

La Salute

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

e la Città



Curare l'ulcera e il
mal di stomaco
MENOPAUSA
Ormoni quanto basta



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI VERONA

L'OSPEDALE IN LINEA

812 12 12



CUP
Centro Unico
Prenotazioni

Per

- Informazioni
- Prenotazioni e disdette di visite specialistiche

PIÙ CENTRI
SPECIALISTICI
COLLEGATI

MENO ATTESE
PER I PAZIENTI



La Salute e la Città

anno 4 - numero 3
Settembre 2006
Registrazione n. 1567 del
11.11.03 del 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, Giampaolo Chiaffoni, Franco Colletta, Bernardo Dalla Bernardina, Giuseppe Ferrari, Luciano Flor, Roberto Fostini, Giovanna Ghirlanda, Alessandro Lechi, Vincenzo Locascio, Augusto Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna Pirana, Francesco Procaccio, Giovanna Scroccaro, Luciano Sterzi, Michele Tansella, Stefano Tardivo, Salvatore Toscano, Corrado Vassanelli, Emanuela Zandonà, Rosaria Zanon

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

Paola Arosio, Alessandro Azzoni, Giovanna Billeci, Anna Laura Folena, Romina Gobbo, Ilaria Noro, Chiara Tajoli, Maria Vascon, Valeria Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

Offset Print Veneta s.r.l.
via Schiaparelli 10
37135 Verona
Tel. 045 8200811

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

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

La Salute

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

e la Città

Sommario

EDITORIALE

Un premio alle "idee in corso"
di *Valerio Alberti* pag. 2

FOCUS

Terapia immediata
di *Alessandro Azzoni* pag. 4

ECOFARMACOLOGIA

Farmaci con cautela
di *Giampaolo Velo* pag. 7

L'INTERVISTA

Con spirito di servizio
di *Mfc* pag. 8

IN PRIMO PIANO

Quel "mal di stomaco"
di *Valeria Zanetti* pag. 10

SICUREZZA

Occhio alla strada
di *Michele Nespoli* pag. 13

TERAPIE

Ormoni: quanto basta
a cura della redazione
di "Dialogo sui farmaci" pag. 16

OCULISTICA

I "ladri" della vista
di *Paola Arosio* pag. 18

PSICOLOGIA

Il rischio di scoppiare
di *Luisa Nadalini* pag. 20

COLLABORAZIONI

Nuova "linfa vitale" pag. 23

ASSOCIAZIONI

Volontari in festa
di *Giovanna Pirana* pag. 24

PEDIATRIA

Piccoli celiaci
di *Valeria Zanetti* pag. 26

PEDIATRIA

Un soffio che allarma
di *Alessandro Azzoni* pag. 29

ECCELLENZE

Una nuova pelle
di *Paola Arosio* pag. 32

DERMATOLOGIA

Dopo il sole sos pelle
di *Mirko Aldinucci* pag. 35

CHIRURGIA

Progressi sul fegato
di *Elena Zuppini* pag. 37

ASSOCIAZIONISMO

Recuperare la parola
di *Anna Laura Folena* pag. 42

CURE

Prima è meglio è pag. 46

EDUCAZIONE

Migliorare studiando
di *Giovanna Pirana* pag. 49

SOLIDARIETÀ

Sanità d'esportazione
di *Ilaria Noro* pag. 51

RUBRICHE:

IL PUNTO

Cronaca e riservatezza
di *Maria Fiorenza Coppari*
Del Giglio pag. 3

MEDICO DI FAMIGLIA

"Patti" tra Ulss e medici di base
di *Gelmino Tosi* pag. 25

INCONTRI

Rianimare le corsie...
di *padre Giacomo Bonaventura*
pag. 40

...per aprire alla vita
di *Francesco Procaccio* pag. 41

LISTE D'ATTESA

Prestazioni per piccoli pazienti
di *L. Flor e G. Bisoffi* pag. 44

PAROLE CHIAVE

Strutture di assistenza primaria
di *Stefano Tardivo* pag. 48

AMICI ANIMALI

Fido "buon cittadino"
di *Anna Laura Folena* pag. 53

URP

Il ticket si paga sempre?
di *Salvatore Toscano*
e *Tiziano Perusi* pag. 56

Un premio alle "idee in corso"

di Valerio Alberti*

La nostra Azienda ripropone quest'anno il Premio riservato ai dipendenti. La seconda edizione è stata indetta sulla scia del successo con cui l'iniziativa è stata accolta al suo esordio. Quest'anno il Premio ha un titolo – *Idee in corso. Progetti per la salute* – che ne sintetizza le finalità. Si tratta, infatti, di valorizzare la capacità, più diffusa di quanto non si creda nel nostro ospedale, di promuovere nuove iniziative tese a migliorare la qualità dell'accoglienza, delle cure, della relazione con il paziente.

Si tratta di azioni che possono essere definite progetti per la salute, ampliando il concetto di salute fino a comprendervi anche la possibilità di affrontare nel modo migliore il momento della malattia.

La risorsa umana è un bene intangibile, ma di vitale importanza per qualsiasi impresa. I dipendenti, insegnano gli esperti di management, dovrebbero essere considerati soci. Vi sono statistiche che dimostrano che le aziende che non valorizzano qualità e competenze dei propri collaboratori – come, più correttamente, dovrebbero essere definiti i dipendenti – in un caso su tre possono rischiare persino il fallimento.

L'asse portante di un'azienda non sono i beni materiali, dato che la tecnologia si evolve tanto rapidamente da costringere ad una continua riorganizzazione, ma proprio i collaboratori. E c'è persino chi ritiene "falsi" i bilanci d'esercizio, perché non danno riscontro delle competenze e dell'apporto del personale. Tutto ciò vale in modo singolare per un'Azienda com'è il nostro ospedale, sia per la sua complessità, sia per la particolarità dell'utenza alla quale ci rivolgiamo: persone malate che non cercano soltanto cure, ma anche un contatto umano, un sostegno alla loro fragilità. Chi lavora in ambito sanitario sa bene quale coinvolgimento è richiesto accanto all'indispensabile formazione professionale. Se pensassimo in futuro di realizzare un bilancio sociale delle attività del nostro ospedale,



dale, certamente ne uscirebbe una rappresentazione più veritiera della qualità del contributo dei dipendenti al suo sviluppo.

Il Premio è anche un'occasione per condividere la "visione" della nostra Azienda, cioè il progetto complessivo all'interno del quale sono collocate tutte le nostre azioni e per migliorare il coinvolgimento di tutti nel conseguimento degli obiettivi. Un coinvolgimento che ci auguriamo generi entusiasmo, termine che alcuni potrebbero ritenere eccessivo, ma che oggi è stato rispolverato dagli esperti di management quale elemento decisivo per il successo dell'impresa, assieme alla promozione del lavoro di squadra ed all'integrazione delle diversità.

A dire il vero, l'entusiasmo l'abbiamo percepito l'anno scorso durante la serata di premiazione, così come sono stati evidenti l'emozione dei premiati e l'indiscusso valore dei progetti presentati.

Riproponiamo dunque, il nostro Premio, avendo anche quest'anno ottenuto il sostegno della Banca Popolare di Verona e Novara che ha pienamente compreso e condiviso le

**Anche quest'anno
l'Azienda
ospedaliera
organizza
un concorso
per valorizzare
i migliori progetti
dei dipendenti**

nostre finalità.

La nuova edizione propone riconoscimenti ancora più interessanti e si articola in tre sezioni. *Sinergie*: per progetti realizzati in collaborazione da almeno due Unità operative (sanitarie e/o tecnico-amministrative); *Miglioramento e innovazione*: per progetti individuali o d'équipe realizzati nelle aree tecnico-amministrativa, sanitaria e infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnico-sanitaria; *Ricerca*.

Abbiamo cercato una formula che potesse coinvolgere quante più persone possibile, dando spazio a tutte le categorie professionali che operano in ospedale. Vogliamo valorizzare la capacità di elaborare progetti o lavori di ricerca che si distinguano per originalità, multidisciplinarietà e coinvolgimento di più ambiti aziendali, con particolare riferimento ai settori organizzativo, tecnico-scientifico, della promozione culturale, l'aggiornamento professionale, la qualità ed il miglioramento dell'accoglienza e della relazione con il malato.

Il termine ultimo per la presentazione dei lavori scade il 31 ottobre. La sera del 1° dicembre ci incontreremo per la premiazione. Sarà l'occasione per dimostrare il nostro tangibile ringraziamento a tutti i nostri collaboratori.

***direttore generale
Azienda ospedaliero-universitaria**

Tra cronaca e riservatezza

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

La condizione del malato ricoverato in ospedale presuppone sempre uno stato di particolare fragilità emotiva, un bisogno di protezione e di sostegno psicologico necessario ad elaborare le conseguenze e i cambiamenti determinati dalla malattia alle abitudini di vita.

In generale il malato manifesta il desiderio di aver accanto soltanto persone care, come i familiari o gli amici più intimi, o di sua completa fiducia, con le quali poter condividere preoccupazioni e speranze.

Il suo diritto alla riservatezza è "sacro", ma vi sono circostanze nella quali può accadere che non solo i suoi familiari, ma addirittura l'intera comunità si interroghi sulle sue condizioni. Capita, ad esempio, quando il paziente è vittima di un episodio di violenza, o resta traumatizzato in un incidente stradale, o, ancora, quando la sua vita che si spegne genera quello straordinario atto di solidarietà e amore che si concretizza nella donazione degli organi.

In questi casi, e in altri simili, i giornalisti tempestano medici, operatori sanitari e ufficio stampa dell'ospedale per avere notizie del malato. Tramontati i tempi - non troppo lontani cronologicamente, ma definitivamente superati per la sensibilità odierna -, in cui i giornalisti non incontravano particolari ostacoli nella raccolta di informazioni sui pazienti e decidevano in piena autonomia e libertà di coscienza i dettagli che potevano essere resi noti, oggi la normativa sulla privacy delimita severamente anche il diritto di cronaca.

Ma le regole, pur necessarie, non sempre sono accettate o comprese, perché il cronista ritiene d'esercitare il diritto di cronaca, soprattutto quando la persona di cui chiede notizie abbia scelto la notorietà come "dimensione esistenziale del proprio agire", per cui "si presume abbia rinunciato a quella parte del proprio diritto alla riservatezza

Il paziente necessita solo della vicinanza dei suoi familiari, ma a volte deve fare i conti con l'interesse mediatico per la sua malattia

direttamente correlata alla sua dimensione pubblica", come recita una sentenza del tribunale di Roma ben nota ai cronisti. Già, ma come coniugare diritto di cronaca e diritto alla riservatezza quando il cittadino è ricoverato in una struttura come l'ospedale?

Per approfondire questo interessante dibattito il 12 ottobre a Verona si terrà la terza edizione de *La salute in cronaca*, seminario dedicato in particolare ai giornalisti che si occupano di medicina e sanità. L'iniziativa è stata avviata d'intesa fra Ordine dei Giornalisti del Veneto e Azienda ospedaliero-sanitaria di Verona per aprire un confronto, non sporadico, su temi che mettono alla prova la professionalità del giornalista, soprattutto per quanto attiene alla responsabilità verso i cittadini.

Si confronteranno relatori molto qualificati, come Claudio Filippi e Mauro Paissan, componenti del Garante per la Protezione dei dati personali. Dopo la relazione dell'avvocato Giorgio Battaglini sulla normativa della privacy, Filippi, dirigente del Dipartimento libertà pubbliche e sanità, approfondirà il codice sulla privacy, parlando della dignità e dei diritti del paziente nella struttura sanitaria. Significativo il titolo della relazione del giornalista Mauro Paissan *Quando l'informazione fa male. Il punto di*

vista del Garante.

Prevista anche una tavola rotonda con la partecipazione del consulente medico della trasmissione *Elisir* Carlo Gargiulo, con il giornalista televisivo Mario Puliero, in veste di cronista e di padre che ha vissuto in prima persona il conflitto fra diritto di cronaca e desiderio di riservatezza, il rianimatore Francesco Procaccio, con vasta esperienza di pazienti considerati, loro malgrado, "casi di cronaca", il medico legale Franco Alberton che metterà a confronto la privacy del medico con quella al cui rispetto è tenuto il giornalista, lo psicologo clinico Gaetano Trabucco, esperto di recupero e sostegno a pazienti vittime di traumi e violenze ed ai loro familiari.

Interverrà anche il Commissario straordinario per la programmazione sanitaria presso la Segreteria regionale Sanità e Sociale, Giancarlo Ruscitti. All'incontro sono attesi giornalisti, medici e comunicatori degli Uffici relazioni con il pubblico delle strutture sanitarie pubbliche e private. Programma e modulo di partecipazione sono scaricabili dal sito dell'Ordine del Veneto: www.ordinegiornalisti.veneto.it.

Sarà utile ascoltare le ragioni dei giornalisti e quelle del personale sanitario e cercare di capire se e come sia possibile fare buona informazione senza ledere i diritti del cittadino.

Un dato è certo: la pressione e l'aggressività, talvolta, dei media negli ultimi anni è aumentata in misura direttamente proporzionale al loro numero. Agenzie di stampa, quotidiani, televisioni, radio e periodici sono continuamente alla ricerca di notizie. E al centro della notizia c'è sempre un protagonista, una persona che, nel nostro caso, preferirebbe non sentir parlare di sé. I pazienti, molto più spesso di quanto non si creda, chiedono d'essere difesi dalle "incursioni" medianiche. Qual è il modo più corretto per affrontare la questione?

TERAPIA IMMEDIATA

Colpire ciò che resta del tumore evitando di irradiare i tessuti sani, con due vantaggi fondamentali: maggiore incisività d'azione da un lato, sostituzione di tutte le successive sedute di radioterapia dall'altro.

L'applicazione delle radiazioni direttamente sul letto operatorio, pochi minuti dopo l'asportazione del tumore, è una delle frontiere della terapia oncologica. E Verona è uno dei pochi luoghi d'Europa nei quali questa metodologia è già realtà. Si chiama I.O.R.T., acronimo di *Intra Operative Radio Therapy* e consiste nell'utilizzo di un acceleratore mobile di elettroni proveniente dagli Stati Uniti per colpire quelle zone dell'addome dove presumibilmente posso essere rimaste cellule tumorali residue non appena terminato il lavoro del chirurgo. L'apparecchiatura, del valore di un milione di euro, è stata prestata, con il contributo del 70%, dalla Fondazione Cariverona.

«A Verona la Iort funziona da quasi un anno», spiega il dottor Sergio Maluta, direttore dell'Unità operativa di radioterapia dell'ospedale di Borgo Trento.



Sergio Maluta, direttore dell'Unità operativa di Radioterapia dell'ospedale di Borgo Trento, all'inaugurazione dell'apparecchiatura (nella foto sotto)

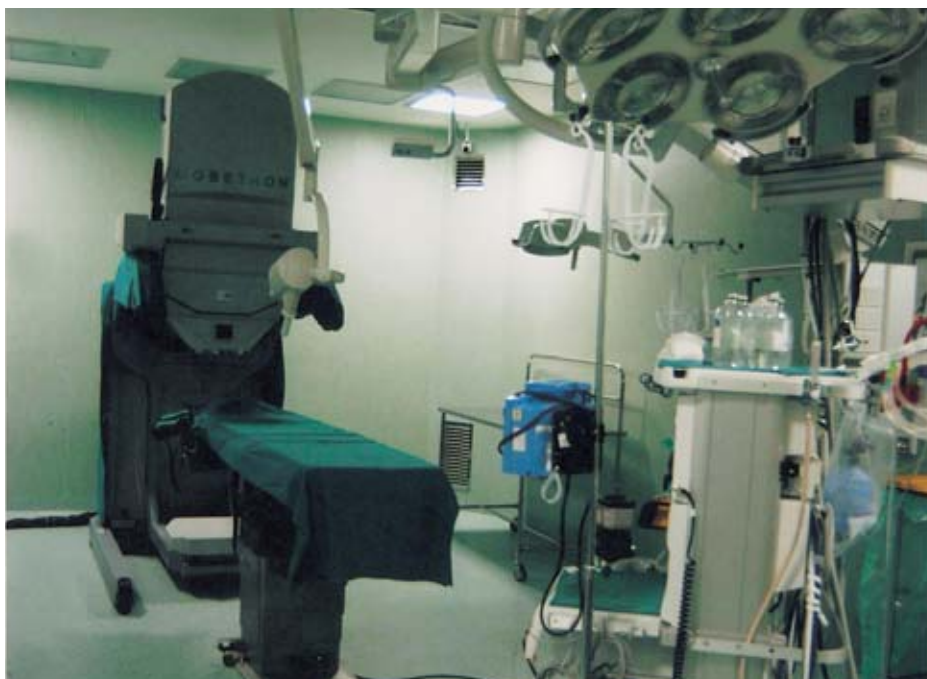
Ma perché utilizzare la radioterapia direttamente sul campo operatorio, visto che tale metodica terapeutica viene già utilizzata in via convenzionale? «Perché in questo modo si va a colpire solo la zona dove si presume possano essere rimaste cellule neoplastiche, isolando contemporaneamente i tessuti sani circostanti – prosegue Maluta –. Una cosa, questa, che

dall'esterno non si può fare. E questo è il primo vantaggio, cioè quello di proteggere i tessuti sani.

Si va poi a colpire l'area della sede tumorale immediatamente dopo l'intervento, cioè nella fase in cui i tessuti sono più ossigenati dal sangue e quindi più radiosensibili, per di più in un momento in cui la duplicazione delle cellule non è ancora iniziata. Un trattamento radiante post-operatorio normale viene effettuato invece circa un mese dopo l'intervento per aspettare che la ferita si chiuda.

Proprio durante questo lasso di tempo esiste la possibilità che le cellule di talune patologie tumorali inizino a duplicarsi; la Iort esplica in tal caso un'azione terapeutica fondamentale.

L'irradiazione del tessuto avviene poi su indicazioni fornite direttamente dal chirurgo che ha eseguito l'intervento di asportazione della massa tumorale, con la massima precisione da un lato e, come detto, con il massimo risparmio dei tessuti sani circostanti dall'altro. Un'unica seduta di radioterapia intraoperatoria consente infine di sostituire un intero ciclo di radioterapia di 25/30 sedute, solitamente della durata di almeno 40 gior-



LA IORT “IN PRIMA LINEA” CONTRO I TUMORI AL SENO

Tra i maggiori campi di applicazione della Iort c'è sicuramente la cura del tumore al seno. Consiste nell'irradiazione della sezione ghiandolare mammaria interessata dalla neoplasia dopo l'asportazione chirurgica del tumore.

Con l'ulteriore vantaggio che la dose di radiazioni erogata dall'acceleratore alloggiato all'interno della sala operatoria è biologicamente sovrapponibile alla dose totale somministrata con la radioterapia esterna in almeno una quindicina di sedute.

«La radioterapia intraoperatoria consente di annullare i tempi della radioterapia esterna, che sono di circa 4-6 settimane – spiega la dottoressa Annamaria Molino, oncologa all'ospedale di Borgo Trento e ricercatrice di Oncologia medica all'Università di Verona –. Oltre a ciò, questo tipo di radioterapia permette di risparmiare l'irradiazione della cute e dei tessuti sottostanti la mammella, come la parete toracica e il cuore.

Il dosaggio del fascio radiante permette infatti di irradiare solo la sede tumorale. L'accesso a questo tipo di terapia è tuttavia subordinato ad alcuni punti fermi.

Occorre in pratica che la paziente non abbia più di 50 anni, età oltre la quale la possibilità di recidive scende molto, che la massa tumora-



Anna Maria Molino, oncologa all'ospedale di Borgo Trento e ricercatrice di Oncologia medica all'Università di Verona, all'inaugurazione dell'acceleratore

le asportata sia di tipo unifocale e di dimensioni non superiori ai due centimetri e che la paziente abbia poi la possibilità di sottoporsi a controlli frequenti dopo l'intervento». Ogni anno in Italia il carcinoma mammario colpisce oltre 31 mila donne e causa circa 11 mila decessi. Più o meno sette donne su cento manifestano entro i 75 anni gli effetti clinici di questo tipo di neoplasia che è oggi la prima causa di morte nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni, e la seconda per le donne oltre i 55 anni, seguita dalle malattie cardiovascolari.

Nell'Italia meridionale e nelle isole l'incidenza della malattia è tuttora relativamente bassa rispetto alla media dei Paesi industrializzati, mentre aumenta progressivamente salendo al nord.

Secondo i dati del Registro tumori, a Latina e a Ragusa il tumore del seno colpisce rispettivamente 52 e 68 donne ogni 100 mila, 92 a Torino, 95 a Genova e 99 a Varese. Nella sola regione Veneto si registrano ogni anno dai 5 ai 6 mila nuovi casi di tumore mammario in donne comprese tra i 20 e i 90 anni di età.

Al.Az.

ni».

Per il paziente i vantaggi sono quindi sia sul piano logistico che su quello psicologico, visto che una volta terminato l'intervento chirurgico non dovrà sottoporsi a lunghe attese per i trattamenti di terapia radiante. Indirettamente il vantaggio si ripercuote anche sui pazienti che a questa metotica non verranno sottoposti, poiché con l'introduzione della Iort molte liste d'attesa si ridurranno, non essendo più necessario trattare i pazienti già irradiati in corso di inter-

vento.

Il concetto della Iort non è nuovo. «L'innovazione principale è fondamentalmente logistica: mentre in passato questa terapia veniva effettuata in una sala diversa da quella operatoria, con la necessità di trasferire il paziente con addome non ancora suturato, oggi le nuove apparecchiature sono situate direttamente nella sala operatoria, con un evidente ottimizzazione di tutta la procedura – prosegue il dottor Maluta –.

L'apparecchiatura è stata dislocata in

una delle nuove sale operatorie della spina centrale della struttura di Borgo Trento, dove verranno effettuati anche i trapianti d'organo. Ciò ha comportato la messa a norma della sala con una speciale schermatura delle pareti e del pavimento tramite una miscela di calcestruzzo baritato, cioè con un cemento a base di bario, un metallo pesante che impedisce la dispersione delle radiazioni. Oltre naturalmente a tutta una serie di impianti d'allarme e di telecamere per il controllo del paziente durante

l'irradiazione».

Più tecnicamente, la Iort consiste nell'irradiazione di un fascio di elettroni lanciati ad una data velocità sul tessuto da trattare in base all'energia somministrata. Queste radiazioni determinano poi la formazione di una enorme quantità di radicali liberi estremamente aggressivi e che tendono a reimpossessarsi degli elettroni perduti strappandoli proprio dagli atomi che compongono le cellule dei tessuti tumorali, che vengono in questo modo distrutte. A tale effetto si aggiunge anche un'azione di danno diretto al dna delle cellule tumorali.

«È tuttavia una procedura che deve essere necessariamente legata ad altri strumenti terapeutici come la chemioterapia o l'ipertermia – riprende Maluta –. La lotta contro il cancro prevede oggi sempre più un concorso e un percorso di terapie associate, la cui combinazione garantisce effetti sicuramente più importanti».

Attualmente la Iort viene praticata su una vasta serie di patologie neoplastiche localizzate in particolare in sede addominale e toracica. Comporta un lavoro interdisciplinare notevole, con il coinvolgimento del chirurgo e del fisico sanitario (addetto al calcolo della dose di radioterapia e ai controlli di qualità dell'apparecchiatura) e successivamente di tutto il persona-



Un'altra immagine dell'apparecchiatura per la Radioterapia

le della sala operatoria, non ultimo l'anestesista che deve talvolta adeguare la respirazione del paziente per evitare che interferisca con il posizionamento dell'acceleratore.

La casistica di applicazione spazia dai

tumori della mammella a basso rischio ai sarcomi, dai tumori pelvici in generale (tumori del retto e ginecologici in stadio avanzato) ai tumori agli organi come il pancreas o il fegato. La Iort potrà essere introdotta anche per la cura di alcuni tumori del polmone, nei tumori della prostata non completamente eradicabili e in genere in tutti quei casi ai limiti dell'operabilità dove gli accertamenti preoperatori non garantiscono una asportazione chirurgica completa. Ovviamente tale metodica non garantisce certo la guarigione automatica del paziente, che comunque dovrà sottoporsi alle cure chemioterapiche e ai normali controlli postoperatori.

«Attualmente – conclude – stiamo già trattando con la Iort da 6 a 8 pazienti a settimana. Vanno ad aggiungersi al grande lavoro dell'Unità di radioterapia che eroga trattamenti a circa 1.600 pazienti all'anno, con una media di circa 140 al giorno».

Alessandro Azzoni

DAL VENETO DIECI TONNELLATE DI FARMACI PER IL LIBANO



Il Veneto ha lanciato un'iniziativa di solidarietà per il Libano, raccogliendo farmaci per la popolazione duramente provata dalla guerra.

La raccolta è iniziata il 2 agosto e già il 30 l'assessore alle Politiche sanitarie Flavio Tosi (nella foto) con una nota ha ringraziato i direttori generali delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere per lo slancio con il quale hanno aderito alla raccolta. Nel giro di poche settimane sono state messe a disposizione dal Veneto ben dieci tonnellate di medicinali che,

confluiti nella farmacia dell'ospedale di Rovigo, sono stati trasferiti al porto di Brindisi. Da qui la nave "San Marco", messa a disposizione dalla Marina militare, li ha trasportati, assieme a quelli messi a disposizione da altre dodici Regioni, a Beirut, dove sono stati consegnati al ministro della Sanità libanese.

«Ancora una volta – ha scritto l'assessore – , di fronte ad un'emergenza umanitaria il Veneto ha saputo manifestare la sua generosità ed efficienza, anche nel coordinare il contributo delle altre Regioni».

I medicinali usati in maniera scorretta
possono provocare importanti reazioni avverse

E cofarmacologia 7

FARMACI CON CAUTELA

di Giampaolo Velo*

L'uso appropriato dei farmaci è correlato alla loro sicurezza. Un loro uso non corretto/razionale può infatti provocare reazioni avverse (ADR) che possono portare anche all'ospedalizzazione dei pazienti e che, come mostrano studi recenti, sono in gran parte evitabili.

Un importante servizio del 2004, nel *British Medical Journal*, uno dei giornali medici di maggior prestigio internazionale, giunge alla conclusione che oltre la metà delle ADR sono evitabili e potrebbero essere quindi ridotte in funzione della "qualità prescrittiva". Qualità tanto più importante in quelle fasce della popolazione più soggette a problemi legati alla tossicità dei medicinali, come ad esempio gli anziani.

Infatti, la maggior parte degli studi, che vengono eseguiti oggi, interessa la popolazione anziana, che è sempre più numerosa e che per le modificazioni fisiopatologiche a cui va incontro con l'età è più soggetta a problemi attinenti la "sicurezza dei farmaci". La popolazione pediatrica, le donne incinte, e di esempi se ne potrebbero fare ancora molti, sono altri gruppi da considerare con particolare attenzione nel corso di una terapia farmacologica. Anche le interazioni, in particolare negli anziani ai quali viene spesso somministrato un numero elevato di farmaci, in alcuni casi non necessari, sono un problema di grossa rilevanza.

Sfortunatamente i farmaci oggi sono considerati alla stregua di un bene di consumo, come se si trattasse di automobili, frigoriferi... Negli Stati Uniti è ammessa addirittura la pubblicità direttamente al cittadino. Infatti il consumismo in questo paese è spinto all'eccesso. Bisogna imparare a considerarli diversamente e ad utilizzarli quando siano realmente necessari. Non si tratta di



Giampaolo Velo

"acqua fresca", ma di sostanze chimiche attive sull'organismo, che possono portare a conseguenze non solo benefiche ma anche dannose.

Per una banale influenza non c'è necessità di antibiotici, tuttavia se ne fa un grande uso. Per una ipertensione di primo livello, blanda, può non esserci bisogno di cure con farmaci antipertensivi, ma può essere sufficiente una camminata di 40-45 minuti tutti i giorni, cioè di movimento. Una dieta attenta, in certi casi, può risolvere problemi legati all'aumento dei lipidi.

Ciò che ho detto non è certo un atteggiamento critico verso i farmaci, se questi sono terapeuticamente attivi, ma piuttosto una critica al modo in cui vengono utilizzati in certe situazioni. Non sono la panacea!

Inoltre di farmaci in commercio ce ne sono anche troppi, in particolare quando si tratta di classi di grande uso. Ed il troppo, in questo caso, può rendere la vita più difficile al medico prescrittore. Pensate che il prontuario dei farmaci del Drug Therapeutic Committee di Stoccolma ([\[sinfo.org\]\(http://sinfo.org\)\) è costituito di circa 300 farmaci. Un loro uso personalizzato, soprattutto grazie alle nuove conoscenze della ricerca farmacogenetica, sarebbe certamente auspicabile e porterebbe senza dubbio ad affrontare le varie malattie con migliori risultati terapeutici. Variazioni genetiche infatti possono causare differenze individuali nella risposta ai farmaci.](http://www.janu-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Di nuovo: no consumismo!

Ricordiamo che un uso razionale vuol dire talvolta "non prendere farmaci". Non esistono farmaci sicuri. Si spera che esistano medici sicuri! E non sottovalutiamo, da un punto di vista del rischio, i fitoterapici. La loro origine naturale non è garanzia di sicurezza. Su ciò gioca scorrettamente la pubblicità di tali sostanze quando ne afferma la "non pericolosità". I bevitori del succo di pompelmo ricordino che esso interagisce con una ventina di farmaci, anche di largo uso (chi volesse saperne di più mi contatti liberamente).

Ci sarebbe molto di più da dire ma non voglio esagerare con il rischio di annoiarvi. Il messaggio che vorrei dare è che il farmaco è uno strumento essenziale per tutti noi, però va usato propriamente.

Ricordo, infine, che la nuova tessera sanitaria, e non si capisce perché sia chiamata così, potrebbe contenere dati essenziali di tipo sanitario di ciascuno di noi e quindi anche dati relativi ai farmaci che assumiamo. Dati su allergie, su terapia anti-coagulante, terapia anti-diabetica per fare alcuni esempi potrebbero realmente portare ad un salto di qualità terapeutico.

***professore ordinario
di Farmacologia
e direttore U.O.
Farmacologia medica
ospedale Policlinico**

CON SPIRITO DI SERVIZIO

Il professor Michele Tansella è il nuovo preside della facoltà di Medicina dell'Università di Verona. Con l'inizio dell'Anno accademico 2006-2007 subentra al professor Fabio Menestrina, eletto in giugno, dopo le dimissioni del preside Francesco Osculati, per portare a compimento il triennio di quel mandato.

Psichiatra molto noto in ambito scientifico a livello internazionale per la prestigiosa attività clinica e di ricerca sulla salute mentale svolta in collaborazione con l'Oms, sessanta-quattrenne, dotato di spiccato *sense of humor*, frutto delle origini pugliesi affinate dalle intense frequentazioni londinesi, il nuovo preside è a Verona dal 1970.

Dichiara di essersi candidato con "spirito di servizio" e come primo atto del suo mandato ha deciso d'incontrare gli studenti, "forza base" della Facoltà scaligera che quest'anno ha registrato un incremento record di pre-iscrizioni, superiore al 15%.

In questa intervista spiega ai nostri lettori quali saranno i suoi orizzonti.

Professor Tansella, con quale spirito inizia il suo mandato?

«Ritengo che il primo impegno del nuovo preside, in questa fase delicata della vita della nostra facoltà di Medicina, debba essere quello di stimolare l'abitudine alla discussione e ad un confronto aperto delle opinioni sui temi fondamentali della nostra vita accademica e, per molti di noi, del nostro impegno assistenziale, al fine di poter quindi guidare, con mano sicura, questo processo verso la naturale evoluzione di ogni discussione, che è quella delle decisioni.

Sappiamo tutti quanto sia importante quest'ultima attività, essendo tra l'altro quella sulla quale si giudica la funzionalità di una facoltà e l'impatto che essa ha nel mondo circostante. Tuttavia non si può nascondere il fatto che la fase decisionale, se non

ESPERTO DELL'OMS PER LA SALUTE MENTALE

Studioso, psichiatra, docente.

Michele Tansella, professore ordinario di Psichiatria all'Università di Verona e direttore della Clinica psichiatrica e del Servizio psichiatrico territoriale di Verona-Sud, ha un profilo ricco e variegato, che vanta numerose e importanti esperienze a livello nazionale e internazionale. Grazie a una prestigiosa carriera scientifica, è stato anche nominato esperto dell'Organizzazione mondiale della Sanità per la Salute mentale. Un percorso, il suo, iniziato nel 1966 come ricercatore all'Istituto Mario Negri di Milano, e poi continuato in varie università, tra le quali Bari, Londra e Padova. Dal 1980 al 1988 è stato professore ordinario di Psicologia medica e ha assunto in seguito il ruolo di coordinatore del Dottorato di ricerca in scienze psichiatriche e di direttore del Dipartimento di medicina e sanità pubblica dell'Università di Verona. Dal 1993 è direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria.

Per vari periodi di tempo, ha lavorato all'Institute of Psychiatry, Kings College dell'Università di Londra (ove è tuttora visiting professor) ed ha frequentato numerose istituzioni psichiatriche e istituti di ricerca europei e americani. Tre i principali filoni di ricerca ai quali si è dedicato nel corso degli anni: psicofarmacologia sperimentale, psicofarmacologia clinica, psichiatria epidemiologica.

Membro di varie associazioni professionali, nel 2000 ha ricevuto il sesto premio di neuroscienze da parte dell'Associazione Fatebenefratelli per la ricerca.

È componente della Commissione nazionale per la salute mentale del



Ministero della salute. Fa parte dell'Editorial Board di nove riviste scientifiche internazionali ed è Editor della rivista *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* e della rivista *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* (EPS) ed assistant editor del *British Journal of Psychiatry*.

Ha tenuto letture e conferenze in vari Paesi, tra cui Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Germania, Giappone, Grecia, Islanda, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia, Svizzera, Taiwan, Usa. È autore di oltre 400 lavori scientifici (dei quali 240 pubblicati su riviste e volumi internazionali) e di 30 volumi, dei quali dieci in inglese. Sposato, ha una figlia di 26 anni, Carole, laureata in Storia dell'arte al Dams di Bologna. Appassionato di arte moderna e di letteratura, ama molto il suo lavoro.

P.A.

sufficientemente arricchita dalla fase precedente, quella della discussione e del confronto, finisce, con il passare del tempo, per isterilire l'attitudine al dibattito e per nascondere ed inaridire molte potenziali risorse: ci sono non pochi colleghi, specie tra i più giovani, che non hanno mai preso la parola nelle riunioni di Facoltà e non hanno mai dato, almeno apparentemente, alcun visibile contributo alla fase decisionale, se non il loro voto. Questa situazione va ora cambiata».

Qual è la nuova *mission* e quali sono oggi le peculiarità della nostra facoltà di Medicina?

«Come ho scritto nel mio programma, presentato a giugno ai colleghi elettori della Facoltà di Medicina di Verona per avere la loro fiducia ed il loro voto, la prima sfida che ci attende è la costruzione della nuova Azienda integrata. Dovrà essere sia "integrata", sia "nuova".

Una Facoltà di Medicina moderna deve oggi muoversi su di uno scenario ed in una prospettiva internazionali, senza peraltro trascurare il livello nazionale e quello locale. Ebbene ritengo che anche la costruzione della nostra Azienda integrata debba tener presente tutti e tre questi livelli, a cominciare da quello internazionale. Abbiamo bisogno di continuare a migliorare, di andare avanti; persino lo stare fermi significherebbe arretrare rispetto ad altre realtà, ad altre Facoltà mediche e ad altre Aziende.

Una seconda sfida è quella di potenziare la nostra ricerca scientifica, innanzitutto sostenendo i gruppi che a Verona fanno ricerca innovativa, di grande impatto e valore internazionale. Al tempo stesso bisognerà aumentare le risorse a disposizione di quei gruppi di buona qualità che non hanno ancora raggiunto i livelli di eccellenza dei primi.

Bisognerà infine valorizzare il lavoro di coloro che svolgono attività didattiche e cliniche di eccellenza, con impegno e sacrificio e che non hanno sufficiente tempo e sufficienti infrastrutture organizzative per pubblicare sulle riviste internazionali più



competitive. Qualcuno deve pure ricordare che senza di loro molte cliniche e molti corsi funzionerebbero meno bene, se non a fatica».

L'Azienda integrata dovrebbe aprire nuove prospettive anche all'integrazione fra attività assistenziali e di ricerca e didattica...

«La collaborazione ed il confronto tra coloro che a Verona dipendono dal Servizio sanitario nazionale (i cosiddetti colleghi ospedalieri) e coloro che dipendono dal ministero dell'Università (gli universitari) deve essere "a tutto campo", su tre piani contemporaneamente: la ricerca scientifica, l'assistenza e la didattica.

Il prerequisito per arrivare a questa integrazione è però ottenere un'attendibile descrizione della situazione attuale, creando subito, ad esempio, un'anagrafe delle attività svolte da ciascuno e da ciascuna Unità operativa in tutti e tre i piani o settori: i lavori pubblicati sulle riviste scientifiche "peer reviewed" negli ultimi tre anni, i progetti di ricerca in corso, i finanziamenti a sostegno di quei progetti; le attività assistenziali e quelle didattiche.

Ma la descrizione deve essere fatta utilizzando indicatori quantitativi e qualitativi, come dicevo, di riconosciuta attendibilità, per poter ragionare sui dati, invece che sulle dichiara-

zioni, magari non documentate adeguatamente. Questo è la direzione nella quale stanno andando da tempo la sanità e la medicina in tutti i Paesi più avanzati. Perché dobbiamo rimanere indietro?»

E qual è il suo "sogno"

«Non sono un sognatore, almeno non fuori della mia sfera personale e privata. Mi considero, invece, un artigiano del cambiamento e sono abituato a lavorare con tenacia e determinazione per cambiare, giorno per giorno, a piccoli passi, gli aspetti più insoddisfacenti della realtà che ci circonda, quando essi sono modificabili. Per cambiare le cose bisogna però avere uno schema di riferimento.

Nel nostro caso credo sia necessario uno schema complesso, a tre variabili, lo schema delle tre E: **E**tica, **E**videnze scientifiche ed **E**sperienza (in ordine gerarchico decrescente). Sono nato in una città di mare e tra i marinai ed i naviganti si usa dire "va' tanto lontano fin dove puoi vedere, perché allora potrai vedere ancora più lontano".

Cercherò, da preside, di incoraggiare i colleghi, specie i più giovani, e gli studenti, a guardare lontano, a raggiungere anche le mete che sembrano più distanti, perché ciò possa servire a vedere e ad andar ancora più avanti».

Mfc

QUEL "MAL DI STOMACO"

L'origine dell'ulcera peptica si può sostanzialmente ricondurre a fattori esterni come il fumo, l'infezione provocata dal batterio denominato *Helicobacter pylori* o l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei. All'*Helicobacter pylori* è attualmente attribuito un ruolo cruciale nella comparsa dell'ulcera peptica dal momento che è presente nella mucosa gastrica della maggior parte dei pazienti che soffrono di questa malattia ed è capace sia di danneggiare sia di interferire nei processi protettivi e riparativi della mucosa gastroduodenale. Si ritiene che l'ulcera duodenale e l'ulcera gastrica siano determinate, rispettivamente in oltre il 90 ed il 70% dei casi, dalla presenza dell'*Helicobacter pylori*, batterio descritto solo recentemente, nel 1984, dai ricercatori australiani J.R. Warren e B.J. Marshall.

«Questa scoperta è stata probabilmente l'ultima grande acquisizione della gastroenterologia – sottolinea il dottor Silvio Caliarì, referente del Servizio di Fisiopatologia digestiva dell'ospedale di Borgo Trento, diretto dal dottor Arrigo Battocchia –. Eradicando l'*Helicobacter pylori* il rischio che l'ulcera peptica, una volta guarita, si ripresenti si riduce drasticamente».

L'ulcera può presentarsi a livello dello stomaco, soprattutto nella popolazione anziana, oppure può essere duodenale, soprattutto nei pazienti più giovani. «Il sintomo più caratteristico è rappresentato dal dolore che insorge a digiuno, magari nelle prime ore del giorno: talvolta il paziente è risvegliato dal sonno – avverte lo specialista –. Ma almeno un quarto dei pazienti con ulcera manifesta sintomi dopo aver mangiato o fatica a digerire».

Se i sintomi lamentati fanno sospettare la presenza di un'ulcera è indicato eseguire una gastroscopia. «L'esame dura pochi minuti, non ostacola



Silvio Caliarì, referente del Servizio di Fisiopatologia digestiva dell'ospedale di Borgo Trento

la respirazione e non è causa di dolore. Il fastidio che si può avvertire è mitigato da una piccola dose di anestetico che viene spruzzato in gola – sottolinea il dottor Caliarì –. È comunque decisivo che il paziente conosca le modalità di esecuzione e condivida la necessità di sottoporsi all'esame, collaborando con il medico che lo esegue».

La gastroscopia è completata dall'esecuzione di biopsie a livello dello stomaco per verificare la benignità di un'eventuale lesione ulcerosa e la presenza dell'*Helicobacter pylori*. L'esecuzione delle biopsie non è dolorosa e prolunga solo di poco la durata dell'esame. La verifica della benignità di un'ulcera duodenale tramite l'esecuzione di biopsie non è invece necessaria, perché tali ulcere sono raramente espressione di neoplasia.

«A livello dello stomaco, per distinguere le ulcere peptiche benigne dalle neoplasie occorre effettuare almeno sei biopsie, soprattutto sui margini dell'ulcera; dopo il trattamento farmacologico si è soliti accertare la guarigione dell'ulcera attraverso un'ulteriore gastroscopia», aggiun-

ge il referente del Servizio di Fisiopatologia digestiva dell'ospedale maggiore. Anche nel corso della seconda gastroscopia vengono effettuate delle biopsie a livello della cicatrice o del sito dove era posizionata la lesione ulcerosa. «Per la maggior rapidità diagnostica e l'efficacia delle terapie attualmente a disposizione, il numero di ricoveri per ulcera peptica senza complicazioni è molto diminuito negli anni. Non è diminuito, invece, il numero dei ricoveri dovuti alle complicanze dell'ulcera peptica, spesso rappresentate da emorragie più frequenti tra i pazienti anziani», afferma lo specialista.

Esistono anche test non invasivi, utilizzabili in alternativa all'esame endoscopico, per verificare la presenza di infezione da *Helicobacter pylori*, soprattutto per pazienti con meno di quarantacinque anni, che lamentano dolore e disturbi dispeptici, pur in assenza di segni allarmanti della malattia (come vomito persistente, calo di peso, fatica a deglutire o emorragia).

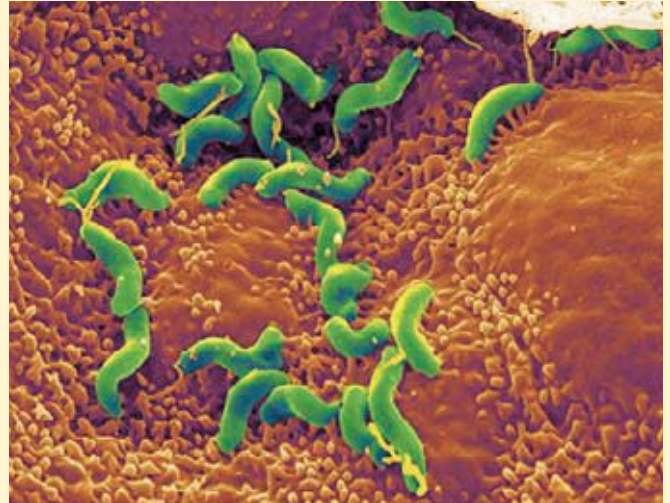
Il *13C-urea breath test* (il test del respiro con urea marcata con carbonio 13, UBT) è uno dei metodi più utilizzati per evidenziare la presenza dell'*Helicobacter pylori* senza gastroscopia e prelievi biotipici. Il test si basa sulla elevata attività ureasica (di catalizzare cioè la conversione dell'urea in ammoniaca ed anidride carbonica) dell'*Helicobacter pylori*. La presenza dell'*Helicobacter pylori* nello stomaco è infatti rivelata dalla comparsa di ¹³C nell'anidride carbonica dell'aria espirata. Il test del respiro con ¹³C-urea è indicato sia per la diagnosi di infezione che per verificare il risultato della terapia effettuata per eradicare l'*Helicobacter pylori* dallo stomaco; il test può essere utilizzato anche per i bambini di età superiore ai sei anni. Un altro test non invasivo per identificare la presenza dell'*Helicobacter pylori* è rappresentato dalla ricerca

L'infezione è causata dal batterio *Helicobacter pylori*

L'*Helicobacter pylori* è un batterio a forma di spirale, capace di attraversare lo strato di muco che riveste la superficie dello stomaco e di colonizzare la mucosa gastrica, protetto dall'azione distruttiva delle secrezioni acide prodotte dall'organo digerente. La sua presenza indebolisce lo strato di muco che serve normalmente a difendere lo stomaco dall'acido, provoca quindi, a lungo andare, una infiammazione cronica della mucosa dello stomaco (la gastrite) e, in un individuo su dieci, l'ulcera gastro-duodenale.

L'infezione causata dal batterio è una tra le più diffuse nell'uomo, presente in almeno il 50 per cento della popolazione mondiale. Si contrae prevalentemente nell'infanzia, favorita da condizioni economiche e sanitarie scadenti: ormai rara tra i bambini dei Paesi industrializzati, è ancora molto frequente nei Paesi in via di sviluppo. In Italia si calcola che circa il 30-50 per cento degli adulti sia portatore di *Helicobacter pylori*; la percentuale cresce con l'aumentare dell'età. La trasmissione dell'*Helicobacter pylori* può avvenire per contatto diretto, per esempio con la saliva, oppure attraverso l'ingestione di acqua o cibo contaminati.

L'infezione, se non curata, si cronicizza con la comparsa



di gastrite cronica di solito asintomatica, che può essere responsabile di cattiva digestione (dispepsia). L'infezione da *Helicobacter pylori* è presente in oltre il 90% dei pazienti con ulcera duodenale ed in oltre il 70% dei pazienti con ulcera gastrica, ed attualmente è ritenuta il principale fattore responsabile della comparsa dell'ulcera peptica.

dell'antigene del batterio nelle feci. Questa indagine è alternativa al *13C-urea breath test*, di cui condivide le indicazioni e presenta uguale capacità diagnostica; è un test semplice, rapido, molto accurato ed economico, eseguibile anche in età pediatrica. Entrambi questi test devono essere effettuati a distanza di molte settimane dalla fine del trattamento eradicante, perché l'assunzione di inibitori della pompa protonica, che costituisce parte della terapia, ne riduce la sensibilità diagnostica.

«La terapia eradicante dell'*Helicobacter pylori* ha successo in oltre l'85% dei casi e riduce drasticamente il pericolo che l'ulcera si ripresenti – assicura il dottor Caliaresi –. L'ulcera peptica, infatti, fino a poco tempo fa, era considerata una malattia ricorrente, poiché i farmaci utilizzati per curarla erano in grado di determinarne la cicatrizzazione, ma non di prevenirne la recidiva dopo che la loro assunzione era sospesa. Non può invece essere definita stagionale, come comunemente si ritiene, per-

ché non esistono conferme scientifiche che si ripresenti in autunno ed in primavera».

I farmaci utilizzati per il trattamento dell'ulcera peptica, H2-antagonisti e inibitori della pompa protonica, sono sicuri e molto efficaci. È utile che i pazienti che fumano abbandonino questa abitudine perché il fumo rallenta la velocità di cicatrizzazione dell'ulcera ed aumenta la possibilità che si ripresenti; non ci sono invece regimi dietetici particolari da rispettare.

Nei pazienti in cui non ha successo, il trattamento eradicante può essere ripetuto. «L'eliminazione del batterio è fortemente raccomandata, oltre che per i pazienti ulcerosi, anche in chi presenta le complicanze della malattia peptica, non può interrompere l'assunzione di anti-infiammatori non steroidei o per i pazienti con parenti di primo grado colpiti da carcinoma dello stomaco.

Infatti, anche se il cancro gastrico si presenta solo in una piccola percentuale di pazienti portatori di *Helico-*

bacter pylori, questo batterio è ritenuto un carcinogeno di prima classe perché, in presenza di altri fattori principalmente dietetici e genetici, è capace di innescare la sequenza gastrite cronica, atrofia gastrica, metaplasia intestinale e displasia, precorritrice della comparsa del cancro dello stomaco», conclude lo specialista.

Le cause di insuccesso del trattamento eradicante sono la mancata aderenza del paziente al trattamento prescritto e l'antibiotico-resistenza, la resistenza cioè dell'*Helicobacter pylori* all'azione del metronidazolo o della claritromicina. In caso di un nuovo tentativo di terapia eradicante sono utilizzati antibiotici differenti da quelli assunti in precedenza, la cui scelta può essere guidata dall'antibiogramma eseguito dopo coltura dell'*Helicobacter pylori* dalle biopsie gastriche, oppure ancora si ricorre all'associazione di due antibiotici e di due farmaci anti-ulcera («quadruplica terapia»).

Valeria Zanetti

CONOSCERE L'ULCERA PER CONTRASTARLA

COS'È L'ULCERA

L'ulcera peptica è una malattia frequente, che colpisce in media circa il 10% della popolazione, gli uomini in proporzione un po' superiore rispetto alle donne.

È caratterizzata dalla presenza di una profonda lesione della parete del tratto gastro-intestinale superiore. Generalmente una singola ulcera si localizza a livello dello stomaco o del duodeno, proprio

dove la parete del tubo digerente è bagnata dalla secrezione prodotta dallo stomaco, dotata di potenti capacità lesive perché contiene acido cloridrico e pepsina (da cui la denominazione di ulcera peptica), un enzima capace di digerire le proteine.

L'integrità della parete di stomaco e duodeno è mantenuta dall'equilibrio tra fattori capaci di provocare danno (secrezione acido peptica dello stomaco) e fattori difensivi (la secrezione di muco e bicarbonato, la produzione di prostaglandine, un adeguato flusso di sangue e regolari processi di riparazione dei tessuti). La rottura di questo equilibrio avviene di solito per l'azione di fattori esterni come il fumo, l'infezione del batterio *Helicobacter pylori* o l'assunzione di farmaci antinfiammatori non steroidei (aspirina e simili).

All'*Helicobacter pylori* è attribuito un ruolo cruciale nella comparsa dell'ulcera peptica,

dal momento che è presente nella mucosa gastrica della maggior parte dei pazienti ed è capace sia di danneggiare la mucosa gastro-duodenale, che di interferire nei processi protettivi e riparatori.

IL SINTOMO

Il dolore è il sintomo con cui si manifesta più spesso l'ulcera peptica. Solitamente il dolore si presenta in modo intermittente: a giorni in cui il disturbo è acuto si alternano giorni di assenza o riduzione di questo sintomo. Il dolore è avvertito nella regione mediana e superiore dell'addome; può essere descritto come un crampo o un bruciore. Talvolta viene associato ad una fastidiosa sensazione di fame o di vuoto. Di solito si presenta a digiuno, magari nel corso della notte risvegliando chi lo accusa, e si attenua assumendo latte, cibo o un farmaco antiacido. L'ulcera può tuttavia essere anche del tutto asintomatica, specie nelle persone

anziane e in chi fa uso di farmaci antinfiammatori.

LA COMPLICANZA

L'emorragia è la complicanza più frequente dell'ulcera peptica: si manifesta almeno una volta nella vita in oltre il 20% dei pazienti ulcerosi.



LA DIAGNOSI

La gastroscopia consente di diagnosticare prontamente la presenza di un'ulcera peptica. L'indagine è di esecuzione rapida, è gravata da pochissime complicanze: si tratta di un esame fastidioso soprattutto nel momento dell'introduzione dell'endoscopio nel cavo orale, ma non causa dolore. L'indagine endoscopica deve essere accompagnata dall'esecuzione di biopsie a livello dello stomaco per verificare la benignità di un'eventuale ulcera gastrica e la presenza del batterio.

LA TERAPIA

Per la cura dell'ulcera peptica sono attualmente a disposizione dei farmaci efficaci e sicuri: gli H2-antagonisti e gli inibitori della pompa protonica. I farmaci consentono la guarigione dell'ulcera gastrica e dell'ulcera duodenale rispettivamente nel 70-80% e nel 80-96% dei casi già dopo un solo mese di terapia.

Costituisce parte integrante del trattamento dell'ulcera peptica anche l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori* dallo stomaco, quando questo microrganismo risulta presente. A questo scopo si utilizza l'associazione di due antibiotici, di solito amoxicillina e claritromicina o metronidazolo, e di un inibitore della pompa protonica. L'eradicazione del batterio riduce drasticamente la tendenza all'ulcera a ripresentarsi dopo la cicatrizzazione.

I CONSIGLI

Per la cura dell'ulcera peptica non è richiesto alcun particolare tipo di dieta. Sono sconsigliate bevande alcoliche, tè, cola e caffè che stimolano la secrezione dello stomaco. Deve essere abolito il fumo che riduce la velocità di cicatrizzazione ed aumenta la possibilità di comparsa di complicanze e di recidiva dell'ulcera peptica.

Va. Za.

Ogni anno sulle strade italiane perdono la vita circa 6.000 persone e altre 300.000 rimangono ferite

Sicurezza

13

OCCHIO ALLA STRADA

di Michele Nespoli*

*Ogni anno a Verona
scompare un condominio.
Quindici, venti decessi,
e nessuno sembra accorgersene.*

*Eppure vediamo ogni giorno
le notizie di queste tragedie
in tv o sui giornali.*

*Il nostro impegno va in due direzioni:
una presenza sempre più efficace
nei punti più pericolosi della città
e un'informazione
sempre più capillare.*

*Perché di queste tragedie bisogna
parlarne: a scuola, a casa, tra amici.
Solo così possiamo acquistare
la consapevolezza
che ancora oggi ci manca.*

Luigi Altamura
comandante Polizia municipale
di Verona



Ormai l'abbiamo quasi dimenticata, eppure pochi mesi fa l'influenza aviaria era proprio riuscita a terrorizzarci. Un temibile virus che generalmente colpiva animali selvatici in oriente era riuscito ad infettare alcuni allevamenti e di lì anche l'uomo. Il panico aveva contagiato il mondo occidentale. Ci si aspettava un'epidemia globale, tale da provocare migliaia di morti. Alla fine del 2005 qualcuno aveva previsto che il virus avrebbe colpito 16 milioni di italiani causando 150.000 vittime.

Tali catastrofiche previsioni non si sono avverate, ma l'attenzione dei medici e dei cittadini è stata altissima, come non accade per un altro pericolo ben più concreto che ci minaccia ogni giorno: gli incidenti stradali. La strage di vite umane sulle strade è una vera epidemia che continua in una condizione di generale disinteresse.

Ogni anno sulle strade italiane perdono la vita circa 6.000 persone e oltre 300.000 rimangono ferite, più o meno gravemente. Questi dati, diffu-

si periodicamente dall'Istat, vengono raccolti direttamente durante i rilievi di Polizie locali, Polizia stradale e Carabinieri. Una fotografia del fenomeno forse parziale, visto che questi dati provengono dagli incidenti con feriti rilevati dalle forze di polizia. Non sempre viene richiesta una pattuglia. Talvolta essa non è disponibile. Forse non tutte le informazioni raggiungono l'Istat, in particolare quelle dei piccoli comuni.

In ogni caso le statistiche nazionali forniscono tutti gli elementi per capire le dimensioni di questo problema. Ma proviamo a visualizzare meglio il fenomeno: sarebbe come se ogni anno un paese intero scomparisse. Sarebbe come se ogni anno gli spettatori di un concerto al palazzetto dello sport svanissero. Sarebbe come se cadessero una cinquantina di aeroplani pieni di passeggeri. Quando ne cade uno solo, e magari muoiono 150 persone, si dice che è stata una tragedia. Sulle nostre strade ogni settimana si sfracella un aereo, carico di adulti e bambini, uomini e

donne, personale dell'equipaggio. Sulle strade muoiono anche appartenenti alle forze dell'ordine, investiti da auto in transito mentre rilevano incidenti, fermano e controllano automobilisti, misurano la velocità con autovelox o telelaser.

Questo fenomeno ha un costo, stimato in 33,7 miliardi di euro per il solo 2004, pari al 2,5% del prodotto interno lordo del paese del medesimo anno. Costi che comprendono i danni materiali, la mancata produzione – presente e futura – delle vittime, la valutazione del danno morale e biologico, risarcito rispettivamente ai familiari e agli interessati per le loro invalidità. Ovviamente le conseguenze personali su coniugi e parenti sono incalcolabili.

Di questo fenomeno, già battezzato "tragedia" o "strage" da alcune associazioni che operano nell'ambiente, non si ha una precisa cognizione. Si pensa che l'incidente accada per cause imprevedibili, per il disegno del destino, per il concorso di sfortunate coincidenze. Eppure gli addetti

ai lavori sanno bene quando come e perché un incidente accade.

Una di queste coincidenze è certamente il mancato rispetto delle regole sulla circolazione: i dati della Polizia municipale di Verona sugli incidenti rilevati in città nel 2004 e nel 2005 mostrano che troppo spesso l'incidente è riconducibile a mancanze degli utenti della strada, omissioni, comportamenti sbagliati. Quasi il 90% delle violazioni accertate durante i rilievi riguarda norme di comportamento: precedenze non rispettate, velocità eccessiva, svolte irregolari, cambi di corsia non segnalati. L'incidente più frequente accade infatti agli incroci e lo scontro più comune è lo scontro frontale-laterale.

Anche la guida sotto l'influenza di alcool o sostanze rientra fra le cause di incidente e quasi sempre nel sinistro vengono coinvolti ignari conducenti sobri e famiglie senza colpa. Il 3% delle violazioni viene elevato anche a carico di auto mal parcheggiate, vicino agli incroci ad esempio, che hanno contribuito al verificarsi dell'incidente.

Spesso per evitare guai sarebbe sufficiente un po' più di attenzione, agli altri e alle norme. Eppure l'esperienza dell'incidente raggiunge praticamente tutti. Chi può dire di non aver mai avuto notizia di incidenti gravi?

Attività della Polizia municipale di Verona. INCIDENTI RILEVATI E VIOLAZIONI ACCERTATE

	Incidenti	Decessi	Violazioni
2004	2.435	23	2.819
2005	2.229	13	2.516
2006 (fino 30/7)	1.300	15	1.043 dato provvisorio

Probabilmente ciascuno di noi ha vicino qualcuno che ha provato questa terribile esperienza o letto notizie sull'ultimo fatto accaduto vicino casa. Generalmente sono molti i terribili resoconti del fine settimana, tra stragi del sabato sera e sanguinari esodi estivi.

Cosa c'è di diverso dai giorni nei quali le notizie di mucche pazze e polli influenzati facevano cambiare istantaneamente le abitudini di molti italiani?

Forse ci siamo abituati a quel che accade. Forse riteniamo che la nostra mobilità abbia un prezzo da pagare: 6.000 morti e 300.000 feriti ogni anno. Sono questi ultimi, ancor più dei primi forse, che devono far riflettere. Non solo colpi di frusta, ma menomazioni e invalidità gravi che sconvolgono la vita di chi sopravvive all'incidente, ma anche di tutte le persone che gli girano attorno. Familiari, parenti, amici e colleghi di lavoro possono avere la sensazione di trovarsi di fronte ad uno sconosciuto, una persona profondamente diversa da quella che era prima. E spesso, chi se ne può andare lo fa: molti "amici" e conoscenti si perdono di vista, imbarazzati da una sedia a rotelle, dalle cicatrici

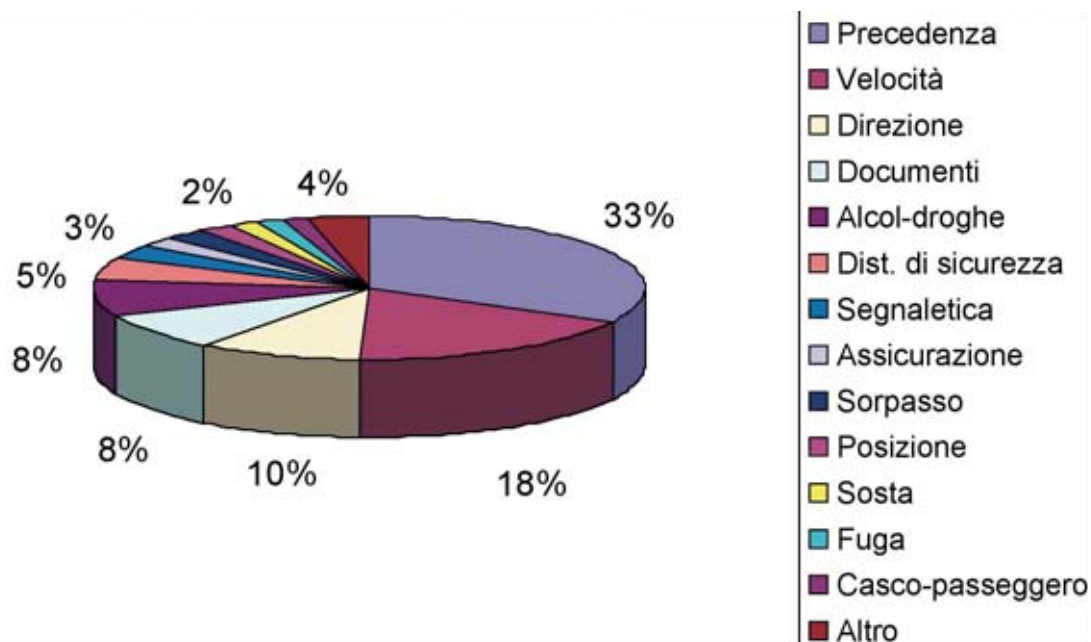
ci, dall'identità stessa di chi si trovano di fronte.

Dopo il periodo della convalescenza e della riabilitazione, che spesso dura molti mesi, ci si ritrova a dover riprogrammare completamente la loro vita: invalidità acquisite e abilità perdute fanno saltare ambizioni e progetti, obbligando a ridefinire il futuro alla luce di questo imprevisto. Ma non è tutto. Spesso le conseguenze peggiori sono quelle che non si vedono, così forti traumi cranici possono provocare danni altrettanto irreversibili.

Accade che tutti i ricordi precedenti al trauma devono essere ricostruiti, perché sono stati improvvisamente cancellati con un colpo di spugna. E allora devono scendere in campo racconti, album di fotografie e filmini delle vacanze. Ma ciò che si ricostruisce non è quel che c'era, e la vita passata più che un insieme di ricordi somiglia alla somma di conoscenze apprese. Nessun cielo stellato. Nessun sorriso radioso. Nessuna dichiarazione d'amore o simpatica barzelletta. Ciò che si ricordava lascia il posto a ciò che si sa, che si impara. Oggi l'interesse dell'opinione pubblica per i temi della salute e del benessere è alto. Sono molti gli articoli, gli inserti e le riviste specializzate, come *La Salute e la Città*, a carattere divulgativo, che trattano questi aspetti. Sicuramente è poco noto che la prima causa di morte degli uomini tra i 18 e i 35 anni è l'incidente stradale. Non le varie epidemie, non le conseguenze di effetto serra e buco nell'ozono, non tumori o infarti.



Violazioni a norme di comportamento accertate durante i rilievi



È pur vero che la sicurezza stradale è un fenomeno molto complesso e la soluzione del problema degli incidenti non può ridursi unicamente a iniziative come l'iperpresenza di pattuglie sul territorio o l'adeguamento della velocità massima delle auto in commercio ai limiti delle nostre strade. Nessuno vorrebbe vivere in città militarizzate e molti incidenti, anche mortali, accadono in città, dove sicuramente i veicoli non possono dispiagare tutta la loro potenza.

Dobbiamo forse rassegnarci a versare in silenzio ogni anno questo tributo

di sangue?

Anche questa volta, proviamo a visualizzare il problema in altri termini: cosa facciamo per mantenerci in salute?

Sostanzialmente eseguiamo delle vaccinazioni da piccoli, cerchiamo di stare alla larga da attività rischiose e zone piene di microbi, consultiamo il nostro medico di fiducia. Che spesso si consiglia di fare un po' di movimento, bere molta acqua, limitare grassi animali e zuccheri complessi. Tentiamo di proteggerci ed evitiamo quel che ci fa male.

Questo approccio potrebbe essere riportato sulla strada. È infatti fondamentale produrre degli anticorpi che ci proteggano da rischi e pericoli. Possiamo considerarci vaccinati se manteniamo alta l'attenzione ogni volta che usciamo di casa. Non importa se siamo in auto o a piedi. Potremmo venire investiti da un motorino che viaggia sul marcia-

piede appena usciamo di casa, o da un'auto in sorpasso mentre attraversiamo sulle strisce. Non è importante chi ha ragione o torto, ma chi subisce le conseguenze peggiori. Spesso sono i cosiddetti utenti deboli - ciclisti, motociclisti e pedoni -, e le persone trasportate, in particolare i bambini in auto non correttamente assicurati al sedile.

Dopo la vaccinazione bisogna stare attenti ai comportamenti rischiosi: attraversare una strada in diagonale significa percorrere un tratto più lungo e perciò correre un rischio maggiore. Stessa cosa per chi, inspiegabilmente, cammina giù dal marciapiede o non usa le piste ciclabili. Perché condividere la strada con auto indistruttibili e conducenti distratti da cellulari, radio e lettori cd? Meglio evitare le zone pericolose. Meglio utilizzare percorsi protetti e aree riservate.

Per il resto, spesso un po' di buon senso è sufficiente: rendersi prevedibili, perché sulla strada siamo in tanti e tutti abbiamo fretta. Se riusciamo a far capire agli altri le nostre intenzioni limitiamo interferenze e prepotenze.

E poi rispettare le regole, che complessivamente rendono più disciplinato quel caotico ambiente dove si incontrano e scontrano tutti gli individualismi.

Alcuni consigli possono sembrare banali, ma tutto sommato è ciò che ci dice chi ha a cuore la nostra salute. Attività fisica regolare, bere molta acqua, attenzione all'alimentazione. Anche questo sembra sempre troppo semplice per essere vero.

***addetto stampa
Polizia municipale
di Verona**



Quasi il 30% delle donne in menopausa prolunga la cura ormonale oltre i tempi consigliati con dei rischi

ORMONI: QUANTO BASTA

I sintomi che nella donna accompagnano la menopausa possono essere fonte di disagio con ripercussioni nella vita affettiva, lavorativa e di relazione. Vampate di calore improvvise, aumento di peso, disturbi del sonno e dell'intimità, sono correlati alla fisiologica diminuzione di un gruppo di ormoni, gli estrogeni.

I primi dati sull'efficacia della terapia ormonale sostitutiva nel controllarne i disturbi tipici, avevano incoraggiato una quindicina di anni fa un utilizzo ampio e prolungato di estrogeni tra le donne in menopausa. L'osservazione di un aumento del rischio di tumore all'utero aveva suggerito di ricorrere a preparati che contenessero un'associazione di ormoni estrogeni e progestinici.

Considerata efficace per controllare non solo i sintomi menopausali, ma anche per prevenire problemi cardiovascolari come ictus ed infarto, demenza, incontinenza urinaria e osteoporosi, le prescrizioni di questa terapia sono aumentate progressivamente negli anni '90.

Altri studi, in particolare lo studio WHI (*Women's Health Initiative*) pubblicato nel 2002 sono stati decisivi per una valutazione a lungo termine di una terapia che, contrariamente a quanto atteso, ha registrato un



aumento del rischio di tumore al seno, eventi cardiovascolari e tromboembolici – infarto e ictus – e demenza.

I DATI DEL VENETO

Da un'analisi effettuata dalla rivista specializzata *Dialogo sui Farmaci* sulle prescrizioni mediche di estro-progestinici fatte dal 1998 al 2004, nel territorio di dodici Ulss del Veneto, su una popolazione di 600.000 donne di età superiore ai 45 anni (database ARNO/CINECA), si osserva un aumento dell'uso di questi farmaci da 1998 al 2002, anno di pubblicazione

dello studio WHI, per poi calare negli ultimi due anni.

Se nel 2002 le donne con più di 45 anni che assumevano la terapia estroprogestinica erano il 7%, nel 2004 sono scese al 5%. Un dato particolarmente importante emerso dall'analisi, riguarda la durata della terapia: quasi una donna su tre assume questi farmaci per sette anni ininterrottamente, esponendosi così ad un maggior rischio di tumore al seno.

Alla luce degli studi più recenti dopo cinque anni di terapia aumenta ulteriormente il rischio di ammalarsi di cancro alla mammella. La via di som-

ALTERNATIVE OFFERTE DALLA NATURA

PRODOTTI FITOTERAPICI

Cimicifuga racemosa

Vari studi suggeriscono che gli estratti di *cimicifuga* riducono alcuni sintomi associati alla menopausa. Recentemente l'EMEA, ente europeo per il controllo sui farmaci, ha riportato casi di danno epatico in persone che assumevano preparati a base di *cimicifuga*, per questo se ne sconsiglia un uso continuato per più di sei mesi. È in corso da parte del

National Institute of Health uno studio sull'efficacia di questo rimedio per i sintomi vasomotori.

FITOESTROGENI O ISOFLAVONI

Vari studi hanno valutato l'effetto degli isoflavoni della soia e del trifoglio pratense sulla frequenza delle vampate. La varietà dei prodotti disponibili e le diverse composizioni quali-quantitative rendono difficile

la valutazione e la comparazione dei risultati.

Gli effetti avversi più frequenti sono stati di tipo gastrointestinale, ma non si conoscono quelli sul lungo periodo, dato che pochi studi hanno una durata maggiore di un anno. A causa della loro attività estrogenica questi prodotti, normalmente presenti in farmacie ed erboristerie, possono interferire con l'azione antitumorale del tamoxifene.



“DIALOGO SUI FARMACI”

Dialogo sui Farmaci, iniziativa editoriale indipendente, si occupa di informazione e aggiornamento sanitario e sui farmaci.

La rivista, di proprietà dell'Azienda Ulss 20 di Verona e dell'Azienda ospedaliera di Verona, è priva di inserzioni pubblicitarie, aderisce alla Società internazionale dei Bollettini indipendenti – www.isdbweb.org (76 bollettini presenti in 41 Paesi del mondo). Pubblicato ogni due mesi, viene spedito su abbonamento a 12.000 operatori sanitari in tutto il territorio nazionale.

www.dialogosuifarmaci.it; e-mail: dialogo1@ulss20.verona.it
Tel. 045.8076067.



ministrazione, preferita, che non influenza l'efficacia, si conferma il cerotto (51,3%) rispetto alla compressa. Un farmaco da assumere per via orale, il tibolone, ha visto aumentare le prescrizioni, ma contrariamente a quanto inizialmente sostenuto, espone a rischi simili a quelli degli estrogeni.

L'utilizzo di prodotti topici, creme, lubrificanti e ovuli vaginali a base di estrogeni, per il controllo dell'atrofia vaginale, si mantiene inalterato (26,5% del campione). Per questo disturbo spesso non è necessario un trattamento sistemico. Per i sintomi menopausali, la terapia ormonale sostitutiva ha dimostrato di ridurre in media del 70% la frequenza delle vampate, ma lo stesso sintomo è diminuito progressivamente anche nel 58% delle donne che, per lo stesso periodo, non hanno assunto farmaci. Ciò potrebbe significare che nel tempo c'è un calo fisiologico nei sintomi.

OGGI

Dal 2004 la terapia ormonale sostitutiva è indicata per un periodo variabile da pochi mesi a qualche anno, solo nel trattamento dei sintomi vasomotori, le vampate, e nella prevenzione

dell'osteoporosi qualora trattamenti più efficaci non siano attuabili o controindicati.

La terapia ormonale sostitutiva non risulta efficace per sintomi quali ansia, depressione, disturbi cognitivi, calo della libido, incontinenza urinaria, astenia e sintomatologia dolorosa generalizzata e non ha effetto contraccettivo. Una donna è da considerare potenzialmente fertile per due anni dopo l'ultima mestruazione, se ha meno di 50 anni, e per un anno se è sopra i 50 anni. L'assunzione di contraccettivi di fatto espone agli stessi rischi della terapia per la menopausa. Attualmente, per il trattamento dell'osteoporosi post menopausale, i farmaci di prima scelta sono alendronato o risedronato che hanno dimostrato di ridurre le fratture vertebrali e non vertebrali e il raloxifene per le fratture vertebrali. Si possono assumere una volta la settimana e in base ai dati del Veneto, sono utilizzati nel 2,6% del campione. La prescrizione di questi farmaci, nel 2004 è aumentata di sei volte rispetto al 1999.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI?

Per il trattamento di sintomi vasomotori lievi esistono alcune alternative farmacologiche e fitoterapiche la cui

efficacia e/o sicurezza non è attualmente provata.

In Italia solo un farmaco, il veralipride, viene indicato per il trattamento della vampate, ma il profilo di sicurezza è incerto ed è stato ritirato dal commercio in alcuni Paesi. Altri farmaci come gli antidepressivi, che non hanno l'indicazione approvata per questo uso, presentano un'efficacia limitata. Anche i prodotti fitoterapici, come isoflavoni della soia o cimicifuga racemosa, presentano profili di efficacia e di sicurezza da accertare.

CONCLUSIONI

L'intento di medicalizzare le tappe fisiologiche della vita, come la menopausa, per eliminare dei sintomi temporanei o in nome dell'eterna giovinezza, potrebbe esporre a rischi più gravi che devono essere considerati. L'assunzione di queste terapie ormonali resta quindi indicata solo quando strettamente necessario, dopo un'attenta e condivisa valutazione di rischi e benefici tra medico e paziente. La terapia inoltre dovrebbe essere monitorata e rivista periodicamente.

a cura della redazione
di “Dialogo sui farmaci”

I “LADRI” DELLA VISTA

Cataratta, glaucoma, maculopatia: tre patologie che possono colpire i nostri occhi. Per capire che cosa sono, quali sintomi presentano, quando vengono diagnosticate e come è possibile curarle abbiamo parlato con il professor Giorgio Marchini, direttore dell'Unità operativa della Clinica oculistica.

GLAUCOMA

È una malattia socialmente rilevante, che interessa il due per cento della popolazione sopra i 40 anni. Gli inglesi la chiamano “il ladro silenzioso della vista” perché non presenta sintomi né disturbi: si tratta perciò di una patologia insidiosa, che nella maggior parte dei casi si sviluppa lentamente. Tre le componenti che la caratterizzano: aumento della pressione degli occhi, danno del nervo ottico, danno al campo visivo.

Finora il trattamento è consistito nell'uso di colliri, trattamenti laser, chirurgia per abbassare la pressione oculare. Di recente si è invece scoperto



Giorgio Marchini, direttore dell'Unità operativa della Clinica oculistica
Sotto, immagine del glaucoma

che la pressione ha un ruolo importante ma non esclusivo in questa patologia. Si stanno perciò mettendo a punto nuove metodiche per preser-

vare il nervo ottico e aumentare la sua resistenza agli insulti, che prendono il nome di neuroprotezione.

Il glaucoma può essere di due tipi:

1. Glaucoma cronico ad angolo aperto

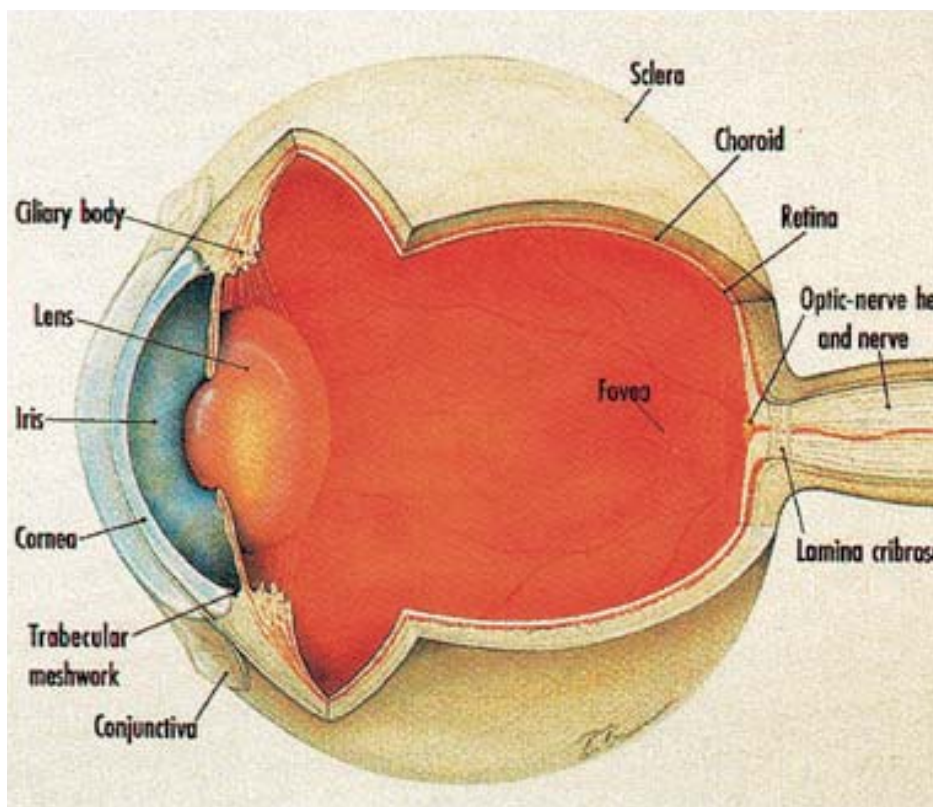
È la tipologia più frequente, nella quale la pressione intraoculare aumenta gradualmente, danneggia il nervo ottico e conduce al restringimento del campo visivo fino alla cecità. Poiché queste conseguenze sono irreversibili è importante intervenire tempestivamente con le cure appropriate. Le terapie farmacologiche sono in genere per via topica, somministrate localmente sotto forma di colliri, e i principi attivi utilizzati appartengono a diverse classi: prostaglandine, agonisti adrenergici, agonisti colinergici, betabloccanti.

Due i meccanismi attraverso i quali i farmaci riducono la pressione interna dell'occhio: diminuendo la produzione dell'umor acqueo o facilitandone il deflusso.

Un consiglio per prevenire la malattia? Dopo i 40 anni, sottoporsi a un esame oculistico completo, approfittando anche del fatto che di solito verso questa età è necessario consultare lo specialista perché si comincia a vedere male da vicino. L'urgenza di un controllo aumenta se si hanno consanguinei ai quali è stato diagnosticato un glaucoma, se si soffre di miopia o se si superano i 65 anni.

2. Glaucoma acuto ad angolo chiuso

È più raro e presenta una sintomatologia acuta. Si presenta all'improvviso con forte dolore e arrossamento dell'occhio, a causa del rapido innalzamento della pressione intraoculare, che evolve in edema corneale e visione confusa. La diagnosi si formula misurando la pressione dell'occhio durante l'attacco acuto e verificando l'occlusione dell'angolo con la gonioscopia.



CATARATTA

Si tratta dell'opacizzazione del cristallino, la lente naturale che si trova all'interno dell'occhio e che contribuisce a mettere a fuoco le immagini sulla retina. Le cause della cataratta non sono note con precisione, anche se ci sono fattori di rischio accertati come il fumo o il diabete.

Il sintomo più frequente è l'annebbiamento della vista, ma possono anche essere presenti alterazione nel riconoscimento dei colori, difficoltà nella visione notturna, abbagliamento, sensazione di sdoppiamento delle immagini, comparsa o aumento della miopia.

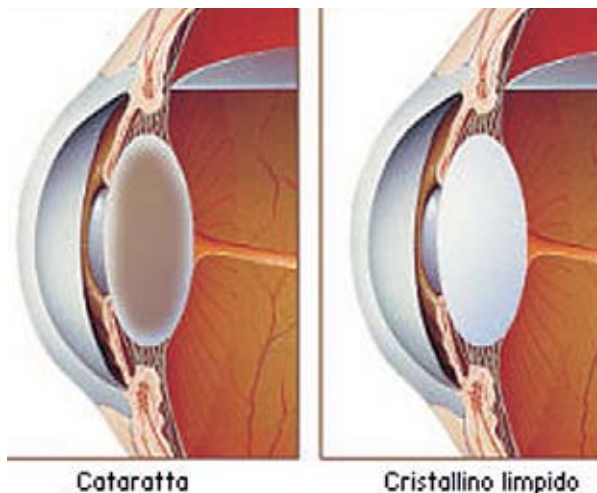
Diverse le tipologie di cataratta:

- cataratta senile: è la più frequente ed è legata all'età.
- cataratta congenita: presente già alla nascita.
- cataratta complicata: si sviluppa più facilmente in pazienti che presentano altre patologie, come le infiammazioni oculari (uveiti). Un tipo particolare è la cataratta che si può sviluppare dopo prolungata terapia con il cortisone.
- cataratta traumatica: si sviluppa in seguito a traumi o perforazioni dell'occhio.

Ma come è possibile intervenire? Non esistono farmaci che possono prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia e attualmente l'unico trattamento efficace è l'intervento chirurgico. Del resto la chirurgia della cataratta è una delle operazioni più comuni, sicure ed efficaci.

Con la tecnica detta facoemulsificazione, il chirurgo crea un'apertura nella parete anteriore della capsula, rimuove il cristallino frammentandolo con l'uso di ultrasuoni e aspirandolo infine attraverso una piccola incisione. Per sostituire il cristallino si utilizzano le lenti intraoculari che attualmente consentono una qualità della visione paragonabile a quella offerta dal cristallino naturale. L'intervento si svolge di solito in anestesia topica con instillazione di un collirio anestetico ed è per lo più eseguito a livello ambulatoriale senza ricovero.

Dopo l'operazione è possibile avver-



tire piccoli disturbi che scompaiono in pochi giorni. Tra le complicanze dell'intervento vi sono, sebbene piuttosto rare, infezioni, emorragie, aumento della pressione intraoculare, eccessiva infiammazione. In ogni caso questi problemi, se prontamente individuati, possono essere trattati efficacemente.

MACULOPATIE

Nel mondo sono circa 25-30 milioni le persone che ne soffrono. Si tratta di una patologia della retina che causa una perdita della visione centrale.

La parte che subisce la degenerazione si chiama macula, la zona più sensibile che ha il compito di fornire una visione nitida di ciò che si trova al centro del campo visivo. Accade così che guardando un oggetto la parte centrale appare sfuocata o coperta da una macchia nera e i contorni risultano distorti. La vita quotidiana risulta condizionata in alcune attività come guidare, leggere, cucinare. La forma più comune della malattia è la degenerazione maculare senile, che colpisce soprattutto dopo i 50 anni e la cui incidenza cresce con l'aumentare dell'età. Dopo i 65 anni, infatti, ne è colpito quasi il 30 per cento della popolazione, con forme di variabile gravità.

La degenerazione della macula si può presentare in due forme: non essudativa o secca ed essudativa o umida. La prima è la più diffusa ed è caratterizzata da depositi puntiformi

che provocano una lenta atrofia della retina. La seconda, nella quale si forma una membrana neovascolare, è più grave. In questa patologia i fattori di rischio sono prevalentemente genetici e ambientali. Per la forma secca, purtroppo, a tutt'oggi non esistono comprovati presidi terapeutici ma soltanto alcuni accorgimenti preventivi come l'astensione dal fumo di sigaretta,

dall'esposizione eccessiva ai raggi solari e da una dieta ricca di grassi animali. Per la forma umida invece, esistono varie terapie come particolari applicazioni laser o iniezioni intraoculari di alcuni farmaci. Il tipo di approccio curativo viene determinato dalla sede e dallo stadio evolutivo della malattia che, per essere trattabile, non deve essere troppo avanzata.

Altre forme di maculopatie più rare si possono riscontrare in pazienti molto miopi o con predisposizioni genetiche, che presentano consanguinei già malati. Per queste ultime due categorie di persone, quindi, sono raccomandabili controlli periodici del fondo oculare.

Poiché queste tre patologie sono tipiche dell'età senile, non è inusuale dover affrontare più patologie associate nello stesso paziente. Queste situazioni necessitano perciò di approcci più complessi, che combinano le chirurgie delle diverse patologie.

Oggi in centri di alta specializzazione, grazie agli importanti progressi tecnologici fatti in chirurgia oftalmica, è infatti possibile poter curare cataratta, glaucoma e alcuni tipi di maculopatie con interventi chirurgici plurimi, eseguiti in una sola seduta operatoria. Si ottiene così un notevole vantaggio per il paziente, la riduzione delle liste d'attesa e l'abbattimento della spesa sanitaria pubblica.

Paola Arosio

IL RISCHIO DI SCOPPIARE

di Luisa Nadalini*

La condizione migliore di benessere nel lavoro si verifica quando c'è un buon equilibrio tra l'adeguatezza del compito cui l'individuo è chiamato (la domanda), la capacità di gestire il proprio lavoro (controllo) e il livello di supporto che proviene dai colleghi e dai superiori (sostegno).

Invece, è evidente come nelle organizzazioni moderne il problema maggiore per i lavoratori sia lo stress, causato da problematiche che attengono il contesto del lavoro (comunicazioni inadeguate, conflitti ed ambiguità di ruolo, incertezza nella carriera, precarietà, poca condivisione di obiettivi aziendali) e il contenuto del lavoro (forte o scarso carico di lavoro, orari non flessibili, inadeguata progettazione dei compiti, inidoneità della strumentazione ed altro).

Nella quotidianità, durante anni di confronto continuo, stretto ed intenso con i malati che esprimono le loro richieste, il loro dolore e la paura, c'è la possibilità che l'operatore sanitario sviluppi un malessere particolare che può esprimersi con vari sintomi fino ad una malattia definita *burnout* (scoppiato, bruciato). Il fenomeno è stato osservato e studiato in America fin dagli anni 70-80.

Studi internazionali dimostrano fino ai nostri giorni la persistenza del fenomeno per chi lavora in sanità, benché siano diverse le organizzazioni dove i vari soggetti lavorano e nonostante una variabilità di gratificazioni economiche, per cui è quasi certo che ci sia una componente individuale che predispone al rischio ed una che attiene la particolarità del tipo di rapporto di cura (stretto, continuo, coinvolgente). È evidente che c'è comunque un aspetto che riguarda l'organizzazione del lavoro perché più o meno tutte le strutture si basano sull'efficacia delle prestazioni in un tempo



Luisa Nadalini, dirigente psicologa

contenuto e sulla riduzione dei costi. Il *burnout* è una sindrome particolare di esaurimento emotivo in cui l'individuo si trasforma, diventa freddo, incapace di immedesimarsi con l'altro, duro, non sa più partecipare ai rapporti interpersonali, indifferente fino alla malevolenza e al cinismo.

Si presenta con una serie di sintomi psicofisici che fanno aumentare le assenze per malattia dal lavoro e durante il lavoro avviene una diminuzione delle prestazioni. I sintomi possono essere vari e interessare la pelle, l'apparato digerente, l'intestino, il ritmo veglia-sonno, l'alimentazione, il senso di equilibrio, l'apparato cardio-vascolare.

Si possono presentare qualcuno o più dei seguenti comportamenti: fuga dalla relazione e preferenza invece per mansioni solitarie, disinvestimento dall'attività lavorativa, indisponibilità verso i bisogni dei pazienti, perdita del controllo e rea-

zioni impulsivo-aggressive, aumento dell'uso di sostanze come il tabacco e l'alcol, disturbi alimentari... Questo fenomeno ha un impatto molto negativo in sanità, sia sul piano delle relazioni e della qualità delle cure che dei costi, ma esso è di fatto sottovalutato.

Tale particolare forma di risposta allo stress, che fa sentire l'individuo sfinito, deluso, scoraggiato e senza via d'uscita e che si riversa nel rapporto con gli altri, una volta che si instaura è difficile da rimuovere.

La maggiore incidenza del *burnout*, in sanità, riguarda i lavoratori che si occupano di malati gravi, cronici e a prognosi infausta, particolarmente esposte sono le donne, mentre non c'è un accordo, tra gli studiosi del fenomeno, sull'età più a rischio. I malati gravi richiedono cure costanti e continuative, comunicano in modo verbale e non verbale contenuti di sofferenza, impotenza, tristezza, senso di perdita, angoscia di morte; inoltre, spesso accudire questo tipo di malati comporta un sovraccarico di lavoro quali-quantitativo.

Secondo alcuni autori, in contraddizione con altri che negano assolutamente, oltre alle problematiche legate all'organizzazione del lavoro, ci sarebbero caratteristiche individuali che concorrono ad aumentare il rischio, sarebbero soggetti che ipervalutano il lavoro, che investono moltissimo, si coinvolgono in modo esagerato nei problemi altrui, ma senza avere le capacità reali di sostenere relazioni sociali intense. Attraverso il lavoro si attendono forti gratificazioni personali e quando esse non si presentano si autosvalutano e si sentono responsabili e incapaci.

Tutti invece sono d'accordo nel ritenere che la sindrome del *burnout* si instaura attraverso quattro fasi successive:

- iniziale entusiasmo idealistico,

ovvero ricerca di miglioramento attraverso il lavoro (senza tenere conto dei limiti);

- stagnazione, ovvero arresto dell'espansione, quando interviene la consapevolezza che il lavoro non soddisfa i bisogni globali della persona;

- frustrazione e disimpegno che si accompagna alla percezione di inutilità;

- apatia, assenza/perdita di capacità relazionali basate sull'immedesimazione (empatia).

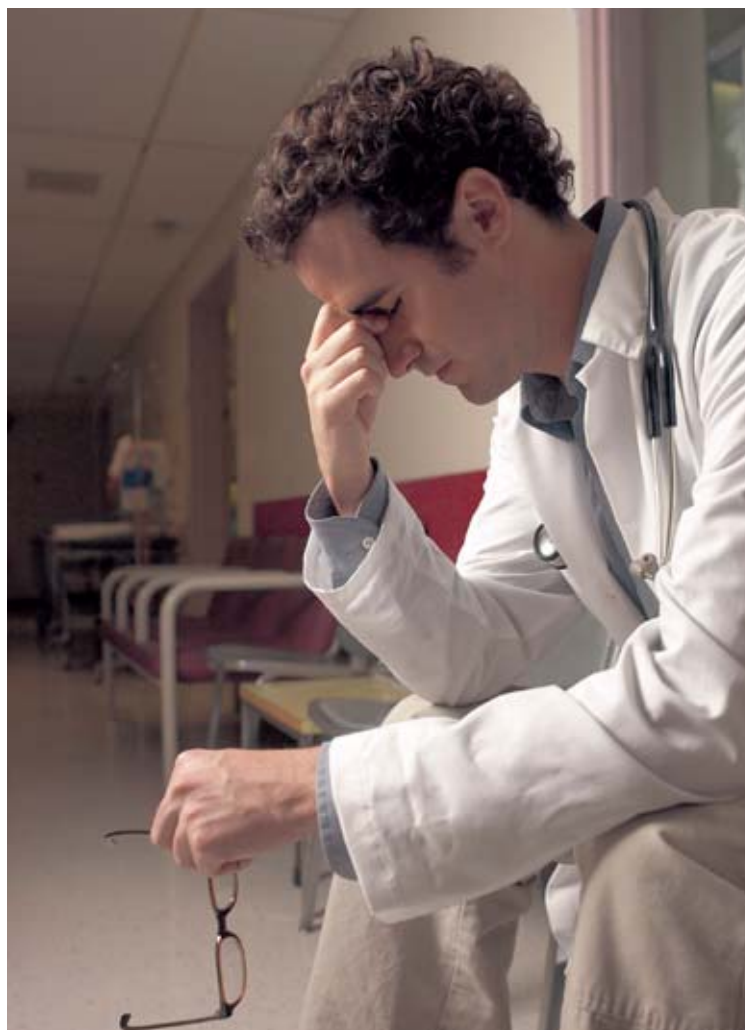
Contenere i fattori di rischio

Certamente è interesse dell'organizzazione sanitaria riconoscere l'esistenza e l'estensione del fenomeno per attuare interventi di prevenzione e per rimuovere le condizioni di stress dovute all'organizzazione del lavoro, perché l'impatto negativo oltre che i singoli coinvolge pesantemente la struttura.

Tra le cause oggettive ci sono situazioni di lavoro limitative del benessere (troppa o poca esposizione alla luce, ai rumori, all'umidità, al freddo o caldo, inadeguatezza degli spazi, ecc.), che se impossibili da eliminare potranno essere ovviate attraverso strategie organizzative, ad esempio il ricorso al turn over per limitare il rischio protratto sul medesimo dipendente.

Altre cause purtroppo, dipendono da fattori non direttamente influenzabili dal datore di lavoro come la retribuzione insoddisfacente, gli straordinari non retribuiti, ma, possono essere compensati da gratificazioni morali, riconoscimenti, parziali gratifiche. Invece, possono essere sicuramente modificate alcune condizioni come, per il dipendente, il dover gestire responsabilità superiori alla possibilità di prendere decisioni, l'a-

vere mansioni e compiti non chiari, il gestire un ruolo che non è quello per cui la persona si era preparata o era stata assunta, il ricevere richieste contraddittorie da due superiori diversi, essere oggetto di isolamento



in un gruppo di lavoro (mobbing). Alcuni degli aspetti problematici possono essere modificati da un'organizzazione del lavoro che sappia gestire insieme alla struttura anche i bisogni dei lavoratori, al fine di migliorare il rendimento attraverso la creazione di condizioni di lavoro favorevoli.

Altri, possono essere cambiati attraverso l'impegno personale dei lavoratori che possono scegliere di aderire a programmi per la formazione psicologica al lavoro di gruppo per migliorare il rapporto con il paziente, con se stessi e con gli altri.

Il gruppo, con l'esperienza di condi-

visione del lavoro, dello scambio di informazioni e di conoscenze, è una grande risorsa contro il rischio del *burnout*, perché aiuta ad ascoltare, a tenere conto degli altri e può favorire un "buon clima" di reparto.

La rilevazione del rischio del *burnout* in due gruppi di operatori

Ci sono autori che sostengono che la sindrome del *burnout* in Italia colpisce il 70% degli operatori della sanità e che i più consapevoli della malattia e del rischio sono gli infermieri e i meno consapevoli i medici.

Di seguito si riportano i risultati di due rilevazioni fatte in due campioni diversi di operatori, un paio d'anni fa.

Campione

Gruppo A: 26 operatori multiprofessionali (+1 il cui materiale non risulta completo) che hanno aderito ad un programma formativo di tipo psicologico presso l'Azienda ospedaliera di Verona; composto di medici (6), psicologi (4), infermieri (7), caposala (3), assistenti sociali (3), volontari di associazioni (3).

Gruppo B: 17 infermieri professionali di rianimazione, oncologia e dialisi, che hanno aderito ad un programma formativo di tipo psicologico provenienti da ospedali della Regione Veneto.

Materiali e metodi

È stato somministrato il questionario di C.Maslach e S.Jackson *Analisi dei servizi socio-sanitari*, (adattamento italiano di S.Sirigatti e C.Stefanile), che si compone di 22 domande, ad ognuna delle quali è possibile scegliere sette risposte chiuse, attraverso

so cui si evidenziano i livelli di esaurimento emotivo (sfinimento, percezione di non farcela, ecc.), il senso di depersonalizzazione (fino alla freddezza, cinismo, ecc.) e il senso di realizzazione personale (fino alla svalutazione di sé).

Inoltre un questionario POMS (*Profile of mood states*) che presenta 58 caratteristiche tra sintomi, stati emotivi, cognitivi ed affettivi, con cinque risposte di scelta ognuno (non riportato nella presente sintesi).

Risultati della rilevazione

Gruppo A: la sindrome del burnout è risultata presente in 12 soggetti su 26 (46,15%). Questi 12 operatori presentano livelli medi significativi di esaurimento emotivo e senso di depersonalizzazione, mentre risulta nella media il senso di realizzazione personale.

Gruppo B: la sindrome del burnout è presente in 9 su 17 infermieri (52,8%), di media gravità per quanto riguarda l'esaurimento emotivo e il senso di depersonalizzazione.

Conclusioni

Il *burnout* è una patologia seria che colpisce il lavoratori della sanità. Essa, oltre a creare danno ai singoli soggetti, ha un impatto negativo sull'organizzazione del lavoro e la qualità delle prestazioni. Il fenomeno è stato osservato e studiato in America



fin dagli anni 70-80. Studi internazionali dimostrano la persistenza del burnout per chi lavora in sanità ed è inserito in organizzazioni strutturate in modo diverso, per cui è quasi certo che ci sia una componente individuale che predispone al rischio ed una che attiene la particolarità del tipo di rapporto di cura (stretto, continuo, coinvolgente). Alcuni aspetti che inducono grave malessere nel lavoratore possono essere prevenuti con modificazioni organizzative e l'offerta di program-

mi di formazione psicologica di gruppo degli operatori.

Nella nostra azienda programmi mirati per la prevenzione di tale rischio si effettuano da anni, sia per gruppi di infermieri che, in alcuni casi, per medici e fisioterapisti con risultati complessivamente incoraggianti, oggettivamente riscontrabili dai questionari e test somministrati all'inizio e alla fine del lavoro.

*** dirigente psicologa
A.O. Verona**

PICCOLA BIBLIOGRAFIA PER CHI VUOL SAPERNE DI PIÙ

1. EASHW, 2002
2. Questionario di C.Maslach e S. Jackson *Analisi dei servizi socio-sanitari*, adatt. italiano di S. Sirigatti e C. Stefanile (O.S. Firenze)
3. Stefanile C. *Parlando con Christine Maslach a proposito di burnout-syndrome*. Bollettino di Psicologia Applicata 170: 51-54, 1984
4. Da Silva J.B. Kirschbaum D.I., *Mental suffering of nurses who care for cancer patient*. Rev.Bras Enferm 51, 2: 273-290, 1998
5. Angelini G., Cascio B., Papa A., *Il burnout nelle professioni sanitarie: medici e infermieri*. Rivista di Psichiatria 35, 3: 121-125, 2000
6. Azzetti, Bonazzi, Dal Bosco, Raggi, Nadalini L.,

Esperienze di formazione psicologica di gruppo del personale infermieristico ed ausiliario per il miglioramento dell'assistenza ai pazienti cronici, in Atti del XIII Congresso regionale ARVOSD, nov. 1999, Chioggia (Ve)

7. Biasi R, Filippini S., Magri V., Piaggese A, Romani E., Giannino S., Brunelli R., Nadalini L., *La formazione psicologica degli operatori nel Centro Ustioni di Verona*, abstract, 15 Congresso nazionale Società italiana ustioni, Rimini, 2002

8. Nadalini L., Zenere Metal., *I diabetici tipo 2 – obesi. La motivazione alla cura e la formazione psicologica degli operatori dedicati*, in Atti del 19 Congresso nazionale della Società italiana di Diabetologia, Verona 2002

La Banca Popolare di Verona e Novara finanzia borse di ricerca per giovani medici e chirurghi

Collaborazioni

23

NUOVA “LINFA VITALE”

Rinnovando un'importante tradizione, la Banca Popolare di Verona e Novara ha destinato per l'anno accademico 2005-2006 240mila euro per l'istituzione di borse di ricerca destinate a giovani medici, chirurghi e laureati in scienze biomediche che operano nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona.

Con tale atto di liberalità l'Istituto ha confermato l'interesse e la fiducia costantemente dimostrati nei confronti della sanità veronese e, in definitiva, l'attenzione nei riguardi della salute stessa dei cittadini che beneficino dell'assistenza del nostro ospedale.

Un'attenzione per le attività medico-scientifiche e le loro rilevanti implicazioni di utilità sociale per la salute pubblica manifestate in più occasioni dal presidente del Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara, Carlo Fratta Pasini, e concretizzatasi anche in altri interventi. Come quelli a sostegno dell'innovazione tecnologica delle apparecchiature ospedaliere, per esempio l'acquisto dell'ecografo



Da sinistra: Valerio Alberti, direttore generale Azienda ospedaliera di Verona, e Carlo Fratta Pasini, presidente del Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara

3D4D, del valore di oltre 150mila euro, di ultimissima generazione per il Centro di Ecografia e diagnosi prenatale dell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento.

Ed è ancora la Banca Popolare di Verona e Novara a sostenere la seconda edizione del premio “Idee in corso – Progetti per la Salute”, riservato ai

dipendenti dell'Azienda ospedaliero-universitaria.

«È un'attenzione che ci onora e ci sprona a dare il meglio della nostra professionalità – afferma il direttore generale Valerio Alberti –. Il nostro ospedale riceve dal sostegno della Banca Popolare una linfa vitale per proseguire la sua attività. Ciò dimostra come la comunità veronese sia sensibile ai grandi temi della salute, della sofferenza e del progresso medico-scientifico».

Il Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara è nato nel 2002 dalla fusione fra la Banca Popolare di Verona-Banco di San Geminiano e San Prospero (al cui Gruppo già appartenevano, fra l'altro, Credito Bergamasco e Banca Aletti) e la Banca popolare di Novara. Data la sua recente costituzione, il retroterra storico del Gruppo BPVN coincide con quello delle banche che lo compongono. Il Gruppo ha ereditato lo spirito che ha animato gli interventi che nel corso del Novecento e, soprattutto a partire dall'ultimo dopoguerra, ciascun istituto ha promosso nei territori d'appartenenza. Processi di crescita che ancor oggi vengono sostenuti con interventi improntati di solidarietà e con il desiderio di contribuire alla crescita civile, culturale e sociale delle comunità.

GLI ALTRI PROGETTI SOLIDALI DEL GRUPPO

La solidarietà è uno dei cardini della mission della Banca Popolare di Verona e Novara, il cui Comitato etico nel 2005 ha individuato quattro progetti da sostenere, erogando complessivamente 170mila euro.

Questi in dettaglio i quattro progetti:

- **Medicina umanitaria**

Aiuto all'International school di Bergamo, sorta per addestrare e formare medici specialisti nelle patologie cardiache, provenienti da Paesi con gravi problemi economici e sanitari, per poter permettere loro di tornare ad operare nei Paesi d'origine.

- **Costruzione di una clinica a Timor Est**

Sono già stati realizzati un program-

ma di scolarizzazione per i bambini dei villaggi di Ossù e Comoro ed una casa d'accoglienza e con un centro di formazione per ragazze.

- **Un acquedotto per la playa**

Il progetto, coordinato dall'Associazione San Nicolas in Ecuador, sostiene l'operazione Mato Grosso in America Latina, che tenta di sopperire alla mancanza d'acqua.

- **Nuovi farmaci e nuove strategie terapeutiche in onco-ematologia**

Il progetto, coordinato dall'Associazione malattie del Sangue-Ams, è finalizzato ad aiutare la ricerca medico-scientifica per favorire il progresso nella cura delle malattie ematiche.

VOLONTARI IN FESTA

Un incontro pubblico con le associazioni di volontariato dell'Azienda ospedaliera e la città è in programma mercoledì 22 novembre dalle 18 alle 20 al centro "Marani".

Si tratta della prima Conferenza dei servizi interamente dedicata al volontariato ospedaliero, organizzata dal Coordinamento della comunicazione. Quest'anno, infatti, l'Azienda ha deciso di sdoppiare il consueto appuntamento annuale organizzando un momento dedicato soltanto al volontariato, in considerazione del grande apporto all'organizzazione ospedaliera che esso esprime. L'incontro è promosso in collaborazione con le stesse associazioni e sarà un'occasione per ascoltare la loro voce e, da parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria, per migliorare il livello di comunicazione e di coinvolgimento dei volontari nella vita dell'ospedale.

I volontari delle 31 associazioni presenti nei due ospedali cittadini sono circa cinquecento. Con la loro presenza portano ogni giorno ai malati una concreta testimonianza di solidarietà e un aiuto morale e materiale per affrontare i momenti più difficili. Sono persone di ogni estrazione sociale e culturale, professionisti e casalinghe, studenti e operai, per la



maggioranza di età compresa fra i 18 ed i 30 anni e sopra i 45 anni. La loro presenza regala una parola, un gesto, un sorriso.

L'incontro si aprirà con la presentazione delle associazioni e delle iniziative promosse dall'Azienda per qualificare la loro presenza, a cura del dottor Gianluigi Tarondi, coordinatore del gruppo di lavoro sul volontariato, e della dottoressa Giovanna Pirana dell'Ufficio comunicazione interna. In particolare, saranno illustrati Convenzione e Regolamento e sarà pre-

sentata il nuovo corso di formazione che inizierà a gennaio 2007. Seguirà la relazione delle referenti, per l'ospedale civile maggiore di Borgo Trento e per il policlinico di Borgo Roma di tutte le associazioni sulle attività realizzate dai volontari nei vari reparti.

Il "Ruolo del volontario nell'organizzazione e nell'assistenza erogata dall'Azienda ospedaliera" sarà trattato dal responsabile del Dipartimento igiene, organizzazione e gestione aziendale, Emanuela Zandonà, e dal responsabile del servizio infermieristico Elisabetta Allegrini.

Il direttore generale Valerio Alberti concluderà gli interventi con una relazione incentrata sui temi di maggior interesse per le stesse associazioni.

Un dibattito sugli argomenti trattati concluderà la prima conferenza dei servizi dedicata ai nostri volontari.

Ma la serata proseguirà ancora con un brindisi offerto dall'Azienda ospedaliera e animato dalle stesse associazioni di volontariato in particolare con i volontari "clown", che regaleranno un po' di magia "terapeutica" a questo appuntamento alla sua prima edizione.

Giovanna Pirana

IL DOLCE SORRISO DI GISELDA

Una triste notizia è arrivata a tutte le associazioni attive in ospedale: alla fine di agosto un grave lutto ha colpito l'Avvo, Associazione volontari visitatori ospedalieri con la prematura scomparsa della presidente Giselda Donadel.

La signora Donadel era iscritta all'Avvo da quasi quattordici anni e, dopo esserne stata segretaria per lungo tempo, da gennaio di quest'anno ne era divenuta presidente. Tutti coloro che l'hanno conosciuta la ricordano con rimpianto.



"Patti" tra Ulss e medici di base

di Gelmino Tosi*

Il 6 giugno scorso le tre Unità sanitarie locali della provincia di Verona e i medici di Medicina generale hanno sottoscritto i Patti aziendali. Giornali e televisioni locali ne hanno dato ampia notizia ma, poiché chi scrive ha partecipato alle trattative e alla firma dell'accordo, approfitto della gradita e opportuna l'occasione per esprimere alcune considerazioni personali e spero chiarificatrici.

I "Patti aziendali" innanzitutto sono un contratto integrativo sindacale tra le aziende Ulss (i datori di lavoro) e i medici di famiglia (i lavoratori). Tuttavia la questione non coinvolge solo le parti in causa (come in una normale azienda), ma anche tutti i cittadini della provincia di Verona che usufruiscono dei servizi delle Ulss e dei medici di Medicina generale.

Vorrei subito chiarire dubbi ed eventuali pregiudizi: come ogni accordo sindacale prevede incentivi economici per i medici, ma questi incentivi non sono legati a meri obiettivi di risparmio della spesa sanitaria. Fugliamo un luogo comune e un pregiudizio che aleggiava anche durante la conferenza stampa di presentazione dei Patti: i medici non prendono soldi a scapito di risparmi sulla pelle dei cittadini!

Mi si permetta un esempio. Io sono costretto da anni ad assumere quotidianamente una compressa di un certo farmaco. Ora, se io pesassi 25 kg in meno, quella medicina non mi sarebbe più necessaria con conseguente risparmio per il Sistema sanitario. Ma il medico che riuscisse a farmi dimagrire di 25 kg va pagato di più di quello che si limita a compilarmi la ricetta.

Non è più possibile chiudere gli occhi di fronte alla limitatezza delle risorse, risparmiare non deve significare contrazione dei servizi, ma ridistribuzione. La risorsa che io spreco mancherà a chi la meriterebbe più di me.

Una delle maggiori novità per i cittadini che verrà introdotta con i Patti riguarda il Cup, Centro unico di prenotazione. I medici avranno la possi-



Gelmino Tosi

bilità di assegnare priorità specifiche per esami diagnostici a seconda della gravità del caso. Ma questo non avverrà a piacere, ad "istinto", ma attenendosi a rigorose linee guida elaborate da opportune commissioni tecniche.

Chi scrive ha fatto parte della commissione per l'ecografia, un lavoro durato mesi di studio. Un esempio per chiarire: un nodulo sospetto della mammella dovrà essere indagato entro tre giorni, ma un'ecografia di controllo andrà oltre i quaranta giorni.

Questi patti prevedono anche la riduzione della spesa farmaceutica, inutile negarlo, attraverso un meccanismo studiato a lungo e a mio avviso saggio e virtuoso, che non priva nessuno della cura adeguata. Se per curare una determinata malattia esistono in commercio tre farmaci che la letteratura scientifica internazionale ha giudicato equivalenti, perché mai non usare il meno costoso? Ma vi è anche un'altra novità riguardando l'uso dei farmaci. Per la prima volta medici e Ulss si impegnano a tenere sotto controllo alcune terapie croniche, cioè a verificare che i pazienti assumano in modo continuativo le medicine che non devono smettere mai. L'uso non regolare, per esempio, dei farmaci per il colesterolo è irrazionale, non serve a nulla, anzi è solo uno spreco di denaro.

Attraverso l'analisi delle prescrizioni i medici potranno individuare quei

Tra le novità introdotte, c'è la possibilità per i medici di assegnare priorità per gli esami diagnostici in base alla gravità del caso

malati che fanno un uso inappropriato di tali medicine invitandoli ad una maggiore attenzione e continuità.

È previsto, inoltre, sempre attraverso l'analisi dei dati, un particolare impegno per la diagnosi di nuovi casi di ipertensione arteriosa. Statisticamente si calcola che nella popolazione adulta vi sia una quota di ipertesi che non sanno di esserlo, il progetto si augura di scovarne almeno il 2%.

Questi due ultimi interventi non porteranno ad una diminuzione della spesa, ma, si spera, ad un aumento della salute generale della popolazione e, a lungo termine, una diminuzione dei costi per complicanze dovute a condizione misconosciute o non trattate adeguatamente.

Non sono argomenti facili, lo so, non è facile essere razionali nel momento della malattia. Quando stiamo male diventiamo tutti più egoisti, forse un po' più bambini, è nella natura umana. Anche nella mia esperienza di medico è difficile far capire ad un ammalato che c'è qualcuno che sta peggio di lui e che merita più attenzioni.

Credo sia necessario uno sforzo da parte di tutti: la sanità, questa nostra sanità, per funzionare al meglio ha bisogno anche della collaborazione degli ammalati.

***medico di famiglia e psicoterapeuta**

PICCOLI CELIACI

Sono ancora troppi i pazienti affetti da celiachia, non diagnosticata per scarsità di sintomi. Per individuare nella popolazione pediatrica veronese i bambini che, pur intolleranti al glutine, sfuggono alla diagnosi, è stato avviato ad aprile un progetto di ricerca, della durata di un anno, nato da un'iniziativa congiunta dell'Azienda ospedaliera e dell'Ulss 20. La malattia sarà svelata attraverso uno screening sierologico, effettuato su segnalazione del pediatra di libera scelta (Pls) sui pazienti che presentano particolari segni e sintomi.

La ricerca è coordinata dal dottor Marco Cipolli del Centro fibrosi cistica dell'ospedale maggiore dell'Azienda ospedaliera di Verona, dal dottor Michele Gangemi, pediatra di libera scelta dell'Azienda Ulss 20 di Verona e dal dottor Enrico Valletta, della Clinica pediatrica, dell'Università di Verona, del Policlinico Gian Battista Rossi.

Gli obiettivi dello studio, che sarà condotto grazie al coinvolgimento dei pediatri di libera scelta dell'Ulss 20 ed in seguito dell'intera provincia di Verona, coinvolgendo anche i colle-



Enrico Valletta, della Clinica pediatrica, dell'Università di Verona, del Policlinico "Gian Battista Rossi"

ghi delle Ulss 21 e 22, sono molteplici: giungere alla diagnosi definitiva di celiachia in un elevato numero di bambini e adolescenti non ancora diagnosticati, avvicinando la prevalenza reale della malattia a quella teorica suggerita dagli studi epidemiologici; identificare con quale frequenza i diversi segni, sintomi e con-

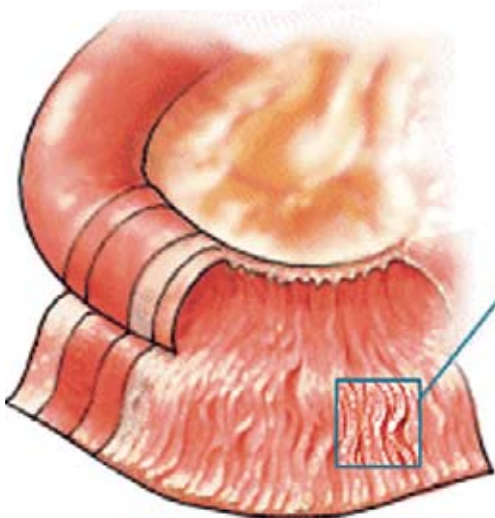
dizioni portano alla diagnosi; fornire ai pediatri di famiglia una migliore conoscenza dei problemi sanitari legati all'intolleranza al glutine; concordare una metodologia diagnostica aggiornata ed un programma di monitoraggio del paziente.

«La celiachia può manifestarsi nel bambino già dai nove-dieci mesi di vita. Tuttavia la premessa della nostra ricerca sta nel fatto che moltissimi casi di intolleranza al glutine vengono diagnosticati in ritardo con gravi conseguenze per la vita dei bambini, che spesso crescono e diventano adulti senza essere mai stati adeguatamente curati – spiega il dottor Valletta –. I casi di celiachia noti rappresentano dunque solo la punta dell'iceberg. Il concetto di "iceberg della celiachia" era stato introdotto in letteratura oltre dieci anni fa per dare la misura della sproporzione esistente tra i relativamente pochi casi noti di celiachia e l'enorme numero di soggetti intolleranti al glutine, ma non ancora diagnosticati. Da allora diverse ricerche epidemiologiche hanno chiarito le reali dimensioni del problema, individuando circa un caso di celiachia ogni 100-200 individui».

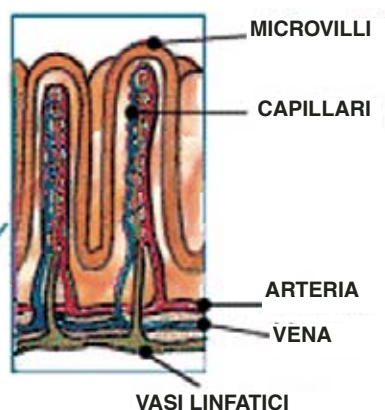
Volendo tradurre questi dati epidemiologici in cifre riferite alla realtà italiana, sappiamo che a fronte di circa 55-60.000 casi di celiachia diagnosticati fino ad oggi in Italia (dati Aic, Associazione italiana celiachia - convegno nazionale SIGENP 2005), altri 300-350.000 individui non hanno ancora avuto una risposta diagnostica a disturbi legati all'intolleranza al glutine. Inoltre sono circa 6.000 i nuovi "celiaci" che nascono ogni anno in Italia con una elevata probabilità di restare a lungo non diagnosticati.

Un'indagine Aic, svolta nel 2000 nelle Ulss venete, aveva censito circa 650 celiaci nella provincia di Verona. Su una popolazione di circa 750.000 abitanti, la prevalenza di malattia diagnosticata risultava pari a circa un

INTESTINO TENUE



VILLI



In evidenza, il danno della mucosa del piccolo intestino, che permette di diagnosticare la celiachia

Autore e rif.	Provincia	N° Pediatri LS coinvolti	N° assistiti coinvolti	Soggetti a rischio sottoposti a screening (%)	Prevalenza iniziale di celiachia	Prevalenza finale di celiachia
Andreotti *1999	VI	26	20200	240 (1.2)	1:2020	1:721
Narducci *2000	MI	34	20805	577 (2.8)	1:1122	1:679
Ferrara *2002	PA	20	16560	310 (1.9)	1:487	1:394
Bonato *2005	TV	21	20989	389 (1.9)	1:1104	1:600

* dopo il nome dell'autore è indicato l'anno di pubblicazione della ricerca

caso ogni 1.200 abitanti. Il confronto tra la frequenza attesa di un caso ogni 200 abitanti e quella rilevata indicava che nella provincia di Verona in circa tremila soggetti la celiachia restava ancora non diagnosticata. La mancata diagnosi porta con sé un costo non irrilevante, per ognuno dei soggetti interessati, in termini di persistenza di malattia, peggiore qualità di vita, rischi di complicanze, visite mediche e ricoveri ospedalieri inappropriati.

Negli ultimi anni alcuni gruppi di ricerca di pediatri di libera scelta, coordinati da centri di riferimento ospedalieri o universitari, hanno

condotto studi mirati nelle province di Vicenza, Milano, Palermo e Treviso.

In questi studi, l'individuazione di soggetti a rischio per celiachia, da sottoporre a screening sierologico sulla base di criteri clinici predefiniti, ha consentito un netto incremento delle diagnosi di celiachia, come illustra la tabella sopra, che riporta i riferimenti degli autori delle ricerche e ne riassume gli esiti.

I risultati di queste ricerche hanno quindi avvicinato la prevalenza reale di malattia a quella teorica e favorito una efficace risposta ad un bisogno di salute ancora presente in un largo

numero di soggetti.

La stessa metodologia viene applicata ora dai pediatri veronesi. Il pediatra di libera scelta, nel corso della normale attività ambulatoriale, valuta se per ogni piccolo paziente si presentino segni, sintomi o patologie associate, che definiscono l'esistenza di un "rischio di celiachia", e che sono stati riassunti in una scheda (familiarità con la celiachia attraverso parenti di primo grado, difetti di crescita, sintomi gastrointestinali, presenza di malattie genetiche, ecc). Ogni bambino che presenti almeno uno dei segni, sintomi o condizioni riportati nella griglia è considerato a rischio di celiachia ed arruolato nello studio.

I soggetti saranno quindi sottoposti a screening sierologico (sarà effettuato un dosaggio di IgA e anticorpi anti-transglutaminasi, oltre ad anticorpi antigliadina se il piccolo ha meno di tre anni). I bambini con sierologia positiva per celiachia saranno inviati ai Centri di riferimento (Clinica pediatrica del Policlinico Gian Battista Rossi, Centro fibrosi cistica dell'ospedale civile maggiore o ad altri centri abilitati alla diagnosi di celiachia) per una nuova verifica della positività sierologica e l'eventuale esecuzione della biopsia duodenale. Alla conferma della diagnosi istologica seguirà l'impostazione della dieta senza glutine e del follow-up.

Valeria Zanetti



Da sinistra: Marco Cipolli del Centro fibrosi cistica dell'ospedale maggiore dell'Azienda ospedaliera di Verona; Michele Gangemi, pediatra di libera scelta dell'Azienda Ulss 20 di Verona

CELIACHIA: PER STAR BENE L'UNICA CURA È LA DIETA

Cos'è la celiachia

Si tratta di un'intolleranza permanente al glutine contenuto in alcuni cereali di uso comune, come frumento, orzo, segale ed avena e quindi nei principali alimenti preparati con questi cereali, come pane, pasta, pizza, biscotti.

È dovuta ad un danno della mucosa del piccolo intestino, localizzato tra lo stomaco e il colon, deputata all'assorbimento dei nutrienti introdotti con l'alimentazione. Per assorbire meglio le sostanze nutritive infatti la mucosa del piccolo intestino presenta delle piccolissime estroflessioni della membrana dell'epitelio ("villi"). Il danno della mucosa intestinale nella malattia celiaca consiste nella perdita dei villi ("atrofia subtotale") dovuta alla gliadina, cioè a una frazione proteica del glutine. Nella celiachia il sistema immunitario reagisce a contatto con il glutine, sviluppando anticorpi diretti contro la gliadina e contro l'organismo, provocando così infiammazione nell'intestino ed in altri organi.

In genere la malattia si manifesta dopo alcuni mesi dall'introduzione dei cereali contenenti glutine nell'alimentazione, con rallentamento della crescita in peso o altezza, diarrea, malassorbimento o anemia da carenza di ferro. Esistono poi un certo numero di disturbi "minori" che possono, da soli, costituire l'unico segnale della presenza della celiachia.

La diagnosi

L'attenzione crescente alle manifestazioni più lievi della malattia, insieme alla disponibilità di esami del sangue molto più sensibili che in passato, ha consentito di "scoprire" la celiachia in moltissimi bambini e adulti che non sapevano di essere intolleranti al glutine e che non trovavano rimedio ai piccoli disturbi che li accompagnavano da tempo più o meno lungo come stanchezza, dolore addominale, scariche irregolari, addome gonfio, difficoltà di digestione, malattie della pelle.

Per essere certi della presenza di celiachia è utile effettuare una biopsia della mucosa duodenale o digiunale (cioè di quel tratto del tubo digerente che si incontra subito dopo lo stomaco) in modo da dimostrare attraverso l'esame istologico il danno caratteristico della malattia, cioè la perdita dei villi intestinali con atrofia della mucosa. La biopsia viene oggi eseguita con l'endoscopia, ben tollerata dal bambino di qualsiasi età perché il piccolo paziente viene addormentato.

Di solito, si giunge all'esecuzione della biopsia in bambini nei quali, per il sospetto di celiachia, sono stati evidenziati nel sangue prelevato i livelli di alcuni anticorpi, la cui positività suggerisce la presenza dell'intolleranza al glutine (si tratta degli anticorpi "anti-endomisio",



Il farro è un cereale i cui prodotti - pasta, pane... - sono tollerati dai celiaci

EMA, e, più recentemente, degli anticorpi "anti-transglutaminasi", anti-TG).

L'unica "cura" è la dieta

Attualmente l'unico trattamento della celiachia è l'introduzione di una dieta senza glutine, rigorosa e in modo permanente (poiché l'intolleranza dura per tutta la vita). Si devono eliminare, quindi, il pane, la pasta, la pasticceria, tutti gli alimenti contenenti glutine e altri cereali tossici quali orzo, segale, avena. Ciò non significa che la dieta del celiaco non possa essere varia e gustosa in quanto può comprendere riso, mais, patate, ortaggi, legumi, carni, pesce, frutta, latte, uova, noci, nocciole, mentre sono oggi disponibili sul mercato tantissimi prodotti di industrie specializzate nel settore della nutrizione che consentono di variare la dieta del celiaco. L'introduzione della dieta senza glutine determina in tempi piuttosto rapidi un miglioramento apprezzabile del quadro clinico, della crescita e dell'umore: questo miglioramento rappresenta un altro criterio diagnostico di celiachia.

Invece, la normalizzazione della mucosa del piccolo intestino procede più lentamente. È importante che il celiaco osservi scrupolosamente la dieta senza glutine: infatti la ripetuta introduzione di quantità anche piccole di glutine espone il soggetto con celiachia al rischio di sviluppare in età adulta la riduzione della fertilità, l'aumento dell'abortività, la comparsa di malattie autoimmuni, oltre ad osteoporosi e anemia da carenza di ferro.

Va. Za.

Una nuova procedura terapeutica, non chirurgica, per chiudere il "dotto di Botallo" nei bambini

Pediatria

29

UN SOFFIO CHE ALLARMA

Tra le patologie cardiologiche congenite dei bambini c'è anche il cosiddetto "dotto di Botallo". È un piccolo vaso sanguigno situato all'interno del cuore (è un residuo non occluso della circolazione fetale) che devia una parte del sangue dall'aorta verso l'arteria polmonare, provocando di conseguenza un iperafflusso sanguigno nella circolazione polmonare.

Sulla carta non si tratta di una disfunzione molto grave: tuttavia nelle forme più gravi questa anomalia può causare ipertensione polmonare con prevedibile alterazione dei vasi e dei tessuti ed anche nelle forme lievi rende il cuore suscettibile a grave rischio infettivo (endocardite batterica) ed a fenomeni tromboembolici.

Si rende quindi necessaria la chiusura del dotto già nei primissimi anni di vita.

C'è però una novità. Se fino a pochi anni fa l'unica modalità di chiusura stava nell'intervento chirurgico, inva-



Gabriella Errico, dirigente medico dell'Unità operativa di Pediatria del policlinico di Borgo Roma ed esperta in Cardiologia pediatrica

sivo e non privo di rischi, ora si può contare su una nuova procedura terapeutica non più chirurgica, più efficace e del tutto sicura, meno costosa, meno dolorosa e con tempi di recupero rapidissimi per il bambino.

Ne spiega l'importante valenza clinica la dottoressa Gabriella Errico, dirigente medico dell'Unità operativa di Pediatria del policlinico di Borgo Roma ed esperta in Cardiologia pediatrica, che ricorda come il dotto di Botallo (dal nome dell'anatomo-patologo che nel '500 descrisse per primo l'anomalia) sia in realtà presente nel periodo fetale, quando i polmoni sono

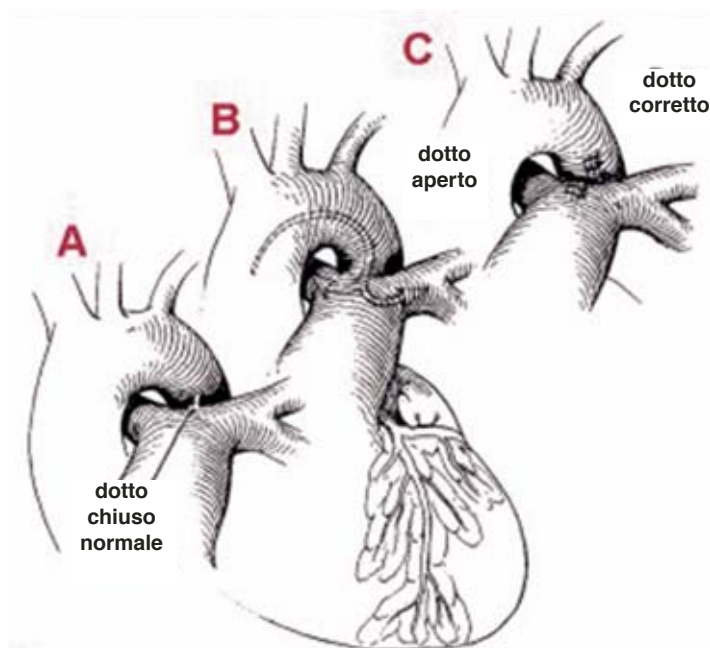
ancora privi di attività funzionale e ricevono di conseguenza soltanto la quantità di sangue necessaria al loro nutrimento.

«Il dotto ha in questo caso la funzione di deviare nell'aorta una parte del sangue che dal cuore destro arriva nell'arteria polmonare - spiega -. Successivamente alla nascita, quando i polmoni iniziano a respirare, il dotto si chiude spontaneamente nel giro di alcune ore per poi trasformarsi in un cordone fibroso nell'arco di circa tre mesi. Può tuttavia rimanere aperto dando vita ad un'anomalia che comporta un eccessivo passaggio di sangue dall'aorta verso il circolo polmonare. Nelle forme più gravi questa anomalia può causare anche ipertensione polmonare e scompenso cardiaco mentre in quelle più lievi si rischia una severa infezione cardiaca».

Il dotto, insomma, per il bene del bambino va chiuso. Il continuo passaggio di sangue dall'aorta all'arteria polmonare non determina infatti solo un sovraccarico di lavoro per il cuore. Può essere sede di infezioni e può dilatarsi diventando un aneurisma a rischio di rottura e/o un focolaio di fenomeni tromboembolici polmonari con gravi conseguenze.

La diagnosi di mancata chiusura del dotto è fatta dal pediatra durante le primissime visite; un "soffio" rilevato in sede di auscultazione cardiaca fa sospettare immediatamente l'anomalia. Il successivo elettrocardiogramma permette di evidenziare l'ingrossamento del ventricolo sinistro, confermabile anche con accertamenti radiologici. Si rende quindi necessaria anche un'ecocardiografia per accertare l'entità del problema e per valutare la migliore metodologia di intervento, effettuabile già oltre l'anno di vita del bambino.

Il grande miglioramento delle tecniche di intervento non chirurgico rende tuttavia la chiusura del dotto



A - NORMALE CHIUSURA DEL DOTTO DI BOTALLLO DOPO LA NASCITA

B - MANCATA CHIUSURA DEL DOTTO DOPO LA NASCITA

C - PROCEDURA CHIRURGICA DI SEPARAZIONE TRA AORTA E POLMONARE

un'operazione semplice e veloce. Si evita in primo luogo l'intervento cardiocirurgico vero e proprio, pesante di per sé e non privo di rischi come le emorragie, le infezioni, la raccolta di aria nelle pleure (pneumotorace), le lesioni nervose al nervo laringeo con conseguente alterazione della voce, senza dimenticare i lunghi tempi di recupero, i maggiori tempi di ospedalizzazione ed i maggiori costi.

«Il nuovo sistema di chiusura sfrutta la tecnica del cateterismo interventistico e raggiunge percentuali di successo attorno al 97%, maggiore quindi rispetto all'intervento chirurgico di "legatura" del dotto – prosegue la dottoressa Errico –. È stato perfezionato da diversi anni grazie alla commer-

cializzazione di un nuovo dispositivo, il Duct Amplatzer, che permette la chiusura del dotto attraverso un catetere guida inserito nel corpo del bimbo da un piccolo foro di un paio di millimetri praticato nei vasi femorali in sede inguinale. All'estremità del catetere viene ancorato una specie di tappino, il Duct Amplatzer, realizzato con un metallo a memoria di forma. È costituito da una rete di Nitinol, un materiale che ha proprietà di memoria e di elasticità tali da consentire la modificazione della sua forma per il passaggio all'interno di un catetere per poi recuperare la forma originale quando ne fuoriesce».

«Una volta inserito nel catetere verrà

spostato fino all'estremità aortica del dotto – conclude la dottoressa Errico –. Qui andrà a posizionarsi all'interno del lume del dotto occludendolo immediatamente, dal momento che l'aorta ha una pressione maggiore rispetto all'arteria polmonare. In seguito il Duct Amplatzer verrà inglobato e coperto dal tessuto endoteliale senza alcun problema».

Sono circa una decina i casi già trattati con successo tramite questa tecnica innovativa al policlinico di Borgo Roma dal 2002, anno nel quale l'Azienda ospedaliera di Verona ha approntato la nuova procedura, eseguita comunque in anestesia generale e sotto stretto monitoraggio.

Alessandro Azzoni

EFFETTI DELLE CARDIOPATIE CONGENITE SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Le cardiopatie congenite sono delle malformazioni del cuore che si verificano in conseguenza di un'alterazione del normale sviluppo del cuore dell'embrione nelle prime 5-10 settimane di gravidanza. Le malformazioni cardiache possono essere di vario tipo: sono comprese dalle anomalie che riguardano una singola parte del cuore, ad esempio una valvola, ad anomalie molto più complesse. La gravità della cardiopatia e le ripercussioni sulla salute del bambino sono diverse. Alcune non hanno ad esempio alcuna implicazione reale sulla salute del bambino.

L'incidenza dei nuovi casi di cardiopatia congenita è intorno agli otto casi ogni mille bambini nati vivi. Attualmente in Italia nascono quindi circa quattromila neonati all'anno con tale anomalia. Alcune sono più frequenti di altre: il difetto interventricolare rappresenta circa il 32% di tutte le cardiopatie congenite, il difetto interatriale il 9%, il dotto di Botallo pervio e la coartazione aortica l'8% circa, la tetralogia di Fallot il 6%, la trasposizione completa delle grandi arterie il 5%. Avere una cardiopatia congenita, va ricordato, non vuol dire avere necessariamente una malattia seria o invalidante, dal momento che alcune cardiopatie sono di entità talmente leggera da non influenzare la salute ed il benessere di una persona e da non richiedere alcun tipo di terapia per tutta la vita.

Al contrario, alcuni difetti cardiaci congeniti sono talmente gravi da portare a morte un neonato in pochi giorni, almeno che non venga effettuato un intervento medico e chirurgico immediato. Tuttavia allo stato attuale delle conoscenze mediche è possibile curare con buon esito circa l'85% delle cardiopatie, anche se, non di rado, le cardiopatie complesse richiedono più d'un inter-



vento cardiocirurgico nel corso della vita. La riduzione della tolleranza allo sforzo è il sintomo più comune presentato da un bambino che abbia delle anomalie cardiache.

Questo in un lattante si evidenzia con la comparsa di affaticamento durante il pasto. Il lattante è costretto a riposarsi frequentemente mentre si alimenta, manifestando segni di affaticamento. Spesso non riesce ad alimentarsi con quantitativi sufficienti, per cui la crescita rallenta e, nei casi più gravi, può arrestarsi.

Un altro sintomo comune è la difficoltà respiratoria associata ad una sudorazione eccessiva. Nei bambini più grandi la riduzione della tolleranza allo sforzo si manifesta specialmente nel gioco, quando non riescono a seguire i compagni e sono costretti a fermarsi perché affaticati, con un respiro affannoso, un colorito pallido ed una sudorazione abbondante.

Al. Az.

BOFFETTI MARINO S.r.l.
BERGAMO

Via A. Volta, 8/10
24011 - ALME'
tel: +39 035 545455
fax: +39 035 545688
www.boffettimarino.com
info@boffettimarino.com

BOLOGNA

Via Savena Abbandonata, 32
40052 Boschi di Baricella
Tel. +39 051 6600620
Fax +39 051 6600466

CESENA

Via Cavalcavia, 855
47023 Cesena
Tel. + 39 0547 630911
Fax +39 0547 632250



DIFFICILE
TENERE LA BOCCA

CHIUSA



UNA NUOVA PELLE



Dino Barisoni, direttore della Cattedra di Chirurgia plastica ricostruttiva dell'Università di Verona

Piccole o grandi, estese o circoscritte: le ustioni sono sempre molto dolorose e dannose per l'organismo. Ma come si possono definire? E da che cosa sono provocate?

A rispondere è il professor Dino Barisoni, direttore della Cattedra di Chirurgia plastica ricostruttiva dell'Università di Verona: «L'ustione è una lesione dell'organismo causata dal trasferimento di energia da una sorgente di calore al corpo – spiega – e sono più di uno gli agenti che possono causarla: liquidi o vapori infiammabili, fiamme, sostanze chimiche, elettricità». Diversi i tipi di ustioni: epidermiche, dermiche, profonde o a tutto spessore. Nell'ustione dermica super-

ficiale la guarigione avviene spontaneamente in 9-14 giorni, mentre in quella dermica profonda la zona interessata guarisce in 16-25 giorni con la formazione di tessuto cicatriziale.

«Nelle ustioni dermiche è usata soprattutto la medicazione oclusiva, che viene eseguita applicando un antisettico locale e garze – illustra Romina Biasi, infermiera professionale del Centro ustioni –. Dupliche il vantaggio di questo tipo di medicazione: da un lato diminuisce notevolmente il rischio di infezioni e di disidratazione dell'area interessata. Dall'altro, il paziente non vede la zona lesa e ciò è positivo dal punto di vista psicologico. Tuttavia va ricordato che il microcli-

L'ATTIVITÀ DEL CENTRO USTIONI DAL 1996 AL 2005

CENTRO USTIONI

Dal 1996 al 2005 sono stati ricoverati al Centro ustioni 948 pazienti, con una netta prevalenza di persone di sesso maschile. La fascia d'età più rappresentata è quella oltre i 65 anni, mentre nella ultima decade sono fortunatamente diminuiti i ricoveri dei bambini. Per quanto riguarda il luogo dell'incidente, l'ambiente domestico è al primo posto, le ustioni per cause di lavoro rappresentano il 18% dei ricoveri. Per ciò che concerne, invece, le cause, la modalità più frequente è da imputare alla fiamma, seguita da liquidi, vampate, contatto, vapore, elettricità, chimica. Tra i ricoverati 456 (48,10%) pazienti hanno presentato ustioni inferiori al 20 per cento della superficie corporea, 250 (26,37%) pazienti hanno avuto un interessamento compreso tra il 20 e il 40 per cento, mentre i rimanenti 174 pazienti (18,35%) hanno presentato lesioni maggiori del 40 per cento. L'intervallo medio tra il momento dell'ustione e il ricovero è stato di tre ore e 50 minuti.

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, sono stati operati 557 pazienti (58,75%), di cui alcuni più volte, per un totale di 841 interventi chirurgici (88,71%). Il 37% (350 pazienti) dei pazienti è stato trattato chirurgicamente entro sette giorni, la degenza media è stata di 29 giorni, con un minimo di tre e un massimo di 131 giorni.

L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO

L'intervento psicologico serve ad aiutare il paziente ustionato a:

- esplicitare sentimenti, paure, attese
- controllare la paura del dolore
- affrontare i sentimenti di rabbia e di colpa per l'accaduto
- confrontarsi con i cambiamenti che l'evento comporta
- adattarsi allo stato temporaneo di isolamento.

L'ALIMENTAZIONE

Nel paziente ustionato si registrano un dispendio energetico e un consumo proteico imponenti. Egli presenta,

infatti, a livello interstiziale, una fuoriuscita di liquidi che contengono acqua, elettroliti, vitamine e proteine. L'alimentazione deve perciò essere ricca, iperproteica e ipercalorica, soprattutto nel caso di ustioni estese. Così si salvaguarda la componente immunologica e il paziente è più protetto dal rischio di infezioni. L'alimentazione varia nelle diverse fasi: un periodo di digiuno che dura tra le otto e le dodici ore dal momento del trauma, una dieta idrica, un'alimentazione con cibi leggeri, una dieta libera. Diverse anche le vie di somministrazione: orale, per sondino o per via venosa. L'alimentazione per bocca è certamente la più naturale perché, oltre a stimolare i movimenti dello stomaco e dell'intestino, ha effetti psicologici positivi sul paziente che collabora attivamente sia nella scelta del cibo che nella sua assunzione. Pur mantenendo un apporto calorico soddisfacente, il peso di un paziente ustionato può registrare un calo durante il decorso della malattia del 10-15 per cento.

ma caldo-umido favorisce la moltiplicazione batterica e, poiché la medicazione è chiusa, non è possibile tenere sotto controllo i processi infettivi che si possono sviluppare.

Nelle ustioni di terzo grado sono invece indicate le medicazioni aperte. In tal modo – continua – le superfici ustionate sono esposte all'aria e si essicano, favorendo così la formazione di un tessuto necrotico, detto escara, che separa l'ustione dall'ambiente esterno. Per poter applicare questa metodica è necessario controllare la carica batterica ambientale con temperature comprese tra i 28 e i 31 gradi e con un'umidità relativa del 30-40 per cento».

Le superfici ustionate, soprattutto quelle di secondo grado, possono essere protette da una medicazione biologica che il più delle volte, nel Centro ustioni di Verona, si ottiene utilizzando la cute di donatore fornita dalla Banca della cute. Nei casi di ustioni profonde, è necessario l'intervento chirurgico per rimuovere i tessuti ustionati non vitali, le zone cruente che residuano vanno coperte con gli innesti di pelle prelevati dal paziente stesso. In questi casi, per alcuni giorni, si esegue una medicazione con garze e bende. In alcune situazioni particolari, inoltre, può essere eseguito anche un altro tipo di terapia locale: l'impacco, che viene praticato applicando garze imbevute di soluzioni disinfettanti o antibiotiche. L'impacco può essere utilizzato anche per aumentare la detersione dell'ustione in preparazione all'intervento chirurgico o nei giorni seguenti.

Anche la balneoterapia riveste una particolare importanza. Infatti il lavaggio del paziente con acqua e antisettici, operazione sempre eseguita al momento del ricovero, pulisce le superfici ustionate, facilita la rimozione dei tessuti necrotici, aumenta la mobilità articolare e diminuisce il dolore. La principale controindicazione per questa terapia, che viene eseguita anche durante il decorso della malattia, sono le complicanze polmonari. Sono, infatti, proprio i polmoni il bersaglio critico per il paziente



Maurizio Governa, dirigente medico dell'U. O. di Chirurgia plastica e Centro ustioni OCM

ustionato. In particolare, ustioni al volto, collo, torace e dorso comportano scarsa mobilità muscolare con diminuzione della funzione respiratoria. La pleurite e la broncopolmonite sono le complicanze più diffuse.

«Tra le complicanze broncopolmonari meritano particolare attenzione quelle provocate dalle lesioni da inalazione – chiarisce Stefania Zordan, anche lei infermiera professionale – poiché i prodotti volatili della combustione sono altamente irritanti. Chi respira la miscela tossica subisce una lesione della mucosa che riveste la trachea e i bronchi e, se il prodotto inalato è ad alta temperatura, possono manifestarsi lesioni da calore alle prime vie aeree, i cui danni si manifestano nelle prime 24 ore, e complicanze polmonari più tardive».

Ma come è possibile intervenire per limitare i danni? Anna Pia Zenorini, terapeuta della riabilitazione al Centro Ustioni spiega che «quando il sistema respiratorio è molto compromesso è possibile aiutare la respirazione dei pazienti con strumenti non invasivi

COSA FARE NEL CASO DI USTIONI CAUSATE DA...

Liquido bollente

È indispensabile togliere subito gli indumenti, per evitare di aumentare la durata del contatto del calore con la cute, e raffreddare la parte interessata con acqua fredda. Il ghiaccio non deve essere usato, poiché può causare congelamento, con conseguente peggioramento del danno locale. Si deve poi lavare la zona interessata con acqua corrente.

Fiamma

Bisogna gettare a terra l'ustionato e spegnere il fuoco, per evitare gravi danni al volto e al collo e lesioni da inalazione. Poi si devono raffreddare le zone ustionate con acqua fredda.

Sostanza chimica

È raccomandabile togliere i vestiti e lavare la zona interessata con acqua fredda corrente per diluire la sostanza che ha causato l'ustione.

che migliorano la respirazione aumentando la percentuale di ossigeno dell'aria inspirata».

In particolare, il trattamento prevede alcuni semplici, ma fondamentali accorgimenti: mantenere il paziente in posizione semiseduta, umidificare costantemente l'ambiente circostante, favorire la tosse produttiva, aspirare le secrezioni delle vie aeree superiori e somministrare ossigeno. Il posizionamento del paziente è molto importante, sia per prevenire le complicanze broncopolmonari sia per contrastare l'immobilità. La sequenza corretta prevede, in un primo momento, che il paziente sia semiseduto per facilitare l'espansione polmonare e la ventilazione. Gli arti vengono mantenuti in posizione elevata per ridurre l'edema. Appena possibile è comunque opportuno mobilizzare il paziente e aiutarlo nella deambulazione.

A spiegare in che cosa consiste il trattamento chirurgico dell'ustionato è il dottor Maurizio Governa, dirigente medico dell'U. O. di Chirurgia plasti-

ca e Centro ustioni OCM: «La chirurgia è l'unico trattamento risolutivo per la cura delle ustioni di terzo grado e consiste tecnicamente nella rimozione dei tessuti distrutti dal calore fino ad arrivare su una superficie che appaia vitale. Le superfici vanno coperte con innesti cutanei del paziente prelevati da zone sane. Bisogna tenere presente che gli innesti cutanei applicati per ottenere la guarigione non hanno tutte le caratteristiche della pelle normale sia per lo spessore che per il colore e deve essere chiaro che, purtroppo, le aree innestate rimarranno visibili anche a distanza di anni.

D'altra parte la copertura delle ustioni profonde con innesti cutanei prelevati dal paziente è ancora oggi l'unico trattamento valido per conseguire la guarigione e per evitare cicatrici ancor più invalidanti e deturpanti». Ci sono zone del corpo come il volto e le mani che, per la loro importanza estetica e funzionale, devono avere la precedenza nel trattamento chirurgico nel caso di ustioni profonde per rendere meno evidenti gli esiti cicatriziali.

«Se l'ustione è particolarmente estesa – prosegue –, il prelievo di cute viene passato attraverso uno strumento chirurgico per ottenere una rete che ne aumenta le dimensioni e permette di coprire aree più vaste. Le aree di prelievo guariscono spontaneamente in circa 12 giorni».

«Nonostante gli enormi progressi tecnologici e farmacologici degli ultimi anni – conclude il professor Barisoni – il problema più grave per il paziente ustionato resta in ogni caso ancora l'infezione, che mette in pericolo l'attecchimento degli innesti e ritarda la guarigione, peggiorando gli esiti cicatriziali. Anche il controllo del dolore rappresenta una notevole criticità, perché in questi pazienti gli antidolorifici a dosi elevate e per lungo tempo hanno numerose controindicazioni, mentre i sedativi aiutano il riposo notturno, ma non trovano impiego durante il giorno poiché è indispensabile che il paziente collabori in tutte le attività che gli sono richieste».

Paola Arosio

LA BANCA DEI TESSUTI



Lavorazione lembi cutanei presso la Banca dei Tessuti dell'Azienda ospedaliera di Verona

La Regione Veneto ha istituito la Banca dei tessuti regionale, concepandola come una singola Banca in rete, con due sedi, a Treviso e a Verona, coordinate dal Centro regionale per i trapianti. A Verona è attiva dal 2003 ed è l'unico centro regionale di riferimento per quanto riguarda la cute. La Banca è affidata al Servizio di immunoematologia e trasfusione, diretto dal dottore Giuseppe Aprili. Svolge una funzione di raccolta, qualificazione, validazione, lavorazione, conservazione e distribuzione dei tessuti prelevati dai donatori. Ha inoltre la responsabilità di registrazione, tracciabilità e archiviazione dell'intero processo che prevede: donazione e prelievo dei tessuti, manipolazione e conservazione, assegnazione al paziente, controlli periodici. Il lavoro della Banca implica una stretta sinergia organizzativa e operativa tra le diverse strutture di un'azienda sanitaria: l'ufficio coor-

dinamento prelievo organi e tessuti, le rianimazioni, la neurochirurgia, le chirurgie specialistiche, la medicina legale, l'anatomia patologica, la microbiologia. Diversi i livelli di azione: locale, all'interno cioè dell'ospedale, regionale e nazionale.

Tre le tipologie principali di donatori: donatore a cuore battente, donatore a cuore fermo, vivente. La cute prelevata da donatore è un validissimo supporto sia per le ustioni superficiali che per quelle più profonde. La copertura temporanea con gli innesti da donatore è in grado di proteggere dalle infezioni, di diminuire il dolore e di formare una barriera contro la perdita di acqua, di proteine e di sali. L'innesto tessutale è oggi un'importante opzione chirurgica, che consente rilevanti recuperi anatomici, funzionali ed estetici e restituisce salute, benessere e qualità di vita a numerosi pazienti.

Un'eccessiva esposizione ai raggi o a troppe "lampade" può rivelarsi un mix dannoso per la salute

Dermatologia

35

DOPO IL SOLE SOS PELLE

Maneggiare con cura. L'avvertenza che si trova sugli imballaggi contenenti prodotti fragili, opportunamente "rivisitata", può benissimo essere applicata ai raggi solari naturali e artificiali. Già, perché un'eccessiva esposizione al sole e troppe "lampade" possono rivelarsi un mix estremamente dannoso per la salute. Lo dicono da qualche anno i mass media e lo ribadisce, con chiarezza, il professor Giampiero Girolomoni, direttore dell'U.O clinica dermatologica di Borgo Trento.

Una volta il sole lo si prendeva solo in spiaggia, d'estate. Oggi fa tendenza essere abbronzati tutto l'anno e con ogni stratagemma.

«Ma la passione per l'abbronzatura perenne è pericolosa – dice senza mezzi termini il professor Girolomoni –, e personalmente a me preoccupano soprattutto quelle mamme che accettano di buon grado che i figli, fin da piccoli, si espongano al sole e alle lampade senza moderazione: il rischio di sviluppare malattie della pelle gravi è maggiore per chi inizia fin da giovane ad abusare dei raggi UVA. Le scottature dei bambini, infatti, sono la fonte di rischio principale, l'elemento che incrementa la possibilità di sviluppare melanomi da adulti. Al giorno d'oggi si associa l'abbronzatura ad un buono stato di salute e al benessere anche economico, così



Giampiero Girolomoni, direttore U.O. clinica dermatologica di Borgo Trento

come nell'Ottocento avveniva esattamente l'opposto, ossia era il pallore del volto a distinguere i benestanti che, non lavorando nei campi, facevano sfoggio del loro "candore". Abbronzarsi va bene, ma senza correre rischi».

Non è eccesso di allarmismo, ma il tentativo di prevenire pericolosi exploit delle malattie legate al sole. E d'altra parte questo tipo di sensibilità è sempre più diffusa in tutto il pianeta: «In Australia, dove la carnagione della popolazione è bianchissima – sottolinea ancora il professor Girolomoni – è stato imposto ai pubblicitari di presentare, nei messaggi commerciali, persone poco abbronzate. Da noi

la maggior parte dei modelli sfoggia invece abbronzature perfette. Credo che le cose siano destinate a cambiare anche qui, ma i tempi non sono ancora maturi».

Ma si può indicare una "dose massima" di raggi solari assumibili settimanalmente o mensilmente? «No, dipende da vari fattori a partire dal tipo di carnagione», risponde il direttore della clinica dermatologica. «Vorrei però richiamare l'attenzione sul fatto che l'abbronzatura, ossia la melanina, è un meccanismo di difesa della pelle. La melanina agisce come una sorta di filtro naturale, in quanto assorbe la radiazione ultravioletta. Tuttavia, soprattutto negli individui con fototipo chiaro, questo sistema non è sufficiente a evitare gli effetti meno piacevoli del sole (eritemi e nei casi peggiori ustioni). L'esposizione al sole produce innanzitutto un eritema, dovuto sia a un aumento dell'afflusso sanguigno locale sia a una vera e propria reazione infiammatoria, che richiama localmente cellule di difesa (globuli bianchi).

Un altro sistema di protezione generico – continua il dermatologo – è rappresentato dall'ispessimento della cute, che tuttavia subentra a distanza di qualche giorno e si manifesta con la secchezza cutanea. A fine estate molte delle persone che hanno fatto prolungati bagni di sole vedono comparire lentiggini, che sono sinonimo di pericolo, e poi discromie, vale a dire alterazioni della pigmentazione cutanea che si manifestano con chiazze acromiche (bianche) di forma e grandezza variabile, dove vengono a mancare completamente i melanociti, alternate ad aree scure più ricche di melanociti».

Ma ha ragione chi dice che il sole è più pericoloso di una volta? E come prevenire e curare i problemi connessi ad una esposizione prolungata? «In effetti – sottolinea il prof. Girolomoni –, rispetto ad una volta ci sono più raggi ultravioletti che raggiungono la terra; questi si dividono in UVA, UVB



LE NOVE MALATTIE LEGATE A UN'ECESSIVA ESPOSIZIONE

Nove. È il numero delle malattie legate all'eccessiva esposizione a radiazioni Uv identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che, a metà agosto, ha rilanciato l'"allarme ultravioletti" facendo riferimento alla letteratura scientifica. Sia il sole che le fonti artificiale di abbronzatura, mette in guardia l'agenzia specializzata dell'Onu, possono danneggiare la salute.

I primi a essere evidenziati dall'Oms sono i tumori della pelle ma anche di altri organi: oltre al melanoma, il più grave, la lista contempla il carcinoma squamoso della pelle, tumore maligno che, rispetto al melanoma, ha un'evoluzione più lenta ed è associato a minore morbidità e mortalità; il carcinoma basocellulare (basalioma), tumore cutaneo che si sviluppa prevalentemente in età avanzata e si diffonde lentamente e localmente; il carcinoma squamoso della cornea o della congiuntiva, raro tumore oculare.

Ma gli esperti dell'Oms mettono in luce anche che i raggi Uv possono procurare cheratosi, malattie croniche della pelle che in rare occasioni



possono generare lesioni pretumorali; scottature; cataratta, degenerazione del cristallino, che diventa sempre più opaco fino a compromettere la vista e, in certi casi, può portare anche alla cecità; pterigio, cioè l'ispessimento della congiuntiva che porta a opacizzazione della cornea o a una limitazione dei movimenti oculari; riattivazione dell'herpes labiale, a causa dell'immunosoppressione indotta dall'eccesso di UV.

Per limitare questi problemi basta limitare a livelli ragionevoli l'esposizione alla luce solare evitando, le ore più calde, tra le 10 e le 14, quando si consiglia di stare all'ombra; indossare vestiti protettivi ed occhiali da sole ad alta protezione, che riducono enormemente i rischi per gli occhi. Le creme solari protettive (almeno +15) vanno applicate ogni due ore ed è meglio evitare l'uso di lampade o lettini abbronzanti, soprattutto prima dei 18 anni.

L'Oms, nel documento, ricorda però pure che il sole fa anche bene ed è necessario. Le radiazioni UV hanno infatti un ruolo importante nella sintesi organica di vitamina D, sostanza coinvolta nello sviluppo dello scheletro e in grado di proteggere le ossa da malattie quali il rachitismo, l'osteomalacia e l'osteoporosi. In generale, basta una minima esposizione ai raggi UV per ottenere questi effetti protettivi. Chi è "allergico" o non può esporsi al sole dovrebbe assumere integratori di vitamina D, previo consiglio del medico.

M.A.

e UVC, con una diversa capacità di penetrare la cute: i primi raggiungono il derma profondo, i secondi penetrano l'epidermide e la parte superficiale del derma, mentre gli ultimi raggiungono la superficie terrestre in quantità trascurabile. I raggi UVB sono la causa principale di malattie e invecchiamento precoce della pelle.

Per cercare di tenere sotto controllo i fenomeni degenerativi, è fondamentale idratare la pelle durante e dopo l'estate con pomate che trattengano l'acqua nell'epidermide. Va anche sottolineato che non vi sono prodotti che garantiscano per via sistemica la protezione del sole come "spacciato" da certi messaggi pubblicitari che "propinano" pillole o yogurt dichiarandole utili a questo scopo.

L'idratazione, da attuarsi utilizzando prodotti semplici, senza ricorrere ad estratti vegetali o profumi – alcuni prodotti sono infatti responsabili di reazioni quando ci si espone al sole come appunto profumi, deodoranti oli estratti di fico, finocchio, prezzemolo... – è fondamentale per preservare la pelle evitandone il precoce invecchiamento. E visto anche che l'età media si alza, è importante tenere un comportamento virtuoso per evitare il manifestarsi di tali fenomeni.

La più diffusa tra le malattie della pelle causata dal sole è la dermatite polimorfa solare che si manifesta con papule e placche molto pruriginose. In alcuni casi, le lesioni tendono a peggiorare e costringono il paziente a evitare l'esposizione.

Altra patologia indotta dai raggi del sole è l'orticaria solare, che si manifesta con pomfi della durata di poche ore. Vi sono, poi alcune malattie che vengono aggravate o scatenate dal sole come, ad esempio, il lupus eritematoso, la rosacea, l'herpes simplex e le porfirie.

«Per non presentare solo una faccia della medaglia – conclude il professor Girolomoni – va evidenziato che vi sono però anche malattie della pelle che traggono giovamento da una corretta esposizione come la psoriasi, la vitiligine, la dermatite seborroica e la dermatite atopica. Non si dimentichi però che queste stesse patologie possono anche essere aggravate da un'esposizione eccessiva».

Mirko Aldinucci

La tecnica chirurgica per l'asportazione dei tumori epatici consente buoni risultati terapeutici

Chirurgia

37

PROGRESSI SUL FEGATO

Quella del fegato è una branca della chirurgia oncologica particolarmente complessa. Fino a pochi decenni fa praticare un'asportazione di parte del fegato significava sottoporre il paziente a rischi elevati con complicanze anche severe. Oggi sono possibili asportazioni anche del 70-80% del volume epatico: il che significa che il paziente può sopravvivere con un terzo del suo fegato. Una situazione che permane per poco tempo, perché poi questo particolare organo, dotato di eccezionali capacità rigenerative, ritorna al volume precedente all'intervento in circa 30-40 giorni, a condizione che il fegato non sia cirrotico.

«La mortalità per simili atti chirurgici è passata negli ultimi anni dal 10-15% a percentuali inferiori al 3-5% nei pazienti con cirrosi epatica e addirittura vicina allo 0-2% in assenza di cirrosi», spiega il professor Alfredo Guglielmi, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia generale A che si trova al terzo piano del Policlinico di Borgo Roma. Insieme alla mortalità sono diminuite notevolmente anche le complicanze post operatorie, la degenza dopo l'intervento chirurgico è in media di una settimana e «grazie a particolari accorgimenti di tecnica chirurgica ed apparecchiature per ottenere l'emostasi, solo un terzo dei pazienti nella nostra casistica ha richiesto l'uso di



Il professor Alfredo Guglielmi consegna la medaglia dell'Università di Verona al professor Yuji Nimura, leader della chirurgia dei tumori al fegato, in particolare del colangiocarcinoma. Il chirurgo ha tenuto una lettura magistrale nell'aula magna dell'ospedale di Borgo Roma.

trasfusioni di sangue».

Le neoplasie del fegato sono purtroppo in progressivo aumento: nel Veneto rappresentano la quinta causa di morte tra tutti i tumori, con un numero di nuovi casi all'anno di poco superiore a mille. L'incidenza nella nostra regione è doppia rispetto alla media mondiale, con tassi del 34,5 (casi ogni 100mila abitanti) e 12,5 rispettivamente per i maschi e le femmine. Sono due i tipi di tumori che colpiscono il fegato: i primitivi (epatocar-

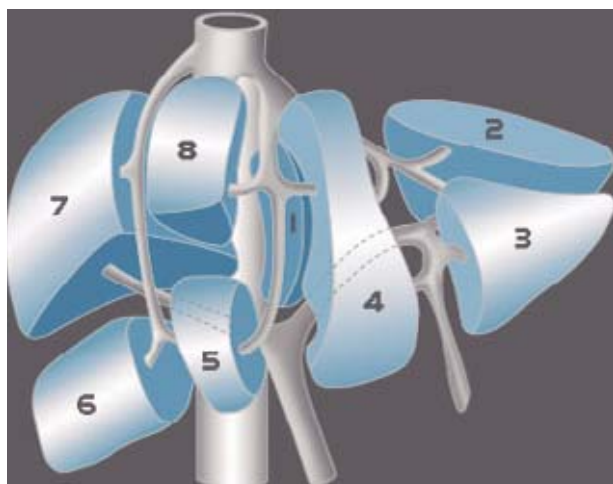
cinoma e colangiocarcinoma) ed i secondari (metastasi derivanti da altre neoplasie).

L'epatocarcinoma è il più frequente tumore primitivo del fegato, insorge in presenza di condizioni favorevoli come l'epatite cronica o la cirrosi sia alcolica che virale.

Il trattamento è oggi multidisciplinare. Questa malattia si cura con il trapianto, la resezione chirurgica e le terapie locali (alcolizzazione, termocoagulazione e chemioembolizzazione) variamente combinate tra loro in funzione delle caratteristiche del tumore e della gravità della cirrosi associata. «La tera-

pia più efficace dell'epatocarcinoma con cirrosi è il trapianto di fegato – sottolinea il primario –, poiché cura sia la cirrosi che la neoplasia.

Purtroppo questa risorsa può essere applicata in meno del 10% di tutti i pazienti per la ben nota carenza di organi. Inoltre il paziente candidato deve essere attentamente valutato, perché il trapianto non può essere applicato in persone con neoplasie avanzate, nelle quali vi è un elevato rischio di recidiva di malattia». La resezione chirurgica trova oggi ancora un suo largo spazio e può essere applicata nei pazienti con funzione conservata del fegato e la sopravvivenza a cinque anni è del 40-50%. «Tuttavia, nonostante i buoni risultati, la recidiva di malattia è molto frequente per cui questi pazienti devono essere seguiti costantemente



Anatomia chirurgica del fegato, suddiviso in otto segmenti, base fondamentale per la moderna Chirurgia epatica

anche a distanza di anni».

Per coloro che non possono essere sottoposti a resezione chirurgica vi sono oggi altri sistemi di distruzione locale della neoplasia. I metodi maggiormente utilizzati sono l'alcolizzazione percutanea e la più recente termoablazione con radiofrequenza. La termoablazione permette di distruggere le cellule neoplastiche inserendo nel tumore una sonda collegata ad un generatore di radiofrequenza che distrugge la neoplasia portandone la temperatura a 80-100 gradi.

La procedura è eseguita senza intervento chirurgico, ma con l'ausilio di una guida ecografica. «Nella nostra esperienza ormai decennale – ricorda Guglielmi – abbiamo ottenuto dei buoni risultati soprattutto nei pazien-



UN'ÉQUIPE ALTAMENTE QUALIFICATA E UN NUOVO REPARTO

È stato un ritorno a casa quello del professor Alfredo Guglielmi che dal 18 novembre è direttore dell'Unità operativa di Chirurgia generale A del Policlinico di Borgo Roma. Non capita a tutti di assumere la direzione di un reparto nello stesso ospedale in cui da giovane studente si è ottenuta la specializzazione.

«Allora ero allievo interno del professor Claudio Cordiano, nel reparto di Patologia chirurgica, diretto dal professor Roberto Vecchioni – ricorda Guglielmi, 53 anni lo scorso settembre –. È stato molto emozionante ritornare tra queste corsie, nel reparto che fu del professor Adamo Dagradi, pioniere della chirurgia epatica, tra i primi in Italia ad eseguire resezioni del fegato fin dagli anni Cinquanta. Poter dare nuovo impulso a questo tipo di chirurgia, proseguendo un'importante tradizione dell'Università di Verona, per me è motivo di grande onore e soddisfazione».

Dopo la specializzazione in Chirurgia generale nel 1984, seguita da quella in Endocrinochirurgia (1987), il professor Guglielmi ha iniziato il suo percorso di

«maturazione professionale» nella prima Chirurgia clinicizzata dell'ospedale di Borgo Trento, diretta da Cordiano, «che per me – afferma – è stato un maestro. Sono stati diciotto anni, dal 1987 al 2005, di intenso lavoro che mi hanno perfezionato nella chirurgia generale, nella chirurgia oncologica digestiva e in particolare in quella delle neoplasie del fegato e delle vie biliari. In quel periodo ho avuto anche la possibilità di frequentare alcuni tra i più importanti centri di Chirurgia epatica mondiali (il centro trapianti di fegato di Pittsburgh, del Mont Sinai di New York, del Kings College Hospital di Londra, e reparti di chirurgia epatobiliare dell'ospedale Beaujon di Parigi e di Nagoja in Giappone) e di acquisire ulteriori esperienze in questo campo». Più recentemente Guglielmi ha dato un importante contributo all'avvio del Centro di trapianti di fegato a Borgo Trento, diretto sempre da Claudio Cordiano.

Professore ordinario di Chirurgia generale presso la facoltà di Medicina dell'Università di Verona, vanta all'attivo oltre 4mila interventi di cui circa 500 nell'ambi-

to dei tumori del fegato. «L'Unità operativa di Chirurgia generale A dispone di quarantuno letti – illustra Guglielmi – e svolge un'attività di Chirurgia generale, prevalentemente oncologica, ma anche di Chirurgia vascolare e toracica.

L'équipe è composta da validi chirurghi con notevoli capacità professionali, e da un gruppo infermieristico giovane e molto motivato, coordinato dalla caposala Lidia Biondani, che vanta più di vent'anni di esperienza alle spalle».

Nell'ambito dei lavori di ristrutturazione, in corso a Borgo Roma, il reparto è stato rinnovato. «Le opere di riqualificazione hanno riguardato per il momento una sola sezione – conclude il chirurgo –, ma saranno completate a breve per tutto il reparto ed estese anche al gruppo operatorio. Sono state realizzate stanze a due e quattro letti, con bagno, secondo i moderni canoni delle degenze ospedaliere. Sarà realizzata inoltre una terapia semi-intensiva post-chirurgica, dove ospitare il paziente dopo l'intervento, garantendo in questo modo i migliori requisiti d'assistenza».

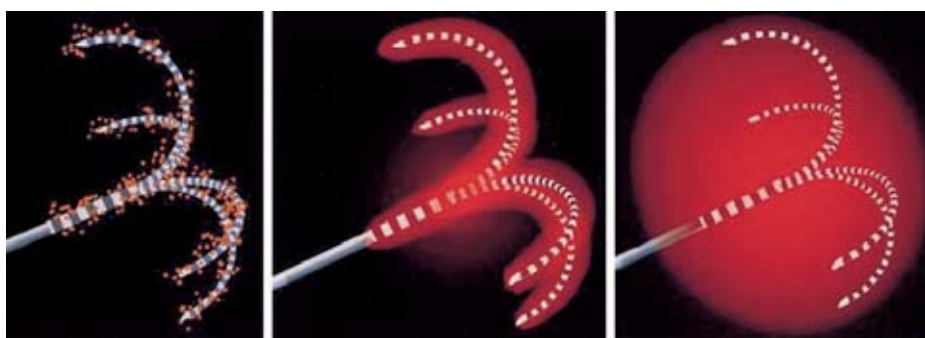
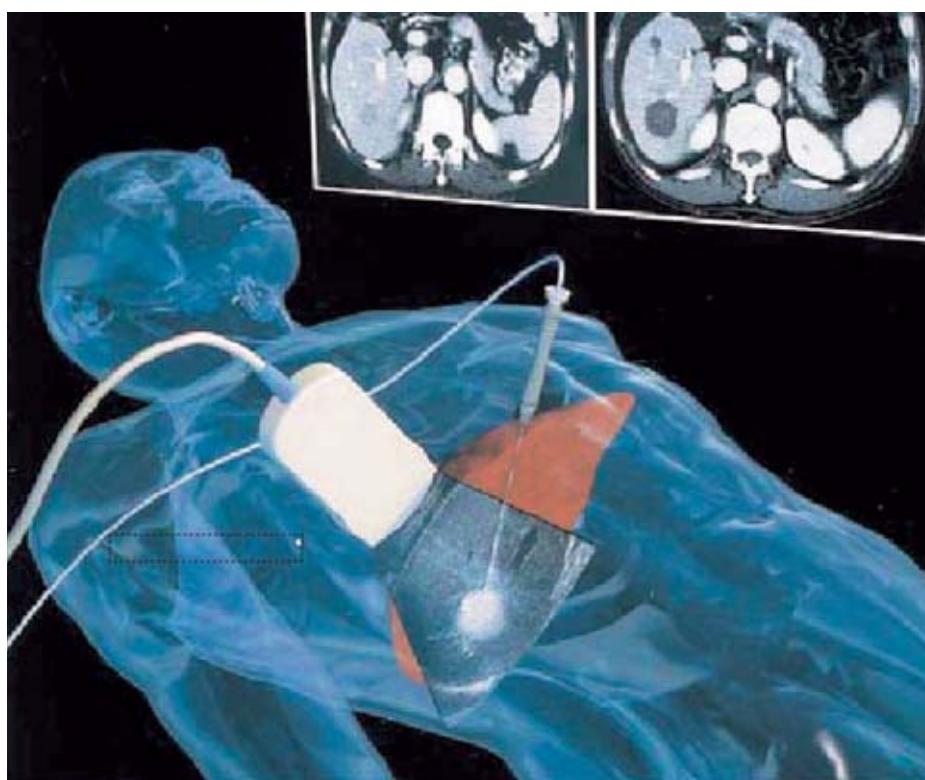
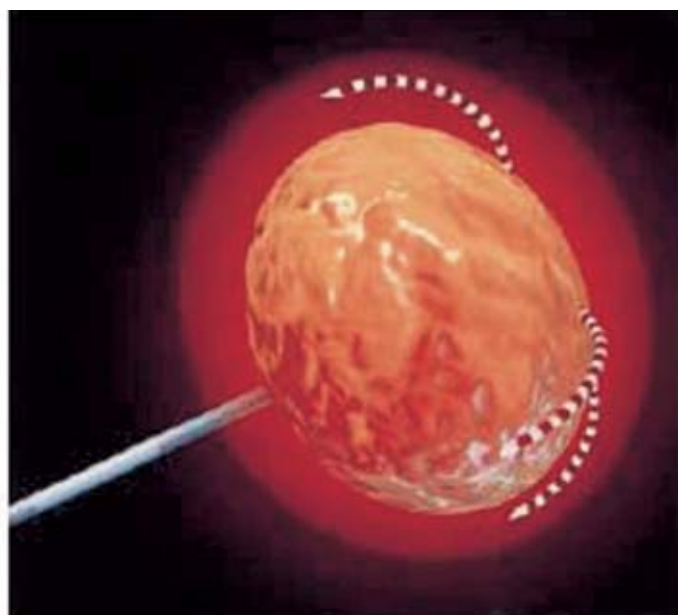
ti con tumori di piccole dimensioni (inferiori ai tre centimetri) nei quali la distruzione completa del carcinoma si è realizzata nel 98% dei casi. La sopravvivenza nei pazienti con distruzione completa della neoplasia si avvicina a quella della resezione chirurgica che rimane comunque il "gold standard".

Il secondo tumore primario più frequente del fegato è il colangiocarcinoma, che ha origine dalle cellule delle vie biliari. Si tratta di una neoplasia rara, ma con incidenza in costante aumento. Si può manifestare con una massa all'interno del fegato (colangiocarcinoma intraepatico) ed essere inizialmente del tutto asintomatica: questo è il motivo per cui spesso la diagnosi di questa malattia è tardiva. Altre volte si può manifestare con un ispessimento e restringimento delle vie biliari all'esterno del fegato: in questo caso vi è precoce comparsa di ittero.

«È un carcinoma particolarmente difficile e complesso da trattare – precisa il chirurgo – e richiede un accurato studio diagnostico delle vie biliari per valutarne la resecabilità. L'intervento poi necessita di resezioni epatiche molto estese, con ricostruzione dei dotti biliari e talvolta di tratti vascolari. L'asportazione radicale del tumore è in grado di fornire risultati confortanti, fino ad un 40% di sopravvivenza dopo cinque anni».

I tumori secondari del fegato rappresentano infine un altro importante capitolo della chirurgia epatica: il fegato è, infatti, la sede più frequente di metastasi da tumori del tratto gastrointestinale, della mammella, del polmone. «Le indicazioni chirurgiche, un tempo molto restrittive, sono andate ampliandosi nell'ultimo decennio – conclude Guglielmi –, confortate dai buoni risultati che possono fornire, in pazienti ben selezionati. Ad esempio nelle metastasi da tumore del colon-retto, grazie ad un intervento di chirurgia radicale, integrato da cure chemioterapiche o di radioterapia, la percentuale di sopravvivenza a cinque anni può raggiungere il 35-45%».

Elena Zuppini



Apparecchiatura ed ago utilizzato per la temoablazione dei tumori epatici. L'ago, fornito di uncini, viene inserito nella lesione e portato a temperature di circa 90-100 gradi, provocando la distruzione della neoplasia

Rianimare le corsie...

di padre Giacomo Bonaventura*

«Che brutto reparto!» Innanzitutto voglio chiarire il senso di quest'espressione e sgombrare il campo da equivoci. Sono parole che ho sentito più di una volta nel reparto di rianimazione di neurochirurgia da parte dei familiari dei malati ricoverati. Non sono dette perché il reparto è fatiscente o perché gli operatori sanitari sono indifferenti e scorbutici. Anzi. È, invece, la reazione spontanea di chi entra per la prima volta in quelle stanze e si trova di fronte al proprio marito, moglie, figlio, amico e a volte neanche riescono a riconoscerlo. Poi vedono gli altri malati fianco a fianco con i propri e capiscono di non essere i soli a vivere drammi e speranze. Un reparto pieno di fili, di flebo, di strumenti per respirare e altro, di continui suoni degli strumenti stessi. Sembra un ambiente che abbia una sua vita propria.

Che brutto reparto!

Per l'esperienza che mi sono fatto, credo che sia tra le situazioni più difficili da vivere per i familiari.

Perché i malati ricoverati sono coloro che sono stati operati al cervello per qualche malattia, coloro che hanno subito gravi traumi da incidenti da strada, chi ha tentato il suicidio, altri vittime di incidenti in casa o sul lavoro. Giovani ma anche adulti e anziani. Il più delle volte in stato di incoscienza che può durare giorni e settimane, per alcuni mesi...

E i familiari aspettano.

Aspettano notizie dai medici, aspettano l'evolversi della situazione, aspet-



tano di entrare in reparto (mezz'ora al giorno). Aspettano e sperano o disperano, aspettano e pregano o si arrabbiano, aspettano e piangono o gioiscono per i progressi fatti. Vedi contemporaneamente chi è sereno, chi invece non ha più speranze e chi ha capito o teme che dovrà abituarsi ad un nuovo stile di vita.

Sì, sono i familiari che in quel reparto hanno più bisogno di aiuto, di sostegno, di accompagnamento. Soprattutto quando arrivano a comprendere che il proprio marito, moglie, figlio, amico non ce la può fare e viene loro chiesto di donare gli organi. Oltre al dolore della morte e della separazione, devono fare una scelta non scontata né facile.

È difficile per chi non è entrato in quel reparto e non ha vissuto in prima persona quelle situazioni, immaginare una tale realtà.

Gli operatori sanitari sono bravi. Hanno un carico di lavoro e di stress elevato. Ma sono presenti e sostengono con intelligenza i familiari. I medici ogni giorno si avvicinano e danno notizie (le più attese) e conforto, gli infermieri sono attenti e parlano spesso con i familiari. Quando scatta la procedura della donazione si attivano varie figure tra cui lo psicologo. C'è una rete di aiuto molto consistente, quotidiano. Anche noi cappellani facciamo la nostra parte con la vicinanza, la preghiera, l'ascolto... Però quell'espressione dei familiari "che brutto reparto", mi risuona in altre direzioni. È certamente un "brutto reparto" per le situazioni che

**La rianimazione
è un piccolo mondo
dove si lotta
per la vita.
Malati e familiari
hanno bisogno
di cure
e attenzioni speciali**

si vivono e si vedono, ma forse anche per l'organizzazione degli spazi che non aiuta i familiari e non permette loro una presenza più prolungata e vicina.

Le stanze sono aperte, i malati uno vicino all'altro, il lavoro degli operatori sanitari è incessante. La presenza dei familiari è di mezz'ora al giorno, un'ora per quelli di una stanza specifica. Manca lo spazio per l'intimità, e quando qualcuno dei malati sta male (non raramente) ecco che tutti i familiari della stanza devono andarsene prima.

Non sono un architetto sanitario né un medico, per cui non ho competenze su cosa serva e come impostare quel reparto. Però ho un sogno: che in futuro si riesca a coniugare maggiormente le esigenze degli operatori sanitari, le necessità delle cure e di tutto ciò che serve, l'attenzione costante all'igiene e la presenza dei familiari, il loro bisogno di vicinanza e il loro apporto affettivo che è anche curativo.

Ripeto è certamente questione di architettura sanitaria e di esigenze terapeutiche. Capisco però che è anche frutto di mentalità, perché tutte le rianimazioni da me conosciute in Italia hanno lo stesso tipo di impostazione.

Penso che per aiutare i familiari in maniera più significativa, rispettando le esigenze imposte dall'assistenza a malati troppo gravi, sia necessario trovare nuove soluzioni.

***cappellano dell'ospedale**



...per aprire alla vita

di Francesco Procaccio*

Quando un po' di tempo fa padre Bonaventura è venuto nel nostro reparto e gli ho parlato per pochi minuti della nostra realtà e del nostro lavoro ho provato sollievo perché ho sentito che aveva colto con interesse l'importanza e l'entità dei problemi. Ma non mi aspettavo un regalo così.

Quello che padre Giacomo scrive esprime al meglio un punto centrale per chi "cura gli ammalati": non si può più pensare all'ospedale come un luogo di sofferenza dove i bisogni essenziali di accoglienza, di informazione, di aiuto, di riservatezza, di privacy possano essere sacrificati perché l'importante è "che i malati siano curati bene" e "tutto il resto conta poco". E in questo aspetto di civiltà e di cultura la Rianimazione è per me la "madre di tutti i reparti".

Per il nostro reparto di Terapia intensiva la struttura è un limite difficile da superare, ma davanti a cui non ci si può arrendere. È un reparto di "Neuroranimazione", cioè esclusivamente dedicato ai pazienti con lesioni cerebrali e/o midollari (gravi traumi cranici, emorragie cerebrali, traumi midollari, tumori cerebrali ecc.), tra i più grandi e con più tradizione in Europa ma occupa lo spazio di poche stanze di degenza del "Geriatrico" concepite cinquant'anni fa per tutt'altro uso.

Per questo è nostra priorità ottenere, in attesa del nuovo ospedale, una ristrutturazione che utilizzi almeno i locali in precedenza occupati dalle segreterie della Neurochirurgia. Il nostro "brutto reparto", in cui lavorano circa cento tra medici, infermieri e fisioterapisti, però ottiene buoni risultati e cura circa mille pazienti all'anno con recuperi anche brillanti che a volte all'ingresso sembrano veramente un miraggio per noi e soprattutto per i familiari. Ma questo non deve essere un alibi, e per i pazienti e i loro familiari occorre fare di più. "Cambiare mentalità", come giustamente scrive padre Bonaventura.

Personalmente ho vissuto esperienze, oggi sempre più diffuse nei Paesi anglosassoni, in cui i familiari sono quasi continuativamente all'interno



del reparto di terapia intensiva, al letto del paziente o in salette adiacenti e attrezzate a loro dedicate; ciò richiede spazi adeguati ma soprattutto notevole preparazione, motivazione e maturità da parte del personale e dei familiari stessi nell'affrontare tutte le difficoltà che la "vita" a tratti convulsa e drammatica di una rianimazione comporta. Esiste poi l'esigenza di minimizzare le possibilità di trasmissione di infezioni e di svolgere senza interferenze e imbarazzi tutte le attività terapeutiche e di nursing. Ma è sicuramente uno strumento straordinario che può creare una forte "alleanza terapeutica" tra medici, infermieri terapisti e familiari, togliendo la paura e il mistero del "reparto chiuso" e aumentando la fiducia reciproca e l'empatia.

Moltissimi dei nostri pazienti sono per lunghi giorni in coma o pesantemente sedati; il nostro rapporto con loro è lo stesso molto intenso ma oggettivamente limitato dalla loro situazione clinica. E anche per questo i loro familiari diventano i nostri veri "pazienti" da informare e aiutare nella disperazione e nella speranza. Non è compito facile e richiede preparazione specifica dei medici e degli infermieri e toglie anche tantissime energie soprattutto psicologiche ed emotive. Pochi di noi sono stati formati e preparati a svolgere questo compito prima di trovarsi direttamente "sul campo".

Ma anche le cose pratiche sono importanti; siamo riusciti ad ottenerne solo

qualcuna: una stanzetta dove parlare con i familiari, una piccola stanza di attesa con un bagno e condizionatore almeno per chi altrimenti passerebbe tutta la notte davanti alla porta del reparto, qualche informazione utile per chi si trova improvvisamente forestiero a Verona e nell'ospedale.

Possiamo contare su un'assistente sociale, il Servizio di Psicologia clinica e sulla formazione specifica per affrontare il colloquio e la relazione di aiuto ai familiari nel momento della morte e della eventuale donazione degli organi.

Ma passare attraverso tutte quelle persone nel corridoio che si riempie a volte all'inverosimile davanti alla porta chiusa del reparto mi impressiona ancora oggi come la prima volta e mi dà un senso di impotenza e di sgo-

mento. Ma dentro, nel "reparto chiuso", cosa avviene? Per i nostri pazienti, soprattutto per quelli svegli e coscienti (lesioni midollari!), infermieri, fisioterapisti e medici diventano spesso come "familiari aggiunti", a volte "supplenti" quando i veri familiari mancano, fino alla dimissione dal reparto verso la riabilitazione. Questo rapporto è a volte molto intenso; qualcuno rimane poi per anni, ma i giorni e i volti vissuti in rianimazione sono per pazienti e i loro familiari un brutto ricordo da rimuovere e dimenticare; ed è giusto che sia così.

Ma se in questo "brutto reparto" padre Bonaventura ha visto anche solo un piccolo segnale di desiderio e di volontà di migliorare sulla strada della "buona accoglienza" allora sono certo che riusciremo presto a cambiare in meglio la nostra piccola parte di mondo.

Un grazie particolare a padre Giacomo ma anche, mi scuso se rubo l'occasione, a tutto il personale del nostro reparto, soprattutto a coloro che già vivono questo "cambiamento di mentalità" nel comportamento di ogni giorno e nel proprio cuore.

***responsabile U.O. Anestesia e Terapia intensiva neurochirurgica dell'Ospedale civile maggiore**

RECUPERARE LA PAROLA

Istituire una scuola permanente per riabilitatori: questo è l'obiettivo a breve termine sul quale focalizza le proprie energie la sezione veneta dell'Associazione oncologica italiana mutilati della voce, nuovo nome (dal luglio scorso) dell'Associazione mutilati della voce, che si sta rinnovando anche nei compiti e nelle iniziative. Ma chi sono i riabilitatori? Sono persone qualificate che seguono periodicamente corsi di aggiornamento, insegnano agli operati di laringectomia a ritrovare la voce perduta e li aiutano ad affrontare il lungo e spesso difficile percorso di reinserimento nella vita familiare e sociale.

«Per il 99% – spiega Adriano Zanolli, presidente veneto dell'Associazione – i riabilitatori hanno già vissuto l'esperienza sulla propria pelle, sono stati operati, hanno perso le corde vocali, hanno faticosamente recuperato la capacità di esprimersi e vogliono aiutare gli altri a riprendere una vita il più possibile normale».

«Le tecniche per recuperare la parola – continua Renzo Olfi, presidente provinciale della sezione veronese – sono essenzialmente tre. Con il sistema esofageo si impara a parlare espellendo aria dall'esofago. Non per tutti, però, è possibile acquisire questa abilità. Io, ad esempio, non ci sono riuscito e sono stato due anni senza parlare, prima di decidere di applicare finalmente una protesi fonatoria, che è la seconda soluzione. La terza è oggi rappresentata da un altro tipo di protesi, con

IL REGOLAMENTO DELL'ASSOCIAZIONE

Come si legge nel suo regolamento generale, l'Associazione oncologica italiana mutilati della voce si propone di:

- tutelare gli interessi generali degli ammalati oncologici;
- collaborare con tutti gli enti pubblici e privati che si occupano di problemi connessi alla rieducazione alla parola ed al recupero socio-sanitario;
- promuovere l'istituzione di centri e corsi di insegnamento atti ad elevare i livelli di rieducazione;
- provvedere alla formazione di rieducatori ed al loro aggiornamento di terapia riabilitativa;
- favorire gli interventi finalizzati all'introduzione di nuove tecniche e programmi di riabilitazione dei disabili;
- fornire assistenza sanitaria riabilitativa, protesica e terapeutica a favore di associati anziani o indigenti;
- collaborare con società, enti e privati ed assumere ogni altra iniziativa atta al conseguimento degli scopi sociali.

una valvola in più che rende le cose più facili».

Spesso i laringectomizzati devono lasciare il lavoro e si sentono emarginati dalla società: «Hanno bisogno, quindi, dell'aiuto dell'Associazione per riaprire la porta della vita – afferma Adriano Zanolli, che esercita la professione di commercialista, ma

dedica buona parte del proprio tempo all'incarico regionale, pur non avendo vissuto sulla propria pelle l'operazione –. Mi sono trovato coinvolto come volontario – spiega – per merito di un grande amico che ora non c'è più: Orazio Cordioli, fondatore dell'Associazione, e mio predecessore come presidente regionale».

Un impegno che porta avanti con serietà ed entusiasmo, tanto da coinvolgere sempre più persone in tutto il Veneto, nelle varie sezioni provinciali: attualmente i maestri riabilitatori sono una settantina ed operano in 40 centri di riabilitazione in supporto ai vari reparti di otorinolaringoiatria, mentre gli iscritti nella regione sono circa 2.000.

«Ma solo il 20 per cento degli operati



Da sinistra: Francesco Mengalli, responsabile maestri riabilitatori, Renzo Olfi, presidente della sezione di Verona, Stefania Mazzi, segretaria dell'associazione, e Adriano Zanolli, presidente regionale

– specifica il presidente regionale – approda alla nostra Associazione. Bisogna quindi riuscire a raggiungerne anche altri: da soli è davvero molto difficile ricominciare a vivere. Non solo per loro, ma per tutte le loro famiglie.

Spesso ad entrare in crisi è l'intera famiglia – continua Renzo Olfi –. Il problema sembra insormontabile. Molti matrimoni naufragano, tanti operati si chiudono in se stessi. Perciò l'Associazione tenta di fornire anche supporto psicologico per superare le fasi più delicate».

I maestri riabilitatori intervengono ancora prima dell'operazione per spiegare ai diretti interessati ed alle loro famiglie cosa succederà. Poi sono a disposizione con lezioni gratuite per imparare di nuovo a parlare.

«Ma le nostre competenze ora si sono allargate – continua Zanolli –, su richiesta del dottor Franco Barbieri, direttore dell'Unità operativa di Otorinolaringoiatria dell'ospedale di Borgo Trento, con cui collaboriamo da tempo assiduamente. Dal novembre

2005, infatti, non ci occupiamo solo di chi è rimasto senza corde vocali, ma tutti gli operati in ORL».

Ed è proprio in collaborazione con questa Unità operativa, con l'appoggio dell'Azienda ospedaliera e dell'Università di Verona che l'Associazione intende realizzare la scuola permanente per riabilitatori, con una sede a Verona e in seguito, possibilmente, un altro centro a Treviso.

«La scuola – precisa Zanolli – sarebbe aperta non solo ai volontari, ma anche a giovani medici specializzandi ed ai logopedisti, a personale medico e paramedico, e i corsi sarebbe validi per acquisire crediti utili alla loro professione».

E *collaborazione* sembra ormai essere diventata la parola chiave dell'Associazione, visto che è già pronta anche una bozza di Statuto per federare le principali organizzazioni che si occupano dei mutilati della voce, perché «solo con iniziative portate avanti insieme, potremo farci valere a livello nazionale, nelle sedi competenti – dichiara Zanolli –. Solo così riuscire-

mo a risolvere i problemi dell'ammalato, non solo sotto il profilo sanitario, ma anche considerando le questioni dell'invalidità, assistenziali, delle agevolazioni fiscali e previdenziali, eccetera».

Lo spirito di collaborazione, infine, si allarga anche ad altre associazioni di volontariato, impegnate su altre problematiche: «Con loro – spiega Adriano Zanolli – vogliamo intervenire nelle scuole con una serie di iniziative di prevenzione, visto che fare prevenzione è uno dei nostri scopi principali».

E in attesa che tutti i progetti si realizzino, c'è già un'importante data sicura: dal 23 al 25 novembre si svolgerà il Corso di 3° livello per maestri riabilitatori, al centro Mons. Carraro di lungadige Attiraglio a Verona. Il programma dettagliato si può richiere all'Associazione, che ha sede di Verona, in via Fratelli Rosselli, 11. (tel/fax 045.561789, e-mail info@arvmdv.it). Di utile consultazione anche il sito internet, www.arvmdv.it.

Anna Laura Folena



costruire salute

**Il contributo di Pfizer Italia
per migliorare la qualità della salute
e della vita delle persone.**

Prestazioni per piccoli pazienti

di L. Flor* e G. Bisoffi**

L'argomento dei tempi di attesa è sempre di particolare attualità e continua ad essere uno degli aspetti della Sanità su cui pongono grande attenzione sia i cittadini sia le Istituzioni. A conferma di ciò sono state approvate nuove disposizioni a livello nazionale, recepite a livello regionale, che estendono il monitoraggio dei tempi di attesa ad un più elevato numero di prestazioni; questo per ampliare il controllo su prestazioni particolarmente delicate e su malattie da risolvere in modo tempestivo. Pur in presenza di numerosi atti normativi, sorprende un po' che non si faccia mai particolare attenzione, nella rilevazione dei tempi di attesa, alla fascia d'età pediatrica, anzi, queste liste, se separate dalle liste di prenotazione delle prestazioni da monitorare, sono escluse dalle rilevazioni richieste dalla Regione e dal Ministero.

Quando un bambino sta male, si crea una situazione di preoccupazione e ansia in quanto si tratta di soggetto che, soprattutto nei primi anni di vita, non sa esprimere con chiarezza i sintomi del malessere o della patologia.

Per questo sono stati realizzati documenti con indicazioni precise e chiare riguardo al trattamento dei bambini con problemi di salute. La Convenzione internazionale dei Diritti dei fanciulli (Onu 20 novembre 1989) e la Carta europea dei bambini degenti in ospedale (approvata nel 2002), in particolare, prevedono come principio essenziale il diritto al ricovero del bambino solo se l'assistenza non può essere fornita altrettanto appropriatamente a casa o in regime ambulatoriale. È previsto anche il diritto del bambino di avere accanto in ogni momento del ricovero i genitori, o un loro sostituto, senza costi aggiuntivi, il diritto ad essere assistito insieme a bambini con le stesse esigenze psicofisiche, evitando il ricovero in reparti per adulti, il diritto ad avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio, il diritto all'assistenza da parte di personale con preparazione adeguata

alle sue necessità fisiche, emotive e psichiche.

Nonostante l'indicazione a ricoverare solo quando strettamente necessario, in Italia il tasso di ospedalizzazione nelle fasce d'età 1-5 anni e 6-14 anni è ancora molto elevato rispetto alla media europea, e lo è anche in provincia di Verona rispetto alla media regionale (il tasso di ospedalizzazione annuo per mille abitanti di età 0-14 anni è pari a circa 85 in regione Veneto e circa 120 in provincia di Verona).

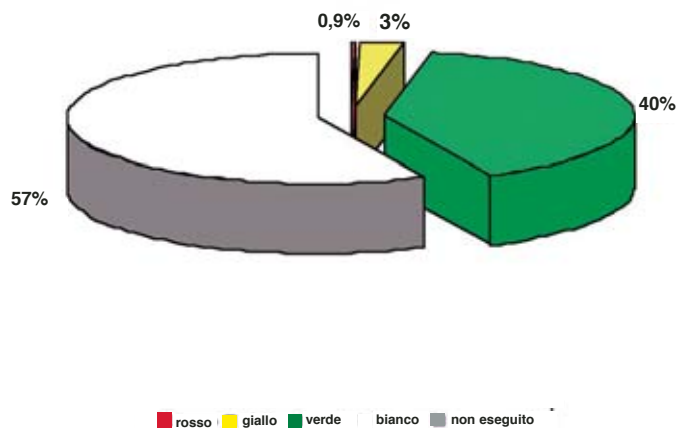
L'obiettivo di allineare il tasso di ospedalizzazione ai valori nazionali e regionali si può conseguire solamente attraverso un più appropriato

ricorso alle opzioni di cura fra le quali il ricovero in ospedale è solo una e non certo la prima o la principale.

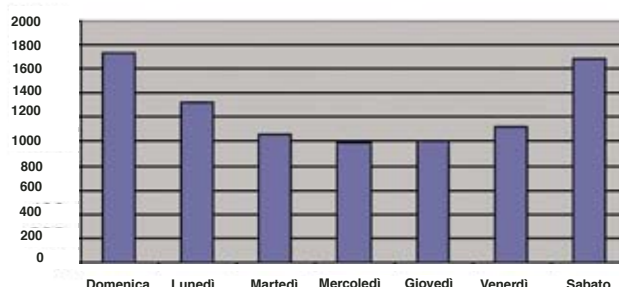
Ne consegue che in presenza di un qualsiasi problema di salute di un bambino il primo interlocutore dovrebbe essere il pediatra di famiglia, il quale a sua discrezione può richiedere accertamenti specialistici particolari, riservando l'accesso alle strutture ospedaliere solo alle situazioni in cui questo risulta appropriato o ai casi urgenti.

Per dare tempestiva risposta alle situazioni urgenti, presso l'Azienda ospedaliera di Verona è in funzione un servizio di primo soccorso pedia-

**Accessi P. S. pediatrico OCM
(1.1.06 - 31.7.06)**



**Accessi P. S. pediatrico
per giorno della settimana**



trico, sempre attivo, che effettua un triage al momento dell'accettazione, in modo da diversificare le attese in base all'urgenza e che assicura un immediato intervento di un medico pediatra in caso di necessità. Solo nel presidio di Borgo Trento, presso la Pediatria, da gennaio a luglio sono stati effettuati 8.645 interventi, molti dei quali con codice bianco (cioè di non gravità e urgenza) e nei giorni in cui gli ambulatori dei pediatri territoriali sono aperti (*vedi grafici*).

Si aggiunga che un numero circa uguale di interventi viene assicurato anche presso la Pediatria sede Policlinico.

Inoltre per assicurare continuità assistenziale nei giorni in cui i pediatri di famiglia non sono disponibili (sabato, domenica e festivi infrasettimanali) è vigente un accordo tra Azienda ospedaliera e Ulss 20 con la creazione di ambulatori "filtro", uno in Policlinico presso il Pronto soccorso ed uno in ospedale civile maggiore pres-



Da sinistra: Luciano Flor e Giulia Bisoffi

so la Pediatria, con orario 8-20, attivo da ottobre a giugno, per le visite specialistiche pediatriche non urgenti. Per quanto riguarda accertamenti specialistici nella fascia di età pediatrica l'Azienda ospedaliera sta orga-

nizzando l'accesso dei bambini distinto dai pazienti adulti con lista di prenotazione dedicata.

***direttore sanitario**

****responsabile Ufficio statistica**

TEMPI DI ATTESA PER VISITE SPECIALISTICHE IN ETÀ PEDIATRICA

Unità erogante	Prestazione	Struttura	Tempo medio
Cardiochirurgia	Vis. cardiocirurgica pediatrica	OCM	14
Cardiologia	Vis. cardiologica urgente pediatrica	OCM	16
	Vis. cardiologica pediatrica >6 anni		43
	Vis. cardiologica-pediatrica ≤6 anni		61
	Holter pediatrico		45
Chirurgia infantile	Vis. Chirurgia pediatrica	OP	8
	Vis. Chirurgia pediatrica - urologia	OP	11
Dermatologia	Vis. Dermatologica pediatrica	OCM	34
	Crioterapia pediatrica		32
Oculistica	Vis. oculistica pediatrica	OCM	47
Ortopedia	Vis. Ortopedica pediatrica	OCM	89
Pediatria	Vis. Ped. - endocrinologia	OP	16
	Vis. Ped. - nutrizione clinica		69
	Vis. Ped. - nefrologia		7
	Vis. Ped. - gastroenterologia		47
	Vis. Ped. - malattie scheletriche		19

PRIMA È MEGLIO È

Le recenti acquisizioni sull'artrite reumatoide hanno evidenziato la grandissima importanza di una diagnosi precoce e l'efficacia di un conseguente tempestivo approccio terapeutico ai fini della riduzione della progressione del danno articolare o, ancora meglio, ai fini della prevenzione del danno stesso.

L'artrite reumatoide richiede quindi una diagnosi in tempi stretti, possibilmente entro tre mesi dall'esordio dei sintomi; anche forme artritiche che non possono ancora essere classificate come reumatoidi, ma che presentano caratteristiche di aggressività tali da far prevedere, nell'arco di un breve periodo di tempo, un'evolutività in senso erosivo, richiedono un trattamento adeguato e in tempi rapidi.

Si è sviluppato pertanto negli ultimi anni il concetto di *early arthritis*, cioè di artrite in fase d'esordio, che assume particolare rilevanza per il suo immediato riflesso sul controllo della malattia e sui relativi costi sociali. È importante capire che trattare il paziente senza perdere tempo significa spegnere sin dall'inizio il processo flogistico prevenendo il declino della funzione articolare, il danno anatomico radiologicamente visibile e la perdita della capacità lavorativa. Il danno articolare si instaura infatti precocemente ed è progressivo.

Se la malattia non viene trattata, già a distanza di quattro mesi dall'esordio sono evidenziabili erosioni a livello di piccole articolazioni nel 15-20% dei casi mediante la radiologia convenzionale e nel 45-50% dei casi se si ricorre a tecniche più sofisticate, quali la risonanza magnetica; a due anni dall'esordio, con la stessa tecnica, le erosioni possono essere rilevate nel 70-90% dei casi. Per quanto attiene alle grandi articolazioni, a dieci anni dall'esordio della malattia, il 15-20% dei pazienti necessita di un intervento di chirurgia protesica.

Di recente è stato poi rilevato che la



storia naturale della malattia prevede un passaggio verso una maggiore aggressività in tempi rapidi.

L'interesse crescente verso la fase di esordio della patologia artritica ha portato in molti Paesi all'istituzione di strutture appositamente dedicate, le cosiddette *early arthritis clinics*. L'invio del paziente a tali strutture dovrebbe consentire di sfruttare la cosiddetta *window of opportunity*, cioè quel breve arco di tempo dall'esordio dei sintomi in cui la malattia può essere trattata in modo tempestivo e idoneo con elevata probabilità di ottenerne la remissione.

Non va poi scordato che nel corso degli ultimi anni le strategie terapeutiche per l'artrite reumatoide sono radicalmente cambiate sia per l'uso più precoce e spesso combinato dei farmaci di fondo o DMARDs (*disease modifying antirheumatic drugs*), sia per l'ampliamento dell'armamentario terapeutico; sono stati infatti immessi in commercio un nuovo DMARD (leflunomide) e i farmaci cosiddetti "biologici", che agiscono inibendo selettivamente il TNF-alfa, citochina proinfiammatoria, che nell'artrite reumatoide viene prodotta in quantità eccessiva e che induce una

reazione a cascata nell'ambito di diversi meccanismi coinvolti nel processo infiammatorio.

L'esperienza quotidiana insegna che è difficile porre il sospetto diagnostico nella malattia in fase iniziale e che spesso il medico di famiglia trova molta difficoltà nell'inviare il paziente al reumatologo in tempi ragionevolmente brevi.

Per ovviare a questa situazione, nell'ambito dell'Unità operativa di Reumatologia diretta dalla professoressa Lisa Maria Bambara si è deciso di aprire un servizio ambulatoriale riservato ai pazienti di età superiore a 14 anni con artrite in fase di esordio. I sintomi d'allarme che dovrebbero indurre il medico ed inviare il paziente a questo servizio sono i seguenti:

- tumefazione di tre o più articolazioni;
- coinvolgimento delle articolazioni metacarpofalangee/metatarsofalangee con segno della gronda positivo;
- rigidità articolare mattutina superiore a trenta minuti;
- manifestazioni articolari di recente insorgenza in presenza di positività del fattore reumatoide e/o dell'anticorpo anti-peptide citrullinato ciclico



Lo staff dell'Unità operativa di Reumatologia del Policlinico con al centro la professoressa Lisa Maria Bambara

che presenta un'elevata specificità per artrite reumatoide.

Il medico di medicina generale, osservando un paziente con una o più delle seguenti caratteristiche, può telefonare dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 9-11 al seguente numero telefonico 349.0547970 oppure inviare una e-mail all'indirizzo: earlyarthritisvr@libero.it.

Nei casi in cui il sospetto di artrite reumatoide risulti fondato, viene dato un appuntamento per visita reumatologica in tempi molto brevi; nel corso della stessa visita viene inoltre espletata l'ecografia articolare e viene impostato un veloce iter diagnostico.

Il medico di Medicina generale può dunque aiutare il paziente con artrite

reumatoide all'esordio a trovare ancora aperta la sua "finestra terapeutica", rappresentata da quella breve e iniziale fase della malattia in cui i trattamenti sono più efficaci.

Il reumatologo deve, dal canto suo, affiancare il collega di medicina generale per ottenere la collaborazione del paziente ai fini di un trattamento precoce ed incisivo.

A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI NECESSITÀ

RESPONSABILE

Prof.ssa Lisa Maria Bambara
Cattedra di Reumatologia
E-mail: lisamariabambaraunivrit

STAFF MEDICO

Dott. Domenico Biasi
Dott.ssa Paola Caramaschi
Dott. Antonio Carletto

SPECIALIZZANDI e BORSISTI

Dott. Alessandro Volpe
Dott.ssa Ilaria Tinazzi
Dott.ssa Sara Pieropan
Dott.ssa Teresa Manzo
Dott.ssa Cinzia Scambi

Dott.ssa Viviana Ravagnani
Dott. Giuseppe Patuzzo
Dott. Giovanni Barausse

COUNSELING

Carla Galvani

TECNICO di LABORATORIO

Fabio Poli

LOCALIZZAZIONE

Policlinico "G.B. Rossi" - Reparto degenze e segreteria sesto piano, lotto B - ambulatori presso i poliambulatori

INFORMAZIONI UTILI

Segreteria (Sig.ra Stefania Benini) - tel. 045.8074049

Strutture di assistenza primaria

di Stefano Tardivo*

Un nuovo modello organizzativo per una presenza continuativa di interventi sanitari sul territorio: sono le Utap

In questi ultimi mesi ci siamo spesso imbattuti sulla stampa nazionale nel concetto di associazionismo in Medicina generale che varrebbe la pena di descrivere brevemente, in quanto parte integrante dell'attuale programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La storia della medicina del nostro Paese è stata caratterizzata, ben prima della nascita del Servizio sanitario nazionale nel 1978, dalla presenza di due elementi essenziali di riferimento per il cittadino che fosse alla ricerca di una risposta ai propri problemi di salute: l'ospedale ed il medico di Medicina generale.

Quest'ultimo, o meglio la figura del "medico di famiglia" ha subito nel corso degli anni importanti modifiche, ben oltre le diverse denominazioni che lo hanno contraddistinto (medico della mutua, medico di base, medico di Medicina generale), acquisendo un'ampia gamma di compiti molto articolati che vanno dalla presa in carico delle malattie acute e croniche all'assistenza ambulatoriale e domiciliare, alle certificazioni e che ne fanno anche al presente il focus centrale per l'assistenza al cittadino.

Nella tradizione della Medicina di base degli anni '70 e '80, il medico di Medicina generale svolgeva il proprio lavoro in forma prevalentemente individuale, con una presenza capillare sul territorio che lo poneva quale naturale primo interlocutore della popolazione, si trattasse di una grande città piuttosto che degli innumerevoli più o meno piccoli comuni rurali o montani del nostro Paese.

Nel corso degli anni vari fattori, come l'invecchiamento della popolazione e l'accresciuta attenzione ai problemi della salute, hanno determinato un considerevole incremento delle richieste dei pazienti.

Si pensi che nel solo periodo compreso tra il 1997 ed il 2002 il numero medio di contatti per ciascun medico di Medicina generale nel corso di un intero anno è cresciuto del 57%, passando da 4.737 a 7.454 e tale tendenza ad una costante crescita si va consolidando. Nello stesso periodo si è peral-

tro verificata in tutta Italia una progressiva diminuzione dell'ospedalizzazione con un progressivo spostamento delle cure verso il territorio ed in particolare verso le "cure primarie" come vengono attualmente definiti gli ambiti della Medicina generale, della Pediatria di base e della continuità assistenziale, più nota come "guardia medica".



Con gli anni '90 si è sviluppata quindi una forte necessità e una spinta a definire nuovi modelli di lavoro "di gruppo" in Medicina generale che hanno portato alla creazione di specifiche normative nazionali e regionali. In Italia il nuovo accordo per la Medicina generale dello scorso anno prevede, fra l'altro, l'introduzione delle Utap, Unità territoriali di assistenza primaria, che si realizzano in presenza di medici associati in gruppo e necessitano di strutture, attrezzature, personale e strumenti idonei.

L'Utap è quindi una struttura d'assistenza primaria nel territorio chiamata a gestire, attraverso l'associazione di

medici di Medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale ed altri operatori, un insieme di attività assistenziali (assistenza medico-generica, specialistica, diagnostica di laboratorio, cure domiciliari mediche e infermieristiche, collegamento con l'ospedale, ecc.) in un'ottica di integrazione e di appropriatezza degli interventi sul singolo paziente, con il vantaggio di una presenza continuativa (24 ore su 24) in una sede unica di un riferimento altamente qualificato per il cittadino.

Le Regioni sono state quindi chiamate a definire i modelli organizzativi, le caratteristiche di attività e le modalità di remunerazione di tali forme organizzative.

La Regione Veneto già nel dicembre 2005 ha emanato delle specifiche linee guida, identificando proprio nelle Utap, formate dall'aggregazione di più medici convenzionati, uno dei modelli organizzativi per sviluppare il concetto di continuità dell'assistenza. Questo è un obiettivo strategico per l'integrazione tra servizi territoriali e tra questi e l'ospedale e per l'anno 2006 è divenuto uno degli obiettivi dei direttori generali delle Aziende Ulss, prevedendo l'attivazione di almeno due Utap per ciascuna Azienda. Tali forme di aggregazione risultano infatti in grado di migliorare l'efficacia dei servizi di assistenza alla comunità attraverso il mantenimento della persona malata nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, individuando forme concrete di integrazione dei diversi operatori del territorio e specialisti attorno al paziente (che recupera la propria centralità nel percorso di cura), mantenendo sul territorio gli interventi assistenziali di competenza dell'assistenza primaria (con positivi effetti sul contenimento dell'inappropriatezza dei ricoveri) e assicurando un approccio integrato non solo sanitario ma anche sul versante sociale all'interno delle comunità locali.

***Dipartimento di Igiene,
Organizzazione
e Gestione ospedaliera**

Due appuntamenti molto particolari per i piccoli pazienti che hanno frequentato la Scuola in ospedale

Attività

49

GUARIRE STUDIANDO

Sono riprese le lezioni nei reparti di Pediatria e Fibrosi cistica dell'ospedale civile maggiore della "Scuola in ospedale" per i ragazzi delle scuole primarie e secondarie dell'I.C. "Verona 10 Borgo Roma Est".

Dalla scuola in ospedale passano ogni anno circa 400 ragazzi delle medie e altrettanti delle elementari. A seguirli sono rispettivamente tre professori e due maestre.

All'inizio l'approccio è soprattutto ricreativo, ma con un intento didattico che diventa più pregnante con il passare del tempo. Dopo quindici giorni di degenza, gli insegnanti prendono contatto con la scuola di appartenenza dell'alunno per redigere un programma di lavoro personalizzato. La legge stabilisce che se lo studente ha frequentato regolarmente le lezioni durante la degenza, i giorni di assenza vengano cancellati.

«L'entusiasmo non manca ai nostri alunni – sottolinea Paolo Biasin, docente di educazione tecnica ed esperto in informatica –. Affrontano la scuola come un momento di rientro nella "normalità" e di svago. I risvolti sono positivi anche sul piano terapeutico: i bambini sembrano reagire meglio alle cure e sopportano maggiormente l'atmosfera dell'ospedale». I temi approfonditi nello scorso anno didattico dai pazienti della scuola media inferiore hanno riguardato il "mare e i suoi elementi" per la partecipazione alla terza edizione di "Maggioscuola" e il progetto "Frecce Tricolori" che prevedeva l'incontro con il comandante della Pattuglia acrobatica nazionale.

"Maggioscuola" si tiene alla Gran Guardia e ha lo scopo di mettere in contatto tra loro i vari istituti d'ogni ordine e grado di Verona, per rendere possibile il confronto e lo scambio di esperienze. Quest'anno al piano nobile del palazzo un faro funzionante alto un paio di metri e i garriti di alcuni gabbiani, hanno attirato l'attenzione



Locandina Maggioscuola

dei visitatori verso lo spazio espositivo "Il mare" della Scuola in ospedale è stato realizzato con materiali sanitari di recupero: cartoni, garze, bende, cottoni.

«Si tratta del risultato di un'attività di quattro mesi – spiega Biasin –, che ha riguardato vari aspetti. Siamo partiti dalla storia di un bambino malato di asma, Niki, che doveva per forza vivere in barca e abbiamo coinvolto i ragazzi ricoverati, entusiasmandoli». Poesie, fumetti, racconti e storie composte dai ragazzi sul mare in lingua italiana e inglese sono stati realizzati per l'area didattica. Un quadro dei nodi marinari, ricerche sulla pesca, disegni, cartelloni, ricostruzioni in legno di gabbiani sono stati realizzati per l'area operativa. Il materiale inoltre è stato descritto e raccolto in un ipertesto multimediale disponibile da un computer accessibile a tutti i visitatori.

Il secondo progetto realizzato dalla scuola secondaria di primo grado in ospedale si è concluso nella mattinata del 31 maggio con la visita del capofормazione della Pattuglia acrobatica nazionale frecce tricolori, il comandante maggiore Massimo Tammaro.

I ragazzi durante l'anno scolastico con

i loro docenti hanno approfondito con ricerche e temi la figura eroica del pilota capitano Valentino Iansa, che il 22 settembre 1971 durante un volo di collaudo si schiantò col suo G91 sulle mura di Palmanova, in provincia di Udine. Avrebbe potuto salvarsi catapultandosi dall'aereo in avaria, ma con

alto senso del dovere rinunciò a lanciarsi per evitare che l'aereo precipitasse sulla vicina scuola media, causando una catastrofe.

I ragazzi della Scuola in ospedale, i pazienti ricoverati nei reparti di Pediatria e Fibrosi cistica e gli alunni della classe 2ªC dell'Istituto "E. Meneghetti" di Verona hanno incontrato il comandante Tamarro, in equipaggiamento di volo, nella palestra della Pediatria, assistendo alla visione di filmati mozzafiato su acrobazie e schemi di volo e approfondendo con un dibattito la conoscenza delle Frecce Tricolori.

Di particolare interesse è stata la discussione sul significato del rischio. Il comandante ha spiegato che anche i piloti delle Frecce osservano severamente le norme di sicurezza, raccomandando ai ragazzi di non mettere a repentaglio la loro vita sulla strada per compiere prodezze spericolate con il ciclomotore.

La nuova dirigente dell'Istituto comprensivo "Verona 10 Borgo Roma Est", dottoressa Silvana Pozzan, assicura nuovi ed interessanti progetti promossi dalla Scuola in ospedale anche per l'anno scolastico 2006-2007.

Giovanna Pirana



PREMIO “IDEE IN CORSO” Progetti per la salute 2006

PREMIO ARTICOLATO IN PIÙ SEZIONI PER DAR SPAZIO A TUTTE LE CATEGORIE PROFESSIONALI OPERANTI IN AZIENDA CHE HANNO ELABORATO PROGETTI O LAVORI DI RICERCA CHE SI DISTINGUANO PER ORIGINALITÀ, MULTIDISCIPLINARIETÀ E TRASVERSALITÀ A PIÙ AMBITI DELL'AZIENDA IN PARTICOLARE NEI SETTORI ORGANIZZATIVO, TECNICO SCIENTIFICO, PROMOZIONE CULTURALE, AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE, QUALITÀ E MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA E DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

SEZIONI DEL PREMIO:

1 - SINERGIE

Progetti realizzati in sinergia da almeno due Unità Operative (sanitarie e/o tecnico-amministrative)

1° PREMIO	4.000,00 €
2° PREMIO	3.000,00 €
3° PREMIO	2.000,00 €

2 - MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

Progetti individuali o d'équipe realizzati in una delle seguenti aree:

- A - TECNICO - AMMINISTRATIVA
- B - SANITARIA (MEDICI E LAUREATI NON MEDICI)
- C - INFERMIERISTICA, OSTETRICA, RIABILITATIVA E TECNICO-SANITARIA

PREMIO UNICO PER CIASCUNA AREA MENZIONATA 2.500,00 €

3 - RICERCA

PREMIO UNICO 2.500,00 €

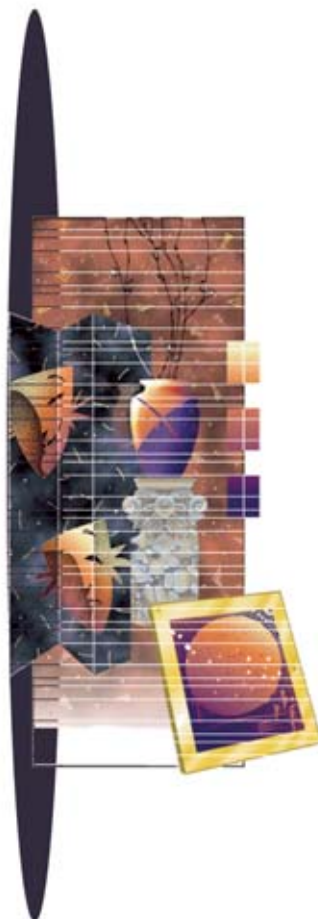
Gli elaborati devono pervenire alla Direzione Generale con l'indicazione sulla busta “Premio IDEE IN CORSO”

CONSULTARE IL PORTALE
AZENDALE PER IL BANDO DI
CONCORSO

**TERMINE ULTIMO
PRESENTAZIONE
DOMANDE
31.10.2006
ORE 12**

**I PREMI AI
VINCITORI DEL
CONCORSO
SARANNO CONSEGNATI
IN UNA SERATA DI
GALA AL
TEATRO NUOVO
DI VERONA
L' 1.12.2006**

**NELL'OCCASIONE
SARANNO RINGRAZIATI
TUTTI I DIPENDENTI
CHE HANNO LASCIATO
IL LAVORO PER
RAGGIUNTI LIMITI DI
ETA' NELL'ANNO IN
CORSO**



L'Azienda veronese contribuisce alla riqualificazione del complesso ospedaliero di Peja Pec, in Kosovo

Solidarietà

51

SANITÀ D'ESPORTAZIONE

Anni di guerra, violenze e distruzione hanno lasciato segni indelebili sulle già fragili strutture sanitarie della regione dei Balcani. La situazione, a oltre sette anni dalla fine del conflitto, pur essendo tuttora precaria, presenta alcuni segnali positivi, grazie anche agli interventi e alle iniziative internazionali. Sul territorio sono ancora presenti i militari italiani in missione di pace, ma il governo ha deciso di agire anche su altri fronti.

È di Cooperazione italiana, infatti, il progetto di riqualificazione tecnica e professionale del complesso ospedaliero di Peja Pec, in Kosovo, uno dei maggiori centri della regione.

Contributo importante al progetto è quello dell'Azienda ospedaliera di Verona, in collaborazione con l'Ulss 22 e la Regione Veneto, che ha scelto di focalizzare il suo intervento sulla salute e la cura dei piccoli, lavorando in cooperazione con il personale medico e sanitario locale, per aggiornare e migliorare la funzionalità dei



Due immagini dell'Unità neonatale di Peja Pec in Kosovo

reparti di Neonatologia e Ostetricia. Un intervento, che non si limita ad operare nel solo complesso ospeda-

liero di Peja Pec, ma che coinvolge medici e infermieri delle altre realtà sanitarie del territorio, tra cui le cittadine di Gjakova e Pristina. Uno degli obiettivi primari è, infatti, oltre all'aggiornamento professionale e alla gestione pratica del complesso ospedaliero, quello della collaborazione e del confronto diretto sia tra i medici dei diversi reparti – ostetricia, ginecologia e patologia neonatale –, sia tra le realtà confinanti.

«Il primo approccio con la struttura di Peja Pec risale al 2004. Il professor Ezio Maria Padovani, prima, e io, poi, abbiamo fatto dei sopralluoghi per visitare l'ospedale, prendere contatto con la direzione e il personale e individuare gli obiettivi più urgenti», spiega il dottor Giampaolo Chiaffoni, dirigente medico della Pediatria cnlicizzata di Borgo Roma.

Sono passati due anni dal primo approccio dei medici dell'Azienda ospedaliera veronese con la realtà kosovara e, anche se il progetto prosegue e non è quindi ancora possibile avere dati precisi, sia il numero



dei decessi dei prematuri, sia il numero dei delicati trasferimenti neonatali dall'ospedale di Peja Pec al più attrezzato centro di Pristina, sembrano aver già subito una diminuzione.

Il percorso è ancora lungo, ma tra i risultati già pienamente raggiunti c'è quello dell'aggiornamento continuativo di tutto il personale sanitario dell'ospedale di Peja Pec e di alcuni rappresentanti degli altri due ospedali.

«Tra i futuri progetti, che vedranno la luce nel lungo periodo, c'è la standardizzazione della raccolta dati delle cartelle cliniche, che potrebbe rappresentare un modello da seguire per tutti gli ospedali della nazione. Inoltre è nostra intenzione allargare i corsi d'aggiornamento anche alla parte ostetrico-ginecologica», conclude il medico.

Uno degli aspetti pratici più importanti per il progetto è stato il contributo tecnico delle infermiere, che hanno lavorato a stretto contatto con il personale sanitario locale. «Le norme igieniche che ho trovato alla mia prima visita, a fine giugno 2005, erano alquanto limitate. Il primo passo è stato proprio quello di modificare alcune abitudini e introdurre



Unità neonatale. Sotto, Giuliana Mosele con un'infermiera

norme più rigide, come il lavaggio standardizzato delle mani o la doppia

calzatura», spiega Giuliana Mosele, infermiera nel reparto di Patologia neonatale di Borgo Roma.

Una delle priorità che il personale si è trovato ad affrontare, è stato quello di illustrare il funzionamento di alcune attrezzature donate dalla comunità europea, che giacevano ancora imballate. «Lamentavano scarsità di materiali che in realtà avevano, ma senza conoscerne l'utilizzo. Ho passato intere giornate a montare e rimontare termoculle – commenta Mosele –. È però una grande soddisfazione constatare che tutti gli insegnamenti sono stati recepiti perfettamente. I lavaggi delle termoculle sono divenuti frequenti, le norme igieniche migliorate di molto, i farmaci salvavita immediatamente disponibili e, fondamentale, ogni bimbo ha una propria unità con tutti gli strumenti necessari in caso di emergenza. Sono piccoli passi, ma di vitale importanza».

Ilaria Noro



Fido "buon cittadino"

di Anna Laura Folena

È morbido, caldo, affettuoso, ci fa le feste in cambio di una carezza, gli piacciamo da impazzire anche se abbiamo i bigodini in testa, non ci fa pesare quei tre chili in più che abbiamo guadagnato in vacanza, ascolta i nostri problemi senza mai contraddirci, lascia a noi il telecomando... Il cane è il compagno ideale! Ma attenzione: per diventare anche il "cittadino ideale" ha bisogno del nostro tempo e della nostra pazienza di educatori. Sì, perché una buona convivenza sociale si basa su regole precise e sul rispetto di queste.

«Questo – spiega Stefano Cavallon, dell'Associazione zooantropologica medici veterinari di Verona – vale anche per garantire un'ottimale permanenza e convivenza dei cani in città, che non può prescindere dalla buona educazione dei proprietari e dei loro cani».

Ma da che parte si comincia?

«La disponibilità nel dedicare al cane affetto e tempo ci deve essere subito, ancor prima di acquistarlo o adottarlo. Il futuro proprietario di un cane dovrà prima doverosamente informarsi sulle caratteristiche dell'animale, non solo estetiche, ma soprattutto etologiche, di razza, di tipologia, caratteriali. Dovrà avere del tempo da dedicargli ogni giorno e soprattutto disporre di un ambiente ideale per la razza e la tipologia del cane che desidera acquistare o adottare. Dovrà essere paziente ed educarlo adeguatamente in modo da fargli sviluppare un carattere mansueto, ubbidiente e sociale».

Succede anche a noi umani, però, di avere la luna storta ogni tanto... Il nostro cane potrebbe essere di cattivo umore.

«Per questo il proprietario deve sapere ben valutare caratterialmente il proprio cane, occupandosene in modo scrupoloso e ricordandosi che è responsabile civilmente e penalmente della sua condotta e degli eventuali danni da esso provocati. In ogni caso viene sempre consigliata, quindi, una assicurazione».



In città si vive a stretto contatto con gli altri, con persone di tutte le età, alcune delle quali hanno un cattivo rapporto con gli animali in genere, o ne hanno paura. Che fare?

«È importante capire e rispettare anche queste persone, senza dimenticare che il nostro cane è un essere vivente con le sue esigenze, caratteristiche e peculiarità. Bisogna abituare già da subito il cucciolo alla presenza di tutti i tipi di persone (bambini, giovani, adulti e anziani) e alla presenza di altri animali della stessa specie e di specie diverse.

Con un po' di pazienza e qualche buon consiglio da parte del veterinario tutti i cani, ben presto, saranno in grado di affrontare la confusione delle vie cittadine senza creare problemi. Non tutti i vicini di passaggio accettano di buon grado un "incontro ravvicinato" con un cane, anche se questo è il più docile e mansueto. Quando per strada si incontrano queste persone, e ce ne accorgiamo subito perché alla vista del cane si bloccano, è bene evitarle per tempo, magari passando sull'altro lato della strada».

Inoltre ogni città ha le sue regole in fatto di detenzione di animali...

«Certamente. Il futuro proprietario

dovrà conoscerle, dovrà prendere visione delle ordinanze emanate dal Sindaco nei confronti dei proprietari di cani. Le ordinanze contengono le norme comportamentali a cui devono attenersi i proprietari di cani e riguardano l'obbligo di iscrizione all'anagrafe canina (applicazione del microchip), l'uso della paletta per la raccolta degli escrementi, limitazioni o divieti di transito in determinate aree urbane (giardini, parchi, siti archeologici, etc.), l'uso di guinzaglio e museruola. Non si può disobbedire: sono sanzioni amministrative o addirittura denunce penali».

E le ordinanze del ministro della Salute?

«Riguardano l'aggressività dei cani. Ci sono state due ordinanze del ministro Sirchia e l'ultima del ministro Storace (del 3 ottobre 2005) che stabilisce i requisiti e gli obblighi per possedere certe razze canine, e loro incroci, definite "a rischio di maggiore aggressività" (bisogna essere maggiorenni, non essere interdetti e inabilitati per infermità, non avere riportato condanne), e detta certe precauzioni che tutti i proprietari di cane "dovrebbero" adottare (guinzaglio e museruola) in certi luoghi (locali pubblici, mezzi pubblici di trasporto, in luoghi aperti al pubblico)».

I cani, però, non sempre hanno simpatia per queste regole. Come "convincerli"?

«È necessario che il nostro amico cane cominci già da cucciolo ad abituarsi al guinzaglio e a sopportare la museruola. Molto pratiche sono le museruole in tessuto, in quanto ripiegabili (si possono tenere in tasca), comode nell'applicazione e abbastanza ben sopportate dal cane, visto che sono aperte sul davanti e non schiacciano il tartufo.

Bisogna avere pazienza e costanza con il nostro cucciolo, senza strattarlo né farsi tirare quando viene portato al guinzaglio, ma abituandolo al passo al nostro fianco. Premiarlo quando obbedisce ed evitare brusche maniere o punizioni quando non lo fa. Se ha un carattere dominante può imparare ad usare le stesse maniere violente, che usiamo noi, per farsi ascoltare».

Quando bisogna cominciare l'educazione del cucciolo?

«Nella formazione del comportamento del cane sono molto importanti alcuni periodi di sviluppo. Si è visto che dalle 3 alle 8 settimane d'età i cani imparano meglio ad interagire con altri cani; tra le 5 e le 7 settimane fino alle 12 settimane i cani imparano meglio ad interagire con le persone; nell'intervallo dalle 10-12 settimane alle 16-20 settimane, i cani sono formidabili nell'esplorazione dei nuovi ambienti. Questi periodi detti "periodi di socializzazione o periodi sensibili", sono molto importanti. Se un cucciolo non è esposto allo stimolo cui può rispondere durante i periodi rilevanti, può essere a rischio per lo sviluppo di problemi in relazione a tali fasi. Cuccioli che restano per molto tempo in canile senza gli adeguati stimoli

interspecifici con l'uomo e senza esperienze ambientali, quando sono adottati possono manifestare paura dell'uomo e di tutto ciò che è nuovo, sono timorosi e mancano di sicurezza».

Qual è, quindi, il periodo migliore per l'adozione o l'acquisto?

«È tra i 53 e i 60 giorni. A questa età i cuccioli sono pronti per essere educati ad eliminare correttamente le deiezioni e sono perfettamente bilanciati per beneficiare dell'esposizione a tutti gli ambienti della socializzazione. Ricordando che i cuccioli imparano dalle nuove esperienze a questa età, il processo di adozione non dovrebbe causare paura, dolore o essere associato a circostanze orri-

anche gravi incidenti. In particolare, il proprietario di un cane con tendenza alla dominanza deve, con l'aiuto di un veterinario comportamentista, limitare tutti gli stimoli che possono rafforzare questa tendenza».

E per quanto riguarda l'aspetto igienico-sanitario?

Oltre alla vaccinazione di base che protegge il cane verso le principali malattie, bisogna attuare una profilassi antiparassitaria contro pulci e zecche ed effettuare controlli regolari nei confronti dei vermi gastrointestinali. Nelle zone a rischio è consigliata la profilassi nei confronti della filariosi cardio-polmonare, e attuare dei trattamenti regolari repellenti

verso i flebotomi (pappataci ematofagi) per evitare la Leishmaniosi, grave malattia emergente, anche in provincia di Verona.

Tutte queste sono patologie trasmissibili, ed è quindi necessario che un cane "buon cittadino" sia ben protetto e non possa trasmetterle ai propri simili o all'uomo. Il veterinario di fiducia deve essere il primo referente per trattamenti e prevenzione».

Dopo tutte queste precisazioni ci si potrebbe chiedere: con-

viene davvero vivere con un cane in città?

«Vivere con un cane in città dà molte soddisfazioni e opportunità: un cane tenuto bene e ben educato viene sempre apprezzato, dà la possibilità al proprietario di socializzare con altri proprietari di cane (e tutti sappiamo quanto sia difficile socializzare in città). È una compagnia essenziale per l'anziano; può essere molto utile al bambino con problemi di socializzazione e in tanti altri casi».



bili come trasporti traumatizzanti, mutilazioni, tatuaggi o severe punizioni».

Come prepararsi a questo compito di educatori del proprio cane?

«Molto utile è che il proprietario abbia delle nozioni di base sull'etologia del cane, sul comportamento e sul linguaggio soprattutto mimico e posturale. Questo è importante soprattutto per prevenire certi suoi comportamenti che possono creare

LA LEGGE DICE CHE BISOGNA RACCOGLIERE IL “CORPO DEL REATO”

«Il proprietario del cane che mi lascia un “regalo” tutte le mattine davanti all’ingresso di questo negozio è pregato di farglielo lasciare sullo zerbino di casa sua. Grazie!». Questo cartello è rimasto esposto per mesi in una vetrina di via Marconi, a Verona. Il tono non è quello di una persona che ami poco gli animali, ma di un esercente esasperato dalla maleducazione di quei padroni di animali che, approfittando dell’ora antelucana, fuggono dal marciapiede lasciando il “corpo del reato” sul luogo prescelto da Fido per espletare le proprie funzioni intestinali.

Eppure esistono regole precise sancite dalla legge, a tutela di una buona convivenza civile.

Nel sito internet del Comune di Verona (www.comune.verona.it) si legge a chiare lettere: “Coloro che conducono animali sul suolo pubblico devono adottare ogni cautela per evitare che sporchino. Essi sono tenuti a munirsi di apposita attrezzatura (paletta e sacchetti) per la raccolta delle deiezioni e provvedere all’immediata rimozione delle stesse. Dal 1994 è in vigore un’ordinanza del sindaco, la 10.142, che impone ai proprietari dei cani di avere con sé sacchetto e paletta-pinza per la raccolta delle deiezioni dei loro animali. Essi devono poi chiudere



l’involucro e gettarlo nei cestini portarifiuti o nei cassonetti”.

Le regole da rispettare, prevedono, inoltre che i cani vengano “tenuti al guinzaglio nei luoghi pubblici o aperti al pubblico e a quelli di indole mordace deve essere fatta indossare una museruola. Questo anche in relazione alle razze considerate a rischio di maggior aggressività elencate nella ordinanze del ministro della Salute Sirchia”.

Inoltre, “gli animali vanno custoditi con la debita cautela e la loro

custodia non va affidata a persone inesperte”.

Potrebbe, infine stupire il divieto d’accesso “in aree verdi e campi gioco come previsto dalle ordinanze 525/98 e 625/96. L’entrata è sempre interdetta anche in assenza di specifico cartello di divieto”.

«In realtà il provvedimento – spiega Stefano Cavallon, veterinario dell’Associazione zooantropologica medici veterinari di Verona – è dovuto all’innata indole alla predazione che i cani posseggono.

Il bambino che corre e grida viene percepito come una preda che scappa, e il cane ha l’istinto di rincorrerla e catturarla, a volte, purtroppo, con gravi conseguenze». Dove portare, allora, il nostro cane per una corsa in libertà senza guinzaglio?

«Sono previste delle specifiche “aree cani” – aggiunge Cavallon – dove poter lasciare liberamente il cane. A Verona sono presenti 21 “aree cani” ed altre 7 sono in fase di realizzazione». In queste aree vige, comunque, l’obbligo della raccolta delle deiezioni e vale sempre il principio della custodia con debita cautela e della responsabilità del comportamento del proprio cane.

La sanzione prevista per il mancato rispetto di ogni comportamento è di 50 euro, salvo casi particolari.

A.L.F.



Il ticket si paga sempre?

di Salvatore Toscano* e Tiziano Perusi**

Sono disoccupato, devo pagare il ticket per le viste e gli esami?

Chi è disoccupato ha diritto all'esenzione che è estesa anche ai familiari a suo carico. Le condizioni per non pagare il ticket sono:

- aver presentato al Centro provinciale per l'impiego la dichiarazione di disponibilità al lavoro;
- appartenere ad un nucleo familiare che, in riferimento all'ultima dichiarazione, ha un reddito complessivo lordo non superiore a 8.263,31 euro elevati a 11.362,05 euro in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, tali importi sono incrementati di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Pertanto, sono da considerarsi esenti solo coloro i quali autocertifichino ai sensi dell'articolo 46 del Dpr 445/2000 (Dichiarazioni sostitutive di certificazione) il proprio stato di disoccupazione ed il proprio reddito oggettivamente verificabile da parte dell'Azienda Ulss di appartenenza.

Lo straniero richiedente asilo politico o umanitario e i lavoratori in lista di mobilità, sono equiparati al disoccupato.

Ho la pensione sociale, devo pagare il ticket?

Per chi ha la pensione sociale, e anche per i familiari che sono a carico, è prevista l'esenzione dal ticket per reddito, ma solo se ha già compiuto i 60 anni. La condizione per non pagare il ticket è che il reddito complessivo lordo del nucleo familiare, in riferimento all'ultima dichiarazione, non sia superiore a 8.263,31 euro elevati a 11.362,05 euro in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato, tali importi sono incrementati di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. Se appartiene a questa condizione, ogni volta che le viene chiesto il pagamento del ticket dovrà autocertificarlo su apposito modulo.

Ho la pensione minima, devo pagare il ticket?

Per chi ha la pensione minima, e anche per i familiari a carico, è prevista l'esenzione dal ticket per reddito,



Lo staff dell'Urp dell'Azienda ospedaliera

ma solo se ha già compiuto i 60 anni. La condizione per non pagare il ticket è che il reddito complessivo lordo del nucleo familiare, in riferimento all'ultima dichiarazione, non sia superiore a 8.263,31 euro elevati a 11.362,05 euro in presenza del coniuge non legalmente ed effettivamente separato; tali importi sono incrementati di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. Se appartiene a questa condizione, ogni volta che viene chiesto il pagamento del ticket dovrà autocertificarlo su apposito modulo.

Ho il reddito basso, devo pagare il ticket?

Se il reddito complessivo lordo del nucleo familiare, in riferimento all'ultima dichiarazione, non è superiore a 8.263,31 euro, è prevista l'esenzione dal ticket per reddito, ma riguarda solo i bimbi fino ai 6 anni e le persone che hanno compiuto i 65 anni. Anche in questi casi, ogni volta che viene chiesto il pagamento del ticket dovrà autocertificarlo su apposito modulo.

Il diritto all'esenzione per i predetti casi può essere esercitato a seguito di sottoscrizione di apposita autocertificazione fatta dall'interessato o da un suo familiare.

Quali sono le esenzioni per le malattie croniche e invalidanti?

Per specifici gruppi di persone, con invalidità o malattie croniche invalidanti, è prevista l'esenzione dal ticket,

che può essere parziale (solo per le prestazioni legate alla patologia per cui c'è l'esenzione) o totale (per le prestazioni offerte dal Servizio sanitario). Il diritto all'esenzione deve essere sempre attestato dal medico prescrittore nelle apposite caselle riportate sulla ricetta.

E per le malattie rare?

Si fa riferimento al Decreto ministeriale 18 maggio 2001 n. 279 il quale prevede l'esenzione dal ticket per le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia della quale il soggetto è affetto e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, con riferimento agli eventuali protocolli definiti dai Centri di riferimento regionali. Anche in questo caso, è importante che il medico prescrittore attesti nelle apposite caselle riportate sull'impegnativa il diritto all'esenzione.

Il personale dell'Ufficio relazioni con il pubblico dell'ospedale civile maggiore e dell'ospedale Policlinico "Giambattista Rossi" è a disposizione per eventuali ulteriori approfondimenti. Tel. 045.8074848.

*responsabile Ufficio relazioni con il pubblico
Azienda ospedaliera

**referente Ufficio relazioni con il pubblico Policlinico "G. Rossi"

NON ABBANDONARLO LASCIALO IN MANI SICURE



Foto di Carolyn Groszer - Editing Ufficio Stampa Az. Osp. (Verona)

Se non puoi tenere il bambino che nascerà
chiedi aiuto al numero verde Salvabebè

800283119

**PUOI PARTORIRE
GRATUITAMENTE
IN OSPEDALE
IN ANONIMATO.**

**NESSUNO LO
SAPRÀ. TU SARAI
PROTETTA E IL
BIMBO TROVERÀ
UNA FAMIGLIA.**



Schering-Plough

Specialisti in:

*Allergologia
Cardiologia
Dermatologia
Gastroenterologia
Immunologia
Medicina delle tossicodipendenze
Oncologia
Reumatologia
Virologia*

**Come il medico è specialista in...,
così, noi di Schering-Plough, siamo
specialisti in...**

Non ci occupiamo di tutte le patologie, ma solo di alcune, perché crediamo nella specializzazione, perché vogliamo, nelle aree di nostra competenza, essere il riferimento più avanzato in fatto di esperienza, di qualità, di tecnologie produttive e, soprattutto, di sicurezza ed efficacia terapeutica. Per costruire fiducia, ogni giorno.

Per questa ragione abbiamo concentrato solo su alcune aree la nostra attività di ricerca, investendo, su queste, risorse ingenti e affiancando, alla ricerca, una intensa attività di collaborazione a tutto campo con la classe medica, le università, gli enti ospedalieri, le istituzioni sanitarie pubbliche e private. Come il medico è specialista in..., così, noi di Schering-Plough, rivolgiamo il nostro impegno alla cura di patologie che richiedono un approccio strettamente specialistico: **epatite C, artrite reumatoide, Malattia di Crohn, tumori solidi e del sangue, allergie respiratorie e cutanee, medicina delle tossicodipendenze.**



Schering-Plough

Costruire fiducia, ogni giorno