



Azienda Ospedaliero-Universitaria
di VERONA

La Medicina per la Salute



AZIENDA OSPEDALIERA
VERONA

www.ospedaliverona.it - urp tel. 045 8072178 - fax 045 8073430
e-mail: urp.ocm@mail.azosp.vr.it



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI VERONA

Una sanità che cambia

1

di Valerio Alberti *

Mantenere una sanità di qualità, nelle sue diverse dimensioni di equità, efficienza, efficacia, appropriatezza, tempestività, accessibilità, significa saper aggiornare in modo continuo la propria organizzazione e le risposte da fornire ai cittadini, affinché siano le più adeguate possibili ai bisogni di salute che cambiano nel tempo.

L'evoluzione dei modelli organizzativi e lo sviluppo continuo delle possibilità di trattamenti diagnostici e terapeutici per le diverse patologie, attraverso la ricerca o l'introduzione di nuove tecnologie, è infatti indispensabile per garantire sempre migliori risultati alla Medicina. Vi sono degli aspetti che già oggi emergono come problematici e che richiedono un ripensamento organizzativo rilevante, in quanto la loro importanza per il futuro sarà destinata a crescere.

L'andamento di tale evoluzione si sviluppa su due piani distinti e interagenti tra loro.

Un versante "interno" alla struttura ospedaliera che vede la necessità di una progressiva integrazione tra i



**Grande impegno
per migliorare
efficienza,
efficacia,
appropriatezza
e tempestività**

quali, ad esempio, l'Ambulatorio integrato diagnostico (Amid) che ha fornito un'assistenza integrata a più di 8.000 pazienti nel corso del solo 2003, terzo anno dalla sua attivazione. Si tratta di un percorso diagnostico-terapeutico predefinito attraverso un approccio integrato polispecialistico per le patologie croniche ed invalidanti e per le malattie rare. In tale modello, pur attraverso un circuito tipicamente ambulatoriale, vengono garantiti i vantaggi di continuità assistenziale, di diagnosi e cura, tipici del modello organizzativo dell'ospedalizzazione diurna, salvaguardando l'appropriatezza del ricorso all'attività di Day-Hospital. Allo stesso tempo vanno ricercate soluzioni organizzative in grado di costituire modelli per l'integrazione di Unità operative e servizi tra loro affini e complementari all'assistenza per uno specifico problema sanitario, al fine di ottenere un miglioramento dell'efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico di ciascun settore.

Tale modello si identifica in un'organizzazione di tipo dipartimentale, in cui viene riconosciuta la centralità del paziente, attorno a cui ruotano, coordinandosi tra loro, tutti i diversi servizi. Aumenta significativamente la flessibilità del sistema che viene orientato ad un approccio multidisciplinare ed interprofessionale ai bisogni del paziente con un'organizzazione complessiva dell'assistenza funzionalmente orientate al malato. Tale modello richiede un disegno gestionale dinamico, con una elevata attenzione ai bisogni di salute e agli obiettivi della programmazione sanitaria, secondo un tipo di approccio che tende a percorrere trasversalmente, anche con modalità differenziate, le varie unità operative.

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



diversi specialisti intorno al paziente ed al suo problema clinico. Problema oggi tipicamente caratterizzato da una complessità che deriva o dal richiedere per la sua soluzione un intervento di più specialisti o perché i pazienti, in particolare anziani, sono portatori di più patologie. Tale nuova dimensione richiede una più decisa "presa in carico" del paziente che rischia di perdere un punto di riferimento unitario. In tale ambito esistono già, presso l'Azienda Ospedaliera, consolidate iniziative

Nel 2004 con una buona notizia

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Il 2004 s'è appena affacciato e la nostra rivista è di nuovo in edicola. Nel suo titolo c'è implicito un augurio che rivolgiamo a tutti i nostri lettori: la salute è il dono più importante per ognuno di noi. Questa rivista vuole parlare di salute a 360 gradi, senza limitarsi a trattare soltanto delle situazioni di malattia che hanno

bisogno di essere curate in ospedale. L'impegno dei nostri medici, degli infermieri, degli operatori tutti è ben più ampio. La relazione che si stabilisce con il paziente, con il cittadino che ha bisogno di noi non può esaurirsi in un approccio "tecnico" al suo problema. In realtà il contatto che si crea con chi si affida a noi deve essere orientato ad una vera cultura della salute. Saranno numerose anche quest'anno le iniziative di formazione mirate a migliorare la relazione con il paziente, ad offrire tutto il sostegno necessario anche ai malati più gravi e cronici ed alle loro famiglie, puntando sulla centralità del paziente nel processo di cura per migliorare la collaborazione fra tutte le istituzioni e le associazioni di volontariato che operano nel settore sanitario. Godere di un buono stato di salute non è soltanto uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, ma è la precondizione irrinunciabile per il benessere e la qualità di vita. Il contatto con l'ospedale può essere l'occasione per una nuova consapevolezza. È un'occasione che chi opera in queste corsie non può mancare di cogliere per promuovere e proteggere la salute in tutto l'arco della vita.

Lo faremo anche con la nostra rivista che dedica spazio alla prevenzione, la cura, la riabilitazione, la ricer-



Da sinistra i professori Claudio Lunardi, Antonio Puccetti e Roberto Corrocher presentano la ricerca sull'aterosclerosi

Al Policlinico scoperta la causa che scatena l'aterosclerosi

ca e la didattica. Sono questi settori in cui è impegnata l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona dove di salute ci si occupa nei laboratori di ricerca, nelle corsie, negli ambulatori, nelle aule universitarie. È un ciclo completo che offre alla sanità veronese opportunità di livello nazionale ed internazionale.

Abbiamo chiuso il 2003 con l'annuncio di una scoperta scientifica d'eccezionale rilievo, su cui ha acceso i riflettori per prima "The Lancet", la prestigiosa rivista medica che dedica spazio soltanto a contributi di assoluto rilievo scientifico. L'équipe dei professori Roberto Corrocher e Claudio Lunardi della Medicina Interna B del Policlinico ha individuato ciò che scatena l'aterosclerosi, la patologia che provoca il restringimento del lume dei vasi arteriosi causando danni gravissimi, come l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale.

Gli scienziati veronesi, in collaborazione con quelli genovesi del professor Antonio Puccetti dell'Istituto "G. Gaslini", hanno dimostrato che

la malattia può essere provocata dalle lesioni vascolari determinate da un agente infettivo, il Cytomegalovirus. Il meccanismo che causa il danno ai vasi è un processo d'origine autoimmune: gli anticorpi diretti contro il virus aggrediscono anche le cellule endoteliali che rivestono le arterie. Alla base di questa autodistruzione, indotta dal sistema immunitario, c'è un fenomeno chiamato "mimetismo molecolare". Nella maggior parte delle persone affette da aterosclerosi sono presenti anticorpi diretti contro due particolari proteine del Cytomegalovirus chiamate US28 e UL122. Ebbene, piccoli frammenti di queste proteine (si tratta di sequenze di aminoacidi) del virus somigliano a molecole normalmente presenti anche sulla membrana plastica delle cellule endoteliali. Per un tragico equivoco, dunque, gli anticorpi diretti contro il Cytomegalovirus bersagliano anche le cellule delle arterie, provocandone la morte.

È senza dubbio un errore ben difficile da scoprire.

Lo hanno fatto i nostri scienziati e la loro scoperta potrà avere ricadute sino ad ieri impensabili: si potrà, ad esempio, sottoporre la popolazione a rischio ad un test di screening basato sul dosaggio degli anticorpi antiCytomegalovirus e non è escluso neppure si possa arrivare a produrre un vaccino.

Nel frattempo dovremo continuare a tener sotto controllo i fattori di rischio che comunque sono implicati nell'evoluzione dell'aterosclerosi: fumo, obesità, ipertensione restano nemici da non sottovalutare. La notizia della scoperta non ha purtroppo potuto trovar spazio nelle pagine di questo numero perché è giunta quando la rivista stava andando in stampa.

Ne riferiremo con completezza più avanti. Intanto la ospitiamo in questa pagina con i suoi protagonisti per aprire in bellezza il Nuovo Anno.

La Salute e la Città

anno 2 - numero 1

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, Paola
Chinchiolo, Franco Colletta, Ber-
nardo Dalla Bernardina, Giusep-
pe Ferrari, Luciano Flor, Roberto
Fostini, Giovanna Ghirlanda,
Alessandro Lechi, Silvia Marchi,
Augusto Parato, Giorgio Piccoli,
Giovanna Pirana, Silvano Pomari
Francesco Procaccio, Giovanna
Scroccaro, Luciano Sterzi,
Michele Tansella, Stefano Tardi-
vo, Salvatore Toscano, Emanuela
Zandonà.

Redazione e Pubblicità

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

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Giornalisti collaboratori

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

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

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

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

Periodico trimestrale di divulgazione 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**

Una sanità che cambia
di Valerio Alberti pag. 1

IL PUNTO

Nel 2004 con una buona notizia
di M. F. Coppari Del Giglio pag. 2

ATTUALITÀ

Pronto Soccorso. Medici in prima
linea *di Luciano Flor* pag. 5

Vietato abusarne
di Elena Zuppini pag. 5

Guardia Medica. Assistenza non-
stop su tutto il territorio
di S. Pomari e G. Andrioli pag. 8

Trapianti. La banca dei tessuti
di Valeria Zanetti pag. 12

La donazione di osso "base" per
ricostruire *di M. Marcer* pag. 13

Ausili. Calma e... gesso
di Simona Battilana pag. 15

Cuore. Il rischio aumenta
di Alessandro Azzoni pag. 18

Fondamentale riconoscere subito
i sintomi *di A. Azzoni* pag. 21

«Ma l'infarto si può combattere e
vincere» *di A. Azzoni* pag. 22

Prevenzione. Occhio alla stada
pag. 25

Chirurgia. Ricovero? Non serve
di Anna Laura Folena pag. 27

Ricostruzione della mammella
Verona leader nazionale
di Anna Laura Folena pag. 29

Intervento al seno, 7 risposte
essenziali pag. 30

Salvare la faccia
di Rosanna Piasenti pag. 32

Diciotto ore in sala operatorio per
ridare una vita a Simone
di Elena Zuppini pag. 35

Terapie. Sangue controllato
pag. 36

Ricerca. "Sds" nel mirino pag. 39
Ospedale. Patto per la salute pag. 40

Volontariato. Un sorriso in corsia
di Anna Zegarelli pag. 42

Personaggi. L'ortopedia ha perso
un padre *di Mfc* pag. 43

Oncologia. Givop un pool di
specialisti pag. 44

L'Urp per gli utenti pag. 46
Psichiatria. Pillole... indigeste

di M. Nosè e C. Barbui pag. 49
Cultura. L'arte come terapia pag. 51

L'eredità di Girolamo Fracastoro
500 anni dopo le sue scoperte

di Giuseppe Ferrari pag. 53
Reparti. Un lifting veloce per

endocrinocirurgia pag. 55
Convegni. Ospedale accogliente

di Mfc pag. 56

RUBRICHE**UNIVERSITÀ**

Due facce della stessa medaglia
di Elio Mosele pag. 4

SALUTE E DIRITTI

Il risarcimento al paziente
di Lucia Poli pag. 11

ETICA

Il Codice deontologico
di Franco Alberton pag. 17

FARMACI E SALUTE

Distribuzione in ospedale
di Fratucello e Scroccaro pag. 24

LO PSICOLOGO

Aiutiamo il medico a curarci
di Lidia del Piccolo pag. 36

PAROLE CHIAVE

Appropriatezza del servizio
di Stefano Tardivo pag. 41

DENTRO DI NOI

Il coraggio di chi soffre
di Lorenzo Gobbi pag. 48

AMICI ANIMALI

Capire i cani pag. 54

Due facce della stessa medaglia

di Elio Mosele *

Aprondo queste brevi note sui rapporti fra Università e organizzazione sanitaria, desidero esprimere il mio rinnovato compiacimento al dottor Valerio Alberti, Direttore dell'Azienda Ospedaliera, per la felice decisione di pubblicare una rivista di informazione medica, significativamente intitolata "La Salute e la Città". La scelta del sottotitolo – periodico trimestrale di divulgazione sanitaria della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona – mostra in modo evidente il cambiamento culturale che si sta realizzando all'interno della Sanità in risposta ai provvedimenti legislativi varati dal Governo nazionale per realizzare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca fra servizio sanitario e università.

Il Veneto può contare su un sistema sanitario di riconosciuta eccellenza grazie anche alla presenza, a Padova e a Verona, di due Facoltà di Medicina caratterizzate da una tradizione di grande serietà professionale. È auspicabile che l'applicazione del Decreto Legislativo n. 517/99 e delle Linee Guida, concernenti i protocolli di intesa da stipulare fra Regione e Università, rappresenti una ulteriore occasione di perfezionamento del Sistema sanitario territoriale. Le Università sono infatti chiamate a contribuire "all'elaborazione dei piani sanitari regionali, nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca" (D.P.C.M. del 24.V.2001). Ciò potrà realizzarsi appieno solo se le progettate Aziende integrate ospedaliero-universitarie saranno adeguatamente potenziate e messe in condizione di svolgere un ruolo di coordinamento in campo scientifico, formativo e assistenziale all'interno della Sanità veneta. Tutti gli operatori delle Aziende integrate sono chiamati a contribuire in pieno accordo alla crescita di nuove conoscenze in campo scientifico e alla formazione di personale medico di eccellenza in grado di garantire – ad ogni livello e su tutto il territorio – un'assistenza di alta qualità. Ottenere una medicina che curi le cause delle malattie e non i sintomi è un compito difficile, ma non impossibile, soprattutto in una regione che ha sempre otte-



nuto ampi riconoscimenti di efficienza ed efficacia in campo nazionale ed internazionale. Si tratta di una scommessa che richiede nuove risorse intellettuali e un nuovo atteggiamento culturale, ma anche adeguati investimenti finanziari atti a potenziare il capitale umano e gli strumenti tecnologici necessari a far avanzare la ricerca scientifica e ad assicurare nuova qualità dell'assistenza.

A Verona, non partiamo da un grado zero nella ricerca medica. Tutt'altro! Con orgoglio, possiamo affermare che, pur in presenza di risorse statali limitate – ai più bassi livelli nella scala comparativa dei paesi europei – la facoltà di Medicina ha ottenuto risultati invidiabili. Una recente inchiesta condotta dalla Conferenza dei Rettori italiani sulla base della Banca dati dall'Institute for Scientific Information (ISI) di Filadelfia (USA), ha posto il nostro Ateneo ai livelli più alti nella graduatoria qualitativa della ricerca in Italia, garantendogli un posto di altissimo rilievo anche a livello internazionale. Fra tutte le università italiane e per un periodo di cinque anni, l'Università di Verona ha ottenuto un indice di produttività (rapporto fra numero di pubblicazioni scientifiche e ricercatori) di 5,61, ponendosi al terzo posto dopo Milano e Pavia, e un indice di impatto (rapporto fra citazioni nelle più importanti riviste scientifiche internazionali e pubblicazioni) di 5,52, risultando al secondo posto dopo Brescia. L'indice di impatto raggiunto dall'Università di Verona (5,52), risulta superiore non solo al valore medio raggiunto dalla ricerca scientifica universitaria italiana (3,91) ed europea (3,96), ma addirittura a quello raggiunto dalla ricerca scientifica statunitense, che risulta pari a 5,46. E questo

**Servizio sanitario
ed ateneo sempre
più integrati
per un'assistenza
eccellente**

in presenza di mezzi molto inferiori a quelli forniti al sistema di ricerca nazionale dal governo federale americano!

Partendo da queste basi, possiamo bene sperare per il futuro dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria integrata. Basta che l'Amministrazione regionale si convinca che le Aziende integrate hanno un ruolo speciale – di vero volano di progresso medico – all'interno del sistema sanitario veneto e meritano, perciò, una attenzione speciale sul piano finanziario ed organizzativo. Basta che il sistema finanziario territoriale (Fondazioni, grandi Banche, Assicurazioni), rinnovando una tradizione di grande mecenatismo sociale, accentui i propri interventi a favore della sanità pubblica. Se tutto questo avverrà, i risultati, ne sono certo, non mancheranno, e saranno risultati di grande valore!

Vorrei concludere questo mio intervento con una citazione tratta da un articolo di un concittadino, famoso in Italia per le sue iniziative in campo ospedaliero, don Luigi Verzè, Presidente dell'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano: "Un complesso ospedaliero moderno può essere di eccellenza soltanto se avrà un impianto scientifico di eccellenza, compresa la ricerca di base. Un ospedale senza ricerca non può dirsi un ospedale moderno, ma semmai un moderno lazzaretto".

Verona merita un complesso ospedaliero all'avanguardia e la facoltà di Medicina contribuirà positivamente con i suoi prestigiosi ricercatori, coi suoi docenti, con i suoi sanitari a far diventare realtà questo che non è un mio sogno personale, ma il desiderio condiviso di tutta la Comunità cittadina.

* *Rettore dell'Università di Verona*

Un servizio assai utilizzato dagli utenti, anche troppo: spesso vi si rivolge sebbene non ci sia effettiva urgenza

Pronto soccorso 5

MEDICI IN PRIMA LINEA

In questo numero della rivista viene presentato il tema "Pronto Soccorso", argomento di grande attualità in ogni stagione, servizio molto conosciuto dai cittadini e da questi, sembra, anche molto frequentato. Dalle riflessioni dei responsabili delle strutture di Borgo Trento e di Borgo Roma possiamo cogliere una precisa volontà di offrire servizi appropriati e di qualità nonostante, talora, gli accessi al Pronto Soccorso avvengano anche per motivi banali e, soprattutto, senza presentare alcun problema di salute veramente urgente.

Su quest'ultimo aspetto si è già discusso e scritto in abbondanza, individuate cause e proposte soluzioni, ma ciò che ogni giorno possiamo constatare è l'inefficienza delle azioni intraprese: infatti le sale di attesa dei Pronto Soccorso sono spesso affollate di persone con problemi minimi e comunque non urgenti.

In altre parole la realtà ci dice che la struttura Pronto Soccorso, deputata principalmente ad accogliere pazienti che necessitano di un trattamento immediato, di una diagnosi preliminare rapida, di una terapia di urgenza e talora di un recupero delle funzioni vitali, si trovano spesso ad affrontare situazioni che potrebbero essere agevolmente risolte in sede extraospedaliera. Per riuscire a dare risposte tempestive alle situazioni critiche più gravi viene quindi adottato un metodo (*triage*) che impegna operatori ed utenti; gli operatori ad esse-

re prioritariamente concentrati sui casi urgenti e gli utenti a rispettare l'ordine di accesso non in base all'ora di arrivo, bensì in base alla reale gravità clinica.

Ciò ha determinato talora lunghe attese o proteste da parte di qualche persona; credo che i dati presentati riguardo al numero di accessi possano testimoniare il grande impegno delle strutture e degli operatori anche (e soprattutto) nei confronti dei casi non urgenti. Casi non urgenti che troppo spesso si rivolgono al Pronto Soccorso senza interpellare il medico di Medicina generale o, nelle ore notturne e nei giorni festivi, il medico di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Nell'auspicio di un ricorso sempre più mirato ed appropriato al Pronto Soccorso, conseguente anche ad uno sviluppo organizzativo dell'assistenza sul territorio (cure primarie e continuità assistenziale) l'Ospedale si propone di offrire una assistenza ancor più qualificata attraverso l'ammodernamento dei servizi. Ammodernamento che consenta una breve degenza e il monitoraggio di persone che non necessitano di ricovero, ma che non sono nelle condizioni di essere rinviati al domicilio se non dopo qualche ora di osservazione. Questo nella logica di un'attenzione alle reali necessità delle persone che si rivolgono al Pronto Soccorso.

Luciano Flor

Direttore Sanitario

Vietato abusarne!

Se la matematica non è un'opinione l'80% dei veronesi una volta all'anno si presenta al Pronto Soccorso dell'Ospedale civile maggiore o del Policlinico. Il calcolo è presto fatto: i due ospedali in dodici mesi sommano più di 200 mila accessi, i cittadini di Verona sono 250 mila. Di due l'una: o siamo una città di ammalati oppure di fruitori un po' troppo "disinvolti" delle strutture di Pronto Soccorso. Lo dicono anche le statistiche: i nostri Pronto Soccorso hanno il numero di accessi più alto del Triveneto. Calcolando poi che solo il 15% dei pazienti che si presentano vengono effettivamente



**In un anno sono
200 mila gli accessi
di veronesi**

ricoverati, la quadratura del cerchio è completa. «Il cittadino veronese ha capito che dal Pronto Soccorso, sempre aperto, ha la certezza di una risposta, avallata anche da accertamenti diagnostici effettuati in breve

6 **P**ronto soccorso

tempo - spiega il primario del Pronto Soccorso dell'Ocm, Francesco Buonocore. Il guaio è che non conosce abbastanza la potenzialità che questa città ha nel campo della Medicina di base. Un esempio: gli esami. Troppe persone s'incaponiscono a volerli fare in Azienda Ospedaliera, dove, a volte, le liste di attesa sono lunghe. Ciononostante si rivolgono a noi. Non sanno che nei Distretti si possono effettuare quasi tutti gli esami o le visite talvolta nell'arco di pochi giorni». Più critico, non con il cittadino, ma con l'intero "sistema" il primario del Pronto Soccorso del Policlinico, Claudio Pistorelli. «Credo che il Pronto Soccorso sia solo un anello di un sistema formato da ospedale e territorio. Quest'ultimo (Distretti, medici di Medicina generale, guardia medica) deve però essere messo in grado di svolgere il suo ruolo. Quello di filtro della domanda e di garante della continuità di assistenza una volta avvenute le dimissioni: solo così potremo evitare accessi al Pronto Soccorso e ricoveri impropri».

Accessi impropri che spesso si traducono in ore di attesa, a cui il cittadino non sempre reagisce in maniera consona, convinto che il disagio dell'anticamera sia dovuto alla poca sollecitudine dei sanitari. In realtà il Pronto Soccorso ha le sue regole. Queste regole si chiamano *triage*, dal francese "scelta". Si tratta

Quattro colori indicano il grado d'emergenza

CODICE ROSSO - Viene attribuito ai casi più gravi, con pericolo di vita immediato. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a far fronte all'emergenza

CODICE GIALLO - Viene assegnato ai pazienti con problemi gravi, per i quali può essere presente l'alterazione di una delle grandi funzioni vitali (respiratoria, cardio-circolatoria, nervosa). Il personale del Pronto Soccorso si presta per ridurre al minimo i tempi d'attesa

CODICE VERDE - Viene assegnato ai pazienti con problematiche

differibili. Il paziente non è in pericolo e viene assistito dopo i casi più urgenti (codice rosso e giallo). Queste prestazioni possono essere soggette al pagamento di ticket

CODICE BIANCO - Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte in ambiti diversi dal Pronto Soccorso (medico di famiglia, guardia medica, ambulatorio). I pazienti, comunque, vengono visitati, ma solo dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti. L'attesa, quindi, può essere prolungata. Queste prestazioni sono soggette a pagamento di ticket.
E. Zupp.



Claudio Pistorelli, primario del Pronto soccorso di Borgo Roma. Nell'altra pagina, in alto, Francesco Buonocore, primario del Pronto Soccorso di Borgo Trento

Lunedì e venerdì i giorni peggiori Ma "E.R." è solo... un'americanata

Le leggende metropolitane del passato vogliono i medici del Pronto Soccorso come dottorini alle prime armi, spediti nella fossa dei leoni primo perché in altri reparti non c'era posto, secondo perché dovevano farsi le ossa. Poi è arrivato "E. R. Medici in prima linea", e i dottori del Pronto Soccorso sono diventati degli eroi. Ma non parlate a loro di John Carter e compagni: la risposta non è riportabile su un giornale. Americanate, è il termine più riferibile. Come Carter e compagni però corrono, soprattutto il lunedì e il venerdì. Due giorni caldissimi: il primo perché a monte c'è stato il week-end, e il secondo in prospettiva dei due giorni di festa. Il

primo giorno della settimana, d'altro canto, è critico anche per l'incremento degli infortuni sui posti di lavoro, dovuti al calo di attenzione per il rientro dal sabato e dalla domenica. Il giorno più nero per Borgo Trento è stato appunto un lunedì quando si sono contati 396 accessi, mentre a Borgo Roma passano in media tutti giorni 200 persone. «Usiamo la caffeina come calmante», scherza, ma non troppo, il dottor Francesco Buonocore. Ma chi sono i medici del Pronto Soccorso? Sono professionisti, specializzati in varie discipline mediche, che hanno svolto dei corsi di urgenza medica e chirurgica. A loro si richiede di essere in grado non di diagnosticare tutte le malattie, ma di saper indirizzare il paziente verso il reparto o il consulente più adatto.

E. Z.



L'indice di ricovero non supera il 15%

Questi i dati dei due Pronto Soccorso di Verona dall'1 gennaio al 31 ottobre 2003:

Ospedale maggiore

89.009 pazienti

25.000 pazienti pediatrici e ginecologici

Policlinico

62.137 pazienti, inclusi quelli pediatrici e ginecologici

Indice di ricovero: 15%

di una codice formato da quattro colori: rosso, giallo, verde e bianco che corrispondono, in modo decrescente, alla gravità della patologia. L'ordine di accesso alla visita non corrisponde quindi all'ordine di arrivo, ma di pericolo per la vita del paziente. Se fosse il contrario, un'unghia incarnita potrebbe avere la precedenza su un infarto. A 'catalogare' ogni paziente in base alla gravità delle sue condizioni è un infermiere che ha svolto corsi specifici e ha esperienza di Pronto Soccorso di anni. L'operatore, in base ad alcune doman-

Al Pronto Soccorso per un callo o per l'influenza

Molti dei pazienti che si presentano al Pronto Soccorso potrebbero essere seguiti in altri ambiti (medico di famiglia, Guardia medica, ambulatorio). Lo dicono i numeri: solo il 15% degli accessi si risolve con un ricovero. Ma lo raccontano anche i medici, i quali, obbligati per legge a visitare qualsiasi persona si rivolga a loro, in un arco di un anno ne vedono di tutti i colori. E non stiamo parlando di quelli del triage. Può capitare che alle 3 del mattino una ragazza entri nel Pronto Soccorso del Policlinico per una fastidiosa lombosciatalgia (insomma, un semplice mal di schiena), dopo aver trascorso una serata in discoteca. Motivazione: "Sono 15 giorni che mi fa male lì, ma non ho avuto tempo di andare dal mio medico. Così passavo da queste parti...". La notte porta consiglio, allora perché non risolvere un problemino imbarazzante che dura da un mese? Non ci ha pensato due volte uno straniero che si è presentato dai sanitari di Borgo Roma alle 4 del mattino per chiedere una soluzione alla sua impotenza. C'è poi chi scambia il Pronto Soccorso per lo studio di un podologo e arriva un po' zoppicante in Borgo Trento, perché "sapesse, dottore, quanto è fastidioso il callo al quinto dito...". Fastidioso come una puntura di zanzara che pizzica, ma meno doloroso di una scottatura ai polpastrelli delle dita causata per aver incautamente preso la moka dalla parte sbagliata. Basterebbe mettere le mani sotto l'acqua fredda, però non si sa mai. E quindi via all'Ospedale Maggiore. Dove seduto tra i pazienti in attesa, e anche po' infastidito con l'infermiera del triage che gli ha appioppato un bel codice bianco, si può trovare anche chi è andato a visitare un qualche parente in ospedale e ha pensato così di fare una capatina al Pronto Soccorso per misurarsi la pressione. Ancora, l'influenzato di turno, che chiede aiuto per la sua febbre. Così, tra un politraumatizzato e un infartuato bisogna trovare anche il tempo per prescrivere la cura delle tre "I", infallibile quando la temperatura sale: latte, lana e letto!

(E.Z.)

de, deve individuare il sintomo più rilevante, che insieme agli altri, può indicare una determinata patologia. Un compito non facile, che richiede anche doti di psicologia, in quanto, si sa, «chiunque arriva in Pronto Soccorso crede di essere l'ammalato

più grave in assoluto», fanno eco i due primari. Per i casi non gravi, ma che potrebbero evolvere come tali, ad un primo triage ne segue un altro, più approfondito, in cui al paziente vengono eseguiti alcuni accertamenti, come la misurazione

della pressione o un elettrocardiogramma. Anche se tutto risulta negativo, durante l'attesa della visita il paziente viene monitorato, con periodici accertamenti sul suo stato di salute. Chi siede in sala d'attesa deve rispettare regole previste per garantire in primo luogo chi più ne ha bisogno. «Se le porte delle sale restano chiuse è perché dentro c'è un paziente grave che richiede la presenza di più di un medico e di molti infermieri», spiega il dottor Buonocore. Medici ed infermieri in entrambi i Pronto Soccorso lavorano a ritmo molto sostenuto. Di certo

non c'è mai esubero di personale. A sopportare l'impatto con i pazienti sono soprattutto gli infermieri. E qualche volta devono farsi carico anche dell'impazienza che qualcuno esprime sopra le righe.

Elena Zuppini

**Maggiore e Policlinico
si riorganizzano**

I Pronto Soccorso dell'Ospedale civile maggiore e del Policlinico saranno riorganizzati e ampliati. Ospedale civile maggiore. Sarà modificata l'Accettazione e negli spazi ricavati troveranno posto 5 nuovi ambulatori e 5 posti letto monitorati per i pazienti che hanno bisogno di una terapia immediata e di osservazione. Ma non solo. Non essendoci più un'Accettazione unica, il paziente, o meglio i familiari, non saranno più costretti a fare la spola reparto-Pronto Soccorso-reparto per l'apertura della cartella clinica al momento del ricovero. In ogni reparto si potrà svolgere la pratica amministrativa per il ricovero. L'attuale Pronto Soccorso sarà poi diviso in Area chirurgica e medica, con la creazione di una nuova sala radiologica. Sarà creato anche uno spazio per l'Osservazione breve. Si tratta di 16-18 posti letto, in cui il paziente può rimanere massimo 24 ore. Questo permette agli operatori di dimettere il paziente con più sicurezza e di evitare ricoveri impropri. Appropriatezza organizzativa e clinica si sposano migliorando la qualità dell'assistenza.

Policlinico. Anche nel Pronto Soccorso di Borgo Roma sarà modificata l'Accettazione. Dallo spazio ricavato saranno realizzati una decina di posti letto di Osservazione breve, oltre a due ambulatori per la stabilizzazione del paziente critico, compreso il politraumatizzato. «Contiamo molto sui posti di Osservazione breve - dice il primario Claudio Pistorelli -. In questo modo potremo ridurre i ricoveri per patologie che si risolvono nell'arco di una giornata e mandare a casa questi pazienti con la formula della dimissione protetta. In altre parole noi operatori avremo più tempo per organizzare la continuità assistenziale una volta avvenute le dimissioni». E. Z.

**Il Servizio di Continuità assistenziale
si occupa delle urgenze sanitarie territoriali**

Assistenza non-stop su tutto il territorio

di Silvano Pomari* e Giuseppe Andrioli **

Il riordino del Servizio sanitario nazionale avviato nel 1992 ha comportato una riorganizzazione complessiva dell'area della Medicina del territorio. In un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza e di sviluppo di una cultura tesa all'uso appropriato dell'offerta di prestazioni sanitarie, la legislazione prodotta nel decennio 1990-2000 ha affidato alla Medicina generale compiti di assistenza primaria nell'ambito familiare e di comunità; continuità assistenziale, compresa l'emergenza sanitaria territoriale; educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale; ricerca in campo clinico ed epidemiologico; didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione.

In questo panorama, la Guardia

regime di urgenza (91.427 nell'anno solare 2002), prevalentemente a domicilio dell'utente.

Come in altri settori della Sanità, anche l'organizzazione di questo Servizio si basa su esigenze fondamentali tra loro strettamente connesse: il diritto alla salute garantito ad ogni cittadino dalla legge, dalle possibilità offerte dalla scienza e dalla tecnica, nonché i bilanci economici della collettività.

La Continuità assistenziale presume l'obiettivo di garantire la continuità di cura tra ospedale e territorio e viceversa, attraverso la definizione di una serie di interventi di tipo informativo, procedurale-organizzativo e regolamentare secondo scale di priorità. Tra le finalità, principale preoccupazione è lo sviluppo di una nuova cultura di collaborazione fra

Il Servizio di "Continuità assistenziale" nel veronese

Medici in servizio attivo (numero complessivo di medici)	30 (145)
Numero di sedi	21
Prestazioni effettuate complessivamente nell'anno solare 2002	91.427
Visite domiciliari	71%

medica, istituita nel 1978, venne trasformata nel Servizio di Continuità assistenziale, da un lato con il compito di occuparsi delle urgenze sanitarie territoriali nelle fasce orarie in cui il medico di assistenza primaria, il medico di famiglia, non è attivo, e di Emergenza territoriale dall'altro, con il compito di occuparsi delle emergenze sanitarie territoriali.

Nella provincia di Verona (territorio delle Ulss 20, 21 e 22) il Servizio di Continuità assistenziale è garantito da 30 medici in servizio attivo (per un totale di 145 medici), distribuiti in 21 sedi. Annualmente vengono erogate circa 90.000 prestazioni in

medici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. A tale fine sono possibili azioni di miglioramento congiunte quali la realizzazione, con la collaborazione delle Federazioni dei medici di Medicina generale e dei pediatri, di opuscoli di informazione sulle competenze e funzioni dei Servizi di primo contatto del cittadino (medico di famiglia e pediatra di libera scelta, servizio di Continuità assistenziale, 118/Suem e Pronto Soccorso); adozione di linee guida comuni sulle modalità di pre-ricovero e post-ricovero; approvazione di moduli di urgenze ed eventuale

costituzione di commissioni di valutazione di appropriatezza; valutazione su possibili collegamenti informatici tra i diversi servizi. Un caso frequente di adeguata/inadeguata continuità assistenziale si verifica quando è necessario decidere rapidamente cure appropriate nella fase post-dimissione ospedaliera del paziente.

Sul piano clinico, anche in tale circostanza l'adozione di linee guida per specifici aspetti diagnostici e terapeutici è una garanzia di continuità e di efficacia. E così l'invio del paziente a domicilio, in strutture riabilitative, case di riposo, Rsa, richiede una definizione dei percorsi necessari ad offrire continuità rispettivamente con il medico di Medicina generale, con lo specialista ospedaliero o extra-ospedaliero nonché con le altre figure sanitarie che in queste fasi ricoprono ruoli rilevanti nelle cure e gestione dell'assistito.

Un aspetto particolare è costituito dalla continuità di cura nella malattia cronica, frutto dei successi della Medicina moderna. In questi casi l'organizzazione di una continuità assistenziale diventa indispensabile sia per motivi clinici, che umanitari ed organizzativi. Uno degli interrogativi che ci si pone nella gestione del malato cronico nelle diverse fasi della sua patologia è se sia opportuno o meno prevedere centri assistenziali dedicati per malattia. L'esempio più largamente diffuso è quello dei centri antidiabetici. I centri specialistici tendono a porsi come gestori della cronicità, seppure non possano essere presenti in tutte le fasi della malattia ed il paziente ha comunque la necessità di ricorrere al medico di famiglia per l'ordinarietà ed alle strutture di urgenza ed emergenza per le fasi improvvise di acuzie. In questi casi il centro specialistico viene "saltato" e chi interviene prescinde dalle sue valutazioni.

Un problema specifico nell'ambito della Continuità assistenziale è rappresentato dal paziente anziano e dalle Case di Riposo. Questo settore

La Guardia Medica nella provincia di Verona

ULSS 20 (VERONA)

ZONA DI VERONA CENTRO (distretto 1) – tel. 045-8075627
 ZONA DI VERONA SUD (distretto 2) – tel. 045-580222
 ZONA DI VERONA EST (distretto 3) – tel. 045-8075112
 ZONA S. GIOVANNI LUPATOTO (distretto 2) – tel. 045-549122
 ZONA SAN BONIFACIO (distretto 4) – tel. 045-6138416
 ZONA COLOGNA VENETA (distretto 4) – tel. 0442-85255
 ZONA S. GIOVANNI ILARIONE (distretto 4) – tel. 045-7465235
 ZONA TREGNAGO (distretto 4) – tel. 045-6500025

ULSS 21 (LEGNAGO)

ZONA LEGNAGO – tel. 0442-632394
 ZONA BOVOLONE – tel. 045-6999598
 ZONA NOGARA – tel. 0442-537774
 ZONA ZEVIO – tel. 045-7850035

ULSS 22 - BUSSOLENGO

ZONA BUSSOLENGO – tel. 045-6769606
 ZONA CAPRINO VERONESE – tel. 045-7241285
 ZONA CASTELNUOVO – tel. 045-6450712
 ZONA ISOLA DELLA SCALA – tel. 045-6648472
 ZONA MALCESINE – tel. 045-6589342
 ZONA S. PIETRO IN CARIANO – tel. 045-7702558
 ZONA SOMMACAMPAGNA – tel. 045-510300
 ZONA VALEGGIO SUL MINCIO – tel. 045-6338111
 ZONA VILLAFRANCA – tel. 045-6338111



è destinato ad utilizzare una quantità crescente di risorse per il progressivo invecchiamento ed aumento della disabilità della popolazione. Il fabbisogno di posti letto in Rsa

Un problema specifico nell'ambito della Continuità assistenziale è rappresentato dal paziente anziano, destinato a utilizzare crescenti risorse per il progressivo invecchiamento della popolazione

dipende dalle condizioni socio-economiche di una popolazione e dalla presenza o meno di soluzioni assistenziali alternative: l'offerta limitata di sistemi di protezione direttamente forniti a domicilio dell'anziano è la determinante principale della domanda di inserimento nelle Case di Riposo o Rsa.

È interessante notare, infine, che la Continuità assistenziale è un metodo applicabile in modo estensivo in un Sistema Sanitario moderno: la decisione di cambiare i servizi di assistenza al cittadino nella direzione di fornire una continuità di cura implica necessariamente una razionalizzazione della distribuzione delle risorse. Là dove modelli di Continuità assistenziale sono stati forniti all'utenza, anche in ambito di problematiche sanitarie specialistiche si sono ottenuti riduzione di costi dei servizi, disponibilità finanziarie nuove e maggiore soddisfazione dei cittadini. In tale ottica, la filosofia di operare in Continuità assistenziale mira a indubbi vantaggi, quali, tra i più stringenti, la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri ed una maggiore partecipazione del cittadino-utente ad un utilizzo razionale del Servizio sanitario nazionale. L'organizzazione e la strutturazione di una "continuità assistenziale" efficiente è parte essenziale di qualsiasi Sistema sanitario che si voglia moderno e civile: tale progetto è oggi compatibile con le risorse culturali, economiche e scientifico-tecniche disponibili. Diventa quindi fondamentale organizzare e verificare sistemi integrati che prevedano modelli funzionali e "leggeri" di soddisfacimento dei bisogni di salute per ogni cittadino.

**Segretario generale Federazione italiana medici di Medicina generale Verona*

***Segretario Settore Continuità assistenziale Federazione italiana medici di Medicina generale Verona*

Quando e come ottenere la continuità assistenziale e quali situazioni può risolvere

Il Servizio di Continuità assistenziale, più noto come Guardia medica, assicura l'assistenza medica di base erogata dai Medici di famiglia per tutte le situazioni che hanno carattere di urgenza e che si verificano durante le ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, quando il Medico di famiglia è a riposo. Il Medico di Continuità assistenziale garantisce consultazioni telefoniche, visite domiciliari e, dove previsto, visite ambulatoriali.

do chiaramente al medico: cognome, età, motivo della chiamata, indirizzo e numero telefonico. La visita ambulatoriale, là dove prevista, si ottiene recandosi nella Sede del Servizio di Continuità assistenziale muniti della tessera sanitaria.

Quando chiamare il Servizio di Continuità assistenziale?

- quando c'è necessità di un consulto medico urgente;
- quando c'è necessità di una visita di un medico e non è in servizio il



Il Servizio di Continuità assistenziale è attivato: nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00 del giorno seguente; il sabato e i giorni prefestivi dalle ore 10.00 alle ore 20.00; la domenica e i giorni festivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

Il Medico di Continuità assistenziale, utilizzando il ricetta-rio regionale, può:

- prescrivere farmaci limitatamente ad una terapia d'urgenza non superiore a 72 ore;
- rilasciare certificazione di malattia per i lavoratori esclusivamente nei casi di assoluta necessità. L'intervento domiciliare si ottiene telefonando alla sede del Servizio di Continuità assistenziale del Distretto di appartenenza indicandogli

proprio medico di famiglia o il pediatra di libera scelta.

Non è compito del Servizio di Continuità assistenziale:

- la trascrizione di prescrizioni effettuate da altri medici;
 - la trascrizione di medicinali prescritti dai medici dei reparti ospedalieri al momento della dimissione;
 - la prestazione ambulatoriale non urgente
 - la prescrizione di analisi, visite specialistiche, cicli di terapia fisica.
- Per situazioni di emergenza sanitaria, cioè quando le gravi condizioni di una persona creano un immediato pericolo per le funzioni vitali, occorre chiamare il Servizio di Emergenza sanitaria "118", attivo 24 ore su 24.*

G.A.

Il risarcimento al paziente

di Lucia Poli*

Il tema del risarcimento del danno per responsabilità professionale è negli ultimi anni un argomento che va assumendo una sempre maggiore importanza.

Vi è sicuramente una maggiore consapevolezza diffusa da parte dei pazienti circa il valore della propria incolumità fisica e una crescente pressione a carico della classe medica sul fronte delle aspettative, spesso enfatizzate da una informazione che indulge all'ottimismo sulle pretese potenzialità illimitate della scienza medica.

Al vertiginoso progresso di quest'ultima, del resto, tale da far apparire reali aspettative di vita che fino a 10 anni fa apparivano fantasiose, si è accompagnata una dinamica risarcitoria sempre più severa, anche in termini monetari, oltretutto sul piano degli elementi fondanti la responsabilità.

Oggi è risarcibile a certe condizioni anche il danno riconducibile ad una colpa lieve o lievissima da parte del sanitario o della struttura di riferimento. Inoltre sul piano strutturale, la responsabilità in



Lucia Poli

**Sempre più importante
la copertura assicurativa
dell'attività professionale.
Oggi è indennizzabile,
a certe condizioni,
anche il danno connesso
ad una colpa lieve**

questo campo tende sempre più ad abbandonare il classico schema individuale, per spostarsi verso il fronte della responsabilità organizzativa, dato il carattere sempre più multidisciplinare ed integrato delle attività di cura.

Assume in tale contesto importanza fondamentale la copertura assicurativa dell'attività professionale delle strutture sanitarie essa risponde all'esigenza di consentire l'esercizio di un'attività che va ad incidere su diritti primari, assicurando da un lato la tutela dei diritti del singolo e dall'altro il necessario grado di responsabile equilibrio degli operatori.

Parallelamente, va detto che si va sviluppando anche nelle strutture ospedaliere e sanitarie una cultura basata sull'analisi del rischio, resa necessaria anche dal sempre più difficile rapporto con le società di assicurazione.

Tale approccio, tuttavia, è oltremodo opportuno in quanto pone le strutture nelle condizioni di riflettere, in termini di miglioramento, sulla sicurezza dei propri percorsi organizzativi e professionali nell'ottica del perseguimento dei risultati di miglioramento della qualità delle prestazioni.

**Direttore Dipartimento
economico-giuridico
e responsabile
Servizio affari generali*



LA BANCA DEI TESSUTI

È stata inaugurata in aprile ed è l'unico centro regionale che conserva tessuto osseo e cutaneo. La Banca dei tessuti del Veneto si articola su due sedi, una si trova a Verona, nell'Ospedale civile maggiore, collocata operativamente all'interno della seconda Divisione di Ortopedia, l'altra a Treviso dove, invece, si conservano tessuto osseo, valvole cardiache e segmenti vascolari. La scelta della sede veronese premia l'eccellenza della tradizione clinica scaligera nella cura delle grandi ustioni e nella chirurgia ortopedica, ma riveste un significato rilevante anche per Veneto e regioni limitrofe.

La Banca dei tessuti veronese è dotata di un finanziamento regionale specifico di 130 mila euro ed ha il compito di raccogliere, trattare, conservare e distribuire il tessuto osseo e cutaneo. La sua realizzazione è stata consentita dalla particolare esperienza organizzativa e scientifica nella gestione di prodotti biologici raggiunta dal servizio di Immunematologia e trasfusione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Il servizio, diretto dal dottor Giuseppe Aprili, ha ricevuto per primo in Italia la certificazione Iso 9001 e anche la nuova Banca ha già ottenuto lo stesso importante riconoscimento che garantisce al cittadino il controllo e la sicurezza di tutti i processi dal prelievo fino all'impianto del tessuto o dell'osso nel paziente.

Ma andiamo per ordine, visto che la nascita della Banca veneta dei tessuti, articolata sulle sedi veronese e trevigiana, testimonia lo straordinario progresso scientifico che negli ultimi vent'anni ha consentito di moltiplicare le possibilità di trapianto di tessuti e di organi.

IL TRAPIANTO ALLOGENICO DI TESSUTI. Si definisce **trapianto allogenico** la pratica che consente di prelevare da cadavere o da donatore vivente vari tessuti e di trapiantarli (o innestarli) su di un'altra persona.



L'inaugurazione, avvenuta il 15 aprile 2003, della Banca dei tessuti

È una pratica relativamente recente, che si è sviluppata a partire dagli anni '80, parallelamente ai trapianti d'organo, grazie all'introduzione di efficaci agenti immunosoppressivi. Prima dell'utilizzo di questi ultimi, l'unico tessuto allogenico trapiantato era la cornea, successivamente si è iniziato a trapiantare altri tipi di tessuto come l'osso, la cute, le valvole cardiache, i vasi sanguigni, i tendini, il midollo osseo. A Mestre è operativa per tutto il Veneto la Banca degli occhi, che conserva le cornee da trapiantare (sono state 3.644 nel 2002, 783 al 31 marzo 2003).

L'incremento di domanda di trapianti, non solo di organi, ma anche di tessuti e l'estensione delle possibilità di impiego dei tessuti stessi ha portato alla necessità di stabilire correttezza assoluta relativamente ai problemi normativi, organizzativi, ma anche tecnici e specialistici (come la sicurezza nella conservazione) che accompagnano i processi dal prelievo al trapianto. Le Banche dei tessuti, diffuse oramai in tutto il mondo, servono dunque proprio a raccogliere, qualificare biologicamente e validare, lavorare, conservare e distribuire i tessuti prelevati dai donatori. Il tessuto proveniente da una Banca

costituisce il supporto biologico più importante nelle moderne tecniche di ricostruzione chirurgica. L'innesto è un intervento chirurgico che viene effettuato con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente, consentendogli di recuperare funzioni fisiologiche perse o deficitarie.

L'OSSO, IL TESSUTO PIU' TRAPIANTATO. L'osso allogenico, prelevato cioè da cadavere o da donatore vivente (ad esempio da pazienti sottoposti ad interventi di protesi d'anca e che danno il consenso informato per l'utilizzo della testa del femore rimossa) viene frequentemente utilizzato nel reimpianto di protesi d'anca, per riempire difetti scheletrici provocati da traumi, causati ad esempio da incidenti, o determinatisi in seguito ad interventi chirurgici, come le asportazioni di tumori ossei, oppure ancora negli interventi di artrodesi vertebrale. A seconda delle indicazioni cliniche il tessuto osseo può essere o meno manipolato, ovvero tagliato, liofilizzato, demineralizzato. L'osso non manipolato deve essere conservato ad una temperatura di -80° C e viene utilizzato quando è richiesta la sostituzione a tutto spessore di un segmento osseo. I grandi freezer di cui è munita la

Banca dei tessuti veronese servono alla conservazione a temperature davvero bassissime del materiale prelevato. Se, invece, l'osso viene manipolato, ad esempio demineralizzato e trasformato in polvere o gel, può essere comunemente utilizzato nella chirurgia odontoiatrica per la particolare ricchezza di proteine e fattori di crescita che promuovono lo sviluppo di altro tessuto osseo nel ricevente. A Verona la Banca dei tessuti lavora per ora con tessuto osseo proveniente da donatore vivente. In futuro allargherà le proprie competenze anche al trattamento di tessuto osseo da cadavere.

LA PELLE E IL SUO IMPIEGO CLINICO. La cute umana allogenica, prelevata da cadavere, viene utilizzata sempre più frequentemente. Si può impiegare per rivestire ampie e profonde ustioni quando non è possibile avere a disposizione una quantità sufficiente di cute autologa, ovvero quando sul paziente non è possibile effettuare l'autotrapianto di pelle. La cute trapiantata rappresenta una copertura solo temporanea, che ha, però, il vantaggio di accelerare la riepitelizzazione, cioè la creazione da parte del trapiantato di nuovo, proprio tessuto cutaneo. Protegge, inoltre, dalle infezioni e forma una barriera metabolica contro la perdita d'acqua, di proteine ed elettroliti. I trapianti cutanei possono essere utilizzati per coprire piaghe da decubito che si manifestano in genere in anziani o malati costretti a letto per lunghi periodi, per curare ulcerazioni, per la ricostruzione di ferite chirurgiche. La cute allogenica prelevata può essere conservata in due modi a seconda dell'utilizzo futuro. Se viene usata entro 14 giorni dal prelievo, può essere conservata tra i 2 e gli 8 gradi centigradi. Diversamente, nel caso in cui non sia previsto un rapido utilizzo, può essere congelata in azoto liquido oppure a -80°C, alla stessa temperatura alla quale viene conservato il tessuto osseo che non è oggetto di manipolazione.

Valeria Zanetti

La donazione di osso “base” per ricostruire

di Massimo Marcer*

Il ripristino del tessuto perduto è essenziale per restituire funzionalità

Il donatore di osso è, nella maggioranza dei casi, un paziente che viene sottoposto ad un intervento chirurgico (ad esempio una protesi di anca) e che, attraverso il consenso, dà la possibilità di riutilizzare il tessuto osseo toglie (ad esempio, la testa del femore), che altrimenti verrebbe incenerito, distrutto e quindi sprecato.

Da qui la nascita di una Banca dei tessuti, in particolare di una Banca dell'osso; ma a cosa serve poi l'osso donato? Per meglio rispondere a questa domanda bisogna considerare che la chirurgia in generale e quella ortopedica in particolare, sono in continua evoluzione, specialmente negli ultimi anni. Le linee guida attuali tendono a limitare sempre di più la chirurgia demolitiva (ad esempio un'amputazione di arto) per privilegiare una chirurgia ricostruttiva, nella quale si tende non solo a conservare le strutture ossee, ma a ricostruire le strutture biologiche ove assenti o carenti, per ridare funzioni altrimenti impossibili in assenza di adeguato supporto, come camminare.

In quest'ottica della ricostruzione, il problema principale è dato dal fatto che, in diverse patologie vi è una perdita di tessuto osseo, quello che viene definito “bone stock” (termine interpretabile con massa ossea, cioè la quantità di osso presente in un dato distretto). Per puntare ad una chirurgia ricostruttiva che offra le migliori possibilità di successo è indispensabile ripristinare il tessuto osseo in quantità e qualità adeguate a sostenere i carichi funzionali e quindi permettere di camminare su di una articolazione altrimenti troppo fragile. Se la struttura osteoarticolare (insieme di ossa, articolazione e legamenti) non è



T rapianti

adeguata ai carichi che supporta, le conseguenze saranno un danno graduale (artrosi, deformità ed altro) od acuto (frattura). Chiarita l'importanza fondamentale di una corretta ricostruzione del tessuto osseo per ottenere risultati positivi in termine di salute e qualità di vita del paziente, la domanda successiva è: *come si fa a reintegrare la massa ossea sufficiente (il "bone stock") per un determinato distretto?*

Per quanto riguarda le ossa lunghe (in particolare quelle degli arti inferiori: femore e tibia in primis) si può indurre una "crescita" di osso localmente, utilizzando la tecnica della *callotasi*. Questa tecnica, che è un vanto dell'Ortopedia veronese ed è attualmente diffusa in tutto il mondo, consiste nell'allungare gradualmente (1 mm al giorno) le ossa, sfruttando il callo osseo (la "cicatrice" che porta alla consolidazione di un osso rotto) conseguente ad una osteotomia, (cioè una sezione, una "frattura" dell'osso eseguita appositamente dal chirurgo).

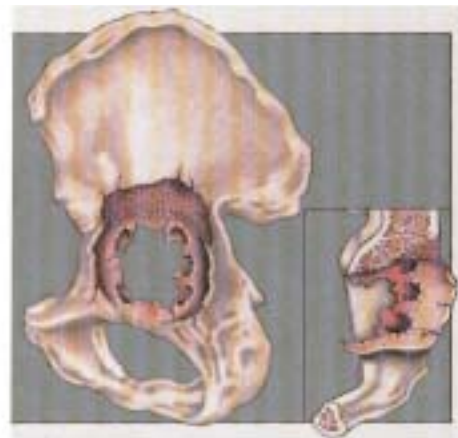
Questo consente recuperi fino a 8-12 cm di lunghezza.

Un altro metodo, per le perdite minori di osso, consiste nel *trapianto autologo*, cioè di osso prelevato dallo stesso paziente per essere reimplantato dove serve.

Appare evidente che la quantità prelevata non può essere eccessiva, pena il danneggiamento della struttura sede di prelievo.

Quando tali metodiche di reintegro della massa ossea non possono essere impiegate, poiché le perdite sono eccessive o avvengono in sedi, quali le articolazioni, dove le tecniche della callotasi non sono applicabili, bisogna ricorrere ad osso di donatore, conservato e trattato in Banca.

Le più frequenti indicazioni per l'impiego di osso di Banca sono le



A sinistra un bacino normale; a destra, bacino con perdita di sostanza ossea conseguente a mobilizzazione di una protesi (qui rimossa). Sotto, perdita di sostanza ossea tibiale

perdite di sostanza ossea a livello dell'anca, in caso di mobilizzazione di una artroprotesi, processo che letteralmente "mangia" l'osso intorno alla protesi e, in misura minore, le ampie perdite dovute a patologia, neoplastica in primis, o post traumatica. Per continuare con l'esempio più calzante, quando non si disponeva di Banca dell'osso, nei reimpianti di protesi dell'anca si rinforzavano e si riempivano le parti ove l'osso era più fragile o assente, con cemento acrilico. Appare evidente che un corpo estra-

neo, cemento o neo protesi, che agisca su un tessuto osseo già patologico, ammalato, che ha sofferto (tanto da riassorbirsi in modo simile a quanto avviene in una carie dentaria), e che si trova a dover sopportare carichi anomali, porterà a risultati clinici scadenti e di breve durata. Anche per questo la vita media dei reimpianti di protesi successive alla prima applicazione era via via sempre inferiore e con maggiori possibilità di complicanze. Appare quindi fondamentale la ricostruzione

con osso da donatore della massa ossea (il "bone stock") su cui applicare la nuova protesi che agirà così su un tessuto biologico ricostruito e certamente più valido e resistente che, con il tempo, andrà, in una certa misura, ad integrarsi con l'osso del paziente. Questa tecnica, associata a protesi da reimpianto più moderne dal punto di vista biomeccanico che distribuiscono il carico su zone ancora integre, ha permesso di rivoluzionare in senso positivo i risultati dei reimpianti di protesi mobilizzate.

In pratica il chirurgo ortopedico, dopo aver tolto la vecchia protesi e liberato la zona dal tessuto fibroso e cicatriziale fino a evidenziare il tessuto osseo residuo, applica osso di Banca lavorato e modellato, anche nel corso dell'intervento, in modo da ricostruire nel modo migliore la struttura ossea destinata a supportare la nuova protesi. Il cotile (cioè la parte del bacino) e, in misura minore, anche la parte femorale, vengono trattati in modo da riportare la massa ossea locale "bone stock" ad una situazione che si avvicini il più possibile a quella "normale", cioè prima dell'intervento originale.

Trattandosi di un trapianto, seppure di tessuto, appare di assoluta importanza la qualità del lavoro della Banca dei tessuti, sia per l'aspetto fondamentale della sicurezza, sia per garantire le caratteristiche biologiche e meccaniche del materiale fornito.

***Primario I e II Divisione di Ortopedia e Traumatologia**



CALMA E... GESSO

di Simona Battilana *

Per gessatura si intende un apparecchio di contenzione (costituito da docce, fasce od altri apparecchi confezionati con gesso o ad essi equivalenti), atto ad immobilizzare parti anatomiche per consentire la riduzione di fratture o simili; la tendenza è di equiparare apparecchi non gessati, ma aventi le stesse finalità, agli apparecchi gessati veri e propri. Non obbligatoriamente questo trattamento curativo comporta la degenza ospedaliera; molte volte il decorso post evento acuto avviene in ambito domiciliare, consentendo in tal modo al paziente una qualità di vita più confortevole.

Importante è aver ben chiaro piccoli suggerimenti da adottare, in attesa della rimozione completa della contenzione; tutto ciò per garantire una più rapida guarigione senza fastidiose conseguenze. È bene considerare l'apparecchio gessato un prezioso alleato, che ci accompagnerà per un periodo di tempo prestabilito in tutti i nostri spostamenti. Sono pochi e molto semplici i consigli per la manutenzione degli apparecchi gessati.

Innanzitutto è bene evitare di bagnare il gesso non ricorrendo alla doccia completa o al bagno ad immersione in vasca. È utile quindi coprire il gesso con sacchetti di plastica, ponendo particolare attenzione affinché l'acqua non penetri a contatto con il gesso.

Esistono particolari ingessature confezionate con gessi idrorepellenti; è bene informarsi in merito sul materiale

utilizzato al momento del confezionamento. Particolare attenzione va posta comunque e sempre all'imbotitura interna, che deve rimanere il più asciutta possibile, per evitare macerazioni della cute da umidità stagnante, e che non dovrà mai essere rimossa o ridotta.

È bene non modificare l'apparecchio gessato, neppure parzialmente, per non alterare leve e pressioni interne necessarie per mantenere in asse il tratto di apparato scheletrico da trattare.

In caso di prurito si raccomanda di evitare l'introduzione di oggetti appuntiti o comunque abrasivi che possono causare lesioni cutanee che possono evolvere anche in vere e proprie infezioni.

È necessario utilizzare l'apposita pantofola da gesso, evitando di appoggiare il gesso a diretto contatto con il pavimento, onde prevenire accidentali cadute.

È importantissimo che la rimozione del gesso avvenga sempre in una struttura sanitaria e sia effettuata da personale competente. È normale che si possano avvertire, subito

dopo l'applicazione dell'apparecchio, parestesie (sensazione di paralisi) o formicolii.

Ciò può accadere soprattutto se la zona interessata dal mezzo contenitivo è un arto. In questi casi è necessario posizionare la parte anatomica interessata in modo da scaricare l'afflusso sanguigno, ossia in posizione più alta del resto del corpo; per questa manovra, ad esempio se si tratta di una gamba, ci si può stendere in posizione supina e sistemare sotto l'arto inferiore dei cuscini, in modo che la caviglia risulti più alta del ginocchio.

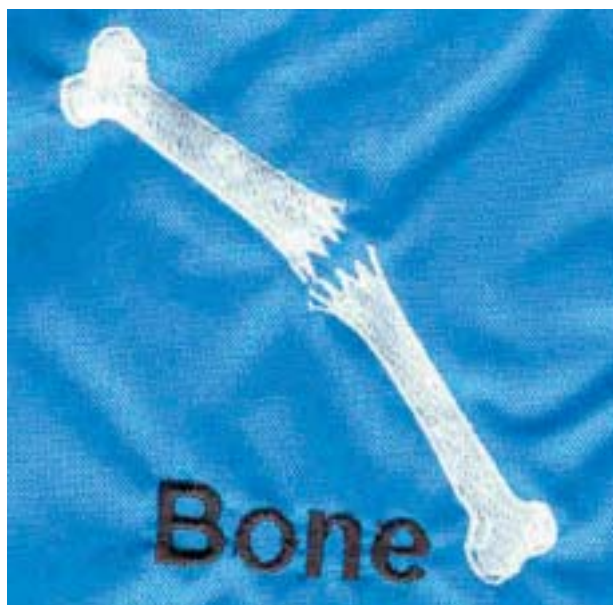
Se la parte interessata è un braccio, si posizionano dei cuscini in modo da sollevare la mano. Non si devono poi indossare indumenti che stringano l'arto al di sopra dell'apparecchio.

Se la sintomatologia sopra descritta non dovesse risolversi in breve tempo, e l'estremità risultasse fredda al tatto e la cute scura, rivolgersi subito alla struttura sanitaria. Quando si è ingessati è bene adottare norme comportamentali basilari per prevenire le cause di eventi traumatici.

Si deve porre, ad esempio, molta attenzione nell'utilizzo di scale, di qualsiasi tipo ed in qualsiasi luogo siano ubicate, soprattutto se non dotate di corrimano.

Comportamenti abituali spesso impropri, come il sollevamento di oggetti pesanti, possono risultare fatali; scendere dal letto con lenzuola non sufficientemente scostate può provocare cadute accidentali.

La dotazione di ausili,



quali apposite maniglie nei bagni e nei servizi igienici, o di tappetini antidrucciolo nella vasca da bagno, soprattutto per persone anziane o portatrici di handicap, possono scongiurare danni fisici seri.

Le condizioni personali di salute, come le condizioni della pressione arteriosa o la tendenza ai disturbi dell'equilibrio, gli effetti secondari a farmaci, sono tutti fattori da valutare.

In caso di traumatismi a carico degli arti inferiori, per prevenire le trombosi venose, bisogna sempre informare i sanitari su eventuali precedenti clinici che riguardano l'apparato circolatorio.

È importante avvisare in particolare di precedenti flebiti o tromboflebiti, dell'eventuale assunzione della pillola o di farmaci anticoagulanti, della eventuale predisposizione familiare alla patologia venosa e dell'eventuale abitudine di fumare. Un altro problema che può insorgere nelle persone portatrici di apparecchi gessati sono le lesioni traumatiche dei nervi periferici.

Agendo tempestivamente sul meccanismo di compressione del nervo, che potrebbe derivare da un gesso mal posizionato, si evitano tutta una serie di complicità indesiderate.

Un altro problema che può insorgere durante l'utilizzo di apparecchi gessati sono alcune affezioni dermatologiche: le ulcere da pressione. Per ulcera da pressione si intende una necrosi ischemica e ulcerazione dei tessuti che ricopre una sporgenza ossea soggetta ad una prolungata pressione contro oggetti esterni.

Sarà dunque premura dell'operatore sanitario imbottire adeguatamente l'apparecchio gessato al momento del confezionamento, ponendo particolare attenzione nelle sedi più a rischio nell'insorgenza delle piaghe, soprattutto per quei soggetti particolarmente predisposti.

Esistono inoltre imbottiture apposite per persone particolarmente allergiche (pazienti con cute sensibile, neonati, persone a carnagione chiara o che già manifestano aller-

Consigli semplici per evitare formicolii, affezioni dermatologiche e complicazioni più gravi

gie cutanee); si tratta di cotonei di Germania che presentano trame particolarmente morbide e anallergiche. In ogni caso sarà buona cosa informare il medico se dovessero verificarsi i problemi cui abbiamo accennato.

Se, invece, tutto andrà per il meglio un po' di pazienza sarà la nostra migliore alleata.

** Infermiera professionale
Riabilitazione osteoarticolare
Valeggio*

Scambi. Sistemi informatici sanitari, una delegazione moscovita ha fatto tappa Verona



Una delegazione di scienziati e medici russi è stata ospite dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per prendere visione del sistema informativo. La delegazione proveniva dal Celt, il Center of Endosurgery and Lithotripsy di Mosca fondato nel 1989 e diretto dal professor Alexander Bronshtein, membro emerito dell'Accademia russa di Scienze naturali. Il Celt è una clinica di livello internazionale in cui operano medici d'elevata professionalità con tecniche chirurgiche innovative e d'avanguardia che prevedono l'utilizzo di apparecchiature d'elevato livello tecnologico.

Il Celt ha avviato recentemente un progetto per la realizzazione di una nuova struttura, la Clinica per le nuove tecnologie mediche, che ha sede nella regione di Mosca. L'obiettivo è costruire una clinica di

livello internazionale che sarà battezzato "Tempio della Salute" per offrire servizi d'ottima qualità con l'impiego delle tecnologie più recenti e di personale d'altissimo livello, in un ambiente d'elevato comfort e benessere. Qualcosa di unico nel panorama sanitario russo. La delegazione è giunta a Verona per acquisire quante più informazioni possibili sulle soluzioni esistenti per l'Hospital information system, puntando soprattutto su massima automazione e innovazioni d'avanguardia.

La delegazione era guidata dal vice direttore del Celt, Ilya Shilkrot che diverrà il direttore generale della futura Clinica per le nuove tecnologie mediche. Ad accogliere gli ospiti era presente l'ingegner Andrea Oliani, responsabile dei Sistemi informativi ed Organizzazione dell'Azienda Ospedaliera.

Il Codice deontologico

di Franco Alberton *

Una serie di regole e orientamenti che indirizzano il comportamento dei medici al rispetto della persona

La *qualità della prestazione* è l'obiettivo principale al quale ogni moderna struttura sanitaria dovrebbe tendere; per questo alla sua realizzazione vengono da tempo dedicate attenzione e risorse da parte dei responsabili della gestione delle aziende sanitarie o ospedaliere.

Tuttavia, trattandosi di temi legati alla salute, il problema della qualità va affrontato sulla base del principio della *centralità* della persona, per cui il punto di partenza per uno studio della qualità non può che coincidere con l'identificazione dei bisogni *reali* dell'uomo malato.

A tale proposito, sebbene ci si possa attendere che un qualsiasi paziente condizioni il suo giudizio di *qualità del trattamento* medico in base al *risultato favorevole* dello stesso, c'è da dubitare che la sola guarigione sia sempre in grado di esaurire i timori e le speranze che ogni persona sofferente coltiva nel momento in cui si affida alle cure sanitarie.

In realtà, il malato dirige sul medico molteplici aspettative legate alla scomparsa dei sintomi, ma riguardanti anche, in modo ben più ampio e coinvolgente, la sfera dei sentimenti e delle emozioni.

Il compito del medico supera e trascende quindi la sola cura del corpo: egli diviene un vero e proprio *garante* della qualità dell'assistenza intesa nel senso più ampio, tesa a ripristinare in *quel paziente*, pur con i limiti della scienza, il miglior livello di salute fisica e psichica possibile.

Di questa esigenza si fa interprete

l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, che a tal fine si avvale del Codice di deontologia, strumento di primaria importanza, costituito da una raccolta di regole e orientamenti che riguardano l'ambito professionale nel suo complesso.

Questo enunciato non è una semplice "dichiarazione di intenti", ma rappresenta e qualifica l'essenza stessa dell'attività sanitaria; ciononostante va riconosciuto che, nella percezione di alcuni, l'Ordine è paragonato ad un'associazione corporativa, tesa principalmente a proteggere gli iscritti ed a tutelarne gli interessi.

In alternativa, esso è considerato (anche da qualche medico) una sorta di commissione disciplinare dedita esclusivamente ad attività inquisitoria e sanzionatoria. Secondo tale visione il Codice deontologico, quindi, non sarebbe altro che una raccolta di norme e divieti riguardanti l'ambito sanitario, impiegata come strumento per l'esercizio repressivo nei riguardi di errori e violazioni.

Queste concezioni non corrispondono in alcun modo alla realtà: sono riduttive, parziali ed inesatte poiché ignorano e sottovalutano la funzione istituzionale dell'Ordine, che è quella di indirizzare la *condotta* degli iscritti a tutela della salute e promuovere la professionalità del medico sotto il profilo etico e tecnico, nel rapporto con il cittadino e con la società nel suo insieme.

Il Codice deontologico, pertanto, pur essendo effettivamente una raccolta di articoli e norme, possiede un'evidente funzione di indirizzo comportamentale che trascende il banale obbligo/divieto; esso va quindi considerato una *fonte di principi* di etica professionale e di autodisciplina, nel cui ambito gli aspetti impositivo e sanzionatorio sono del tutto secondari.

Il valore e la reale funzione del Codice sono adeguatamente sintetizzati nei primi sei articoli: in essi si parla di decoro e dignità professionali, di tutela della vita e della salute, di

benessere fisico e psichico della persona, di libertà, di valori etici fondamentali.

Ma vi è un altro aspetto sostanziale che merita di essere rilevato e valorizzato: il Codice di deontologia medica si occupa di fornire indirizzi operativi *vincolanti* per il medico anche in quegli ambiti della Sanità non (ancora) regolati da leggi dello Stato. Si ricordano, ad esempio, le problematiche relative ai malati terminali ed alle "direttive anticipate", o quelle connesse con la fecondazione assistita; esse sono attualmente oggetto di discussione parlamentare o doventate materia di legge, ma già da parecchi anni hanno trovato nel Codice deontologico una enunciazione esauriente ed un'impostazione generalmente *condivisa*.

Il Codice tocca poi molti altri argomenti di elevata valenza etica e di grande interesse comune quali il segreto professionale, le medicine non convenzionali, l'informazione ed il consenso al trattamento sanitario; con puntuali riferimenti alle leggi nazionali vigenti, esso sottolinea e chiarisce importanti aspetti etici legati ai trapianti, all'interruzione volontaria di gravidanza, alla sperimentazione, fornendo norme comportamentali e spunti di riflessione di livello e qualità tali da smentire - ancora una volta - l'ipotesi che il Codice deontologico sia da considerare alla stregua di un banale elenco di obblighi e divieti.

In definitiva, si può ben affermare che il medico, proprio in casi nei quali emergono i limiti della *scienza*, dovrà esercitare particolare attenzione nell'imporre i valori della *coscienza* che, in ambito sanitario, si identificano con la diligenza nell'operare, ma soprattutto con il rispetto della libertà e della dignità della persona. Sono questi i principi dell'etica professionale, cioè della deontologia, che il *Codice* enuncia e che l'*Ordine* dei medici ha il preciso compito di tutelare.

* *Ordine dei Medici di Verona*

IL RISCHIO AUMENTA

Una popolazione a rischio infarto. È la sentenza inequivocabile di "Progetto Verona" un'approfondita indagine sul rischio cardiovascolare compiuta dai medici di famiglia dell'Ulss 20 di Verona in collaborazione con Pfizer. Lo studio, il più accurato mai compiuto in questo campo della salute nel nostro territorio, ha inteso fotografare non solo il cuore dei veronesi, ma è stato focalizzato sui cosiddetti "fattori di rischio". I risultati dell'indagine sono stati presentati nel giugno 2003.

A grandi linee, dalla ricerca è emerso che quasi 9

veronesi adulti su 100 rischiano un infarto, un ictus, un aneurisma o comunque un malanno cardiovascolare acuto entro i prossimi dieci anni e, spesso, senza esserne consapevoli. Sono patologie che in Italia rappresentano oggi la principale causa di morte per gli uomini con oltre 45 anni e per le donne che hanno superato i 65 anni. Ogni anno in Italia si verificano non meno di 70/80 mila casi di malattia coronarica come l'infarto del miocardio, e circa 130 mila casi di patologie cardiovascolari come l'ictus.

L'INDAGINE

Avviato nel novembre 2003 e conclusosi a marzo 2003, "Progetto Verona" ha coinvolto circa 170 medici di famiglia e 3.144 assistiti di età compresa fra i 35 e i 74 anni (le donne rappresentavano il 53,5 del campione mentre il 46,5 sono uomini), scelti attraverso gli elenchi di Medicina generale. Assolutamente vario il campione dei soggetti monitorati: il 23,4% erano casalinghe, il 21,3% pensionati, il 16,5% operai, 15,4% impiegati, 13 lavoratori autonomi, 2,3% agricoltori e 2,3% dirigenti.

Il progetto ha voluto esaminare non solo lo stato di salute dei veronesi, ma ne ha studiato anche le abitudini di vita più determinanti, quelle che possono incidere, in



I veronesi e il rischio cardiovascolare

	%	Uomini %	Donne %
Soffrono di ipertensione	39,2	49,6	50,4
Soffrono di ipercolesterolemia	25,5	46,2	53,8
Soffrono di obesità	12,8	66,2	33,8
Soffrono di diabete	5,6	59,9	41,9
Sono fumatori	22,7	56,0	44,0

IL 18,5% A FORTE RISCHIO

Senza fattori di rischio	18,4%
Con un fattore di rischio	34,7%
Con due fattori di rischio	28,4%
Con tre fattori di rischio	18,5%



positivo o in negativo, sulle malattie cardiovascolari. L'indagine è stata svolta attraverso una procedura standard: prelievo di sangue con analisi dei livelli di glicemia, colesterolo e trigliceridi, successiva intervista sulle abitudini di vita e l'esposizione ai principali fattori di rischio delle patologie cardiovascolari: ipertensione, diabete, obesità, fumo, sedentarietà, ipercolesterolemia.

I FATTORI DI RISCHIO. Al momento della rilevazione il 95% dei soggetti studiati non aveva sviluppato alcun evento cardiovascolare pregresso come angina, infarto, ictus. In base ai risultati, il fattore di rischio più diffuso e determinante è risultato l'**ipertensione arterio-**

“Progetto Verona”, 3.200 interviste sui pazienti condotte da 170 medici di Medicina generale dell’Ulss 20

Il successo di “Progetto Verona” è dovuto soprattutto alla scrupolosa attenzione dei 170 medici di Medicina generale dell’Ulss 20. Sono loro, d’altra parte, ad aver compiuto le analisi sui propri pazienti (quasi 3.200).

«Progetto Verona ha rappresentato una sfida anche per l’Ulss 20, che si è trovata a gestire e coordinare tutte le attività connesse alla conduzione di questo studio», osserva il dottor Filippo Lombardo, medico di famiglia e coordinatore del progetto.

«L’idea è nata in seno alla Medicina generale, che, alla luce dei risultati raggiunti, ha dato prova di avere al proprio interno la capacità di porsi delle domande e di trasformarle in un progetto di ricerca di grande interesse per la Sanità pubblica. La procedura di indagine è stata preventivamente standardizzata in modo che tutti i medici lavorassero allo stesso modo - prosegue il medico - Abbiamo inizialmente scorporato una selezione affidabile e il più completa possibile tra tutti i 232 mila soggetti assistibili dell’Ulss 20 di Verona, nella fascia compresa tra i 35 e il 74 anni. Ne è uscito un campione randomizzato di pazienti assolutamente variegato. Ciascun medico di famiglia si è trovato così una selezione casuale dei propri pazienti da sottoporre ad indagine».

La visita è consistita in un prelievo di sangue e in una misurazione della pressione ripetuta tre volte, il tutto accompagnato da un’anamnesi complessiva dello stato di salute della persona e dalla compilazione di un questionario su abitudini alimentari e stili di vita. Le analisi del sangue (con indagine su colesterolo, trigliceridi e glicemia) sono state tutte eseguite nel laboratorio dell’ospedale di Marzana.

«Alla fine è risultato che almeno 20 mila veronesi sono a rischio davvero elevato», prosegue Lombardo.

«Ciò significa che, di questi, almeno il 20 per cento rischia di avere un evento cardiovascolare maggiore come un ictus o un infarto entro i prossimi anni. A questo punto, diventa fondamentale individuarli ed iniziare con loro un percorso terapeutico mirato alla riduzione del rischio. Tutto ciò attraverso un’adeguata terapia farmacologica, accompagnata da una riduzione del tasso di glicemia e trigliceridi, dalla stabilizzazione della pressione e, laddove sia necessario, da una riduzione di peso. Fondamentale, in questo senso, sarà la collaborazione e l’attenzione di tutti i medici di famiglia».

A.A.

C cuore



sa. È risultato iperteso e in trattamento con farmaci specifici il 39,2% del campione, mentre non è stata rilevata alcuna differenza di un certo peso legata al sesso (49,6% maschi e 50,4% femmine). È emersa tuttavia una certa prevalenza del fattore di rischio unicamente nella fascia di età 35-44 anni; qui i maschi rappresentano il 64,6% degli ipertesi (circa 90 mila gli ipertesi conclamati nel territorio dell’Ulss 20, intorno al 23% del totale).

Il secondo e più importante fattore di rischio è risultato il **fumo**. I fumatori costituiscono il 22,7% del campione, (donne nel 44% dei casi). Nell’età compresa tra i 35 e i 44 anni si registra una forte differenza tra i sessi: fuma il 64,6% degli uomini contro il 35,4% delle donne. Un’altra categoria di rischio è quella di chi soffre di **ipercolesterolemia** (definita come valori di colesterolo oltre 240 mg/dl che tuttavia sono molto più alti di quelli desiderabili). Costituiscono il 25,5% del campione (il 53,8% sono donne), pur con una netta prevalenza dei maschi (67,7%) nella fascia tra i 35 e i 44 anni. A partire dai 55 anni però, la situazione si inverte; sono qui le donne a rappresentare oltre il 61% dei soggetti con colesterolo oltre i limiti.

Relativamente al **diabete**, sono stati presi in considerazione i soggetti con valori di glicemia a digiuno uguale o superiore a 140 mg/dl e tutti coloro che ricevono un trattamento ipoglicemizzante. È emerso che i diabetici rappresentano il



Sopra e nella pagina a sinistra pazienti nel Day Hospital di Cardiologia

5,6% del campione, con una netta prevalenza dei maschi (59%). Si stima inoltre che in tutto il territorio dell'Ulss 20 i diabetici siano circa 13 mila. Gli **obesi** sono risultati essere il 12,8%, con leggera prevalenza dei maschi che costituiscono il 66% di tutti i soggetti monitorati. Positivo è il rapporto dei veronesi con l'**attività fisica**, il cui effetto cardioprotettivo è ormai innegabile. I soggetti attivi, cioè coloro che praticano almeno due ore di attività fisica moderata, nell'arco di una settimana, sono risultati essere il 75% della popolazione valutata, con una leggera prevalenza degli uomini rispetto alle donne (57,2 contro il 47,3%).



I RISULTATI - È sulla base dei fattori di rischio che i ricercatori hanno disegnato il profilo di rischio cardiovascolare per la popolazione dell'Ulss 20.

Dall'indagine figura che i soggetti che non presentano alcun fattore di rischio sono il 18,4% del campione. Il 34,7% ne possiede uno, il 28,4% due, mentre il 18,5% presenta almeno tre fattori che possono predisporre ad un evento cardiovascolare.

Più in dettaglio, i soggetti con un livello di rischio assoluto (superiore al 20%) di sviluppare in dieci anni un evento traumatico sono l'8,6% del campione. Di questi, la quasi totalità è rappresentata da uomini (83,9%), con un livello di rischio che aumenta in misura proporzionale all'aumento dell'età.

Alessandro Azzoni



Una vita sana aiuta a prevenire infarto e ictus

Infarto del miocardio ed ictus cerebrale sono le principali manifestazioni di malattia cardiovascolare e le prime cause di morte in Italia.

Questo è il rischio più grande al quale viene sottoposta ogni giorno la nostra salute. Un rischio subdolo e inavvertibile che possiamo però controllare e ridurre, se sappiamo riconoscerlo ed affrontarlo in tempo. Nella maggior parte dei paesi industrializzati, la comparsa di infarto ed ictus si associa infatti alla presenza di un certo numero di fattori di rischio, quali l'età, il sesso, la predisposizione familiare, l'abitudine al fumo, i livelli di colesterolo nel sangue, i valori di pressione arteriosa e la presenza di diabete. Il rischio cardiovascolare di una persona esprime la probabilità di questa di avere un infarto, un ictus o un altro grave problema cardiaco nell'arco di un certo periodo di tempo.

Se una persona ha un rischio del 25 per cento a 10 anni, ad esempio, significa che ha 25 probabilità su 100 di avere un problema cardiaco nei 10 anni successivi. Va detto però che tale rischio può essere misurato, controllato nel tempo ed anche ridotto, con opportuni interventi di prevenzione e di terapia. Un esempio: un uomo di 53 anni in buona salute, non fumatore e che

avesse valori di colesterolo nel sangue di 290 mg/ml (condizione definita di ipercolesterolemia) potrebbe avere un rischio cardiovascolare del 15%; se invece avesse valori di pressione arteriosa di 170/100 mmHg (alta quindi) e valori di colesterolo di 200 mg/dl sarebbe sì iperteso, ma avrebbe un rischio più basso, pari a circa il 10%. Ma se presentasse contemporaneamente valori di colesterolo superiori a 280 mg/dl e ipertensione, il suo rischio cardiovascolare non sarebbe la semplice somma dei rischi di ciascun fattore, ma aumenterebbe fino a raggiungere il 40%, perché i diversi fattori si potenziano tra loro in modo reciproco.

Pertanto quanti più sono i fattori di rischio presenti, tanto maggiore risulta il rischio cardiovascolare globale. La sedentarietà peggiora naturalmente il quadro clinico.

Una condotta di vita sana e regolare risulta a tal proposito fondamentale.

Si parte dalla tavola, seguendo un'alimentazione ricca di fibra e povera di grassi, cadenzata e controllata nell'assunzione di alcaloidi (come la caffeina). Si passa poi all'attività fisica: non è necessario trasformarsi in atleti, anche semplici passeggiate frequenti sono utili. Non va dimenticata infine la prevenzione attraverso semplici operazioni come la misurazione della pressione e del tasso di colesterolo LDL.

(A.A.)

**Infarto del miocardio, la diagnosi precoce
migliora la prognosi**

C cuore

Fondamentale riconoscere subito i sintomi

“Time is myocardium”, il tempo è miocardio. Lo dicono gli americani, intendendo con ciò quel “ritardo evitabile” nel diagnosticare un infarto in atto per intervenire quindi con la massima sollecitudine.

Saper riconoscere i segnali d'allarme che preannunciano l'evento è, infatti, fondamentale per salvare una vita o per evitare che le conseguenze siano peggiori.

Uno studio americano del 1996 evidenziò proprio quanto fosse lungo il tempo decisionale, cioè l'intervallo di tempo che intercorre tra l'esordio dei sintomi e la chiamata dell'ambulanza.

Ma quali sono i sintomi dell'insorgenza dell'infarto? La comparsa di un dolore molto intenso al petto, l'angina pectoris, è un segnale inequivocabile; compare al centro del petto, all'altezza dello sterno si irradia verso la schiena, il collo, la mascella o il braccio sinistro.

È importante non confonderlo con brevi fitte localizzate in un punto, di origine muscolare o intercostale o con dolori prolungati per diverse ore. Non è un caso che i primi sintomi vengano confusi con un mal di stomaco passeggero.

Se il paziente è colpito da infarto, il dolore, più o meno intenso, dura almeno 15 minuti ed è accompagnato da nausea, vertigini, senso di debolezza, accessi di sudora-

A Borgo Trento una delle prime Unità coronariche d'Italia

È stata una delle prime Unità coronariche italiane. È sorta nel 1968, quando la Cardiologia aveva già competenze sufficienti per allestire un reparto specificamente dedicato, promuovendo la formazione di personale infermieristico appositamente addestrato. L'Unità coronarica dell'Ospedale di Borgo Trento (posta immediatamente sulla sinistra del Pronto Soccorso, per motivi legati alla velocità di intervento) dispone oggi di otto letti in cura intensiva per il trattamento di ogni sindrome coronarica acuta. La modalità di intervento è naturalmente di 24 ore su 24.

Tra gli interventi immediati sui pazienti infartuati c'è sia l'angioplastica primaria, sorta di palloncino inserito all'interno del vaso ostruito per dilatarlo e ripristinare la circolazione laddove questa si è interrotta, che la terapia farmacologica di trombolisi, volta a sciogliere il trombo che ostruisce l'arteria. Ogni anno, l'Unità di Borgo Trento interviene su quasi 600 pazienti (oltre 450 per infarto e circa 150 per angina instabile). Dalla metà degli anni Ottanta ad oggi, grazie al miglioramento delle modalità intervento sui soggetti colpiti da eventi acuti, si è notato un dimezzamento della mortalità successiva al ricovero (dal 12% a meno del 6%). Anche i tempi di ospedalizzazione negli ultimi 15/20 anni si sono fortemente ridotti, passando dai 18 ai 12 giorni di degenza. (A.A.)

zione, difficoltà di respirazione, polso irregolare, stato d'angoscia, pallore del viso. Imparare a riconoscere i segnali si è dimostrata un'importante ed efficace strategia per limitare il numero di decessi, effettivamente regrediti in rapporti al diminuito tempo di intervento.

Alessandro Azzoni

Ecco i fattori che aiutato a determinare il rischio cardiovascolare

Pressione arteriosa in mm/Hg

**FATTORI DI RISCHIO
E STORIA CLINICA DEL PAZIENTE**

GRADO 1
ipertensione lieve
Massima 140/159
o Minima 90/99

GRADO 2
ipertensione moderata
Massima 160/179
o Minima 100/109

GRADO 3
ipertensione grave
Massima oltre 180
o Minima oltre 110

Nessun altro fattore.....

Rischio basso

Rischio medio

Rischio elevato

Da 1 a 2 fattori di rischio*.....

Rischio medio

Rischio medio

Rischio molto elevato

3 o più fattori di rischio o
danno d'organo** o diabete.....

Rischio elevato

Rischio elevato

Rischio molto elevato

Condizioni cliniche associate***.....

Rischio molto elevato

Rischio molto elevato

Rischio molto elevato

* Fattori di rischio cardiovascolare: età superiore a 55 anni (uomini) o 65 anni (donne); fumo; colesterolemia totale superiore a 250 mg/dl; diabete; familiarità per malattia cardiovascolare precoce; obesità, stile di vita sedentario.

** Ipertrofia del ventricolo sinistro; elevata proteinuria e/o creatininemia (danno renale); evidenze radiologiche o ecografiche di aterosclerosi; alterazioni delle arterie della retina.

*** Malattia cardiologica, renale, vascolare, cerebrovascolare già in atto.

Fonte: Chalmers J. et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines; Committee, 1999, World Health Organization

Il cuore è di sicuro il muscolo più importante del corpo umano. Come tale, necessita di grandi quantità di ossigeno per potersi contrarre e svolgere la sua specifica attività di «pompa» nel sistema cardiocircolatorio. L'ossigeno gli viene fornito dalla circolazione sanguigna attraverso le arterie coronarie, vasi sanguigni che circondano il miocardio e lo irrorano di sangue. Se l'afflusso di sangue attraverso questi vasi risulta inadeguato (in particolare se questi sono danneggiati dall'aterosclerosi) il cuore ne soffre, al punto da sviluppare patologie serie, talvolta mortali. La prima tra queste è un evento acuto e doloroso: l'infarto.

«È un evento la cui incidenza sulla popolazione è cresciuta enormemente negli ultimi cinquant'anni in relazione al miglioramento della qualità della vita - spiega la dottoressa Luisa Zanolla, responsabile del Day Hospital della Divisione clinicizzata di Car-

«Ma l'infarto si può combattere e vincere»

diologia dell'Azienda Ospedaliera di Verona -. L'infarto miocardico è nella quasi totalità dei casi una conseguenza dell'aterosclerosi coronarica, cioè della progressiva occlusione delle arterie che portano il sangue al cuore; altre cause eccezionali possono essere embolie e anomalie congenite, ma si tratta di casi isolati. È più frequente nell'uomo che nella donna, almeno sino ai 50 anni di età, ed è strettamente legato a condizioni di abuso di tabacco, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità e vita sedentaria. Negli ultimi anni abbiamo notato una crescita dell'incidenza dell'infarto nella donna, che quando lo subisce tende a

portare conseguenze spesso più pesanti». L'infarto è un evento acuto, ma si prepara nel tempo. Occorrono infatti diversi anni perché le pareti dei vasi che portano sangue al muscolo miocardico si deteriorino. Quando ciò accade, il sangue non scorre più agevolmente. Più o meno improvvisamente si possono così verificare interruzioni del flusso o alterazioni di parete che ostacolano ulteriormente il flusso. Ne può derivare la formazione di trombi che possono eventualmente occludere il vaso; ma il sangue può anche raggiungere il cuore per altre vie, né è detto che l'occlusione sia definitiva. Una rottura spontanea del trombo potrebbe ricanalizzare la coronaria e ripristinare l'afflusso di sangue (non è un caso che studi recenti abbiano stabilito che l'80% degli infarti non avviene in vasi affetti da stenosi coronariche severe, ma dove la stenosi è, al contrario, meno pronunciata).

In genere però, quando si verificano queste circostanze, la parte di tessuto cardiaco insufficientemente irrorata non riceve l'apporto di ossigeno necessario e muore, necrotizzando.

«L'infarto miocardico è costituito proprio dalla morte o dalla necrosi di una zona di miocardio dovuta all'improvvisa occlusione di uno o più rami delle arterie coronarie - prosegue la dottoressa Zanolla -. Un infarto può talora insorgere perché c'è una maggiore richiesta di ossigeno da parte delle fibre muscolari dell'organo, indotta, ad esempio, da un maggiore sforzo compiuto dal cuore. L'evento può comunque avvenire in un momento qualsiasi, spesso anche a riposo o durante il sonno, in seguito ad attività fisica, anche leggera, a un forte stress emotivo oppure dopo un pasto particolarmente sostanzioso. La fase acuta dell'infarto miocardico può assumere tuttavia diversi quadri clini-

La terapia? Per iniziare, tanto riposo

Una terapia rivolta soprattutto alla prevenzione di un nuovo evento e alla protezione del muscolo cardiaco. La terapia dell'infarto miocardico acuto si basa anzitutto sul riposo assoluto del paziente nelle fasi iniziali e su una terapia farmacologica per ripristinare il flusso delle coronarie. La terapia si protrae, con modalità diverse, sia durante l'evoluzione sia dopo la fase ospedaliera e spesso viene mantenuta per tutta la vita.

Il riposo a letto è importante nella prima fase ma, superato lo stadio acuto, si tende a far muovere precocemente il paziente. Va tuttavia sottolineato come l'alta mortalità dell'infarto sia dovuta soprattutto alle complicanze della fase acuta (quella iniziale). Per questo i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto vengono ricoverati in reparti dedicati, le cosiddette Unità Coronariche o Unità di cura coronarica. Grazie a particolari

attrezzature e a personale specializzato è possibile monitorare da vicino e nel tempo una lunga serie di parametri clinici quali

l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa e venosa, la temperatura cutanea e la diuresi, cioè dove esiste la possibilità di cogliere la complicanza ai primi segnali.

Va detto che l'infarto (e ciò che ne segue) rappresenta oggi un vero problema sociale. Il soggetto colpito può restare compromesso ed è comunque un malato cronico. Oltre alla terapia di chi presenta un infarto, fondamentale per la successiva qualità della vita, va posta con forza la questione della prevenzione. È necessario cioè controllare quei soggetti che per tanti motivi rischiano l'insorgenza di malattie miocardiche. C'è infatti un lungo elenco di condizioni predisponenti quali l'ipertensione, il diabete, l'obesità e i disturbi del metabolismo lipidico, che se fuori controllo spianano la strada all'insufficienza coronarica. La strategia per combattere l'infarto parte da qui. (A.A)

C cuore



Il dottor Giorgio Morando in Uic con la caposala Valeria Tagliaferro

del miocardio, che provoca ogni anno 187 decessi ogni 100 mila abitanti. Nel Bel Paese i pazienti affetti da cardiopatia ischemica, l'anticamera della sindrome coronarica acuta, sono un milione e 500 mila. Un'attività fisica sana, regolare e senza sforzi intensi aumenta il colesterolo buono, diminuisce quello cattivo, abbassa la pressione arteriosa e i livelli di glicemia ma, soprattutto, riduce il rischio di aritmie minacciose e di morti improvvise.

Lo sport va comunque praticato con gradualità e con costanza, mai a singhiozzo, con sforzi improvvisi. Secondo recenti studi statunitensi l'esercizio fisico ridurrebbe infatti del 25% i rischi di mortalità da infarto.

Alessandro Azzoni

ci che ne condizionano l'evoluzione. L'infarto non complicato evolve solitamente in circa 40-50 giorni, durante i quali nella zona colpita si forma una vera e propria cicatrice. L'estensione della lesione e la modalità del decorso, complicato o meno, condizionano l'efficienza futura del soggetto colpito».

Ma qual è l'"infartuato tipo", o comunque la persona a rischio? «È soprattutto di sesso maschile, tra i 60 e i 65 anni di età - sottolinea la dottoressa Zanolla -, sono tuttavia in aumento le forme giovanili e francamente non ricordo un infartuato con meno di 50 anni che non fosse stato un fumatore». Ma chi ne è stato colpito può tornare ad avere una vita normale? «Certo, anche se questo dipende dalla velocità con la quale si è intervenuti nel diagnosticare l'evento. Prima si interviene con la terapia trombolitica o l'angioplastica primaria, meno estesa sarà la parte del cuore destinata a necrotizzare. Nei casi peggiori, tornare ad una vita normale non è possibile perché la parte di muscolo cardiaco non più attiva può essere troppo estesa. Ciò può portare a una futura insufficienza cardiaca, il quadro dello scompenso cardiaco». Ogni anno in Italia sono vittime di malattie cardiovascolari poco meno di 250 mila persone. Di queste, il 30 per cento, cioè 80 mila, sono morti dovute all'infarto

Informazioni utili in caso di ricovero

L'Unità coronarica (o Unità di cure intensive cardiologiche - Uic) accoglie, nell'ambito della Divisione Clinicizzata di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, persone affette da malattia cardiovascolare in fase acuta e critica. Essa dispone di risorse umane e tecnologiche finalizzate alla diagnosi, alla cura e all'assistenza intensiva e continuativa delle persone ricoverate. L'unità operativa è dotata di otto posti letto con monitors che consentono il controllo costante delle funzioni vitali quali ritmo e frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione periferica dell'ossigeno. Per il sostegno della funzione ventilatoria e di circolo sono altresì disponibili il respiratore automatico, il contropulsatore aortico ed il pace maker temporaneo oltre a tre carrelli corredati di dispositivi per la defibrillazione elettrica e farmaci per la rianimazione. Il personale medico ed infermieristico operante in Unità Coronarica riceve una formazione specifica e permanente. All'Unità Coronarica si accede dal viale retrostante il padiglione di Cardiologia dell'O.c.m. di Borgo Trento - lato Adige. Al momento del ricovero sarà cura delle infermiere presenti consegnare ogni effetto personale del degente alla persona indicata da lui stesso e chiedere al paziente un recapito telefonico di riferimento per eventuali comunicazioni urgenti. Non è necessario provvedere all'usuale abbigliamento da letto né ad alcuna integrazione di alimenti o bevande poiché i degenti sono allettati, collegati a monitor e devono osservare il digiuno durante la fase critica. È consigliato fornire lo spazzolino da denti, il rasoio elettrico, la protesi dentaria, il pettine.

Al fine di garantire al degente il riposo assoluto, che è tappa fondamentale nell'iter terapeutico, è consentito l'ingresso di un familiare alla volta per un tempo breve tutti i giorni, due volte al giorno, nei seguenti orari: dalle ore 15 alle ore 15.30 e dalle ore 19.30 alle ore 20. È raccomandata la visita di sole persone adulte. Il colloquio con le infermiere è possibile tutti i giorni in coincidenza di ogni orario di visita ed al termine della visita pomeridiana il medico referente è disponibile per fornire le informazioni sull'andamento clinico. A conclusione della fase acuta della malattia il paziente sarà trasferito in un reparto di degenza post intensiva per il proseguimento delle cure.

Caposala Afd Valeria Tagliaferro e il gruppo Infermieristico dell'Unità coronarica dell'Ospedale civile maggiore

Distribuzione in ospedale

di Anna Fratucello e Giovanna Scroccaro *

Il decreto legge 347/2001 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" ha introdotto cambiamenti importanti con l'obiettivo principale di ridurre gli sprechi della spesa farmaceutica. Tra questi vi è la distribuzione diretta di farmaci da parte delle strutture pubbliche.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, recependo questa legge, ha attivato, dal primo luglio del 2002, la distribuzione diretta dei farmaci prescritti dallo specialista ospedaliero per malattie che prevedano un periodico ricorso del paziente all'ospedale e dei farmaci prescritti alla dimissione. Presso le Farmacie dell'Ospedale civile maggiore e del Policlinico sono state istituite due Unità di Distribuzione farmaceutica per pazienti esterni, aperte dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 17 e il sabato dalle 9 alle 12.30. Tra i farmaci per patologie complesse che le Farmacie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dispensano al cittadino vi sono ad esempio gli interferoni per l'epatite C, la somatropina per il deficit di ormone della crescita, i fattori di coagulazione per pazienti seguiti da centri ematologici, i farmaci antipsicotici atipici per pazienti seguiti da servizi psichiatrici, le gonadotropine per la cura dell'infertilità, i farmaci anti-rigetto per pazienti seguiti da centri trapianti e i farmaci per la malattia da HIV in fase avanzata.

Il paziente che si reca per la visita specialistica in uno dei due ospedali dell'Azienda Ospedaliera può andare, munito dell'apposito modulo, nelle Farmacie dell'ospedale, dove il farmacista consegna la terapia necessaria fino al controllo successivo. Il farmacista, dopo aver controllato la prescrizione, ed eventualmente contattato il medico per chiarimenti, consegna personalmente i medicinali al paziente senza il pagamento del ticket. Il farmacista offre, inoltre, informazioni sul tipo di farmaco e sul suo corretto uso ed è a disposizione per



Giovanna Scroccaro

Dal luglio 2002 vi sono farmaci disponibili al Policlinico e all'Ospedale civile

rispondere ad eventuali quesiti o dubbi del paziente.

Il contenimento della spesa farmaceutica si ottiene in quanto le aziende farmaceutiche forniscono agli ospedali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i medicinali con uno sconto minimo del 40%. Essendo farmaci molto costosi (siamo ad esempio sull'ordine di 8.000 euro per sei mesi di cura con l'interferone per i malati di epatite C), il risparmio è rilevante.

Una analisi effettuata per la provincia di Verona ha calcolato per il 2003 un risparmio netto per il Servizio sanitario nazionale del 41,7% (7,5 milioni di euro).

Per quanto riguarda la distribuzione dei farmaci dopo il ricovero, i pazienti di Verona e provincia che lasciano l'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento e il Policlinico di Borgo Roma, al momento della dimissione possono ricevere direttamente i farmaci prescritti per il primo ciclo di cure. Il paziente, o

una persona delegata, il giorno della dimissione si reca con l'apposito modulo compilato dal medico di reparto, o con la lettera di dimissione, nelle Farmacie dei due ospedali. I farmaci che il paziente può ricevere sono quelli totalmente rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale e usati in ospedale. Non vengono, invece, distribuiti i farmaci il cui costo è attualmente a carico del paziente (Fascia C).

Il vantaggio non è solo di tipo economico, ma ha anche valenza clinica, garantendo l'immediata prosecuzione della terapia dall'ospedale al proprio domicilio. Con questo nuovo sistema, infatti, non è più necessario andare immediatamente dal proprio medico curante per far trascrivere la prescrizione sul ricettario del Ssn e successivamente in farmacia per l'acquisto.

Il paziente dimesso dovrà comunque rivolgersi al proprio medico di famiglia per aggiornarlo sul ricovero e far visionare la lettera di dimissione.

Queste due nuove modalità di dispensazione (post-ricovero e farmaci per patologie complesse) si affiancano alla consolidata distribuzione di quei farmaci che, per motivi di salute pubblica ed economici, non sono reperibili nelle farmacie del territorio e pertanto possono essere dispensati, gratuitamente, solo dagli ospedali. Tra questi vi sono, ad esempio, l'*Imatinib* per la leucemia mieloide cronica, l'*Etanercept* e l'*Infliximab* per l'artrite reumatoide e i farmaci per la sclerosi multipla. Tra gli interventi attuati per il contenimento della spesa farmaceutica, la distribuzione diretta di farmaci si è rivelata un nuovo, utile servizio per il cittadino, senza gravarlo dal punto di vista economico e una nuova opportunità per il Servizio sanitario di effettuare valutazioni sui farmaci prescritti, contribuendo al miglioramento qualitativo dell'assistenza farmaceutica.

* **Dipartimento Farmaceutico**

**Nel 2002 nei Pronto soccorso 5.000 vittime di incidenti
Anziani e bambini i più a rischio**

Prevenzione



OCCHIO ALLA STRADA!

Nel 2002 i Pronto Soccorso dell'Ospedale civile maggiore e del Policlinico hanno accolto oltre 5.000 persone ferite in incidenti stradali. La sicurezza e la vita di bambini e anziani è messa a repentaglio tutti i giorni dai pericoli della strada. Incidenti anche gravi sono in agguato sul percorso casa-scuola o durante la passeggiata quotidiana per le piccole spese. Ogni automobilista deve concentrare la propria attenzione sulla fragilità causata dall'inesperienza dei più piccoli o dall'incertezza connessa all'età avanzata. Rispettare i limiti di velocità è la prima precauzione da adottare. In queste pagine cerchiamo di capire perché con il contributo del Centro studi Città Amica, del Dipartimento di Ingegneria civile dell'Università di Brescia.

I consigli sono tratti dagli atti della Conferenza internazionale "Vivere e camminare in città" a cura di Roberto Busi, Valeria Ventura e Michelle Pezzagno.

ANZIANI PER STRADA

La visione: un anziano può avere difficoltà visive.

La sua vista non è più buona come

un tempo. Spesso porta occhiali inadeguati, adatti alla lettura o comperati per guardare la televisione, ma che non gli consentono una corretta visione della strada.

L'udito: l'anziano è spesso affetto da sordità.

I rumori del traffico gli giungono



attutiti e confusi, può non sentire il rumore di un veicolo in avvicinamento o un clacson che lo richiama.

Distanza, tempi, velocità: molti anziani hanno avuto scarse esperienze di guida.

Hanno vissuto in un'epoca più tranquilla, non si rendono conto delle capacità di accelerazione di una vet-

tura o di una moto; non sono in grado di partire in corsa per evitare un investimento; la durata del verde dei semafori pedonali è troppo breve per chi cammina lentamente.

L'attenzione: spesso l'anziano più di altri ha bisogno di non sprecare risorse, attraversa la strada seguendo il percorso più breve.

Non torna indietro per raggiungere le strisce o il semaforo; non usa i sottopassi.

Il conflitto con la realtà: qualche volta l'anziano vive in conflitto con il mondo di oggi.

Dopo un'attesa fastidiosa può essere più portato di altri a forzare l'attraversamento con traffico sostenuto, perché è stanco di aspettare.

Il colore dei vestiti: gli anziani portano vestiti di colore scuro.

Al crepuscolo si notano meno, spesso chi li investe dichiara di non averli visti.

BAMBINI PER STRADA

La visione: un bambino non vede come un adulto.

Il suo campo visuale è ristretto: vede unicamente davanti a sé, come portasse un paraocchi; per la

sua piccola statura non può vedere al di sopra delle vetture in sosta ed è a sua volta nascosto alla vista degli automobilisti; non vede per contrasto: impiega circa 4 secondi per distinguere se un'automobile è ferma o in movimento; confonde l'altezza e la lunghezza: un'automobile gli sembra più lunga di un camion; confonde il vedere con l'essere visto.

L'udito: *un bambino non sente come noi.*

Non distingue bene la provenienza dei suoni; i rumori della via lo rendono distratto; sente solo i rumori che lo interessano (non i richiami e i comandi, ecc.)

La relazione di causa-effetto: *un bambino non la capisce.*

Perciò non pensa alla distanza di arresto di un veicolo: crede che una vettura si arresti subito, là dove la vede, appena il guidatore appoggia il piede sul freno.

Distanza, tempi velocità: *un bambino non è capace di valutarli.*

La sintesi globale: *un bambino non sa pensare e reagire a più eventi contemporaneamente.*

Gli è difficile osservare contemporaneamente il passaggio dei pedoni, il verde del semaforo, le automobili.

Un bambino cerca innanzitutto di soddisfare i propri bisogni.

Per lui giocare, spostarsi, essere



Bambini e anziani, quando attraversano la strada, rischiano più degli altri

puntuali a scuola o a casa, raggiungere i propri genitori sull'altro lato della strada o prendere la palla sono cose più importanti che tener conto della circolazione; per continuare quello che ha iniziato a fare, un bambino è capace di gettarsi contro una vettura, che ha visto ma che ostacola il suo scopo.

Un bambino non teme la morte.

Per lui la morte è un gioco, spesso

gioca a essere morto e a risvegliarsi. Un bambino non ha paura di morire, ma ha più paura di essere sgridato da un adulto, se costringerà una vettura a frenare.

Un bambino ha spesso l'impressione di essere al sicuro.

Per esempio, pensa che nulla gli può capitare se i suoi genitori o degli adulti sono vicini a lui, se si trova nei pressi della sua casa o della sua scuola.

Le false "immagini" del bambino: *gli oggetti non hanno per lui lo stesso significato che hanno per noi.*

La strada: per lui è un luogo di gioco senza il controllo dei genitori;

l'automobile: confida nell'auto, gli sembra umana (fari = occhi, ecc.); gli attraversamenti cosiddetti protetti, nella sua mente sono luoghi dove nulla di male gli può capitare.

L'istinto di imitazione: *il bambino copia sempre l'adulto.*

Più ancora di un adulto il bambino imita il gruppo: se qualcuno attraversa, anch'egli pensa di passare, senza rendersi conto che in pochi secondi la situazione è cambiata; se si tengono per mano, i bambini si confortano a vicenda nell'idea dell'assenza di pericoli.

Prima dei 10-12 anni un bambino ha molte difficoltà a sbrogliarsi nella circolazione, perché **un bambino non è un adulto in miniatura**. Quindi, è importante che noi automobilisti rispettiamo bambini e anziani e rallentiamo quando li vediamo: fermiamoci 10 metri prima del passaggio pedonale e non superiamo mai un'auto ferma davanti alle strisce.



Cresce il ricorso al "Day Surgery":
dopo l'intervento o la terapia, subito a casa

Chirurgia

27

RICOVERO? NON SERVE

Dai 258 interventi del 1997 è passata ai 660 del 2001, fino ai 668 del 2002: così la II Divisione di Chirurgia generale ha guadagnato il primo posto per mole d'attività fra i Day Surgery dell'Azienda Ospedaliera di Verona.

«L'assistenza sanitaria – spiega il chirurgo Paolo Pietrarota – deve cercare di soddisfare sempre di più tre fondamentali esigenze: il rispetto della persona umana, la qualità delle cure ed un corretto rapporto costo-beneficio. È con questi obiettivi che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria si è impegnata a sviluppare forme assistenziali alternative al ricovero tradizionale».

All'interno di questa tendenza generale, la II Divisione di Chirurgia generale si è particolarmente distinta nel dare respiro al Day Surgery, come sottolineato dalla "Relazione sanitaria 1997-2001", che rileva come il reparto in questione si sia sempre dimostrato attento alle indicazioni aziendali e, nello stesso tempo, alle esigenze dei propri pazienti.

«Il sempre maggior numero di richieste di interventi in Day Surgery e la disponibilità da parte di

I grandi progressi della Chirurgia di giorno

Day Surgery significa letteralmente Chirurgia di giorno. Si tratta della possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche, invasive e semi-invasive, su pazienti che vengono poi dimessi nell'arco della stessa giornata. Tutto questo è reso possibile dalla semplificazione delle tecniche e dall'affinamento delle procedure anestesologiche.

Il progresso della scienza medica, però, non basterebbe da solo a rendere possibile la Day Surgery: «La collaborazione fra medici è fondamentale – precisa il dottor Paolo Pietrarota –. Grazie alla disponibilità degli specialisti dei vari servizi, come Radiologia, Cardiologia ed Anestesia, riusciamo a ad effettuare tutte le procedure preoperatorie velocemente, nel giro di una mattina, e i pazienti possono rincasare, per poi tornare all'ospedale già pronti per l'intervento in Day Surgery».

Ma non è ancora tutto: «Il contatto costante con i medici di famiglia – continua il chirurgo – è un altro elemento basilare. Abbiamo con loro un rapporto telefonico diretto. Un rapporto che sarebbe bene incrementare ulteriormente, in modo da essere sicuri che il paziente operato in Day Surgery sia seguito adeguatamente a casa».

Attualmente, nell'orario d'ambulatorio, i medici di turno sono a disposizione telefonica di tutti i medici di base, per rispondere alle loro domande riguardanti problematiche chirurgiche specialistiche.

Nella II Divisione di Chirurgia Generale operano anche i chirurghi Marco Battistoni, Francesco De Vita, Loris Faccincani, Umberto Geremia, Maurizio Grazia, Primo Turolla e Francesco Turturo.

Nella Day Surgery, che ha una disponibilità di quattro letti al giorno, sono impegnate anche due infermiere professionali ed una segretaria. Nel reparto, con 25 posti letto per la degenza ordinaria, sono presenti una caposala, 14 infermieri professionali, di cui 4 a part time, un operatore sanitario specializzato e 4 ausiliari. Per informazioni è possibile chiamare ai numeri 045 8072174 - 045 8072419 - 045 8073613 fax.



L'equipe della seconda Divisione di Chirurgia generale

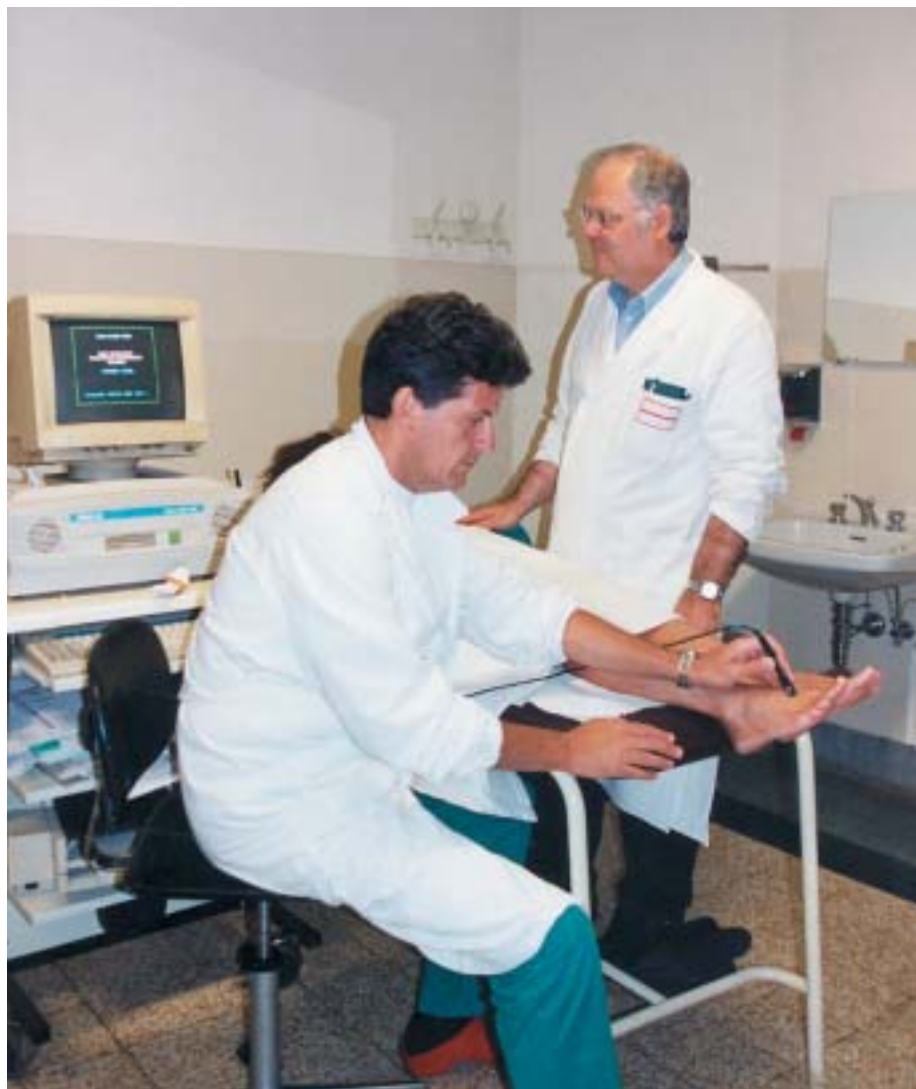
tutto il personale medico, infermieristico ed amministrativo ci hanno spinti a ricercare un'ottimizzazione delle procedure pre, intra e post operatorie», sottolinea Pietrarota.

I risultati sono evidenti: la rapidità delle procedure ed il prolungamento dell'attività ambulatoriale, anche nelle ore pomeridiane, hanno portato ad organizzare i tempi delle liste di attesa, con una risposta a tutte le richieste entro 15 giorni al massimo. «La percentuale di complicanze

estremamente ridotta ed il sempre più diffuso utilizzo dell'anestesia locale – aggiunge il chirurgo – hanno favorito un'estensione degli interventi ad un crescente numero di pazienti». Questo incremento, peraltro, è perfettamente in linea con le direttive della Regione Veneto riguardanti la Chirurgia di un giorno. Le patologie più comunemente trattate sono: ernie della parete addominale, neoformazioni della mammella (fibroadenomi, papillomi, aree di microcalcificazioni sospette...), varici degli arti inferiori, emorroidi e tutte le forme patologiche dell'ano, neoformazioni benigne di cute e sottocute.

Con la collaborazione dell'Unità operativa Qualità & Accreditamento, inoltre, lo staff del dottor Pietrarota è riuscito a migliorare l'efficienza dei vari passaggi diagnostici e terapeutici attraverso uno stretto controllo di tutte le fasi, velocizzando le comunicazioni fra i vari reparti e servizi ed abbattendo i tempi d'attesa. Il personale sanitario del Day Hospital della II Divisione di Chirurgia generale verifica quotidianamente la qualità dei propri servizi, utilizzando degli "indicatori specifici" che permettono di misurare obiettivamente i risultati di ciascun passaggio.

Così, nel 2002, la Divisione ha ottenuto la certificazione Uni En Iso



Medici al lavoro nella seconda divisione di Chirurgia generale

9001: 2000, che attesta l'elevata qualità dei processi diagnostico-terapeutici erogati dalla Day Surgery.

«È un riconoscimento che ci rende

orgogliosi – dichiara il dottor Pietrarota – e che ci sprona ad impegnarci ancora di più».

Anna Laura Folena

Visita natalizia dell'attore Roberto Puliero al reparto Oncologia dell'Ocm



Le feste natalizie sono ogni anno l'occasione per aprire le porte dell'ospedale a chi desidera portare ai pazienti il segno della condivisione e dell'affetto.

Per il Natale 2003 non è voluto mancare all'appuntamento l'attore Roberto Puliero. Fra una replica e l'altra del "Sior Toderò brontolon", l'ultimo grande successo de "La Barcaccia" al teatro Nuovo di San Michele, Puliero ha fatto visita ai degenti di Oncologia dell'Ocm.

Un'ora di poesie in vernacolo, personaggi di grande simpatia e di dialogo con un pubblico entusiasta per la sorpresa, ha trasformato la saletta d'attesa in vero foyer teatrale. Applausi e buonumore sono stati per tutti un'insolita, ma efficace terapia.

Nessun'altra città vanta una percentuale così alta di interventi su donne operate al seno

Chirurgia

Ricostruzione della mammella Verona leader nazionale

Un primato di cui Verona può andare fiera: nessun'altra città vanta una percentuale più alta fra donne operate al seno alle quali viene ricostruita la mammella. «Siamo prossimi al 100% delle pazienti che richiedono la ricostruzione. Solo in pochi casi non è possibile procedere», dichiara il dottor Gino Rigotti, direttore della II Divisione di Chirurgia plastica.

Ed ora il reparto è diventato, su delibera della Regione Veneto, Centro di aggiornamento permanente per la ricostruzione mammaria.

Cosa significa dottor Rigotti?

«Vuol dire che siamo a disposizione di tutti quei chirurghi che si dedicano alla ricostruzione del seno e che desiderano approfondire la loro preparazione, lavorando per un po' al nostro fianco. Così la struttura è stimolata ad essere costantemente all'avanguardia. E questo, alla fine, va a beneficio delle pazienti che vengono curate da noi».

Quand'è cominciata questa "specializzazione" del suo reparto nella ricostruzione mammaria?

«Già una quindicina d'anni fa iniziai ad occuparmene con particolare cura. Fui, infatti, chiamato dall'Istituto Tumori di Veronesi a Milano, dove operai per cinque anni, con una tecnica di avanguardia, che prevede, per la ricostruzione, la trasposizione di cute e muscoli addominali utilizzando la microchirurgia. Dodici anni fa, poi, partì una stretta collaborazione con alcune chirurgie generali della città, perché la ricostruzione deve cominciare già durante l'intervento di asportazione del tumore».

In che modo?

«Prima di ricucire deve essere impiantato sotto la pelle della paziente un espansore».

Di cosa si tratta?

«È una specie di "palloncino", che si



Il dottor Gino Rigotti, direttore della II divisione Chirurgia plastica

gonfierà poi progressivamente, inserendo al suo interno soluzione fisiologica, cioè acqua e sali, un po' alla volta, per far espandere la pelle, farne crescere la superficie, in modo che riesca a contenere in un secondo momento la protesi mammaria definitiva».

Così voi lavorate fianco a fianco con i colleghi che effettuano la mastectomia?

«Certo. Ritengo che unendo le forze si ottengano i risultati migliori. La ricostruzione è importantissima per le pazienti, soprattutto sotto il profilo psicologico».

L'esperienza ha valicato presto i confini di Verona...

«Sì, già nella prima metà degli anni '90 assunse respiro regionale. In altre città del Veneto molti reparti di Chirurgia eseguivano mastectomie, ma non erano in grado di ricostruire. Allora la Regione Veneto finanziò il "Progetto sperimentale di collaborazione interdisciplinare telematica per la ricostruzione mammaria". Le Divisioni di Chirurgia generale di

Schio, Rovigo, Mestre, Conegliano e Belluno erano collegate telematicamente con il reparto di cui ero primario dal 1991. Immagini e dati venivano trasmesse in tempo reale e la mia équipe poteva guidare i colleghi dall'altra parte del computer».

Quest'esperienza per quanto è proseguita?

«Per cinque o sei anni, finché i vari ospedali ai quali avevamo offerto la nostra consulenza non si dotarono di un proprio chirurgo plastico. Nel frattempo, con la mia équipe elaboravo tecniche, metodiche ed apparecchiature nuove, tutte nostre».

Per esempio?

«Un modello di espansore attualmente adottato in tutto il mondo è nato proprio qui».

Quante ricostruzioni avete effettuato finora?

«Molte. Dal 1992 ad oggi abbiamo seguito 1.571 pazienti per la ricostruzione del seno. Si tratta di una delle casistiche nazionali più importanti. Ora abbiamo anche un archivio elettronico che ci permette di seguire meglio tutte le donne operate, per il controllo delle protesi. Bisogna ringraziare tutti i miei collaboratori, e in particolare la dottoressa Alessandra Marchi, che oltre alla attività chirurgica che molto ci occupa, segue gli aspetti organizzativi e di controllo delle pazienti. E vorrei sottolineare anche il valore della nostra esperienza sotto il profilo formativo: nella Divisione, accanto ai chirurghi strutturati, operano anche sei specializzandi».

Casistica importante e anche ben seguita dunque...

«Un altro motivo d'orgoglio per il reparto».

Anna Laura Folena

Cos'è il tumore alla mammella?

Il tumore alla mammella è un tumore molto frequente nelle donne, dovuto alla presenza di cellule tumorali all'interno della ghiandola mammaria.

Negli ultimi decenni sono stati fatti progressi molto importanti sia nel campo della diagnosi che del trattamento e, come risultato di tutto ciò, la possibilità di guarire è oggi molto elevata e nella maggior parte dei casi si può eseguire un intervento che consente la conservazione del seno.

Per raggiungere questi risultati la donna deve percorrere un iter che la porterà a contatto con molti specialisti diversi, che vanno dal radiologo al chirurgo generale e ricostruttore, al patologo, al radioterapista, all'oncologo, al ginecologo, al fisiatra e allo psicologo.

In base a che cosa viene deciso quale intervento fare?

Presupposto indispensabile per una corretta scelta terapeutica è una diagnosi che sia più completa possibile.

Gli esami radiologici (mammografia, ecografia, talora risonanza magnetica), l'esame citologico e, se necessario il ricorso a "biopsie minime" (con ago grosso, oppure mammotome) o, quando questi non siano conclusivi, ad una biopsia chirurgica, devono fornire le notizie fondamentali sulla lesione mammaria e cioè:

- la natura, ovvero di che tipo di lesione si tratti (più semplicemente se sia un tumore maligno o benigno) e, nel caso di tumore maligno, più informazioni possibili sulle sue caratteristiche
- le dimensioni, cioè l'estensione della lesione, compresi i rapporti con la cute e il piano muscolare sottostante; inoltre se essa sia unica o ne esista più di una (tumore multicentrico)
- la sede, se cioè sia situata nei settori più periferici della ghiandola mammaria o centralmente (retroareolare). Nel caso di positività per tumore maligno, scatuisce la necessità di asportarlo chirurgica-

mente; le dimensioni e la sede danno al chirurgo i criteri per decidere quale intervento si debba proporre. Al di là dell'aspetto tecnico, il criterio, tuttavia, non può prescindere dalle caratteristiche della singola donna considerando le dimensioni della mammella, l'età, le condizioni generali, la concomitanza con altre malattie e le personali preferenze della donna, maturate in seguito ad un'adeguata informazione e ad esaurienti risposte ad interrogativi e dubbi, anche sul "dopo" rispetto all'atto chirurgico (conseguenze, possibili complicanze e terapie successive).

In quali casi può essere eseguito un intervento con conservazione del seno?

Può essere eseguito un intervento conservativo, cioè non è necessaria l'asportazione dell'intera ghiandola mammaria (mastectomia), nei tumori piccoli, non infiammatori e non multicentrici, che preferibilmente siano situati nei settori periferici della ghiandola. La scelta conservativa deve comunque obbedire ad alcuni criteri:

- i margini su cui cade la sezione chirurgica devono essere liberi da malattia
- all'intervento chirurgico, una volta

Intervento al seno, 7 risposte essenziali



Cagnaccio di San Pietro, *Donna allo Specchio* (1927).

consolidata la cicatrice, deve seguire la radioterapia sulla porzione di ghiandola non asportata - il risultato estetico deve corrispondere alle aspettative, quindi bisogna anche valutare il rapporto tra le dimensioni del tumore e quelle della mammella.

Per quanto detto sopra può succedere in alcuni casi che, una volta in possesso dell'esame istologico, risulti che l'intervento chirurgico eseguito non sia sufficiente e che quindi si debba procedere ad un'ulteriore operazione di allargamento o alla mastectomia.

Esistono varie metodiche per ricostruire la mammella?

Quali sono i criteri di scelta?

Bisogna innanzitutto distinguere tra ricostruzione immediata e ricostruzione differita.

La ricostruzione immediata viene iniziata contemporaneamente alla mastectomia, la differita in un secondo tempo.

In ambedue i casi, comunque, la scelta della metodica chirurgica è condizionata essenzialmente dal tipo di intervento demolitivo che è stato necessario fare e dalla tipologia della mammella da ricostruire.

Al giorno d'oggi, grazie ad una più diffusa prevenzione, sempre più raramente le donne vengono sottoposte ad ampie mastectomie con asportazione dei muscoli pettorali. Il maggior risparmio di cute e la conservazione delle strutture muscolari consente la ricostruzione mediante espansore cutaneo seguito da protesi definitiva.

Questa metodica, di prima scelta in gran parte delle ricostruzioni immediate, consta di due tempi chirurgici distinti; la mastectomia con inserimento al di sotto del muscolo gran pettorale di un espansore cutaneo (una specie di palloncino) che, nei mesi successivi, sarà lentamente riempito di soluzione sterile per ripristinare il volume mammario perduto con l'intervento demolitivo.

Ci sono facilitazioni economiche per l'esecuzione degli esami di controllo?

Sì, le donne operate al seno hanno

Anche la squadra del Chievo ha fatto tappa all'Ospedale per la festa di Santa Lucia



Sport e salute sono un binomio inscindibile. Lo hanno dimostrato i giocatori del Chievo

Verona che per Santa Lucia hanno fatto una bellissima sorpresa ai bambini ricoverati nei reparti di Pediatria dell'Ocm e del Policlinico. Sono scesi in campo in due formazioni speciali, portando ai bimbi doni e tanta allegria.

La visita ha fatto risplendere il sorriso dei piccoli ospiti e ha regalato ai giocatori un'emozione difficile da scordare. La squadra è di casa all'Ocm dove viene sottoposta a tutti i controlli medici necessari, ma questa volta si è trattato di una visita davvero speciale.

diritto all'esenzione totale e permanente dal ticket per tutti gli accertamenti e le visite correlate con la neoplasia mammaria. È sufficiente portare al proprio distretto il modulo apposito compilato dallo specialista (chirurgo o oncologo).

Nel caso di mastectomia senza ricostruzione è possibile avere la protesi esterna senza pagarla?

Sì, le donne che hanno bisogno di una protesi esterna possono averla e la spesa è a carico del Servizio sanitario nazionale. È necessario farsi compilare il modulo apposito dallo specialista che ha in cura la donna e poi seguire la procedura che verrà indicata. La protesi può essere cambiata ogni 3 anni, se usurata.

È o non è opportuno dire a familiari, colleghi ed amici di avere un tumore mammario?

È importante avere qualcuno di significativo con cui condividere tale

esperienza; meglio se c'è un rapporto intimo e familiare, perché la consapevolezza di avere un tumore evoca all'inizio angosciosi vissuti di perdita. Dietro alla difficoltà di dirlo persino alle persone care, si nasconde spesso la paura della donna di sentirsi diversa, cambiata e di ricevere dagli altri un rimando amplificato di questa diversità. Di solito, invece, i fatti smentiscono questa previsione, poiché il poter condividere dà effettivamente un senso di benessere. È necessario tenere conto di quello che gli altri possono mettere a disposizione, cioè di quello che sono in grado di offrire per aiutarci.

Tratto da: "Il tumore al seno: informazioni utili alle donne", a cura dei medici del Gruppo Cooperativo sul tumore mammario.

L'opuscolo può essere richiesto alla dott.ssa Anna Maria Molino Oncologia Ocm - tel. 045 8073067

SALVARE LA FACCIA



Mangiare una pizza. Addentare a piena bocca un panino o una mela. Sono movimenti che diamo per scontati ma per chi ha malformazioni scheletriche facciali, che coinvolgono l'apparato preposto alla masticazione, possono essere una conquista.

Il problema, che nel linguaggio medico prende il nome di "micosomia emifacciale", interessa una metà del volto che sin dallo sviluppo all'interno del grembo materno e, dopo la nascita, durante la crescita, non si sviluppa come e insieme all'altra.

Le persone che ne sono affette nei casi più gravi presentano notevoli difficoltà di masticazione, non riescono a mangiare tutto, per anni hanno una dieta basata su cibi molli e liquidi.

Ma a parte il disagio alimentare c'è un disagio ben più profondo: quello di non sentirsi accettati, essere presi in giro. E si comincia dalla scuola perché le guance non sono uguali, perché l'orecchio è piccolo e storto, per questo viso deformato che nelle ragazze in età adolescenziale pesa come un macigno, perché le persone te lo fanno notare che sei diverso, mentre prima non ci facevi nep-



Pier Francesco Nocini dirige la clinica di chirurgia maxillo-facciale del Policlinico di Borgo Roma

pure caso. E se non si corre ai ripari il disagio può pesare per tutta la vita, modificando anche l'approccio nelle relazioni. Ma i genitori oggi hanno un'arma in più per risolvere i problemi dei propri figli e migliorare in modo significativo la loro qualità di vita.

Da soli 10 anni per le malformazioni facciali c'è una metodica assolutamente innovativa, merito di una tecnica che si chiama **"distrazione osteogenetica"**.

La clinica di Chirurgia maxillo-facciale nel Policlinico "G.B. Rossi" di Verona, diretta dal professor Pier Francesco Nocini, è un prestigioso

centro di riferimento nazionale, riconosciuto a livello europeo che applica la distrazione osteogenetica a pazienti che vengono da tutta Italia (si eseguono circa 10 interventi di distrazione osteogenetica l'anno, con una percentuale di pazienti extra-regionale del 30-40%). Per la maggior parte sono ragazzi di 18, 20 anni che hanno alle spalle una lunga e sofferta storia, fatta di consulenze, chilometri spesi in viaggi della speranza da un ospedale all'altro, senza risolvere il problema.

La malformazione scheletrica

Avere la micosomia emifacciale significa avere problemi di iposviluppo delle ossa di un lato del distretto maxillo-facciale e dei tessuti molli che la rivestono (cioè cute e muscoli). Iposviluppo che nella parte del viso malformato coinvolge anche l'orecchio: per questo motivo si devono ricostruire sia il tessuto osseo che il tessuto molle.

Esistono diversi gradi di malformazione, da lieve a grave: le più gravi si manifestano con una severa deformazione di metà mandibola, del mento, dell'arco dello zigomo, dell'orecchio, spesso malformato e malposizionato. Ma i problemi investono anche la dentatura della mandibola: l'arcata inferiore non combacia con la superiore durante la masticazione e ciò si traduce in una limitazione notevole del tipo di cibo che può assumere il paziente.

La tecnica

In realtà la tecnica di distrazione osteogenetica era usata sin dagli anni '60, trovando grande applicazione nella chirurgia ortopedica.

Prima della distrazione osteogenetica si eseguivano interventi in cui l'osso malformato veniva allungato mediante l'interposizione di segmenti ossei. In pratica si prelevavano da altre zone corporee tasselli di osso che si inserivano nella parte in

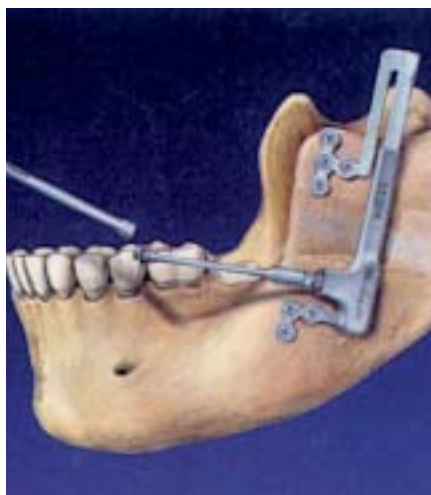
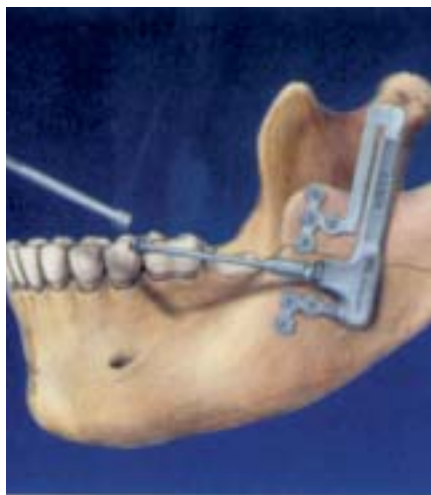
C hirurgia

cui l'osso si presentava poco sviluppato in modo da allungarlo. La nuova tecnica utilizzata dal professor Nocini e dalla sua équipe, invece, permette la crescita di nuovo osso, ovviamente dove manca, grazie all'impiego del **"distrattore osteogenetico"**, un particolare strumento chirurgico simile ad una vite di allungamento, costruita in titanio. La tecnica chirurgica viene eseguita praticando incisioni all'interno della bocca: si esegue una frattura del segmento osseo da allungare e poi si posiziona il distrattore a ridosso della frattura. Dopo una settimana di attesa, (necessaria per consentire la formazione del callo osseo all'interno della frattura), il medico o il paziente con un piccolo cacciavite attivano il distrattore dall'interno della bocca. L'attivazione del distrattore determina l'allargamento graduale della frattura creata e lo stiramento del callo osseo che si è formato: circa 1 millimetro al giorno da ripetersi fino a quando non si è raggiunto l'allungamento desiderato. La distrazione ossea si riflette anche a livello dei tessuti circostanti, consentendo un "allungamento progressivo" anche della cute, muscoli, vasi e strutture nervose limitrofe.

Completata questa "fase dinamica", si deve attendere un periodo di circa 2-4 mesi per consentire l'adeguata maturazione dell'osso neoformato e poi procedere alla rimozione del distrattore.

Il distrattore, posto all'interno della bocca, è poco visibile. Ciò consente alle persone di continuare la propria attività, a scuola o in ufficio. L'impatto sulla vita sociale durante il trattamento in chi usa il distrattore è quindi estremamente ridotto e il paziente non accusa dolore.

Concluso l'intervento vero e proprio sull'osso, atteso un adeguato periodo di tempo per stabilizzare il risultato ottenuto, inizia la fase di riassetto dei tessuti che lo rivestono: a questo punto il paziente viene sottoposto ad ulteriori interventi per ridefinire i tessuti molli iposviluppati mediante la tecnica del "lipofil-



Attivazione del distrattore in caso di osteogenetica del ramo mandibolare. Questa tipologia di distrazione è particolarmente indicata nella malformazione della mandibola in cui uno dei due rami risulta più sviluppato del controlaterale

ling", cioè prelevando del grasso dall'interno coscia e inserendolo nella zona cutanea iposviluppata (solitamente labbro e guancia).

Intervenire in giovane età...

Il bambino presenta malformazioni

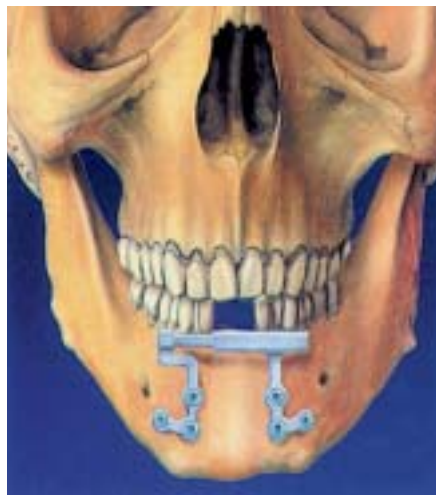
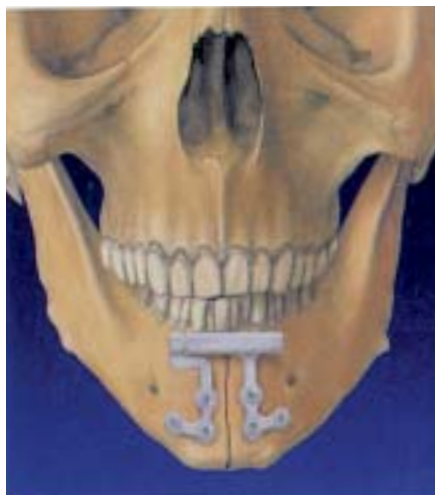
evidenti in tenera età. Poi, col passare del tempo, esse diventano sempre più marcate: una parte cresce normalmente, l'altra no. Una mandibola che cresce male influenza anche la crescita dell'osso della mascella e tutte le parti del viso circostanti, persino l'orecchio e la zona intorno all'occhio. Poter risolvere o attenuare in maniera significativa il grado di malformazioni in età precoce vuol dire consentire a tutta la struttura maxillo facciale di avere uno sviluppo più armonico.

Mentre in passato si era costretti ad attendere un'età più avanzata e gli interventi risolutivi si potevano eseguire solo a fine crescita, oggi c'è la possibilità di "intercettare" la malformazione scheletrica facciale sin dalle sue prime manifestazioni, evitando che si sviluppi nella sua completezza. I giovani pazienti poi dimostrano di sopportare bene l'iter riabilitativo della distrazione osteogenetica: il trattamento ospedaliero dura pochi giorni, il periodo post operatorio non è particolarmente doloroso. E dopo una settimana si può ritornare sui banchi di scuola.

... o nei primi mesi di vita in casi gravissimi

Si può procedere all'intervento di distrazione osteogenetica sin nei primi mesi di vita se il neonato a causa della malformazione non riesce a respirare.

In questi casi la mandibola ha un grado di malformazione così elevato che il bimbo a causa della lingua che occupa gran parte dello spazio anatomico, destinato alle vie aeree superiori, non riesce a respirare. Grazie all'allungamento della mandibola si ottiene il riposizionamento corretto della lingua che libera le vie aeree e permette al bambino di respirare autonomamente, senza ricorrere alla tracheotomia (piccolo foro sotto la trachea). In ogni caso i criteri di valutazione per l'intervento di distrazione sono quattro e vengono sempre considerati dagli specialisti: il grado di malformità della mandibola, il grado di malocclusione dentaria (con i conseguenti pro-



Distrazione osteogenetica trasversa della sinfisi mandibolare. Questa metodica viene applicata in casi di affollamento grave. La creazione di nuovo osso in questa sede consente di risolvere l'affollamento dentario evitando l'estrazione di denti permanenti.

blemi masticatori), il grado di compromissione dei tessuti molli e l'impatto psicologico che la malformazione ha sul bambino.

L'impatto psicologico

C'è un'esigenza di riuscire a sentirsi più accettati, anche ad otto anni.

Il primo impatto è con la scuola: i bambini, con la loro tremenda "sincerità" mettono subito a fuoco ciò che non rientra nella norma e non risparmiano commenti.

Le mamme riferiscono ai medici che dopo i primi sei mesi di scuola o dopo il primo anno i loro figli vanno in crisi, perché qualcuno li fa sentire diversi.

Ci sono ragazzi, invece, che hanno alle spalle anni di trattamenti ortodontici e sono molto motivati: hanno bisogno di migliorare la loro condizione estetica, sono persone che hanno imparato a valutare le cose importanti, non c'è il desiderio estetico del ragazzo che fa un trattamento cosmetico per puro piacere. La motivazione è così forte che dopo il trattamento alcuni conseguono risultati migliori anche a scuola. Il primo morso ad un panino, una foto che finalmente rende giustizia ai veri tratti del proprio volto è un premio che ripaga non solo il paziente, giunto alla fine del percorso terapeutico, ma il medico stesso. Questi ragazzi, per una parentesi di tempo della loro vita,

fanno della clinica la loro seconda casa: l'obiettivo dell'intera équipe non è solo il successo chirurgico ma anche riuscire a far vivere in modo sereno l'iter riabilitativo, la cui conclusione per alcuni giovani è tanto attesa e desiderata.

La metodica in altri campi

Attualmente la distrazione osteogenetica viene applicata in diversi settori della chirurgia maxillo-facciale. Una delle applicazioni più recenti di questa tecnica è negli affollamenti dentari: lo spazio che i denti richiedono per essere posizionati sull'arcata non è sufficiente per lo spazio dato dalla mandibola. Risultato: i denti sono tutti attaccati uno all'altro o sono sovrapposti. Con la distrazione osteogenetica si evita la classica estrazione dei denti in esubero.

In questo caso si esegue una frattura chirurgica della mandibola a livello del mento, si crea con un apposito distrattore dello spazio osseo in più e ciò consente di riallineare i denti su uno spazio mandibolare maggiore senza procedere ad estrazioni.

La distrazione osteogenetica è applicabile anche a quelli che vengono definiti "difetti acquisiti".

In particolare, il professor Nocini e la sua équipe, in collaborazione con una ditta tedesca, hanno sviluppato un distrattore apposito per intervenire sulle "perdite di sostanza ossea

verticali della mandibola". È praticata su pazienti che a causa di incidenti stradali, sportivi o domestici, hanno riportato un forte trauma alla mandibola con perdita di denti e di sostanza ossea.

L'apposito distrattore trova largo impiego anche nei difetti ossei creati dopo l'asportazione chirurgica di masse tumorali dalla mandibola e nella riabilitazione delle atrofie mandibolari (su pazienti, ad esempio, che hanno perso tutti i denti e che non possono ricorrere a protesi fisse).

A qualsiasi età se l'osso è vivo

La distrazione osteogenetica è stata praticata anche su pazienti cinquantenni: il fattore determinante è che la mandibola abbia un'attività osteogenetica buona, l'osso cioè risulti ancora sufficientemente vitale.

Il futuro

L'avvento della distrazione osteogenetica e il suo sviluppo in Chirurgia maxillo-facciale, hanno già aperto la strada alle tecniche del futuro. Grazie alla "bioingegneria tissutale", infatti, è già possibile procedere, in casi molto selezionati, alla rigenerazione in laboratorio di matrice ossea, da reinnestare in sede del difetto osseo, ottenuta mediante minimi prelievi tissutali eseguiti sul paziente stesso.

Rosanna Piasenti

Eccezionale intervento su un dodicenne colpito da un tumore che gli aveva deturpato il volto

C **hirurgia**

Diciotto ore in sala operatoria per ridare una vita a Simone

Il suo caso rimarrà negli annali della Chirurgia maxillo-facciale, portato ad esempio nelle lezioni accademiche. Ma a Simone (si tratta di un nome di fantasia), un bambino lombardo di soli dodici anni, poco importa. Per lui e la sua famiglia l'intervento è stato "solo" la fine di un incubo. La liberazione da un nemico che gli deturpava il volto e che metteva in pericolo la sua vita. Ora Simone sta bene.

Il calvario del piccolo Simone è iniziato nel settembre del 2000, in uno studio dentistico: il rigonfiamento alla parte destra del volto aveva tutto l'aspetto di un banale ascesso. Ma sono bastati pochi esami per capovolgere la sentenza: amenoblastoma, una rara patologia tumorale maligna ad alta recidività. Il che significa che era necessario operare, ma che con ogni probabilità la neoplasia si sarebbe nuovamente presentata. Ed è stato così. Il primo intervento è avvenuto nel dicembre dello stesso anno, il secondo nel 2001. «Sono state operazioni dolorose - raccontano i genitori - ogni volta il bambino perdeva un paio di denti. Quando veniva a casa dall'ospedale doveva evitare qualsiasi trauma. Quindi non poteva giocare a calcio, gli era proibito salire su qualsiasi giostra, persino fare ginnastica. Non momentaneamente, ma per sempre, in quanto il male aveva intaccato l'osso della mandibola, rendendolo sempre più sottile. Una vera sofferenza per un bambino. E poi - sottolineano - vivevamo nell'incertezza: nessuno poteva dirci se il tumore era definitivamente debellato». Infatti è stata necessaria una terza operazione, nel gennaio del 2002. Questa volta la mandibola era così compromessa, che i chirurghi decisero di inserire una placca metallica. «La situazione si è presentata subito grave - continuano i genitori - la tumefazione del volto, invece di diminuire, con il passare dei giorni continuava ad aumentare. Un chiaro segnale che la massa cresceva. Un medico dell'ospedale, ci mise subito in contatto con la clinica Odontoiatrica e di Chirurgia maxillo-facciale di Verona, che già aveva trattato casi simili anche se non su pazienti così giovani». Il primario Pier Francesco Nocini fu subito molto esplicito. «Ci disse che se non fossero intervenuti Simone non ce l'avrebbe fatta - racconta il papà - ma l'intervento era delicatissimo. Il tumore aveva intaccato grossi vasi vitali e nervi fondamentali non solo per la mimica del volto, ma anche per la deglutizione. Inoltre c'era la possibilità che si fosse esteso anche alla calotta cranica.

Non avevamo molte scelte. Ma abbiamo deciso con fiducia, grazie alla professionalità e all'umanità dei medici, che ci hanno trasmesso serenità pur non nascondendoci mai nulla. Nemmeno a mio figlio, anche se con le debite precauzioni». Dopo un mese di preparazione, il 7 ottobre Simone è entrato in sala operatoria. Diciotto ore d'intervento. «Un limbo di emozioni. Ci confortava il fatto che ogni arco di tempo usciva un infermiere ad assicurarci che tutto stava procedendo bene. Dopo otto ore è uscito anche il professor Nocini, informandoci che la parte più gravosa dell'intervento era terminata. E iniziava la ricostruzione della mandibola con l'osso prelevato dalla gamba», aggiunge la mamma che conclude. «Sono stata lontana da mio figlio solo durante l'operazione e la terapia intensiva. Per il resto dei 39 giorni di degenza mi hanno permesso di stare sempre accanto a lui. Come sono sempre stati vicini a noi i medici e gli infermieri del reparto. Non c'era medico che quando passava in corridoio non mettesse la testa dentro e alcuni si fermavano a giocare pochi minuti con la play station di mio figlio. Lo avevano promesso: sarai la nostra mascotte, e così è stato. Anche questo ha aiutato mio figlio a combattere e a tornare il bambino di prima».

Quattro team specialistici si sono alternati per 18 ore il 7 ottobre 2003 al Policlinico dell'Azienda Ospedaliera di Verona per l'eccezionale intervento di Chirurgia maxillo-facciale, il primo del genere in Italia che ha salvato la vita a Simone. Il bambino è stato affidato all'équipe del professor Pierfrancesco Nocini che vanta una notevole esperienza chirurgica nella correzione dei dismorfismi cranio facciali ed in particolare nelle ricostruzioni microchirurgiche del distretto testa e collo.

In particolare, prima esperienza a livello internazionale con corrispettive pubblicazioni scientifiche, il professor Nocini ha definito due nuove differenti metodiche ricostruttive, utilizzando il lembo di tessuto osteomuscolare di fibula rivascularizzato prelevato da una gamba del paziente. Dal 1989 al 2003 sono già stati 91 gli interventi chirurgici per ricostruzioni del distretto maxillo-facciale con utilizzo dei lembi rivascularizzati. Il caso di Simone ha presentato caratteristiche di eccezionalità per la sua giovanissima età, la gravità e la vastità della massa tumorale da asportare, la tipologia ricostruttiva adottata.

L'intervento è stato eseguito dal professor Nocini con i chirurghi Luigi Chiarini e Andrea Fior, in collaborazione con un team microvascolare (dottori Ruggero Testoni e Stefano Valsecchi), neurochirurgo (dottor Franco Chioffi) e anestesiology (professor Gabriele Finco e dottori Vittorio Rigo e Leonardo Gottin).

Elena Zuppini

A fianco, le équipe che hanno eseguito l'intervento



SANGUE CONTROLLATO

All'Ospedale civile maggiore, nella palazzina servizi opera il Laboratorio di Analisi chimico-cliniche ed ematologiche. Si tratta di uno dei laboratori di maggiore tradizione dell'intero panorama regionale, operativo sin dal 1938. La struttura, diretta dal dottor Paolo Rizzotti, è dotata di tecnologie avanzate e di personale medico, biologo, tecnico, infermieristico, ausiliario ed amministrativo di elevata qualificazione professionale come testimoniato dal conseguimento dell'Accreditamento di Eccellenza rilasciato dall'organismo internazionale Clinical Pathology Accreditation e dalla Certificazione ISO 9001-2000. La struttura esegue oltre 3.800.000 esami all'anno, articolati in più di 250 diverse tipologie sia per i pazienti ricoverati sia per quelli ambulatoriali. Uno dei campi di attività significativo è costituito dal Centro per la Sorveglianza della terapia anticoagulante.

LA COAGULAZIONE DEL SANGUE

La "coagulazione" del sangue è quel fenomeno per cui il sangue da liquido diventa solido. Questo fenomeno si basa sulla trasformazione di particolari "fattori" che normalmente sono presenti nel sangue in forma inattiva, e vengono attivati quando il sangue esce dalle vene o dalle arterie e viene a contatto con superfici o sostanze estranee alle pareti dei vasi sanguigni. È di un meccanismo utilissimo quando si tratta di far cessare una emorragia, per esempio, da una ferita, ma può diventare pericoloso

quando avviene all'interno dei vasi sanguigni: si parla allora di "trombosi". La trombosi può essere talmente estesa da ostruire il vaso stesso, ed il coagulo che si è formato può essere friabile e lasciar partire dei frammenti in circolo (si parla allora di "embolia"). In alcune situazioni, come, ad esempio, in caso di recente trombosi, embolia polmonare, fibrillazione atriale, interventi chirurgici di valvuloplastica e di impianto di protesi valvolari cardiache, difetti congeniti o acquisiti di fattori protettivi, vi è una aumentata tendenza del sangue a coagulare: in questi casi è opportuna una terapia "anticoagulante". Tali patologie sono sempre più diffuse nella nostra popolazione, nella quale si calcola che circa l'1% faccia uso di terapia anticoagulante.

LA TERAPIA ANTICOAGULANTE. I farmaci anticoagulanti possono agire direttamente sui fattori della coagulazione inattivandoli (questi farmaci sono della famiglia delle eparine e si usano per iniezione sottocutanea o endovenosa), oppure indirettamente impedendo al fegato di usare la vitamina K che è necessaria per produrre alcuni fattori della coagulazione (questi farmaci si possono assumere sotto forma di compresse e sono gli anticoagulanti orali). Per terapie che durano mesi o anni o tutta la vita, ovviamente, si preferiscono gli anticoagulanti orali. La risposta dell'organismo a questi farmaci è diversa da persona a persona, e anche nello stesso paziente può cambiare con il passare del tempo, in quanto vi sono numerose interferenze sia dalla dieta (contenuto di vitamina K) sia da altri farmaci o malattie intercorrenti.

ESAME DEL SANGUE E TEMPO DI PROTROMBINA

Data la variabilità dell'effetto del farmaco, è opportuno che il paziente si sottoponga periodicamente ad un esame del sangue per verificare il livello di anticoagulazione: questo esame si chiama "tempo di protrombina" (sigla "PT" dall'inglese "prothrombin time") e misura il tempo impiegato dal sangue per coagulare. Per ogni malattia da trattare sono stati internazionalmente definiti i livelli di anticoagulazione ideali ai quali si ha il massimo beneficio antitrombotico.



T erapie



Il dottor Paolo Rizzotti, nel Laboratorio di chimica e di ematologia, di cui è direttore. Nell'altra pagina, in basso, Rizzotti con il dottor Roberto Facchinetti

co con il minimo rischio emorragico. È quindi in base al risultato del PT che va di volta in volta decisa la dose di anticoagulante da assumere.

IL CENTRO DI SORVEGLIANZA DELLA TERAPIA

Circa 40 pazienti al giorno si presentano all'Ambulatorio prelievi esterni con la necessità di sottoporsi al test PT per terapia anticoagulante. Essi hanno anche la necessità di conoscere in tempo breve il risultato per decidere già la dose del farmaco della sera stessa. Per soddisfare questo tipo di richiesta è nato nel 1998 nel Laboratorio Analisi un "Centro di sorveglianza dei pazienti anticoagulati" che si è federato con la Federazione italiana dei Centri di sorveglianza degli anticoagulati. La Federazione conta più di 200 Centri in Italia. Gli scopi del centro sono: 1) fornire a tutti i pazienti una adeguata assistenza nel monitoraggio della terapia e nella gestione dei problemi clinici correlati; 2) promuovere nei pazienti la conoscenza degli obiettivi e delle corrette modalità della terapia anticoagulante orale al fine di migliorarne l'adesione alla terapia stessa; 3) semplificare le procedure di gestione della terapia conglobando la fase analitica (determinazione del Tempo di Protrombina) e la fase

clinica (prescrizione della terapia anticoagulante) in un unico atto medico; 4) mantenere contatti e fornire consulenza ai medici a vario titolo coinvolti nella gestione del paziente; 5) migliorare le conoscenze scientifiche degli operatori.

I pazienti accedono all'ambulatorio prelievi con corsia preferenziale ed

Pazienti anticoagulati, c'è la sezione veronese

Recentemente i pazienti del Centro di sorveglianza dell'Ospedale maggiore, insieme a quelli afferenti al Laboratorio del Policlinico dove esiste un Centro di sorveglianza del tutto simile, hanno fondato una Sezione veronese della Associazione italiana pazienti anticoagulati (Aipa). Obiettivo, incrementare le ricerche scientifiche sull'anticoagulazione in genere e migliorare i servizi e l'assistenza socio-sanitaria in favore dei pazienti anticoagulati e delle loro famiglie con iniziative, manifestazioni, pubblicazioni, attività formative, favorendo l'incremento delle ricerche sulla patologia e la collaborazione fra i comitati scientifici delle varie associazioni.

i campioni di sangue vengono immediatamente analizzati. I risultati vengono valutati da un medico del centro che prescrive il dosaggio più idoneo per ogni singolo paziente. Lo schema terapeutico viene consegnato al paziente entro un'ora dal prelievo di sangue. Sono in corso, per un gruppo selezionato di pazienti, sperimentazioni su metodiche alternative di prescrizione quali ad esempio fax, e-mail, messaggio Sms, ecc. Il Centro finora ha prescritto più di ventimila terapie ed attualmente sta seguendo più di 400 pazienti. I risultati ottenuti sono molto buoni in termini di permanenza dei pazienti all'interno dei limiti di anticoagulazione desiderati: si riesce così a ridurre l'insorgenza di complicazioni trombotiche o emorragiche altamente invalidanti o addirittura mortali e comunque caratterizzate da pesanti costi umani, sanitari, sociali ed economici. I pazienti hanno apprezzato il servizio, che consente loro di avere nello stesso momento, da parte del medico del Centro i dati di interesse: risultato del PT, dose di farmaco, data dall'appuntamento successivo. Ancor di più apprezzano che durante il breve colloquio vengano fornite indicazioni per gestire problemi concomitanti quali, ad esempio, malattie intercorrenti, variazioni di dieta o farmaci, o necessità di sottoporsi a estrazioni dentarie, interventi chirurgici, manovre invasive, ecc. Anche i reparti di degenza e cura dell'Ospedale sempre più frequentemente al momento della dimissione indirizzano i pazienti al Centro per la sorveglianza post-ricovero. Referente del Centro è il dottor Roberto Facchinetti e tutti i medici del Laboratorio partecipano a tale attività. Il dottor Facchinetti e gli altri medici sono rintracciabili per informazioni al numero telefonico 045 8072157 e alla e-mail: roberto.facchinetti@azosp.vr.it L'attività del Centro si svolge anche in modo cooperativo con i medici di Medicina generale senza sovrapposizione di competenze.

Aiutiamo il medico a curarci

di Lidia Del Piccolo *

È opportuno che il paziente organizzi mentalmente ciò che desidera esporre, cercando di collegare i sintomi tra loro



Uno degli obiettivi di questa rivista è di fornire una sorta di "comunicazione di servizio" di ciò che i diversi enti deputati alla salvaguardia della salute svolgono nella nostra città.

A tale proposito, una delle attività in cui si è più ampiamente prodigato il Servizio di Psicologia Medica del Policlinico "G.B. Rossi" di Borgo Roma riguarda la ricerca e la formazione dei medici sul tema della comunicazione con il paziente. Sia attraverso ricerche svolte in collaborazione con l'Oms (di cui è centro collaboratore dal 1987), che attraverso la raccolta autonoma di dati e questionari negli ambulatori dei medici di Medicina generale del territorio veronese, da diversi anni vengono studiati e poi insegnati i criteri per una buona comunicazione medico-paziente.

Ne sono derivati dei "pacchetti formativi" rivolti in genere ai medici di famiglia (che possono accedervi attraverso i corsi accreditati Ecm) e agli studenti di Medicina. Tuttavia, anche i pazienti, nel loro "piccolo", possono contribuire a migliorare le capacità diagnostiche del loro medico.

Esiste ormai una vasta letteratura, definita "patient education", che dimostra come alcuni atteggiamenti del paziente possano influire sulle abilità del medico.

In genere, ad esempio, è dimostrato che il paziente che fa più domande sul proprio problema ed assume un ruolo più attivo ottiene di fatto più

informazioni. Si tratta di una considerazione apparentemente banale, tuttavia molto spesso l'asimmetria del rapporto medico-paziente induce quest'ultimo ad un atteggiamento delegante (è il medico che sa cosa fare) e passivo ("aspetto che sia il medico a farmi le domande"), che conduce da un lato a possibili distorsioni nella raccolta dei dati anamnestici (il medico fa le domande in base alle ipotesi diagnostiche che ha in mente in quel momento, derivate dalle informazioni di cui dispone, ma che non sempre corrispondono ad un quadro esaustivo) e dall'altro ad una potenziale insoddisfazione del paziente che non riesce a parlare di tutto ciò che avrebbe desiderato.

Sicuramente quanto più il medico è abile dal punto di vista comunicativo, tanto più riuscirà a far sentire il paziente a suo agio, sollecitandolo così a riportare tutti i sintomi e le problematiche che ritiene rilevanti per la comprensione del suo caso; tuttavia il tempo di cui dispone il medico in ciascuna seduta ambulatoriale per ogni paziente è relativamente breve e per essere fruttuoso è importante che sia ben organizzato.

Vari studi svolti nella Medicina generale dimostrano che in media ciascun paziente che si rivolge al medico ha tre o quattro "problemi". L'attitudine alla quale il medico è formato è quella di affrontare "un problema alla volta", con la fre-

quente conseguenza che spesso il problema più spinoso o difficile da riportare è lasciato per ultimo, quando ormai non c'è più tempo per affrontarlo in modo accurato: "oh, a proposito, dottore", quando ci si sta approssimando alla porta o si è lì lì per scambiarsi i saluti.

Un modo che si è dimostrato efficace per ovviare a questi "incidenti" è quello di

elencare fin dall'inizio del colloquio tutte le ragioni della visita. Ai medici, ad esempio, insegniamo che, prima di affrontare il primo sintomo riportato dal paziente, analizzino la sua "agenda", cioè tutte le ragioni per le quali è venuto quel giorno, identificando tra queste la più importante e urgente.

Molto spesso è il paziente stesso che riferendo tutte le sue ragioni di preoccupazione, fornisce un legame tra i diversi sintomi e introduce variabili utili ad una più accurata diagnosi.

Ai pazienti, per converso, torna utile entrare nell'ambulatorio del medico con una sorta di elenco gerarchico delle cose di cui vogliono parlare, esplicitandole sin dall'inizio.

In questo modo, essi aiutano il medico stesso ad organizzare il suo tempo ed eventuali visite. Ricordo ancora l'incredulità con cui, analizzando il colloquio di un medico di famiglia, constatammo come per ben quattro volte distinte avesse visitato la paziente durante la stessa sessione ambulatoriale, avendo trattato i sintomi ordinatamente uno alla volta, con ovvia e relativa perdita di tempo.

Un buon consiglio per il paziente è quello di organizzare mentalmente ciò che desidera spiegare al medico, cercando di collegare i sintomi tra di loro.

** Ricercatore in Psicologia clinica
Università degli Studi di Verona*

Identificata a Verona una mutazione del gene della Sindrome di Shwachman Diamond, simile alla fibrosi

Ricerca

39

“SDS” NEL MIRINO

Verona in prima linea contro la sindrome di Shwachman-Diamond (Sds), rara patologia con caratteristiche simili alla Fibrosi cistica che colpisce un bambino ogni 60-80mila nati vivi.

La malattia dà problemi di crescita nella prima infanzia, con insufficienza pancreatica.

Nel gennaio 2003 il gene che provoca la malattia è stato scoperto a Toronto in Canada, nel laboratorio di Genetica medica e molecolare dell'Hospital for Sick Children.

E pochi mesi dopo, esattamente, l'estate dell'anno scorso, dal Centro Fibrosi cistica dell'Azienda Ospedaliera di Verona, diretto dal professor Baroukh Maurice Assael è giunta la notizia della prima identificazione delle mutazioni dopo analisi completa del gene in pazienti italiani.

Il gene responsabile della Sds identificato

a Toronto è denominato Sbds ed è localizzato nel cromosoma 7, il medesimo ove si trova il gene della Fibrosi cistica, ma non ha alcuna correlazione con quest'ultimo. La scoperta di alcune sue mutazioni apre nuovi orizzonti per la diagnostica prenatale della malattia e forse anche per possibili progetti di terapia genica.

Il Centro Fibrosi cistica è da anni all'avanguardia nella diagnosi e cura della Sds, tanto che la maggior parte di tutte le Sds italiane viene diagnosticata a Verona, grazie alla particolare competenza



nell'esecuzione del sondaggio duodenale pediatrico.

Un importante riconoscimento internazionale è stato assegnato al Centro Fibrosi cistica veronese con la nomina del dottor Marco Cipolli, responsabile clinico della Sds del Centro, a direttore scientifico (Chair) del Medical and Scientific Advisory Board della Società Nordamericana della Sds. La sindrome di Shwachman-Diamond ebbe le prime segnalazioni in letteratura scientifica negli anni Sessanta ed è caratterizzata dalla concomitanza di due eventi

morbosi: insufficienza pancreatica esocrina ed alterazioni emocromocitometriche (neutropenia). Le stime su incidenza, prevalenza, sopravvivenza e distribuzione fra i sessi della patologia sono ancora difficili, data la sua rarità e la difficoltà di diagnosi, ma sembra che essa colpisca più frequentemente i maschi.

La sindrome di Shwachman-Diamond è la seconda più comune causa d'insufficienza pancreatica esocrina di natura genetico-ereditaria dopo la Fibrosi cistica.

Al contrario della Fibrosi cistica, però, in circa la metà dei pazienti la situazione pancreatica tende a migliorare nel tempo.

La neutropenia intermittente o persistente è l'anomalia ematologica principale presente nella totalità dei pazienti, mentre anemia e trombocitopenia sono presenti in varia percentuale. La mielodisplasia e la leucemia mieloide acuta sono eventi non secondari

della sindrome che possono rendere necessario il trapianto midollare per una parte dei pazienti.

Il Centro Fibrosi cistica per primo in Italia ha messo a disposizione per la Sds un servizio d'analisi genetica, valutazione dei casi sospetti, assistenza clinica e consulenza genetica familiare legata alla malattia.

Il servizio è diretto dal dottor Marco Cipolli, affiancato in laboratorio dai dottori Alberto Bonizzato ed Elena Nicolis, con la consulenza genetica del dottor Carlo Castellani.

(M.F.C.)

PATTO PER LA SALUTE

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona e organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil hanno firmato lo scorso 5 novembre un protocollo d'intesa per aprire una nuova collaborazione basata sull'informazione, il confronto e la concertazione sui temi della Sanità.

L'intesa siglata fra Azienda e sindacati - rappresentati dai segretari generale Uil, Mario De Amicis, organizzativo Cisl, Antonio Bova e Cgil Carla Pellegatta - è un patto per la salute che coinvolge i 130 mila cittadini (lavoratori attivi e pensionati) rappresentati dalle tre sigle. La Sanità pubblica vive un momento molto impegnativo, chiamata a verificare l'utilizzo delle risorse alla luce del rispetto del diritto alla salute e dei criteri di appropriatezza ed equità sociale. Per questo il protocollo assume un carattere di particolare rilievo, dando atto della volontà d'entrambe le parti di stabilire una nuova sinergia nell'interesse della salute pubblica. Esso apre all'Azienda una nuova possibilità d'ascolto delle esigenze degli assi-

stiti ed offre ai cittadini stessi un'importante opportunità di partecipazione diretta alla discussione e definizione degli interventi previsti nell'ambito della programmazione regionale.

"Il protocollo - si legge nel documento sottoscritto il 5 novembre scorso - è finalizzato a costruire e consolidare un modello di relazioni sindacali dal quale far derivare un insieme di azioni che consentano, pur nell'autonomia dei ruoli dell'Azienda Ospedaliera e delle organizzazioni sindacali, di sviluppare sinergie per il perseguimento di

obiettivi comuni". "Crediamo che i temi sociosanitari stiano a cuore di tutta la cittadinanza veronese - hanno dichiarato i sindacalisti - e quindi pensiamo che come confederazioni dobbiamo, in questo momento molto delicato, riuscire a ricercare con l'Azienda Ospedaliera soluzioni condivise per il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi".

Azienda e Organizzazioni sindacali attiveranno tavoli di confronto preventivo sulle scelte strategiche come attivazione e/o disattivazione di servizi, programmazione, processi di riorganizzazione e/o riconversione, azioni d'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

Saranno avviate anche azioni di verifica dell'impatto sull'attività ospedaliera delle iniziative assunte dalle Aziende territoriali incentrate sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche, dei ricoveri e del ricorso alle prestazioni specialistiche.

Sono previste anche sinergie a sostegno della prevenzione, della promozione della salute e dello sviluppo dell'assistenza primaria.

Per quanto riguarda i servizi, saranno monitorati l'andamento delle liste d'attesa con l'obiettivo di ridurle, ove necessario, e le iniziative tese al miglioramento dell'accessibilità dei cittadini ai servizi, come organizzazione di Centri unici di prenotazione e Call center.

Fra gli altri temi oggetto del protocollo vi sono la riorganizzazione della rete ospedaliera e la riorganizzazione dei servizi, le ricadute sull'organizzazione dell'Azienda alla luce degli accordi Regione-Università per la costituzione dell'Azienda integrata e la ristrutturazione dell'Ocm Borgo Trento, con particolare attenzione per l'analisi dell'impatto del cantiere sull'attività ospedaliera e sulle iniziative da adottarsi per garantirne lo svolgimento.



Da sinistra Mario De Amicis (Uil), il direttore Valerio Alberti e Antonio Bova (Cisl).
In alto, Carla Pellegatta della Cgil

Appropriatezza del servizio

di Stefano Tardivo *

Indica la capacità del sistema sanitario di erogare prestazioni utili ai casi trattati e di razionalizzarle

Spesso accade in ambito sanitario di trovarci di fronte a scelte diverse circa un'indagine, un test diagnostico o, ad esempio, un farmaco da utilizzare per risolvere un problema di salute. In queste circostanze prendiamo istintivamente coscienza di una delle principali dimensioni che caratterizzano la qualità di un atto medico: l'appropriatezza. Essa esprime, infatti, la capacità da parte del Sistema sanitario di erogare prestazioni che siano veramente utili ai singoli casi trattati. In ambito ospedaliero si è da tempo avviata una importante riflessione sul grado di appropriatezza nell'utilizzo dei ricoveri. Negli ultimi anni sono stati sviluppati numerosi strumenti capaci di rilevare all'interno di un singolo episodio di ricovero l'effettiva appropriatezza di una singola giornata di degenza. A causa della complessità della macchina organizzativa ospedaliera accade, infatti, e non di rado, che il paziente trascorra una parte della degenza in attesa, ad esempio, dell'effettuazione di una indagine diagnostica, piuttosto che dell'inserimento in una lista operatoria. Questo andamento contrasta in maniera evidente con la costante ricerca, da parte del sistema, di un utilizzo efficiente delle risorse assegnate all'assistenza ospedaliera. Progressivamente quindi, si sono andati identificando i comportamenti poco "virtuosi" e sono state attivate strategie in grado di controllare e ridurre il fenomeno. Contemporaneamente anche il legislatore, spinto dalla necessità di contenere i costi legati all'assistenza, ed in particolare la grossa fetta di investimenti legata ai ricoveri ospedalieri, ha emanato disposizioni che indirizzassero le direzioni ospedaliere a monitorare l'appropriatezza dei ricoveri, attivando sistemi di disincentivazione economica per coloro che proseguivano in comportamenti scorretti. Le



single Regioni sono state chiamate a porre una particolare attenzione in tale campo ed anche il Veneto, circa due anni fa, ha emanato una direttiva che identificava le tipologie di inappropriatezza, stabilendo le regole da applicare e definendo gli organismi di controllo, a partire dai Nuclei per i controlli interni dell'appropriatezza di ciascuna Azienda unità sanitaria locale ed ospedaliera. Da un punto di vista operativo, al fine di procedere secondo gli indirizzi regionali, l'intero complesso dei ricoveri di un determinato ospedale è stato verificato e sono state segnalate ai responsabili dei reparti le incongruenze, definendo all'occorrenza delle strategie di controllo. Parallelamente alla progressione della "devolution", con il pas-

saggio delle competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni, un importante ulteriore passo è stato rappresentato dall'introduzione nel corso del 2002 dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che andavano a definire il set minimo di prestazioni sanitarie da rendere necessariamente disponibili per ciascun cittadino sul territorio nazionale. In tale ambito sono stati definiti alcuni Drg che identificano episodi di ricovero a rischio di inappropriatezza. Con tale intervento il legislatore ha voluto sottolineare, sulla scorta dei risultati derivanti dalla ricerca organizzativa in campo sanitario, quelle tipologie di ricovero che identificavano a priori una serie di situazioni che, pur configurando un preciso problema assistenziale e quindi una appropriata domanda di assistenza da parte del cittadino, dovevano trovare una forma di risposta alternativa al ricovero in ospedale e cioè attraverso l'utilizzo del Day-Hospital (ospedale diurno) e del circuito ambulatoriale. Le amministrazioni degli ospedali di tutto il paese sono unite quindi nello sforzo di fornire un adeg-

guato supporto organizzativo ai medici per consentire l'utilizzo di queste forme alternative di assistenza al cittadino. È stato così possibile, ad esempio, anche sulla scorta del progresso tecnologico, trattare alcune tipologie di ernia inguinale, o alcune patologie al ginocchio in regime di Day-Surgery (chirurgia diurna). Analogamente, per valutare e gestire patologie molto diffuse quali il diabete e l'ipertensione si ricorre al Day-Hospital o vengono organizzati ambulatori a percorso assistenziale integrato. Questi nuovi modelli organizzativi aiutano il Servizio sanitario ad offrire al cittadino la risposta più "appropriata" al suo problema di salute.

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

UN SORRISO IN CORZIA



L'Avvo (Associazione volontari visitatori ospedalieri), opera nell'Azienda Ospedaliera cittadina da oltre trent'anni portando un aiuto concreto ai ricoverati. L'iniziativa nasce agli inizi degli anni Ottanta quando il consiglio pastorale vicariale del centro città maturò l'esigenza di dare conforto alle persone sofferenti nelle corsie ospedaliere e di organizzare un'assistenza ai malati soli o con parenti lontani.

Il 28 marzo del 1987 viene firmato l'atto costitutivo dell'Associazione e da allora i volontari sono una presenza concreta all'interno dell'Ospedale civile maggiore e del Policlinico dove l'Associazione è conosciuta come AVOP.

I volontari operano in perfetta sinergia con gli operatori medici e vengono preparati con corsi base di formazione tenuti da specialisti in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e il Centro camillianiano di formazione. Essi seguono dei corsi di aggiornamento annuali e degli incontri organizzati dall'Associazione nei quali hanno l'occasione di confrontarsi e quindi di arricchirsi.

I reparti dove è maggiormente richiesta la loro presenza sono quelli di Geriatria e di Ortopedia per quanto riguarda l'Ospedale civile maggiore e di Medicina generale del Policli-

nico. «È una presenza amichevole, quella che viene proposta dagli operatori Avvo» - spiega la dottoressa Giovanna Pirana, operatrice dell'Azienda Ospedaliera per le relazioni

Al via una "mappatura" del volontariato

L'Azienda Ospedaliera ha individuato un gruppo di lavoro che, in linea con quanto previsto dall'art. 14, comma 7, del Decreto Legislativo 502/92 (riferito alla valorizzazione della presenza e dell'attività delle Associazioni di volontariato) ha il compito di operare una "mappatura" delle Associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda, verificare l'appropriatezza delle attività proposte, disciplinare con apposito regolamento lo svolgimento degli interventi da prodursi e delle conseguenti azioni e comportamenti dei volontari, individuare dei criteri di verifica delle attività da porre in convenzione.

Il nostro giornale sarà un'occasione importante per diffondere i risultati di quanto prodotto dal gruppo di lavoro aziendale e per conoscere le attività proposte dalle Associazioni di volontariato.

con il pubblico - «Essi offrono ai malati una presenza affettuosa, fatta di dialogo, svago, ascolto e aiuto. I volontari spesso sono di sostegno anche alle famiglie. Basti pensare che sono moltissimi i ricoveri extra regionali e proprio in questi casi l'Associazione opera affinché la solitudine sia meno pesante per chi non può avere accanto i parenti». Chi è volontario Avvo è tenuto ad offrire assistenza gratuita a tutti i degenti in particolare modo ai più bisognosi. L'obiettivo è quello di far sì che il ricoverato si senta sempre una persona.

I volontari si adoperano nel fare gli acquisti richiesti dal degente, nell'assicurare un aiuto per i pasti a chi è impossibilitato a nutrirsi da solo a tenere compagnia giorno e notte nei casi di emergenza.

Il servizio vede l'impegno di questi volenterosi organizzati in gruppi fissi in alcune Unità operative e sempre su richiesta di familiari e caposala. Sono più di quattrocento l'anno i pazienti che l'Associazione assiste gratuitamente.

Delicatezza e discrezione fanno sì che anche il paziente più difficile li accolga con un sorriso.

Anna Zegarelli

Nella foto sopra, le volontarie Avvo (a sinistra) e quelle dell'Avop

Ritratto del professor Calogero Casuccio, celebre clinico che si è spento lo scorso agosto

Personaggi

43



L'ORTOPEDIA HA PERSO UN PADRE

Vi sono medici che il destino incarica di aprire nuove vie alla conoscenza ed alle cure. Così è stato per il professor Calogero Casuccio, il celebre clinico ortopedico spentosi il 12 agosto dell'anno scorso a Cortina all'età di 94 anni. L'Università degli Studi di Padova gli ha dedicato l'8 ottobre solenni funerali accademici, il commovente rito di commiato riservato ai professori emeriti dell'Ateneo patavino. Il professore può essere considerato un veronese d'adozione, avendo vissuto gli ultimi dieci anni, dopo le seconde nozze, nella nostra città, dove ora riposa, sotto le dolci colline di Avesa.

Considerato a livello internazionale uno dei fondatori dell'Ortopedia - suo è il testo ancora in uso per gli studenti della Facoltà di Medicina in molti atenei italiani -, Casuccio era uomo d'eccezionale valore intellettuale e di non comune vitalità. Il professore era nato a Villaga di Vicenza nel 1909, figlio del medico condotto. Allo scoppio della prima guerra mondiale fu sfollato con la famiglia in Sicilia, a Racalmuto, terra d'origine paterna. «Ero piccolo, ma sapevo già leggere - amava ricordare - e quel lunghissimo viaggio in treno, durato oltre 36 ore, è stata un'esperienza esaltante: annotavo sul quaderno il nome d'ogni stazione, non solo quelle di fermata, e poi controllavo su una piccola carta geografica il percorso fatto». Curiosità ed interesse per i viaggi, soprattutto in treno, e la geografia lo accompagnarono per tutta la vita. Confessava la «debo-

lezza» che ogni anno lo induceva ad acquistare l'orario ferroviario mondiale «per non essere impreparato se qualcuno mi chiedesse in quante ore si va da Sidney a Adelaide!» Casuccio in seguito rientrò a Padova per concludervi a soli 22 anni gli studi universitari nella facoltà di Medicina.

Il suo interesse per l'Ortopedia iniziò già da studente con la collaborazione con l'Istituto "Rizzoli" di Bologna dove fu assunto non appena laureato. Allievo dei "legendari" professori Putti e Delitala, già specialista nel 1935, nel '39 Casuccio si abilitò alla docenza in clinica Ortopedica, nel '48 divenne direttore del "Rizzoli" e fu incaricato dell'insegnamento di Ortopedia e traumatologia all'Università di Bologna. Per il "Rizzoli" si recava spesso anche al "Codivilla" di Cortina d'Ampezzo, località che fu sempre la sua preferita. Nello stesso anno egli si trasferì a Bari dove trascorse 8 anni, lanciando l'Istituto di Clinica ortope-

dica che portò ad una dotazione di 150 posti letto. Casuccio rientrò in seno all'Università di Padova il primo novembre 1956, titolare della prima cattedra Ortopedica istituita dall'ateneo a sette secoli dalla fondazione. Rimase in cattedra sino al 1984, dopo aver concluso nel '79 l'attività assistenziale, approfondendo nell'insegnamento tutta la passione di una vita dedicata allo studio e alla cura dei malati.

Nominato presidente della Società internazionale di Chirurgia ortopedica nel 1975 a Copenaghen - all'unanimità, con il voto di oltre 1500 delegati di 67 nazioni - Casuccio conquistò nell'82 anche il premio internazionale "Buccheri La Ferla", considerato il premio Nobel per l'Ortopedia.

Uomo dai sentimenti delicati, legatissimo agli affetti familiari, Casuccio era anche un umanista d'ampia cultura, appassionato archeologo - amore, quello per l'archeologia, ereditato dal padre - generoso mecenate. Ha donato al museo civico Degli Eremitani di Padova una collezione di 175 vasi apuli di rara bellezza e valore. Egli fu amico dell'ortopedico veronese Enzo Marcer e conobbe da bambino il dottor Massimo che continua la tradizione familiare. I fili del destino si intrecciano talvolta in modo davvero misterioso. Accanto a colei che chiamava amorevolmente «la mia vita», il professore finì per imparentarsi proprio con la famiglia Marcer, tessendo un nuovo corso di affetti che lo legò anche alla nostra città. (M.F.C.)



Il professor Casuccio con Rita Levi e, sopra, con Maria Josè di Savoia in visita al "Rizzoli" di Bologna nel 1933



GIVOP, UN POOL DI SPECIALISTI

Abbiamo intervistato il dottor Antonio Santo, dirigente medico I livello della divisione Oncologia medica dell'Azienda Ospedaliera di Verona, coordinatore del **Givop** (Gruppo interdisciplinare veronese di oncologia polmonare).

Il tumore al polmone rappresenta tuttora uno dei più importanti problemi sociosanitari nei paesi industrializzati o in via di sviluppo, essendo responsabile di circa il 25-30% di tutte le morti per cancro e con un'incidenza che, salvo rare eccezioni, è in costante aumento. Analizzando solo i dati italiani si evidenzia che dei 265 mila nuovi casi di tumore all'anno, 35 mila riguardano il polmone.

Su 160 mila morti all'anno per patologie neoplastiche, 32 mila sono i malati di cancro polmonare. Esiste quindi un rapporto molto vicino all'unità tra i nuovi casi e i decessi. Per questo il tumore al polmone viene definito il "big killer" tra tutte le neoplasie.

Nel Veneto, in particolare, tra il 1990 ed il 1994 si sono registrati

7.544 casi di carcinoma polmonare (1.886/anno); a Verona nello stesso periodo i casi sono stati 1.061 (265/anno) e hanno rappresentato la prima causa di morte per cancro. Per rispondere adeguatamente a tale emergenza dal giugno 2002 è stato istituito nell'Azienda Ospedaliera di Verona il Givop, Gruppo interdisciplinare veronese di oncologia polmonare, che si rivolge alle persone colpite da cancro al polmone offrendo loro le prestazioni di un gruppo multidisciplinare di specialisti.

«Il perno centrale della nostra attività - spiega il dottor Santo - è (l'ambulatorio multidisciplinare) dislocato nell'Unità operativa di Chirurgia toracica del nosocomio maggiore. Si tratta di un punto di riferimento per le persone il cui medico di famiglia abbia rilevato sintomi tipici o sospetti per neoplasia polmonare o che abbiano già effettuato esami tramite i quali è stato diagnosticato il tumore. Lo scopo di questo ambulatorio è quello di fissare in brevissimo tempo il percorso diagnostico

(quindi tutti gli esami necessari come le radiografie, la broncoscopia, la Tac) e di decidere altrettanto rapidamente la migliore terapia possibile per il singolo paziente da attuare coinvolgendo tutti gli specialisti del campo».

In questo modo vengono abbattuti i tempi per avere un responso o fissare una visita...

«Esattamente. È sufficiente rivolgersi alla segreteria (signora Barbara Campaldini, tel. 045 8073521) per prenotare una visita. Entro una settimana il paziente sarà visto collegialmente dall'équipe oncopneumologica. Inoltre è lo stesso ambulatorio che prenota gli esami necessari, ritira i referti e richiama il paziente quando tutta la documentazione è completa».

Quanto tempo passa, in genere, dalla prima visita alla diagnosi?

«Non più di 15-20 giorni. A volte anche meno, per chi ha già effettuato alcuni esami preventivamente prescritti dal proprio medico».

Che ruolo svolge il medico di famiglia e in che modo state cercando di coinvolgerlo?

«Fondamentale. Innanzitutto perché è colui che "decodifica" i sintomi, quindi indirizza il paziente al nostro Centro telefonando personalmente. E, al tempo stesso, effettuando la selezione tra i pazienti con segni o sintomi sospetti per neoplasia polmonare evita di intasare il nostro Centro, altrimenti oberato da un lavoro insostenibile».

Questo tipo di approccio multidisciplinare permette anche un trattamento rispettoso delle esigenze personali del paziente e delle famiglie?

«Lo facilita moltissimo. La persona colpita da tumore polmonare presenta un quadro clinico particolare. Quasi sempre è un soggetto che ha una storia di fumatore incallito alle spalle e quindi con le patologie tipiche dei grandi fumatori: bronchite cronica, enfisema, cardiopatie, ecc. Quindi il suo organismo è già debilitato al di là della presenza del tumore. È necessario pertanto decidere una strategia terapeutica che

Tutte le informazioni utili sul Gruppo di oncologia polmonare

Nato dalla consolidata esperienza clinica nella cura delle neoplasie polmonari, il Givop è costituito da esperti professionisti delle seguenti Unità Operative:

Oncologia medica: direttore prof. Gian Luigi Cetto

Chirurgia toracica: direttore prof. Francesco Calabrò

Pneumologia: direttore prof. Angiolo Cipriani

Radioterapia: direttore prof. Sergio Maluta

Radiologia O.C.M.: direttore prof. Giacomo Gortenuiti

Servizio di Anatomia patologica: direttore prof. Antonio Iannucci

Istituto di Anatomia patologica: direttore prof. Fabio Menestrina

Coordinatore Givop: Oncologo polmonare dr. Antonio Santo

Segreteria Givop: signora Barbara Campalini.

Dove rivolgersi: per richieste visite, consulenze o informazioni rivolgersi alla segreteria Givop: tel. 045/8073521, fax 045/8072046 dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 14.

Come accedere: il paziente con sospetto carcinoma polmonare, dopo aver prenotato la visita alla segreteria del Givop, accede all'ambulatorio dedicato, presso l'Unità ospedaliera di Chirurgia toracica dell'Ospedale civile maggiore (Borgo Trento), con impegnativa del proprio medico di famiglia, riportante l'indicazione "consulenza Givop".

Il funzionamento: perno centrale dell'attività del Givop è l'*ambulatorio multidisciplinare* il quale offrirà al paziente un efficace percorso assistenziale, una fase diagnostica rapida, una convergenza d'azione terapeutica e un punto di riferimento identificabile per le famiglie.

Le cure: ecco quali sono i tipi di approccio terapeutico disponibili.

Chirurgia: è l'opzione risolutiva nei tumori localizzati. Purtroppo, spesso, il tumore viene diagnosticato in ritardo ed è quindi necessario il ricorso ad altre terapie. **Radioterapia:** nei casi localmente avanzati è utilizzata, prima dell'intervento, per bonificare la zona da operare, dopo l'intervento, qualora non sia stata ottenuta la radicalità chirurgica, per eliminare le cellule tumorali residue. Nei casi non operabili è impiegata come trattamento locale. **Chemioterapia:** può essere effettuata prima (chemioterapia neoadiuvante) o dopo l'intervento chirurgico (chemioterapia adiuvante). Nella malattia metastatica è utilizzata per alleviare i sintomi e migliorare la qualità della vita del paziente.

Iniziative scientifiche: il 30-31 gennaio si terrà, presso l'Ospedale Policlinico "G.B. Rossi" aula 1 - Lente Didattica, la 4ª *giornata Veronese di Oncopneumologia* dal titolo "Mesotelioma e Timoma: diagnosi e cura agli inizi del terzo millennio"

Oncologia

possa contrastare da un lato la neoplasia, ma dall'altro permettere al paziente una qualità di vita dignitosa. L'approccio multidisciplinare consente di effettuare una terapia il più possibile personalizzata».

Secondi alcuni studi riportati sui quotidiani nazionali, la salute delle donne sta "andando in fumo". È d'accordo con tale affermazione?

«Purtroppo stiamo constatando anche noi questa tendenza. Tuttora gli uomini restano maggiormente colpiti dal tumore polmonare (rapporto uomo/donna è 5/1), tuttavia, negli ultimi anni c'è un notevole aumento di incidenza nel sesso femminile, parallelamente con l'aumentata abitudine al fumo. Tale fenomeno è particolarmente evidente negli Usa (rapporto di incidenza uomo/donna è di 2 a 1) dove il tumore polmonare è diventato recentemente la prima causa di morte per cancro anche tra le donne, superando il carcinoma mammario».

Chi sono i soggetti più a rischio?

«Sono soprattutto le persone di età superiore a 50 anni ad essere i soggetti più a rischio. Il picco massimo d'incidenza si registra tra i 55 e i 65 anni, ma un terzo dei casi riguarda gli ultrasessantenni. Tra le cause, infine, il fumo di tabacco è il primo responsabile del carcinoma polmonare (80-90% dei casi). Anche il fumo passivo aumenta il rischio di cancro polmonare, soprattutto quando l'esposizione comincia in tenera età nell'ambiente familiare. Inoltre non bisogna trascurare altri fattori di rischio legati all'attività lavorativa ed all'ambiente (esposizione ad alcune sostanze naturali o prodotti industriali quali: asbesto, benzene, benzopirene, composti liberati dalla raffinazione del petrolio, prodotti della combustione di auto a benzina o gasolio, radon, ecc.) che, oltretutto, hanno un effetto moltiplicativo sul rischio di carcinoma polmonare quando sono associati al fumo».

Nella foto a sinistra il dottor Antonio Santo, coordinatore del Givop





L'Urp per gli utenti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOVE E QUANDO TROVARCI

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

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE

P. le Aristide Stefani, n. 1
37126 - VERONA
Tel. 045/8072178 Fax. 045/8073430
E-mail: urp.ocm@azosp.vr.it

OSPEDALE POLICLINICO "Giambattista Rossi"

P. le Ludovico Antonio Scuro, n. 10
37134 - VERONA
Tel. 045/8074848 Fax. 045/8074058
E-mail: urp.op@azosp.vr.it

ORARI DI APERTURA:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

L'Ufficio relazioni con il pubblico è il luogo dove il cittadino:

PUÒ SEGNALARE:

- eventuali disservizi che ha incontrato nelle strutture e nelle diverse fasi dell'erogazione di prestazioni

PUÒ COMUNICARE:

- reclami: verbali e per iscritto
- gradimento: verbale e per iscritto

PRESENTARE:

- suggerimenti che possono contribuire al miglioramento dei servizi. I cittadini esercitano il proprio diritto con:

- lettera in carta semplice indirizzata e inviata all'Azienda Ospedaliera di Verona o consegnata di persona all'Urp;

- segnalazione telefonica o fax;

- di persona tramite colloquio con gli operatori addetti all'Urp.

A tale proposito l'Ufficio relazioni con il pubblico:

provvede a dare rapida risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di immediata soluzione; predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione del giudizio (relazioni o pareri) dai responsabili delle Unità operative, dagli uffici interessati e fornisce parere per la definizione dei reclami; predispone la lettera di risposta all'utente; attiva la procedura di riesame del reclamo qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza.

Un apposito regolamento disciplina le procedure di accoglimento e di definizione delle segnalazioni ed il funzionamento della Commissione mista conciliativa.

RISPOSTE ALLE DOMANDE PIÙ FREQUENTI DI CITTADINI

Dove si effettua il pagamento del ticket?

Ospedale civile maggiore:

All'Ufficio cassa situato nell'edificio della Maternità. È aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 16.

All'Ufficio cassa situato nell'edificio Geriatrico aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 18.45.

All'Ufficio cassa situato al piano



terra del monoblocco servizi (vicino al Pronto Soccorso). È aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 7.30 alle ore 18.45.

Per informazioni telefoniche: **045 8072703** dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle ore 14.

Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"

All'Ufficio cassa situato nella palazzina d'ingresso dell'Ospedale. È aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 19.

Per informazioni telefoniche: **045 8074596** dal lunedì al venerdì dalle ore 12 alle ore 14.

All'Ufficio Accettazioni ambulatorio odontoiatria (solo per prestazioni ambulatoriali odontoiatriche) situato al piano seminterrato dell'Ospedale, Lotto 1 aperto dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 16 (sabato dalle 8 alle 13).

Per informazioni telefoniche: **045 8074254**.

Come e dove si prenota una visita specialistica in libera professione?

Ospedale Maggiore:

Nella segreteria di ogni Unità Operativa.

Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi": All'Ufficio Prenotazioni situato nella palazzina d'ingresso dell'Ospedale. È aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 14 alle ore 16.

È possibile prenotare telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 14 alle ore 16 allo: **045 8074447**.

È attivo un servizio di segreteria telefonica 24 ore su 24 attraverso il quale, lasciando cognome e recapito telefonico,

l'operatore

richiamerà quanto prima.

Dove si ritirano i referti sanitari?

Ospedale civile maggiore:

All'Ufficio ritiro referti sanitari al primo piano dell'edificio Maternità con il seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 16.

Per informazioni telefoniche: **045 8072703** dalle ore 12 alle ore 14.

Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"

All'Ufficio ritiro referti sanitari situato nella palazzina d'ingresso dell'Ospedale con il seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 15.

Per informazioni telefoniche: **045 8074326**.

Si ricorda che, a norma della legge 407/90, il mancato ritiro del referto entro 30 giorni dalla disponibilità degli stessi, comporta l'addebito dell'intero costo della prestazione, anche per gli utenti esenti dal pagamento del ticket.

Il coraggio di chi soffre

di Lorenzo Gobbi

Il dolore ha una sua legittimità nella nostra esistenza, e chiede un proprio spazio, anzi: viene e se lo prende, ci invade e ci scuote come un terremoto sa scuotere le montagne e farle gemere - e Dio, dov'è? Noi, che cosa siamo?

Chi si prende cura quotidianamente dei sofferenti lo sa esattamente come chi soffre: noi siamo un corpo animato, e corporea è la vita che ci è stata data.

Nel dolore, siamo pura percezione, corpo che soffre e percepisce il patire, corpo in cui percezione e pensiero, ansia e ricordo, speranza e proiezione al futuro si uniscono in una realtà indivisibile, cioè nella vita terrestre del corpo. È difficile parlare d'anima, benché assolutamente necessario. C'è una voce purissima, nella poesia del Novecento italiano: Carlo Betocchi - presenza appartata e "vero cristiano" secondo la testimonianza di Alda Merini e di chi lo conobbe - un uomo buono, incapace di mentire per virtù di perfezione.

Egli prega Dio così: "Lui che mi dette con la vita il corpo, / questo campo robusto che assicura / l'anima, in cui alligna e matura la grazia, / Lui non ha avuto paura che mi guastassi, / che perdessi la fede: ed ha lasciato / che il nemico infierisse. Che cos'è / che voleva, allora, se non che alla fine / mi ricordassi che non si vive di solo / pane, e nemmeno soltanto di grazia, / ma anche di buio coraggio di quando / Lui può mancarci: e occorre rifarlo in noi, / e riconoscersi vivi nei gemiti / delle montagne squassate dai ter-

remoti, / perché l'evenienze del mondo sono / infinite, le catastrofi miserevoli / e senza alcuna spiegazione plausibile / alla nostra esigenza d'amore. Lèvati / allora, e datti da fare col tuo / coraggio. Dio ti riconoscerà per suo" (Carlo Betocchi, *Tutte le poesie*, a cura di L. Stefa-

"matura la grazia"; nel corpo viene data la vita, e non altrove. Il dolore ci svela il corpo come "campo robusto", lo coinvolge e lo colpisce, lo unisce saldamente a sé e lo mostra come imprescindibile per l'anima, per la vita e per la grazia.

Il gemito ha in sé la legittimità di tutto ciò che esiste: è espressione sincera e fedele di una realtà indubitabile - del corpo, dell'anima, della vita e della grazia unite nella percezione del dolore. Il gemito può essere così alto da oscurare il cielo e nascondere Dio.

Egli, ci dice il poeta, non ha paura che ciò accada. Non si vive di solo pane, ma neanche di sola grazia: al pane e alla grazia si affianca il "buio

coraggio" di quando lui "può mancarci" - perché può accadere questo, e non è per nostra colpa che Dio può venire meno in noi quando il dolore viene a riempirci di sé.

C'è da riconoscersi vivi anche allora, ci dice Betocchi, anche nel gemito che solo riempie l'orizzonte scacciando e accusando Dio: è vita legittima, questa, e il gemito è ineludibile, inspiegabile, impossibile da minimizzare.

È bene piangere quando è giusto piangere, senza trattenere le lacrime. Il corpo - e in lui la vita, la grazia, l'anima - ha una sola esigenza: l'amore. E non c'è spiegazione al dolore, nessuna spiegazione plausibile.

A volte, è necessario e onesto "rifare Dio in noi", "levarsi", "darsi da fare" con un "buio coraggio": perché davvero "lui può mancarci".



**«Nessuna realtà ha
il potere di
unificare il nostro
essere,
di assicurare
l'anima al corpo
come il dolore**

ni, Garzanti, Milano 1996, p. 571).

Il poeta ci invita a "riconoscerci vivi" anche nel "gemito". Perché no? Nessuna realtà - ad eccezione dell'esatto opposto del dolore, cioè della gioia - ha il potere di unificare il nostro essere, di "assicurare" saldamente l'anima al corpo come sa fare il dolore. Nel corpo e non altrove

La difficoltà di far accettare trattamenti farmacologici a chi soffre di problemi di salute mentale

P sichiatria

49

PILLOLE... INDIGESTE

di Michela Nosè* e Corrado Barbui**

Molto spesso il trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici è reso difficile dalla scarsa aderenza dei pazienti ai trattamenti stessi. Con il termine "aderenza ai trattamenti" si intende il grado di coincidenza tra il comportamento dei pazienti e le indicazioni ad essi fornite dal medico. In generale, il 20-50% dei pazienti non segue o segue solo in modo parziale le prescrizioni mediche.

L'importanza del problema è spiegata in primo luogo dalla sua frequenza, ma anche e soprattutto dalle conseguenze che ne possono derivare. Interrompere una cura o assumere le medicine in maniera differente da quanto prescritto, infatti, riduce l'efficacia del trattamento stesso, soprattutto a lungo termine. Inoltre, può aumentare il rischio di ripresa o ricomparsa della malattia o peggioramento dei sintomi e, di conseguenza, di ricoveri in ospedale. A lungo andare, l'interruzione della cura peggiora la qualità della vita delle persone che ne avrebbero dovuto trarre giovamento.

In Psichiatria, rispetto ad altri ambiti della medicina, questo problema appare ancora più rilevante. L'analisi degli studi condotti nei vari Paesi del mondo e pubblicati sulle riviste scientifiche negli ultimi vent'anni, ha evidenziato che, grosso modo, una persona su quattro non segue i programmi terapeutici, ossia non assume i farmaci come prescritto e non segue gli interventi riabilitativi, psicologici e psicoterapici come stabilito.

Nelle patologie psichiatriche più gravi addirittura il 70-80% dei pazienti non assume le medicine come prescritto. È verosimile che parte di queste persone tenda anche a non presentarsi agli appuntamenti negli ambulatori, venendo quindi ad interrompere, con il passare del tempo, le cure e i contatti.



Due ricerche epidemiologiche condotte a Verona, una delle quali finanziata dalla Regione Veneto, hanno, ad esempio, dimostrato che il 20% circa dei pazienti interrompe il trattamento entro due anni dalla presa in carico e che questo fenomeno è più frequente nelle persone giovani e non sposate. Il problema della "non aderenza ai trattamenti" appare, quindi, ampio e complesso.

Fattori che influenzano l'aderenza ai trattamenti in psichiatria

Quali sono i fattori che possono influenzare il grado di accettazione della terapia da parte di un soggetto che soffre di una patologia psichiatrica? Quali le ragioni che portano ad assumere o interrompere un trattamento farmacologico?

La risposta a tali interrogativi è sicuramente non facile e complessa. È chiaro che chi accetta l'idea di soffrire di una malattia, comprendendone anche la gravità, tende ad accettare di solito anche le cure proposte. In ambito psichiatrico questo è un punto "chiave" poiché molti soggetti tendono a non percepirsi

come portatori di un disturbo. Il grado di consapevolezza di malattia, la capacità di interpretarne i sintomi come espressione della malattia stessa e la capacità di riconoscere l'importanza delle cure, sono tutti fattori che influenzano l'aderenza ai trattamenti in Psichiatria.

Ce ne sono altri, naturalmente. La gravità di alcuni sintomi (sospettosità, allucinazioni, idee deliranti) e la frequenza e la gravità di eventuali effetti collaterali provocati dai farmaci influenzano comprensibilmente la disponibilità a proseguire il trattamento.

Gli interventi per migliorare l'aderenza ai trattamenti in Psichiatria

La gestione di questo problema è inevitabilmente legata al tipo di rapporto che si instaura tra medico e paziente: la capacità di ascoltare, di comprendere ciò che ogni persona racconta al proprio medico, la capacità di creare un rapporto di fiducia e di alleanza favoriscono infatti la possibilità che il soggetto capisca l'importanza delle terapie e si fidi di quanto gli viene consigliato. Vi sono poi basilari condizioni pratiche che favoriscono l'aderenza alle cure, come la facilità nel prenotare gli appuntamenti e l'accessibilità ai farmaci (dalla facilità nel reperirli al loro costo).

In aggiunta a tutto questo, molti studi hanno evidenziato come, soprattutto in pazienti con storie difficili, l'aiuto della famiglia possa essere decisivo. Un buon supporto e il coinvolgimento di uno o più membri del nucleo familiare nella gestione delle cure possono costituire un elemento di aiuto per fare in modo che le terapie e i programmi terapeutici vengano seguiti.

Negli ultimi decenni i servizi psichiatrici hanno sviluppato numerose strategie per cercare di aumenta-

re il grado di accettazione delle cure, sia farmacologiche che psicologiche o riabilitative. L'utilità di tali interventi è emersa da molte ricerche che hanno evidenziato come la partecipazione di medici e pazienti a gruppi, riunioni o incontri, con l'obiettivo di discutere il problema dell'aderenza ai trattamenti, raddoppia la probabilità che persone con disturbi psicologici capiscano l'importanza delle cure ed inizino a seguire le indicazioni terapeutiche. Gli interventi che sembrano essere maggiormente efficaci sono quelli in cui il comportamento del paziente si modifica in seguito alla maggiore consapevolezza della malattia.

I Servizi psichiatrici del Dipartimento per la Salute mentale di Verona partecipano, assieme ad altri tre Centri europei, ad uno studio clinico controllato, finanziato dall'Unione Europea, che valuta l'efficacia di uno specifico intervento di tipo psicoterapico (confrontato con un altro tipo di intervento psicologico standard) per migliorare l'aderenza ai trattamenti farmacologici dei soggetti con schizofrenia.

Tale studio prevede la partecipazione dei pazienti ad otto sedute psicologiche e l'utilizzazione di una ricca serie di strumenti e di scale valutative. Inoltre, già da alcuni anni, nei Servizi psichiatrici di Verona si svolgono incontri periodici strutturati, all'interno di un programma psicoeducazionale, con i familiari dei pazienti più gravi.

Questi incontri mirano, fra l'altro, a migliorare la collaborazione con le famiglie e garantire una buona accettazione delle cure.

Al di là delle strategie specifiche, ci sono naturalmente alcune raccomandazioni che ogni medico, di Medicina generale o psichiatra, può mettere in pratica per migliorare l'aderenza alle cure nei propri assistiti.

È molto importante coinvolgere attivamente i pazienti, spiegando il tipo di medicine prescritte, a cosa servono e quali sono i possibili effetti collaterali. È utile soffermarsi anche sui dubbi che ognuno può avere, valutando i pro e i contro di un tratta-

mento e ciò che esso comporta, anche da un punto di vista pratico. È necessario essere esaurienti e chiari nelle spiegazioni e prestare ascolto alle domande che possono nascere; questo, di solito, è un buon punto di partenza per creare un'alleanza terapeutica e facilitare l'adesione alle cure.

Non bisogna dimenticare di fornire indicazioni semplici e comprensibili, cercando di semplificare la terapia, per esempio, riducendo il numero di assunzioni quotidiane.

Infine, ci sono alcune raccomandazioni che ognuno di noi, quando si trova nel ruolo di "paziente", dovrebbe seguire. In primo luogo bisogna avere la forza, laddove vi siano dei dubbi o delle cose non chiare, di chiedere ed interrogare il proprio medico, senza il timore di fargli perdere

tempo o di indispettarlo mettendo in dubbio le indicazioni ricevute. Non si tratta, infatti, di dubitare della professionalità di chi ci sta di fronte, si tratta solamente delle necessità di capire la particolare situazione che si sta vivendo e il senso dei rimedi che ci vengono proposti.

Ciò che può sembrare chiaro in ambulatorio potrebbe non esserlo a casa: eventuali dubbi non dovrebbero portare a decisioni drastiche come quella di interrompere il trattamento, dovrebbero invece portare ad un nuovo contatto con il medico per chiarire i rischi e i benefici associati alla prosecuzione o interruzione della cura.

**Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica, Sezione di Psichiatria,*

***Università di Verona, e Dipartimento per la Salute mentale, Verona*



Alla mostra "La creazione ansiosa da Picasso a Bacon" opere incentrate sui problemi esistenziali

Cultura

51

L'ARTE COME TERAPIA

Chi più chi meno, tutti noi viviamo giornate all'insegna di piccole o grandi inquietudini. È lo stress della vita moderna, contro il quale ci metteva in guardia già negli anni Sessanta l'indimenticabile Ernesto Calindri in uno spot che appartiene alla storia della televisione.

Ciascuno di noi si difende come può. Lo stress va "scaricato": lo sport, gli hobbies, la lettura... ognuno ha le sue strategie. Sicuramente sono pochi coloro che riescono a trasmettere le loro inquietudini sulla tela creando un capolavoro. È ciò di cui sono stati capaci gli artisti ai quali la Galleria d'arte moderna di Palazzo Forti ha dedicato la mostra "La creazione ansiosa, da Picasso a Bacon" che da settembre a gennaio ha focalizzato su Verona l'attenzione di quanti in un quadro cercano una chiave di lettura dei problemi esistenziali. Frutto di una lunga indagine la mostra, curata da Giorgio Cortenova, ha coinvolto 80 prestatori, di cui 40 collezioni pubbliche, mettendo a confronto 90 grandi protagonisti dell'arte moderna con 200 opere esposte.

"La straordinaria fioritura dei linguaggi che inaugura ed attraversa il Ventesimo secolo nasce dalla rivolta contro i modelli interpretativi ottocenteschi - scrive Cortenova -: anziché rappresentare il mondo attraverso le alterne vicende degli stili, i nuovi linguaggi navigano nel mare minaccioso di un pensiero che ha perduto i tradizionali riferimenti e che si appresta a penetrare nelle zone inesplorate della psiche". L'uomo del Novecento ha perso, o, meglio, ha messo in discussione riferimenti morali e idealità tramandate per secoli. Spazzata dal gelo di morte di due guerre mondiali, la sua vita è ripiegata nell'ascolto di voci interiori, ansie e paure. La depressione è un fantasma in agguato. Quest'uomo sofferente impara a chiedere aiuto



Lucian Freud, autoritratto; sopra, la copertina del catalogo della mostra che si è tenuta a Verona da settembre a gennaio

all'analista, allo psicologo, allo psichiatra e cerca nei farmaci un equilibrio che da solo fatica a trovare. Si rifugia anche nell'arte e, se è un maestro, dalla "terapia" nasce un capolavoro.

Il percorso della consapevolezza - ben documentato dalle opere in mostra e dal catalogo - è doloroso, ma necessario per approdare ad una nuova maturità. Quanto all'ansia, mettiamola in conto quale partner probabilmente ineludibile di giornate troppo impegnate. Impariamo a dichiararla senza tema di esser catalogati come nevrotici. Scopriremo che possiamo condividerla con gli altri ed esorcizzarla con qualche piccolo stratagemma. Magari acquistando una piccola tela, colori e pennelli...

(M.F.C.)

L'eredità di Girolamo Fracastoro 500 anni dopo le sue scoperte

di Giuseppe Ferrari*

Il 450esimo anniversario della morte di Girolamo Fracastoro (1478-1553) è trascorso senza grandi celebrazioni, anche se varie istituzioni cittadine tengono vivo il suo nome e la Piazza dei Signori, fra le statue di celebri personaggi locali, ospita anche la sua.

All'illustre veronese è stato però intitolato alla fine del 2002 il nuovo Ospedale in fase di ultimazione a San Bonifacio ed è proprio lui a dare il nome alla rivista della Scuola medica ospedaliera di Verona.

Il Dipartimento di Storia dell'Università di Verona, per iniziativa del professor Alessandro Pastore, gli ha dedicato un convegno, che si è svol-

to tra Verona e Padova nei giorni 9-11 ottobre 2003 e numerosi studiosi, italiani e stranieri, hanno approfondito i multiformi aspetti della figura del grande filosofo e medico del '500, docente all'Università di Padova e archiatra di Paolo III. Egli fu tra i primi a supporre che le infezioni fossero causate da germi capaci di moltiplicarsi nell'organismo ospite e di trasmettere il contagio tramite la respirazione.

A partire dalle uniche due raffigurazioni sicure del Fracastoro, nel convegno sono stati esaminati criticamente i vari ritratti a lui attribuiti, ricostruendo la cerchia veronese formata da pittori ed architetti che il

Fracastoro frequentò e lamentando la perdita degli affreschi del Brusaporzi sulla facciata del palazzo Fiorio Della Seta, in cui erano rappresentati il medico ed un altro grande collega veronese, Gian Battista Da Monte. È stato descritto l'ambiente in cui il medico-filosofo visse tra Incaffi e le pendici orientali del monte Baldo. Qui, con i suoi amici più cari, egli approfondì i segreti della poesia, della conoscenza e dell'anima e qui, con l'osservazione del cielo stellato, tentò un ardito superamento della teoria di Tolomeo, avvicinandosi alle idee di Copernico che conobbe e frequentò a Padova negli anni universitari.





Una veduta del lago di Garda, dove Fracastoro ha vissuto. Nell'altra pagina, la statua a lui dedicata che si trova in Piazza dei Signori a Verona

Con accurate ricerche d'archivio sono stati ricostruiti quegli anni, cercando di dipanare le fila documentarie relative alle frequentazioni del gruppo veronese, agli studi ed alla laurea in medicina. Gian Maria Varanini ha esplorato l'ambiente familiare di Fracastoro, di modesta levatura sociale, e le vicende storiche nelle quali si trovò coinvolto e che si riferiscono alla grave crisi della Repubblica di Venezia prodotta dalla Lega di Cambrai, con pesanti risvolti sulla città di Verona. Tra queste vicende storiche Alessandro Pastore ha enucleato, in particolare, il ruolo tenuto da Fracastoro nei primi anni del Concilio di Trento, quando, scelto dal Papa come "proto medico", contribuì allo spostamento di quel consesso nella città di Bologna, stilando una relazione, assai criticata, in cui certificava la presenza nella città di Trento di un'epidemia di tifo petecchiale. La curiosità insaziabile, che ha fatto del Fracastoro uno dei personaggi più significativi della cultura del primo Rinascimento, l'ha visto spa-

Di curiosità insaziabile, fu tra i personaggi più significativi del Rinascimento

ziare dalla Medicina all'Astronomia, dalla Geografia alla Geologia, alla Filosofia.

Le sue opere letterarie, inoltre, si caratterizzano per una qualità poetica che ha reso l'autore giustamente famoso presso i contemporanei ed i posteri. Nel poema "Syphilis sive de morbo gallico", oltre ad aver descritto da medico la grave malattia che imperversò in forma quasi epidemica per quasi cent'anni dalla scoperta delle Americhe, mettendo a disposizione quella denominazione - sifilide - con la quale fu tramandata, Fracastoro riuscì a comporre uno dei più perfetti poemi scritti in latino di quel periodo storico.

I suoi interessi astronomici e le teorie espone nella sua opera gli "Omocentrici", che volle dedicata al papa Paolo III, sono stati valutati nel Convegno assieme al metodo con il quale Fracastoro fu in grado di anticipare razionalmente l'ipotesi che i fossili di Bolca fossero dei sedimenti marini che i rivolgimenti delle ere geologiche hanno distribuito sulla superficie terrestre.

Si è parlato anche degli interessi geografici condivisi con il Ramusio ed altri. Dopo la scoperta dell'America, anche con il suo contributo, furono realizzati orti botanici per garantire a Venezia la disponibilità di spezie e prodotti del Mondo Nuovo. L'attenzione di alcuni relatori è stata rivolta all'approfondimento delle idee e delle ipotesi di Fracastoro sulla diffusione delle malattie e le modalità del contagio, con la descrizione di particelle viventi, specifiche.

Per secoli l'attenzione degli studiosi sia in Italia che all'estero è stata rivolta alla figura del Fracastoro letterato e filosofo. Della sua fortuna critica nel Settecento, esemplificata nell'opera di Scipione Maffei, ha parlato Gian Paolo Marchi. L'importanza del contributo dei medici veronesi alla conoscenza degli studi di Fracastoro è stata ricordata nella mia relazione. Partendo dai contributi di Cervetto, nella prima metà dell'800, indispensabili per conoscere i grandi medici veronesi del Quattro-Cinquecento, tra Padova e Verona, si giunge all'apporto di Roberto Massalongo e di Francesco Pellegrini.

Il primo fu il vero precursore, perché da medico con conoscenze moderne riuscì a leggere, nelle opere mediche del Fracastoro, affermazioni che sarebbero state verificate centinaia d'anni più tardi. Il Pellegrini, con la sua paziente opera d'archiviazione, mise a disposizione degli studiosi trascrizioni e traduzioni di opere fracastoriane di contenuto medico, conservate nella Biblioteca Capitolare di Verona.

** Membro dell'Accademia di Agricoltura, Scienza e Lettere*

Capire l'atteggiamento dei cani

Cani aggressivi e morsicatori finiscono sui titoli dei giornali. In realtà all'origine dei comportamenti violenti di un animale spesso vi è un difetto di comunicazione con l'uomo o, peggio, vi possono essere da

parte dell'uomo maltrattamenti che incidono sulla "personalità" del cane.

Il tenero cucciolo che ci ha conquistati non è un *pelouche*, ma un animale da rispettare ed educare per

farne l'amico fedele di ogni giornata. In queste pagine il dottor Francesco Ferrarini, direttore del Servizio Veterinario multizonale dell'Ulss 20, ci dà alcuni consigli utili soprattutto in presenza di un cane sconosciuto.

SE IL CANE È...	QUESTE LE PRECAUZIONI
Dominante tra i suoi simili	Non dargli troppo confidenza Non insistere con le carezze Non guardarlo direttamente negli occhi Non sfidarlo, neppure per gioco Non posiamogli la mano sulla testa Fermarsi ad una certa distanza dal cane
Possessivo	Non avvicinarlo quando mangia Non cercare di sottrargli oggetti di gioco
Protettivo e guardiano	Aspettiamo che il proprietario tranquillizzi il cane, altrimenti anche il semplice gesto di dare la mano può essere interpretato come offesa e scatenare la reazione a difesa del padrone Non cerchiamo di accarezzare i cuccioli in presenza della madre
Predatore	Non bisogna correre Non lasciare bambini piccoli (sotto i 5 anni) da soli con i cani Non tentiamo di dividere due cani che si azzuffano, di solito si riappacificano subito quando non sono addestrati a combattere
Spaventato	Lasciamogli una via di fuga se retrocede Osserviamo se guarda di lato e ringhia Aumentiamo la distanza tra noi e il cane



Le morsicature più frequenti sono a carico di bambini e ragazzi, è importante educarli ad un corretto rapporto con gli animali nell'interesse di tutti, in particolare:

- mai correre verso cani sconosciuti, ma attendere siano loro ad avvicinarsi per sentire il nostro odore;
- posizionarsi di lato e mai frontalmente, senza agitare le braccia
- non infilare testa o arti oltre un recinto dove si trova un cane libero;
- non correre voltando le spalle ad un cane che ci insegue, ma fermarsi ad una distanza di alcuni metri, volgendo lo sguardo di lato;
- un cane ferito può reagire per dolore; attendere l'intervento di personale esperto nelle operazioni di soccorso;
- non tenere cani a catena corta e fissa per molto tempo, oppure in box eccessivamente stretti per la taglia.

L'Unità operativa del Policlinico ristrutturata in soli cinque mesi. Investiti 400 mila euro

Reparti

55

UN LIFTING VELOCE PER ENDOCRINOCHIRURGIA

Poco prima di Natale, durante la visita pastorale al Policlinico, il vescovo padre Flavio Roberto Carraro, accolto dal direttore generale Valerio Alberti, ha benedetto le nuove stanze di degenza dell'Unità operativa di Endocrinochirurgia, completamente ristrutturate in soli 5 mesi. Per l'alta qualificazione della prevalente attività di Chirurgia pancreatico, il reparto, diretto dal professor Paolo Pederzoli, è centro di riferimento nazionale. Ha partecipato alla cerimonia anche l'onorevole Francesca Martini. Erano presenti i professori Roberto Vecchioni e Alberto Ottolenghi (nella foto con il professor Pederzoli).

Il reparto situato al terzo piano e dispone di 27 posti letto, cui si aggiungono alcuni posti di Day-Surgery.

La ristrutturazione è stata totale, con un investimento di circa 400 mila euro. Tutti gli impianti sono stati rinnovati e si è elevato il comfort per il degente: le camere da 4 letti sono state tutte dotate di bagno. Il reparto è oggi molto accogliente e la sua ristrutturazione può essere considerata pilota: è in programma, infatti, anche la ristrutturazione dei reparti di degenza delle Chirurgie A e C e quella del blocco operatorio centrale.

Attualmente al terzo piano del Policlinico è ospitata un'area chirurgica di complessivi 97 posti letto e 6 posti di Day-Surgery. Oltre all'Endocrinochirurgia vi sono comprese la Chirurgia A, diretta dal professor Gennaro Rosa (42 posti letto, dei quali 10 dedicati ad attività di chirurgia vascolare) e la Chirurgia C, diretta dal professor Giovanni Serio (28 posti letto di chirurgia generale).

Per quest'anno, sempre al Policlinico è annunciata anche l'inaugurazione del nuovo blocco operatorio situato sotto il Pronto Soccorso. È composto da 6 sale per attività di chirurgia spe-



cialistica: Ortopedia, Chirurgia della mano, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria e Chirurgia maxillo-facciale. All'ottavo piano, finanziati dall'Ail, sono in corso anche i lavori di ristrutturazione dell'Ematologia diretta dal professor Giovanni Pizzolo.

A fianco, da sinistra, il professor Alberto Ottolenghi di chirurgia pediatrica, il professor Paolo Pederzoli di endocrinochirurgia e il professor Roberto Vecchioni.

Nella foto sopra, invece, il vescovo Padre Flavio Carraro visita i degenti di endocrinochirurgia.

OSPEDALE ACCOGLIENTE



la parola l'on. Francesca Martini, il vicepresidente della provincia Antonio Pastorello e il sindaco Paolo Zanotto.

Il prorettore dell'Università degli Studi di Verona, Alessandro Mazzucco, ha approfondito il valore della presenza universitaria nell'Azienda. "Ospedale, ricerca e formazione devono formare un tutt'uno - ha detto Mazzucco - con risorse adeguate, per una prospettiva di vita sempre migliore". L'incontro ha visto alternarsi la voce degli operatori dell'Azienda (Carlo Vivenza, Cristina Ferrari, Patrizia Palella e padre Giacomo) e quella delle associazioni che collaborano attivamente con l'ospedale: Roberto Buttura per il Centro dei diritti del malato, Maria Grazia Viapiana per Abeo, Daniel Lovato per Ail, Paolo Ferrari per Fevoss. Non sono mancati neppure i sindacati confede-

"L'ospedale, una casa per la salute" è il titolo dell'incontro al centro "G. Marani" con il quale l'azienda, il 22 dicembre, ha concluso il 2003. L'iniziativa ha preso lo spunto dalla convocazione della Conferenza dei Servizi prevista dal legislatore quale opportunità per migliorare il livello d'informazione e di partecipazione del cittadino alla programmazione sanitaria. Si è voluto aprire un nuovo spazio di dialogo e di confronto che si ripeterà annualmente, inserito in una strategia di comunicazione per il miglioramento continuo della qualità dei servizi.

L'incontro ha offerto l'occasione al direttore generale Valerio Alberti per presentare il "Progetto accoglienza": una serie di novità organizzative che saranno introdotte per migliorare accessibilità ai servizi e comfort delle strutture. Vi sarà, ad esempio, la possibilità di aprire la cartella clinica direttamente in reparto e la stampa dei referti clinici alle casse.

Novità sono in vista anche per le prenotazioni, con la creazione di un call center con numero unico aziendale. L'incontro è stato corale. Hanno preso



Due momenti del convegno "L'ospedale, una casa per la salute" che si è svolto al centro Marani a fine 2003; in alto il tavolo dei relatori, con l'intervento dell'onorevole Francesca Martini, mentre il sindaco Paolo Zanotto ascolta; qui sopra il pubblico presente all'appuntamento, che sarà ripetuto ogni anno

rali con Antonello Bova. Si è dimostrato che, a ben vedere, in ospedale non c'è un "dentro" e non c'è un "fuori": c'è un essere per la salute, un fare per la salute che crea un interscambio continuo, un'osmosi con la città.

(M.F.C.)



Ignoto pittore seicentesco, *Visitazione*. Collezione dell'Azienda Ospedaliera di Verona