

La Salute e la Città

anno 3 - numero 4
Dicembre 2005
Registrazione n. 1567 del
11.11.03 del Tribunale di Verona

Editore

Azienda Ospedaliera di Verona
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona

Direttore responsabile

Maria Fiorenza Coppari

Direttore editoriale

Valerio Alberti

Comitato editoriale:

Francesco Calabrò, Giampaolo Chiaffoni, Franco Colletta, Bernardo Dalla Bernardina, Giuseppe Ferrari, Luciano Flor, Roberto Fostini, Giovanna Ghirlanda, Alessandro Lechi, Vincenzo Locascio, Augusto Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna Pirana, Francesco Procaccio, Giovanna Scroccaro, Luciano Sterzi, Michele Tansella, Stefano Tardivo, Salvatore Toscano, Emanuela Zandonà, Rosaria Zanon

Redazione e Pubblicità

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

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Consulenza informatica

Luca De Vita

Giornalisti collaboratori

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

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

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

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

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

La Salute

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

e la Città

Sommario

EDITORIALE

Progetti innovativi per il 2006
di *Valerio Alberti* pag. 1

IL PUNTO

Tre anni insieme a voi
di *Maria Fiorenza Coppari*
Del Giglio pag. 2

PRIMO PIANO

Strutture.
Spazi e servizi migliori pag. 3
Ortopedia.
"Dolci" interventi
di *Alessandro Azzoni* pag. 5
Focus.
Studiare da genitori
di *Valeria Zanetti* pag. 8
Oncologia.

Prevenzione in rosa
di *Luciano Flor, Giulia Bisoffi,*
Paolo Costa pag. 13

Trapianti.
Una data storica
di *Elena Zuppini* pag. 15

Dossier.
Curarsi senza tremore
di *Elena Zuppini, Michele Tinazzi,*
Sarah Ottaviani, Emiliana Fincati,
Laura Bertolasi pag. 17

Studi.
Epidemia silenziosa
di *Alessandro Azzoni* pag. 28

Intervento.
L'etica delle scelte
di *Franco Toniolo* pag. 32

Malattie rare.
Il coraggio di Rosa pag. 33
Zoom.

Superare il trauma
di *Dino Barisoni, Maurizio*
Governa, Massimo Franchini,

Guido Rocca pag. 34
Psicologi.

Attacchi di panico
di *Paola Arosio* pag. 40

In primo piano.
Se il tempo è cruciale

di *Valeria Zanetti* pag. 43

Convegni.
Forum sul melanoma

di *Paola Arosio* pag. 47

Obesità.
Meno tv, più sport

di *Ilaria Noro* pag. 49

Solidarietà.
In tv per la ricerca

di *Anna Laura Folena* pag. 51

L'intervista.
Un nemico subdolo

di *Romina Gobbo* pag. 53

RUBRICHE

MEDICO DI FAMIGLIA
La collaborazione col paziente
di *Gelmino Tosi* pag. 7

FARMACI E INFLUENZA
Vaccinarsi contro l'influenza
di *Chiara Alberti* pag. 25

I DIRITTI DEL MALATO
La gestione del rischio clinico
di *Lucia Poli* pag. 39

INCONTRI
Quando si è malati e stranieri
di *padre Giacomo Bonaventura* pag. 42

DENTRO DI NOI
La forza della speranza
di *Lorenzo Gobbi* pag. 46

AMICI ANIMALI
Polli sotto controllo
di *Anna Laura Folena* pag. 55

URP
Dalla parte dell'utente
di *Salvatore Toscano* pag. 56

Progetti innovativi per il 2006

1

di Valerio Alberti*

L'anno che volge al termine ci ha consentito di avviare la riorganizzazione delle nostre sedi ospedaliere di Borgo Trento e Borgo Roma, sia sotto il profilo gestionale che strutturale. All'ospedale civile maggiore abbiamo completato la realizzazione delle opere tecnologiche che doveva precedere l'inizio dei lavori per la costruzione del nuovo Polo chirurgico. Il cantiere è ora aperto ed i lavori procedono secondo i tempi previsti. Nel frattempo continuano gli interventi alle strutture esistenti sia all'Ocm che all'ospedale policlinico di Borgo Roma, per il quale è stato predisposto un finanziamento *ad hoc* che ci permetterà di migliorare tangibilmente il livello di accoglienza e comfort.

Nonostante la mole di adempimenti che tali attività comportano e la necessità di seguirne costantemente e direttamente l'avanzamento, abbiamo voluto dedicarci anche a progetti destinati ad aprire orizzonti innovativi per la sanità locale e regionale. Come annunciato, Verona sarà sede dell'Istituto veneto per le Neuroscienze, cogliendo l'occasione per valorizzare l'eccellenza che l'ospedale di Verona già esprime nel campo della ricerca e cura delle discipline neurologiche e neurochirurgiche.

Ma l'Istituto non sarà l'unico progetto innovativo che si concretizzerà nel 2006. L'anno venturo vedrà la nascita del Centro per le Ricerche cliniche sul farmaco che farà di Verona un polo di riferimento nazionale per il settore. Il Centro sarà dedicato alla ricerca di fase I e fase IIa. Ciò significa intercettare e trattenere in Italia studi clinici che servono a testare, dapprima su volontari sani (fase I) e successivamente sui pazienti (fase IIa), la sicurezza e l'efficacia di un nuovo farmaco. Ricerche di questo tipo sinora sono state affidate soprattutto a Centri stranieri. Il progetto veronese avrà perciò ricadute positive non solo di tipo economico, ma sarà anche un'opportunità interessante per l'univer-



sità e per offrire possibilità di lavoro ai giovani ricercatori. Quanto agli utili, essi saranno utilizzati per sostenere progetti di ricerca indipendenti, in supporto al servizio sanitario nazionale. Ciò significa la possibilità di finanziare ricerche che normalmente risultano "orfane", perché interessano patologie rare o di nicchia, a beneficio di pazienti che chiedono d'essere aiutati a curare malattie talvolta molto gravi, ma purtroppo troppo rare per risultare interessanti per la grande industria farmaceutica. Questa ricaduta etica ci sembra un valore aggiunto di non poca entità.

Per avviare il Centro che, in attesa di sede definitiva, sarà ospitato all'ottavo piano dell'ospedale policlinico di Borgo Roma, ci avvarremo dell'esperienza di ricercatori provenienti da Glaxo Smith Kline. Abbiamo già prenotato i primi progetti di ricerca. Le finalità del nuovo Centro sono condivise dalla Regione Veneto, interessata a sviluppare iniziative di qualità sulla politica del farmaco e progetti di creazione di reti di cooperazione regionale in vari settori dell'attività sanitaria.

Di particolare rilievo è la condivisione dell'iniziativa ed il supporto che ci vengono dall'Agenzia italiana del farmaco il cui direttore, Nello Martini, già da qualche anno insiste sulla necessità di spingere sulla ricerca nelle Aziende sanitarie. L'Aifa sta dedicando particolare attenzione alla promozione della ricerca farmaceutica in Italia, cercando di rimuov-

vere i problemi che hanno sinora ostacolato e limitato le iniziative in questo settore che vede altre Nazioni, come Francia, Spagna, Regno Unito, estremamente competitive.

Il nostro Centro ricerca – il primo in Italia in ambito pubblico – si configurerà come una srl che come socio unico avrà l'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona. Questo assetto ci permetterà di essere sul mercato con spirito e flessibilità imprenditoriali. Il Centro sarà aperto a qualsiasi linea di ricerca in sperimentazioni cliniche di fase precoce, promosse da strutture pubbliche e private, universitarie o ospedaliere, nazionali o straniere.

Accanto ai tradizionali studi di farmacologia clinica per valutare la tollerabilità e la farmacocinetica (modalità d'assorbimento, distribuzione, biotrasformazioni ed eliminazione) di nuovi composti, il Centro sarà in grado anche d'offrire modelli sperimentali e tecniche per raccogliere in fase precoce segnali importanti legati alla farmacodinamica, cioè agli effetti biochimici e fisiologici dei farmaci e dei loro meccanismi d'azione. Riteniamo di poter realizzare circa 18 studi l'anno a regime, partendo da 5 studi in fase iniziale per i primi due anni e potremo disporre all'avvio di un archivio di 700 volontari sani che potenzieremo in seguito sino a coinvolgere 1.000-1.200 soggetti.

Riteniamo che il Centro per le Ricerche cliniche sul farmaco sarà una nuova occasione per dimostrare, se ancora ve ne fosse bisogno, l'eccellenza della Medicina veronese, intesa anche come capacità di sviluppare ricerca e di trasformarla in nuove possibilità di cura. Queste, assieme alla didattica, sono del resto le prerogative della nostra Azienda, un ospedale che sempre più cercherà di cogliere e sviluppare le opportunità che derivano dall'integrazione fra la componente ospedaliera e quella universitaria per offrire ai pazienti la più alta qualità dei servizi e delle cure.

Tre anni insieme a voi

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Cari lettori, con questo numero chiudiamo il terzo anno di vita della nostra rivista, pronti a proiettarci nel prossimo. Sinora abbiamo scrupolosamente rispettato l'appuntamento trimestrale, confortati dal vostro interesse che è andato aumentando di numero in numero. Lo testimoniano le telefonate che giungono in redazione ogni volta che viene distribuito un nuovo numero.

Il nostro obiettivo era quello di aprire un nuovo canale di conoscenza e di dialogo fra l'ospedale e i cittadini e crediamo di esserci riusciti. La rivista piace ed è utile. A dirlo non siamo noi, ma un'indagine realizzata quest'anno da Maya Idee, che fotografa il parere dei lettori de *La Salute e la Città*. In molti hanno risposto al questionario di ricerca allegato al periodico e a tutti, in segno di ringraziamento, è stata inviata la nuova Carta dei Servizi dell'ospedale Borgo Trento o del policlinico di Borgo Roma realizzate dall'Ufficio relazioni con il pubblico (ma stiano tranquilli quanti non hanno partecipato: le Guide sono a disposizione per tutti nelle sedi ospedaliere).

Tre le domande rivolte ai lettori, per sapere di più sulla diffusione del giornale e per scoprire come viene giudicato.

Molto alte sono risultate le percentuali di gradimento della rivista, 56 pagine ricche di informazioni, consigli, novità. Nella classifica delle parti più interessanti, si colloca al primo posto la presentazione dei reparti e della loro attività, con quasi il 72 per cento di gradimenti. Seguono a breve distanza i servizi sulle attualità mediche, con più del 50 per cento di preferenze, e le rubriche, con poco più del 42 per cento. Ben l'85,5 per cento del campione giudica importante, la presenza della rivista, la definisce "particolarmente utile" e ritiene fondamentale che le strutture sanitarie abbiano un proprio organo di comunicazione, che permetta ai cittadini di conoscere come funzionano i servizi. L'11% degli intervistati afferma



che il giornale è utile, ma lo legge occasionalmente, mentre nessuno sostiene che sia inutile o poco importante. Per quanto riguarda la diffusione, a quasi il 70 per cento del campione la rivista viene consegnata con *L'Arena*, mentre sono molti (il 22,8 per cento) anche coloro che l'hanno conosciuta e la leggono in ospedale. Alle informazioni attinte dall'indagine aggiungiamo il gradimento che ci viene espresso attraverso i medici di famiglia che mettono la rivista a disposizione dei pazienti nelle sale d'attesa e ne riferiscono l'interesse: la rivista viene letta con attenzione. Sono piaciuti in particolare i dossier che hanno presentato approfondimenti e molti consigli pratici per affrontare malattie che hanno forti ripercussioni sociali.

I lettori dimostrano di gradire un approccio ai problemi della salute che tenga conto di tutte le conseguenze derivanti dalla malattia, con particolare riferimento ai problemi psicologici.

Ciò non ci sorprende, ma semmai conferma, la riflessione di fondo che ci ha spinti a dar vita a questa iniziativa editoriale. Negli ultimi anni i bisogni di salute, gli atteggiamenti e le attese dei cittadini si sono trasfor-

mati. Nel frastuono mediatico quotidiano si parla troppo di salute, con il rischio di passare informazioni affastellate che finiscono per provocare disorientamento.

C'è bisogno di informazione chiara, attendibile e affidabile. C'è desiderio di conoscere meglio i medici e le strutture a cui ci affidiamo. C'è bisogno di percepire non solo la professionalità, ma anche la partecipazione umana degli operatori sanitari, medici ed infermieri, ai nostri problemi. Perciò serve uno strumento pensato per essere divulgativo e comprensibile.

Per questo abbiamo voluto che la rivista avesse una vera redazione giornalistica, in grado di affiancare medici e infermieri protagonisti dei servizi. È doveroso, però, ringraziare anche tutti coloro che hanno steso direttamente i loro testi, perché hanno saputo adeguarsi a criteri di semplificazione e sintesi ben diversi da quelli utilizzati per le pubblicazioni scientifiche.

Un grazie va anche al Comitato editoriale, il motore culturale di questa iniziativa che distingue il nostro ospedale a livello nazionale. Informazione e comunicazione sono centrali per il processo di rinnovamento della sanità e per sostenere le attuali sfide del settore della salute: esse contribuiscono, infatti, a costruire modalità di cura e assistenza più appropriate, più condivise, più efficaci.

Del resto, fare salute significa anche comunicare attivamente con il cittadino per informarlo, fargli conoscere le possibilità terapeutiche, presentargli i servizi dei reparti, avvicinarlo ai professionisti che mettono a sua disposizione la loro esperienza. Ed è proprio questo ciò che la *Salute e la Città* continuerà a fare.

Buon Natale e felice Anno Nuovo!

Nuove sedi più moderne e funzionali per alcuni reparti al Policlinico e a Borgo Trento

Strutture

SPAZI E SERVIZI MIGLIORI

L'autunno ha portato novità sia all'ospedale policlinico di Borgo Roma che al Civile maggiore di Borgo Trento. Vediamole in dettaglio.

L'Unità operativa clinicizzata di Oncologia medica, diretta dal professor Gianluigi Cetto, si è trasferita dall'ospedale di Borgo Trento nel nuovo edificio Sud del Policlinico "G.B. Rossi" di Borgo Roma. La grande e modernissima struttura è stata ultimata a febbraio e si sviluppa su 5 piani ed una superficie totale di oltre 12mila metri quadrati. È stata realizzata dall'Azienda ospedaliera con un investimento di oltre 20 milioni di euro, di cui più di 5 sono stati finanziati con una donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Verona destinata, in particolare, proprio alla struttura oncologica.

La nuova Oncologia di Borgo Roma è situata al terzo piano dell'edificio. L'Unità dispone di un'area complessiva di quasi 2mila metri quadrati, dei quali 970 riservati alle degenze, con 24 letti dislocati in 9 stanze a 2 posti e 6 singole. Entro l'anno saranno attivati anche gli ambulatori ed il day-hospital. Attività ambulatoriali, di day-hospital e consulenze per i reparti continueranno ad essere erogate anche all'ospedale di Borgo Trento. In tal modo, secondo il programma predisposto dalla Direzione generale, i pazienti oncologici avranno maggiori opportunità di accedere ai servizi loro dedicati, potendo usufruire di due poli ospedalieri per le attività ambulatoriali e di day-hospital (come le chemioterapie), in base alle esigenze terapeutiche ed a quelle personali. Il day hospital prevede 10 posti letto per pazienti in trat-



U.O. clinicizzata di Oncologia medica.
Sotto, U.O. clinicizzata di Salute mentale

tamento e 6 ambulatori visita che, completati dalle sale di attesa per i pazienti e dai locali di lavoro dei medici e degli infermieri, occupano una superficie di 510 mq. L'attività oncologica è di tipo misto (assistenziale e di ricerca).

Le neoplasie che maggiormente assorbono le risorse della struttura sono le neoplasie della mammella (35%), del polmone (20%), del colon-retto (20%), del pancreas (10%), dei linfomi (5%), altre neoplasie solide (10%).

Nel 2003 i pazienti in ricovero ordinario dimessi sono stati 1.028, mentre 2.164 hanno usufruito del ricovero in day-hospital per complessivi 12.850 accessi. 1.482 pazienti hanno effettuato la chemioterapia in day hospital, 673 in ricovero ordinario.



La Struttura è sede di Centri di riferimento regionale a carattere oncologico quali il Centro oncologico regionale.

Il 6 novembre anche l'Unità operativa clinicizzata di Malattie infettive, diretta dal professor Ercole Concia, si è trasferita nel nuovo edificio Sud dell'ospedale policlinico "G.B. Rossi" di Borgo Roma. L'Osservatorio epidemiologico di infettivologia, di cui è responsabile il dottor Maurizio Solbiati, è rimasto, invece, nell'ospedale di Borgo Trento.

L'area destinata alle malattie infettive è situata su due piani della modernissima struttura collegata, da un tunnel aereo coperto, al corpo centrale del Policlinico. Al primo rialzato si trovano degenze diurne (day hospital), ambulatori e studi medici, cui sono destinati quasi mille metri quadrati, al secondo piano vi è l'area di 1.520 metri quadrati per le degenze ordinarie.

Il reparto di degenza è dotato di 25 posti letto, nella maggior parte in stanze singole. Ogni stanza ha servizi igienici privati, attrezzature per disabili, telefono, tv. La caratteristica che rende la Divisione clinicizzata struttura unica nel panorama ospedaliero veneto è che le tutte le stanze, oltre che climatizzate, sono dotate di flusso d'aria a pressione

negativa, garantendo in tale modo anche l'isolamento delle malattie ad alta trasmissibilità per via aerea (come, ad esempio, tubercolosi polmonare e Sars,) caratterizzate da elevata morbilità e mortalità. In regime di ricovero ordinario sono seguite tutte le patologie da infezione ed in particolare infezione da HIV, tubercolosi, infezioni nei pazienti trapiantati, epatiti virali acute e croniche, infe-

4 **S**trutture

zioni ossee e protesiche e malattie da importazione, come malaria ed altre.

Il day-hospital dispone di 4 ambulatori ognuno dei quali dotato di sala d'aspetto, per garantire la privacy degli utenti. Sono previsti 4 posti letto e 3 poltrone per la somministrazione delle terapie infusive e per le osservazioni cliniche. Sempre nel day-hospital sono ubicate due stanze appositamente attrezzate per l'esecuzione di manovre strumentali invasive quali le broncoscopie e le biopsie epatiche eco-guidate.

Al day-hospital afferiscono anche il Centro antirabbico per la sorveglianza e profilassi della rabbia umana ed un Centro per la prevenzione e profilassi delle malattie del viaggiatore, che fornisce anche suggerimenti sia per via telefonica che informatica.

L'ultima Unità operativa a trasferirsi, su una superficie totale di mq 440, dell'edificio Sud è stato il Servizio di Medicina delle dipendenze diretto dal professor Paolo Mezzelani.

Al secondo piano si svolgono le attività di ricovero con 4 stanze di degenza a 2 posti letto, che con l'area di supporto occupa una superficie di mq. 250. Al primo piano si trovano gli studi medici, la segreteria ed una ampia sala riunioni.

Il Servizio offre la possibilità di ricovero per le varie patologie legate alle molteplici forme di dipendenza. Le cure sono rivolte essenzialmente alla detossificazione (e avviamento a processo riabilitativo) da sostanze psicoattive, sia assunte singolarmente che in associazione. In regime di ricovero vengono trattate anche le forme più gravi di tabagismo non curabili ambulatorialmente. Criterio fondamentale e vincolante per ogni ricovero è l'aver programmato un iter riabilitativo extraospedaliero.

Esiste anche un attivo ambulatorio per i fumatori a cui ogni anno si rivolgono circa 500 persone che desiderano abbandonare le sigaret-



Sopra e sotto i nuovi ambienti dell'U. O. clinicizzata di Malattie infettive

te. Il trattamento è personalizzato e adattato alla tipologia del paziente e all'entità della dipendenza. L'attività ambulatoriale è rivolta anche a numerose altre problematiche che riguardano pazienti in trattamento detossificante da sostanze, con disturbi del comportamento alimentare, affetti da gioco d'azzardo patologico o da altre dipendenze.

All'ospedale di Borgo Trento hanno trovato nuova collocazione il I e II servizio del Dipartimento di Salute mentale di Verona. I servizi, diretti rispettivamente da Nicola Garzotto e Flavio Nosè, hanno lasciato la vecchia palazzina demolita per permettere l'apertura del cantiere del Polo chirurgico e sono stati trasferiti nel padiglione ex casa di cura all'ingresso dell'Ocm, sul lato che s'affaccia su via Mameli.



L'Azienda ospedaliera ha completamente ristrutturato gli spazi e li ha messi a disposizione dell'Ulss 20 che gestisce i Servizi psichiatrici. La nuova sistemazione ha migliorato l'operatività dei due Servizi sotto il profilo della funzionalità e dell'ospitalità alberghiera.

La sede dispone di spazi adeguati sia per le degenze – 14

posti letto per ciascun Servizio –, per le attività ambulatoriali, gli studi medici e le segreterie. Ognuno dei due Servizi psichiatrici dell'Ocm fa fronte in media a circa 300 ricoveri annui, con circa 4 mila giornate di degenza e forniscono ognuno circa 800 consulenze l'anno solamente al Pronto soccorso.

Sono stati adottati particolari accorgimenti tecnici per garantire la massima sicurezza ed incolumità ai pazienti, con accessi ai reparti controllati elettronicamente e finestre semifisse apribili soltanto con una chiave asportabile. Particolare cura è stata posta nella scelta dei colori e dei materiali per offrire un ambiente rilassato. I pazienti hanno a disposizione anche ambienti dedicati al ristoro ed allo svago, una stanza per fumatori con un sofisticato sistema di ricambio d'aria ed un giardino riservato.

Con la chirurgia artroscopica interventi mini-invasivi alla spalla. Ne spieghiamo i vantaggi

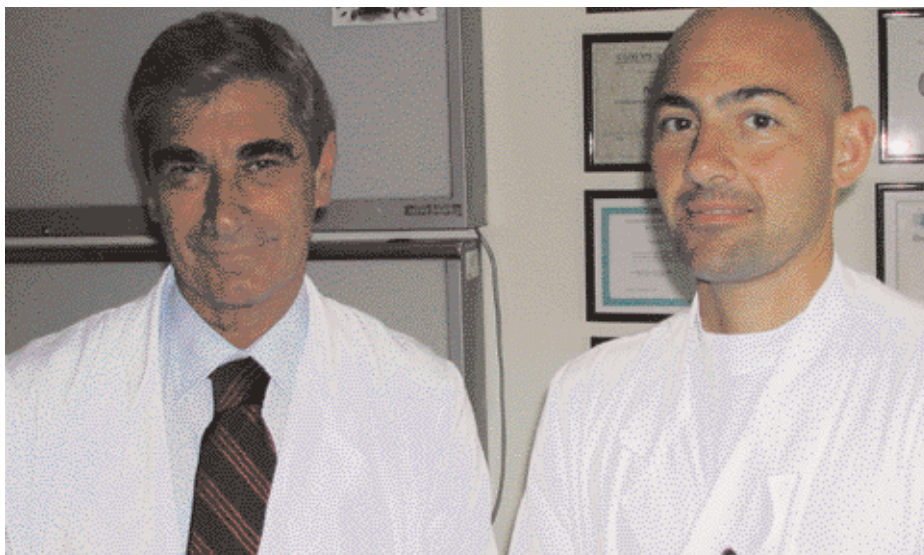
Ortopedia

5

“DOLCI” INTERVENTI

Un dolore intenso che insorge soprattutto durante la notte, difficoltà nei movimenti del braccio, fitte acute che colpiscono la spalla quando ci si pettina o quando si solleva semplicemente un oggetto. Sono i primi sintomi di un problema, quello della patologia della spalla e delle sue parti articolari, che negli ultimi anni ha trovato un valido strumento diagnostico e terapeutico nella chirurgia artroscopica.

La spalla è d'altra parte la zona del nostro corpo che muoviamo di più nel corso della vita nonché quella che possiede in assoluto il più ampio range di movimento. Sono i suoi motori, i muscoli e i tendini, ad essere quindi le vittime più frequenti. Ci riferiamo ad un grande spettro di patologie dolorose con cui molte persone convivono, rimandando magari un intervento che in moltissimi casi può essere definitivamente risolutivo. Parliamo delle tendiniti, delle borsiti e soprattutto delle lesioni ai tendini, definite anche come lesioni alla “cuffia dei rotatori” (in almeno il 50% dei casi il problema è questo). Ma ci sono anche patologie come l'instabilità acromio-claveolare, il conflitto subacromiale, l'inabilità scapolo-omeroale o semplicemente “della spalla” e la



Da sinistra: Pietro Bartolozzi, direttore U.O. clinica ortopedica dell'Ospedale Policlinico e il ricercatore Eugenio Vecchini

“spalla congelata”, per non parlare delle patologie degenerative come l'artrosi e la periartrite e di quelle traumatiche come le fratture della clavicola, dell'omero e le lussazioni traumatiche come la classica “uscita di spalla” degli sportivi.

L'ESPERIENZA VERONESE

Tutti problemi che la chirurgia artroscopica della spalla ha imparato a

fronteggiare con successo, tanto che nel corso degli ultimi anni si è osservato un incremento significativo di questa procedura, anche in regime di ricovero giornaliero. Specializzata in questo tipo di interventi è la Clinica ortopedica e traumatologica dell'Università di Verona diretta dal professor Pietro Bartolozzi e situata all'interno del Policlinico di Borgo Roma. Numeri alla mano, nel campo della chirur-

COS'È E COME VIENE UTILIZZATO L'ARTROSCOPIO

L'artroscopio è uno strumento operatorio grande circa come una penna a sfera. È dotato di una lente angolata ed è collegato ad un cavo a fibre ottiche. Una telecamera consente poi al chirurgo di osservare su uno schermo televisivo i tessuti e le strutture dell'articolazione che si vuole esaminare per un bilancio delle lesioni e per il successivo trattamento.

L'intervento chirurgico in artroscopia prevede l'utilizzo di strumenti da taglio di varie dimensioni e con diverse angolazioni atti a incidere,



sezionare, cucire e regolarizzare. A ciò si affiancano strumenti da presa che consentono di asportare corpi mobili, frammenti ossei o cartilagi-

nei e strumenti motorizzati più complessi dotati di frese di differenti diametri e con diverse funzioni. Per la loro introduzione all'interno dell'articolazione sono previste da due ad un massimo di sei vie d'accesso. L'incisione è solitamente molto piccola (da 1 a 2 centimetri), tanto da non richiedere punti di sutura e da poter essere chiusa da speciali cerottini che normalmente vengono rimossi 10/12 giorni dopo l'intervento.

(al.az.)

gia artroscopica della spalla l'attività della Clinica comprende circa 250 interventi all'anno, quasi il 20% dei circa 1.400 che nei 12 mesi vengono eseguiti in questa divisione, che comprende fra l'altro anche la chirurgia del ginocchio, del rachide, del piede, traumatologica e dell'anca.

UNA CHIRURGIA NON INVASIVA

Ad illustrare i vantaggi della tecnica chirurgica artroscopica è Eugenio Vecchini, ricercatore universitario della Clinica ortopedica alla facoltà di Medicina assieme al professor Matteo Ricci. «È una chirurgia definita "mini-invasiva" che ha rappresentato una vera rivoluzione nell'ambito della chirurgia ortopedica e che richiede una lunga curva di apprendimento. Inizialmente utilizzata per il ginocchio, in seguito ha visto estendere i suoi settori di applicazione ad altre articolazioni come la spalla, il gomito, la caviglia e il polso. L'artroscopia consente infatti di eseguire numerosi interventi all'interno dell'articolazione non "a cielo aperto", ma attraverso l'utilizzo di piccoli accessi di circa un centimetro, solitamente tre (uno posteriore, uno mediale e uno anteriore), praticati sulla pelle per permettere l'ingresso di un tubicino dotato di microcamera». Si tratta dell'artroscopio, uno strumento che attraverso un monitor permette di vedere con molta precisione le componenti anatomiche della spalla; mediante le altre due incisioni vengono poi introdotti speciali strumenti che permettono di riparare i tendini lacerati o di reinserirli all'osso se si sono staccati. Spesso si ricorre all'utilizzo di piccole viti metalliche o bio-riassorbibili che non devono poi essere rimosse. Tramite tre piccoli mini-accessi si

riesce quindi ad operare facendo tutto quello che si faceva fino a dieci anni fa con un intervento a cielo aperto. «I vantaggi sono chiaramente molteplici» prosegue il dottor Vecchini. «Le incisioni sono piccole, ed eseguite in anestesia periferica, gli interventi sono brevi, con rapida dimissione e con recupero post-operatorio che risulta meno o per niente doloroso e più veloce. Vi è infine una bassissima probabilità di interferire su tessuti non implicati».

STRUMENTO DIAGNOSTICO

Oltre ad un trattamento chirurgico mini-invasivo l'artroscopia della spalla è sempre più un essenziale

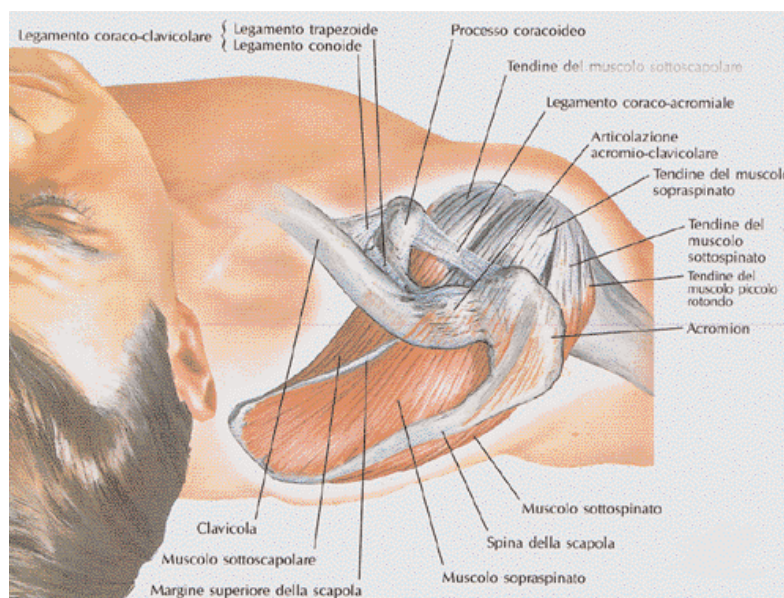
cause e gli effetti sono molteplici. Dolore, rigidità, debolezza in flessione, atrofia dei tendini. Spesso, il riposo, il ghiaccio, le sedute fisiatriche e infiltrazioni cortisoniche possono non bastare. La patologia più frequente è solitamente quella degenerativa. In questo caso il dolore insorge ad esempio quando si riduce lo spazio tra acromion e testa dell'omero, cioè lo spazio in cui scorrono i tendini della cuffia dei muscoli rotatori. Il dolore insorge anche quando la spalla diventa instabile per la lesione delle strutture capsulo-legamentose o quando cartilagini articolari sono definitivamente consumate e degenerate per effetto dell'artrosi.

«In questi casi la chirurgia interviene regolarizzando la superficie inferiore dell'acromion, attraverso un intervento di acromioplastica oppure trattando le lesioni tendinee o mobilizzando le spalle rigide» sottolinea Vecchini.

IL POST-OPERATORIO

La rieducazione post-operatoria è un momento fondamentale. Per quanto veloce possa essere la dimissione (spesso avviene già dopo 24 ore dall'intervento), la ripresa della normale attività lavorativa deve essere lenta e progressiva. In molti casi, specie negli esiti degli interventi ricostruttivi, il recupero funzionale completo può necessitare anche di 6-8 mesi, come pure il ritorno agli sforzi fisici e alla pratica agonistica. Inoltre, nei casi in cui le strutture ossee, articolari e tendinee risultino particolarmente usurate e degenerate, il recupero funzionale e la risoluzione della sintomatologia soggettiva possono non essere completi. La riabilitazione, non va dimenticato, deve ottimizzare il recupero del movimento, della forza e della stabilità attraverso uno scrupoloso rispetto dei tempi di guarigione dei tessuti.

Alessandro Azzoni



complemento diagnostico. «I rilievi clinico-anamnestici che portano all'intervento artroscopico – spiega Vecchini – devono partire dal momento in cui il dolore è insorto. L'iter diagnostico prevede un esame radiografico mirato, accompagnato eventualmente da un'ecografia. In molti casi è utile una risonanza magnetica nucleare. E va comunque ricordato che quasi l'80% delle patologie si può risolvere in sede fisiatrica, non quindi con una terapia di tipo chirurgico».

I SINTOMI E L'INTERVENTO

Quando e perché insorgono le principali patologie della spalla? Le

La collaborazione col paziente

7

di Gelmino Tosi*

Prendersi cura di sé significa accettare un cambiamento con l'aiuto del medico

Nel film *Chocolat* di Lasse Hallstrom, una ruvida Judy Dench, ammalata di diabete, ritrova la voglia di vivere concedendosi il proibito cioccolato fino al punto di morire, una notte, dopo una sensazionale abbuffata.

Si tratta di una delicata storia di riacquisto dei propri sentimenti da parte di un'anziana signora, una storia inventata, ma che suggerisce lo spunto per parlare del problema dell'aderenza alle prescrizioni mediche da parte dei pazienti, problema che noi purtroppo esprimiamo con un termine anglosassone: *compliance*.

Come di consueto mi limiterò ad esprimere delle idee ricavate dalla mia modesta pratica clinica, ma in questo caso suggerite anche da considerazioni personali, poiché chi scrive presidia indomito e senza pentimento i cento chilogrammi di peso da numerosi anni. È difficile cambiare un atteggiamento, un modo di alimentarsi, o rinunciare ad un'abitudine, senza percepirne il beneficio immediato e senza comprenderne la dannosità. Sì, poiché le cattive abitudini alimentari, così come il fumo o l'eccesso di alcolici non provocano danni immediati, ma sul medio e lungo termine.

«Io sto bene così!» È la risposta di molti pazienti. «Non mi sento ammalato, perché dovrei cambiare?»

Chi, al contrario, dal cambiamento di una dieta riceve un vantaggio immediato, vive meno difficoltà, perché ne percepisce quasi immediatamente il beneficio, come, per esempio, chi scopre di soffrire di morbo celiaco e abolisce il glutine, o l'intollerante al lattosio che elimina latte e latticini.

È dunque difficile cambiare stile di vita, che non significa solamente adottare restrizioni alimentari, ma anche aumentare l'attività fisica, diminuire le situazioni di stress.

Che fare allora?

Innanzitutto vige sovrana la libertà del paziente; nulla può essere imposto. Io penso che vada presa in considerazione anche una certa dose di buon senso e il calcolo dei danni e dei benefici di certi comportamenti dannosi. Per esempio la maggior parte

dei miei pazienti con gravi problemi psichiatrici fuma moltissimo e nonostante si cerchi, in accordo con i colleghi psichiatri, di limitare questa abi-



tudine, essa non è il problema maggiore e spesso si finisce per soprassedere.

Non servono a nulla nemmeno gli atteggiamenti di terrore e di minaccia: «Se lei non dimagrisce morirà!» Metodi da Gestapo sono destinati a fallire. Infatti chi ha difficoltà a cambiare uno stile di vita, non è del tutto inconsapevole del suo problema, ma tende ad escluderlo, ad ignorarlo, a negarlo.

Per cui un atteggiamento che amplifica il problema non farà altro che ingigantire anche i meccanismi psicologici di negazione dello stesso. Il paziente cambierà medico o dietologo, nessuno sopporta di essere colpevolizzato per qualcosa che di fatto non per-

cepisce come errore.

Quando ciò avviene, i pazienti lo riferiscono: «Non mi mandi più da quello!» D'altra parte un obeso non è certo un delinquente!

Ci sono situazioni in cui è più conveniente, sotto la guida di un esperto, dare un taglio deciso all'abitudine sbagliata come nel caso dell'alcool e del fumo, ma per l'obesità è meglio dare al paziente degli obiettivi realistici, sempre per non cozzare contro la sua efficientissima capacità di negazione.

L'impegno che prende il paziente non deve tagliarlo fuori dalla vita sociale e familiare, non deve essere costretto a mangiare da solo in orari diversi da quelli dei suoi familiari e non è pensabile che tutta la famiglia venga messa a dieta. È chiaro che situazioni come queste non reggono a lungo.

Non gli si deve nemmeno prospettare l'idea di dover perdere decine e decine di chili e ridursi ad una larva, esiliato su un'isola deserta.

Ricordiamoci che mangiare non è né immorale, né illegale e i cibi più dannosi per il colesterolo e il diabete spesso sono anche i più buoni, i più gustosi. Per questo forse le terapie dietetiche sono costellate di fallimenti, fallimenti che vediamo noi medici di famiglia che continuiamo a curare i nostri pazienti dopo che hanno abbandonato e tradito molte diete.

Il problema però è sentito, non passa settimana che qualcuno non mi chieda lumi su un nuovo metodo per dimagrire che ha letto sul giornale o sentito alla televisione. Questo forse è il fatto veramente nuovo e positivo: dall'atteggiamento sto bene così, non ho bisogno di cambiare, ora almeno molte persone si pongono il problema, ma non sanno come affrontarlo veramente.

Non è facile, come ho detto prima, chi scrive ne è pienamente e personalmente consapevole, ma la consapevolezza è già motore di cambiamento.

***Medico di famiglia e psicoterapeuta**

STUDIARE DA GENITORI

Quando nasce un bambino è il titolo di una pubblicazione realizzata dal Ministero della salute, con l'obiettivo di riassumere consigli pratici ed informazioni utili a chi si appresta a diventare genitore. Poiché la salute e la sicurezza del neonato sono tra gli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale 2003-2005, la piccola guida vuole accompagnare le madri fino al primo anno di età dei loro piccoli, indicando come prevenire malattie e pericolosi incidenti anche tra le mura domestiche. L'opuscolo viene distribuito a tutte le neomamme che partoriscono in ospedale.

Il primo passo, per chi si appresta a diventare genitore, consiste nel preparare nel miglior modo possibile l'ambiente in cui il piccolo sarà accolto. La pubblicazione contiene indicazioni su come preparare la stanza ed il lettino, meglio se senza cuscino, e preferibilmente dotato di sponde distanziate tra loro non più di sette centimetri, per evitare che il bimbo infili la testa, una gamba o un braccio, senza riuscire più a liberarsi. Il suo guardaroba sarà costituito da vestitini non troppo pesanti e in fibre naturali. In casa sarà opportuno non fumare, se si usano deumidificatori occorrerà ricordare che essenze come il pino o l'eucalipto possono essere irritanti per le vie respiratorie del neonato, come pure i profumi di alcuni detersivi, utilizzati per la pulizia della casa o alcuni cosmetici, usati dalla mamma.

Abbiamo approfondito alcuni spunti della pubblicazione con Paolo Biban, direttore della Divisione di pediatria e terapia intensiva neonatale dell'ospedale di Borgo Trento.

Le principali indicazioni su come accudire il neonato vengono fornite direttamente alle future mamme anche nel corso delle riunioni che precedono il parto e che vengono organizzate all'ospedale di Borgo Trento, dove molte gestanti di Verona e provincia decidono di far nascere i



Paolo Biban, direttore U.O. di pediatria e terapia intensiva neonatale dell'ospedale di Borgo Trento

loro bambini. Qui ogni anno nascono circa 2.000 neonati, dei quali 150-160 necessitano di cure speciali perché vengono alla luce prematuramente. In ospedale il bambino riceve le prime cure, fin dalla sala parto, quando non si è ancora separato dalla mamma. Se il parto è spontaneo e non sono presenti particolari fattori di rischio, il piccolo viene accudito nei primissimi attimi dall'ostetrica e dal personale infermieristico presente in sala parto, che controlla subito le condizioni generali di salute del bambino.

Appena il cordone ombelicale viene tagliato, ostetrica ed infermiere esprimono una valutazione al primo, quinto e decimo minuto sulla vitalità del neonato, assegnando il cosiddetto punteggio di Apgar. Tale punteggio, calcolato sulla base di cinque parametri, tra cui presenza e qualità di attività respiratoria, frequenza cardiaca, tono muscolare, colorito ed eccitabilità dei riflessi, è utile per considerare l'indice di benessere complessivo del piccolo. Non appena possibile, il neonato viene appoggiato alla mamma per favorire il contatto. Successivamente al parto, viene lavato, vestito ed ospitato per un paio d'ore in termoculla, un ambiente

caldo e tranquillo, necessario per ristabilire la temperatura del grembo materno. Se il parto è stato spontaneo ed il piccolo è in buone condizioni, in poche ore può essere accompagnato in camera con la mamma.

«Incoraggiamo molto il processo di *rooming-in* – afferma il dottor Biban – che favorisce il naturale processo di attaccamento (*bonding*) tra mamma e neonato e viceversa». Non sempre però il parto è spontaneo o privo di rischi. «Se un parto presenta fattori di rischio fetali o materni, o quando è necessario effettuare il taglio cesareo, il pediatra è chiamato preventivamente in sala parto per poter seguire da subito il bambino, in caso subentrassero difficoltà. La nostra presenza è inoltre necessaria in caso di parto prematuro, situazione che richiede spesso un nostro immediato intervento per stabilizzare il bambino appena nato».

In caso di nascita di un neonato prematuro, il peso raggiunto durante la gestazione ed il numero di settimane di gravidanza possono fare la differenza. In genere il neonato reagisce bene se ha raggiunto le 32 settimane e ha un peso di almeno 1.500 grammi; diversamente, i bambini che nascono pesando meno di 1.000 grammi appartengono alla categoria più esposta, ma anche in questo caso la situazione varia in base al numero di settimane di gestazione e ad una serie di altre variabili, legate alla vitalità del feto.

«Il bambino che nasce sotto le 28 settimane di gestazione viene intubato in sala parto e trattato entro 15 minuti dalla nascita con la somministrazione di un farmaco speciale, chiamato surfattante, che aiuta a supplire la grave immaturità del polmone», aggiunge Biban. In questo modo si tenta di rendere autonomo il prima possibile il bambino dal punto di vista respiratorio. Nei casi di prematurità più gravi, dalle 23 alle 26 settimane di gestazione, è quasi sempre

necessario intervenire con manovre di rianimazione per tentare di salvare il bambino.

Poco dopo la nascita, ai bambini viene somministrata la vitamina K, come profilassi della malattia emorragica del neonato, una rara forma di sanguinamento che può intervenire nei primi giorni e nei primi tre mesi di vita. Tutti i centri somministrano il medicinale, anche se i criteri di somministrazione possono cambiare da un centro ospedaliero ad un altro.

«A Borgo Trento somministriamo il farmaco con un'iniezione intramuscolare, che garantisce un'immediata e prolungata copertura. In altri punti di nascita, viene invece impiegata la somministrazione di gocce per via orale. Alcune recenti linee guida consigliano di continuare la somministrazione profilattica di vitamina K nei primi tre mesi di vita, in particolare nei bambini allattati esclusivamente al seno, al fine di limitare ulteriormente il rischio di fenomeni emorragici tardivi. In questo caso però viene coinvolta anche la famiglia che deve ricordare di far assumere al bambino le gocce con regolarità e al dosaggio raccomandato – prosegue il dottor Biban –. Peraltro sarebbe auspicabile che tutti i punti nascita potessero adottare in futuro una comune modalità di profilassi, preferibilmente concordata con i pediatri di libera scelta», aggiunge.

Nei primi giorni di vita, quando il piccolo non è ancora stato dimesso dalla struttura ospedaliera, il personale pediatrico del nido affianca la

mamma nei primi tentativi di allattamento al seno, che certamente rappresenta il miglior modo di nutrire il piccolo. Il neonato viene anche sottoposto ad una prima visita completa, durante la quale lo specialista visita accuratamente il neonato e raccoglie la storia della famiglia, dal punto di vista sanitario, valutando la presenza, ad esempio, di malattie ereditarie.



Durante la seconda giornata di vita del piccolo, si effettua anche una visita semplificata per escludere la presenza di soffio o aritmie cardiache e per valutare i polsi femorali, con l'obiettivo di identificare eventuali anomalie congenite del cuore.

«Nel terzo giorno di vita, se non si manifestano problemi, mamma e bambino vengono dimessi. Il piccolo è sottoposto al controllo clinico completo che precede ogni dimissione, e che valuta in particolare il calo di peso, la situazione del cordone ombelicale e l'andamento dell'allattamento materno – evidenzia il responsabile della divisione di pediatria del Maggiore – Le dimissioni però non interrompono i contatti con la struttura ospedaliera. A Borgo Trento abbiamo

istituito da anni un ambulatorio infermieristico dedicato al neonato, proprio accanto al nido, al quale le neomamme possono rivolgersi di persona o telefonicamente per ricevere consigli sui problemi dell'allattamento o sui piccoli disturbi che può manifestare il bambino».

Fissando un appuntamento all'ambulatorio (tel. 045.8072728) si può ottenere un consulto

che spesso consente di affrontare meglio i piccoli problemi del neonato: dalle prime colichette gassose, al pianto ininterrotto, alle difficoltà di attacco al seno e così via. A due settimane circa dalla dimissione, è possibile sottoporre ad un'eventuale rivalutazione generale le condizioni del bambino, attraverso una visita neonatologica specialistica eseguita dai medici del reparto, che si può fissare telefonando alla Divisione di Pedia-

tria dell'Ospedale Civile Maggiore (045.8072377).

Poi, se la crescita del neonato è regolare, l'appuntamento successivo con le strutture sanitarie è rimandato fino al momento della prima vaccinazione da affrontare nel terzo mese del bambino (a partire dai 60 giorni di vita). «Il consiglio degli specialisti è di non temere le vaccinazioni: gli effetti collaterali sono rari, i benefici indiscutibili. Prima di inserire il bambino in una comunità, come il nido, è da valutare anche l'ipotesi di vaccinarlo contro le più frequenti forme di meningite, che possono colpire tanto i piccolissimi ospiti dei nidi, quanto la popolazione infantile delle materne», conclude Biban.

Valeria Zanetti

Se la cicogna ha fretta si moltiplicano le attenzioni

Quando è nata, Piera pesava 560 grammi, Arianna 30 grammi in meno, Emanuele 765 grammi, Giovanni, un po' più robusto, superava di poco gli 8 etti. Sono tutti cresciuti grazie alle cure tempestive ricevute dai sanitari ed al ricovero nel reparto di Patologia neonatale del Policlinico "Giambattista Rossi" di Borgo Roma. Ora le loro foto sono appese ad un cartellone rosa all'ingresso del percorso che consente a parenti e amici dei piccoli ricoverati di vedere oltre un vetro i bambini, adagiati nelle termoculle chiuse o nei lettini riscaldati, nel caso siano più autonomi e meno gravi. Cartelloni come una testimonianza di buon auspicio, perché anche i piccoli gravemente prematuri possono farcela ed avere una vita normale.

«Il reparto nasce negli anni '70, progettato negli anni '60, attualmente è superato – esordisce Ezio Padovani, direttore della struttura e docente della facoltà di medicina dell'ateneo veronese –. La neonatologia è una disciplina giovane, acquista infatti importanza contestualmente al calo delle nascite, quando la vita di un bambino, anche se prematura, diventa un valore assai prezioso per la famiglia e per la società. Il reparto del Policlinico è uno dei primi ad essere aperto in Veneto e in Italia, inizialmente è privo di una terapia intensiva neonatale che arriva solo negli anni '80 e che accoglie prevalentemente piccoli gravemente prematuri». In patologia neonatale, infatti, vengono ricoverati non solo i prematuri, ma anche i bambini nati con patologie parti-



Ezio Padovani, responsabile servizio di Patologia neonatale del Policlinico "Giambattista Rossi" di Borgo Roma e docente della facoltà di Medicina dell'ateneo veronese

colari o con malformazioni, tra le più diffuse le cardiache. Con il professor Padovani abbiamo approfondito le problematiche legate alla nascita prematura.

Al reparto i neonati giungono in seguito ad un parto precoce ed

improvviso oppure a causa di un intervento programmato, reso necessario da una malattia della madre o del feto. «Se la nascita non è programmata, veniamo chiamati ad intervenire in sala parto e ad assistere il neonato per eseguire eventuali interventi rianimatori. Nel caso di gravidanze a rischio, invece, il nostro lavoro si svolge in stretta collaborazione con i colleghi ostetrici con i quali abbiamo periodici incontri di valutazione. Ciò avviene ad esempio quando la mamma soffre di gestosi, manifesta insufficienza placentare, quando è affetta da diabete o esiste una patologia malformativa fetale. Un 20-30% di casi di nascite premature è determinato da indicazioni mediche. Cerchiamo comunque di far raggiungere al feto le 32 settimane di gestazione», illustra Padovani.

I dati testimoniano un leggero aumento delle nascite di piccoli prematuri anche a Borgo Roma. «Le cause sono di natura medica, ma anche socio-economica: la fatica così come lo stress psichico sono i grandi nemici delle donne in gravidanza: le donne più esposte a sforzi eccessivi o

che vivono situazioni familiari difficili sono le più a rischio. Attualmente sono proprio le immigrate a partorire un numero maggiore di bambini prematuri. Se nel nido i neonati figli di immigrati variano dal 15 al 18% del totale, nel nostro reparto rappresentano il 50%. Questo perché spesso le straniere sono meno informate, vivono in realtà più disagiate, devono farsi carico di famiglie numerose o continuare attività lavorative pesanti», prosegue Padovani.

Tuttavia ci sono anche altri fattori che fanno crescere il



numero di bambini prematuri: le donne italiane hanno figli più tardi e la gravidanza tardiva, come quella troppo precoce, può originare nascite premature. Spesso se la mamma è una professionista o una donna in carriera non riesce a far coincidere gli impegni lavorativi con i ritmi imposti dalla gravidanza e lo stress può incidere determinando un parto precoce. «Anche il ricorso alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita provoca spesso gravidanze bigemine o trigemine, con conseguenti rischi di patologie nel feto o di prematurità», aggiunge il professore. La nascita prematura può comportare dei deficit nei bambini, soprattutto tra quelli nati con bassissimo peso, inferiore a mille grammi.

Per questo, anche dopo le dimissioni è importante che vengano seguiti mediante un programma di *follow up*, in grado di evidenziare precocemente eventuali handicap, in modo da

programmare immediatamente interventi riabilitativi o preventivi precoci. Un programma di questo tipo prevede la collaborazione di numerosi specialisti ed in modo particolare dei pediatri di famiglia. È attraverso questo sistema di controllo che si può avere una verifica continua della qualità delle cure fornite alla nascita.

«È indubbio che un grosso contributo può venire dalle associazioni che raggruppano i genitori di bambini nati prematuramente. Il nostro reparto cerca di mantenere rapporti preferenziali con loro anche dopo le dimissioni: i genitori di ex prematuri possono non solo sostenerci nel nostro lavoro, ma anche aiutare i genitori dei bambini ricoverati e far conoscere a chi non ha mai vissuto questa esperienza i problemi di questi bambini e delle loro famiglie. L'associazione veronese "Nati per Vivere", ad esempio, garantisce anche

una borsa di studio ad uno psicologo per alcuni accessi alla nostra struttura. La presenza in reparto di questo professionista è molto importante, per sostenere le famiglie ed in particolare le madri che vivono assai male il ricovero del loro neonato e temono un futuro di malattia o handicap per il proprio piccolo. Servirebbero, anzi, un paio di psicologi a tempo pieno, ma non è facile ottenerli. Per migliorare la situazione delle mamme sarebbe utile anche poterle alloggiare nell'ambito della struttura per il periodo di degenza del piccolo. Obiettivi che un'associazione può aiutare a raggiungere», conclude il professor Padovani. Per ora genitori e sanitari hanno comunque raggiunto gli obiettivi più importanti: hanno garantito un futuro a bambini come Piera, Arianna, Emanuele e Giovanni che ce l'hanno fatta e vivono una vita normale.

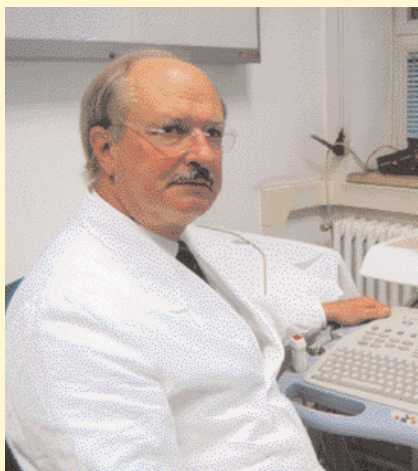
Va. Za.

LA NUOVA UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA DEL POLICLINICO

All'ospedale policlinico la Direzione generale ha deliberato l'istituzione dell'Unità operativa di Cardiologia, nominandone direttore Paolo Benussi.

Si tratta di un provvedimento molto atteso, con il quale il direttore generale Valerio Alberti ha dato assetto definitivo alla riorganizzazione della Cardiologia veronese che ora opera in rete su due poli, l'Unità clinicizzata di Borgo Trento, diretta da Corrado Vassanelli, e quella di Borgo Roma.

È previsto che la Cardiologia del Policlinico sarà dotata di quattro posti letto di assistenza intensiva e sono state già acquistate tutte le attrezzature necessarie per i posti letto monitorizzati. L'Unità dispone di una sezione per le attività di Emodinamica ed è in grado di dare tempestiva risposta 24 ore su 24 a tutte le emergenze cardiologiche. Il professor Benussi è nato a Trento nel 1945 da genitori esuli dai



Paolo Benussi direttore dell'Unità operativa di Cardiologia del Policlinico

territori ceduti all'ex Jugoslavia ed è triestino d'adozione. A Trieste, infatti, nel 1971 è stato il primo laureato, con il massimo dei voti e la lode, della neocostituita Facoltà di Medicina, vincendo il premio Neera Shubert per la miglior tesi di laurea dell'anno accademico 1970-71.

Il suo interesse per la Cardiologia risale agli anni degli studi universitari, quando frequenta la divisione diretta da Fulvio Camerini e il gruppo cardiologico dell'Istituto di Patologia diretto da Cesare Dal Palù.

Nel 1971, appena laureato, si è trasferito al Policlinico di Verona dove ha conseguito le specializzazioni di Cardiologia, Medicina interna e Pneumologia.

Dal 1990 al 1995 è stato responsabile del servizio di Cardiologia del Policlinico ed in seguito si è trasferito nella divisione di Cardiologia dell'ospedale di Borgo Trento, dove si è dedicato soprattutto alla terapia intensiva cardiologia ed in seguito alla Cardiologia clinica.

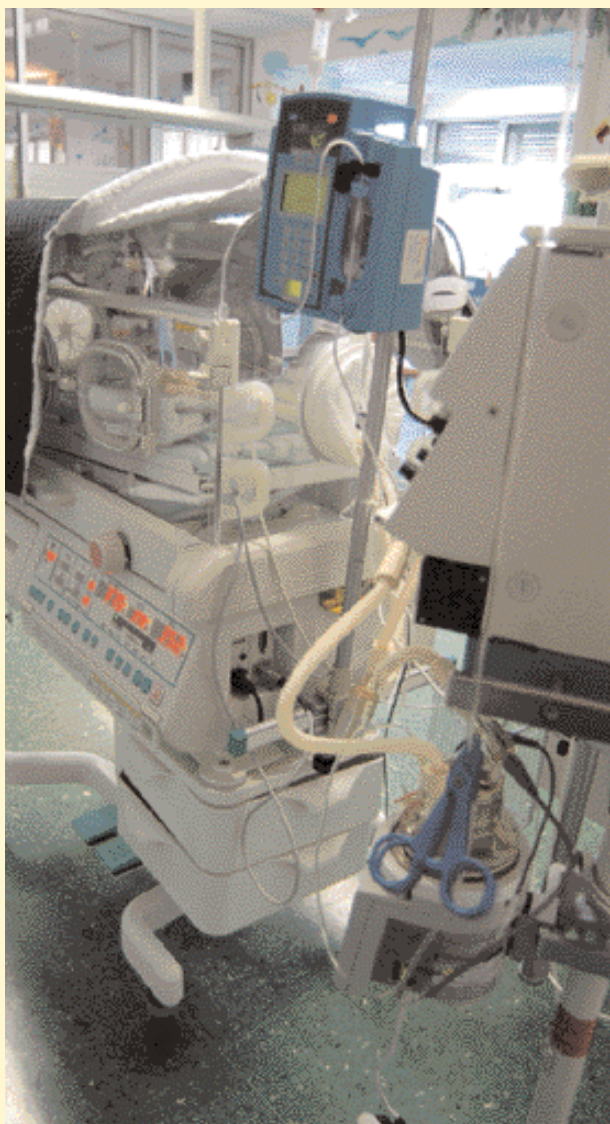
Il professor Benussi ha affiancato all'attività clinica un'intensa attività didattica, iniziata nell'anno accademico 1987-88. È autore di numerose pubblicazioni apparse su riviste internazionali.

NUOVI SPAZI PER LA PATOLOGIA NEONATALE DEL POLICLINICO

Nel 2006 inizierà la ristrutturazione del reparto di patologia neonatale del Policlinico, che troverà posto al quarto piano della struttura sanitaria, in continuità con la divisione di ostetricia.

«Il numero dei posti non aumenterà e avremo quindi disponibilità ad accogliere ancora 21 neonati, ma ogni lettino riscaldato ed ogni termoculla saranno affiancati da una postazione per la mamma, che potrà così trascorrere più tempo con il proprio bambino. L'intervento ha tre obiettivi basilari: ridurre mortalità, morbidità o handicap e dolore dei nostri piccoli pazienti», spiega il professore Ezio Padovani.

Il tutto con un occhio puntato anche sui costi del servizio del reparto, molto elevati, visto che per un giorno in terapia intensiva, si spendono dai 750 ai mille euro. «Ad aiutarci nell'organizzare il lavoro in modo più razionale ed attento ai costi, c'è il modello di regionalizzazione delle cure perinatali adottato anche dalla Regione Veneto – spiega il responsabile della struttura –. In base a questo modello il nostro centro rappresenta il riferimento di terzo livello dell'area costituita dalle province di Verona e Vicenza. Sul territorio delle due province ci sono centri ospedalieri di primo e secondo livello da dove eventualmente vengono trasferiti al nostro reparto neonati con patologie o che necessitano di cure intensive. La nostra Patologia neonatale gestisce anche il servizio di trasporto del neonato critico, effettuato con un'ambulanza attrezzata, per il quale è prevista la presenza di un medico e di un'infermiera specializzata 24 ore su 24. L'ideale resta comunque, se possibile, il trasferimento prima del parto: si è osservato infatti che i neonati da gravidanze a rischio, nati direttamente nel centro di terzo livello sviluppano una patologia meno grave o hanno minori esiti a distanza». I piccoli pazienti possono



Termoculla per prematuri con rilevazione dei parametri vitali

lasciare la Patologia neonatale solo a fronte di significativi miglioramenti. «Quando il bambino respira autonomamente ed è fuori pericolo cerchiamo sempre di riportarlo all'ospedale di provenienza, in modo che la mamma possa averlo più vicino senza aggravare le difficoltà della separazione», assicura.

Oltre all'attivazione del modello organizzativo, un altro nodo nevralgico per la cura e l'assistenza prestate nel reparto consiste nella formazione del personale medico ed infermieristico. «Chi lavora qui vive

in una condizione emotivamente gratificante, ma di grande stress fisico e psicologico, per questo il ricambio di personale è rapido soprattutto tra il personale infermieristico. Ogni nuova figura che entra in servizio deve essere formata a questo particolare lavoro che non richiede solo competenze di settore, ma grande capacità umana.

Il nostro obiettivo non è unicamente di prestare al bambino delle cure, ma anche di prenderlo in carico globalmente come paziente con le sue necessità psico-affettive e relazionali. Questo schema prevede pertanto una presa in carico della madre e successivamente dell'intera famiglia», aggiunge Padovani. Nella termoculla o nel lettino riscaldato c'è un bambino che percepisce la carezza e la vicinanza della mamma, ha sensazioni

e prova dolore: «Già a partire dalla 12-13esima settimana, ad esempio, si attivano le sensazioni olfattive ed in seguito le tattili», chiarisce Padovani. «Per ridurre la sofferenza del bambino durante la degenza, occorre consentire maggior libertà di spazio ai genitori nel reparto. Il personale infermieristico deve essere in grado di coinvolgere la mamma nelle cure prestate al bambino, per farla sentire partecipe e per garantire al piccolo il contatto e le carezze che più gli giovano», conclude.

(va. za.)

Serve un'attenzione particolare da parte dei servizi
socio-sanitari rispetto al tumore alla mammella

Oncologia

13

PREVENZIONE IN ROSA

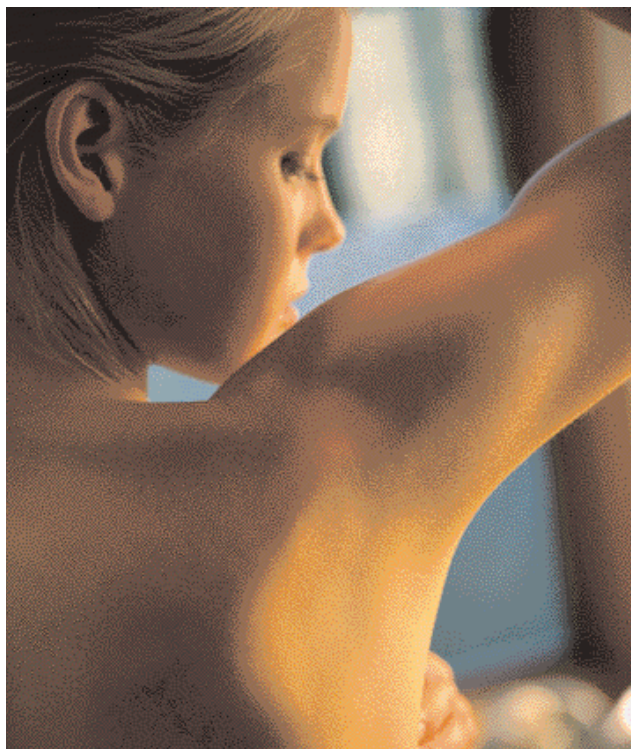
di Luciano Flor*, Giulia Bisoffi** e Paolo Costa***

Il carcinoma della mammella è il tumore più diffuso e frequente tra le donne in tutti i Paesi industrializzati. In Italia si registrano ogni anno 31.960 casi e nel 2002, per questo tumore sono morte 11.546 donne (il 16.3% di tutti i decessi attribuibili a cancro) secondo i dati del ministero della Salute.

A Verona, considerando la sola popolazione residente nel territorio dell'Ulss 20, ogni anno si ammalano di questa neoplasia circa 300 donne. Ciò è sufficiente a giustificare la necessità di un'attenzione particolare nei confronti della malattia da parte dei servizi socio-sanitari. Come per gli altri tumori, anche per il cancro della mammella l'obiettivo del sistema di tutela della salute pubblica è, innanzitutto, quello di diffondere e rendere accessibili le opportunità di prevenzione, primaria e secondaria, oltre che di potenziare la ricerca in ambito terapeutico.

La prevenzione primaria consiste in una serie di interventi e di misure orientate a contrastare quei fattori che, se modificati, consentono di evitare l'insorgenza della malattia. Essa richiede tempi lunghi ed interventi organizzati sul territorio, in famiglia, nelle scuole, sui luoghi di lavoro e nei servizi sanitari, e riguardano solitamente l'ambiente e le abitudini di vita.

La prevenzione secondaria è finalizzata non tanto a ridurre il rischio di comparsa della neoplasia, quanto a consentire una diagnosi precoce, individuandola in uno stadio di sviluppo e diffusione contenuti. Nel caso del tumore della mammella (ma anche per il tumore della cervice uterina e del colon) tale prevenzione secondaria è effettuata tramite *screening*, termine (corrisponde a setaccio) usato nei Paesi anglosassoni per sottolineare la capacità di "filtrare" la popolazione a rischio, per



Autopalpazione al seno

riconoscere la malattia in anticipo rispetto alla comparsa di segni e sintomi. Per il cancro della mammella iniziare a curare la malattia più precocemente vuol dire anche riuscire a curarla meglio, rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi e aumentare la possibilità di guarigione.

Lo *screening* viene effettuato tramite mammografia, che ha lo scopo di identificare radiologicamente il tumore quando ancora è di piccole dimensioni e non sempre rilevabile con la semplice palpazione della mammella; qualora la mammografia riveli lesioni sospette o dubbie, vengono eseguite ulteriori indagini.

Secondo le indicazioni scientificamente dimostrate e accettate, lo *screening* va effettuato per la popolazione femminile di età compresa tra 50 e 70 anni con cadenza biennale. Tale fascia d'età è, infatti, quella

nella quale si registra il maggior numero di donne che sviluppano la neoplasia e lo *screening* assicura un aumento del numero di donne che guariscono.

La frequenza biennale, inoltre, si è mostrata in grado di ottimizzare i benefici derivanti dalla possibilità offerta dallo *screening* di riuscire comunque a riconoscere, qualora presente, una neoplasia in fase iniziale, contenendo i rischi, pur limitati, legati a un'esposizione a radiazioni ionizzanti. Si stima che lo *screening* di massa sulle donne tra 50 e 70 anni ridu-

ca di circa il 30% la mortalità per questo tipo di tumore. Per le donne sane lo *screening* è da considerarsi una prestazione appropriata se rientrano nelle condizioni sopra descritte.

Al di sotto dei 50 anni, in donne asintomatiche, solamente la presenza di determinati fattori di rischio e precise indicazioni contenute in protocolli medici di riferimento giustificano il ricorso all'indagine, che altrimenti non presenta un rapporto rischi benefici favorevole.

A Verona è organizzato e gestito dall'Ulss 20 un programma di *screening* che si svolge al Centro senologico di Marzana. Per approfondire queste informazioni è possibile consultare il "Piano nazionale per le linee guida - *screening* per il carcinoma della mammella" all'indirizzo internet www.pnlg.it.

Sono chiamate a parteciparvi tutte

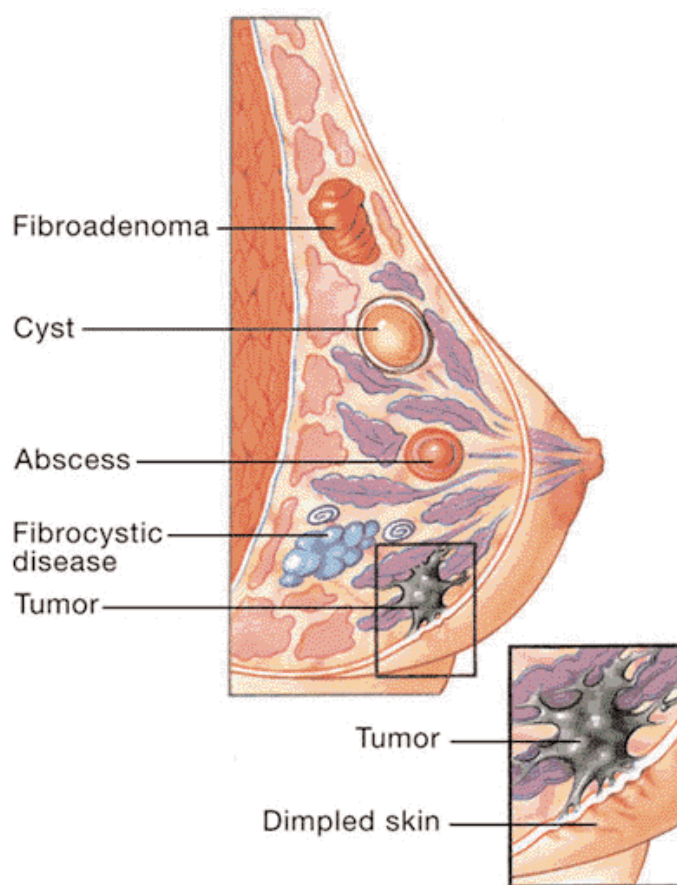
le donne appartenenti alla fascia d'età sopra considerata (50-70 anni). In teoria, quindi, tutte le donne sane per le quali è appropriato lo *screening* potrebbero effettuare la mammografia all'interno del programma organizzato dall'Ulss 20.

In realtà il Centro di Marzana ha avuto nel 2004 un'adesione alla chiamata soltanto del 55,02% e ha effettuato 13.916 esami di *screening*. Nello stesso periodo un numero molto consistente di donne di età compresa fra 50 e 59 anni (8.835), residenti nel territorio dell'Ulss 20, si è rivolto ad altre strutture, sia pubbliche sia private accreditate, tra cui l'Azienda ospedaliera di Verona per effettuare la mammografia.

Su un insieme di circa 29.000 donne che avrebbero dovuto sottoporsi ad esame nel 2004 (la metà della popolazione femminile residente sul territorio, dato che l'esame è da effettuare ogni due anni) il 78,42% ha effettuato l'esame per *screening* (al Centro senologico di Marzana) o l'esame mammografico al di fuori della campagna organizzata dall'Ulss. Il dato comprende anche le donne che hanno effettuato l'esame non a scopo di *screening*, ma perché con sospetto diagnostico.

Relativamente alla fascia di età considerata, solo nell'Azienda ospedaliera di Verona, nel 2004, sono state effettuate 8.718 mammografie per le donne residenti nell'Ulss 20 (escludendo quelle effettuate su donne ricoverate), oltre a 2.772 effettuate a donne residenti al di fuori del territorio dell'Ulss 20.

La dimensione dei dati rimanda immediatamente al problema dei tempi d'attesa, che in Azienda ospedaliera di Verona, da un'lettura non approfondita del dato, sembra essere esagerato (Ospedale Civile Maggiore Trento: 210 giorni, Ospedale Policlinico: 134 – dati di ottobre 2005). In realtà, almeno per l'Azienda ospedaliera, la lista d'attesa per la mammografia non riguarda le prestazioni "urgenti" (su donne sintomatiche per le quali il medico di base o lo specialista prescrive l'esame evidenziandone la necessità), ma quelle di



potenziali utenti dello *screening*.

A fronte dell'esistenza di tali tempi medi di attesa determinati dall'enorme richiesta di mammografie di *screening* richieste all'Azienda ospedaliera e della bassa partecipazione allo screening di massa organizzato dall'Ulss 20, viene da pensare che sarebbe sufficiente sfruttare in modo adeguato l'offerta per risolvere o per lo meno ridimensionare decisamente il problema.

Per fronteggiare la situazione in termini concreti, le donne con sintomi o con sospetto diagnostico vengono sottoposte ad esame mammografico in Azienda ospedaliera entro termini d'attesa molto contenuti (massimo 10 giorni). Mentre in tali situazioni cliniche, infatti, la tempestività dell'intervento è ritenuta necessaria, non altrettanto si può dire negli altri casi, ovvero nei casi che più propriamente dovrebbero rientrare nel programma di screening ove l'intervallo per l'effettuazione dell'esame (sulla

base di numerose evidenze scientifiche) è fissato in due anni.

Quanto esposto, tenuto conto del corretto utilizzo delle risorse, rientra nelle scelte organizzative dell'Azienda ospedaliera per governare il tema dei tempi di attesa cercando di assicurare la tempestività della prestazione dove la tempestività condiziona il risultato dell'intervento.

Tuttavia, proprio per le considerazioni che abbiamo svolto, questo richiede la partecipazione e la collaborazione dei cittadini e

una reale e diffusa adesione a standard di riferimento nella prescrizione e richiesta di esami come la mammografia. Non può sfuggire, infatti, il paradosso di una scarsa risposta alla sollecitazione per l'esecuzione di esami in luoghi e tempi appropriati a scopo di diagnosi precoce a fronte, contemporaneamente, dell'esistenza di una sgradevole lista d'attesa per il medesimo tipo di prestazione.

Nell'ottica dell'appropriatezza, sempre più supportata scientificamente (non solo per lo screening del cancro della mammella, ma anche per tante altre patologie), è da sottolineare come non sempre più prestazioni significhino più salute.

***Direttore sanitario
Azienda ospedaliera**

****Responsabile Ufficio Statistica
Azienda ospedaliera**

*****Responsabile Servizio
prestazioni sanitarie Ulss 20**

Nel novembre 1985 il primo trapianto di cuore a Padova. Il ricordo dei protagonisti

T rapianti

15

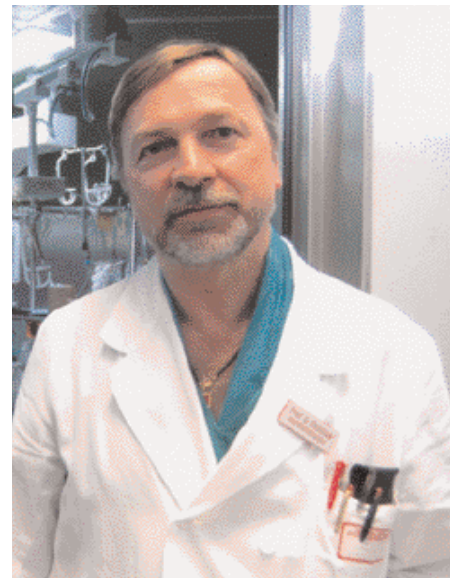
UNA DATA STORICA

Era il 14 novembre 1985. E la Cardiocirurgia italiana entrava nella storia. A Padova l'équipe del compianto Vincenzo Gallucci effettuava il primo trapianto di cuore su un giovane di trentacinque anni, Ilario Lazzari, affetto da grave scompenso cardiaco.

Tra gli "uomini" del professore c'erano anche due veronesi d'adozione Alessandro Mazzucco, attuale rettore dell'ateneo scaligero nonché direttore della Clinica di Cardiocirurgia, e Giuseppe Faggian, dirigente medico della stessa Clinica e docente di Cardiocirurgia. Entrambi dopo l'esperienza patavina misero la propria professionalità a servizio della sanità scaligera e nel 1994 anche a Verona iniziò l'avventura dei trapianti di cuore. È il caso di dirlo, pionieri due volte.

Abbiamo chiesto ai due coprotagonisti di quel fatidico 14 novembre di portare indietro le lancette del tempo e di rivivere quei momenti indimenticabili. Tutto è ancora nitido, come fosse successo ieri.

«I tempi per il primo trapianto di cuore erano ormai maturi – esordisce il professor Mazzucco –. Come équipe eravamo pronti. Personalmente ero stato per qualche tempo a Stanford in California per perfezionare le tecniche». «Io invece – interviene il professor Faggian – ero da più di un anno in Australia, a Melbourne, dove esercitavo nella cardiocirurgia del Royal Children Hospital, uno dei più grandi nosocomi pediatrici, quando il professor Gallucci mi chiamò chiedendomi di tornare per buttarmi in questa avventura del trapianto. Dall'Australia quindi andai anch'io a Stanford, dove mettemmo a punto i protocolli e imparammo le biopsie intracardiache. Anche lì mi raggiunse telefonicamente Gallucci domandandomi se ad ottobre tutto forse in ordine per l'intervento. Nel giugno 1985, quindi ritornai in Italia, dedicandomi ai trapianti sugli animali e sui cadaveri».



Da sinistra: Alessandro Mazzucco, rettore dell'ateneo scaligero, nonché direttore della Clinica di Cardiocirurgia e Giuseppe Faggian, dirigente medico della stessa Clinica e docente di Cardiocirurgia

Ma la preparazione di chirurghi non era sufficiente. Serviva un decreto ministeriale che tardava a venire. «Il trapianto di cuore – spiega il rettore – aveva ancora molti detrattori. La Ciclosporina A, il farmaco rivoluzionario che ha permesso di impedire il processo di rigetto senza azzerare del tutto il sistema immunitario dei pazienti, era stato introdotto solo nel 1983, quindi erano ancora pochi gli interventi con esito positivo nel tempo. Per fortuna che al ministero della Sanità sedeva Costante Degan, che oltre ad essere un veneto, era anche molto sensibile al fatto che per molti pazienti l'unica speranza di vita era rappresentata da un cuore nuovo».

Il 14 agosto 1985 Gallucci, in vacanza, telefona a Mazzucco, e gli chiede di attrezzare una stanza di isolamento dove ricoverare il paziente dopo il trapianto, perché il decreto sarebbe stato firmato a giorni. «Io da buon aiuto feci il tutto il più velocemente possibile. Nel frattempo individuammo anche il candidato: un giovane uomo di trentacinque anni, Ilario

Lazzari, con un grave scompenso cardiaco. Era stato inviato a Padova da Milano, con una prognosi infausta». Finalmente l'11 novembre arriva telefonicamente da Roma la notizia della firma dell'autorizzazione da parte del ministro per cinque centri italiani: Padova, Milano, Bergamo, Pavia e Udine. Nello stesso giorno a Treviso un ragazzo cade vittima di un incidente stradale. «Attivammo subito la procedura di prelievo – continua Mazzucco –, ma all'ultimo momento ricevemmo un contro ordine: la firma ufficiale del decreto non era ancora avvenuta, quindi l'autorizzazione non poteva considerarsi operativa. Fu una doccia fredda per noi e soprattutto per Lazzari che era già stato informato dell'organo disponibile».

Ma ormai il destino aveva fatto i suoi progetti. Tre giorni dopo, quando dal punto di vista burocratico tutto era stato sistemato, sempre nella città della Marca un altro ragazzo muore sulla strada.

«Allora per la constatazione della morte cerebrale si doveva aspettare

dodici ore, anziché sei come adesso – ricorda Faggian –. Partimmo comunque con largo anticipo io, il professor Gallucci (l'auto era la sua) con il professor Stellin alla guida. Il professor Mazzucco, invece, rimase a Padova per preparare il ricevente. Era una tipica serata di novembre con tanto di nebbia, che ghiacciava sull'asfalto. Effettuiamo il prelievo. Ricordo che eravamo così preoccupati di non danneggiare il cuore, che non prelevammo nemmeno i reni!»

Poi la corsa verso “casa”, con l'autostaffetta dei carabinieri che sbanda all'entrata dell'autostrada. «Fissavo la valigetta termica che avevo accanto – aggiunge – e mi chiedevo come sarebbe finita. I trapianti di cuore erano ricominciati da pochi anni, grazie alla Ciclosporina, dopo un lungo stop dovuto ai troppi decessi per rigetto e infezioni. Ci addentravamo in un campo che obbligava il cardiocirurgo ad allargare la propria competenza al di là della sala operatoria. Il trapianto, infatti, è una lotta contro il rigetto, le infezioni, richiede una cultura immunologica. Non bisogna mai abbassare la guardia: se lo si fa il male vince, sempre».

«Quella notte vivemmo un momento molto difficile – prosegue Mazzucco –. Il criterio più importante di compatibilità per cui si decide che un organo è adatto al ricevente è quello

biologico. Ma ne esiste un altro di tipo strutturale. Le dimensioni fisiche del ragazzo donatore erano circa la metà di quelle di Lazzari, quindi anche il cuore era più piccolo. Aprimmo quindi una linea calda con Stanford, con il professor Philip Oyer per una consulenza in tempo reale. Dalla California ci dissero: è vero le dimensioni sono differenti, ma noi procederemmo lo stesso».

All'una del mattino ebbe inizio l'intervento. Ad aspettare un cuore nuovo c'era un uomo vivo con la cassa toracica vuota. Un'immagine mai vista prima dai cardiocirurghi, ma l'emozione dura un attimo in quella sala operatoria, mentre nei ricordi si sovrappone ad un'altra che si ripete ad ogni trapianto. È il momento tipico dell'intero intervento, quando l'aorta viene liberata dalla punzonatura e il tempo si sospende in attesa che il cuore cominci a riprendere vita. Quel 14 novembre il cuore, giovane e vigoroso, ricominciò a battere da solo, senza bisogno del defibrillatore, come accade di solito. «L'ansia di quell'attesa ti accompagna sempre – dice il rettore –, ma quella è stata la prima volta. Ricordo il lungo applauso liberatorio con cui si è rotto il silenzio...». L'intervento si concluse alle 6.30.

Fuori dalla porta la calca di giornalisti in attesa di immortalare il

momento. Pochi giorni dopo i primi trapianti anche negli altri centri autorizzati. «Se tutto ciò è avvenuto – commenta Mazzucco – lo dobbiamo a Vincenzo Gallucci che non ha mai smesso di crederci. Nemmeno di fronte allo scetticismo di certi colleghi, perdurato negli anni nonostante l'evidente successo».

Si sposò e volle come testimoni Gallucci e Faggian. Lazzari morì nel 1993 a causa di un'infezione. «La farmacologia non si è fermata alla Ciclosporina – afferma Mazzucco –, oggi abbiamo ulteriori armi per combattere le infezioni. Chi attualmente si sottopone al trapianto non ha limiti di prospettive di vita».

Dal 1994 a Verona sono stati eseguiti 280 trapianti di cuore. Ma gli organi sono sempre pochi rispetto ai pazienti in lista di attesa. La speranza per il futuro è rappresentata dal cuore meccanico, riguardo al quale la cardiologia scaligera detiene un record mondiale. Quello di sopravvivenza con un organo artificiale: per circa sei anni un paziente è vissuto grazie ad una macchina collocata nel torace. Un traguardo insperato, che offre nuove speranze per chi non può attendere un cuore nuovo. L'obiettivo è quello di trattare lo scompenso cardiaco come l'insufficienza renale, che può avvalersi della dialisi.

Elena Zuppini

CENNI DI STORIA DEL TRAPIANTO DI CUORE

Il primo trapianto di cuore ebbe luogo nell'ospedale di Groote Schuur, a Città del Capo, nel 1967, ad opera di un giovane chirurgo il cui nome è rimasto nella storia della medicina, Christian Barnard.

La strada che porta a questo evento viene aperta per la prima volta nel 1902, con il perfezionamento della tecnica di sutura dei capillari grazie al premio Nobel Alexis Carrel (è la tecnica di base che permette il trapianto) e da un primo trapianto di rene, effettuato tra consanguinei (gemelli omozigoti) per ovviare al problema del rigetto, nel 1954. Barnard ebbe il merito di applicare per primo sull'uomo le tecniche sperimentate sull'animale, in particolare dall'americano Shumway. Il paziente che ricevette un organo nuovo a Città del Capo fu un commerciante di 55 anni affetto da grave dilatazione cardiaca, che causava scompenso con impos-

sibilità a qualsiasi attività.

La donatrice fu una ragazza di 25 anni, morta in un incidente stradale. L'intervento ebbe successo, ma il commerciante purtroppo morì 18 giorni dopo il trapianto, stroncato da una polmonite. Barnard ritentò un nuovo trapianto di cuore su un altro paziente, che sopravvisse per 20 mesi.

La svolta avviene con l'introduzione, nel 1983, della Ciclosporina A, un farmaco che inducendo l'immunosoppressione impedisce il rigetto. Significativi, a questo proposito, i dati relativi ai trapianti di rene (di gran lunga il tipo di trapianto più frequente).

Nei primi anni '80, il successo clinico di un trapianto di rene ad un anno dall'intervento non arrivava al 60%.

Con l'utilizzo della ciclosporina, si è giunti al 90%.

E.Z.

CURARSI SENZA TREMORI

Abbiamo imparato a conoscerla attraverso il viso e i movimenti impacciati di Giovanni Paolo II. Si tratta della malattia di Parkinson. Pur restando una patologia grave che porta progressivamente alla perdita completa della propria autonomia, oggi non fa più paura come un tempo.

«Papa Wojtyła ha contratto la malattia in altri tempi. Nell'ultimo decennio invece la ricerca applicata all'ambito clinico ha fatto passi da gigante. Non esiste ancora una cura che possa far guarire la persona affetta da Parkinson, ma sicuramente la malattia può essere rallentata, grazie a farmaci come i dopaminoagonisti, e gestita per lungo tempo», assicura Michele Tinazzi, docente di Neurologia e medico presso l'Unità operativa di Neurologia dell'ospedale civile maggiore. Che prosegue: «Posso affermare tranquillamente che un anziano colpito da Parkinson con una giusta terapia farmacologica, con un'appropriata e costante fisioterapia unite ad un supporto affettivo da parte dei familiari può avere una vita molto simile a quella di un coetaneo non ammalato». Lo stesso vale per quel 10% di persone che contraggono la malattia in età inferiore ai 45 anni, anche se, precisa il professor Tinazzi, «il fatto che quest'ultime chiedono giustamente di continuare a svolgere le normali attività quotidiane tipiche di quell'età, comporta una terapia più "aggressiva" non senza pesanti effetti collaterali a lungo termine».

Affrontare nel migliore dei modi la malattia di Parkinson è una sorta di "gioco di squadra". «Deve formarsi una sinergia tra lo specialista che ha il compito di effettuare la diagnosi e di prescrivere la terapia, il medico di famiglia che segue da

vicino il paziente, i familiari e naturalmente il paziente stesso», spiega ancora il neurologo.

Soprattutto i familiari sono un supporto fondamentale per chi è ammalato. «Noi constatiamo ogni giorno – continua Tinazzi – che un contesto affettivo coinvolgente comporta una migliore prognosi della malattia. Senza contare che il familiare, a lungo andare, grazie all'esperienza di tutti i giorni, sa individuare i leggeri peggioramenti o miglioramenti del suo congiunto, aiutando così il medico a personalizzare sempre più la terapia». Essendo però una patologia cronica, con cui si deve convivere, nel 30-40% dei casi può subentrare uno stato depressivo causato dalla patologia in sé o come forma di reazione da parte del paziente a quanto sta accadendo.

«A questo punto è molto utile un supporto psicologico – consiglia ancora il medico – attraverso un trattamento con antidepressivi o, quando il paziente collabora, tramite colloqui con lo psicologo». Ma lo stare assieme a chi attraversa gli stessi problemi che può dare quella spinta in più a non cedere allo sconforto.

«L'Unione Parkinsoniana svolge proprio questo ruolo con la costituzione, tra le altre cose, di gruppi di autoaiuto per pazienti e familiari», conclude il professor Tinazzi che, in collaborazione con i colleghi degli ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma ha curato il dossier che pubblichiamo in queste pagine. È un contributo che aiuterà i nostri lettori a capire i meccanismi del Parkinson e tutte le possibilità di cura che i malati possono trovare nel nostro ospedale.

E. Z.

Morbo di Parkinson: dalla genetica alla terapia chirurgica

di Michele Tinazzi* e Sarah Ottaviani*

La Malattia di Parkinson (MP), è un disordine neurologico invalidante caratterizzato dalla presenza di tremori agli arti, rigidità e lentezza nei movimenti. La malattia ha un decorso cronico-ingravescente che porta l'individuo nell'arco di alcuni anni ad una progressiva riduzione delle capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana fino ad una perdita completa della propria autonomia. La malattia di Parkinson è la forma tipica e più frequente di sindrome parkinsoniana o parkinsonismo, dato che ne costituisce circa

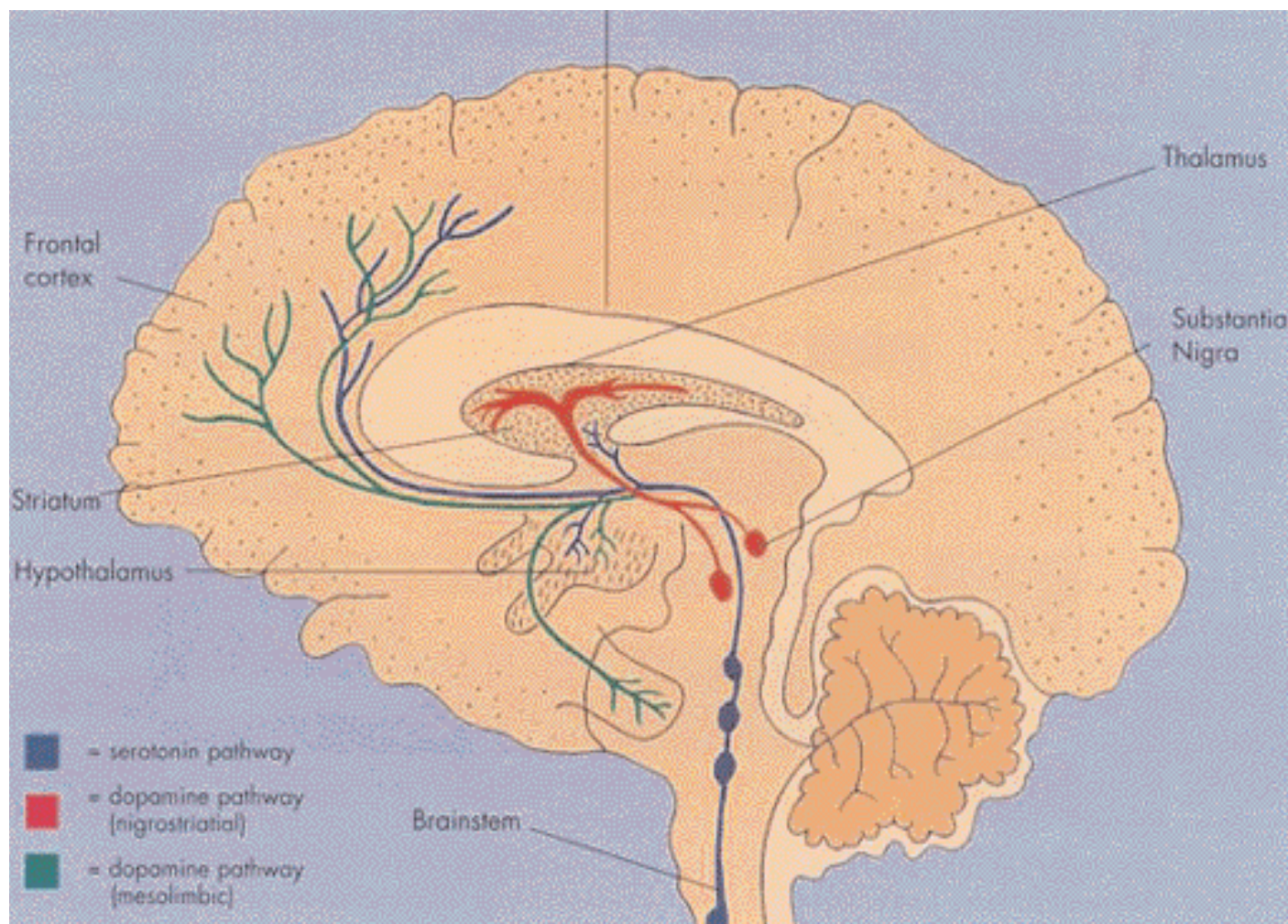
l'80 per cento.

Si tratta di una patologia molto frequente, con una prevalenza (numero di ammalati all'anno) di circa 250-300 casi per 100.000 abitanti ed una incidenza (numero di nuovi casi all'anno) di circa 25-30 per 100.000 casi all'anno. I sintomi compaiono nella maggior parte dei pazienti intorno ai 60 anni, ma in un 10% dei casi anche in età giovanile, al di sotto dei 45 anni. In Italia vengono diagnosticati ogni anno 15.000 nuovi casi di Malattia di Parkinson di cui almeno 1.000 in soggetti con età infe-

riore ai 40 anni.

Sintomi

La diagnosi clinica di Malattia di Parkinson è comunemente ritenuta una diagnosi semplice, tuttavia solo il 75% delle diagnosi cliniche sono confermate ai riscontri post mortem. I sintomi e segni cardinali della MPI sono: *tremore a riposo, rigidità, bradicinesia* presenti in misura variabile fin dall'inizio. I sintomi iniziali solitamente presentano la caratteristica di interessare un solo lato del corpo (*esordio asimmetrico*), che rimarrà



maggiormente coinvolto per tutta la durata della malattia.

Tremore a riposo: è il sintomo più conosciuto e maggiormente rappresentativo (69-100% dei casi). Viene descritto come un'oscillazione lenta con un atteggiamento delle mani come di chi conta cartamoneta. Classicamente è presente a riposo, si riduce con il movimento dell'arto coinvolto e si accentua con le emozioni.

Rigidità: è presente in una alta percentuale di pazienti (89-99%). È caratterizzata da un aumento del tono muscolare a riposo o durante il movimento. Può essere presente agli arti, al collo e al tronco, determinando la caratteristica alterazione della postura, che appare incurvata, con gli arti superiori flessi (*camptocormia*).

Bradicinesia: la lentezza dei movimenti o *bradicinesia* si manifesta nel 77-98% dei casi e, all'inizio, viene riferita come una sensazione di mag-

giore affaticabilità o di impaccio motorio, senza perdita di forza muscolare. Segni di bradicinesia sono anche la riduzione della motilità delle mani, dei movimenti pendolari degli arti superiori durante la deambulazione, riduzione dell'ampiezza dei passi, presenza di festinazione (cioè tendenza ad accelerare il passo come se il paziente inseguisse il proprio baricentro). Altri aspetti della bradicinesia sono le difficoltà nei passaggi posturali, o nel vestirsi, la ridotta mimica facciale, la riduzione del tono della voce e la modificazione della grafia, che diventa più piccola man mano che si procede nella scrittura (*micrografia*).

La diagnosi

La diagnosi è a tutt'oggi una diagnosi clinica che può essere effettuata ambulatorialmente da neurologi esperti in Disordini del Movimento. Essa si basa principalmente sul

riscontro dei sintomi e segni cardinali che abbiamo descritto, sulla risposta alla terapia dopaminergica e sull'esclusione di sintomi non tipici della Malattia di Parkinson. Tuttavia, come suggerito dalle linee guida internazionali, la diagnosi definitiva può essere formulata con una certa sicurezza dopo un periodo di accertamento e controllo di due anni mediante visite ambulatoriali periodiche per verificare l'evoluzione della sintomatologia, l'adeguata risposta alla terapia e l'eventuale insorgenza di sintomi non tipici della malattia stessa.

Nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona sono operanti da diversi anni due Centri, sia all'ospedale policlinico che all'ospedale civile maggiore, dedicati alla diagnosi e al trattamento della malattia di Parkinson e ai disordini del movimento, cui afferiscono circa 500 pazienti. I due Centri sono diretti dalla dottoressa

Emiliana Fincati, dalla dottoressa Laura Bertolasi, dal professor Michele Tinazzi e dalla dottoressa Sarah Ottaviani.

Le indagini strumentali

Recentemente le metodiche di medicina nucleare (**PET e SPET per recettori dopaminergici**) sono state ampiamente utilizzate come conferma diagnostica nella fase iniziale della malattia. La SPET è una metodica da tre anni disponibile presso l'Unità di Medicina nucleare diretta dal dottor Piergiorgio Giorgetti (referente dottoressa Isabella Pasquin). Da uno studio da noi condotto su più di 200 pazienti, coordinato dal professor Michele Tinazzi e dalla dottoressa Sarah Ottaviani, è emerso che questa indagine permette di discriminare con una specificità elevata pazienti affetti da Malattia di Parkinson e pazienti affetti da Tremore essenziale benigno, un disturbo molto diffuso nella popolazione generale specie in età senile, talora non chiaramente differenziabile da un tremore parkinsoniano e che spesso porta il paziente a consultare il neurologo per sospetto parkinsonismo.

Inoltre, dai nostri dati è emerso che la stessa metodica consente anche di valutare la progressione della malattia. Stiamo conducendo uno studio multicentrico italiano, coordinato dal professor Angelo Antonini del Centro Parkinson di Milano, per valutare l'utilità della stessa metodica nel discriminare in fase precoce la Malattia di Parkinson dal parkinsonismo derivante dall'assunzione di farmaci e dal parkinsonismo vascolare, spesso difficili da differenziare clinicamente da una Malattia di Parkinson, ma con una prognosi migliore rispetto ad essa.

Sintomi associati alla Malattia di Parkinson

Compaiono prevalentemente nella fase avanzata della malattia, e possono non rispondere alla terapia dopaminergica. Tra questi i *disturbi dell'equilibrio con l'instabilità posturale* causa frequente di cadute e conse-



L'équipe DBS (Deep Brain Stimulation, stimolazione cerebrale profonda)

guenti traumatismi, che costituiscono la maggiore causa di patologie associate acute nei parkinsoniani (30% dei casi). Sono inoltre da segnalare i *disturbi del linguaggio (disartria) e disturbi della deglutizione (disfagia)*. Altri sintomi non motori possono comparire sia in fase precoce che tardiva di malattia: *disturbi sfinterici (stipsi, incontinenza urinaria), ipotensione ortostatica, disturbi psico-comportamentali (depressione, ansia, allucinazioni, confusioni, psicosi), disturbi del sonno e disturbi sensitivi con dolore*. Il dolore, un sintomo presente ma ancora poco studiato, può risultare invalidante, anche perché peggiora la bradicinesia e la rigidità.

Abbiamo condotto uno studio epidemiologico coordinato dal professor Michele Tinazzi e dalla dottoressa Claudia del Vesco, specializzanda di Medicina fisica e Riabilitazione dell'Università di Verona, reclutando 120 pazienti affetti da MP che afferiscono ai due Centri Parkinson dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona per valutare la frequenza del dolore, la tipologia delle sindromi dolorose e la correlazione con la terapia dopaminergica. In accordo con i pochi dati disponibili in letteratura, il dolore al momento della visita è stato riportato da 47/117 pazienti (42%), si

presentava come dolore muscolo-scheletrico e/o associato alle contrazioni prolungate di parti corporee e risultava significativamente correlato con le complicazioni motorie (blocchi motori e/o movimenti involontari).

Perché ci si ammala di Parkinson

La MP è caratterizzata principalmente da una progressiva degenerazione di cellule nervose situate in una zona profonda del cervello denominata Sostanza Nera. Queste cellule producono la dopamina che è responsabile dell'attivazione di un circuito neuronale che controlla i movimenti.

Sebbene gran parte dei meccanismi responsabili dei sintomi della MP siano stati in questi anni chiariti, la vera causa della malattia rimane tuttavia sconosciuta ed è ancora argomento di indagine.

Di recente è stata rivalutata l'importanza della componente genetica nello sviluppo della malattia, grazie all'individuazione di parkinsonismi familiari monogenici (cioè legati alla mutazione di un solo gene) ed al ruolo preponderante svolto da alcuni geni nella patogenesi delle varianti cliniche ad esordio giovanile.

I notevoli avanzamenti delle conoscenze nel campo della biologia

molecolare hanno, infatti, permesso l'individuazione di diversi geni responsabili della malattia in pazienti appartenenti a famiglie in cui la MP è trasmessa in modo ereditario. Va comunque rilevato che nella maggior parte dei pazienti la malattia si manifesta in forma sporadica (senza familiarità) e con esordio tardivo e, in tali casi, il ruolo patogeno dei fattori genetici non è stato ancora chiarito. L'ipotesi patogenetica più accreditata prevede che fattori genetici e ambientali interagiscano in varia misura nella patogenesi delle forme sporadiche di MP.

Il professor Michele Tinazzi in collaborazione con il dottor Alberto Bonizzato del Laboratorio di Patologia molecolare del Centro regionale di Fibrosi cistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona, da due anni ha attivato una Banca del Dna volta alla raccolta del Dna di pazienti affetti da MP ereditario e familiari e di pazienti affetti da MP sporadico. L'istituzione di questa Banca ci permette di collaborare scientificamente con genetisti dell'Istituto Genetico di Roma e di Rotterdam, grazie all'attività della professoressa Enza Maria Valente e del professor Vincenzo Bonifati, autori di recenti scoperte genetiche nella MP pubblicate sulla rivista *Science*. A tal riguardo i nostri Centri stanno conducendo alcuni progetti di ricerca alcuni dei quali già pubblicati su riviste internazionali di Neurologia e di Genetica per valutare il ruolo dei fattori genetici nella MP sporadica ad esordio giovanile e tardivo.

Il trattamento farmacologico

Il trattamento della MP va iniziato quando la sintomatologia diviene invalidante per il paziente.

La terapia farmacologica della MP è sintomatica e mira al ripristino di adeguati livelli di dopamina, che risultano ridotti a causa della degenerazione dei neuroni della Sostanza Nera. I farmaci attualmente disponibili sono perciò in grado di correggere i sintomi, ma non di guarire la malattia definitivamente.

La scelta del farmaco o dei farmaci

L'UNIONE PARKINSONIANI DI VERONA

L'Unione Parkinsoniani di Verona nata nel maggio 2000, è una Associazione di Volontariato Onlus costituita da malati, loro familiari e volontari che opera in Verona e provincia. Fa parte di un progetto nazionale di Associazioni di volontariato per la MP raggruppate in Parkinson Italia.

L'Unione veronese attualmente conta più di 300 iscritti e le attività svolte sono coordinate da un Direttivo e da un Comitato tecnico scientifico costituito da medici e infermieri ospedalieri e che operano sul territorio con competenze specifiche sulla MP.

Le finalità sono molteplici: divulgare una corretta ed esauriente informazione ai malati ed ai medici sulla malattia attraverso

l'organizzazione di conferenze mensili presso la sede e la pubblicazione sul giornale dell'Associazione di differenti tematiche inerenti la MP; fornire consigli pratici sulla gestione delle problematiche quotidiane e informazioni sulle attività ambulatoriali dedicate alla MP; promuovere iniziative socio-assistenziali a sostegno del malato e della famiglia; sostenere progetti di ricerca.

Dal 2003 l'Associazione ha realizzato progetti assistenziali volti a un sostegno psicologico-cognitivo per il



paziente e familiari attraverso la formazione di Gruppi di autoaiuto coordinati da uno psicologo e ad una riabilitazione neuromotoria e logopedica istituendo corsi di Riabilitazione anche in strutture private convenzionate e pubbliche (Ospedale Zevio, Centro "Don Calabria", Ospedale "S. Cuore" di Negrar, Villa Monga).

mi.ti. e sa. ot.

dipende da una serie di considerazioni relative ai diversi agenti farmacologici e alle caratteristiche del paziente, in particolare all'età, alle condizioni generali, ed al tipo di attività lavorativa. I farmaci più utilizzati sono attualmente: a) la L-Dopa, farmaco utilizzato da parecchi anni, che esercita un migliore effetto sintomatico, ma dopo qualche anno dà luogo a complicazioni motorie come blocchi e movimenti involontari; b) i Dopaminoagonisti, farmaci di recente introduzione, che hanno un effetto sintomatico minore, possono presen-

tano effetti collaterali precoci tra cui nausea, vomito, stati confusionali e ipotensione ortostatica in maggior misura rispetto alla L-Dopa, ma determinano un numero ridotto di complicazioni motorie tardive; c) vi sono altri farmaci tra cui farmaci anticolinergici, amantadina, iCOMT che vengono utilizzati solo in particolari circostanze in concomitanza all'L-Dopa o ai dopaminoagonisti.

L'evoluzione della malattia

I pazienti possono giungere alla fase intermedia di malattia in monoterapia

pia con L-Dopa o con dopaminoagomista, oppure con un'associazione dei due farmaci. Tuttavia solo il 25% dei pazienti rimane in monoterapia con un buon compenso clinico. Il mancato compenso del paziente in questa fase si manifesta principalmente con una insufficiente qualità della risposta terapeutica (incremento di bradicinesia, rigidità, tremore e riduzione dell'autonomia) e/o complicazioni motorie. Queste ultime diventano più importanti nella fase avanzata della MP.

La fase avanzata, definita anche "sindrome da trattamento cronico con L-Dopa", è caratterizzata da una risposta instabile alla terapia, con un grado di disabilità che interferisce con l'autonomia personale e sociale. Si ipotizza che la somministrazione discontinua della L-Dopa

determini una stimolazione irregolare e non fisiologica dei recettori. Questo determina modificazioni della sensibilità recettoriale che sarebbero alla base dell'instabilità della risposta al farmaco. In questa fase sono presenti complicanze motorie, in parte dipendenti dalla progressione della malattia e in parte dal trattamento con L-Dopa, caratterizzate da blocchi motori o movimenti involontari (discinesie), posture fisse degli arti (distonie) e difficoltà nella deambulazione con sensazione di avere i piedi incollati al pavimento (freezing).

Quando si manifestano questi problemi, è necessaria un'attenta valutazione neurologica non solo dei sintomi della malattia, ma anche delle complicazioni motorie e non-motorie e la correlazione con la terapia. A tal proposito si richiede una particolare collaborazione sia ai pazienti che ai familiari invitandoli a indicare, per almeno un mese, su di un diario giornaliero i sintomi motori e le compli-

vo della terapia fisica è supplire ai deficit motori, ricercando strategie motorie alternative per raggiungere il maggior grado possibile di autonomia funzionale, senza trascurare la respirazione ed il linguaggio. Il trattamento riabilitativo ha un ruolo diverso a seconda della gravità della malattia.

Nella Sezione di Neurologia riabilitativa del Policlinico "G.B. Rossi" e nel

Servizio di Rieducazione funzionale del Policlinico dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona, il dottor Nicola Smania già da alcuni anni opera in un Ambulatorio fisiiatrico dedicato alla MP dove i pazienti vengono visitati per analizzare il livello e le cause della disabilità e l'eventuale presenza di danni secondari alla malattia.

I pazienti vengono successivamente inseriti in un programma riabilitativo in cui

vengono effettuati esercizi mirati alla compensazione dei disturbi maggiormente disabilitanti (bradicinesia, instabilità posturale, rigidità) e forniti consigli riguardo la gestione di attività della vita quotidiana ed la prevenzione della progressione dei danni secondari alla malattia. In questi anni, sono stati condotti anche progetti di ricerca su nuove tecniche di riabilitazione della MP in particolare in riferimento al trattamento dell'instabilità posturale e della disfagia ed all'uso di esercizi aerobici finalizzati al miglioramento della funzionalità motoria e respiratoria.



Sala operatoria DBS (Deep Brain Stimulation, stimolazione cerebrale profonda)

cazioni che possono manifestarsi nelle 24 ore, per almeno un mese, al fine di apportare un'adeguata modificazione terapeutica.

Il trattamento riabilitativo

La cura della MP non può prescindere dall'approccio farmacologico, ma è importante che nella gestione della malattia rientri anche il trattamento riabilitativo. Come documentato dalla letteratura negli ultimi dieci anni, l'esercizio fisico è un importante complemento per il paziente affetto da MP ed ha effetti positivi sia sulla motilità sia sull'umore. L'obietti-

Terapia “avanzata”: stimolazione dopaminergica continua

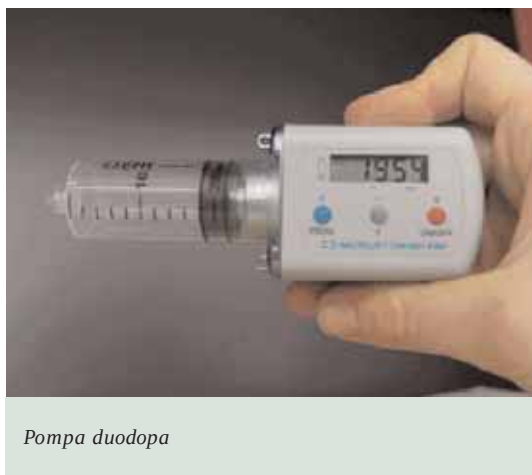
di Emiliana Fincati** e Laura Bertolasi**

Il presupposto teorico del trattamento sintomatico della fase complicata del Parkinson consiste nell'operare una stimolazione dopaminergica continua e non intermittente, come invece è quella prodotta da un farmaco che viene velocemente eliminato, quale la L-Dopa. Tre sono le modalità di stimolazione continua del sistema dopaminergico, che garantiscono il miglior controllo possibile dei blocchi motori e dei movimenti involontari: la somministrazione continua di apomorfina per via sottocutanea tramite pompa, quella di L-Dopa in gel tramite gastrostomia percutanea con sondino in duodeno collegato ad una pompa portatile e la stimolazione cerebrale profonda dei nuclei subtalami.

L'apomorfina in “penna” e in pompa

L'apomorfina è un derivato non-narcotico della morfina, ad azione dopaminergica, adrenergica e serotoninergica; dalla fine degli anni '80, dopo la scoperta del domperidone, sostanza in grado di bloccare gli effetti avversi periferici senza peggiorare i sintomi della malattia, l'apomorfina è stata impiegata su larga scala: strutturalmente simile alla dopamina, diffonde direttamente nel sistema nervoso centrale, ha un'efficacia pari a quella della L-Dopa, che si manifesta in 2-10 minuti dopo iniezione sottocute e si mantiene per una-due ore; può essere somministrata solo per via parenterale, con il miglior rapporto rischio/beneficio a favore della via sottocutanea.

Somministrata in un'unica dose, tramite una “penna” apposita, l'apomorfina consente di ottenere un beneficio immediato nel caso di blocchi improvvisi, di acinesia del primo mattino, di difficoltà di svuotamento intestinale o vescicale; rappresenta



Pompa duodopa

inoltre una “terapia salvavita” nella sindrome maligna da sospensione della terapia dopaminergica.

L'utilizzo della somministrazione continua con la pompa è indicato quando le fluttuazioni motorie sono frequenti e le discinesie gravi, in assenza di malattie cardiovascolari o sistemiche gravi, di psicosi, di demenza o di età troppo avanzata per consentire un buon rapporto rischio/beneficio. Da qualche anno è disponibile una pompa di piccole dimensioni e leggera, collegata ad una siringa e ad un ago a bottone, che viene inserito a livello dell'addome, delle cosce o delle braccia.

Il paziente e coloro che lo assistono, durante il breve ricovero necessario per stabilire i parametri di infusione efficaci e monitorare gli eventuali effetti avversi (bradicardia, ipotensione ortostatica, nausea, confusione mentale) vengono istruiti sulle procedure necessarie per caricare la pompa, avviarla e spegnerla; il farmaco viene infuso per l'intera giornata ai parametri stabiliti.

Dal 2001 questo trattamento viene effettuato presso la sezione di neurologia clinica dell'ospedale policlinico ed è attualmente disponibile anche presso l'unità operativa di neurologia

dell'ospedale civile maggiore. I risultati dello studio da noi condotto su 20 pazienti hanno dimostrato la grande efficacia e la buona tollerabilità di tale modalità di trattamento: il numero di ore di blocchi motori è ridotto di circa il 70% e le discinesie sono diminuite in media del 30%, l'entità media della riduzione del dosaggio della L-Dopa è stata del 44% e la sua sospensione è stata possibile nel 14% dei casi. Gli effetti avversi, principalmente cutanei (es. granulomi) sono stati di modesta entità.

L'infusione duodenale di Duodopa in pompa

Un'opzione veramente innovativa è rappresentata dalla possibilità di somministrare la levodopa in modo continuo, direttamente a livello duodenale, sito di elezione del suo assorbimento intestinale. La maggior parte dei problemi correlati alla terapia con la L-Dopa è dovuta proprio al fatto che l'unica via pratica di somministrazione è quella orale: l'acidità dell'ambiente gastrico e la competizione da parte di alcuni aminoacidi per il trasporto nel torrente circolatorio e nel sistema nervoso centrale ne limitano la quota disponibile.

Recentemente, perciò, è stata messa a punto in Svezia una nuova formulazione di L-Dopa/carbidopa in gel (Duodopa®), che consente di somministrare in un volume ridotto alte concentrazioni di farmaco, attraverso un sistema di infusione portatile e maneggevole, collegato ad un sondino duodenale, posizionato attraverso una gastrostomia percutanea.

Nel maggio di quest'anno il farmaco e la pompa sono divenuti disponibili in Italia e in giugno, nella Sezione di Neurologia clinica, abbiamo posizio-

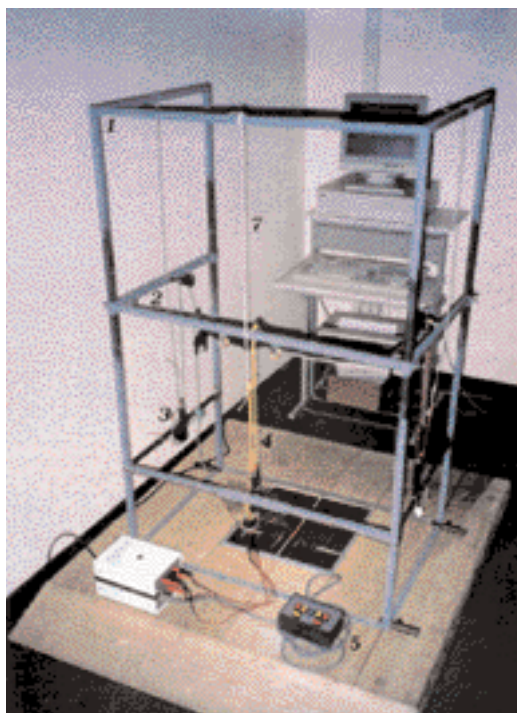
nato la prima pompa ad infusione continua di Duodopa, con risultati molto soddisfacenti: la paziente, che ha 72 anni ed una storia di 22 anni di malattia, non presenta più blocchi motori e off psichici, mentre le discinesie, al controllo clinico a tre mesi, appaiono ridotte del 50%.

La stimolazione cerebrale profonda dei nuclei subtalamici

La terza modalità di stimolazione continua del sistema dopaminergico consiste nella possibilità di modulare sul piano funzionale l'iperattività di alcuni nuclei del sistema extrapiramidale (una parte del sistema motorio), che è responsabile dei principali sintomi della malattia, utilizzando uno stimolo elettrico, invece che sostanze farmacologiche. Ciò si ottiene posizionando due elettrodi a livello dei nuclei subtalamici, che erogano in maniera continua uno stimolo in grado di "disturbare" l'attività cellulare anomala e perciò ridurre o eliminare il tremore, la rigidità e la bradicinesia.

La storica tradizione nel trattamento chirurgico della MP e la grande esperienza nel campo della Neurochirurgia stereotassica, patrimonio culturale e tecnico dell'Azienda ospedaliero-universitaria, hanno costituito i logici presupposti a che la stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation, DBS) divenisse una realtà consolidata a Verona. Dopo un periodo di preparazione specifica dei componenti del team, attraverso stages nei principali centri europei esperti in DBS e l'adeguamento alle innovazioni tecnologiche delle attrezzature neurochirurgiche, questo intervento viene ora regolarmente eseguito a Verona, grazie alla presenza di un gruppo altamente specializzato e coordinato di operatori.

I candidati alla DBS costituiscono circa il 10% della popolazione parkinsoniana, sono soggetti relativamente giovani e sani (limite di età 70 anni), con severe complicanze da L-Dopa, con eccellente risposta alla terapia, ma di breve durata, con funzioni cognitive e mentali integre e una risonanza magnetica dell'encefalo normale.



Posturografia

L'intervento avviene in stereotassi: in anestesia locale, viene fissato al cranio del paziente un casco metallico, con il quale il soggetto viene sottoposto allo studio neuroradiologico attraverso cui si individuano le coordinate del bersaglio (nuclei subtalamici); si inizia poi l'intervento vero e proprio, praticando un foro nella volta cranica, attraverso cui viene inserito un elettrodo che viene fatto avanzare nell'encefalo fino al nucleo subtalamico.

Contemporaneamente, il neurofisiologo registra l'attività cellulare finché si ha la certezza che l'attività neuronale è quella del nucleo subtalamico. Si stimola poi quell'area per verificare gli effetti clinici, dato che il paziente è sveglio ed in grado di collaborare attivamente con il neurologo. Una volta stabilito il sito che garantisce la maggior efficacia sul piano clinico ed i minori effetti indesiderati, viene inserito l'elettrodo definitivo.

L'intervento, che dura complessivamente dalle 6 alle 10 ore, viene eseguito bilateralmente ed è seguito, il giorno dopo, dal collegamento (in anestesia generale) degli elettrodi ad una pila, che viene intascata sotto la

clavicola. Si stabiliscono poi i parametri di stimolazione elettrica, mediante l'utilizzo di una testina magnetica esterna, finché non si ottenga un risultato soddisfacente stabile, che si raggiunge in media entro i tre-sei mesi dall'intervento.

I blocchi motori, le distonie e i sintomi non motori correlati al blocco vengono controllati pressoché completamente; le discinesie vengono ridotte o eliminate in virtù della stimolazione continua e della riduzione /sospensione della L-Dopa che la DBS consente. Va ben tenuto presente che l'effetto della DBS è comunque sintomatico, analogo e non superiore a quello della L-Dopa, ma è in grado di controllare in modo soddisfacente gli effetti indesiderati del farmaco, che sono più invalidanti, spesso, degli stessi sintomi della malattia; il rapporto beneficio/rischio è a favore dei soggetti giovani (rischio globale di mortalità e morbidità connesso alla procedura nel suo insieme: 2%).

Il team multidisciplinare operante all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona è costituito dai neurochirurghi stereotassici (dottor Antonio Nicolato, dottor Andrea Vecchi, dottor Michele Longhi) dagli infermieri (Matteo Murari, Corrado Oliboni, Monica Schluter) dal fisico (dottor Roberto Foroni) coordinati dal professor Massimo Gerosa, dai neurologi (coordinatore dottoressa Emiliana Fincati), dai neurofisiologi (coordinatore dottoressa Laura Bertolas) dai neuropsicologi e dalle psicologhe (coordinatrice dottoressa Maria Pampanin, dottor Giuseppe Gambina), dal neuroradiologo (dottor Franco Alessandrini).

La tossina botulinica

La tossina botulinica

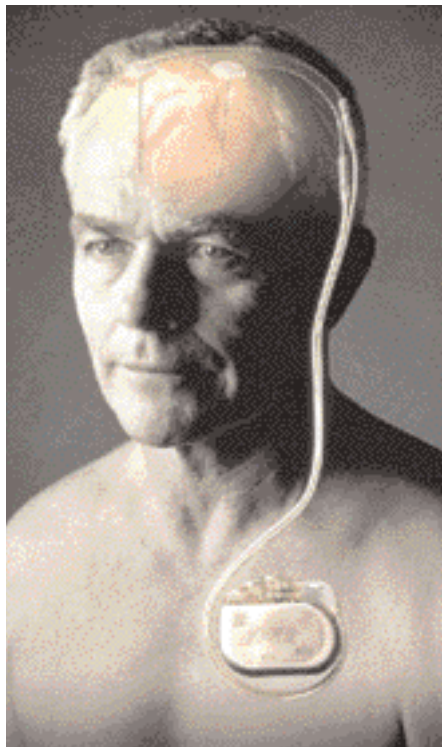
Un'arma di grande efficacia, per tutta una serie di disturbi che possono essere controllati molto difficoltosamente con la terapia orale, è rappresentata dall'utilizzo della tossina botulinica che blocca in maniera reversibile il rilascio dell'acetilcolina

dalle terminazioni nervose, per un periodo variabile da 3 a 12 mesi. Poiché essa è in grado di ridurre l'attività muscolare e la secrezione ghiandolare, il suo impiego nella MP è molto vasto: viene utilizzata per controllare le distonie fisse, i crampi, il tremore, la scialorrea, il blefarospasmo e l'iperattività sfinterica.

L'infiltrazione di tossina botulinica, eseguita ogni tre mesi, permette di ridurre consistentemente e talora di eliminare le distonie fisse e le contratture muscolari.

Nel tremore, sia a riposo che posturale e cinetico, presente comunemente nei soggetti affetti da MP, la tossina botulinica si rivela un utile presidio da affiancare alle più comuni terapie farmacologiche. Il controllo con l'elettromiografia come guida per la somministrazione di tossina botulinica, in questi casi, è fortemente raccomandato al fine di individuare con grande precisione i muscoli responsabili dell'attività tremorigena, per ottenere la migliore resa terapeutica. La scialorrea, cioè la perdita più o meno continua di saliva dalla bocca, viene notevolmente limitata dall'infiltrazione di tossina botulinica nelle parotidi e delle ghiandole sottomandibolari (sotto guida ecografia o localizzazione manuale) con una somministrazione ogni tre-sei mesi.

L'aprassia dell'apertura degli occhi, associata o meno a blefarospasmo, è un disturbo caratterizzato dalla chiusura involontaria delle palpebre e



DBS Stimolazione cerebrale profonda

dall'incapacità ad aprirle volontariamente: le infiltrazioni di tossina botulinica indeboliscono il muscolo orbitale dell'occhio, cosicché l'apertura della palpebra viene facilitata. Anche in questo caso il trattamento viene eseguito ogni 3-6 mesi.

La disartria e la disfagia, quando dipendano da movimenti involontari del distretto orofaringeo, beneficiano dell'iniezione di tossina botulinica, attraverso l'individuazione, mediante

la registrazione elettrofisiologia, dei muscoli iperattivi che le sostengono. Per quanto riguarda i disturbi sfinterici, quando la stipsi è causata da un'iperattività sfinteriale, la tossina botulinica rappresenta un rimedio efficace, in grado di ridurre in modo graduabile, a seconda della dose impiegata, la contrazione involontaria. Anche l'iperreflessia detrusoriale e la dissinergia vescico-sfinteriale, responsabili dei disturbi minzionali molto frequenti in questa malattia, vengono ben controllate dall'infiltrazione della tossina botulinica e consentono di ridurre la frequenza delle minzioni, l'urgenza e l'incontinenza correlata.

Il trattamento con tossina botulinica dei disturbi parkinsoniani è disponibile dal 1990 presso la sezione di neurologia clinica dell'ospedale policlinico, nell'ambito dell'ambulatorio dedicato ai disturbi del movimento (responsabile dottoressa Laura Bertolas).

***Dipartimento di Scienze neurologiche e della visione, Sezione di Neurologia riabilitativa e Unità operativa**

di Neurologia Ospedale Civile Maggiore, Azienda ospedaliero-universitaria di Verona

****Dipartimento di Scienze neurologiche e della visione, Sezione di Neurologia clinica, Azienda ospedaliero-universitaria di Verona**

DA STOCCOLMA A VERONA GLI ESPERTI DEL KAROLINSKA HOSPITAL



Il 27 ottobre una delegazione di neurochirurghi e operatori del prestigioso Karolinska University Hospital di Stoccolma è stata ospite del Dipartimento di Neurochirurgia. Il Karolinska è leader europeo nel campo della radiocirurgia stereotassica e all'inizio degli anni '90 lo ha frequentato anche il professor Massimo Gerosa.

È stata la stessa delegazione svedese a scegliere Verona per aprire un confronto con i colleghi veronesi che dal

1993 utilizzano la Gamma Knife. Dopo l'incontro al "Marani" la delegazione ha visitato il dipartimento. In Italia ne funzionano altre tre, ma l'équipe dell'Azienda ospedaliera ha eseguito oltre seimila interventi stereotassici e vanta la più ampia casistica italiana, con la più vasta gamma qualitativa di prestazioni. Il Centro veronese è considerato uno dei migliori in Europa e accoglie oltre il 70% di pazienti provenienti da tutto il territorio nazionale.

Vaccinarsi contro l'influenza

di Chiara Alberti*

Con l'arrivo dei primi freddi si torna a parlare di influenza e, mai come quest'anno l'attenzione dei media è rivolta alla vaccinazione in particolare alla luce delle notizie sull'influenza aviaria che si susseguono giornalmente.

L'influenza è una infezione dell'apparato respiratorio causata da un virus. Si manifesta principalmente nel periodo invernale e si tratta di una patologia molto contagiosa: si trasmette per via aerea attraverso l'inalazione di goccioline emesse con colpi di tosse, starnuti o semplicemente conversando e la diffusione è favorita dalla permanenza in ambienti chiusi ed affollati.

I ben noti sintomi sono febbre, mal di testa, malessere generale, mal di gola, talvolta nausea e vomito. La sintomatologia si risolve in genere spontaneamente nel giro di 2-5 giorni restando a riposo.

La vaccinazione rappresenta un fondamentale strumento di prevenzione, in particolare nei soggetti ad aumentato rischio di sviluppare forme gravi e complicate di influenza. Anche quest'anno il ministero della Salute ha definito le categorie di soggetti a cui i Servizi territoriali delle Asl dovranno offrire gratuitamente la vaccinazione:

- soggetti anziani (65 anni);
- soggetti di ogni età con malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, dell'apparato cardiocircolatorio, malattie metaboliche (es. diabete) etc;
- donne che saranno nel secondo o terzo trimestre di gravidanza durante la stagione endemica;
- individui di ogni età ricoverati presso strutture per lungodegenti;
- medici e personale sanitario di assistenza;
- familiari di soggetti ad alto rischio (tale vaccinazione è particolarmente importante qualora il soggetto a rischio non possa essere vaccinato a causa di specifiche controindicazioni);
- soggetti addetti a servizi pubblici di interesse collettivo (personale di asili e scuole etc.);



– personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

I virus dell'influenza cambiano quasi ogni anno, per cui chi si è già vaccinato gli scorsi anni deve comunque ripetere la vaccinazione. La composizione del vaccino viene definita annualmente dall'Organizzazione mondiale della sanità ed è

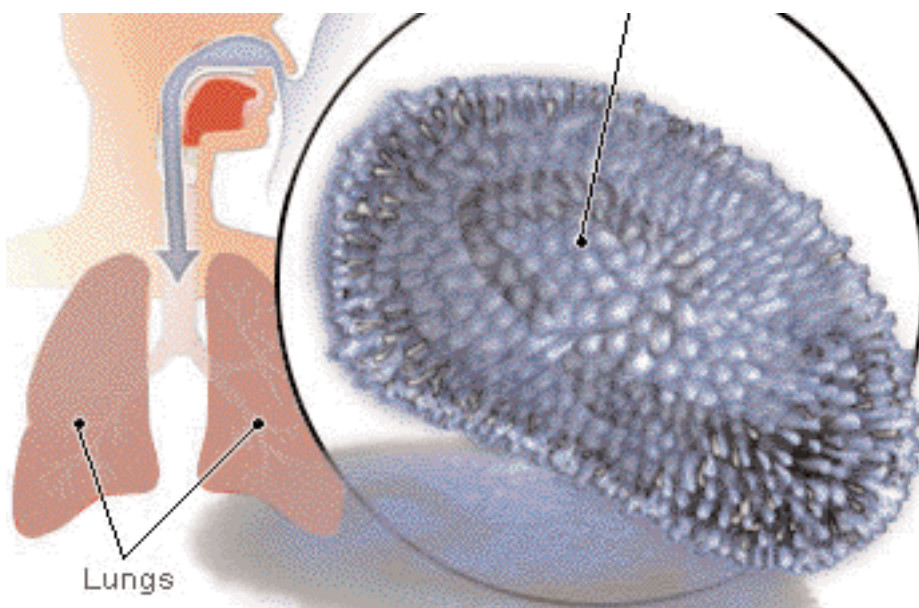
uguale in tutto il mondo.

Esistono in commercio diversi tipi di vaccini antinfluenzali: i vaccini costituiti dal virus inattivato e disgregato (split), quelli costituiti dalle sole frazioni virali, sempre inattivate, che servono a provocare l'immunità (a sub-unità), i vaccini adiuvati e virosomali, allestiti con tecniche particolari, che permettono di migliorare la risposta immunitaria dell'organismo (sia in termini di durata più prolungata che di maggior risposta anticorpale). Questi ultimi sono più costosi dei vaccini tradizionali ed andrebbero riservati alle categorie di soggetti maggiormente a rischio, ossia anziani e pazienti immunodepressi.

Nei bambini e in adulti che abbiano presentato episodi di reazioni allergiche è, invece, preferibile utilizzare i vaccini a sub-unità in virtù della loro estrema tollerabilità.

I vaccini sono generalmente ben tollerati: si possono verificare reazioni locali al sito di iniezione come dolore, arrossamento, gonfiore e reazioni sistemiche come febbre, malessere, brividi, stanchezza. Generalmente questi effetti collaterali scompaiono senza trattamento dopo 1-2 giorni.

Il periodo ottimale per la vaccinazione è quello autunnale, a partire dalla



Virus dell'influenza.

Nella tabella si riportano le diverse tipologie di vaccini, il nome delle specialità medicinali e il prezzo di vendita al pubblico

TIPOLOGIA DI VACCINO	NOME DI ALCUNE SPECIALITÀ MEDICINALI	PREZZO
Vaccino inattivato dell'influenza con virus frammentati (split)	Begrivac®, Fluarix®, Vaxigrip®, Mutagrip Pasteur®	€ 8,60 - 8,90
Vaccino inattivato dell'influenza con antigene di superficie (sub-unità)	Agrippal®, Influvac S®, Influpozzi Subunità®	€ 8,40 - 9,00
Vaccino inattivato dell'influenza con antigene di superficie adiuvato	Adiugrip®, Fluad®, Influpozzi Adiuvato®	€ 10,90 - 11,54
Vaccino inattivato dell'influenza con antigene di superficie virosomiale	Inflexal V®, Isiflu V®	€ 11,20

Fonte: Banca Dati Farmadati, aggiornamento Ottobre 2005

metà di ottobre fino alla fine di novembre. Una sola dose di vaccino antinfluenzale è sufficiente per i soggetti di tutte le età ad esclusione dei bambini al di sotto dei 9 anni, mai vaccinati in precedenza, per i quali è necessario il "richiamo" (somministrazione di una seconda dose a distanza di almeno quattro settimane, preferibilmente entro la prima settimana di dicembre).

Il vaccino antinfluenzale va conservato ad una temperatura compresa tra i 2-8 °C e non deve essere congelato. È consigliabile portare il vaccino a temperatura ambiente prima della somministrazione.

L'uso del vaccino è controindicato nei lattanti sotto i 6 mesi e nei soggetti che abbiano presentato reazioni avverse severe al vaccino antinfluenzale nel passato e nei pazienti con ipersensibilità al farmaco o agli eccipienti (es. uova, proteine del pollo). È inoltre sconsigliato nel primo trimestre di gravidanza, a titolo cautelativo, pur non essendoci prove a supporto di tale controindicazione. Il ministero della Salute lo scorso anno ha deciso la riduzione del prezzo dei vaccini antinfluenzali media-

mente del 26%. Tale riduzione è stata mantenuta anche quest'anno.

Quali terapie sono usate nell'influenza?

I farmaci più usati per la terapia sono di tipo sintomatico come antipiretici e antinfiammatori (es. paracetamolo) per la febbre, il mal di testa

lula all'altra dell'organismo. Il loro effetto è quello di abbreviare la sintomatologia, non di sopprimerla. L'unico antivirale attualmente disponibile in Italia è lo Zanamivir (Relenza®), mentre l'Oseltamivir (Tami-flu®) è commercializzato in Svizzera, Città del Vaticano e San Marino, ma non ancora in Italia.

Presentano un costo abbastanza elevato: 1 confezione di Relenza® costa 31,50 per 5 giorni di terapia, non è rimborsato dal Servizio farmaceutico nazionale e necessita di prescrizione medica.

Gli antivirali sono in questo periodo di grande attualità in quanto potrebbero essere utilizzati nell'ipotesi di sviluppo dell'influenza aviaria. Essi, infatti, sono attivi verso le influenze sostenute da virus di tipo A e B. L'influenza tradizionale è sostenuta da virus di entrambi i ceppi (A e B) di cui esistono diver-

si sottotipi.

Tutti i sottotipi di virus di tipo A possono circolare tra gli uccelli, mentre solo alcuni sottotipi circolano o sono circolati nell'uomo. Ad oggi il sottotipo responsabile dell'influenza aviaria non ha la capacità di infettare gli uomini; ciò potrebbe avvenire se subisse una mutazione tale da acqui-



e i dolori articolari.

Esistono poi in commercio i farmaci antivirali, ossia farmaci utili per la terapia di una influenza già in atto. Essi non sostituiscono la vaccinazione e per essere efficaci devono essere somministrati entro 48 ore dall'inizio dell'infezione in quanto bloccano la diffusione del virus da una cel-



DOVE SI TROVA IL VACCINO GRATUITO

Le categorie di pazienti a rischio possono ricevere il vaccino antinfluenzale gratuitamente presso:

Asl 20: Medici di medicina generale e Sedi vaccinali dei distretti sanitari di base

Asl 21: Medici di medicina generale e Punti sanità (Legnago, Cerea, Nogara, Bovolone e Zevio)

Asl 22: Medici di medicina generale e Sedi vaccinali dei distretti sanitari di base

sire la capacità di infettare l'uomo e diffondersi da persona a persona. Pertanto, sia l'influenza tradizionale sia l'influenza aviaria possono essere trattate con antivirali. Per essere comunque efficaci, così come per l'influenza tradizionale, essi devono essere assunti entro 48 ore dall'inizio dei sintomi.

La vaccinazione antinfluenzale non è utile per prevenire l'influenza aviaria, ma può essere importante per evitare che un paziente venga infettato contemporaneamente dai due virus. La riduzione delle risposte immunitarie dovuta all'influenza potrebbe, infatti, favorire l'infezione del soggetto con il virus aviario.

Bisogna comunque ribadire che attualmente tale virus non ha ancora subito mutazioni tali da trasmettersi da persona a persona.

***Farmacista Centro
di Informazione sul Farmaco
Servizio di Farmacia
A.O. Verona**

I FARMACI ANTIVIRALI: UTILI SE USATI CON CAUTELA

«I farmaci antivirali sono utili solo in caso di epidemia influenzale, ma vanno usati a ragion veduta e soltanto su prescrizione medica». Ercole Concia, ordinario di Malattie infettive della Facoltà di Medicina di Verona, giudica severamente l'allarmismo di questi mesi sui rischi della possibile pandemia di influenza aviaria. Allarmismo che ha messo al bando il pollo dalla tavola degli italiani e ha spinto molti ad accaparrarsi all'estero gli antinfluenzali pur di esser pronti a qualsiasi evenienza.

«I nostri allevamenti sono assolutamente sicuri – sottolinea il professore – e non c'è nulla da temere dai nostri polli.

La cosiddetta pandemia di influenza aviaria è un'eventualità che getta nel panico l'Oriente, ma che l'Italia può gestire perché abbiamo un Sistema sanitario organizzato, disponiamo degli antibiotici che non c'erano ai tempi della Spagnola per combattere le complicanze del-



Ercole Concia, direttore U. O. Clinica di Malattie infettive

l'influenza, probabilmente avremo un vaccino specifico e possiamo ricorrere anche agli antivirali». Già, ma in quali casi? «Il problema è che ormai non distinguiamo la vera influenza dalle altre malattie da raffreddamento che si

manifestano a partire da ottobre con sintomi simili. È un errore comune, anche fra i medici. I farmaci antivirali servono esclusivamente nel caso di contagio da virus influenzale e vanno assunti entro 48 ore dall'inizio dei sintomi per ridurre la durata della malattia e le complicanze.

Devono essere prescritti dal medico e sono indicati soprattutto per le categorie di persone considerate a rischio, come i grandi anziani, i cardiopatici o chi soffre di bronchite cronica. Se, al contrario, vengono assunti quando non si è stati contagiati dal virus influenzale, non servono a nulla e sono anche uno spreco economico».

Ma è vero che presi quando non sono necessari gli antivirali possono indurre il virus influenzale a sviluppare resistenze, rendendolo cioè più insidioso da combattere? «Il pericolo c'è. Gli antivirali non vanno sprecati. Meglio tenerci alcune frecce di riserva nella faretra».

EPIDEMIA SILENZIOSA



Antonio Lupo, direttore U. O. Clinica
di Nefrologia medica

Malattie renali, epidemia silenziosa. Sono molte le persone adulte affette da problemi ai reni senza sintomi apparenti, legati magari all'ipertensione o ad altre patologie di natura cardiovascolare. In Italia non si sa nemmeno quale sia la reale incidenza delle malattie renali croniche, di quelle forme cioè che non tendono a risolversi e guarire spontaneamente, ma che al contrario, se non curate, si mantengono e possono evolvere fino alla necessità di dialisi.

Per questo, nei prossimi mesi una parte della popolazione veronese riceverà un invito a partecipare ad un'iniziativa per la diagnosi precoce delle malattie renali.

Lo studio sarà coordinato dalla Divisione di Nefrologia dell'Azienda ospedaliera di Verona con un finanziamento della Fondazione Cariverona e si svolgerà in numerose altre città della nostra regione. Durerà fino alla fine del 2006 e si avvarrà a Verona e provincia della collaborazione di una trentina di medici di famiglia.

Sai fatto per il 65% di acqua.
C'è un mare dentro di te e il tuo rene ne ha cura.
Tu abbi cura del tuo rene.
Aderisci all'iniziativa

"L'EPIDEMIA SILENZIOSA DI INSUFFICIENZA RENALE CRONICA"

Potresti ricevere un invito a partecipare a questa iniziativa.
Il tuo medico è a tua disposizione per spiegartela

L'iniziativa è in parte sostenuta dalla

FONDAZIONE
CARIVA DI VERONA
VERONA, VICENZA,
BELLUNO E ANCONA

L'INDAGINE

«Si tratta di uno studio epidemiologico a livello veneto, per capire quale sia la reale incidenza di queste patologie e dell'insufficienza renale misconosciuta» commenta Antonio Lupo, direttore della Cattedra e della Divisione di Nefrologia dell'Università di Verona.

«In primo luogo non sappiamo

quanto le malattie renali siano frequenti nella popolazione. Parliamo poi di patologie che il più delle volte non danno sintomi, soprattutto nelle fasi iniziali. In pratica, il soggetto affetto non si accorge di nulla fino a quando non si sente realmente male. Ma a quel punto il decorso della malattia è già avanzato e spesso può essere troppo tardi per poter-

IN CRESCITA IL “MONDO” DEI DIALIZZATI. IN ITALIA TRA IL 1993 E IL 2003 SI È PASSATI DA 27.600 A 41.300 PERSONE

In Italia sono oltre 42 mila le persone che più volte alla settimana sono costrette a sottoporsi alla dialisi. Negli ultimi dieci anni il loro numero è cresciuto moltissimo: tra il 1993 e il 2003 è passato da 27.600 a 41.300 (maschi nel 63% dei casi) con un incremento percentuale superiore al 50% e un costo totale che nel 2004 è risultato pari ad oltre 1,4 miliardi di euro (la cura di ogni paziente costa tra 30 e 40 mila euro all'anno). I motivi di tale crescita stanno in parte nella maggiore diffusione e nell'aumentata efficacia della pratica dialitica, ma soprattutto nell'invecchiamento della popolazione e nella conseguente maggior frequenza di malattie renali su base cronico-degenerativa, cioè vascolare (aterosclerosi), ipertensiva, diabetica.

La crescita del numero di pazienti in dialisi in Italia procede a ritmo di circa 750 all'anno (dato del 2004). Nel solo Veneto si hanno ogni anno circa 450 nuovi pazienti costretti ad iniziare la dialisi che, considerando il fatto che purtroppo la mortalità nei dializzati è molto alta, determina un incremento di circa 100 dializzati ogni anno. Nella nostra regione vi sono attualmente circa 3.400 pazienti in dialisi.

Quando l'attività dei reni diviene insufficiente il ricorso alla dialisi è inevitabile. Si tratta di un processo di purificazione del sangue, cioè dell'eliminazione delle impurità non espulse tramite le urine. Vi sono due modalità principali di effettuare tale purificazione: l'emodialisi e la dialisi peritoneale. Nel caso della prima i soggetti uremici vi si devono sottoporre almeno tre volte alla settimana attraverso un apposito



Giovanni Gambaro, professore associato di Nefrologia Medica dell'Università di Verona

macchinario, una sorta di rene artificiale. Questa apparecchiatura è composta da un complesso sistema di filtri (e membrane) che provvedono alla depurazione del sangue; ogni seduta di emodialisi dura mediamente quattro ore e viene effettuata generalmente in ospedale. Nel caso della dialisi peritoneale invece si sfrutta una membrana naturale, il peritoneo, che riveste le pareti degli organi contenuti nell'addome. Introducendo attraverso un catetere peritoneale un liquido depurativo nell'addome si possono eliminare le scorie che i reni non sono in grado di rimuovere dal sangue. Questa modalità di depurazione del sangue dev'essere effettuata tutti i giorni, durante tutta la notte o anche durante l'intero giorno, ma viene eseguita a casa autonomamente dal paziente che è per lo più libero di attendere alle sue normali occupazioni.

Ogni anno si registrano in Italia

oltre 8 mila nuovi casi di malati costretti a ricorrere a trattamenti dialitici per sopravvivere. Inoltre, il numero di nuovi casi per anno è passato dagli 86 per milione di abitanti del 1988 ai 150 per milione di abitanti del 2000.

A Verona sono attualmente in dialisi oltre 320 pazienti: 160 all'ospedale di Borgo Trento, 48 al Policlinico di Borgo Roma e una decina nella clinica Città di Verona, cui vanno aggiunti 45 pazienti dializzati "a domicilio" con la dialisi peritoneale e circa 60 presso gli ospedali di Caprino e Valeggio. Si tratta di persone affette da insufficienza renale cronica, molte delle quali iscritte alla lista d'attesa per un trapianto di rene, una lista che a Verona vede tempi di attesa mediamente tra 22 e 24 mesi, pur con le dovute differenze.

«Il numero dei donatori è tutto sommato piuttosto alto, tra i più alti d'Europa – spiega il professor Giovanni Gambaro –. Con oltre 30 donatori per milione di abitanti il Veneto è una delle regioni più virtuose d'Europa. Oltre al trapianto dei dializzati si va però presentando sempre più la necessità di ritrapiantare chi ha già ricevuto un trapianto. Un trapianto di rene non è infatti quasi mai definitivo. A distanza di circa 15 anni dall'intervento, nella maggior parte dei soggetti iniziano infatti a manifestarsi segnali di rigetto che tendono ad interrompere la funzionalità renale riportando solitamente il paziente in dialisi in attesa di un nuovo intervento, naturalmente se questo ha l'età e i requisiti richiesti».

al.az.

la curare in via definitiva. Più precoce è la diagnosi, maggiori sono le probabilità di rallentarne l'evoluzione. Da

notare che le malattie dei reni tendono a cronicizzare. L'intervento della terapia farmacologica è per talune

patologie molto importante e talvolta risolutivo, ma solo se va ad agire dall'inizio».

LO SCOPO DELLO STUDIO

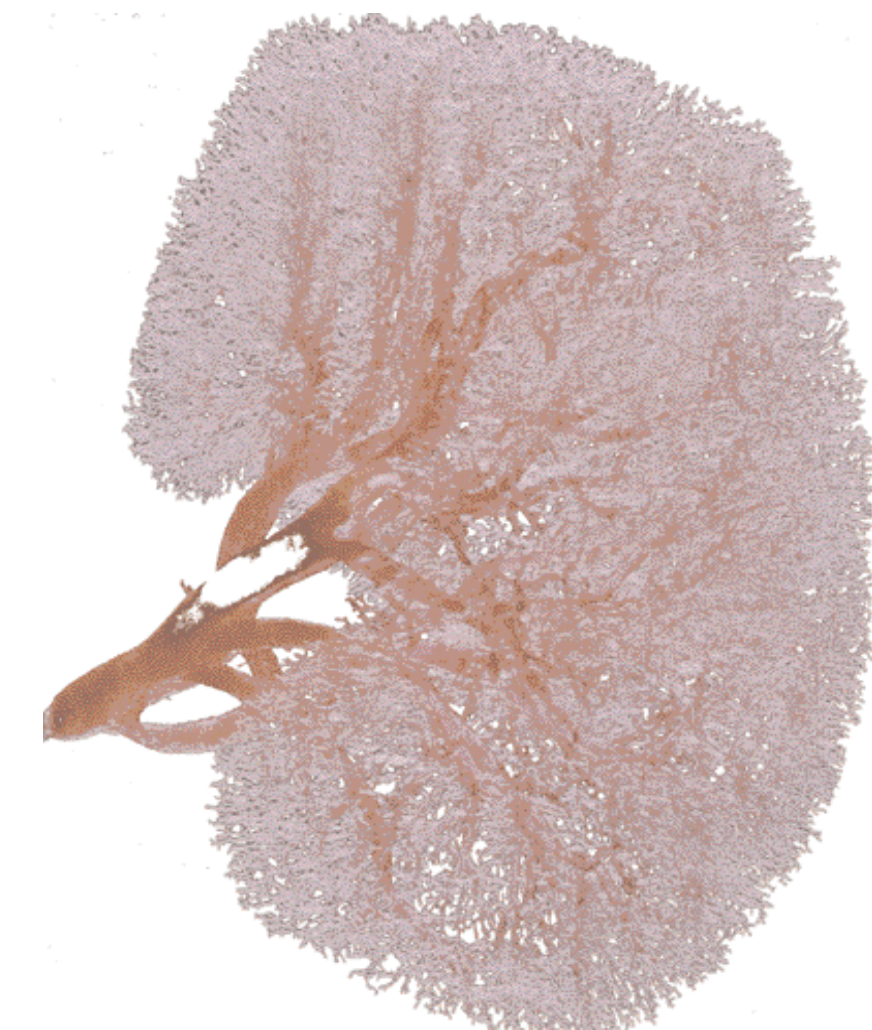
L'indagine vuole anche approfondire il legame tra le malattie del rene e l'apparato cardiovascolare. «Sarà compiuta su un campione di 6 mila persone della popolazione veneta con più di 40 anni di età – spiega Giovanni Gambaro, professore associato alla Cattedra e Divisione di Nefrologia dell'Università di Verona e tra i coordinatori del progetto.

«Il timore è che vi siano molte persone senza sintomi, apparentemente in buona salute, ma con forme iniziali di malattia; oltre al rischio dell'insufficienza renale e della dialisi, queste persone possono incorrere in gravi complicazioni cardiovascolari che possono sfociare nell'infarto o nell'ictus. D'altra parte, è dimostrato come i comuni problemi di salute delle popolazioni ad alto stile di vita come la nostra, e cioè i livelli elevati di colesterolo, il diabete, l'obesità, la scarsa attività fisica e i valori di pressione anche solo modestamente elevati siano dannosi sia per l'apparato cardiovascolare che per il rene. La casistica relativa all'incidenza di queste patologie rivela del resto che l'80% delle malattie renali, riguarda soggetti di media età o anziani con problemi di obesità e dislipidemia, diabetici, ipertesi e fumatori».

È IMPORTANTE ADERIRE

«Ci auguriamo quindi di riuscire a capire come individuare il più precocemente possibile queste malattie asintomatiche per prevenire la loro evoluzione verso la dialisi e le malattie cardiovascolari associate» prosegue il professor Lupo. «Invitiamo quindi la popolazione che riceverà l'invito ad aderire allo studio. Gli esami di laboratorio verranno effettuati gratuitamente e prevedono la compilazione di un breve questionario, unita all'analisi di un campione di sangue e di urine associati ad un controllo del peso, dell'altezza e della pressione.

Non solo alcuni dei partecipanti potrebbero avere una diagnosi precoce di un problema cronico non ancora noto, ma avremo a disposizione risultati di enorme utilità per tutti.



Vascolarizzazione del rene

Nel caso scoprissero un'alterazione degli esami renali, questo potrebbe non significare la reale presenza di una malattia. In seguito ad un accertamento, se effettivamente vi fosse una disfunzione, allora spiegheremo dettagliatamente al paziente il problema e discuteremo il da farsi».

A RISCHIO DIALISI

L'epidemia silenziosa di insufficienza renale cronica è fra l'altro un problema emergente per la sanità pubblica anche nel Veneto. Il rischio dietro l'angolo è quello della dialisi. Non a caso in Italia si sta osservando un numero crescente di pazienti che iniziano un programma di trattamento dialitico cronico e che vengono inseriti in lista di attesa per trapianto renale. Se ne stimano attualmente

circa 40 mila. Sono persone la cui sopravvivenza, in assenza di trapianto renale, è legata esclusivamente alla dialisi.

«La cura di tali persone investe dunque problematiche sanitarie, socio-assistenziali ed economiche non indifferenti – commenta il professor Gambaro –. I costi sociali dell'insufficienza renale cronica terminale che richiede trattamento dialitico o trapianto di rene tendono poi a crescere a fronte dei fenomeni di invecchiamento progressivo della popolazione e di aumento dell'incidenza di patologie legate ai nuovi stili di vita, quali il diabete e le nefropatie vascolari.

In Veneto il budget finanziario per la sola dialisi cronica supera i 100 milioni di euro, più o meno il 5% della spesa sanitaria complessiva. Lo sce-

nario che si prospetta nei prossimi anni è poi quello di un numero crescente di pazienti uremici, cioè con assoluta necessità di dialisi. Ciò in relazione all'invecchiamento della popolazione generale e all'"epidemia" di diabete e patologie cardiovascolari: un sensibile incremento delle risorse necessarie per la cura di questi pazienti è in sostanza inevitabile».

CONOSCERE PER PREVENIRE.

Una maggiore conoscenza della diffusione delle patologie renali renderebbe quindi possibile un significativo rallentamento della progressione dell'insufficienza renale che porta all'uremia (quindi alla dialisi).

«Un rallentamento del decadimento funzionale dei reni del 20% ritarderebbe l'uremia di 1,4 anni, del 30% di 2,4 anni e se del 40% di 3,7 anni –

prosegue il professor Gambaro –. In tutti i casi il vantaggio economico può essere rilevante e ancor più lo sarebbe considerando il miglioramento delle prospettive e della qualità di vita del paziente. Vi sono inoltre più motivi per credere che questo tipo di approccio possa anche prevenire la morbidità e mortalità cardiovascolare, problemi questi ormai ai primi posti nel paziente in insufficienza renale».

LA SALUTE DEI RENI

Per tenere i reni in buona salute occorre seguire regole semplici e più o meno analoghe a quelle legate alla prevenzione delle malattie cardiovascolari: stare lontani dal fumo, fare attività fisica, bere molti liquidi (specie durante l'estate), seguire un'alimentazione corretta e non utilizzare farmaci senza il controllo del medi-

co. Fondamentali sono il controllo del peso e della pressione, essendo i reni particolarmente sensibili all'ipertensione.

La pressione alta determina infatti una progressiva "nefroangiosclerosi", cioè una progressiva occlusione dei piccoli vasi arteriosi renali, anticamera della futura insufficienza. Oltre i quarant'anni di età è raccomandabile anche il controllo del tasso di glicemia nel sangue. L'eventuale eccesso di peso cela infatti il rischio di insulino-resistenza, un fattore di rischio anche a livello renale. In pratica l'insulina prodotta dal pancreas tende ad avere sempre meno effetto lasciando crescenti quantità di glucosio inutilizzato nel sangue, fatto che predispone sì al diabete, ma anche a future complicazioni renali.

Alessandro Azzoni

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA: DIALISI O TRAPIANTO?

Insufficienza renale cronica, malattia senza alternative: dialisi o trapianto. La seconda ipotesi è in realtà la soluzione ottimale e auspicabile, soprattutto in termini di qualità della vita (oltre che di spesa sanitaria). In base alle indicazioni dell'Aido e del Centro regionale trapianti, negli ultimi cinque anni a Verona sono stati effettuati tra 45 e 55 trapianti di rene all'anno. Buone sono le indicazioni per il 2005: nei primi otto mesi dell'anno i reni trapiantati sono stati 33.

In questo campo il Veneto si conferma una regione all'avanguardia e tra le più attive del Paese: nel 2004 i trapianti di rene (l'organo in assoluto più trapiantato) sono stati 209 contro i 260 della Lombardia, regione che vede il maggior numero di interventi, seguita nella classifica proprio dalla nostra (circa 1.250 il totale italiano, con circa 50 trapianti doppi).

Trovare un rene da trapiantare non è semplice.

Il prelievo da cadavere è il percorso largamente più frequente, anche se quello da donatore vivente consanguineo sarebbe ideale. Nel caso di trapianto da vivente, sono quasi sempre i familiari a sopperire alla mancanza di donatori, anche per motivi di maggiore compatibilità genetica. In ogni caso, questo tipo di trapianto non supera il 6/7% del totale.

Nel 2001, ad esempio, in Italia i trapianti di rene da donatore vivente sono stati circa 80 su 1.300. Un recente studio statunitense condotto su oltre 8 mila casi ha dimostrato comunque che se si attua il trapianto preventivo (prima di iniziare la dialisi) da donatore vivente il

rischio di rigetto si riduce nel primo anno del 52% e nel secondo dell'82%.

Non tutti i pazienti nefropatici sono tuttavia trapiantabili: chi soffre di disturbi coronarici o di cardiomiopatia non è infatti candidabile al trapianto, dal momento che l'intervento potrebbe provocare o favorire l'infarto e altre gravi complicazioni.

Il trapianto ha comunque innegabili vantaggi rispetto alla dialisi. Dal punto di vista soggettivo, il paziente non accusa più disturbi invalidanti, come il continuo senso di spossatezza. In più le sue funzioni fisiologiche sono garantite meglio di quanto possa fare la dialisi, in quanto il "rene nuovo" svolge tutte le sue complesse funzioni e non solo quella depurativa garantita dalla dialisi.

Il problema dei trapiantati è semmai quello del rigetto, affrontato soprattutto attraverso una terapia immunodepressiva. In genere il trapianto ha comunque un'efficacia compresa tra il 90 e il 96%. Da una recente indagine compiuta su scala europea, nel 2002 il 6,5% circa dei pazienti in dialisi aveva ricevuto un trapianto, mentre fra tutti i pazienti trapiantati soltanto il 4% era dovuto ritornare in dialisi.

Nella casistica del NITp (Nord Italia Transplant program) i risultati sono pari o superiori a quelli dei migliori centri nazionali ed esteri. L'85,8% dei reni trapiantati risulta infatti funzionante a tre anni e l'82,4% a cinque anni dal trapianto. La mortalità post-operatoria (durante il primo mese dall'intervento) è risultata pari allo 0,3%.

al. az.

L'ETICA DELLE SCELTE

di Franco Toniolo*

La bioetica ha percepito fin dai suoi inizi l'essenzialità del problema della giustizia distributiva, rinominando in maniera efficace ed efficiente l'allocazione delle risorse la cui appropriatezza non è ormai più discutibile. Le risorse da allocare sono umane (*di personale qualitativamente e quantitativamente adeguato*) e materiali (*strutturali, tecnologiche e tecniche*), ma né le une né le altre possono essere svincolate dalle strategie economiche.

È importante, dunque, riferirsi al sistema anziché al servizio sanitario in quanto indica in modo maggiormente preciso e puntuale la complessità con cui è doveroso pesare e quantificare le tante e le numerose variabili. Decidere come allocare le risorse – ed eventualmente stabilire i criteri per fare una lista delle priorità – è un momento forte dell'etica in medicina o, per meglio dire, delle etiche in medicina: infatti, nell'ambito della sanità convivono specie diverse di etica, che costituiscono contesti strutturati nei quali rispondere ai problemi: *che cosa è giusto dare, a chi è giusto dare, a quali condizioni è giu-*



Franco Toniolo segretario Sanità e Sociale della Regione Veneto

sto dare. Scopo comune è certamente stabilire la macro e la micro allocazione delle risorse.

A livello macro la parte del prodotto interno lordo (Pil) da assegnare:

– *al sistema e la sua distribuzione tra la prevenzione di interesse sociale di dimostrata efficacia;*

– *alla cura efficace delle malattie;*

– *all'ambito in cui è realisticamente possibile occuparsi della salute oltre che delle malattie;*

– *all'organizzazione dei servizi per l'uso appropriato delle procedure e dell'accesso dei cittadini a essi nel rispetto dei principi di socialità, sussidiarietà, solidarietà e responsabilità.*

A livello micro allocativo è, di contro, importante tener conto del principio di alleanza terapeutica che si stringe tra medico e paziente in cui l'autonomia del medico si contrappone all'autonomia del paziente.

Nel trattamento delle patologie vi sono percorsi alternativi: per estremizzare le posizioni potremmo dire che il problema delle scelte non esisterebbe se per ogni situazione patologica ci fosse un'unica soluzione terapeutica e un unico itinerario diagnostico; ma là dove ci sono alterna-

tive vengono fuori i valori che soggiacciono alla prassi medica.

Nello scenario della moderna medicina diventa prioritario fare delle scelte in cui nel trattamento non soltanto si arrechi beneficio al paziente, ma si rispetti il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte. La nuova stagione che si è aperta ci obbliga a interrogarci se l'azione sia appropriata rispetto ai fini da conseguire che comportano sia una più acuta sensibilità per il bene comune e l'equità sociale sia l'acquisizione di un atteggiamento che abbinì la soddisfazione del cittadino/cliente con l'attenzione agli interessi dell'azienda.

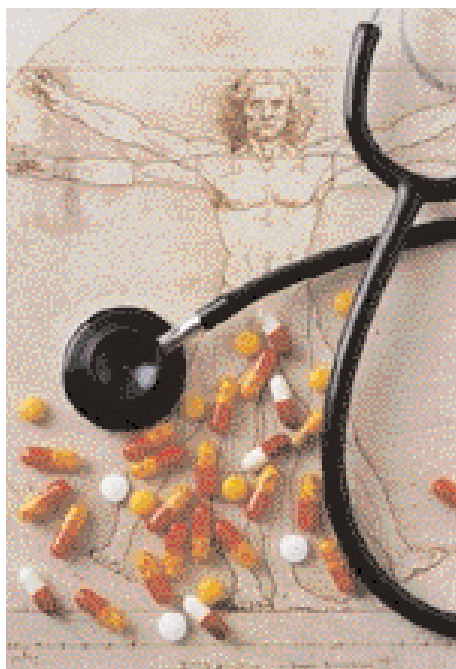
La buona medicina ci appare così come il frutto di una "contrattazione" molteplice, che deve tener conto di tre diversi parametri:

1. *l'indicazione clinica (il bene del paziente);*
2. *le preferenze e i valori soggettivi del paziente (il consenso informato);*
3. *l'appropriatezza sia sociale che clinica.*

In riferimento a questo ultimo aspetto, l'art. 12 del nuovo codice deontologico del medico prevede la responsabilità sia professionale che etica dello stesso e "su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso".

Il fine ultimo dev'essere comunque garantire e tutelare il diritto alla salute e alle cure di ciascun individuo indipendentemente dal reddito. Ciò costituisce da tempo parte integrante dei principi cardine del patto sociale che richiede la necessaria garanzia dei Livelli essenziali di assistenza concordati fra Stato e Regioni.

***Segretario Sanità e Sociale della Regione Veneto**



La Fondazione "Rosa Gallo" è finalizzata alla ricerca sulla poliposi adenomatosa familiare

Malattie rare

IL CORAGGIO DI ROSA

*Gioco con la palla
e vedo una farfalla
le chiedo "dove vai"
la prendo con le mani
l'accarezzo piano piano.
Non voglio farle male
Ma lei muove le ali
Per dirmi "lasciami andare!"
Due cerchi gialli ha sulle ali
Ciao bella farfalla
Ci vediamo domani.*

L'autrice di questi versi delicati era una bambina dodicenne di Salerno, dotata di straordinaria sensibilità. Una bambina dallo sguardo dolce e sognante, innamorata della vita. Era ancora inconsapevole della brevità dei suoi giorni. Rosa non sapeva che, proprio come la farfalla delicata della sua poesia, avrebbe spiccato molto presto il suo ultimo volo, a soli 21 anni, vinta da una sindrome rara e molto difficile da curare, la poliposi adenomatosa familiare (vedi box).

Rosa ha trascorso un lungo periodo ricoverata all'ospedale policlinico di Borgo Roma, dove è stata seguita dall'équipe di Giangiaetano Delfini, nella Chirurgia diretta da Giovanni Serio. «Rosa era una ragazza speciale – ricorda il professore –, aveva voglia di vivere ed era sempre sorridente.



Rosa Gallo. La Fondazione a lei intitolata opera per migliorare l'informazione e il sostegno ai parenti, per facilitare la diagnosi precoce e incentivare la ricerca e la formazione di medici e chirurghi

La malattia l'ha costretta a sottoporsi ad una serie di terapie purtroppo non in grado di risolvere il suo problema, fino all'ultimo atto: il trapianto multiorgano di intestino, fegato e pancreas effettuato ad Innsbruck. Neppure quell'ultimo tentativo, dopo un'iniziale speranza, è riuscito a restituirle la salute. Rosa era molto coraggiosa e non si è mai arresa. Ci

ha lasciati con un imperativo: «fate qualcosa per chi deve combattere contro questa malattia».

La promessa è stata mantenuta. Il nome di Rosa Gallo è oggi ricordato da una Fondazione finalizzata alla ricerca sulla malattia per la quale ancora non esistono terapie risolutive, alla formazione di medici e chirurghi ed al sostegno a malati e familiari.

Rosa si era iscritta alla facoltà di Medicina della nostra Università. Studiava per capire, per essere parte attiva nella ricerca della soluzione al suo problema e per poter aiutare a sua volta i malati. Sarebbe diventata un buon medico, perché aveva una grande esperienza della malattia.

È medico anestesista anche il padre di Rosa, presente alla serata nella quale la Fondazione è stata presentata alla Gran Guardia.

«Rosa non è più soltanto figlia mia – ha detto in quell'occasione Rosario Gallo – ma patrimonio di tutti. Al Policlinico di Verona abbiamo sperimentato una grandissima umanità. Ho girato tutto il mondo per cercare una cura per mia figlia, ma nessuno aveva conoscenze più approfondite sul suo male. Rosa ha sperato che le terapie sperimentali cui veniva sottoposta sarebbero almeno state utili ad altri: sapeva che non c'erano cure certe per la sua malattia. Credo che la nascita della Fondazione sia una forte provocazione a fare di più per chi soffre».

Per informazioni sulla Fondazione e per offrire il proprio contributo è possibile contattare la Chirurgia colo-proctologica dell'ospedale policlinico di Borgo Roma allo 045.8074635.

COS'È LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIARE

La poliposi adenomatosa familiare è una malattia ereditaria causata dall'alterazione di un gene denominato APC, normalmente deputato ad inhibire la formazione di polipi adenomatosi.

A causa di questa anomalia genetica durante la pubertà, ma a volte anche nell'infanzia, moltissimi polipi (possono essere oltre mille) si svi-

luppano lungo il colon, il tratto terminale dell'intestino.

Se non trattati, tali polipi possono andare incontro ad una degenerazione neoplastica, trasformandosi cioè in tumore. La malattia è diffusa in tutto il mondo, colpisce in modo uguale entrambi i sessi e colpisce circa 1 persona ogni 15mila.

SUPERARE IL TRAUMA

Le vittime di traumi ad alta energia comportano frequentemente importanti perdite di sostanza ossea, muscolare e cutanea. Le persone coinvolte sono per lo più pazienti giovani che svolgono attività lavorative dinamiche che richiedono efficienza ed integrità fisica.

Sono sempre più pressanti pertanto le richieste di un ripristino funzionale ottimale ed in tempi rapidi della loro autonomia. Purtroppo non sempre ciò è possibile soprattutto quando le lesioni comportano gravi danni articolari e/o neurologici, o si complicano con infezioni profonde.

L'ospedale civile maggiore di Borgo Trento per tradizione e cultura e perché sede di un importante Dipartimento neurochirurgico e di anestesia-rianimazione è un importante centro di riferimento, accogliimento e cura di tali patologie.

Il trattamento si è rapidamente evoluto in questi ultimi dieci anni, sia per la disponibilità di nuove tecnologie, sia per i progressi compiuti in campo immunoematologico e chirurgico.

Si tratta di terapie complesse e ancora abbastanza lunghe che richiedono una stretta collaborazione multidisciplinare. Traumatologo, chirurgo plastico ed immunoematologo lavorano sempre più spesso contemporaneamente sullo stesso paziente, progettando interventi seriali allo scopo di ripristinare la lunghezza di un arto, di ottenerne la copertura cutanea, di assicurarne la consolidazione e la funzionalità biomeccanica.

Da ormai cinque anni si è costituito un efficiente team multidisciplinare che ha curato una quarantina di gravi mutilazioni dello scheletro appendicolare, ottenendo buoni risultati clinici ed anche confortanti riconoscimenti scientifici. Oltre a traumi acuti sono stati trattati gravi esiti di osteomieliti, di pseudoartrosi infette o difetti ossei e cutanei che altrove non avevano trovato valide soluzioni.

La ricostruzione di un arto, come si può ben comprendere dall'approfondimento che pubblichiamo in queste pagine, oltre ad una elevata professionalità richiede una progettualità

multidisciplinare all'interno di un team ben affiatato che attualmente si coordina attorno alla Struttura funzionale di Traumatologia.

I risultati ottenuti, la *restituito ad integrum* nel 50% dei casi ed il ripristino funzionale in oltre l'85% dei pazienti trattati, sono dati confortanti che hanno anche ottenuto interesse ed apprezzamenti dal mondo scientifico a livello nazionale ed internazionale.

La soddisfazione maggiore, comunque, è vedere un paziente tornare a camminare e correre dopo mesi di lavoro e dubbi per i curanti e di tribolazioni per lui.

Nell'immediato futuro ci sono forti aspettative legate all'utilizzo delle cellule staminali ma, come la medicina ci ha più volte insegnato, al di là dei positivi presupposti teorici, sarà l'esperienza clinica a stabilire la reale efficacia della nuova terapia.

In questo servizio spieghiamo come chirurgo plastico, immunoematologo e traumatologo collaborano per restituire al paziente il maggior livello possibile di integrità fisica.

Il chirurgo plastico

di Dino Barisoni* e Maurizio Governa*

I gravi traumi complessi degli arti giungono spesso all'attenzione del chirurgo plastico in prima istanza. Non sempre però è possibile ripristinare i tessuti molli (cute, sottocute e piani muscolari) in modo tale da garantire un'adeguata copertura ai tessuti nobili sottostanti (vasi, nervi, tendini ed ossa). In tali traumi, infatti, spesso i tessuti molli appaiono devitalizzati, colonizzati o addirittura infetti, e devono essere pertanto sottoposti ad una rimozione chirurgica ampia, spesso anche con perdita di sostanza di grandi dimensioni, che interessano anche i piani più profondi, fino al tessuto osseo. In questi

casi la ricostruzione o riparazione immediata non è ovviamente possibile, e la ricostruzione ossea profonda, necessaria per una corretta ripresa funzionale dell'arto, dovrà essere posticipata ed effettuata solo quando sarà garantita un'adeguata copertura cutanea.

Circa il 10% delle fratture degli arti, inoltre, si complica con guarigioni ritardate o pseudoartrosi, e in questi casi spesso la causa è da ricercare in condizioni locali e generali che mettono a rischio la normale guarigione delle ferite: scarso apporto sanguigno, sofferenza e necrosi dei tessuti molli, infezioni, instabilità dopo la



sintesi dell'osso, scadenti condizioni generali.

Per evitare che ciò accada, pertanto, l'approccio chirurgico in questi pazienti deve essere mirato ad una *toilette* locale la più accurata possibile (purtroppo a volte anche molto demolitiva) di tutti i tessuti che non siano sicuramente vitali, allo scopo di eliminare ogni possibile fonte di infezione presente. È, infatti, essenziale garantire alla successiva copertura definitiva un fondo della ferita pulito, vitale e sanguinante. Nei pazienti che si presentano a distanza

di qualche tempo dal trauma, e che sono già stati trattati altrove con mezzi di sintesi interni, questi vanno rimossi e sostituiti con una fissazione esterna, eseguita dagli ortopedici dopo una comune valutazione in base al tipo di ricostruzione progettata.

Le aree periferiche vengono quindi coperte con innesti cutanei prelevati in aree integre dello stesso paziente, allo scopo di ridurre l'estensione del difetto residuo.

Questo verrà coperto definitivamente con un lembo solo in un secondo tempo, quando le aree innestate saranno guarite completamente.

Per la copertura definitiva nei casi con esposizione dell'osso o quando si prevede la necessità di una successiva ricostruzione ossea, non è possibile utilizzare semplici innesti cutanei, troppo sottili e che, oltre a non attecchire sull'osso stesso, non sarebbero in grado di proteggerlo adeguatamente.

Vengono pertanto utilizzati lembi cutanei (fasciali, muscolari o muscolo-cutanei) prelevati nelle aree più vicine al difetto (lembi locali) o in altra sede, in genere dal dorso, dall'addome o da una coscia, (lembi a distanza). Questi ultimi, prelevati con il proprio peduncolo vascolare, vengono trasferiti e suturati con tecnica microchirurgica ai vasi riceventi nella zona del difetto, a copertura delle aree di esposizione ossea.

La ricostruzione microchirurgica è forse la massima espressione della attuale chirurgia ricostruttiva, anche se negli ultimi anni è diventata ormai consuetudine grazie alle notevoli

possibilità riparatrici ed alla altissima percentuale di successo (oltre il 95% dei casi si risolve favorevolmente).

Si tratta, comunque, di interventi sempre delicati, caratterizzati da una notevole complessità tecnica e con un maggior rischio di insuccesso rispetto alle tecniche tradizionali, dovuto principalmente agli esiti che il trauma lascia sui vasi dell'arto interessato.

Nei casi in cui sia necessaria anche

non è ancora terminato, poiché a questo punto, sempre in collaborazione con l'ortopedico, e con l'immunematologo, sollevato nuovamente il lembo dalla sua sede, si procederà all'innesto d'osso per reintegrare il difetto residuo che verrà nuovamente ricoperto dal lembo precedentemente approntato. Anche questa è una fase delicata, poiché il lembo resta sempre più fragile del tessuto originale, ed una sofferenza cutanea,

sempre possibile, potrebbe avere esiti disastrosi per la sopravvivenza e l'attecchimento dell'innesto osseo.

In conclusione si può certamente affermare che nelle gravi fratture esposte degli arti, la ricostruzione dei tessuti molli è essenziale per poter successivamente intraprendere la successiva ricostruzione ossea. La copertura con lembi microvascolari o locali fornisce un buon apporto sanguigno che è essen-

ziale per ridurre le infezioni locali prima di ristabilire la continuità scheletrica. Sono, è vero, trattamenti lunghi, che necessitano di più interventi chirurgici, e di una intensa collaborazione con altre discipline.

I buoni risultati ottenuti però attestano che questa è la strada da percorrere, e che l'approccio multidisciplinare è l'unica possibilità per il trattamento di traumi così gravi ed invalidanti.

***1^A Chirurgia
Plastica e Centro Ustioni
Ospedale Civile Maggiore
Azienda ospedaliera di Verona**



la ricostruzione ossea, una volta stabilizzata la situazione dei tessuti molli, è però necessario attendere purtroppo un ulteriore periodo, variabile tra i 4 e gli 8 mesi, prima di riportare nuovamente il paziente in sala operatoria.

Questo intervallo di tempo è necessario per avere la certezza che nell'arto trattato non siano presenti infezioni locali latenti, che sarebbero letali per l'innesto osseo. Inoltre le condizioni generali e locali del paziente hanno modo di ristabilirsi alle condizioni pre-esistenti al trauma.

Il ruolo del chirurgo plastico però

L'immunoematologo

di Massimo Franchini**

Il grande, tumultuoso, affascinante progresso della medicina, che abbiamo vissuto e stiamo vivendo negli ultimi anni, ha portato ad un enorme sviluppo anche nel campo dei trapianti di organi e tessuti. La trapiantologia, intesa ormai come una branca autonoma con la peculiarità di poggiare necessariamente su coordinamento e sinergia con molte altre discipline, è oggi snodo strategico delle strutture sanitarie più avanzate. In tale ambito a fianco del trapianto d'organi sta acquisendo un ruolo sempre più rilevante il trapianto/innesto di tessuti, sia dal punto di vista tecnico-scientifico, sia per quanto riguarda l'allargamento delle indicazioni terapeutiche e la diffusione di utilizzo.

Il rapido sviluppo delle tecniche di trapianto o innesto di tessuti ha via via posto importanti interrogativi ed ha quindi aperto importanti problemi riguardanti da un lato gli aspetti etici, normativi e organizzativi, dall'altro gli aspetti più strettamente tecnici e specialistici (come la sicurezza e conservazione dei tessuti utilizzati).

Per dare chiara e concreta risposta a queste problematiche di fondo, sono state istituite in tutto il mondo (dapprima negli Stati Uniti e successivamente in Europa) le Banche dei Tes-



Guido Rocca responsabile Struttura funzionale di Traumatologia presso l'ospedale civile maggiore dell'Azienda ospedaliera di Verona con, a sinistra, Maurizio Governa della 1° Chirurgia plastica e Centro ustioni presso lo stesso nosocomio e, a destra, Massimo Franchini, Servizio di Immunoematologia e Trasfusione presso la Banca dei tessuti della Regione Veneto

suti, in grado di raccogliere, manipolare, qualificare, distribuire tessuti con caratteristiche di alto livello qualitativo. Il tessuto di Banca costituisce oggi il supporto biologico più importante nelle moderne tecniche di ricostruzione chirurgica. Grazie ai tessuti messi a disposizione dalle Banche, infatti, la moderna chirurgia

ricostruttiva ha potuto compiere importanti progressi e l'innesto tissutale, pertanto, oggi è un'importante opzione chirurgica destinata a consentire importanti recuperi anatomici, funzionali ed estetici, restituendo salute, benessere e qualità di vita a tanti pazienti.

È, infatti, sorto recentemente un nuovo settore, altamente specialistico, della medicina chiamato medicina rigenerativa, il cui compito è quello non solo di riparare i tessuti danneggiati, ma anche, e soprattutto, di rigenerarli fisiologicamente, ripristinandone la loro funzionalità perduta. Tra i settori chirurgici dove la medicina rigenerativa trova importanti applicazioni, la chirurgia ortopedica ricostruttiva è sicuramente quello più interessante.

Infatti, quando l'osso perde le proprie capacità riparative in presenza di un callo osseo patologico, di importanti perdite di sostanza per cause traumatiche o post-chirurgiche, o a seguito di bonifiche in caso



di osteomieliti è indispensabile affiancare ad una sintesi stabile un valido supporto biologico per poter raggiungere l'obiettivo della consolidazione ossea.

In questi casi, tutt'altro che rari, l'osso di Banca rappresenta una valida e sicura alternativa agli innesti ossei autoplastici, avendo sia capacità osteoconduttive (l'innesto osseo funge da struttura tridimensionale passiva che favorisce l'inserimento di vasi sanguigni e la formazione di nuovo osso) che osteoinduttive (la sintesi di nuovo osso avviene attraverso l'attivazione dal tessuto circostante, da parte di fattori di crescita presenti nell'innesto, di cellule

mesenchimali dell'ospite e successiva trasformazione in osteoblasti). Inoltre, l'osso di Banca, prelevato da donatore deceduto o vivente (epifisi femorali), garantisce l'apporto di tutto quel substrato biologico necessario al chirurgo e spesso non facilmente reperibile nel paziente stesso. Allo scopo di aumentare la capacità osteoinduttiva e per stimolare l'osteogenesi (sintesi di nuovo osso nella sede dell'innesto), al tessuto osseo di Banca può essere associato il gel piastrinico.

Il gel piastrinico è un emocomponente per uso topico prodotto dal sangue intero, dopo opportune centrifugazioni e costituito da plasma

ricco di piastrine attivate e degranulate dopo contatto con trombina autologa. Esso è in grado di stimolare la rigenerazione ossea ed incrementare la maturazione degli innesti ossei.

Pertanto, il gel piastrinico ed il tessuto osseo di Banca utilizzati in associazione rappresentano un prodotto biologico completo, estremamente efficace nel riparare e rigenerare il tessuto osseo danneggiato in alcune patologie ortopediche quali le pseudoartrosi ed i difetti ossei.

****Servizio di Immunoematologia e Trasfusione
Banca dei Tessuti
della Regione Veneto**

Il traumatologo

di Guido Rocca***

L'opera del traumatologo può consistere in interventi di carattere demolitivo e ricostruttivo.

In un trauma recente, una frattura ossea con ampia perdita del mantello cutaneo ed un grave inquinamento con materiale organico pone a volte l'indicazione ad una resezione ossea che garantirà così di poter ripristinare la chiusura immediata della cute riducendo al minimo le possibilità di insorgenza di una grave infezione.

Se invece ci si trova di fronte ad un focolaio di osteomielite o ad una pseudoartrosi atrofica le possibilità di ripristino biologico dell'osso sono nulle. I mezzi di sintesi presenti in tali sedi possono complicare le condizioni trofiche e biologiche e vanno rimossi senza esitazione.

Il focolaio infettivo o di pseudoartrosi va considerato alla stregua di un tumore e pertanto va asportato per dare nuove possibilità di rivitalizzazione al tessuto osseo.

È facilmente comprensibile come questi interventi demolitivi vadano concordati e spesso eseguiti con la collaborazione del chirurgo plastico che valuterà di volta in volta come meglio ripristinare il mantello cutaneo.

L'amputazione di un arto, ultima

ratio, è sempre meno eseguita, ma indispensabile qualora il flusso vascolare non sia recuperabile. In rari casi, a seguito del recidivare di profonde ed indomabili infezioni, esso è una amara sconfitta, ma una indispensabile necessità.

Gli interventi ricostruttivi possono consistere o nel ripristino di un difetto osseo o nel recupero della lunghezza di un arto.

Quando il difetto osseo non è totale (a tutto spessore) e quindi non comporta una perdita di lunghezza, è necessario eseguire una radicale *toilette* chirurgica del focolaio asportando soprattutto gli abbondanti e spessi manicotti fibrotici attorno al difetto. Tali manicotti sono infatti espressione di tentativi di riparazione che non hanno però raggiunto la consolidazione. I canali midollari del moncone prossimale e distale vanno quindi liberati e riaperti.

Quando il difetto osseo è di piccola entità talvolta questa procedura, associata ad un mezzo di sintesi applicato in compressione e che garantisca stabilità, è sufficiente a far ripartire il processo riparativo.

Se il difetto osseo è però ampio è indispensabile l'utilizzo di un supporto biologico che può consistere in

stecche di osso corticale associate ad osso morcellizzato.

Le stecche di osso corticale vengono posizionate a sandwich, ovverosia controlateralmente a placche in titanio fissate con viti alle diafisi. L'osso morcellizzato (finemente granulare) viene utilizzato quale riempitivo tra placca e stecca corticale.

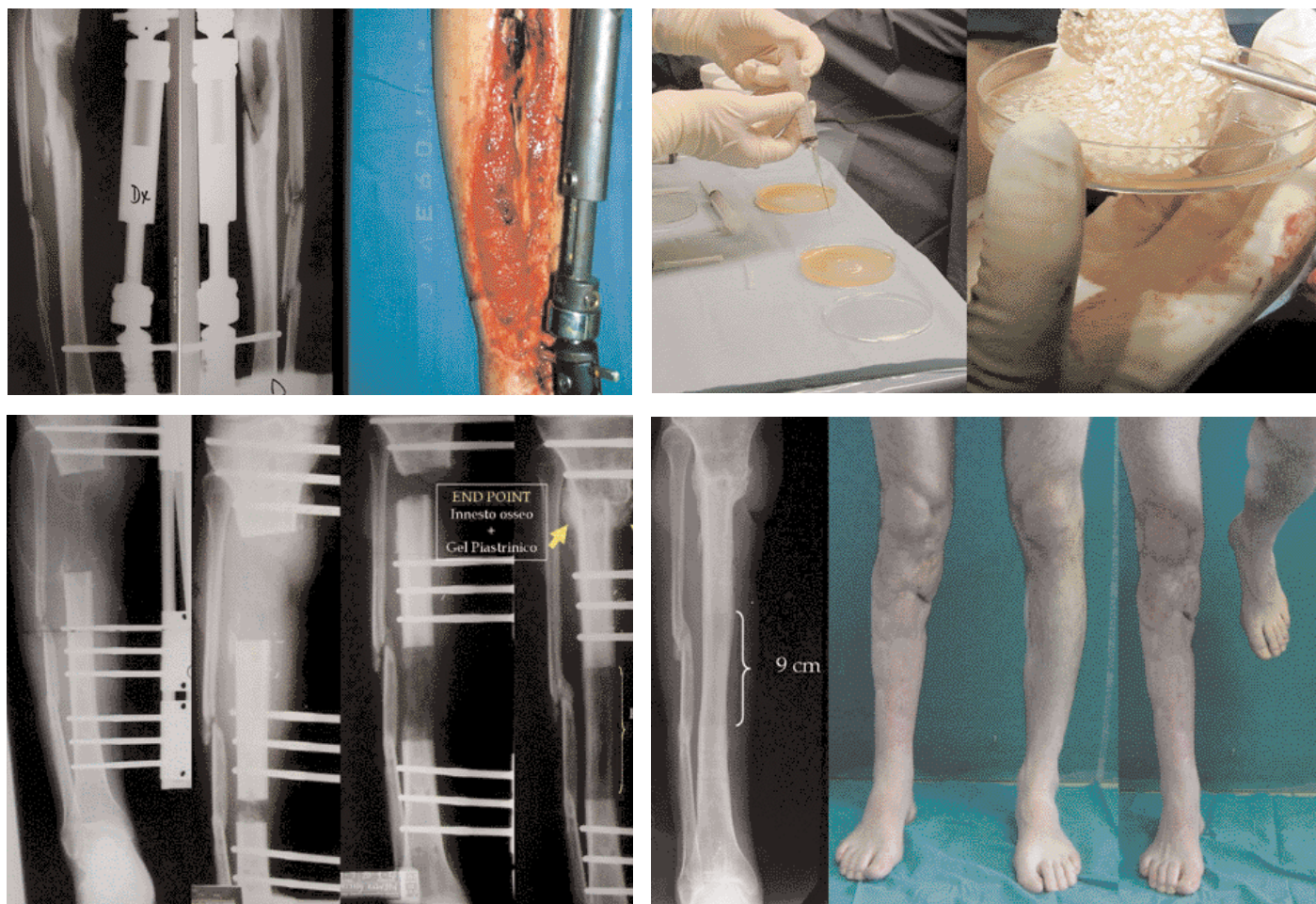
È preferibile che stecche d'osso e morcellizzato siano omologhi e completamente inerti dal punto di vista biologico.

È pertanto indispensabile la collaborazione della Banca dell'osso nella fornitura di questo materiale.

La loro funzione è quella di agire quali osteoconduttori ovverosia essere riabilitati da gettoni vascolari per poi venire completamente digeriti dagli osteoclasti man mano che la deposizione di nuovo osso avanza.

Gli innesti ossei autologhi, prelevati dal paziente stesso, sembra interagiscano infatti con il gel piastrinico inibendo liberazione ed attivazione dei fattori di crescita in esso contenuti e pertanto non dovrebbero essere utilizzati in associazione ad altri supporti biologici.

Le placche in titanio usate in questi interventi offrono notevoli vantaggi rispetto al passato e ad altri mezzi di



A sinistra in alto, osteomielite profonda con perdita di sostanza ossea, muscolare e cutanea; a sinistra, in basso, allungamento progressivo e fusione con gel piastrinico e osso di banca; a destra, in alto, attivazione del gel piastrinico e mix con osso morcellizzato; a destra, in basso, consolidazione finale del rigenerato osseo e ripristino del mantello cutaneo

sintesi. È indispensabile infatti, affinché il processo biologico prosegua indisturbato, che il mezzo di sintesi garantisca notevole stabilità, rigidità e resistenza alla fatica.

Il titanio risponde meglio a queste richieste biomeccaniche rispetto alle vecchie leghe di acciaio ed inoltre, essendo particolarmente inerte, è necessaria una carica batterica ben più elevata (10^9 batteri/mmc) per riuscire a scatenare un processo infettivo rispetto all'acciaio (10^4 batteri/mmc). Le teste delle viti ed i fori delle placche di ultima generazione sono filettati. Quando la parte filettata della vite viene avvitata nella placca costituisce un elemento di presa che garantisce una forte stabilità dell'impianto indipendentemente dalla qualità dell'osso.

In traumi ancora più gravi, quando si è perso un segmento diafisario o

sia stato necessario asportarlo a causa di profonde infezioni o pseudoartrosi atrofiche, diventa indispensabile ripristinare la lunghezza dell'arto.

Per tali interventi si utilizzano fissatori esterni e viti rivestite in idrossiapatite.

Applicato il fissatore preferibilmente in sede metafisaria si esegue una osteotomia ed il moncone diafisario così ottenuto viene trazonato lentamente a colmare il difetto osseo. Ciò è possibile grazie alle proprietà elastiche del callo riparativo che se trazonato non consolida. Alle manovre di allungamento, mediamente di un millimetro al giorno, viene addestrato il paziente stesso che ruoterà una apposita vite senza fine 2-4 volte al giorno secondo le indicazioni del traumatologo.

Quando l'allungamento è completato

ed il difetto osseo è stato colmato giungendo a contatto dell'altro moncone corticale (*end point*), è indispensabile eseguire un intervento atto a favorire la fusione tra il moncone corticale raggiunto ed il rigenerato osseo ottenuto.

Ciò avviene con l'utilizzo sempre di osso morcellizzato associato a gel piastrinico.

Affinché l'osso rigenerato assuma adeguate caratteristiche di resistenza meccanica ed i supporti biologici utilizzati attecchiscano è indispensabile attendere un tempo non inferiore a 8-10 mesi durante i quali il paziente deambula grazie alla stabilità garantita dal fissatore esterno.

*****Responsabile Struttura
funzionale di Traumatologia
Divisione di Ortopedia
e Traumatologia**

La gestione del rischio clinico

di Lucia Poli

Il rischio clinico è una delle problematiche di maggior attualità ed interesse nel panorama sanitario non soltanto italiano. È un problema che ha spesso grande eco sui mass media che rimarcano con grande risalto i casi di cosiddetta "malasana".

Non sempre il problema è colto nella sua complessità. Con il termine "rischio clinico" si definisce l'eventualità per il paziente di subire un danno come conseguenza di un errore. Se di errore si tratta, tuttavia, spesso non è un singolo medico o operatore sanitario l'unico responsabile, ma il danno è stato provocato da un comportamento o una procedura connessa con un difetto del sistema organizzativo sanitario. Ciò significa che il rischio clinico deve essere conosciuto e può essere – in certi limiti – prevenuto e che le Aziende sanitarie devono attuare programmi di monitoraggio ed intervento.

Non è ancora percepito a livello di pubblica opinione il gravissimo problema dell'impatto che la gestione dei rischi e dei risarcimenti per i danni subiti a causa di cure mediche ha sulle strutture sanitarie e compagnie assicurative.

Tale situazione è già esplosa clamorosamente negli Stati Uniti ed in Australia, dove vi sono compagnie assicurative che lasciano il mercato a causa delle perdite crescenti, o falliscono, e vi sono medici che abbandonano gli ospedali a causa dei costi troppo alti delle assicurazioni. Per non dire della possibilità che un professionista possa astenersi dal compiere un certo atto medico se questo configura un rischio troppo elevato e pertanto non sostenibile in sede di risarcimento. In questo caso il rischio più grave per il paziente non è tanto il danno eventuale che potrebbe essere causato dall'atto, ma il danno certo per la salute derivante dalla mancata esecuzione dell'atto stesso.

La prevenzione del rischio clinico correttamente intesa, pertanto, inte-



ressa vari settori dell'assistenza sanitaria e si colloca nell'ambito delle azioni che vengono messe in atto per migliorare le prestazioni sanitarie anche sotto il profilo della sicurezza del paziente. Si tratta di intervenire nella complessità della pratica clinica per arrivare ad una gestione integrata del rischio, sviluppando organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il ministero della Salute ha istituito nel 2003 la Commissione tecnica sul rischio clinico che ha come finalità lo studio delle cause del rischio stesso, la formulazione di indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e la gestione del problema.

La Commissione ha elaborato il documento *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*, raccolta di riflessioni e raccomandazioni destinata agli operatori sanitari. Si tratta di un'analisi dei rischi connessi all'uso dei farmaci, alla medicina di laboratorio, all'utilizzo del sangue, alle attività diagnostiche e procedure invasive, alle attività radiologiche, chirurgiche, anestesologiche ed alla comunicazione con il paziente.

Un Gruppo di lavoro per la valutazione degli approcci metodologici in tema di rischio clinico ha elaborato, inoltre, un protocollo per il monitoraggio degli "eventi sentinella". Sulla scorta di esperienze già avviate in altre Nazioni, si vuole attuare la sorveglianza di quegli eventi avversi di

**Il problema
dev'essere
affrontato a livello
organizzativo
per garantire
qualità e sicurezza
delle cure
in ospedale**

particolare gravità che indicano una disfunzione del sistema sanitario tale da poter causare un grave danno al paziente. La conoscenza di tali eventualità e l'attenzione costante alla loro prevenzione attraverso l'attuazione di corrette procedure è un'importante strategia per promuovere la sicurezza dei pazienti.

Anche la Regione Veneto ha promosso iniziative mirate allo studio e alla prevenzione del rischio clinico attraverso progetti ad hoc ed in collaborazione con l'Assr della Regione veneto, sensibilizzando, nel contempo, sul tema tutte le Aziende operanti sul territorio.

L'Azienda ospedaliera di Verona ha già insediato un Gruppo di lavoro interdisciplinare sul rischio clinico che opera nell'ambito della Commissione Qualità. Si prefigge di effettuare un monitoraggio della situazione esistente nelle sedi ospedaliere e di elaborare modelli e procedure idonei alla prevenzione dei rischi connessi con lo svolgimento delle attività sanitarie nei vari settori d'attività.

Un altro aspetto dei compiti del Gruppo riguarda la gestione corretta dei danni eventualmente rilevati per migliorare la qualità dei servizi e tutelare pazienti e professionisti. Queste azioni vanno ad integrare la rete di protezione del paziente che prevede idonee coperture assicurative per il risarcimento di coloro che dovessero aver subito il danno.

ATTACCHI DI PANICO

«È successo in auto: ero ferma al semaforo attendendo che scattasse il verde... improvvisamente ho avuto la sensazione fortissima che mi stesse per accadere qualcosa di brutto, come un presagio di qualcosa di terribile. Ho iniziato a sudare, avevo le vertigini, un forte dolore al torace, è iniziato un formicolio prima alle braccia poi alle mani... soprattutto nella parte sinistra. Il respiro si faceva corto, il cuore batteva all'impazzita... pensavo di avere un infarto in corso» così racconta Gloria, 48 anni che da tempo soffre di un Disturbo da Attacchi di Panico (DAP).

Un disturbo di natura psichica, caratterizzato da molti sintomi organici, come tachicardia, vertigini, formicolii. Molto frequente nella popolazione generale, si presenta con una percentuale compresa tra l'1,5 e il 3,5 per cento. Diversi i fattori che possono aumentarne la vulnerabilità, come eventi quotidiani e fattori ambientali di stress (problemi lavorativi, conflitti di coppia, lutti, malattie in famiglia, stile di vita frenetico, iperattivo e responsabilizzante, difficoltà interpersonali); alcuni tratti di personalità e meccanismi cognitivi (perfe-



Mirella Ruggeri, direttore del Servizio di Psicologia medica dell'Ospedale Policlinico

zionismo, bisogno di controllo, intolleranza all'incertezza, sovrastima del pericolo e sottostima delle proprie abilità di fronteggiarlo); caratteristiche che possono favorire un'eccessiva preoccupazione verso modificazioni fisiologiche, non necessariamente patologiche, come ipoglicemia, variazioni di pressione, difficoltà digestive, alterazione del ritmo cardiaco, dolori intercostali.

Ma cos'è esattamente questa patologia? E come si manifesta?

«Il disturbo è caratterizzato da crisi d'ansia ricorrenti e inattese – risponde Mirella Ruggeri, direttore del Servizio di Psicologia medica dell'ospedale policlinico – durante le quali il paziente sperimenta almeno quattro sintomi somatici e cognitivi. Nella maggioranza dei casi la patologia è complicata dalla presenza di agorafobia caratterizzata dal timore di affrontare situazioni dalle quali, in caso di necessità, sarebbe difficile allontanarsi o chiedere aiuto, come, ad esempio, essere fuori casa da soli, trovarsi in mezzo alla folla, viaggiare in automobile, in autobus o in treno. Come conseguenza chi ne è colpito

evita di trovarsi nelle stesse condizioni con una progressiva perdita dell'autonomia personale».

Nella fase iniziale, il paziente avverte una minaccia imminente e sente un impulso irrefrenabile a fuggire o a cercare aiuto. In pochi minuti i sintomi raggiungono la massima intensità, per poi risolversi lasciando sensazioni di vuoto, di apprensione, di stanchezza e di estraneità. Le crisi acute e le manifestazioni cliniche possono variare per intensità, gravità e commistione dei sintomi e, in genere, dopo il primo episodio si manifestano ansia anticipatoria e terrore di subire un nuovo attacco. Gli attacchi, dall'esordio alla risoluzione, durano in media trenta minuti e, all'inizio, si possono manifestare con una frequenza media di due-quattro alla settimana.

«La maggior parte dei pazienti – prosegue la professoressa Ruggeri – tende ad associare le crisi alle situazioni e ai luoghi dove esse si manifestano e a mettere in atto condotte che riducono, nel tempo, l'autonomia. Molti soggetti, se non trattati in modo opportuno, possono sviluppare sentimenti di inadeguatezza e di demoralizzazione».

Per trattare il disturbo, il Servizio di Psicologia medica ha messo a punto un ambulatorio specialistico, gestito da Davide Cappellari e dalla Rosa Dall'Agnola con psicologi e psicoterapeuti, unitamente agli psichiatri che operano presso il Servizio. Il trattamento si articola in varie fasi: una prima visita con un medico psichiatra che prescrive, se necessario, una terapia psicofarmacologica, successivamente viene proposta una psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo, strutturata in sei incontri della durata di un'ora e mezza ciascuno, cui partecipano da sei a dieci pazienti ed eventualmente una psicoterapia individuale sempre ad indirizzo cognitivo-comportamentale.

«La terapia cognitivo-comportamen-



MANIFESTAZIONI CLINICHE DEL DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO**Manifestazioni cognitive**

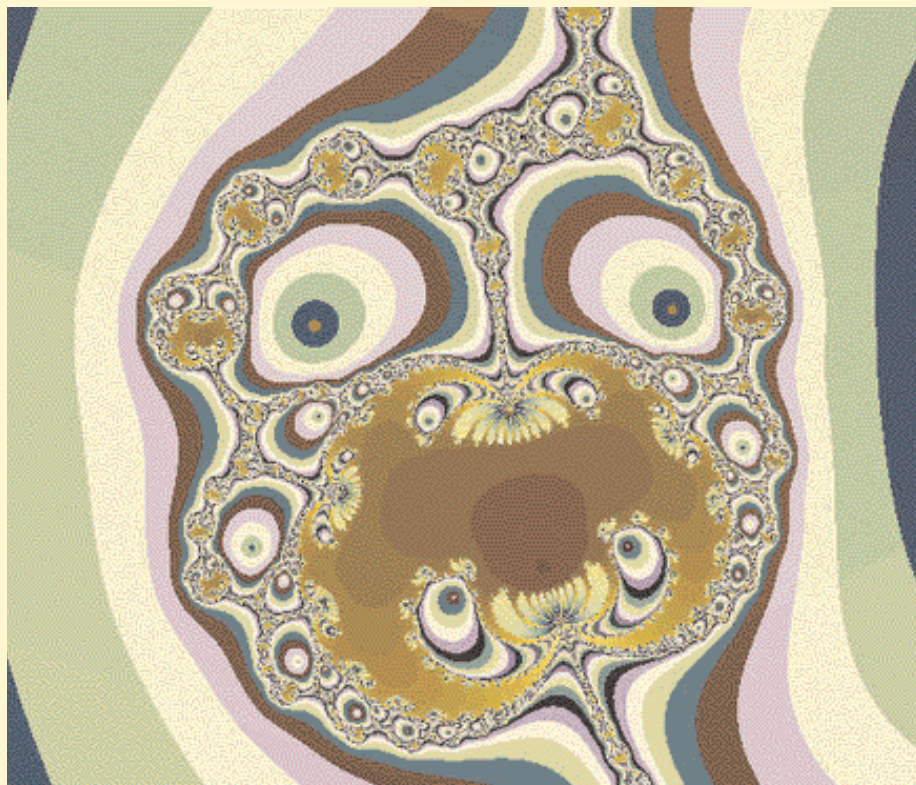
- paura di catastrofe imminente
- paura di morire
- paura di perdere coscienza
- paura di impazzire
- paura di perdere il controllo
- paura di provocare disastri
- paura di attirare l'attenzione

Manifestazioni psicosensoriali

- derealizzazione
- depersonalizzazione
- modificazioni dell'intensità luminosa e uditiva
- vertigini
- sensazione di accelerazione del pensiero
- modificazione percettiva delle distanze
- rallentamento della nozione del tempo

Manifestazioni somatiche

- sensazione di caldo e freddo
- oppressione toracica
- tachicardia
- sensazione di soffocamento
- costrizione della faringe



- nausea
- crampi e dolori addominali
- cefalea
- sudorazione
- inspirazioni forzate
- aumento della pressione arteriosa

- diarrea

Manifestazioni comportamentali

- interruzione delle attività svolte
- fuga dal luogo o dalla situazione

tale nasce dai dati della ricerca – spiega il dottor Cappellari – e crea un'osmosi tra studio del comportamento umano e teoria e pratica clinica.

È efficace, efficiente e praticabile in gruppo. In questo contesto, vengono affrontati soltanto problemi condivisi dal gruppo ed attinenti al quadro patologico, mentre argomenti collaterali o personali vengono rinviati alla psicoterapia individuale. Gli incontri sono a sfondo psicoeducativo e mirano a far comprendere i processi cognitivi, emotivi e comportamentali che favoriscono esordio, esacerbazione e mantenimento del DAP.

Alla base del disagio vediamo, da un lato come l'ansia, un'emozione normale, venga, invece attivata in questi soggetti in modo non funzionale; e

dall'altro come vengano attivati comportamenti protettivi che generano a breve termine un senso di controllo e sollievo temporaneo dall'ansia ma, a lungo termine, mantengono e intensificano le sensazioni ansiose, produ-



cendo una progressiva perdita di autonomia».

«La scelta di una terapia specifica e tempestiva è fondamentale – conclude la professoressa Ruggeri –, perché il disturbo, che ha pesanti conseguenze sulla qualità di vita e sui costi socio-sanitari, se non adeguatamente trattato può cronicizzare. Il nostro obiettivo è fornire una risposta concreta ai problemi dei pazienti, con soluzioni terapeutiche rapide ed efficaci».

Per informazioni e appuntamenti contattare: Servizio autonomo di Psicologia medica presso l'ospedale policlinico Borgo Roma, dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 12 e dalle 14 alle 16; tel.: 045.8074583

Paola Arosio

Quando si è malati e stranieri

di padre Giacomo Bonaventura

Metto subito in chiaro che Olga è tra le persone incontrate nei reparti del nostro ospedale che ha suscitato in me molta stima e gratitudine. Una donna forte, coraggiosa, indipendente, attenta ad ogni gesto di benevolenza nei suoi confronti, grata, una donna dalla fede chiara e schietta. Mi ha regalato con la sua sensibilità e tenacia motivi per sperare, per credere, per non lasciarmi vincere dalle forze del caos che la vita porta con sé. È morta non molto tempo fa e il ricordo di come ha vissuto la malattia e gli ultimi giorni della sua vita mi accompagna ancora.

Olga era una rumena, sposata, con due figli ancora piccoli (5 e 11 anni). Era in Italia già da qualche anno. Una donna che tirava avanti la famiglia nella normalità di una vita di lavoro e di sacrificio, come tante altre famiglie.

Parlava bene l'italiano, molto bene, e si capiva che non aveva particolari problemi di integrazione, anzi raccontava che si trovava a suo agio nel paese intorno a Verona dove abitava, ed i figli frequentavano volentieri la scuola e la parrocchia.

Olga era giovane e sana, ma poi improvvisamente ha cominciato a non star bene. Visite, analisi, ricovero in ospedale, ancora analisi: la diagnosi non era facile da farsi e i medici scoprono una malattia rara e complicata al fegato. Ancora un ricovero in ospedale per quindici giorni, poi un altro di un mese.

La vita di Olga diventa un andare avanti e indietro dal reparto. In ultimo è ricoverata per sei mesi senza poter tornare più a casa, di cui due mesi passati in rianimazione. L'unica speranza era il trapianto di fegato, ma con poche certezze di arrivarci.

Lei ha dovuto vivere tanto tempo in ospedale e per questo ho potuto notare ancor di più cosa significhi essere malati e stranieri. Lo ripeto, Olga era

una persona aperta, che si trovava bene in Italia, ma nella malattia avvertiva la necessità di legami familiari e amicali più estesi e profondi. Non lo faceva pesare, ma parlava spesso di sua mamma e dei suoi fratelli e sorelle rimaste in Romania, telefonava loro di continuo.

Mi diceva: «Sento che già la malattia mi isola e mi allontana dalle relazioni quotidiane, ma l'essere lontano dalla mia terra mi fa toccare con più sofferenza il mio bisogno di attenzione, di affetto e di appoggio. E non posso averli».



Quando la sua malattia si è aggravata ulteriormente e non poteva più muoversi, è arrivata dalla Romania la mamma, sia per stare con lei che per seguire i nipoti e il genero.

Una signora anziana dai modi gentili e delicati. Non capiva una parola di italiano ed era completamente spaesata e impaurita. Non riusciva a comprendere i medici e le infermiere, non sapeva a chi rivolgersi, era intimidita dall'ambiente e spaventata per la situazione della figlia.

Mi sono rimasti impressi i suoi occhi tristi, di mamma spaurita in una terra non propria. Ma pur con tutte queste enormi difficoltà anche lei mi ha mostrato un volto tenace e risoluto,

ed è riuscita ad accompagnare la figlia sino alla fine.

Ho visto in questi mesi tanti gesti di attenzione e di affetto per Olga e sua madre. Tante persone che avvicinate si a loro per lavoro o per caso, hanno continuato poi a seguirle e a fare il possibile per sostenerle. Anzitutto i malati e i loro famigliari: sono stati i più squisiti. Anche dopo essere stati dimessi tornavano a trovare Olga, le portavano qualcosa, hanno fatto sentire la loro vicinanza e il loro calore con la spontaneità di chi ha provato le stesse situazioni.

Ma anche gli infermieri e i medici non sono stati da meno. Tante volte li ho visti passare e ripassare in quella camera e interessarsi a loro. E come è stato delicato l'intervento dell'assistente sociale.

Un grazie va anche ad alcune signore rumene, conosciute da Olga qui in Italia. Hanno fatto da tramite con la mamma.

A ripensarci, però, mi rimane la sensazione che è stato difficile colmare la distanza degli affetti e Olga si è sempre sentita straniera.

E la sua morte non ha concluso questo sua condizione.

La mamma ha voluto seppellirla nella sua terra natale e tenerla vicino a sé. Le difficoltà economiche allora si sono fatte sentire, ma ce l'abbiamo fatta a rimandarla a casa sua, nei luoghi dove è nata e cresciuta e dove aveva affetti e amicizie. Adesso riposa là, non più malata e non più straniera.

Ripenso ad Olga, a quello che mi ha regalato con la sua presenza, alle sofferenze che ha passato per la malattia, per i suoi figli, per la distanza da casa. E penso a tanti altri uomini e donne, che stranieri in Italia, vivono le stesse situazioni.

È ancora più duro essere malati e insieme stranieri!

La sopravvivenza di una persona colpita da arresto cardiaco dipende dalla tempestività dei soccorsi

In primo piano

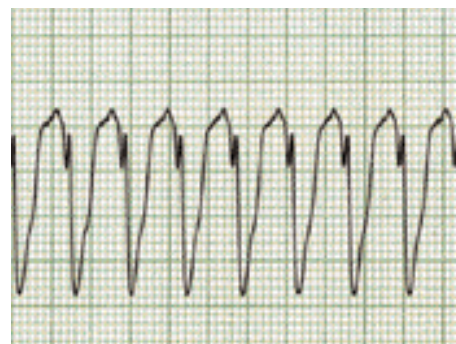
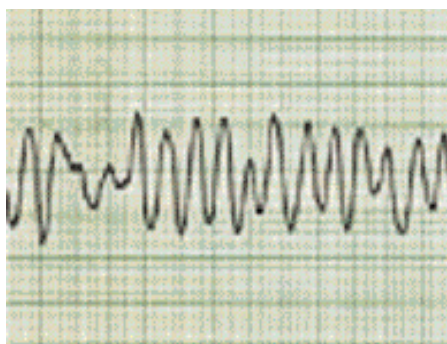
43

SE IL TEMPO È CRUCIALE

A volte è una manciata di minuti a fare la differenza, a decretare se una persona colpita da arresto cardiaco sopravviverà o meno. La velocità dei soccorsi, ma anche la vicinanza di personale medico o semplicemente formato ad impartire la rianimazione o ad utilizzare un defibrillatore semi automatico, consentono di guadagnare tempo in attesa del soccorso avanzato o di far ripartire un cuore che si è fermato.

Da qui l'importanza di un servizio di emergenza veloce, ma anche di una maggiore e capillare diffusione della cultura del soccorso e della rianimazione cardiopolmonare precoce, che vede impegnati il pronto soccorso del Policlinico "Giambattista Rossi" di Borgo Roma ed il Centro di riferimento e formazione Irc (*Italian resuscitation council*, ovvero Centro italiano di rianimazione) dell'Azienda ospedaliera di Verona.

In Europa le malattie cardiovascolari sono responsabili di circa il 40% delle morti che si verificano al di sotto dei 75 anni di età. Un terzo delle persone colpite da un infarto del miocardio muore prima di raggiungere l'ospedale; la maggior parte perde la vita entro un'ora dal manifestarsi dell'alterazione dei ritmi cardiologici dovuti a fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare senza polso. Su scala nazionale e specularmente a livello regionale, i dati di incidenza dell'arresto cardiaco possono essere stimati unicamente dal registro Istat che li considera complessivamente, senza scorporare le morti improvvise stimabili intorno a 45 mila per anno (circa il 10% di tutte le morti pari ad 1 caso ogni 1.000 abitanti all'anno). A livello locale, nell'arco del 2004, sono state trattate al pronto soccorso del Policlinico 266 persone classificate in "codice rosso", cioè con compromissione delle funzioni vitali; altre 216, della stessa gravità, hanno avuto accesso al servizio nei primi otto mesi del 2005.



Da sinistra: tracciato elettrocardiografico di fibrillazione ventricolare e tachicardia ventricolare

L'unico trattamento efficace, in situazione di arresto cardiocircolatorio è il massaggio cardiaco esterno (definito "Bls-d"); ogni minuto che passa in assenza di rianimazione cardiopolmonare, diminuisce le possibilità di successo del 7-10%. Gli interventi terapeutici che contribuiscono ad una prognosi favorevole dopo un arresto cardiaco possono essere riuniti in una catena, la cosiddetta catena della sopravvivenza. Essa comprende l'accesso precoce ai servizi sanitari d'emergenza o al team per l'arresto cardiaco (identificabile con il personale del pronto soccorso o di rianimazione a seconda che il paziente provenga dall'esterno o sia già ricoverato in altri reparti dell'ospedale); la rianimazione di base precoce (BLS, ovvero *Basic Life Support*), la defibrillazione precoce (BLS-D, ovvero *Basic Life Support and Defibrillation*) ed infine la rianimazione avanzata precoce (ALS, ovvero *Advanced Life Support*).

Ecco un'analisi dei quattro anelli che esplicitano le procedure da attuare nella sequenza indicata.

Accesso precoce. Nei casi in cui l'arresto cardiaco si presenti fuori dall'ospedale, l'accesso immediato ai sistemi sanitari d'emergenza è di vitale importanza, per ottenere subito l'aiuto necessario. Nella maggior parte dei Paesi europei l'accesso ai sistemi sanitari di emergenza si ottiene per mezzo di un numero telefonico

unico (in Italia è operativo il 118). La chiamata al sistema di urgenza territoriale deve essere tempestiva e spiegare chiaramente la situazione. Nel caso in cui l'arresto cardiaco si presenti all'interno dell'ospedale, la rianimazione di base precoce va iniziata immediatamente, ma non deve ritardare la defibrillazione dei pazienti in fibrillazione ventricolare o in tachicardia ventricolare senza polso.

Rianimazione precoce. Una volta diagnosticato l'arresto cardiaco, i soccorritori presenti devono iniziare senza ritardo le compressioni toraciche e la respirazione artificiale, che permettono di ritardare il danno provocato a livello cerebrale dalla mancanza di ossigeno. Nell'arresto cardiaco extraospedaliero la rianimazione di base, praticata dai testimoni occasionali allunga il periodo in cui può essere ottenuta una rianimazione efficace e probabilmente raddoppia le probabilità di sopravvivenza.

Malgrado ciò, nella maggior parte dei Paesi europei la rianimazione da parte dei testimoni viene effettuata solo in una minoranza dei casi, perché chi accidentalmente si trova a contatto con una persona colpita da arresto cardiaco non ha la prontezza o la capacità di intervenire.

Defibrillazione precoce. La defibrillazione non deve essere ritardata in attesa della squadra di emergenza.

In primo piano

Tutti gli operatori dovrebbero essere formati ed autorizzati ad eseguire anche la defibrillazione precoce con defibrillatore semiautomatico. Se l'arresto cardiaco si manifesta fuori dall'ospedale, l'obiettivo principale è quello di somministrare uno shock (se indicato) entro cinque minuti dalla chiamata al sistema sanitario di emergenza. In molte aree il raggiungimento di questo obiettivo richiede la diffusione di programmi di defibrillazione precoce con defibrillatori semiautomatici esterni da parte di volontari o di infermieri del soccorso. Nel caso di arresto cardiaco che si manifesta in ospedale, il primo soccorritore dovrebbe essere addestrato ed autorizzato ad usare immediatamente un defibrillatore.

Rianimazione avanzata precoce In molti casi, anche quando le manovre precedenti sono state eseguite correttamente e tempestivamente, il paziente non ha ripreso il ritmo effi-



Massaggio cardiaco esterno

cace o le sue condizioni non sono ancora stabili: è quindi necessario un ulteriore trattamento avanzato per aumentare le probabilità di sopravvivenza a lungo termine. In questo caso il medico dell'equipe dell'emergenza (intra o extra ospedaliera, secondo i casi) fa ricorso, oltre alle

procedure già descritte, anche alla gestione avanzata delle vie aeree e della somministrazione di farmaci.

I migliori risultati si raggiungono quando le procedure vengono eseguite correttamente nei tempi più rapidi. Obiettivo raggiungibile formando il maggior numero possibile di persone.

Per rispondere alle esigenze formative è nato nel 1994 il gruppo italiano per la rianimazione cardiopolmonare (Irc). L'associazione promuove l'attività di formazione a tutti i livelli, sia tra i laici che tra i sanitari, relativamente a rianimazione cardiopolmonare e traumi, attraverso una serie di corsi standardizzati, in accordo con le linee guida internazionali. Inoltre promuove e coordina attività di ricerca; diffonde la formazione di una coscienza pubblica, sensibilizzando l'attenzione del mondo scientifico, istituzionale e dei sistemi di informazione alla pratica della rianimazione.

Corsi di rianimazione avanzata riservati a medici e infermieri

L'Azienda ospedaliera è una delle prime in Italia ad attivare, a partire da questo mese di dicembre, attraverso il suo centro di riferimento e formazione Irc (*Italian resuscitation council*, ovvero Centro italiano di rianimazione) corsi di rianimazione avanzata (definiti in ambito scientifico Als) riservati a medici ed infermieri professionali operanti nei reparti di emergenza, cioè nelle terapie intensive e nei servizi di pronto soccorso.

Attualmente solo una trentina di centri sono in grado di programmare questo tipo di corsi: in Veneto l'azienda ospedaliera di Padova e ora anche quella di Verona possono varare il programma di formazione, grazie alla presenza nel centro scaligero di due istruttori abilitati. «L'importanza di questi corsi, indicati per tutto il personale medico, anche se non strettamente presente nei



Stazione di addestramento con manichino e defibrillatore semiautomatico

reparti di emergenza – spiega il dottor Adriano Valerio, del Pronto soccorso del Policlinico “Giambattista Rossi” e responsabile del centro di riferimento e formazione Irc dell'A-

zienda ospedaliera – consiste nel far apprendere a tutte le figure professionali un protocollo internazionale con una precisa sequenza di procedure e una chiara tempistica degli interventi da effettuare in modo da garantire, nel minor tempo possibile, il miglior approccio terapeutico al paziente in condizioni di arresto cardiaco».

Il primo corso potrà essere frequentato da diciotto allievi tra medici ed infermieri, che seguiranno lezioni, parteciperanno a discussioni ma soprattutto simuleranno sul manichino il trattamento

al paziente in emergenza: dal massaggio cardiaco esterno, alla incanalazione di una vena periferica, alla defibrillazione, alla ventilazione in maschera e alla gestione avanzata delle vie aeree fino ad acquisire nozioni sulla corretta somministrazione dei farmaci. Il progetto di formazione riguardante la rianimazione avanzata si ripeterà anche nel 2006. L'attività del centro Irc, tuttavia non punta esclusivamente alla formazione avanzata del personale.

Il centro dell'Azienda ospedaliera infatti ha iniziato la propria attività formativa nel 2000 ed attualmente coordina una decina di punti di formazione distribuiti tra le province di Brescia, Verona, Padova e Venezia. «Dal 2004 siamo uno dei cinque centri pilota sul territorio nazionale per una nuova metodologia didattica del corso Blsd, di rianimazione precoce, tanto che molti istruttori, provenienti anche da fuori regione, partecipano ai nostri corsi in qualità di istruttori in affiancamento – prosegue Valerio –.

All'interno dell'Azienda è attivo il progetto di rianimazione precoce, diretto a medici, infermieri, ostetriche, assistenti sanitarie, logopediste, fisioterapiste e tecnici di radiologia ed anche il *retraining* dello stesso corso, una sorta di aggiornamento, con cadenza massima biennale. Questo progetto porta complessivamente



Rianimazione cardiopolmonare

alla formazione di mille allievi ogni anno».

Oltre alla formazione interna, il centro è aperto anche alla formazione extraospedaliera: «Organizziamo gli stessi percorsi formativi anche per esterni, sia sanitari che non, e curiamo la formazione dei nuovi istruttori dei centri di formazione a noi collegati. Eseguiamo corsi di rianimazione precoce per i medici specializzan-

di della facoltà di Medicina dell'Università di Verona e per gli studenti del Corso di laurea in scienze infermieristiche. In accordo con il 118 ci occupiamo della formazione dei volontari operanti nel sistema di emergenza territoriale».

Proprio un calendario più strutturato dei corsi, predisposto in collaborazione con il 118, garantirà a chi opera come volontario nelle associazioni di emergenza di affrontare meglio la rianimazione precoce e l'uso di defibrillatori semiautomatici, per incrementare le possibilità di sopravvivenza dei pazienti.

«Bisogna avvicinare il maggior numero di persone alle pratiche di rianimazione cardiopolmonare – aggiunge il responsabile Irc scaligero –. A volte non è sufficiente rivolgersi al 118, anche pochi istanti possono essere essenziali per salvare una vita: più persone sono in grado di attivare le procedure di rianimazione precoce, necessarie per guadagnare minuti preziosi, più è facile che il soccorso sanitario, una volta arrivato, riesca a trovare un paziente in condizioni tali da proseguire il trattamento previsto».

Valeria Zanetti



La forza della speranza

di Lorenzo Gobbi

L'esigenza di raccoglierci in meditazione è forte per molti di noi, soprattutto in questi tempi: possono venirci in aiuto i Salmi, antichissimo e prezioso scrigno della tradizione religiosa ebraico-cristiana.

La rilettura dei salmi può riservarci più di una sorpresa. È il caso del *Salmo 130*: "Dal profondo a te grido, o Signore". Per i più anziani, nella memoria, il suono della frase latina (*"De profundis calmavi, domine, / Domine, intende vocem meam..."*) è come un rintocco di campana a tutto – questa preghiera è comunemente associata al rito funebre –, e suscita antichi terrori. Può sembrare terribile la frase che divide il *Salmo* in due: "Se tu guardi alle colpe, Signore, / Signore, chi potrà sussistere?" – come se ogni esistenza umana, quale che sia, meritasse per certo una condanna al di là della morte.

In lingua ebraica, il *Salmo 130* riserva una lunga serie di "scoperte". Eccone una traduzione letterale: "1. Dalle profondità ho gridato a te, Signore. / Signore, ascolta la voce mia. / 2. Siano attenti i tuoi orecchi / alla voce delle mie implorazioni. / 3. Se fai il conto delle trasgressioni, Signore, / Signore, chi resterà in piedi? / 4. Ma il perdono è cosa tua, / ed è così che ti fai rispettare. / 5. Ho sperato nel Signore, / nel Signore ha sperato l'anima mia, / della sua parola sono rimasto in attesa. / 6. La mia anima è verso il Signore / come le sentinelle verso l'aurora, / le sentinelle verso l'aurora. / 7. Stia in attesa Israele del Signore, / perché presso il Signore è la tenerezza / e grande presso di lui il riscatto. / 8. Egli riscatterà Israele / da tutte le sue trasgressioni".

È lingua scabra, l'ebraico, di pietre e deserti, e di acque dalle rocce: questo è un canto di rimpatriati, di uomini che sono tornati dall'esilio. Hanno gridato al Signore "dalle profondità": un luogo pericoloso, separato dal mondo, ostile alla vita (la parola ebraica, *mimma'amaqqim*, indica per lo più il fondo del mare: chi vi si trova è certamente morto e

lontano per sempre dai vivi). Le "trasgressioni" sono al plurale: c'è un patto eterno (*be'it 'olam*) tra Israele e Dio, e dunque il problema non è la salvezza, ma la fedeltà quotidiana. Che Dio salvi, non c'è dubbio per l'autore del *Salmo*: è fedele al patto, e nessuna trasgressione umana può farlo desistere.

La domanda è un'altra: se non ora, quando? Il perdono è cosa di Dio: ne



dispone liberamente, nel senso che sceglie il momento in cui donarlo, ed è così che si guadagna il nostro rispetto – ma non potrà non farlo, a causa del patto e a causa di una sua caratteristica naturale: la *chésed*, la tenerezza (v. 7). La *chésed* è benevolenza libera e gratuita – la stessa che sustanzia il rapporto tra genitori e figli, tra marito e moglie. La *chésed*, cioè, è l'atteggiamento interiore

caratteristico di chi vive una relazione affettiva: i *Salmi* e i libri profetici la attribuiscono continuamente a Dio.

Essa può essere negata, è vero, perché non è mai oggetto di costrizione; ma negarla significa andare contro la propria natura, tanto per gli uomini, quanto per Dio (se ne ricorda Gesù nel suo insegnamento: "Se un figlio vi chiede un pane, chi di voi gli dà uno scorpione? Tanto più Dio..."). I rimpatriati ne hanno fatto esperienza: sono tornati, la *chésed* del Signore li ha ricondotti a casa.

L'attesa e la speranza non sono irragionevoli: c'è un patto, e c'è la tenerezza di Dio. Chi spera è l'anima del salmista: in ebraico, troviamo *nafshi*, dal sostantivo *néphesh* (-i è la desinenza del possessivo di prima persona), uno dei tre modi per dire "anima". *Néphesh* è letteralmente la "gola": sede delle emozioni espresse, della voce e del grido che fisicamente vi nascono. Chi grida non è irreligioso, ma umano. È la *néphesh* il soggetto della speranza, e la speranza è attesa: attendere e sperare sono l'unica cosa da fare, soffrendo e gridando, se le profondità ci minacciano.

Questo *Salmo*, dunque, non è l'annuncio di un giudizio certo di condanna a cui la benevolenza divina, se vorrà, potrà strapparci per un proprio arbitrio, ma una musica di speranza e di fiducia in un Dio che merita fiducia. Ed è un piccolo trattato di antropologia, come gli altri *Salmi* – poesie antiche che si offrono alla lettura, dopo tanti secoli, e nelle quali è difficile non ritrovarsi almeno in parte, espressi e chiarificati.

Nel *Salmo 104*, al verso 1, è scritto: "*Barchi naphshi et 'Adonai*", "Benedici il Signore, anima mia" – è sempre la *néphesh* il soggetto della relazione con Dio: la gola, cioè l'uomo nella sua dimensione creaturale e terrestre, emozionale, emotiva, che soffre e gioisce e spera legittimamente, che grida quando è necessario – la cui attesa raramente è serena, la cui speranza, a volte, può essere un grido.

Nell'incontro organizzato dal professor Dino Barisoni si è parlato di approccio multidisciplinare al tumore

Convegni

47

FORUM SUL MELANOMA

La diagnosi precoce è il miglior approccio terapeutico al tumore. Ciò è vero anche nel caso del melanoma, tumore che, se identificato precocemente, può essere guarito. Una diagnosi tempestiva necessita della collaborazione di più figure professionali, che interagiscano tra loro in modo coordinato e sinergico. Di questo si è parlato nell'incontro "Il melanoma: approccio multidisciplinare" organizzato da Dino Barisoni, direttore della prima Divisione di Chirurgia plastica e Centro ustioni, al Centro "Marani". «Il melanoma è in costante aumento e interessa sempre più le fasce giovani della popolazione – ha chiarito il professore – per questo si impongono un adeguato inquadramento clinico e un corretto trattamento, con compiti e competenze che riguardano numerose specialità, sia mediche che chirurgiche. La cura deve infatti tenere conto dei progressi delle singole discipline, perché è oggi impensabile affrontare la terapia del melanoma con un approccio monospecialistico. Per effettuare un'adeguata opera di prevenzione, in particolare, è importante che i medici di medicina generale abbiano il sospetto clinico. Lo scopo comune è quello di combattere in modo organico e sinergico una neoplasia difficilmente prevedibile». È importante insospettirsi di fronte a lesioni cutanee o nevi che cambiano aspetto o s'ingrossano.

Quattro le forme principali di melanoma: lentigo maligna, a diffusione superficiale, acrale lentiginoso, nodulare. Se le prime tre varietà possono presentarsi in forma non invasiva, il quarto tipo di melanoma è invece più aggressivo, con evoluzione rapida. Difficoltà alla diagnosi sono rappresentate dal melanoma con scarsa o assente pigmentazione o con aspetti atipici.

«La prognosi del melanoma è buona se la diagnosi è precoce, mentre è più severa se la neoplasia viene identificata in fase avanzata – spiega Paolo



Dino Barisoni, direttore di U. O. Chirurgia plastica prima e Centro ustioni

Rosina della Clinica dermatologica –, l'indice prognostico più importante, in assenza di metastasi alla diagnosi, è infatti rappresentato dallo spessore del tumore.

Da qui l'importanza della diagnosi iniziale basata sull'educazione e sensibilizzazione della popolazione e del personale sanitario e sull'individuazione dei soggetti e delle lesioni a rischio».

Indispensabile, a questo proposito, effettuare una visita specialistica periodica con dermatoscopia. In particolare, la dermatoscopia a epiluminescenza è una tecnica rapida e non invasiva che costituisce un importante ausilio diagnostico per le lesioni dubbie e permette un trattamento chirurgico mirato. Può essere effettuata per mezzo di vari strumenti, con possibilità di registrazione e di archiviazione digitale.

«Due sono i momenti importanti per la diagnosi – interviene Marina Zannoni di Istologia e Anatomia patologica –: l'esame macroscopico e lo studio istologico».

Collegato al melanoma è il concetto di linfonodo sentinella, ovvero il primo

linfonodo che drena un determinato bacino linfatico. Poiché è questo uno dei più importanti parametri che prevedono l'evoluzione tumorale, il suo impatto sulla prognosi è significativo. Anche Pier Giorgio Giorgietti, direttore di Medicina nucleare, pone l'attenzione sul linfonodo sentinella: «Il mancato interessamento di questo linfonodo garantisce di solito l'integrità di tutto il distretto. La proposta di un metodo medico-nucleare per la ricerca del linfonodo comprende due fasi: quella preoperatoria e quella intraoperatoria. Si tratta comunque di una tecnica ritenuta affidabile».

A intervenire sul trattamento chirurgico è Maurizio Governa, della prima Divisione di Chirurgia plastica e Centro ustioni: «La chirurgia è certamente la terapia preferibile per il melanoma fino a che la malattia è localizzata. Di fronte a lesioni cutanee pigmentate la necessità dell'esame istologico impone l'asportazione completa del tumore. Sono da evitare asportazioni parziali o tangenziali che precludono la possibilità di valutare lo spessore massimo del melanoma, un dato fondamentale per programmare la terapia futura.

Dopo la diagnosi istologica, per pianificare la strategia terapeutica, è necessario definire l'estensione della malattia. Per lesioni inferiori al millimetro di spessore è sufficiente sottoporre il paziente, in sede operatoria, a un allargamento di un centimetro, mentre per le lesioni comprese tra uno e quattro millimetri è più sicuro un allargamento di due centimetri. Numerosi studi non hanno mostrato alcun significativo vantaggio con allargamenti maggiori, mentre per tumori di ampie dimensioni bisogna prevedere un innesto cutaneo.

Una valutazione differente va fatta per sedi particolari come il volto o le dita di mani e piedi: per il viso si tendono, infatti, a evitare interventi invasivi e per il pollice, date le sue specifiche funzioni, è previsto un

trattamento conservativo». Continua il dottor Governa: «La tecnica del linfonodo sentinella è affidabile e poco invasiva ed è particolarmente efficace nelle lesioni degli arti, mentre non si esegue, di norma, per le lesioni del capo e del collo».

A spostare l'attenzione sul melanoma non cutaneo è Adriana Bonora della Clinica oculistica: «Il melanoma oculare è un tumore piuttosto raro che può colpire sia il tessuto congiuntivale che quello uveale. Il trattamento dipende dalla posizione e dalle dimensioni del tumore. Certo, quando è possibile viene privilegiato un trattamento chirurgico conservativo per preservare il bulbo oculare e le capacità visive del paziente.

Per quanto riguarda la radioterapia, la cui efficacia è determinata dalla ridotta zona di azione, l'importante è identificare il dosaggio che permetta un buon trattamento del tumore ridu-

cendo al minimo le complicanze. Fondamentale è dunque un'accurata visita oculistica che permetta una diagnosi precoce e quindi un trattamento conservativo». Al proposito le indagini utili sono molte: dall'esame oculistico completo alla retinografia, dall'ecografia bulbare alla fluoroangiografia, dagli esami del sangue alla risonanza magnetica.

È Romolo Marco Dorizzi, del Laboratorio di Analisi cliniche, a mettere a fuoco il ruolo del laboratorio nei controlli: «È importante seguire i pazienti sia dal punto di vista clinico che laboratoristico. Dosare nel sangue la proteina chiamata S 100 è un utile indice prognostico. Essa è infatti prodotta dalle cellule tumorali del melanoma ed esiste una buona correlazione tra l'aumento di questa proteina e l'avanzamento della malattia». Centrale è il problema delle metastasi da melanoma, sia endocraniche che pol-

monari: «Le metastasi cerebrali rappresentano i più frequenti tumori endocranici, la loro predominanza è particolarmente accentuata nell'età adulta e la loro crescente incidenza è ormai documentata – spiega Massimo Gerosa, del Dipartimento di Neurochirurgia –.

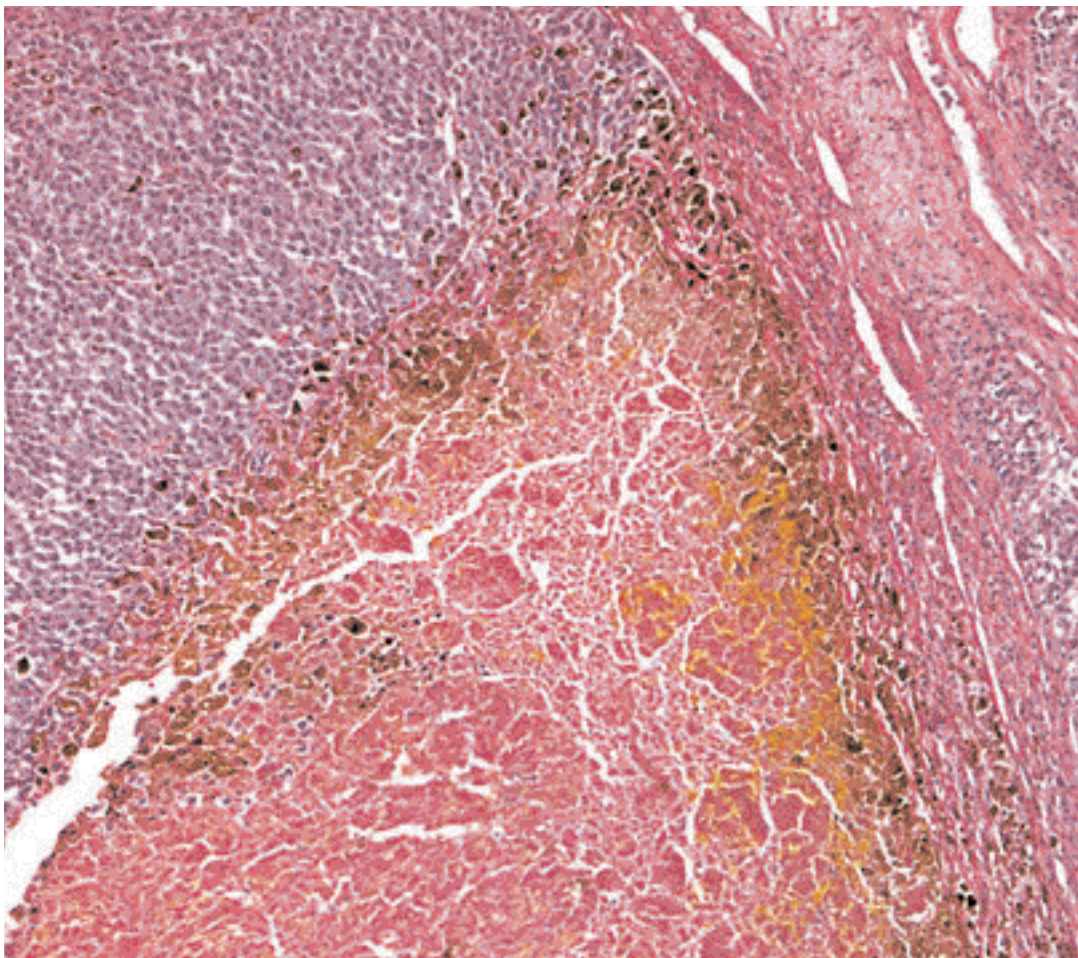
Laddove perseguibile, il trattamento chirurgico radicale rappresenta la migliore opzione terapeutica. I suoi vantaggi sono legati alla frequente superficialità della lesione, all'immediata decompressione cerebrale e a un sicuro riscontro diagnostico. Molto diffusa è anche la radiocirurgia che presenta minima invasività, eccellenti risultati clinici e riduzione dei costi di ospedalizzazione e riabilitazione».

A parlare delle metastasi polmonari è Francesco Calabrò, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia toracica: «Nei casi di metastasi polmonari, la

cui diagnosi viene effettuata tramite radiografia o tac del torace, i pazienti sono normalmente privi di sintomi e in meno del cinque per cento dei casi sono presenti difficoltà respiratorie, dolore, tosse, sanguinamento. La chirurgia delle metastasi da melanoma non costituisce di solito un problema tecnico, anche se i risultati dipendono dal tumore primitivo. La regia della cura, come in tutte le patologie complesse, deve però essere oncologica».

«E l'oncologo – ha sottolineato il dottor Rolando Nortilli – può ricorrere non solo alla collaborazione del chirurgo, ma anche alle cure farmacologiche, attuando una strategia terapeutica che, come si è detto, si avvale dell'apporto di varie discipline specialistiche».

Paola Arosio



Melanoma

Aumento esponenziale del fenomeno dell'obesità. Il problema interessa sempre più bambini e giovani

Obesità

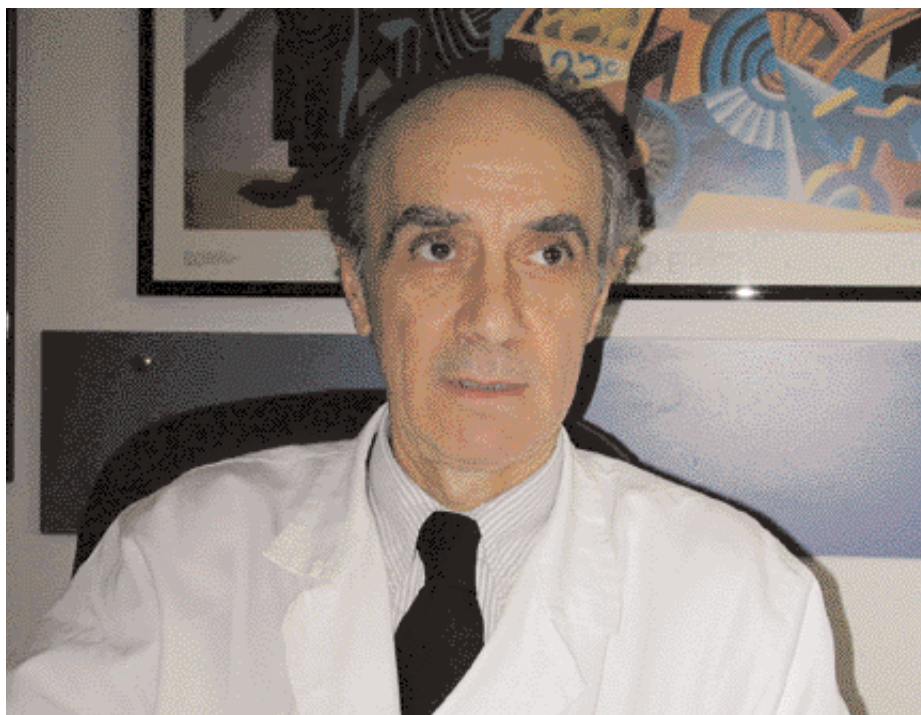
49

MENO TV, PIÙ SPORT

È una patologia largamente discussa e chiacchierata, causa di molte complicanze, additata dagli esperti come la vera emergenza sanitaria del ventesimo secolo. Si tratta dell'obesità, intesa in termini medico-sociali, sempre più diffusa, tanto da assumere i connotati di una vera e propria epidemia, considerata come un problema globale e ribattezzata, a livello internazionale dalla stessa Oms (Organizzazione mondiale per la sanità), con il nome di *Globesity*.

Il dato maggiormente preoccupante è l'aumento esponenziale del fenomeno dell'obesità, che determina un quadro di vera e propria emergenza per i prossimi anni, e il rapporto di stretta connessione tra l'aumento di peso e l'insorgere di patologie cardiovascolari, diabete, ipertensione arteriosa, insufficienza respiratoria e gravi problemi osteoarticolari, che spesso possono portare la persona alla perdita dell'autosufficienza.

Inoltre, in relazione al peso corporeo, sale il livello di mortalità, a fronte di determinate patologie, rispetto ad un soggetto con minore massa adiposa. Un nesso (per il momento supportato solo da dati statistici) che



Ottavio Bosello, direttore della Clinica geriatrica ed esperto nello studio dei disturbi dell'alimentazione. Sotto, un quadro di Botero

esiste anche tra l'aumento della massa corporea e i tumori del colon, della mammella, del pancreas e della prostata.

«L'obesità sta minando la salute della gente; ha bloccato l'aumento dell'aspettativa di vita che era in crescita da più di un secolo» afferma Ottavio Bosello, esperto nello studio dei disturbi dell'alimentazione.

Negli Stati Uniti la percentuale di soggetti sovrappeso oppure obesi è altissima, intorno al 75%. In Italia invece la percentuale d'obesità è decisamente minore, circa il 10%. Esiste, tuttavia, una larga fascia della popolazione in sovrappeso ed è verosimile pensare che nei prossimi anni i dati italiani ed europei coincideranno con quelli oltreoceano.

L'aumento eccessivo della

massa corporea è determinato da tre fattori quali: alimentazione, attività fisica e predisposizione genetica. Quest'ultima, presa singolarmente, non giustifica le percentuali di persone in sovrappeso, nonostante studi recenti abbiano fino ad oggi dimostrato che oltre 500 geni sono coinvolti nella tendenza all'accumulo del grasso corporeo e, probabilmente, altrettanti ne saranno identificati nei prossimi anni. «A conferma di ciò, curioso e significativo è uno studio compiuto sugli animali domestici: la maggior parte dei cani e dei gatti in sovrappeso, che non presentano alcuna predisposizione di tipo genetico all'accumulo di grasso, vivono in famiglie di obesi», commenta Bosello.

Le effettive cause di questo dilagante e preoccupante fenomeno sono da ricercare nella quantità di cibo mediamente a disposizione, di molto superiore a quanto ce ne sia mai stata, ma soprattutto nello stile di



vita. «La dieta di per sé o l'attività fisica, spesso saltuaria, in palestra non serve assolutamente a niente – afferma il professor Bosello –. Necessario sarebbe modificare letteralmente l'ambiente e soprattutto il nostro modo di rapportarci e interagire con questo. Le autorità dovrebbero sensibilizzarsi maggiormente al problema e, invece, non viene ancora considerato appieno, studiato e affrontato efficacemente».

Interesse, invece, che dovrebbe essere della collettività dato che l'obesità, oltre a ledere fisicamente e psicologicamente la persona che ne è colpita, ha anche rilevanza per le finanze pubbliche. Il sovrappeso e l'obesità hanno un costo socio-economico corrispondente a circa 10% della spesa sanitaria, stimata intorno ai 22 miliardi di euro; oltre alle spese dovute alla diagnosi e al trattamento dell'obesità, a quelle della mancata produttività e della minor resa lavorativa dei soggetti obesi, vanno annoverati i costi delle complicanze e delle patologie associate.

«Modificare lo stile di vita di milioni di persone, anche se sarebbe l'unico modo realmente efficace, vista l'entità e la gravità della questione, è senz'altro un progetto utopico, quantomeno nel breve periodo –, spiega il professor Bosello –, non potendo quindi debellare le cause del problema ci preoccupiamo di attenuarne gli effetti, ovvero l'obiettivo è la perdita di peso».

Le diete personalizzate, che sempre più frequentemente riempiono le pagine dei settimanali, lasciate all'iniziativa del singolo, risultano però totalmente inefficaci e addirittura dannose. Alla diminuzione di peso è associato, infatti, anche un rallentamento del metabolismo; il rischio è di entrare in un circolo vizioso nel quale, da un iniziale effettivo calo di peso, si passa ad un periodo di stasi, per poi giungere al recupero o ad ulteriore aumento del peso, che riportano il soggetto al punto di partenza, aggiungendo però complicanze di tipo psicologico come depressione e senso di colpa.

La dieta intrapresa senza una valuta-

Nonostante la tendenza ad aggravarsi con l'avanzare dell'età, l'obesità è un serio problema che riguarda sempre di più anche i bambini. L'accumulo di massa corporea durante l'infanzia è, infatti, più difficile da debellare che nel soggetto adulto e ne può compromettere il normale sviluppo. Il bambino, o ragazzo, in sovrappeso ha un'elevatissima probabilità percentuale di diventare un adulto obeso, con tutte le conseguenze negative per la sua qualità di vita. «Particolarmente importante, nei casi di obesità infantile, sarebbe la prevenzione – spiega il professor Bosello –, è capitato anche a me di fare educazione alimentare nelle scuole ma da solo questo intervento non è assolutamente sufficiente».

Secondo gli esperti, infatti, affrontare così il problema del sovrappeso infantile, che coinvolge tutti gli aspetti della vita e le abitudini del bambino e non solo quello alimentare, risulta inefficace. «Le merendine ipercaloriche, spesso additate come le uniche responsabili del problema, lo sono relativamente. Ritengo la televisione ed i nuovi giochi molto più dannosi – commenta Bosello –. Uno studio svolto su un campione di più di mille bambini e ragazzi, fra i 6 e 14 anni, della provincia di

zione preliminare della persona e delle sue caratteristiche, senza un'adeguata preparazione teorica e non inserita in una cornice adeguata, non permette di affrontare concretamente il problema.

«La dieta è un intervento psico-terapeutico non formalizzato perché è diretto a modificare comportamenti, stili di vita, processi mentali e interazioni familiari e sociali – spiega ancora il professor Bosello –, le equipe che si occupano dei problemi alimentari sono necessariamente composte, oltre che da nutrizionisti,

Verona dimostra che quasi la metà di loro passa mediamente più di tre ore al giorno davanti alla televisione.

Se a questo dato si aggiunge il fatto che il rischio di obesità sale addirittura al 60% per cento spendendo quotidianamente circa cinque ore davanti al televisore, ne risulta una chiara percezione dell'entità del problema.

Ovviamente non è da tralasciare il dettaglio che spesso il tempo passato davanti alla TV viene occupato anche sgranocchiando e ingurgitando una buona dose di calorie. Inoltre, mediamente, l'attività fisica nei ragazzi è insufficiente e inadeguata alle esigenze di un organismo in fase di sviluppo fisico. L'attività sportiva, una o due volte a settimana, è totalmente priva di senso se non associata ad uno stile di vita il più possibile dinamico. «È proprio questo il nocciolo del problema e sono i genitori, *in primis*, che dovrebbero sensibilizzare i figli, ma anche le autorità che dovrebbero incentivare la costruzione di piste ciclabili e zone pedonali per permettere, ad esempio, ai bambini di percorrere a piedi o in bicicletta il tragitto casa-scuola senza pericoli», conclude Bosello.

il. no.

anche da psicologi, senza i quali tentare di curare l'obesità è oggi impensabile».

Un dato senza dubbio incoraggiante, viste le reali difficoltà fisiche e psicologiche affrontate dal paziente durante la dieta, è che già ad una diminuzione media del peso corporeo del 10% si associano significativi miglioramenti dei fattori di rischio metabolico e una considerevole riduzione delle prescrizioni farmacologiche, sia di farmaci antidiabetici che anti-ipertensivi.

Ilaria Noro

Nato negli Stati Uniti nel 1966, Telethon fu "trapiantato" in Italia per iniziativa della Uildm

Solidarietà

IN TV PER LA RICERCA

È veronese il Telethon italiano (www.telethon.it). Era il 1989, infatti, quando una delegazione della Uildm (Unione italiana lotta alla distrofia muscolare) partì proprio dal capoluogo scaligero per Roma, per chiedere la collaborazione di Susanna Agnelli nel portare Telethon anche nel nostro Paese.

Telethon (Television Marathon) era nato negli Stati Uniti nel 1966, su iniziativa dell'attore Jerry Lewis, padre di miodistrofico, con lo scopo di raccogliere fondi per avviare la ricerca sulla distrofia muscolare.

«Fu proprio l'Associazione francese contro la distrofia (Afm) a concedere la disponibilità del marchio Telethon per l'Italia al Comitato promotore nato sotto l'egida della Uildm. Comitato che Susanna Agnelli, accettò di presiedere», ricorda Lina Chiaffoni Marazzi, una delle fondatrici della Uildm veronese, vicepresidente nazionale per 25 anni, ed oggi presidente regionale e consulente volontaria per la promozione umana e sociale di Telethon. La signora ha dedicato e dedica inesauribili energie all'Associazione.

Così, nel 1990, la prima maratona di solidarietà della televisione italiana condotta sulle reti Rai, riscosse un consenso di pubblico superiore alle aspettative: «Solo in quel primo anno raccogliemmo 18 miliardi di lire – racconta Lina Chiaffoni –. Era nato qualcosa di importantissimo e fino ad oggi inarrestabile: nella maratona tv 2004 sono stati raccolti 26 milioni e mezzo di euro».

Nel febbraio 1991 venne emesso il primo bando di concorso per finanziare progetti di ricerca sulle distrofie muscolari. Dal 1992 il Comitato promotore Telethon, con una modifica al proprio statuto, spalancò le porte alla ricerca su tutte le malattie genetiche di origine ereditaria. Nel 1995 nacque la Fondazione Telethon, ente dedicato esclusivamente alla gestione delle iniziative di ricerca di Telethon, a cui



Lina Chiaffoni Marazzi, una delle fondatrici della UILDm veronese

viene destinato l'80 per cento dei fondi raccolti, visto che le spese amministrative e di gestione sono contenute nel 20 per cento.

Nel '98, il Comitato cambiò nome in Comitato Telethon Fondazione Onlus, che nel '99 venne insignito dell'Alto Patronato del Presidente della Repubblica.

Quindi attualmente all'interno di Telethon esistono due enti distinti ma complementari: il Comitato Telethon Fondazione Onlus e la Fondazione Telethon.

Il Comitato si occupa della raccolta fondi e della loro assegnazione, mentre la Fondazione ha in carico la gestione delle attività di ricerca. Così, in questi anni sono stati creati quattro Istituti di ricerca Telethon che fanno capo alla Fondazione: il TIGEM, l'Istituto che si occupa di genetica e medicina, l'HSR-TIGET che opera nel campo della terapia genetica, il Tecnothon, il laboratorio per la creazione di prototipi di ausili per disabili, e l'I-

LA DISTROFIA MUSCOLARE

La distrofia muscolare, nelle sue varie forme, è una malattia neuromuscolare degenerativa, con ampia variabilità di espressione, ma sempre caratterizzata dall'atrofia muscolare progressiva, con conseguente perdita di forza.

È di origine genetica, e perciò, ove possibile, si identifica sulla base del difetto molecolare e/o genetico responsabile del danno.

La prognosi della distrofia muscolare, in misura diversa a seconda delle forme, dipende anche dal coinvolgimento di organi quali il cuore e l'apparato respiratorio. La sopravvivenza e la qualità della vita dipendono essenzialmente dalla frequenza e dalla qualità dei monitoraggi clinici mirati alla prevenzione delle complicanze e all'adozione tempestiva dei relativi presidi ortopedici.

stituto Telethon Dulbecco, per offrire opportunità di lavoro, favorendone anche il rientro dall'estero, a giovani ricercatori di eccellenza.

«Vogliamo far avanzare la ricerca scientifica verso la cura della distrofia muscolare e delle altre malattie genetiche – spiega Lina Chiaffoni – e vogliamo assegnare fondi ad eccellenti progetti di ricerca ed ai migliori ricercatori in Italia rendendo gli italiani partecipi di questa lotta contro le malattie genetiche e facendo sempre sapere a chi ci aiuta come vengono spesi i soldi che raccogliamo». Massima trasparenza, quindi. Tanto da far meritare a Telethon l'*Oscar di Bilancio e della Comunicazione Non Profit 2001*.

Una Commissione medico-scientifica composta da scienziati di altissimo livello, provenienti da diversi Paesi del mondo, seleziona i progetti.

«La commissione è severissima, tanto da scartare oltre il 75 per cento dei progetti in gara. Ma il processo di

valutazione della ricerca non si ferma qui – assicura la signora Chiaffoni –. Telethon segue il percorso dei progetti finanziati e ne valuta i

risultati, che trovano il loro riscontro nella pubblicazioni sulle riviste scientifiche internazionali».

Inoltre, Telethon s'impegna a rende-

re noti i risultati economico-finanziari e di utilità sociale attraverso la pubblicazione dei bilanci.

Anna Laura Folena

L'UILDM: COS'È E COSA FA A VERONA E IN ITALIA

UILDM A VERONA

La sezione di Verona è sorta nel 1071 e nel 1972 ha ottenuto la prima convenzione con il ministro della Sanità per l'erogazione di trattamenti sanitari-riabilitativi. Dal 1997 gestisce un Centro riabilitativo della Regione Veneto.

I soci della sezione sono 465 e la maggioranza è costituita da persone affette da distrofia muscolare o altre patologie neuromuscolari e dai loro familiari.

Le persone iscritte al Centro riabilitativo che usufruiscono della professionalità di medici fisiatrici, neurologi, specialisti, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, psicologa, assistente sociale e personale amministrativo, sono attualmente 230. La grande maggioranza deve usare la carrozzina, 45 sono costretti all'utilizzo di ventilatore meccanico (23 per via invasiva), alcuni sono allettati. Nella sede sono in funzione ambulatori medici e palestre, ma data la situazione fisica della maggioranza degli iscritti gran parte dell'attività sanitaria viene svolta al domicilio del paziente.

In tal modo è possibile garantire anche un vero sollievo alle famiglie che trovano nella Uildm un riferimento sicuro per la cura e l'assistenza dei loro cari affetti da patologie così impegnative e rare e che evolvono durante tutto il corso della vita. Si crea così nel tempo un reciproco rapporto di collaborazione e stima; ne fa fede la presenza nel consiglio Direttivo di genitori che hanno perso i loro figli da molti anni.

Parallelamente all'attività sanitaria la sezione cura la valorizzazione e l'assistenza materiale e morale delle persone colpite da tale forma di handicap.



Foto di gruppo dei soci della sezione UILDM di Verona

Particolare attenzione è rivolta ai giovani che apprezzano molto le occasioni offerte (vacanze autonome, rapporti con gruppo giovani nazionale, giornalino, ecc.) e sono stimolati a ideare e promuovere iniziative autonome, sostenuti da ragazzi in servizio civile ed altri volontari.

Proprio con l'aiuto dei volontari e dei 5 mezzi attrezzati è possibile assicurare molti trasporti per accompagnamento a visite mediche, a scuole superiori o università, lavoro, vacanze, incontri culturali e ricreativi.

Va tenuto presente che gli iscritti si distribuiscono su tutto il territorio della provincia e che lo scorso anno i trasporti sono stati più di 2000.

La Uildm è aperta alla collaborazione con gli enti pubblici e con le altre associazioni di volontariato.

L'attuale presidente della Uildm di Verona è la signora Mariagrazia Janeselli Marcon.

UILDM NAZIONALE

Promuovere con ogni mezzo la ricerca scientifica e l'informazione sanitaria sulla distrofia muscolare progressiva e favorire l'integrazione sociale della persona disabile abbattendo le barriere architettoniche, fornendo servizi accessibili, ausili e tecnologia al servizio di ogni uomo: con questi obiettivi nacque nell'agosto 1961 la Uildm (Unione italiana lotta alla distrofia muscolare – www.uildm.org). L'associazione è oggi presente su tutto il territorio nazionale con nove Comitati regionali e 71 Sezioni provinciali, in cui gli iscritti prestano la loro opera a titolo di volontariato, a seconda della propria professionalità.

A Verona è sorta un'associazione per sensibilizzare medici e opinione pubblica sulla Sindrome di Sjögren

L'intervista

53

UN NEMICO SUBDOLO

Un senso di secchezza che prende la bocca e gli occhi, un disagio che si allarga, fino a interessare quasi tutte le membra e anche gli organi interni. Un senso di malessere che pervade tutto il corpo, tanto da non riuscire a capire di che cosa si tratta, da non riuscire a spiegarlo neppure al medico di fiducia, e allora la diagnosi diventa veramente difficile.

«È un nemico subdolo la Sindrome di Sjögren, perché è ancora poco nota, perché i sintomi assomigliano a quelli di altre patologie, perché spesso il medico è talmente specializzato che gli sfugge il quadro d'insieme». Spiega così Elisa Tinazzi, medico specialista, assegnista presso l'Unità semplice malattie autoimmuni – di cui è responsabile il professor Claudio Lunardi –, nell'ambito dell'Unità operativa di Medicina interna B del Policlinico "Rossi", diretto dal professor Roberto Corrocher.

La dottoressa Tinazzi fa parte del direttivo dell'ANIMaSS, Associazione nazionale italiana malati Sindrome di Sjögren, con sede a Verona, di cui è presidente Lucia Marotta, da sei anni affetta dalla malattia; la signora Marotta ha deciso di fondare un'associazione per sensibilizzare i medici di base, il Servizio sanitario nazionale e, più in generale, la gente. Oltre che per fornire una guida ai malati, circa 1.500 in Italia, di cui 400 nel Veneto e una settantina a Verona.

«Se si sa che esiste questa malattia e se ne riconoscono i sintomi – spiega la signora Marotta – si evita al mala-

to il continuo pellegrinaggio da specialista a specialista come è capitato a me». Recentemente hanno aderito all'associazione anche il professor Claudio Lunardi e il professor Roberto Corrocher.

Dottoressa Tinazzi, cos'è la Sindrome di Sjögren?

«È una patologia autoimmune, ovvero una malattia che fa sì che il

se non curata per tempo, può complicarsi anche fino all'ulcerazione corneale.

In generale, possiamo considerare a rischio tutte le parti del corpo che necessitano di idratazione, come naso, gola, vie respiratorie, pelle, vagina, vescica...; comunque, dove vi sono ghiandole esocrine. Ma possono esservi anche problemi all'apparato digerente, ai reni, ai muscoli

e ai polmoni: per questo la Sindrome di Sjögren viene anche definita malattia reumatica. È una malattia prevalentemente femminile. Può essere primitiva, cioè esistere da sola o secondaria, cioè manifestarsi in associazione con qualche altra patologia autoimmune come l'artrite reumatoide».

La malattia è prevalentemente femminile per qualche ragione particolare?

«In realtà, quasi tutte le malattie autoimmuni presentano un'incidenza maggiore nella popolazione femminile, ma per quanto ne sappiamo non vi è una causa ormonale».

In quale età si manifesta?

«Il rischio maggiore è dalla terza decade in poi, però vi sono anche casi giovanili».

Quali sono le difficoltà della diagnosi?

«Forse proprio il fatto che come patologia la Sindrome rimane abbastanza sconosciuta. E, quando la vediamo, di solito è associata ad altre patologie autoimmuni, per cui la cura è subordinata alla terapia dell'altra patologia per la quale il paziente è in cura e che può coprire i sintomi della sindrome di Sjögren.



nostro sistema immunitario riconosca come estranee alcune parti del nostro organismo – spiega –. È una malattia relativamente rara, cioè poco frequente, di cui non si conosce, come per la maggior parte di queste malattie, la causa scatenante, anche se, come spesso succede, essa può insorgere come conseguenza di una forma virale.

Le manifestazioni più tipiche sono la secchezza del cavo orale (xerostomia) – a cui si accompagna a volte anche un'ipertrofia (gonfiore) delle parotidi, le ghiandole salivari maggiori –, e la secchezza oculare (cheratocongiuntivite secca o KCS) che,

Oltre alle manifestazioni più classiche – come detto, la secchezza del cavo orale e degli occhi –, possono esserci anche disturbi della sfera genitale, perché anche le ghiandole della cervice possono seccarsi. Molto spesso alcune persone sono arrivate a una diagnosi partendo da questo problema, che magari si è esasperato dopo la menopausa».

La diagnosi, perciò, è resa complessa dal fatto di sviluppare sintomi difficilmente riconducibili subito alla Sindrome di Sjögren.

«Ci sono persone che magari all'esordio hanno semplicemente un'alterazione della funzionalità renale dovuta all'enteropatia intestinale, che provoca una diuresi più abbondante spesso conseguenza anche di un maggior introito idrico, aumentato per far fronte alla secchezza del cavo orale. I sintomi possono essere vari. Ci sono criteri diagnostici molto precisi come il test di Shirmer, che determina la quantità e qualità del film lacrimale. Si può aggirare l'ostacolo della diagnosi ricorrendo alla biopsia delle ghiandole salivari che, anche quando sono ecostrutturalmente normali, possono già avere un infiltrato linfocitario, cioè infiammatorio.

Il problema di fondo è che, come per tutte le malattie autoimmuni, innanzitutto bisogna pensarci. Le malattie autoimmuni sono croniche, cioè la cura dura praticamente quanto la vita della persona malata; i sintomi possono modificarsi nell'arco del tempo, perché sono ad andamento fluttuante, possono esserci miglioramenti o esacerbazioni periodici, anche sotto regime terapeutico, per cui è necessario adeguare volta per volta la terapia.

E forse c'è, purtroppo, anche una carenza strutturale nostra, ovvero la poca comunicazione fra medici: l'oculista vede la secchezza oculare, ma si ferma lì, anche perché il paziente che va dall'oculista parla solo dei problemi alla vista. Perciò se il paziente non arriva all'attenzione di un internista, di un reumatologo o di un immunologo, non si riesce a fare un quadro completo dei sintomi e quin-

di non si arriva alla diagnosi».

In Regione è stata presentata dall'ANIMaSS una richiesta per il riconoscimento della Sindrome di Sjögren come malattia rara. Questo riconoscimento porterebbe qualche beneficio?

«Sì, il riconoscimento di malattia rara porterebbe dei vantaggi. La sintomatologia dolorosa sia articolare che muscolare, per esempio, trarrebbe notevole beneficio da un approccio di fisiocinesiterapia, però, se non hai superato i 65 anni e non hai un reddito basso, non hai diritto all'esonero del ticket. Ci sono parecchie limitazioni, insomma, non solo per la Sindrome di Sjögren, ma per tante altre malattie autoimmuni. Poiché le malattie autoimmuni tendono a essere presenti contemporaneamente, il paziente può avvantaggiarsi delle esenzioni dell'una e dell'altra, ma spesso neppure così si riesce a coprire tutta la sfera che sarebbe necessario indagare.

È riduttivo dire che il problema riguarda solo ghiandole salivari e ghiandole lacrimali. Ci sono tutta una serie di altri organi che vanno tenuti sotto controllo».

Si può arrivare ad avere una buona qualità della vita?

«Anche qui le situazioni sono molto variabili. Ci sono parecchi strumenti terapeutici: i corticosteroidi, che servono a diminuire l'attività infiammatoria negli organi bersaglio, oppure alcuni immunosoppressori, che inibiscono il sistema immunitario, ma non esiste una terapia eziologica, perché non sappiamo ancora cos'è l'elemento scatenante della Sindrome. Sicuramente c'è una predisposizione genetica, ma non vuol dire ereditarietà. Nelle malattie autoimmuni non si eredita mai nulla, si eredita eventualmente dai genitori una predisposizione».

Scopo principale dell'ANIMaSS è l'istituzione di borse di studio per ricercatori, perché il fine ultimo è trovare un modo per rendere la malattia guaribile.

«In realtà, la ricerca c'è, solo che non è organizzata molto bene. E comunque riuscire a capire i messaggi che il sistema immunitario mette in atto per sostenere questo stato infiammatorio è abbastanza complesso. Quindi la necessità di studi sulla malattia c'è; la necessità dei fondi per la ricerca anche.

L'associazione è nata con un duplice obiettivo: assistenza al malato nel senso di disponibilità da parte di un gruppo di medici, ma anche disponibilità di una serie di pazienti a farsi monitorare costantemente. E poi l'altra opzione è proprio quella di reperire fondi per sostenere la ricerca. Nell'ultimo direttivo si discuteva di creare un'attività di ginnastica di gruppo e un'assistenza psicologica. Le malattie autoimmuni rappresentano ancora una grossa sfida. Penso che ci sia ancora tanto da imparare, tanto da studiare, quindi tante risposte da dare. È vero che la sofferenza è uguale per tutti i malati, però le persone che hanno una patologia cronica hanno bisogno di un supporto diverso. Con loro devi fare un cammino. Si instaura un tipo di rapporto diverso, perché li vedi periodicamente e perché il fatto di convivere con una patologia cronica a volte crea loro degli squilibri psicologici. È importante anche conoscere il vissuto del paziente. Quindi ti senti ancora di più in dovere di dare una mano, di fare quello che puoi».

Attualmente il direttivo dell'Associazione è composto dalla presidente e tesoriere Lucia Marotta, dalla vicepresidente Maria Enrica Possa, dalla segretaria Caterina Alfonsi, dalla consigliera dottoressa Elisa Tinazzi e dal consigliere spirituale padre Luciano Cescon.

Chi è affetto dalla Sindrome di Sjögren può telefonare a Lucia Marotta, presidente nazionale ANIMaSS (sede legale c/o Cooperativa sociale Galileo, via A. Cristofoli, 33 - Verona), al numero 333/8386993, oppure inviare una e-mail a animass@csgalileo.com. È anche attivo il sito web www.csgalileo.com/animass.

Romina Gobbo

Polli sotto controllo

di Anna Laura Folena

COS'È L'INFLUENZA AVIARIA

Verona ed il Veneto tengono d'occhio l'influenza aviaria più di qualsiasi altra zona italiana.

Questo perché solo nel territorio veronese sono attivi 1.200 allevamenti avicoli, che producono a livello nazionale il 50 per cento dei tacchini (percentuale che considerando il Veneto nel suo complesso sale al 60 per cento) ed il 40 per cento dei polli. Dal 1999 al 2003 l'influenza aviaria fece strage di pollame veronese e veneto, eppure nessun essere umano, nemmeno tra gli addetti impiegati negli allevamenti, rimase contagiato, nonostante il virus fosse stato veicolato all'interno degli allevamenti proprio da persone e mezzi vettori che non avevano ancora imparato ad osservare diligentemente le misure di biosicurezza.

«Un rischio – spiega Gastone Passarini, direttore dei Servizi Veterinari dell'Ulss 20 – è rappresentato per esempio dalle ruote degli automezzi, che possono trasportare il virus dell'influenza da un allevamento all'altro. Attualmente tutti i mezzi vengono disinfettati all'entrata e all'uscita dall'azienda ed ogni addetto, o eventuale visitatore, deve indossare tute, copricapo e copri-calzari a perdere, prima di venire a contatto con gli animali dell'allevamento: norme basilari per evitare il diffondersi di qualsiasi malattia».

«I controlli sono severi – assicura il dottor Passarini – sia per quanto riguarda queste misure preventive di biosicurezza, sia per gli accertamenti sanitari effettuati sugli animali. I Servizi veterinari dell'Ulss 20 da gennaio a ottobre hanno prelevato oltre 18 mila campioni (siero, feci, organi) per la ricerca di eventuali presenze dei virus riferiti all'influenza aviaria e sempre con esito negativo. L'intera filiera produttiva, dall'incubatoio all'allevamento, al macello, alla rete distributiva è vigilata e sorvegliata da veterinari ufficiali».

In ogni caso, non c'è alcuna evidenza di trasmissione attraverso il consumo

L'influenza aviaria è una malattia infettiva dei volatili domestici e selvatici.

È causata da virus della famiglia *Orthomyxoviridae*, genere *Orthomyxovirus*. Il virus che preoccupa ultimamente è quello H5N1. Nei volatili domestici (polli, galline, tacchini, faraone e altre specie) l'infezione sostenuta da virus influenzali definiti a bassa patogenicità si manifesta in forma lieve.

Virus influenzali aviari di sottotipo H5 e H7, una volta infettati i volatili domestici e in particolare tacchini, galline, possono mutare e divenire

ad alta patogenicità, causando forme gravi con elevata mortalità degli animali.

Nei volatili selvatici, invece, l'infezione è normalmente asintomatica ed i virus influenzali vengono diffusi nell'ambiente attraverso le feci.

Le specie selvatiche più pericolose per la diffusione del virus influenzale aviario, sono quelle acquatiche, quali anatidi (anatre, oche, germani), limicoli (uccelli con zampe e becchi lunghi che vivono sulle rive dei fiumi, spiagge e luoghi umidi), ed altre specie in misura minore.

di carni avicole, in quanto il virus è sensibile all'azione del calore (70°) e viene completamente inattivato durante le normali procedure di cottura degli alimenti.



L'uomo può infettarsi soltanto a seguito di contatti diretti e continui con animali infetti.

Questo avviene più facilmente in Paesi dove le condizioni igienico-sani-

tarie sono scarse e la tipologia di allevamento favorisce il diffondersi del virus.

Nei Paesi del Sudest asiatico, per esempio, è molto diffuso l'allevamento estensivo/rurale che consente contatti tra uccelli domestici e selvatici, i principali vettori della diffusione del virus. Inoltre spesso gli animali di questi Paesi vengono allevati in stretta promiscuità con le abitazioni civili.

Completamente diversa è la situazione dei Paesi come il nostro, in cui è diffuso l'allevamento industriale, con precisi capitolati produttivi, adeguate misure igienico-sanitarie, idonee strutture, norme di biosicurezza e piani di controllo sanitario attuati dai veterinari ufficiali delle Aziende Ulss.

Attualmente l'Italia è all'avanguardia nel mondo per il controllo dell'influenza aviaria, soprattutto grazie al lavoro svolto dall'Istituto zooprofilattico delle Venezie (Padova), Centro di Referenza nazionale per l'influenza aviaria, che svolge anche attività di ricerca, analisi e controllo sulle produzioni avicole e sui flussi migratori degli animali selvatici con la collaborazione dell'Istituto nazionale della Fauna selvatica (Infs).

Dalla parte dell'utente

di Salvatore Toscano*

Per presentare osservazioni, richieste di chiarimento o reclami è possibile rivolgersi all'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp) ubicato:

– per l'**Ospedale Civile Maggiore** all'ingresso principale dell'ospedale (P.le Stefani).

L'Ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30
Tel. 045.8072178 – Fax 045.8073430
e-mail: urp.ocm@azosp.vr.it

– per l'**Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"** nella palazzina d'ingresso dell'ospedale.

L'Ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30
Tel. 045.8074848 – Fax 045.8074058
e-mail: urp.op@azosp.vr.it

La tutela

Il sistema di gestione dei reclami ha due principali obiettivi:

1. dotare l'organizzazione di uno strumento atto a rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse dal singolo utente;

2. analizzare i reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi.

Come presentare il reclamo:

Gli utenti che hanno l'esigenza di esprimere osservazioni, richieste di chiarimento o reclami, o manifestare apprezzamento riguardo l'Azienda, possono esercitare il proprio diritto mediante:

– lettera in carta semplice, debita-



mente sottoscritta inviata o consegnata direttamente all'Urp

– segnalazione telefonica, via fax o via e-mail

– colloquio con il personale dell'Urp

– organizzazioni di tutela dei diritti dei malati.

Fasi:

Per garantire una risposta a chi presenta un reclamo, l'Urp dispone di una procedura scritta, con la descrizione di tutte le fasi che la compongono e le rispettive responsabilità, che è seguita da tutto il personale. Essa è suddivisa in quattro fasi:

1. la raccolta del reclamo

2. l'istruttoria

3. la formulazione e la comunicazione della risposta

4. il riesame: in caso di insoddisfazione da parte dell'utente è prevista la possibilità di ulteriore istanza ad un altro organismo: la Commissione mista conciliativa.

La Commissione mista conciliativa (d'ora in poi la Commissione), istituita presso c i a s c u n a Azienda sanitaria, è nominata dal direttore generale e dura in carica tre anni.

La Commissione è composta da:
il presidente,

designato dal difensore civico regionale tenuto conto dei difensori civici provinciali o comunali competenti per territorio, oppure di persone estranee all'Azienda che diano affidamento per obiettività e

competenza, dandone comunicazione alla rappresentanza della Conferenza dei sindaci del territorio di riferimento;

due membri designati dal direttore generale tra il personale dipendente dell'Azienda;

un membro designato dalle associazioni di volontariato operanti nel settore sociosanitario;

un membro designato dagli organismi di tutela del diritto alla salute, operanti nel territorio di riferimento dell'Azienda.

Termini per le risposte:

Per i reclami di facile, univoca e immediata soluzione, l'Urp provvede a dare risposta immediata alla segnalazione.

Negli altri casi l'Urp attiva la procedura per la risposta:

a. per le segnalazioni più semplici la risposta viene fornita entro 15 giorni;

b. per le segnalazioni più complesse, l'Urp invia copia del reclamo al responsabile della struttura primaria interessata e alla Direzione medica. All'utente viene inviata una risposta per iscritto che comunica gli accertamenti compiuti non oltre 30 giorni.

Per ulteriori informazioni si rimanda al regolamento di Pubblica tutela pubblicato sul sito aziendale www.ospedaliverona.it nella sezione "tutela dell'utente" (reclami e/o funzioni di Tutela).

***Responsabile Ufficio relazioni col pubblico**



NON ABBANDONARLO LASCIALO IN MANI SICURE



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

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

800283119

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

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



Schering-Plough

Specialisti in:

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

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

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

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



Schering-Plough

Costruire fiducia, ogni giorno