

SANITÀ

A colloquio col dr. Giorgio De Toma, responsabile dell'U.O. di Immunoematologia e Centro Trasfusionale presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto

L'OFFICINA DEL SANGUE

Un ampio campo d'intervento. Donazione come prevenzione: chi dà il sangue è sempre sotto controllo. 2.500 donatori. L'AIDS. Trasfusioni in sicurezza. Le cellule staminali. Nuovi locali e problemi di personale. Medici di famiglia e medici ospedalieri. La prevenzione

A cura di Gabriella Cerchiai

Di che cosa si occupa, cosa fa una Unità Operativa di Immunoematologia?

Il Servizio Trasfusionale è più specificamente definito come Servizio di Immunoematologia e Centro Trasfusionale. Già questa definizione può far capire come i compiti di questo servizio siano così ampi, abbracciando campi di intervento epidemiologico per il territorio di competenza, di prevenzione e di controllo di malattie ematologiche geneticamente trasmesse, come l'emofilia, la malattia emolitica del neonato, ecc. di diagnosi laboratoristica nelle malattie del sangue, di tipizzazione per i trapianti di organi e soprattutto il compito di garantire una adeguata terapia trasfusionale, mirata a tutta la popolazione nel suo ambito di competenza. Questo è possibile tramite la raccolta di sangue da donatore, la separazione del sangue nei suoi componenti (globuli rossi, bianchi, piastrine e plasma), la conservazione e l'assegnazione di queste frazioni di sangue ai pazienti. Una parte del plasma prodotto viene ceduto ad industrie farmaceutiche nazionali, che lo utilizzano per la produzione di albumina, gammaglobuline, fattori della coagulazione, come il fattore ottavo per gli emofilici.

Quindi, nella sua U.O., oltre ai prelievi, agli esami si fa anche ricerca, ci sono laboratori....

Certamente. Prima di tutto, prima di dare il sangue si verifica l'idoneità del donatore; si fa una piccola visita e soprattutto un "interrogatorio", una conversazione, per sapere se ha avuto un'epatite virale nel passato, se è stato in contatto di recente con qualcuno che ha avuto una forma infettiva di quel tipo, se è soggetto a rischio per l'AIDS, se è tossicodipendente o se ha mai fatto uso di droghe, o se è a contatto con tossicodipendenti.... Tutte domande per cercare di escludere subito, prima della donazione, i soggetti a ri-

schio. Facciamo poi una serie di esami (elettrocardiogramma, emocromo, analisi delle urine, etc.), per verificare che la donazione, comunque, non nuocia alla sua salute. E questo, inoltre, ci serve per fare un check-up del donatore; è capitato spesso che questi esami abbiano permesso di individuare patologie del donatore che altrimenti sarebbero rimaste sconosciute (siamo arrivati anche a diagnosticare tumori in fase iniziale). È un tipo di medicina preventiva che funziona davvero.

Direi che converrebbe essere tutti donatori....

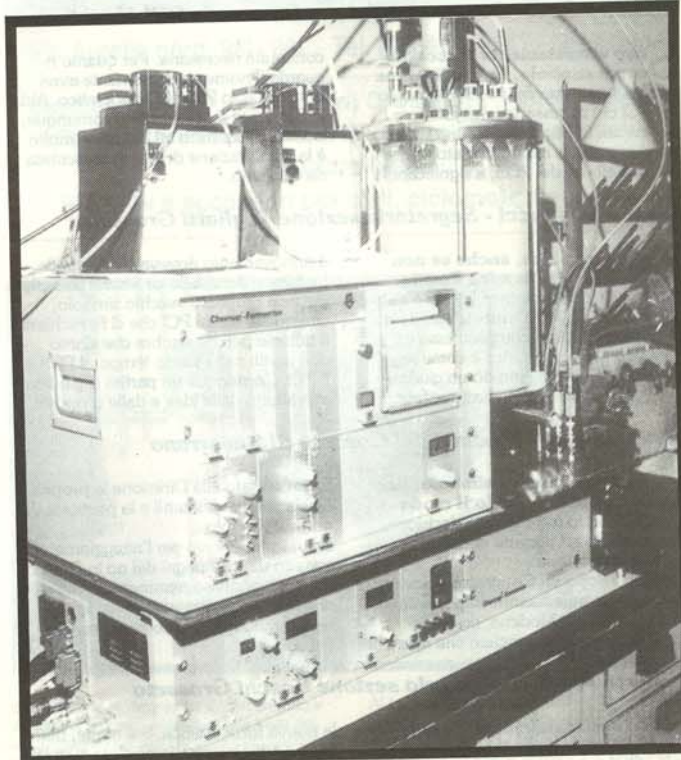
Sì, in effetti sì. È lo stesso discorso che si ripete per la prevenzione, ad esempio, del tumore alla mammella: se tutte le donne, almeno una volta l'anno, si sottoponessero ad un controllo, molti tumori potrebbero essere presi in tempo. Un donatore, ogni sei mesi, è sottoposto a questa serie di controlli e così ci si accorge subito se c'è qualcosa che non va....

Sono molti i donatori?

Qui da noi, nella USL 28, i donatori iscritti alle associazioni, principalmente all'AVIS e poi al gruppo "Fratres", sono circa 2500. È un numero abbastanza rilevante, considerando il fatto che c'è un ricambio generazionale alto; si può essere donatori fino a 60-65 anni circa, a seconda delle condizioni del soggetto e della valutazione del medico. Ovviamente queste persone sono tutte sotto controllo.

Nella sua U.O., il personale che le Leggi Nazionali e di Piano Regionale consentono di avere è sufficiente per questa mole di lavoro?

Negli ultimi dieci anni il lavoro è più che decuplicato, infatti. Il personale sarebbe sufficiente se fosse sempre presente, 365 giorni l'anno. Logicamente, però, c'è da fare i conti con le ferie, le malattie, le gravidanze; poi c'è l'aggiornamento che anche un tecnico deve fare, così come il medico. La nostra pian-



ta organica ci assegna dieci tecnici; attualmente ce ne sono cinque. E sono convinto che anche solo con due tecnici in più si potrebbe stare molto più tranquilli. Attualmente il nostro servizio è chiuso la domenica e soprattutto è carente nei periodi estivi, in cui dovremmo avere un supporto terapeutico addirittura maggiore rispetto all'inverno, perché c'è molto più lavoro - basti pensare alla maggiore percentuale di incidenti stradali in una zona come la nostra....

Il Secondo Piano Sanitario Regionale in generale, per quello che riguarda la USL 28, aumenta il personale. In alcuni casi, oserei dire, lo aumenta a dismisura, in altri con maggiore parsimonia. Sappongo sia tutto logico, ma vorrei sapere: come medici, come primari, siete stati interpellati, avete indicato quali fossero le vostre necessità, le vostre esigenze?

Sì. Noi fra l'altro, abbiamo un Centro di Riferimento Regionale, il C.R.E. (organariamente era il Centro Regionale Emoderivati), che funge appunto da riferimento per tutti i servizi regionali e che sente tutte le nostre esigenze a livello regionale. Serve, poi, anche per gli scambi di sangue da ospedale a ospedale; se a Grosseto c'è un surplus di sangue, si preoccupa di inviarlo ad un altro presidio dove magari c'è carenza di determinati gruppi sanguigni. Serve, insomma, per chiarificare l'intervento su tutto il territorio regionale. È una buona cosa, insomma e ultimamente, durante la discussione del Secondo Piano Sanitario Regionale, si è particolarmente attivato perché i servizi trasfusionali toscani potessero avere, sia in termini di personale che di strumentazione, quello che la realtà di oggi prevede per un servizio in continua evoluzione; basti pensare al fenomeno dell'AIDS, che a Grosseto grava per il 100% sul servizio trasfusionale!

Mi pare che nel Secondo Piano Sanitario Regionale ci sia qualche novità riguardo a questo....

Inizialmente fu fatto un progetto, che

prevedeva tre diversi livelli di intervento. Il primo, svolto dal laboratorio o dal servizio trasfusionale, consisteva in una semplice ricerca dell'anticorpo contro l'AIDS; il secondo livello, per laboratori un po' più specializzati, prevedeva una serie di esami più specifici che fra l'altro dovevano servire a confermare il primo risultato - la presenza cioè dell'HIV; nel terzo livello si dovevano effettuare esami ancora più specifici. La USL 28 era stata individuata come secondo livello. Il terzo livello doveva essere garantito, per Grosseto e Arezzo, da Siena. In effetti, Siena non ha mai svolto questo ruolo, né per noi né per Arezzo e poco anche per se stessa. Inizialmente, quindi, ci siamo dovuti "arrangiare", utilizzando anche metodiche manuali, molto lunghe, che richiedono 48 ore di lavoro "vero", con il rischio di dare risultati imperfetti, perché le cellule lavorate in questa maniera si alterano e possono dare delle false positività. E poi, leggere 800-1000 cellule per ogni paziente al microscopio a fluorescenza, che dà molto fastidio agli occhi, è davvero pesante....

Dal giugno di quest'anno ci siamo attrezzati diversamente. Abbiamo un citofluorimetro che ci permette di seguire i linfociti non solo nell'AIDS, ma anche nella leucemia e in altre malattie e di fare una diagnosi molto più reale, aggiornata, vera. Quindi, il terzo livello, per la nostra USL, lo realizziamo noi.

Una domanda che sicuramente le sarà già stata posta molte volte, ma che è molto "sentita": che sicurezza c'è che durante una trasfusione non accada di immettere sangue infetto?

È una preoccupazione giustificata, anche se il rischio è molto basso, si parla di 1 su 40.000, su 100.000.... Qual è il rischio? Dal momento in cui un individuo ha contratto il virus al momento in cui risulta che è stato infettato, possono passare dai 30 ai 90 giorni. In questo periodo, che è chiamato "periodo muto", nonostante tutti gli esami che possiamo fare, non possiamo vedere se il soggetto ha contratto il virus. Po-

