

PREVENZIONE *oggi*



Sommario

Spazio ai lettori

Da questo numero è attivo l'indirizzo di posta per gli interventi dei lettori: postalettori@aidolombardia.it. Segnaliamo che nel contempo sono stati modificati gli indirizzi e-mail per la Segreteria e per l'Amministrazione (vedi spazio in basso in questa stessa pagina).

2 Il grazie del dott. Mazzaferro
pagina

3 Un cuore che apre
alla speranza
pagina

12 Un inno alla vita
la gioia di Filippo
pagina

20 Prevenzione primaria
e attività sportiva
pagina

25 Gli integratori
per lo sport
pagina

31 Notizie dalle sezioni
pagina

29 «G.S. Vita per la Vita»
solidarietà in cammino
pagina

35 Aidonews
pagina

PREVENZIONE oggi

Mensile di cultura sanitaria del Consiglio Regionale
AIDO Lombardia -ONLUS

Anno XVII n. 156 -luglio 2007

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

Direttore Editoriale
Leonida Pozzi

Direttore Responsabile
Leonio Callioni

Collaborazioni scientifiche:
Dott. Gaetano Bianchi

Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti di Bergamo

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

Dott. Paolo Ferrazzi
Direttore Dipartimento Cardiovascolare
Direttore U.O. di 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: segreteria@aidolombardia.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 prima decade agosto 2007

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".



Con il dott. Paolo Ferrazzi e con il giovane Filippo C.: due interviste che danno forza alla speranza di chi è in attesa di trapianto

Il piatto forte di questo numero estivo di "Prevenzione Oggi" è rappresentato da due interviste a nostro avviso particolarmente interessanti non solo perché si riferiscono ad avvenimenti eccezionali, ma anche per quanto svelano della realtà scientifica e sanitaria in Lombardia. Con il dott. Paolo Ferrazzi, cardiocirurgo tanto bravo quanto tenace che opera presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, illustriamo il cammi-

In copertina:

«VOGLIA DI MARE» ©

foto di

Giuseppe Pellegrini - Mantova

L indefinito, avvolgente sfondo blu dell'acqua, rimanda al capriccio del vento.

L equilibrio cromatico tra luce diretta e superficie che la riflette, crea il messaggio del desiderio: «Voglia di mare» .

no che ha portato nei mesi scorsi ad un evento eccezionale: il primo innesto di cuore artificiale nell'uomo. Questo cuore è il risultato della ferrea volontà, della illuminata tenacia di un ricercatore di cui l'Italia deve andar fiera: il dottor Ferrazzi. Questo chirurgo scienziato ha lavorato venti lunghi anni, senza stancarsi mai, sostenuto da un "furore scientifico" e attorniato da un gruppo di professionisti di altissimo livello che gli sono stati anche amici sinceri. Il cuore da lui inventato, un gioiello di tecnica e inventiva, rivoluziona la cardiocirurgia nel mondo ed è stato utilizzato una prima volta in Germania, mentre da noi è stato inserito in un uomo a Pavia dall'équipe del prof. Viganò. Ma è un cuore che ha radici bergamasche perché bergamasco d'adozione è il dottor Ferrazzi, il quale ha costruito un ponte scientifico di assoluta efficacia ed eccellenza con la Svizzera e con la Francia, riuscendo a portare a compimento un'opera ciclopica per le difficoltà superate e stupenda per i risultati ottenuti.

Ci fa piacere poter aggiungere che l'Aido di Bergamo e quella lombarda hanno nel dottor Ferrazzi un amico vero, che non perde occasione per favorire la diffusione della cultura della donazione, facendo così concretamente aumentare le possibilità di salvezza per tante persone che soffrono in lista d'attesa. Dell'incontro con Filippo – al centro della seconda intervista – ho un ricordo particolare, di simpatia contagiosa e di esplosiva voglia di vivere. Filippo è il giovane che due anni fa entrò in sala operatoria agli Ospedali Riuniti di Bergamo per ricevere, attraverso l'intervento dell'équipe guidata dal dott. Michele Colledan, quel fegato e quei polmoni che gli avrebbero ridato la vita. Malato di fibrosi cistica fin dalla nascita, Filippo vedeva assottigliarsi giorno dopo giorno le speranze di sopravvivere, sentiva il respiro farsi sempre più pesante, faticoso e lontano. Così come la sua vita che sembrava volergli sfuggire. A Bergamo, affidato alla geniale chirurgia del dottor Colledan, Filippo ha riscoperto la vita. Forse per la prima volta ha potuto assaporare fino in fondo cosa significa stare bene, così che la voglia di vivere gli danza dentro il cuore e contagia chi gli sta vicino. La chiacchierata con Filippo, trasformata in una simpatica intervista è a mio avviso un messaggio di speranza dalla forza dirompente. È la dimostrazione vivente che con il trapianto la vita torna ad avere il primato sulla morte e le persone ricominciano il proprio cammino. Due esempi di buona sanità e di coraggio personale che consegniamo con immenso piacere alla storia socio-sanitaria lombarda nella consapevolezza che queste poche pagine valgono per la gente più di tanti trattati perché sono la dimostrazione che quando gli ideali sono sorretti dalla volontà non ci sono traguardi impossibili. Allo stesso tempo vogliamo, attraverso "Prevenzione Oggi", esprimere la riconoscenza dell'Aido e della comunità civile lombarda nei confronti del dottor Ferrazzi e del dottor Colledan, due medici che onorano la loro professione come pochi altri al mondo.





Il grazie del dott. Marzafarro





Un cuore che apre alla speranza



“**S**ono molto soddisfatto e ringrazio il prof. Mario Viganò per aver utilizzato questo cuore artificiale, frutto di ricerca e tecnologia italiana, punto di arrivo di un'avventura a beneficio di tanti malati di cuore”. Queste, dopo la pubblicazione della notizia che a Pavia era stato impiantato, per la prima volta in Italia, il cuore artificiale, le dichiarazioni rilasciate dal dott. Paolo Ferrazzi, direttore del Dipartimento Cardiovascolare Clinico e di Ricerca degli Ospedali Riuniti di Bergamo, coordinatore dell'equipe medica che grazie ad un impegno tenace e costante nel corso di quasi

vent'anni, ha messo a punto il nuovo cuore artificiale.

Un risultato eccezionale, passato in secondo piano rispetto a tante altre sciocchezze che succedono in Italia, che va attribuito fino in fondo al cardiocirurgo che “ha fatto tutto”: dalla ricerca alla sperimentazione sugli animali, fino al perfezionamento dell'apparecchio da usare sull'uomo. Un traguardo conseguito passando tra difficoltà inimmaginabili e superando ostacoli di ogni genere.

Abbiamo pensato di dargli la parola in una breve, amichevole intervista. Il dott. Ferrazzi è infatti amico di vecchia data dell'Aido e del nostro presidente Leonida Pozzi.



L'incontro, agli Ospedali Riuniti di Bergamo, è infatti di una cordialità unica. Il dott. Ferrazzi si rende subito disponibile e ci accoglie nel suo ufficio con la consueta elegante disponibilità.

Pozzi: Vorremmo fare un po' di chiarezza. Se ben ricordo con lei abbiamo parlato parecchi anni fa di questo progetto di cuore artificiale...

Ferrazzi: Parecchi anni fa... Eravamo bambini.

Pozzi: Lei era bambino, io ero già adulto. Ricordo che lei mi parlava di questo studio sul cuore artificiale avviato in Svizzera, con un ingegnere che mi sembra sia nel frattempo morto.

Ferrazzi: Purtroppo abbiamo avuto due persone che sono mancate in questo progetto. Due perdite gravissime che spiegherò poi.

Pozzi: Ho letto recentemente sul Corriere della Sera la notizia del trapianto di cuore artificiale effettuato a Pavia dal prof. Viganò, e qualche giorno dopo sul giornale dell'Aido di Milano un'altra notizia, su di un cuore artificiale in plastica e titanio, per il quale era previsto alcuni mesi dopo il primo impianto a Padova.





Ferrazzi: Quello di Padova (Centro Cardiochirurgico che è stato diretto dal Prof. Gallucci esecutore del primo trapianto cardiaco, poi deceduto in un incidente stradale), si riferisce ad un impianto chirurgico di un cuore artificiale sviluppato negli Stati Uniti.

Pozzi: Ci spieghi cosa sta succedendo in questo così delicato e importante campo medico scientifico ed in particolare sul cuore artificiale "made in Italy".

Ferrazzi: Vorrei rispondere alla sua domanda, semplificandola così: Chi è il vero padre del primo cuore artificiale made in Italy? Bene, in realtà i veri padri tecnici di questo dispositivo sono due persone che sono purtroppo decedute. Una è l'ingegner Brugher, mio carissimo

amico, che aveva iniziato la sperimentazione del nuovo dispositivo al Centro di Sion, in Svizzera, nel 1984. Un Centro estremamente importante per la ricerca sul cuore artificiale e l'assistenza ventricolare, dove tuttavia avevano dei pessimi risultati in chirurgia sperimentale: nessun vitello sottoposto a trapianto si rialzava dopo l'operazione. Quando abbiamo messo a un ragazzo un'assistenza ventricolare per 43 giorni (nel 1986 fu la più lunga al mondo) abbiamo avuto modo di lavorare insieme e di conoscerci e così mi hanno chiesto di mettermi alla guida dell'équipe clinica e chirurgica del Centro di Sion. Accettando ho avuto la fortuna di ottenere risultati positivi lavorando con un gruppo di ingegneri, medici, e meccanici, molto in gamba. Un gruppo composto da circa venticinque persone. Il primo impianto che ho eseguito è subito riuscito, con una comprensibile e conseguente commozione (c'era chi piangeva di gioia) tra i componenti dell'équipe medico-scientifica. Non è facile per chi non sia dentro la ricerca scientifica capire cosa possa significare, dopo anni di lavoro, veder un animale sottoposto all'impianto di un cuore artificiale che riprende vigore, si alza, e beve il latte materno. L'attività del gruppo di Sion era di due tipi: impiantare assistenze ventricolari in tutta Europa, che noi giravamo in aereo, e continuare la sperimentazione del nuovo tipo di cuore artificiale. Purtroppo dopo la morte per un tragico incidente dell'ing. Brugher nel 1990, l'Istituto ha avuto un periodo di crisi ed è stato chiuso. Tutta la conoscenza, che era enorme, su questi due progetti, è stata quindi portata in Italia. Per inciso, ricordo che il primo progetto riguardava il cuore artificiale totale, intervento che consiste, come nel trapianto, nel togliere il cuore naturale, sostituendolo con uno di acciaio e plastica. Il secondo pro-



COMPONENT CHARACTERISTICS	
	<p>PUMP</p> <p>diameter 98 mm height 53 mm bulk volume 350 cc weight 535 g pump flow up to 8 l/min</p>
	<p>ELECTRONIC CONTROL UNIT</p> <p>size 15x15x3 cm weight 400 g</p> <p>BATTERY PACKS</p> <p>size 10x5x15 cm weight 800 g autonomy 5 hours</p>
	<p>HEART-BEAT SENSING SYSTEM</p> <p>size 18x14x20 cm weight 2.100 g</p> <p>BATTERY CHARGER</p> <p>size 26x26x15 cm weight 1.900 g</p>
	<p>CONTROL AND MONITORING UNIT</p> <p>User-friendly Software Interface for real-time device monitoring and device history querying</p> <p>Running on a standard laptop</p>



Nelle immagini in alto: il cuore artificiale, i suoi componenti e le caratteristiche tecniche. A fianco un particolare delle batterie e dell'unità di controllo.



getto riguardava l'impianto di un dispositivo di assistenza ventricolare sinistra, ed è quello di cui parliamo: si lascia il cuore naturale malato e si mette in parallelo un ventricolo che supporta tutta la circolazione. Noi siamo andati avanti in Italia con questi due progetti. Il primo cuore, fatto da me, con cui si è svegliato il vitello dell'operazione fatta in Svizzera, era un cuore di circa 14 centimetri, molto complesso da mettere all'interno della cavità toracica. Per dirvi i progressi che abbiamo fatto in questi anni ricordo che dai 12 cm iniziali siamo riusciti a ridurlo a 3,5 di altezza. In Italia, dopo la scomparsa dell'ing. Brugher, abbiamo cominciato a lavorare con l'ing. Bruno Mombrito, bergamasco, che era stato cinque anni per un dottorato di ricerca in ingegneria biomedica ad Harvard. Persona che oltre ad avere un curriculum eccezionale e grandi capacità tecniche, aveva anche doti umane meravigliose. Con lui abbiamo lavorato in una specie di simbiosi: ci sentivamo più volte al giorno, alla ricerca delle soluzioni. In particolare eravamo impegnati a ridurre le dimensioni del cuore. Siamo arrivati a chiuderci in un convento per una settimana per studiare le varie soluzioni tecniche. Da questo momento di particolare concentrazione è emersa una sua idea di utilizzare una vite a rientro, cioè una vite telescopica che attualmente ruota su dei cuscinetti metà di ceramica e metà di acciaio, che ha permesso di miniaturizzare il motore. Questa vite rientra dentro il motore e spinge un piattello che comprime una sacca. Dalla miniaturizzazione del cuore artificiale totale è partito il nuovo progetto del dispositivo di assistenza ventricolare sinistra, che ci ha fatto fare passi da gigante. Abbiamo operato numerosi animali per le varie prove. Ci siamo poi trasferiti a sperimentare all'Istituto di Fisiologia clinica di Pisa. Ho ese-

guito circa 180 impianti in animali. Alla fine siamo riusciti a mettere a punto questo dispositivo per andare in clinica. Va spiegato che fra i tanti problemi da affrontare c'è anche quello economico che non è indifferente. Avevamo costituito una società mista al 50% pubblico (CNR) e metà privata, la Tecnobio-medica. Siamo andati avanti alcuni anni lavorando intensamente, poi nel 1998 l'ing. Mombrito, nel giro di tre mesi si è ammalato ed è morto prematuramente a causa di un tumore. Questo ha creato un vuoto davvero grande, che ci ha lasciato sconvolti per un anno. Con l'ing. Mombrito era nata una vera amicizia: una sera, qualche giorno prima di morire, a casa mia, mi lasciò un'eredità morale impegnativa, che non avrei assolutamente potuto disattendere: quella di portare la sperimentazione che avevamo in corso sull'uomo, dando continuità medico-scientifica al nostro progetto. Era un debito d'amicizia e un debito d'onore verso una persona che lavorando nell'ombra e sconosciuto ai più, ha fatto moltissimo per il bene della comunità. A quel punto ho cominciato a scrivere lettere e relazioni, sostenendo la validità del nostro cuore artificiale. E' iniziata così la collaborazione con noi dell'ing. Rinaldi, ottimo ingegnere, prima alla Sorin, il quale ha assunto il compito di capo progetto tecnico. Siamo riusciti ad andare avanti finché abbiamo raggiunto il livello di ragionevole certezza che si potesse andare in clinica. Qui ci siamo trovati davanti ai consueti problemi burocratici italiani. Comunque è stata costituita una società privata che ha portato questo cuore dalla sperimentazione all'uomo. A marzo è stato effettuato il primo impianto in un paziente in Germania. Il paziente attualmente è stato dimesso, si trova a casa e sta bene. Poi è stato effettuato un secondo impianto a Parigi. Quindi, il primo intervento



in Italia effettuato dal prof. Viganò a Pavia. In tutti e tre i casi il cuore ha funzionato molto bene. Noi siamo molto soddisfatti per essere riusciti a portare a compimento la messa a punto di un cuore artificiale originale, dalla sperimentazione all'uomo. In effetti il cuore artificiale è un argomento di cui tanti in Italia parlano, ma nessuno ne ha mai ideato, costruito e prodotto uno. Abbiamo fatto una sperimentazione che ha portato ad un concreto risultato clinico per dei pazienti. La difficoltà tecnologica nel mettere a punto un cuore artificiale italiano è paragonabile a quella di una missione dell'ente spaziale italiano sulla Luna. Non sto scherzando. Stiamo parlando di un "motore" che deve fare centoventimila cicli al giorno, e che deve durare almeno dieci anni. Fanno cinquecentocinquanta milioni di battiti, con una vite che va e viene senza lubrificazione. Si può imma-

ginare dal punto di vista tecnologico che livello di complessità abbiamo dovuto affrontare e superare. Abbiamo studiato e sperimentato tanto, abbiamo fatto tanti viaggi all'estero, abbiamo lavorato con tante società specializzate. I cuscinetti per esempio li abbiamo trovati alla Umbra Cuscinetti, che ha un contratto con la Boeing, una delle tante meravigliose realtà produttive italiane di cui non si parla mai. Pensiamo alle sacche di poliuretano del cuore artificiale, che vengono compresse, nel corpo del paziente, centoventimila volte al giorno. Si può immaginare la resistenza ma anche l'elasticità che deve avere questo materiale. Abbiamo avuto tante delusioni e grandi gioie. Vitelli che si sono rialzati e hanno continuato a vivere, cuori artificiali totali che hanno funzionato anche per tre mesi, fatto mai avvenuto al mondo. Abbiamo avuto momenti duri: la sacca che si è rotta per tre



Nella foto in alto un particolare del pistone che si occupa di comprimere la membrana (foto in basso) in cui scorre il sangue

volte di fila. Noi che lavoravamo quindici ore senza sosta e poi tutto veniva vanificato da questa sacca che si rompeva lasciando uscire il sangue. Come spesso accade, in questi progetti si passano momenti di grande esaltazione ma anche di grande delusione. Però devo dire che essere arrivati all'intervento sull'uomo è per me un traguardo da sogno. Un traguardo che non posso condividere con i padri tecnici dell'idea e questo mi dispiace molto. Infatti la prima cosa che ho fatto quando in Germania è stato impiantato il primo cuore sono andato a Roma a pregare per questo mio caro amico, l'ingegner Mombrito al quale ho raccontato di aver mantenuto la promessa fattagli.

Pozzi: Immagino che siano stati momenti stupendi ed emozionanti e capisco la sua commozione in que-

sto momento. Perciò le faccio un'altra domanda: chi ha sostenuto i costi, certo non indifferenti, di questi anni di sperimentazione?

Ferrazzi: Il gruppo iniziale di Sion era un gruppo privato svizzero. Tutto poi è stato passato alla Tecnobiomedica, società costituita per metà dal CNR e per metà da ditte private. Alla fine abbiamo operato attraverso progetti sostenuti dal Ministero della Ricerca, che dava cifre anche importanti al raggiungimento di specifici obiettivi. Ovviamente abbiamo avuto anche parecchi controlli dal Ministero che d'altra parte deve garantire il corretto uso del denaro pubblico. Per noi voleva dire vivere in un sistema di sfida continua, perché in alcune occasioni sapevamo che se fosse morto il vitello a cui avevamo impiantato il cuore, non saremmo riusciti a pagare gli stipendi. Dopodiché, per "andare in clinica" come si dice, abbiamo ceduto lo sfruttamento del brevetto ad una società privata che ha procurato i fondi. Va sottolineato che si tratta di progetti costosissimi. Quando anche ci si trovi con in mano un prodotto finito ma lo si voglia mettere sul paziente, si attiva un procedimento costosissimo e di grande difficoltà. Questo passaggio è stato assunto in carico da una nuova società privata che si è incaricata di trasferire il tutto dalla ricerca di base alla clinica.

Pozzi: Quindi una spesa che potrebbe anche essere stata di decine di miliardi di vecchie lire...

Ferrazzi: Credo proprio che sia così. Non posso essere più preciso perché io sono sempre stato uomo di trincea, mai di finanza. Mi sono occupato di tutti gli altri aspetti, gestionale, operativo, organizzativo, coordinamento con gli ingegneri... A me oggi preme sottolineare che la mia équipe ha sviluppato il cuore artificiale migliore, a mio avviso, e desidero spiegare perché. Va precisato che ci sono due tipi di

cuore artificiale: uno a flusso pulsatile ed uno a flusso continuo. Il flusso pulsatile è quello fisiologico, all'interno di una pressione massima e una minima. Il flusso continuo è invece quello che si ottiene quando c'è una pompa che dà un flusso senza interruzioni. Graficamente è una linea retta. Nell'ambito del flusso pulsatile il nostro cuore è la metà di quelli attualmente in commercio: circa 1200 grammi uno; 1050 un altro. Il nostro pesa 520 grammi, meno della metà. Le dimensioni sono di 3 centimetri e mezzo per 12, a fronte dell'ingombro degli altri che è circa il doppio. Ma un grande beneficio che viene dal nostro cuore artificiale è quello di permettere, in certi casi, il recupero di quello naturale ammalato. Succede infatti che alcune malattie del cuore, che portano a morte, possono regredire se si riesce a far riposare il cuore. Il funzionamento del nostro cuore è tale che la spinta per il flusso del sangue nelle coronarie avviene quando il cuore naturale ha appena fatto la sua compressione e inizia a rilasciare. Il nostro cuore artificiale lavora cioè, usando un termine tecnico, in "contropulsazione". Questa possibilità di riposare è corrispondente a una potente medicina per il cuore. Infine il nostro cuore ha una particolarità, pensata dall'ing. Rinaldi e brevettata: il primo mese di funzionamento facciamo riposare il cuore naturale (come se dopo una frattura si facesse una ingessatura dell'arto); per ridare la possibilità al cuore di riprendere con gradualità, abbiamo la possibilità di far diminuire con gradualità l'intervento del cuore artificiale. Questo è importante perché la complessa funzione biologica del cuore deve riprendere molto progressivamente (pensiamo alle proteine, che subiscono molte variazioni a livello molecolare nello scompenso cardiaco) per adattarsi di nuovo al flusso nel cuore naturale. Con questa tecnica attualmente

si recupera circa il 10 per cento dei cuori. In alcuni centri particolarmente specializzati fino al 30 per cento. La speranza è che acquisendo nuove informazioni, con ulteriori progressi della medicina, potremo arrivare ad evitare il trapianto a molti pazienti in lista d'attesa.

Pozzi: Una grande idea con risultati a quanto vedo davvero eccezionali. Quando poi il cuore naturale è recuperato, cosa si fa?

Ferrazzi: Si deve operare, chiudere le imboccature e togliere il cuore artificiale. La persona è praticamente guarita. Per ora non sono moltissimi casi ma la nostra speranza è di arrivare a numeri importanti. Ora avremmo bisogno che agli Ospedali Riuniti di Bergamo ci fosse un team medico dedicato, con specifiche competenze dal punto di vista anatomico, istologico, molecolare, farmacologico, ecc. Oggi qualcosa del genere esiste e fa capo al prof. Jacoub, che risiede a Londra. Ma non opera con il nostro cuore, che io ritengo il migliore al mondo per ottenere i risultati a cui puntiamo. Per poter recuperare un cuore ci vogliono buona ingegneria, buona ricerca medica e buona medicina. Metterle assieme non è facile.

Pozzi: A Bergamo abbiamo tutte e tre le componenti?

Ferrazzi: Noi le avremmo. Bisogna però fare i conti con l'attuale tendenza a fare del cuore artificiale un problema commerciale piuttosto che di continuazione della ricerca.

Callioni: Sembra di capire che gli organi di informazione italiani ed europei non hanno portato l'attenzione sulle vere potenzialità del cuore artificiale.

Ferrazzi: Ai ricercatori in genere piace comunicare solo attraverso gli organi interni alla comunità scientifica. Capisco che l'impianto di un cuore artificiale "faccia notizia" però se andiamo al sodo l'intervento in sé è quasi di routine, cosa che facciamo tutti i giorni. Fare



vent'anni di ricerca gratuita, impegnando i fine settimana, e spesso anche la notte, non è certo la stessa cosa. La gente ha diritto di sapere come si è arrivati al cuore artificiale; non deve essere indotta a pensare che la difficoltà, e quindi l'eccezionalità, stia nell'atto chirurgico. Io sono comunque felice che questo cuore sia stato messo ad una persona. Ovviamente sarei stato più felice se questo fosse avvenuto agli Ospedali Riuniti di Bergamo, non solo perché avremmo fatto molto meglio il bene del paziente, ma anche perché questa struttura merita i riconoscimenti scientifici e della comunità civile.

Pozzi: Io sono peraltro testimone dei vostri vent'anni di lavoro e di ricerca. Sarebbe stato il coronamento di un lavoro fatto prima a livello di progetto, poi di sperimentazione sugli animali e quindi infine il successo dell'intervento sull'uomo. Mi chiedo perché non l'abbiate fatto voi per primi.

Ferrazzi: Ma guardi, noi eravamo e siamo preoccupati di completare al meglio il nostro lavoro perché la cura che abbiamo messo nei vent'anni di ricerca e sperimentazione non può svanire oggi per il

semplice motivo che cerchiamo di battere un primato. Poi hanno contribuito anche altri fattori, quali per esempio il fatto che non era costituito il Consiglio Superiore di Sanità quando un anno fa abbiamo presentato domanda al Ministero della Salute. Così sono partiti i tedeschi. Poi a qualche nostra carta mancava qualche firma. Io penso però che vada a questo punto cercato l'aspetto positivo. Bergamo ha negli Ospedali Riuniti un ospedale d'eccellenza assoluta nel mondo, non solo si fanno i trapianti, ma si fa anche ricerca d'avanguardia.

Pozzi: Quando faremo il primo intervento di impianto di cuore artificiale a Bergamo?

Ferrazzi: Noi siamo pronti.

Pozzi: Lei pensa che poi diventerà un lavoro di routine?

Ferrazzi: Penso di sì. Io sarei felice di potermi dedicare a questo recupero degli ammalati, innanzi tutto per loro stessi, e contemporaneamente per far diminuire la lista d'attesa per il trapianto di cuore. Noi non abbiamo le possibilità che hanno per esempio i chirurghi che fanno trapianto di fegato o di polmone, di usare solo una parte dell'organo per il trapianto, favorendo



quindi gli interventi su più persone. Il cuore non si può dividere e ad ogni trapianto si deve usare un cuore intero.

Pozzi: Una persona che riceve il cuore artificiale deve poi fare un follow up?

Ferrazzi: Sono tre le tecniche in uso. Una è il cosiddetto bridge (ponte) al trapianto. Una persona è in gravissime condizioni, addirittura sta morendo. Allora mettiamo questo cuore artificiale, il paziente sopravvive, poi migliora, infine torna a casa e può aspettare un trapianto non d'urgenza. La seconda tecnica riguarda pazienti settantenni, ottantenni, o comunque su di età, con il cuore malato ma per il resto magari in buone condizioni di salute. Si mette questo cuore di assistenza che si chiama destination therapy. Si lascia finché regge, finché non ci sono altre complicanze. La terza tecnica consiste nel recupero della funzione cardiaca di cui abbiamo parlato prima. Per rispondere alla sua domanda le posso dire che il follow up avrà lo stesso ritmo di controllo del trapianto. Più controlli nei primi tre mesi, poi più rari. C'è diversità di problemi psicologici. I pazienti trapiantati hanno comunque sempre il pensiero verso il donatore; quelli con il cuore artificiale d'altra parte devono fidarsi ciecamente della tecnologia.

Pozzi: È insomma come se uno potesse pensare che improvvisamente possa guastarsi, cosa che non avviene per un cuore naturale.

Ferrazzi: È così. E se vogliamo il fatto che i primi a impiantare un cuore artificiale siano stati i tedeschi, notoriamente fra i più tecnologici e perfezionisti al mondo, significa che abbiamo realizzato un cuore molto bello e sicuro.

Pozzi: A questo proposito ricordo un discorso di Christian Barnard, il quale affermava che una persona sarà sempre preoccupata della funzionalità di qualcosa di

meccanico inserito nel proprio corpo, perché la mente sarà sempre sotto sotto preoccupata del possibile guasto. Ci si fida ciecamente invece della sostituzione di un organo.

Ferrazzi: Ci sono anche persone, in particolare ingegneri, matematici, scienziati, che hanno più fiducia nel cuore artificiale. Le persone molto metodiche o con una mentalità scientifica accentuata preferiscono non fare più il trapianto. Va considerato poi il grande beneficio della permanenza del cuore naturale che può riposare e addirittura guarire. Per questo il cuore artificiale totale si può dire sia fallito rispetto a quello di supporto. Una persona dentro di sé ha la consapevolezza che se anche si fermasse la "macchina", il proprio cuore continuerebbe a battere. Consideri che anche su altri aspetti psicologici e funzionali il nostro è un cuore vincente. Pensi al rumore. Siamo almeno un decimo al di sotto di tutti gli altri. È un po' più vicino al rumore di un soffio che a quello del battito. Questo aiuta moltissimo. Sono tutti risultati dell'intenso lavoro fatto con gli ingegneri. Loro venivano con me dai pazienti, entravano in sala operatoria, io andavo da loro in laboratorio. Loro capivano cosa vuol dire "rumore" per un paziente e solo così si possono fare bene le cose. Se le logiche sono altre rischiamo di perdere l'entusiasmo di tanti giovani che si sono buttati, a titolo gratuito e spendendo tanto tempo, nella ricerca e nella sperimentazione.

Testi a cura di **Leonio Callioni**
Ha collaborato **Leonida Pozzi**

Si ringrazia la NewCorTec S.p.a.
per la concessione delle immagini
e delle informazioni tecniche
riguardanti il cuore artificiale

Le fotografie dell'Intervista
sono a cura di **Paolo Seminati**



Un inno alla vita la gioia di Filippo



Filippo C. oggi è un giovanotto fiorentino di 25 anni dallo sguardo severo e dal sorriso contagioso. Da ormai due anni è tornato alla vita, nel vero senso della parola. E lui questa vita se la sta bevendo con avidità, assaporandola fino in fondo. Il 4 maggio del 2005 le agenzie di stampa specialistiche e non solo quelle, riportarono quanto il dott. Michele Colledan, direttore dell'Unità di Chirurgia 3^a e dei Trapianti degli Ospedali Riuniti di Bergamo, aveva annunciato in conferenza stampa appositamente convocata e cioè che nell'ospedale cittadino

era stato eseguito un trapianto combinato di polmoni e fegato. Era una di quelle notizie che se fossimo in un mondo più giusto avrebbero invaso giornali, televisioni e radio. Non solo perché era stata salvata la vita a un giovane, ma perché ancora una volta il dono di una persona che era morta aveva permesso il miracolo chirurgico. Si sarebbe dovuto far sapere a tutti, infine, che in questa Italia così bistrattata dove la ribalta è riservata alle situazioni pecorecce e agli scandali, c'è gente di eccellenza mondiale che opera con serietà, sobrietà, tenacia. Nonostante tutto. Nonostante la mio-



pia del mondo della comunicazione. A due anni di distanza Filippo è tornato a Bergamo, agli Ospedali Riuniti, per un esame un po' più approfondito: una biopsia di controllo, per non lasciare nulla al caso.

L'équipe di "Prevenzione Oggi" è riuscita a intervistarlo. Ne esce un dialogo stretto e sincero, fatto anche di battute spiritose e di solidarietà fra trapiantati, con il nostro presidente e direttore editoriale, cav. Leonida Pozzi (a sua volta trapiantato di fegato e insule pancreatiche circa nove anni fa). Ecco il testo dell'intervista. Buona lettura.

Pozzi: Carissimo Filippo, buon giorno. Finalmente possiamo incontrarci.

Filippo: Mi scuso se ho fatto un po' di storie, ma sono anch'io ostaggio dei medici...

Pozzi: Non preoccuparti, ne so qualcosa. Anzi, ti ringrazio sinceramente e con tutto il cuore di aver trovato il tempo di accoglierci per questa breve intervista. Il racconto della tua esperienza sono certo che sarà di conforto e darà coraggio a molta gente in attesa di trapianto. Inoltre mi auguro che stimoli la scelta della donazione da parte di chi ci legge o di chi verrà a conoscere la tua storia. Inizio con un piccolo dono, un Dvd interattivo per la campagna di informazione nelle scuole, un portachiavi, un conio unico delle Poste (il francobollo Aido da collezione).

Filippo: Mi avete portato troppa roba... Io vi ho fatto fare ottanta volte avanti e indietro...

Pozzi: Com'è la storia di Filippo, visto che ne conosco solo in parte. Non so come sono nate le tue difficoltà.

Filippo: A tre mesi di vita mi hanno diagnosticato la fibrosi cistica e ho iniziato il mio Calvario con una lunga serie di cure. Fino a 16-17 anni me la sono cavata abbastanza bene. Da lì ai 20 ho cominciato a peggiorare. Ho fatto gli studi al

Liceo classico, poi sono andato all'università, facoltà di architettura. Il primo anno sono andato abbastanza bene; ho frequentato. Il secondo ho cominciato ad avere problemi. Il terzo ho fatto il trapianto. Il quinto anno ho ripreso.

Pozzi: Come sei arrivato alla consapevolezza che serviva il trapianto?

Filippo: Ad un certo punto me lo hanno detto chiaramente i medici. "L'unica soluzione è il trapianto".
E io



“ A tre mesi di vita mi hanno diagnosticato la fibrosi cistica e ho iniziato il mio Calvario con una lunga serie di cure. ”

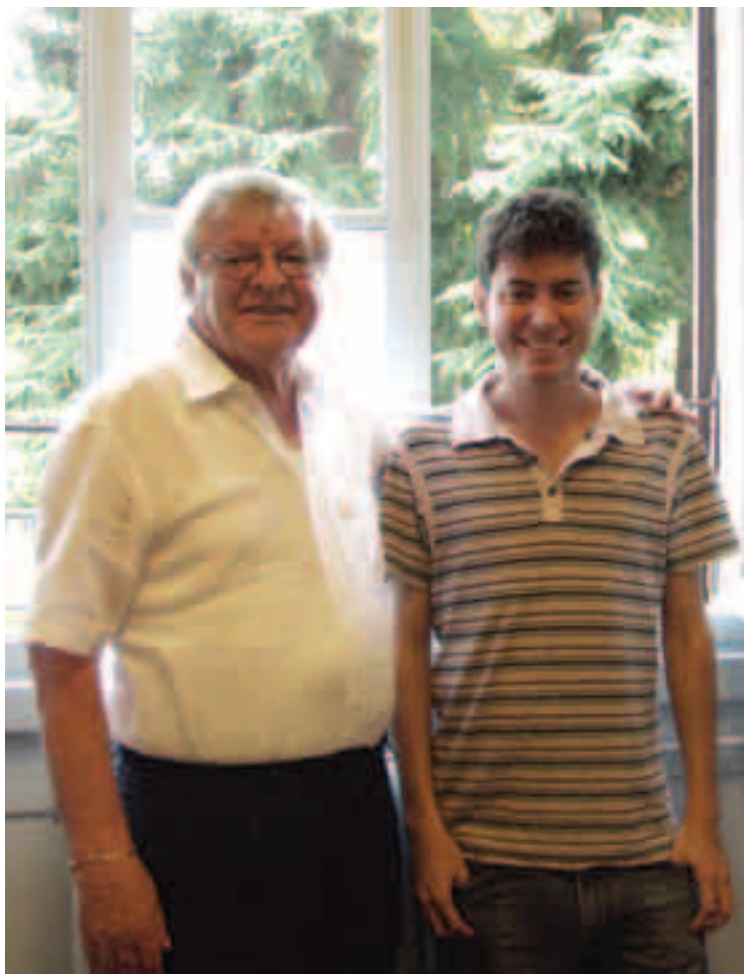
h o
d e t t o
"Va bene, facciamo".

Pozzi: Ma tu come ti sentivi?

Filippo: Nel periodo precedente, a causa delle condizioni del fegato, avevo braccia e gambe gonfie, non camminavo neanche bene. La respirazione tutto sommato c'ero abituato. Stava peggiorando ma insomma, erano le solite fatiche. Più il tempo passa e più uno se ne scorda. Però fare due rampe di scale era fatica. C'erano poi le cure, gli antibiotici, le endovene. Mi ricordo che più di dieci giorni senza antibiotico non riuscivo a stare sennò partiva l'infezione. Così sono arrivato a 22 anni.

Pozzi: E quando ti sei ammalato di fegato?

Filippo: Io appartengo a quella percentuale di pazienti di fibrosi cistica che hanno ammalato anche il fegato. Una percentuale che credo sia attorno al 3-5 per cento. Aver preso anche il fegato ha peggiorato



la situazione dei polmoni perché il sangue non ossigenava più i polmoni.

Pozzi: In quale ospedale eri in cura?

Filippo: A Firenze. Abbiamo un centro regionale di fibrosi cistica a Firenze.

il papà di Filippo: Quando era piccolo Filippo abbiamo fondato il centro regionale fibrosi cistica. Siamo nella lega nazionale.

Pozzi: Fino a 16 anni facevi qualche sport?

Filippo: Sì, in particolare nuoto. Per ora non lo posso più fare, se no lo farei ancora.

Pozzi: Così sei arrivato al bivio: per vivere bisognava fare il trapianto di fegato e di polmone. Come sei arrivato a Bergamo?

Filippo: Era l'unico centro che faceva questo intervento e che l'ha fatto.

Pozzi: Ricordo che la casistica

mondiale era di quattro casi prima del tuo e che questi interventi erano possibili solo o a Bergamo o negli Stati Uniti.

Filippo: Esatto: Bergamo o Stati Uniti.

Pozzi: Conosceva già il dottor Colledan?

Filippo: No. Siamo arrivati da lui che ci ha dato subito speranza. Mio padre ne sapeva qualcosa già avendo partecipato ad un convegno a Palermo con il dottor Gridelli.

Pozzi: Allora avete preso il treno della speranza...

Filippo: ... la macchina della speranza

Pozzi: Noi abbiamo l'abitudine di usare la frase "treno della speranza" per sintetizzare il lungo percorso di tanti ammalati che vengono a Bergamo fino a qualche anno fa un po' da tutta Italia e oggi ormai da tutta Europa. Cito soltanto, oltre al reparto del dottor Colledan, quello di Pediatria con il dottor Locatelli. Ma di esempi ne potrei fare molti. Quindi tu sei arrivato qui, hai fatto i tuoi controlli...

Filippo: Ho passato due mesi a fare esami, poi sono tornato a casa aspettando la chiamata.

Pozzi: Bergamo era quindi l'unico ospedale presso il quale eri in lista d'attesa.

Filippo: Sì, perché l'unico presso il quale si poteva fare questo doppio trapianto. Inoltre il donatore doveva essere disponibile immediatamente perché altrimenti non sarebbe stato possibile un intervento così complesso. Prima si devono trapiantare i polmoni e poi il fegato.

il papà: Va sottolineato che Colledan, primo al mondo, ha trapiantato i polmoni e il fegato split-tato. L'altra parte del fegato è stata trapiantata a una bambina. Nella stessa notte anche il cuore, reni, cornee, se non ricordo male. È stata una notte memorabile.

Pozzi: Sono passati due anni da allora e mi sembra che tu stia benissimo. Sono contentissimo per



te quasi come lo fosse per me. Forse perché da trapiantato di fegato posso immaginare cosa hai passato.

Filippo: Non lo sapevo. Da quanto?

Pozzi: Da nove anni. Sono circa 25 anni che opero nell'Aido e non avrei mai pensato di fare un'esperienza così completa, a 360 gradi proprio. Ho provato a stare di qua e di là dalla barricata.

Filippo: Sei trapiantato da nove anni? Porca miseria... Già nove anni fa han fatto le cose per bene. Oggi sarebbe ormai un intervento di routine.

Pozzi: Sono stato operato a Milano, presso l'Istituto Tumori, dal dottor Mazzaferro, perché a Bergamo si interveniva solo per l'ambito pediatrico. Il chirurgo era Gridelli, appena arrivato con la sua équipe dal Policlinico di Milano. Poi nel '99 si è cominciato con gli adulti. Io ero in lista a Milano sotto l'attenta cura del dottor Mazzaferro, grande medico al quale si devono gli studi per stabilire i criteri del trapianto di fegato (detti "Criteri di Milano"). Ma torniamo a te. Dopo l'intervento, che vedo è andato benissimo, sei tornato a casa. Sei tornato alla vita normale...

Filippo: Anche troppo. Studio, lavoro ed esco.

Pozzi: Lavori anche?

Filippo: Sì, in un'azienda di moda, litigando bonariamente con mio padre che vorrebbe facessi altre scelte. Quest'anno gli studi sono iniziati molto bene; speriamo di continuare così. Sul lavoro sono occupato in un ufficio dove disegnano negozi; mi diverto, quindi va bene così. Sono in un ambiente giovanile, guadagno qualcosa...

Pozzi: Quindi godi di una vita piena. Studi, lavori, stai con gli amici... L'operazione ti ha lasciato qualche dolore?

Filippo: No. Anzi, il dolore non l'ho mai avvertito molto, non so perché.

Pozzi: È una bella cosa per tanti aspetti, soprattutto perché sopportiamo senza fatica tanti momenti delle cure mediche, dall'altra può creare problemi perché magari non diamo importanza a certi sintomi che invece andrebbero considerati come campanelli d'allarme.

Filippo: Infatti. Dobbiamo imparare a conoscerci.

Pozzi: Sì. Dobbiamo anche imparare a non star troppo a piangere sui nostri guai. Ci si sveglia al mattino presto e si avvia una giornata intensa buttandosi a capofitto. Io dopo il trapianto anziché diminuire gli impegni li ho aumentati: Aido, Centro Servizi Volontariato, ho fatto il sindaco di un grosso Comune della provincia di Bergamo, Ponte San Pietro, poi le varie Commissioni, i consigli di amministrazione. Insomma ho pensato che bisognava valorizzare il dono ricevuto e davvero l'ho messo a frutto come di più non si poteva. Ma torniamo a te. In questi due anni hai fatto controlli anche in altri ospedali?

Filippo: No. Sono seguito a Firenze per i controlli di base. Se comincio a sentirmi un po' meno bene aumento i controlli e se infine c'è qualcosa che nemmeno a Firenze riescono ad affrontare allora torno quissù a Bergamo. In questi due anni ho fatto giusto una biopsia al fegato perché da un po' avevo dei valori sballati e adesso la biopsia ai polmoni perché da due anni non facevo nulla. E questa volta mi ha proprio messo ko, è una procedura un po' "faticosa". Per tutto questo tempo comunque sono sempre stato seguito direttamente dal dott. Colledan, adesso di me si occupa normalmente, a Bergamo, il dott. Parigi, che è un medico della Pneumologia.

Pozzi: Quindi nonostante il tuo sia stato un trapianto eccezionale, stai conducendo una vita normale, con un follow up normalissimo.

Filippo: È proprio così. Ho fatto



un po' di tira e molla con il peso perché prima dell'operazione pesavo 45/50 chili. Poi sono arrivato a 65 e lì ho detto basta, sono grasso, mi sentivo la pancia gonfia. Adesso sto benissimo, sono 58-60 chili.

Pozzi: Fai ancora dello sport?

Filippo: Non c'ho tempo. L'unico sport che faccio volentieri è il nuoto e adesso non lo posso fare. Però i primi sei mesi ho fatto molta palestra e riabilitazione.

Pozzi: Non c'è solo il nuoto; le discipline sportive sono

Vent'anni, Madonnina santa. Non ero abituato a pensare così a lungo termine. Prima mi fermavo al mese dopo. Ora pensare di avere due o tre anni di vita lo sento già tanto.



n u m e -

rosissime.

Filippo: Ma a me piace il nuoto. Appena possibile mi rituffò in piscina. Negli ultimi anni Mediaset ha finanziato la costruzione di una cinquantina di piscine per chi ha la fibrosi cistica. Però c'è ancora del lavoro da fare per capire come debbano essere gestite.

Pozzi: quanti anni hai?

Filippo: Venticinque.

Pozzi: Io nove, perché festeggio gli anni dopo il trapianto.

Filippo: Anch'io ormai non festeggio più il compleanno di luglio. Festeggio quello di aprile, la rinascita.

Pozzi: Così sono due occasioni per fare festa e ricevere regali.

Filippo: Nove anni di trapianto così in forma sono proprio una bella cosa.

Pozzi: E pensa che mi hanno chiesto di arrivare a 35. Ne ho 71

fai il conto tu quanto devo andare avanti ancora. D'altra parte ormai c'è tanta gente che è trapiantata di fegato da 15 anni e sta ancora bene.

Filippo: Certo. E più passa il tempo più le cure migliorano.

Pozzi: Ormai i 20 anni dopo il trapianto sono un traguardo raggiungibilissimo.

Filippo: Vent'anni, Madonnina santa. Non ero abituato a pensare così a lungo termine. Prima

mi fermavo al mese dopo. Ora pensare di avere due o tre anni di vita lo sento già tanto.

Pozzi: Perché ti fermavi al mese dopo?

Filippo: Mi rendevo conto che mi mancava sempre di più il respiro.

Vedevo anche tante persone che come me si stavano curando e che non ce la facevano. Tante volte mi veniva da pensare: Perché io sì e loro no?

Pozzi: Sono scelte che fa il buon Dio. Noi dobbiamo accettare. Fare il possibile per rendere bella questa vita che ci è stata regalata e affidarci alla sua bontà. Quando ti sei svegliato dopo il trapianto cosa hai fatto, che sensazione hai avuto?

Filippo: Vuoi sapere quello che mi è sembrato o quello che ho detto? Perché non ho detto una cosa bellina.

Pozzi: Cioè? Che cosa avrai mai detto...

Filippo: Ho chiesto a mia madre se era andato tutto bene. Lei mi ha detto di sì e io ho espresso un gioioso vaffa... Poi i primi giorni qualche problema l'ho avuto. Ero rimbischiato. Poi difficoltà con i reni, con l'antirigetto... Insomma a recuperare invece di metterci due settimane ci ho messo un mese e mezzo. Però è andata bene lo stesso.

il papà: C'è da dire che qui abbiamo trovato tutta gente in gamba. Dai chirurghi agli infermieri, alla Rianimazione. Obiettivamente abbiamo trovato un ospedale di



eccellenza.

Filippo: Più che un ospedale s'è trovato degli amici, dai...

il papà: ... delle persone di grande spessore professionale e umano. Da noi forse non c'è così profonda. Mi sembra che qui ci sia una tradizione che parte già dagli infermieri.

Filippo: Io di faccia gli infermieri non me li ricordo però se penso come mi hanno trattato... Qui in ospedale da voi, se penso a tutte le difficoltà che ho avuto, sono stato bene... Se avevo un problema la gente sapeva come intervenire, e poi stavamo anche a chiacchierare, mi facevano compagnia. Ho incontrato le persone. Io non mi sono sentito mai diverso.

Papà di Filippo: Io per la malattia di mio figlio ho accumulato una certa esperienza di strutture sanitarie e di ospedali in particolare. Quello che ho trovato a Bergamo non c'è da nessun'altra parte. In Toscana abbiamo una sanità con punte d'eccellenza. Questo di Bergamo è un ospedale dove l'eccellenza si respira un po' in tutti i settori

Pozzi: Queste sono considerazioni importanti, che rendono onore alla nostra sanità più di mille indagini conoscitive fatte da tecnici. Credo che una forte spinta al progresso e al miglioramento nell'offerta sanitaria degli Ospedali Riuniti di Bergamo sia stata data nel 1985, con il primo trapianto di cuore. In quella occasione tutto l'ospedale ha condiviso questo progetto, muovendo decine e decine di persone a tutti i livelli.

Filippo e papà di Filippo: Guardi però che nei rapporti umani siete al momento inarrivabili.

Filippo: Mi ricordo tanta gente e in particolare un infermiere che veniva spesso a trovarmi, mi raccontava episodi curiosi o divertenti della vita d'ospedale per tirarmi un po' su. Se avevo bisogno era sempre

pronta la dottoressa di riferimento per me. Son cose che non trovi ovunque...

il papà: Adesso si sta lavorando su questo anche in altri ospedali di grande livello. A Firenze per esempio è stato realizzato il nuovo Mayer, un ospedale pediatrico con una struttura innovativa, che si inaugurerà in questi giorni. Per far crescere questi ospedali stanno prendendo persone di grande qualità da altri ospedali. Da Verona, da



“ Mi ricordo tanta gente e in particolare un infermiere che veniva spesso a trovarmi, mi raccontava episodi curiosi o divertenti della vita d'ospedale per tirarmi un po' su. Se avevo bisogno era sempre pronta la dottoressa di riferimento per me. Son cose che non trovi ovunque...”

Torino, da Bergamo...

Pozzi: Noi bergamaschi siamo un po' duri, un po' teutonici, gente abituata ad affrontare le difficoltà della vita agricola e della montagna. Però nella solidarietà concreta e nella sanità siamo capaci di dare tanto. Questa è una terra ricca di volontariato. Gente che sa cosa vuol dire essere emigrante per guadagnarsi il pezzo di pane quotidiano, i nostri padri si sono fatti onore in tutti i Paesi del mondo dove c'era lavoro, dalla Francia alla Svizzera, alla Germania, agli Stati Uniti, all'India... Nelle miniere, sui grandi cantieri...

il papà: Qui a Bergamo, per esempio, alla sera, uno esce ed è nella calma, nel silenzio. Magari a voi non piace perché sembra che tutto muoia, dopo una certa ora, e guardate città come Firenze dove pensate ci sia vita. Ma la realtà è che da noi a Firenze ci sono tanti



nuclei che fanno storia e vita sociale a sé. Quindi, per paradosso, uno esce e si trova "isolato nel caos". Da voi non succede.

Filippo: Io vedo in giro gruppi di ragazzi che tranquillamente passano la serata insieme, chiacchierano, si divertono. Mi sembra bello qui da voi.

Pozzi: Intanto però tu sei qui per un

controllo...



Sono stato bloccato per vent'anni. Ora ho voglia di vivere, tanta voglia di vivere.

Filippo: Ho fatto la biopsia. E mi hanno già detto che va bene.

Pozzi: Perciò puoi decidere cosa farai da grande.

Filippo: L'archietto. L'ho sempre saputo.

Pozzi: quanto tempo ti ci vorrà ancora?

Filippo: Troppo.

Pozzi: Sì, ma troppo quanto?

Filippo: Diciamo che la media finisce a trent'anni. Io se sto nella media sono bravo.

Pozzi: Hai fratelli o sorelle?

Filippo: Una sorella, che ha tre anni più di me ed è brava. Siam così di famiglia. Ha finito l'università in tempo, ha preso il dottorato per ricerca, la vogliono tenere all'università... Non si può dire che non sia brava.

Pozzi: Da quanto sei a Bergamo per il controllo?

Filippo: Da troppo... Sono arrivato domenica, e non abbiamo fatto nulla.

Poi questo controllo, il tempo per riprendermi. Spero di ripartire presto. Piglio la macchina e vado.

Pozzi: Vuoi dire che sei venuto a Bergamo in auto?

il papà: Ma lui va in giro sempre per conto suo. Dopo il trapianto ha cominciato ad andare in giro per l'Europa. Sempre da solo.

Filippo: Sono stato in Germania un paio di volte, sono andato a Barcellona, in Croazia, a Berlino. Lo faccio per divertimento, per il piacere di girare.

il papà: Vorrebbe andare a vivere fuori dall'Italia.

Filippo: Se ci si riesce...

Pozzi: E dove vorresti andare?

Filippo: Non ne ho la più pallida idea. Sono stato bloccato per vent'anni. Ora ho voglia di vivere, tanta voglia di vivere.

il papà: Vuole andare a Monaco in moto.

Filippo: Ci si sta organizzando, io e un amico mio; ognuno con la sua moto. Sono seicento chilometri, li si fa in due tappe. Trecento chilometri in un giorno, non è tanto. Ne ho già fatti di viaggi in moto. Sono andato a Cecina, ho sbagliato strada e ho fatto 150 chilometri all'andata; 150 chilometri al ritorno, con un amico dietro. Vado in giro con il mio Monster (Ducati). Quella che costa meno.

Pozzi: Cosa vorresti dire a un ragazzo o una ragazza che si trovasse nelle difficili condizioni del pre trapianto?

Filippo: È difficile, perché ognuno la vede a modo suo. Ho saputo di ragazzi che hanno rifiutato di fare il trapianto perché impauriti, poi si sono decisi ma quando ormai era tardi... Un po' di coraggio effettivamente bisogna averlo perché è un bel salto nel buio. È importante chi ti sta vicino. Se dici Faccio il trapianto e non hai la famiglia che ti sostiene, difficilmente ce la fai. Io non ho avuto dubbi. Non era necessario neanche mi facessero parlare con una ragazza, con cui sono rimasto amico, che lo aveva fatto prima di



me. Io sapevo che la strada era quella.

il papà: Lui è sempre stato così. Né lui né noi abbiamo mai avuto dubbi.

Filippo: Ho parlato con lo psicologo, prima del trapianto, perché era obbligatorio. Abbiamo affrontato anche il tema della donazione e dell'importanza dei donatori.

Pozzi: Sappi che la regione Toscana è una delle più generose in termini di donazione degli organi.

Filippo: Non lo sapevo. Mi fa piacere.

Pozzi: C'è un assessorato regionale che è molto sensibile.

Filippo: Io so che i ragazzi della mia età condividono l'idea di donare gli organi. Tra i miei amici nessuno si rifiuta.

Pozzi: Questo è bello. Però è fondamentale fare una scelta. O si iscrive all'Aido o va all'Asl e dichiara la propria disponibilità. Altrimenti non è considerabile un donatore. Solo con una tessera riconosciuta il mio nome è inserito nell'elenco del Centro nazionale trapianti come candidato donatore. Ogni altro documento deve essere tenuto con sé per qualsiasi evenienza. In quel caso il medico rianimatore sa che Tizio ha espresso questa volontà. Così quando il medico si rivolge ai genitori o ad altri parenti per la decisione del prelievo, può comunicare di aver trovato questo documento di espressione di volontà. Ma non è un atto di donazione. La cosa migliore è rivolgersi all'Aido della Toscana, che è un'ottima associazione. Toscano è anche il presidente nazionale dell'Aido, il dott. Vincenzo Passarelli, che lavora presso il Cnr.

il papà: È interessante, vedremo di fare qualcosa di buono con l'Aido.

Testi a cura di
Leonio Callioni

Ha collaborato
Leonida Pozzi

Cos'è la fibrosi cistica

La fibrosi cistica è una grave malattia genetica, presente fin dalla nascita, che consiste nella produzione di una proteina alterata chiamata CFTR. Questa proteina provoca un'anomalia nelle secrezioni di alcuni organi (quali bronchi, polmoni, pancreas, intestino, fegato). Le secrezioni sono perciò dense e viscosi, causano ostruzioni e infezioni, fino a determinare il progressivo deterioramento degli organi interessati.

In Italia nasce un bambino malato di fibrosi cistica ogni 2500-3000 neonati e mediamente una persona su 25 è portatrice sana, spesso a sua insaputa. Le persone a cui è stata diagnosticata la malattia sono attualmente 4.000. Ma si stima che i malati siano circa 7.000, poiché la diagnosi è resa difficile dalla mancanza di una diffusa attitudine nel riconoscere questa patologia.

Quando la malattia è stata scoperta (circa cinquant'anni fa) per i bambini affetti da fibrosi cistica non era possibile superare l'infanzia. Attualmente, l'aspettativa media di vita supera i trent'anni e si avvicina ai quaranta. Inoltre, grazie ai progressi nella ricerca la speranza di vita può ancora aumentare.

A questo scopo la "Lega Italiana Fibrosi Cistica" è impegnata nella promozione della ricerca scientifica, grazie anche al sostegno dei volontari. Per sostenere le iniziative e per informazioni: Lega Italiana fibrosi Cistica; www.fibrosicistica.it; e-mail info@fibrosicistica.it

(da Lega Italiana Fibrosi Cistica – Onlus)



Prevenzione primaria e attività sportiva

La salute non è un diritto acquisito; non può essere imposta per legge. Essa è un bene che va conservato gelosamente, difeso fin dalla più giovane età, anche se inizialmente può richiedere un qualche sacrificio personale. È quindi opportuno che sia nella condotta di vita generale, che nel praticare attività motoria amatoriale o sportiva, sia agonistica che ludica, si provveda ad acquisire comportamenti ed abitudini

di vita corrette, tali da consentire di mantenere in efficienza il nostro organismo nel tempo. La giusta dieta, il non fumare, il non eccedere nell'uso di bevande alcoliche, l'evitare droghe, ma anche tutti quei farmaci e integratori che, se non correttamente assunti, possono arrecare un danno alla salute, rappresentano la via maestra di prevenzione primaria. Non tutti gli sport sono consigliabili a ciascun individuo. Per la propria costituzione fisica,

per il proprio temperamento, ciascuno di noi è più portato ad alcune attività sportive, rispetto ad altre. Alcuni sono più predisposti per attività di resistenza, altri per quelli di potenza. È anche vero che nuotare, camminare, correre sono attività che ciascuno di noi può facilmente praticare. È altrettanto vero che solo alcuni atleti particolarmente dotati possono eccellere. Nell'iniziare una qualsiasi attività motoria, anche per la ginnastica aerobica così di moda



Tabella 1

Legenda:

* a durata biennale;

** ulteriori indagini previste

Tabella A

(visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo)

Tiro con l'arco*

Bocce*

Motociclismo**

Karting*

Automobilismo

Tuffi**

Tennistavolo*

Tabella B

(visita medica, esame completo delle urine, elettrocardiogramma a riposo, elettrocardiogramma dopo sforzo e spirometria)

Calcio

Pallacanestro

Pallavolo

Rugby

Attività subacquee**

Sci alpino**

Ciclismo

attualmente, è necessario che si escluda la presenza di "malattie" che possano in qualche modo essere di ostacolo all'attività stessa. D'altro canto alcune attività che impegnano muscoli, cuore, respiro possono rappresentare una causa di peggioramento di molte malattie. È bene quindi che ci si premunisca facendo un esame clinico e alcuni esami strumentali che possano evidenziare situazioni cliniche eventualmente presenti nel soggetto e talora sconosciute all'atleta stesso.

La tutela della salute nelle attività sportive agonistiche e non agonistiche

La tutela della salute nelle attività sportive agonistiche e non, è regolamentata da Decreti ministeriali (DM 18 febbraio 1982, DM 28 febbraio 1983, DM 4 marzo 1993) che impongono il controllo sanitario ai fini del rilascio dell'idoneità allo sport prescelto agli atleti che vi partecipano. Si tratta di provvedimenti all'avanguardia che pongono il


nostro Paese in una posizione privilegiata nell'ambito della prevenzione sia primaria che secondaria.

Studi scientifici pubblicati sulle più importanti riviste scientifiche dimostrano come l'esperienza italiana in questo campo sia fondamentale nella prevenzione per esempio nelle morti improvvise in campo. Alla luce delle recenti abolizioni della vita di leva e della medicina scolastica, la visita medico sportiva e gli accertamenti previsti rappresentano l'unico vero momento di screening nella popolazione appartenente a diverse fasce di età.

La visita medica di idoneità sportiva agonistica è regolamentata da protocolli inclusi nei Decreti Ministeriali (vedi successive tabelle) mentre le attività non agonistiche (DM 28 febbraio 1983) lasciano al medico certificatore la responsabilità della stessa.

Si definiscono attività agonistiche, come specificato nella circolare n. 7 del Ministero della





Sanità del 31 gennaio 1983, “quella forma di attività sportiva praticata sistematicamente e/o continuativamente e soprattutto in forme organizzate dalle Federazioni sportive nazionali, dagli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni e dal Ministero della Pubblica Istruzione per quanto riguarda le fasi nazionali dei giochi della gioventù, per il conseguimento di prestazioni di un certo livello”.

Le attività sportive agonistiche sono divise in due gruppi, racchiuse in due tabelle: *tabella A* e *tabella B* (alla pagina precedente).

Terminato il percorso idoneativo, il medico specialista in medicina dello sport (per legge l'unico autorizzato al rilascio) deve redigere un giudizio di idoneità o non idoneità. È importante far presente che il medico sportivo ha la facoltà su sospetto clinico di richiedere ulteriori accertamenti ai fini di emettere un giudizio conclusivo. In caso di non idoneità, l'atleta può presentare ricorso entro i 30 gg. alla commissione d'appello regionale.

C'è purtroppo da dire che il fenomeno dell'evasione alla visita agonistica in questo momento, in base ai dati MSI (Federazione Medico Sportiva Italiana) è piuttosto diffuso nonostante, come precedentemente affermato, sia per legge obbligatoria. I dati disponibili ci dicono che al Nord l'evasione si attesta intorno al 15% mentre al Sud può anche superare il 60-70%. In una recente intervista il presidente della FMSI, Maurizio Casasco, ha affermato che *“certamente si tratta di un problema di cultura; capita così che la visita venga vissuta come un fastidio. Non si tratta della regola, ma sappiamo di genitori che sono arrivati ad occultare informazioni sulla salute dei figli per ottenerla”*.

In questa ottica ci si rende conto di quale importanza rivesta oggi

la visita medico sportiva d'idoneità agonistica. Basti solo pensare che dalla sua introduzione si è avuta una notevole riduzione delle morti in campo, oltre che l'evidenziazione durante la visita di patologie fino a quel momento sconosciute quali aritmie, cardiopatie, ecc.

Ma un'importante peculiarità della visita medico sportiva è quella di individuare patologie di per sé non cause di non idoneità. Nello specifico non è raro il riscontro di scoliosi, varicocele, visus ridotti, ecc.

In conclusione si può affermare che si tratta di un vero momento di prevenzione sia primaria che secondaria indispensabile nell'attuale scenario sanitario italiano e che ogni atleta o soggetto che si appresta ad effettuare esercizio fisico per i più svariati motivi deve sottoporsi a controllo medico specialistico al fine di effettuare movimento nei giusti tempi e modi, ed evitare possibili problemi.

Il doping

L'origine del termine doping, mutuato dal verbo inglese *to dope* (“drogare”), è controversa; sembra che la radice *dop* provenga da un dialetto africano *cafro* ed indichi una bevanda stimolante impiegata nelle cerimonie sciamaniche mentre nell'altra ipotesi si pensa che derivi dal nome *doop* che non era altro che un infuso ad azione stimolante diffuso tra i pionieri olandesi che colonizzarono la valle del fiume Hudson, nell'America Nord-Orientale.

Cosa è il “doping”?

Il termine inglese *doping* fa riferimento all'utilizzo, in ambito sportivo, di sostanze e metodiche illecite in grado di aumentare, in modo artificiale, la prestazione agonistica ed atletica del soggetto che le utilizza.

È interessante notare che già dall'antichità si utilizzavano “sostanze” capaci di aumentare la resistenza allo sforzo fisico e di conseguenza migliorare la prestazione atletica. Basti pensare





Tabella 2

Nella tabella sono riportate le ulteriori indagini previste per alcune tipologie di sport

Sport	Audiometria	Visita ORL	EEG	Visita Neurologica	Visita Oculistica
Tiro a volo	x	x			
Auto velocità			x (1 ^a visita)	x	
Moto velocità			x (1 ^a visita)	x	
Bob, Slittino			x (1 ^a visita)	x	
Tuffi	x	x	x (1 ^a visita)	x	
Biathlon	x	x			
Pugilato	x	x	x (1 ^a visita)	x	x
Sci discesa libera			x (1 ^a visita)	x	
Sci slalom				x	
Sport subacquei		x			

che nell'antica Grecia si narra che Filippide nel portare la notizia della battaglia di Maradona fosse così "drogato" da andare ben oltre le sue capacità, tanto da rimetterci la vita. Sono tanti i racconti che parlano di "doping" nel passato e questi devono far pensare molto.

L'inventore delle Olimpiadi moderne, il barone de Coubertin, inventò quel famoso motto, a tutt'oggi preso come esempio etico nel mondo dello sport: "L'importante non è vincere ma gareggiare lealmente rispettando le regole dello sport e la dignità e l'onore della propria persona e della propria squadra".

È vero, sono passati più di 100 anni da quel "pensiero", però riteniamo ancora oggi che questa debba essere la base di partenza dell'odierno mondo sportivo. Però spesso viene completamente stravolto e l'importante diventa vincere a tutti i costi. Gli interessi che gravitano nel mondo dello sport, la smania della vittoria sono solo alcuni aspetti che hanno portato ad esasperare quello che deve essere considerato come un mondo di unità, momento di confronto, gioia e fratellanza. In questo quadro purtroppo il "doping" ha attecchito sempre di più. La voglia di andare oltre quelli che sono i propri limiti, la fama e perché no la ricchezza che ne può derivare, hanno portato il fenomeno a livelli impensabili qualche tempo fa. È un problema di strettissima attualità, basta dare uno sguardo alla stampa per rendersene conto. Per quanto si ritenesse che il problema fosse circoscritto ai soli atleti professionisti, si è visto che esso è anche esteso a chi pratica attività a livello amatoriale. È notizia di qualche tempo fa che anche in diverse palestre sono stati scoperti traffici di sostanze dopanti pericolosissime per la

salute.

A nostro avviso il doping è soprattutto un problema di coscienza. Il miglioramento delle capacità prestantive attraverso il doping contravviene a tutte quelle che sono le regole sportive. La correttezza, la lealtà e il rispetto per gli altri sono dei pilastri imprescindibili. Ma di fondamentale importanza sono i gravi rischi per la salute che si corrono facendo uso di doping. Si ricorda il decesso del ciclista Tommy Simpson avvenuto sul Mont Ventoux negli anni '60 durante il Tour de France causato dall'anfetamina e dal grande caldo. Ma purtroppo sono tante le morti "sospette" nel mondo dello sport.

In questa ottica la lotta "senza frontiere" è un dovere di tutte le istituzioni.

Fino al 2000 il doping veniva considerato esclusivamente un reato sportivo. Ma con la legge 376/2000 lo Stato italiano ha considerato il doping anche come un reato penale che può portare fino all'arresto. Questa legge nata con lo scopo di arginare il fenomeno ha sicuramente prodotto effetti benefici. Tutti i provvedimenti legislativi precedenti avevano prodotti buoni

risultati ma spesso risultavano frammentari. La 376/2000 pone diversi paletti e questo non può che essere un bene.

Ovviamente riteniamo che la prevenzione e la conoscenza del fenomeno e di ciò che possa comportare in chi pratica sia attività sportiva agonistica che amatoriale sono importanti in ugual maniera al provvedimento legislativo. In tal senso sono state e sono tante le iniziative da più parti volte a portare alla ribalta tutte le problematiche connesse al fenomeno doping.

Le sostanze o le classi di sostanze dopanti (riportate nella tabella finale) sono fra loro nettamente diverse. Ma molto spesso gli esiti, immediati o ritardati, sono quasi sempre devastanti: dai danni gravi all'ipofisi da parte degli anabolizzanti, alla eccessiva stimolazione esercitata sulle cellule nervose da parte delle sostanze stimolanti come le anfetamine.

La pompa cardiaca, il cui meccanismo è stato esposto in precedenza, è quella che viene maggiormente stressata: il cuore deve far fronte a grandi richieste che progressivamente lo affaticano, deve provvedere a masse muscolari molto più estese del



normale (fisiologico!), con enorme incremento dei carichi di lavoro, anche a motivo di un sangue che risulta molto più denso e viscoso a causa del doping ematico (EPO). Certamente, un cuore giovane può sopportare meglio il sovraccarico, almeno immediatamente, ma col tempo i danni si manifesteranno anche nei giovani con l'insorgenza di gravi patologie come l'ischemia miocardica e l'infarto.

Lo stesso problema riguarda il fegato, che metabolizza la maggior parte delle sostanze, nella sua funzione di depuratore ematico e viene pertanto progressivamente intossicato, con gravi conseguenze per la sua integrità. Le patologie epatiche di più frequente riscontro nel doping a causa per esempio delle emotrasfusioni, sono le epatiti ma anche le epatopatie provocate da depositi in eccesso di ferro e le forme tumorali associate all'abuso di anabolizzanti.

Altrettanto pericolose sono le

disfunzioni renali gravi indotte dal doping e le statistiche dicono che sono molti fra gli ex atleti professionisti a dover ricorrere alla dialisi.

L'assunzione di amfetamine può comportare gravi irregolarità nei processi metabolici. Anche lo stomaco è coinvolto con una certa frequenza, per cui gastriti e ulcere gastriche e duodenali sono non rare patologie osservate nei soggetti dopati.

Ovviamente anche l'apparato scheletrico viene sottoposto oltre misura a sollecitazioni anomale; viene interessato da processi degenerativi e di invecchiamento precoce. I tendini vengono stressati da muscoli "abnormi" e le rotture tendinee nonché le infiammazioni croniche delle strutture legamentose sono spesso imputabili agli abusi di anabolizzanti o di sostanze come il cortisone che mascherano i sintomi della fatica e dell'infiammazione. Va sottolineato, riguardo l'apparato muscoloscheletrico, il ruolo

patogeno della somatotropina la quale facilita la decalcificazione ossea, con conseguente osteoporosi. Anche i testicoli pagano un grave tributo al doping; infatti gli anabolizzanti svolgono un'azione inibente sul trofismo testicolare che può spingersi fino all'atrofia dei tessuti. Nelle donne l'assunzione di anabolizzanti induce irregolarità mestruali e induce una accentuazione delle caratteristiche somatiche maschili. Un cambio dei caratteri somatici si osserva anche con la somministrazione dell'ormone della crescita (GH) il quale, da principio terapeutico impiegato per alcune forme di nanismo, è diventato uno dei più utilizzati prodotti dopanti, al pari dell'EPO. Oltre all'incremento delle masse muscolari, si riscontra l'ispessimento delle ossa mandibolari e un anomalo accrescimento delle ossa delle mani e dei piedi.

Ugo Lucani
Gaetano Bianchi



Gli integratori per lo sport



Gli integratori stanno conquistando fette di mercato sempre più vaste e vengono utilizzati da una larga fascia di popolazione, convinta che bevande, fiale, gocce, pillole, capsule, polveri, tavolette o barrette possano essere di aiuto per il recupero di una perfetta forma fisica, possano migliorare le prestazioni sportive e siano salutari.

Purtroppo le informazioni che i consumatori hanno sugli integratori provengono dalla pubblicità e dai consigli dei conoscenti. Un'adeguata conoscenza delle caratteristiche degli integratori è essenziale per capire se possono essere utili, inutili o addirittura dannosi.

Cosa sono gli integratori

Gli integratori alimentari sono concentrati di nutrienti o altre sostanze con effetto nutritivo o fisiologico, destinati ad integrare la dieta comune. Il loro impiego ha lo scopo di ottimizzare gli apporti nutrizionali e migliorare il metabolismo e le funzioni fisiologiche dell'organismo.

Gli integratori possono essere a base di una sola sostanza o a base di più composti. Possono essere capsule, pastiglie, compresse, pillole, gomme da



masticare e simili, polveri in bustina, liquidi contenuti in fiale ecc. Questi prodotti sono regolamentati dal Decreto Legislativo n. 169 del 21 maggio 2004 che recepisce la direttiva comunitaria 2002/46/CE.

Per commercializzare gli integratori si deve trasmettere al Ministero della Salute il modello di etichetta (procedura di notifica) e, qualora il Ministero lo ritenesse necessario, una documentazione scientifica a supporto delle proprietà, degli obiettivi nutrizionali o delle caratteristiche degli ingredienti e della loro idoneità all'uso alimentare. Il Ministero può anche richiedere adeguamenti o modifiche dell'etichettatura. Gli integratori alimentari che hanno concluso favorevolmente la procedura di notifica sono inclusi in un Registro che il Ministero della Salute pubblica e aggiorna periodicamente.

Gli integratori per lo sport

Gli integratori per gli sportivi e per chi pratica attività fisica devono fornire nutrienti ottimamente biodisponibili per soddisfare le richieste nutrizionali secondo l'attività svolta.

Esistono integratori energetici, idrosalini o finalizzati all'integrazione di proteine, aminoacidi e derivati o altre sostanze nutrienti.

L'utilizzo degli integratori sportivi sembra rispondere più che alle esigenze di una corretta alimentazione, a un fine ergogenico, teso cioè a migliorare la capacità fisica di lavoro, le funzioni fisiologiche e la prestazione atletica.

Integratori energetici

Sono prodotti a base di carboidrati semplici e/o complessi, integrati con vitamine del gruppo B e vitamina C. Gli integratori energetici possono contenere anche grassi e vitamina E. La finalità è quella di fornire energia prontamente disponibile poco prima o durante lo sforzo fisico. Gli zuccheri più adatti allo scopo sono le maltodestrine che hanno un assorbimento lento che riesce ad evitare brusche variazioni della glicemia legate alla risposta all'insulina, un ormone secreto dal pancreas che permette al nostro organismo di assorbire e utilizzare lo zucchero.

Possono essere utili in caso di prestazioni atletiche di lunga durata come una gara ciclistica.

Nelle normali attività sportive possono essere sostituiti tranquillamente con spuntini a base di alimenti naturali ricchi di carboidrati come grissini, crackers o fette biscottate con la marmellata.

Integratori idrosalini

Un abuso che molti fanno è quello di assumere integratori con minerali per reintegrare le perdite idro-saline senza averne necessità. È ormai diffusa l'abitudine, tra i ragazzi, di bere bevande integrate di sali minerali anche semplicemente per dissetarsi.

L'attività sportiva determina una perdita di liquidi con la sudorazione, che in particolari condizioni climatiche può essere molto abbondante e compromettere l'efficienza fisica e la salute. Per reintegrare l'acqua persa è sufficiente introdurre acqua a una temperatura attorno ai 10°C fino ad un'ora precedente l'esercizio (circa 50ml a dosi intervallate). Per attività inferiori a un'ora si considera sufficiente un reintegro di acqua (20-30 ml ogni 20 minuti). Solo oltre l'ora di lavoro è consigliabile utilizzare bevande contenenti zuccheri e sali minerali a bassa concentrazione.

Integratori di proteine, aminoacidi e derivati

L'utilizzo di supplementi a base di proteine e aminoacidi, molto diffuso tra



gli sportivi, non trova invece i ricercatori concordi sulla sua efficacia. L'uso continuato di prodotti contenenti troppe proteine, singoli aminoacidi o miscele di aminoacidi potrebbe determinare effetti negativi sulla salute.

Secondo i nutrizionisti il fabbisogno proteico dell'atleta può essere interamente soddisfatto da un'alimentazione equilibrata.

Secondo alcuni studi, supplementi a base di aminoacidi arginina, lisina, ornitina, tirosina, triptofano, assunti singolarmente o in miscela non determinano modifiche apprezzabili della secrezione ormonale o miglioramento dei parametri della performance e non modificano apprezzabilmente la massa muscolare.

Gli aminoacidi ramificati (BCAA Branched Chain Amino Acids) valina, leucina e isoleucina hanno un loro ruolo particolare nell'integrazione proteica in ambito sportivo. La loro caratteristica principale è che vengono metabolizzati prettamente nel muscolo invece che nel fegato, rendendoli adatti come fonte rapida di energia in caso di sforzo strenuo.

Le recenti "Linee guida sugli alimenti adattati ad un intenso sforzo muscolare soprattutto per gli sportivi" emanate dal Ministro della Salute segnalano, oltre ad alcune indicazioni circa la quantità giornaliera da assumere, anche alcuni consigli riguardanti il fabbisogno proteico ed alcune controindicazioni: l'eccesso di proteine può portare ad un sovraccarico renale che se protratto nel tempo può predisporre a patologie croniche anche gravi.

Integratori contenenti elementi derivati dagli aminoacidi

L-carnitina

La funzione principale di questa molecola è quella di facilitare l'entrata degli acidi grassi all'interno dei mitocondri dove verranno degradati per ottenere energia.

Un'altra funzione della L-carnitina è quella di migliorare l'ossidazione degli aminoacidi ramificati (BCAA) con finalità di produzione energetica. La validità della L-carnitina come integratore non è sostenuta da prove scientifiche chiare. Al di fuori di situazioni di carenze patologiche di carnitina a livello muscolare, gli effetti positivi sembrano essere legati alla possibilità del miglioramento del metabolismo energetico. La L-carnitina potrebbe esercitare un'azione vasodilatatoria sui tessuti periferici, migliorandone l'ossigenazione. Alcuni autori sostengono che la carnitina riduca il dolore e il danno muscolare dovuto all'esercizio fisico grazie all'aumentata ossigenazione del muscolo, conseguente all'azione vasodilatatrice della carnitina.

Nell'organismo la carnitina viene sintetizzata a partire dall'aminoacido lisina. Questa sintesi avviene in presenza di vitamina C. Aumentare il consumo di frutta e verdura, ricchi in vitamina C, potrebbe essere più utile che introdurre carnitina già sintetizzata nell'organismo.

Creatina

Nell'esercizio fisico si consuma creatina che d'altra parte è facilmente reintegrata dall'organismo e da una normale dieta equilibrata.

La funzione della creatina è quella di fornire un composto altamente energetico nel muscolo, fornendo principalmente alle miofibrille, le fibre microscopiche di cui è composto il muscolo, la forza di contrarsi. È il supplemento nutrizionale più popolare tra gli sportivi, professionisti e non. Negli ultimi 10 anni ci sono stati numerosi lavori scientifici riguardanti la creatina e l'uso di prodotti contenenti creatina in vari tipi di attività sportive ed a vari livelli di performance. Ma i risultati non permettono di trarre conclusioni definitive. Questo atteggiamento di cautela vale non solo nell'affermare l'effettiva capacità di migliorare la performance (quindi il suo effetto ergogeno)



ma anche nell'escludere la possibilità di effetti dannosi per la salute, specialmente quando i dosaggi sono elevati e protratti per lungo tempo. La creatina nella sua forma monidrato viene prodotta e venduta come polvere, capsule, tavolette e anche in forma liquida. Può essere facilmente acquistata, rientrando nei cosiddetti integratori. La sostanza è pubblicizzata come prodotto in grado "di aumentare i depositi di fosfocreatina nei muscoli, aumentare le riserve di energie e favorire la crescita muscolare.". È reperibile con eccessiva facilità oltre che in farmacia, in erboristeria, nei negozi per sportivi e numerosi siti internet.

Integratori: voglia di benessere o voglia di doping?

Gli integratori non sono considerati farmaci, per legge e per questo è possibile assumerli senza controllo medico e in modo improprio e a volte pericoloso.

Lo sportivo, sia professionista che amatoriale, è ormai consapevole del fatto che una adeguata alimentazione concorre in maniera significativa alla performance atletica individuale. Il raggiungimento di uno stato di forma ottimale non può prescindere da una corretta e adeguata alimentazione.

Questa è la prima condizione da rispettare per permettere all'organismo di sopportare al meglio i carichi di allenamento e poter esprimere il massimo della prestazione fisica.

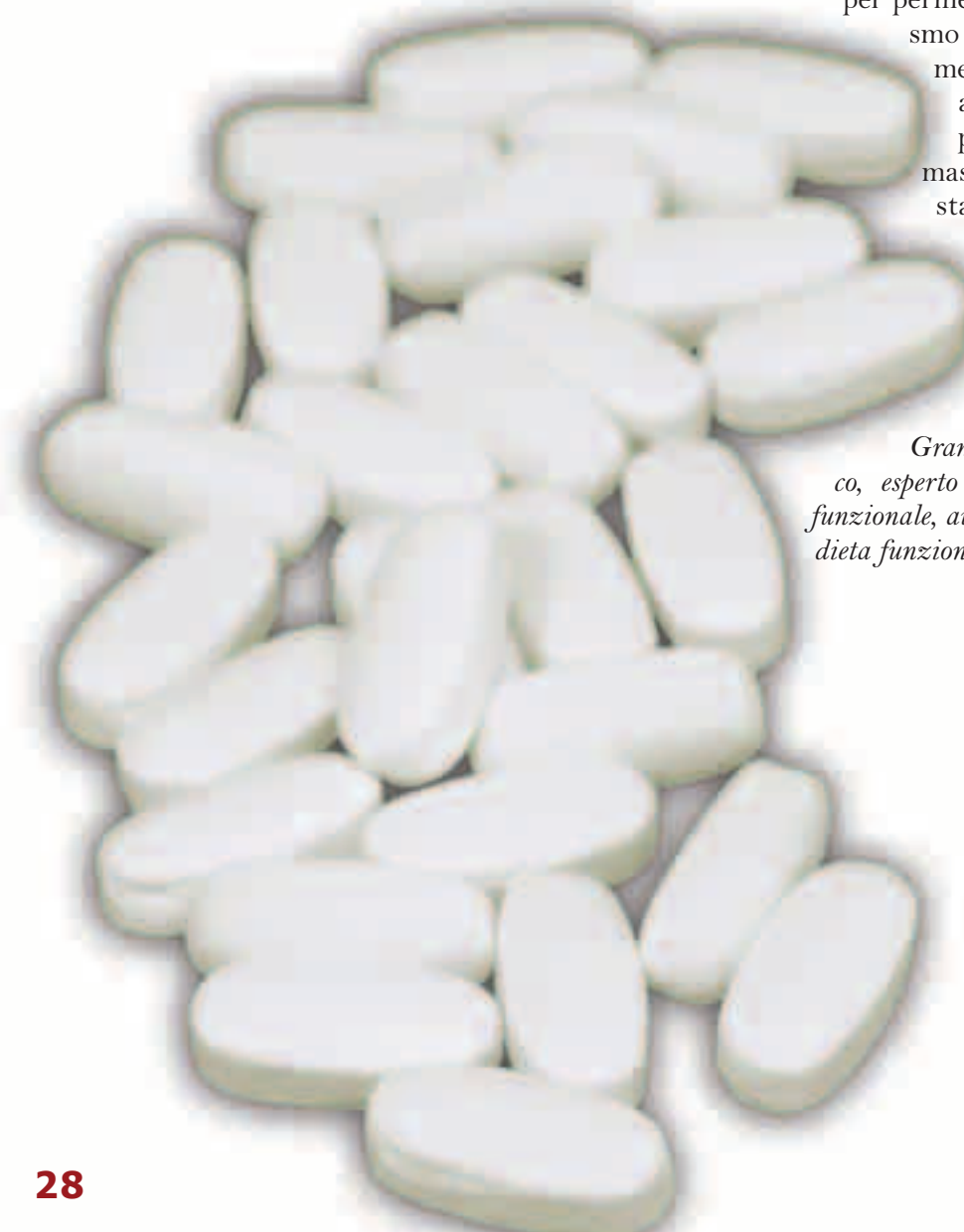
Cristina Grande

Con la consulenza del dott.

R o m u a l d o

Grande, patologo clinico, esperto in alimentazione funzionale, autore del libro «La dieta funzionale»

edizione De Vecchi





«G.S. Vita per la Vita» solidarietà in cammino

II Il Gruppo sportivo Vita per la Vita, per la 33^a edizione della Marcia della solidarietà, torna in Italia e sceglie di portare il messaggio della solidarietà e della donazione del sangue e degli organi in due regioni: la Calabria e la Sicilia". Con un comunicato stampa diffuso nei giorni scorsi il Gruppo sportivo Vita per la Vita di Coccaglio annuncia una nuova interessante impresa per la sensibilizzazione al messaggio della donazione di sangue e degli organi. "Dopo il prologo in Abruzzo (Giulianova-Pescara), la carovana si trasferirà in Calabria a Corigliano Calabro, comune del Cosentino, che nel 1976 fu sede di arrivo della seconda edizione della marcia. Da lì partirà alla volta della Sicilia per fare ritorno in Calabria, dopo quattordici tappe". Questa ennesima "fatica" terminerà in una località marina della costa calabrese. Si parte sabato 4 agosto e si torna il 20. Va ricordato che il 2007 per il Gruppo sportivo Vita per la Vita è un anno molto importante perché ricorre il ventesimo della prima esperienza della "Fiaccola" fuori dall'Italia (aveva fatto tappa a Lourdes). Sempre vent'anni fa veniva costruito a Coccaglio il primo monumento con le lattine d'alluminio (il Colosseo, inserito nel Guinness dei primati).

Per ricordare questi due avvenimenti sono state programmate alcune importanti manifestazioni: innanzi tutto un convegno internazionale dal titolo "La donazione degli organi, del sangue, delle cellule e dei tessuti nel mondo - Esperienze a confronto", in programma nei giorni 11, 12, 13, 14 ottobre a Coccaglio; quindi domenica 14 ottobre al parco comunale di Coccaglio si svolgerà la Giornata provinciale per l'ambiente per la Vita, con la raccolta di imballaggi e ogni tipo di alluminio. Questa raccolta è finalizzata alla costruzione di un pezzo della Grande Muraglia cinese e della Torre di Pisa.

Successivamente, in collaborazione con l'assessorato allo Sport e Volontariato di Brescia e con il Consorzio Imballaggi di Alluminio (Cial), verrà realizzata una lattina speciale per promuovere lo sport per i diversamente abili, insieme con un quadrangolare di basket per atleti paralimpici. Domenica 9 settembre è in programma lo "Spiedo da Guinness dei primati" in piazza Luca Marenzio a Coccaglio. L'iniziativa è tesa a finanziare le attività del Gruppo sportivo e quelle della Parrocchia, impegnata nella ristrutturazione del Centro giovanile "Il Focolare" (all'interno del quale, nel 1975, è nato il Gs Vita per la Vita").

È prevista la consegna del 1° Premio "Hanno reso famoso Coccaglio nel mondo", così come viene ribadita la necessità di rilanciare l'Omidot (Organizzazione Mondiale Informazione Donazione Organi Tessuti).

In questa pagina le tappe della 33^a Marcia della Solidarietà Vita per la Vita, "Tour della Calabria e della Sicilia", da Corigliano Calabro (Cs) a Palermo, ad Amantea (Cs).

Prologo: Giulianova (Te)-Pescara.

4-18 agosto, km 828, media oraria km 10. In memoria di Angelo Corsini (Giani) "Con la Marcia internazionale della solidarietà «Vita per la Vita» abbattiamo il muro dell'indifferenza per costruire la civiltà dell'amore, della solidarietà e della pace".

Le tappe

Sabato 4 agosto

Prologo

Da Giulianova (Te) a Pescara.

Domenica 5

Intertappa di avvicinamento

Policoro (Mt) - Rocca Imperiale (Cs)

Prima tappa

Da Corigliano Calabro (Cs) a Rossano (Cs)

Lunedì 6 - seconda tappa

Da Crotone-Copanello di Staletti (Cz) a Marina di Gioiosa Jonica (Rc).

Martedì 7 terza tappa

Da Locri (Rc) a Reggio Calabria.

Mercoledì 8 quarta tappa

Da Messina a Sant'agata di Militello (Me)

Giovedì 9 quinta tappa

Da Cefalù (Pa) a Partinico (Pa).

Venerdì 10 sesta tappa

Da Alcamo (Tp) a Marsala (Tp).

Sabato 11 settima tappa

Da Mazara del Vallo (Tp) ad Agrigento.

Domenica 12 ottava tappa

Da Agrigento a San Cataldo (Cl).

Lunedì 13 nona tappa

Da Caltanissetta a Piazza Armerina (En).

Martedì 14 decima tappa

Da Gela (Cl) a Noto (Sr).

Mercoledì 15 undicesima tappa

Da Avola (Sr) ad Aci Trezza di Aci Castello (Ct).

Giovedì 16 dodicesima tappa

Da Riposto (Ct) a Scilla (Rc).

Venerdì 17 tredicesima tappa

Da Palmi (Rc) a Pizzo (VV).

Sabato 18 quattordicesima tappa

Da Santa Eufemia Lamezia Terme (Cz) ad Amantea (Cs).

33^a Marcia della Solidarietà

4 - 18 AGOSTO 2007

In memoria di
Corsini Angelo, "Gianl"

Gruppo Sportivo
VITA PER LA VITA



TOUR DELLA CALABRIA E DELLA SICILIA

828 km

Media giornaliera km 108

POLIGNO GIUGLIANOVA (TE) - PESCARA

CORNIGLIANO CALABRO (CS)

PALERMO - AMANTEA (CS)



Centro Nazionale
per il Volontariato



ANAS
Associazione Nazionale
Assistenza



FIDAS



Centro Nazionale
Tropicani



FRATES



Volontari Comune di
Caccaglio (Rc)



REGIONE CALABRIA



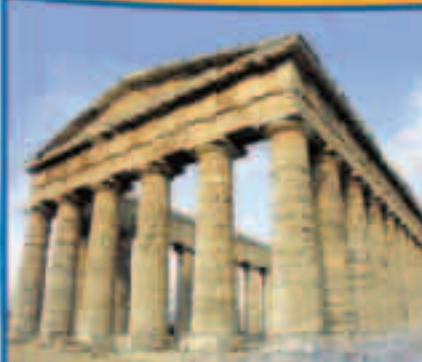
Provincia di
Brescia



Comune di
Caccaglio (Rc)



REGIONE SICILIA



VITA per
la VITA

S.S. "VITA per la VITA" ONAS DELLA SOLIDARIETA'

Via Piero Maraini, 18 - 20136, 50000 CUCULI, Brescia (Bs) - Tel. 030/770088 - Fax 030/770088 - email: info@vitala.org



Notizie dalle Sezioni

Donazione e trapianto da vivente: grande scienza, grande dono

Arluno
Legnano

Arluno, nell'ambito di un'attività che si svolge da più di dieci anni, ha ospitato sul finire dello scorso mese di maggio una interessante tavola rotonda su "Donazione e trapianto da vivente: grande scienza, grande dono". Relatori della serata il dott. Michele Colledan e il dott. Giuseppe Locatelli, degli Ospedali Riuniti di Bergamo; il cav. Leonida Pozzi, presidente del Consiglio regionale dell'Aido e consigliere nazionale.

Dopo l'introduzione degli organizzatori, ha preso la parola il cav. Pozzi, attivo da molti anni nell'Associazione e ora chiaro esempio di come il trapianto possa essere la terapia salvavita ma soprattutto una soluzione definitiva per molte patologie. Il cav. Pozzi ha ricordato che sono sempre più numerosi "i malati che arrivano agli Ospedali Riuniti di Bergamo, un centro di eccellenza riconosciuta a livello mondiale, tanto che i chirurghi di questo ospedale sono richiesti all'estero per insegnare le tecniche d'avanguardia sviluppate in Italia".

Il dott. Colledan tornava ad Arluno dopo esserci stato alcuni anni prima per parlare di tecnica dello split-liver (separazione del fegato del donatore per poter effettuare due trapianti). Ha aggiornato sullo split polmonare e sul trapianto di intestino pediatrico. A sua volta il dott. Locatelli ha illustrato altre esperienze, parlando della scelta fatta dalla Danimarca che ha valutato quali fossero i centri migliori in Europa, scegliendo gli Ospedali Riuniti di Bergamo. Un esempio di professionalità e funzionalità, un bell'esempio di sanità italiana di eccellenza.

Il cav. Pozzi ha confermato che la scelta dell'argomento e del titolo è stata una scelta difficile ma nello stesso tempo importante, perché permette di parlare chiaramente anche di questo aspetto. Deve essere chiaro - ha affermato il presidente Pozzi - che il trapianto da vivente non può assolutamente sostituire il trapianto da deceduto, ma è necessario che ogni strategia o possibilità offerte dal progresso scientifico siano valorizzate per il bene dei malati in lista d'attesa. Il fabbisogno di organi infatti cresce in maniera esponenziale anno dopo anno; non così invece la disponibilità di organi da trapiantare. Per colmare questo gap e cercare di salvare più vite possibile la scienza medica cerca di percorrere altre strade. In Italia questi sono i numeri: fabbisogno trapianti su bambini circa 100 l'anno (per quasi tutti i bambini in lista d'attesa si riesce ad arrivare all'intervento); fabbisogno di trapianto nell'adulto: circa 1600 l'anno. Qui il problema è più grave perché si effettuano circa 1100 trapianti l'anno e quindi anno dopo anno la percentuale di persone in lista d'attesa aumenta. Inoltre il fatto più tragico è che molti pazienti muoiono proprio mentre sono in lista d'attesa. Dati che sono stati confermati dal dott. Colledan il quale ha affermato che sicuramente il trapianto da vivente è un'ipotesi da esplorare e una tecnica da utilizzare, ma non è e non può





essere considerata la soluzione definitiva anche perché la scarsità di organi è talmente alta che non basterebbe a dare una risposta significativa alle necessità degli ammalati. Il dott. Colledan ha poi riassunto brevemente la storia dei trapianti dal 1963 (primo trapianto), al 1980 (primo trapianto ridotto), al 1988 (primo split lever a Rio de Janeiro). Quello split lever prevedeva la donazione di una parte di fegato da parte della mamma per donarlo al proprio bambino. Nel 1994 è stato effettuato il primo split lever da vivente con trapianto di una parte di fegato su un adulto. Il dott. Colledan ha sottolineato che nel donatore in un mese il fegato ricresce, e la stessa cosa avviene nel ricevente. Ma i dati dimostrano che il trapianto da vivente non sarà mai la soluzione. Ci si deve impegnare perciò affinché aumenti la sensibilità delle persone e aumentino le donazioni.

Per quanto riguarda il fegato, si può quindi affermare che: "Il trapianto da vivente è ragionevole, ma non deve essere praticato ove ci fosse la possibilità di un organo prelevato da cadavere e ove il prelievo da cadavere andrebbe a tutelare il donatore vivente. Per la donazione da vivente sussistono dei vantaggi: a) non c'è lista di attesa; b) si sa con esattezza quando verrà fatto il trapianto (quindi c'è un'ottimizzazione delle cure preparatorie); c) l'organo è di qualità ottimale, anche se è solo metà; d) la compatibilità è la migliore ottenibile (in quanto normalmente il donatore è un familiare).

Le parole del dott. Colledan sono state confermate dal dott. Locatelli, artefice della Chirurgia Pediatrica e del Trapianto agli Ospedali Riuniti di Bergamo. Parlando in particolare delle malattie renali, il dott. Locatelli ha ricordato che un paziente in dialisi vive una vita difficile e rappresenta un costo per la sanità molto elevato, molto di più di un trapiantato. Il trapianto di rene presenta una migliore terapia riabilitativa; è economicamente conveniente; offre una migliore qualità di vita; va raccomandato a tutti coloro che sono in dialisi, come soluzione definitiva. Anche l'analisi dei dati inerenti il trapianto di rene illustrati nel corso del convegno di Arluno hanno dimostrato la maggiore validità del trapianto da cadavere.

Da sottolineare che negli Stati Uniti attualmente la donazione di rene da vivente ha superato come numeri quella da cadavere. Per una nefrectomia (prelievo rene da vivente) ci sono delle norme e delle regole in Italia sulla base della legge n. 67 che regolano questa pratica. Infatti la donazione deve avere le seguenti caratteristiche: a) gratuità e spontaneità; b) consanguineità o parentela; c) donatore maggiorenne. I vantaggi sono: a) la pianificazione dell'intervento; b) i migliori risultati post-intervento; c) ottimizzazioni delle condizioni del ricevente.

Al cav. Leonida Pozzi l'onere e il piacere di chiudere questa splendida e interessante serata con una riflessione importantissima: per il trapianto da vivente, vanno valutati attentamente i rischi e i risultati. Se è veramente necessario, va fatto, facendo però sempre tutto il possibile per utilizzare la potenzialità dei cadaveri (va quindi migliorata la cultura della donazione da cadavere). "La donazione da vivente - ha affermato il presidente Pozzi - non deve essere o diventare una scelta obbligata per un familiare che non vede altra soluzione o altra via d'uscita. Di fatto la donazione da cadavere è e rimarrà sempre la scelta migliore, un atto di generosità e abnegazione per aiutare un altro".

Un interessante dibattito, condotto ancora dal presidente regionale cav. Pozzi, e il saluto da parte del presidente pluricomunale di Legnano, signora Donata Colombo, hanno chiuso la bella e interessante serata.



Melegnano Melzo

Memorial Lino Ogliari

Presso il campo sportivo della F. C. Monsignor Orsenigo nei giorni 9 e 10 giugno si è svolta la seconda edizione del quadrangolare Memorial Lino Ogliari, che ha visto la partecipazione delle seguenti squadre:

Aletico Bono della provincia di Sassari – V. Mazzola di Cassano d’Adda – G. S. Ornago e la squadra locale Mons. Orsenigo.

La presenza della squadra della Sardegna ha consentito un simpatico gemellaggio tra l’Aido Pluricomunale AslMilano2 e l’Aido della Provincia di Sassari.

Il torneo ha visto la partecipazione di un buon pubblico; alla presenza del Sindaco della Città di Melzo Dott. Paolo Sabbioni e dell’Assessore alla Cultura, Sport e Tempo Libero Dott. Vittorio Perego si è proceduto alle premiazioni dei partecipanti e consegne delle varie targhe a ricordo.

Per la cronaca, il torneo ha visto la vittoria della squadra melzese.

La disponibilità e l’entusiasmo dei dirigenti del “Monsignor Orsenigo” e la fattiva collaborazione del gruppo Aido locale hanno consentito di portare il nostro messaggio di solidarietà agli spettatori ed ai giovani giocatori.

Per noi è stata anche l’occasione per ricordare Lino che, con la sua scomparsa, ha lasciato un apprezzato ricordo nella comunità Melzese e nella nostra associazione.

Il gruppo dirigente dell’Aido locale ha raccolto positivamente la sua testimonianza trasformandola in azione costante nella nostra comunità.



Conferenza Aido in Cologno Monzese

Durante la “settimana nazionale della Donazione di organi e tessuti” si è tenuta nella serata di venerdì 11 maggio nella Sala Pertini di Villa Casati, Palazzo Comunale di Cologno, la Conferenza “La donazione, atto di civiltà ed umanità” alla presenza di molti cittadini e di autorità locali.

Fra i relatori il prof. Cosimo Anselmo Sansalone, il dr. Paolo Aseni ed il dr. Stefano Soldano dell’Unità di Trapianti di rene e pancreas dell’Ospedale Niguarda di Milano, la dr.ssa Maria Martello del Distretto Sanitario di Cologno dell’ASL-3 di Monza

Inoltre hanno portato il saluto dell’Amministrazione Comunale di Cologno il Sindaco Arch. Mario Soldano, il Sig. Lucio D’Atri Presidente della Sezione Pluricomunale AIDO di Monza e Brianza e la propria esperienza di trapiantati di rene il Sig. Antonio Brienza ed il Sig. Mesiti con la Sig.ra Fantò donatrice di rene da vivente.

Al termine è seguita la consegna di una targa ricordo donata dal Gruppo Comunale di Cologno Monzese, coordinato dal Presidente Egidio Clemente, ai relatori ed agli intervenuti ed un rinfresco offerto a tutti i presenti.

Monza Brianza



Marcia Aido «Una fiaccolata per la vita»

Durante la “Settimana nazionale della Donazione di organi e tessuti” si è svolta nel pomeriggio di sabato 12 maggio la marcia non competitiva “Una Fiaccola per la vita”

che, partita alle 14,00 da piazza Libertà di Trezzo d’Adda ha attraver-



sato i comuni di Grezzago, Trezzano Rosa, Masate, Basiano, Roncello, Ornago, Cavenago Brianza, Omate, Caponago, Agrate Brianza, Vimercate, per terminare poi dopo 36 chilometri in Villa Borromeo in Arcore dopo tre ore e mezza di marcia.

Fra i marciatori i podisti del “Gruppo Sportivo AIDO-AVIS” di Trezzo, i marciatori di Masate, Agrate, Vimercate ed Arcore, accompagnati dalle polizie locali dei Comuni di Trezzo d’Adda, Masate, Agrate, Vimercate e dalla Protezione Civile di Trezzo e di Agrate.

Alla partenza il saluto dei volontari AIDO di Trezzo portato dal loro Presidente Altiero Roncalli; hanno seguito poi la marcia i volontari della Croce Azzurra di Trezzo con l’autoambulanza per eventuale assistenza medica ed i mezzi della Protezione Civile di Trezzo, mentre il servizio di staffetta era assicurato in moto da volontari dell’AIDO, organizzati dal coordinatore della Commissione Sport Angelo Giordano.

Nei comuni di Masate ed Agrate sono stati effettuati punti di ristoro a cura dei Gruppi Comunali locali coordinati dai Presidenti Gariboldi e Barbieri, a Vimercate i volontari AIDO con il loro Presidente Fausto Scaccabarozzi hanno guidato i marciatori nell’attraversamento del centro cittadino, poi all’arrivo ad Arcore un giovane marciatore ha acceso con la fiaccola il tripode messo al centro del cortile d’onore di Villa Borromeo, mentre per la gioia di grandi e piccini veniva anche effettuato un lancio in cielo di palloncini a cura del Gruppo comunale AIDO coordinato dalla Presidente Anna Lisa Gazza.

Hanno portato il saluto delle Amministrazioni Comunali l’Assessore Colombo di Trezzo d’Adda, l’assessore Costante Gariboldi di Masate, l’Assessore Bosisio di Agrate ed il Vice Sindaco Moreno Firmo di Arcore; il Sig. Lucio D’Atri Presidente della Sezione Pluricomunale AIDO di Monza e Brianza ha illustrato con brevi parole il significato della manifestazione che per la quinta volta percorre le strade della Brianza.

Naturalmente lungo il tragitto i Gruppi Comunali AIDO hanno preparato anche banchetti informativi sulla necessità di donazioni di organi e tessuti a scopo di trapianti, è stato distribuito materiale d’informazione in merito e sono state raccolte decine di dichiarazioni di volontà a donare da parte di cittadini che affollavano il percorso.

L’Aido alla festa dello sport di Monza

Organizzata dalla USSM, Unione Società Sportive Monza, si è tenuta negli spazi dell’Autodromo di Monza nei giorni di sabato 16 e domenica 17 giugno l’annuale Festa dello Sport cittadina.

Anche quest’anno il Gruppo AIDO di Monza, una fra le poche associazioni di volontariato invitate, è stato presente con un proprio stand sistemato in uno dei prestigiosi box dell’Autodromo alla festosa Kermesse sportiva che ha attirato migliaia di giovani, famiglie con bambini ed appassionati di tutte le discipline sportive.

La diffusione della cultura della donazione e la raccolta di dichiarazioni di volontà a donare passa a nostro avviso anche per queste manifestazioni.





Montecitorio: presentato lo spot sulla donazione degli organi

Vipas

Di seguito la dichiarazione del Ministro della salute Livia Turco in occasione della presentazione della nuova campagna di comunicazione sulla donazione degli organi, insieme al Presidente del Consiglio Romano Prodi: Voglio prima di tutto ringraziare il Presidente Prodi per la grande attenzione e sensibilità verso questa grande tematica di solidarietà e di civiltà rappresentata dall'atto della donazione degli organi.

Oggi l'Italia può essere fiera della sua rete trapiantologia perché:

* è la prima nazione europea per numero di trapianti di fegato, per la qualità dei risultati e per la loro trasparenza;

* è il paese con la maggiore donazione di tessuti e di trapianti di cellule staminali emopoietiche;

* ha costruito, primo Stato al mondo, una procedura che assicura a tutti pazienti un identico accesso ai registri internazionali dei donatori di midollo e delle banche di cordone ombelicale.

E inoltre.

Proprio in questi giorni l'OMS ha proposto al Centro nazionale per i trapianti un progetto per la raccolta e la gestione degli eventi avversi nel trapianto.

Le organizzazioni europee di trapianto ci hanno confermato alla guida del gruppo di ricerca in materia di sicurezza e qualità dei trapianti, e le linee guida della nostra attività trapiantologia saranno utilizzate come base per la futura direttiva europea in materia.

Vanno, infine, ricordati la realizzazione del programma di trapianto nei soggetti sieropositivi, la leadership nel settore della valutazione del rischio di trasmissione di patologie neoplastiche tra donatore e ricevente, l'affidamento del data base internazionale per la raccolta dei dati su cellule e tessuti

Credo, quindi, che la fiducia dei cittadini, confermata dall'andamento delle donazioni, sia ben riposta.

Ma dobbiamo comunque impegnarci di più perché il numero dei trapianti possa aumentare, per poter assicurare ai pazienti in attesa un futuro attivo, da "persone guarite dalla

malattia".

Per far questo la donazione è l'atto fondamentale.

Un atto di vita, di solidarietà e di grande civiltà.

Lo spot di oggi testimonia l'impegno e la volontà del Governo e va ad arricchire le altre iniziative di comunicazione che il Ministero della Salute ha già avviato, insieme alle diverse Associazioni di volontariato, in occasione della settimana nazionale delle donazioni celebrata dal 6 al 13 maggio scorsi.

Nel 2006 l'attività di donazione e trapianto ha registrato un lieve ma comunque significativo incremento pari al 2% per le donazioni e all'uno per cento per i trapianti, che confermano l'Italia ai vertici in Europa per numero di donatori per milione di abitanti (Spagna 33,8 per milione; Francia 23,2; Italia 21,6).

Ma possiamo e dobbiamo fare di più.

Soprattutto quest'anno a fronte della flessione che abbiamo registrato a gennaio e febbraio. Anche se, già da marzo e fino ad oggi, i dati indicano una ripresa delle donazioni che, se resterà costante per tutto il 2007, dovrebbe bilanciare la perdita di donazioni di inizio anno.

Serve quindi uno sforzo straordinario per far conoscere a tutti questa realtà e dare a tutti la dimensione e l'importanza di un gesto, quello della donazione all'altro di se stesso. Il gesto d'amore e solidarietà più grande che un essere umano può compiere verso un altro essere umano.

Da pancreas cellule staminali capaci di produrre insulina

Fonte Agi/Federfarma

Cellule staminali che potrebbero essere utilizzate per curare il diabete sono state individuate nel pancreas umano. A questo risultato è giunto, all'Università di Siena, il gruppo di ricercatori coordinati dal professor Vincenzo Sorrentino.

Gli scienziati, il cui lavoro è in pubblicazione sulla rivista 'Cell Death and Differentiation', sono riusciti a dimostrare - e' detto in una nota dell'Università di Siena - che è possibile isolare dalle isole pancreatiche di soggetti

umani adulti una popolazione di cellule che possono essere cresciute in laboratorio e che hanno la capacita' di differenziarsi in diversi tipi cellulari, tra cui cellule adipose, cellule ossee e cartilagine. La scoperta sostanziale a cui e' giunta l'equipe di Sorrentino e' la capacita' di queste cellule di produrre insulina, dopo opportune manipolazioni in laboratorio. L'identificazione di queste cellule staminali nel pancreas umano apre dunque la strada allo sviluppo di terapie da utilizzare in soggetti affetti da gravi forme di diabete, basate sul trapianto di cellule produttrici di insulina. La ricerca e' stata svolta nell'ambito di un progetto sulla medicina rigenerativa finanziato dalla Regione Toscana presso l'Universita' degli studi di Siena e il Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, dedicato a sviluppare metodologie avanzate per la crescita e il differenziamento di cellule staminali da adulto per lo sviluppo di terapie cellulari. Allo studio hanno contribuito i ricercatori del Centro di Ricerca sulle Cellule Staminali di Siena diretto dal professor Vincenzo Sorrentino insieme ai ricercatori della diabetologia, coordinati dal professor Francesco Dotta.

Primo trapianto di cornea perforante con laser

Vipas

Effettuato a Siena il primo intervento italiano di trapianto di cornea perforante con incisione laser a 60 megahertz. L'importante risultato e' stato messo a segno nei giorni scorsi al policlinico Santa Maria alle Scotte, dal prof. Aldo Caporossi, direttore dell'U.O.C. Oculistica su un paziente di Prato. "Si tratta di un intervento innovativo - spiega Caporossi - realizzato grazie ad un sofisticato laser di ultima generazione, acquistato recentemente, chiamato 'intralase', che permette di tagliare la cornea non verticalmente ma a cilindro di cappello e cio' consente quindi di dare all'incisione qualsiasi tipo di profilo".

La nuova tecnica, messa in pratica a Siena con i professionisti americani che l'hanno ideata, permette di effettuare un taglio con superficie maggiore e, al contempo, favorire una cicatrizzazione piu' veloce, proprio gra-

zie al tipo di incisione. "In questo modo - continua Caporossi - possiamo posizionare la nuova cornea esattamente al posto della vecchia, proprio come una porta che viene montata sul suo cardine. Se l'incastro avviene allo stesso livello non dobbiamo stringere troppo la sutura ed evitiamo quindi la formazione dell'astigmatismo, come spesso puo' accadere con la tecnica usata sino ad ora". La nuova tecnica e' migliorativa rispetto alle precedenti e il nuovo strumento permettera' di effettuare non solo il trapianto di cornea ma di intervenire con maggior precisione anche su miopia, chirurgia lamellare e sui tagli di cornea per la riduzione dell'astigmatismo. "La ricerca e l'innovazione - conclude Caporossi - sono fondamentali in questo settore e sono molto soddisfatto del risultato raggiunto".



The logo for 'aido' is a red teardrop shape with the word 'aido' written in white lowercase letters inside.

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



