

NOTIZI AIDO

ORGANO UFFICIALE DEL GRUPPO SPECIALE MILANO

PrimaVera Prevenzione

da ZELIG e COLORADO CAFE' gli artisti

Margherita Antonelli – Bove e Limardi – I Papu
Gruppo danza moderna Atmosfera Zero
Conduce Max Pisu

10 maggio, ore 21
Teatro Angelicum – Piazza S. Angelo - Milano

Ingresso libero fino ad esaurimento posti.
Per il ritiro dei biglietti occorre prenotare al 02 68 88 664.
Lun.merc.ven dalle 8.30 alle 12.30

A.I.D.O. - GRUPPO SPECIALE MILANO
Via Livigno, 3 - 20158 Milano - Tel. e Fax 026888664
www.aidomilano.it - info@aidomilano.it

NOTIZIAIDO viene inviato gratuitamente a tutti gli associati e in ogni momento gli stessi possono secondo il D. Lgs. 196/2003 Art.13 avere accesso ai dati che li riguardano, chiederne la modifica o la cancellazione, opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Redazione NOTIZIAIDO Via Livigno, 3 20158 Milano

COMUNICAZIONI ALL'ASSOCIATO

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DONATORI ORGANI Gruppo Speciale Milano

E' lieta di comunicare che a seguito di un nuovo accordo di convenzione nel settore sanitario, ha selezionato per tutti gli iscritti e loro familiari un centro specializzato in cure odontoiatriche:

Vacupan Italia S.r.l. Via del Don n.1 - 20123 Milano

Per ogni informazione è possibile contattare la nostra Sede di Via Livigno, 3 - tel. 02 6888664

A partire dal mese di Gennaio e per tutto il 2006, la convenzione è già attiva e prevede un preventivo gratuito e senza impegno previa consultazione diagnostica. Alla fine della visita, verrà comunicata la diagnosi, accompagnata dalla proposta delle terapie più appropriate al caso e dal preventivo economico dettagliato per iscritto.

Le consulenti introdurranno un piano di pagamento più idoneo.

Ricordiamo inoltre la possibilità di finanziare l'intero piano di cura, con comode rate da 6 a 24 mesi.

L' A.I.D.O. - Gruppo Speciale Milano, ha concordato con la Vacupan Italia un tariffario esclusivo e vantaggioso rivolto ai soli iscritti ed ai loro famigliari.

Vi ricordiamo che presso la Vacupan Italia di Milano si eseguono impianti osteointegrati. Si tratta dell'inserimento nell'osso della mascella o della mandibola di particolari dispositivi (chiamati impianti endosse) che vanno a sostituire le radici dei denti completamente persi. Risolutivo anche per la protesi mobile.

Ci teniamo a darvi alcune informazioni sullo Studio:

Studio Vacupan Italia - Via del Don n.1 - Milano
Orario Studio: Lunedì-Venerdì 9 - 18 / Sabato 9 - 17
Direttore Sanitario: Dr.ssa Leda Fuda
Consulenti: Signora Patrizia de Marchi - Signora Cinzia Albini
Direttrice del Centro: Signora Claudia Carminati

Per usufruire dei vantaggi della suddetta Convenzione è necessario esibire la tessera associativa.

Ringraziandovi fin d'ora per l'attenzione che vorrete dedicare alla presente comunicazione, vogliate con l'occasione gradire i nostri più cordiali saluti,

Il Presidente
Dr. Maurizio Sardella

Nessuno è autorizzato a ritirare denaro a domicilio per conto dell'Aido

ATTENZIONE

Chi volesse ricevere un solo numero di Notiziaido per nucleo familiare ne dia comunicazione scritta o telefonica.

CARO ASSOCIATO,
 conserva la ricevuta, sia postale
 che bancaria, della tua offerta:
 potrai dedurla con la prossima
 dichiarazione dei redditi in base
 all'art.13 D.Lgs. nr. 460 del 1997
 L'Aido è iscritta all'anagrafe
 delle O.N.L.U.S.
 (Organizzazione Non
 Lucrative di Utilità Sociale).

Banca popolare dell'Emilia Romagna
ABI 05387 - CAB 01600
c/c 1290028

SOMMARIO



• CONVENZIONE VACUPAN	PAG. 2
• EDITORIALE	PAG. 3
• IL PUNTO DEL PRESIDENTE	PAG. 4
• AL VIA PRIMAVERA PREVENZIONE	PAG. 5
• 5 PER MILLE ALL'AIDO	PAG. 7
• IL CONSENSO ALLA DONAZIONE	PAG. 8
• TRA SOMA E PSICHE	PAG. 12
• NOTIZIE IN BREVE	PAG. 14
• DELEGAZIONE BAGGIO	PAG. 16

NOTIZIAIDO

Direttore Responsabile: Giovan Battista D'Ardia
 Redattore: Pino Belloni
 Hanno collaborato: Lucia Cavalleri
 Paolo Geraci
 Elena Consoli
 Impaginazione: Alessandra Cacciatore
 Stampa: Arti Grafiche G.Vertemati
 Via Bergamo 2
 20059 - Vimercate

EDITORIALE

Nel gruppo di Milano non saremo più affumicati dalle sigarette di Giovanni, erano il segno distintivo della sua presenza durante gli incontri per la revisione dei conti. Ho collaborato con lui per circa cinque anni, ma la sua firma compare sul libro dei "verbali dei revisori dei conti" da molto tempo. Era uno dei "vecchi", di coloro i quali per primi avevano deciso di porre la propria competenza e professionalità a disposizione dell'AIDO.

Puntualmente le assemblee gli confermano la fiducia. Forse non molti lo conoscevano all'interno del gruppo perché i revisori dei conti si riuniscono al di fuori delle riunioni del "consiglio" e la monotonia dei numeri non permette di manifestare doti carismatiche, ma alla cerimonia funebre la chiesa era piena, segno evidentemente che, malgrado la sua modestia, aveva un qualcosa in più che lo faceva apprezzare anche nella vita quotidiana. Il rimpianto più grande per lui e per noi è che non sia riuscito a donare, ma grazie alla sua vicinanza tutti siamo spiritualmente più ricchi e non ci rimane altro da fare che ringraziarlo per quello che ha fatto e per quanto ci ha lasciato. Salutiamo così un associato, un compagno, un amico ed a noi, che continuiamo il suo lavoro, un augurio in linea con il comportamento sdrammatizzante di Giovanni: "io speriamo che me la cavo".

Giovan Battista D'Ardia

IL PUNTO DEL PRESIDENTE:

**AIDO CON LA FONDAZIONE POLICLINICO MANGIAGALLI
PER PROMUOVERE LA CURA DELLA SALUTE**

Da un rapporto dell'OCSE (Organization of Economic Co-operation and Development) redatto nel 2005 si sottolinea la necessità di investire maggiormente sulla prevenzione. "Se non si scommette sulla promozione di stili di vita più corretti - avverte l'OCSE - sono ad alto rischio nei prossimi anni sia la salute che i conti". Si rileva infatti che, secondo i dati più recenti relativi al 2003, la spesa sulla prevenzione rappresenta solo il 0.6% di quella complessiva per la Sanità. Questi dati appaiono scadenti se si confrontano con la media OCSE che si attesta sul 2.9%, e ancor di più paragonandoli a quelli del Canada (8%) o dell'Olanda (5.5%).

Aido si muove da sempre in questa stessa direzione, tant'è che nell'art. 2 dello Statuto si evidenzia, tra le altre, la promozione della "conoscenza di stili di vita atti a prevenire l'insorgere di patologie che possano richiedere come terapia il trapianto di organi".

Per questo abbiamo aderito all'invito della Fondazione Policlinico Mangiagalli di Milano a prendere parte al loro progetto di ricerca scientifica intitolato P3, finalizzato alla creazione di percorsi personalizzati di valutazione della predisposizione individuale verso determinate patologie (finalizzato alla creazione di percorsi preventivi personalizzati sulla base della predisposizione individuale a sviluppare determinate patologie). Il progetto, che prevede la realizzazione di un questionario mirato online, vedrà la sua presentazione ufficiale nell'autunno prossimo dove sarà presentato ufficialmente con dovizia di dettagli.

Per arrivare preparati e informati a questo appuntamento, sempre di concerto con la Fondazione Policlinico, abbiamo organizzato una serie di eventi scientifici e culturali dedicati proprio al tema della prevenzione. Questa iniziativa prende il nome di PrimaVera Prevenzione e si articolerà per oltre un mese a partire dal 7 maggio, in concomitanza con la settimana nazionale della donazione di organi. Tra le pagine di questo giornale troverete il calendario completo degli appuntamenti. Speriamo così di offrire a tutti gli iscritti al Gruppo Speciale Aido di Milano l'opportunità di diventare più consapevoli e informati sul proprio stato di salute.

Il Presidente
Maurizio Sardella



Ciao Gianni

"Questa notte ho fatto un sogno, ho sognato che ho camminato sulla sabbia accompagnato dal Signore, e sullo schermo della notte erano proiettati tutti i giorni della mia vita. Ho guardato indietro e ho visto che ad ogni giorno della mia vita, proiettate nel film, apparivano orme sulla sabbia: una mia e una del Signore. Così sono andato avanti, finché tutti i miei giorni si esaurirono. Allora mi fermai guardando indietro, notando che in certi posti c'era solo un orma..."

Questi posti coincidevano con i giorni difficili della mia vita: i giorni di maggior angustia, di maggior paura e di maggior dolore... Ho domandato allora:

"Signore Tu avevi detto che saresti stato con me in tutti i giorni della mia vita, ed io ho accettato di vivere con Te, ma perché mi hai lasciato nei momenti peggiori della mia vita?"

Ed il Signore rispose: "Figlio mio, io ti amo e ti dissi che sarei stato con te durante tutta la camminata e che non ti avrei lasciato solo neppure un attimo, e non ti ho lasciato..."

I giorni in cui tu hai visto solo un orma sulla sabbia, sono stati i giorni in cui ti ho portato in braccio".

Anonimo Brasiliano

AL VIA PRIMAVERA PREVENZIONE

UN MESE DI INIZIATIVE DEDICATE ALLA CURA DELLA SALUTE

Oggi più che mai la prevenzione è considerata uno dei temi caldi delle politiche sanitarie. Prevenzione intesa non solo come l'esecuzione di test di screening generici ma anche, e soprattutto, come l'identificazione di fattori di rischio individuali. Per questo la Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena di Milano, con la preziosa collaborazione dell'Università degli Studi, di AIDO Milano e dell'Associazione Amici del Policlinico Donatori di Sangue, ha ideato PrimaVera Prevenzione, un mese di eventi scientifici e culturali, dedicati alla cultura della salute, volto ad accrescere, presso il vasto pubblico, la consapevolezza su come gli stili di vita influenzino l'insorgere di alcune malattie. Sarà inoltre l'occasione per festeggiare, insieme alla città di Milano, i 550 anni dell'Ospedale Maggiore Policlinico, il centenario della Clinica Mangiagalli, il centenario della medicina del lavoro, il cui primo congresso internazionale si svolse proprio a Milano nel 1906 in occasione dell'inaugurazione del traforo del Sempione, il trentesimo anniversario di AIDO Milano, e la giornata Mondiale dei Donatori di Sangue.

Sono davvero molte le iniziative previste, alcune di taglio scientifico, altre di intrattenimento:

• 7-14 maggio:

Settimana nazionale del trapianto e della donazione di organi, tessuti e cellule, promossa dal Ministero della Salute con AIDO e altre Associazioni di volontariato.

• Mercoledì 10 maggio:

Teatro Angelicum (Piazza Sant'Angelo, 2 Milano) alle 21,00.
Spettacolo con i comici di Zelig Circus e Colorado Cafè organizzato da AIDO Milano.
Ingresso ad invito.

• 14 maggio/14 giugno: Weekend della salute.

Presso il Centro trasfusionale della Fondazione Policlinico Mangiagalli (via F. Sforza 35, Padiglione Marangoni), il sabato e la domenica alle 10 ci terrà un ciclo di incontri dedicati ai temi caldi della prevenzione con possibilità di counselling e visite di controllo specialistiche gratuite (previa prenotazione, fino ad esaurimento posti. Il numero dedicato alle prenotazioni sarà attivo dalle 9 alle 12.30 a partire dal lunedì antecedente l'incontro).

Questo il programma:

• Domenica 14 maggio:

Prevenire è meglio che fumare (a cura di prof. Bertazzi e prof. Sirchia).

Mattina dedicata al tema delle patologie da fumo. Un'équipe del Centro per la Prevenzione Diagnosi e Terapia del Tabagismo affronterà il tema del tabagismo, evidenziandone i rischi e consigliando come smettere. I partecipanti potranno effettuare un test di misurazione del monossido di carbonio presente nei polmoni e compilare un questionario di autovalutazione della dipendenza da nicotina (test di Fagerstroem). Prenotazioni allo 02 5503 4306/4307.

Il Centro trasfusionale sarà aperto per le donazioni di sangue e sarà possibile effettuare visite guidate.

• Sabato 27 maggio:

Senti chi parla (a cura di prof. Cesarani).

Incontro sul tema della sordità con possibilità di controllo dell'udito.

• Domenica 28 maggio, ore 10:

Metti il cuore sulla bilancia (dr.ssa Bardella, prof. Gabrielli, dr.ssa Orsi).

Incontro dedicato alla corretta alimentazione e agli effetti cardiovascolari di una dieta

bilanciata o errata. Tre i percorsi diagnostici proposti: valutazione del proprio peso forma con consigli su come raggiungerlo e mantenerlo (massimo 15 persone); visita per determinare eventuali intolleranze alimentari (massimo 15 persone); controllo del sistema cardiocircolatorio con possibilità di effettuare un eco-doppler carotidea (massimo 30 posti). Prenotazioni allo 02 5503 5812.

• Sabato 10 giugno:

Occhio di lince (a cura di prof. Ratiglia).

Incontro dedicato alla prevenzione del glaucoma e della maculopatia senile, con visita di controllo associata (massimo 15 persone). Prenotazioni allo 02/55033906.

• Domenica 11 giugno:

Ossa di porcellana (a cura di dr Olivieri).

Incontro curato dall'équipe del Centro per la diagnosi e la cura dell'osteoporosi sul tema della prevenzione, della diagnosi e della cura di questa insidiosa patologia. Inoltre, per chi avrà prenotato anticipatamente (massimo 15 persone) sarà possibile effettuare una visita specialistica di valutazione e, nel caso lo si ritenga opportuno, eseguire una densitometria ossea. Prenotazioni allo 02/55033554.

Il Centro trasfusionale sarà aperto per le donazioni di sangue e sarà possibile effettuare visite guidate.

• Giovedì 25 maggio, ore 16.30:

Aula Sforza, Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena:

Festa di primavera dei volontari.

Primo incontro di tutte le associazioni di volontariato attive all'interno dell'Ospedale Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena. Dopo gli interventi istituzionali di apertura, si terrà una lotteria con regali per tutti: primo premio un weekend per due persone a Saint Vincent.

• 11-16 giugno:

Fiera Milano Congressi Center (via Gattamelata 2):

28th International Congress on Occupational Health.

Tema del congresso: "Rinnovare un secolo di impegno per una vita lavorativa sana, sicura e produttiva". Info: www.icoh.com

• Mercoledì 14 giugno, ore 19:

Fondazione Policlinico Mangiagalli Regina Elena, Padiglione Marangoni:

Spaghetтата in giardino con musica dal vivo per festeggiare insieme la Giornata Mondiale del Donatore di Sangue.

• Giovedì 15 giugno, ore 21:

Auditorium di Milano (l.go G. Malher, ang. C.so San Gottardo):

Franco Battiato in concerto.

Il ricavato dalla vendita dei biglietti verrà devoluto ai progetti di ricerca della Fondazione Policlinico Mangiagalli e Regina Elena. Prevendita in tutti i punti Chartanet (online www.vivaticket.it) e presso la biglietteria del teatro (online www.auditoriumdimilano.org).

Il calendario dettagliato di PrimaVera Prevenzione è disponibile online sui siti www.policlinico.mi.it e www.aidomilano.it.

Lucia Cavalleri

La Fondazione Irccs Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena (di natura pubblica) è la prima (e l'unica sino ad oggi) costituita secondo il D.Lgs. 288 del 16 ottobre 2003: «Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3». Come noto, secondo questa normativa, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico possono essere trasformati - su iniziativa delle singole Regioni - in Fondazioni di rilievo nazionale, le quali, ferma restandone la natura pubblica, possono essere aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e possono costituire società, anche in partnership con soggetti sia pubblici che privati.

La Fondazione incorpora l'ex IRCCS l'Ospedale Maggiore e parte dell'A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento (Icp). Nelle due strutture opera - in convenzione - l'Università Statale di Milano. I soci fondatori sono: Regione Lombardia, Ministero della Salute, Comune di Milano, Arcidiocesi di Milano.

Il Presidente è Carlo Tognoli. Giuseppe Di Benedetto è il Direttore generale, Ferruccio Bonino è il Direttore scientifico.

I Consiglieri di amministrazione sono: Adriano Bandera, Erminio Borloni, Antonio Guastoni, Lorenzo Ornaghi, Luigi Roth, Piergiorgio Sirtori, Roberto Villani, Francesca Zanconato.

La Fondazione coniuga il servizio ospedaliero con la ricerca scientifica e la formazione universitaria. I programmi di ricerca scientifica - in sintonia con l'art. 1 del D.Lgs. n. 288/03 - perseguono finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale: il trasferimento rapido alla terapia dei risultati della ricerca.

Il riconoscimento di IRCCS è riferito alle discipline: «emergenza e urgenza nell'adulto e nel bambino», «riparazione e sostituzione di cellule, organi e tessuti».

La medicina del lavoro e dell'ambiente e, più in generale, la prevenzione, sono una missione identificata nell'Accordo di Programma.

I principali obiettivi della Fondazione riguardano:

- l'assistenza sanitaria e la «ricerca biomedica e sanitaria di tipo clinico e traslazionale, al fine di mantenere e rafforzare la configurazione di Centro di riferimento nazionale»;
- l'assunzione di «ogni iniziativa idonea a promuovere la ricerca traslazionale» anche per «tutelare la proprietà dei suoi risultati nonché la valorizzazione economica degli stessi attraverso la costituzione e/o la partecipazione a enti e società»;
- l'attuazione, anche in rapporto con altri enti, di «programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria con riferimento agli ambiti istituzionali delle attività di ricerca e assistenza»;
- il ruolo di «supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea».

MODELLO 730-1bis redditi 2005
scheda per la scelta della destinazione del 5 per mille dell'IRPEF

Da consegnare unitamente alla dichiarazione Mod. 730/2006 al sostituto d'imposta, al C.A.F. o al professionista abilitato, se l'assistenza fiscale è prestata dal sostituto d'imposta utilizzare l'apposita busta chiusa contrassegnata sui lembi di chiusura.

CONTRIBUENTE CODICE FISCALE (obbligatorio)

COGNOME (per la donna indicare il cognome da nubile) NOME SESSO (M o F)

DATI ANAGRAFICI DATA DI NASCITA (GIORNO MESE ANNO) COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA PROVINCIA (sigla)

SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta **FIRMARE** in UNO degli spazi sottostanti)

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

Finanziamento della ricerca scientifica e delle università

FIRMA _____

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **80023510169**

Finanziamento della ricerca sanitaria

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA _____

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

5 PER MILLE ALL'A.I.D.O.

Una firma per A.I.D.O.: Associazione Italiana per la donazione di organi, tessuti e cellule (onlus)

800 23 51 01 69

non è un numero verde, ma il codice fiscale dell'A.I.D.O.

La legge finanziaria ha previsto per il 2006, in via sperimentale, la possibilità che il contribuente doni il 5 per mille della tassazione Irpef ad associazioni di volontariato, di promozione sociale, alle onlus, a istituti di ricerca e comuni. Resta anche l'8 per mille. Entrambe le opzioni possono essere espresse.

COME FARE

Nella prossima dichiarazione dei redditi (modello integrativo CUD, 730 e Unico) .

- mettere la propria firma nel riquadro dedicato al sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale ecc,"
- inserire il codice fiscale dell'A.I.D.O.: 800 23 51 01 69

Grazie da parte degli oltre 9.000 cittadini che aspettano un trapianto.

Per eventuali informazioni, chiamare il numero verde gratuito: **800 99 90 91**

I L CONSENSO ALLA DONAZIONE: SCENARI IN EVOLUZIONE

*Antigone, figlia di Edipo, dà sepoltura al fratello Polinice, contro la volontà del re Creonte.
Antigone segue la legge eterna degli dei (noi diciamo oggi "della natura e degli affetti").*

Noi siamo dalla parte di Antigone.

Il richiamo a Sofocle (V secolo a. C.) suggerisce che c'è qualcosa di universale e imperituro nelle azioni umane, anche nelle meno appariscenti.

Sono convinto che noi tutti che operiamo nel campo dei trapianti e degli innesti di organi e tessuti svolgiamo un'attività assolutamente in sintonia con la natura, la storia e la cultura dell'uomo.

Da sempre l'uomo preleva, innesta e trapianta rami, alberi, piante.

Traduce parole di altre lingue e le adatta alla propria, arricchendola con innesti e trapianti di vocaboli e di idee.

Migra e innesta o trapianta interi popoli in terre lontane per farle fruttificare e migliorare insieme la propria genia.

Sono anche convinto che noi "trapiantologi" stiamo scrivendo una pagina della medicina destinata a terminare: mi prefiguro i nostri eredi tra qualche decina o centinaio di anni i quali, nei testi di storia della medicina, ricorderanno la fine del XX e la prima metà del XXI secolo come "l'epoca dei trapianti da uomo a uomo".

Credo insomma che noi non stiamo tracciando le fondamenta di una medicina del futuro, ma al contrario stiamo completando meravigliosamente bene il tetto di una medicina iniziata da millenni e perfezionata negli ultimi cent'anni, ma destinata a essere superata grazie ai progressi delle scienze biomediche e della bioingegneria.

Ciò dico senza nulla togliere al valore della nostra mission, unica alternativa terapeutica, hic et nunc, alle malattie che sappiamo.

Noi preleviamo parti del corpo di Polinice per trapiantarle in altri fratelli. Ma non accettiamo di farlo se Antigone non lo vuole.

Noi vogliamo il bene delle persone, dei pazienti e delle loro famiglie. E il bene per i nostri malati è ricevere un organo. Il bene per i nostri donatori è rispettare la propria volontà.

Noi sappiamo prelevare e trapiantare gli organi e i tessuti dei vivi e dei morti. Ma ci consideriamo i bracci armati della generosità della persona. Non si muova braccio se la persona non vuole.

È dunque la volontà della gente che interessa noi, medici dei trapianti.

Penso che se c'è qualcosa di universale, di esportabile nel mondo futuro, in quanto legata alle radici più profonde dell'essenza umana, questo è il nostro essere "medici", meno tecnici e più uomini: vicini alla persona nei momenti della difficoltà e del bisogno.

È il nostro essere "umani", spontaneamente (attingendo alla nostra natura di uomini) ma anche professionalmente (straordinariamente formati alla relazione interpersonale).

Insomma di tutto il lavoro che si fa in questo campo, quello che ha un valore più duraturo (universale) è forse - a mio parere - quello legato ai rapporti con i malati in attesa di trapianto e con quelli trapiantati, con le loro famiglie e con le famiglie dei donatori.

E in questo lavoro gli unici strumenti utili, non clonabili né staminalmente riproducibili sono la persona, la parola, il linguaggio non verbale, l'intelligenza e la sensibilità.

Ecco così recuperato il senso forte della nostra mission.

La proposta di donazione

Ma cerchiamo di analizzare il nostro campo di attività: la donazione di organi e tessuti..

Nel sito del CNT troviamo ben esplicitate le tre eventualità che si possono presentare, oggi, in caso di morte:

1. il cittadino ha espresso in vita la volontà positiva alla donazione: i familiari non possono opporsi
2. il cittadino ha espresso volontà negativa alla donazione: non ci può essere prelievo di organi
3. il cittadino non si è espresso: il prelievo è consentito se i familiari non si oppongono.

In tutti e tre i casi è nostro compito parlare con i congiunti del defunto, ma è il terzo caso quello che ci riguarda con maggiore intensità e, spesso, difficoltà.

Qui dobbiamo noi stare davvero dalla parte di Antigone e ascoltare la sua voce e seguire la sua volontà.

Tutti noi sappiamo quali sono i dubbi e le paure dei cittadini italiani rispetto alla donazione di organi:

1. Che cosa significa morire?
2. Come si accerta la morte?
3. Che differenza c'è tra il coma e la morte cerebrale?
4. Chi sono i medici che stabiliscono la morte?
5. Come vengono tutelati i non donatori?
6. Quali garanzie contro il commercio degli organi?
7. L'assegnazione degli organi prelevati avviene tramite procedimenti chiari e trasparenti?
8. La donazione di sangue è utile ai trapianti?
9. Siamo sicuri che gli organi non vengano utilizzati per esperimenti?
10. Qual è l'aspetto del corpo dopo la donazione degli organi?
11. Si può scegliere cosa donare?
12. Quali controlli sull'organo da trapiantare?
13. Come sapere il nome dei donatori e dei riceventi?



Una decisione così importante e soprattutto, nella situazione attuale, così immediata, deve essere fondata su argomentazioni certe e fornire degli elementi oggettivi sui quali poter fondare la propria scelta.

È dunque molto importante la comunicazione.

Breve storia del nostro modo di comunicare la morte.

In principio era il timore. Sì, all'inizio dell'attività di prelievo di organi a scopo di trapianto i medici rianimatori avevano un sacro timore di "chiedere" ai familiari il consenso a donare gli organi. E prima ancora avevano una certa reticenza nell'informarli della "morte cerebrale" del loro congiunto. Negli anni '80 noi usavamo il termine di "coma dépassé" e sapevamo bene che si trattava di uno stato irreversibile e definitivo, ma - accidenti - lo chiamavamo coma. E non era facile spiegare ai famigliari che il giorno prima il malato era in coma profondo e il giorno dopo il coma era diventato così profondo che aveva fatto sprofondare il malato nel regno dei morti. E allora i familiari chiedevano: ma non si può fare più nulla? Ma non c'è un centro specializzato per questi tipi di coma? E così via. Con queste premesse non era facile passare all'argomento del prelievo. Come si faceva a prelevare organi da una persona in coma?

Tuttavia, pur non essendo facile, la tenacia e la grande motivazione dei rianimatori, per vocazione "medici dell'impossibile" e anche "dell'improponibile" fece sì che cominciarono alla grande i trapianti di organo.

Eravamo agli inizi e stavamo imparando. Ciascuno giocava le proprie capacità comunicative e, soprattutto, raccoglieva i frutti, buoni o grami, di una rapporto di fiducia (o talvolta di sfiducia) delle famiglie verso le rianimazioni, ancor prima che verso gli ospedali.

Oggi la parola "coma dépassé" è un ricordo lessicale. Abbiamo imparato a parlare di morte. Non abbiamo più paura a nominare quella parola "impossibile". Abbiamo la consapevolezza di aver fatto di tutto, ci siamo conquistati la fiducia, abbiamo cercato la cosiddetta "alleanza terapeutica" e, alla fine del percorso, se non ce l'abbiamo fatta a salvare una vita, siamo in grado con grande franchezza di ammettere la sconfitta e di ricevere l'onore delle armi. Sì perché sappiamo che si può parlare di morte e di donazione di organi soltanto se si è bravi a curare la vita, se si lavora in modo efficiente, efficace e trasparente, senza finzioni e senza fornire inutili illusioni.

Oggi i medici, grazie ai buoni consigli di chi non può dare il cattivo esempio (parlo degli psicologi) parlano di morte e poi informano della possibilità di donare organi e tessuti e chiedono se il povero defunto (dagli organi ancora vitali) aveva mai parlato di questo argomento e se "sì", che cosa ne pensava, e se "non so" che certamente era una persona generosa e che avrebbe fatto del bene etc.

Il consenso alla donazione, oggi.

E così in Italia abbiamo raggiunto un tasso di opposizione al prelievo molto basso (28,8 % nel 2004), in alcune regioni (es. Lombardia 16,3%) assolutamente inferiore a qualunque altro stato europeo e non solo: es. Spagna 18% ; Inghilterra 37%.

Da constatare il fatto che non c'è correlazione stretta tra il tasso di opposizione al prelievo e il numero di donatori p.p.m. Per fare solo un esempio la Lombardia nel 2004 ha avuto un tasso di opposizione del 16,3% e un tasso di donatori (utilizzati) di 19,8 ppm. Il Piemonte un tasso di opposizione del 33,8 % e di donatori di 28,6 ppm. La Toscana un tasso di opposizione del 31,8% e uno di donatori di 31,2 ppm.

	Tasso % opposizione	donatori p.p.m.
Lombardia	16,3	19,8
Veneto	19,0	25,8
Friuli V.G.	20,0	28,7
Marche	10,1	32,6
Trentino	0,0	6,3
Liguria	18,8	28,0
Piemonte	33,8	28,4
Emilia Romagna	30,8	28,6
Toscana	31,8	31,2

(dati Regione Lombardia, CIR)

Viene da sospettare che i numeri possano trarre in inganno; ma a ben analizzarlo è possibile che nelle regioni a più elevato tasso di donazione (corrispondente anche a un maggior tasso di opposizione) la proposta di donazione venga fatta a un maggior numero di familiari e quindi sia esposta a una maggior probabilità di opposizione.

Una ricerca interessante (e ormai nota) è stata promossa dal CNT (dal dicembre 2003 al settembre 2004): riguardava la relazione con le famiglie dei pazienti deceduti in Rianimazione e diventati potenziali donatori d'organo.

I risultati forniscono indicazioni sulle reazioni dei familiari alla notizia della morte e alla proposta di donazione; alle modalità di manifestazione della volontà, alla stessa manifestazione di volontà e ai motivi dell'opposizione e della non opposizione.

Estrapolando i dati relativi alla Lombardia, risulta che nel 62 % dei casi (su un totale di 141) la decisione sulla donazione / non donazione viene presa autonomamente dai familiari; nel 27 % in base alla volontà espressa in vita dal donatore stesso; soltanto nel 3 % dei casi in base a documentazione sottoscritta in vita dal donatore (tesserino blu etc.). Valori del tutto sovrapponibili anche per quanto riguarda l'opposizione / non opposizione al prelievo (68 / 65 % familiari; 29 / 28 % volontà del defunto; 3 % documento).

Una considerazione si può avanzare: la gente non esprime volentieri in vita la volontà di donare o di non donare. In questo caso i numeri parlano chiaro.

Al 15 settembre di quest'anno in Italia soltanto 60.309 cittadini italiani hanno espresso la volontà in merito alla donazione degli organi (16,4 % di opposizioni) e 1974 cittadini di origine straniera lo hanno fatto (15,8 % opposizioni).

Alla stessa data in Lombardia ad averlo fatto erano 3164 cittadini italiani (25,8 % opposizioni) e 100 di origine straniera (35 % opposizioni).

I cattivi maestri di Antigone

Secondo una nostra statistica personale, molto aleatoria, seppur condivisa con alcuni amici coordinatori, la volontà espressa in vita dal defunto è talvolta utilizzata come "cuneo" decisionale per giustificare una opposizione difficilmente giustificabile in altro modo.

E ancora. Talvolta l'aver parlato in famiglia della donazione degli organi è stato nefasto ai nostri fini in quanto l'interessato si era espresso in termini magari superficiali e ironici con espressioni apotropaiche che, nella memoria dei familiari, assurgono a insormontabili ostacoli a una decisione di consenso.

E ancora. Le voci, le leggende, le fantasie, le notizie sbagliate sono talvolta destruenti e si agitano nella testa dei familiari confondendo e soggiogando ogni tentativo di razionalizzare o raffreddare la decisione.

E ancora: gli stessi sanitari (medici in primis) non aiutano i loro pazienti a capire.

Tuttavia noi siamo bravi e riusciamo spesso a superare i cat-



tivi maestri.

Le parole sono sassi o macigni o soltanto aria che passa tra le corde vocali: dipende da chi ascolta e dall'uso che se ne vuole fare.

Nuovissimi scenari

C'erano una volta i ragazzini senza casco. Si rompevano la testa e morivano. Oggi la tragedia è finita. Il casco riduce la mortalità dei giovani in motocicletta, e sugli sci, e in bicicletta. E noi siamo felici di non avere più giovani donatori di organi.

Ma nuove Antigoni si stanno profilando all'orizzonte. E sono i giovani immigrati che hanno la stessa voglia di vivere e la stessa incoscienza dei nostri ragazzini, ma che non hanno la cultura dell'autoprotezione (o tragicamente non hanno i mezzi per potersela permettere).

Sono le loro famiglie i nostri nuovi interlocutori. Famiglie lontane, assenti, spesso miserevoli e "ignoranti". Che per noi meritano il rispetto e l'attenzione che ogni Antigone prima di loro ha meritato.

Perché loro non sono diversi da noi. Hanno le stesse paure, gli stessi dubbi. Uno studio del 2004 condotto in India su 33 famiglie di potenziali donatori (di cui 30 si sono opposte alla donazione) ha evidenziato, fatte le debite differenze - peraltro non sostanziali - paure analoghe a quelle dei nostri concittadini:

- non accettazione morte encefalica 83%
- superstizione (dubbi sulla reincarnazione senza un organo) 40%
- superstizione (il corpo manomesso non è libero di entrare nel ciclo vita-morte-reincarnazione) 26%
- ritardo esequie 23%
- disaccordo tra familiari 17%
- timore di critica sociale 10%
- insoddisfazione delle cure ospedaliere 10%
- incertezza sulla volontà del defunto 6%

Però nello studio già citato del CNT i numeri delle donazioni degli stranieri (in base alla loro religione) sono desolanti: 4 musulmani e 1 buddista si oppongono; un testimone di Geova e un cristiano ortodosso acconsentono.

Perché?

Perché gli immigrati, in aggiunta, hanno altre paure e altri dubbi: si sentono estranei, emarginati. Sono diffidenti rispetto alle cure ricevute.

Ma neppure quello, forse, è il vero problema: davanti a una famiglia noi siamo capaci di comunicare e di instaurare una relazione.

Il problema in questi casi è che non c'è interlocutore: "i suoi genitori sono troppo vecchi per fargli una richiesta del genere, già devo dirgli al telefono che è morto il loro figlio (perché loro abitano in Albania), figurati se gli chiedo di donare gli organi"

E allora che fare?

Se noi dobbiamo stare dalla parte di Antigone, dobbiamo rispettarne la volontà.

Non giudicare, non disprezzare il diverso. Non contare su nessun altro che non su noi stessi.

Quel che noi possiamo fare è curare bene tutti i malati, allo stesso modo, con la stessa dignità, con le stesse risorse e lo stesso entusiasmo.

Riprendiamo, per concludere, le parole di Sofocle, pronunciate dal Coro dell'Antigone:

"L'uomo pieno di ingegno ha appreso la parola e il pensiero veloce come il vento e l'impegno civile. Padrone assoluto dei sottili segreti della tecnica, può fare il male quanto il bene. Ha trovato rimedio a mali irrimediabili.

Solo alla morte non può sfuggire."

"Molte meraviglie vi sono al mondo, nessuna meraviglia è pari all'uomo"



T RA SOMA E PSICHE: LA POLIEDRICA PROBLEMATIC DEI TRAPIANTI D'ORGANO.

Il complesso intervento chirurgico del trapianto d'organo si differenzia da qualunque altro intervento per le profonde implicazioni indotte dall'innesto nel corpo del paziente di una porzione di un'altra persona. Quello che più conta, oltre al vissuto di malattia, è quello che si prova ad avere dentro al proprio corpo un organo da reintegrare nella propria immagine corporea e che possa quindi favorire o meno il rigetto dell'organo trapiantato. Infatti il problema centrale del trapianto, dal punto di vista psicologico è che, come nella malattia, l'interezza e l'unitarietà dell'immagine corporea viene rotta: viene estirpata una cosa che non funziona, ma che è propria, che viene sostituita con una cosa che funziona ma che non è propria.

Su questa operazione biologica, che avviene in un tempo relativamente breve, sei o sette ore di sala operatoria, il paziente deve poi fare un complesso lavoro di ricostruzione mentale: cioè una ricomposizione della primaria immagine mentale dell'io che il trapianto impone " improvvisamente " per mantenere il senso di identità del soggetto. Il processo di ricostruzione della propria identità, che accompagna il soggetto verso il recupero dell'unitarietà della propria immagine corporea, è lungo e difficoltoso; ma affinché il senso della propria identità si possa ricostituire è necessario che l'individuo compia un lento e complesso lavoro di integrazione psichica o meglio di "accorporazione" dell'organo trapiantato. Perciò, non c'è trapianto, soprattutto se da cadavere, che non sollevi nel ricevente vicende e percorsi psicologici ed emotivi e mentre alcuni pazienti sanno trovare una via di integrazione del nuovo organo altri non vi riescono quasi mai del tutto.

Condizioni indispensabili affinché questo processo di assimilazione possa avvenire è che il paziente abbia elaborato e superato il lutto per il proprio organo perduto e che non provi sensi di colpa nei confronti del donatore. Infatti accade spesso che i soggetti non riescano ad assimilare l'organo nella propria identità psicosomatica e continuino a sentirlo come qualcosa di estraneo, protesico, posticcio fino ad arrivare a sentirlo oggettivamente persecutore; in quest'ultimo caso, l'organo trapiantato può determinare una certa confusione nella immagine corporea del ricevente e per questo può essere vissuto con modalità arcaiche e fantastiche: o come oggetto ostile, distruttivo e persecutore o come oggetto investito di forza e vitalità in grado di suscitare sentimenti di rinascita. Da ciò si deduce che l'organo trapiantato, oltre a non essere mai biologicamente inerte non lo è nemmeno psicologicamente, perché comporta sempre un problema di rapporto psicologico tra il paziente e l'organo e attraverso esso, il donatore. Alcuni Autori, infatti arrivano ad ipotizzare che la mancata risoluzione di tale rapporto potrebbe determinare il rigetto biologico dell'organo, cioè che i fattori psicologici possano condizionare l'intensità delle reazioni di rigetto e addirittura indurne l'insorgenza.

Attraverso il rigetto il paziente manifesterebbe la difficoltà ad integrare psicologicamente l'organo trapiantato.

Il rigetto psicologico è, come abbiamo detto, possibile se il soggetto non sente il nuovo organo come una parte di se stesso. Infatti secondo Chiesa (1), la possibilità di integrare l'organo donato nella propria immagine corporea passa attraverso la progressiva maturazione dei processi difensivi, cioè l'abbandono da parte dei pazienti di meccanismi arcaici, come il diniego, e l'utilizzo da parte del paziente delle capacità dell'io di funzionare secondo i processi secondari di obiettività e neutralizzazione.

Solo così il trapianto, da un punto di vista cognitivo-affettivo, può realizzarsi, mediante una lenta metabolizzazione, a partire dallo stadio iniziale, in cui l'organo è avvertito come "corpo estraneo", oggetto ambivalente "buono da incorporare" e al tempo stesso "investito di diffidenza" per il suo essere intrusivo, attraverso la fase di incorporazione parziale e giungendo quindi a quella di incorporazione completa, quando il nuovo organo è divenuto parte integrante del funzionamento fisiologico e quindi della immagine corporea; quindi il nuovo organo entra a far parte integrante del senso del Sé (2).

Secondo Castelnuovo-Tedesco (3), il maggiore studioso in questo campo, il trapianto comporta sempre almeno una parziale identificazione da parte del ricevente con il donatore e la mancata identificazione con il donatore può determinare il rigetto biologico dell'organo. E' evidente che l'identificazione di cui parla quest'Autore è altra cosa rispetto alla nozione di essa comune in ambito psicoanalitico: qui, infatti, non si tratta dell'assunzione di tratti della personalità del donatore che contribuiscano a modellare ed a ristrutturare quella del paziente, bensì di una vera e propria integrazione

dell'organo trapiantato nella sua identità psicosomatica, quello che, in qualche modo, potrebbe dirsi una sorta di "identificazione passiva": non il paziente che si fa in qualche modo simile al donatore, ma un organo di questo che viene sentito dal paziente come una parte di se stesso. Il Castelnuovo-Tedesco sostiene, infatti, che l'organo trapiantato ottiene immediatamente un proprio spazio all'interno del mondo rappresentativo di colui che lo riceve: si rapporta sin da subito con gli altri oggetti interiorizzati, che vengono a loro volta modificati da questa nuova presenza. L'organo trapiantato non si configura, perciò come semplice "pezzo di ricambio", ma rappresenta simbolicamente un altro essere umano interiorizzato.

Un dato emerge da tutto questo lavoro, ovvio ma non per questo meno importante: un trapianto è un evento assolutamente particolare perché esso solo, tra tutte le esperienze terapeutiche che un paziente può affrontare, nell'immenso campo della medicina, coinvolge e mette a contatto fino al limite estremo della integrazione fisica, due persone, una delle quali, il ricevente, con tutto il suo vissuto, che nell'esperienza della grave infermità, è stata segnata dal dolore, dal senso di impotenza, dalla paura della morte. C'è poi il donatore, vivente o morto, "l'Altro", portatore anch'esso del suo vissuto, spesso sconosciuto e, per ciò stesso, ancora più inquietante.

Due esistenze si incontrano drammaticamente e proprio nel momento della più grande vulnerabilità fisica e psicologica del ricevente, combattuto tra la consapevolezza che all'Altro deve le sue incerte speranze di sopravvivenza e la paura, più o meno inconsapevole, di quella estrema intimità per cui un Altro diventa parte di se stesso. Il donatore vivente è protagonista di un atto generoso, ma che può essergli di nocumento sul piano fisico e che può coinvolgerlo emotivamente in varia misura e con molte conseguenze. Ci sono poi i familiari, coinvolti a vario titolo in un'esperienza che di solito stravolge situazioni, rapporti e prospettive di tutta la famiglia, ma che nel contempo devono svolgere un ruolo insostituibile di collaborazione con i sanitari e di sostegno ed assistenza del paziente. Ed infine i sanitari, che da un lato, ciascuno con le proprie competenze professionali, devono gestire le molte, complesse fasi del trapianto ed operare scelte spesso difficili e di grave responsabilità, dall'altro sono gli interlocutori del paziente e dei familiari ed ai quali si chiede in continuazione di essere rassicurati ed ai quali, in definitiva, si attribuisce la responsabilità dell'esito del trapianto.

Tra tutte queste persone si generano relazioni complesse, difficili, spesso conflittuali ed è perciò evidente l'importanza che in tale contesto assume l'assistenza psicologica con il compito di osservare, individuare i problemi, indicare i comportamenti più adeguati, sostenere tutti i protagonisti, facilitarne le relazioni, favorire il reinserimento del trapiantato in una normalità che, in ogni caso, non sarà più quella di prima.

Note:

- 1) Chiesa S. - Il trapianto d'organo: crisi e adattamento psicologico - *Psichiatria e Medicina*, 10, 15, 1989.
- 2) House R. M. e coll. - Psychiatric consultation to organ transplant services - *Reviews of Psychiatry*, 1990, 9, 515-536.
- 3) Castelnuovo-Tedesco P. - Organ transplant, body image, psychosis - *The Psychoanalytic Quarterly*, 1973, 42, 3, 349-363.



Elena Consoli

NOTIZIE IN BREVE

ITALIA: MANCANO 4 MILA POSTI LETTO DI RIANIMAZIONE

Sono 3.814 i posti letto di rianimazione presenti nel Paese, uno per ogni 15.328 abitanti. Nel Molise la situazione migliore, cenerentola d'Italia la Calabria, a Napoli più posti letto di Milano. A snocciolare, per la prima volta in Italia, il numero dei posti letto nelle rianimazioni e terapie intensive presenti sul territorio nazionale, è l'Associazione Nazionale Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (Aaroi) durante l'VIII Congresso nazionale in corso a Napoli. Attraverso un censimento effettuato nel 2005, l'Aaroi ha rilevato il numero dei posti letto presenti nelle rianimazioni e terapie intensive del Paese.

La ricerca è durata circa 12 mesi ed ha coinvolto tutti i presidenti regionali dell'Associazione. Nel nostro Paese, risiedono 58.462.375 abitanti (Dato Istat - anno di riferimento 2004). Secondo l'Aaroi in Italia, in base agli standard degli altri Paesi Europei, occorrerebbero, per assicurare una adeguata e sufficiente assistenza ai pazienti critici, almeno 7.700 posti letto di rianimazione. L'indagine - censimento Aaroi rivela, invece, che su tutto il territorio italiano ne sono disponibili solo 3.814. All'appello mancano, quindi, 3.886 letti che, in termini percentuali, rappresentano il 50% dei posti necessari.

E ancora, analizzando nel dettaglio i dati, emerge che a livello nazionale vi è un posto letto ogni 15.328 abitanti. Al Nord vi è un posto letto ogni 14.215 abitanti, al Centro uno ogni 13.601, al Sud ogni 20.070 e nelle Isole un posto letto ogni 17.306 residenti. È emergenza al Sud, quindi, dove in Calabria c'è un posto di rianimazione ogni 26.437 abitanti. Non meno felice la situazione in Puglia dove esiste un posto letto ogni 24.655 residenti. Spostandoci al Centro la situazione tende a migliorare decisamente ma affiora una certa disomogeneità dei numeri. Le percentuali dei posti letto, rispetto al numero totale, sale dal 16,3% del Sud al 24,8%.

Nel Molise addirittura si sfiorano gli standard ottimali: qui, gli anestesisti dell'Aaroi hanno rilevato un posto letto ogni 8.255 abitanti. Media che, invece, precipita in Toscana dove vi è un posto ogni 16.355 residenti. Non particolarmente grave, ma comunque al di sotto della media prevista, la situazione nel Lazio: i 432 posti presenti nella regione, riescono a garantire un posto letto ogni 12.200 abitanti.

In Abruzzo ed in Umbria, invece, i posti di rianimazione non superano, rispettivamente, la soglia di 100 unità e garantiscono mediamente un posto ogni 15.000 residenti. Nel Nord, al contrario, assistiamo ad una situazione un po' più omogenea. In quasi tutte le regioni si superano i 100 posti letto mentre l'unica regione ad avvicinarsi agli standard ottimali è la Liguria dove è garantito un posto letto ogni 9.768 abitanti. Discreta anche la situazione del Veneto: 398 letti ed un posto per ogni 11.808 residenti.

"Dopo questo censimento, che ha coinvolto tutte le segreterie regionali dell'Aaroi e che in assoluto è il primo censimento effettuato in Italia, si evince che vi è una grave carenza di posti letto, necessari ed indispensabili, per assistere adeguatamente il malato critico, quello cioè le cui funzioni vitali, respiratorie, cardiovascolari, renali sono compromesse" sottolinea Vincenzo Carpino, Presidente Nazionale dell'Aaroi.

Questi centri sono pertanto definiti anche centri salvavita, in cui l'assistenza medico infermieristica deve essere continua, ad alto livello di specializzazione e 24 ore su 24. Questo censimento - prosegue Carpino - ha messo in evidenza una carenza del 50% di quei posti letto in riferimento agli standard degli altri Paesi europei. In questo quadro, come al solito, sono le regioni meridionali a pagare il prezzo più alto, con un numero di posti letto pari solo al 25% dei posti letto necessari.

Si dovrebbero cioè triplicare, in queste realtà, - spiega il Presidente dell'Aaroi - il numero dei posti letto attualmente funzionanti. Il piano sanitario nazionale del 1998 e quasi tutti i piani regionali hanno indicato nel 3% il posto letto di terapia intensiva rispetto al totale dei posti letto di un ospedale. Questo standard non è stato ancora raggiunto, infatti, siamo intorno alle percentuali del 2,2-2,3% con variabilità regionale maggiore al Nord e minore al Sud. Della carenza di queste strutture - conclude Carpino - purtroppo se ne parla solo quando si verificano fatti eclatanti, ma subito si tende a dimenticare il problema".

Ma il censimento Aaroi ha anche monitorato lo stato dell'arte delle Centrali Operative -118. Nell'80% dei casi le strutture risultano essere affidate ad un anestesista rianimatore, mentre le restanti unità sono coordinate da altre figure di specialisti. Ad esempio, tutte le Centrali operative presenti in Abruzzo, Molise e Province autonome di Trento e Bolzano non sono gestite da anestesisti rianimatori. Infine, l'Aaroi, denuncia che in Italia vi è una carenza di specialisti nella disciplina: all'appello ne mancano più di 1.000.

Due sono le cause principali. La prima senza dubbio è lo stress e le responsabilità che questa professione comporta, l'altra è nella bassa retribuzione: gli anestesisti rianimatori italiani guadagnano la metà di quanto percepisce un altro collega europeo e addirittura un quarto rispetto allo stipendio di un anestesista che lavora oltreoceano.

TRAPIANTI: ITALIA PRIMA IN QUALITA'

L'Italia è al primo posto per quanto riguarda la qualità dei trapianti e al secondo per le donazioni. Al nostro Paese è andata, infatti, la certificazione di qualità da parte del prestigioso Collaborative Transplant Study (CTS) di Heidelberg, centro di riferimento internazionale.

"Si tratta di un successo importante - ha dichiarato il sottosegretario alla salute, Domenico Di Virgilio - tra tutti i grandi Paesi. Siamo infatti primi al mondo per la qualità dei trapianti; secondi dopo la Spagna per i trapianti di cuore; secondi, dopo la Spagna, per trapianti di fegato da cadavere e terzi dopo Spagna e Francia per trapianti di rene da cadavere. Si tratta sicuramente di un traguardo importante anche se ancora rimane molto da fare".

Questi dati sono stati diffusi nel corso della conferenza stampa per la presentazione delle celebrazioni del ventesimo anniversario del primo trapianto di cuore fatto in Italia, realizzato a Padova il 14 novembre del 1985, ad opera del prof. Vincenzo Gallucci. "Nel nostro Paese - continua Di Virgilio - la cultura della donazione e del trapianto è in forte crescita, anche grazie alla collaborazione tra le Associazioni di settore ed il Ministero della Salute. In passato c'erano pochi donatori, poche strutture specializzate e poca cultura della donazione. Oggi, per fortuna, anche grazie al fatto che i nostri medici con grande umiltà hanno studiato molto, andando spesso all'estero, grazie ad una informazione più capillare, siamo arrivati a questi risultati. E' chiaro che come Ministero siamo soddisfatti ma non ancora del tutto appagati: ci sono regioni come il Veneto, dove il numero dei donatori è elevato, altre dove c'è ancora una scarsa sensibilità su questo argomento. Bisogna lavorare su questo".

"Il successo raggiunto - commenta Alessandro Nanni Costa, Direttore del Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità - si deve anche all'attivazione di una rete strutturale che non è limitata al solo trapianto ma riguarda anche la donazione e il prelievo degli organi. Si tratta di una rete strutturale orientata verso una risposta ai bisogni assistenziali di tutti i cittadini. L'Italia è in una posizione di vertice, superiore alla media europea. Un primato che veramente fa onore all'impegno, al sacrificio, all'abnegazione e alle capacità professionali di tutte quelle persone che operano nel mondo dei trapianti".

PADOVA: ENTRO 6 MESI CUORE ARTIFICIALE TOTALMENTE IMPIANTABILE

Entro sei mesi sarà utilizzato a Padova il primo cuore totalmente impiantabile: ad annunciarlo è il prof. Gino Gerosa, direttore del dipartimento di cardiocirurgia dell'università patavina. "Il cuore meccanico Abiocor è una nuova frontiera, nel senso che tutti i sistemi di assistenza ventricolare che sono stati sperimentati fino ad oggi sostituiscono una parte del cuore: in questo caso, invece, l'intervento è simile ad un trapianto cardiaco, nel senso che viene tolto completamente il cuore del paziente e viene sostituito con un cuore artificiale meccanico". "Per quanto riguarda la durata siamo ancora nella fase sperimentale - ha aggiunto il prof. Gerosa - il sistema Abiocor è utilizzato da più di due anni negli Usa, dove sono stati realizzati finora 14 impianti e naturalmente si continua a lavorare sul sistema per migliorare le sue caratteristiche di affidabilità e di durata". Alla domanda di un giornalista su quando si preveda l'impianto di un cuore meccanico in Italia, il prof. Gerosa ha risposto che "in Italia è Padova il centro selezionato per la sperimentazione, assieme all'università svedese di Lund e al centro universitario tedesco di Bad Oeynhausen. Il primo impianto dell'Abiocor a Padova dovrebbe avvenire entro il primo semestre del 2006. Il centro cardiocirurgico padovano è pronto: dobbiamo ancora consolidare il training negli Stati Uniti, ma si tratta di alcuni dettagli, entro due o tre settimane saremo operativi". Relativamente alle caratteristiche innovative del sistema Abiocor il prof. Gerosa ha aggiunto: "la grande novità di questo sistema sta nel fatto che è totalmente impiantabile: non esistono cavetti extracorporei per collegare la pompa alla batteria e al sistema di controllo. In questo caso la trasmissione dell'energia e quella di qualsiasi informazione dalla macchina all'unità di controllo e viceversa avviene attraverso la cute. Il trapiantato più longevo a cui è stato impiantato il sistema Abiocor - ha concluso Gerosa - è sopravvissuto per 562 giorni, ma credo che dopo due anni di ulteriore sperimentazione dal primo trapianto, questo limite possa essere migliorato".

TRAPIANTI: ITALIA PRIMA IN QUALITA'

Anche il trapianto di cuore nel bambino fa grande l'Italia della generosità e della Ricerca, come sta avvenendo nell'adulto. Dal 2000 al 2005 nel nostro Paese sono stati eseguiti 106 trapianti di cuore pediatrico: il primato spetta al "Bambino Gesù" di Roma con 37 interventi. Quest'anno le proiezioni parlano di 20 trapianti. Questi alcuni dei dati più significativi diffusi da Alessandro Nanni Costa Direttore del Centro Nazionale Trapianti nel corso della manifestazione che ha ricordato a Padova i vent'anni dal primo trapianto di cuore in Italia.

Nanni Costa ha aggiunto altri particolari sul trapianto pediatrico e cioè che la sopravvivenza ad un anno è dell'87%, un dato estremamente positivo. L'età media dei bambini trapiantati è di 4 anni, il loro peso al momento del trapianto era, in media, di 13 chilogrammi. Attualmente in lista di attesa per un trapianto di cuore ci sono 24 bambini: per avere un cuore nuovo bisogna attendere in media 8 mesi.



AIDO in Festa

Domenica 4 giugno 2006

Programma mattino

Ore 9,00 - ritrovo presso la Sede Aido in Via Val d'Intelvi, 15 - Milano

Ore 9,30 - tutti pronti a pedalare per la XVI Edizione della



“Passeggiata in bicicletta tra il cemento e la natura”



Ore 12,30 arrivo sul Sagrato della Chiesa di Sant'Anselmo da Baggio in Via Manaresi in occasione della concomitante Festa del Malato.

A tutti i partecipanti alla biciclettata sarà offerto un rinfresco.



Programma pomeriggio

Spettacoli e intrattenimenti per grandi e piccini
Estrazione dei biglietti vincenti della lotteria



Il Delegato AIDO
Giuseppe Tropeano

COMUNICATO URGENTE

Richiesta collaborazione a tutti gli Associati

Chiediamo cortesemente agli Associati di controllare il loro recapito attuale con quello indicato sull'etichetta, perché purtroppo abbiamo dovuto constatare che, da l'invio di una lettera circolare che illustrava una convenzione da noi stipulata e gradita da molti, consegnata da Postatarget a oltre 33.500 Associati ne sono ritornate circa 6.000 che riportavano la dicitura trasferito, sconosciuto, emigrato o addirittura deceduto.

Purtroppo per verificare i domicili e le residenze dobbiamo stampare delle schede con il nominativo, data e luogo di nascita, che poi vanno recapitati all'ufficio anagrafe del comune di Milano, che da giugno 2005 chiede per ogni singolo nominativo da verificare la somma di € 0,26 (pari a £. 500) per i soli diritti di segreteria dato che per l'imposta di bollo siamo esenti essendo ONLUS - Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale.

Tutto questo comporta per noi volontari un lavoro immane e per di più anche un esborso economico insostenibile per i nostri bilanci. Quanto sopra risulta ancora più importante dopo l'accordo tra l'AIDO e il Centro Nazionale Trapianti per il trasferimento dei dati di tutti gli iscritti Aido al SIT - Sistema Informativo Trapianti.

L'Aido dovendo garantire il trasferimento dei dati dei propri iscritti il più possibile aggiornati, in virtù del dell'art. 2 della Legge n. 91 del 1999, chiede la collaborazione di tutti nel volere segnalare telefonicamente, via fax o con l'invio di una semplice e-mail ogni vostro cambio di domicilio, di residenza o anche per qualsiasi altra variazione del vostro stato anagrafico.