di assistere gestanti e puerpere, con maggiore sicurezza che non domiciliariamente, in un ambiente ospedaliero che comunque ricreasse un ambiente familiare, fu evidenziata da Luigi Mangiagalli, che pochi anni prima aveva fondato l’Istituto Ostetrico Ginecologico (principalmente rivolto però a situazioni socialmente marginali, quali madri nubili e figli illegittimi, che pertanto trascurava un grandissimo settore della popolazione). Il cattedratico figura con la moglie Rosa Perelli Paradisi tra i benefattori della nuova Istituzione, fondata nel 1909, e il cui scopo, era “assistere le madri povere, legittime, sane”.

L’edificio fu progettato da Angelo Radaelli (Milano 1860 - 1929), ingegnere dell’Ospedale Maggiore, e al quale si devono i padiglioni Guardia, Pasini e Zonda del



dott. Ermenegildo Maltagliati

nato a Cesate (MI) il 15.8.1954
Laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Milano il 17 settembre 1980.
Specialista in “Igiene e Medicina Preventiva” ad indirizzo “Tecnica Ospedaliera”.

Nominato dal 17 settembre 2001 ad oggi Direttore Sanitario dell’IRCCS Ospedale Maggiore di Milano.

Diploma di Benemerita della Croce Rossa italiana - Comitato Centrale.

Docente al Corso di Formazione Manageriale dell’Università di Pavia A.A. 2000/2001.

Docente alla Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva c/o l’Università degli Studi di Milano dall’A.A. 2000/2001 a tutt’oggi.

E’ stato membro della Commissione di esperti per le problematiche Socio-Sanitarie della Città di Milano.

Consigliere Regionale (Lombardia) dell’Associazione Nazionale Medici della Direzione Ospedaliera.

E’ stato membro della Commissione di Studio Integrazione Sociosanitaria c/o la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Sanità.

Componente del Comitato Scientifico del Centro Europeo di Studi e documentazione sulle responsabilità sanitarie.

Componente del Comitato Etico della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena dal 19 marzo 2007.



dott. Antonello Rossetti

nato a Rho (MI) il 31 marzo 1967

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il 7 marzo 1996 presso l'Università degli Studi di Milano con la seguente votazione: 108/110.

Diploma di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva conseguito (secondo il D.Lg. Vo 257/91) presso l'Università degli Studi di Pavia il 31 ottobre 2000 con la seguente votazione: 50/50 e lode.

Ha cominciato a lavorare nel novembre 1999 come Dirigente Medico di ex I livello presso la Direzione Sanitaria del Presidio ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico. Attualmente lavora presso la Direzione Sanitaria del Ospedale Maggiore IRCCS Policlinico di Milano come Dirigente Medico ex I livello. Professore a contratto presso l'Università degli di Milano al Corso di Laurea in Ortottica e Assistenza Oftalmologica a.a. dal 2002.

Nomina di Coordinatore Locale per le attività di prelievo a scopo di trapianto dal maggio 2002.

Relatore a convegni ed autore di numerosi abstract ed articoli.

Policlinico (1914-1915), egli pure da annoverare tra i benefattori dell'Asilo, perlopiù esponenti della filantropia milanese laica e illuminata, come Attilio Ferri, Ettore Rusconi, Gustavo Sangregorio e Angelo De Vincenti, oppure esponenti dell'aristocrazia e della borghesia imprenditoriale ambrosiana, tra cui Guido Visconti di Modrone, Adelina e Marco De Marchi, Isabella Bozzotti Gnechi, Antonio Biffi (al quale fu anche intitolato un padiglione del Policlinico).

Nel 1957 si decise la trasformazione dell'Opera Pia in Ospedale specializzato, che divenne Ente Ospedaliero nel 1968, assumendo la denominazione di Istituto di Ostetricia-Ginecologia e Pediatria "Regina Elena". Nel 1992 la "Regina Elena" è diventata un Presidio della USSL 75/1 (poi Azienda USSL ambito territoriale 36 Milano), per essere successivamente amministrata dagli Istituti Clinici di Perfezionamento dal 1998 al 2004.

L'intervista è prevista per le 15,30 di un pomeriggio di marzo che sferza il centro di Milano con un'aria non fredda ma fastidiosa. L'accoglienza è cordiale, tempestiva, efficace. Senza troppi preamboli dopo pochi minuti siamo seduti attorno al tavolo armati di macchina fotografica e registratori per le prime domande. Il primo a prendere la parola è il presidente regionale Aido cav. Leonida Pozzi, direttore editoriale e anima di "Prevenzione Oggi", ormai un vero esperto della sanità italiana e lombarda in particolare.

Pozzi: Siamo qui per raccontare la vostra realtà, con sincerità e senza nascondimenti ma con lo scopo di informare i lettori e aiutarli nel cammino di presa di coscienza delle tematiche sociali, economiche e sanitarie che attengono al vastissimo tema del prelievo e del trapianto di organi.

L'onere della prima risposta è del coordinatore all'attività di prelievo della Fondazione Policlinico e dell'Area, dott. Rossetti.

Rossetti: Insieme con il Policlinico vi sono altri nove presidi ospedalieri che rientrano sotto quest'attività di coordinamento. Il coordinatore deve seguire direttamente l'attività di prelievo nel

proprio presidio e supervisionare l'attività di prelievo nei presidi che gli afferiscono; così abbiamo fatto in questi cinque anni. Abbiamo incrementato notevolmente l'attività di prelievo di cornee. Siamo passati da circa sessanta cornee prelevate a centoventi l'anno scorso. Nel 2006 abbiamo chiuso il bilancio delle cornee prelevate a quota novantatré. Di questo viene inviato come ogni anno il resoconto dell'attività dei coordinatori, che si chiude il 28 febbraio. Abbiamo inviato anche quest'anno la relazione annuale al coordinatore regionale a cui facciamo riferimento. Questo per quanto riguarda l'attività di raccolta dei tessuti. Gli ospedali che fanno riferimento a noi sono ospedali privati e hanno in particolare pazienti lungodegenti.

Pozzi: Qualcuno di questi ospedali dispone della Rianimazione?

Rossetti: Solamente il Buzzi di Milano, che è un ospedale pediatrico. Tornando all'attività di prelievo di organi abbiamo avuto quest'anno dodici accertamenti e solamente quattro prelievi di organo. Siamo in controtendenza rispetto all'anno precedente quando i prelievi invece erano stati diciannove. Un notevole calo che in parte è stato corretto in queste ultime settimane poiché abbiamo avuto ben quattro accertamenti. È a tutta evidenza un'attività che dipende da moltissimi fattori, come per esempio la presenza del 118. Un dato generale positivo ma che nel nostro caso fa diminuire le possibilità di prelievo è la presenza al Policlinico di un grande neuroradiologo interventista che è molto bravo sugli aneurismi, per cui anche una quota di tutti quei pazienti che potevano diventare donatori vengono, grazie a Dio, salvati. Per quanto riguarda invece il coordinamento dell'attività di prelievo parlerà il prof. Stocchetti. Volevo però aggiungere che l'attività di prelievo di organi nel Policlinico incontra una grande difficoltà legata al fatto che stiamo parlando di un ospedale che è costituito da più padiglioni. Ogni padiglione ha una specializzazione per cui per coordinare un'attività di prelievo così complessa e che richiede l'intervento di più specialità abbiamo avuto grosse diffi-

coltà di organizzazione. Di fatto per “far girare” tutto l’ingranaggio in maniera perfetta è necessario porre molto più impegno che in un ospedale formato da un unico blocco. Basti pensare al fatto che il cardiologo arriva dal padiglione Sacco che non è propriamente vicino alla Neuroranimazione. Abbiamo acquistato un ecografo portatile perché altrimenti ci saremmo trovati a dover portare gli ecografi, che sono macchine pesanti e quindi non facilmente spostabili. Abbiamo insomma dovuto inventare soluzioni alternative perché non si può certo pensare di spostare persone ricoverate in condizioni difficilissime in Neuroranimazione. Va spiegato che l’ospedale è strutturato a padiglioni, come i vecchi ospedali. Sono 46 padiglioni. Forse è l’unico ospedale in Italia dove tra alcuni padiglioni e gli altri scorrono vie di comunicazione urbane molto frequentate (siamo nel centro di Milano, una metropoli). Penso con un po’ di ironia agli articoli apparsi sui giornali o ai servizi televisivi che riprendevano medici con il camice che attaversavano le strade, creando scandalo. Qui sarebbero la dimostrazione di una prassi piuttosto frequente. Purtroppo tutta l’attività, anche quella delicatissima, si svolge non all’interno di un perimetro proprio dell’ospedale ma su vie di comunicazione con scuole, caserma dei Carabinieri, Pretura del lavoro...

Stocchetti. Sono responsabile della Terapia intensiva che da noi si chiama Neuroscienze. E dovrebbe servire sia la Neurochirurgia che la Neuroranimazione. Di fatto le morti cerebrali vengono sempre concentrate da noi. Qui vorrei anche parlare di quello che potreste fare voi come Aido. La premessa è che un ospedale così grande ha grandi problemi organizzativi. Io sono arrivato qui undici anni fa dopo avere lavorato vent’anni a Parma dove ricordo con piacere la bella collaborazione con l’Aido e dove era naturale iscriversi e lavorare insieme per diffondere la condivisione del progetto di donazione di organi. Qui a Milano l’organizzazione era difficile. È cambiata quando la direzione sanitaria ha incaricato il dott.

Rossetti e gli ha detto: adesso questa grana è tua e te la devi gestire. E lui s’è dato veramente molto da fare. Con il dott. Scalamogna la sintonia era scontata perché ci conoscevamo da trent’anni. Così la nostra organizzazione è cambiata molto e in meglio. Quando sono arrivato era difficile anche solo convocare la commissione per l’accertamento della morte, adesso anche problemi pratici che sembravano molto difficili da affrontare sono stati finalmente risolti. Abbiamo anche convenzioni con altri ospedali che consentono di essere molto rigorosi con i criteri di accertamento dell’idoneità al prelievo. Sapete che è diventato un problema molto serio quello di poter determinare se il potenziale candidato è candidabile davvero. Secondo me lavoriamo molto bene. Noi abbiamo alcune difficoltà: per esempio il 118 di Milano che gestisce una grande quantità di possibili candidati. Ma noi diamo pochissima disponibilità perché abbiamo pochissimi letti per far fronte alle necessità. Pochissimi vuol dire che noi abbiamo con il 118 l’abitudine che si “marcano” i letti che abbiamo disponibili. Possono capitare anche due settimane senza che noi diamo una disponibilità. E non perché siamo lazzaroni o pigri ma perché i posti letto disponibili devono dare una risposta ad una realtà complessa come il centro di Milano. A volte i colleghi che devono intervenire chirurgicamente non riescono ad affrontare le loro necessità perché questa carenza di posti letto rappresenta un “collo di bottiglia” che rallenta l’attività. Il 118 chiama ma se noi non abbiamo il letto non possiamo accogliere. Quindi la risposta organizzativa giusta è: dobbiamo avere più letti per essere più disponibili. Però abbiamo anche cercato di calcolare in modo il più possibile obiettivo quanti dei pazienti che purtroppo decedono non sono stati da noi studiati per verificare, una volta che accertiamo la morte, se fossero candidabili al prelievo. E poi, una volta che sono stati candidati, se sono stati proposti o meno per la opzione prelievo. Io sono molto orgoglioso di questo perché le verifiche che abbiamo fatto, per lo meno da quando c’è il dott. Rossetti, ci



prof. Nino Stocchetti

nato il 3/5/54 a Busseto (PR)
Laurea nel 1978; tesi: “Livelli di lattato e piruvato nel liquor cefalo rachidiano e nel sangue e loro rapporti con l’equilibrio acido-base in pazienti in situazioni di coma” presso la Università di Parma, 110 e lode.

Specialista in Anestesia e Rianimazione nel 1981. Periodo di specializzazione all’estero presso il Medical College of Virginia riportando il diploma di Neurological Surgery Research Fellow.

Co-Chairman dell’ European Brain Injury Consortium, organizzazione che raccoglie 130 centri neurotraumatologici europei.

Ha iniziato a lavorare in Terapia Intensiva dal 1979; dal 1996 responsabile della Terapia Intensiva Neuroscienze dell’Ospedale Policlinico di Milano. Professore Straordinario di Anestesia e Rianimazione presso l’Università di Milano. Principali interessi di ricerca: fisiopatologia del danno cerebrale acuto, pressione intracranica, metabolismo cerebrale, trials clinici di neuroprotezione. Pubblicazioni: 105 in PubMed



dicono che non ne abbiamo “perso” uno. Perciò quando malauguratamente non riusciamo a salvare un paziente, immediatamente si parte con l’osservazione, l’ospedale fa tutte le verifiche del caso, arriva la commissione per l’accertamento della morte e via via tutte le altre procedure. Dov’è che noi invece siamo scarsi? (e qui penso che l’Aido possa avere un suo potenziale ruolo). Io ero abituato a un tasso di rifiuto da parte dei familiari (notare che tra gli extracomunitari il concetto di “familiare” è molto più vasto e articolato) piuttosto basso. Oggi ci troviamo con un tasso di rifiuto che si assesta ormai vicino al 50 per cento. Quello che ho notato e che fa una grande differenza rispetto a dieci-quindici anni fa quando ero a Parma è la diversa comprensione-condivisione del problema. Io vivevo in una realtà dove era facile trovare il familiare socio dell’Aido o comunque persone che erano state contattate e conoscevano le tematiche della donazione. Nel centro di Milano questo tipo di sensibilizzazione per la particolare fetta di popolazione che afferisce al nostro ospedale invece non c’è quasi mai. Noi infatti incontriamo o gli anzia-

ni del centro di Milano (e allora è possibile che qualcosa abbiano sentito); oppure incontriamo molto spesso extracomunitari per i quali è difficile stabilire dei contatti. A volte cerchiamo i datori di lavoro affinché ci facciano da ponte verso qualche familiare. Quindi arrivare ad ottenere la donazione è molto più difficile. Qualche difficoltà - va detta solo per rispetto della verità -, viene anche da persone non extracomunitarie ma che arrivano dal Sud dell’Italia, per le quali la sacralità del corpo anche dopo la morte è confusa con l’intangibilità, con il fatto che “si debba lasciare in pace il morto”. Questa diventa una barriera difficilissima da superare. Noi cerchiamo di parlarne, di lasciare il tempo necessario per capire e affrontare il problema. Ci siamo anche chiesti se il vero problema è la nostra incapacità di comunicare. Ci siamo fatti anche una seria autocritica. Ma non basta. Ci siamo dati da fare. Il Nitp ci ha offerto varie possibilità di partecipare a corsi nei quali si migliora la capacità di comunicare. Ma siamo arrivati alla conclusione, con onestà, che non è determinante la nostra eventuale impreparazione o inadeguatezza a



comunicare. La verità è che in quei momenti ci troviamo di fronte ad una situazione tragica per la quale però l'interlocutore non ha avuto un contatto precedente o alcun tipo di sensibilizzazione che renda meno atroce il fatto che il medico curante arrivi a comunicare la morte del congiunto e contemporaneamente la richiesta di donazione degli organi. Perciò, in sintesi: ottima organizzazione e complimenti per chi l'ha attuata; non abbiamo tanti candidati ma quelli che arrivano non li perdiamo; abbiamo un tasso di assenso che è modesto. Un ultimo dettaglio che voglio illustrare perché indica una strategia che io condivido di questo ospedale. Ero abituato a chiedere che fosse documentato il dissenso. È d'altra parte quello che la legge chiede. Al Policlinico facciamo invece un'altra cosa: noi cerchiamo di avere il consenso. La filosofia che ho trovato e che penso venga da Sirchia, Scalamogna e qualcun altro è, rivolgendoci ai parenti: "Facciamo una cosa che abbia un senso. Cerchiamo di persuadervi che stiamo facendo il meglio che si possa fare; vogliamo che voi siate con noi". Questo è l'orientamento e credo che alla lunga sia vincente perché facendo così chi ci incontra capisce che siamo dalla loro parte. Però questo è un problema che non possiamo risolvere da soli perché a Milano, che è una grande città dalle caratteristiche economiche, sociali e culturali molto diversificate da zona a zona, è un problema di coscienza collettiva e di cultura della donazione.

Pozzi: Come affrontate la comunicazione con i familiari?

Stocchetti: Si tratta di unire sensibilità e professionalità. Cerchiamo sempre di mettere a loro agio i familiari anche capendo la loro situazione. Non li facciamo stare in piedi ma li facciamo sempre accomodare. Non forziamo le scelte. Lasciamo spazio alle loro emozioni. Ascoltiamo e cerchiamo di entrare nella loro sensibilità per stabilire un punto di contatto fondato sulla fiducia. Arriviamo alla comunicazione, quando la Commissione ha stabilito che un paziente è morto, avendo cura di essere sempre presenti almeno in due. Noi dobbiamo

essere consapevoli che siamo i medici curanti che non possono più curare. Detto questo ci si fa carico di pensare ad altre persone che stanno male per trovare il modo di aiutarle. La cosa più difficile è dire, per esempio: "Suo figlio è morto". È normale che ci sia la disperazione, e noi dobbiamo lasciare spazio a questi sentimenti. Spesso le persone hanno cominciato già a capire e si aspettano il peggio: allora è un po' diverso, ma la commozione arriva e travolge comunque. Da lì comincia la seconda parte del dialogo: la persona che è morta aveva espresso, quando era in vita, qualche indicazione? Se sì è una scelta decisa; se no è tutto più difficile. Ovviamente questi problemi non esistono quando si incontra un donatore iscritto all'Aido.

Pozzi: Quanto siete coinvolti emotivamente?

Stocchetti: Impossibile non esserlo. Ma il bene supremo della donazione ci ha portati a sviluppare una cultura del dialogo di questi momenti, cominciando però a distinguere i ruoli tra chi fa il trapianto e chi chiede la disponibilità al dono, che sono e devono essere persone diverse.

Pozzi: Davvero situazioni difficili ma importanti, perché si affrontano in pochi attimi decisioni che attengono alla morte e alla vita; dalla morte a una nuova vita. Parliamo ora degli aspetti organizzativi sanitari: quante sono le neuroranimazioni che fanno capo al Policlinico?

Stocchetti: Ci sono tre Rianimazioni "neuro". Noi, il San Raffaele e il Niguarda. Per dare un'idea della scarsità dei posti letto le dico che noi ne abbiamo quattro, il San Raffaele oscilla fra quattro e sei, il Niguarda espande un po' di più ma con una minore intensità di cure, per cui ha più letti ma ancora pochi infermieri.

Pozzi: Ci sono poi altre Rianimazioni?

Stocchetti: Abbiamo una Rianimazione generale che serve prevalentemente il pronto soccorso (dai sei agli otto letti); una Rianimazione generale dedicata prevalentemente alla Pediatria, che è nell'Ospedale De' Marchi; e poi abbiamo una terapia postintensiva postchirurgi-



dott. Mario Scalamogna

nato a Milano il 6 luglio 1946, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano.

Attività professionale
Direttore del Dipartimento Trasfusionale e di riferimento per i trapianti di organi e tessuti c/o l'Ospedale Maggiore Policlinico (via Francesco Sforza, 35) di Milano
Responsabile del Centro Interregionale di Riferimento del Nord Italia Transplant Program (NITp)

Responsabile del Centro di Riferimento per i Trapianti della Regione Lombardia
Dal 1989 è Esperto del Consiglio d'Europa nel Comitato Ristretto di Esperti sugli aspetti organizzativi della cooperazione europea nel campo dei trapianti di organi e tessuti, dove rappresenta l'Italia.

Membro del Centro Nazionale Trapianti (CNT) (dal 2002)

Membro del Consiglio Superiore di Sanità (2003 -)

Ha partecipato, in qualità di oratore e di moderatore, a numerosi congressi, corsi e riunioni nazionali e internazionali.

Altri incarichi professionali
Vice Presidente della Società Italiana dei Trapianti d'Organo (S.I.T.O.) (1993-95)

Consigliere della Società Italiana dei Trapianti d'Organo (S.I.T.O.) (1995-97)

Consigliere dell'European

ca, ancora di sei letti che affronta invece il postoperatorio immediato. Bisogna tener presente comunque che noi lavoriamo come un'unica Rianimazione.

Pozzi: Da quali pazienti provengono in genere i prelievi del Policlinico?

Stocchetti: Prevalentemente da pazienti colpiti da episodi vascolari acuti.

Pozzi: Quindi sono di meno quelli dovuti a traumi cranici.

Stocchetti: Le do alcuni dati: nel 1996 noi avevamo circa un trauma grave a settimana; una sessantina comunque all'anno (un anno addirittura se ne presentarono un'ottantina). Adesso siamo a dodici-tredici.

Pozzi: Torniamo al tema del dissenso al prelievo. Perché questa situazione a Milano quando la Lombardia presenta dati confortanti, addirittura i più bassi in Italia?

Scalamogna: Sono d'accordo con quanto affermato dal prof. Stocchetti. Probabilmente la città non esprime il massimo della partecipazione. Abbiamo una popolazione di nuovi milanesi che evidentemente non sono integrati e che non hanno avuto quel "contatto iniziale". Manca probabilmente la partecipazione del cittadino. Però confermo che tanto lavoro è stato fatto, gli interventi di formazione e di sensibilizzazione sono stati tanti. Indubbiamente il confronto con Parma, dove c'è molta sensibilità...

Pozzi: ... e dove c'è un buon gruppo Aido...

Scalamogna:... sì, è vero. Qui a Milano la situazione della comunità civile è molto diversa e possiamo addentrarci in analisi sociologiche rispetto ai fenomeni dell'immigrazione e dell'integrazione, ma credo che queste realtà siano ben chiare per tutti. Il senso di appartenenza del Policlinico, che è una struttura che ospita l'Università e che ha una dispersione nei padiglioni - erano tanti ospedali - è scarso perché esprime una cultura dell'integrazione per forza di cose scarsa. Infatti questa cultura si crea sui percorsi dei malati. Se il percorso del malato c'è allora questa cultura si forma, altrimenti no. Nella donazione degli organi, nella disponibilità al prelievo per il trapianto, qui al Policlinico, nella zona

centrale di Milano, è tutta da inventare. Attualmente un punto di vantaggio può essere rappresentato dal fatto che le chirurgie sono messe insieme; quindi i trapianti sono insieme, anche se magari qualche problema è rappresentato dal cantiere che c'è di mezzo...

Pozzi: Quindi questa struttura potrebbe rendere difficile creare le unità operative.

Maltagliati: Non proprio. Ce ne sono tante piccole. Ci sono infatti sessanta direttori e abbiamo circa 850 posti letto. Essendo un ospedale in buona parte universitario, ancorché istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, la patologia è sempre una patologia di secondo livello. Noi facciamo molto riferimento a situazioni e patologie che altri ospedali dell'hinterland non riescono ad affrontare. Ne è la dimostrazione che come centro delle malattie rare questo ospedale è quello che ha il numero maggiore in tutta la Lombardia di centri per la cura e la terapia, superando alcune realtà che hanno un maggior numero di posti letto. Come caratteristiche storiche vi sono delle attività per malattie rare che altri non hanno; questo comporta avere meno possibilità di entrare al pronto soccorso; meno disponibilità al 118, ecc., perché abbiamo questo mandato che proviene un po' dalla didattica dell'Università, un po' dall'Istituto di ricerca. Siamo sempre dibattuti fra pronto soccorso e queste altre funzioni non meno importanti.

Berardinelli: Io credo che questo sia il discorso centrale. Infatti il Policlinico accoglie una serie di patologie rare. Credo che proprio questa mission non permetta di avere molti donatori. Né va dimenticato che da noi sono molto bravi a salvare le vite umane a pazienti che arrivano anche in situazioni gravissime. L'indice di mortalità, tenendo conto che sono malati spesso che non possono essere accolti in altri ospedali, è molto basso. Poi alcune patologie sono particolari, come per esempio il neoplastico...

Maltagliati: Siamo il Centro regionale della fibrosi cistica, uno dei pochi centri in Lombardia che ricoverano pazienti che hanno purtroppo una qualità di vita non certo buona. E in questi casi non



possono diventare donatori a causa delle precarie condizioni dei loro organi.

Pozzi: È evidente che queste sono condizioni che incidono oggettivamente sul numero dei prelievi. Diverse sono le situazioni di altri ospedali che abbiamo visitato e che si riferiscono ad utenze diverse, dove pesano per esempio gli incidenti stradali (pensiamo solo ai grandi ospedali posti nelle vicinanze delle autostrade).

Berardinelli: Io credo inoltre che non si possa oggi confrontare la nostra realtà con quella di Parma. In undici anni Milano è cambiata in una maniera incredibile. Noi abbiamo sia donatori che riceventi di altre religioni, di altre culture. Io con Aido ho partecipato a molti incontri nelle scuole. Un giorno ad un certo punto mi sono tolta anche la soddisfazione, al termine di una lezione nelle superiori, di chiedere: “Ma voi siete d'accordo di donare gli organi?”. Poiché alzavano tutti le mani meno uno, ho chiesto a questo ragazzo per quale motivo non fosse d'accordo. E lui mi ha risposto di essere musulmano: “Non posso donare i miei organi”. Questa è la situazione: una diversità culturale che va affrontata...

Pozzi: Sono d'accordo anche se la verità è che le religioni più diffuse non vietano la donazione, anzi. Proprio per questo noi abbiamo predisposto nella nostra documentazione per sensibilizzare alla donazione un elenco con tutte le religioni che vietano la donazione di organi. In realtà nessuna religione è davvero contraria. Al limite lasciano liberi i loro praticanti di aderire o no. Pensiamo anche solo ai Testimoni di Geova, per i quali basta la certezza che l'organo sia perfettamente lavato e privo di tracce di sangue. Però sono approfondimenti culturali che molti non hanno mai fatto.

Berardinelli: Quanto lei dice è vero e dimostra che va fatto un ulteriore sforzo di sensibilizzazione perché a tutt'oggi il musulmano preferisce non donare gli organi che correre il rischio di andare contro quello che pensa sia un obbligo dato dalla sua religione.

Stocchetti: La situazione è tale e se vogliamo così paradossale per cui ci tro-

viamo a dover constatare che il Policlinico, posto al centro di Milano, cura pochissimi milanesi, ammesso che esistano ancora i milanesi. Di fronte a problemi di lingua, e quindi di capirsi sulle cose essenziali, diventa ancora più difficile fare un ragionamento che attiene alla vita o alla morte delle persone nel momento in cui si chiede la disponibilità a donare gli organi di un parente appena deceduto. Non è forse inutile aggiungere che spesso non basta l'interprete.

Pozzi: Quindi stiamo sottolineando quanto sia importante per l'Aido intensificare il proprio sforzo per diffondere, in Milano, la cultura del dono. Ma dobbiamo nel contempo prendere atto che è difficile perché siamo in una città cosmopolita, di non facile identificazione. Passiamo al tema dei trapianti. Io mi ricordo trent'anni fa i primi trapianti di reni...

Berardinelli: Era il 1969. Il primo trapianto è avvenuto il 22 maggio 1969.

Pozzi: Mi ricordo quando lei, giovanissima, veniva a Bergamo insieme con il prof. Vegeto, per prelevare gli organi da utilizzare nel trapianto. Da noi c'era Maritano. Poi è toccato a Gravame. Eravate tutti dei pionieri assoluti. Non c'erano orari, non c'erano sabati e domeniche...

Berardinelli: A tutt'oggi siamo ormai a oltre duemilasettecento trapianti. Se posso essere anche un po' polemica devo dire che l'Ospedale è sempre stato molto più sensibile dell'Università nell'ambito della chirurgia di punta. È stato l'Ospedale Maggiore che ci ha costruito una unità ad hoc, nel 1980, dopo che noi abbiamo lavorato dal 1969 fino al 1980 come volontari, avendo due posti in camere sterili e poco altro. Ci siamo trovati a lavorare a volte in condizioni pazzesche, spostando malati che magari sanguinavano, attraversando una strada, per andare da un padiglione all'altro dell'ospedale. Merito dell'Ospedale Maggiore aver capito che la chirurgia dei trapianti doveva essere fatta in modo idoneo. E così ha costruito questa importante unità operativa. Nel 2002 è stata finalmente ristrutturata una bella unità e sullo stesso piano sono stati

Society of Organ Transplantation (E.S.O.T.) (1995-99)
 Segretario del Nord Italia Transplant (NITp) (1989 - 1992)
 Consigliere del Nord Italia Transplant (NITp) (1993 - 2001)
 Presidente del Nord Italia Transplant (NITp) (2001-2005)
 Segretario dell'Associazione Italiana di Immunogenetica e Biologia dei Trapianti (A.I.B.T.) (1983 - 1993)
 Membro del Consiglio Superiore di Sanità (1997 - 99; 2003 -)

Publicazioni scientifiche
 Oltre 200 pubblicazioni scientifiche su riviste o libri nazionali e internazionali



prof.ssa Luisa Berardinelli

nata a Bagheria (PA) il 22.03.43.

Laureata in Medicina e Chirurgia a pieni voti assoluti e lode presso l'Università di Milano il 26 Luglio 1968 con la tesi: "L'ipertensione renovascolare: trattamento medico e chirurgico", relatore il Professor Edmondo Malan.

Assistente Universitario dall'1.1.1971 presso la Cattedra di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica diretta dal professor E. Malan. Aiuto Universitario dal 15.1.1979 per lo specifico campo della Chirurgia dei Trapianti.

Specialista in Chirurgia Generale presso l'Università di Milano il 7 luglio 1973.

Specialista in Angiologia e Chirurgia Vascolare presso l'Università di Milano con lode il 12 luglio 1976.

Premio di Operosità Scientifica dell'Università di Milano per l'Anno Accademico 1978/1979.

Il 19.05.1975 ha ricevuto, su proposta del prof. Edmondo Malan, l'Ambrogino d'oro dal Comune di Milano per meriti scientifici e clinici, nel campo del trapianto renale. L'8.03.2007 ha ricevuto il primo premio per la professionalità "Le nuove guglie della Grande Milano".

Dal 1999 è Direttore della U.O. Chirurgia Vascolare e dei Trapianti di Rene presso

messi i reparti del trapianto di rene e di fegato. La nostra storia è iniziata con il prof. Malan; ho detto prima che abbiamo cominciato nel 1969, ma l'attività sperimentale di medicina operatoria e l'acquisizione di tutte le tecniche risale al 1965. In quei quattro anni abbiamo fatto un grosso lavoro sperimentale e abbiamo studiato le tecniche d'avanguardia all'estero.

Pozzi: Ora come sta funzionando l'attività?

Berardinelli: Non porta certo risultati positivi il fatto che siano stati aperti in Lombardia altri centri di trapianto. Dico questo perché secondo tutti noi, che siamo dei tecnici, queste sono esperienze che vanno concentrate e valorizzate in pochi centri. Questo per un discorso di economia, di esperienza e di ottimizzazione dei risultati. Tutto ciò purtroppo in Italia non viene avvertito come necessità nella programmazione. Non voglio essere polemica; però il fatto di avere in Lombardia tanti centri che fanno trapianti non va bene. Non vorrei dirlo io perché può apparire un discorso di parte. Però nella realtà che funziona c'è la concentrazione delle competenze e delle risorse. Faccio un solo esempio: in Norvegia c'è un solo centro trapianti. È come il discorso delle cardiocirurgie: se molti centri fanno ognuno un piccolo numero di interventi non si ottimizzano né le strutture né le professionalità.

Pozzi: La politica del Ministero è sempre stata quella di ridurre i centri di trapianto per avere meno costi, meno dispersione di risorse e più alta specializzazione.

Berardinelli: Questa è la teoria, poi in pratica le cose vanno un po' diversamente. Anche per questo noi non facciamo tantissimi trapianti; se non consideriamo i picchi magari di cento-centoventi trapianti l'anno, ci stiamo attestando su quote di 70-90 interventi di trapianto ogni anno.

Pozzi: È comunque un buon numero. Ma quindi stando a quello che mi dice, la vostra potenzialità è nettamente maggiore.

Berardinelli: Sì. Inoltre va considerato

che nel numero abbiamo conteggiato anche i trapianti fra viventi. Cosa che fa ulteriormente scendere la cifra dei trapianti da cadavere. In compenso possiamo dire che i nostri pazienti rappresentano la "crema" di tutta l'Italia. Nel senso che se c'è il paziente che ha la vescica neurologica viene da noi; se ha il mielomelingoscele viene da noi; se c'è un paziente che è al terzo trapianto viene da noi; se c'è il paziente che ha le arterie di marmo viene da noi. E in fondo noi siamo orgogliosi di questo perché rappresenta sicuramente a livello sanitario un riconoscimento di competenza. Questo va detto ad onore del Policlinico: per il malato si fanno veramente in quattro tutti quanti gli specialisti.

Pozzi: Quindi gli ammalati che trovano maggiori difficoltà o che sono in condizioni più difficili alla fine arrivano qui.

Berardinelli: È così. Anche i pazienti a rischio trovano sempre ospitalità da noi. Ovviamente li informiamo personalmente di quello a cui vanno incontro. Motivo di impegno particolare sono i bambini, che presentano spesso situazioni "strane" e imprevedibili. Abbiamo fatto in un anno 335 interventi sui bambini: il numero più elevato in tutta Italia. Ed anche con risultati ottimali; anche questo è importante.

Pozzi: Quindi con un follow up molto lungo.

Berardinelli: Consideri che il primo bambino è stato operato qui nel 1971. Alcuni ormai sono adulti, fra di loro ci sono persone che sono diventati papà o mamma ed anche questo è un successo perché sapete che chi è in dialisi non può generare, che sia uomo o donna. Devo anche ammettere che i primi ad essere spaventati eravamo noi che infatti sconsigliavamo le gravidanze. Vedere che i bambini nascevano normali, anche se magari un pochino sottopeso, è stata una bella e piacevole sorpresa anche per noi. Soprattutto ci ha dato sollievo constatare che nascevano senza malformazioni. Abbiamo avuto anche la nostra particolare love story, con due trapiantati che si erano conosciuti ai controlli, si sono innamorati, si sono sposati, e sono genitori di una bella signorina che lavora a



Brescia. Cosa si può chiedere di più?

Pozzi: Come trattate i cosiddetti “casi marginali”?

Berardinelli: Noi siamo un punto di riferimento e di raccolta anche per i reni “marginali”. Abbiamo trattato casi di reni che provengono da persone affette per esempio da iperplasia fibromuscolare, aterosclerosi ed altre patologie dell'arteria renale. Siamo stati tra i primi in Italia a fare le ricostruzioni delle arterie renali. Si tratta di tecniche successivamente abbandonate dalla chirurgia tradizionale perché rese meno importanti per l'evoluzione di altre tecniche minivasive. Noi le abbiamo perfezionate per poter utilizzare al meglio i reni marginali, con risultati eccellenti. Con queste tecniche i reni marginali hanno gli stessi risultati, quando non migliori, di quelli normali.

Pozzi: Per quanto riguarda i reni di donatori anziani?

Berardinelli: Anche in quel caso non ci tiriamo indietro, anzi. Possiamo dire che rientrano nei casi dei reni marginali.

Pozzi: Benissimo. Passiamo al trapianto di fegato.

Rossi: Parlare di trapianto di fegato al Policlinico vuol dire un po' parlare di trapianto di fegato non solo a Milano e in Lombardia, ma in Italia. Vorrei dire che il primo trapianto al mondo, su un cane, venne fatto nel 1952 dal prof. Staudacher, il quale pubblicò i risultati sulla rivista della Società Italiana di Chirurgia che ha una diffusione solo nazionale. Tanto è vero che se si consulta la letteratura scientifica il primo trapianto di fegato sperimentale viene attribuito a Welch, americano, che lo eseguì nel 1955, ben tre anni dopo. Questo perché Welch pubblicò il risultato su una rivista internazionale. Tutto ciò per sottolineare e rivendicare che il primo trapianto di fegato al mondo venne eseguito al Policlinico di Milano nel 1952. Questo primo trapianto il prof. Staudacher l'aveva eseguito insieme con il prof. Galmarini, che è considerato il pioniere dei trapianti di fegato in Italia. Il prof. Galmarini continuò l'attività sperimentale sul maiale. E ci sono tante sue relazioni in diverse sedi; convegni

scientifici, fondazioni, società di medicina. In quegli anni le sperimentazioni del professor Galmarini erano viste con molto scetticismo e con poche o nulle possibilità di futura applicazione clinica. Finalmente nel 1983 arrivò l'autorizzazione ai trapianti di fegato da parte del Ministero della Sanità. Il primo trapianto di fegato sull'uomo venne seguito dal prof. Cortesini a Roma. Noi abbiamo fatto il secondo, però in realtà è stato il primo programma italiano di trapianto di fegato. Il Centro del Policlinico è stato diretto per molti anni dal prof. Galmarini, poi dal prof. Fassati e attualmente da me. La parte sperimentale è stata fondamentale perché abbiamo provato varie tecniche chirurgiche e testato nuovi protocolli di terapia antirigetto. Abbiamo condotto molte sperimentazioni sul trapianto di intestino e nel 1997 abbiamo eseguito in un giovane uomo un trapianto multiviscerale. Il nostro è stato anche il primo programma pediatrico italiano di trapianto epatico ed è iniziato nel 1988. A ragione quindi dico che parlare di trapianto di fegato al Policlinico significa parlare di inizio dei trapianti in Italia. Il prof. Galmarini ha contribuito inoltre a far crescere una scuola di notevole valore e, chirurgi che si sono formati al Policlinico, sono andati a dirigere prestigiosi Centri di trapianto come il dott. Gridelli a Palermo, il dottor Colledan a Bergamo e il dottor De Carlis a Milano-Niguarda. Attualmente il Policlinico rappresenta, proprio come diceva prima il prof. Maltagliati, un ospedale un po' a sé stante. Non è un ospedale che macina cinquemila colecistectomie l'anno, tremila colon ecc. È invece uno di quegli ospedali di eccellenza, dove afferiscono delle patologie rare e complicate, dove c'è bisogno non dell'ematologo in genere ma dell'ematologo che si occupa di quella specifica patologia; non del chirurgo in generale ma del chirurgo che si occupa di quel particolare settore ecc. Penso che il nostro vanto non sia tanto quello dei numeri perché noi non possiamo confrontarci con altri Centri che eseguono centocinquanta trapianti l'anno, mentre noi siamo intorno ai quaranta-

l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano (ora Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena). Docente Ufficiale della II Scuola di Specializzazione in Chirurgia Vascolare, della Scuola di Specializzazione in Microchirurgia e Chirurgia sperimentale, della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica, della Scuola di Nefrologia, della Scuola di Urologia e della Scuola di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Milano.

Professore Universitario Associato, successivamente confermato, con la Cattedra di Chirurgia Sostitutiva dei Trapianti d'Organo e di Organi Artificiali, presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano, in seguito al giudizio positivo della prima tornata di Idoneità Nazionale nel 1981. Dal 1968 ha presentato comunicazioni ed interventi in oltre 250 Congressi e Riunioni Scientifiche nazionali ed internazionali, in qualità di relatore e/o moderatore.

Socio e/o consigliere di numerose Società scientifiche, ha al suo attivo 344 pubblicazioni in lingua Italiana, Inglese, Francese, di cui 82 censite su PUBLIMED, di due testi monografici, corredati da videocassette, pubblicati dalla UTET - Periodici Scientifici: “L'accesso vascolare per la dialisi extracorporea” 1993; “Il trapianto di rene” 1999, entrambi con il Prof. Antonio Vegeto come coautore.

Ha eseguito come primo operatore oltre 11.800 interventi di alta ed altissima chirurgia generale e vascolare; fra questi 1290 trapianti renali negli adulti e nei bambini.



Prof. Giorgio Rossi

Nato il 20.09.1951 a Soresina (CR)

Dopo la maturità Scientifica si è laureato nel 1977 in Medicina e Chirurgia con 110 e lode a Milano.

Dal 1975 prima come studente, poi come assunto ha sempre svolto la propria attività presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

E' Specialista in Chirurgia generale ed in Microchirurgia

Ha avuto ripetute esperienze all'estero principalmente presso il Presbyterian Hospital di Pittsburgh (USA), Centro pilota al mondo per i trapianti

Nel 1983 ha eseguito il 1° trapianto di fegato con il Prof. Galmarini

Si è sempre occupato di trapianti di fegato, di polmone e di intestino presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Nel 1997 ha eseguito un trapianto multiviscerale (fegato - stomaco - duodeno - intestino - pancreas).

Attualmente dirige il Centro di Chirurgia Generale e dei Trapianti di Fegato dell'Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagali e Regina Elena di Milano.

E' Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica dell'Università degli Studi di Milano

E' autore di oltre 350 pubblicazioni scientifiche in tema prevalentemente trapiantologico.

cinquanta. Da noi spesso afferiscono patologie particolari e pazienti che non sono stati accettati in altri ospedali. Forse il nostro vanto è proprio questo. I risultati ci sono, le competenze ci sono. Il nostro ospedale nel rispetto della sua missione deve affrontare il trapianto anche dal punto di vista della ricerca. Adesso è appena stato aperto un laboratorio di microchirurgia e di ricerche pre-cliniche. In questo laboratorio, che non è solo nostro ma è dell'Università e dell'Ospedale, i ricercatori che vogliono afferire con ricerche serie lo possono fare. Rispetto al passato oggi puntiamo su una ricerca più di base, pre-clinica, che comunque è fondamentale nell'ottica di un ospedale universitario, quindi di insegnamento e di ricerca. Noi siamo arrivati a superare abbondantemente i 700 trapianti di fegato. I risultati sono buoni. Anche recentemente sono arrivati i risultati del Registro europeo dei trapianti di fegato che riporta i dati delle sopravvivenze. Abbiamo così potuto verificare che le nostre sopravvivenze sono superiori alla media europea. Quindi i risultati sono molto buoni nonostante da noi si accolgano i pazienti più difficili da curare. Il problema dei donatori marginali per estendere il pool dei donatori e ridurre la mortalità dei pazienti in lista di attesa è stato affrontato con una intensa collaborazione con il Nord Italia Transplant che ha la sua sede proprio nel nostro Ospedale. Negli ultimi anni infatti la media dei donatori è passata dai 30 ai 50 anni. È quindi salita vertiginosamente. Ormai quando ci propongono un donatore non ci preoccupiamo e lo consideriamo come anni fa consideravamo un cinquantenne. Prendiamo in considerazione i donatori anche oltre gli ottanta anni. Donatori ultarsessantenni nel 1995 erano stati una decina; nel 2005 centosessanta. L'uso del donatore marginale è ormai un must della nostra chirurgia, e in questo siamo confortati peraltro dai buoni risultati.

Pozzi: Adottate sicuramente anche la tecnica dello split...

Rossi: Sì. Il trapianto che si sta concludendo in queste ore è il risultato di un

split liver. C'era un donatore a Bergamo, del fegato ne abbiamo utilizzato una parte noi e una parte loro. Lo split è un'altra delle tante metodiche che sono servite per aumentare il numero dei trapianti.

Pozzi: ... specialmente negli interventi pediatrici...

Rossi: Esattamente. In questo modo la lista pediatrica ha mortalità zero. D'altra parte non aveva senso quando il fegato di un adulto veniva utilizzato in una sua piccola parte per un bambino mentre la restante parte non veniva utilizzata. La tecnica della semplice riduzione è stata quindi abbandonata a favore della tecnica split che non penalizza l'adulto. Attualmente la tecnica dello split è molto sperimentata e utilizzata in Italia, tanto è vero che le casistiche italiane di trapianto split sono le maggiori al mondo.

Pozzi: Parliamo del trapianto di intestino.

Rossi: Questa è una nicchia della chirurgia dei trapianti. Il Centro del Policlinico ha l'autorizzazione a questo trapianto e stiamo infatti per intervenire su una bambina filippina che ha subito una importante resezione che preclude ogni altra possibilità di cura. Le necessità di trapianto intestinale sono molto poche e si può stimare una richiesta di non oltre 10 trapianti all'anno fra adulti e bambini.

Pozzi: I bambini che hanno bisogno di trapianto di intestino in genere nascono già ammalati o hanno altre malattie che portano come conseguenza alla necessità del trapianto?

Rossi: La maggior parte delle volte nel bambino ci sono malattie per cui l'intestino pur essendo presente e di normale lunghezza non funziona, per esempio quando ci sono delle turbe della innervazione; oppure nella malattia da inclusione dei microvilli. In altri casi invece l'intestino per vari motivi viene resecato per cui ne rimane troppo poco; si ha la cosiddetta sindrome da intestino corto. Questi bambini vengono trattati con nutrizione parenterale (cioè per via venosa) e/o entrante eventualmente con interventi chirurgici atti a migliorare



l'assorbimento dell'intestino residuo; se subentrano complicanze questi pazienti diventano candidati al trapianto intestinale.

Pozzi: Siamo arrivati al tema dei polmoni.

Baisi: Sono un collaboratore del prof. Santambrogio. Posso affermare che anche per quanto riguarda i polmoni il Policlinico ha i suoi piccoli record. Innanzi tutto il primo trapianto di polmone sul cane, quello che poi aprì tutta l'attività sperimentale fu eseguito sempre dallo stesso gruppo guidato dal prof. Staudacher, nel 1950, qui nel Policlinico. Successe quello che avvenne anche per il fegato, nel senso che i risultati di questo intervento vennero pubblicati su una rivista scientifica locale per cui è passato alla storia un chirurgo belga che aveva usato la stessa tecnica ma un anno dopo. Un secondo piccolo record è rappresentato dal fatto che qui nel Policlinico di Milano è stato fatto il primo trapianto di polmone con la sopravvivenza del paziente. Nel 1990 venne eseguito questo primo intervento che per la verità era stato anticipato qualche settimana prima da un altro intervento eseguito a Roma, ma quel paziente purtroppo decedette durante l'intervento. Invece il primo paziente operato nel Policlinico fu dimesso in buono stato ed è sopravvissuto da allora diversi anni. Certo che parlando di polmone si ha a che fare con una realtà ben diversa da quella del trapianto di fegato e di trapianto di rene. Nei primi casi sentiamo parlare di centinaia di trapianti mentre dobbiamo ricordare che in Italia si fanno circa cinquanta-sessanta trapianti di polmone all'anno. Questo è dovuto a una serie di fattori dei quali il principale è senz'altro la scarsità dei donatori. Si dice che grosso modo su dieci donatori soltanto due hanno polmoni idonei al trapianto. E questo perché il polmone è un organo a contatto con l'ambiente esterno e quindi facilmente va incontro a infezioni in particolare in un paziente che venga tenuto intubato e ventilato per più giorni; e poi perché è un organo particolarmente sensibile all'edema, alle infezioni, a tutta una serie di problematiche per cui non



frequentemente un donatore ha polmoni idonei al trapianto. La nostra attività, cominciata nel 1990, è andata avanti gradatamente con numeri evidentemente piccoli; facciamo quattro, cinque, sei trapianti di polmone all'anno. Però teniamo presente che se andiamo a vedere il Registro internazionale dei trapianti di polmone più della metà dei centri al mondo fa meno di cinque trapianti all'anno. Soltanto tre centri fanno più di cinquanta trapianti di polmone l'anno. Quindi grosso modo ci posizioniamo, come quantità, a livello intermedio, di un centro di medie dimensioni. I nostri obiettivi sono, come diceva prima anche il prof. Rossi, non tanto quelli di cercare di ottenere grandi numeri. Il nostro è un ospedale che per costituzione, per mission, non bada a questo, ma punta più sulla qualità. E con grande soddisfazione dobbiamo dire che se guardiamo la sopravvivenza dei nostri relativamente pochi pazienti trapiantati, è sostanzialmente sovrapponibile a quella dei centri che fanno dai quaranta ai sessanta trapianti di polmone l'anno. Tra l'altro con molto orgoglio diciamo che abbiamo una paziente che è stata trapiantata ben quindici anni fa. E questa è la prima cosa che gli stessi pazienti ci chiedono quando vengono messi in nota: quanto dura il polmone? Il polmone è stato l'ultimo degli organi ad essere trapiantato. Era stato fatto nel 1983 dal dott. Cooper a Toronto. I primi numeri risalgono agli inizi degli anni Novanta. Noi abbiamo una paziente che sopravvive tutt'ora,



dott. Alessandro Baisi

nato a S. Giovanni Rotondo (FG) il 30 aprile 1958.

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bari il 28 giugno 1982 con voti 110/110 e lode. Titolo della tesi: "Terapia chirurgica della pancreatite cronica".

Specializzazione in Chirurgia presso l'Università di Milano l'8 luglio 1987 con voti 70/70 e lode. Titolo della tesi: "I tumori del polmone infiltranti la parete toracica".

Specializzazione in Chirurgia Toracica presso l'Università di Padova il 14 luglio 1992 con voti 70/70 e lode. Titolo della tesi: "L'applicazione clinica del trapianto di polmone".

EBSQ (European Board of Surgery Qualification) nell'ottobre 1996.

Comincia a lavorare nel luglio del 1982 come borsista in corsia, negli ambulatori ed in sala operatoria presso l'Istituto di Clinica Chirurgica I della Università di Milano (Direttore: Prof. G. Pezzuoli).

Attualmente è ricercatore confermato del dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università degli Studi di Milano, distaccato presso l'Unità Operativa di Chirurgia Toracica dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Dal 1992 ad oggi ha eseguito 1382 interventi chirurgici, di cui 849 come primo operatore. Di

che gode di ottima salute e che è stata trapiantata nel 1990. È chiaro che questo trapianto è un'attività molto faticosa, molto impegnativa, che richiede la presenza di due équipes perché il prelievo è contemporaneo al trapianto. Quindi dobbiamo avere una serie di competenze organizzative che sono ben diverse da quelle che accompagnano l'attività chirurgica normale. Se pensiamo al futuro ovviamente l'obiettivo è quello di ampliare l'indicazione e di cercare di aumentare il numero. Innanzi tutto cercando di accettare quelli che vengono considerati donatori marginali, cioè donatori che escono dai criteri di accettazione che furono proposti ormai un po' di anni orsono. Ovviamente ogni volta che si accetta un donatore, come si dice, "fuori protocollo", aumentano i rischi e quindi si ha qualche timore. In questo il Ntsp è veramente molto efficiente per cui, con un grosso sovraccarico di lavoro da parte loro ormai vengono proposti donatori che hanno sessant'anni. Consideriamo che solo qualche tempo fa si diceva che un donatore di polmone non doveva avere più di 35 anni. È chiaro che se al fattore età se ne associa un altro (un paziente fumatore ecc.) non possiamo accettare il donatore. Però si cerca di ampliare i criteri di inclusione e di accettazione del donatore per ampliare il numero dei trapianti. Sottolineato che forse siamo il centro da più tempo in attività in Italia, va aggiunto che in questi anni sono cambiate tante cose. Soprattutto è cambiata la tipologia dei pazienti che trapiantiamo. All'inizio si trapiantavano parecchi pazienti enfisematosi, l'esperienza diretta nostra ha dimostrato che il paziente enfisematoso in genere ha un'evoluzione lenta per cui i pochi trapianti, i pochi donatori disponibili vengono riservati a pazienti che abbiano patologie ad andamento più tumultuoso, più rapido, tipo le fibrosi polmonari e le fibrosi cistiche. A questo proposito abbiamo già iniziato una collaborazione con il Centro fibrosi cistica degli adulti e proprio adesso stiamo attivando invece una collaborazione con il Centro fibrosi cistica pediatrica. È chiaro che questo prevede tutta una serie di

messa a punto di nuove competenze, di nuovi protocolli. E comunque l'ospedale, che ha un po' la vocazione per il difficile e il particolare, ci segue in questo tipo di attività e quindi ci auguriamo che in futuro si possa ampliare sia il numero che la qualità della nostra attività trapiantologica, se non altro per tener fede a questa prestigiosa tradizione che data ormai cinquant'anni o qualcosa di più, legata al nostro ospedale.

Pozzi: Qui in genere trapiantate un solo polmone o preferite trapiantarli entrambi?

Baisi: Tendenzialmente si cerca di trapiantare un solo polmone quando possibile, in modo da poter trapiantare da un solo donatore due riceventi. Quindi sfruttare al meglio lo scarso numero di donatori disponibili. A questo esistono delle deroghe che sono legate al fatto che alcune patologie, come per esempio la fibrosi cistica, necessitano del trapianto di entrambi i polmoni. Questo perché se rimane in sede un polmone infetto, malato, in un paziente immunodepresso l'infezione porta rapidamente a morte perché si contamina anche l'altro polmone. Un'altra deroga è costituita, come si diceva, dai donatori marginali. Contrariamente a quello che si può pensare, trapiantando entrambi i polmoni, ci sono due polmoni nuovi che funzionano. Quindi anche se i due polmoni non sono perfetti, perché per esempio il donatore aveva sessant'anni o era fumatore o quant'altro, se si fa un trapianto di polmoni singolo bisogna avere un polmone perfetto, in ottime condizioni. Se invece si sceglie di fare un trapianto di polmone doppio si può essere un po' più elastici nella scelta e nell'accettare il donatore.

Pozzi: È praticabile lo split sul polmone?

Baisi: Lo split sul polmone è un'attività assolutamente sperimentale. Lo split sul polmone da donatore vivente è quello che si fa in due centri al mondo, Los Angeles e St. Louis, ma sono protocolli assolutamente sperimentali. Tanto che per esempio a St. Louis, dove tutti noi ci rechiamo con una certa frequenza, non permettono di assistere ai trapianti da



donatore vivente, pur essendo loro molto avanti. In Italia lo split è stato praticato credo da Colledan; qualche intervento è stato eseguito a Parigi, ma nient'altro.

Pozzi: Qual è l'atteggiamento nei confronti dei bambini?

Baisi: In realtà riceventi pediatriche sono abbastanza pochi, nel senso che le patologie polmonari che costituiscono indicazione al trapianto sono dovute sostanzialmente a fibrosi cistica, come dicevamo. Io ho parlato di Centro di fibrosi cistica pediatrica, però il bambino con la fibrosi cistica arriva al trapianto quando ha 16-18 anni e viene trattato da adulto. I medici curanti riescono a portarli fino all'età giovanile e quindi con un fisico più da adulti.

Pozzi: Qual è l'orizzonte del trapianto di pancreas?

Berardinelli: Bisogna considerare che in alcune zone dell'Italia, come Milano, non c'è una forte incidenza di diabete, come per esempio in Sardegna o in altre regioni del Sud. In Sardegna in particolare c'è un altissimo numero di diabetici e per questi pazienti viene eseguito il trapianto di rene in simultanea con quello di pancreas. Così anche in Toscana.

Noi abbiamo un centro che tradizionalmente si è sempre occupato del trapianto di pancreas, che è il San Raffaele. Secondo me è inutile cercare di fare due o tre trapianti simultanei di rene-pancreas al Policlinico per anno perché bisogna avere la disponibilità di uno staff medico dedicato che non vale la pena di allestire per un numero così limitato di pazienti.

Pozzi: Le ragioni per cui in genere arrivate al trapianto di fegato quali sono?

Rossi: Per lo più nella nostra esperienza si tratta di pazienti affetti da HCV positivo. O hanno una cirrosi da virus C oppure hanno un tumore che si è sviluppato su un fegato che aveva comunque un'epatopatia cronica HCV positivo. Circa il 55-60 per cento dei pazienti sono HCV positivo. Nella nostra casistica i tumori rappresentano il 13-14 per cento delle nostre indicazioni. Non va dimenticato che a Milano c'è l'Istituto dei tumori dove si fa il cento per cento dei trapianti per epatocarcinoma.

Pozzi: Come vi comportate con i pazienti affetti da HIV?

Rossi: In questi casi li indirizziamo ad altri centri (come per esempio Udine). Ci sono dei criteri molto precisi per cui un

questi interventi 1060 sono stati di chirurgia toracica, di cui 706 eseguiti come primo operatore. (Vedi elenco allegato)

Dall'ottobre 1990 fa parte dei Sanitari autorizzati dal Ministero della Sanità al prelievo e trapianto di polmone da cadavere a scopo terapeutico. Ha partecipato attivamente alla messa a punto e alla realizzazione del programma sperimentale e clinico di trapianto di polmone collaborando a tutti gli interventi eseguiti dal marzo 1991 ad oggi presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Pubblicazioni a stampa: 162, di cui 40 su riviste indicizzate.

Abstract di Comunicazioni a Congressi Internazionali (dal 1992): 39



paziente che è affetto da HIV sotto controllo (non con malattia conclamata), può essere trapiantato. Ma, ripeto, seguendo procedure e nel rispetto di valutazioni molto precise. Nel caso bisogna considerare che il paziente deve essere seguito da un infettivologo specializzato in quel settore.

Pozzi: Quindi anche in questo caso la scelta è stata quella di fare alcuni centri specializzati per valorizzare competenze e potenzialità sanitarie. Abbiamo inoltre saputo che al Policlinico si eseguono innesti corneali e viene seguita la raccolta del sangue placentare, sia alla Mangiagalli sia negli altri diciotto centri che afferiscono alla banca diretta dal dott. Rebullà. Bisognerà fare una campagna prima che le partorienti arrivino al parto perché dopo la situazione non lo permette più.

Carissimo dottor Scalamogna, cosa mi dice della situazione del prelievo e del trapianto di organi? Il 2006 ci vede ancora a metà classifica...

Scalamogna: In realtà abbiamo un po' migliorato, ma non vuol dire che non si debba lavorare ancora molto. Manca per esempio un sistema di coordinamento che metta in relazione il potenziale donatore con più sedi. Mancano in particolare le segnalazioni dei donatori. Adesso dobbiamo lavorare con i coordinatori lombardi sui settori della comunicazione, sull'uso dei tessuti e sul ruolo dell'infermiere. Dobbiamo lavorare, lavorare, lavorare.

Berardinelli: Secondo me l'Aido potrebbe fare una mag-

giore sensibilizzazione nelle Rianimazioni della Lombardia. Perché c'erano e ci sono ancora ogni tanto alcune risposte strane da parte degli infermieri delle Rianimazioni. E questa è una cosa preoccupante. Secondo un'indagine svolta, in realtà in una regione che non è la Lombardia, era emerso che molti infermieri non sono stati formati sui temi della donazione di organi. Ci sono regioni, cito la Toscana, che hanno invece ottenuto ottimi risultati in questo campo con una campagna continuativa.

Pozzi: Però bisogna dire che la Toscana ha avviato già da tempo una seria e forte collaborazione con l'Aido e inoltre investe una consistente quota di risorse economiche per diffondere la cultura del dono. Se va in Toscana lei trova ovunque la presenza dell'Aido, ma questo è sostenuto dalla Regione. Qualcosa del genere sta facendo anche il Veneto. Detto questo e tornando a Milano dobbiamo ammettere che siamo in una città dove è difficile fare "cultura del dono" perché è una città dalle dimensioni particolari; non c'è relazione, non c'è vita di quartiere. Prendiamo Bergamo, Brescia o altre città lombarde: abbiamo i Gruppi, le Parrocchie, gli Oratori. Quando lei porta la cultura del dono nelle Parrocchie l'ha portata nelle famiglie. A Milano abbiamo 33 mila iscritti, che sono tantissimi. Però vengono raggiunti con la comunicazione scritta, con le lettere. Se organizziamo un'assemblea ci sono poche persone.

Berardinelli: Forse è il caso di ricominciare da queste strutture, dai medici di famiglia, dai gruppi. Io ricomincerei a lavorare proprio nelle Rianimazioni e con i medici di famiglia.

Pozzi: Sono d'accordo, ma senza dimenticare, come dicevo, i quartieri, le parrocchie, gli oratori, le biblioteche. Ovunque ci sia vita deve arrivare il messaggio di donazione dell'Aido.

Testi a cura di
Leonio Callioni
Ha collaborato
Leonida Pozzi

Servizio fotografico di
Paolo Seminati



Ricco di significati il corso Aido regionale per dirigenti provinciali



Dalle tematiche contabili e amministrative alla comunicazione; dalla gestione delle strutture alla legislazione, dal senso di appartenenza (compiti e limiti dei responsabili) alla formazione.

In una intensa giornata di lavori sabato 10 marzo il Consiglio regionale dell'Aido della Lombardia ha proposto, sul modello nazionale, un approfondimento e un confronto sulle tematiche fondamentali nella vita dell'Associazione.

Poiché ripercorrere tutti i temi affrontati comporterebbe l'utilizzo di uno spazio consistente, abbiamo ritenuto opportuno dividere in due momenti la cronaca, pur riassuntiva, di quanto esposto nell'ambito dei lavori. Iniziamo con la presentazione dei temi sviluppati, con particolare calore e partecipazione, dal presidente cav. Leonida Pozzi. Con il prossimo numero daremo illustrazione delle altre tematiche.

Vasti e fondamentali i temi trattati dal presidente: "Senso di appartenenza, compiti e limiti dei responsabili. Si parte dalla domanda che ognuno si fa, dalla ricerca di se stesso, per chiedersi poi: da quanto tempo sono in associazione? e perché sono qui oggi? Sembrano tre cose a caso - ha sottolineato il presidente Pozzi -, ma sono il senso dell'essere nella Associazione.

La risposta tocca a ognuno di noi. Secondo le proprie motivazioni e in funzione dell'essere impegnato nell'Associazione, che vuol dire non solo appartenere ma anche aggiornarsi e condividere.

Professionalità non vuol dire essere professionista; vuol dire conoscenza della materia di cui si tratta. Se parliamo di donazione degli organi dobbiamo conoscere tutto quello che fa competenza specifica, che fa cultura. L'azione sul territorio per il conseguimento delle finalità va curata con la collaborazione: nessuno può fare da solo quello che deve fare con gli altri. Ognuno di noi qui presenti oggi è arrivato a ricoprire cariche associative con motivazioni ed esperienze diverse. Dobbiamo considerarle un patrimonio: solidarietà, esperienze personali, sensibilità che vengono dal proprio vissuto. L'Aido è una sola con un progetto a cui ci si deve accostare con senso di responsabilità e rispetto. La nostra non è un'Associazione per occupare sedie o ricoprire incarichi. Più propriamente l'Aido è un movimento di opinione e come tale ha come scopo fondamentale fare "cultura della donazione di organi" con alto senso di responsabilità. Siamo dirigenti, con compiti diversificati, di un'Associazione che è strutturata su tutto il territorio nazionale. È una delle poche, perché per legge per potersi definire di "livello nazionale" si deve essere presenti su almeno cinque regioni".
"Appartenere - ha poi sottolineato il pre-



sidente Pozzi - significa avere rapporto di partecipazione in un movimento di opinione che ha chiare ed esclusive finalità di solidarietà sociale. Molto importante il punto 2 dello Statuto che impegna gli associati a promuovere la cultura del dono ma non solo; siamo chiamati anche a promuovere la conoscenza di stili di vita per prevenire l'insorgenza delle patologie che portino al trapianto. Ciò significa fare della prevenzione. Vuol dire che saremo interessati a fare prevenzione sul tessuto sociale su cui andremo ad operare. Se così facendo provochiamo l'aumento del numero degli iscritti vuol dire che abbiamo ottenuto l'incremento delle potenzialità di donazione".

Trattando dei temi dello Statuto e del Regolamento, il cav. Pozzi ha ricordato che sono strumenti per chiarire chi siamo, cosa possiamo e dobbiamo fare per perseguire, tutti insieme, gli stessi obiettivi. "Spesso il nostro operato è basato sulla buona volontà; ma la buona volontà deve tradursi in buona azione. Ciò avviene quando conosciamo con chiarezza qual è l'obiettivo dell'Associazione. Altrimenti ci si impegna su obiettivi differenti. Ciò non significa appiattire ma coordinare e organizzare per avere efficacia operativa. Per avere tutti la stessa formazione dobbiamo favorire la formazione permanente senza chiuderci nel nostro mondo. Conoscenza, aggiornamento, formazione permanente. I cambiamenti sono inevitabili, non vanno rifiutati, ma gestiti. I cambiamenti sono il futuro. Prevedere i cambiamenti permette di gestirli e trarne vantaggio. La gente passa, l'Associazione rimane. Non è il nostro "io" che deve operare, ma il nostro "noi". Siamo una parte integrante di quell'Associazione che agisce con il "noi". Concretezza di idee e risultati comuni. Dobbiamo essere una struttura aperta che opera dinamicamente verso gli altri. Perché l'Associazione si muova efficacemente, secondo i valori condivisi che abbiamo visto prima, bisogna che sia correttamente organizzata. La struttura è organizzata in forma piramidale, ma il cammino delle decisioni, delle sensibilità, delle scelte parte dalla base della pirami-

de stessa. In questo contesto i "vertici" sono al servizio del più generale progetto che viene dall'Associazione nella sua completezza. Questo rende tutti importanti, addirittura fondamentali".

"Una buona organizzazione - ha proseguito il presidente regionale - poggia su banche dati, formazione, dinamismo, trasparenza, apertura, circolarità delle informazioni. Così i punti di forza sono: la coesione delle forze, un linguaggio comune, capacità di far conoscere l'Associazione, capacità di interfacciarsi con le istituzioni. Punti deboli invece sono: ognuno per la propria strada, ignorare le conoscenze di base, muoversi attraverso azioni individuali come se ognuno dovesse rappresentare un satellite autonomo"

Un cenno particolare è stato riservato agli interventi nella scuola: "Devono esprimere solidarietà, prevenzione, educazione sanitaria. Ricordo con piacere - ha affermato il cav. Leonida Pozzi - il programma interattivo che porta ad essere comunicativi e capaci di dare risposte a qualsiasi tipo di domanda. Parecchi docenti, professionisti degli ospedali, medici, ci stanno chiedendo il programma perché lo vogliono utilizzare nei corsi di formazione".

Secondo Pozzi bisogna poi lavorare con interventi negli ambiti dello sport, dei mondi giovanili, con le categorie produttive e con le associazioni di volontariato. "Noi non abbiamo concorrenti ma collaboratori. Dobbiamo plaudire tutti coloro che fanno formazione per il volontariato. Particolare attenzione va riservata al delicato tema del concetto di morte. È inutile dire che siamo nel terzo millennio e queste cose ormai sono superate. Non è vero! Anzi i cambiamenti sociali nelle nostre provincie e nelle nostre città ci obbligheranno ad incrementare l'impegno per una sensibilizzazione alla donazione con persone e comunità diverse per cultura e religione dalla nostra. Ci sono temi sanitari, temi legali, temi sociali... La nostra è una scelta di stile di vita, informata e cosciente, scientificamente corretta e quindi inattaccabile oggi e nel futuro. Il nostro impegno per la solidarietà è basato sulla "cultura del

dono”. Penso agli altri e sono certo che il mio corpo, o parti del mio corpo, dopo la mia morte, potranno essere importanti. Questo significa abbracciare, in vita, il valore della solidarietà verso chi soffre. In questo specifico contesto si inserisce anche il valore della fede e quindi delle indicazioni che vengono dalla religione. Non si può sottovalutare quanto sia importante, in Spagna, Paese all'avanguardia nei prelievi, il contributo della cattolica Catalogna, dove i sacerdoti sono impegnati a diffondere la cultura del dono. Attenzione poi ad essere presenti nelle manifestazioni, con gli organi di stampa e di comunicazione radiotelevisiva. Sono opportunità per portare la riflessione alla nostra gente”.

Dopo aver accennato alla necessità di gestire bene la banca dati, con excursus storico sugli anni prima del 1980, Pozzi ha ricordato che da noi “c'erano già allora dei moduli con i quali venivano informate le Sezioni provinciali sulle attività in programma. Oggi con l'informatica non siamo in grado di dare una risposta a domande che per esempio potrebbero arrivare da un ministero interessato a sapere quanti interventi facciamo nelle scuole, quante conferenze, quante manifestazioni sulle piazze. Dobbiamo arrivare ad un modulo che renda nota, all'interno, tutta la nostra attività. Così facendo si rendono più forti e informati le Sezioni, il Consiglio regionale e il Consiglio nazionale, contribuendo a migliorare i rapporti con gli enti (in particolare con il Ministero della Salute). Oggi contano i fatti e poiché noi stiamo facendo moltissimo dobbiamo saperlo valorizzare”.

Una sottolineatura particolare il presidente Pozzi l'ha riservata alla Formazione, annunciando che il Consiglio regionale è pronto a dare a tutte le Sezioni un computer portatile, un proiettore e casse acustiche affinché tutti siano autonomi ed efficaci nei rapporti con le scuole. “Ovviamente, nel rispetto delle risorse economiche, che



sono di tutti, chiediamo che queste assegnazioni siano precedute dalla presentazione della necessaria documentazione comprovante l'attività nelle scuole. Stiamo mettendo a punto un progetto di penetrazione nelle scuole che sicuramente aumenterà enormemente la nostra efficacia e la capacità di interagire con le giovani generazioni. Credo di poter affermare a voce alta che non c'è nessun altro in Italia che stia facendo qualcosa di simile, mantenendo alta la qualità della comunicazione per i contenuti sociali, culturali, scientifici. Non è per autocelebrarci ma quando la strada è quella giusta dobbiamo pur dircelo per aumentare l'entusiasmo della nostra attività”.

Compiti e limiti dei responsabili delle strutture Aido: “Nell'Associazione ogni struttura e ogni organo possiede una sua propria funzione e un suo proprio ruolo. Le norme dello Statuto e del Regolamento ne forniscono esplicite forme. È molto chiaro! - ha affermato il presidente Pozzi -. Come nel caso dei compiti del presidente: rappresenta legalmente l'Associazione, in tutti i sensi. Convoca il consiglio, adotta i provvedimenti urgenti che presenterà alla Giunta per la ratifica”. Sono seguite precisazioni sui ruoli delle diverse componenti del Direttivo e altre precisazioni sui ruoli dei consiglieri, sottolineando che “il consigliere non è la persona che controlla l'operato di chi lavora ma è un dirigente che



si mette in gioco e dà la propria disponibilità. Per essere “consigliere” si deve essere parte attiva del Consiglio.

Un accenno è stato riservato al necessario controllo del livello superiore su quello inferiore “perché non è una prevaricazione ma un dovere. Il lavoro dei revisori dei conti è la certificazione della correttezza del cammino. È necessario imparare a lavorare non solo “per” gli altri, ma anche “con” gli altri. Per esempio inserendo i giovani e rispettando il loro modo di lavorare. Difficilmente si pensa che sia necessario imparare a lavorare con gli altri, perché si ritiene che sia una cosa naturale. Non è così. È sempre necessario imparare perché lavorare con gli altri non è facile; vuol dire soprattutto ascoltare. Dobbiamo saper formare il gruppo per raggiungere gli obiettivi più alti. Costruire insieme vuol dire valorizzare energie importanti. Il giovane che si avvicina esprime qualcosa di se stesso. È una semina lenta che si verifica solo attraverso le donazioni e i trapianti. Ci vuole la motivazione. Io quando non vedo più un bambino in dialisi, quando vedo quei bambini che arrivano per il trapianto di fegato, con un pancione gonfio e braccine e gambine piccole, e dopo il trapianto li vedo fiorire come delle rose in primavera, lì dentro vedo il nostro lavoro. Perché se non ci foste stati voi a contribuire alla diffusione della cultura del dono quel trapianto potrebbe non essere stato fatto. Ecco perché il risultato

vero si coglie nel tempo e non immediatamente”. “Dobbiamo imparare a rispettare tutti perché tutti in un Consiglio hanno dei valori da portare. Fondamentale è quindi, per il buon fine di qualsiasi avventura, il “gioco di squadra”. Nemmeno il grande campione può molto, da solo: qualche episodio vincente ma non certo le vittorie di un campionato. La squadra si forma nella palestra del confronto, del dialogo, del lavoro fatto insieme. Il segreto del successo del gioco di squadra: fantasia e concretezza insieme. Solo fantasia è fumo senza arrosto; solo concretezza vuol dire non prendere mai il volo, non guardare mai ad un orizzonte più lontano. La squadra ideale ha entusiasmo ed è guidata da un capo carismatico. Il carisma non si compra né si vende: lo si conquista con il proprio lavoro, con la propria capacità di essere il capo. Cioè il migliore al servizio del progetto comune, quello che unifica le potenzialità e smussa le differenze, crea entusiasmo e reagisce alle stanchezze. Un gruppo che funziona è un genio con tante teste e tante braccia. Un gruppo così sa anche lavorare in modo organizzato perché può offrire il servizio migliore alle persone a cui si rivolge. Serve a diventare soggetto sociale e politico per meglio rappresentare chi è nel bisogno. È ovvio che non si può rappresentare un bisogno se non lo si conosce fino in fondo. Attenzione che il clima sereno porta al raggiungimento degli obiettivi in poco tempo e tutti insieme; altrimenti

si rischia di arrivare in ritardo e con un carico di amarezze e contrasti che danneggiano il progetto. Conclusione con una riflessione sul senso di appartenenza che dà significato al nostro essere qui in questo momento a lottare per questi ideali. E lottare per essere di aiuto al prossimo, contribuendo a volte a salvare delle vite umane è semplicemente stupendo.

L.C.



Cicciobello non c'è più



Ritrovarsi trapiantati senza saperlo. È successo a una signora di mezza età di cui vi vogliamo raccontare la storia.

Annamaria, felice accanto al marito, il giorno del suo primo Natale dopo il trapianto

“Tutto quello che so del mio trapianto me lo hanno detto a posteriori”. L'interruttore della memoria è completamente spento: non c'è nessun ricordo di quelle terribili ore che la catapultarono da una vita normale a una esistenza gravemente compromessa. Oggi Annamaria Rosa, una garbata signora di 57 anni che risiede alle porte di Milano, si definisce una donna fortunata e, data l'incredibile avventura che l'ha vista protagonista, non si può che darle ragione. “Fino a quel faticoso 9 febbraio di 7 anni fa – racconta sorridendo – io ero sempre stata benissimo e quel giorno stesso avrei dovuto partire con mio marito per una breve vacanza in montagna. L'unico disturbo che avevo accusato la settimana prima era un certo dolore alle spalle e alle braccia, ma al Pronto Soccorso – dopo un routinario elettrocardiogramma – mi avevano diagnosticato dei semplici dolori periartrici, tranquillizzandomi sul fatto che ci fossero problemi più seri”. Il giorno programmato per la partenza Annamaria è sul posto di lavoro; il tempo di sbrigare le ultime pratiche e poi potrà concedersi un meritato periodo di riposo; l'incarico che ricopre all'interno della Deutsche Bank è infatti molto impegnativo: entrata nel colosso finanziario 27 anni prima, Annamaria è da più di un decennio la responsabile dell'ufficio titoli. Il 9 febbraio è dunque, almeno all'apparenza, un giorno come tanti. L'unica nota che sembra renderlo diverso è la prospettiva immediata di un viaggio fuori città e, perché no, l'idea di una bella sciata lungo le piste innevate. In realtà quel giorno sarà davvero diverso, ma come neanche lontanamente Annamaria avrebbe immaginato. Un'ora e mezza prima del termine dell'orario di lavoro, la donna avverte nuovamente un dolore alle braccia, questa volta molto intenso e accompagnato dalla mancanza di respiro. L'ambulanza, chiamata dai col-



leggi, la trasporta all'ospedale più vicino, il San Carlo di Milano, dove viene raggiunta dal consorte e dal figlio. Dopo due ore di attesa e un elettrocardiogramma che non segnala nulla di rilevante, Annamaria fa appena in tempo a spiegare ai medici il problema della settimana prima e il disturbo che l'ha investita all'improvviso. Poi cala il silenzio. "Da lì non ricordo più niente – dice – so solo che quando ho aperto gli occhi ero già trapiantata". Cosa era successo? A raccontarlo è il marito: "Si trattava di un infarto esteso. I medici mi avvertirono che il suo cuore era morto all'80% e che non c'era più nulla da fare. Tuttavia l'avrebbero ugualmente trasferita all'Ospedale Niguarda per tentare l'impossibile. Ricordo ancora che mi fecero gli auguri, disperando che potesse arrivare viva a destinazione". Annamaria riesce invece a resistere. La donna viene immediatamente soccorsa e nel giro di poche ore le vengono applicati due bypass. Nel frattempo viene inoltrata dall'Ospedale la richiesta urgente di un cuore idoneo che arriverà 18 interminabili giorni dopo. "La mia vicenda ha dell'incredibile – ammette Annamaria – il giorno prima stavo bene, il giorno dopo ero in fin di vita. Se l'infarto si fosse manifestato soltanto due ore dopo, mentre magari ero in viaggio, probabilmente ora non sarei qui a raccontarlo. Invece sono viva e sto bene, e lo devo a un trapianto di cui ho saputo solo al risveglio. In fondo, questa è stata la parte più "fortunata" di tutta la mia storia. Per volontà di uno strano destino sono stata sottratta alle ansie, ai travagli, alle delusioni che normalmente patiscono coloro che attendono un cuore nuovo. Ci penso ogni qualvolta mi sottopongo ai necessari controlli periodici e assito a situazioni terribili: mi mette molta tristezza vedere persone che, in attesa di un organo da anni, si presentano in Ospedale per una chiamata d'urgenza, vengono portate in sala operatoria e da lì tornano in reparto senza che la cosa sia andata a buon fine, vuoi perché il cuore non era compatibile o perché il gruppo sanguigno non andava bene". Annamaria non ha vissuto la fase che precede il trapianto, non ha nemmeno avuto il tempo di rendersi conto di quello che le stava capitando. La malattia l'ha catturata di schianto, come un fulmine a ciel sereno. Nel trapianto ci si è ritrovata senza preavviso e sono stati 49 lunghi giorni di rianimazione. "Per 31 di essi – interviene il marito – i medici hanno continuato a dirmi che non sapevano se ce l'avrebbe fatta. Al mattino sembrava che le cose si mettessero bene, poi sopraggiungeva una complicazione e alla sera il quadro era completamente ribaltato. Per me e mio figlio sono stati i giorni più brutti della nostra vita, un autentico incubo". Per Annamaria, appena trapiantata, l'incubo deve ancora cominciare. Al risveglio infatti non è più la stessa: non parla, non sente, non cammina. Al vederla in quello stato, i medici del Niguarda - che non hanno informazioni su come fosse la donna prima dell'infarto - ne deducono che è una persona disabile e, in un primo momento, a nulla valgono i dinieghi del marito. "Mi sentivo uno schifo – racconta ancora la signora - il forte dosaggio di ciclosporina mi aveva danneggiato l'udito all'80% (oggi porta apparecchi acustici,

Ndr) e non riuscivo a parlare; per aiutarmi, mio marito si era inventato un tabellone con le lettere dell'alfabeto. E ancora adesso lo ricordo come un gesto veramente carino perché per un po' di tempo quel tabellone è stato l'unico strumento che ho potuto utilizzare per comunicare". Ma non finisce qui. Annamaria ha completamente perso il tono muscolare e quando le infermiere tentano di metterla seduta sulla poltrona, sviene regolarmente. "Ero come un "Ciccibello che ciondolava – ricorda con emozione – non c'era verso di farmi riabituarci alla posizione da seduta. L'idea dello staff medico fu allora quella di predisporre sul letto una impalcatura d'acciaio imbottita con dei cuscini, che fosse in grado di sorreggermi". Da quel momento ogni piccolo progresso è una grande conquista e Annamaria, trasferita in reparto dopo due mesi per iniziare il percorso riabilitativo, comincia a dare segni di ripresa, sostenuta dall'affetto e dall'incoraggiamento dei familiari che non la lasciano mai sola. "Non le dico l'emozione che ho provato quando finalmente sono riuscita a scrivere – sia pure con una grafia stentata e irriconoscibile – il nome di mio marito e mio figlio. Per arrivare a farlo – io che non riuscivo più a tenere in mano la biro – ho dovuto ripartire da un antico ricordo: il quaderno delle elementari dove la maestra mi faceva scrivere aste, puntini e pagine di vocali e consonanti. È stato come ritornare bambini e ripartire dall'ABC in tutto, compresa la deambulazione. Ricordo ancora i miei primi passi, fatti in un corridoio del Niguarda con mio marito che mi applaudiva dalla gioia". Nessuno direbbe, guardando questa dolce signora dalla voce esile, che abbia potuto attraversare momenti tanto bui. "C'è stata tanta volontà, tanta voglia di vivere. È stata molto dura – ammette – ma ne sono uscita alla grande". Annamaria infatti, a dispetto della sua apparente docilità, è una donna tenace e oggi fa disperare suo marito perché non si risparmia in tutte le cose che fa. "Non posso stare sotto una campana di vetro come tutti si aspetterebbero da me. Devo sapere dove posso o non posso arrivare – si giustifica – e posso saperlo solo met-



Al mio donatore

A chi sto scrivendo? A una moglie o a una madre? Poca importanza ha, perché per entrambe è un dolore smisurato, inaccettabile ancor oggi, a distanza di 5 anni. Vi chiederete come mai questa persona sente il desiderio, dopo così tanto tempo, di scrivere due righe. No, care signore, non è solo da ora che sento questo desiderio, bensì dal lontano anno 2000. Come mi ero rinfrancata un po', ho subito chiesto chi era quel signore a cui la vita aveva riservato quel triste destino e a cui allora, proprio perché ero molto debilitata, non riuscivo a dare importanza, anche se in parte mi rendevo conto da quale fortuna ero stata baciata.

La fortuna era quella di avere ricevuto un cuore che mi ha permesso di vivere; senza quel cuore i miei familiari avrebbero vissuto la vostra stessa situazione di dolore per la mancanza di una persona che amavano. Invece proprio per quel gesto di umanità, fatto da voi parenti, o magari anche con il volere di lui, avete dato a una persona la possibilità e la gioia di continuare a vivere. Con questa donazione ho avuto la gioia di vivere in un modo quasi normale per il primo anno, nonostante le paure che sono capibili. Ho avuto la gioia di partecipare al matrimonio di mio figlio, di fare le vacanze con mio marito, di abbracciare la mia mamma e tutti i miei cari. Ho avuto la gioia di riprendere il lavoro, di riabbracciare i miei colleghi ed amici, insomma tutto ciò che mi stava attorno. Questo vi fa capire quanto è stato grande il vostro gesto. Certo... voi direte "Ma noi non abbiamo più il nostro caro". È vero, però questo vostro caro non ci sarebbe più comunque, ma con quel grande gesto mi avete dato la possibilità di vivere. Quel che mi dispiace tantissimo è che non potrò mai guardare il volto di questa straordinaria persona e non riesco a farmene una ragione perché ho atteso ben 5 anni con la speranza di guardare la fotografia del mio donatore ma i motivi legali non me lo consentono.

Persone come voi ce ne sono tante, ma tutto il mondo intero nella disgrazia dovrebbe fare quello che avete fatto voi.

Alla sera prima di addormentarmi, due preghiere speciali sono rivolte a lui, perché io senza questo lui non ci sarei più.



tendomi alla prova". E di prove con se stessa Annamaria ne ha fatte davvero tante. Nel dicembre del 2000, uscita dalla riabilitazione da pochi mesi, provvede da sola a organizzare il pranzo di Natale: "Era il mio primo Natale dopo il trapianto e avevo una gran voglia di festeggiarlo con tutta la mia famiglia. Piano piano, misurando le forze, ho predisposto gli addobbi e ho preparato tutti i manicaretti che avevo in mente. Ho voluto che fosse una grande festa e ci sono riuscita. Eravamo in 12 e per l'occasione ho persino indossato l'abito lungo". La prova più dura, tuttavia, Annamaria l'affronta nel febbraio del 2001, quando decide di riprendere il lavoro. "Volendo, avrei potuto rimanere subito a casa. Tuttavia la prospettiva però di dover smettere di lavorare perché ero "inabile all'80%" non mi allettava affatto e inoltre volevo capire cosa ancora sarei stata in grado di fare. Così mi sono decisa e ho cominciato a recarmi di nuovo in ufficio, riprendendo a guidare la macchina". Il primo impatto è però piuttosto difficile: Annamaria viene collocata nella vecchia stanza ma - per i suoi problemi di udito - viene adibita a mansioni completamente diverse. "Dopo tanti anni di lavoro con compiti di responsabilità, mi ritrovavo a spuntare i tabulati degli agenti. Era logico che fosse così, perché non potevo più condurre trattative al telefono, ma accettarlo fu davvero faticoso. Ciononostante Annamaria si fa forza e cerca di sfruttare al meglio la situazione. Raggiunta poco alla volta l'indipendenza di cui aveva bisogno e pronta per un nuovo passo, chiede lei stessa il pre-pensionamento e nell'agosto del 2002 rimane a casa. Ennesimo "trauma": Annamaria si sente persa fra le mura domestiche, tagliata fuori dal mondo con cui era abituata a comunicare giornalmente. Ancora una volta tuttavia non si dà per vinta e contatta l'Ospedale Niguarda dove sa che esiste un servizio di supporto psicologico rivolto ai trapiantati. "Mi sono fatta aiutare per circa un anno. Adesso sono serena, faccio una vita tranquilla e mi godo questi 7 bellissimi anni che mi ha regalato un donatore sconosciuto, di cui so solo l'età anagrafica (37 anni) e il peso (73 kg). Confesso che ho anche provato a saperne di più di lui, perché all'epoca in cui ero in Ospedale, qualcuno del personale medico mi aveva erroneamente detto che ne avrei potuto conoscere l'identità trascorsi 5 anni dal trapianto". Determinata come sempre, allo scadere del quinto anno Annamaria si presenta in Ospedale a chiedere informazioni e da lì viene indirizzata al Policlinico presso il Servizio di psicologia medica del Nord Italia Transplant, dove apprende che il suo desiderio non potrà mai essere soddisfatto. Le viene tuttavia comunicato che la sua volontà di ringraziare il donatore potrà esprimersi, se lo ritiene opportuno, in una lettera (vedi box a pag. 23). Annamaria non ci pensa due volte, impugna carta e penna, vi scrive sopra i suoi pensieri e consegna la lettera al Servizio, senza farvi più ritorno. "Alla sera, prima di addormentarmi - si legge nel finale - due preghiere speciali sono rivolte a lui (*il dona-*

tore, Ndr), perché io senza questo lui non ci sarei più”. E quando le si chiede di commentare la scelta fatta dai parenti di questo lui dice con convinzione: “È un gesto di grande umanità che dovremmo fare tutti. In fondo a che servono i nostri organi, quando siamo morti, se non a ridare speranza a chi si trova in fin di vita? Lo dico perché io stessa – ammette con candore – non ragionavo in questi termini. Avevo paura, cercavo di distogliere il pensiero dall’eventualità della donazione, nonostante mia sorella – iscritta all’AIDO – si ostinasse a spiegarmi quanto questo atto di amore potesse essere importante. Solo a posteriori, quando ne sono stata oggetto, ho compreso il mio errore di valutazione e ho iniziato a capire che ciò che smuove le coscienze è, come sempre, l’esperienza diretta del fatto oppure il coinvolgimento di una persona a cui teniamo particolarmente”. Annamaria si è lasciata profondamente cambiare da quello che le è toccato vivere e ora, dovunque la chiamino a portare la sua testimonianza, non esita un attimo a dare tutta la sua disponibilità. “Ho partecipato alla festa dei trapiantati a Pregnana, in provincia di Milano e poi sono stata invitata a parlare in una scuola media. In entrambi i casi, superato il primo imbarazzo, mi sono ritrovata a dire che senza questo dono così speciale non avrei potuto sopravvivere. Ebbene, l’attenzione dei ragazzi, a tratti addirittura la loro commozione, mi ha reso evidente che non c’è informazione migliore di quella che proviene da chi l’esperienza del trapianto l’ha vissuta sulla propria pelle”. Eppure non si può dire che tutti si lascino contagiare, come Annamaria, dall’impeto della testimonianza. C’è anche chi – purtroppo lo sappiamo bene – “a pericolo scampato” sembra voler abbandonare “i panni da paziente” e lasciarsi tutto alle spalle. “Conosco almeno due persone, trapiantate come me, che più di una volta si sono meravigliate del fatto che fossi andata a scuola a parlare a dei ragazzi. Ma chi te lo fa fare? Hai tempo da buttare via? mi hanno detto e sono state le uniche parole di commento che mi sono sentita rivolgere. Secondo il mio parere, un atteggiamento di questo tipo può essere definito con un solo nome: egoismo. Mi si potrebbe obiettare che molti cercano, non parlandone, di rimuovere il problema, ma è falso. Non c’è modo di dimenticarsi di essere trapiantati, perché i controlli programmati ogni 6 mesi ce lo ricordano costantemente. E per fortuna, mi viene da dire! Perché in questo modo abbiamo sempre l’occasione di essere grati per il grande regalo che abbiamo ricevuto”. E quanto più il regalo è grande, tanto più si sente l’esigenza di dirlo a tutti e di riprendere la vita di prima con maggiore energia. “Mio marito mi sgrida spesso perché dice che mi affatico troppo. A volte è vero, ma che dovrei fare? Non posso abbandonare tutte le incombenze domestiche solo perché mi stanco. In fondo ho 57 anni, non 80!”. Annamaria è così, una donna che del motto “ci devo provare” ha fatto la sua bandiera, al punto che nel 2002 ha voluto prendersi una rivincita sul destino. “Dopo avere preventivamente chiesto il parere dei medici, sono ripartita da dove tutto si era interrotto: arrivata in montagna, ho inforcato gli sci e sono scesa a valle”. Da allora la vita di Annamaria è tornata in discesa. L’attendono nuove piste, alcune difficoltose, altre semplici ma lei non si scoraggia più. “La vita è adesso – ripete a se stessa – non voglio perderne nemmeno un minuto”.

Laura Sposito

Racconta la tua storia

Vi siete riconosciuti nella storia di Annamaria? Pensate che valga la pena raccontare l’esperienza del trapianto perché possa essere di aiuto a chi si trova a doverlo affrontare per la prima volta, magari con difficoltà? Se vi sembra che la risposta sia affermativa, scrivete all’AIDO.

La redazione raccoglierà e valuterà la vostra segnalazione.

L’indirizzo mail a cui rivolgervi è: aidolombardia@simail.it



L'alcol e il cuore

Narra la Bibbia che Noè (Genesi 9,18) uscito dall'Arca dopo il diluvio Universale, il ritiro delle acque e l'emergere delle terre asciutte, "piantò una vigna. Bevuto poi del vino s'inebriò e giacque, nudo, in mezzo al padiglione". I figli Sem e Jafet avvisati da Cam della nudità del padre, "presero un mantello... ed andando a ritroso, coprirono la nudità del padre".

È questa una delle prime descrizioni nella storia antica di una ubriacatura così severa da togliere a Noè ogni senso del pudore e il controllo delle proprie azioni.

Tutti conosciamo bene, per averlo visto o sperimentato personalmente, quali siano gli effetti di una intossicazione acuta da alcol. Meno noti gli effetti di dosi generalmente ritenute "normali" di alcolici. Si pensi che l'assunzione di alcol equivalente al bere mezzo litro di



vino o due bicchierini di superalcolico a 40 gradi, comporta un senso di sonnolenza e di tranquillità che possono, ad esempio, modificare il nostro comportamento alla guida dell'automobile o altro mezzo di locomozione a motore. Molti incidenti della strada sono conseguenti all'effetto di assunzione di alcolici, anche in assenza di segni manifesti di ubriacatura. Le cosiddette "morti del sabato sera" sono da imputarsi sia all'alta velocità che ad uso smodato di alcolici e altre droghe. La mortalità giovanile, sotto i 30 anni, trova negli incidenti stradali la sua causa prima.

Nella maggior parte degli Stati europei viene ritenuta tollerabile per la guida di un mezzo a motore una alcolemia inferiore a 100 mg/dl, ma ultimamente si tende ad abbassare tale limite ulteriormente anche a 50 mg/dl.

Valori di alcolemia tra i 60 e i 150 mg/dl possono dare ebbrezza, con vari livelli di perdita di coordinazione; valori superiori a 200 mg/dl comportano manifestazioni già clinicamente rilevanti fino al rischio di morte per valori intorno a 400 mg/dl.

L'assunzione anche di moderate quantità di alcol, ad esempio tre bicchieri di vino (20 gr di alcol) al dì per la donna e sei bicchieri (60 gr di alcol) al dì per l'uomo possono dar luogo a danni epatici se consumati giornalmente e per anni.

Caratteristica dell'alcol è quella di essere assorbito rapidamente dal sistema gastroenterico; il 5-10% di esso verrà eliminato con le urine, aria espirata e sudore; il restante 90% verrà trasformato e metabolizzato dal fegato in CO₂ ed acqua alla velocità di 5-10 ml/ora attraverso complessi passaggi biochimici di ossidazione ad opera di alcuni enzimi (alcoldeidrogenasi ad esempio). I prodotti di tali trasformazioni biochimiche interferi-

ranno alla fine coi metabolismi degli zuccheri, dei lipidi e di altri composti del metabolismo intermedio. L'alcol e i suoi composti di trasformazioni sono dannosi per la cellula epatica, alterandone il suo funzionamento, soprattutto se vi è uso abituale e prolungato nel tempo di assunzione, ancor più se per dosi di alcol superiori a quelle minime ritenute accettabili.

A molti di voi è noto come l'abuso di alcolici abbia conseguenze sul fegato, causandone la comparsa di statosi della cellula epatica, epatite alcolica, necrosi ialina sclerosante perivascolare (responsabile della ipertensione del sistema venoso portale), cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare epatico.

L'abuso di alcol interferisce anche sulla corretta nutrizione: l'alcol fornisce 7 calorie per mg, calorie chiamate "vuote" in quanto poco produttive dal punto di vista del bilancio energetico. L'alcolista infatti perde l'appetito. La concomitante gastrite e le alterazioni della funzionalità epatica e pancreatica, portano ad un malassorbimento degli alimenti. Il bevitore cronico perde solitamente di peso e in molti casi si manifestano i segni di ipovitaminosi (vitamina C e del Gruppo B), vi è solitamente un aumento della uricemia e dei trigliceridi; si può osservare al contrario una ipoglicemia e acidosi. Vi è uno squilibrio metabolico così esteso da giustificare i molti sintomi osservati in questi pazienti.

Non è da dimenticare anche il fenomeno della dipendenza, che spinge il soggetto a cercare il vino e i liquori in modo talora ossessivo.

Meno noto alla maggior parte della nostra popolazione sono i danni che l'alcol ha sul cuore. È vero che un bicchiere di vino rosso al pasto può essere favorevole per la circolazione coronarica, ma dosi superiori, soprattutto in soggetti



geneticamente predisposti, possono causare una delle più serie malattie cardiache: la miocardiopatia alcolica.

Nel corso degli ultimi decenni sempre più è stata riconosciuta l'importanza di questa miocardiopatia secondaria ad etilismo cronico: alcuni ricercatori giungono ad affermare che un terzo dei casi di miocardiopatia congestizia in sede clinica e il 45% in sede autoptica siano ad esso imputabili. (Rostand S.G. e coll. 1991 – Brynner H e coll. 1980). Molta difficoltà nella diagnosi eziologica è legata al fatto che molti di questi pazienti negano l'uso abituale di dosi significative di alcolici. I più ritengono di assumere bevande alcoliche (quindi anche la birra) in modo moderato, cosa che un puntuale approfondimento anamnestico rivela falso. Vi è quindi un problema di informazione e educazione alimentare molto complesso, spesso legato ad errati concetti, tramandati in ambito familiare o sociale. Ricordiamo ad esempio il detto popolare "il vino fa buon sangue". Il tipo di bevanda non sembra avere maggior peso nella genesi di questa malattia; vino, birra, superalcolici sono tutti sotto accusa. Sono la quantità di alcol ingerito nell'arco della giornata e da quanto tempo i fattori più rilevanti. Il fatto che recenti statistiche abbiano evidenziato che molti iniziano a far uso di alcolici già prima dell'adolescenza, già a 13 anni, preoccupa molto gli epidemiologi. Malgrado la vendita di alcolici sia proibita per legge ai minori, sembra che la presenza di vino, birra e altro in casa e la possibilità di acquisto nei vari supermercati, ove basta vi sia un maggiorenne che fa da testimone, abbia facilitato l'accesso agli alcolici dei minori. È opinione comune che la birra non sia da considerare una bevanda alcolica. Anche se a basso tasso di alcol, la birra con i suoi 2-5 gradi

può essere veicolo anche di importanti apporti di alcol: dipende da quanta ne viene ingerita.

La miocardiopatia alcolica, come tutte le miocardiopatie di genesi diversa (virale, idiomatica familiare, ecc.) si manifesta prevalentemente quando la dilatazione cardiaca e la funzione contrattile soprattutto del ventricolo sinistro sono già estremamente compromesse, mentre la malattia insorge subdolamente molto tempo prima. Con le indagini più sofisticate ora a nostra disposizione si è infatti potuto accertare che l'inizio della malattia corrisponde in un primo momento ad una compromissione del rilasciamento diastolico del ventricolo sinistro: cioè il ventricolo sinistro dopo la sistole (contrazione) oppone una maggior resistenza alla sua distensione e al suo riempimento. A questa fase segue un ispessimento delle pareti del ventricolo sinistro stesso (ipertrofia), una modificazione compensatoria, spesso legata a uno stato di ridotta capacità di contrazione del miocardio. Successivamente il ventricolo sinistro si dilata e seguono tutte quelle modificazioni della funzionalità del ventricolo sinistro che portano allo scompenso cardiaco congestizio con interessamento graduale e successivo del circolo polmonare e delle sezioni destre del cuore (scompenso globale di cuore). La facile affaticabilità, una dispnea (respiro faticoso) prima per sforzi sempre più lievi, quindi notturna che obbliga a stare seduti nel letto, sono i principali segni soggettivi. Anche le aritmie (irregolarità del battito cardiaco) sono frequenti nell'acoliasta con miocardiopatia e possono rappresentare il disturbo iniziale della malattia. La fibrillazione atriale (battito cardiaco frequente e totalmente aritmico di origine atriale) è l'aritmia in assoluto più frequente. Talora la si osserva dopo una ingestione abbondante di



bevande alcoliche. In uno studio del 1984 (Sarkioja T e coll.) l'1% dei casi di morte improvvisa riguardava soggetti giovani o di media età, unico indizio patogenetico l'abuso di alcol. L'arresto cardiaco è stato imputato a fibrillazione ventricolare, una temibile aritmia originata nei ventricoli cardiaci e mortale nel giro di pochi minuti.

Se non prontamente individuata fin dai suoi inizi e opportunamente trattata, la miocardiopatia alcolica porta a morte il paziente che ne è colpito nel 50% dei casi entro 5 anni. Soprattutto in coloro che non sono capaci di astenersi in modo assoluto dagli alcolici. La diagnosi precoce e i farmaci attualmente disponibili per la cura dello scompenso cardiaco sono in grado di rallentare la malattia. Nelle fasi iniziali anche l'impiego di vitamine del gruppo B (tiamina)

e C possono dare un valido aiuto a correggere stati di ipovitaminosi che, come noto, possono di per se stesse provocare disturbi nella sfera cardiovascolare.

Nelle fasi iniziali è possibile osservare un netto miglioramento dei sintomi e in alcuni casi uno stato di buona funzione cardiaca permanente: tutto dipende dalla collaborazione del paziente.

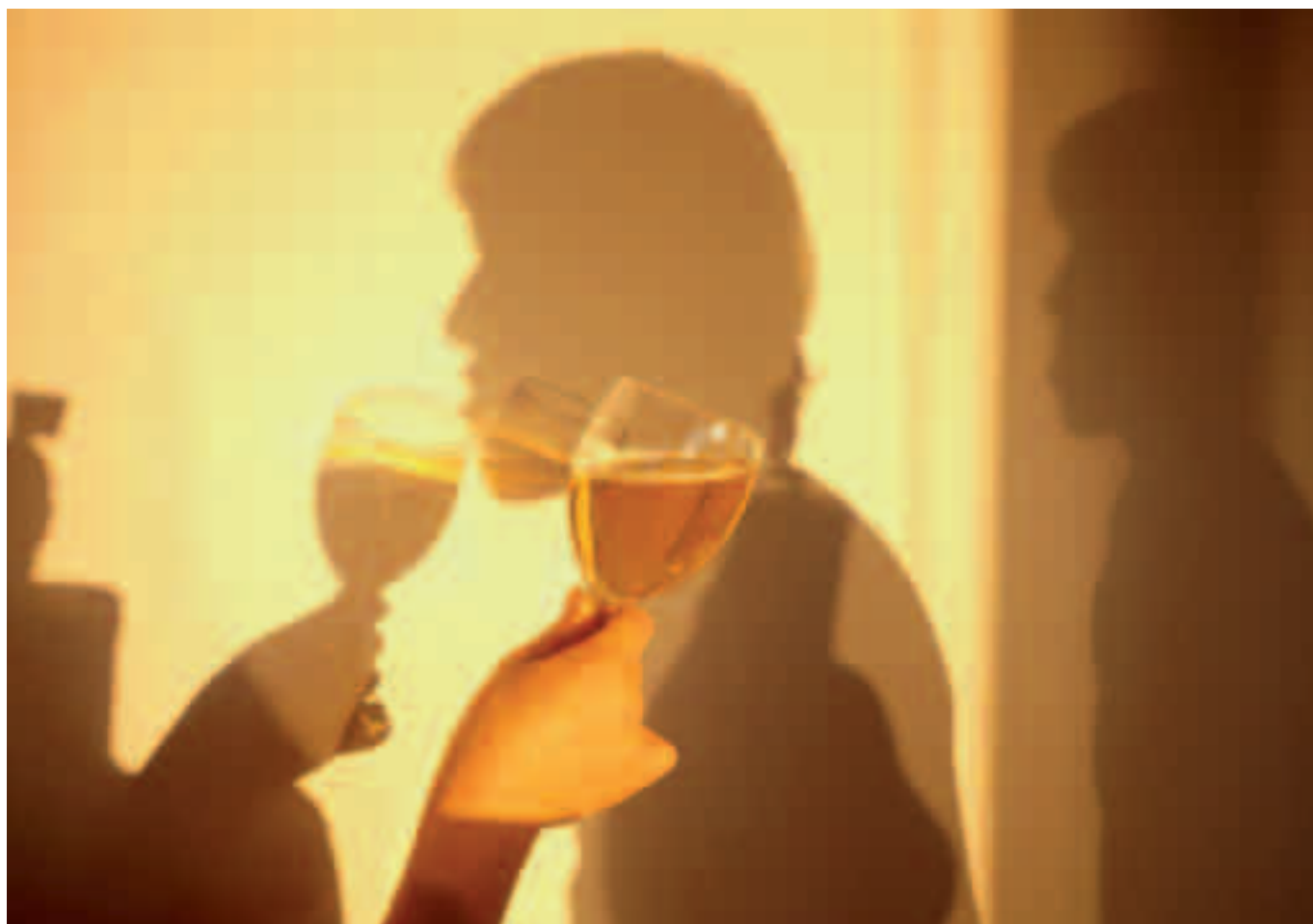
Nella manifestazione più severa della miocardiopatia dilatata alcolica il trapianto cardiaco può essere una opportunità da valutare caso a caso. Ovviamente ciò è possibile solo se il paziente si è astenuto dal bere al riconoscimento della malattia, è determinato a non più assumere alcolici, non vi siano stati patologici concomitanti (cirrosi epatica ad esempio).

Dott. Gaetano Bianchi
Dott. Alberto Gheza





Alcol: uso e abuso



Lalcol o etanolo è presente in tutte le bevande alcoliche in diversa percentuale a seconda che si tratti di vino, birra, aperitivi o superalcolici . Le bevande alcoliche erano già conosciute in epoche antichissime e venivano usate, sfruttando le proprietà disinfettanti dell'alcol e il suo effetto sul sistema nervoso, anche per ragioni igieniche e mediche. Oggi si fa uso delle bevande alcoliche, soprattutto per scopi conviviali, un bicchiere con gli amici è per molti un piacere irrinunciabile, ma bisogna fare molta attenzione alle modalità e alle occasioni di consumo, per evitare di mettere a rischio la propria salute e quella degli altri.

Le bevande alcoliche

Una bevanda alcolica si può ottenere sia per fermentazione che per distillazione.



La fermentazione alcolica è un processo che avviene grazie all'azione di lieviti sugli zuccheri della frutta e dei cereali. Per fermentazione dell'uva si ottiene il vino e per fermentazione del malto d'orzo o altri cereali si ottiene la birra.

La distillazione è una tecnica che permette di separare miscele e purificare sostanze. Si possono distillare bevande fermentate (per esempio, il vino per ottenere il brandy), i cereali o vegetali ricchi di zucchero e amidi (per esempio, frumento e patate per ottenere vodka) oppure per i residui della produzione delle bevande fermentate (per esempio, le vinacce per ricavare la grappa).

Nutriente o sostanza tossica?

L'alcol etilico (etanolo) è in grado di fornire energia all'organismo e forse per questo, a torto, può essere confuso con un nutriente. A differenza dei nutrienti (proteine, grassi, zuccheri, vitamine, sali minerali e acqua) che sono tutti necessari all'organismo, l'alcol non è indispensabile per il corpo umano, è una sostanza tossica che può produrre danni diversi e indurre dipendenza.

L'etanolo è molto energetico e fornisce 7 kcal per grammo, quasi come i grassi che hanno 9 kcal per grammo e quasi il doppio rispetto agli zuccheri e alle proteine che forniscono circa 4 kcal per grammo. L'energia fornita dall'alcol, al contrario di quella proveniente dagli altri nutrienti energetici (grassi, zuccheri e proteine), brucia rapidamente e viene dispersa sotto forma di calore. Le calorie dell'alcol sono definite "calorie vuote", perché non possono essere immagazzinate né utilizzate dall'organismo a fini costruttivi.

Uso

Un adulto sano è in grado di sopportare l'etanolo a patto che sia assunto in dosi moderate.

Le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana raccomandano di non superare la quantità di 1 - 2 Unità alcoliche per la donna, 2 - 3 per l'uomo e 1 per l'anziano. L'Unità Alcolica o U.I. corrisponde a circa un bicchiere di vino di media gradazione da 125 ml che contiene 12 g di etanolo circa oppure a 330 ml di birra o a 40 ml di superalcolico. La gradazione alcolica di una bevanda non corrisponde al suo contenuto di alcol in grammi ma al volume di alcol. Per conoscere i grammi di alcol contenuti in 100 ml di vino occorre moltiplicare il numero di gradi alcolici espresso in etichetta (per esempio, 11 gradi) per 0,79 che è il peso specifico dell'alcol.

E' sempre meglio consumare le bevande alcoliche a pasto perché l'etanolo viene assorbito più lentamente se lo stomaco è pieno.

Abuso

L'alcol è un importantissimo fattore di rischio per malattia e morte prematura. Oltre ad essere in grado di indurre dipendenza, l'alcol è responsabile oltre che di numerose malattie ed infortuni, anche di danni sociali ed emotivi, comportamenti criminali e violenti e, soprattutto, di numerosi incidenti stradali.

Si definisce abuso di alcol una quantità abituale di consumo o una modalità abituale nel bere tale da determinare un rischio per la salute o un rischio sociale. L'organizzazione mondiale della Sanità identifica il consumo a rischio di alcol come un consumo superiore a 20 g di alcol puro al giorno per le donne e 40 g di alcol puro al giorno per gli



uomini. Basta bere, abitualmente, più di due bicchieri al giorno per una donna e più di 4 per un uomo per avere un consumo a rischio.

60 g o più di alcol in una volta, equivalenti a circa 5 bicchieri di vino, oppure circa 5 lattine di birra da 330 ml o circa 5 bicchierini da 40 ml di superalcolico, sono definiti come consumo eccessivo episodico, particolarmente dannoso all'organismo.

Un abuso cronico di alcol può danneggiare il sistema nervoso centrale e periferico provocando neuropatie, tremori e nei casi più gravi allucinazioni, psicosi e demenza.

Sul sistema digerente l'alcol può agire provocando gastriti, ulcere, danni al fegato e al pancreas. Sul sistema cardiovascolare l'alcol agisce aumentando la pressione arteriosa e predisponendo a malattie cardiache.

L'alcol costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza del tumore della mammella, del cavo orale, faringe e stomaco.

Chi può e chi non può

La tolleranza all'alcol varia da individuo ad individuo e dipende dalla quantità ingerita, dalle modalità di assunzione (a digiuno o a pasto), dalla composizione corporea, dal peso, dal sesso, da fattori genetici, dalla quantità di acqua corporea, dalla capacità individuale di metabolizzare l'alcol e dall'abitudine.

La donna sopporta meno l'alcol perché dispone di meccanismi di metabolizzazione dell'alcol meno efficienti, ha un peso minore e meno acqua corporea, rispetto all'uomo.

Il consumo di alcolici da parte dei ragazzi è ancora più pericoloso, perché influisce negativamente sulle funzioni degli organi impegnati nella crescita.

Gli anziani dovrebbero limitare il consumo di alcolici perché con l'avanzare dell'età i sistemi di metabolizzazione dell'etanolo diminuiscono in maniera rilevante.

Durante la gravidanza e l'allattamento bisogna eliminare l'alcol perché passa la barriera placentare e viene secreto nel latte con possibili danni alla salute del bambino.

Considerati gli effetti dell'alcol sul sistema nervoso e, in particolare, sui riflessi e le capacità di vigilanza ed elaborazione mentale, chi deve

guidare qualsiasi tipo di veicolo non dovrebbe bere alcolici o dovrebbe aspettare almeno un'ora per ogni unità alcolica consumata.

Molto importanti sono poi gli effetti lesivi dell'alcol in presenza di alcune malattie o per la concomitante assunzione di farmaci. In questi casi bisogna sempre chiedere il parere del medico e leggere attentamente il foglietto illustrativo dei medicinali.

Cristina Grande





aido

con loro
per far
fiorire
la speranza

La donazione degli organi in Lombardia

Centri di prelievo provinciali

Bergamo

- A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo

Brescia

- A.O. Spedali Civili Brescia

Como

- A.O. S. Anna di Como

Cremona

- A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona

Lecco

- A.O. "A. Manzoni" di Lecco

Lodi

- A.O. della Provincia di Lodi

Milano

- Città di Milano: A. O. Ca' Granda Niguarda, Fatebenefratelli, Policlinico, Policlinico ICP, Ospedale L. Sacco, Ospedale S. Carlo, Istituto Besta, Istituto S. Raffaele

Mantova

- A.O. "CarloPoma" di Mantova

Pavia

- A.O. Policlinico "San Matteo" di Pavia

Sondrio

Ospedale "Morelli" di Sondalo

Varese

- A.O. "Macchi" di Varese

Centri di trapianto

Provincia di **Bergamo**

- A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo: cuore, polmone e doppio polmone, emifegato, fegato, fegato/rene, pancreas, rene, doppio rene.

Provincia di **Brescia**

- A.O. Spedali Civili Brescia: rene

Provincia di **Milano**

Città di Milano:
- Ospedale Ca' Granda Niguarda: cuore, polmone, doppio polmone, emifegato, fegato, pancreas/rene, rene.
- Policlinico: polmone, doppio polmone, emifegato, fegato, rene, intestino
- Policlinico ICP: rene
- Istituto Nazionale Tumori: emifegato, fegato
- Istituto S. Raffaele: pancreas, isole, pancreas/rene, rene.

Provincia di **Pavia**

- A.O. Policlinico "San Matteo" di Pavia: cuore, polmone, doppio polmone, rene.

Provincia di **Varese**

- A.O. "Macchi" di Varese: rene



Bergamo

Sezione

- 24125 - Via Borgo Palazzo, 90

Presidente: Leonida Pozzi

Tel. 035.235326

Fax 035.244345

segreteria@aidosezioneprovincialebergamo.l91.it

Brescia

Sezione

- 25128 - Via Monte Cengio, 20

Presidente: Lino Lovo

Tel./Fax 030.300108

vita.per.lavita@virgilio.it

Como

Sezione

- 22100 - Via C.Battisti, 8

Presidente: Mario Salvatore Bosco

Tel./Fax 031.279877

aido.como@virgilio.it

Cremona

Sezione

- 26100 - Via Aporti 28

Presidente: Daniele Zanotti

Tel./Fax 0372.30493

aidocremona@tiscalinet.it

Lecco

Sezione

- 23900 - C.so Martiri Liberazione, 85

Presidente: Vincenzo Renna

Tel./Fax 0341.36170

aidolecco@tiscali.it

Lodi

Sezione

- 26900 - Via C.Cavour, 73

Presidente: Angelo Rapelli

Tel./Fax 0371.426554

aidoprovincialelodi@email.it

Mantova

Sezione

- 46100 - Via Frutta, 1

Presidente: Antonella Marradi

Tel. 0376.223001

Fax 0376.364223

aidomn@virgilio.it

Legnano

Sezione Pluricomunale

- 20019 - Settimo Milanese (MI)

Via Libertà, 33

Presidente: Donata Colombo

Tel./Fax 02.3285201

donata@studio-quattro.it

Melegnano-Melzo

Sezione Pluricomunale

- 20066 - Melzo (MI)

Via De Amicis, 7

Presidente: Felice Riva

Tel./Fax 02.95732072

aido_pluri_asl2@libero.it

Monza-Brianza

Sezione Pluricomunale

- 20052 - Monza (MI)

Via Solferino, 16

Presidente: Lucio D'Atri

Tel. 039.3900853

Fax 039.2316277

aidosezionemonza@infinito.it

Milano

Gruppo Speciale

- 20158 - Via Livigno 3 -

Presidente: Maurizio Sardella

Tel./Fax 02.6888664

info@aidomilano.it

Pavia

Sezione

Presso Policlinico Clinica Oculistica

- 27100 - Piazzale Golgi, 2

Presidente: Luigi Riffaldi

Tel./Fax 0382.503738

aidopavia@tiscali.it

Sondrio

Sezione

- 23100 - Via D. Gianoli, 2/6

Presidente: Franca Bonvini

Tel./Fax 0342.51171

aidosondrio@inwind.it

Varese

Sezione

- 21100 - Via Cairoli, 14

Presidente: Roberto Bertinelli

Tel./Fax 0332.241024

aidoprovinciale.varese@yahoo.it

Aido Consiglio Regionale Lombardia

Sede: 24125 Bergamo, Via Borgo Palazzo 90

Telef. 035.235327 - Fax 035.244345

E-Mail: aidolombardia@simail.it

Aido Nazionale

Sede di Bergamo, 24122

Via Novelli 10/A

Telef. 035.222167 - Fax 035.222314

E-Mail: aidonazionale@aido.it

Sede Amministrativa di Roma, 00195

Via S. Pellico 9

Telef. 06.3728139 - Fax 06.37354028

E-Mail: aido-arcobaleno@libero.it



L'Aido Lombardia