

Questo numero 194 del Foglio Informativo è stato pensato e scritto prima della terribile epidemia del virus Covid-19. Nei primi giorni di marzo 2020 eravamo pronti per la diffusione, poi le misure di protezione per contenere il virus hanno bloccato la consegna della stampa periodica. Abbiamo rivisitato il testo ed eliminato unicamente le parti degli eventi programmati sospesi o annullati. A segnare la diversità con i numeri precedenti, i nostri lettori potranno trovare i due poster dedicati alla prevenzione dei dializzati e dei trapiantati dal coronavirus. Due messaggi per difendersi dal contagio che testimoniano l'eccezionalità di questo periodo, ma anche la capacità della nostra associazione, con la propria rete nazionale di volontari e comitati regionali, di essere al fianco delle persone nefropatiche e trapiantate di tutti gli organi e tessuti.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA



Dott. Antonio Santoro
Direttore Comitato Scientifico ANED e
Past President SIN

La malattia renale cronica (MRC) è un problema di salute pubblica che coinvolge una larga parte di popolazione. Si stima che nel mondo circa un 10% della popolazione sia affetto da MRC, mentre, secondo lo studio italiano CARHES, la prevalenza in Italia sarebbe intorno al 7% circa. La MRC spesso coesiste con altre patologie croniche, come diabete mellito e malattie cardiovascolari (CV), e condivide con queste patologie molti fattori di rischio, i cosiddetti fattori di rischio intermedio. **La MRC molto spesso rimane asintomatica a lungo;** presenta una tendenza intrinseca alla progressiva perdita della funzione renale, sino alla necessità di dialisi e trapianto. L'evoluzione

verso l'insufficienza renale grave non è automatica e non riguarda in modo univoco tutti i pazienti. Una parte delle persone affette da MRC va incontro al decesso o per ragioni anagrafiche o per il sopravvenire di severe complicanze che, spesso, riguardano l'apparato cardiovascolare. Una certa quota di persone presenta un declino lento della funzione renale e potrebbe non arrivare alla fase di fabbisogno dialitico (cosiddetti *slow progressors*).

Un'altra parte di pazienti può rispondere in modo efficace alle modificazioni degli stili di vita e alle terapie farmacologiche appropriate, volte a rallentare la progressione della nefropatia, posticipando nel tempo l'ingresso in dialisi (*controlled patients*). Infine, esiste una parte di pazienti (cosiddetti *fast progressors*) che, per fattori intrinseci alla nefropatia iniziale o per la presenza di altre patologie croniche e di fattori di rischio aggiuntivi, evolve in tempi più o meno rapidi verso uno stadio terminale della MRC, con necessità di una terapia sostitutiva della funzione renale e, quindi, dialisi o trapianto. In ogni caso, nel decorso di svariate patologie, da quelle CV, alle pneumopatie, alle pato-

logie dell'apparato gastroenterico, occorre sempre considerare che una disfunzione renale, anche di grado lieve, rappresenta un **moltiplicatore di rischio di morbilità e mortalità**. La MRC, quindi, costituisce un fattore prognostico negativo per l'esito di molte patologie. Infine, il deficit della funzione renale si ripercuote sull'utilizzo e tossicità di molti farmaci, obbligando il medico ad una attenta valutazione della posologia.

La MRC è tra le patologie individuate nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016 per rilevanza epidemiologica, gravità, peso assistenziale ed economico. Il Piano fornisce indicazioni per favorire **una forte integrazione tra l'assistenza primaria imperniata sul medico di medicina generale (MMG), gli infermieri e le cure specialistiche**. Le cause più frequenti di MRC sono il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, le glomerulopatie, le malattie genetiche (tra cui la più frequente è rappresentata dal rene policistico) e le infezioni recidivanti del rene o delle vie urinarie. Un'altra causa non trascurabile è l'eccessivo consumo di farmaci "nefrotossici" che può portare allo sviluppo di una nefropatia. Si può avere, infine, un coinvolgimento renale anche

in corso di patologie sistemiche, come le malattie autoimmuni, le patologie reumatiche e le vasculiti. Infine, tutti gli episodi di danno renale acuto, possono generare un danno renale persistente, che può avere come esito una nefropatia cronica. Molto importante per le malattie renali, come per la maggior parte delle patologie che interessano il nostro organismo, è **la prevenzione**. Una volta, però, identificata la malattia renale si dovrebbero mettere in atto misure volte alla **precoce presa in carico dei pazienti candidati alla insufficienza renale**, stabilendo criteri clinici che consentano di individuare il momento, lo specialista e la struttura che dovrà provvedere all'intervento più appropriato.

Il braccio operativo del Piano Nazionale della Cronicità sono i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Dalla singola prestazione si deve passare alla valutazione del sistema complessivo di cura della persona. Il **PDTA** è uno strumento di grande attualità nel contesto della riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale. La principale limitazione dei PDTA nella MRC è legata ad una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione. La presenza di molteplici comorbidità interferisce con l'applicazione del per-



Consapevolezza e partecipazione del paziente

Intorno al 2000 nasce il concetto di empowerment e da allora questo è ufficialmente diventato il nuovo obiettivo della Sanità.

Per *empowerment* del paziente si intende l'obiettivo di mettere il malato al centro delle sue cure, renderlo costantemente informato e partecipe nel processo decisionale e di cura, poiché le personali decisioni di un paziente possono influenzare anche la sua stessa condizione di salute psico-fisica. Nel-

la relazione medico/paziente spesso manca una reciprocità, sostituita invece dalla passiva accettazione da parte del malato delle decisioni del suo medico. Se da un lato la totale fiducia resa al medico è un grande attestato di fiducia, che rafforza il legame tra le parti ed elimina meccanismi di rifiuto delle cure,

dall'altro è una grande perdita per la Sanità. Favorire il coinvolgimento degli assistiti significa creare una mappa della malattia molto più completa, che può fornire indicazioni importanti, andando a migliorare l'efficacia e l'efficienza della terapia.

La prevenzione

La prevenzione primaria delle malattie renali si concretizza essenzialmente sul ricondurre le persone a corretti stili di vita e nel cercare di controllare i cosiddetti fattori intermedi di insorgenza e di progressione

È quindi necessario: 1) Agire su fattori di rischio come ipertensione, diabete, obesità, dislipidemia ecc. con interventi mirati. È evidente come la correzione di tali fattori di rischio, che sono in gran parte modificabili, sia un compito affidato al medico di medicina generale. 2) Ridurre il consumo dei farmaci in generale ed in particolare quelli potenzialmente

nefrotossici. Per questo è necessario che il medico di medicina generale e gli altri specialisti si possano interfacciare con il nefrologo per tutti i casi in cui vi sia il dubbio che un determinato farmaco o una procedura possa causare o peggiorare una patologia renale.

<< segue da pag 1

corso ideale e 'attrae' la traiettoria principale verso un percorso alternativo diverso da quello ideale, ma egualmente appropriato per il paziente specifico. La crescente complessità dei malati cronici con malattia renale rende spesso non applicabili i percorsi di cura al singolo paziente.

Pertanto, è necessario che le Regioni, le Aziende Sanitarie, in ottemperanza a quanto stabilito nel Piano Nazionale della Cronicità **si dotino di specifici PDTA che vedano una collaborazione multidisciplinare tra nefrologi, medici di medicina generale, infermieri, personale socio-sanitario, cardiologi, diabetologi, dietiste, assistenti sociali, psicologi per finire a chi deve essere sempre l'oggetto delle nostre azioni, il paziente.**

Le risorse del Sistema Sanitario oggi sono molto ridotte e diviene quindi fondamentale per le persone assumere un ruolo attivo nella gestione della loro salute. **Essere attivi nelle scelte che riguardano la propria salute significa fare prevenzione e avere maggiore probabilità di successo dei trattamenti e delle terapie.**

Dott. Antonio Santoro

Direttore Comitato Scientifico ANED
e Past President SIN

SUPPORTO PSICOLOGICO

Il benessere dell'individuo comprende anche l'aspetto psicologico, che spesso viene messo a dura prova dal convivere con una malattia cronica. Per questo A.N.E.D., da sempre attenta a sostenere i pazienti, ha inaugurato un servizio di supporto psicologico gratuito.

Il servizio, gestito dalla Dottoressa Sabrina Sozzani, psicologa psicoterapeuta, è attivo il mercoledì dalle 10.00 alle 12.00 e il sabato dalle 11.00 alle 12.00. Chiama il numero **800 90 92 10**

ANED TI ASCOLTA
Sportello di ascolto e supporto psicologico

CHIAMA IL NUMERO VERDE
Numero Verde
800 90 92 10

ANED

Il servizio è attivo
mercoledì dalle 10.00 alle 12.00
sabato dalle 11.00 alle 12.00



CONSENSO INFORMATO

LA CENTRALITA' DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

La legge 219/2017, più conosciuta come "legge sul testamento biologico", ha segnato un momento storico in materia sanitaria. Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento interessano anche i pazienti in dialisi, perché la scelta del tipo di terapia, sotto la guida del medico, spetta al paziente e, quando ciò non è possibile, coinvolge i familiari. Nel numero 193 abbiamo pubblicato un interessante intervento del prof. Rombolà, oggi riprendiamo il filo del discorso con il prof. Piergiorgio Messa, Direttore di Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi del Policlinico Ca' Granda di Milano e Presidente Incoming della Società Italiana di Nefrologia.

Professor Piergiorgio Messa, l'età media dei pazienti in dialisi ha raggiunto in moltissime realtà i 70 anni e per molti di loro la malattia si accompagna a una "fragilità" generale, dovuta a plurime comorbidità. Questo condiziona le scelte terapeutiche del paziente? Qual è il ruolo del nefrologo di fronte a pazienti anziani e gravemente malati, ma che possono accedere a una terapia salvavita come la dialisi?

L'aumento dell'età media della popolazione generale ha avuto, come conseguenza attesa, un aumento anche dell'età dei pazienti con malattia renale, in particolare di quelli che arrivano allo stadio avanzato per il quale è richiesta una terapia sostitutiva.

Sebbene l'età di per sé non costituisca ormai un limite assoluto a nessuna delle due terapie proponibili (dialisi e trapianto), la frequente contemporanea presenza di compromissione di altri organi e apparati non solo rappresenta spesso un limite invalicabile all'introduzione di tali pazienti in una lista di trapianto, ma pone anche problemi relativi alla programmazione dello stesso trattamento dialitico. Infatti, la terapia dialitica in pazienti molto anziani con insufficienza renale cronica avanzata, ancor più se associata ad una compromissione di altri organi e apparati, non è dimostrato possa aumentare né la quantità e ancor meno la qualità di vita attesa.

Queste considerazioni da tempo hanno posto il nefrologo davanti al quesito se, in alcuni casi, una terapia conservativa (affidata ad interventi dietetici e farmacologici protratti, associati ad un'assistenza domiciliare

o in strutture dedicate) non possa essere una scelta più indicata per questi pazienti, piuttosto che iniziare una terapia sostitutiva dialitica.

Pertanto, il ruolo del nefrologo nel processo decisionale in tali pazienti parte dalla stessa decisione di iniziare o meno tale trattamento. Compito questo non facile, né da un punto di vista clinico e ancor meno etico.

Secondo lei, la normativa vigente aiuta il medico e le equipe non lasciandoli soli di fronte a scelte importanti?

Indubbiamente, queste nuove normative riconoscono come tali decisioni, in qualche modo legate al delicatissimo problema del fine vita, debbano avere nel parere motivato della figura del tecnico (medico) una componente fondamentale. Questo sottolinea la necessità di avere una valutazione che debba tener conto delle peculiarità di ogni singolo caso, difficilmente generalizzabili, aumentando la responsabilità medica nel processo decisionale, con tutto quello che ciò comporta.

Il comma 8 dell'articolo 1 della legge 219/2017 dice che "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Un'affermazione che, come associazione di pazienti, sosteniamo e promuoviamo. Tuttavia, riceviamo ancora molte segnalazioni di problematiche legate alla relazione tra paziente, curanti e familiari. Alla luce della sua esperienza, la legge sul consenso informato ha cambiato il modo di comunicare tra medico e paziente? Quali sono le criticità al riguardo?

Spesso gli enunciati formali di legge sono completamente condivisibili e sacrosanti. Il vero problema risiede, però, nel riuscire a metterli in atto nella realtà quotidiana.

Il medico, e in particolare il nefrologo, sa bene che il paziente ha spesso bisogno più di essere ascoltato che di ascoltare. Inoltre, la possibilità del nefrologo di illustrare in cosa consiste la malattia renale da cui il paziente è affetto, cosa questa ma-



Dott. Piergiorgio Messa
Presidente Incoming della
Società Italiana di Nefrologia

lattia potrà comportare nel futuro, quali sono le reali possibilità di fronteggiarla con le terapie disponibili e cosa può comportare l'uso dei farmaci e/o della dieta che verrà prescritta, richiede tempi sicuramente più lunghi di quelli che vengono previsti dagli organi regolatori.

Il consenso informato, un passaggio ineludibile nel rapporto tra medico e

paziente, che prevede tutti i passaggi sopra elencati e numerosi altri più tecnici che riguardano ogni singola procedura, non può che incidere ulteriormente sul tempo necessario al medico per informare il paziente in modo completo, chiaro e comprensibile su ogni proposta diagnostica e terapeutica.

Tutto ciò trova, però, degli ostacoli oggettivi nella normale attività quotidiana dei nefrologi, che si vedono decurtati nel numero in molte delle Nefrologie nazionali e chiamati ad affrontare compiti crescenti sia nella quantità (il numero dei pazienti con malattia renale ai vari stadi è in progressivo aumento) che nella complessità (aumento dei pazienti anziani con comorbidità, aumento dei pazienti portatori di trapianto renale).

Inoltre, il carico sempre più crescente di adempimenti burocratici (più o meno utili), ruba altro tempo a quello che il nefrologo dovrebbe e vorrebbe dedicare al rapporto diretto con il paziente, rendendo l'enunciato formulato dalla legge poco attuabile se non addirittura utopistico.

La legge dice che il paziente deve essere informato, ha il diritto di rifiutare o di accettare le cure e il medico deve essere sicuro che abbia capito le opzioni terapeutiche. Cosa accade se il paziente ha perso la capacità di comprendere e decidere per sé?

Riagganciandomi a quanto ho detto nel precedente punto, il consenso informato passa necessariamente da un tempo di informazione, che deve non solo permettere di spiegare nei dettagli il rationale di quanto viene proposto, ma anche quello di verificare quanto di quello detto al paziente sia stato compreso in termini corretti. Tutto ciò passa attraverso barriere a volte culturali o di uno sta-

to mentale del paziente non sempre ideale (ancor più nel paziente molto anziano), ma molto spesso è largamente influenzato dalla necessaria "frettolosità" con la quale il medico somministra l'informazione al paziente, spesso con termini molto tecnici e poco comprensibili.

Ma, ancora una volta, possiamo incolpare sempre e solo il medico per questa necessità di utilizzare il tempo per tutti i crescenti carichi di lavoro che pesano sulle sue spalle?

Quali figure a sostegno dei pazienti e delle loro famiglie andrebbero, a suo parere, introdotte di fronte a casi di pazienti in dialisi non autosufficienti? In questo percorso, secondo lei, è possibile che la dialisi possa in determinati casi assumere il carattere di "accanimento terapeutico", tanto da ritenere doveroso che il medico si confronti con il paziente o i familiari, per verificare insieme alternative terapeutiche?

Certamente, sempre di più il nefrologo dovrebbe potersi avvalere di figure professionali di supporto.

È scontato che la figura dell'infermiere sia fondamentale anche nelle attività ambulatoriali che coinvolgono i pazienti con malattia renale ai vari stadi. Ma ancora una volta, non solo il numero degli infermieri è lontano dall'essere quello ideale, ma anche per tali figure professionali i carichi di lavoro aumentano sempre di più, rendendo molto complicato mettere in atto tutto ciò che si dovrebbe e vorrebbe fare.

Inoltre, diventa imprescindibile la presenza di personale professionale dedicato all'attività nutrizionistica, fisioterapeutica e di sostegno psicologico per i nostri pazienti con malattia renale, sempre più anziani e fragili.

Sarebbe, inoltre, auspicabile che tutti questi supporti potessero essere erogabili anche a livello domiciliare. Tutto ciò non solo faciliterebbe l'efficacia dei trattamenti, ma renderebbe più accettabile la scelta di una terapia "palliativa" domiciliare nei casi in cui, dopo un esame approfondito e condiviso dal paziente, se in grado di farlo, e comunque dai familiari, si addivenga alla decisione che tale scelta sia la più ragionevole e utile per la qualità del tempo di vita che rimane per quel particolare paziente.



OCCHIO AI TUOI DIRITTI



Buongiorno, sono stata trapiantata di rene a inizio dicembre 2002, all'epoca avevo 16 anni. Questa situazione mi dà una invalidità civile del 60%, il minimo ottenibile. C'è una differenza tra me e le altre persone: per mantenere il rene

assumo farmaci che abbassano le mie difese immunitarie e, quindi rispetto alla popolazione normale sono più a rischio di infezioni. **Quindi in teoria tutto ciò che per gli altri presenta un rischio, nel mio caso risulta aumentato.** Ci tengo a precisare, tuttavia, che il trapianto ha reso migliore la mia vita, perché mi ha permesso di studiare, lavorare e di condurre una vita normale come tutti.

Dopo la laurea triennale in tecnico di laboratorio, infatti, ho subito iniziato a lavorare presso il laboratorio dell'Istituto europeo di oncologia (IEO) da dicembre 2008 e a dicembre 2015 sono stata assunta come categoria protetta con la legge 68/99. **Premetto che la mia attività lavorativa è sempre stata normale e posso sottopormi senza particolari limiti alle visite di controllo post trapianto.**

Nell'ottobre del 2018 ho fatto un **concorso pubblico a tempo indeterminato per tecnico di laboratorio** presso una ASST e sono entrata in graduatoria. Successivamente la graduatoria viene ceduta a vari ospedali, tra i quali uno che delibera la mia assunzione a tempo indeterminato. Alla visita medica preassuntiva l'esito è **"idoneità con limitazione"**. **La limitazione è: "NON può essere assegnata a reparti ad alto rischio biologico": questo perché sono immunosoppressa.** Il che significa che il laboratorio escluso è uno solo, microbiologia! Il laboratorio al quale ero stata assegnata, però, era il trasfusionale, perfetto per me, come confermato anche dal medico competente del lavoro. L'11 Febbraio scorso ho ricevuto la comunicazione che non sarò assunta causa idoneità con limitazione. Io rispondo spiegando la situazione, e il loro stesso capo della medicina del lavoro a ribadire che nel reparto nel quale sono stata assegnata posso svolgere il mio lavoro. Ciononostante, ho ricevuto dal legale interno dell'ospedale la comunicazione che a breve ci sarà la revoca ufficiale della delibera della mia assunzione, a seguito della quale rientrerò nella graduatoria originaria, con la possibilità di essere assunta dall'ASST presso cui ho sostenuto il concorso. È a questo punto l'opzione che penso di seguire, sperando però che la storia non si ripeta. **Oppure, avrei la seconda**

opzione, rifiuto e procedo avviando un contenzioso contro la delibera di annullamento. Per questo volevo condividere con Lei la mia storia! E volevo chiedere aiuto a voi come associazione.

Lettera Firmata

Cara socia,

dal suo racconto emerge lo stato di difficoltà delle persone invalide per l'accesso al lavoro, nonostante la legislazione vigente valorizzi le residue capacità lavorative dei disabili. Per quanto riguarda la prima parte della narrazione, **mi compiaccio perché il nostro slogan "il trapianto è vita" trova un concreto riscontro nell'andamento del suo percorso di studio e di lavoro.** Quanto poi al fatto che non tutti i trapiantati sono uguali ed occorrerebbe da parte degli organismi una maggiore capacità di collegare il proprio giudizio al singolo caso, mi trova concorde. **In linea di principio, però, è proprio questo l'obiettivo della visita collegiale.** Altrimenti basterebbe applicare le tabelle di legge: trapiantato di rene, la legge stabilisce il 60% di invalidità, e ciò dovrebbe bastare. **Invece, per la normativa vigente - ed è da condividere - il giudizio deve essere complessivo, con l'obbligo di valutare tutti gli aspetti della persona per giungere alla decisione nel modo più attendibile.**

Quanto alla storia del concorso pubblico, posso concordare con la strada intrapresa, se ha la garanzia dell'assunzione. Per una valutazione più compiuta avrei bisogno, tuttavia, di studiare la documentazione. Più in generale posso dirle che ogni tanto si presentano casi simili al suo. Parziale inidoneità, però, vuol dire letteralmente che occorre impiegare la persona in mansioni compatibili con lo stato di salute, senza esclusioni a priori. **Se le mansioni possibili sono presenti e disponibili nel luogo di lavoro, la persona già in attività lavorativa non può essere licenziata.** Per analogia - principio giuridico applicabile in materia di lavoro - **è possibile anche l'assunzione del disabile, ancorché parzialmente idoneo, in mansioni compatibili con il suo stato di salute. Vi è quindi materia anche per sostenere un ricorso.** Spetta a Lei decidere la strada da intraprendere. Sappia però che A.N.E.D. non la lascerà sola. Cordiali saluti.

Consulenza A.N.E.D.

ANED TI ASCOLTA L'ESPERTO RISPONDE



Consulenza sui problemi giuridici e sociali dei malati di rene; invalidità civile (assegno di invalidità); diritti e tutele lavorative (collocamento obbligatorio, legge 104/92, pensioni e previdenza); indennizzo per epatite ex legge 210/92 (emotrasfusi e dializzati), benefici fiscali.

Il servizio è offerto gratuitamente a tutti i soci A.N.E.D.

Telefona il martedì e il giovedì dalle 10.00 alle 13.00 al numero **02.8057927** oppure scrivi a **consulenza@aned-onlus.it**



CURARE LA SANITÀ PER CURARE MEGLIO LE PERSONE

La spesa sanitaria rappresenta oltre il 75% del bilancio delle Regioni italiane. Tuttavia, la complessità assistenziale dei pazienti polipatologici unitamente all'età avanzata, da una parte, e le difficoltà sull'accessibilità ai servizi intrecciate con l'accelerazione dei ritmi di lavoro del personale, dall'altra, generano insoddisfazione nei pazienti e frustrazione negli operatori sanitari. D'altra parte, se si vogliono mantenere sia gli standard qualitativi raggiunti e l'ammmodernamento tecnologico e strutturale, sia recepire in un tempo ragionevole i nuovi farmaci e far fronte alla necessità di assumere medici e infermieri, **sarebbero richiesti continui investimenti e non tagli al Sistema Sanitario pubblico.**

Si aggiunga che, almeno negli ultimi due decenni, abbiamo assistito a un aumento drammatico delle patologie cronic-degenerative, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce tale andamento come una vera epidemia. Le patologie cardiovascolari, polmonari, renali, cerebrovascolari, il diabete e i tumori rappresentano oramai oltre il 75% delle cause di morte e oltre il 75% della spesa. Molte di queste patologie spesso coesistono, di modo che gli ultimi anni di vita vengono spesi rincorrendo le periodiche riacutizzazioni, con necessità di ricoveri ripetuti e solo avvalendosi di farmaci e tecnologie molto costose si riesce (purtroppo non sempre) a riequilibrare il paziente. Contemporaneamente, negli ultimi decenni abbiamo assistito ad un allungamento dell'aspettativa di vita, **questo non vuol dire che molte persone superano i cento anni, ma che molte più persone raggiungono gli ottanta anni.** Il parametro che meglio qualifica lo stato di efficienza e di efficacia del servizio sanitario di un Paese in realtà non dovrebbe essere solo l'aspettativa di vita alla nascita, ma **l'aspettativa di vita in buona salute dopo una certa età.**

Un quadro d'insieme, dunque, dettato dalla cronicità, complesso e, per taluni versi, inedito. Purtroppo, anche se alcune Regioni hanno avviato riforme organizzative sulla gestione della cronicità, ad amor del vero con notevoli difficoltà



Dott. Giuseppe Rombola
ASST Sette Laghi, Varese

a decollare, l'organizzazione del nostro Sistema Sanitario, sostanzialmente trova le radici sulle esigenze di salute dei primi anni 50 del secolo scorso: **il sistema calibrato per le patologie acute, cioè attivo e operante H24 in attesa dell'evento acuto.**

Si tratta di un modello culturale e organizzativo nel quale i medici e la ricerca sono spinti a individuare soluzioni per singoli problemi il cui risultato sia immediatamente apprezzabile. La gestione di un paziente cardiopatico sottoposto, ad esempio, a rivascolarizzazione coronaria viene assimilata all'incisione di un ascesso: guarito l'ascesso, guarito il paziente. Viceversa, questo paziente andrebbe censito e inserito in un progetto terapeutico assistenziale teso a valorizzare quell'evento come la punta di un iceberg di una vasculopatia polidistrettuale aterosclerotica che coinvolge reni, retina, sistema nervoso, ecc..

È evidente che l'invecchiamento della popolazione e l'enorme prevalenza di patologie cronic-degenerative hanno reso quel modello organizzativo non più attuale. Nel nuovo contesto curare adeguatamente le persone vorrebbe dire investire sulla prevenzione (primaria e secondaria), instaurare una corretta educazione sanitaria (l'Italia è uno dei paesi ad elevato consumo di farmaci, compresi gli antibiotici, usati spesso in modo inappropriato) e incentivare contemporaneamente i cambiamenti dello stile di vita (fumo, obesità, sedentarietà, ecc).

In pratica avere come obiettivo l'aspettativa di vita in buona salute e non la semplice estensione temporale della vita. In questo nuovo modello i posti letto attuali per acuti (circa 3/1000 abitanti) sarebbero senz'altro sufficienti. Ma questi "pochi" posti letto dovrebbero essere dedicati alla medicina specialistica, mentre le patologie a bassa complessità e la fase riabilitativa assistenziale dovrebbero essere gestite in altro ambito a ciò dedicato.

Questa è la declinazione più auspicabile del modello assistenziale "per intensità di cura": **non diversi ambiti dello stesso reparto, ma diversi reparti dello stesso (o altro) nosocomio**

osmoticamente correlato con il territorio.

In conclusione, quali sono gli ostacoli allo sviluppo di questo modello che sembra l'uovo di Colombo?

- Mancanza di scelte politiche importanti e coerenti con una programmazione dell'assistenza in relazione alle caratteristiche epidemiologiche e non guidate da obiettivi di corto respiro.
- Mancati investimenti per lo sviluppo della "telemedicina" con la formazione di reti assistenziali estese, valorizzando e condividendo gli standard dei centri.
- Il tabù secondo il quale la risposta alla domanda di salute passa attraverso l'assistenza ospedaliera, valorizzando prioritariamente una rete di servizi territoriali, comprendente i medici di medicina generale.
- Modelli culturali della classe medica:
 - Lavorare per un'organizzazione che privilegi la collaborazione e l'integrazione fra professionisti.
 - Riappropriarsi di una metodologia clinica che usa gli esami per validare o confutare ipotesi diagnostiche e non la ricerca di una possibile diagnosi tramite l'esame tecnologicamente più complesso e costoso.
 - Valorizzare le condizioni patologiche subcliniche curabili con il cambiamento dello stile di vita. Oggi, purtroppo, in ambito sanitario, questo spazio è completamente ignorato.

CENTRI DIALISI SUL SITO DI A.N.E.D. LA MAPPA INTERATTIVA DI TUTTI I CENTRI IN ITALIA



Cerchi un centro dialisi vicino a te o al tuo luogo di vacanza? Sul nostro sito è disponibile una pratica mappa interattiva. Un solo click per avere tutte le informazioni.

www.aned-onlus.it



Rapporto CENSIS: la Sanità che gli italiani vivono

Una persona su tre si rivolge alle strutture private

Punto fermo la fiducia nei medici

Il diritto alle cure è una parte fondante del nostro essere cittadini e, in questi mesi di emergenza sanitaria per la diffusione del coronavirus, la necessità di un sistema sanitario forte e in grado di far fronte ai bisogni della popolazione è apparsa ancora più evidente.

Come sarà il rapporto degli italiani con la Sanità è un quesito che come associazione di pazienti non possiamo esimerci dal fare nostro, nella consapevolezza che il Sistema Sanitario Nazionale italiano, improntato ai principi di solidarietà, universalismo e uguaglianza, rimane uno dei migliori nel panorama internazionale.

A dicembre 2019, il Censis ha presentato il rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese, con un intero capitolo dedicato proprio al rapporto con la Sanità. Quest'ultimo risulta improntato a una logica combinatoria: **gli italiani, per avere ciò di cui hanno bisogno per la propria salute, si rivolgono sia al Servizio Sanitario Nazionale, sia a operatori e strutture private, a pagamento. Nell'ultimo anno, il 62% degli italiani che ha svolto almeno una prestazione nel pubblico ne ha fatta anche almeno una a pagamento.** Ci si rivolge al di fuori del Ssn sia per motivi soggettivi, per il desiderio di avere ciò che si vuole nei tempi e nelle modalità

preferite, sia per le difficoltà di accedere al pubblico a causa di liste d'attesa troppo lunghe. Nel 2019, su 100 prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza, cui appartengono anche i servizi per i nefropatici e dializzati, che i cittadini hanno provato a prenotare nel pubblico, 27,9 sono transitate nella Sanità a pagamento.

Un italiano su tre, dunque, si è rivolto al Privato, aumentando di conseguenza la spesa economica sostenuta dalle famiglie: a conferma di ciò, l'81,5% degli italiani ha dichiarato che la pressione della spesa sanitaria pesa "molto o abbastanza" sul bilancio familiare.

Marcate, a tal riguardo, le differenze territoriali: si rivolgono ai privati più i cittadini del Sud Italia (33,2%) rispetto a quelli residenti al Nord (il 22,6%).

Il Rapporto del Censis, a pochi mesi dall'inizio della pandemia, raccontava un Sistema Sanitario vissuto dai suoi fruitori con una modalità complementare, nella quale alcune prestazioni rimanevano facilmente accessibili a tutti nelle strutture pubbliche e per altre, invece, si preferiva rivolgersi ai privati. Un sistema misto, di cui nel corso dell'emergenza, siamo stati chiamati a scoprire fragilità e contraddizioni, soprattutto nelle Regioni maggior-

mente colpite dai contagi.

In tale contesto, i medici e tutti gli operatori sanitari hanno sottolineato il loro valore professionale e umano, già riconosciuto dai cittadini prima dell'arrivo del Covid.

Lo stesso rapporto qui citato, infatti, fotografava un Servizio Sanitario Nazionale che si regge sulla relazione di cura e sul rapporto tra medici e pazienti. **Altissima si riconfermava la fiducia nei medici di famiglia (82,3%) e nei medici specialisti (91%).**

Nella fase 2 del contrasto a Covid 19, siamo tutti chiamati, Istituzioni, associazioni di settore e cittadini, a un confronto onesto su quali siano i limiti e le criticità, ma anche i punti di forza e le eccellenze, emerse con grande chiarezza, nel momento in cui il Sistema Sanitario è stato chiamato a fronteggiare la pandemia. L'esperienza che stiamo ancora vivendo cambierà il rapporto con le strutture sanitarie: i prossimi mesi saranno cruciali per delineare una stima oggettiva di quanto accaduto e delle prospettive future, che - ci auguriamo - siano migliorative per il bene di tutti i cittadini, soprattutto di coloro che convivono una malattia cronica.

*Dott.ssa Tyar Ciangola
A.N.E.D. Onlus*





Buon viaggio, Renato

Si è spento il 30 aprile il Tesoriere di A.N.E.D., Renato Cibischino

Si era sempre messo a disposizione dei più deboli. Dei più sofferenti. E in ogni occasione sempre con tono pacato, gentile ed elegante. Renato Cibischino, ex Segretario Regionale del Comitato A.N.E.D. Piemonte, e tesoriere nazionale di A.N.E.D. Onlus è morto a Torino, per l'aggravarsi di una malattia che lo affliggeva da anni. Viveva con la moglie Rita, una donna forte e straordinaria che per anni gli è stata vicino stringendogli la mano nei momenti di maggior difficoltà. Con loro anche la figlia Francesca che tanto amava.

"È stato un protagonista della vita e della storia di A.N.E.D., in Piemonte e non soltanto" ricorda il Presidente Nazionale Giuseppe Vanacore "Il suo impegno civile a sostegno dei malati nefropatici e trapiantati lo aveva portato a ricoprire la carica di tesoriere all'interno del Consi-



glio Direttivo, ma ciò che più conta è che per noi Renato era un amico. Anche nei momenti difficili, sapeva conservare il suo essere gentile ed elegante. Ci mancherà come dirigente e come tesoriere, ma ci mancherà in particolare come uomo. Una persona che ha dimostrato un profondo attaccamento alle famiglie di tutti i pazienti, che non ha mai lasciato sole in tanti anni di vita associativa".

L'intera associazione, il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Segretari e il Comitato Piemonte, a lui così vicino, si uniscono al dolore della famiglia.

"Renato aveva un grande cuore - continua Vanacore - appena ci sarà possibile, ci adopereremo per ricordarlo e per esprimere l'affetto di tutti i dirigenti e soci di A.N.E.D., che Renato hanno conosciuto e stimato, alla sua famiglia".

SOLO QUASSU'

Batte e tramonta contro i vetri
La luce dei rododendri. Senza fiorire
Una storia. Sali al tuono duro delle valli,
all'ostensorio delle cime dove
un disegno di sole gocciola
sulla nostra terra.

Pane e freddo in baita. Fuori, il viola
Accesso dell'ora scalpella l'aria.
Qui ride la solitudine al
solletico
Del corvo, croci e incroci
ricama
Sulla neve la lepre bianca,
senza
Smarrimenti. E senza calcolo
Sa ascoltare le ombre,
quassù...

Solo quassù la voce non ha morte.
E' un chiarore. Fra le torri dell'azzurro.

Striscia su questo bianco un'onda
Che non conosco; mi ricorda mani
Malate di una lenta morte.
Sui vetri, avvenimenti del passato
Si distendono a macchia d'olio,
ma, come gridi, confuso è il loro dire.

Lontana, carica di neve, fende
La calma una valanga. E sa di sortilegio.

A tutti i soci A.N.E.D. con grata
riconoscenza, in memoria di Mario
Cotelli, dalla moglie
Giuliana Rigamonti Cotelli



Seminario A.N.E.D. Onlus,
Milano - ottobre 2019

NOTIZIE DAI COMITATI REGIONALI

In questi mesi sono stati rinnovati i Comitati Regionali di nove Regioni. I Comitati Regionali sono un punto centrale dell'attività dell'associazione, perché operano a stretto contatto con i pazienti su tutto il territorio nazionale, garantendo una stretta vicinanza con i malati e le loro famiglie.

Sul sito www.aned-onlus.it puoi trovare tutti i riferimenti per contattare il Comitato A.N.E.D. più vicino a te.

Di seguito, la formazione dei nuovi Comitati, cui auguriamo un buono e proficuo lavoro.

Comitato A.N.E.D. Abruzzo - Molise

STOPPANI MARINA - Segretario

Comitato A.N.E.D. Basilicata

ANDRISANI DONATO - Segretario
MARINO RAFFAELE - Vicesegretario
LORUSSO NICOLA - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Calabria

LAGANO ROCCO - Segretario
LAROSA MARIA - Vicesegretario
CICINO GIOVANNI - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Campania

ANNUNZIATA LUISANNA - Segretario
BENCIVENGA FABIO - Vicesegretario
MALASOMMA ANNA - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Lazio

CARLETTI PAOLO - Segretario
BORDONI SARA - Vicesegretario
MARE RAFFAELE - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Liguria

ANTICHI GIOVANNI - Segretario
PIAGGIO GIORGIO - Vicesegretario
BARBIERI UGO - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Lombardia

IRACE VINCENZO - Segretario
SCAGNETTO ROBERTO - Vicesegretario
SICLARI TERESA - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Piemonte

PAOLO NENCI - Segretario
CAPITINI PIERANTONIO - Vicesegretario
ANDREATTA ISABELLA - Tesoriere

Comitato A.N.E.D. Sicilia

BELLUOMO FABIO - Segretario
RISUGLIA ROBERTO - Vicesegretario
TESTA COSIMO - Tesoriere



MAI SOLI A.N.E.D. è al tuo fianco

Carissimi soci e lettori,

Il numero 194 del Foglio va in stampa in presenza dell'epidemia dovuta al Coronavirus e quando da parte delle Istituzioni e delle autorità sanitarie, a partire dal 4 maggio 2020, si sta avviando la cosiddetta fase 2.

Sappiamo tutti che il virus non potrà essere combattuto e debellato con i decreti ministeriali e sappiamo, nello stesso tempo, che dovremo imparare a convivere con il Covid-19 fino a quando saranno disponibili il vaccino e farmaci in grado di curare le persone contagiate fino alla guarigione. Naturalmente la prima ed efficace misura di tutela della nostra salute è affidata alla responsabilità di ciascuno di noi, adottando le misure di sicurezza raccomandate e vigilando che le terapie siano somministrate in sicurezza. In particolare, per i dializzati a partire dal proprio domicilio, durante il trasporto (parte integrante della terapia) e durante la dialisi.

Sperando di fare cosa gradita a tutti, una parte di questo numero è dedicata al contagio e ai comportamenti per farvi fronte. Gli articoli, le immagini e i suggerimenti contenuti nelle pagine successive, sono destinati ad informare e guidare i nostri soci e i nostri lettori – tenendo conto dei pareri del nostro Comitato Scientifico – per una maggiore e compiuta consapevolezza dei rischi, cui le persone dializzate e trapiantate sono esposte, e per assumere **comportamenti adeguati** onde evitarli, nonché per tenersi in forma con l'**esercizio fisico**, considerata la necessità di continuare ad evitare assembramenti e a limitare le uscite alle ragioni di urgenza e indispensabili.

Un saluto e un augurio per tutti.

Il Presidente
Giuseppe Vanacore

Il Segretario Generale
Emilio Mercanti

LAVORATORI DIALIZZATI E TRAPIANTATI: TUTTO QUELLO CHE DEVI SAPERE SUI CONGEDI

Fin dai primi giorni dell'arrivo del Coronavirus in Italia, ai pazienti dializzati e trapiantati è stato consigliato di rimanere a casa, per evitare il contagio in virtù del loro stato di maggiore fragilità.

Cosa accade, però, con l'attività lavorativa? Una prima risposta è arrivata con il Decreto Legge del 17 marzo (il cosiddetto Cura Italia), che all'articolo 26 ha previsto: **"Fino al 30 aprile 2020 per i lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché per i lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima Legge n. 104 del 1992, il periodo di assenza dal servizio è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 87, comma 1, primo periodo, del presente decreto ed è prescritto dalle competenti autorità sanitarie, nonché dal medico di assistenza primaria che ha in carico il paziente, sulla base documentata del riconoscimento di disabilità o delle certificazioni dei competenti organi medico-legali di cui sopra, i cui riferimenti sono riportati, per le verifiche di competenza, nel medesimo certificato"**.



Al lavoratore trapiantato, immunodepresso o sottoposto a terapia salvavita, come la dialisi, è stato quindi garantito di potersi astenere dall'attività lavorativa, rimanendo a casa in regime di ricovero ospedaliero (i giorni, quindi, non si andranno a sommare al periodo di comporta).

Il medico di medicina primaria, così come sottolineato nel DL 18/2020, è incaricato di sottoscrivere il relativo certificato che attesti la condizione del paziente e il suo diritto a stare a casa (codice INPS V07). Questo non solo fino al 30 aprile: l'ultimo Dpcm del 17 maggio, convertito in DL il 19 maggio, ha, infatti, **posticipato la validità di queste indicazioni fino al 31 luglio 2020** (art. 74 del DL Rilancio).



ASSOCIAZIONE
CARDIO
TRAPIANTATI
ITALIANI

ANED



EMERGENZA CORONAVIRUS TRAPIANTATI

Come proteggere te stesso e gli altri

Non modificare la tua terapia, non sospendere o ridurre le dosi dei tuoi farmaci, senza aver consultato il tuo centro e il tuo medico

Lava spesso le mani con acqua e sapone o con gel a base alcolica

Se non è indicato dal proprio Centro, non è consigliato effettuare controlli ambulatoriali più ravvicinati del solito

Non toccare occhi, naso e bocca con le mani

Se sei un lavoratore, hai diritto a stare a casa fino al 30 aprile

Evita il contatto ravvicinato con tutte le persone, mantieni la distanza di almeno un metro

Pulisci accuratamente e frequentemente il tuo telefono.

Stai attento ai sintomi influenzali (febbre, tosse, difficoltà respiratorie). Contatta il tuo centro, se hai sintomi

Monitora il peso corporeo e la diuresi

Evita l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri

Evita luoghi di grande assembramento di persone e, se non puoi, usa sempre la mascherina

Starnutisci in un fazzoletto monouso, copri la bocca quando tossisci o usa la piega del gomito

Svolgi attività fisica in casa. Se non hai sintomi, puoi fare una breve passeggiata da solo nei pressi del tuo domicilio

Misura la temperatura due volte al giorno

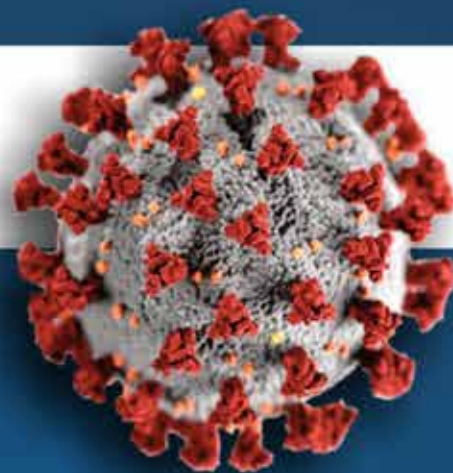
Assicurati che gli spazi comuni in casa siano ben ventilati

ANED



Associazione Nazionale Emodializzati
Dialisi e Trapianto - ONLUS
Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica

ANED



EMERGENZA CORONAVIRUS VADEMECUM IN DIALISI

Come proteggere te stesso e gli altri

Segui scrupolosamente
le indicazioni ricevute
dal tuo centro

Lavati spesso le mani.
Se non ne hai la possibilità,
frizionale con gel idroalcolico

Non toccarti bocca,
naso e occhi con le mani

Mantieni la distanza di
almeno un metro
dalle altre persone

Segnala tempestivamente
al tuo centro se presenti
sintomi influenzali (febbre, tosse,
mal di gola, difficoltà respiratorie,
dolori muscolari, diarrea)

Se il tuo centro non è
reperibile H24,
fatti dare istruzioni
su chi contattare
in caso di necessità

Se devi starnutire
o tossire fallo in un
fazzoletto monouso,
che devi subito buttare

Prima di recarti
a fare dialisi,
misura la febbre

Prima di salire sul mezzo
di trasporto, se sei con autista
od altre persone, indossa la
mascherina chirurgica
e rispetta la distanza
di almeno un metro

Prima di entrare
in sala dialisi,
lavati accuratamente
le mani ed il
braccio della fistola

Durante la seduta
dialitica indossa
la mascherina chirurgica

Evita di bere
e mangiare durante
la seduta dialitica

La mascherina chirurgica
va toccata con mani pulite
e cambiata ogni 4-5 ore.
Se ne hai solo una,
cambiala quando si bagna

ANED



Associazione Nazionale Emodializzati
Dialisi e Trapianto - ONLUS
Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica



L'ATTIVITA' FISICA AL TEMPO DEL COVID-19 NEL PRE E POST TRAPIANTO

S spesso capita di praticare attività fisica senza indicazioni sul tipo e sulle modalità di allenamento da seguire; in molti casi ci si affida a consigli di amici o ad internet i quali non sempre danno indicazioni precise o corrette.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di praticare almeno 150 minuti di attività fisica moderata a settimana per contrastare l'insorgenza di patologie correlate alla sedentarietà come malattie cardiovascolari (ipertensione, diabete) e dislipidemie.

Nel soggetto trapiantato d'organo le patologie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte. Queste patologie sono favorite dalle terapie im-

munosoppressive che spesso comportano alterazioni del metabolismo glucidico e lipidico.

E' stato dimostrato che **l'attività fisica riduce l'incidenza di mortalità prematura**, di malattie coronariche, d'ipertensione e di diabete non solo nei soggetti trapiantati ma anche in attesa di trapianto, mostrando effetti benefici sull'intero organismo. La letteratura scientifica riporta che l'esercizio fisico nel pre-trapianto migliora lo stato fisico generale del paziente permettendo di arrivare al trapianto in condizioni fisiche ottimali che sono correlate a un migliore outcome post-trapianto. L'attività fisica deve, quindi, essere considerata come un fattore vitale per l'intero recupero fisi-

co e psicologico di tutti coloro che sono in attesa di trapianto e che hanno subito un trapianto d'organo. L'allenamento induce nell'organismo degli adattamenti che s'instaurano lentamente e persistono nel tempo almeno fino a quando lo stimolo allenante rimane presente.

Lo scopo di questo articolo è di fornire sinteticamente delle indicazioni sulle modalità di allenamento a casa per indirizzare il paziente, sia nel pre che nel post trapiantato, verso una sempre migliore gestione della propria salute attraverso uno stile di vita attivo.

Dr.ssa Valentina Totti

*Specialista dell'Esercizio Preventivo e Adattato
(ANED - Centro Nazionale Trapianti)*

Il riscaldamento

10 minuti di camminata sostenuta in piano + 10 minuti di cyclette con resistenza minima (1-3). **In questo periodo di emergenza, si può camminare in casa oppure sfruttare le scale del proprio condominio.**

Mobilità articolare

Movimenti di rotazione del capo verso destra e verso sinistra. Inclinazioni del capo a destra e a sinistra. Rotazione in avanti e indietro delle spalle, sia alternate che insieme. Rotazione dei polsi e delle caviglie.

Potenziamento muscolare

Arti superiori

1. Partendo con le braccia lungo i fianchi, 2 serie da 10 sollevamenti laterali per ogni braccio, con un minuto di recupero. Il peso può essere sostituito con una bottiglia da un litro. Per coloro che hanno una fistola artero-venosa è consigliabile fare gli esercizi per le braccia senza carico oppure escludere l'arto.

Arti inferiori

1. Alzarsi da seduto: alzati dalla sedia con due gambe e seduti scendendo con una gamba sola. 3 serie da 20 ripetizioni, con un minuto di recupero.

Addominali

Partendo sdraiati proni, sollevare il bacino, sorreggendosi sugli avambracci, contrarre i muscoli addominali e mantenere la posizione per 20, 30



secondi. Il corpo deve formare una linea retta. Non oscillare o inarcare la schiena. Fare 3 ripetizioni con 20 secondi di recupero.

Fase 4 Attività aerobica

Cyclette: iniziare con 30,40 minuti a intensità moderata fino ad arrivare progressivamente a un'ora, un'ora e mezza, 2/3 volte alla settimana. Dopo l'emergenza COVID-19 si potrà eseguire l'esercizio all'aperto, corsa o camminata veloce.

Fase 5 Core Stability

Superman: 10 secondi di estensione per ogni arto + 10 secondi combinando braccio destro con gamba sinistra e viceversa. Effettuare l'esercizio per sei volte continuativamente.



Fase 6 Stretching

Tricipite: braccio flesso dietro la testa, creare la tensione tenendo il gomito con l'altra mano e facendo una leggera pressione verso il basso. Mantenere la posizione senza molleggiare per 10-15 secondi e ripetere la serie 3 volte per ogni braccio.

Quadricipite: in piedi, una gamba alla volta, piega il ginocchio e tienilo dietro aiutandoti con la mano. 2 serie da 30 secondi per ogni gamba, con un recupero di 20 secondi. Resta vicino a una parete per evitare di perdere l'equilibrio.

L'allenamento completo, con video esplicativi, è disponibile sul sito web di A.N.E.D.

DIVENTA SOCIO **ANED**

Comunica i tuoi dati alla Segreteria
o vai sul sito **www.aned-onlus.it**
Sede Nazionale: Milano - Via Hoepli 3
tel. **02 8057927** - Fax **02 864439** - **info@aned-onlus.it**



IL MONDO A.N.E.D. SPORT

DISTANTI MA UNITI.

ANCHE A DISTANZA, A.N.E.D. SPORT NON SI FERMA

In questo periodo in cui siamo stati costretti ad annullare la partecipazione a tutti gli eventi programmati già da tempo, e ad annullare quella che sarebbe stata la 30esima edizione dei Giochi Nazionali Trapiantati e Dializzati A.N.E.D. (vi promettiamo che, appena sarà possibile, ci impegneremo ad organizzare la più bella edizione mai vista, in ricordo della nostra cara Presidente Fondatrice Franca Pellini), i nostri atleti ANED Sport, e i soci tutti di A.N.E.D. Onlus, sono nei nostri pensieri.

E' importante che tutti noi in questo momento riusciamo ad essere un gruppo coeso e unito, come una vera squadra, cercando di sostenerci l'un l'altro, ma anche dando spunti per cercare di mantenere una mentalità positiva per il prossimo futuro.

Le tecnologie odierne permettono di abbattere le distanze e di creare dei veri e propri "eventi" virtuali.

Molti dei nostri soci sono parte di squadre di varie discipline, ma vorremmo che le vostre idee potessero essere trasversali e dessero quel senso di "grande famiglia sportiva", quale A.N.E.D. Sport vuole essere.

Siamo aperti quindi alla vostra partecipazione attiva per superare questo momento, sperando di poterci ritrovare al più presto per portare con lo sport il nostro messaggio di speranza per chi attende ancora oggi un organo.

Stiamo già programmando partecipazione ad eventi, quando sarà possibile.

Un caro abbraccio e... arrivederci presto!



Marco Mestriner

Coordinatore Nazionale ANED Sport

Margherita Mazzantini

Consigliera Nazionale ANED Onlus, con delega allo sport

World Transplant Winter Games 2020, i trapiantati italiani mietono successi sulle piste da sci del Canada

Dal 23 al 28 febbraio si sono svolti a Banff, in Canada, gli XI World Transplant Winter Games, l'edizione invernale dei World Transplant Games, competizione sportiva riservata ai trapiantati di organo, ai quali la Nazionale Italiana Trapiantati e Dializzati di A.N.E.D. partecipa in rappresentanza del nostro Paese per testimoniare sul campo, in questo caso sulle piste, che il **trapianto è vita** e riconquista di benessere psico-fisico. Un'occasione di promuovere la donazione di organi e rendere omaggio ai propri donatori, il cui generoso e solidale gesto di donazione è imprescindibile fattore per la rinascita.

Ai Giochi canadesi ha partecipato una agguerrita compagine composta da quattro trapiantati – tre di rene, uno di cuore – che ha onorato i colori azzurri conquistando **13 medaglie** – 6 ori, 5 argenti e 2 bronzi – classificandosi all'ottavo posto nel medagliere finale.

Il medagliere completo è consultabile sul sito

www.aned-onlus.it

