

Un'occasione di dialogo

1

di Valerio Alberti *

L'avvio della pubblicazione di una rivista a larga diffusione rivolta direttamente ai cittadini esprime una scelta di fondo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona.

L'obiettivo è quello di informare il più possibile i cittadini, rivolgendosi quindi direttamente a chi utilizza i servizi.

Gli altri interlocutori fondamentali della comunicazione sono le istituzioni locali e le organizzazioni che a vario titolo operano nella comunità, come, ad esempio, le associazioni di volontariato e le cooperative non profit.

Con essi vi è già normalmente maggiore occasione di confronto sulle diverse problematiche che riguardano la sanità e la salute in generale; ma desideriamo cogliere ogni nuova iniziativa – e questa lo è – per favorire e coltivare una maggiore conoscenza reciproca che consenta una lettura più oggettiva dei fenomeni che riguardano il mondo sanitario e per la creazione di utili collaborazioni.

L'approfondimento appare particolarmente utile per cogliere di più la dimensione complessa della sanità, oggi troppo spesso banalizzata nei suoi temi e nella proposizione di soluzioni, anche da parte di addetti ai lavori.

L'uscita della rivista, che si finanzia con i proventi dei messaggi della cartellonistica pubblicitaria ospedaliera - approvati dopo apposita valutazione etica -, cade in un momento piuttosto travagliato della sanità.

Molti sono i temi e le preoccupazioni che affollano le agende nazionali, regionali e locali.

La sanità è oggi costantemente all'attenzione dell'opinione pubblica per l'ovvia considerazione che tale tema tocca direttamente e profondamente i problemi delle singole persone e di chi sta accanto a loro ma anche per gli aspetti etici connaturati alle problematiche



assistenziali. La medicina con il suo continuo progresso (dalla genetica all'assistenza intensiva nelle fasi terminali della vita, all'utilizzo di tecnologie sempre più sofisticate), le modificazioni demografiche e dei quadri epidemiologici prevalenti (invecchiamento della popolazione e prevalenza della patologia cronico-degenerativa), la quantità di risorse disponibili, ci sollecitano in modo pressante a riflettere sui principi che sono alla base della nostra organizzazione sociale (come il diritto alla salute e il sistema delle tutele del welfare, l'equità nell'accesso alle prestazioni, la solidarietà sociale) sui modelli organizzativi dell'assistenza (integrazione tra sanitario e sociale), e sugli aspetti economici relativi alla capacità e possibilità di far fronte alle diverse esigenze sociali (ad esempio, la tutela degli anziani non autosufficienti) e alle nuove opportunità del progresso scientifico e tecnologico.

Da un lato quindi riflessione sui temi generali della sanità, dall'altro informazione ai cittadini, informazione su ciò che la sanità è, e su ciò che offre, per rispondere ai bisogni della gente.

Ma questo è anche il tentativo di comunicare un progetto di salute: per chi è sano, attraverso l'infor-

mazione sui corretti stili di vita; per chi è ammalato, su come trattare la propria malattia e, se non vi è guarigione, su come convivere nel modo migliore con essa.

Cercheremo pertanto di riavvicinare la sanità ai suoi destinatari: i cittadini; troppo frequentemente oggi le discussioni e spesso le polemiche - ristrette, tra l'altro, eccessivamente su aspetti esclusivamente finanziari - rischiano di allontanare la sanità dal cittadino o di falsarne l'immagine.

Questa rivista, grazie anche all'apporto di un ampio ed autorevole Comitato Editoriale, parlerà perciò di salute nell'accezione più ampia del termine e ne saranno artefici coloro che sono la prima, vera risorsa del nostro ospedale: i medici, gli infermieri, gli operatori tutti. Mentre sono in fase di predisposizione o di realizzazione importanti interventi di tipo organizzativo e strutturale per rendere più adeguati i nostri servizi e le nostre strutture, vogliamo valorizzare ciò che già c'è e ci viene riconosciuto a livello nazionale e internazionale: la professionalità.

Questa, attraverso una stretta sinergia tra componente ospedaliera ed universitaria, si esprime nei diversi ambiti della ricerca, della prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e didattica.

Alcune migliaia di professionisti ogni giorno si mettono a disposizione di decine di migliaia di persone malate o sofferenti per cercare la migliore soluzione possibile al problema specifico di cui i singoli pazienti sono portatori.

Ci auguriamo dunque che questa rivista possa contribuire ad informare di più i cittadini sui temi della sanità e della salute, favorendo la crescita di una conoscenza più approfondita delle complesse problematiche del mondo della sanità.

*** Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona**

Viaggio nel pianeta-salute

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Cari lettori, eccoci al nastro di partenza della nostra rivista. Mentre scrivo questa nota ho davanti a me la bozza della prima copertina che abbiamo affidato all'estro creativo di Gianni Burato. Sì, vi stiamo proprio consegnando la chiave per entrare a curiosare fra le pagine de "La Salute e la Città". Per la prima volta l'Azienda Universitario-Ospedaliera di Verona - l'ospedale dei Veronesi - ha pensato ad un prodotto editoriale destinato direttamente ai cittadini. La rivista sarà in edicola ogni tre mesi e si propone di aprire un dialogo sulla salute che esuli dai consueti argomenti di politica sanitaria che quasi ogni giorno trovano spazio in cronaca. In queste pagine medici e operatori sanitari del nostro ospedale vi parleranno non solo di malanni e terapie, ma anche di tutti quegli accorgimenti che ci aiutano a mantenerci in forma. La nostra sarà informazione diretta e chiara, un'informazione di servizio e di pubblica utilità per promuovere la nostra salute. Non parleremo solo di cure, ma anche di prevenzione.

Per star bene - ce lo raccomandano gli esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità, che giudicano le nostre strutture un punto di riferimento di livello europeo - non abbiamo bisogno soltanto di farmaci o di terapie. La nostra salute dipende da molti fattori: da ciò che è scritto nel nostro Dna, dagli eventi che incidono sulla nostra esistenza e da "come" impostiamo la nostra vita. Le abitudini quotidiane, quelle buone e quelle meno, hanno conseguenze più evidenti di quanto comunemente pensiamo sul nostro futuro.

In queste pagine troverete i consigli dei medici e degli operatori sanitari che potete incontrare negli ambulatori e nei reparti. Sono loro a porgervi la chiave per entrare nel mondo della salute. Nessuno deve sentirsi escluso.



C'è un diritto alla salute per ciascuno di noi.

L'informazione ci aiuta ad esercitarlo da protagonisti

Troppo spesso confondiamo salute e prestanza fisica, salute e bellezza. La verità è che tutti hanno diritto alla salute, perché ogni persona, quali che siano le sue condizioni, deve poter chiedere e ottenere cure e attenzioni per veder rispettata la propria dignità. Star bene vuol dire sentirsi parte della comu-

nità e una comunità "sana" non può escludere alcuno.

Per questo nella nostra rivista troveranno spazio tante voci, non solo quelle di quanti operano nell'Ospedale di Borgo Trento o al Policlinico.

Per questo cercheremo di aprire tante finestre, per esplorare le opportunità che la nostra Verona riserva non solo ai suoi cittadini: questa città, dobbiamo esserne consapevoli, offre cure ed assistenza a molti italiani che scelgono i nostri medici.

Un grazie di cuore a quanti hanno creduto in questo progetto ed hanno collaborato alla sua realizzazione.

Un benvenuto altrettanto cordiale a quanti si uniranno in futuro. Ed ora, apriamo la porta

La Salute e la Città

anno 1 - numero 1

Registrazione in corso presso il
Tribunale di Verona**Editore**Azienda Ospedaliera di Verona
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona**Direttore responsabile**

Maria Fiorenza Coppari

Direttore editoriale

Valerio Alberti

Comitato editoriale:

Francesco Calabrò, Paola Chinchiolo, Franco Colletta, Bernardo Dalla Bernardina, Giuseppe Ferrari, Luciano Flor, Roberto Fostini, Giovanna Ghirlanda, Alessandro Lechi, Silvia Marchi, Augusto Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna Pirana, Silvano Pomari, Francesco Procaccio, Giovanna Scroccaro, Luciano Sterzi, Michele Tansella, Stefano Tardivo, Salvatore Toscano, Emanuela Zandonà.

Redazione e Pubblicità

Piazzale Stefani, 1- 37126 Verona
Tel. 045-8072206
fax 045 8073314

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Giornalisti collaboratori

Mirko Aldinucci, Alessandro Azzoni, Anna Laura Folena, Rosanna Piasenti, Anna Zegarelli, Valeria Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

Cierre Grafica
Caselle di Sommacampagna (Vr)
Tel. 045 8580900
Fax 045 8580907

La pubblicazione è finanziata
con il progetto
"Partner in Sanità"

Periodico trimestrale di divulgazione medico e sanitaria della
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI VERONA

La Salute

Periodico trimestrale di divulgazione medico e sanitaria della
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI VERONA

e la Città

Sommario**EDITORIALE**

Un'occasione di dialogo
di Valerio Alberti pag. 1

IL PUNTO

Viaggio nel pianeta-salute
di Maria Fiorenza Coppari
Del Giglio pag. 2

ATTUALITÀ

Anziani. La terribile estate
di Alessandro Azzoni pag. 5
Disabili e terza età: ecco cosa
si può fare
di Ottavio Bosello pag. 7
Sars. C'è da avere paura?
di R.P. pag. 11
Con l'autunno si alza la guardia
di R.P. pag. 13
Influenza. È tempo di vaccino
pag. 14

Cuore. Patologie in rosa
di Elena Zuppini pag. 16
Infarto, scompenso, ictus.
Cosa sono, che cosa provocano
di E.Z. pag. 19
La prevenzione comincia a tavola.
E prosegue con l'attività fisica
di E.Z. pag. 20
Una Carta europea sui fattori di
rischio
di Elena Zuppini pag. 21
Psichiatria. L'Oms punta su
Verona pag. 23
Caposala, un ruolo da valorizzare
di Valeria Zanetti pag. 27
La bella testimonianza regalata
da Mary Iori di Mfc pag. 28
Trapianti. Donarsi "dopo"
di Valeria Zanetti pag. 31
Una nuova struttura per
i trapiantati di V.Z. pag. 35

Miopia. Se occhio non vede
di Roberto Bellucci, Giorgio
Marchini e collaboratori pag. 37
L'Urp per gli utenti pag. 42
Ospedale, istruzioni per l'uso
pag. 43
Personaggi. Lo "charme" di Rita
di Mfc pag. 45
In soccorso di Nablus pag. 46
Disabilità come valore
di Ferdinando Camon pag. 48
Su internet una guida per
scegliere gli ausili
di Elena Zuppini pag. 51
Croce verde. Cent'anni di soccorso
di Elena Zuppini pag. 54

RUBRICHE

IN PRIMO PIANO
La Medicina per la Salute
di Luciano Flor pag. 4
SALUTE E DIRITTI
Un piano sanitario di qualità
di Lucia Poli pag. 15
DENTRO DI NOI
Il dolore appartiene alla vita
di Lorenzo Gobbi pag. 22
FARMACI E SALUTE
Il foglietto dei medicinali
di Giovanna Scroccaro pag. 30
LO PSICOLOGO
Aiutiamo i bambini a crescere
di Lidia del Piccolo pag. 36
PAROLE CHIAVE
Drg, finanziamenti ai ricoveri
di Stefano Tardivo pag. 44
IN OSPEDALE
Il beauty case della cicogna
pag. 47
CURARSI A CASA
Aerosol, un respiro di sollievo
di Lia-Myrian Cappelletti pag. 53

La Medicina per la Salute

di Luciano Flor *

Borgo Trento e il Policlinico costituiscono un centro sanitario di riferimento per tutto il Veneto

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona è una realtà di riferimento per tutta la regione Veneto ed è riconosciuta quale Centro sanitario di livello nazionale per le attività che vengono svolte nei diversi settori della ricerca, dell'assistenza e della formazione.

L'Azienda è, infatti, ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

L'Azienda consta di due presidi nella città di Verona (l'Ospedale Civile Maggiore Borgo Trento e il Policlinico "Gian Battista Rossi" di Borgo Roma) e di un presidio ospedaliero ubicato in provincia. Le Unità Operative e i Servizi di diagnosi e cura in cui è articolata l'Azienda rappresentano tutte le principali specialità mediche e chirurgiche.

Numerosi Servizi sono individuati anche come "Centri di eccellenza" e/o Centri di Riferimento Regionale e svolgono un'importante attività non solo per i cittadini veronesi e veneti ma anche per cittadini provenienti da altre regioni.

Nell'Azienda, inoltre, 22 unità amministrative danno supporto tecnico alla gestione complessiva affidata al Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

I due presidi ospedalieri della città garantiscono assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza e di emergenza 24 ore su 24 attraverso il servizio di Pronto Soccorso; ricoveri e prestazioni programmate

per patologie che non richiedono interventi di urgenza su proposta del medico curante; altri ricoveri (diurni) programmati dal medico ospedaliero con erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo medico (day hospital) o chirurgico (day surgery); in quest'ultima tipologia di ricovero le condizioni di salute del paziente e la metodica della prestazione sanitaria consentono la dimissione entro alcune ore dall'atto medico, senza necessità di pernottamento.

Accanto alle attività di ricovero, è organizzata anche l'attività specialistica ambulatoriale che comprende visite mediche e prestazioni diagnostico-strumentali e di laboratorio. Prestazioni e servizi ambulatoriali sono erogati in libera professione su libera scelta dell'assistito.

I 1.900 posti letto presenti nei tre presidi dell'Azienda Ospedaliera sono così suddivisi: 746 afferiscono all'area medica, 726 all'area chirurgica, 212 all'area materno/infantile, 122 alla terapia intensiva e 72 all'area riabilitativa.

Nell'anno 2002 negli ospedali dell'Azienda si sono ricoverate oltre 60.000 persone di cui circa 10.000 provenienti da fuori Regione e oltre 3.000 provenienti da altre province; mediamente ogni giorno si registrano complessivamente 170 dimissioni di cui circa 20 riguardano persone provenienti da fuori regione.

Quattrocentosessanta persone si presentano ogni giorno nei Pronto Soccorso dei due ospedali cittadini ed ogni giorno circa 90 persone vengono sottoposte ad intervento chirurgico (un terzo di queste in regime di ricovero diurno (Day Surgery)); ogni giorno sono presenti in ospedale circa 1.400 ricoverati in regime di degenza ordinaria e circa 100 ricoverati in regime di ricovero programmato a ciclo diurno (day hospital); circa 2.000 cittadini usufruiscono giornalmente dei servizi ambulatoriali quali prestazioni diagnostiche di laboratorio e/o radiolo-

giche e visite mediche; ogni giorno in ospedale avvengono in media 8 nascite.

Da molti anni l'Azienda Ospedaliera è attiva nel campo dei trapianti d'organo e dei tessuti, avendo eseguito il primo trapianto di rene già nel 1968.

Successivamente sono state avviate le altre attività per il trapianto di cuore, cornea, midollo osseo, polmone e fegato.

Questi dati danno la dimensione dell'attività giornaliera di questa Azienda in cui operano più di cinquemila dipendenti tra medici ospedalieri e universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale e addetti al settore amministrativo.

Un ulteriore aspetto che qualifica l'Azienda Ospedaliera è dato dalla presenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona; la collaborazione dell'Ospedale con la Facoltà di Medicina e Chirurgia fa sì che assistenza, didattica e ricerca siano integrate e che i processi diagnostici e terapeutici siano costantemente innovati, aggiornati e affinati. Tale sintonia permette altresì il raggiungimento di un percorso formativo costantemente aggiornato e qualitativamente elevato sia per le figure mediche che per le figure professionali.

Nel dicembre 2002 l'Azienda Ospedaliera di Verona ha conseguito la certificazione del proprio Sistema Qualità secondo la norma internazionale ISO 9001:2000.

La certificazione ISO 9001:2000 attesta che l'Azienda sta applicando un modello di organizzazione del lavoro in grado di dare ai pazienti le maggiori garanzie in termini di efficacia e appropriatezza delle prestazioni ricevute e, in generale, di rispondere adeguatamente a tutte le loro esigenze.

*** Direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona**

La calura ha interagito con vari fattori patologici incidendo sul quadro clinico dei soggetti più deboli

Anziani

5

LA TERRIBILE ESTATE

Una città con i capelli bianchi

Una città sempre più con i capelli bianchi. Su un totale di circa 256 mila abitanti, gli ultrasessantacinquenni presenti nel territorio comunale sono oggi quasi 53 mila (erano 51.300 nel 1998). Sono destinati a diventare 54 mila entro il 2008 e a sfiorare i 55 mila attorno al 2014, per arrivare a 58 mila nel 2025 (grazie al baby-boom degli anni Cinquanta e Sessanta). Il progressivo invecchiamento della popolazione è quindi innegabile. Sempre più anziani anche a livello nazionale. In Italia, dal 1982 al 2001 il peso sulla popolazione di chi ha più di 65 anni è salito dal 13,2% al 18,2%, mentre la quota di coloro che hanno meno di 15 anni è scesa dal 21,3% al 14,4%. Significa che in Italia gli anziani (oltre i 65 anni) sono oggi il 27% in più dei giovanissimi (da 0 a 18 anni). Non bastasse, se all'inizio degli anni Settanta soltanto un ultrasessantacinquenne su cinque viveva da solo, nel 1990 erano uno su tre, oggi sono solo uno su due. Negli ultimi trent'anni gli over 75, cioè gli più a rischio di non autosufficienza, sono praticamente triplicati. L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione di età pari o superiore a anni e la popolazione fino a 14 anni) è passato dal 38,9% del 1961 al 124,8% del 2000, evidenziando indiscutibilmente il processo di crescita continua della popolazione anziana. È evidente che nessuna programmazione sociosanitaria o scelta tecnica aperta al futuro può prescindere da una seria riflessione su questi dati. L'Italia, infatti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, invecchia più velocemente di qualsiasi altro paese. Nel 2030 gli ultrasessantacinquenni saranno oltre il 26%, addirittura un terzo della popolazione nel 2040. (al.az.)



Un'immagine emblematica dell'estate appena trascorsa: la statua di Madonna Verona di Piazza delle Erbe troneggia su una fontana dalla quale non sgorga acqua

Saltato ogni record, sia termico che pluviometrico. Battuto ogni primato secolare dal Settecento ad oggi in una buona metà delle località padane, italiane ed europee. Il resto è cronaca di un'estate tra le più calde di sempre, di sicuro la più lunga e ostinata da secoli a questa parte. Stagione terribile, e lo abbiamo visto dalle cronache estive, soprattutto per gli anziani. Va detto però che in molti casi la stampa ha esagerato. La grande calura infatti, non basta ad uccidere. Sicuramente può interagire con altri fattori di patologia su soggetti già defedati, peggiorando il quadro clinico, ma di per sé non uccide. Qualche confronto con l'anno scorso giova per ricordare come nel nostro territorio non si siano verificati decessi particolarmente sospetti. Dai dati raccolti tra le strutture pubbliche e private del territorio dell'Ulss 20, nel periodo compreso tra il primo gennaio e il 31 luglio dell'anno scorso i decessi nelle case di riposo erano stati circa 225, su un totale di 968 ospiti. Quest'anno, nello stesso arco di tempo e con un numero analogo di ospiti, i decessi sono stati 220, numero

analogo, quindi, a quello del 2002. Dunque, il dato non avvalorava la tesi del caldo "killer". Secondo i dati dell'inchiesta ordinata dal Ministero della Salute, a Verona-città sarebbe stato, invece, registrato un aumento dei decessi del 30 per cento nel solo mese di agosto.

Le situazioni di sofferenza e di cattiva sopportazione delle condizioni climatiche dell'estate sono state comunque molto diffuse. Il problema vero ha riguardato in realtà gli anziani soli, quelli che vivono senza un rapporto continuo con i parenti o con persone che si occupano di loro (se ci sono). Molti di loro hanno sofferto il caldo più di altri perché nessuno ha controllato se mangiavano o bevevano a sufficienza e se assumevano i farmaci con regolarità. Ma quali sono state le patologie più ricorrenti negli anziani durante la scorsa estate?

"Più che per i cardiopatici e in generale per i sofferenti per malattie cardiovascolari e dell'apparato

respiratorio, il gran caldo è stata una minaccia soprattutto per gli anziani cerebropatici, cioè quelli sofferenti per patologie al cervello - spiega il dottor Gaetano Zavateri, direttore della prima divisione geriatrica dell'Ospedale di Borgo Trento -. Tra i ricoverati del reparto, abbiamo notato che i decessi hanno interessato in particolare i soggetti colpiti dal morbo di Parkinson, da demenza o da ictus pregressi, e spesso in stato semi-comatoso. Questo perché il calore in eccesso causa difficoltà nella regolazione della temperatura corporea e di conseguenza provoca l'insorgenza della febbre, senza la presenza di altre

patologie, come per esempio polmoniti, banali influenze o infezioni. La risposta cerebrale degli anziani, lo sappiamo, non è certo elastica come quella di un giovane. A que-

TUTTI I RECORD METEO DELL'ESTATE 2003

(giugno-luglio-agosto)		media*
Media mensile giugno	26,8	21
Media mensile luglio	26,6	24
Media mensile agosto	28,9	23
Temp. max assoluta (giorno 11)	39,0	-
Temp. minima più elevata (giorno 12)	26,5	-
N° giorni con massima oltre i 30°	84	42
N° giorni con massima oltre i 35°	16	2,5
N° giorni con minima oltre i 20°	30	22
Pioggia complessiva (giugno-agosto)	79 mm	240 mm
Ore di soleggiamento	340	235

(*) dati medi statistici dal 1970 al 2000

Le situazioni climatiche più critiche si sviluppano nel territorio urbano

Non è un caso se la maggior parte delle situazioni d'allarme legate al caldo sia arrivata dalla città. È nel territorio urbano, infatti, che durante l'estate sono maturate le situazioni ambientali più critiche. La ragione di ciò sta nell'isola di calore che la città produce per effetto dei materiali con i quali è costruita, dall'asfalto al cemento.

L'isola di calore è oggi uno degli aspetti più importanti ed attuali delle crescenti alterazioni climatiche cui sono soggette le grandi conurbazioni. Il fenomeno consiste in un anomalo riscaldamento della superficie urbana rispetto alle zone rurali circostanti, per effetto degli elementi lapidei e riflettenti di cui è composta. Il suolo urbano diventa così un autentico divoratore di calore. Se durante l'inverno le temperature della città solo fino a tre gradi più elevate rispetto alle campagne, questo accade in misura speculare durante la stagione estiva, con tutto il disagio che ciò può procurare in termini sanitari. Asfalto e cemento, tetti e superfici riflettenti arrivano infatti ad immagazzinare un calore enorme (dalla radiazione solare), che viene poi rilasciato lentamente durante la notte. Nelle vicine campagne il calore del giorno viene invece ceduto all'atmosfera molto più rapidamente per l'assenza di superfici assorbenti lapidee che cederebbero il calore molto più lentamente.

Un esempio: se nelle campagne adiacenti l'aeroporto le temperature massime estive raggiungono a malapena i 34/35°, nel centro della città, complice il grande accumulo di calore di asfalto e superfici lapidee, non è raro che vengano superati i 37/38°. Durante la notte poi, mentre nelle campagne il calore viene disperso rapidamente, in città la temperatura scende molto più lentamente a causa della rallentata azione di rilascio del calore esercitata dai materiali surriscaldati dal sole del giorno. Se all'aeroporto si registrano minime di 19/20 gradi, in città difficilmente si scende sotto i 23°.

Ne deriva, per l'organismo umano obbligato a risiedere in città, una forte situazione di stress da calore, ben più elevata rispetto a chi risiede nelle campagne. Durante le situazioni anticicloniche di grande caldo estivo lo stato di benessere fisiologico di chi resta in città risulta così fortemente compromesso. (al.az.)



sto punto, i centri recettori del cervello, incaricati di regolare la temperatura del corpo non riescono più ad adattarla alle condizioni esterne. In molti casi la febbre causa disidratazione e squilibri, anche al sistema cardiovascolare, e porta al coma e alla morte della persona. I decessi colpiscono in modo abbastanza uniforme, sia gli anziani ricoverati in ospedale o in strutture assistenziali che quelli che vivono in casa".

Il clima disturba quindi gli anziani in maniera sempre più pesante. "Anche il freddo, non ce lo dimentichiamo, durante la stagione invernale può avere riflessi sulle persone

anziane, specie quelle con problemi cardiovascolari" spiega il professor Luigi Grezzana, direttore della terza divisione geriatrica dell'ospedale di Borgo Trento.

"Il freddo è un vasocostrittore che può causare pericolosi sbalzi di pressione, anche più del caldo. Ma dal freddo ci si difende, dal caldo molto meno. Ecco perché, personalmente, per gli anziani vedo più pericoli in estate che in inverno. A mio modo di vedere, però, la peggior situazione ambientale per gli anziani si chiama abbandono. Nemmeno la solitudine, direi proprio l'abbandono. Non per entrare in polemica, ma in Francia le geriatrie ospedaliere non esistono. In Italia abbiamo saputo creare invece una cultura dell'anziano che in Europa ha un suo peso. E da questo punto di vista Verona è una piccola isola felice, anche alla luce dell'innegabile tendenza all'invecchiamento della popolazione e dei costi sociali che ciò imporrà. Su questo punto, credo giovi ricordare che il ruolo principe di un geriatra è non tanto quello di curare una malattia, quanto quello di prolungare il più possibile l'autosufficienza di una persona anziana. I nostri vecchi - conclude - stanno molto meglio e costa molto meno a casa propria che non in un ospedale".

Gli anziani, insomma, soffrono la marginalità, un fatto sottolineato anche da Zavateri. "Un anziano non assistito non ha più quella cura per sé stesso che sarebbe invece fondamentale. Gli anziani, avvertono, infatti, molto meno la sensazione della sete, fatto che può portare alla disidratazione e ad un'alterazione dei meccanismi di termoregolazione che rispondono in modo più lento agli sbalzi di temperatura. Se poi, come capita frequentemente, un anziano ha anche problemi fisici, il rischio è moltiplicato. Occorre quindi - conclude - assicurarsi che la persona sia costantemente seguita, pur nella sua autonomia, da chi si preoccupa della loro vita di ogni giorno".

Alessandro Azzoni

Disabili e terza età: ecco cosa si può fare

di Ottavio Bosello *

Dalla fine degli anni '80 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) si è fatta promotrice di un nuovo concetto di salute che non fa più riferimento unicamente alla salute fisica e all'assenza di malattia, ma attribuisce importanza crescente alla percezione soggettiva della condizione di salute, intesa come "completo benessere fisico, mentale e sociale". In tale contesto nasce e si consolida negli anni, non solo nella comunità scientifica, ma anche in quella politica e amministrativa, grande interesse per il "fenomeno" Disabilità. La Disabilità viene definita come limitazione o perdita delle capacità di svolgimento delle comuni attività della vita quotidiana e rappresenta uno dei fattori maggiormente in grado di condizionare qualità ed aspettativa di vita. Il notevole aumento della durata della vita media da un lato e le nuove possibilità di sopravvivenza per malattie altamente disabilitanti che un tempo risultavano fatali (come ictus, tumori, infarto) dall'altro, hanno contribuito all'esplosione del fenomeno Disabilità nelle società occidentali.

Secondo dati Istat del 2000, in Italia ci sono circa 2.600.000 disabili che vivono in famiglia, di cui 2.000.000 di anziani che vivono nella propria casa, oltre ad un numero imprecisato, ma sicuramente rilevante, di disabili anziani che sono istituzionalizzati. In Italia la perdita di autonomia funzionale riguarda il 20% delle persone al di sopra dei 65 anni, fino a colpire quasi il 50% degli ultraottantenni. Dai dati dell'Istat si rileva, inoltre, che le donne sono maggiormente svantaggiate rispetto agli uomini: sono circa 1.700.000 le donne disabili nel nostro paese, ossia i 2/3 di tutti i disabili.

Diverse sono inoltre le tipologie di Disabilità che emergono nella recente indagine dell'Istat. Circa il 10% degli anziani sono confinati a letto, su di una sedia a rotelle o comunque, impossibilitati ad uscire da casa: inoltre fra chi vive nella fascia d'età tra 75 e 80 anni, il 15% necessita di aiuto in almeno una delle attività quotidiane necessarie alla cura della propria persona (come vestirsi, lavarsi e alimentarsi); tra gli ultraottantenni la maggior parte presenta difficoltà nelle fondamentali attività della vita quotidiana



e limitazioni di tipo motorio, quali chinarsi camminare e salire le scale. La Disabilità rappresenta un fattore di rischio importante di mortalità oltre che di ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione a lungo termine, con impatto importante sulla qualità di vita, e sul benessere fisico, mentale e sociale della persona, oltre che sui costi socio-economici.

Fattori di rischio di disabilità

Il riconoscimento dei fattori di rischio di disabilità sembra quindi costituire punto di partenza fondamentale ed irrinunciabile di una moderna medicina geriatrica preventiva che si ponga come obiettivo

non solo di ridurre morbilità e mortalità, ma anche di preservare funzioni e qualità di vita.

Numerosi studi epidemiologici condotti inizialmente negli Stati Uniti, e negli ultimi anni anche in Italia, hanno evidenziato che esistono numerosi **fattori di rischio non medici di Disabilità**. Tra questi i principali sono: ovviamente l'età, ma anche un modesto grado di istruzione, il basso reddito, la ridotta possibilità di accesso a cure mediche e riabilitative, la solitudine, la presenza di barriere ambientali, la mancanza di esercizio fisico regolare. Da

alle quali il deficit funzionale diventa manifesto.

L'**invecchiamento** si associa ad importanti modificazioni a carico di diversi organi e tessuti: parallelamente a riduzione del tessuto muscolare scheletrico si verifica incremento del tessuto adiposo con tendenza ad accumulo del grasso soprattutto nella regione addominale.

Il **decremento della massa muscolare**, definito anche Sarcopenia con un termine derivante dal greco (perdita di muscoli), è un fenomeno che si ritiene di cruciale

aumenta progressivamente fino al punto che l'individuo evita di svolgere una determinata attività perché essa risulta troppo faticosa, innescando così un circolo vizioso in cui la progressiva sedentarietà aumenta ulteriormente la perdita di muscolo e di conseguenza il deficit funzionale.

Da alcuni anni si sta realizzando che anche l'**aumento del tessuto adiposo**, specie addominale, e più in generale l'**obesità**, a lungo considerata relativamente benigna nell'anziano, oltre ad associarsi a numerose patologie croniche come ipertensione, diabete mellito, ipercolesterolemia, osteoartrosi, malattie cardiache e respiratorie, rappresenta un importante fattore di rischio di Disabilità nell'anziano. Si è dimostrato che anche la condizione di modesto sovrappeso si associa alla presenza di difficoltà nella mobilità e nella tolleranza all'esercizio fisico, in maniera del tutto equivalente a patologie altamente disabilitanti come ad esempio lo scompenso cardiaco, le patologie neoplastiche o i disturbi dell'equilibrio. Secondo dati raccolti nel Veneto, la presenza di obesità, definita come Indice di Massa Corporea (peso in Kg: altezza al m²) maggiore di 30, determina, a parità di età e di sesso, un rischio doppio di disabilità rispetto a soggetti normo peso (IMC 18,5-25).

Numerosi studi sottolineano il ruolo di diverse **patologie acute e croniche** nello sviluppo e/o progressione della limitazione funzionale e della Disabilità tra i quali risultano importanti ictus, frattura della testa del femore, osteoartrosi, demenza, diabete, cardiopatia ischemica, patologie polmonari e neoplastiche, arteriopatia obliterante agli arti inferiori, deficit uditivi e visivi, depressione.

Nella pratica clinica l'anziano disabile presenta molto spesso più di una patologia cronica contemporaneamente e proprio la presenza di più malattie (o comorbilità) rappresenta un ulteriore importante fattore di rischio di limitazione funzionale; il rischio di diventare disabile entro 4



dati raccolti nella regione Veneto risulta che le persone che riportano un grado anche lieve di limitazione funzionale sono frequentemente di sesso femminile, di età maggiore di 75 anni, presentano scolarità minore di 5 anni e reddito minore di 1 milione di lire al mese, oltre che frequente ricorso alle cure del medico di famiglia e al ricovero ospedaliero. La Disabilità si presenta come un processo dinamico che deriva in parte da modificazioni fisiologiche legate all'invecchiamento, ma più frequentemente da malattie acute e croniche che progressivamente riducono la riserva funzionale dell'individuo fino ad una soglia critica

importanza nello sviluppo della Disabilità e che sembra essere il risultato di diversi contributi: modificazioni tissutali e cellulari legate all'invecchiamento; effetto di diverse patologie acute e croniche, nonché del loro trattamento farmacologico; riduzione dell'attività fisica; deficit nutrizionali globali o selettivi.

La perdita di massa muscolare legata all'invecchiamento è fenomeno universale e non risparmia nemmeno atleti anziani.

Questo porta a progressiva riduzione della forza muscolare, per cui lo sforzo necessario per compiere normali attività della vita quotidiana



Una alimentazione equilibrata, varia e sana aiuta gli anziani a prevenire i problemi legati all'avanzare dell'età. Meglio privilegiare frutta, verdura, cereali, latte, yogurt, pesce e carni magre

anni è 4 volte maggiore per anziani affetti da 4 malattie croniche, rispetto a soggetti senza alcuna patologia.

Prevenzione

Numerosi fattori di rischio di Disabilità possono essere oggetto di interventi mirati, allo scopo di prevenire o almeno di ridurre le limitazioni funzionali che portano alla perdita di autonomia.

Trattamenti medico-riabilitativi devono essere instaurati prontamente non solo nella fase acuta di malattie potenzialmente altamente invalidanti, come ictus o frattura di femore, ma anche e soprattutto in soggetti affetti da malattie croniche,

non appena si rilevano anche gradi lievi di limitazione dell'autonomia funzionale. Oltre ai fattori di rischio prettamente medici numerosi sono gli interventi sul versante sociale che potrebbero contribuire a ridurre l'impatto della Disabilità nell'individuo e nella società, quali l'eliminazione di barriere ambientali, la creazione di ambienti a basso profilo di rischio per cadute, maggiore fruibilità di servizi medici e riabilitativi, specie da parte delle classi sociali meno abbienti.

Esistono, tuttavia, due tipologie di intervento di fondamentale importanza da promuovere nell'anziano ancora sano, allo scopo di ritardare

il processo di invecchiamento e minimizzare il rischio non solo di perdita dell'autonomia funzionale in età più avanzata, ma anche di malattie cronico-degenerative. I due cardini nella prevenzione della Disabilità su cui si è focalizzata sinora una parte cospicua della ricerca, sono rappresentati dall'esercizio fisico e dalla corretta alimentazione (= peso corporeo).

Secondo recenti dati Istat oltre il 70% degli ultrasessantacinquenni risulta totalmente sedentario e solamente il 9% pratica regolare **attività fisica**. Diversi studi dimostrano che l'esercizio fisico nell'anziano è in grado di aumentare la forza muscolare, di contrastare la perdita di massa muscolare, di migliorare le capacità aerobiche oltre che di aumentare l'equilibrio diminuendo il rischio di cadute. L'esercizio fisico contribuisce inoltre al controllo del peso, contrastando l'incremento del tessuto adiposo ed il suo accumulo a livello addominale, tipico dell'invecchiamento.

Ma è sicuro per l'anziano praticare esercizio fisico? Vi sono casi in cui esso è controindicato? Ed, infine, quale tipo di esercizio fisico va raccomandato?

In linea generale la presenza di malattie croniche non rappresenta una controindicazione all'esercizio fisico; tuttavia è necessario, specialmente dopo periodi di prolungata sedentarietà, rivolgersi al proprio medico curante per verificare la presenza di eventuali controindicazioni (quali ad esempio: cardiopatia ischemica, aritmie, broncopneumopatia cronica ostruttiva, infezioni acute, trombosi venose profonde, alcune patologie dell'occhio come il distacco di retina). Solo successivamente è possibile stabilire tipologia ed intensità dell'esercizio stesso. Va sfatata l'opinione assai comune secondo cui l'anziano affetto da scompenso cardiaco non possa svolgere alcun tipo di esercizio fisico. Viceversa, nel cardiopatico, una riabilitazione condotta in ambiente specializzato può contribuire al miglioramento delle capacità aerobiche e

della tolleranza allo sforzo. In alcune particolari condizioni, oltre alla valutazione clinica del medico, specialmente se si intende praticare attività fisica di intensità medio elevata, può essere necessario sottoporsi ad esami più sofisticati quali un test di funzione cardio-polmonare per valutare la sicurezza ed il grado di tolleranza all'esercizio fisico. Secondo le linee guida del National Institute of Aging americano nell'anziano l'esercizio fisico "aerobico" (come ad esempio il cammino o la bicicletta) va iniziato molto gradualmente (anche solamente 5 minuti al giorno) e altrettanto gradualmente va incrementato (anche nell'arco di mesi), specie dopo lunghi periodi di inattività; l'obiettivo finale raccomandato è di almeno 30 minuti di attività fisica "aerobica" nella maggior parte o in tutti i giorni della settimana.

Nella stesura delle ultime **linee guida nutrizionali** USA, per la prima volta vengono individuati i

livelli raccomandati di assunzione di ciascun gruppo di alimenti per i soggetti anziani ultrasessantenni. Secondo queste linee, una dieta sana ed equilibrata per l'anziano deve innanzitutto essere varia, povera in colesterolo e grassi specie di origine animale e, ricca in frutta, verdura e cereali, con modeste quantità di zucchero e sale ed uso moderato di alcolici. È stata proposta una piramide alimentare indirizzata in maniera specifica agli ultrasessantenni che descrive in maniera dettagliata quante porzioni dovrebbero essere consumate per ogni gruppo di alimenti. Alla base della piramide sono posti i liquidi: l'anziano è a maggior rischio di disidratazione dell'adulto, per riduzione del senso della sete legato all'invecchiamento o al frequente utilizzo di farmaci. Sono raccomandati almeno otto bicchieri al giorno di acqua o di altre bevande (gli alcolici con moderazione). Devono essere consumate sei o più porzioni di cereali (pane,

pasta, riso); tra questi andrebbero preferiti quelli integrali per l'elevato contenuto di fibre. Almeno tre porzioni devono essere rappresentate da frutta e altrettante da verdura. Particolare attenzione va prestata all'assunzione di latte e latticini: vanno consumate almeno due porzioni al giorno tra latte e yogurt (vanno invece contenuti i formaggi) preferibilmente a basso contenuto di grassi.

Almeno due porzioni al giorno vanno riservate a cibi ricchi di proteine: soprattutto pesce e legumi, pollame, carni magre e uova. Infine va fatto uso, ma in modeste quantità, di grassi vegetali (oli, specie di oliva) e di zucchero.

In cima alla piramide, rappresentata da una bandiera, è indicata l'eventuale necessità di supplementazione con calcio, vitamina D e vitamina B12. Il calcio e la vitamina D, essenziali nell'anziano per mantenere la salute dell'osso, sono contenuti nel latte e nei suoi derivati, ma anche negli ortaggi: molto ricca di calcio facilmente assorbibile e tutta la famiglia delle crocifere (cavolo, broccolo).

Ogni anziano dovrebbe infatti assumere ogni giorno almeno 1000-1500 mg di Calcio e 400 UI di Vitamina D (fino ai 70 anni) o 600 (oltre i 70 anni); nel caso in cui il medico curante valuti come inadeguato l'apporto di tali micronutrienti con la dieta (eventualità molto frequente nell'anziano) va raccomandata una regolare supplementazione.

Queste raccomandazioni generali vanno poi personalizzate ed adattate a ciascun anziano in base al peso corporeo (obesità o magrezza) e alla presenza di patologie croniche come ipertensione arteriosa, diabete mellito, patologie cardiache e polmonari o del tratto gastrointestinale, osteoporosi, dislipidemie, insufficienza epatica e renale. Il mantenimento di un corretto peso corporeo è, quindi, presupposto indispensabile per la prevenzione della disabilità.

*** Ordinario di Geriatria e Gerontologia Università di Verona**

L'ombrellone dell'amicizia donato dal Soroptimist



Il grande ombrellone in stile Piazza delle Erbe è stato il simbolo dell'estate all'Ospedale di borgo Trento. Donato all'inizio di giugno ai degenti della Divisione di Oncologia dalle socie del Soroptimist di Verona - nella foto assieme al direttore Alberti ed alla presidente Maria Reni -, l'elegante ombrellone ha regalato un po' di refrigerio agli ospiti del reparto. Confortati dai caffè e dalle spremute offerte dall'instancabile caposala Suor Flaminia e dai volontari che frequentano il reparto, i degenti hanno trascorso ore serene sulla terrazza arredata, come in un club, con tavolini, comode poltroncine e grandi piante. L'azienda ha rivolto un ringraziamento sentito al Soroptimist che ancora una volta ha dimostrato affetto e sensibilità per il nostro ospedale.

L'arrivo dei primi freddi fa tornare d'attualità la Sindrome di provenienza asiatica

Sars

11

C'È DA AVERE PAURA?



Archiviata la bollente estate che tanto ci ha stressati, è tempo di pensare alle precauzioni che ci consentiranno di affrontare meglio i malanni invernali. Alcuni sono del tutto prevedibili. Lo è l'influenza, male di stagione da non prendere sottogamba: le sue conseguenze possono essere assai pesanti per gli anziani, in particolare. Le campagne vaccinali che ogni anno vengono proposte hanno l'obiettivo di proteggerli.

E' bene ricordare che il vaccino è raccomandato anche a tutti coloro che sono particolarmente esposti al rischio di contrarre l'influenza o di farsene tramite verso altre persone, come il personale sanitario o quanti operano all'interno di comunità.

Si può esser certi, però, che quest'anno gli onori della cronaca non saranno riservati soltanto all'influenza e alla prevedibile, annuale discussione sull'efficacia del mix di ceppi virali presenti nel vaccino.

Dopo il silenzio dei mesi estivi, già a settembre s'è tornato a parlare di Sars, la Sindrome respiratoria acuta grave identificata con certezza nel mese di febbraio di quest'anno, dopo la sua comparsa in focolai ad Hanoi, Hong Kong, Singapore e Toronto. Nonostante la malattia evolva verso

In Pronto Soccorso medici e infermieri sono abituati ad adottare tutte le precauzioni previste per le malattie infettive: speciali mascherine facciali filtranti vengono utilizzate come protezione contro le infezioni respiratorie altamente trasmissibili come ad esempio la tubercolosi o, appunto, la Sars, se dovesse manifestarsi.

Casi sospetti e casi probabili

La diagnosi di Sars si articola in due casistiche:

• **caso sospetto:** persona che presenti febbre alta -oltre i 38°-, uno o più sintomi respiratori comprendenti tosse, respiro breve e affannoso, difficoltà di respiro e una o più delle seguenti condizioni:

* contatto ravvicinato entro 10 giorni dall'inizio dei sintomi (coabitazione, assistenza o contatto diretto con secrezioni respiratorie e fluidi cor-

porei) con una persona cui sia stata recentemente diagnosticata Sars

* **storia recente di viaggio** entro 10 giorni dall'inizio dei sintomi, in aree in cui siano stati notificati focolai di trasmissione di Sars

• **caso probabile:** caso sospetto con radiografia del torace indicativa di polmonite o di Sindrome da distress respiratorio, oppure una persona con malattia respiratoria non spiegata con esito letale, con esame autoptico che dimostri una patologia di Sindrome da distress respiratorio senza cause identificabili



Hong Kong è una delle città in cui si è sviluppato il focolaio della Sars

Ma il Coronavirus è poco resistente

Fortunatamente il Coronavirus responsabile della Sars presenta le stesse caratteristiche di bassa resistenza all'ambiente esterno e di alta sensibilità all'azione dei comuni disinfettanti degli altri virus della famiglia. Normali precauzioni igieniche come lavarsi le mani sono presidi validi per contrastarlo, così come un ottimo disinfettante è il comune ipoclorito di sodio: la varechina. La terapia della Sars consiste sostanzialmente in misure di

supporto generali, nell'assistenza respiratoria e nella prevenzione e cura delle sovrainfezioni. Farmaci antivirali quali la Ribavirina sono stati testati in un numero elevato di pazienti, ma la loro efficacia non è stata ancora provata.

Il sequenziamento del genoma responsabile della Sars apre, però, la strada alla messa a punto di test diagnostici in grado di evidenziare lo stato d'infezione e di confermare la diagnosi della malattia che al momento è esclusivamente su base clinica e per esclusione di altre cause di polmoniti.

la guarigione in quasi il 90% dei casi, la Sars fa più paura di altre malattie ben più virulente, come Ebola, ad esempio.

Il clamore mediatico che ne ha accompagnato l'esordio ed il fatto che essa si trasmetta con relativa facilità ha alimentato fantasmi d'angoscia soprattutto fra coloro che vivono ormai in una dimensione "globale", abituati a viaggiare frequentemente per lavoro o per turismo. Spaventa il fatto che ancora non esista un vaccino per la Sars, ci ha sconvolti la drammatica fine dell'infettivolo-

go italiano Carlo Urbani, il primo a segnalare il virus che poi l'ha ucciso. A provocare la malattia è un virus del genere Coronavirus con caratteristiche nuove rispetto a quelli finora conosciuti quali causa di malattie infettive nell'uomo e negli animali, come il comune - e assai meno temibile - raffreddore.

Sebbene motivi di allarme nel nostro Paese non vi siano stati e non siano prevedibili, il Ministero della Salute e la Regione Veneto si sono attivati per diramare le opportune misure di prevenzione e i protocolli per l'accoglie-

Così le procedure all'Ulss 20

Cosa accadrebbe ad un paziente veronese con diagnosi di sospetta o probabile Sars?

Disposizioni particolari sulla Sars sono state diramate ai medici dall'Ulss 20 ai medici di Medicina Generale, in quanto il primo referente è il medico di famiglia che provvederà ad allertare la centrale del Suem 118. Il paziente sarà direttamente trasportato all'Ocm Borgo Trento in ambulanza per essere ricoverato nella Divisione di Malattie Infettive. Se il paziente dovesse presentarsi spontaneamente al Pronto Soccorso sarà accolto in un ambulatorio riservato dove sarà visitato da medico ed infermiere con le precauzioni previste, come l'uso, per gli operatori sanitari e per il paziente, di mascherine facciali filtranti abitualmente utilizzate per la protezione contro altre infezioni respiratorie altamente trasmissibili come, ad esempio la tubercolosi.

Dopo il primo esame, se necessario, il Pronto Soccorso provvederà al ricovero nella Divisione di Malattie Infettive con l'utilizzo di ambulanza.

Le misure d'isolamento del paziente possono prevedere l'utilizzo di stanze a pressione negativa, con filtraggio dell'aria in uscita.

mento dei pazienti negli ospedali. Il Pronto Soccorso dell'ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento ha organizzato il 3 luglio un importante convegno al Centro "Marani".

"Vi hanno partecipato oltre 250 medici ed infermieri - riepiloga il responsabile Francesco Buonocore -. Sono stati analizzati tutti gli aspetti della malattia e delle sue ripercussioni assistenziali, tracciando un percorso che coinvolge medici di famiglia, del Pronto Soccorso e della Divisione clinicizzata di Infettivologia diretta dal professor Ercole Concia.

Più che la Sars ci deve preoccupare l'influenza:
lo spiega l'infettivologo Giambattista Zivelonghi

Sars

13

Con l'autunno si alza la guardia

“Lo scorso luglio - spiega il dottor Giambattista Zivelonghi, responsabile dell'Ufficio Profilassi delle malattie Infettive del Dipartimento di Prevenzione

dell'Ulss 20 di Verona - l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l'interruzione della catena di trasmissione del virus, ma con l'avvicinarsi della stagione autunnale, dato il prevedibile andamento stagionale della Sars, il livello di guardia resta alto. In particolare si pone il problema che malattie legate al raffreddamento possiamo simulare la sindrome acuta respiratoria atipica”.

Dato che sinora la Sars ha colpito pesantemente il personale addetto all'assistenza, la raccomandazione maggiore rivolta dall'Ulss a medici e infermieri è quella di sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale proprio per evitare che i casi di influenza simulino la Sars, ponendo il problema della diagnosi differenziale. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato che si raggiunga una elevata quota di vaccinazioni antinfluenzale anche tra il personale addetto all'assistenza e la Regione Veneto ha fatto altrettanto. Ma è chiaro che l'indicazione a vaccinarsi contro l'influenza è rivolta, come ogni anno, a tutti coloro che ne subiscono le peggiori conseguenze, come gli anziani e quanti rientrano nella categorie a rischio per i quali il vaccino è gratuito”.

Le indicazioni fornite al medico di famiglia.

In caso di sospetto caso di Sars le indicazioni fornite al medico di famiglia sono quelle di mettersi in contatto immediatamente col reparto di Malattie Infettive e di indirizzare il proprio paziente al più presto presso il reparto specialistico per effettuare gli accertamenti necessari. In ogni caso al medico di famiglia è stato raccomandato di dotarsi di mascherine di protezione, di camici monouso e guanti. “Si tratta di mascherine

denominate FP2 o FP3, in grado di filtrare le particelle sospese nell'aria - spiega Zivelonghi. Sono reperibili in qualsiasi negozio di sanitaria ed offrono

un'elevatissima protezione. Esse vengono utilizzate dal personale addetto all'assistenza che ha contatti ravvicinati a meno di due metri con il paziente. Ai pazienti viene applicata una mascherina diversa per trattenere le goccioline emesse parlando e tossendo, e potenzialmente cariche di virus”.

Protocollo regionale sulla gestione tecnico operativa

Il protocollo regionale è stato predisposto per il controllo delle malattie ad alta infettività - quindi non la sola Sars - e delinea le strategie di intervento e di sorveglianza sanitaria. Il personale sanitario addetto all'assistenza ed i contatti familiari dei malati sono le due categorie di persone più esposte al rischio di contagio.

Le strategie di intervento si basano sull'isolamento tempestivo del paziente e la quarantena dei contatti: l'isolamento è la separazione del malato dalle altre persone, per il periodo di trasmissibilità della malattia, o delle persone che presentano dei sintomi che devono rimanere in ambienti loro riservati, rispettando determinate cautele per prevenire o limitare la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo; durante la quarantena, invece, le persone sane che hanno avuto contatti con una persona in grado di trasmettere la malattia devono astenersi dal lavoro o dalla frequenza scolastica, devono evitare luoghi pubblici chiusi (ad esempio cinema e teatri) e inoltre ridurre i contatti con i conoscenti nel periodo di incubazione della patologia. Così facendo, nel caso in cui dovessero a loro volta ammalarsi, non contagerebbero altri. Interrompere la catena del contagio, infatti è lo scopo della quarantena

(R.P.)

Le relazioni sono state trasferite su un CD che può esserci richiesto dai medici di Medicina Generale”.

Ogni operatore sanitario deve essere consapevole del suo ruolo per poter affrontare in sicurezza l'eventualità di un caso sospetto o probabile di Sars.

Per monitorare costantemente il problema In Azienda è attivo anche l'Osservatorio epidemiologico, di cui è responsabile Maurizio Solbiati, membro della Commissione interregionale per le malattie infettive ad alta contagiosità.

(R.P.)



Lequipe del Pronto soccorso di Borgo Trento con il direttore dottor Francesco Buonocore

È TEMPO DI VACCINO



L'influenza, malattia virale estremamente contagiosa, è ancora oggi, su scala mondiale, una delle più diffuse malattie infettive dell'uomo. La sua trasmissione avviene da soggetti malati attraverso le vie respiratorie (tosse, starnuti...).

Sintomatologia

Il quadro clinico, per alcuni aspetti simile a quello di altre affezioni respiratorie causate da numerosi differenti agenti infettivi, è caratterizzato da un brusco rialzo della temperatura corporea, che può raggiungere i 39°-40°C, accompagnato da spossatezza, cefalea, dolori muscolari e articolari.

Successivamente compaiono i sintomi tipici delle infezioni alle vie respiratorie, quali rinite, tosse e mal di gola.

Caratteristiche

La malattia può manifestarsi in forma *sporadica* (caratterizzata da rari casi dispersi in una determinata zona), *epidmica* (caratterizzata da numerosi focolai in ambienti di lavoro, scuola, caserma o comunità), *pandemica* (caratterizzata da rapida e globale diffusione, con altissima morbosità e mortalità). Nel 1918 la cosiddetta "spagnola" causò più di 20 milioni di morti e successivamente l'"asiatica" del 1957 interessò larghe fasce della popolazione in tutto il mondo.

Perché può essere pericolosa

L'influenza è molto più debilitante e temibile di una comune malattia da

raffreddamento, in quanto, soprattutto in alcune categorie di persone, l'infezione virale primaria può essere seguita da complicanze talora anche molto gravi e persino fatali. Le complicanze più frequenti dell'influenza si osservano a livello polmonare e si manifestano soprattutto come polmonite da sovrapposizione batterica.

Soggetti a rischio

Le categorie considerate a rischio di gravi complicazioni post-influenzali sono i soggetti *anziani* (al di sopra dei 65 anni di età); i soggetti, di qualsiasi età, che soffrono di *affezioni croniche a carico dell'apparato cardiocircolatorio e respiratorio* (bronchitici, enfisematosi, asmatici, ecc.); i soggetti con *malattie metaboliche* (diabetici, persone affette da malattie renali e immunologiche...).

Cosa fare

I virus influenzali, come tutti gli agenti virali, non sono sensibili all'azione degli antibiotici; questi farmaci risultano assolutamente inefficaci nel combattere l'influenza, ma possono e anzi devono essere impiegati per il trattamento delle eventuali complicanze batteriche post-influenzali. I farmaci comunemente utilizzati nelle affezioni respiratorie (antipiretici, sedativi della tosse, mucolitici ed espettoranti) possono essere impiegati ma solo come terapia sintomatica dell'influenza. In assenza

di una valida terapia antivirale, la lotta contro l'influenza e le sue conseguenze sanitarie e sociali deve essere affrontata esclusivamente sul piano della prevenzione. La vaccinazione antinfluenzale, infatti, è a tutt'oggi l'unica forma di controllo della malattia. Il vaccino attualmente in uso in Italia è costituito da particelle virali uccise ed altamente purificate, incapaci quindi di proliferare; esso viene prodotto in uova embrionate di pollo. Le reazioni al vaccino sono piuttosto rare e comunque di lieve entità. Gli effetti collaterali più frequentemente osservati, dopo somministrazione del vaccino, consistono in dolore, eritema, tumefazione nel sito di incolo. Altri eventi avversi talora segnalati sono rappresentati da malessere generale, febbre, mialgie (soprattutto in persone mai vaccinate prima), o da reazioni allergiche. Tutti possono vaccinarsi contro l'influenza, tuttavia la vaccinazione è indirizzata, principalmente, a ridurre i danni che possono derivare in caso di complicazioni ed è quindi soprattutto raccomandata alle già ricordate categorie di soggetti a rischio.

È il momento di vaccinarsi

Per essere efficace la vaccinazione antinfluenzale va praticata nel periodo pre-epidmico, che corrisponde ai mesi di ottobre e novembre. La vaccinazione antinfluenzale va ripetuta annualmente. Due i motivi principali: l'immunità conseguente a vaccinazione è di breve durata (6-8 mesi); i virus influenzali hanno la capacità di mutare velocemente le loro caratteristiche antigeniche.

La continua emergenza di queste nuove varianti virali antigeniche comporta la necessità di un cambiamento annuale della composizione del vaccino.

(Fonte: Istituto Superiore della Sanità)

90 mila dosi gratuite per i veronesi all'Ulss 20

Nell'ULSS 20 quest'anno saranno disponibili 90 mila dosi di vaccino gratuite per i soggetti a rischio.

La vaccinazione può essere richiesta al medico di famiglia o nei distretti Socio-sanitari. I veronesi nominati nell'inverno 2002 sono stati 79.500.

Un piano sanitario di qualità

di Lucia Poli *

Si sente ininterrottamente parlare della necessità di riformare lo Stato nel senso di attribuire maggiori poteri ed autonomie agli Enti locali. Da più parti si auspica una vera riforma in senso federalista ma si dimentica che, allo stato attuale della legislazione, tale evoluzione del nostro ordinamento appare già quasi completamente definita da una riforma costituzionale - quella dell'articolo V° della Costituzione - che si configura come la più importante ed incisiva delle riforme già attuate dall'entrata in vigore della Carta Costituzionale.

Le nuove disposizioni, infatti, rovesciano completamente l'impostazione unitaria dello stato così come lo conosceamo finora e, soprattutto, sovvertono la tradizionale gerarchia delle fonti normative, attribuendo alle Regioni potere legislativo primario per alcuni ambiti di intervento.

Una materia che tradizionalmente ha registrato il maggior grado di intervento a livello regionale anche sul piano normativo è, da sempre, anche in forza della precedente versione dell'art. 117 della Costituzione, la materia sanitaria. Oggi più che mai la Regione proprio in campo sanitario è legittimata ad esprimere la propria autonomia a livello normativo.

Il Veneto in questa materia ha da sempre espresso un elevato grado di originalità e di efficacia, tanto che in ambito socio-sanitario si è affermato il cosiddetto "modello veneto"



Il "modello veneto" pone al centro della programmazione regionale sociosanitaria la persona con le sue esigenze

divenuto esempio di organizzazione anche per altre esperienze in ambito europeo.

La nostra regione non ha mancato, come era prevedibile, l'appuntamento con la nuova impostazione costituzionale, evidenziando ancora una volta nel nuovo Piano Socio

Sanitario Regionale di prossima adozione una visione innovativa e originale al problema dell'assistenza sociosanitaria.

Ciò che appare evidente anche ad un primo e più superficiale esame del prossimo Piano, è il radicale e compiuto mutamento di prospettiva circa il modo di intendere e di collocare l'insieme dei servizi che rispondono al bisogno socio-sanitario, in una visione sintetica e organica che passa attraverso una strettissima collaborazione tra gli assessorati competenti, sino a configurare la materia come l'insieme dei servizi alla persona. Al di là dell'aspetto più strettamente terminologico tale impostazione appare del tutto nuova e condivisibile, sia sul piano dell'organizzazione teorica, sia su quello più strettamente tecnico-organizzativo.

La nuova concezione incentrata su una visione di insieme dei servizi rivolti al benessere del cittadino segna il punto di arrivo di una impostazione culturale che parte dalla constatazione della necessità che in una materia così delicata si persegua il massimo del coordinamento nella realizzazione dei servizi, ottimizzando il risultato assistenziale con la massima soddisfazione dell'utente e la migliore e più razionale utilizzazione delle risorse disponibili, evitando sovrapposizioni o pericolose lacune del sistema. L'esempio fornito dalla Regione Veneto nell'ambito socio-sanitario induce ad una positiva valutazione della recente riforma istituzionale, poiché dimostra che la valorizzazione dell'impegno degli Enti Locali, ove seriamente rivolto ad interpretare ed affrontare costruttivamente i problemi della Sanità, può contribuire in modo davvero incisivo all'evoluzione in chiave moderna dello stato sociale.

***Direttore del Dipartimento economico-giuridico e responsabile del Servizio Affari Generali**



PATOLOGIE IN ROSA

Nel Veneto una donna su 20 è affetta da problemi cardiaci; il Rapporto annuale Istat 2002 ha reso noto che nel Nordest il 47,2% dei decessi femminili ha come causa le patologie cardiovascolari. Un numero che supera di gran lunga le morti per cancro che sono il 26,2% della totalità dei decessi; solo il 5,7% delle morti riguardano i tumori al seno e all'utero. Eppure nell'opinione pubblica, e anche tra le donne, non c'è consapevolezza della portata del problema cardiologico.

Anzi è ancora molto diffusa la credenza che lo scompenso cardiaco, l'infarto e l'ictus siano prerogative maschili. "Probabilmente - spiega il professor Piero Zardini, direttore



Il fumo è un'abitudine molto diffusa e rischiosa anche per la salute delle donne veronesi

della Sezione di cardiologia del Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgiche - su questa opinione diffusa ha influito una 'mezza verità'. In effetti le donne in età fertile, grazie all'azione degli ormoni, si ammalano meno rispetto agli uomini. Ma esiste anche il rovescio della medaglia: l'infarto nella donna in età geriatrica ha effetti drammaticamente peggiori che non nell'uomo con più complicazioni e un tasso di mortalità elevato. Lo stesso per l'ictus, una patologia che colpisce la donna in età avanzata con esiti più invalidanti, con disturbi della parola e

"Il cuore per la vita", 25 anni di prevenzione

È nata 25 anni fa da un gruppo di medici e professionisti impiegati nei vari campi. Una compagnia di amici che una sera si sono chiesti quale poteva essere il loro impegno nel sociale. Davanti a loro l'esempio della Lega italiana per la lotta contro i tumori, da tempo attiva sul fronte della prevenzione delle neoplasie. Perché non fare altrettanto nel campo delle malattie cardiovascolari, il cui tasso di mortalità supera di gran lunga quello del cancro? E' nata così l'associazione "Il cuore per la vita". Un nome volutamente dal sapore positivo,

dove il termine cuore non ricorda né la malattia né la morte. Alla guida dall'atto della fondazione Renzo Olmari, di professione direttore di banca. Alla vicepresidenza c'è invece Domenico Urzì e alla segreteria scientifica Alessandro Fabbri, primario della cardiocirurgia dell'ospedale di Vicenza.

"Noi tre siamo il gruppetto storico della fondazione del sodalizio - esordisce Olmari - che comprende moltissimi soci-sostenitori, anche se ad operare effettivamente nell'associazione saremo una quindicina. La nostra mission è fare prevenzione, quindi non seguiamo il paziente da vicino ma cerchiamo di diffondere la cultura della salute attraverso delle iniziative".

Alla città di Verona l'associazione si è fatta conoscere nel 1988, in occasione della visita del Papa. In collaborazione con il sodalizio romano "Amici del professor Prati", "Il cuore per la vita" ha allestito un'enorme tendone bianco in Piazza Bra, sotto il quale i cittadini poteva-

no misurare il loro rischio di contrarre malattie cardiovascolari.

L'impegno poi si è esteso alle scuole medie superiori con una serie di incontri. "Per l'occasione - racconta Olmari - abbiamo creato un libro redatto da Alessandro Fabbri, e dai cardiologi Piergiorgio Nidasio e Luisa Zanolla e illustrato da due allieve dell'Accademia Cignaroli.

Abbiamo cercato di tradurre con disegni accattivanti, tratti dallo stile della pubblicità, un argomento, quello della patologie cardiovascolari di poco interesse per i ragazzi". Oltre a Il cuore per la vita, questo il titolo del libro, l'associazione ha pubblicato F.A.Q Frequently Asked Questions sulle domande più comuni che si pone chi ha problemi vascolari, e Attimi, rivolto a coloro che devono essere operati di cuore. Nel 2002 l'organizzazione della prima Giornata mondiale per il cuore a cui ha fatto seguito quella di quest'anno. A latere della manifestazione 2003 l'associazione ha promosso anche un concorso per le scuole medie superiori in cui è stata presente durante lo scorso anno con attività di prevenzione in collaborazione con la Divisione clinicizzata di cardiologia dell'Azienda ospedaliera. I ragazzi hanno presentato dei lavori (slogan, articoli di giornale, adesivi) sul tema dell'importanza dell'attività fisica per la salute.

"Fare prevenzione tra gli adolescenti contro le malattie cardiache non è una passeggiata - conclude il presidente - perché fanno fatica a comprendere che il loro comportamento di oggi si rifletterà sicuramente sull'adulto di domani. Ma non abbiamo intenzione di mollare. Venticinque anni fa siamo nati per questo".

Per chi volesse aiutare l'associazione "Il cuore per la vita" può rivolgersi in via Antonio Provolo 12 o telefonare al numero 045.8030470.

IL FUMO DILATA LE POSSIBILITÀ DI STAR MALE

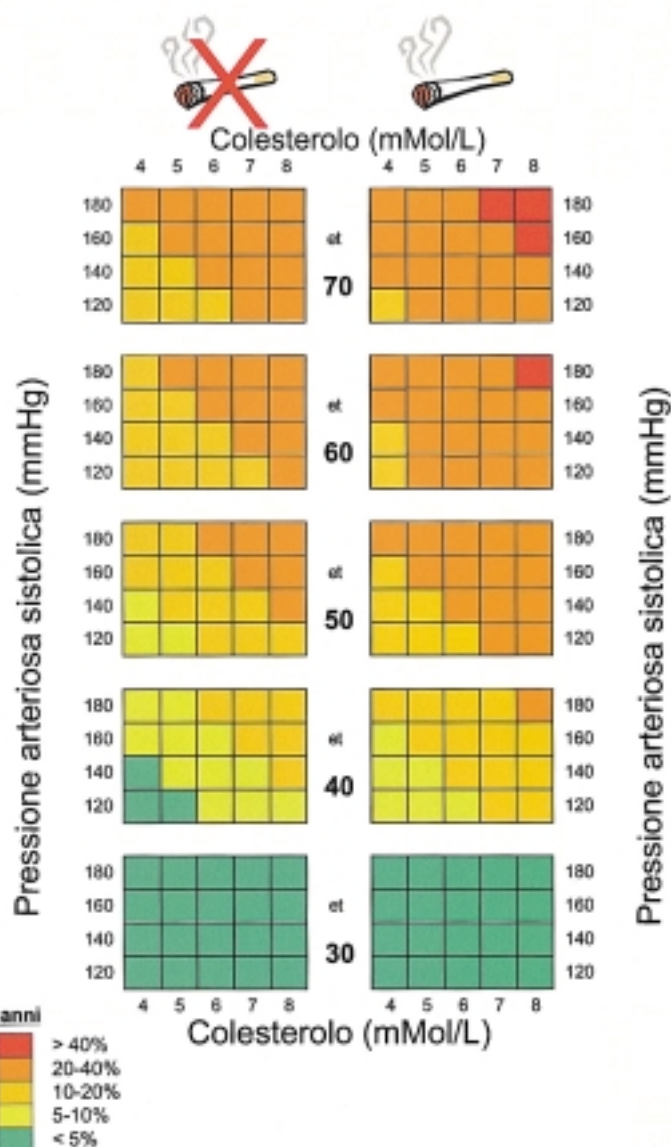
Cuore

17



Donne

Rischio di malattia coronarica



della deglutizione. Probabilmente questi sono dati che colpiscono meno l'immaginario collettivo in quanto interessano una persona ormai non più giovane, ma non per questo meno gravi e preoccupanti". Soprattutto se si pensa che nel solo Nordest il 23,3% della popolazione femminile ha superato i 65 anni e che il 79,2% di questa categoria dichiara di essere affetto da almeno una patologia cronica a livello cardiocircolatorio. Inoltre le donne hanno assunto uno stile di vita paragonabile a quello dell'uomo. Alcuni dati.

Sempre il Rapporto annuale Istat 2002, per l'area del Nordest, riporta che il 18,5% delle donne fuma, con percentuali che superano il 20% se si escludono le ultrasessantacinquenni; l'Atlante italiano delle Malattie cardiovascolari, promosso dall'Istituto superiore della Sanità, documenta che nel Veneto, che è una delle aree

Nel Nordest oltre il 79% delle donne con più di 65 anni è affetto da malattie croniche cardiocircolatorie



campione, il valore medio della colesterolemia nelle donne è 194 mg/dl, con il 34% che presenta valori tra 230 e 239 mg/dl e il 18% con valori superiori a 240 mg/dl mentre il valore limite è di 200 mg/dl.

Dallo stesso studio è risultato che il 17% del campione femminile è obeso e che il 28% non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero. "Esiste quindi un grosso lavoro di prevenzione da svolgere - conclude il

Il presidente dell'associazione "Il Cuore per la Vita" Renzo Olmari (a destra) con il professor Piero Zardini alla Gran Guardia per la Gioranta mondiale del cuore dedicata alle donne

professor Zardini - La 'sconfitta' delle malattie cardiovascolari passa soprattutto attraverso interventi che modificano lo stile di vita". Prevenzione e sensibilizzazione quindi.

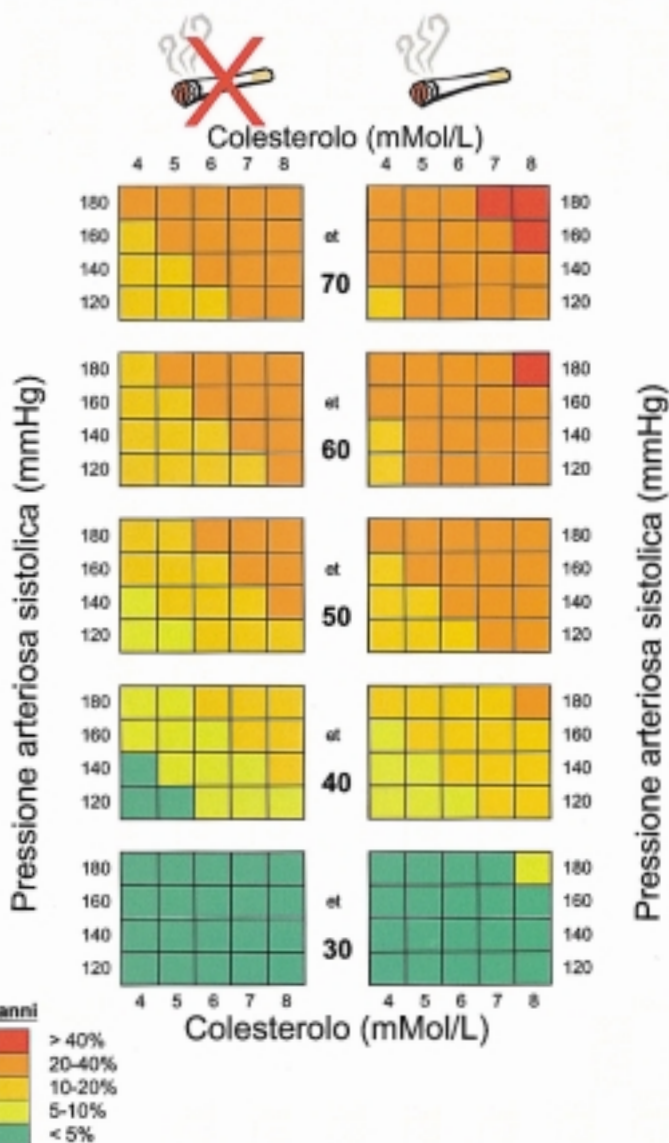
Su questo fronte domenica 28 settembre si è svolta la Giornata mondiale per il cuore, con un tema per quest'anno particolare: "Donne: malattie coronariche e ictus". L'iniziativa si è svolta in 90 Paesi di tutto il mondo, grazie all'organizzazione della World Heart Federation, che raggruppa le Società cardiologiche di numerose nazioni. Per l'Italia, dove la Giornata si è celebrata per il secondo anno, fanno parte della Federazione la Fondazione italiana per il cuore e la Federazione italiana di Cardiologia, che comprende la Società italiana di Cardiologia (cardiologi universitari) e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (cardiologi ospedalieri). A Verona, dove la manifestazione ha potuto

La sedentarietà ed il sovrappeso assieme a valori elevati di colesterolo e al fumo, sono rischi da evitare

LA TABELLA PER CHI SOFFRE DI DIABETE



Donne con diabete Rischio di malattia coronarica



svolgersi grazie soprattutto al sostegno dell'Associazione "Il cuore per la vita" il Comune ha offerto la Gran Guardia, dove i medici e gli infermieri della Cardiologia dell'ospedale di Borgo Trento sono stati a disposizione della cittadinanza, per dare informazioni sui fattori che potrebbero far „insorgere una patologia cardiovascolare.

E' stato anche allestito un "Percorso del rischio", una sorta di itinerario per conoscere - partendo dalle abitudini di vita, dal colesterolo, dai valori della pressione arteriosa - il rischio individuale di incorrere in malattie a danno del cuore.

Elena Zuppini



**Approfondiamo
la conoscenza delle
principali patologie
del sistema
cardiocircolatorio
e dei loro effetti**

Infarto, scompenso, ictus Cosa sono, che cosa provocano

Infarto del miocardio

I sintomi sono noti: dolore al petto, alla spalla, al collo, alle braccia (non solo quello sinistro), sudorazione fredda, affanno e via dicendo. Tutto questo può verificarsi quando una delle tre arterie coronariche che circondano il cuore e che garantiscono l'afflusso di sangue al muscolo cardiaco si occlude. Spesso la causa può essere un trombo, cioè un coagulo di sangue che si forma su una placca arteriosclerotica formata da colesterolo e altri elementi che già hanno reso il lume del vaso più stretto del normale. Questo preesistente restringimento può in molti casi essersi manifestato con degli attacchi di **angina pectoris** (dolori temporanei che possono precedere l'infarto vero e proprio) dovuti ad una temporanea **ischemia cardiaca** (cioè un ridotto afflusso del sangue al cuore).

Quando il trombo ostruisce completamente una delle coronarie e il flusso ne viene bloccato si ha l'infarto, ovvero la necrosi del muscolo cardiaco: al posto della fibre muscolari danneggiate si forma una cicatrice che impedisce al cuore di contrarsi con la stessa forza di prima. Ogni anno in Italia si registrano 15mila infarti con una mortalità del 40%. In molti casi le persone che superano l'evento infartuale sopravvivono con un grado di in-

validità psico-fisica rilevante che grava sia sulla qualità della vita della persona colpita e sia sul sistema sanitario nazionale.

Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco (insufficienza cardiaca è un sinonimo) è l'incapacità del cuore di rispondere ai bisogni dell'organismo, quindi si manifesta con senso di debolezza, difficoltà di respirazione, eccesso di tosse durante la notte, gonfiore alle caviglie e ai piedi, battiti irregolari. E' la più diffusa delle malattie cardiovascolari.

In Europa una persona su 20 soffre di insufficienza cardiaca, mentre è stimabile che in Italia vi siano oltre mezzo milioni di malati, con 100mila nuovi casi e decessi all'anno. Può verificarsi a causa di uno o più infarti, per un'ipertensione arteriosa di vecchia data, per gravi cardiopatie congenite non corrette chirurgicamente o per vecchiaia.

Ictus

L'ictus (un tempo detto apoplezia), è una patologia vascolare ai danni del cervello che in Italia colpisce 185mila persone all'anno: in pratica si verifica un episodio di questo tipo ogni 3 minuti. Un quinto delle persone colpite non sopravvive alla fase acuta e un altro 10% (oltre 1.600 soggetti circa) muore entro il

primo anno. Per quanto riguarda le donne, l'ictus colpisce soprattutto in età avanzata, ma lascia esiti più invalidanti rispetto a quanto si verifica negli uomini, con disturbi alla parola e della deglutizione.

Ma che cos'è l'ictus? Si tratta dell'interruzione del flusso sanguigno, e quindi del nutrimento e dell'ossigeno in esso contenuto, al cervello a causa dell'eccessivo restringimento o di una rottura di un'arteria. Senza apporto di sangue le cellule del cervello, cioè i neuroni, soffrono e possono anche rapidamente morire se l'interruzione del flusso è prolungata. Quando si verifica questa seconda ipotesi s'innesta una reazione a catena che si ripercuote sulle cellule di una vasta area del cervello circostante, distruggendole. Poiché i neuroni non hanno capacità di rigenerarsi, il danno è spesso permanente e a seconda della parte dell'encefalo colpita possono essere lesionate le funzioni che interessano la parola, la vista e la memoria. L'ictus può portare anche al coma o alla morte: si tratta della terza causa di decesso nei paesi industrializzati e la prima causa di invalidità. Come un infarto, l'ictus non ha sintomi premonitori se non, talvolta, i cosiddetti TIA, gli attacchi ischemici cerebrali transitori che regrediscono nell'arco di poche ore. (E.Z.)

La prevenzione comincia a tavola E prosegue con l'attività fisica

La prevenzione è l'arma numero uno per combattere l'insorgenza di malattie cardiovascolari. Il cuore è un muscolo generoso - si contrae in media centomila volte al giorno - ma se viene bistrattato può fare brutti scherzi. Basta poco per coccolarlo. E'

sufficiente mantenere uno stile di vita salutare che poi va a vantaggio dell'intero organismo. Una dieta sana, un po' di movimento e l'attenzione ad alcuni fattori di rischio sono la medicina migliore per l'apparato cardiovascolare.

A tavola. Una dieta equilibrata è una delle armi fondamentali per prevenire patologie cardiovascolari. Infatti permette una diminuzione del peso corporeo in chi è in sovrappeso, un calo del colesterolo "cattivo", un calo dei trigliceridi, un abbassamento della pressione arteriosa e un controllo della glicemia nei pazienti che soffrono di diabete. Ma cosa s'intende per dieta equilibrata?

Innanzitutto una dieta varia, con una percentuale di grassi non superiore al 30% delle calorie totali. Da evitare quindi le carni particolarmente ricche di grassi e i condimenti come il burro che deve lasciare il posto all'olio di oliva extravergine. Importante l'apporto di fibre - contenute in frutta, verdura e cereali - le quali, oltre a ridurre l'assorbimento intestinale del colesterolo, sembrano inibire l'enzima che regola la produzione del colesterolo da parte del fegato.

Per gli amanti del caffè una consolazione: quello espresso non fa aumentare il colesterolo a condizione che non si superino le 3 tazzine al giorno. Una quantità, quest'ultima, che non incide nemmeno su valori della pressione arteriosa.

Per quanto riguarda l'ipertensione occhio invece alla liquirizia. Una bustina di caramelline in vendita in farmacia è un grammo: una dose che se assunta in modo sistematico può incidere sui valori pressori. Per quanto riguarda l'alcol, invece, una quantità moderata (circa un bicchiere a pasto) di vino, preferibilmente rosso, aumenta la produzione di colesterolo buono. Esistono dei trat-

tamenti farmacologici per curare l'accesso di lipidi nel sangue: le famose statine, per esempio, salite alla ribalta con il caso Lipobay. Questi farmaci sono molto utili, ma vengono impiegati solo dopo che si è tentato di diminuire il colesterolo con una dieta ipocalorica e nel caso servissero, in associazione a quest'ultima. Fare attenzione a tavola significa anche tenere a bada la gli-



cemia. Anche una glicemia modestamente aumentata può essere controllata con una dieta ipocalorica, a basso contenuto di zuccheri semplici, come quello da cucina.

In palestra. Un'attività fisica moderata preserva il cuore. Infatti lo costringe a lavorare, riduce la pressione arteriosa, brucia calorie, favorisce la perdita di peso. E' di grandissimo aiuto nel controllare i livelli di colesterolo, favorendo la produzione di quello buono, e

dei trigliceridi. Secondo uno studio, pubblicato sulla rivista JAMA e condotto su un campione di 7.500 donne, un programma di attività fisica equivalente a circa un miglio (un po' più 1 chilometro e mezzo) al giorno porta ad una riduzione del 36% della mortalità per cause cardiovascolari nelle donne impegnate rispetto a quelle sedentarie.

Non occorre quindi sottoporsi ad sfiananti sedute in palestra: sarebbe sufficiente anche una passeggiata di un'ora tre volte alla settimana. L'importante, alla fine, è piuttosto essere costanti nell'impegno.

Dal medico. È bene periodicamente fare le analisi del sangue. Per chi non ha particolari problemi la scadenza annuale è più che sufficiente. Non è necessario sottoporsi periodicamente all'elettrocardiogramma. E' il medico a prescriverlo in presenza di sintomi o di un quadro clinico a rischio di patologie cardiovascolari. Per quanto riguarda la pressione, e parliamo sempre di un soggetto sano, si consiglia di misurarla una volta all'anno fino a quarant'anni, e poi ogni sei mesi. Infatti l'ipertensione non presenta sintomi particolari, tanto che molte persone soffrono per anni di pressione alta senza rendersene conto, rischiando così malattie gravi come quelle coronariche e l'ictus. Quando l'ipertensione viene accertata è il medico di base che decide quale farmaco prescrivere. Un discorso a parte va fatto per alcune categorie come gli obesi, i diabetici e le donne gravide, le quali dovrebbero sottoporsi più di frequente alla misurazione. **(E.Z.)**

Il documento fa capire se una persona potrà essere colpita da una patologia cardiovascolare entro 10 anni

C uore

21

Una Carta europea sui fattori di rischio

E' la "Carta europea del rischio". Si tratta di un modello tramite il quale è possibile determinare il rischio di una persona di incorrere in un evento cardiovascolare nell'arco di dieci anni. Le fasce di rischio vengono classificate da meno il 5% a più 40% a seconda dello stile di vita che il soggetto conduce. La "Carta" stima il rischio basandosi su sei informazioni: sesso, decade di età, colesterolo, diabete, pressione e fumo.

Andiamo ad analizzarli ad uno a uno questi fattori di rischio:

Sesso. L'uomo ha più possibilità di contrarre malattie cardiovascolari rispetto alla donna e di contrarle in età giovanile. La donna grazie agli ormoni è abbastanza protetta fino all'evento della menopausa. Essere un uomo, quindi, è già un fattore di rischio.

Età. Per gli uomini l'età a rischio inizia, di media, dal quarantacinquesimo anno, mentre per le donne è posticipata intorno e dopo ai 55 anni.

Diabete. Si tratta di una malattia caratterizzata dall'aumento del glucosio (zucchero) nel sangue. La sua presenza danneggia il sistema vascolare di tutto l'organismo sia a livello dei piccoli vasi che a quelli di maggiore calibro. E' quindi un fattore di rischio molto importante per l'insorgere della cardiopatia ischemica, soprattutto se associato ad altri fattori come l'ipertensione e l'obesità.

Colesterolo. È una sostanza lipidica contenuta in tutti i tessuti del corpo, con il compito di attuare delle funzioni essenziali. Se essa però è presente in eccesso nel sangue per un arco di tempo, comporta la formazione di placche sulla superficie interna dei vasi, provocando così il restringimento del lume e la conseguente diminuzione di flusso di sangue negli organi. Cosa che può portare all'infarto miocardico, ma anche di quello

celebrale (ictus). Esistono due tipi di colesterolo: uno definito cattivo (Ldl), che danneggia le arterie, e l'altro buono (Hdl), che ha un effetto protettivo. Secondo le ultime linee guida targate Usa, per un soggetto sano l'Ldl compreso tra i 100 e 129 mg/dl è definito *accettabile*, tra 130-159 mg/dl *moderatamente elevato*, tra 180-189 mg/dl *elevato*, 190 mg/dl o più molto *elevato*; mentre per quanto riguarda il colesterolo totale la quantità ottimale è intorno ai 200 mg. Numeri da tenere presente, sebbene molti cardiologi siano del parere che più il colesterolo "cattivo" è basso, meglio è.



Infatti alcuni grandi studi internazionali hanno evidenziato un dato molto significativo: una riduzione di mortalità per infarto di circa il 10-15% per ogni 10% di riduzione dei livelli di colesterolo. In fatto di colesterolo le donne hanno un vantaggio in più rispetto agli uomini: producono più colesterolo buono.

Pressione arteriosa. Gli organismi internazionali - tra cui l'Oms - sono indicano che siamo in presenza di uno stato di ipertensione (pressione alta) quando la pressione massima (sistolica) è di 140 o maggiore e quella minima (diastolica) è di 90 e

maggiore. Il livello ottimale dovrebbe essere una massima di 120 e una minima di 80 indipendentemente dall'età e dal sesso, a differenza di una credenza diffusa, secondo la quale la pressione sale fisiologicamente con l'avanzare degli anni. Piuttosto nell'anziano bisogna controllare che la pressione massima non sia alta, in quanto di per sé questo è un fattore di rischio. Comunque anche per la pressione vale la regola del colesterolo: più bassa è meglio è, compatibilmente con la possibilità di reggersi in piedi.

Fumo. Insieme al colesterolo il fumo contribuisce in modo determinante al verificarsi di cardiopatia ischemica, in quanto rende difficoltoso l'afflusso di sangue agli organi. Naturalmente più è elevato il numero di sigarette, più aumenta il rischio. E' un errore credere che le "bionde" con ridotto contenuto di catrame e nicotina e quelle con filtro facciano meno male. Infatti la loro combustione produce una maggiore quantità di ossido di carbonio e i

fumatori tendono a fumarne di più. Anche chi fa uso di sigari e della pipa presenta una percentuale di rischio, sebbene minore.

E il fumo passivo? Le più recenti ricerche hanno constatato che nei bambini esposti al fumo passivo si è verificata un aumento della frequenza di morte cardiaca improvvisa. E nelle donne, soprattutto in quelle che fanno uso di contraccettivi orali, un incremento delle malattie delle coronarie.

Elena Zuppin

(ha collaborato la dottoressa Luisa Zanolta)

Il dolore appartiene alla vita

di Lorenzo Gobbi

Ci sono momenti in cui il bisogno di raccoglimento si fa forte. Nelle nostre giornate immerse nel frastuono incessante del vivere non è facile trovare il silenzio necessario a rientrare in noi, a cercare di capire il senso di ciò che ci accade. In questa rubrica il professor Lorenzo Gobbi, appassionato studioso di letteratura e di Testi Sacri, ci proporrà frammenti lirici e brevi riflessioni per dar voce alle ragioni dello Spirito e del Cuore.

Per prendersi cura di noi stessi e di chi ci sta intorno, abbiamo bisogno di una persuasione intima: una stima profonda, incondizionata della vita in sé, del semplice esistere nel mondo. Ce lo ricorda un poeta toscano, Mario Luzi: «...dico, prego: sia grazia essere qui, / grazia anche l'implorare a mani giunte, / stare a labbra serrate, ad occhi bassi, / come chi aspetta la sentenza. / Sia grazia essere qui, / nel giusto della vita, / nell'opera del mondo. Sia così».

E' un augurio, questo: che anche il dolore, nostro e di chi ci sta intorno, faccia parte del "giusto della vita", così come ne facciano parte il nostro attendere e implorare, il nostro curare, il sostenere.

E' difficile parlare del dolore con giustizia, con rettitudine. Per riuscire, o almeno per disporci a tentare, possiamo soltanto agire come Mosè nel deserto di fronte al rovelto ardente: toglierci i sandali e coprirci il capo alla presenza della fiamma che sale e del rovelto che ne è penetrato e insieme avvolto, al suono della voce che esce dal rovelto e dalla fiamma: essa dichiara che la terra su cui ci troviamo è santa, e non pone limite a tale santità.

Il dolore, per lo più, lo attraversiamo - o così, almeno, ci sembra: eppure, esso brucia in noi e intorno a noi, come salendo dalla nostra carne - e la voce che esce dalla fiamma esprime tutto di noi, nell'immediatezza insostenibile del gemito o del grido.

«Sia grazia essere qui nel giusto della vita, nell'opera del mondo». Nei versi del poeta Mario Luzi lo spunto per interrogarsi sul senso profondo dell'esistenza



Il dolore non sussiste mai in forma di puro spirito: esso è carne umana che brucia, volto umano che arde e consuma - ci vuole per sé, ci circonda, ci assedia, entra in noi e si nutre di noi. Possiamo intravedere, nel fuoco, ciò che così si consuma: una forma crepitante o affilata, un profilo noto che si sfalda, riconoscibile ancora eppure già altro da sé; ma non possiamo stendere la mano, non possiamo entrare nel fuoco e toccare, nemmeno per una carezza minima, dovuta - nessuna mano può mai arrivare fin là. I retti di cuore chinano il capo e si avvicinano a passi cauti, come verso un altare - e la barriera di fuoco li ferma; una voce si leva: un mormorio parlante.

stupefatti, solenni nel passo del corpo e nell'anima che non è più la stessa. La fiamma del rovelto ci torna alla memoria, e ripensiamo a lei esattamente "come gli assiderati ricordano la neve" (E. Dickinson): eppure, aveva una voce quella fiamma, e la terra che sentivamo ardente sotto la pianta nuda dei piedi era santa.

Era comunque il "giusto della vita", e noi c'eravamo: la cura, l'attenzione, l'amore efficiente o implorante, la presenza operosa o impietrita, tutto questo era giusto. Se fosse anche grazia, chi può dirlo? Possiamo augurarci, come l'augura Luzi: e continuare a curare, a sostare, ad agire. Dio comprenderà.

Ciò accade ovunque arda un rovelto: e dunque, poiché è infinita la sofferenza intorno a noi e vicino a noi, e mai la voce si concede una pausa, la terra su cui siamo è santa. Quando l'abbiamo attraversato, il dolore, quando ci siamo allontanati dalla santità rovente di quella terra - sia che fossimo noi il rovelto, sia che lo contemplassimo da vicino, al di fuori del fuoco ma lambiti e bruciati a nostra volta - il capo è ancora coperto, i piedi sono scalzi: il fuoco alto ha consumato molto di noi o di chi amavamo. La fiamma si è ritirata - chissà dove, chissà per quanto - e noi andiamo in silenzio, increduli e

Una nuova sede per la ricerca sulla salute mentale inaugurata al Policlinico di Borgo Roma

P sichiatria

23

L'OMS PUNTA SU VERONA

Una nuova sede per ospitare il Centro di ricerca sulla salute mentale dell'Organizzazione mondiale della Sanità è stata aperta a Verona.

Il Centro è situato nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, al Policlinico "G.B. Rossi", in una palazzina a due piani, ristrutturata dall'Università e dall'Azienda.

La Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Medicina e Salute Pubblica dell'Università di Verona è stata designata Centro collaboratore dell'Oms nel 1987. Tale designazione è avvenuta sulla base delle attività di ricerca e formazione che la Sezione di Psichiatria aveva svolto nel corso degli anni a livello nazionale e internazionale.

In accordo con le regole dell'Oms la designazione è attiva per quattro anni e può essere riconfermata, dopo una valutazione, da parte del Comitato scientifico dell'Oms, del lavoro svolto dal Centro collaboratore. La Sezione di Psichiatria di Verona ha ricevuto una prima conferma nel 1992, e, successivamente, altre conferme a settembre 1996 e poi a novembre 2001.

Quello di Verona è uno dei tre Centri Oms presenti in Italia ed è l'unico al mondo ad occuparsi specificamente della valutazione dei servizi psichiatrici. Ha una posizione leader nel panorama europeo, come documentato dalla sua produzione scientifica. Una posizione destinata a rafforzarsi dopo il trasferimento nella nuova sede, grazie al potenziamento delle strutture e delle risorse a disposizione. Il Centro Oms fa parte della Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Verona (che include la Clinica Psichiatrica ed il Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud, il Servizio di Psicologia Medica e il Servizio di Psicoterapia): Esso è diretto dal Professor Michele Tansella, ordinario di Psichiatria della nostra Università.



La nuova palazzina sede del Centro inaugurata il 19 settembre alla presenza del dottor Benedetto Saraceno, direttore del Dipartimento di Salute mentale dell'Oms a Ginevra (nella foto sotto, il taglio del nastro da parte alla presenza delle autorità).



Lo staff comprende oltre 40 ricercatori, molti dei quali svolgono anche attività didattica e clinica. Si tratta di medici psichiatri, psicologi clinici, assistenti sociali e sanitari, statistici e data manager, informatici, bibliotecari, segretarie ed un economista.

Sono presenti anche visiting professor provenienti da altre Università e Centri (attualmente un docente di Oxford, che utilizza una borsa "Marie Curie" biennale, concessa dall'Unione Europea, ed un professore di Psichiatria canadese). Una buona parte di questo staff è costituita da borsisti, assegnisti e dotto-

randi di ricerca dell'Università di Verona. I ricercatori del Centro Oms di Verona hanno a disposizione, oltre ad avanzate strutture informatiche e ad un centro elaborazione dati, un Registro Psichiatrico dei Casi (uno dei più "vecchi" in Europa, attivo da dicembre 1978 e da allora costante-

mente aggiornato), tutti gli strumenti necessari per la ricerca epidemiologica ed una ricca biblioteca specializzata, dotata di oltre 2500 volumi ed abbonata a 65 riviste scientifiche internazionali di psichiatria e psicologia clinica.

Le aree di cooperazione con l'Oms del Centro di Verona comprendono:

- la partecipazione e la collaborazione a ricerche, sotto la guida dell'Oms, che includano studi di pianificazione, monitoraggio e valutazione, così come l'applicazione dei risultati della ricerca;
- la pianificazione, l'organizzazione e l'attuazione, in collaborazione con

l'Oms, di attività di training e di formazione, come corsi, seminari e scambi di dati e informazioni;

- la raccolta e la diffusione di informazioni scientifiche su specifici argomenti e la consulenza fornita all'Oms per la preparazione di documenti da mettere a disposizione dei Governi degli Stati membri.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Oms a cui fa riferimento il Centro di Verona ha sede a Ginevra ed è diretto dal dottor Benedetto Saraceno che non ha voluto mancare all'inaugurazione del 19 settembre. "Il Dipartimento si propone di raggiungere due importanti obiettivi - ha spiegato Saraceno in quell'occasione-. Il nostro impegno è rivolto a colmare il divario esistente tra i bisogni delle popolazioni e le risorse disponibili per ridurre il carico dei disturbi mentali nel mondo ed a promuovere la salute mentale. Tali obiettivi sono perseguiti attraverso una forte collaborazione tra la sede centrale di Ginevra ed i Centri collaboratori, dislocati nei vari Paesi del mondo".

Il Centro di Verona è l'unico al mondo ad occuparsi della valutazione dei servizi psichiatrici

Le aree di ricerca principali delle varie Unità che fanno parte del Centro sono:

- valutazione dei costi dell'assistenza psichiatrica. Progetti specifici prevedono di identificare le caratteristiche dei pazienti che possono far prevedere maggiori costi assistenziali. Si stanno inoltre mettendo a punti modelli innovativi per il finanziamento dei Servizi di Salute Mentale.
- studi di esito dei trattamenti e delle cure. In particolare sono in corso molti studi sull'esito a lungo termine dei trattamenti dei pazienti

psicotici gravi, che misurano non solo la gravità dei sintomi, ma la qualità della vita, la soddisfazione verso i servizi, il carico familiare e la disabilità.

- strategie di comunicazione in medicina. Gli studi di questa Unità di Ricerca riguardano la messa a punto di training e strategie per migliorare la qualità della comunicazione tra operatori sanitari e pazienti e di valutazione dell'efficacia di questi training.

- studi epidemiologici in medicina generale e in altri ambiti, con valutazione della diffusione nella popo-

Ben 255 articoli scientifici pubblicati su riviste internazionali dal 1987 a oggi



Tra il 1987 e il 2003 il Centro Oms di Verona (di cui vediamo nelle due foto la biblioteca), ha pubblicato 255 articoli su riviste internazionali, 84 capitoli di libri o monografie internazionali, 13 volumi internazionali (in inglese) e 45 volumi italiani. Numerosi altri articoli sono apparsi su riviste e su monografie italiane. Negli ultimi 5 anni il Centro ha pubblicato, su riviste internazio-

nali, in media, 28 lavori all'anno, totalizzando, in media, 57 punti di Impact Factor all'anno.

Le pubblicazioni del Centro hanno ricevuto, in media, nella letteratura internazionale, 215 citazioni all'anno.



lazione dei disturbi mentali e dei fattori sociali che la influenzano.

- efficacia ed effetti collaterali degli psicofarmaci
- farmaco-epidemiologia e revisioni sistematiche della letteratura. Questa Unità

conduce ricerche su vari aspetti delle terapie psichiatriche e sui protocolli terapeutici più innovativi introdotti negli ultimi anni.

- psicoterapia, con particolare riferimento alla valutazione dell'efficacia di specifici interventi psicoterapeutici.

- studi di neuro-imaging in psichiatria, per identificare le alterazioni, a livello cerebrale, che possono essere messe in evidenza dalla risonanza magnetica, che abbiano significato ed importanza prognostica, nei pazienti con dei disturbi psicotici gravi.

Nonostante l'alta percentuale delle persone con patologie, la ricerca è scarsamente finanziata

P sichiatria

25

Il 25% della popolazione soffre di qualche disturbo mentale

I disturbi mentali sono in aumento costante nei paesi occidentali. Ne soffre il 25-30% della popolazione. La depressione occupa il quarto posto nella classifica delle patologie che causano disabilità. Secondo le previsioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, però, essa è purtroppo destinata a passare al secondo posto nel 2020.

Molti ricercatori sono impegnati, in diverse parti del mondo, in studi che hanno l'obiettivo di identificare la cause delle malattie mentali. Ma gli studiosi usano molta cautela nel prospettarne le possibili ricadute per la cura. Lo sottolinea il prof. Michele Tansella cui abbiamo chiesto di fare il punto sulla questione.

“Le ricerche sono importanti e devono continuare, ma dobbiamo dire con chiarezza che non è realistico aspettarci risultati decisivi a breve termine. Questo per due motivi. Il primo è che le malattie mentali sono malattie multifattoriali, alla base delle quali esistono fattori diversi, biologici (compresi quelli genetici), psicologici (compresi quelli legati alla personalità che caratterizza ciascun individuo) e sociali (compresi quelli ambientali, relativi alle condizioni di vita ed alla qualità delle relazioni interpersonali). Moltissimi fattori, appartenenti a tutte e tre queste categorie, concorrono dunque nel determinare l'insorgenza delle malattie, hanno cioè un ruolo nei meccanismi causali. Il modello che potrà spiegare le cause delle malattie mentali è quindi necessariamente un assai complesso, difficile da identificare. Il secondo motivo è che le malattie mentali sono, in realtà, un gruppo di malattie diverse, per ognuna delle quali esistono verosimilmente fattori causali specifici di quella malattia, ma anche fattori più generali, comuni ad altri

disturbi. Bisogna identificare sia gli uni sia gli altri”.

Potremmo paragonare le peculiarità della ricerca sulle cause delle malattie mentali a quelle tipiche di altre malattie complesse, come il cancro?

“Il confronto è corretto, in quanto anche quella non è un'unica malattia, ma un gruppo di malattie diverse, che hanno cause multifattoriali, in parte biologiche e genetiche, in parte ambientali. Noi psichiatri dobbiamo proprio imparare dai ricercatori che si occupano di tumori: essi, mentre continuano a studiare le cause, sono impegnati, da anni e con ottimi risultati, a sperimentare e mettere a punto interventi terapeutici e protocolli di cura sempre più efficaci. Si pensi solo ai successi ottenuti, grazie anche ai contributi importanti della ricerca italiana, nella cura del cancro della mammella; successi, si noti bene, realizzati anche senza intervenire sulle cause di quella malattia, cause che non sono ancora completamente note.”

Quali risultati ha dato sinora la ricerca sui disturbi mentali?

“Negli ultimi dieci anni gli psichiatri hanno fatto notevoli progressi nella comprensione di alcuni aspetti delle cause delle malattie mentali e, soprattutto, nella messa a punto di specifiche terapie, farmacologiche e psicologiche. Ma, in attesa di saperne di più sulle cause e sui complessi meccanismi che sono alla base dell'insorgenza delle malattie, non possiamo rimanere fermi: anche noi abbiamo la possibilità ed il dovere, utilizzando le conoscenze scientifiche che sono già disponibili, di sperimentare e mettere a punto terapie ed interventi assistenziali più efficaci per i nostri pazienti e per le loro famiglie, di fare ricerca sui servizi di salute mentale”.

Si ripete che la ricerca scientifica non è finanziata adeguatamente. Qual è la situazione per la salute mentale?

“Le risorse per la ricerca non sono distribuite equamente. Non si può ignorare il fatto che la ricerca sul cancro, che pure, secondo l'Orga-



Il professor Michele Tansella (a sinistra) con il dottor Benedetto Saraceno nella biblioteca del nuovo Centro.

nizzazione Mondiale della Sanità, è responsabile di una sofferenza, a livello mondiale, pari solo alla metà di quella provocata dalle malattie mentali, è infinitamente più ricca della ricerca dedicata alle malattie mentali. Se la ricerca sulle malattie mentali è una ricerca povera, sostenuta principalmente dalle industrie farmaceutiche e troppo poco, almeno in Europa, dagli Enti pubblici e dalle Fondazioni private (molto attive e generose, invece, negli Stati Uniti), esiste una ricerca poverissima o, meglio, orfana, che è proprio quella sui servizi di salute mentale e sulle strategie di intervento e di cura che essi forniscono o potrebbero fornire”.

Quali sono gli obiettivi di questo tipo di ricerca di carattere “sociale”?

“La sfida è studiare, utilizzando metodologie scientifiche avanzate, quali sono le modalità organizzative dei servizi, le risposte ai bisogni dei nostri pazienti, gli interventi finalizzati a ridurre le disabilità ed a fronteggiare le situazioni di crisi ed alleviare i sintomi, che si rivelano più efficaci a ridurre la sofferenza dei pazienti e ad aumentare le percentuali di guarigione. Un articolo del Professor Brian Cooper, apparso sul numero di agosto del *British Journal of Psychiatry*, dimostra, invece, che attualmente in Psichiatria, solo il 10% degli studi clinici controllati sulla valutazione delle terapie si occupa della valutazione di efficacia dei servizi. Il Centro Oms di Verona è uno dei pochissimi Centri al mondo che ha avuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il compito di occuparsi specificatamente della ricerca sui servizi per la salute mentale, di scoprire quali sono le modalità organizzative e le risposte assistenziali più efficaci, quali sono i fattori terapeutici che possono migliorare l'esito delle cure. Queste ricerche saranno utilizzate dall'Oms per mettere a disposizione di tutti i Servizi Sanitari nazionali queste conoscenze, perché i governi e gli amministratori regionali e locali possano utilizzarle per fare scelte

L'importanza di ascoltare

di Gelmino Tosi *

Il filosofo Umberto Galimberti ha scritto che “spesso il dolore che il paziente narra non corrisponde al male che il medico cerca”. In poche branche della scienza medica è importante, come nella Medicina Generale, il racconto del paziente, le sue parole, i suoi errori di sintassi, le sue perifrasi, i suoi paragoni.

Il medico di famiglia ha dovuto imparare ad ascoltare questi racconti, a tollerare le sue lamentele reiterate, i momenti di sconforto e soprattutto quelli di conflitto per dare un significato al dolore della sua narrazione che superi pregiudizi e preconcetti scientifici. Solo in que-

sto modo il dolore che il paziente narra corrisponderà anche al male che il medico cerca.

Nello studio del medico di Medicina Generale, il medico di famiglia, non si incontrano una malattia e un tecnico delle malattie, ma due persone, due menti, due sentimenti: ognuno con le proprie paure, le proprie

aspettative. Ci si domanda spesso se il paziente ci racconta tutta la verità, ma questo non è importante poiché egli comunque ci racconta una verità, quella che più gli interessa. E' verso questa verità che convergono gli sforzi di cura.

Per questi motivi siamo certi che la Medicina Generale rappresenta un luogo privilegiato per la comprensione dei disturbi mentali, luogo in cui il paziente deve con coraggio e fiducia esprimere le sue difficoltà, il punto di par-

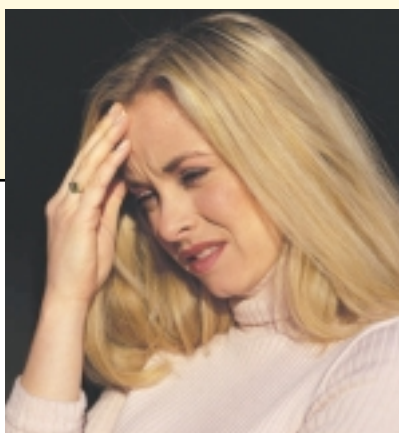
tenza di un percorso difficile e spesso lungo verso il maggior benessere possibile.

I medici di Medicina Generale

sono consapevoli della portata del problema, delle molteplici implicazioni relazionali e personali, delle difficoltà anche di ordine culturale. Per questo motivo è importante migliorare le capacità professionali in questo campo, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, per offrire ai pazienti il massimo delle opportunità di cura. A questi ci rivolgiamo affinché si affidino con coraggio al proprio medico di fiducia.

*** Medico di Medicina Generale**

Il medico di famiglia, primo interlocutore



basate sulle evidenze scientifiche invece che sulle opinioni”.

Quali dati sono emersi dal vostro lavoro?

“I risultati ottenuti finora dai ricercatori veronesi, come dimostrano le oltre 250 pubblicazioni apparse negli ultimi anni su riviste interna-

zionali, sono molto incoraggianti, ma siamo ad un punto in cui solo un forte investimento, anche economico, nella ricerca scientifica può far migliorare, in modo significativo, la qualità delle cure ed il loro esito. I nostri pazienti, i loro familiari, per tanto tempo considerati meno degni di attenzione e di investimenti per la ricerca, rispetto ad altri ammalati e ad altri familiari, hanno bisogno di un impegno molto più forte della ricerca scientifica, ed in particolare della ricerca dedicata alla valutazione dei servizi, per sperare in un futuro migliore”.

Un futuro di primo piano
nell'assistenza ospedaliera e territoriale

Ospedale

27



CAPOSALA, RUOLO DA VALORIZZARE

A Bologna è già realtà. Interi reparti ospedalieri garantiscono assistenza, e cura ai pazienti; si tratta di reparti riservati al ricovero di post acuti, cioè di degenti che hanno già effettuato un intervento o superato la fase più critica della malattia.

L'assistenza e la gestione è assicurata da infermieri coordinati dal caposala. I medici sono naturalmente a disposizione del reparto, che si trova nella struttura ospedaliera, per ogni necessità. "L'assistenza, infatti, può essere nella maggior parte dei casi gestita da equipe infermieristiche, coordinate appunto dal caposala", assicura Gabriella De Togni, presidente del coordinamento nazionale dei caposala, insegnante di Infermieristica generale nel corso di laurea di scienze infermieristiche dell'Università di Verona e componente del Consiglio superiore di sanità.

L'esperienza bolognese è esportabile e i caposala veneti la stanno proponendo alle direzioni generali delle rispettive aziende, chiamati a

fare i conti con disponibilità di bilancio e quindi interessati anche al risparmio che l'utilizzo di questo modello assistenziale potrebbe comportare. Inoltre sarebbe valorizzata la specificità della figura del caposala, ancor oggi spesso poco capita ed ancor meno considerata. "Speriamo che il disegno di legge n.1645 del senatore Antonio Tomassini, divenuto legge con l'autunno e restituisca al caposala, che è un dirigente intermedio, il riconoscimento della funzione di coordinamento che gli spetta e la formazione manageriale necessaria – si augura De Togni – perché i caposala sono chiamati a gestire le risorse umane (infermieri, operatori di assistenza, ecc.), le risorse materiali e a predisporre in concerto con il primario la previsione di budget, spese ed investimenti del reparto, a gestire processi aziendali ed organizzativi, mentre poi si troviamo a fare i conti con i vari contratti di lavoro che hanno smunto la loro figura". Il caposala esiste negli ospedali italiani dal 1925 e

Un master per accedere alla professione

Come si diventa caposala se per ottenere il titolo di infermiere professionale occorre la laurea triennale in scienze infermieristiche? Se verrà approvato il ddl Tomassini l'aspirante caposala, dopo la laurea in infermieristica dovrà frequentare un master in management sanitario di 1500 ore. L'Università di Verona, prima in Italia, ha attivato il Master in management sanitario nell'anno accademico 2000/2001 consentendo a 30 infermieri, 4 ostetriche ed un fisioterapista veronesi di conseguire il titolo per esercitare la funzione di coordinamento sia negli ospedali che sul territorio. Per l'anno accademico 2003-2004 le sedi più vicine per frequentare il master sono Trento e Bolzano (organizzato dall'università di Verona) e Padova. "Il corso ha la durata di un anno solare più che di un anno accademico – precisa subito De Togni – Infatti, dato l'importante numero di ore formative, alcune Università hanno optato addirittura per una durata biennale. Circa un terzo delle ore sono dedicate alle lezioni teoriche, un terzo a tirocinio che a Verona si è arricchito anche di uno stage nelle regioni vicine con realtà assistenziali innovative, che hanno garantito ai problemi soluzioni originali sul piano assistenziale ed organizzativo e un terzo di ore per attività di laboratorio e di studio guidato dai tutor. Intanto l'aggiornamento dei caposala dello scorso maggio, organizzato al centro culturale Marani e dedicato a "La continuità assistenziale: responsabilità del caposala nell'integrazione tra ospedale e territorio", sarà riproposto a Padova il 14 novembre, offrendo così l'opportunità a chi non aveva potuto partecipare (oltre 200 caposala erano rimasti esclusi data la mole di richieste) di fare il punto sull'organizzazione di una assistenza personalizzata e sulla situazione della categoria.

(v.z.)

fino al 2001 questa funzione veniva esercitata solo se in possesso dell'abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza, abilitazione rilasciata dopo un corso di formazione manageriale annuale. Ma l'ultimo contratto di lavoro e la normativa concorsuale hanno abrogato il requisito della formazione specifica manageriale per accedere all'incarico, ritenendo sufficiente una esperienza triennale come infermiere. La mancanza di formazione specifica riduce la competenza e crea vulnerabi-

La bella testimonianza regalata da Mary Iori

Ci sono stagioni della vita che segnano il destino di una persona. E ci sono esperienze che lasciano in noi un'eco destinata a perpetuarsi per tutta la vita. Accade quando ci sentiamo partecipi di qualcosa di nuovo, di importante che sta nascendo grazie al nostro impegno, alla nostra capacità di condividere un progetto con persone con cui abbiamo un rapporto di stima reciproca e affinità intellettuali e culturali.

Una stagione irripetibile fu vissuta verso la fine degli anni Sessanta dal un gruppo di medici cardiologi e di infermiere professionali che, scelti dal prof. Arrigo Poppi, diedero vita all'Unità Coronaria dell'Ospedale Civile Maggiore.

Era il 1968 e l'ospedale di Verona, dopo quello di Torino, fu il secondo in Italia a dotarsi di una Uci.



Si trattò di un'esperienza pionieristica che formò un gruppo di professionisti che nel paziente non vedevano soltanto un "caso", un "cuore da studiare" nel più breve tempo possibile, ma una persona, una vita umana di cui avere speciale cura in ore e giorni delicati, in cui la morte e la vita si sfioravano. Nell'atmosfera ovattata della prima Unità coronaria del reparto di Cardiologia, un

i pazienti potevano ricevere la visita dei familiari soltanto per alcuni brevi momenti. Il resto della degenza lo trascorrevano affidati soprattutto alle solerti infermiere professionali che non li abbandonavano un attimo.

Fra quelle infermiere ve n'era una, Mary Iori, destinata a divenire la caposala "storica" dell'Unità coronaria, impegno professionale cui l'ha strappata soltanto la malattia che nel giugno dell'anno scorso se l'è portata via.

Il suo ricordo ed il suo esempio sono ancora molto vivi fra i colleghi ed i medici dell'ospedale.

La collega Rita Riolfi ricorda la sua cultura, l'intelligenza raffinata e la grande passione per il lavoro.

"Il suo era un modello assistenziale che coniugava competenza clinica, relazionale, organizzativa, traducendosi nell'interdisciplinarietà e nella massima efficienza. Mary ha anticipato i tempi di decenni. Il rapido sviluppo della disciplina infermieristica degli ultimi anni che ha consentito la nascita del corso di laurea in Scienze Infermieristiche non fa che riprendere metodi e contenuti che per

lità del ruolo. Per questo il coordinamento nazionale dei caposala sostiene ed auspica che il percorso del ddl Tomassini in discussione al Parlamento sia breve e venga approvato.

Intanto in attesa che la legge prosegua il suo iter, occorre comunque riboccarsi le maniche e lavorare dove c'è da migliorare l'assistenza, che garantisce De Togni "a Verona è già buona".

Ci si dovrà attivare per garantire la continuità assistenziale al percorso del paziente all'interno dei servizi

ambienti assai meno tecnologici delle attuali unità di cure intensive, si puntava non soltanto sull'applicazione tempestiva delle terapie più innovative, ma si aveva anche molta attenzione per la relazione che si stabiliva con il paziente. Nell'Uci

sanitari. Ad esempio a molti sarà capitato di avere familiari in situazioni critiche per un lungo periodo e dover organizzare la propria vita sulle esigenze del familiare ammalato.

Ora si tratta di creare collegamenti

tra le varie strutture assistenziali affinché l'utente venga accompagnato nel suo percorso attraverso le varie strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, senza interruzioni drastiche e abbandoni a se stesso.

"In effetti il coordinamento delle

In una poesia il suo testamento spirituale

*“...non smarrire quella strada segnata.
E' stretta, tortuosa, ripida.
Come quella delle mie montagne.
Ed io sono accanto a te.
Ogni albero, ogni sasso, sono segnati con una
traccia bleu, sino alla fine della strada:
seguendo quelle tracce si arriverà.
Le hanno disegnate loro, i Maestri.
Verso la fine, il sentiero è pianeggiante e si
apre, di maggio, ad una infinita distesa, verde,
macchiata dal giallo dei botton d'oro e dal
bleu delle genziane.
Potremo sederci, fissare il cielo che lassù
sembra più grande e più vicino e che è
certamente bleu.*

*Potremo anche riposare, poco, per non
perdere il passo.*

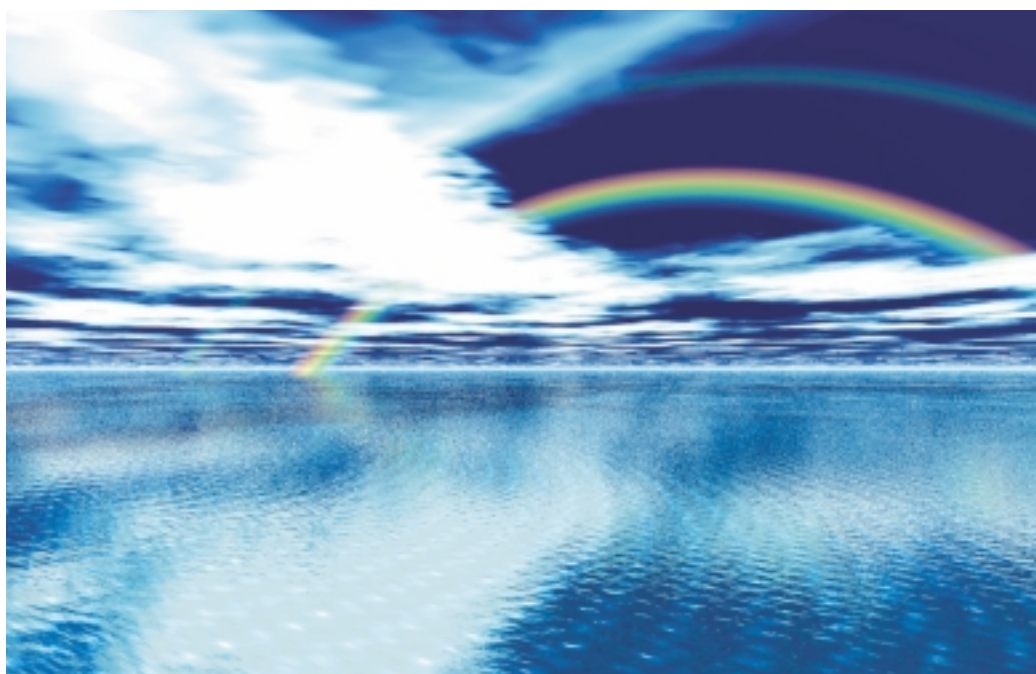
*Potremo raccogliere un botton d'oro ed
una genziana, oppure soltanto fissare
nella memoria il loro unico, straordinario
colore.*

*Alla fine del prato, inizia la salita alla vetta.
L'asperità del cammino è mitigata, confortata
e sublimata da visioni che fanno sentire noi
uomini più vicini al cielo, più vicini a Dio.
Tenendoci per mano (come sempre e per
sempre), e le mani saranno strette e ferme,
non ci sarà più bisogno di parole. E la stanchezza
si dissolverà in serenità, dolcezza, desiderio
di vita, assenza di dolore e di affani,
in memoria del passato e di desiderata
per il futuro”.*

Mary Iori, “Una traccia bleu”, Verona 2002

vent'anni lei ci ha trasmesso. Nel 1972 in Uci già esisteva la Carta dei servizi, un foglio di color verde pallido con tutte le informazioni utili che veniva consegnato ai familiari all'accoglimento del paziente. Nel 1978 nacque la prima scheda infermieristica, anticipando di oltre un decennio l'introduzione di tali strumenti di lavoro in corsia.

Per lei aver cura di un paziente era ‘un modo essere nel mondo’, e ciò era avvertito dai pazienti che si affidavano ciecamente alle ‘signorine della stanza verde’, come ci chiamavano, così come vivevano con profonda incertezza e talvolta con difficoltà la dimissione. In quel suo regno il malato era protetto, preso in carico, come si preferisce dire oggi, non solo perché si trovava in una terapia intensiva, ma perché veniva al primo posto, era il principio primo ed il fine del nostro



esserci”.

La malattia è stata vissuta da Mary Iori anche come una straziante, ma straordinaria opportunità per calarsi nella realtà dell'altro, del malato. Le sue riflessioni - non di rado in forma lirica -, le lettere di

toccante intensità scritte al marito Corrado Vassanelli, con cui ha diviso il cammino umano e professionale, sono una testimonianza preziosa per chiunque si avvicini con il cuore e con la mente alla sofferenza.

(Mfc)

attività tra le varie strutture ospedaliere e territoriali può essere gestito dai caposala con un notevole vantaggio per i pazienti che si trovano ad avere le cure necessarie in rapporto all'entità dei loro bisogni e garantita la continuità assistenziale nelle varie

strutture assistenziali per acuti, post acuti, assistenza domiciliare, residenze assistenziali, Hospice, ecc. E' qui che le responsabilità del caposala acquisiscono un significato centrale in quanto fulcro dell'integrazione tra ospedale e territorio per una assi-

stenza personalizzata all'utente, considerando anche che gestire in modo adeguato il paziente significa spendere al meglio le risorse a disposizione della sanità sempre meno abbondanti”.

Valeria Zanetti

Il foglietto dei medicinali

di Giovanna Scroccaro *

Scritto spesso in maniera troppo tecnica, è però indispensabile. Alcuni consigli per capirlo

Il foglietto illustrativo, detto anche "bugiardino", si trova all'interno di ogni confezione farmaceutica ed è rivolto al paziente. Contiene tutte le informazioni utili per favorire una corretta e sicura assunzione del farmaco.

Purtroppo, nonostante sia specificatamente rivolto al paziente, è spesso scritto in maniera non chiara, con termini poco comprensibili. Non essendo di facile lettura accade sovente che i pazienti non lo leggano con la necessaria attenzione. Per ovviare a questa situazione le autorità sanitarie nazionali ed europee stanno studiando nuove modalità di scrittura del foglietto illustrativo, che diverrà in un prossimo futuro molto più chiaro, comprensibile e quindi utile.

Perché il foglietto illustrativo è detto "bugiardino"? Questo nome probabilmente deriva dal fatto che in passato alcuni foglietti suggerivano possibili usi terapeutici del farmaco più ampi di quelli realmente dimostrati o non ne riportavano con completezza i possibili rischi.

Se questa ne fosse la genesi, potremmo dire che il termine bugiardino è attualmente non giustificato. I foglietti illustrativi vengono infatti sottoposti periodicamente alla revisione del Ministero della salute che ne controlla la veridicità delle informazioni e provvede a farvi inserire ogni nuova informazione riguardante sia l'efficacia che la sicurezza del farmaco.

È importante perciò che ognuno legga con attenzione il foglietto illustrativo non solo quando assume il farmaco per la prima volta, ma anche quando ne fa già uso abitualmente, in quanto il foglietto può essere stato modificato con l'inserimento di nuove informazioni utili per la sicurezza del paziente. Per capire se ci sono stati aggiornamenti basta guardare la data in cui il foglio illustrativo è stato oggetto dell'ultima revisione da parte del Ministero della Salute.

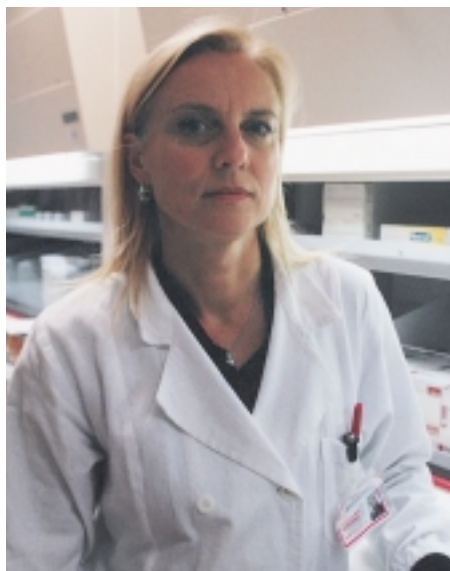
Un accenno particolare meritano le informazioni relative agli effetti indesiderati. Tutti i farmaci, accanto agli effetti benefici possono determinare effetti indesiderati potenzialmente pericolosi. Nel foglietto illustrativo vengono descritti tutti, dai più banali inconvenienti o disturbi fino ai più gravi come la morte del paziente. Il Ministero della Salute, in stretto collegamento con gli altri Ministeri della Salute europei e con la principale autorità sanitaria europea che è l'Agenzia dei

medicinali, valuta costantemente il rapporto tra i benefici e i rischi dei farmaci e sulla base di queste valutazioni ne decide il mantenimento o meno in commercio.

Il fatto quindi che un farmaco possa aver determinato reazioni avverse non è di per sé motivo sufficiente per non utilizzarlo o per decidere di sospenderlo, senza prima averne discusso con il proprio medico o con il farmacista. Solo il medico è in grado di valutare su ogni singolo paziente se i benefici derivanti dall'assunzione del farmaco sono superiori ai possibili rischi.

Le principali informazioni che contiene il foglietto illustrativo sono le seguenti:

- Elementi che consentono la corretta identificazione del medicinale
- Il principio attivo, cioè il farmaco che esplica l'azione farmacologica. In commercio esistono molti farmaci prodotti da più ditte con nomi diversi che contengono però lo stesso principio attivo e pertanto esercitano la medesima azione farmacologica



- gli eccipienti, ossia le sostanze che non hanno azione farmacologica ma servono per dare forma alla compressa, supposta, fiala (per esempio il lattosio nelle compresse, soluzione fisiologica nelle fiale, ecc)

- forma farmaceutica: indica se si tratta di compresse, fiale, supposte o altro.

• Indicazioni terapeutiche

- indicazioni: ci dicono a che cosa serva il farmaco, quale disturbo o malattia permette di controllare o curare

• Informazioni che devono essere conosciute prima dell'uso del medicinale

- Controindicazioni : sono le condizioni in cui non bisogna assumere il farmaco e possono riguardare particolari fasce di età, malattie...

- Opportune precauzioni per l'impiego: sono i suggerimenti per evitare che insorgano problemi, per esempio nelle persone anziane o durante la gravidanza

- Interazioni con altri medicinali e interazioni di qualsiasi altro genere (con alcool, tabacco, cibi) potenzialmente in grado di influenzare l'azione del medicinale

- Avvertenze speciali: possono consistere in segni e sintomi gravi che devono comportare una interruzione del trattamento e la immediata consultazione del medico o ad esempio i possibili effetti del trattamento sulla capacità di guidare un veicolo

• Le istruzioni necessarie e consuete per una corretta utilizzazione

- Dosaggio e modo di somministrazione

- Frequenza della somministrazione

- Durata del trattamento

- Modalità di intervento in caso di dose eccessiva (sintomi, interventi urgenti)

- Condotta da seguire nel caso sia stata omissa la somministrazione di una o più dosi

• La descrizione degli effetti indesiderati che si possono osservare nel corso dell'impiego normale del medicinale

• Un rinvio alla data di scadenza che figura sulla confezione

• Temperatura alla quale il farmaco deve essere conservato (quando necessaria)

- E' una indicazione da rispettare rigorosamente, se si vuole preservare l'azione farmacologica del medicinale

• La data in cui è stato revisionato il foglietto illustrativo dal Ministero della salute

*** Direttore del Servizio di Farmacia dell'Ospedale Policlinico**

Come viene gestita dalla struttura ospedaliera la procedura per il prelievo degli organi

T rapianti

31



DONARSI “DOPO”

Procedure rigorose e controlli per l'espianto

E' la legge n. 578 del 29 dicembre 1993, intitolata "norme per l'accertamento e la certificazione di morte" a fornire, all'art.1, la definizione di morte che "si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo". Il secondo comma dell'articolo n.2 chiarisce che "la morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della Sanità". Per spiegare meglio ai cittadini questo concetto e consentire una scelta consapevole sulla base delle conoscenze acquisite l'Ufficio di coordinamento per il prelievo di organi e tessuti dell'Azienda ospedaliera ha provato a dare una risposta alle domande più comuni che i cittadini si pongono sulle modalità delle donazioni effettuate da "cadavere a cuore battente".

Come fanno i medici a stabilire che una persona è morta ?

La morte è causata da una totale assenza di funzioni cerebrali, dipendenti da un prolungato arresto della circolazione e dell'ossigenazione cerebrale, o da una gravissima lesione che ha colpito direttamente il cervello. In questi casi, detti di "morte cerebrale", i medici eseguono una serie di accertamenti clinici e strumentali per stabilire, per un periodo di almeno 6 ore consecutive, la contemporanea assenza di riflessi che partono direttamente dal cervello, reazioni agli stimoli dolorifici, respiro spontaneo, stato di coscienza, qualsiasi attività del cervello (elettroencefalogramma "piatto").

La morte può essere accertata da un solo medico ?

No, gli accertamenti devono essere effettuati da un collegio di 3 medici (un medico legale, un rianimatore ed un neurologo), registrati e ripetuti almeno 3 volte nel periodo delle 6 ore nell'adulto, di 12 ore nel bambino di età compresa tra 1 e 5 anni e di 24 ore nel bambino di età inferiore a 1 anno.

In una persona morta il cuore può battere ancora ?

Sì, la morte di una persona è determinata esclusivamente dalla morte del cervello, indipendentemente dalla funzioni residue di qualsiasi organo. Per questo motivo in un soggetto deceduto in condizioni di "morte encefalica", se si mantiene una ventilazione meccanica, il cuore può battere per alcune ore. La donazione di organi può essere effettuata solo in questi casi.

Che differenza c'è tra morte cerebrale e coma ?

Nella morte cerebrale il cervello è morto e non è possibile rilevare alcuna attività (vitale). Nel coma il paziente è vivo, anche se la coscienza è assente; i riflessi sono presenti, l'attività elettrica è rilevabile, così come la risposta agli stimoli dolorifici. Il paziente in coma viene curato, spesso con ottimi risultati, e può riprendere anche una vita normale.

E' possibile confondere il coma con la morte cerebrale ?

No, le procedure diagnostiche consentono di escludere questa possibilità. La donazione di organi avviene dopo che è stato fatto tutto per salvare il paziente, ma il cervello non funziona più e non potrà mai più funzionare a causa della completa distruzione delle cellule cerebrali.

Fino a quale età si possono donare organi ?

Non esistono limiti di età: in particolare il fegato, prelevato da donatori di età superiore ad 80 anni, è frequentemente idoneo ad essere prelevato e trapiantato. (v.z.)

Nella maggior parte dei casi è colpa di un incidente stradale, sul lavoro, domestico. Ma anche di un arresto cardiaco, di un aneurisma o di un ictus emorragico che lasciano il cervello a corto di ossigeno.

Poi l'allarme di chi segnala l'emergenza al 118 e la corsa veloce e disperata in ospedale, in ambulanza o in elicottero, perché in certi casi non solo i minuti, ma anche i secondi possono essere indispensabili a salvare una vita. Il ricovero è in rianimazione. E per i familiari comincia l'attesa, accompagnata dalla speranza in miglioramenti a volte, purtroppo, improbabili.

E' proprio in questi momenti che il medico che cura in rianimazione il paziente, comincia a costruire un rapporto particolare con i suoi familiari, che lo aiuterà forse in seguito, se sopraggiungerà la morte cerebrale, a comunicarla e ad acquisire il consenso alla donazione degli organi.

La donazioni di organi e tessuti avviene, infatti, in gran parte nei reparti di rianimazione che curano pazienti con lesione cerebrale acuta: nelle neuroranimazioni è relativamente frequente infatti la cosiddetta "morte cerebrale" cioè la morte di un soggetto in cui è accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni del cervello ed in cui le funzioni respiratorie e circolatorie

T rapianti

possono essere mantenute, anche se per tempi limitati, con macchine e farmaci (la certificazione di morte cerebrale è regolamentata per legge, come spiegato nel box della pagina precedente).

In questa circostanza, il medico rianimatore formula una diagnosi clinica di morte a cuore battente, che non ha nessun valore legale, attribuito invece al successivo accertamento di morte mediante il periodo di osservazione da parte di un collegio medico, prescritto per legge. La diagnosi di morte richiede la presenza contemporanea di stato di incoscienza, assenza assoluta di tutti i riflessi del tronco cerebrale, assenza di respiro spontaneo, ed

Verona pioniera per il rene 35 anni di interventi

Verona pioniera nei trapianti di organi. Tutto iniziò 35 anni fa quando il professor Confortini eseguì in riva all'Adige il primo trapianto di rene. Era il 1968. In Italia era il secondo intervento di questo tipo. Fu così che

Verona si conquistò la fama di centro di riferimento e di eccellenza. L'esperienza accumulata in questi anni è vastissima e preziosa, assomma oltre 1100 trapianti di rene, includendo gli interventi effettuati prelevando l'organo da donatore vivente, ed anche, in casi selezionati, il doppio trapianto renale.

Nonostante il proliferare nel Nord Italia di centri autorizzati ad effettuare il trapianto di rene, l'Azienda Ospedaliera veronese negli ultimi tre anni ha portato a termine 119 interventi.

Ma l'eccellenza arriva anche da altre tipologie di trapianto. Nel 1994 fu autorizzato ed immediatamente attivato il programma di trapianto di cuore: in meno di nove anni sono già stati effettuati 219 interventi di trapianto, malgrado l'attentissima selezione che punta a riservare questa preziosa risorsa solo ai pazienti realmente terminali.

Tra le persone che hanno ricevuto un cuore nuovo a Verona, a distanza di nove anni, l'81% è ancora vivo, contro una media nazionale del 75%. La recente revisione ministeriale dei dati sui trapianti effettuati nel biennio 2000-2001 assegna al centro veronese un punteggio di eccellenza, dato che qui sono stati eseguiti il maggior numero di trapianti di cuore del Triveneto (48), registrando la più alta sopravvivenza (88%) su



tutti i dati pervenuti al Nord Italian Transplant (Nit), l'organizzazione cui afferiscono in tempo reale tutte le informazioni sulla disponibilità di organi e la loro compatibilità. Nel 2002 sono stati attivati anche i programmi di trapianto di polmone e di fegato che a fine anno avevano sfiorato quota tre interventi per entrambe le specialità.

“Il trapianto di polmone vive ancora oggi una fase di consolidamento – spiega il professor Alessandro Mazzucco, direttore del centro di coordinamento per i trapianti dell'Azienda ospedaliera – per quanto riguarda il trapianto di fegato autorizzato in tempi ancor più recenti, il successo clinico è stato ottimale, in linea con le attese nei confronti di centro di lunga e consolidata esperienza”.

Anche i tempi di attesa per chi vuole sottoporsi ad un trapianto a Verona sono al di sotto della media nazionale. Solo il 6 per cento dei candidati a trapianto aspetta l'intervento per più di tre anni contro una media del 30 per cento nei maggiori centri dell'area Nit.

Un prestigioso riconoscimento è giunto a fine settembre per Verona con la nomina del professor Francesco Calabrò quale vicario del coordinatore regionale dei trapianti nel Veneto Giampietro Rupolo.

elettroencefalogramma “piatto”. Quando il paziente si trova in questa situazione clinica irrecuperabile, il medico ha degli obblighi sanciti dalla legge, che consistono anche nel darne immediatamente comunicazione alla Direzione Sanitaria. Ogni volta che viene formulata una diagnosi di morte cerebrale, l'ufficio di coordinamento per il prelievo di organi e tessuti, che lavora in staff con la Direzione Sanitaria, deve procedere all'attivazione di un collegio formato da tre medici specialisti che accertano la morte del paziente e formulano un giudizio all'unanimità che ha valore legale. L'accertamento della morte non è in alcun modo legato alla donazione di organi, ma va, invece, effettuato in tutti i casi di “morte cerebrale”. Quando il soggetto deceduto è un potenziale donatore, tutti i dati clinici vengono inseriti nella rete intranet del centro regionale trapianti (Crt), in contatto con il centro interregionale di coordinamento, cioè con il Nord Italia Transplant (NITp) a cui afferiscono tutti i dati su organi disponibili e compatibilità.

Ci si comporta, insomma, come se esistesse la possibilità di procedere alla donazione in attesa di verificare le condizioni di poter effettuare il prelievo. Condizioni che spesso dipendono dal consenso che si ottiene dai familiari.

Infatti, oltre la porta del reparto ci sono stati d'animo e sentimenti e una angoscia crescente con cui misurarsi. Sono quelle di mamme e papà, mariti, mogli e figli che vogliono solo sentire notizie positive da parte del medico che, invece, a volte deve comunicare il contrario.

“La comunicazione di morte deve essere data con semplicità - spiega il dottor Francesco Procaccio, responsabile dell'uffi-



Il dottor Francesco Procaccio. Sotto, da sinistra, il professor Alessandro Mazzucco con il dottor Giampietro Rupolo

cio di coordinamento per il prelievo di organi dell'Azienda ospedaliera e specialista in anestesia e rianimazione - e anche con estrema chiarezza, cercando di aiutare i familiari a comprendere cosa è successo. Chi lavora in terapia intensiva si è formato ad affrontare questo momento attraverso corsi specifici, ma anche operando sul campo. E' importante che il medico che comunica la morte di un paziente sia lo stesso che ha mantenuto i contatti con i familiari durante tutta la

degenza. La verità della morte diventa meno traumatica se durante la degenza è stato garantito sostegno alla famiglia”.

Punto focale della comunicazione riguarda la trasmissione del concetto di morte cerebrale, perché quando muore il cervello, anche se il cuore continua a battere, non c'è più vita.

Ma è questo il punto che si presta a maggiori incomprensioni ed equivoci. Come si può trasmettere al familiare del paziente deceduto il concetto di certezza della morte che viene diagnosticata? Come è possibile convincerlo che per il proprio familiare non sono possibili risvegli miracolosi e miglioramenti?

“Una parte consistente di responsabilità nell'alimentare dubbi è dei medici e dell'utilizzo divulgativo e giornalistico di una terminologia medica scorretta - sostiene Procaccio - L'uso incongruo, ma spesso abusato del termine “coma” accompagnato da aggettivi di gravità o irreversibilità, mutuati dalla definizione di morte cerebrale, ha generato confusione ed indotto spesso i media a definire ed amplificare notizie di miracolosi risvegli dal coma irreversibile. In realtà il termine coma appartiene alla vita ed anche nella gravità estrema deve essere considerato come una situa-

zione clinica in cui esiste spesso la possibilità di recupero. La morte a cuore battente è al contrario solo morte”.

Sono questi i concetti che, pur tra mille difficoltà, occorre trasmettere ai parenti del paziente per il quale è già stata diagnosticata la morte cerebrale.

“Si tratta di un momento estremamente importante, che però non sempre infermieri e medici sono in



grado di gestire nel migliore dei modi e che invece diventa cruciale, perché ad ogni ipotesi di donazione che si apre, ci sono in città, in altre regioni o forse addirittura in Europa malati terminali che sono in attesa di trapianto urgente per sopravvivere o per allungare e migliorare la qualità della propria vita. Tuttavia a volte l'incapacità di comunicare ai familiari la morte del congiunto, la scarsa conoscenza del significato di morte cerebrale o dell'efficacia della donazione non favoriscono l'impegno dei sanitari. Anche la sensibilità verso la donazione non è sempre adeguata tra il personale sanitario:



infatti il numero relativamente esiguo, a livello nazionale, di donazioni di cornee, è causato dallo scarso numero di segnalazioni effettuate dai reparti nonostante l'obbligo di legge", continua il medico. Ogni difficoltà relativa al prelievo di organi e tessuti viene, invece, supe-

rata quando il potenziale donatore ha registrato all'Ulss di appartenenza, come prevede la legge n. 91 del '99, la propria dichiarazione con l'espressione di volontà che testimonia la disponibilità a donare.

In questo caso, o anche nel caso in cui tra i documenti del paziente cui sia stata diagnosticata la morte cerebrale, ci sia uno scritto che esprima la volontà di donare gli organi non ci sono problemi. I parenti, nel decidere della donazione, possono anche riferirsi a qualche testimonianza verbale. Più complicata è la situazione in cui sono i congiunti a dover decidere.

"L'entità dei rifiuti da parte dei familiari non è ancora ben valutabile, ma si calcola comunque che corrispondano mediamente alla metà delle donazioni effettuate", illustra il responsabile del coordinamento per le donazioni. Se però viene espresso il consenso alla donazione, si mette in moto un meccanismo di operazioni che coinvolge un'autentica schiera di specialisti sanitari. "La donazione non è ancora routine, ma viene vissuta come un evento dalla struttura sanitaria. Ci sono una serie di operazioni che devono essere compiute per mantenere la funzionalità degli organi del donatore e testare la sua idoneità alla donazione", spiega Procaccio.

Il tutto in strutture sanitarie che fanno i conti a volte con scarsità di personale che si turna nei giorni festivi e nel prestare assistenza giorno e notte. L'ufficio di coordinamento dell'Azienda Ospedaliera, ad esempio, tra il 4 ed il 5 luglio scorsi, ha dovuto coordinare le attività di prelievo di organi da tre donatori nell'arco di 24 ore. In tutti e tre i casi i parenti dei pazienti deceduti hanno garantito il loro assenso al prelievo. L'ufficio deve anche organizzare ogni tipo di esame e test per verificare lo stato di salute degli organi del donatore, che devono ovviamente essere sani per evitare di trasmettere malattie alla persona che può riceverli. Gli esami sono a tutto campo: da quelli di laboratorio (a partire dai test sull'Hiv, epatite,

Con un modulo si dichiara di voler donare

Per chi è sensibile al tema della donazione di organi e tessuti e desidera concretizzare la propria disponibilità è possibile esprimere una dichiarazione di volontà, che testimonierà la propria intenzione. In pratica, dopo essersi accertati, contattando l'Azienda sanitaria di appartenenza, di quali uffici raccolgano le dichiarazioni, ci si reca allo sportello competente dove si può chiedere un modulo prestampato da compilare.

A Verona la dichiarazione di volontà, che può essere modificata in qualsiasi momento, anche attraverso un scritto che riporti la data successiva a quella del deposito della dichiarazione e che si può tenere tra i propri effetti personali o lasciare ad un familiare, senza neppure l'obbligo di tornare all'Ulss, è uno strumento previsto dalla legge n. 91 del '99, che, come recita il titolo, fissa le "Disposizioni in materia di trapianti di organi e tessuti", e dal successivo decreto ministeriale dell'aprile 2000. Entrambi i testi prevedono, in via transitoria, la possibilità (non l'obbligo) per il cit-

tadino di esprimere la propria volontà sulla donazione di organi a scopo di trapianto. Le dichiarazioni volontarie vengono raccolte anche dal medico di famiglia.

Le espressioni di disponibilità a donare i propri organi e tessuti in caso di morte saranno poi inserite in un registro informatizzato nazionale che raccoglierà tutte le dichiarazioni mettendole a disposizione del Centro Regionale Trapianti di Padova, in funzione dal marzo 2001.

Pochissimi cittadini conoscono questa possibilità, perché lo strumento della dichiarazione è stato poco pubblicizzato. In tutta Italia sono circa 30 mila i moduli di disponibilità compilati.

Poiché nel nostro Paese non esiste ancora il silenzio assenso e quindi, i caso di morte cerebrale, nella maggior parte dei casi chi decide della possibile donazione sono ancora i parenti con le indicazioni che possono fornire, è preferibile, superando magari imbarazzi e una certa dose di superstizione, decidere autonomamente del futuro dei propri organi, segnalando la singola volontà attraverso la compilazione della dichiarazione. (v.z.)

“Verona ospitale” è una residenza che accoglierà anche i familiari dei pazienti sottoposti a intervento

Trapianti

35

ecc) a radiografie, coronografie, ecografie, doppler. Nell'arco di pochissimo tempo occorre predisporre la scaletta degli accertamenti ed organizzarla nei dettagli. Il tutto coordinando anche i trasporti tra i padiglioni ospedalieri che, in realtà come quella di Borgo Trento, devono essere effettuati in ambulanza. Infine, al termine del periodo di accertamento della morte e quando si conosce l'esito dei test e degli esami, se i referti non evidenziano problemi, il potenziale donatore, trattato in modo intensivo, viene condotto in sala operatoria, dove possono essere chiamate ad operare contemporaneamente cinque o sei equipe, per effettuare i vari prelievi. In luglio, nelle sale operatorie di Borgo Trento sono arrivate anche equipe di medici francesi e tedeschi. In genere, infatti, effettuano i prelievi proprio le equipe di medici che poi trapianteranno l'organo nel corpo di chi è in attesa di trapianto, magari a centinaia di chilometri di distanza. Per questo a volte l'ufficio di coordinamento si occupa anche di organizzare o facilitare il trasporto degli organi prelevati. In ogni caso, come prevede la legge n. 91 del 1999 (quella che prevede l'espressione di volontà a donare), i medici del collegio incaricati di accertare il decesso non possono mai partecipare al trapianto. Dunque, a partire dagli specialisti che accertano la morte, dal personale delle rianimazioni, dal personale sanitario che effettua i molteplici controlli sugli organi, fino ai chirurghi che si occupano del prelievo in sala operatoria, una donazione coinvolge complessivamente diverse decine di persone e, nella pratica, tutto l'ospedale.

Valeria Zanetti

Una nuova struttura per i trapiantati



Una casa per accogliere pazienti in attesa di trapianto o post trapiantati, dopo aver ricevuto un nuovo organo, ed i loro familiari. Una residenza in cui trascorrere le ore cariche di ansia e a volte di angoscia che precedono l'intervento o dove effettuare magari parte dell'attività di riabilitazione. La struttura di accoglienza “Verona ospitale” sorgerà in città. Gli Istituti civici di servizio sociale (Iciss) la realizzeranno in via Carso, al numero 9, all'incrocio con via Sabotino, in quartiere Pindemonte, con un finanziamento di due milioni e 582 mila euro (pari a cinque miliardi di vecchie lire) stanziati dalla Fondazione Cassa di Risparmio.

Al posto di una vecchia scuola, oggetto di demolizione, sarà costruita la nuova struttura polivalente, dotata di 60 posti letto, che si trova dunque nelle immediate vicinanze dell'ospedale civile Maggiore di Borgo Trento, a circa 600 metri, facilmente collegata anche al Policlinico di Borgo Roma con i mezzi pubblici.

La struttura sarà a disposizione di un'utenza (pazienti in attesa di trapianto o trapiantati e familiari), proveniente da fuori provincia o da altre regioni. In genere i parenti di chi deve sottoporsi ad un delicato intervento come un trapianto soggiornano in città per intere settimane, per seguire operazione e decorso post operatorio del loro familiare. Gli stessi pazienti, del resto, dopo l'intervento hanno necessità di sottoporsi a ripetuti controlli in day hospital che si protraggono per più giorni. L'unica soluzione, al momento, è quella di soggiornare in hotel o da affittacamere, con il risultato che all'ansia per l'esito dell'intervento si sommano le difficoltà a trovare alloggio e la spesa da sostenere per trattenersi il tempo necessario. “Verona ospitale” avrà un parcheggio

per 32 auto ampi spazi verdi anche per la riabilitazione all'aperto, offrirà accoglienza alberghiera con possibilità di ricevere anche assistenza medica a costi contenuti, grazie alla razionalizzazione e centralizzazione dei servizi forniti dall'Azienda ospedaliera. Nella casa sono previsti degli spazi che saranno a disposizione delle associazioni Abeo e Fibrosi cistica. La struttura si potrà inaugurare nella primavera del 2005, dato che i lavori partiranno con l'autunno. Il presidente dell'Iciss, Giovanni Guglielmi, spera di reperire ulteriori finanziamenti anche da altri enti impegnati in attività di solidarietà e dalla Regione, poiché il costo complessivo della struttura supera i tre milioni di euro e non è quindi interamente coperto dallo stanziamento assicurato dalla Fondazione Cassa di Risparmio. La realizzazione di “Verona ospitale” garantirà dimissioni più agevoli dai reparti di cura assicurando al paziente e al familiare che lo segue durante la convalescenza la possibilità di soggiornare a costi contenuti accanto all'ospedale per tutto il necessario a completare cure e controlli. (v.z.)

Aiutiamo i bambini a crescere

di Lidia del Piccolo *

I bambini ci offrono spesso lo spunto per riflettere su temi che, per la loro apparente ovvietà, trascuriamo di considerare nella nostra vita da "adulti".

Faccio appello alla mia esperienza di mamma e descrivo alcuni piccoli comportamenti che ho osservato in mio figlio, ma che immagino molte altre mamme abbiano constatato.

E. è un bambino di poco più di due anni, lo osservo mentre gioca seduto sul pavimento. Mentre è lì assorto tra le sue cose, d'improvviso raccoglie attorno a sé il cuscino, la coperta e il camioncino, creando un cerchio che lo racchiude completamente. "Ecco, chiuso!", dice tra sé.

Mi scorge e, guardandomi, mi invita a entrare nel cerchio, richiudendolo poi accuratamente. Ora ce ne stiamo lì, accoccolati dentro questa sorta di nido separato e protettivo. E. si sente assicurato, difeso e contenuto in una relazione di intimità che si definisce visivamente attraverso il confine da lui stesso tracciato.

È interessante constatare come questo confine sia assai mobile e permeabile: la mamma ne entra e ne esce ed il cerchio si apre e si chiude, includendo dentro sé oggetti o votandosi di tutto fuorché la presenza del bimbo.

Da alcune settimane, E. ha anche iniziato a fare uso del pronome di prima persona (io, me) per indicare se stesso come soggetto agente, sostituendo così l'uso della terza persona. Inoltre, come molti bambini della sua età, insiste molto sul possesso personale "mio!" degli oggetti.

Mettendo insieme le osservazioni, direi che il gioco descritto simboleggia in una forma visivamente rilevabile il tentativo di definizione dei confini personali evidenziato anche dall'acquisizione linguistica dell'uso del pronome.

Quando nel bambino si affermano la consapevolezza autoriflessiva e il linguaggio, la percezione di un sé

separato diventa oggettivamente rilevabile (come constata Stern ne "Il mondo interpersonale del bambino", 1987). La sollecitazione derivata da questo gioco fa comprendere come l'identità, la percezione dei nostri "confini" sia plasmabile e permeabile, si componga cioè di tante parti che si vanno via via integrando attraverso inclusioni ed esclusioni (ad esempio, delle tante persone che conosciamo assimiliamo dettagli espressivi, modalità comunicative, atteggiamenti caratteristici), rendendola continuamente variabile, pur sulla base di una traccia, di un filo conduttore che permane nel tempo. Tutti noi, infatti, abbiamo la

Collegare emozioni e situazioni, aiutare a comprendere il significato delle esperienze: questo il compito dell'educatore

percezione di una nostra continuità nel tempo e agiamo/pensiamo su una sorta di "tema" di fondo che funge da riferimento. È qualcosa che sentiamo come costitutivo del nostro essere e sul quale si basa la nostra stessa possibilità di agire, pensare ed entrare in relazione con altri.

Gli psicologi definiscono "Sé" questo schema organizzatore, che conferisce continuità e coerenza alle diverse esperienze, dando unitarietà alla percezione di se stessi come soggetti. Il "Sé" non ha un confine fisicamente determinabile, anche se ciascuno di noi ha un senso di coesione fisica, si percepisce come soggetto agente separato e in grado di integrare in modo caratteristico con gli altri. Attraverso l'autoriflessione si

attua un continuo processo di integrazione delle diverse percezioni di se stessi in contesti e situazioni differenti. Il buon funzionamento psichico è legato alla possibilità di attivare degli schemi differenziati, adatti alle diverse situazioni e, nel contempo, nella capacità di riflettere sull'accaduto, costruendo progressivamente un sé riflesso che dia senso alla molteplicità delle esperienze. Ciò di cui spesso non ci rendiamo conto è che questo processo, come abbiamo visto, inizia assai presto ed ha un ruolo essenziale nel formarsi dell'identità personale.

Ritorno quindi al mio ruolo di genitore e penso a quanto sia importante osservare i propri figli e partire da ciò che abbiamo visto per collegare le cose: i giochi, le emozioni, le espressioni linguistiche.

Come abbiamo capito, già quando essi sono relativamente piccoli iniziano a sviluppare una progressiva consapevolezza di se stessi. L'autoriflessione e con essa il senso di un "Sé" integro e coerente possono crescere, proponendo collegamenti tra eventi e stati d'animo, tra esperienze e reazioni ad esse.

L'uso del linguaggio, attraverso la comunicazione, organizza in modo qualitativo le categorie del pensiero, aiuta, cioè, a cambiare il concetto delle cose.

Aiutare il bambino a esplicitare emozioni (dire ciò che prova con le parole) lo aiuta a dare un nome ai suoi diversi stati d'animo, divenendone più consapevole.

Legare emozioni e situazioni, fare da contenitore che unisce le esperienze del bambino, aiutandolo a estrarne i significati importanti per lui, contribuisce ad uno sviluppo del "Sé" più flessibile, integrato e adattabile, premessa indispensabile, anche se non certa, di una miglior capacità di affrontare le cose del mondo e del proprio divenire.

*** Psicologa ricercatrice della Psicologia medica del Policlinico**

Quasi un terzo della popolazione è miope.
Ma oggi ci sono soluzioni alternative agli occhiali

M iopia

37

SE OCCHIO NON VEDE

di Roberto Bellucci, Giorgio Marchini e collaboratori *

La miopia è uno dei difetti di vista più diffusi e colpisce quasi un terzo della popolazione. Consiste nel fatto che le immagini lontane vengono messe a fuoco dall'occhio non già sulla retina, ma al davanti di essa. Sulla retina arriva quindi una immagine sfuocata, il che riduce la visione. Esistono diversi gradi di miopia che se non vengono corretti con adeguate lenti, comportano una visione scarsa per lontano, proporzionale all'entità della miopia stessa.

In pratica nei casi di miopia lieve la visione per lontano senza occhiali è modesta e tende a migliorare man mano ci si avvicina all'oggetto fissato. Nella miopia di grado superiore la visione è sempre molto limitata, essendo possibile solo avvicinandosi a pochi centimetri dall'oggetto fissato. Da quanto detto si può intuire che esistono due diverse forme di miopia: miopia semplice e miopia elevata.

La **miopia semplice** generalmente non supera le 3-4 diottrie, si manifesta nell'infanzia e si arresta generalmente alla fine dello sviluppo corporeo. Gli occhi si presentano di grandezza normale ed il loro comportamento nei riguardi di altre malattie oculari generalmente non è diverso da quello degli occhi normali. Le membrane interne dell'occhio non sono interessate da alterazioni.

La **miopia elevata** colpisce circa il 3% dei soggetti, viene anche chiamata progressiva o degenerativa. Può raggiungere anche valori di oltre 20 diottrie. Ha andamento progressivo, con allungamento del bulbo oculare, l'occhio appare grande e può manifestarsi già in età prescolare per progredire nell'età adolescenziale. La progressione della miopia è inarrestabile: tutti i tentativi messi in pratica per fermarne



Il professor Giorgio Marchini (sinistra) e il dottor Roberto Bellucci. A fianco, una visita specialistica

Differenze tra decimi e diottrie

Spesso il paziente confonde le diottrie con i decimi, credendo che queste due unità di misura siano strettamente correlate; purtroppo non è così.

La diottria è la misura del potere della lente dell'occhiale che serve per correggere il difetto visivo. In parole povere, indica la misura dello spessore della lente. Esiste oggi uno strumento computerizzato che si chiama autorefrattometro che aiuta l'oculista a determinare le diottrie necessarie per correggere il difetto visivo del paziente.

I decimi misurano la quantità di vista che un paziente possiede, è una specie di percentuale. Ad esempio, si ritiene per convenzione, che chi vede 10/10 ha una vista "normale", cioè questa persona legge tutte e dieci le righe della tabella ottotipica, ovvero legge il 100% delle lettere.

Il paziente che legge 5/10 avrà una vista che vale il 50% della vista di una persona normale.



l'aumento sono falliti. Oggi si ammette che l'oculista può soltanto prescrivere delle buone correzioni ottiche, mentre gli interventi tolgono la miopia già presente al momento dell'intervento, e non influenzano quella che deve ancora venire.

Occhiali e lenti a contatto

La miopia, semplice ed elevata, può essere corretta con occhiali e lenti a contatto. Dopo un'accurata visita oculistica, il medico potrà dare indicazioni del tipo di correzione ottica più efficace che l'ottico potrà applicare al paziente. Per la precisione si tratta di lenti "divergenti", che impiccioliscono le immagini. Nella miopia elevata queste lenti sono molto spesse in periferia, e se le osserviamo su una persona notiamo la presenza di "cerchi" intorno ad un occhio molto piccolo. Le lenti per miopia elevata sono anche molto

Miopia

pesanti, ed impiccioliscono gli oggetti a tal punto da rendere difficile la loro identificazione.

Le lenti a contatto, quando ben sopportate, possono dare una visione più nitida ed efficace di quella dell'occhiale, ma non sono comunque innocue, infatti, se non si osservano scrupolosamente le regole igieniche, possono provocare anche gravi infezioni alla cornea.

Interventi attuali

Chi è affetto da miopia elevata cerca da sempre una soluzione al suo problema che sia diversa dagli occhiali, antistatici e poco efficaci, e dalle lenti a contatto, spesso mal tollerate.

L'oculistica attuale mette a disposizione una serie di interventi chirurgici diversi, ciascuno con indicazioni ed inconvenienti specifici.

Ad esempio, il **laser ad eccimeri**, al suo apparire considerato capace di risolvere ogni miopia, non può correggere oltre -15 diottrie e non in tutti gli occhi; il suo campo di applicazione principale è invece la miopia lieve, quella detta "scolare" perché compare quando il soggetto è nelle ultime classi elementari o nella scuola media.

La tonometria misura la pressione

L'occhio è un organo che ha una sua pressione interna e che nel soggetto normale deve essere inferiore a 22 mmHg. Nel caso si abbia un aumento della pressione intraoculare, il nervo ottico ne può soffrire con conseguenti alterazioni a livello della funzione visiva e delle strutture anatomiche del nervo stesso. Si ha quella malattia che viene indicata come "Glaucoma" che colpisce oltre il 2% della popolazione.

Il metodo che serve per misurare la pressione intraoculare è chiamato "tonometria".

Essa viene eseguita comunemente durante la visita specialistica oculistica. Ci sono diversi modi di misu-

rare la pressione dell'occhio. Il metodo più attendibile è quello di Goldmann. Si effettua instillando gocce di un collirio anestetico negli occhi, in modo da renderli insensibili. Quindi vengono strisciati con una cartina imbevuta di un colorante (fluorescina). Si fa sedere il paziente alla lampada a fessura e l'oculista, dopo avere appoggiato il cono del tonometro all'occhio del paziente, ruota una ghiera graduata posta sul lato dello strumento. Mentre viene effettuata tale operazione, lo specialista osserva attraverso gli oculari della lampada a fessura due semicerchi che compaiono sulla cornea, per effetto della colorazione. Quando i semicerchi si toccano, l'oculista legge il valore della pressione intraoculare sulla ghiera.



Due momenti di visite oculistiche effettuate nei reparti di Oculistica dell'ospedale

Per le miopie elevate si stanno diffondendo invece le **"lenti intraoculari fachiche"**, delle piccole lenti in materiale acrilico o in silicone da impiantare all'interno del bulbo oculare, subito al davanti o subito al di dietro dell'iride, senza rimuovere il cristallino naturale dell'occhio. Nell'anno 2002 sono state applicate in Italia circa 2.000 di queste lenti, purtroppo poche in ospedali pubblici.

A Borgo Trento il servizio è comunque offerto dall'oculistica, a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Oltre una certa età conviene invece l'estrazione del cristallino naturale dell'occhio, pure se è ancora trasparente.

Questo è storicamente il primo intervento proposto per la miopia elevata, alla fine dell'800, ed oggi è stato ripreso e migliorato dalla attuale microchirurgia. Gli interventi per la miopia elevata non sono però del tutto privi di inconve-

E il laser ad eccimeri corregge le curvatura della cornea

Vent'anni fa un oftalmologo americano, Steven Trokel, notò con curiosità come un laser industriale "scolpiva" una lastra di rame per realizzare un circuito integrato. Pensò subito ad una applicazione in chirurgia oculare, e promosse la fondazione di una azienda specifica. I primi esperimenti sull'animale sono del 1983, quelli sull'uomo del 1986. Nel giugno 1988 a Sirmione sul Garda la dottoressa Mc Donald da New Orleans tenne la prima comunicazione in Europa sul laser ad eccimeri (polimeri le cui molecole assorbono energia elettromagnetica).

Da allora fu una vera corsa: oggi sono in funzione in Italia 300 laser ad eccimeri circa, con oltre 200.000 trattamenti annui. Con il laser ad eccimeri è possibile correggere la curvatura della cornea per compensare miopia sem-

plice ed elevata fino a -15 diottrie circa, astigmatismo ed ipermetropia fino a 5 diottrie circa. Le tecniche operative sono due: la superficiale PRK è più semplice ma più dolorosa, la profonda Lasik è più complessa ma più versatile e meno dolorosa. Dopo entusiasmi forse eccessivi, oggi il laser ad eccimeri ha trovato la sua collocazione nell'armamentario chirurgico oftalmologico come soluzione adatta a chi non desidera portare gli occhiali, ed ha un difetto affrontabile con questa tecnica. Poiché i vari laser non sono tutti uguali, un occhio può essere trattabile con uno ma non con un altro.

Una curiosità: sono molti i giovani oculisti che si fanno operare con il laser ad eccimeri. Chi scrive ha operato la propria figlia.

nienti. Ad esempio, il rischio di distacco della retina (vedi dopo) raddoppia dopo chirurgia intraoculare, passando dallo 0.7% all'1.4% circa.

Non solo diottrie

Purtroppo la correzione ottica della miopia elevata non risolve tutti i problemi di vista ad essa legati. Fra le alterazioni oculari associate il primo disturbo da menzionare è l'alterazione del corpo vitreo, la gelatina intraoculare che sta fra cristallino e retina. Spesso nella miopia elevata si verifica il formarsi di condensazioni del vitreo, che vengono notate dal soggetto come filamenti o corpuscoli fluttuanti nel campo visivo.

I disturbi sono più accentuati quando lo sfondo ambientale è chiaro ed omogeneo: neve, cielo, nebbia. Per quanto fastidiosa, la degenerazione vitreale non provoca danno alla visione e solo eccezionalmente viene operata, con un intervento oggi eseguibile in ambulatorio con

tecnica "senza sutura". Quando invece alle "mosche volanti" si associa la visione di lampi ciò significa che la retina sta soffrendo per il movimento dei fluidi interni all'occhio, ed occorre consultare lo specialista. La cataratta è una patologia che coinvolge spesso il cristallino



dell'occhio con miopia elevata, anche in soggetti relativamente giovani. Questo tipo di cataratta non danneggia molto la vista dell'occhio miope, ma a volte può provocare abbagliamento e fastidio visivo che rendono necessario l'intervento. Il cristallino catarattoso viene quindi

aspirato con un facoemulsificatore ad ultrasuoni (spesso chiamato impropriamente "laser") e quindi sostituito con un cristallino di materiale "plastico" trasparente. Questo cristallino artificiale viene scelto di potere adeguato a correggere, almeno in parte, la miopia elevata. L'intervento si

esegue in regime di day hospital in anestesia topica (cioè con collirio anestetico, senza iniezioni) ed il paziente può essere dimesso il giorno stesso dell'intervento.

L'occhio affetto da miopia elevata è anche maggiormente sensibile all'aumento della pressione interna

dell'occhio, cioè ad una malattia che viene chiamata glaucoma. Il glaucoma, che non è un tumore, può portare l'occhio miope a cecità specie a tarda età, anche con pressioni intraoculari poco più elevate di quelle tollerate da occhi non miopi. Qui è necessaria la visita



oculistica per diagnosticare il disturbo, ed ogni oculista che visiti un miope elevato ha sempre presente questa possibilità. La soluzione consiste in colliri ipotensivi, in trattamenti laser o, a bisogno, in interventi chirurgici.

La retina del miope elevato

La retina è una sottile membrana costituita da cellule e fibre nervose, che ricopre l'interno del bulbo oculare.

Quando la luce che attraversa l'occhio colpisce la retina si verificano delle stimolazioni elettriche che vengono portate attraverso delle fibre nervose fino al cervello e interpretate come immagini.

La miopia elevata si associa più di quella semplice o degli altri difetti di vista ad un danno delle membrane interne dell'occhio, indicato come "atrofia corioretinica". Guardando il fondo dell'occhio, l'oculista vede che le membrane con conservano più il loro colorito roseo, ma sono cosparse da chiazze di atrofia, di colorito giallo pallido.

La funzione visiva di tale aree è molto scarsa o addirittura inesisten-

La vitrectomia, operazione avanzata

La vitrectomia posteriore via pars plana è un sofisticata operazione che viene eseguita per numerose patologie vitreo retiniche. L'intervento consiste nell'introdurre delle sonde miniaturizzate all'interno del bulbo oculare attraverso piccoli forellini nella sclera praticati a circa 4 mm dalla cornea. Le sonde principalmente sono fibre ottiche illuminanti, sonde laser e il vitrectomo che è lo strumento attraverso il quale viene tagliato ed asportato il vitreo patologico. Le indicazioni principali alla vitrectomia sono alcune forme complicate di distacco di retina, i fori della retina centrale, la presenza di emorragie all'interno dell'occhio (emovitreo) e la retinopatia associata al diabete. La vitrectomia si esegue dal 1977. Dai primi interventi pionieristici effettuati su pochi casi siamo passati agli oltre 300 interventi annuali solo a Borgo Trento.

te. Tuttavia l'individuo può ancora conservare una buona visione, nel caso esse siano localizzate alla periferia del fundus.

Nel caso che le chiazze di atrofia corioretinica invadano l'area centrale della retina, deputata alla visione chiara e distinta, si ha un grave deficit visivo che non può essere corretto con occhiali. In questo caso qualsiasi lente utilizziamo per correggere la miopia, il soggetto non vedrà mai bene, poiché sono danneggiate le strutture nervose che conducono lo stimolo visivo.

Altro danno talvolta associato alla miopia elevata è la "maculopatia di Fuchs". Nell'occhio con miopia elevata, tutte le strutture interne e le pareti vengono messe in tensione dall'allungamento dell'occhio. A tale stiramento può far seguito la rottura dei tessuti in alcuni punti, con comparsa di emorragie e di proliferazione di tessuto anomalo. Si viene a formare cioè un tessuto là dove non dovrebbe esserci, e purtroppo spesso nella porzione di retina dedicata alla visione distinta, la cosiddetta macula.

Quando le emorragie vengono riassorbite, residua una piccola area di colorito bruno, che per la sua localizzazione impedisce spesso la visione. L'età più colpita è quella del giovane adulto.

Fra le malattie della retina di interesse chirurgico, il distacco della retina stessa è una delle più gravi ed invalidanti. Il miope elevato può andare incontro al distacco della retina più frequentemente a causa di degenerazioni del gel interno all'occhio, il vitreo, e per la più facile comparsa di rotture periferiche nella retina stessa. Quando a livello della retina si verificano delle lacerazioni il liquido proveniente dalla cavità vitrea produce uno scollamento che può condurre fino alla cecità. I primi sintomi di un distacco retinico possono essere dei flash luminosi e dei corpi mobili fluttuanti, successivamente si avverte la comparsa di una tenda nera che copre dapprima la coda dell'occhio, poi anche il centro con grave perdi-



ta della visione. Il trattamento del distacco retinico può essere solo con il laser se le lesioni predisponenti vengono diagnosticate precocemente.

Il laser serve a creare una cicatrice di sbarramento intorno alle lacerazioni retiniche per impedire l'avanzata della malattia. Quando il laser risulta inefficace o il distacco di retina è di notevole entità si esegue un intervento chirurgico vero e proprio. L'intervento si chiama "cerchiaggio" o "piombaggio", ed ha lo scopo di chiudere i buchi presenti sulla retina avvicinando la parete dell'occhio alla retina stessa, mediante una introflessione della parete. In casi più complicati si effettua un intervento di vitrectomia, che consente di avvicinare la retina alla parete.

Conclusione

Per fortuna non tutti i pazienti con miopia elevata



vanno incontro alle alterazioni appena descritte! Per molti di essi i controlli annuali sono solo una disagiata routine. E' però vero che al crescere dell'età crescono anche i problemi, per gli occhi miopi elevati come per l'intero organismo. Ecco perché molti anziani affetti da miopia elevata spesso vedono bene con un occhio, quello meno miope, mentre quello più miope conserva poco della sua originaria buona visione. La cecità è comunque assai rara, mentre i disagi sono spesso limitati alla impossibilità di guidare e talvolta, purtroppo, di leggere. A questi problemi l'oculistica non ha ancora un rimedio, pur con le speranze di ricerche recentissime.

*** Roberto Bellucci, Direttore
Unità operativa di oculistica
Giorgio Marchini, Direttore
Unità operativa di clinica
oculistica**

L'Urp per gli utenti



Per facilitare il rapporto con il Cittadino/utente, l'Azienda Ospedaliera, come previsto dall'art.12 del decreto legislativo n.29/93, ha attivato dal 1986 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

È uno sportello al servizio dell'utenza che promuove e favorisce momenti di partecipazione e dialogo tra l'Azienda e il cittadino, garantendo il diritto di accesso all'informazione.

Rappresenta un importante strumento per realizzare i principi di trasparenza e di semplificazione dell'attività sanitaria svolta dall'Azienda.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è un servizio di comunicazione che riconosce e valorizza il diritto dei cittadini ad essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta chiara ed esauriente, favorendo il loro ruolo attivo e la loro partecipazione alle scelte dell'Azienda.

L'URP ha focalizzato la propria attività in quattro aree principali:

- l'informazione
- l'accoglienza
- la tutela
- la partecipazione.

Tale servizio si avvale di strumenti quali opuscoli, (Guida ai servizi Sanitari, Carta dei Servizi Sanitari), modulistica e materiale informativo che consentono di rispondere a tutte le più svariate domande e/o di risolvere problematiche di ordine sanitario relative ai servizi

offerti che non riguardino diagnosi o questioni strettamente di competenza medica.

Il personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico è a disposizione del pubblico anche per tutti quegli argomenti che richiedono maggior riservatezza e approfondimento, come presentare osservazioni, opposizioni, denunce e reclami o per problemi complessi o particolarmente delicati.

DOVE E QUANDO TROVARCI

Ci si può rivolgere all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nelle sue sedi per telefono, per posta o presentandosi di persona.

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE

P. le Aristide Stefani, n. 1

37126 - VERONA

Tel. 045/8072178 Fax. 045/8073430

E-mail: urp.ocm@ azosp.vr.it

OSPEDALE POLICLINICO "Giambattista Rossi"

P. le Ludovico Antonio Scuro, n. 10

37134 - VERONA

Tel. 045/8074848 Fax. 045/8074058

E-mail: urp.op@ azosp.vr.it

ORARI DI APERTURA:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

Risposte ad alcune delle più frequenti domande da parte del cittadino

N otizie utili

Ecco alcuni quesiti per comprendere come funzionano i meccanismi all'interno delle strutture dell'azienda ospedaliera.

• Come si prenota una visita specialistica presso l'Azienda Ospedaliera?

Per telefono (muniti dell'impegnativa del medico) chiamando i seguenti numeri unici di prenotazione: 045 8073200/8072706-8074086/8074087 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00, oppure la segreteria del reparto.

2. Presentandosi di persona, muniti dell'impegnativa del medico, all'Ufficio Prenotazioni:

- dell'**Ospedale Civile Maggiore** situato al piano seminterrato del monoblocco Servizi (sotto il Pronto Soccorso) di fronte all'ingresso principale dell'Ospedale.

E' aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00.

- dell'**Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"** situato presso la palazzina d'ingresso dell'Ospedale. E' aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.30 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00.

• Come fare per ottenere copia della cartella clinica?

Copia della cartella clinica può essere richiesta al/la caposala al momento della dimissione compilando l'apposito modulo oppure all'Ufficio Cartelle Cliniche:

- dell'**Ospedale Civile Maggiore** situato presso l'ingresso principale dell'Ospedale.

E' aperto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle 14.30 alle 15.30.

Per informazioni telefoniche: 045 8072268 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 9.00 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00. Nelle altre ore funziona la segreteria telefonica.

- dell'**Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"** situato presso l'atrio della piastra odontoiatrica.

E' aperto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.

Per informazioni telefoniche: 045



8074255, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00. Si ricorda che la richiesta può essere effettuata dal diretto interessato o da altra persona munita di delega e fotocopia della carta d'identità del ricoverato.

Alla dimissione il certificato di ricovero va richiesto al personale di reparto.

• Come e dove si prenotano le indagini radiologiche?

Le indagini radiologiche si prenotano presso il Servizio di Radiologia:

- Ospedale Civile Maggiore:

1. Per telefono 045 8072128 dal lunedì al venerdì dalle ore 13.00 alle ore 16.00.

2. Presentandosi di persona dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30.

- Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi":

1. Per telefono 045 8074300 dal lunedì al venerdì dalle ore 14.00 alle ore 18.00.

2. Presentandosi di persona dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 14.00.

Drg, finanziamenti ai ricoveri

di Stefano Tardivo *

I Drg, dall'inglese Diagnosis Related Groups, che nella nostra lingua possono essere tradotti con "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi", si inseriscono all'interno del processo di riordino del sistema sanitario avviato nel nostro paese a partire all'inizio degli anni novanta. Tale riforma ha portato all'introduzione delle aziende sanitarie ed ospedaliere nel Servizio Sanitario Nazionale.

L'avvento dei Drg è nato dalla necessità di far fronte ad una sempre più ridotta disponibilità di risorse economiche e ad un progressivo aumento dei costi dell'assistenza sanitaria negli ultimi decenni che ha coinvolto l'Italia e tutti i paesi occidentali.

L'introduzione dei Drg è stata importante in quanto esiste uno stretto legame tra tipologia di finanziamento ospedaliero e ricaduta sulla qualità del funzionamento degli ospedali, che svolgono un ruolo fondamentale nel determinare il livello di salute della popolazione.

Veniamo ora a questa sigla difficile, Drg, ormai sempre più nota e tuttavia ancora misteriosa, non solo per gli operatori sanitari, ma anche per i cittadini. Si tratta di un acronimo inglese che sta per "gruppi relativi alla diagnosi", traducendo letteralmente.

La sua importanza consiste nel fatto che rappresenta il cardine del sistema di pagamento pubblico ospedaliero, esportato dagli Stati Uniti, adeguatamente modificato, che ha cercato di contribuire a migliorare i livelli di efficienza, produttività e qualità dell'attività assistenziale degli ospedali italiani. Precisamente con il sistema dei Drg si è abbandonato il finanziamento a giornata di degenza ospedaliera, passando alla definizione di 495 diversi raggruppamenti di pazienti, omogenei per caratteristiche cliniche (tipologia di malattia) ed assistenziali (percorsi di diagno-

si e cura). Semplificando, attraverso il sistema dei Drg i finanziamenti per i ricoveri ospedalieri sono assegnati sulla base di tariffe predeterminate, cioè fissate prima che l'ospedale svolga le proprie prestazioni di attività assistenziale ai pazienti, basate sul rimborso dei costi per ricoveri omogenei dal punto di vista del consumo delle risorse.

Infatti, queste tariffe includono anche tutte le prestazioni (e quindi i costi sostenuti dall'ospedale) che

I "gruppi omogenei di diagnosi" rappresentano il cardine del sistema di pagamento pubblico ospedaliero

riceve il paziente ricoverato ed in base alle quali il suo ricovero viene assegnato ad uno dei 495 Drg. Quindi a ciascun Drg corrisponde una tariffa di rimborso: ad esempio per un ricovero per appendicectomia senza complicanze (Drg 167) la tariffa è di 1479,65 Euro, se intervengono complicanze (Drg 166) si può arrivare a 3089,45 Euro; per un ricovero con intervento sul cristallino per un problema di cataratta la tariffa è di 1610,83 Euro (Drg 39).

Si parla di Diagnosi in quanto è dalla diagnosi, riportata sul frontespizio della cartella clinica in una apposita scheda di dimissione (compilata dal medico quando il paziente viene dimesso), che è possibile risalire alla malattia del paziente e all'utilizzo di indagini diagnostiche e di tecniche terapeutiche che definiscono i costi complessivi che l'ospedale ha sostenu-

to per curare il paziente. Accanto alle diagnosi è possibile registrare anche le principali prestazioni effettuate, sia di tipo diagnostico (ad esempio una angiografia) sia di tipo terapeutico (ad esempio un intervento chirurgico).

A ciascuna malattia e a ciascuna prestazione, secondo un sistema di classificazione internazionale, corrisponde un codice che viene registrato nella cartella clinica. Al termine del ricovero tali codici sono immessi all'interno di un computer che, attraverso un programma specifico permette di attribuire quel ricovero allo specifico Drg.

Al termine di ogni trimestre l'Azienda Ospedaliera invia agli Uffici delle Aziende Ulss di residenza dei pazienti i dati relativi ai ricoveri dei pazienti residenti in quella ULSS per "fatturare" lo specifico Drg ed ottenere il rimborso dei costi sostenuti per il ricovero.

Infine il sistema Drg consente alle Direzioni Aziendali di ottenere, attraverso l'utilizzo di specifici indicatori, informazioni utili sull'attività dell'Azienda, consentendo una programmazione delle attività ed un costante monitoraggio dell'andamento dei ricoveri.

Questa modalità di finanziamento ha due scopi principali, vale a dire di responsabilizzare gli ospedali cercando di favorire un uso più efficiente ed appropriato delle risorse e contemporaneamente, consentire alla Regione e alle Aziende ULSS di avere uno strumento, clinicamente significativo, per la programmazione delle attività ospedaliere. La riforma dei Drg assieme ai numerosi cambiamenti introdotti nel sistema ospedaliero italiano nel recente passato (accreditamento, sistema qualità) quindi inserita nell'ottica più generale di trasformazione che interessa tutta la sanità italiana.

*** Servizio Miglioramento della Qualità e valutazioni clinico-assistenziali**

La scienziata Levi Montalcini è stata recentemente al Policlinico di Borgo Roma su invito dell'Abeo

Personaggi

45

LO "CHARME" DI RITA

Rita Levi Montalcini e Verona: un grande affetto lega la scienziata e la nostra città. Dalle rive dell'Adige è stata lanciata nel novembre dell'anno scorso la sensibilizzazione per il progetto "Cinque euro per le donne africane". A Verona la Montalcini ha una solida amicizia con l'istologa Marina Bentivoglio ed trovato l'appoggio dell'ex ministro Gianni Fontana che ha raccolto attorno alla Fondazione presieduta dalla professoressa un gruppo di sostenitori molto motivati, come l'avvocato Donato Bragantini, già presidente dell'Ulss 25, l'avvocato Luigi Biondaro, Lino Birtele e il professor Dino Poli. Il gruppo di "amici" ha dato vita ad una serie di iniziative che hanno permesso ai Veronesi d'incontrare Rita Levi Montalcini e di apprezzarne la straordinaria vitalità e lucidità.

I 94 anni sono elegantemente esibiti con la grazia tutta ottocentesca dei suoi abiti di seta, delle chiome argentee impeccabilmente acconciate, dei piccoli gioielli indossati con discrezione. Il gesto abituale è, però, quello di parlare disinvoltamente con le mani in tasca, un gesto che la ringiovanisce e la fa immaginare in camice, la sua vera "divisa", con la quale ha vissuto decenni, tutta un'esistenza votata alla ricerca. Sino a ricevere nel 1996 il premio Nobel per la Medicina con Stanley Cohen per le loro scoperte sui meccanismi che regolano la crescita delle cellule, in particolare di quelle neuronali. Donna di grande tempra, la professoressa ha affrontato coraggiosamente tutte le prove della sua lunga esistenza, dalla persecu-



Ha creato una Fondazione che vuole valorizzare giovani e donne

La Fondazione Rita Levi-Montalcini è stata costituita nel luglio del 1992 da Rita e Paola Levi-Montalcini, in memoria del padre Adamo Levi, con il motto "Il futuro ai giovani" e allo scopo di favorire l'orientamento allo studio e al lavoro delle nuove generazioni.

Nel gennaio 2001 come proposto dalla professoressa Rita Levi-Montalcini e approvato dai membri del Consiglio di Amministrazione, composto da illustri personalità, si sono apportate delle importanti modifiche allo Statuto della Fondazione basate sulla consapevolezza che è meritorio venire in aiuto alle donne di Paesi dove si lotta ogni giorno per la sopravvivenza. Motto della Fondazione è "un futuro alle donne africane". Attualmente è in atto l'erogazione di borse di studio per 50.000 dollari all'anno per sessanta giovani donne etiopi per cinque anni che permette loro l'accesso alle scuole superiori o all'Università. A Verona l'8 novembre 2002 è iniziata la Campagna "Cinque Euro per le donne africane". Le manifestazioni che si sono svolte in varie città d'Italia, hanno apportato, alla Fondazione, un finanziamento di circa 250.000 euro.

zione razziale alla perdita della amatissima sorella gemella. Non si è mai lasciata vincere dal destino perché -ha scritto nel libro "Senz'olio contro vento"- ciò che conta è l'impegno ed il coraggio con cui si affrontano le incognite e i pericoli del mare della vita. "Il messaggio è che in nessun caso si deve accettare l'inerte filosofia di adeguarsi passivamente a quello che è stato definito 'il mestiere di vivere'". Verona le ha riservato ovunque un'accoglienza che l'ha commossa. E' accaduto anche al Policlinico di borgo Roma, dove la professoressa, invitata dall'associazione Abeo presieduta da Maria Grazia Viapiana, ha visitato il reparto di Oncoematologia pediatrica.

Medici, pazienti, visitatori l'hanno riconosciuta e le si sono stretti attorno. I più affascinati sono stati gli studenti, increduli di trovarsi di fronte alla scienziata del Nobel. I sorrisi più affettuosi la professoressa li ha riservati a loro ed ai bambini ospiti del reparto.

"Cinque euro per l'Africa" è una raccolta di fondi a favore delle donne africane, per sostenerne l'istruzione e la formazione culturale e professionale.

"Scopo della Fondazione -ha spiegato a Verona la professoressa- è venire in aiuto alle giovani donne africane che lottano ogni giorno per la sopravvivenza. Quasi tutte le donne adulte e le bambine nei paesi di quel continente non hanno accesso all'istruzione. L'inammissibile privazione di questo diritto è la causa principale delle loro tragiche condizioni di vita".

(Mfc)

IN SOCCORSO DI NABLUS

Guerra e povertà sono le insidie quotidiane che minacciano la vita e la salute delle popolazioni della Cisgiordania. Anni di combattimenti e di incertezza hanno stravolto l'immagine di queste terre e sottratto il futuro alle genti che vi abitano. Una richiesta d'aiuto è giunta a Verona da Nablus, l'antica Flavia Neapolis, la città dove vivono circa due milioni e mezzo di palestinesi con un tasso di disoccupazione che sfiora il 70%.

Ridotti a macerie gli antichi monumenti che l'hanno resa celebre, come la vivacissima Casbah, oggi Nablus non ha prospettive di ripresa economica e chiede il sostegno della cooperazione internazionale per varare nuovi progetti per la salute della sua gente.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, in accordo con la Regione Veneto, ha dato nel maggio scorso la

sua disponibilità ad un intervento umanitario per l'ospedale di Nablus che si inserisce in un progetto cui hanno aderito anche il Comune di Verona, l'Associazione Industriali, la diocesi di Verona e numerosi altri enti ed associazioni venete e lombarde.

In un incontro svoltosi nella sede di piazzale Stefani il 9 maggio il direttore generale Valerio Alberti ha presentato all'ambasciatore palestinese Nemer Hammad e al sindaco di Nablus Ghassan Shakah un piano

d'intervento che coinvolgerà l'azienda per il miglioramento delle risorse professionali dell'ospedale della città, favorendo il miglioramento delle cure per la popolazione. L'intervento riguarderà l'area oncologica e quella cardio-vascolare. E' previsto l'invio di personale medico ed infermieristico dell'azienda a Nablus ed il coinvolgimento dei medici palestinesi che frequentano i corsi di specializzazione per ottenere anche la loro collaborazione per la loro terra. Medici ed infermieri palestinesi, inoltre, potranno essere accolti a Verona per iniziative di formazione permanente. Per i pazienti di Nablus che abbiano bisogno di cure non disponibili nella loro terra è stata prevista la possibilità di accoglimento nell'ospedale di Verona. Oggi Nablus dispone di sei posti letto ospedalieri ogni diecimila abitanti, ma la percentuale scende negli altri centri della Cisgiordania. La città è il punto di riferimento sanitario per tutta l'area settentrionale dei territori, ma ha carenza di specialisti per le malattie oncologiche e cardiovascolari che affliggono la popolazione. L'indigenza lo stato di guerra permanente rendono pressochè impossibile l'accesso negli ospedali delle aree controllate dagli Israeliani.

L'accordo è stato stretto in sintonia con i programmi di cooperazione decentrata e di emergenza umanitaria della Regione Veneto. Essi sono coordinati dal Servizio per i rapporti sociosanitari internazionali istituito cinque anni fa - caso unico in Italia - all'interno della segreteria regionale Sanità e Sociale.

"Guerra, povertà e malattia provocano disperazione e violenza - ha detto l'ambasciatore Hammad ai medici veronesi -: il vostro aiuto salverà molte vite. Vogliamo che i nostri giovani possano tornare ad immaginare il futuro". Ma solo la salute può far nascere la speranza.



Interventi del Veneto dal Kosovo all'Argentina

Tra il 1998 ed il 2002 il Veneto è intervenuto con azioni umanitarie in Kosovo (a Valona, allestendo un campo profughi e con aiuti per le centrali tecnologiche e la direzione sanitaria di Pech-Peje) e in Turchia, per alleviare le sofferenze della popolazione colpita dal terremoto. Interventi sono in corso nell'ospedale italiano di Nazareth, a Cordoba, Buenos Aires, Santa Fè e Kabul. Sono in corso programmi di cooperazione con Uzbekistan, Argentina, Mozambico, Slovacchia, Etiopia, Georgia, Albania, Romania, Bosnia, Uruguay, Perù e Cuba.

Altri interventi sono stati già conclusi in Marocco, Romania, Repubblica di Moldova e Guatemala.

Le attività vengono svolte anche in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della Sanità e spaziano

dall'invio di farmaci ed attrezzature agli interventi per la promozione della salute, la formazione del personale medico ed infermieristico e l'organizzazione dei servizi assistenziali. Dal luglio 2001 il Veneto ha avviato anche programmi di ricovero per ragioni umanitarie di cittadini non appartenenti all'Unione europea negli ospedali veneti. Si tratta di un progetto sperimentale di assistenza a Ong venete e altre istituzioni regionali riconosciute a livello internazionale che operano nei paesi in via di sviluppo. E' molto attiva la collaborazione con ministeri italiani ed esteri, consolati, organizzazioni non governative, fondazioni ed enti pubblici e privati.

Il “beauty case” della cicogna

di Rosaria Zanon, Nadia Urli, Clara Bergamini,
Angelica Zanutelli e Marta Endrizzi*

La nascita di un bambino è sempre un evento meraviglioso, carico di desideri, di aspettative, ma anche di dubbi e di dimenticanze. Per evitare di trasformare quest'esperienza unica, in un pellegrinaggio tra casa e maternità al fine di reperire il necessario per la degenza, vi suggeriamo di attenervi ad alcuni semplici consigli organizzativi:

1 - innanzitutto iscrivetevi e seguite con impegno un corso di preparazione al parto, organizzato presso la struttura aziendale (Ospedale Civile Maggiore o Policlinico) dove avete intenzione di recarvi per partorire, oppure presso il distretto sanitario a voi più comodo.

Questo vi permetterà di acquisire una migliore padronanza del vostro corpo durante la gravidanza e l'evento travaglio-parto, con la possibilità di conoscere in anticipo l'ambiente e le persone che vi sosterranno durante la degenza.

2 - Verso il settimo mese di gravidanza è bene che iniziate a preparare l'occorrente per il periodo di permanenza presso la struttura scelta.

Per prima cosa ricordate sempre di portare con voi tutta la documentazione clinica (ecografie, gruppo sanguigno, esami ematochimici) relativa alla gravidanza o ad eventuali patologie preesistenti, un documento d'identità valido, il tesserino sanitario ed il codice fiscale vostro e del padre del nascituro.

3 - L'Azienda Ospedaliera di Verona propone due punti nascita, uno presso il Policlinico e uno presso l'Ospedale Civile Maggiore.

Vi elenchiamo di seguito il corredo necessario per il neonato nelle due strutture.

Policlinico: abbigliamento comodo per la dimissione, consistente in una tutina, in una maglietta con mutandine oppure un body, un paio di calzini o scarpette e un berrettino di cotone o lana a seconda della stagione. Durante la degenza l'abbigliamento del neonato viene fornito in reparto.



Ospedale Civile Maggiore: abbigliamento comodo per la dimissione (come sopra).

Durante la degenza l'abbigliamento del neonato deve essere portato da casa, consistente in cinque cambi completi (tutina, maglietta con mutandine o body, calzini o scarpette e berrettino).

Per la mamma, il corredo necessario

Alcuni suggerimenti per le future mamme che stanno per entrare in maternità

per la degenza in entrambe le strutture consiste in:

a - una vestaglia della pesantezza a seconda della stagione;

b - tre o quattro camicie (o pigiami) in fibra naturale (cotone o lino), preferibilmente aperte davanti e a maniche corte;

c - biancheria intima (magliette o canottiere) se utilizzata normalmente, sempre in fibra naturale con una scollatura adatta all'allattamento;

d - slip monouso (rete o carta) oppure di cotone a vita alta, di almeno una taglia superiore alla propria;

e - uno o due pacchi di assorbenti igie-

nici lunghi, preferibilmente in cotone e ipoallergici;

f - un flacone di detergente intimo a Ph neutro e quanto necessario per l'igiene personale;

g - se fosse programmato l'espletamento del parto per taglio cesareo, si dovrà aggiungere alla biancheria personale una guaina contenitiva con chiusura in velcro della taglia corrispondente;

h - delle calzature comode, in materiale lavabile.

4 - Si raccomanda vivamente di non portare con sé, durante la degenza, oggetti di valore.

5 - La valigia o il borsone utilizzati per l'occorrente dovranno essere di una misura contenuta, considerando la poca capienza degli armadi in dotazione.

6 - All'ingresso si raccomanda di compilare con chiarezza ed in stampatello la modulistica che vi verrà consegnata onde facilitare la registrazione e l'allestimento dei documenti necessari per il ricovero sia della mamma che del neonato.

7 - La dichiarazione di nascita che vi verrà rilasciata dopo l'evento, andrà consegnata entro 10 giorni al Comune di appartenenza o al Comune di Verona, da uno dei due genitori se regolarmente coniugati, o da entrambi se conviventi, oppure dal genitore singolo se è l'unico che riconosce il neonato.

Si ricorda che il nome posto al neonato al momento del parto, diventa ufficiale solo dopo la registrazione presso il Comune, quindi è possibile nel frattempo cambiarlo.

8 - Dopo la dimissione è possibile contattare telefonicamente il personale della struttura (Nido e Ostetricia) per eventuali dubbi o consigli riguardo il puerperio.

* **Rosaria Zanon:** infermiera insegnante dirigente

Nadia Urli: Ostetrica

Clara Bergamini: Ostetrica

Angelica Zanutelli: Ostetrica

Marta Endrizzi: Ostetrica



DISABILITÀ COME VALORE

di Ferdinando Camon *

Il 2003 è l'Anno Europeo dedicato alle persone disabili. L'obiettivo è diffondere il messaggio che i disabili hanno diritto a partecipare pienamente alla società e al lavoro. Infatti, la disabilità non è di per se stessa un "problema", il problema è l'incapacità della società di fornire un ambiente in cui le persone disabili possano vivere e lavorare su basi paritarie con i non disabili.

Verona ha risposto all'invito europeo con una serie di iniziative, fra le quali un volume che raccoglie le

immagini scattate da Caroline Groszer all'interno delle strutture d'accoglienza dell'Ulss 20. Sono fotografie di grande impatto emotivo che per la prima volta svelano la dimensione quotidiana di tante vite che, talvolta, scorrono parallele alle altre, senza scalfire la nostra "normalità". Il reportage è un atto d'amore e di speranza, reso possibile grazie alla collaborazione di tutti gli operatori dei Servizi Sociali. Lo scrittore Ferdinando Camon è autore della prefazione del volume.

(Mfc)

"Questa è un'epoca in cui la vita è impostata sull'errore: la malattia è bandita, la morte è un tabù, il fallimento è una colpa. La malattia incurabile non si nomina, si copre con qualche formula allusiva. La vecchiaia è uno scandalo, i vecchi vengono nascosti negli ospizi. La famiglia è impostata sul successo, non sull'amore. I figli li consideriamo felici e ci fanno felici se mostrano successo, non se danno e ricevono amore. La famiglia non deve avere

problemi, specialmente di salute fisica o psichica, come se i problemi non esistessero. Poiché invece esistono, quando ci sbattiamo addosso ci rendiamo conto che eravamo in errore. E che la sorte, che ci fa scorgere l'errore, ci rende migliori, e ci porta nella verità.

Ho un amico scrittore, un grande scrittore, che ha avuto un figlio con un grave handicap, e ha descritto questa esperienza, trasfigurandola, in un romanzo, che considero una delle

opere più importanti del secolo, perché inaugura una nuova forma di lotta dell'umanità: è finita la lotta contro la società, per la spartizione dei beni sociali, comincia la lotta contro la natura, per la spartizione in parti uguali della felicità di nascere e del bene di vivere. Questo scrittore sente i due mondi, il mondo che si crede della normalità e il mondo che vien detto dell'handicap, come un soprasuolo e un sottosuolo: l'entrata dell'handicap nella tua casa, nella tua

famiglia, è come l'apertura di una botola, che ti fa precipitare dal mondo di sopra nel mondo di sotto. Dal mondo di sotto vedi tutto diversamente: il lavoro, la moglie, la famiglia, i compagni, la scuola, il preside, i professori, i medici, la casa, il quartiere, la strada, gli amici, il prete, tutto. Calato in quel mondo, cambi. Diventi un altro. Come dice l'autore, rinasci. I genitori che hanno un figlio con handicap sono, come dice il titolo del romanzo del mio amico scrittore, "nati due volte": la prima volta quando sono nati, la seconda volta quando è nato il loro figlio, e loro devono spartirne la vita.

Ma è questa seconda nascita la nascita vera. E' in questa seconda vita che si capisce la vita. Prima la vita era falsa, coperta dalle convenienze, dai tabù, dalle competizioni, dall'interesse. Era una vita impostata come se non ci fosse quello che c'è: "il problema". Era una vita nell'inganno, nel



*In queste pagine
alcune immagini
tratte dal libro di
fotografie
"In buone mani"
di Caroline
Groszer*

Il "vocabolario" distingue disabilità ed handicap

Menomazione, disabilità, handicap sono i termini che usiamo comunemente per riferirci alle persone che in altri casi vengono definite "svantaggiate" o, con una perifrasi più diffusa negli ultimi anni, "diversamente abili". I tre termini non sono, tuttavia sinonimi, non hanno cioè il medesimo significato.

Nel 1980 l'Organizzazione mondiale della sanità ha proposto una classificazione generale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap e ha indicato che "l'handicap è la condizione di svantaggio conseguente ad un deficit (menomazione o disabilità) che limita l'adempimento del ruolo normale per la persona portatrice in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali".

L'handicap quindi è la conseguenza del deficit, non il deficit stesso.

Anche una malattia non è uguale all'handicap, perché essa ha un inizio ed una fine, mentre il deficit può essere la conseguenza, ma ha carattere di stabilità.

Per menomazione si intende qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche. Essa è caratterizzata da perdite o anomalie che possono essere transitorie o permanenti e comprende l'esistenza o l'evenienza di anomalie, difetti o perdite a carico di arti, tessuti, o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali.

Nel contesto delle conoscenze e delle esperienze sanitarie



per disabilità si intende qualsiasi restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) delle capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano.

La disabilità è caratterizzata da scostamenti, per eccesso o difetto, nella realizzazione dei compiti e nell'espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Le disabilità possono avere un carattere transitorio o permanente ed essere reversibili o irreversibili, progressive o regressive. Esse possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione della persona, specialmente da un punto vista psicologico, ad una menomazione.

L'handicap è la condizione di svantaggio vissuta da una persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita e impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio. L'handicap è la discrepanza fra l'efficienza o lo stato di una persona rispetto all'efficienza o allo stato delle persone del gruppo di cui fa parte. Esso rappresenta perciò le conseguenze culturali, sociali, economiche e ambientali che derivano all'individuo dalla presenza della menomazione e della disabilità.

trucco. Adesso è una vita nella verità. Se distinguiamo “noi” da una parte e “gli handicappati” dall'altra, la conclusione, a cui arriva lo scrittore, è questa: “i veri handicappati siamo noi”. Occupandomi su un giornale, “La Stampa” di Torino, del problema di avere un handicappato in casa, m'è venuto di dire che i figli handicappati si legano ai genitori con un rapporto molto più stretto dei figli normali. E' come se non smettessero mai di nascere, han sempre bisogno di attingere la vita là da dove l'han ricevuta.

E chi gliel'ha data sente il suo compito come interminabile, continua a ridargliela, rinunciando alla propria. Nelle loro famiglie si realizza un universo tutto riempito da questo vivere per gli altri e negli altri, tutto regolato da attenzioni, premure, sacrifici: e così completo, così esauriente, che nessuno dei membri, né il figlio handicappato né i genitori, vorrebbe essere diverso, avere altri figli, avere altri genitori. Dall'esterno s'immagina che il figlio handicappato sia uno strumento nelle mani del padre e della madre,

uno strumento imperfetto, che i genitori non riescono mai a far funzionare come vorrebbero, come si dovrebbe. Non è così.

E' l'esatto contrario: sono i genitori che diventano uno strumento nelle mani del figlio handicappato, si lasciano plasmare secondo le sue esigenze, i suoi richiami, le sue pretese.

I figli normali diventano ben presto rivali e nemici: la vita normale sta in questo, nel passaggio, di padre in figlio, del testimone della competizione, dell'aggressività. L'aggressività si forgia in famiglia, come i denti e le unghie degli animali selvaggi si saggiano nelle lotte dei cuccioli con padre e madre.

Ma la famiglia che conosce quotidianamente “il problema” non è una famiglia borghese, non ha i bisogni di una data epoca storica: ha bisogni naturali, eterni, fuori del tempo, non corre per la vittoria, quel che la tiene in piedi non è il successo, è l'amore. L'amore nella famiglia borghese, l'amore normale, è puro egoismo: “Dammi di più, fammi felice”. L'amore

nei rapporti dove c'è sofferenza, dove c'è malattia, è puro altruismo: “Dimmi cosa posso fare ancora per te”. Noi pensiamo che la vita di chi ha un handicap sia una vita monca, minore, incompleta. Non ci viene in mente che chi è in quelle condizioni, conosce ogni giorno gioie e dolori che noi non scopriremo mai. Le famiglie impiantate sul successo sono famiglie senza amore, senza attenzione, senza affetto. Sono famiglie in corsa, e la corsa è cieca. Le famiglie che hanno un problema si fermano, e ragionano: in quella pausa capiscono.

C'è più comprensione in un minuto della famiglia dov'è presente il problema, che in tutta la vita nella famiglia che ignora il problema, non sa cos'è, non vuole saperlo.

La distinzione è netta: da una parte la gara per il successo, dall'altra la gara per l'affetto. Chi avanza un po' nella vita, si rende conto che nella prima gara, per quanto si ottenga, manca sempre l'essenziale.

*** da “In buone mani”**

Ulss 20 Verona



La Fondazione Don Gnocchi ha realizzato un portale dedicato interamente ai portatori di handicap

Disabili

51

Su internet una guida per scegliere gli ausili

Un piccolo cestino applicato ad un deambulatore per trasportare più facilmente la spesa. Una tastiera aggiuntiva connessa al telefono, se i tasti dell'apparecchio sono troppo piccoli.

E ancora un tagliere con i bordi per imburrare il pane se si è impossibilitati ad usare entrambi le mani o se le braccia hanno perso la loro originaria forza. Non siamo di fronte al proverbiale uovo di Colombo, ma ad una serie di consigli che, se per chi ha il perfetto uso degli arti fanno un po' sorridere, per chi è diversamente abile rappresentano un aiuto per una piccola conquista nella vita di tutti i giorni.

Una grande conquista, questa volta per l'intelligenza umana, è invece scovare, nel marasma della rete multimediale, un sito in cui è possibile trovare proprio questi consigli, oltre una vetrina di gli ausili per disabili, cioè tutte quelle tecnologie che aiutano a vivere, a muoversi, comunicare, lavorare, studiare, partecipare alla vita della società. Cioè il raggiungimento della migliore autonomia.

A realizzare il portale è stata la Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus su mandato del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, nell'ambito delle iniziative per l'Anno europeo delle persone disabili. Il progetto, della durata di due anni, dal 2002 al 2004, si basa su una Convenzione in cui il ministero, oltre ad assicurare il controllo e la supervisione dell'iniziativa, mette a disposizione l'infrastruttura tecnologica e la connettività internet, mentre alla Fondazione compete la progettazione e lo sviluppo, oltre all'aggiornamento dei contenuti. Per questo la Fondazione ha attinto all'esperienza del proprio Servizio d'informazione valutazione ausili (Siva), che da vent'anni è un punto di riferimento a livello nazionale per quanto riguarda la ricerca e l'informazione sulle tecnologie d'ausilio.

Il team di redazione è infatti costituito da consulenti del settore della Fondazione, coordinati dall'ing. Renzo Andrich. Entrare il sito è facile: basta digitare l'indirizzo

www.welfare.gov.it/siva e al "navigatore" si presenta una vasta e preziosa vetrina d'informazioni su come affrontare specifici problemi che il diversamente abile incontra nella sua vita.

Si trovano una finestra dedicata ai nuovi ausili, un'altra alle aziende produttrici, distributrici e rivenditrici di questi prodotti, un'altra ancora ai racconti dei disabili su come sono

stati capaci di superare determinati ostacoli, grazie all'aiuto della tecnologia e dell'antica arte di arrangiarsi. Il portale dà la possibilità inoltre di consultare degli esperti e di dialogare in forum con gli altri navigatori. Il portale presenta due settori, uno dedicato alle Banche dati e l'altro ai servizi, suddivisi in varie finestre.

Ausili: una catalogazione sistematica dei prodotti disponibili sul mercato di ausilio alle persone con disabilità. Ad ogni ausilio è dedicata un'approfondita scheda tecnica con immagini, indicazioni delle aziende produttrici e distributrici e riferimento a studi, valutazioni ed esperienze che aiutano a scegliere le soluzioni più approfondite per ogni singolo caso.

Aziende: Aziende produttrici, distributrici e rivenditrici degli ausili recensiti nella Banca dati.

Centri: Centri in ambito nazionale ed internazionale in grado di offrire informazione e consulenza nella scelta degli ausili, o che svolgono

E il Siva ha elaborato una vera e propria Banca dati

Grazie allo sviluppo tecnologico, soprattutto nel settore informatico e nel campo dell'elettronica, per i disabili sono disponibili una serie di ausili che rendono meno problematica l'attività quotidiana. Il problema è come scegliere gli ausili più appropriati alla propria situazione, quelli più adatti al proprio ambiente di vita e alle proprie esigenze. Per questo venti anni fa si è fatto strada, presso il Centro di bioingegneria della Fondazione Don Carlo Gnocchi e del Politecnico di Milano, l'idea di creare delle strutture capaci, tramite la presenza di esperti, di guidare il disabili nella scelta più giusta: i Siva, appunto. I Centri di Servizio informazioni valutazioni ausili nascono nei primi anni Ottanta con, all'inizio, la Banca dati degli ausili, il Servizio di consulenza all'utente, la ricerca e la didattica sugli ausili. Rapidamente, con lo

sviluppo dell'informatica, la banca dati diviene punto di riferimento italiano per l'informazione sugli ausili e trova ampia diffusione presso le Ulss, i Centri di riabilitazione e le associazioni del settore. In breve tempo il Servizio di consulenza, in collaborazione con altre organizzazioni in tutta Europa, arriva ad erogare fino a 1700 consulenze all'anno. Oggi i Siva sono presenti in tutti i centri della Fondazione don Gnocchi. In essi opera un'équipe di esperti del settore ed ogni Centro è dotato di un laboratorio o mostra permanente dove è possibile vedere e sperimentare i vari ausili. I Servizi di informazione valutazione ausili si occupano anche di didattica offrendo itinerari formativi soprattutto per medici e terapisti della riabilitazione, tra cui il Corso di perfezionamento universitario "Tecnologie per l'autonomia".

Don Gnocchi: il sogno di un sacerdote diventato realtà per curare gli ultimi

La Fondazione don Gnocchi nasce in un sogno. Quello del sacerdote milanese - appena tornato dalla Russia dove da cappellano aveva assistito alla tragica ritirata degli alpini italiani - di dedicare la propria vita agli ultimi, soprattutto a coloro che avevano subito danni morali e fisici a causa della seconda guerra mondiale.

Nel 1945 il sogno di don Carlo inizia a diventare realtà: viene nominato direttore dell'Istituto Grandi Invalidi di Arosio dove accoglie i primi orfani di guerra e i bambini mutilati. Nel 1948 fonda la Federazione Pro Infanzia Mutilata che nel 1951 diventa un nuovo soggetto giuridico: la Fondazione Pro Juventute, organizzata in collegi. In essi ci sono officine, laboratori per meccanici, radio-tecnici, tipografi, tecnici agricoli, cartotecnici, ceramisti, sarti. L'idea che anima quest'opera è la rieducazione integrale dell'individuo, che pone l'uomo al centro del processo terapeutico, con le sue peculiarità e le sue potenzialità.

Una novità se si considera che questa concezione viene realizzata in anni in cui le discipline riabilitative stavano muovendo i primi passi. Su questa base don Carlo nel 1955 lancia la sua sfida: realizzare un centro che costituisca la sintesi della sua metodologia riabilitativa, la cui prima pietra viene posata nel 1955 a Milano, nei



Lo sport è un forte stimolo per vincere l'handicap

attività di ricerca o sviluppo tecnologico nel settore.

Idee: Idee e spunti - documentati da foto e da brevi testi - su come risolvere i vari problemi concreti della vita quotidiana, con ausili, tecnologie di comune commercio utilizzate in modo originale, adattamenti di comuni oggetti della vita quotidiana e metodi "creativi" di fare le cose.

Esperienze: Racconti di esperienze vissute di come persone con disabilità hanno risolto determinati pro-

Biblioteca: Studi scientifici, manuali, strumenti di lavoro, lezioni on line: un ricco patrimonio di conoscenze utili a chi desidera approfondire il proprio know-how in materia.

Guida agli ausili: Aiuta il "navigatore" ad orientarsi nel mondo degli ausili e attivare nel Portale le informazioni più utili alle sue specifiche esigenze.

Telesportello: Un team di esperti a disposizione - via e-mail - per orientare l'utente nel trovare risposta a

pressi dello stadio San Siro. Da quel momento la Pro Juventute, che nel 1963 diviene la Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi, allarga le sue radici su tutto il territorio nazionale.

Vengono realizzati 12 Centri di rilevanza nazionale, centinaia di poliambulatori e centri minori, che estendono il loro interesse ad altre forme di handicap dai mutolesi ai neurolesi, dai malformati congeniti, ai focomelici e distrofici.

Vengono trattate anche patologie della colonna vertebrale, dell'apparato osseo, fino a disabilità più impegnative sul fronte della riabilitazione (spastici, discinetici, psicotici, subnormali, Down). Parallelamente viene sviluppata la ricerca attraverso convenzioni con l'Università statale di Milano, con quella Cattolica e soprattutto con Politecnico del capoluogo lombardo. Convenzioni che hanno reso la Fondazione stessa un modello di livello europeo e internazionale di struttura pilota completa e autonoma sul piano della ricerca e delle terapie riabilitative.

Questo ha portato nel 1991 al riconoscimento per il Centro "S. Maria Nascente" di Milano di Istituto di Ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) di diritto privato. Riconoscimento esteso poi anche al Centro "S. Maria agli Ulivi" di Pozzolatico. Nel frattempo la Fondazione prende la figura giuridica di Onlus, allargando la sua opera verso gli anziani e i malati terminali. E nel marzo del 2001 diviene Organizzazione non governativa, per la sua attività che ormai si è estesa anche ai Paesi in via di Sviluppo. Oggi la Fondazione ha alle proprie dipendenze circa 3mila persone, eroga le proprie attività in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale e opera in 21 Centri collocati in 9 regioni.

blemi riorganizzando il proprio ambiente di vita, adottando certi ausili, inventando nuove soluzioni.

propri specifici quesiti. Un prezioso strumento di orientamento soprattutto per le persone con disabilità e per i loro familiari.

Incontri on line: Lezioni su specifici argomenti relativi al mondo degli ausili, presentazione dei nuovi prodotti o metodologie, "messi in onda" sul portale.

News del portale: Ultime novità nei contenuti e nella struttura del portale.

Il tuo parere: Possibilità per ogni visitatore di esprimere osservazioni e suggerimenti sui contenuti e sulle funzionalità del portale.

Forum: Per comunicare con tutti gli altri "navigatori", per dare il proprio contributo di idee ed esperienze allo sviluppo del portale.

Elena Zuppinì

Aerosol, un respiro di sollievo

di Lia-Myrian Cappelletti *

Negli ultimi anni sempre più importanza ha assunto la terapia inalante nel trattamento dell'asma e delle malattie respiratorie croniche. Il mercato offre molteplici strumenti e modelli e sempre più difficile è la scelta per l'acquisto più idoneo.

E' pur vero che anche nell'ambito sanitario vi è poca cultura in tal senso e non viene data l'importanza dovuta alla modalità di somministrazione dei farmaci da inalare. Pochi concetti, ma fondamentali per una terapia efficace.

a) Conoscere l'obiettivo da trattare: alte vie (naso, gola, trachea) e basse vie respiratorie (bronchi e polmoni). In relazione all'obiettivo si devono scegliere i tipi di strumento e di ampolla in base alle loro caratteristiche tecniche che dovrebbero essere riportate sul foglietto di istruzioni.

b) Considerare la collaborazione della persona. In relazione a ciò si scelgono gli accessori: maschera per lattanti e persone anziane; boccaglio indicativamente dall'età scolare.

c) Eseguire il metodo corretto di somministrazione affinché la terapia sia efficace. Per i lattanti e gli anziani si dovrà mantenere la mascherina aderente al viso al fine di non disperdere farmaco nell'aria, mentre usando il boccaglio sarà necessaria una buona educazione al respiro.

I farmaci si possono presentare in soluzione, spray o in polvere. Per gli aerosol spray e in polvere viene richiesta particolare attenzione alla modalità di somministrazione.

Spray

Il dosatore va mantenuto distante dalla bocca 3-4 cm, si esegue con la bocca ben aperta un inspirio massimo e lento, alcuni secondi (fino a 10") di apnea per permettere che il farmaco raggiunga le vie profonde e si depositi e quindi un espirio lento a labbra socchiuse per svuotare il più possibile i polmoni.



**Con l'arrivo
dell'inverno è utile
la terapia inalante.
Occorrono però
alcuni accorgimenti
per ottenere
i migliori risultati**

Polveri

Con questa formula il dosatore va messo in bocca serrando bene le labbra, si esegue un'inspirazione massima e forzata, apnea per alcuni secondi (da 6" a 10") ed espirazione lenta a labbra socchiuse. Per facilitare la somministrazione degli aerosol spray nei bambini e nelle persone non collaboranti sono stati pensati ausili che riducono le difficoltà e, nel caso della somministrazione di corticosteroidi, possono ridurre anche gli effetti collaterali:

sono le camere di riserva o spaziatori. Anche la produzione di questi accessori ha creato però un mondo nel quale è difficile districarsi e saper scegliere. Vari studi scientifici dimostrano che l'uno è più efficace dell'altro, ma spesso le scelte sono obbligate. Alcune case farmaceutiche producono i loro spaziatori che possono essere usati solo con i loro farmaci. Ciò spesso costringe il paziente a scelte obbligate ed il medico dovrà porre particolare attenzione nella prescrizione dei farmaci. Anche per questi ausili sono stati pensati modelli pediatrici e per adulti.

Infine da non sottovalutare i rischi e le controindicazioni della terapia inalante.

I farmaci possono essere irritanti per alcune persone e quindi dovrebbero essere riferiti al medico i sintomi che appaiono durante la somministrazione, ma soprattutto non si dovrebbero inalare sostanze senza la prescrizione del medico. Gli strumenti e gli accessori necessitano di una attenta pulizia quotidiana: acqua calda e detersivo da piatti con un buon risciacquo.

E se in famiglia più persone necessitano di usare lo strumento? Ogni persona avrà la propria ampolla e la propria maschera o boccaglio: ciò evita la possibilità di infezioni crociate (passaggio di germi da una persona all'altra).

Forse tutti noi pensavamo di sapere che cos'è un aerosol: un modo di somministrare i farmaci molto semplice... In realtà non è proprio così!

*** Fisioterapista**

**Centro Regionale Veneto
Fibrosi Cistica**

CENT'ANNI DI SOCCORSO

Novantaquattro anni fa a Verona le urgenze venivano trasportate in ospedale da quattro uomini di buona volontà muniti di una barella. Era così la Croce Verde ai suoi albori, in quel 1909 quando il primo presidente, l'avv. Guido Franchini Stappo, e il primo segretario, Giulio Lombroso, formalizzarono la sua nascita.

Dietro di loro alcuni cittadini di diversa estrazione sociale, desiderosi di aiutare il prossimo, su esempio di alcune esperienze già sbocciate a Genova e Milano. Se la prima autoambulanza fu una barella, la prima sede non fu altro che un porticato, quello del Cortile Mercato Vecchio, nel cuore di Verona. Poco distante, oggi, c'è la sede della Provincia, che insieme al Comune e alla Cassa di Risparmio furono i primi Enti pubblici a sostenere il sodalizio dal punto di vista economico. Ma la svolta,



Sopra una foto d'epoca con i primi mezzi di soccorso della Croce verde. A destra, alcuni operatori con una lettiga storica



Il soccorso scatta digitando il 118

118. E' il numero del Suem, il Servizio di urgenza ed emergenza medica, con ha sede al Policlinico di Borgo Roma, che si deve comporre in caso di necessità. Gli operatori del centralino, orientandosi su domande specifiche, assegnano all'intervento un codice in base alla gravità e avvisano una Croce convenzionata. Se il codice è rosso viene mobilitata un'auto medica e un'ambulanza infermierizzata, se è giallo solo un'ambulanza infermierizzata, se è verde un'ambulanza con un soccorritore e un autista a bordo.

I medici sono tutti specializzandi, al terzo o al quarto anno, in anestesia e rianimazione e operano in Croce Verde tramite una convenzione con l'Università di Verona. Anche gli infermieri provengono dai reparti più critici degli ospedali.

L'attività di soccorso sul territorio

avviene grazie ad una convenzione con le tre Ulss provinciali, la 20, la 21 e la 22. La convenzione con l'Azienda ospedaliera permette invece il trasporto interno all'ospedale di Borgo Trento e tra quest'ultimo e l'ospedale di Borgo Roma. Nel nosocomio maggiore Croce Verde ha in servizio 9 ambulanze: 7 per i trasporti non urgenti e programmati, una per le emergenze da un reparto all'altro, e una polivalente (attrezzata sia per le urgenze sia per i trasferimenti di routine).

La Croce Verde, oltre ad effettuare attività di soccorso e di protezione civile, svolge anche trasporti direttamente richiesti dai cittadini. Una forma di sostegno economico insieme a quella storica, cioè l'affitto dei cuscini agli spettatori dell'Arena, dove la Croce Verde garantisce anche l'assistenza sanitaria di emergenza.

Durante la scorsa stagione lirica gli interventi sono stati - tra giugno, luglio e agosto - ben 2.140.

Tutti i numeri della Croce Verde

1.500 volontari (di cui 800 in città e gli altri 700 in provincia)

50 dipendenti

37 autoambulanze

4 auto mediche

1 sede centrale in Lungadige Panvinio

1 sede periferica in Borgo Venezia
8 sezioni: Castel d'Azzano, Cerro Veronese, S. Pietro Incariano, Grezzana, Isola della Scala, Legnago, Villafranca, S. Giovanni Lupatoto

Interventi d'urgenza nel 2002:

Ulss 20: 12.614

Ulss 21: 1.000

Ulss 22: 1.813

Interventi all'interno dell'Azienda ospedaliera: 25.212

Nereo Marini, 51 anni in prima linea

Mezzo secolo. Per la precisione 51 anni di servizio alla Croce Verde. E a sentire Nereo Marini, in casacca rossa da quando ha vent'anni, quelli trascorsi non saranno gli ultimi. C'era già quando i mezzi della Croce Verde erano cinque ambulanze - "se le avessimo tenute oggi avrebbero un grande valore come cimeli" - e quando le tecniche di soccorso erano tutt'altra cosa da quelle attuali. "Allora si andava in ospedale per morire - taglia corto Nereo - e la gente lo sapeva. Soprattutto gli anziani, che quando li andavi a prendere a casa avevano gli occhi più eloquenti di qualsiasi discorso". Oggi non effettua più servizio di soccorso - "sa, i 71 anni si fanno sentire sulle gambe" - ma coordina la sezione sportiva, cioè quelle squadre che devono essere presenti allo stadio o nelle strutture sportive. "Ho iniziato

notevole per quei tempi, venne dai ferrovieri, che costituivano il gruppo più numeroso tra i volontari. Nel 1911 essi regalarono una "bellissima lettiga a mano di volata", per consentire un trasporto più veloce del paziente in ospedale.

Pochi anni dopo, nel 1919, arrivò la prima autolettiga. E pochi anni dopo ancora, era il 1925, la Croce Verde fece trasloco dal porticato di Cortile Mercato Vecchio alla nuova sede di proprietà tra via Libera e Lungadige Panvinio. Sede che nel 1944 venne bombardata dagli aerei alleati, aggravando, più di quanto lo era già, la situazione economica dell'Ente, che fu costretto a bloccare le tre autoambulanze vista la mancanza di carburante di cui soffriva tutta la città. Ma coloro che allora governavano la Croce non si perdettero d'animo. Assicurarono subito il Comune che il servizio ai poveri non avrebbe subito alcuna sosta, e se in mezzi erano in panne non lo era lo spirito di sacrificio dei volontari, che sarebbero tornati alle vecchie lettighe a mano pur di provvedere alle necessità più urgenti.

La guerra finalmente ebbe fine e fu l'ora della ricostruzione anche per gli uomini della Croce Verde che si trovarono a fare i conti con la mancanza di mezzi per proseguire l'attività. Il primo

quasi per gioco - insieme ai miei amici - racconta - e poi mi sono appassionato. Ci si sente bene a dare una mano alla gente che ne ha bisogno".

Celibe, impiegato prima della pensione come artigiano nel settore degli impianti di carburante, Nereo descrive la Croce come una famiglia. "E' stata sempre così per me. Anche oggi, quando i ragazzi giovani mi trattano come uno di loro. Eppure non lo sono...". E proprio di questi ragazzi Nereo vuole parlare. "Sono persone splendide - conclude - però restano con noi poco, due o tre anni. E' la vita che non permette più di fare il volontario a lungo termine. C'è lo studio, il lavoro che impegna moltissimo e poi la famiglia. Resta molto poco tempo per il resto".



segnale di risveglio venne dal Comitato di redazione che regalò al sodalizio una radio, un po' malconcia, ma che si dimostrò subito un buon aiuto. Iniziò così il cammino di ripresa, che vide la Croce rafforzarsi progressivamente sia come parco mezzi sia come efficienza. Nel 1976 contava già 14 ambulanze di cui 12 con radiotelefono. Sono gli anni - tra il 1980 e 1990 - in cui si assiste ad una crescente domanda da parte dei giovani di svolgere volontariato nella Croce Verde, la quale registra anche l'interesse da parte di enti, persone e imprese veronesi. Sotto la presidenza di Bruno Bovo e Giovanni Motton, il parco mezzi sale fino a 30 unità modernamente attrezzate e alla fine degli anni '90 l'ente diventa capofila del servizio d'emergenza (118) attraverso la convenzione con l'Ulss 20. "Con il vostro intervento di domenica 27 luglio avete contribuito a salvare la vita di mia madre". Giovanni Padovani mostra con orgoglio il breve testo dattiloscritto firmato da una signora veronese che rin-

Croce verde

55

grazia gli "angeli" in tuta arancione. E' uno dei tanti che ogni giorno riceve la Croce Verde, l'ente di cui Padovani è presidente dal 1999. Li conserva tutti in una cartellina, promettendo di farne al più presto un piccolo libretto. "Sono riconoscimenti ancora più preziosi di quelli che ci sono stati dati dalle istituzioni - dice -. La testimonianza di quanto la gente comune apprezzi il nostro servizio". Un servizio svolto da un esercito di "samaritani del 2000", come li definisce il titolo di un mini-libro pubblicato dalla Croce di Lungadige Panvinio in occasione del 90° compleanno. Millecinquecento volontari, distribuiti tra Verona e provincia, che di notte assicurano un'assistenza sanitaria di pronto intervento a tutta la cittadinanza. "Ogni volontario deve garantire una notte ogni 13 giorni - spiega Padovani - dalle 19 alle 7 del mattino seguente.

Durante il giorno, invece, operano soprattutto i dipendenti, che tra soccorritori e autisti sono circa 50 persone. E' più difficile, infatti, trovare volontari

per il diurno, soprattutto in questi anni in cui è venuto a mancare anche l'apporto degli obiettori di coscienza". L'attività di Croce Verde si svolge sul territorio - grazie alla convenzione con l'Ulss 20, 21, 22 - e all'interno dell'ospedale di Borgo Trento, per il trasporto da un reparto all'altro e dal Pronto soccorso ai reparti. L'accordo in questo caso è con l'Azienda ospedaliera e prevede anche i trasferimenti tra i due principali nosocomi cittadini.

"Diventare volontari di Croce Verde non è così semplice come si crede - puntualizza il presidente - Il corso di preparazione si delinea in 27 serate, con lezioni tenute da soccorritori, medici e infermieri. Ultimamente - continua - abbiamo voluto introdurre anche alcune lezioni dedicate alla comprensione delle motivazioni che inducono una persona a scegliere di fare volontariato proprio in Croce Verde". Che il corso di preparazione non sia proprio una passeggiata lo dimostrano i dati: la primavera scorsa su 80 iscritti solo la metà è arrivata al test

Croce verde

finale, che prevede una prova scritta, orale e pratica.

“Per portare a termine l'iter ci vuole molta costanza - prosegue Padovani - Non sono pochi, invece, coloro che si avvicinano a Croce Verde con motivazioni per lo più emozionali. Quando si accorgono che è necessaria una preparazione tecnica, abbandonano. Siamo coscienti - sottolinea - che pretendere molto ha i suoi rischi. Ma vogliamo che chi indossa ma nostra divisa sia degno della gratitudine dei cittadini”.

Per questo Croce Verde ha scelto che la formazione non si riduca al corso e ai sei mesi affiancamento dei “nuovi arrivati” ai “veterani”, ma che prosegua nel tempo. La medicina e le tecniche di pronto soccorso - afferma il presidente - sono in rapida evoluzione. E' assurdo che chi opera nel nostro campo resti fermo ad un corso iniziale. La formazione permanente è fondamentale, se si vuole raggiungere uno standard qualitativo elevato”.

E' una Croce Verde che il prossimo dicembre compirà 94 anni, quella che guida Padovani. Ma non sembra risentirne affatto. Anzi alla sua tenera età ha in programma anche un trasloco. “Questa di Lungadige Panvinio è la sede storica - commenta il presidente - quasi un simbolo. Ma non potevamo più rimanerci. Abbiamo un parco mezzi che comprende 37 autoambulanze e 4 auto-mediche. Un problema per il traffico della zona e poi non sono mancate lamentele da parte dei residenti”. La nuova sede - in via San Giacomo, nell'ex comando della Polizia stradale - è un dono della Fondazione Cassa di Risparmio che l'ha acquistata dandola poi alla Croce Verde.

“Un ricorso storico - sorride Padovani - il sodalizio è entrato nel 1924 in Lungadige Panvinio grazie all'aiuto della Cassa di Risparmio. Ora la storia si ripete con la Fondazione”. E la vecchia sede? “Vorrei tranquillizzare tutte le persone che vivono nel quartiere - conclude Padovani - che non abbiamo intenzione di abbandonarla. Siamo aperti al dialogo con tutte le istituzioni per realizzare un progetto a vantaggio dei cittadini, forse un poliambulatorio o magari un centro servizi”.

Elena Zuppini

Leishmaniosi, un problema per Fido e per il suo padrone

La Leishmaniosi è una malattia che colpisce il cane causata da un protozoo (la Leishmania) che, penetrato nell'organismo, si localizza all'interno di tipi particolari di cellule del sistema immunitario, provocandone la distruzione. La sua pericolosità consiste nel fatto che essa è una zoonosi, può perciò essere trasmessa all'uomo, nel quale si manifesta in varie forme cliniche: la Leishmaniosi viscerale, più frequente, e la Leishmaniosi cutanea.

Diagnosticata in tempo, la malattia nell'uomo può essere facilmente curata con l'uso di specifici antibiotici, ma questi farmaci non hanno, purtroppo, la stessa efficacia nel cane. Il nostro fedele amico non guarisce mai completamente, diventando così un portatore, a volte asintomatico, della malattia che negli ultimi anni è stata accertata anche in animali residenti

in zone pedemontane della provincia di Verona.

La malattia è trasmessa dal Flebotomo, un piccolo insetto pungitore, di colore giallo pallido - più comunemente chiamato papatacio - della grandezza di 2-3 millimetri che si nutre di sangue. Esso punge di notte nella stagione calde fra giugno e settembre. I cani colpiti dalla Leishmaniosi possono mostrare sintomi acuti (rari) come febbre alta, astenia, disturbi nervosi e lesioni cutanee.

Più spesso la malattia si manifesta in forma cronica con forte

dimagrimento, anemia, ingrossamento dei linfonodi e della milza, febbre intermittente e lesioni cutanee (più frequentemente localizzate alla testa), come rarefazione del pelo, eczema furfuraceo senza prurito e ulcere irregolari più o meno estese.

Altri sintomi caratteristici sono l'abnorme crescita delle unghie, la fuoriuscita di sangue dal naso

e la congiuntivite catarrale o purulenta con edema palpebrale. Il cane che si presenta abbattuto e sonnolento dimagrisce sino a ridursi in fin di vita.

La mancanza di farmaci sicuramente efficaci nella cura della malattia del cane e gli scarsi risultati ottenuti finora nella sperimentazione dei vaccini inducono a ritenere che l'unica forma di prevenzione

efficace della malattia sia la lotta agli insetti che la trasmettono. Se portiamo il cane in zone considerate a rischio - lo sono, in particolare, le aree costiere tirreniche, ioniche, adriatiche, compreso Gargano e isole - dovremo proteggerlo dalla puntura di insetti usando specifiche sostanze repellenti e avendo cura che anche la sua cuccia, se posta all'esterno, sia ugualmente trattata.

(Notizie tratte dall'opuscolo a cura del Servizio veterinario del Dipartimento di prevenzione Ulss 20)



A provocarla, anche a Verona, è la puntura di un insetto