

## La Salute e la Città

anno 4 - numero 2  
Giugno 2006  
Registrazione n. 1567 del  
11.11.03 del Tribunale di Verona

### Editore

Azienda ospedaliera di Verona  
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona

### Direttore responsabile

Maria Fiorenza Coppari

### Direttore editoriale

Valerio Alberti

### Comitato editoriale:

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

### Redazione e Pubblicità

Piazzale Stefani, 1- 37126  
Verona. Tel. 045.8072206  
fax 045.8073314

### Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

### Archivio immagini

Marisa Avesani

### Giornalisti collaboratori

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

### Fotografie

Luigi Pecora

### Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

### Stampa

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

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

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

# La Salute

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

# e la Città

## Sommario

### EDITORIALE

Sanità: qualità e risorse  
di *Valerio Alberti* pag. 2

### ATTUALITÀ:

**CARDIOCHIRURGIA**  
Verona come Houston pag. 3

### FOCUS

Gestione condivisa  
di *Valeria Perilli* pag. 6

### PEDIATRIA

Allergie infantili  
di *Valeria Zanetti* pag. 8

### IN PRIMO PIANO

L'ospedale si rinnova  
di *Paola Arosio* pag. 11

### ONCOLOGIA

Senza perdere tempo  
di *Francesco Calabrò* pag. 14

### SOLIDARIETÀ

Il "miracolo" dell'Ail pag. 17

### DOSSIER

Il filtro della salute pag. 20

### TRAUMATOLOGIA

Sport e benessere pag. 25

di *Mariano Bertaiola*  
e *Roberto Zanon*

### INFORMATICA

Reparti in rete pag. 28  
di *Alessandro Azzoni*

### CULTURA

La medicina tibetana pag. 34  
di *Roberto Fostini*

### ECOFARMACOLOGIA

Farmaci e ambiente pag. 38  
di *Giampaolo Velo*

### NUOVE CURE

Crolli vertebrali pag. 39

### OSTETRICIA

Nascite più sicure pag. 41  
di *Maria Vascon*

### SOS BIMBI

La culla del salvabebè pag. 42  
di *Maria Vascon*

### FARMACIA

Naturale con giudizio  
di *Francesco Zanuso* pag. 44

### COOPERAZIONE

Rifugiati in città  
di *Ilaria Noro* pag. 46

### ASSOCIAZIONI

Zuccheri traditori  
di *Anna Laura Folena* pag. 50

### PERSONAGGI

Grazie professore  
di *Valeria Zanetti* pag. 52

### RUBRICHE:

#### IL PUNTO

Riflessioni fra le righe  
di *Maria Fiorenza Coppari*  
*Del Giglio* pag. 7

#### IN OSPEDALE

Il triage in Pronto soccorso  
di *Roberto Padrini* pag. 16

#### IL MEDICO DI FAMIGLIA

La verità non fa sempre male  
di *Gelmino Tosi* pag. 30

#### FARMACI

Al sole con molta cautela  
di *Chiara Alberti* pag. 31

#### SALUTE E DIRITTI

L'importanza del consenso  
di *Lucia Poli* pag. 37

#### DENTRO DI NOI

Il miracolo della vita  
di *Lorenzo Gobbi* pag. 43

#### INCONTRI

Il viaggio spirituale di Sergio  
di *padre Giacomo Bonaventura*  
pag. 48

#### AMICI ANIMALI

Caro amico Fido ti studio  
di *Anna Laura Folena* pag. 54

#### URP

In gravidanza esami gratuiti  
di *Salvatore Toscano*  
e *Tiziano Perusi* pag. 56

# Sanità: qualità&risorse

di Valerio Alberti\*

L'esigenza del contenimento della spesa sanitaria spesso è interpretata come un'ipoteca sulla qualità delle cure. Meno frequentemente si riscontra un atteggiamento di disponibilità ad una riflessione che colga le basi etiche degli investimenti per la Sanità.

Nessun sistema sanitario è in grado di garantire la copertura di un trend di spesa non governato, né poter disporre di finanziamenti non soggetti a limitazione garantirebbe di per sé l'equità e l'efficacia delle cure, considerata la peculiarità di costante evoluzione del pianeta medicina. L'adozione di efficienti sistemi gestionali e l'acquisizione di informazioni puntuali e tempestive sull'andamento della spesa sanitaria sono perciò un obiettivo fondamentale degli organi che hanno la responsabilità di governare il sistema sanitario a livello centrale e regionale.

Per questo motivo i meccanismi di pianificazione, realizzazione e controllo delle attività finalizzate al raggiungimento della missione aziendale sono diventati sempre più sofisticati, l'attenzione al modo in cui si utilizzano le risorse è cresciuto, le interfacce sono più fluide e i processi decisionali più espliciti.

La pianificazione aziendale è molto articolata e strettamente connessa alla programmazione regionale, dalla quale deriva. Il budget, spesso travisato come strumento di persecuzione nei confronti dei buoni propositi di chi fa Sanità, altro non è che il programma annuale delle attività che devono essere realizzate e delle risorse che possono essere utilizzate. Esiste il budget dell'intera azienda ospedaliera e, a cascata, quello delle direzioni centrali, dei dipartimenti, delle unità operative.

La definizione annuale del budget è un processo complesso e delicato, che risulta dall'integrazione di molte attività e documenti: gli obiettivi programmatici e strategici, le direttive di budget, i documenti di bilancio ed altri. Ogni anno, sono diverse centinaia le persone che, a vario titolo, sono coinvolte in questo processo, la



cui efficacia, ma anche la cui credibilità, poggia per intero sulle competenze e sull'atteggiamento con i quali esse lo affrontano.

Il controllo dei processi e delle attività svolte è l'elemento che chiude il processo di pianificazione. Il concetto di controllo ha un duplice significato e comprende non solo le attività di ispezione e di verifica su quanto viene svolto, ma anche le attività che consentono di governare e di guidare i processi stessi.

Il controllo ha quindi un duplice scopo: dare garanzia che quanto viene fatto è conforme a *quanto doveva essere fatto* e intervenire nel caso fosse necessario correggere la rotta. Nel nostro ospedale tale controllo è inteso come strumento di autocontrollo e di autocorrezione che tende a modificare i comportamenti e pertanto deve essere svolto lungo tutto il fluire del processo.

A chi dobbiamo dare garanzia che quanto viene fatto è conforme a *quanto doveva essere fatto*? La natura pubblica della nostra organizzazione porta a dire che tutte le parti interessate, dentro e fuori l'azienda, devono rice-

vere questa garanzia. I destinatari del nostro impegno sono i cittadini.

Disporre di informazioni tempestive sull'andamento dei consumi delle singole unità operative e dell'Azienda nel suo insieme è un'importante esigenza informativa di forte valenza gestionale. L'esperienza condotta in questi ultimi anni ha infatti dimostrato come una serrata tempistica per quanto riguarda il monitoraggio della spesa ha permesso di contenere i consumi entro i valori di crescita programmati ed autorizzati dalla Regione.

Nel corso degli ultimi cinque anni il costo della produzione dell'Azienda ospedaliera è passato da un valore pari ad euro 351.043.975 dell'anno 2000 al valore di euro 435.374.016 dell'anno 2004 con una crescita media annua del 6%, inferiore rispetto alla crescita annua nazionale che, nel quinquennio 2000-2004 ha registrato un incremento medio del 6,4%.

Va inoltre sottolineato come, negli ultimi anni, il valore del costo della produzione si sia attestato su un valore inferiore rispetto a quello autorizzato dalla Regione in quanto compatibile con il proprio quadro economico finanziario.

Questi risultati sono il frutto dell'impegno di tutti coloro che operano nel nostro ospedale: medici, infermieri, personale sanitario e amministrativo. Non crediamo che la progressiva responsabilizzazione di tutti all'attenzione per l'aspetto economico delle attività svolte abbia portato alcun decremento alla qualità delle cure che gli stessi cittadini ci attestano scegliendo questo ospedale. All'interno della rivista spieghiamo come funziona il controllo di gestione. Pensiamo siano informazioni da destinare ai lettori per aiutarli a capire come funziona la complessa macchina organizzativa del nostro ospedale e con quanta attenzione cerchiamo di garantire i migliori risultati a costi sostenibili. Perché in Sanità non è vero che chi più spende, meno spende.

**\*Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria**

Risultati di eccellenza per il Centro dell'Azienda ospedaliera presentati in un convegno regionale

**C**ardiochirurgia

# VERONA COME HOUSTON

Cardiochirurgia: Verona è la Houston del Veneto. Il confronto con la storica capitale della Cardiochirurgia mondiale – dove, negli anni in cui intervenire a cuore aperto aveva del miracoloso, operarono pionieri del calibro di Cooley e De Bakey – non è iperbolico. È basato sui risultati ottenuti dal Centro diretto dal professor Alessandro Mazzucco presentati l'8 maggio alla Gran Guardia in un'importante convegno regionale.

Il tema del simposio riguardava la gestione della lista d'attesa ed il controllo di qualità nei sei Centri cardiochirurgici che operano nel Veneto: è stata l'occasione per presentare i risultati di un progetto regionale di ricerca finalizzata, finanziato dal ministero della Salute e dalla Regione Veneto, coordinato dall'Unità operativa di Chirurgia cardiaca della Ulss 6 di Vicenza diretta da Alessandro Fabbri.

Nel Veneto vengono operati al cuore circa 3.700 pazienti all'anno, circa il 7% dei cardiopatici che si sottopongono ad intervento in tutta Italia. Il



Alessandro Mazzucco, direttore dell'Unità operativa di Cardiochirurgia dell'Azienda ospedaliera

controllo di qualità e la verifica dei risultati nelle Cardiochirurgie venete oltre a rendere il più trasparente possibile l'informazione al paziente, dovrebbe contribuire a migliorare il rapporto di fiducia medico-paziente. La raccolta dei dati copre un periodo che va dall'ultimo trimestre 2002 al

dicembre 2005 con il monitoraggio di tutte le prestazioni cardiochirurgiche dei sei Centri veneti: Verona, Padova, Vicenza, Treviso, Mestre e Mirano.

Come si può vedere dal grafico (fig.1) sono oltre 11.000 gli interventi analizzati nel Database. Se ne ricava che Verona da sola esegue circa un terzo di tutti gli interventi del Veneto.

Dalla ricerca non sono emersi soltanto i dati relativi all'attività dei vari Centri, ma anche la valutazione per singole patologie di volumi di attività, il calcolo del rischio di ogni singolo paziente secondo dei criteri internazionalmente accettati, il rischio di complicanze, mortalità cruda (cioè reale) e mortalità attesa verso quella osservata (vale a dire la mortalità effettivamente verificatasi rispetto a quella ipotizzabile per tipo di patologia e d'intervento).

Un'ulteriore analisi dei risultati è stata eseguita dal Sistema epidemiologico regionale del Veneto interfacciando i dati del Database con le Schede di dimissione ospedaliera per calcolare il rapporto fra mortalità attesa e mortalità osservata. In questo modo è stata di fatto effettuata una validazione dei dati raccolti secondo un vero processo di verifica

## Numero di interventi cardiochirurgici per centro

Trim.2002-2°sem.2005

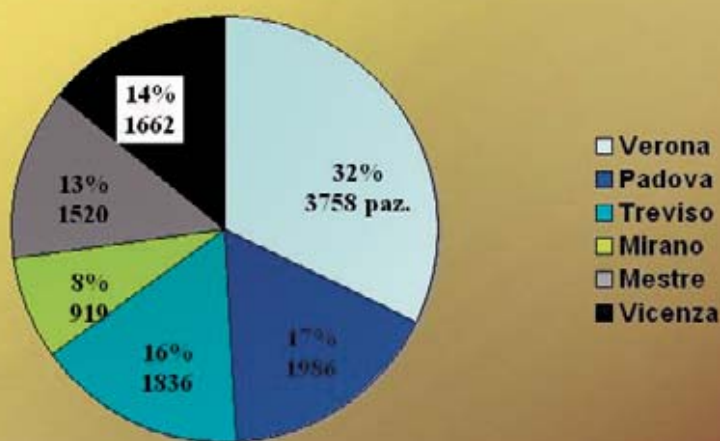
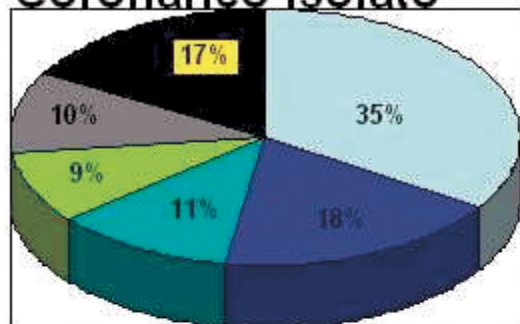


Fig. 1

### Bypass Aorto-Coronarico isolato

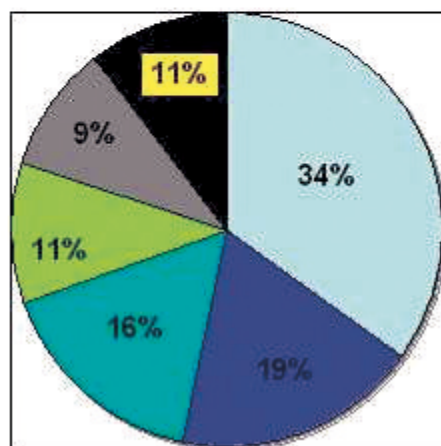


### Valvola Mitrale

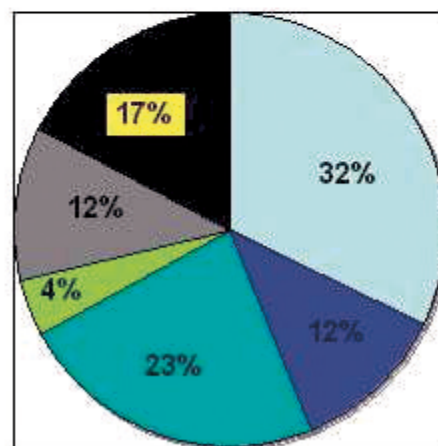


Fig. 2

### Valvola aortica



### Grossi vasi



da parte di un Osservatorio epidemiologico regionale.

Se valutiamo l'attività per le diverse patologie (fig. 2) notiamo come in tutte le sei Cardiochirurgie la mole maggiore degli interventi è di pertinenza della malattia coronarica e quindi del bypass aortocoronarico.

Di tutto rilievo per Verona il dato sulla mortalità. Se prendiamo, infatti, in esame le più comuni patologie e cioè il bypass aortocoronarico associato o meno ad un intervento sulla valvola aortica o mitralica, gli interventi sulla valvola aortica isolata o quelli sulla valvola mitralica isolata, la Cardiochirurgia veronese ha la minore mortalità assoluta rispetto agli altri Centri del Veneto (fig 3).

È un dato eclatante, al di sotto anche della mortalità per questo tipo di interventi riferita da importanti registri internazionali quali l'STS americano e quello europeo. Per l'Italia è

### MORTALITA' ALLA DIMISSIONE

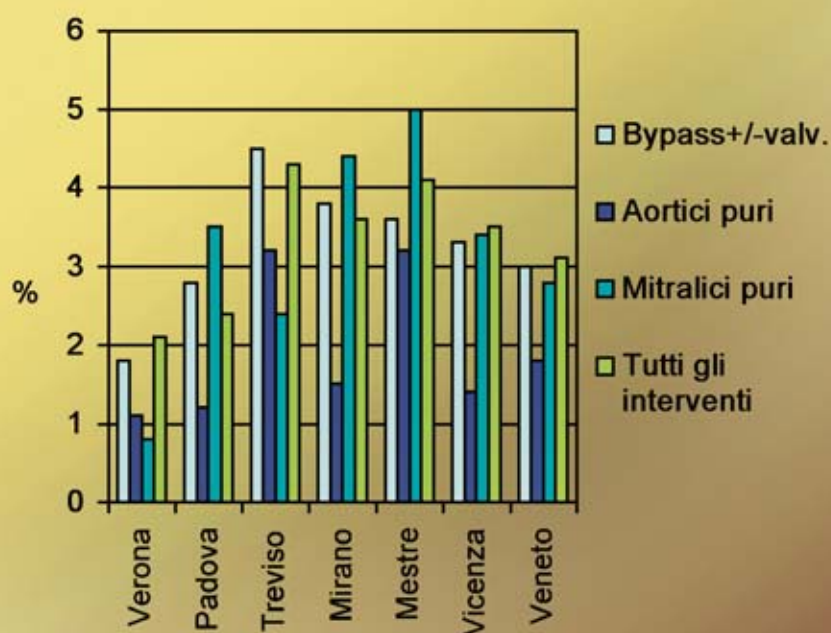


Fig. 3



*Da sinistra, il cardiocirurgo Giuseppe Faggian e il personale della sala operatoria. Sotto, infermieri e personale amministrativo*

disponibile solo il dato medio della mortalità per intervento di bypass aortocoronarico pari al 2,61%, superiore perciò a quella del Centro di Verona che è al di sotto del 2%. Verona ha i migliori dati nel Veneto per gli interventi di cui si è detto anche se la mortalità viene corretta per il rischio specifico del paziente

che deriva dal suo stato di salute generale e dall'eventuale compresenza di altre patologie che complicano il quadro clinico. Va sottolineato a tale proposito che il Centro di Verona opera pazienti ad alto profilo di rischio e ciò nonostante, grazie all'elevata professionalità degli operatori, ottiene questi significativi risultati

La realtà della Cardiocirurgia veronese è quindi a livelli d'eccellenza. Motivo del successo è certamente l'elevata competenza di tutto il personale che opera nella divisione di Cardiocirurgia.

Lo sottolineano sia il professor Mazzucco che il suo più diretto collaboratore, il professor Giuseppe Faggian che ha presentato i dati veronesi al congresso di maggio. A vincere è la squadra: anestesisti perfusionisti, personale di sala operatoria, della terapia intensiva, del reparto degenze, fisioterapisti e personale amministrativo con il loro impegno fanno sì che il Centro di Verona occupi anche il primo posto per quanto riguarda tempi di degenza post-operatoria e soddisfazione delle liste di attesa. Altri punti di forza sono la continua verifica interna del processo di cura con report giornalieri e discussione collegiale sui pazienti da operare, l'analisi degli insuccessi e quella d'ogni singolo caso oltre l'aggiornamento continuo sulle tecniche chirurgiche e le modalità di terapia.

Ci sono dunque buoni motivi per definire Verona la Houston del Veneto: un Centro modello che oggi accoglie da tutta Italia pazienti che non hanno più bisogno di attraversare l'oceano in cerca di speranza.



# GESTIONE CONDIVISA

di Valeria Perilli\*

Il pianeta Sanità da alcuni anni ha imboccato in modo sempre più evidente il cammino verso l'aziendalizzazione, adottando strumenti di gestione idonei a garantire il miglior utilizzo possibile delle risorse disponibili e la sostenibilità della crescente domanda di servizi sanitari.

Il processo di budget e di controllo della spesa è coordinato dall'Unità controllo di gestione.

La strategia adottata dalla Direzione generale a partire dal 2003, ed implementata nel corso degli anni successivi, prevede che all'inizio di ogni anno venga assegnato a ciascuna Unità operativa dell'Azienda il budget economico. Alla sua definizione si perviene attraverso un percorso di concertazione che vede coinvolte le diverse parti aziendali: quali il responsabile e la caposala dell'Unità operativa, il Servizio farmacia, le Direzioni mediche, il Servizio acquisti ed il Servizio controllo di gestione. Si procede quindi alla verifica mensile dei dati di consumo dei materiali sanitari per i circa 700 Centri di costo attualmente in uso con la contestuale trasmissione degli stessi, sotto forma di tabelle riepilogative, al Servizio farmacia ed al Servizio acquisti. Le medesime informazioni vengono inviate trimestralmente ai direttori ed ai coordinatori delle singole Unità operative.

I diversi modelli di report elaborati mettono a disposizione dei "gestori diretti" i dati di spesa, confrontati di volta in volta con i consumi dello stesso periodo dell'anno precedente e con il budget economico assegnato. Il sistema di contabilità analitica dell'Azienda permette inoltre di fornire, su richiesta e in tempo reale, il dettaglio dei singoli prodotti acquisiti.

In presenza di situazioni "allarmanti", ovvero di fronte ad un trend di consumi che in proiezione risulta sfiorare rispetto al budget assegnato,



scattano una serie di approfondimenti in sinergia con il Servizio farmacia per identificare eventuali motivazioni cliniche sottostanti o potenziali effetti scorta adottati dalle Unità operative.

L'attenzione posta sul governo della spesa non ha tuttavia fatto dimenticare l'importanza di realizzare un corretto bilanciamento tra misurazione dei costi e misurazione della qualità.

Si è cercato di operare un importante cambiamento culturale sviluppando strumenti gestionali utili al bilanciamento tra qualità e costi con l'obiettivo di migliorare l'efficacia degli interventi, di gestire il rischio, di utilizzare le risorse in modo appropriato e di ottenere la soddisfazione dei pazienti.

Importante a tal fine è naturalmente il coinvolgimento del personale, in quanto il successo è garantito grazie all'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano influenzandosi reciprocamente.

Un obiettivo perseguito dalla nostra Azienda con molta convinzione è stato quello di consolidare le attività di valutazione dell'innovazione avviate negli anni scorsi, sottoponendo ad un esplicito processo valutativo le tecnologie più rilevanti per costosità e/o complessità organizzati-

va prima della loro introduzione. Su quest'aspetto agisce una specifica commissione per quanto riguarda i dispositivi medici di nuova introduzione e una commissione per la razionalizzazione nell'uso e introduzione dei dispositivi medico-diagnostici per l'area laboratoristica.

I dati relativi alla spesa aziendale per l'acquisizione di apparecchiature biomediche testimoniano la vocazione al rinnovo anche per quanto riguarda il nostro parco tecnologico: gli investimenti in apparecchiature biomediche sono passati dai 9 milioni di euro del 2003 agli oltre 13 milioni del 2005. Un impatto rilevante, che necessita di valutazioni il più possibile complete e capaci di indirizzare in modo razionale la scelta tra le diverse opzioni disponibili.

In questi anni i diversi processi di pianificazione sono stati continuamente perfezionati ed adattati; tuttavia, permangono due punti sui quali è necessario continuare a porre la massima attenzione e per i quali la spinta al miglioramento non deve fermarsi: l'integrazione fra tutti gli strumenti di pianificazione delle attività; l'informazione e il coinvolgimento delle parti interessate, non solo nella fase di pianificazione, ma anche nella loro realizzazione, nel controllo dei risultati raggiunti e nell'eventuale rimodulazione delle attività stesse.

La molta strada percorsa non deve indurci a rallentare il cammino, perché i margini di miglioramento sono ancora molti e la possibilità di aumentare le nostre risposte ai cittadini e alle altre parti interessate è strettamente connessa alla nostra capacità di gestire l'organizzazione in modo efficace ed efficiente.

**\*responsabile Area operativa  
omogenea valutazione  
economica e controllo strategico**

# Riflessioni fra le righe

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

**L'ospedale è spesso  
l'ultima tappa  
di fatti di cronaca  
e per questo attira  
i media. Ma anche  
chi è chiamato  
a raccontare  
le notizie trova  
il limite nel rispetto  
della persona  
nel momento della  
sua massima fragilità**

La cronaca ha bussato spesso alle porte del nostro ospedale in questi mesi di incerta primavera. Abbiamo accolto persone protagoniste di episodi tragici che ne hanno messo a repentaglio la sopravvivenza, ma ci sono state anche circostanze in cui è stato il soffio della vita a sorprenderci.

In una stessa domenica di maggio ci siamo trovati di fronte ad una morte ed ad una nascita, toccando con mano il paradosso della imprevedibilità degli accadimenti umani che tanto spesso ci fa riflettere, senza che i nostri perché trovino risposta. Agli stessi giornalisti accorsi per testimoniare l'arrivo dal Kuwait del tenente Enrico Frassanito, abbiamo dovuto comunicare lo strazio della sua morte improvvisa e la gioia per la l'arrivo di Irene, la neonata abbandonata da una mano sconosciuta in un cestino di panni sporchi nel reparto di Ostetricia dell'ospedale Policlinico.

Avevamo fortemente sperato di poter curare il tenente Frassanito, lo hanno atteso équipe di specialisti pronti a tentare l'impossibile per fargli superare la tremenda prova delle ustioni provocate dall'attentato subito in Iraq. Mentre al Pronto soccorso si attendeva l'autoambulanza che lo stava trasferendo all'ospedale di Borgo Trento dall'aeroporto militare di Villafranca, abbiamo colto la commozione di quanti si trovavano in attesa di una visita o di una medicazione.

Abbiamo avvertito l'orgoglio e la partecipazione di cittadini italiani per un compatriota eroico, la gioia di riaccolgerlo nella sua città. Sono stati lunghi minuti di silenzio e rispetto, gli occhi di tutti fissi alle divise dei carabinieri che piantonavano l'ingresso. E la stessa scena si è ripetuta nella saletta d'attesa della Rianimazione, dove tanti parenti in pena attendevano notizie dei loro cari. I cuori si sono aperti alla solidarietà per gli ufficiali che, pur nella compostezza imposta dalla divisa, lasciavano trapelare l'ansia per la sorte dello sfor-

tunato carabiniere.

Fino a poco prima avevo raccontato ai colleghi in attesa davanti al Pronto soccorso quanto fosse bella la piccola Irene e come si comportasse come una qualunque neonata fiduciosa, ora che era approdata in mani sicure. La notizia della morte del ferito ci ha colti di sorpresa, incenerendo ogni speranza e lasciando in tutti un frustrante senso d'impotenza. Per il tenente Frassanito avremmo voluto poter fare di più.

Il destino di un uomo non è solo nelle nostre mani, in quelle scrupolose e attente dei medici e del personale infermieristico che lo hanno in cura. È una riflessione che ci permette di accettare che, nonostante le cure più attente, una vita si spenga e che, talvolta, nonostante le speranze siano esili, altri ce la facciano. È accaduto con Thomas ed Antony, i ragazzi di Grezzana vittime di un episodio di dolorosissima violenza familiare. Erano arrivati in condizioni disperate nel Dipartimento di Neurochirurgia dell'ospedale di Borgo Trento. Eppure entrambi hanno superato la terribile prova e sono stati avviati alla riabilitazione. In questo ospedale sono tornati alla vita ed ora ci auguriamo che

il futuro offra loro un risarcimento per il trauma subito.

Di un'altra storia vorrei parlarvi. Non è purtroppo a lieto fine. Ne è protagonista una radiosa adolescente non veronese, accolta nel reparto di Rianimazione della Neurochirurgia per le conseguenze di un incidente stradale. La chiamerò Elena in segno di riguardo per il lutto dei suoi familiari. Perché Elena, nonostante ogni tentativo, non ce l'ha fatta. La notizia della sua morte "cerebrale" è stata però anticipata dai mezzi di comunicazione prima che venisse accertata, quando era ancora soltanto una possibilità, sia pure, purtroppo, ipotizzabile data la gravità delle condizioni della giovane.

Non so cosa provi un genitore che legge sul quotidiano della sua città un titolo che annuncia la morte della figlia adorata e la donazione dei suoi organi. Non lo so e non provo neppure ad immaginarlo o a descriverlo, per rispetto di un dolore che forse non si riesce neppure a comunicare, o a condividere. Uno strazio che toglie il respiro. Ciò è purtroppo accaduto e ha ingigantito quel dolore, ha ingabbiato i cuori nella disperazione. Non c'è stato consenso alla donazione degli organi di Elena. Non avrebbe potuto esserci, perché non puoi aprire il tuo cuore al conforto del dono se non accetti ciò che è accaduto. E come si può superare lo shock che la morte di tua figlia ti sia comunicata da un titolo?

Anche la morte di Elena ci ha lasciati impotenti e frustrati. Perché aveva vent'anni. Perché i medici che tutto hanno tentato per tenerla in vita non hanno potuto essere di sostegno come avrebbero voluto ai suoi genitori. Perché altre vite avrebbero potuto essere aidate dalla sua. Perché la vita è una catena intessuta di solidarietà. Perché solo nella condivisione possiamo trovare la forza per sopportare il dolore. Ma c'è bisogno di rispettare i tempi della vita e quelli della morte. Una notizia li ha bruciati.

# ALLERGIE INFANTILI

Le allergie pediatriche registrano un costante aumento e riguardano ormai il 20% circa dei bambini, che vivono nei Paesi industrializzati.

Per fare il punto sulle malattie respiratorie ed allergiche, che rappresentano le patologie croniche ricorrenti più frequenti in età pediatrica, si è tenuto in aprile, a Verona, il congresso Format 2006, giunto alla nona edizione, organizzato dalla Clinica pediatrica dell'Azienda ospedaliero-universitaria scaligera.

Attilio Boner, professore ordinario di Pediatria dell'Università degli Studi di Verona, spiega come si sono evolute le allergie pediatriche, come si manifestano e soprattutto come si curano, poiché in molti casi i bambini che ne sono affetti crescendo guariscono completamente.

Se invece al contrario le patologie insistono ma vengono adeguatamente curate, «si associano, nella maggior parte dei casi, ad una qualità di vita sovrapponibile a quella del soggetto sano», assicura il professor Boner.



Attilio Boner, professore ordinario di Pediatria dell'Università degli Studi di Verona

## A che età cominciano indicativamente a manifestarsi nel bambino malattie respiratorie e forme allergiche?

«Le malattie allergiche iniziano nei primi mesi di vita: le allergie alimentari, prevalentemente a latte ed uova, provocano dermatite atopica, una malattia della cute caratterizzata da pelle secca, intenso prurito, tendenza alle infezioni cutanee.

L'allergia ad alimenti è seguita da allergia ad inalanti. L'allergia agli allergeni inalanti come acari, forfore animali, muffe, pollini inizia più tardi, verso il secondo anno di vita, e raggiunge la massima espressione nell'adolescenza. È importante sottolineare che la presenza di allergia alimentare costituisce un segnale precoce della predisposizione del bambino a sviluppare allergia agli inalanti e asma».

## Quali sono i sintomi che si mostrano per primi? Quali forme sono più diffuse tra asma, dermatite atopica, rinite, orticaria?

«Inizia prima, cioè nel primo anno di vita, la dermatite atopica con lesioni al viso, alle superfici estensorie degli

arti, alle mani e al tronco. Successivamente le lesioni si concentrano nelle pieghe degli arti e al collo. La dermatite atopica colpisce il 15% dei bambini.

Nel primo anno di vita inizia a comparire anche l'asma che raggiunge il massimo di prevalenza nell'età scolare. Interessa il 10% dei bambini. Si manifesta con difficoltà respiratoria, tosse accentuata dall'esposizione al freddo e alla nebbia, aggravata dallo sforzo fisico. Tipico dell'asma è il respiro sibilante, una sorta di fischio. Anche la rinite si manifesta nei primi anni di vita e colpisce il 20% degli adolescenti. I sintomi tipici della rinite da pollini sono il prurito agli occhi, al naso, alla gola, con conseguente arrossamento, gli starnuti e la lacrimazione. La rinite da allergeni perenni, provocata da acari, da cane, gatto o da muffe, ha invece un andamento più subdolo ed è caratterizzata da naso chiuso.

Il bambino si abitua a questo sintomo e non lo dichiara. Si strofina continuamente il naso, un comportamento definito "saluto dell'allergico", può presentare disturbi subdoli del sonno, con ripetuti microrisvegli, che provocano talvolta difficoltà di attenzione e sonnolenza diurne. L'orticaria colpisce infine il 2-3% dei bambini, può essere dovuta ad allergia ad alimenti o farmaci, ma più spesso è da collegare a episodi infettivi».

## C'è qualche possibilità che queste malattie siano collegate a fattori ereditari?

«Esiste sicuramente un'ereditarietà per le malattie allergiche. Se i genitori sono entrambi sani, il rischio di avere figli allergici è del 15%; se ne è affetto solo il padre, il rischio sale al 25-30%; se è affetto un fratello o una sorella l'incidenza si attesta al 30-40%; se è interessata la mamma, la percentuale aumenta ulteriormente del 40-45%. Se entrambi i genitori hanno una malattia allergica, il



rischio di sviluppare allergia arriva all'80%, fino al 100% se entrambi i genitori hanno la stessa malattia».

**Qual è la relazione tra l'ambiente inquinato e l'anticorpo responsabile della reazione allergica appartenente alla classe IgE?**

«L'inquinamento atmosferico, che determina l'incremento di allergie, è quello provocato da motori diesel. Il materiale corpuscolato emesso con i gas di scarico aumenta il potere allergizzante dei diversi allergeni. Le piante che crescono in zone inquinate si difendono producendo "proteine di difesa" che costituiscono potenti allergeni.

Indipendentemente dall'allergia, l'inquinamento atmosferico è un fattore favorente tutta la patologia respirato-



ria.

È opportuno ricordare che l'inquinamento all'interno della casa è spesso più grave di quello esterno, e che la forma di inquinamento più grave è rappresentata dall'esposizione al fumo di sigaretta. Un fattore favorente la comparsa di allergia è rappresentato dall'esposizione, nei primi mesi di vita, a materiale sintetico come il cuscino e la coperta. Nei materiali sintetici, che emettono per lunghi periodi sostanze irritanti, si accumulano più acari».

**Quali sono, al contrario, i fattori ambientali che ostacolano lo sviluppo di reazioni allergiche generate dall'anticorpo che fa parte della classe IgE?**

«Lo sviluppo di una patologia allergica nel bambino può essere ostacolato attraverso il consumo di frutta e verdura fresche, un'attività fisica regolare, la non esposizione al fumo di sigaretta, in parte l'allattamento al seno. Riduce la gravità dell'asma vivere in un ambiente in cui sia stata ridotta l'esposizione agli acari mediante l'impiego di tessuti barriera sui cuscini, materassi e coperte. Esercitano un ruolo ostacolante lo sviluppo di allergia anche e soprattutto le malattie infettive. Le vaccinazioni non favoriscono la comparsa di allergie».

**Le prime manifestazioni allergiche nel bambino sono leggere o possono immediatamente presentarsi come allarmanti per i genitori, rendendo necessario anche un ricovero?**

«Nella maggior parte dei casi – circa il 75% –, le manifestazioni sono lievi, ma vi sono comunque anche forme più gravi che richiedono il ricovero in ospedale».

**Come si coordina l'attività tra pediatri di base e specialisti ospedalieri, nell'individuare l'allergene responsabile della forma allergica?**

«La gestione del bambino con malattia allergica spetta principalmente al pediatra di famiglia che può ricorrere ai servizi degli ospedali o dell'università per i casi più gravi. A Verona esiste un buon coordinamento, come è stato dimostrato anche dall'organizzazione del congresso Format, che nasce da una collaborazione tra la pediatria di famiglia di Verona e la Clinica pediatrica del Policlinico "Giambattista Rossi" di Borgo Roma».

**In media, quanto dura la fase di indagine di laboratorio e come si procede per identificare l'allergene?**

«Le indagini allergologiche sono semplici e nell'arco di 15-30 minuti si può identificare l'allergene responsabile. In pratica, si posiziona una goccia dell'estratto allergenico sull'avambraccio del paziente e si punge con la punta di un ago. In questo caso è bene ricordare che il bambino avver-

te un dolore minimo e sopportabilissimo. Se il bambino è allergico nella sede di puntura compare un pomfo simile a quello di una puntura di zanzara».

**Una volta identificato l'allergene e resa possibile la diagnosi, occorre mettere a punto la cura. Nel corso del convegno sono state presentate novità diagnostiche e terapeutiche per curare il paziente pediatrico?**

«La cura delle malattie allergiche si fonda essenzialmente nell'evitare il contatto con l'allergene responsabile. Sono quindi importanti la dieta da esclusione nei soggetti affetti da allergia alimentare, l'impiego di coprimaterasso, copricuscino, copricoperta antiacaro nei soggetti sensibili. A questo proposito è necessario ricordare che i materassi in lattice contengono più acari di quelli di lana e quindi il loro uso è assolutamente sconsigliabile.

La dermatite atopica va curata con creme idratanti e lenitive, che devono essere applicate regolarmente anche nei periodi di relativo benessere e con creme contenenti steroidi nei periodi di riacutizzazione. La cura dell'asma si realizza con farmaci antiinfiammatori, ad esempio gli steroidi per via inalatoria e gli inibitori recettoriali dei leucotrieni e con broncodilatatori. La rinite e l'orticaria, infine, vengono trattate con antiistaminici e con steroidi. Nel corso del Format sono state discusse le ultime novità nella diagnosi e cura delle diverse malattie».

**Quali sono i consigli più ricorrenti da dare ai genitori di bambini che presentano malattie allergiche?**

«Il consiglio più importante è di non fumare, occorre anche portare sempre con sé i farmaci adatti a risolvere eventuali emergenze, e controllare regolarmente lo stato di salute del bambino».

**Dove è utile portare in vacanza questi bambini e con quali accorgimenti sullo stile di vita?**

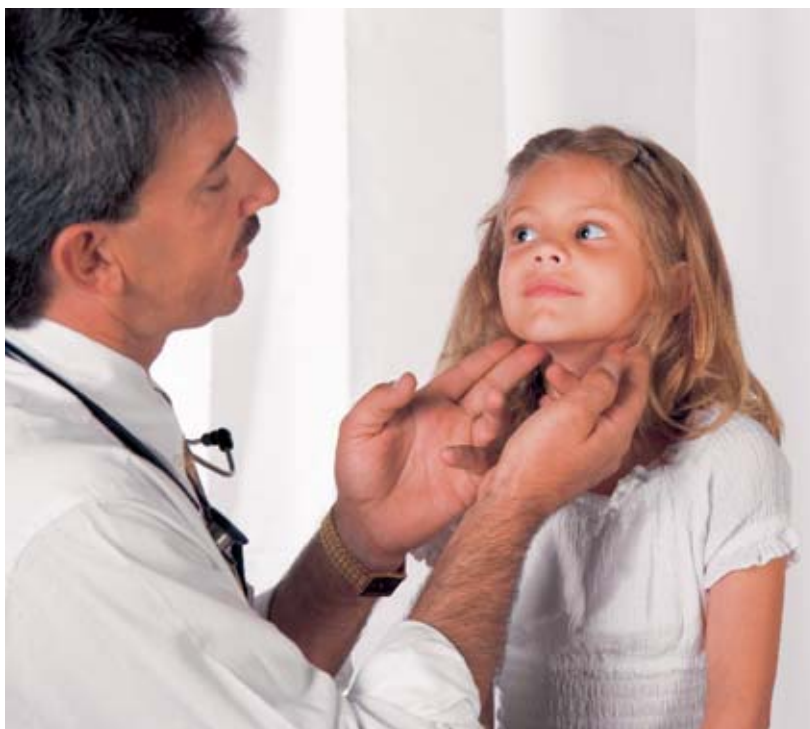
«Per chi è allergico ai pollini è consi-

gliabile il mare, per chi è allergico agli acari va meglio l'alta montagna».

### **Ci sono sport da evitare per i pazienti affetti da malattie allergiche?**

«Per l'asmatico sono sconsigliati la corsa con moto o auto, l'attività subacquea ed il paracadutismo. Tutti gli altri sport sono concessi e consigliati».

**Con l'età si può guarire completamente dalle malattie allergiche? Se sì, in che percentuale**



### **si verifica la guarigione?**

«Dipende dal tipo di malattia allergica. La dermatite atopica guarisce nella maggior parte dei casi nei primi anni di vita, l'asma guarisce nell'adolescenza nel 50% dei casi. È più probabile la guarigione quando la malattia è più lieve. Se le patologie non scompaiono, ma vengono adeguatamente curate, le malattie allergiche si associano ad una qualità di vita sovrapponibile a quella del soggetto sano».

**Valeria Zanetti**

## **Il dottor Buonocore, nuovo responsabile del Creu Veneto**

Il dottor Francesco Buonocore (nella foto), direttore del Pronto soccorso dell'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento, è il nuovo responsabile del Centro di coordinamento del Sistema di emergenza-urgenza della Regione Veneto (Creu). La Regione Veneto sta proseguendo il percorso avviato nel 2003 con la nascita del Creu.

I primi tre anni sono stati caratterizzati, tra l'altro, dalla nascita del primo Team NBCR regionale per l'intervento diretto su emergenze di tipo nucleare, biologico, chimico e radiologico; e dalla realizzazione della rete di defibrillatori cardiaci in area extraospedaliera che ha permesso di risolvere positivamente molti eventi di arresto cardiaco verificatisi lontano dagli ospedali.

Ora è stato costituito anche un Gruppo tecnico operativo specifico, i cui componenti affiancheranno il coordinatore per le aree della formazione del personale, le Centrali operative, i Dipartimenti e i Pronto soccorsi.

«Il nuovo assetto voluto dall'assesso-



re regionale Flavio Tosi – spiega il dottor Buonocore – ci consentirà di intervenire su alcune aree di importanza rilevante per la qualità del sistema emergenza-urgenza.

Innanzitutto miglioreremo la preparazione del personale medico ed infermieristico con nuove iniziative di formazione. Un altro aspetto che intendiamo curare è l'informatizzazione di ogni Pronto soccorso.

Per quanto riguarda alcune

patologie che necessitano di strutture specialistiche di elevato livello per garantire al paziente le migliori prospettive di sopravvivenza, come ictus e infarto, cureremo la creazione di reti che consentano di ricoverare la persona nel più breve tempo possibile nell'ospedale più attrezzato per il suo caso. Seguiremo questa logica anche per le grandi amputazioni, in modo che l'infortunato sia trattato chirurgicamente nel modo più opportuno per offrirgli la possibilità di recuperare la massima autonomia».

Un altro problema su cui il coordinatore vuole lavorare è quello dei cosiddetti "codici bianchi", i pazienti che si rivolgono al Pronto soccorso pur non avendo un reale problema urgente. Il fenomeno è macroscopico, visto che riguarda il 35-40% degli accessi di tutte le strutture venete.

La sede del Creu è a Venezia ed è lì che il nuovo coordinatore lavorerà con la sua squadra. «Senza dimenticare il Pronto soccorso di Verona», assicura con convinzione. Gli auguriamo buon lavoro.

Un convegno ha approfondito i problemi relativi alla progettazione e alla realizzazione di grandi nosocomi

**I**n primo pi

11

# L'OSPEDALE SI RINNOVA

*"Ospedale, città e territorio: un metabolismo da riequilibrare":* questo il tema del primo convegno nazionale che si è tenuto lo scorso marzo alla Gran Guardia organizzato da ministero della Salute, Regione Veneto e Azienda ospedaliero-universitaria di Verona nell'ambito delle attività connesse alla costruzione del nuovo Polo chirurgico dell'Ocm di Borgo Trento.

Il convegno, che ha approfondito i principali problemi relativi alla progettazione e alla realizzazione di grandi ospedali, ha proposto l'esperienza veronese all'interno di una rassegna di progetti nazionali e internazionali, con esperti e professionisti di diverse competenze e discipline.

Nel corso dell'evento, è stato presentato il documento frutto della collaborazione tra Azienda ospedaliera, Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in Sanità del Ministero e Regione Veneto. Il testo



*Il tavolo dei relatori; sotto il plastico del nuovo polo chirurgico dell'Ocm*

contiene le linee guida per definire i criteri di progettazione validi negli interventi di edificazione e di radicale ristrutturazione di un ospedale in funzione.

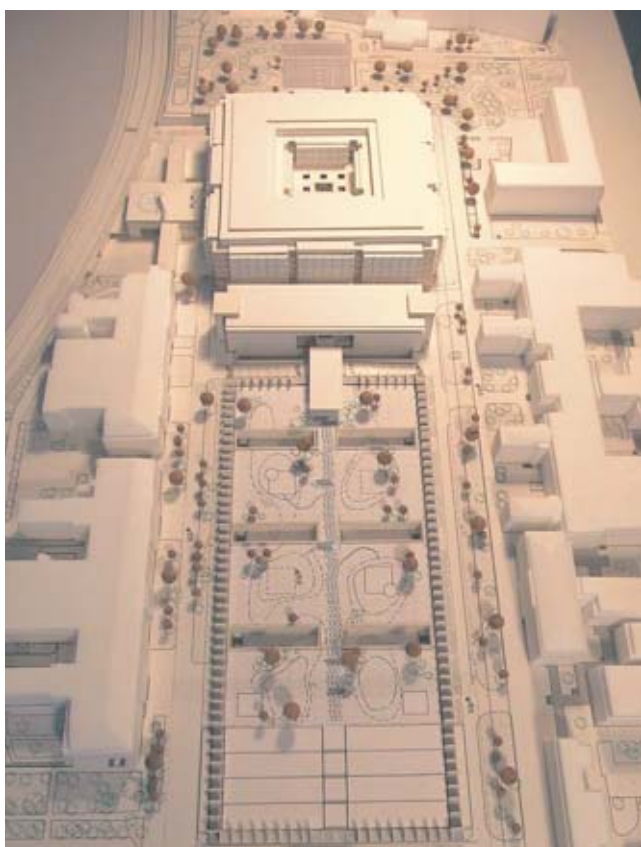
«La stesura del documento è nata da una doppia esigenza – ha spiegato il direttore generale Valerio Alberti –: realizzare, da un lato, un modello ospedaliero in grado di dare risposte adeguate alle istanze della medicina, dei pazienti e dell'organizzazione sanitaria, dall'altro offrire una metodologia di lavoro provata sul campo».

Diversi gli aspetti di cui è indispensabile tenere conto per affrontare la programmazione di strutture ad alta complessità e a rapida evolutività come quelle ospedaliere: il rapporto ospedale-città-territorio, la logica di rete, la continuità assistenziale, i

nuovi modelli organizzativi, la centralità del paziente, l'evoluzione delle tecnologie, la flessibilità strutturale, impiantistica, organizzativa e planimetrica.

«Per quanto riguarda Verona – ha continuato Alberti –, l'obiettivo è quello di coniugare la visione strategica dell'Azienda, nell'ambito di città, provincia e regione, con la soluzione ai problemi immediati e concreti. Si tratta di un programma ambizioso, che interviene su due complessi ospedalieri molto diversi tra loro: l'ospedale civile maggiore, realizzato sul modello classico della struttura a padiglioni, e il Policlinico, tipico esempio di monoblocco a prevalente sviluppo verticale».

Del resto la riqualificazione delle due sedi dell'Azienda sta comportando impegno e investimenti rilevanti: nel 2005 a Borgo Trento sono stati realizzati interventi del valore di oltre 12 milioni di euro e più di 24 milioni di euro sono stati utilizzati per finanziare opere di riqualificazione al Policlinico. Gli interventi futuri all'ospedale Maggiore saranno focalizzati soprattutto sull'area medica, mentre al Policlinico riguarderanno in particolare le aree degenze ed emergenze, le attività ambulatoriali



diurne e i laboratori.

Ha proseguito Alberti: «Il piano è in progress e traccia il futuro della Sanità veronese con la consapevolezza che alcune tematiche non hanno ancora trovato la soluzione definitiva. Quando abbiamo ipotizzato il percorso, abbiamo ritenuto importante coinvolgere le istituzioni, affinché gli interventi fossero di largo respiro e non legati a esigenze temporali immediate. Il Ministero ha dimostrato subito un grande interesse soprattutto perché si trattava di studiare e applicare una metodologia di intervento nuova. La sua presenza ha consentito di elaborare una strategia che, oltre a essere efficace, sia anche trasferibile».

Per poter affrontare i numerosi problemi connessi con la ristrutturazione e la riorganizzazione dell'ospedale maggiore e del policlinico è stata attivata una Commissione, con l'obiettivo di adottare una metodologia che sia di riferimento per analoghi interventi in altri ospedali del territorio nazionale. La Commissione ha affrontato il problema della gestione di un grande cantiere all'interno di un ospedale in funzione.

Per prevenire possibili disagi è stato attivato dall'Azienda il Gruppo operativo di gestione che, con cadenza set-



Maria Paola Di Martino, presidente  
Nucleo di valutazione e verifica investimenti  
pubblici in Sanità del Ministero della Salute



L'ospedale policlinico sarà oggetto di un intervento di riorganizzazione complessiva

timanale, analizza le eventuali criticità. Ha sottolineato, in proposito, Alberti: «L'ospedale è un nodo importante di una rete territoriale e bisogna essere consapevoli da un lato delle esigenze del bacino di utenza cui afferisce, dall'altro delle strutture ospedaliere con cui si dovrà interfacciare».

In più, bisogna tenere conto dei dati epidemiologici e dei trend tecnologici, con la consapevolezza che in Sanità è comunque difficile prevedere il futuro. Per questo la parola d'ordine progettuale deve essere la flessibilità. Un altro tema importante è la modalità di gestione di un cambiamento in corsa, nel senso di individuare corrette modalità operative da attuare in un ospedale che deve continuare a funzionare.

È uno dei nodi critici in questo campo e crediamo di aver messo in atto un metodo di gestione efficace, a partire dall'elaborazione di una scheda di impatto assistenziale degli interventi di ristrutturazione. Un'attività interdisciplinare che coinvolge ogni settimana l'Azienda e l'impresa che sta operando, per procedere senza creare disagi ai cittadini o

disfunzioni alle attività di assistenza».

La Commissione ha inoltre effettuato l'analisi delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca per orientare l'attività dei due ospedali a economicità di gestione, integrazione delle specialità mediche, valorizzazione delle attività didattiche e assistenza centrata sul paziente. «Dopo un anno di lavori di ristrutturazione senza grandi disagi per l'utenza, oggi lo sforzo è di forte programmazione per non cadere nella diseconomicità – ha concluso Alberti –. La nuova struttura dovrà essere idonea a supportare la formazione del personale medico e infermieristico e gli edifici dovranno essere riprogettati secondo una logica di azienda universitaria integrata. Attenzione andrà poi data all'accessibilità e all'abbattimento delle barriere architettoniche, oltre all'impatto che il fenomeno migratorio avrà sul sistema sanitario. Infine, un ultimo importante aspetto: ricordare come il fulcro del progetto sia il raccordo dell'area ospedaliera con la trama architettonica e sociale della città».

**Paola Arosio**

## IL MODELLO VERONESE PER L'EDILIZIA OSPEDALIERA

Il modello di ristrutturazione dell'Azienda ospedaliera scaligera rappresenta un prototipo sia dal punto di vista tecnico-scientifico sia politico-sanitario.

«Questa esperienza costituisce la possibilità concreta di sperimentare un metodo che nasce dalla convergenza delle migliori pratiche sul territorio nazionale – ha spiegato durante il convegno Maria Paola Di Martino, presidente del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti in Sanità e direttore generale per i Rapporti con l'Unione europea e per i Rapporti internazionali del ministro della Salute –, si tratta, cioè, di metodologie studiate a livello centrale, che hanno trovato una verifica sul territorio».

Poi ha aggiunto: «Le proposte architettoniche devono rispondere ai modelli organizzativi della Sanità e richiedono quindi una revisione. In altre parole, è necessario riorganizzare gli spazi per facilitare l'incontro dei professionisti e lo scambio delle esperienze, influenzando positivamente sul risultato dell'atto medico.

Per questo l'esperienza scaligera potrà essere considerata un prototipo, un modello, un faro».

A sottolineare l'importanza e l'unicità del progetto è stato anche l'allora sottosegretario alla Salute Maria Elisabetta Alberti Casellati: «Il Ministero ha deciso di collaborare alla stesura del piano di ristrutturazione poiché questo, nei due anni di lavoro preparatorio, si è connotato come un vero e proprio progetto pilota per l'elaborazione, l'implementazione e la realizzazione di una nuova metodologia di lavoro nel riammodernamento di una grande struttura ospedaliera.

Con l'approccio studiato per l'Azienda di Verona, che identifica un nuovo ruolo anche rispetto al territorio – ha evidenziato la Casellati –, l'ospedale diventa veramente garante dell'intero processo di cura,



*Da sinistra: Barrie Dowdeswell, direttore esecutivo del principale gruppo ospedaliero inglese, e Marinus Verweeij, presidente della rete che controlla le strutture sanitarie olandesi*

con una rinnovata efficienza e una condivisa umanizzazione nei rapporti con il cittadino ammalato». Apprezzamento è stato espresso anche dall'assessore alla Sanità della Regione Veneto Flavio Tosi, secondo cui «non soltanto questo modello di intervento è di valenza nazionale, ma è anche un'applicazione pratica di intervento all'avanguardia nel nostro Paese».

### GLI SCENARI EUROPEI

Con gli interventi di Barrie Dowdeswell, direttore esecutivo del principale gruppo ospedaliero inglese, e di Marinus Verweeij, presidente della rete che controlla le strutture sanitarie olandesi, il convegno si è aperto agli scenari europei. Entrambi i relatori hanno evidenziato come si vada delineando un panorama in cui la Sanità è aperta alle logiche di mercato. «Questo cambiamento ha provocato una frammentazione del sistema britannico – ha affermato Dowdeswell – che in Scozia e in Galles si è strut-

turato secondo un modello regionalistico e in Inghilterra ha visto crescere la competizione. Accanto ad ospedali grandissimi, fuori dalle città e difficili da raggiungere, sono infatti sorte cooperative di medici che hanno creato poliambulatori e catene in *franchising* di servizi sanitari». E se in Inghilterra c'è preoccupazione per questi esercizi commerciali, che non garantiscono standard di qualità clinici, in Olanda l'avversione dei cittadini è tutta per i grandi ospedali.

«La gente preferisce strutture più a misura d'uomo, nelle vicinanze di casa», ha spiegato infatti Verweeij. Chi sembra aver già colto la tendenza è la Scandinavia. In particolare in Svezia il programma di welfare ha portato al ridimensionamento del 30 per cento del notissimo Karolinska Institut, che oggi fa parte di una rete di servizi. Anche dalla sessione internazionale sono perciò giunti spunti e stimoli a sostegno del progetto di ristrutturazione dell'Azienda ospedaliera di Verona.

# SENZA PERDERE TEMPO

di Francesco Calabrò\*

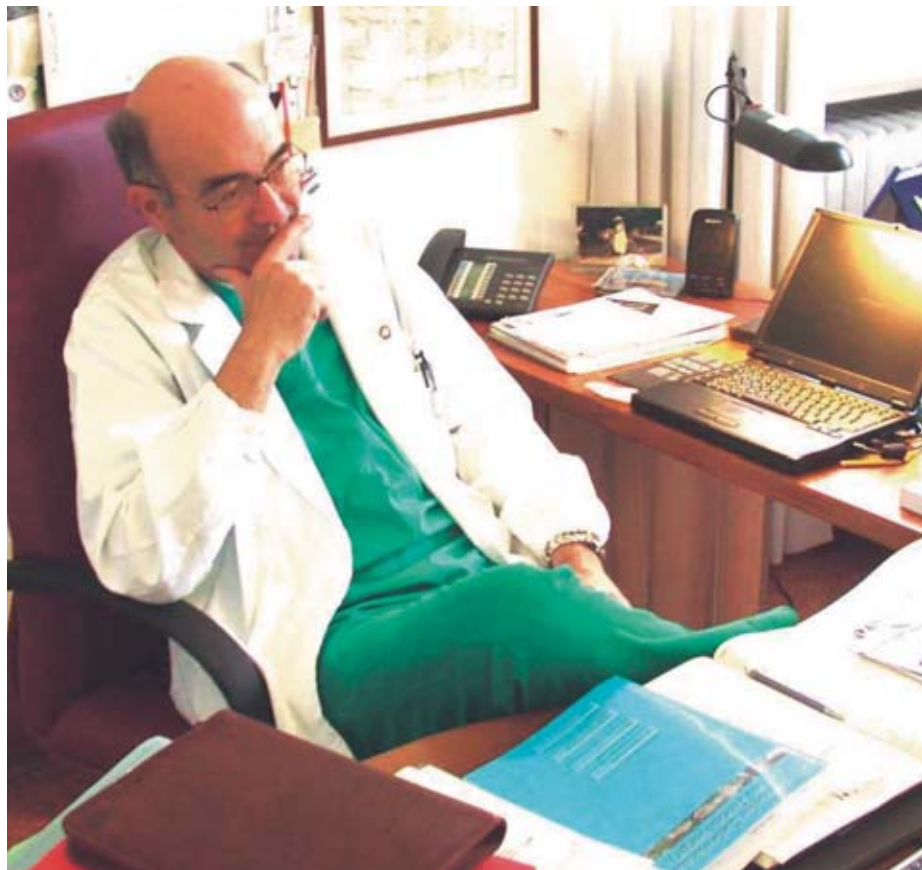
Lo schema del Piano sanitario nazionale 2006-2008 dedica, per la prima volta, uno spazio alle malattie respiratorie.

Nella Regione Veneto tali patologie, sia nelle forme acute (polmoniti, pleuriti, embolie) che croniche, (asma, broncopneumopatie croniche ostruttive, enfisema, insufficienza respiratoria) assumono dimensioni rilevanti nella fascia di età compresa fra i 55 ed i 75 anni, decenni assai numerose in relazione all'aumento dell'età media della popolazione. Nelle medesime decenni d'età è particolarmente rilevante l'incidenza del tumore polmonare che su tutto il territorio nazionale conta 35.000 nuovi casi all'anno e purtroppo 31.000 decessi.

Il 45% esordisce con malattia in fase già metastatica e solamente il 16% presenta quadri clinici iniziali che si possono curare con soluzioni terapeutiche relativamente semplici (solo chirurgia).

È su questo punto che si gioca oggi la problematica di come affrontare nel modo più razionale ed efficace il problema. Infatti, se è vero che c'è accordo universale sul fatto che i casi di tumore polmonare con la migliore possibilità di guarigione sono quelli iniziali asportati radicalmente con la chirurgia, è anche vero che questi casi sono la minoranza e ricevono comunque quasi sempre un trattamento corretto, qualunque sia il percorso che seguono nel loro "viaggio" alla ricerca della cura.

È quindi necessario concentrare gli sforzi tesi al miglioramento sulla maggioranza degli ammalati (oltre l'80%) che non hanno "la fortuna" di una storia naturale della malattia semplice e rapidamente risolta dalla corretta chirurgia. Corre l'obbligo però di chiarire subito un fatto, nel rispetto dell'informazione basata sull'evidenza provata statisticamente:



Francesco Calabrò direttore U. O. di Chirurgia toracica all'Ospedale civile maggiore

parrebbe a questo punto logico stanziare notevoli risorse per sottoporre le fasce di popolazione a rischio maggiore di tumore polmonare (forti fumatori, età 50-70, patologie polmonari croniche) a *screening* di massa, così come avviene con successo per le patologie della mammella, del colon, della prostata e dell'apparato riproduttivo femminile, con l'obiettivo di diagnosticare un maggior numero di malati in fase iniziale.

Ma per il tumore del polmone, gli *screening* compiuti negli Stati Uniti verso la fine degli anni '90 utilizzando prima la TAC e successivamente la PET hanno portato a risultati deludenti, riconosciuti tali, al punto da abbandonare l'idea di sottoporre sistematicamente a *screening* la

popolazione a rischio.

Anche uno studio conclusosi in Italia nel 2002 ha condotto ad analoghi risultati: i malati diagnosticati in fase precoce (*early stage*) sono stati pochissimi (poche decine su migliaia di persone esaminate). Soprattutto non esiste la dimostrazione statistica che la loro prognosi venga cambiata dal fatto di essere stati curati in quel momento rispetto a quando lo sarebbero stati, dopo un riscontro casuale o alla comparsa dei primi sintomi. Sorge il dubbio che la risonanza mediatica intorno allo *screening* possa conferire a questa scelta una valenza quasi esclusivamente "pubblicitaria". Viceversa, il riscontro di un piccolo nodulo polmonare privo di significato patologico che non

richiederebbe di per sé una terapia medica o chirurgica, può costringere un notevole numero di persone sane a ripetuti controlli e ad indagini invasive con notevoli disagi fisici e psicologici ed alla "medicalizzazione" di centinaia di individui con aggravio dei costi sanitari.

Se quindi in ambito specialistico vi è quasi comune consenso sul fatto che quella dello *screening* di massa non sia la strada da seguire per aumentare il numero dei malati curabili, vi è invece accordo sulla possibilità di migliorare la diagnosi e la cura dei tumori del polmone con l'utilizzo appropriato e coordinato delle risorse strumentali ed umane già esistenti (come si dice "ad isorisorse"), aumentando il numero delle diagnosi tempestive e riducendo quello delle diagnosi tardive.

Nella differenza tra diagnosi tempestiva e diagnosi tardiva c'è infatti ancora oggi molto spazio di miglioramento. Purtroppo nella pratica clinica quotidiana lo specialista (chirurgo toracico, pneumologo, oncologo di settore) ha modo di osservare, alla fine del loro peregrinare, malati che hanno "perso del tempo" nella fase preliminare delle indagini radiologiche e cliniche solo perché le scelte diagnostiche non erano finalizzate fin dall'inizio ad un programma terapeutico preciso, malati che a volte hanno girato "a vuoto" nel raggio di poche decine di chilometri.

In altre parole, posto che la patologia oncologica è tra quelle più temute dalla popolazione ed i malati ai quali viene comunicato questo sospetto accettano di buon grado la mobilità per accedere alle migliori cure, il paziente con tumore al polmone è costretto molte volte a muoversi in modo casuale, percorrendo una sorta di corsa a staffetta dalla meta alquanto incerta, ripetendo accertamenti diagnostici a volte incompleti, vagando da un professionista all'altro con un plico sempre più corposo di documenti, fornendo più e più volte le stesse informazioni, ricevendo indicazioni di prognosi e cura contraddittorie, dovendo magari sottostare a lista di attesa che appaiono inspiega-

bili. Gli effetti negativi di questa situazione riguardano non solo la qualità percepita dal paziente (disordine, confusione di ruoli, incertezza), ma anche e soprattutto l'efficacia clinica e l'appropriatezza dei trattamenti. Alcuni recenti studi osservazionali effettuati negli Stati Uniti hanno documentato che i malati di tumore polmonare che vengono seguiti fin dall'esordio da specialisti, dedicati interamente alla cura del tumore polmonare, ricevono una valutazione clinica accelerata, un trattamento più appropriato e con maggiore probabilità vengono sottoposti ad intervento chirurgico curativo.

È in questo contesto e per migliorare l'accessibilità dei malati di tumore polmonare alle cure più appropriate che la Giunta regionale del Veneto ha deciso di affidare alla direzione della U.O. di Chirurgia toracica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona l'incarico per una ricerca sanitaria finalizzata, della durata di due anni, denominata: "Coordinamento delle prestazioni sanitarie in area vasta: verso la rete di oncologia polmonare in Veneto".

Il progetto non è solo di ricerca, ma si configura come intervento organizzativo, volto a introdurre processi organizzativi sperimentali in ambiti territoriali che comprendono più Aziende sanitarie locali o Aziende ospedaliere. Il sistema coordinato fa riferimento alla precisa normativa sugli ambiti territoriali sovrazionali (cosiddette aree vaste), secondo i principi della Deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 3.456 del 5 novembre 2004 "Linee di indirizzo per la costituzione dell'area vasta".

La ricerca ed il progetto organizzativo verranno parallelamente sviluppati, nell'ambito dello stesso incarico anche nell'area feltrina. L'obiettivo è quello di affrontare il tumore del polmone come malattia sistemica fin dal suo inizio. Ogni caso clinico deve essere valutato da parte di unità multidisciplinari (Gruppi interdisciplinari di Oncologia polmonare), uno per ogni area vasta, insediati nelle strutture accreditate per operare con alto livello di specializzazione. Al gruppo

interdisciplinare faranno riferimento i Nuclei di accoglienza dei malati dislocati presso le U.O. oncologiche/mediche/chirurgiche che operano su base locale. Per quanto riguarda la provincia di Verona (area vasta), il gruppo multidisciplinare (GIVOP) è operativo dal 2002. Nel corso del 2005 sono stati seguiti oltre 600 malati e vi è la previsione di superare i 1.000 casi entro la fine del 2006.

L'obiettivo principale che ci si prefigge attiene, in sintesi, alla messa a punto di un modello organizzativo a rete che consenta anche ai malati che si rivolgono al medico di famiglia e poi alle strutture periferiche più vicine alla loro abitazione di usufruire delle competenze specialistiche presenti nell'area o al limite solo della diagnosi presso il centro specialistico multidisciplinare dell'area.

Allo stato attuale, infatti, la strategia per rendere curabile un maggior numero di malati di tumore polmonare si basa su tre punti principali: niente fumo, rendere tutte le diagnosi tempestive e non tardive, proporre le appropriate chemioterapie a chi ne ha bisogno. Le maggiori difficoltà si incontrano proprio nel decidere quando è sicuramente utile, anche nei casi operabili, proporre al malato cure aggiuntive di tipo chemioterapico. Solo numeri elevati di casi confrontabili raccolti in studi controllati consentiranno di dare risposte attendibili.

In ogni modo, con il progetto "Coordinamento delle prestazioni sanitarie in area vasta" si intende perseguire un obiettivo che appare concreto e raggiungibile, anche se di ridotto impatto mediatico.

Non si tratta infatti di annunciare al mondo l'ennesima innovazione farmacologica o chirurgica, piuttosto di intervenire nel concreto per vedere finalmente applicato quell'approccio multidisciplinare che consente di trovare, di volta in volta, la miglior soluzione per quello specifico paziente.

**\*direttore U.O.  
di Chirurgia toracica  
Ospedale civile maggiore**

# Il triage in Pronto soccorso

di Roberto Padrini\*

Negli ultimi venti anni si è assistito, nelle varie realtà italiane di Pronto soccorso, ad un incremento esponenziale del numero di accessi. Ciò ha reso necessaria l'adozione di un sistema di accesso alle visite che non fosse basato sul momento di arrivo o lasciato all'intuito e alla buona volontà del personale, ma sulla possibilità di offrire una risposta adeguata alla gravità della situazione. Nasce così il triage, dal francese "trier" cioè "scegliere": maggiori sono i rischi di salute, minori i tempi di attesa attraverso l'applicazione di codici d'accesso.

La legge italiana prevede che sia un infermiere adeguatamente addestrato ad assegnare i codici, seguendo un protocollo approvato dal Direttore del reparto. Il triage, in effetti, non serve a diminuire i tempi di attesa, ma a ridistribuirli a favore dei pazienti più gravi. Nella realtà veronese, come in molti altri ospedali italiani, è stato adottato un "codice colore":

Rosso: accesso immediato (pericolo di vita)

Giallo: urgenza non differibile (l'attesa sarà la più breve possibile)

Verde: non vi è pericolo immediato, e l'attesa può essere protratta nel tempo; la visita verrà effettuata dopo i codici rossi e gialli.

Bianco: riguarda patologie che potrebbero essere risolte ambulatoriamente, non suscettibili di peggioramento anche in caso di lunga attesa.

Il codice d'ingresso non è statico: se durante l'attesa si verificano delle variazioni delle condizioni del paziente, è possibile rivalutare il caso e, se necessario, aumentare il grado di priorità.

Il triage viene effettuato attraverso tre fasi importanti:

Valutazione al bancone: fondamentalmente visiva e sommaria (eventuale presenza di segni e sintomi tali da costituire una prima fonte di informazione);

## Il "codice colore": un sistema di accesso che stabilisce le precedenze a seconda della gravità delle situazioni

valutazione dei sintomi soggettivi: ciò che il paziente o gli accompagnatori riferiscono;

valutazione dei sintomi oggettivi: ciò che il triagista rileva, in base alla raccolta anamnestica (parziale o completa a seconda dei tempi a disposizione), alla documentazione di accompagnamento del paziente ed ai parametri vitali.

Particolare importanza riveste la documentazione (impegnativa regionale e foglio notizie stilato dal medico curante) che, pur non incidendo sul grado di precedenza, dà una prima indicazione per l'inquadramento del problema; anche il mezzo di arrivo (proprio o ambulanza) non è influente sul codice di ingresso: sarà il sintomo principale, cioè la causa più importante che spinge una persona a chiedere il nostro aiuto, ad essere l'unica guida per il triagista. Spesso i tempi di attesa risultano soggettivamente poco tollerati tanto che, a livello aneddotico, una delle frasi che spesso vengono rivolte al triagista è «c'è tanto da aspettare?», o ancora: «ma io sono grave!»

Non è possibile né corretto rispondere a queste domande, in quanto il codice di riferimento si basa su precisi sintomi (valutazione oggettiva) e non su di un soggettivo stato d'animo: inoltre, normali situazioni di routine possono venire improvvisamente modificate dal verificarsi di eventi (incidenti con più feriti, maxiemergenze...) che "stravolgono"



senza preavviso i tempi di attesa.

Chi si reca in pronto soccorso, quindi, dovrebbe prendere atto che se sta aspettando è perché probabilmente c'è qualcuno che sta peggio di lui, e se qualcuno passa prima è perché ne ha bisogno.

Il Pronto soccorso dovrebbe essere "solamente" l'ultimo anello di una catena dell'urgenza/emergenza che passa giocoforza attraverso il medico di base, il Servizio di continuità assistenziale, i distretti sanitari ed i poliambulatori. Un corretto funzionamento di questa catena renderebbe al Pronto soccorso e di conseguenza all'Ospedale, la sua vera funzione: rispondere alla missione di fornire prestazioni altrimenti non usufruibili sul territorio.

Per attuare ciò sarebbe necessaria una politica di maggiore informazione sul corretto utilizzo delle varie opportunità che la Sanità veneta offre ai propri cittadini: nessun paziente verrà "cacciato" senza essere comunque visitato dal Pronto soccorso, ma il messaggio che il cittadino dovrebbe recepire è che l'ospedale deve dare la precedenza a chi effettivamente è in condizioni tali da richiedere prestazioni che solo l'ospedale può fornire, senza guardare all'età, al colore della pelle, al censo o a quant'altro possa generare malintesi o discriminazioni.

**\*Infermiere professionale  
del Pronto soccorso  
O.C.M. Borgo Trento**

Undici nuove stanze completamente ristrutturate per i pazienti dell'Unità operativa di Ematologia

**S**olidarietà

17

# IL "MIRACOLO" DELL'AIL

Un grande slancio di solidarietà ha donato un luogo di cura confortevole e tecnologicamente all'avanguardia ai pazienti ricoverati nell'Unità operativa di Ematologia dell'ospedale Policlinico di Borgo Roma.

Undici nuove stanze, completamente ristrutturate, come tutta l'area di degenza, sono state inaugurate il 27 marzo con una cerimonia. Durante la quale il direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Valerio Alberti ed il professor Giovanni Pizzolo, direttore di Ematologia, hanno ringraziato la sezione veronese dell'Associazione italiana contro le leucemie artefice del "miracolo": la raccolta di oltre un milione e 39mila euro, una somma raggiunta con il contributo di enti, istituzioni, aziende, associazioni e privati cittadini.

Il professor Giovanni Pizzolo dirige dal 2000 un gruppo di 87 persone – medici, infermieri, biologi, tecnici, personale di segreteria –, in grado di rispondere a tutte le moderne esigenze diagnostiche e assistenziali. Una squadra così numerosa e una tipologia assistenziale così articolata si spiegano con una richiesta di diagnosi e cure per le malattie ematologiche, soprattutto per i tumori del sangue, in costante aumento anche per la crescente attrazione di pazienti da altre regioni (35% nel 2005).

Gli attuali risultati nel trattamento di leucemie e linfomi, impensabili fino a solo pochi anni fa, si concretizzano a Verona in punte di guarigione comprese tra il 40 e l'80% in alcune patologie.

Era evidente l'emozione del presidente di Ail Verona Daniel Lovato e vivissima è stata la partecipazione di quanti hanno gremito l'Aula Magna del Policlinico, dove anche il presidente della Provincia, Elio Mosele, il rettore dell'università, Alessandro Mazzucco, e don Roberto Vesentini in rappresentanza del Vescovo padre Flavio Roberto Carraro hanno avuto



*Il presidente Ail Daniel Lovato (al centro) con le autorità all'inaugurazione. Sotto, gli studenti che hanno realizzato i pannelli artistici del reparto di Ematologia*

parole di particolare apprezzamento per la nuova realizzazione e per i valori che l'hanno ispirata.

«Ematologia è struttura di riferimento di prestigio nazionale per un settore di grandissimo rilievo – ha sottolineato il dottor Alberti –. Ha iniziato la sua storia con la guida di un gran-

de fondatore: il professor Giuseppe Perona che ricordiamo con profonda stima ed affetto. L'inaugurazione odierna è un nuovo tassello del vasto progetto di rilancio strutturale e di riordino funzionale del Policlinico con un finanziamento di 75 milioni di euro, al quale stiamo lavorando».



**Il nuovo reparto di degenza**

Il progetto è stato offerto dagli architetti Luigi Calcagni, Maurizio Zerbato e dall'ingegner Adele Costantino e ha previsto una riorganizzazione del reparto volta ad una maggiore considerazione delle esigenze delle persone malate.

L'inaugurazione del nuovo reparto ha completato un percorso iniziato oltre quattro anni fa. Ail di Verona si era allora impegnata a mettere a disposizione il proprio entusiasmo per raccogliere le risorse necessarie a realizzare, in sintonia e con l'aiuto dell'Azienda ospedaliera e delle sue migliori professionalità, una struttura assistenziale ematologica adeguata alle tipologie di trattamento indispensabili oggi per curare i pazienti nel rispetto più grande della persona malata.

Per ogni tipologia di spazi è stata individuata la soluzione distributiva che meglio coniugasse il benessere dell'utente con l'adeguamento degli impianti alle soluzioni tecnologiche più avanzate ed alle esigenze gestionali.

La direzione lavori è stata affidata al Servizio tecnico dell'Azienda ospedaliero-universitaria. La realizzazione è stata suddivisa in due stralci. Il primo, completato, riguarda la ristrutturazione delle degenze, il secondo l'area didattica e del day-

**LE RISORSE DELL'EMATOLOGIA VERONESE**

**Reparto di Degenza:** diciotto posti letto per ospitare circa 250 pazienti per anno che restano mediamente degenti per circa venti giorni;

**Centro Trapianti "Giuseppe Perona":** struttura inaugurata nel 2001, tra le più moderne in Europa con sette posti letto, sotto la responsabilità del dottor Fabio Benedetti, esegue circa settanta procedure trapiantologiche per 230 ricoveri per anno; i pazienti restano mediamente ricoverati per circa dieci giorni;

**Day Hospital:** attualmente ubicato al piano terra del Policlinico ove condivide con l'Ambulatorio ematologico ampi e rinnovati spazi; vi

accedono circa venticinque pazienti al giorno, per un totale di 6.300 accessi nel 2005;

**Ambulatori per esterni:** cinque ambulatori, di cui uno dedicato alle chemioterapie, con circa quarantacinque accessi al giorno; 9.000 visite per un totale di 13.200 prestazioni nel 2005;

**Assistenza domiciliare:** funzionante dal 1999 e in progressivo sviluppo, interamente sostenuta da Ail-Verona, è rivolta soprattutto al supporto trasfusionale di pazienti con patologie croniche con problemi di spostamento nella struttura ospedaliera; si eseguono due interventi al giorno.

hospital in fase di completamento con un contributo di 480mila euro della Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona. Nell'area degenze sono state realizzate undici stanze tutte dotate di servizi: sette sono a due letti e quattro singole per un totale di diciotto posti letto.

Particolare attenzione è stata riservata al problema del ricambio e filtraggio dell'aria. Stanze con sistema di areazione isolato a pressione diversi-

ficata da quella degli ambienti circostanti proteggono il paziente da agenti infettivi trasmissibili per via aerea. All'ingresso del reparto una zona filtro nella quale quanti accedono all'area devono indossare indumenti puliti. Ogni posto letto è dotato di travi testaleto predisposte anche per l'effettuazione di esami diagnostici. Un sistema di monitoraggio consente agli infermieri di controllare costantemente le condizioni dei pazienti più gravi.

**L'ARTE AIUTA A GUARIRE**

La festosa inaugurazione delle nuove stanze di degenza donate dall'Ail, Associazione italiana contro le leucemie, è stata seguita, non molte settimane dopo, da un altro significativo evento frutto della solidarietà.

L'arte aiuta a guarire. Questo il messaggio del dono che un gruppo di studenti dell'Istituto d'Istruzione delle Arti di Trento ha consegnato il 28 aprile al reparto di Ematologia. Gli studenti hanno realizzato dei suggestivi pannelli decorativi, scegliendo come soggetto le "piante impossibili", quelle che riescono a crescere anche nei luoghi più

inusuali, come una fessura fra due mattoni o fra le tegole di un tetto. La loro forza vitale è tale da farle sopravvivere a qualsiasi condizione. Raffigurandole in pannelli ricchi di colore che sono stati affissi negli spazi comuni del reparto, gli studenti hanno voluto realizzare quelli che hanno definito "paesaggi balsamici per gli occhi e per il cuore". È stato un gesto affettuoso per augurare ai pazienti di riuscire ad attivare le energie necessarie a far fronte alla malattia e a ritrovare la salute. La realizzazione ha impegnato per due interi anni scolastici le classi 4<sup>a</sup>

E e 5<sup>a</sup> A e gli insegnanti Antonia Caputo, Luana Baldo, Cinzia Merchiori e Paolo Tartarotti. Il progetto è stato coordinato dalla professoressa Loretta Viscuso e i materiali pittorici sono stati offerti dalla sezione di Verona dell'Ail. L'Istituto d'Arte di Trento è una scuola formativa con una solida tradizione culturale ed artistica. Le opere realizzate con pregevole fattura dagli studenti per i malati veronesi esprimono una profonda sensibilità mediata attraverso la creazione artistica.

# TEVA

*principi in cui credere*



## Esperienza, qualità, innovazione per la salute

Esperienza, qualità, innovazione: sono i principi in cui Teva ha sempre creduto e su cui ha fondato il proprio impegno nell'area della salute.

Valori importanti, che fanno oggi di Teva la prima azienda al mondo e in Italia nel settore dei medicinali equivalenti, con un impegno globale che va dalla

produzione di principi attivi alla ricerca e sviluppo di farmaci innovativi in aree terapeutiche specialistiche (quali neurologia e immunologia).

Esperienza, qualità e innovazione a stretto contatto: la formula giusta per sviluppare principi attivi e farmaci in cui davvero credere.

[www.tevaitalia.it](http://www.tevaitalia.it)

# IL FILTRO DELLA SALUTE

Che il fegato fosse qualcosa di eccezionale, forse lo avevano già intuito gli antichi greci. Nel mito di Prometeo, infatti, si racconta che il malcapitato, punito per aver rubato a Zeus il fuoco per darlo agli uomini, era stato legato ad una roccia affinché un'aquila potesse mangiargli il fegato. La punizione era ancora più atroce in quanto l'organo continuava a riformarsi, senza esaurirsi mai.

La capacità rigenerativa del fegato non è la sola caratteristica straordinaria di questo organo che appartiene all'apparato digerente. Esso è un grande filtro (è l'organo più esteso del corpo umano) in grado di svolgere i più importanti processi metabolici e plastici del nostro organismo. Produce la bile, concorre a mantenere costante la glicemia, sintetizza il colesterolo, ha funzione antitossica, partecipa alla coagulazione del sangue... E soprattutto è molto resistente tanto da sopportare tutti gli insulti recati dai nostri abusi alimentari. Ma quando si ammala, si ammala seriamente e le malattie epatiche costituiscono circa il 50% dell'attività delle Gastroenterologie italiane. Dal primo settembre dell'anno scorso è stata avviata presso l'Unità operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'ospedale maggiore di Borgo Trento, diretta dal dottor Arrigo Battocchia, la struttura semplice organizzativa di Epatologia e sviluppo del trapianto del fegato, il cui responsabile è il dottor Luciano Biti. Essa si occupa dell'attività connessa ai problemi ed alla gestione dei pazienti epatopatici e quindi anche dei peculiari aspetti legati alle patologie epatiche terminali per le quali l'unica via d'uscita potrebbe essere il trapianto di fegato.

«In altre parole – spiega il dottor Biti – valutiamo se il paziente può essere inserito nella lista per il trapianto in base ad un protocollo stabilito dal Nit (Nord italian transplant). Si prende in carico il paziente, in regime

## LE NEOPLASIE EPATICHE

**Cirrosi ed epatocarcinoma:** un'associazione che si verifica, purtroppo, di frequente. La cirrosi epatica è una malattia causata dall'abuso di alcol o dal virus dell'epatite B e C. Dentro le cellule del fegato si sviluppa un'infezione, che trasforma il tessuto connettivale dell'organo, rendendo difficile la circolazione del sangue e le normali funzioni epatiche.

«Di cirrosi non si guarisce – spiega il professor Claudio Cordiano, direttore della prima Chirurgia clinicizzata e responsabile del Centro trapianti del fegato –. Si può controllarla, ma le conseguenze sulla qualità e quantità di vita sono notevoli».

Spesso dalla cirrosi si sviluppa l'epatocarcinoma. «Accade in particolare per le cirrosi provocate dalle epatiti croniche – continua il chirurgo, che è anche direttore del Centro trapianti renali –. Infatti a causa del virus il genoma delle cellule viene modificato dando vita a dei noduli maligni».

Se una diagnosi di questo tipo fino a pochi anni fa poteva significare per il paziente una breve aspettativa di vita, ora le possibilità terapeutiche danno dei notevoli successi: in Italia la percentuale di guarigione da epatocarcinoma da epatite cronica raggiunge in alcuni casi anche il 75%, come è emerso al Congresso nazionale di epatologia che si è tenuto lo scorso 8 e 9 maggio alla Gran Guardia.

«Se i noduli sono piccoli, si può procedere con il trapianto: una soluzione che favorisce una percentuale di sopravvivenza superiore alla semplice esportazione chirurgica del tumore». L'esportazione è indicata, invece, per le neoplasie di grandi dimensioni. «Si può procedere anche con la



*Claudio Cordiano, direttore della prima Chirurgia clinicizzata e responsabile del Centro trapianti del fegato*

termoablazione – precisa il professor Cordiano –. Senza nessuna incisione al paziente viene inserito, attraverso la pelle, un ago che va a centrare direttamente il tumore. Questo ago è collegato ad una macchina che produce calore, il quale ha la capacità di distruggere il nodulo». Infine se il paziente non può essere operato vengono somministrati direttamente in loco dei chemioterapici.

Ma l'epatocarcinoma non è la sola neoplasia che colpisce il fegato.

«Meno frequenti sono i colangiocarcinomi – conclude Cordiano –, cioè il tumore della colecisti. Invece sono sempre più frequenti i tumori secondari del fegato, cioè provocati da neoplasie primarie in altri organi. Anche qui si può procedere chirurgicamente. Quindi il mio invito a chi è stato colpito da tumore al colon o allo stomaco o al pancreas... di non abbassare mai la guardia. Di tenersi sempre controllati, perché se la neoplasia del fegato viene diagnosticata precocemente si hanno buone probabilità di successo».

## LE EPATITI B E C FANNO MENO PAURA

La struttura diretta dal dottor Biti non si occupa solo di trapianti di fegato, ma di tutte le malattie che colpiscono questo importante organo. «L'Unità operativa di Gastroenterologia e di Endoscopia digestiva ha raggiunto grazie alla dedizione e allo studio del professor Arrigo Battocchia, direttore della Divisione, una conoscenza tale sulle malattie epatiche che ben si colloca tra le maggiori d'Italia», sottolinea il dottor Biti.

Ogni anno l'Unità operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'ospedale maggiore accoglie tra reparto, day hospital e ambulatori circa 2.500 pazienti, di cui la metà sono malati epatopatici. «Il nostro è un polo di riferimento per la diagnosi e la cura delle epatiti croniche di tipo B e C, virus trasmissibili per via parenterale».

La struttura dispone di un servizio di ecografia addominale dove vengono eseguite biopsie epatiche ecoassiste. «Tramite questo esame – spiega Biti – siamo in grado di graduare il danno epatico effettivo e di stabilire se è necessario intervenire con la terapia o con altre metodiche». La terapia può durare da sei mesi ad un anno, poi il paziente viene sottoposto a controlli periodici semestrali presso le strutture diurne divisionali; nelle situazioni più complicate, la cirrosi o l'epatocarcinoma si arriva a fare le valutazioni per il trapianto.

«Le terapie antivirali possono avere effetti collaterali importanti – continua –, per questo vengono somministrate in day hospital. Tut-



Luciano Biti, responsabile della struttura semplice e organizzativa di Epatologia e sviluppo del trapianto del fegato

tavia oggi a differenza di pochi anni fa le possibilità terapeutiche per la epatiti croniche virali sono rilevanti e danno buoni risultati.

La percentuale di guarigione è passata dal 20% al 65-70%, anche se l'aspetto terapeutico è molto complesso e richiede monitoraggi attenti e rapidi ed eventuali variazioni terapeutiche o sospensioni che possono essere eseguite solo in un centro molto preparato e attrezzato».

Per l'epatite da virus B esiste un vaccino preventivo, mentre per la C è ancora in fase di studio. Il problema è molto complesso per la variabilità genotipica di questo virus. «Purtroppo una buona percentuale dei pazienti che afferiscono al nostro centro è affetta da epatite C. Molti non sanno di

essere ammalati e quindi, a lungo termine, possono ritrovarsi addosso tutte le complicanze che porta loro la storia naturale della malattia nella sua evoluzione – conclude il dottor Biti –. Sono spesso persone non più giovanissime, a cui era stata rilevata una banale alterazione della transaminasi, poi non più approfondita. Oggi questo succede più raramente perché c'è più cultura su questo argomento e disponiamo di esami di laboratorio in grado di mettere in luce subito il problema».

*(Struttura semplice e organizzativa di Epatologia e sviluppo del trapianto di fegato - ospedale civile maggiore. Per visite ambulatoriali dal lunedì al venerdì su prenotazione allo 045.8072489)*

diurno o in ricovero in corsia a seconda delle condizioni cliniche nelle quali versa, e si sottopone a una serie di valutazioni, accertamenti, vaccinazioni e bonifiche con l'obiettivo di portarlo nelle migliori condizioni possibili in lista per il trapianto, quindi curandolo e nutrendolo al meglio. Se l'obiettivo è quello di

salvargli la vita con il trapianto di fegato, deve anche essere escluso che il paziente non abbia controindicazioni al trapianto che potrebbero vanificarne l'esito, ma soprattutto consentire di destinare un organo, vista la carenza che c'è, ad un paziente che non può avere aspettative. Bisogna cioè escludere qualsiasi

patologia che possa compromettere sia il buon esito dell'intervento che la sopravvivenza a medio e lungo termine».

Una volta effettuati gli accertamenti un'équipe interdisciplinare formata da gastroenterologi (oltre dal dottor Biti, anche dal dottor Angelo Tonon e dal dottor Nicola Passigato) e dagli

epatocirurghi della prima Chirurgia clinicizzata, diretta dal professor Claudio Cordiano, dove è allocata la vera e propria sede operatoria del Centro trapianti di fegato, ed altri specialisti dell'équipe multidisciplinare (infettivologi, psicologi, internisti, radiologi, patologi, anestesisti-rianimatori ecc...) decide l'inserimento in lista d'attesa del paziente. «Il percorso è lungo e complesso – continua il medico – anche perché si tratta di persone gravemente malate».

Il trapianto, infatti, rappresenta per questi pazienti l'unica speranza terapeutica. Secondo dati europei, che si riflettono a livello nazionale e locale, il 59% dei trapianti viene effettuato per cirrosi grave scompensata causa-

ta da alcol o virus (epatite B e C); l'11% per patologie neoplastiche; 11% da malattie colestatiche, come la cirrosi biliare primitiva o la colangite sclerosante; 9% epatiti acute. «Rispetto a vent'anni fa – prosegue Biti – le indicazioni per il trapianto si sono notevolmente allargate. Dagli anni Novanta, per esempio, possono accedere all'intervento anche i pazienti colpiti da epatite C complicata in cirrosi o epatocarcinoma. All'ampliamento delle indicazioni però corrisponde la diminuzione degli organi disponibili e quindi l'allungamento della lista d'attesa».

Anche per questo motivo la società scientifica internazionale ha escluso dalla candidabilità al trapianto (controindicazioni assolute) i pazienti

colpiti da malattia epatica grave con interessamento di altri organi tale da ridurre marcatamente la probabilità di sopravvivere all'intervento; le persone affette da Aids, da neoplasie non epatobiliari, da cardiopatie e pneumopatie severe e colangiocarcinoma.

Sono considerate controindicazioni relative invece l'età superiore ai 65 anni (anche se in base alla valutazione complessiva di buona salute del paziente il Nit ha concesso deroghe fino a 67 anni), gravi disturbi psichiatrici, trombosi dell'asse spleno-mesenterico-portale e l'ipertensione polmonare. Sono infine controindicazioni temporanee infezioni esterne al sistema epato-biliare e l'alcolismo o la tossicodipendenza in atto.

## Un trapianto d'alta chirurgia

Il trapianto di fegato è un intervento molto complesso, che richiede al chirurgo grandissima perizia. È opinione comune che sia il cuore a richiedere le maggiori attenzioni, probabilmente perché è ritenuto l'organo "nobile" per eccellenza. È invece proprio il fegato, per la sua conformazione anatomica, ad esigere più sofisticate tecniche operatorie.

Parola del professor Claudio Cordiano, direttore della prima Chirurgia clinicizzata dell'ospedale maggiore di Borgo Trento. È stato proprio lui a volere che a Verona si creasse un Centro per i trapianti epatici. Gli interventi sono iniziati nel dicembre del 2002: ora siamo a quota 59, di cui il 14% effettuati utilizzando un solo organo per due pazienti (tecnica definita "Split"). Il 30% dei trapiantati proviene da fuori regione, mentre dieci persone sono attualmente in lista di attesa.

«Il trapianto è sempre un atto chirurgico delicatissimo, qualsiasi sia l'organo interessato – precisa Cordiano –. Ma quello epatico lo è in particolare, in quanto il fegato presenta un'enorme quantità di vasi, anche piccolissimi, che devono essere collegati». La tecnica sviluppata a Verona è tra le più avanzate, visto i risultati rac-



Matteo Donataccio, responsabile dell'équipe trapianti di fegato

colti. Il Centro dell'Azienda ospedaliero-universitaria presenta la percentuale più alta di sopravvivenza di organo e paziente in Italia ad un anno dal trapianto: il 95,2%.

«I nostri interventi dal punto di vista tecnico non hanno mai dato problemi – racconta il responsabile dell'équipe trapianti, il dottor Matteo Donataccio –. Un paziente su quattro non riceve sangue in sede operato-

ria, mentre la media delle trasfusioni è di appena quattro unità. Anche la durata dell'intervento ha raggiunto livelli record, la maggior parte dei trapianti termina dopo sei ore». Questo permette al paziente di respirare senza l'aiuto della macchina a sei ore dall'intervento. «Il "segreto" – sottolinea il medico – è tutto nella perfetta collaborazione tra anestesista e chirurgo».

Ma la conta dei risultati prestigiosi non finisce qui: «Poco dopo che il paziente si è svegliato gli offro la prova concreta che per lui è iniziata la strada verso la guarigione: un caffè con tanto di foto da far vedere ai parenti. La prima sera dopo il trapianto, che di solito si svolge la notte precedente, i pazienti possono già mangiare. In media, dopo quattordici giorni, se ne tornano a casa e dopo circa sei mesi ad una normale attività quotidiana».

Ma la buona riuscita del trapianto non dipende solo dall'intervento. Al fine di evitare il rigetto inizia per il paziente la terapia immunosoppressiva, cioè tramite dei farmaci vengono abbassate le difese immunitarie dell'organismo affinché non aggrediscano il nuovo organo. «A differenza di altri Centri (sono 21 in tutta Italia

*ndr*) – illustra Donataccio –, applichiamo un livello immunosoppressivo medio-basso. Questo ha un vantaggio: permette di tener lontano le infezioni, pericolosissime per il paziente immunodepresso. Dall'altro lato, però, potrebbe favorire il rigetto. L'unica strada per evitare che ciò accada è sottoporre il paziente a controlli molto ravvicinati».

Ma non solo. «Sulla lettera di dimissioni il trapiantato trova il mio numero di cellulare che è acceso 24 ore su 24. Il paziente deve telefonarmi ogni qualvolta sorgono dei problemi: da un banale raffreddore ad un'infezione urinaria. Devo essere in grado di comunicargli l'eventuale terapia in tempi molto stretti, perché una normale infezione urinaria potrebbe trasformarsi in una sepsi diffusa. Questo metodo operativo ha fatto registrare al nostro Centro un'incidenza d'infezioni di un terzo rispetto ad altre realtà».

Un impegno che non conosce vacanze quello del dottor Donataccio. «È un lavoro molto duro e che richiede anche una certa resistenza fisica, in quanto spesso l'équipe che effettua il trapianto è la stessa che segue il prelievo anche fuori città. Quindi – afferma – le ore da affrontare in sala operatoria sono molte, quasi sempre di notte magari dopo aver avuto un'intera giornata alle spalle di normale attività operatoria nella Clinica



chirurgica dove io e miei due principali collaboratori (il dottor Gerardo Mangiante e il dottor Giorgio Dalle Ore *ndr*) siamo strutturati».

Ma cosa spinge un chirurgo ad intraprendere questa attività? Donataccio guarda la fila di cartelle che sovrastano la sua scrivania: ognuna porta il nome di un trapiantato. «Queste sono

persone che non avevano nessuna possibilità. Alcune di loro erano in coma. Le ho viste in pochi giorni rinascere e ritornare a ciò che erano prima di ammalarsi. È sorprendente. E poi – conclude il medico – vedesse quanta poesia c'è in un fegato, una volta trapiantato, che inizia a ricevere sangue».

## UNA TAVOLA ROTONDA PER RACCONTARE LA VITA E L'IMPEGNO QUOTIDIANO DEI MALATI ONCOLOGICI

In occasione della prima Giornata nazionale del malato oncologico, il 5 giugno, l'Azienda ospedaliero-universitaria e la Società italiana di Psico-Oncologia hanno voluto dare testimonianza dell'impegno a favore di un approccio multidisciplinare nella cura e nell'assistenza ai malati ed alle famiglie con una tavola rotonda che si è svolta al Centro "Marani".

L'obiettivo dell'iniziativa è stato quello di celebrare la vita e lo sforzo quotidiano dei malati e dei loro

familiari. In Italia oltre un milione e mezzo di persone convivono con la malattia affrontando le cure, o l'hanno già superata ritrovando la salute. All'incontro hanno partecipato l'oncologo Michele Pavarana (Oncologia medica), l'infermiera Paola Perlato (Radioterapia), la psicologa dell'Abeo Patrizia Barboncini (Oncoematologia pediatrica), il cappellano ospedaliero padre Marco Causarano, l'assistente sociale Laura Lucchini e la psicologa-psicoterapeuta Luisa

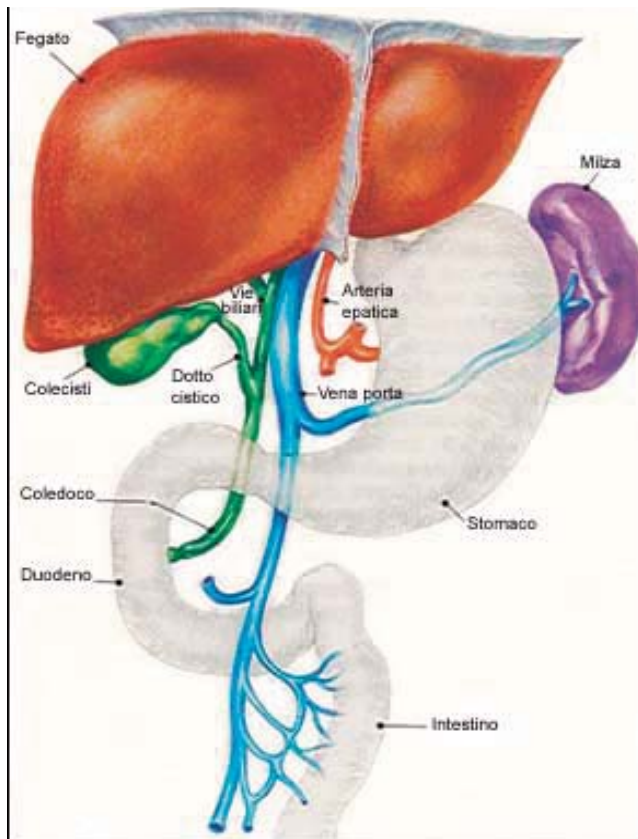
Nadalini (Psicologia oncologia della Radioterapia e membro del direttivo della Società italiana di Psico-oncologia) che ha organizzato e coordinato l'incontro. Malati e familiari hanno partecipato attivamente, dando testimonianza del loro modo di vivere la malattia, le cure e la ripresa di progetti di vita. L'incontro è stato anche l'occasione per ringraziare le Associazioni di volontariato e le Istituzioni che contribuiscono generosamente alle attività assistenziali a favore dei pazienti.

# Il primo caffè di una nuova vita

Quel caffè non me lo scorderò mai. Un sapore del tutto diverso dai caffè, che avevo bevuto prima, magari accompagnandoli con una sigaretta e un bicchierino, uno dei tanti che mi hanno portato al Centro trapianti di fegato dell'Azienda ospedaliera di Verona e a conoscere Matteo Donataccio. Quel dottore che nei mesi prima mi aveva promesso un caffè appena svegliato dall'anestesia, dopo avermi levato quel maledetto tubo dalla gola. Io ero un po' scettico, ma ho dovuto ricredermi. Il caffè di una nuova vita. Mi chiamo Enrico e ho 58 anni. La mia vicenda inizia nel 2002, in occasione di un banale intervento vascolare alle gambe all'ospedale Sacro Cuore di Negrar. Cosa che non è mai avvenuta, perché gli esami del sangue avevano rilevato valori molto bassi alla voce piastrine, quindi un alto rischio di emorragia in caso d'intervento. I medici mi consigliarono di sottopormi ad un'ecografia epatica e poi ad una visita in Gastroenterologia.

La "sentenza" fu come una mazzata: cirrosi epatica di origine etilica con dei noduli sul fegato. Non me l'aspettavo: il vino, i superalcolici mi sono sempre piaciuti. La mia parte, lo ammetto, l'ho bevuta, ma non mi sono mai sentito dipendente dalla bottiglia, un alcolista insomma, come coloro che ho conosciuto frequentando in questi mesi l'Acat (Associazione club alcolisti in trattamento). Infatti appena i medici mi hanno detto di smettere non ho più assaggiato una goccia d'alcol. Ma il mio fegato era gravemente ammalato, quindi avevo esagerato.

In un primo momento i medici tentarono di eliminare i noduli spruzzandovi direttamente, attraverso un'angiografia, dei farmaci chemioterapici. Ma poiché il trattamento aveva dato risultati solo parziali, decisero di sottopormi ad un ciclo di alcolizzazioni. I successivi controlli, però, rilevarono un altro nodulo. Viste le mie condizioni, e soprattutto la mia "giovane età", mi fu prospettato il trapianto. Dovevo decidere. Sono quelle scelte, che scelte non sono, perché ti mettono di fronte alla possibilità di esse-



re ammalato per il resto dei tuoi giorni oppure guarire, ma passando attraverso qualcosa che si chiama trapianto, un termine con cui non avrei mai pensato di imbattermi e che evocava nella mia mente scenari da fantascienza. Ho risposto sì con tutti i dubbi e le paure del mondo e ho iniziato l'iter per essere inserito in lista di attesa.

Al "Sacro Cuore" mi sottoposero ad ogni sorta di esami, rivoltandomi come un calzino per verificare che non ci fosse nessuna patologia in atto che avrebbe compromesso l'esito dell'intervento. Poi approdai al Centro trapianti del fegato dell'ospedale di Borgo Trento, dove trovai altri accertamenti da fare. Tra i tanti anche dei test psicologici. Un po' curioso, devo ammetterlo ("Non ha mai desiderato di uccidere sua moglie?") ma, mi spiegarono, necessari per verificare se il paziente è in grado di affrontare un intervento non privo di risvolti psicologici e di gestire la terapia immunosoppressiva. Sono stato messo al corrente con estrema chiarezza di tutti i rischi

dell'intervento e delle complicanze che sarebbero potute insorgere. Se uno ci si pensa troppo sopra rischia di salutare e scappare a gambe levate. Ma poi interviene la statistica – il Centro scaligero ha una percentuale di successi del 95,2% – e le persone a rincuorarsi. Dal dottor Donataccio ai suoi colleghi di équipe agli infermieri: approfitto di questo spazio per ringraziare tutti per la loro professionalità e grande umanità.

Sono stato inserito in lista di attesa nel gennaio del 2005 ed è iniziata una vita in simbiosi con il cellulare in attesa della chiamata.

A fine settembre la prima telefonata: un falso allarme che si è risolto in pochi minuti. A gennaio la seconda: quella sera sono stato preparato per l'intervento, ma l'organo, una volta visto dai chirurghi, non era idoneo al trapianto. La chiamata, quella buona, è arrivata nel pomeriggio del 17 febbraio; all'una del 18 febbraio sono entrato in sala operatoria per uscirne alle 8 con un fegato nuovo. Sei ore dopo mi sono svegliato con l'offerta del mitico caffè. Otto giorni dopo sono tornato a casa.

Oggi sto bene. Devo seguire la terapia immunosoppressiva e sottopormi ai periodici controlli. A volte mi domando se è vero che ho subito un intervento simile visto che non ho avuto nessun dolore e la ripresa è stata così rapida. Spero che questa testimonianza serva a tranquillizzare coloro che dovranno percorrere la mia stessa strada. E soprattutto coloro che danno troppa confidenza alla bottiglia, come ho fatto io per tanti anni.

**Enrico**

Prima di intraprendere una disciplina sportiva è sempre meglio sottoporsi a un controllo medico

**T**raumatologia

25

# SPORT E BENESSERE



Gian Maria Giulini, direttore del Servizio di traumatologia e medicina dello Sport dell'ospedale di Borgo Trento

Lo sport fa male. Non gioiscano coloro che appartengono alla famiglia dei bradiipi, e che hanno sempre guardato con sospetto chi ama sudare e fare fatica senza essere pagati o addirittura pagando. La verità è un'altra. Lo sport fa male, quando è praticato senza rispettare le più elementari regole. Altrimenti, come da tradizione, movimento è uguale a salute.

Gli sportivi "sconsiderati" spuntano come funghi non appena la primavera fa capolino. Colpa dell'aria tiepida e delle giornate più lunghe che invitano a scrollarsi di dosso i torpori dell'inverno. Colpa anche della famigerata prova costume: conto alla rovescia per le vacanze estive e in spiaggia i chili di troppo non sono proprio uno spettacolo. E allora, sotto con jogging, tennis, bicicletta... Con il risultato che

il giorno dopo i muscoli, anche quelli che non si credeva di avere, gridano per il dolore e la voglia di ripetere l'esperienza scende al minimo storico. A volte, però, le conseguenze sono ben peggiori con danni all'apparato muscolo-scheletrico e problemi a quello cardiocircolatorio.

Gli sportivi "stagionali" sono pazienti abituali del Servizio di traumatologia e medicina dello Sport dell'ospedale di Borgo Trento, diretto dal dottor Gian Maria Giulini. «Praticare dello sport è molto importante – sottolinea il responsabile del Servizio, che fa parte dell'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia diretta da Massimo Marcer – ma l'esercizio fisico deve essere calibrato in base all'età e allo stato di salute. E soprattutto deve essere graduale: se ci regalano la

## UN AMBULATORIO PER GLI "SPORTIVI DEL FINE SETTIMANA"

Il fine settimana, giornate di riposo dalle fatiche settimanali ma anche tempo libero da dedicare allo sport. Durante il sabato e la domenica si svolgono i campionati minori di tutte le discipline sportive e chi ama fare del movimento si cimenta nell'attività fisica preferita.

Un'abitudine che comporta tanti vantaggi dal punto di vista della salute, ma qualche volta anche degli spiacevoli inconvenienti, quali gli infortuni.

Proprio per venire incontro agli "sportivi del fine settimana", il Servizio di traumatologia e medicina dello Sport dell'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia diretta da Massimo Marcer ha creato un ambulatorio *ad hoc*. Un'iniziativa che riprende quella realizzata alla fine degli anni Ottanta dal dottor Giuseppe Costa, la quale con il tempo ha ridotto progressivamente la sua attività fino ad interrompersi.

L'ambulatorio consente a chi si procura qualche acciaccio durante il



*weekend* di telefonare il lunedì mattina dalle 8.30 alle 12.30 al seguente numero: 045.8072699. Alla visita si accede, con l'impegnativa del medico, già nel pomeriggio dalle 15 alle 17.

«Vorrei precisare – sottolinea Gian Maria Giulini, responsabile del Servizio – che l'ambulatorio non è dedicato solo a coloro che si fanno male il sabato o la domenica, ma è aperto sempre. È un punto di riferimento per tutte le

persone che praticano sport sia a livello agonistico sia come semplici amatori ogni giorno della settimana».

Ma una visita in tempi rapidissimi non è il solo vantaggio del nuovo ambulatorio: se servono degli accertamenti diagnostici, il paziente entra in Amid, quindi gli esami vengono prenotati dal personale del Servizio come se l'utente fosse ricoverato in ospedale. «In questo modo – precisa Giulini – i tempi di attesa sono molto limitati e sono risparmiati al paziente la seccatura della prenotazione e il ritiro dei referti».

Da dicembre, quando è stato avviato l'ambulatorio, si sono registrati ogni lunedì dai cinque ai sei accessi che rientrano nei quattromila annuali del Servizio di traumatologia e medicina dello sport. «Vediamo infortuni di tutti i tipi, soprattutto traumi distorsivi delle caviglie e delle ginocchia – prosegue il medico – malanni più comuni durante la stagione invernale, quando si aprono le piste da sci».

mountain bike non è necessario che la inauguriamo facendo venti chilometri in salita, in particolare se usciamo da un lungo periodo di inattività».

Cautela, quindi. Che significa anche sottoporsi ai giusti controlli medici prima di indossare le scarpette da jogging o inforcare la bici per lunghi percorsi. «Mi riferisco soprattutto a coloro che d'inverno sono "a riposo", che di solito non sono più giovanissimi ma sono entrati nella mezza età – prosegue il dottor Giulini, che si avvale della collaborazione di altri due medici del servizio: Mariano Bertaiola e Roberto Zanon –. È bene rivolgersi ad un Centro sportivo accreditato o a una struttura qualificata. E qui sottoporsi agli esami cardiologici, tramite elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo». Gli altri accertamenti consigliati, ed eseguiti presso il Centro di Traumatologia e medicina dello Sport, sono la valutazione della capacità polmonare, tramite spirometria, per escludere ostruzioni e restrizioni a livello dei polmoni; l'esame della vista, consigliato soprattutto a chi pratica sport su strada, e infine l'esame delle urine per accertare la buona funzionalità renale



ed escludere la presenza di alterazioni metaboliche.

«Il nostro Servizio, essendo inserito all'interno di un ospedale, può avvalersi della consulenza di tutti gli specialisti dai cardiologi ai nutrizionisti – sottolinea il medico –. Questo è un valore aggiunto rispetto a tante altre strutture che si interessano di Medicina dello sport. Infatti, l'apporto di altri medici è importante sia quando si rilevano sullo sportivo delle patologie, sia quando chi si rivolge a noi vuole ottimizzare la sua prestazione

sportiva».

Il Servizio si avvale anche della formula Amid (Ambulatorio integrato diagnostico), grazie alla quale vi è la totale presa in carico del paziente e gli esami di approfondimento vengono prenotati direttamente dagli operatori del Servizio, evitando così disagi e lunghe attese.

Una volta accertato il buono stato di salute, uno "sportivo stagionale" come dovrebbe comportarsi, oltre ad iscriversi ad una palestra per il prossimo inverno? «Intanto effettuare un buon riscaldamento prima di cominciare. Quindi procedere sempre gradualmente, senza inventarsi l'attività sportiva – avverte il dottor Giulini –. A questo proposito possiamo fornire degli schemi di massima personalizzati ai quali attenersi».

A volte però un po' di moto non basta per liberarsi dai chili di troppo... «Anche per quanto riguarda l'alimentazione consiglio di non cedere all'improvvisazione – conclude il medico –. Non ci sono diete standard che valgono per tutti. Ogni persona è diversa dall'altra. È meglio chiedere l'aiuto di specialisti dell'alimentazione».

## Acqua, sali e zuccheri per reintegrare le energie

di Mariano Bertaiola e Roberto Zanon\*

La maggior parte delle discipline sportive comportano un impegno muscolare e cardiovascolare tale da richiedere una adeguata preparazione fisica generale per essere praticate senza particolari rischi per la salute. Con l'arrivo della bella stagione aumenta il numero delle persone che praticano attività sportiva all'aria aperta. Attività prevalentemente di tipo aerobico (jogging, ciclismo, roller, etc.).

La pratica sportiva si caratterizza in genere per un più o meno rilevante incremento della produzione di energia da parte delle cellule muscolari impegnate. Conseguentemente, si



verifica un incremento della quantità di calore prodotto che, a sua volta, è

responsabile dell'innalzamento della temperatura corporea tipico della pra-

tica sportiva. L'aumento della temperatura corporea interna che si determina nel corso dell'attività sportiva costituisce un potenziale fattore di rischio per la salute degli atleti, oltre che un elemento sfavorevole per la prestazione atletica. Pertanto, l'organismo umano quando è sottoposto ad uno sforzo fisico, tanto più se svolto in condizioni di temperatura e umidità ambientale elevate, attiva quei meccanismi (termoregolazione) in grado di indurre una adeguata riduzione della temperatura corporea (termodispersione).

Se durante l'attività fisica non viene

assunta una congrua quantità di liquidi, l'atleta può andare incontro ad uno stato di disidratazione. Da ciò deriva la necessità che lo sportivo inizi a bere già prima dello sforzo e continui a farlo anche nel corso della seduta di allenamento o gara in campo e prosegua il reintegro idrico-minerale nel periodo successivo al termine della prestazione atletica. La capacità di prestazione atletica durante un'attività sportiva prolungata, risulta compromessa anche dall'esaurimento delle scorte di glicogeno (la forma di deposito degli zuccheri nel nostro organismo), nonché dalla ridu-

zione della concentrazione ematica di glucosio (ipoglicemia). Un adeguato ed appropriato apporto di energia prima, durante e dopo la pratica sportiva, è importante per qualunque forma di esercizio fisico quanto maggiore sono la durata e l'impegno della prestazione e di conseguenza il dispendio energetico.

Nel box i lettori troveranno alcuni consigli utili per prevenire i problemi cui abbiamo accennato.

**\*collaboratori del Servizio  
di Traumatologia  
e Medicina dello sport**

## SOLUZIONI A PORTATA DI MANO

### ATTIVITÀ FISICA

È salutare evitare di praticare attività fisica nelle ore più calde della giornata ed evitare pasti abbondanti prima dell'attività fisica.

#### INTEGRAZIONE IDRICA CONSIGLIATA

prima, durante e dopo ogni gara o allenamento: solo acqua se l'attività è svolta a bassa intensità e per un tempo non superiore a 45 minuti.

Se si svolge attività intensa, iniziare a sorvegliare la soluzione di seguito descritta a partire da circa 30' prima dell'inizio dell'allenamento; proseguire durante l'allenamento (150-200 ml ogni 15'-20').

#### SOLUZIONE

Un litro d'acqua; zuccheri di pronto utilizzo (Maltodestrine) (50 grammi), oppure: miscela di maltodestrine (40 gr) + fruttosio (10 gr); sali (Na, Cl, K, Mg) in piccole quantità.

La concentrazione degli elettroliti, nella forma pronta all'uso deve essere:

Ione non più di mEq/l  
corrispondenti a mg/l

|          |           |            |
|----------|-----------|------------|
| Sodio    | 45 mEq/l  | 1.035 mg/l |
| Cloro    | 36 mEq/l  | 1.278 mg/l |
| Potassio | 7,5 mEq/l | 292 mg/l   |
| Magnesio | 4,1 mEq/l | 50 mg/l    |

Nella mezz'ora successiva al termine dell'allenamento, assumere la soluzione su indicata (almeno 500 ml).

Caratteristiche della bevanda ottimale:

- rapido svuotamento gastrico
- ottimo assorbimento intestinale
- adeguato apporto di minerali
- adeguato apporto glucidico
- buona palatabilità
- buona capacità dissetante

### ATTIVITÀ SPORTIVA

In allenamento, come in gara, si consiglia una adeguata assunzione di acqua (è di primaria importanza: il sudore è ipotonico e la cosa più importante da reintegrare è la perdita di liquidi), alla quale è opportuno aggiungere carboidrati (al fine di evitare di trovarsi dopo un paio d'ore con i muscoli svuotati del glicogeno) e sali minerali (in estate la temperatura è più elevata e la sudorazione sarà più profusa o quanto meno importante).

Si può preparare la soluzione sotto indicata.

#### SOLUZIONE IDRATANTE, MODERATAMENTE ENERGETICA CON INTEGRAZIONE SALINA

Un litro d'acqua; zuccheri di pronto utilizzo (Maltodestrine) : 5-6 % (50-60 gr. in un litro), si trovano in farmacia o da qualunque rivenditore di integratori; fruttosio: 2-3 % (20-30 gr. in un litro): si trova anche al supermercato; sali minerali: ad esempio, potassio 300 mg + magnesio 300 mg (in commercio si possono trovare prodotti che contengono oltre a potassio e magnesio anche sodio; la quantità di sodio adeguata da mettere in un litro di soluzione è 400-500 mg).

Bere 150-200 ml ogni 15'-20' fin dall'inizio dell'allenamento. Prima di iniziare l'allenamento sarebbe inoltre opportuno raggiungere un buon grado di idratazione (agevola termoregolazione e funzione cardiocircolatoria); consiglio di bere almeno 500-600 ml di acqua semplice nelle due ore che precedono l'allenamento, in modo da dar tempo all'organismo di urinare un eventuale eccesso prima di iniziare l'allenamento stesso.

Negli allenamenti lunghi (3-4 ore); può essere opportuna l'assunzione di barrette energetiche, ne esistono di vari tipi in commercio.

Bene anche frutta e biscotti secchi.

# REPARTI IN RETE

Avete mai pensato a cosa può nascondersi dietro il computer di un ospedale? C'è un intrico impressionante di reti telematiche, linee telefoniche, fibre ottiche, software di gestione e server di smistamento dati. C'è soprattutto un grande cervellone centrale che governa i collegamenti di migliaia di computer, gestito da un pool di tecnici informatici pronto ad intervenire in ogni momento. Questo perché dal punto di vista informatico le aziende sanitarie sono fra le più complesse da gestire, un po' per la vastità della rete, un po' per le diverse problematiche – gestionali, amministrative e cliniche – che si devono gestire.

Si tratta in ogni caso di un anello fondamentale di una catena di informazioni che necessitano di correre sempre più velocemente. Pensiamo solo alla necessità dei laboratori di analisi di poter trasmettere all'utente i risultati prodotti il più rapidamente possibile.

Si può, quindi, capire quale sia la complessità di gestione di un'azienda ospedaliera come quella di Verona, articolata nelle tre diverse sedi di Borgo Trento, Borgo Roma e Valeggio,



*Andrea Oliani, responsabile del Servizio sistemi informativi dell'Azienda. Sotto, la sala server; nell'altra pagina, gli uffici*

con circa 5.300 dipendenti, 60 mila ricoveri annuali e oltre 25 mila interventi all'anno in day hospital. L'estensione della struttura richiede poi la necessità di conciliare esigenze diverse da parte dei vari dipartimenti, delle aree di cura, di ricovero e di ricerca, fra l'altro anche sotto il profilo degli adempimenti di legge. Un esempio su tutti riguarda la privacy e la tutela dei dati dei pazienti.

## UN MODELLO FLESSIBILE

Fino al 1997, il sistema informatico dell'ospedale di Verona era basato su una tecnologia definita *mainframe* che risultava tuttavia troppo rigida rispetto alla varietà di esigenze applicative. Fu quindi varato un progetto com-

pletato in quattro anni che ha portato alla realizzazione di un nuovo sistema informativo distribuito, multiplatform e multifornitore.

«Il modello adottato – spiega il responsabile del Servizio sistemi informativi dell'Azienda, l'ingegner Andrea Oliani (fra l'altro presidente dell'Aisis, Associazione italiana sistemi informativi in sanità) – è quello del "vestito di Arlecchino", ossia un sistema costituito da vari "pezzi di stoffa" che abbiamo cucito per massimizzare la flessibilità e garantire l'avanguardia tecnologica nel modo migliore».

Proprio al Policlinico ha trovato posto da pochi mesi la nuovissima sala server centrale che garantisce una gestione ottimale e integrata di tutto il sistema informatico dei due ospedali. «Si tratta di gestire qualcosa come tremila computer, con relativa stampante, collegati in rete, il tutto per le esigenze fondamentali di quasi 120 unità operative sanitarie, amministrative e tecniche, con almeno una cinquantina di diverse procedure facenti capo ad altrettanti fornitori» spiega l'ingegner Oliani.

«La grande madre dei collegamenti è la rete: 36 chilometri di cavi in fibra ottica che collegano fra loro i computer delle sedi di Borgo Trento e di Borgo Roma, grazie al lavoro di 200 apparati di rete distribuiti in 70 armadi. Il servizio di telefonia è lasciato in gestione al Servizio tecnico, ma per effetto della totale convergenza esistente tra la trasmissione dei dati e della voce – sia i telefoni sia i computer vengono collegati alla stessa rete – ben si capisce quali relazioni intercorrano tra le due cose».

## LA SEDE

Il lavoro più complesso sta nella capacità di integrare e mettere in comunicazione le decine di soluzioni informatiche attive nelle diverse unità operative. Cuore pulsante di



tutto ciò è la nuova sede del Servizio sistemi informativi situata all'interno del Policlinico di Borgo Roma.

«È suddivisa in due parti – prosegue Oliani – e comprende gli uffici da un lato e la grande sala server dall'altro. Negli uffici lavorano fianco a fianco il personale interno e i tecnici esterni per un mix ottimale di competenze e professionalità. Questo gruppo di addetti è suddiviso in gruppi altamente specializzati.

C'è innanzitutto la centrale operativa che prende in carico le oltre cinquemila chiamate che annualmente vengono effettuate dagli utilizzatori del sistema informativo dell'Azienda ogni volta che si presenta un problema, perché ogni blocco o malfunzionamento degli strumenti informatici si ripercuote inevitabilmente sulla qualità di erogazione del servizio al cittadino. Per non parlare delle problematiche che insorgono in relazione alle attrezzature diagnostiche informatizzate, che richiedono interventi tempestivi».

La suddivisione delle diverse competenze comprende cinque aree di intervento.

#### GESTIONE CLIENT

Il settore dei servizi che stabilisce le caratteristiche tecniche – hardware e software di tutti i computer e delle stampanti utilizzati in Azienda – è definito con il termine tecnico inglese di *gestione client*. Gestisce il sistema di controllo remoto per i circa tremila pc presenti negli ospedali: è una sorta di «Grande fratello» informatico che consente di controllare centralmente, quindi a distanza, la situazione di ciascuna stazione di lavoro in uso.

#### GESTIONE DEI SERVER

È il settore che stabilisce le caratteristiche di tutti i server, ovvero i calcolatori centrali dell'Azienda, garantendone il corretto ed ottimale funzionamento.

#### GESTIONE DELLA RETE.

È il vero e proprio «cuore pulsante»



del sistema informatico aziendale. Progetta la realizzazione della rete informatica aziendale (che prevede attualmente oltre settemila prese di rete disponibili), fa scorrere le informazioni in tutte le unità operative dell'Azienda, garantisce l'ottimale funzionamento delle apparecchiature di rete e cura i sistemi di sicurezza e protezione della rete da accessi non autorizzati e dagli attacchi da parte di virus e hacker.

#### GESTIONE APPLICATIVI E PROGETTI

È il settore che persegue il corretto e produttivo utilizzo dei programmi aziendali da parte degli addetti coinvolti, garantendone la progressiva evoluzione per soddisfare le crescenti richieste di informatizzazione delle attività svolte (oltre 50 diverse procedure informatiche per circa 2.500 utilizzatori), e cura il *project management* dei progetti di innovazione intrapresi dall'Azienda.

#### GESTIONE ACQUISIZIONI

Il Servizio sistemi informativi si occupa direttamente anche degli acquisti di beni e servizi informatici, quali pc, schermi, stampanti e supporti vari richiesti dalle diverse unità operative. «Il parco di pc attualmente in uso con relative stampanti è pari a circa tremila macchine – prosegue l'ingegner Oliani –. Nel 2005 ne abbiamo acqui-

stati e installati oltre 800, affiancati da circa 700 nuove stampanti laser. Si tratta di macchine che vengono progressivamente sostituite ogni cinque anni circa, in base ad un percorso di *turn over* prestabilito.

Attualmente è in atto un grande sforzo di svecchiamento del parco, esteso per altro anche a scanner, lettori di codici a barre, ecc. Grande attenzione è riservata alla manutenzione dei server su cui funzionano tutte le procedure in uso all'Azienda, da quelle classiche come la contabilità, la gestione del magazzino e degli acquisti, per arrivare a quelle a supporto dell'attività sanitaria, quindi anagrafe dei pazienti, gestione dei ricoveri, delle prenotazioni e delle le casse, oltre a tutte le procedure in uso nei Servizi sanitari (Laboratori di analisi, Centro trasfusionale, Pronto soccorsi, Radiologie, Anatomie patologiche, Cardiologie, etc.). Da notare poi che spesso ognuna di queste realtà necessita di una soluzione software specifica e personalizzata».

Ma è nella nuova sala server centrale che trovano collocazione tutti i server aziendali; è questo il vero e proprio «tesoro informativo» dell'Azienda. Senza questo grande cervellone centrale, la tecnologia informatica in aiuto all'uomo, in questo caso al cittadino, avrebbe ben poche probabilità di migliorarci la vita.

**Alessandro Azzoni**

# La verità non fa sempre male

di Gelmino Tosi\*

## **Spiegando adeguatamente al paziente cronico la sua malattia, lo si rende più responsabile nella gestione della terapia farmacologica e nell'adozione di uno stile di vita più consono**

Il paziente che mi allunga, con mano titubante, la risposta di una gastroscopia è uno di quelli che, con termine semplice, potremmo definire un inguaribile pessimista. In realtà è uno come tanti, terrorizzato e afflitto da un pensiero diffuso: che la sua vita sia costantemente minacciata da una grave malattia incombente. La risposta dell'esame rende la situazione ancora più tragica poiché contiene una parola minacciosamente incomprensibile, di quelle che faticano a trovare sull'onnisciente e onnipresente internet: esofago di Barret.

In fianco a me siede una giovane collega che sta ultimando il tirocinio per l'esame di Stato, che invito a tentare di chiarire al paziente il significato di quella parola. «Si tratta – afferma con sicurezza la neodottoressa – di una lesione precancerosa». Una risposta didatticamente ineccepibile, che avrebbe mandato in solletico qualche docente di Gastroenterologia, ma che ha scatenato uno tsunami emotivo nel povero paziente che in preda ad un panico inopinato non sapeva più a che santo votarsi. C'è voluta un'opera certosina di ricucitura per tranquillizzarlo e fargli capire che quella sua lesione dell'esofago non sarebbe diventata per forza un cancro e che anzi, alla luce delle attuali terapie avrebbe potuto anche regredire.

«No – affermava –, volete solo addolcirvi la pillola, la verità è che potrebbe venirmi un cancro...»

La verità? Cos'è la verità? Lo chiese anche Pilato a Cristo. La verità va sempre detta, non v'è nulla da fare, ce lo impone la legge italiana, il cosiddetto consenso informato. Già "informato", ma non tutti sono in grado di ricevere certe informazioni, e soprattutto come devono essere fornite certe informazioni? Ospedali e ambulatori medici traboccano di prestampati, uguali per tutti, che i nostri pazienti firmano spesso senza capire



nulla. È vero, spesso c'è la fretta, il troppo lavoro, la mancanza di tempo da parte sia degli operatori che dei malati.

Abbiamo già parlato di livelli di linguaggio per comunicare, che se ammalato e medico usano l'uno un linguaggio affettivo e l'altro un linguaggio cognitivo (tecnico, per semplificare) non si capiranno mai, specialmente se chi deve ricevere l'informazione vive giocoforza un sentimento di paura.

La base psichica principale che governa le emozioni di ogni essere umano è data dall'istinto di sopravvivenza, è per questo che tutti noi abbiamo

paura di ammalarci e quindi di morire e tendiamo ad escludere comunicazioni che in qualche modo ci mettano sull'avviso della possibilità che ciò avvenga. Di fronte al pericolo abbiamo le stesse reazioni di un animale, reazioni che dovrebbero prepararci ad affrontarlo: aumento del battito cardiaco, della respirazione. Reazioni che nell'uomo si traducono in una sensazione di ansia.

La verità deve essere comunicata anche in caso di malattie non fatali, ma che condizioneranno la vita del paziente.

La terapia cronica, inoltre, non fa altro che reiterare un ricordo che inconsciamente vorremo escludere, ogni volta che assumo la compressa è come se qualcuno mi dicesse: «guarda

che sei ammalato». Vorrebbe, invece, sentirsi dire che se riuscirà a seguire i consigli e le prescrizioni del medico è molto probabile che possa condurre una vita più normale possibile. Questo forse è il punto fondamentale, la verità, per quanto drastica non dovrebbe escludere una piccola dose di speranza e di ottimismo, che fa comunque parte della verità. Comprendere fino in fondo la malattia è fondamentale nell'ammalato cronico, perché

questo lo renderà più responsabile e più aderente alla gestione della terapia farmacologica e dello stile di vita più consono.

In altre parole, io credo che convincere il paziente a curarsi adeguatamente, significhi fargli gestire in maniera continuativa e costante una quantità accettabile di farmaci, una quantità accettabile di sintomi e una quantità accettabile di evitamento di situazioni dannose per la sua malattia. Ma questo è strettamente in relazione con una reale percezione e consapevolezza della malattia.

**\*Medico di famiglia  
e psicoterapeuta**

# Al sole con molta cautela

di Chiara Alberti\*

Nella bella stagione è sempre più facile che la nostra cute venga esposta ai raggi del sole: le campagne di prevenzione raccomandano di prestare attenzione alle modalità e ai tempi di esposizione per evitare problemi molto seri, in particolare il tumore della pelle, ma anche scottature e invecchiamento precoce.

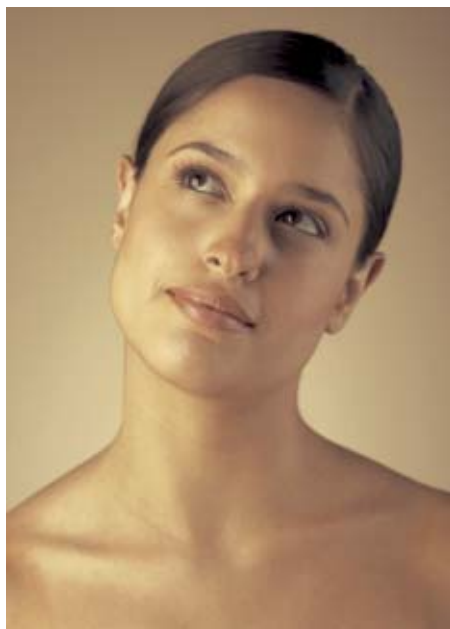
Se si stanno assumendo farmaci è bene sapere che alcuni di essi possono provocare disturbi alla pelle quali, ad esempio, dermatite o eritema, se ci si espone al sole.

Tale fenomeno si può verificare sia se il farmaco viene assunto per via sistemica sia se applicato direttamente sulla cute; viceversa, non si verifica se la pelle non viene esposta ai raggi solari.

Le reazioni di fotosensibilizzazione si possono manifestare in due modi:

- reazioni di fototossicità in cui il danno si manifesta per azione di una sostanza fotosensibile che, direttamente attivata dalla luce, viene trasformata in composti irritanti. Tali reazioni si presentano solo sulle zone direttamente esposte, prevalentemente subito dopo l'esposizione e sono dipendenti dalla dose di farmaco assunto o applicato sulla pelle (più elevata è la dose maggiore è la gravità della reazione cutanea).

Si presentano con eritema, talvolta con edema e formazione di vescicole



REGIONE DEL VENETO

Azienda Ospedaliero Universitaria di Verona

UVEF UNITÀ DI VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL FARMACO

Centro di Riferimento Regionale sul Farmaco - Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN FARMACOECONOMIA

## LA DEFINIZIONE DEL BUDGET DI REPARTO L'APPLICABILITÀ DEGLI STUDI DI FARMACOECONOMIA

Verona, 6-7 Settembre 2006  
Sala Convegni - Centro Medico Culturale "G. Marani"

**Mercoledì 6 settembre 2006**

- 9.00 Apertura della segreteria e consegna modulistica ECM
- 10.00 Interventi introduttivi
- 10.15 La definizione del budget per unità operativa: metodologia e principali indicatori utilizzati
- 11.30 I diversi punti di vista
- 14.00 La definizione e gestione del budget negli ospedali del Veneto: risultati dell'indagine conoscitiva
- 15.00 Il controllo e la contrattazione del file F
- 16.00 Il file F e il territorio: discussioni
- 17.00 Discussione

**Giovedì 7 settembre 2006**

- 9.30 Apertura della segreteria
- 10.00 La valutazione delle nuove tecnologie: approccio applicativo alla analisi economica
- 10.30 Cosa trasferire dalla letteratura alla pratica decisionale: analisi di trasferibilità di diverse tecniche di economia sanitaria: PARTE 1
- 11.15 Cosa trasferire dalla letteratura alla pratica decisionale: analisi di trasferibilità di diverse tecniche di economia sanitaria: PARTE 2
- 12.00 Esercitazioni: Analisi di trasferibilità dei risultati degli articoli scientifici in farmacoeconomia
- 14.00 Gli studi indipendenti di farmacoeconomia
- 15.15 Esercitazioni: Gli studi indipendenti di farmacoeconomia
- 16.00 Conclusioni
- 16.30 Compilazione questionario di apprendimento ai fini ECM
- 17.00 Chiusura dei lavori

**Responsabile Scientifico del Corso**  
**D.ssa Giovanna Sroccano**  
Responsabile Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco  
Centro di Riferimento Regionale - Servizio di Farmacia - Azienda Ospedaliera di Verona

**Segreteria Scientifica**  
**D.ssa Francesca Venturini, D.ssa Laura Marcon**  
Unità di Valutazione dell'Efficacia del Farmaco - Centro di Riferimento Regionale  
Servizio di Farmacia - Azienda Ospedaliera di Verona  
Tel. 045 8073700 - Fax 045 8073698 - E-mail: uvef@uvef.it

**Segreteria Organizzativa**  
**COGEST M. & C. srl**  
Via S. Siro 5 - 37122 Verona  
Tel. 045 597940 - Fax 045 597265 - E-mail: cogest@tin.it

**Obiettivi del Corso**  
Fornire conoscenze di base ai farmacisti ospedalieri e ai medici del Veneto sulla definizione del budget di reparto per materiali sanitari.  
Fornire/ elaborare un modello di reportistica comune per la definizione del budget di reparto che tenga conto anche di indicatori al di fuori del farmaco.  
Fornire basi di conoscenza per utilizzare la letteratura della farmacoeconomia da utilizzare nei percorsi decisionali.

**ECM**  
Verranno richiesti i crediti ECM alla Regione Veneto per 60 farmacisti ospedalieri e 60 medici (area multidisciplinare).

**Sede dei Lavori**  
Sala Convegni del Centro Medico Culturale "G. Marani", Via De Lellis 214 - Verona (adiacente all'Ospedale Maggiore di Borgo Trento: parcheggio a pagamento nelle vicinanze).

**Iscrizione**  
La partecipazione all'incontro è gratuita e limitata ai primi 120 richiedenti. Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa COGEST M. & C.

**www.uvef.it**

nei casi più severi con sensazione di calore. In altri casi si presenta una iperpigmentazione della pelle o colorazione grigio ardesia.

- reazioni di fotoallergia si manifestano con una tipica risposta allergica di tipo immunitario: si presentano generalmente dopo 24-48 ore dall'esposizione anche in zone non direttamente esposte alla luce solare; non sono dipendenti dal dosaggio di farmaco assunto. Si manifestano con eruzioni eczematose e vescicole di solito accompagnate da prurito. La maggior parte di tali reazioni sono mediate da agenti topici.

Tra i farmaci che possono dare fenomeni di fotosensibilizzazione troviamo alcuni antibiotici come quelli appartenenti alla categoria delle tetracicline, la griseofulvina, un antimicotico usato nelle infezioni di cute, unghie e capelli, alcuni diuretici, alcuni antiipertensivi, la pillola anticoncezionale, alcuni antidiabetici orali, i farmaci usati come antiaritmici (in particolare l'amiodarone), le fenotiazine (farmaci utilizzati per il trattamento dei disturbi del sistema

nervoso), alcune lozioni a base di oli essenziali (bergamotto, limone o lavanda). In tabella vengono elencati i principali farmaci che possono provocare tali reazioni cutanee.

È, quindi, importante rivolgersi al proprio medico di base se si stanno assumendo farmaci e ci si deve esporre al sole per un periodo prolungato (vacanza, lavoro all'aria aperta).

Soltanto le creme protettive solari a schermo totale sono in grado di impedire tali problemi, mentre le normali creme solari non garantiscono tale protezione. In alcuni casi sono le stesse sostanze contenute nelle creme solari ad essere causa di fenomeni di fotoallergia.

Qualora si debba proseguire la terapia con tali farmaci è preferibile evitare il più possibile l'esposizione ai raggi solari proteggendosi con indumenti non solo sotto il sole ma anche all'ombra, poiché le radiazioni possono raggiungerci mediante la luce riflessa da sabbia, neve o acqua.

**\*consulente esterno Centro informazione sul farmaco**

## Farmaci che possono dare fenomeni di fotosensibilizzazione

### Agenti fototossici

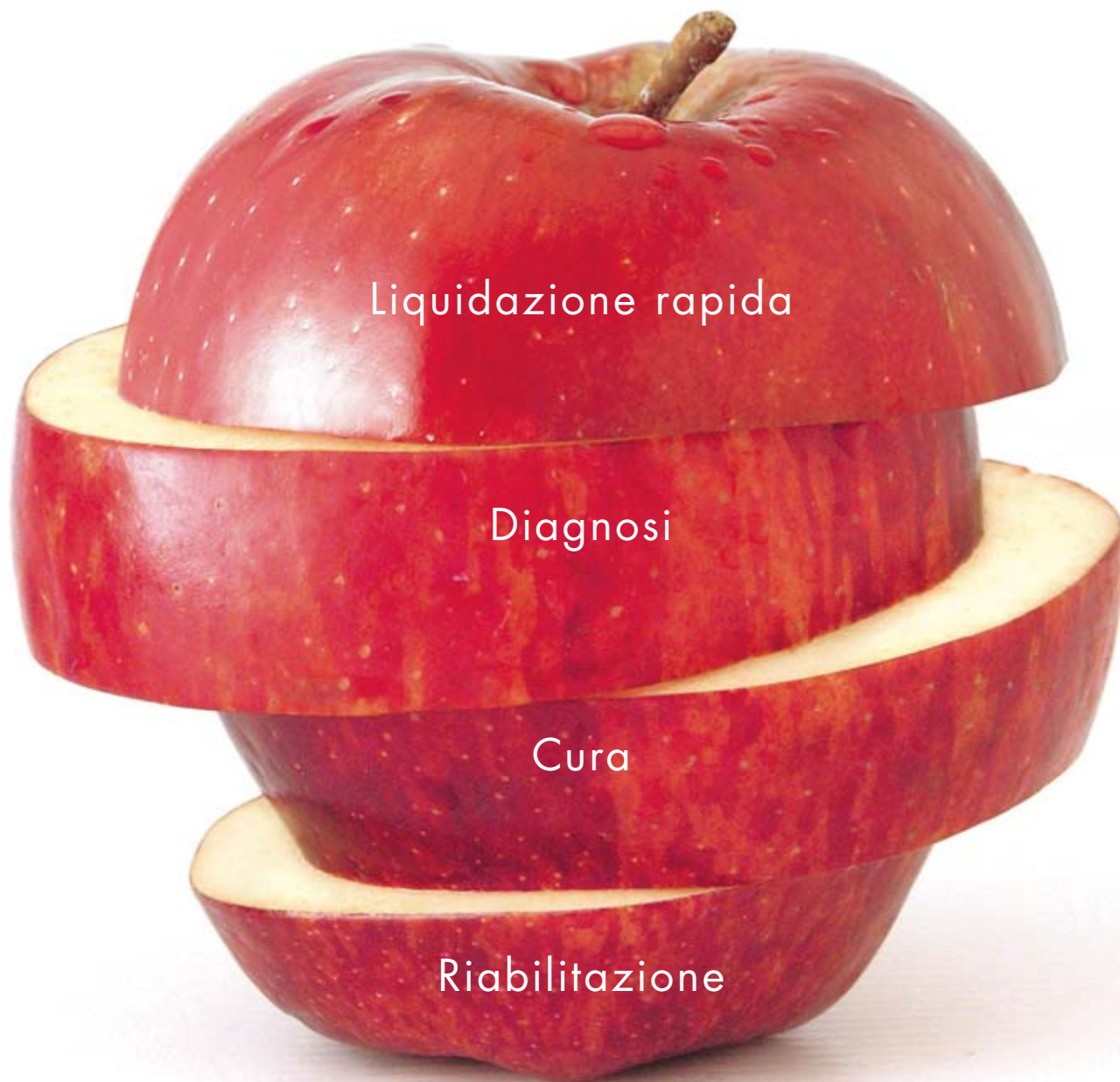
| CLASSE TERAPEUTICA                                     | ESEMPI DI FARMACI                                                                                                     | ESEMPI DI NOMI COMMERCIALI                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>antimicrobici</b><br>chinolonici                    | ciprofloxacina, ofloxacina, enoxacina, pefloxacina, lomefloxacina, acido nalidissico, acido pipemidico, moxifloxacina | Ciproxin®, flociprin®, flobacin®, enoxen®, peflacin®, peflox®, chimono®, uniuquin®, naligram®, uriflor®, pipemid®, pipefort®, avalox®, octegra® |
| cicline                                                | dossiciclina, minociclina, tetraciclina                                                                               | Bassado®, miraclin®, minocin®, ambramicina®                                                                                                     |
| antimicotici                                           | griseofulvina                                                                                                         | Fulcin®, grisovina®                                                                                                                             |
| <b>Anti-infiammatori</b><br>Oxicam-derivati            | piroxicam                                                                                                             | Feldene®, roxene®, dexicam®, piroxicam®                                                                                                         |
| Derivati acido propionico                              | ibuprofene, ketoprofene, naprossene                                                                                   | Moment®, brufen®, antalisin®, antalgil®, artrosilene®, Naprosyn®, prexan®                                                                       |
| <b>Psicotropi</b><br>antidepressivi                    | desipramina, imipramina,                                                                                              | Nortimil®, tofranil®                                                                                                                            |
| antiepilettici                                         | carbamazepina                                                                                                         | Tegretol®                                                                                                                                       |
| neurolettici                                           | tioridazina e clorpromazina                                                                                           | Melleril®, largactil®, prozin®                                                                                                                  |
| <b>Farmaci sistema cardiovascolare</b><br>antiaritmici | amiodarone, chinidina                                                                                                 | Amiodar®, cordarone®, longachin®, natisedina®, ritmocor®, chinteina®                                                                            |
| Ace-inibitori                                          | captopril, enalapril, ramipril, trandolapril                                                                          | Capoten®, acepress®, maxipril®, converten®, enapren®, naprilene®, triatec®, unipril®, topten®                                                   |
| diuretici                                              | idrocortotiazide, furosemide                                                                                          | Esidrex®, furosemide, lasix®                                                                                                                    |
| ipolipidemizzanti                                      | Fibrati                                                                                                               | Fulcro®, lipanthyl®, lipofene®                                                                                                                  |
| ipoglicemici                                           | Sulfoniluree                                                                                                          | Euglucon®, gliben®, gliboral®, diabemide®, minidiab®, glurenor®, amaril®, solosa®, damicron®                                                    |
| Antiacneici                                            | isotretinoina                                                                                                         | Roaccutan®, aisoskin®                                                                                                                           |
| ormoni                                                 | Pillola anticoncezionale                                                                                              | Microgynon®, mercilon®, arianna®, fedra®, minulet®®, yasmin®, evra®, triginon®, dueva®, triminulet®                                             |

### Agenti fotoallergici

| CLASSE TERAPEUTICA  | ESEMPI DI FARMACI O SOSTANZE IRRITANTI                                                                               |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| antibatterici       | cosina, triclorosan, esaclorofene, clorexidina, tetracosalicilanilide, dibromosalicilanilide, triclorosalicilanilide |
| antifungini         | fenticlor, multifungin                                                                                               |
| Fragranze e profumi | bergamotto, limone, lavanda, muschio ambrette, sandalo                                                               |
| Psoraleni           | 8-MOP e 5 MOP                                                                                                        |
| antiacneici         | tretinoina, isotretinoina, benzoilperossido                                                                          |
| Filtri solari       | benzofenoni, PABA, cinnamati, padimati, antranilati, omosalati                                                       |
| altri               | prometazina, chinidina, chetoprofene, clorpromazina                                                                  |

# Quando c'è Tuttasalute c'è tutto. E subito.

Tuttasalute: la polizza con liquidazione veloce, anche senza spese mediche.



Nasce Tuttasalute, il piano assicurativo che, all'occorrenza, garantisce tutto e subito. Dal momento del bisogno, Tuttasalute mette immediatamente a disposizione dell'assicurato un concreto sostegno economico e un'efficace supporto in termini di assistenza. A cominciare dalla liquidazione immediata del capitale, per coprire le spese da sostenere dalla diagnosi alla cura, dalla riabilitazione alla convalescenza. Tuttasalute: la scelta di oggi che rende più sereno il tuo domani.

# LA MEDICINA TIBETANA

di Roberto Fostini\*

La significativa esperienza di un'udienza privata concessami da Tenzin Gyatso, XIV Dalai Lama, in occasione di un suo recente viaggio in Italia, è stata per me motivo per approfondire la conoscenza dei fondamenti della cultura medica tibetana.

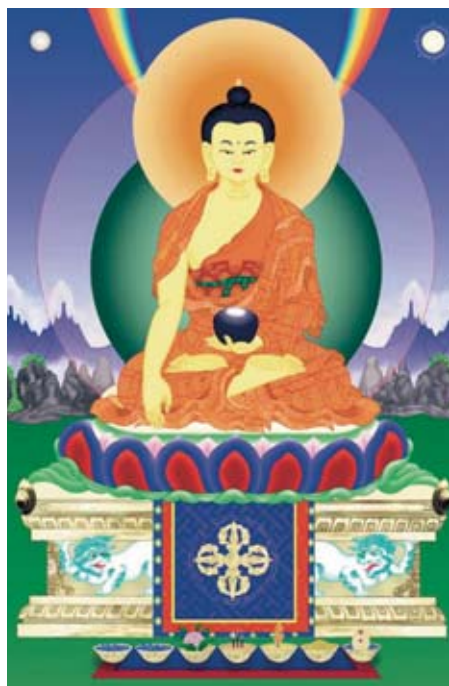
Sono evidenti i limiti di questo approccio, dato che si tratta di una materia vasta e complessa, che presuppone conoscenze ed esperienze della cultura di quel Paese ben più profonde di quelle che si possono ricavare dalla semplice lettura di articoli e trattati.

Le note che seguono rappresentano quindi solo un superficiale contributo storico e descrittivo delle basi della medicina tibetana, una "finestra" appena socchiusa su un mondo di intensa spiritualità e di profonda, millenaria saggezza.

## La storia

Gli insegnamenti del Buddha, finalizzati a liberare l'uomo dal mondo dell'illusione e a sviluppare in lui il senso della compassione per tutti gli esseri viventi, possono essere visti, già di per sé, come una forma di "medicina" che allontana l'uomo dalle sofferenze della vecchiaia, della malattia e della morte.

Gli specifici insegnamenti medici della tradizione tibetana, enunciati dello stesso Buddha Shakyamuni a Sarnath, nei pressi di Banares in India circa 2.500 anni fa, sono stati codificati nel tempo in diversi testi tra i quali va considerato, in particolare, il discorso *Tantra delle segrete istruzioni sugli otto rami dell'essenza dell'immortalità* (più comunemente conosciuto come *Gyushi* o i *Quattro Tantra medici*) pronunciato dal Buddha della medicina, rappresentazione primordiale del guaritore divino, conosciuto anche come Re della Luce Acquamarina. In esso sono con-



tenuti elementi di fisiologia, patologia, diagnosi e terapia.

La versione attualmente in uso, compilata nel dodicesimo secolo, consiste di 5.900 versi.

Nel diciassettesimo secolo ne venne peraltro scritto ed illustrato un commento (chiamato *Vaidurya Ngompo* o *Berillo Blu*) dal reggente del V Dalai Lama, Sangye Gyamtso.

Iconograficamente, la divinità guaritrice viene rappresentata con il palmo della mano destra rivolto in avanti, ad esprimere protezione. Dalla stessa mano nasce una pianta di mirabolano (la più venerata delle piante curative secondo la tradizione tibetana). Nella mano sinistra tiene invece una ciotola contenente tre tipi di nettare (ambrosia): quello che cura la malattia e fa risorgere i morti, quello che contrasta l'azione e quello che mai si esaurisce, illumina la mente ed accresce la comprensione.

La disciplina medica trae le sue origini dalle credenze e dalle tradizioni popolari dello sciamanesimo pre-buddhista e dell'antica religione del

***Fino a quando  
esisterà lo spazio  
e con esso  
le creature viventi,  
possa anch'io concorrere  
a cancellare i dolori  
del mondo  
(preghiera tibetana)***

Bon (motivo per cui nelle pratiche mediche sono tuttora presenti amuleti contro gli spiriti del male, riti magici e consultazione di oracoli) sulle quali si sono innestati elementi del sistema medico indiano dell'Ayurveda e della medicina cinese.

Le tradizioni mediche tibetane trovavano la loro istituzionalizzazione nell'Università Medica del Tibet (Chagpori) fondata dallo stesso Sangye Gyamtso. Nel 1916 veniva fondato a Lhasa un secondo collegio medico detto *Mentsekhang*. Anche il collegio medico di Chagpori, come migliaia di altri centri culturali e spirituali tibetani, è stato smantellato nel corso dell'occupazione cinese avviata nel 1959.

Nel 1962 proprio il XIV Dalai Lama fonda a Dharamsala in India, sede del governo tibetano in esilio, il *Tibetan Astro-medical Center* (Meen-Tsee-Kang). Scopo del Centro è quello di mantenere viva la tradizione medica e scientifica tibetana, producendo, inoltre, le medicine tradizionali tibetane.

Significativa è la visione che la medicina tibetana ha del medico, la cui formazione prevede, dopo quattordici anni di studi preliminari, un ulteriore periodo di apprendimento che varia dai cinque ai dodici anni. In lui le qualità interiori sono parimenti importanti della sua esperienza professionale. Citando K. Dhondrup: *il sapere e l'abilità da soli non sono sufficienti per diventare un bravo medico.*

*Affetto, gentilezza e compassione verso i pazienti e uno sforzo genuino di condire la loro tensione e la loro pena sono qualità altrettanto, se non maggiormente, importanti ed essenziali per un dottore.*

Secondo l'approccio buddhista l'essere umano è una complessa struttura costituita da corpo, mente e spirito, tra loro interdipendenti. Ogni malattia nasce da una compromissione dell'organismo e, in particolare, dal disarmonico funzionamento della mente.

Per la medicina tibetana l'intero universo è rappresentato dalla fusione di cinque elementi energetici (terra, acqua, fuoco, aria e spazio). Nell'uomo questi elementi si combinano in modo differente dando origine ai tre nopa o umori (*vento, bile e flemma*) che condizionano tutti i processi dell'organismo e, solo se bilanciati, garantiscono l'equilibrio psico-fisico. In particolare l'umore *vento* (*loong*) è correlato ai sistemi nervoso, endocrino ed immunitario, l'umore *bile* (*tripa*) è associato ai processi digestivi e metabolici, l'umore *flemma* (*beygen*) alla regolazione dei liquidi organici.

Ogni persona è caratterizzata da un umore dominante. Le persone dominate dall'umore *vento* hanno aspetto longilineo, carnagione scura, sono sensibili al freddo, assumono il cibo in maniera non regolare, hanno umore variabile, sonno superficiale, amano i sapori dolci e acidi. Gli individui dominati dall'umore *bile* sono di media statura, tendono a sudare, con pelle morbida e untuosa. Sensibili al clima caldo e secco, si alimentano regolarmente ed amano particolarmente i cibi salati e dolci, dormono poco, sono egocentrici, orgogliosi e dotati di forte spirito pratico, ambiziosi ed intelligenti sono poco interessati allo spirito.

I soggetti dominati dall'umore *flemma* tendono all'obesità, sono sovente di carnagione chiara, con pelle umida e spessa, parlano lentamente e a bassa voce, dormono a lungo e profondamente, amano cibi speziati e caldi, sono complessivamente dotati di buona salute, equilibrati e pazienti

anche se tendenzialmente passivi, poco interessati ai beni materiali.

L'equilibrio tra gli umori vede il prevalere dell'umore *flemma* nell'età giovanile e dell'umore *vento* nella vecchiaia.

### Le patologie

Secondo il credo buddhista l'attaccamento all'ego è sorgente di ogni illusione e quindi di ogni sofferenza fisica e psichica. Proprio negli atteggiamenti negativi che possono impossessarsi dell'animo umano (attaccamento alle cose ed aggressività che traggono origine dalla primitiva ignoranza) risiede la vera causa di ogni malattia. Riconosciute comunque, tra le cause di malattia, anche le influenze ambientali (ad esempio una dieta impropria), i traumi e le infezioni.

Secondo il credo buddhista esistono 84.000 malattie inquadrabili in quattro gruppi.

Il primo gruppo comprende le malattie congenite, causate da azioni negative commesse nelle precedenti vite (correlate pertanto al karma), il secondo malattie causate da spiriti, il terzo malattie che tendono a risolversi spontaneamente, il quarto gruppo comprende invece malattie provocate dal clima, dall'alimentazione o più in generale, da comportamenti errati.

### La diagnosi

I metodi diagnostici (*ngozen* cioè riconoscere e identificare) si avvalgono di una attenta analisi delle funzioni fisiologiche dell'individuo esaminando i sette tessuti corporei del soggetto (sangue, carne, grasso, midollo, linfa intestinale, ossa e liquido riproduttivo) e le loro secrezioni (sudore, feci ed urine). A ciò si accompagna sempre una serie di domande verbali (l'anamnesi occidentale).

Dell'urina il medico tibetano esamina in particolare colore, odore, eventuali sedimenti e presenza di bolle.

Importante, e di evidente derivazione cinese, anche l'esame della lingua (le cui diverse parti corrispondono alle diverse parti del corpo e ai diversi organi: la punta alla cavità toracica, la

parte centrale e la base alla cavità addominale) della quale il medico tibetano controlla caratteristiche quali il colore, la forma, la consistenza e la superficie.

Metodi diagnostici più semplici prevedono l'esame del polso e del battito cardiaco.

Complessivamente il medico tibetano verifica le pulsazioni su dodici punti principali delle mani e dei polsi. In particolare il medico esercita una pressione con il dito indice, medio ed anulare nell'incavo del polso del paziente (prima il destro e dopo il sinistro). Con la pressione lieve si esaminano le funzioni degli organi pieni (*don*) con una pressione forte si percepiscono gli organi cavi (*snod*). Valutando ritmo ed intensità del polso si ricavano, oltre alle informazioni sugli organi interni, anche informazioni sul tipo di Umore prevalente nel soggetto e si ritiene di poter pronosticare e indicare addirittura la sua aspettativa di vita ed eventi passati e futuri.

Elementi diagnostici supplementari possono essere ricavati anche dall'analisi dei sogni del paziente.

Per i bambini al di sotto dei tre anni il medico tibetano pone diagnosi attraverso l'esame controluce del padiglione auricolare.

### Le terapie

Se la malattia si origina dall'interno dell'individuo il miglior modo per prevenirla, secondo la medicina tibetana, è dunque vivere in armonia con i principi morali e spirituali.

Per recuperare la salute perduta le prime misure da adottare sono una sana alimentazione e un buon stile di vita. Dieta e digestione sono infatti i cardini del buon equilibrio energetico del corpo. Il cibo dunque ha analogo potere curativo delle medicine. Fondamentale è la correttezza dei pensieri e delle azioni.

Le terapie esterne consistono in provvedimenti inquadrabili in cinque categorie: dieta, comportamento, farmaci, terapie esterne e piccola chirurgia.

In ordine alla dieta il consiglio è che

al termine del pasto lo stomaco sia pieno solo per tre quarti: due quarti di cibo ed un quarto di bevande, lasciando l'ultimo quarto a disposizione degli enzimi digestivi. I cibi possono essere dotati di proprietà riscaldanti (carne di yak e derivati del sesamo) prescritti nelle malattie da raffreddamento o caratterizzati da proprietà rinfrescanti (carne bovina e cereali) adatti per malattie da eccesso di calore.

Nella farmacopea tibetana vengono impiegati preparati vegetali. La tradizione tibetana vede da tempi immemori la raccolta, la preparazione, la conservazione ed il trattamento di migliaia di piante medicinali tra le quali la più importante è l'*aruramgyal*, un ramoscello del citato albero del mirabolano e minerali (metalli quali oro, argento, ferro, rame e mercurio, pietre preziose o semi-preziose quali diamanti, smeraldi, zaffiri, turchesi, rubini e lapislazzuli). Utilizzati, nonostante la proibizione buddista di sacrificare animali pur nell'interesse dell'uomo, anche preparati di derivazione animale (bile di orso, fegato di elefante corno di rinoceronte o di cervo etc).

Le singole preparazioni (pillole, oli medicati etc) contengono decine e decine di ingredienti e la loro efficacia viene potenziata da mantra e preghiere.

Praticati anche bagni termali, massaggi, salassi, clisteri, inalazioni di vapori, cauterizzazioni, compressioni e moxibustioni (procedimento che usa i moxa, bastoncini, palline o coni



Buddha Shakyamuni (part.) in un dipinto di Donatella Solinas

di incenso, gerbera o altre erbe accesi e posti in corrispondenza degli stessi punti vitali dell'agopuntura) e, raramente, la chirurgia minore (prevalentemente per le incisioni di raccolte patologiche).

Qualora debba intervenire su "eccesi passionali" il medico tibetano interviene con riti purificatori, esorcismi o meditazioni particolari.

Un cenno specifico merita il ruolo curativo che gli stessi dipinti che illustrano i Tantra medici tibetani possono rappresentare: soprattutto nei tempi antichi, quando oggettive erano le difficoltà di accedere a medici e cure, la semplice visione dei rotoli dipinti dispiegati poteva consentire alla mente e conseguentemente al corpo, di riacquisire il suo stato di naturale equilibrio.

## Conclusioni

A conclusione di questa breve e necessariamente incompleta trattazione del tema si possono citare le parole del Dalai Lama vivente: *Come sistema integrato di cura medica, la medicina tibetana ha servito efficacemente il popolo del Tibet per molti secoli e credo possa essere tuttora di grande beneficio per l'intera umanità. Le difficoltà che incontriamo*

*nel raggiungere tale obiettivo sono sostanzialmente problemi di comunicazione, dato che, come per altri sistemi scientifici, la medicina tibetana deve essere compresa nei propri termini, ovvero nel contesto di una ricerca oggettiva.*

E ancora una volta è probabilmente nella dottrina buddista la chiave più corretta di interpretazione e comprensione. Un Sutra recita infatti: *O nobile uomo pensa a te stesso come ad un malato, pensa al Dharma come al solo rimedio, pensa al tuo amico spirituale come ad un valente dottore e alla pratica diligente come una via per raggiungere la guarigione.*

**\*dirigente medico  
Direzione medica  
dell'Ospedale civile maggiore**

## BIBLIOGRAFIA E LETTURE CONSIGLIATE PER APPROFONDIMENTI

*Vita di Milarepa.*

Adelphi Edizioni, 1980

*La rivelazione del Buddha. I testi antichi.*

Mondadori, 2001

*La rivelazione del Buddha. Il grande veicolo.*

Mondadori, 2004

*Arte Buddista Tibetana.*

Mondadori Electa, 2004

*Ian A. Baker: L'arte tibetana della salute.*

Mondadori, 1998

*Dalai Lama: La libertà nell'esilio. La mia vita.*

Sperling & Kupfer Editori, 1998

*Dalai Lama: Una rivoluzione per la pace.*

Sperling & Kupfer, 1999

*Dalai Lama: L'abbraccio del mondo.*

Sperling & Kupfer Editori, 2005

*Lama Thamtog Rinpoche: La saggezza di Buddha.*

Mondadori, 2004

*Levenson Claude B.: Buddismo tibetano. Simboli di una tradizione.*

Mondadori, 1997

# L'importanza del consenso

di Lucia Poli\*

È un dato ormai acquisito che l'intervento di cura sul paziente va espletato solo previa acquisizione di un consenso espresso da parte dello stesso.

La Costituzione della Repubblica italiana, infatti, nel disporre il divieto di sottoporre chiunque a trattamento sanitario contro la propria volontà, ad eccezione dei casi espressamente previsti dalla legge, sancisce il principio alla libera autodeterminazione dell'individuo in materia di cure, quale riflesso di un diritto più ampio di libertà che sta alla base della nostra convivenza civile.

Nella materia sanitaria – una delle materie più delicate in quanto ha diretta inerenza con il bene della vita e dell'integrità fisica dell'individuo – è richiesto anche che tale consenso sia circondato da cautele tali da garantirne l'effettività.

"Informato", infatti, in quest'accezione significa preceduto da una fase orale o scritta di informazioni cliniche relative alle caratteristiche della malattia, ai potenziali rischi, oltreché dei benefici prevedibili della cura, allo scopo di mettere il paziente nella condizione di prendere una decisione consapevole circa il fatto se sottoporsi o no alla cura consigliata dal professionista interpellato.

La giurisprudenza ha peraltro individuato l'esistenza di un vero e proprio diritto autonomo del paziente all'informazione completa ed esauriente, cui fa da contraltare l'obbligo del sanitario e dell'intera struttura di corrispondere con adeguata condotta, che si sostanzia nell'intensificazione di quella relazione (alleanza terapeutica) che caratterizza la prestazione professionale del medico nei confronti del paziente.

Non vi è chi non veda l'onere che comporta una siffatta impostazione, per i professionisti e la struttura, tanto più in un contesto operativo che particolarmente nei grandi ospedali, complici le ristrettezze economiche in cui si dibatte la sanità odierna, è spesso caratterizzato da tempi contingentati e da ritmi di lavoro intensi che tendono a ridurre



all'essenziale il rapporto umano.

Tuttavia, se da un lato la sensazione, in taluni casi è quella che ai sanitari nel momento attuale si chiedano delle prestazioni *ultra vires*, dall'altro occorre anche cogliere l'importante significato di siffatte impostazioni.

Invero, il percorso organizzativo sempre più complesso e totalizzante subito dalla professione medica negli ultimi trent'anni ne ha mutato radicalmente alcune importanti caratteristiche. In taluni casi, ha creato delle condizioni tali da attenuare effettivamente, ove non mettere in pericolo, la caratterizzazione stessa della prestazione del singolo medico come individuale, professionale e infungibile.

Talvolta, inoltre, si è avuta l'impressione che gli stessi medici assecondassero una simile deriva con prese di posizione contraddittorie, in particolare nell'area della disciplina del rapporto di lavoro o della previdenza. Tuttavia una simile impostazione finirebbe per privare il ruolo del medico dell'essenza stessa che lo caratterizza e che caratterizza la sua professionalità.

In altre parole, la valorizzazione dei momenti qualificati dell'alleanza terapeutica fra medico e paziente di cui la prestazione del consenso alla cura rappresenta un momento determinante, sottolinea la valenza professionale del sanitario ed enfatizza

**Il paziente ha diritto  
a un'informazione  
completa  
ed esaustiva  
sulle caratteristiche  
della sua malattia,  
sui potenziali rischi  
e sui benefici  
prevedibili  
della cura**

proprio questo aspetto personale e fiduciario della prestazione, che non può essere sostituito, neppure in un'epoca e in un ambito, che fa dell'avanguardia tecnologica, ormai, una consuetudine.

La valorizzazione, anche in termini giuridici, del momento del consenso, anziché essere vissuto, come spesso accade, particolarmente dai medici, quasi come una riserva di sfiducia salvo prova contraria, dovrebbe, invece, stimolare una rinnovata consapevolezza circa il carattere insostituibile della propria professionalità, di cui il rapporto fiduciario e personale con il paziente costituisce elemento irrinunciabile e caratterizzante.

Quindi la sfida cui la classe medica si trova davanti ancora una volta appare decisiva e deve portarla a riaffermare con forza il proprio ruolo peculiare anche a costo di un'ulteriore dose di impegno sul fronte delle relazioni. È questo, infatti, lo strumento per riconquistare il ruolo di autorevolezza che da sempre ha caratterizzato questa professione così delicata e così vicina ai beni primari che caratterizzano la vita umana.

**\*direttore Dipartimento  
economico-giuridico  
e responsabile  
Servizio Affari generali**

# FARMACI E AMBIENTE

di Giampaolo Velo\*

Cari lettori, con questo breve messaggio desidero introdurvi alla Ecofarmacologia. È una "disciplina" di recente interesse che unisce due mondi molto diversi: il mondo dei farmaci e il mondo ecologico. Nel primo caso si tratta di un mondo altamente industrializzato, detto della chimica fine, e nel secondo di un mondo ambientalistico il cui scopo è quello della protezione dell'ambiente, con tutti i riflessi positivi che ne derivano per noi. Personalmente, da molto tempo, ho un forte interesse verso l'ambiente e d'altra parte mi occupo di farmaci, come farmacologo medico, in particolare dal punto di vista del loro profilo di sicurezza.

L'Ecofarmacologia riguarda la "vita del farmaco" nell'ambiente (ecosistema) con tutte le eventuali conseguenze sulle specie animali, uomo in prima linea.

I farmaci sono oramai presenti dappertutto e inquinano, come tante altre sostanze chimiche, tutto ciò che ci circonda. Pensate che ogni anno vengono utilizzate circa 100mila tonnellate di soli antibiotici. Le stime sarebbero certamente molto più ampie se noi considerassimo tutti i farmaci in commercio. Sono cifre da capogiro! In particolare, l'eccessivo uso degli antibiotici in veterinaria porta alla determinazione di concentrazioni molto basse, in molti prodotti alimentari, nelle acque ecc.

Nonostante i recenti interventi di legge a livello europeo, il loro uso è in continua espansione e le resistenze batteriche che si instaurano ne sono un'importante conseguenza negativa, con il rischio di non essere più in grado, in alcuni casi, di vincere certe patologie.

Farmaci di largo uso, come i già citati antibiotici, analgesici, sedativi, antidolorifici ed altri sono stati trovati sia nel suolo che nell'ambiente



marino. Dal 2006 l'uso degli antibiotici come "promotori di crescita" è bandito a livello europeo ed anche l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è sulla stessa linea.

Oggi è attiva una direttiva europea che obbliga le industrie farmaceutiche a presentare una valutazione dei rischi che un farmaco potrebbe avere per l'ambiente prima della registrazione per commercializzarlo. Capite benissimo che la problematica sta diventando sempre più scottante e non si possa più nascondere la testa sotto la sabbia.

I farmaci vengono eliminati dall'organismo, anche trasformati, e finiscono nell'ambiente attraverso gli scarichi inquinando fiumi e suolo dove possono restare anche per anni e anni.

Le eventuali conseguenze che ne possono derivare per la salute dell'uomo sono evidenti. Dovremo perciò avere sempre più interesse per i rischi ambientali che dipendono dall'impiego di farmaci su larga scala. Perdi più i loro uso è in continua cre-

scita, essendo il farmaco considerato quasi alla stregua di un "bene di consumo". Fatto sbagliatissimo! Essi possono raggiungere i corsi d'acqua, i laghi e i mari. Vi sono dati interessanti sui rischi che estradiolo e etinilestradiolo possono causare sull'ambiente acquatico. La ricerca in questo settore oggi è orientata in particolare sui pesci e altre specie animali, mentre sull'uomo si conosce molto poco. Quello che dico non deve allarmarvi ma piuttosto farvi pensare.

L'uomo potrebbe assumere quantità minime di farmaci, senza saperlo e non necessari, con un'eventuale compromissione della risposta ad essi e con rischi non previsti. Come già detto, nel caso degli antibiotici la resistenza batterica è un fatto da non sottovalutare. Certamente i livelli sono molto bassi, tuttavia non dobbiamo dimenticare l'importanza di un "approccio precauzionale" nell'uomo. Un uso corretto dei farmaci sarebbe senz'altro d'aiuto.

Dobbiamo tener presente che nel caso di neonati/bambini, anziani, donne incinte e pazienti con particolari patologie non si possono escludere rischi a concentrazione di farmaci molto esigue come quelle che si trovano nell'ambiente.

A sostegno della sempre maggiore importanza del rapporto farmaco/ambiente, ricordo che il governo svedese ha richiesto alla propria Agenzia nazionale sui farmaci di scrivere un documento ufficiale sull'impatto ambientale dei ventisette farmaci più utilizzati in Svezia.

C'è molto su cui riflettere e molto da fare. È un mondo nel quale nuotiamo e del quale conosciamo ben poco!

**\*professore ordinario  
di Farmacologia  
direttore u.o.  
Farmacologia medica  
ospedale Policlinico**

Due nuove tecniche di intervento sulla colonna permettono al paziente di recuperare la mobilità

**N**uove cure

# CROLLI VERTEBRALI

I crolli e le fratture che interessano le vertebre possono essere così dolorosi che il trattamento analgesico con i farmaci in molti casi si rivela inutile. Due tecniche di radiologia interventistica, Vertebroplastica e Cifoplastica (vedi box), sono utilizzati a Verona, nell'Unità operativa di Neuroradiologia dell'ospedale civile maggiore, diretta dal dottor Alberto Beltramello.

È centro d'eccellenza nazionale, svolge questo servizio da quattro anni e il numero di interventi è in continuo aumento: «L'anno scorso se ne sono contati sessanta – dichiara il dottor Enrico Piovan, responsabile della struttura semplice di Neuroradiologia di emergenza e Terapeutica spinale, dove vengono eseguiti questi interventi – e per il 2006 siamo già a più di quaranta; prevediamo di chiudere l'anno con circa ottanta operazioni all'attivo».

La Vertebroplastica è nata in Francia negli anni Ottanta; nel resto d'Europa e negli Stati Uniti è stata adottata solo a distanza di tempo, conoscendo però



Da sinistra: Enrico Piovan, responsabile della struttura semplice di Neuroradiologia di emergenza e Terapeutica spinale, e Alberto Beltramello, direttore U. O. di Neuroradiologia dell'ospedale civile maggiore

una rapida diffusione. La Cifoplastica è invece uno sviluppo successivo e recente della Vertebroplastica, ormai però altrettanto utilizzato.

**In quali casi si eseguono queste operazioni?**

«In letteratura, Vertebroplastica e Cifoplastica sono indicate in casi di

## COSA SONO LA VERTEBROPLASTICA E LA CIFOPLASTICA

Sia la Vertebroplastica, sia la Cifoplastica sono tecniche mini invasive per il trattamento delle fratture vertebrali dolorose; entrambe hanno lo scopo di consolidare le vertebre e diminuire o addirittura eliminare il dolore. La differenza consiste nel metodo di inserimento del cemento osseo all'interno delle vertebre interessate:

**Vertebroplastica percutanea:** consiste nell'iniezione, attraverso un ago metallico appositamente conformato, di pochi ml di cemento osseo a bassa viscosità già da tempo impiegato in interventi ortopedici. Il cemento si diffonde nel corpo ver-

tebrale fratturato, prevenendo ulteriori cedimenti. Ciò determina una riduzione del dolore e consente ai pazienti che hanno ridotto la propria attività fisica di riacquistare mobilità.

La maggior parte dei pazienti sottoposti a tale terapia ha riferito una cospicua o completa riduzione del dolore potendo così smettere di indossare il busto, ridurre o sospendere l'assunzione di farmaci analgesici e migliorare la qualità della vita.

**Cifoplastica:** viene eseguita inserendo un catetere a palloncino nel corpo vertebra-

le fratturato; il palloncino viene gonfiato per ripristinare l'altezza originaria della vertebra e poi viene estratto, lasciando una cavità che il medico riempie con il cemento usato anche nella vertebroplastica.

In questo modo si ripristina la forma originaria del corpo vertebrale, e si può procedere con la stabilizzazione e il consolidamento tramite la somministrazione di cemento all'interno della cavità. Anche in questo caso la maggior parte dei pazienti ha ottenuto un notevole miglioramento della qualità della vita, grazie a una forte riduzione del dolore o alla sua totale scomparsa.

fratture vertebrali dolorose dovute a osteoporosi, neoplasie e traumi. Secondo la mia esperienza, la Cifoplastica è preferibile nei crolli post-traumatici acuti e subacuti, particolarmente in pazienti di giovane età: in tali casi si ottiene un immediato effetto antalgico e il consolidamento della frattura, con possibilità di rapida mobilitazione del paziente e controllo della fisiologica curvatura del rachide».

**Quali sono nel suo reparto i pazienti sottoposti a queste tecniche con più frequenza?**

«La maggior parte dei pazienti, circa il 50%, è anziana, per lo più affetta da osteoporosi che, indebolendo la struttura ossea, provoca crolli vertebrali. Nel 30% dei casi si tratta, invece, di pazienti che hanno subito fratture traumatiche acute e per il 18% di persone affette da neoplasie che hanno determinato lesioni alle vertebre. Afferiscono al centro inviati dai reparti di geriatria, ortopedia, neurologia, e talvolta dal Pronto soccorso per situazioni di emergenza».

**Quali sono i tempi per la dimissione del paziente?**

«Entrambe le tecniche sono mini-invasive, anche se la Vertebroplastica viene eseguita anche in anestesia locale, mentre per la Cifoplastica adottiamo quella generale, quindi il decorso post operatorio è rapido: il paziente passa una sola notte in ospedale e il giorno successivo

all'intervento viene dimesso».

**A parte le urgenze, qual è il tempo di attesa per l'intervento?**

«Non esistono liste d'attesa: nel giro di quindici giorni il paziente, una volta visitato, viene invitato a sottoporsi agli esami diagnostici, per lo più risonanza magnetica. Se è necessario, viene fissata la data per l'intervento».

**L'esito degli interventi è sempre positivo?**

«Bisogna distinguere tra casi di crolli o fratture dovuti a osteoporosi o traumi, e casi determinati invece da neoplasie: per i primi la netta diminuzione o la scomparsa del dolore riguarda tra l'85 e il 95% dei pazienti; per i secondi la percentuale si attesta tra il 70 e l'80%, che rappresenta comunque una percentuale di successo molto alta».

**A quali controlli deve sottoporsi il paziente dopo l'operazione?**



«Nel caso di regressione della sintomatologia dolorosa per la quale la procedura era stata espletata, generalmente ci limitiamo ad un controllo radiografico a distanza di 2-3-mesi per confermare la stazionarietà del quadro».

**E se il dolore si ripresentasse?**

«Siamo orientati a un nuovo studio che può comprendere il ricorso alla radiografia, alla tomografia computerizzata e soprattutto alla risonanza magnetica nel sospetto, per quanto riguarda pazienti affetti da patologia osteoporotica, di nuove fratture».

**Per i pazienti sottoposti a Cifoplastica in seguito a traumi, il follow up è il medesimo?**

«No, in questo caso controlliamo con radiografie periodiche la tenuta morfologica della vertebra trattata sino a circa un anno di distanza dall'intervento».



L'importanza del sangue del cordone ombelicale per valutare lo stato di salute del feto e del neonato

**O**stetricia

# NASCITE PIÙ SICURE

Il cordone ombelicale ha sempre rappresentato la metafora dell'unione inscindibile, tanto che "tagliare il cordone ombelicale" è espressione ormai comune per esprimere la necessità di diventare autonomi, di liberarsi dai condizionamenti altrui.

In medicina il cordone ombelicale ha assunto nel tempo una sempre maggiore importanza per valutare lo stato di salute del feto e del neonato, tanto che uno specifico esame, l'emogasanalisi dal cordone, figura tra quelli raccomandati dalla comunità scientifica internazionale per la sorveglianza del feto durante il parto. La raccomandazione è stata accolta al Policlinico di Borgo Roma per offrire a madri e neonati un ulteriore livello di sicurezza nel momento delicato della nascita.

L'Unità operativa di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico di Borgo Roma, dirette dal professor Massimo Franchi, in stretta collaborazione con il Laboratorio di Biochimica clinica, Ematologia e Biologia molecolare, guidata dal professor Gian Cesare Guidi, e con la dottoressa Antonella Bassi hanno introdotto l'emogasanalisi nella



pratica clinica dopo un periodo sperimentale cominciato nel novembre del 2004, rendendo così disponibile un servizio ulteriore per il monitoraggio del parto, fondamentale per la misura dello stato acido-base del sangue del cordone.

L'emogasanalisi è utile, assieme alla rilevazione di altri dati, per stabilire o escludere se un'eventuale paralisi cerebrale del neonato si sia verificata durante il parto. Oggi la letteratura scientifica ritiene che solo il 20% dei

casi di paralisi sarebbe riconducibile a eventi accaduti durante il parto, e in particolare l'ipossia (assenza o forte carenza di ossigeno nel sangue) intra-partum sarebbe ragionevole solo al 10% di questi casi.

La sperimentazione svolta al Policlinico dalla dottoressa Mariella Musola e dal dottor Stefani Scarceri, (vedi anche il box) ha

confermato i dati disponibili in letteratura, consentendo di ottenere informazioni importanti: si è per esempio ribadito che la durata del periodo dilatante ed espulsivo è in relazione con un aumento dell'acidemia, e che in ogni caso questo aumento, preso come dato isolato, non basta a stabilire un'avvenuta ipossia: circa il 2% dei neonati ha un'acidosi metabolica alla nascita, e la grande maggioranza di essi non sviluppa paralisi cerebrale.

**Maria Vascon**

## L'EMOGASANALISI: NEL 2004 LA SPERIMENTAZIONE:

La prima fase di sperimentazione, svoltasi da novembre 2004 ad aprile 2005, ha riguardato 674 parti su un totale di 726, con l'esclusione di parti prematuri e gemellari.

L'emogasanalisi è stata effettuata prelevando circa 1 cc di sangue sia dall'arteria, sia dalla vena ombelicale. Il rispetto dei tempi, fondamentale per la buona riuscita dell'esame, è stato rigoroso: l'invio in laboratorio è sempre avvenuto entro quindici minuti dal prelievo, e i risultati dell'analisi sono sempre stati disponibili entro dodici minuti dall'arrivo dei campioni, a testimonianza della stretta e prezio-



sa collaborazione delle due strutture coinvolte.

Nel 94,8% dei casi l'emogasanalisi ha evidenziato l'equilibrio acido-base. I risultati sono stati inseriti in una banca dati in associazione con altri indicatori come l'età della madre, i fattori di rischio eventualmente presenti, la durata del travaglio, l'Apgar alla nascita, il peso del neonato, l'eventuale insorgenza di patologie e il ricovero in terapia intensiva neonatale.

La sperimentazione ha permesso di ottenere le tolleranze entro le quali considerare normale lo stato di salute del neonato, verificando la sovrapponibilità dei risultati ottenuti con i dati proposti in letteratura.

# LA CULLA DEL SALVABEBÈ

Oltre 60 telefonate, quattro bambini adottati e due dati in affidamento ai servizi sociali. Tante storie, alcune tristi ma tutte a lieto fine, hanno accompagnato il numero verde "Salvabebè" nel suo primo anno di attività.

«Era una sfida – afferma Mariella Musola, la ginecologa in prima linea nella gestione del "Salvabebè" –, una scommessa che abbiamo vinto e che ci riempie di gioia. Non è sempre facile, le donne che decidono di lasciare il figlio che hanno portato in grembo soffrono moltissimo, più di quanto si possa immaginare».

Fra le tante storie raccolte nel suo diario la dottoressa Musola ce ne racconta alcune, come il dramma di una ragazza dell'Est violentata al suo arrivo in Italia. «Dopo aver partorito ha voluto vedere il bambino e ha chiesto di poter avere una sua fotografia. Vederla lasciare l'ospedale da sola in lacrime – racconta – è stato straziante anche per noi medici e infermieri...».

Ora quel bambino ha una nuova famiglia e una vita da vivere e quella giovane un giorno, forse, tornerà a sorridere. Qualcuna, aiutata dal personale del reparto, dalle mediatrici culturali e dalle assistenti sociali, ha deciso di tenere con sé il bambino, altre donne hanno chiesto l'affidamento temporaneo del piccolo per far fronte a situazioni famigliari tormentate.

E poi c'è Irene, abbandonata poche settimane fa fra i panni da inviare alla lavanderia proprio del reparto di Ostetricia di Borgo Roma. «Lei non è arrivata da noi attraverso il numero verde – afferma il professor Massimo Franchi, primario del reparto –, ma vogliamo credere che la sua mamma l'abbia lasciata qui per salvarla, forse ha sentito parlare del Salvabebè, ma non ha avuto il coraggio di esporsi. Il suo ritrovamento, però, ci ha riportato alla mente l'antica usanza di lasciare i bambini nelle ruote, allestite nei conventi o nelle chiese, perché



qualcuno si occupasse di loro».

E così, piccola ma efficiente, l'associazione "Operazione Vivere" si è già messa al lavoro per dare il via ad un altro progetto: una ruota della vita che a breve verrà allestita nei prossimi mesi presso la parrocchia del Tempio Votivo con la collaborazione della Croce Verde.

Voluto dall'associazione "Operazione Vivere" e realizzato nel Policlinico di Borgo Roma grazie all'impegno dell'Azienda ospedaliera, il Salvabebè risponde al numero gratuito 800283119 ed è un servizio di assistenza rivolto alle donne in difficoltà a causa di una gravidanza e in particolare a coloro che, non sentendosi in grado di diventare madri, vogliono affidare il bambino che portano in grembo ai Servizi sociali partorendolo in sicurezza all'interno di una struttura ospedaliera che si occupi di loro e del nascituro.

Risposta concreta ad una legge rimasta per troppo tempo lettera morta, il numero verde Salvabebè non pone limiti e non condanna: qualunque sia la condizione sociale in cui versa, che sia italiana o straniera, clandestina, sposata o nubile, indigente o

disoccupata, ogni donna ha il diritto di partorire in anonimato e di affidare il figlio al Servizio sociale e quindi alla via dell'adozione legale senza correre nessun rischio, senza subire interrogatori o denunce.

Chiamando il numero verde 800283119 attivo 24 ore su 24, la donna entra immediatamente in contatto con un ostetrico dell'unità operativa che fornisce informazioni sulla possibilità di partorire in anonimato. L'operatore che risponde al numero verde si propone prima di tutto di ottenere la fiducia della donna in difficoltà, offrendole aiuto e soccorso e aiutandola a risolvere il problema

senza colpevolizzarla ma preoccupandosi della salute sua e del bambino per evitare che una gravidanza indesiderata si trasformi ancora una volta in un drammatico fatto di cronaca con un piccolo innocente ucciso o abbandonato.

Se la donna è straniera il medico, tenendola in linea, può coinvolgere nella conversazione una mediatrice culturale di madre lingua che farà da interprete nella conversazione.

Se la donna non è in grado di raggiungere l'Ospedale può essere allertato il 118 di Verona emergenza.

Oltre al reparto di Ostetricia e ginecologia, il progetto coinvolge la Pediatria e in particolare il Servizio di patologia neonatale diretto del professor Ezio Padovani.

Particolarmente importante si è rivelata la strategia di comunicazione del "Salvabebè" di cui si è occupata la responsabile dell'Ufficio stampa Maria Fiorenza Coppari. Una foto suggestiva, realizzata e donata da Caroline Groszer, e lo slogan "lascialo in mani sicure" hanno raggiunto, come si sperava, il cuore delle donne.

**Maria Vascon**

# Il miracolo della vita

di Lorenzo Gobbi

## **L'ultimo arrivato è il primo dei viventi perché in lui il mondo ricomincia come se fosse stato appena creato e l'universo sembra riconoscersi nel dovere di proteggerlo**

Ogni anno, nelle due sedi di questa Azienda ospedaliera, molti bambini vedono la luce per la prima volta: il rosa e l'azzurro si alternano nei corridoi della Maternità di Borgo Trento e dell'ostetricia di Borgo Roma. Vi è un lieto andare di visitatori, per lo più in orario pomeridiano o nelle prime ore della sera, a vedere un bambino piangere o dormire dietro un vetro, o una mamma allattare; e a sentire parole e voci di padri e di nonni, immersi in una rara felicità che trasfigura i volti e modifica le voci fino a renderle diverse da quelle che ricordavamo.

*Non c'è nulla di nuovo sotto il sole,* scrisse Qohelet, re d'Israele in tempi immemorabili: in effetti, nulla è più comune di questa felicità, a tutte le latitudini, e tutte si somigliano le congratulazioni, le commozioni spontanee e profonde, i gesti e gli auguri, in tutte le lingue del globo.

Eppure, la nascita di un figlio o un nipote, con il ripetersi in noi e intorno a noi del rito dell'accoglienza e della commozione, dà torto all'antico re su questo punto, ferme restando le sue inattaccabili ragioni: «C'è un tempo per vivere e un tempo per morire», egli disse, e mai parola fu più esatta.

La nascita, come e ben più della morte, però, ci mostra un aspetto del

tempo che non sempre ci appare evidente: la vastità e la possibilità che esistono nel tempo della vita. Al contrario della morte, la nascita ci indica che il tempo della vita, quale che sia la nostra età e condizione, è ancora abitabile, ha pur sempre un senso: che possiamo accettare non solo la nostra esistenza, ma anche la logica degli eventi, la stessa, forse, che ci vuole ormai anziani oppure giovani ma sterili, o la stessa che ci vede, a volte, malati.

Mi spiego: l'evento di una nascita non può lasciarci indifferenti, non ci permette l'indifferenza. Un bambino di poche ore ci si pone davanti nella sua infinita debolezza, nella sua necessità di tutto: non ha armi per costringerci a nutrirlo, né prestigio sociale che ci porti a occuparci di lui; non sa nemmeno chiedere, né dire; non può neanche supplicare; eppure, il nostro rispetto lo raggiunge con spontaneità, e la nostra coscienza gli dà il primo posto tra gli esseri umani; tutto sacrificheremmo per lui.

In una lucidità che ci fa onore, riconosciamo

qual è la gerarchia dei valori: ciò che è più debole è ciò che più vale; ciò che più è vulnerabile merita tutta la nostra attenzione, nessun dubbio, in noi, mentre lo solleviamo con attenzione fino a poterlo toccare con la guancia, che sia questa la verità: l'ultimo arrivato è il primo dei viventi, sotto tutti gli aspetti.

È il primo, perché in lui il mondo ricomincia come se fosse stato appena creato: i suoi occhi vedono per la prima volta; dal suo punto di vista, tutto è nuovo. Come Adamo nel paradiso terrestre, incontrerà le cose e imparerà a chiamarle per nome. È il primo, anche, perché l'intero universo sembra spontaneamente riconoscersi nel dovere di proteggerlo e accoglierlo: ci appare nel mondo una legge non scritta, secondo la quale nulla può valere più di quel bambino appena nato.

Una sua malattia, la sua morte, una violenza o un'incuria colpevole che ne provochi la sofferenza ci sembrano delitti contro l'umanità intera e contro l'intera creazione, perché è certo, per noi che lo stringiamo delicatamente tra le palme delle mani, che tutto esiste perché lui possa vivere.

Egli è possibilità e scoperta, potenzialità sconosciuta: nel suo respirare e guardare, nel suo succhiare il primissimo latte che lo riempie di forza, riconosciamo ben più della nostra felicità privata. Comprendiamo che la vita si rinnova eternamente dall'interno, e che possiamo accettare anche di invecchiare; che anche il nostro soffrire, forse, un senso può averlo, se lo ha quel pianto di neonato; che possiamo fidarci della vita, perché in essa ciò che è più debole è ciò che è più prezioso, ciò a cui tutto si inchina.

Comprendiamo che le creature più minute, "tutti i bambini delle creazione" (Anna Maria Ortese), meritano veramente e sempre l'aiuto, il rispetto e addirittura l'ossequio dei forti, dei grandi, dei dominatori. E ci pentiamo di non averlo compreso se non raramente: di non averlo, quasi, nemmeno saputo.



# NATURALE CON GIUDIZIO

Le farmacie austere, di piccole dimensioni, con il bancone in legno e gli scaffali dello stesso materiale ormai sono una rarità, un'immagine del passato che non esiste più. Oggi la farmacia ha ceduto alla modernità e i prodotti sono disposti in modo così accattivante che è difficile non esserne attratti.

Il reparto della cosmesi e dell'igiene personale, l'angolo dei bambini con tanto di giochi per intrattenerli mentre le mamme fanno acquisti, quello dei prodotti dimagranti, dell'omeopatia e delle erbe, i cibi per intolleranze alimentari... Resiste il vecchio bancone e con il bancone rimane la sensazione che al di là di esso ci siano le vere medicine, una sorta di barriera: qui iniziano le cose serie.

In realtà anche ciò che sta al di qua di quel confine non si deve sottovalutare, perché in alcuni casi può nuocere alla salute se assunto con disinvoltura senza il consiglio di un specialista, come il farmacista appunto. Alcuni prodotti, tuttavia, si possono trovare non solo in farmacia, ma anche nei supermercati e in altri esercizi dove il cliente non è aiutato e consigliato nella scelta.

Prodotti per esempio per dimagrire, per regolarizzare l'intestino, bevande all'apparenza innocue, ma non per tutti.

«Purtroppo – spiega la presidente dell'Ordine dei farmacisti, Teresa Zuppini – si parte dal presupposto che siccome sono prodotti naturali, non possono far male, ma non è così. Prendiamo la camomilla: che cosa c'è di più innocuo di questo fiore? Eppure se sulla maggior parte delle persone ha un effetto di blando sedativo, in altri soggetti ha l'effetto contrario, provocando irrequietezza».

Gli esempi si sprecano. Chi non conosce il ginseng, la radice a cui si attribuiscono proprietà stimolanti? Bene: per gli ipertesi è sconsigliabile, in quanto alza i valori della pressione



arteriosa. Così come il carcadè, la bevanda di colore rosso, leggermente acidula, e per questo dissetante, molto ricca di vitamina C, ma in alcuni soggetti capace di provocare agitazione più del tè e del caffè.

Problemi possono insorgere anche per l'interazione tra i prodotti naturali e farmaci. Le persone in terapia con le statine per abbassare il livello di colesterolo nel sangue non devono bere succo di pompelmo, perché inibisce l'azione del farmaco. La crusca, assunta per regolarizzare l'intestino, può provocare il mal assorbimento dei farmaci. Quindi è bene mangiarla lontano dalla terapia o sospendere la crusca finché si prendono le medicine, in caso di patologie non croniche.

E veniamo ai prodotti dimagranti. «Molti preparati per la riduzione del peso e contro la cellulite – continua la dottoressa Zuppini – contengono alghe di vario tipo e in percentuale diversa, le quali hanno la proprietà di accelerare il metabolismo e quindi lo smaltimento dei grassi. Coloro che soffrono di malattie della tiroide devono astenersi dal prenderle per non incorrere in gravi problemi».

Attenzione anche per gli integratori alimentari e i pasti sostitutivi. Sono molto ricchi di fibre di ridotte dimensioni per fare massa nell'intestino e dare un senso di sazietà. Ma assorbono anche molta acqua e quindi possono provocare stipsi o cattive digestioni. Oltre ai prodotti alimentari con l'estate vanno per la maggiore gli integratori salini: siccome con il caldo si perdono molti liquidi, è l'opinione diffusa, e quindi sali, bisogna integrare. «Anche qui cautela – avverte la presidente dell'Ordine dei farmacisti –: chi soffre di ipertensione assumendo integratori salini rischia di accentuare la sua patologia».

Nulla quindi deve essere sottovalutato. «La questione non sono i prodotti, che sono assolutamente sicuri – conclude la dottoressa Zuppini –, ma la "storia" di ognuno di noi. Per questo è bene quando si comperano erbe piuttosto che integratori o altre cose considerare i farmaci che assumiamo o i problemi di salute che abbiamo. L'acquisto in farmacia è sicuramente una grande garanzia, in quanto si hanno a disposizione degli specialisti in grado di darci tutte le indicazioni utili».



*Teresa Zuppini, presidente dell'Ordine dei farmacisti*



## IL FARMACISTA, PER I VERONESI, “EDUCATORE” ALIMENTARE

È il farmacista il punto di riferimento per i veronesi in materia di educazione alimentare. Il dato emerge da un'indagine dell'Ordine dei farmacisti di Verona su un campione di 380 clienti delle farmacie di città e provincia. La ricerca – effettuata dallo studio Cavalieri&Associati di Torino – è stata presentata il 19 marzo scorso in Fiera, durante Salus, il 10° salone della cultura e dell'economia del benessere. L'obiettivo del lavoro era quello di sondare quale ruolo rivestisse la farmacia e il farmacista nelle abitudini alimentari dei veronesi. Questo in un momento in cui da un lato viene ventilata l'ipotesi di distribuire i farmaci cosiddetti da banco anche nei supermercati e dall'altro il mercato offre sempre più prodotti che hanno a che fare con alimentazione, i quali, non sempre, possono essere assunti da tutte le persone e senza controllo.

Dall'indagine è emerso che il 39,2% degli intervistati si rivolgerebbe al farmacista per avere un consiglio su come mangiare bene. Al secondo posto viene il medico generico (29%), poi segue il dietologo o nutrizionista (23,4%) e il personal trainer in palestra (5,8%). Il farmacista è punto di riferimento anche per coloro che vogliono iniziare una dieta per perdere peso (41,8%), mentre solo il 15,2% si rivolge ad un dietologo. La maggior parte del campione d'indagine alla domanda come si prende cura di sé ha risposto con l'attività sportiva (52,5%), segue la dieta (41,6%), gli integratori alimentari (28,4%), i prodotti di dermocosmesi (21,4%), l'alimentazione salutistica

(20,2%), i check up medici periodici (19,1%), i trattamenti estetici (18,7%), i prodotti erboristici (16%), cibi naturali e biologici (10,1%) e cure termali (6,2%). Il 16,7% non fa nulla. In farmacia vengono acquistati soprattutto integratori alimentari (40,6%), cibi dietetici, integratori sportivi (16,8%), alimenti biologici (11,1%), alimenti per specifiche intolleranze (3,9%). Però soltanto il 13,7% compera questi prodotti regolarmente, mentre il 39,5% una volta ogni tanto.

Interessanti le motivazioni che inducono gli intervistati all'acquisto. Il 35,4% ha alcune carenze vitaminiche, mentre il 23,7% ha scelto di consumare cibi più genuini e sani. Il 18,3% confessa di seguire una dieta ipercalorica, mentre il 12,1% ha cominciato a volgere un'attività sportiva intensa. Il 5,4%, però, è stato costretto per una patologia legata all'assunzione di alcuni alimenti. Infine indicative sono le risposte che gli intervistati hanno dato riguardo ai servizi che vorrebbero trovare in farmacia.

Qui l'alimentazione non c'entra in quanto più della metà vorrebbe avere la possibilità di prenotare gli esami e le visite senza recarsi in ospedale o attaccandosi al telefono per contattare il Cup, ma direttamente presso il proprio farmacista di fiducia. Mentre il 47% ha espresso anche il desiderio, insieme ad altre cose, di poter avvalersi della consulenza specialistica del personale interno, e il 35% di poter sottoporsi ai test per rilevare le intolleranze alimentari.

# RIFUGIATI IN CITTÀ



Un campo rifugiati allestito nel cuore delle città d'Italia. Questa l'iniziativa itinerante organizzata da Medici senza frontiere per sensibilizzare i cittadini a problemi e realtà che spesso conoscono solo di riflesso o superficialmente. Dal 20 al 23 aprile scorso, il campo di Msf ha fatto tappa a Verona, riscuotendo un grande interesse da parte dei veronesi.

Per l'occasione, piazza Isolo si è trasformata in una vera e propria zona d'emergenza, con tende e tendoni per la notte, rudimentali ambulatori medici, strumenti per cucinare, servizi igienici e contenitori per rendere potabile l'acqua, fonte di pericolose epidemie.

Le tende allestite nella mostra itinerante di Msf hanno metratura differente; sono state montate tre tipologie di "alloggio" differenti a seconda del luogo geografico in cui prende il via la missione. «La "capanna del deserto", utilizzata in regioni come il Sudan meridionale, può ospitare in pochi metri quadrati anche venti persone – hanno spiegato i volontari –; è spesso costruita con tendoni di plastica forniti dalle associazioni e da pali incrociati che ne determinano l'ossatura».

Il Tukul è una capanna fatta con legno, fango e paglia, molto comune in Uganda e Etiopia, mentre la "tenda

a capanna", diffusa in Afghanistan, può contenere fino a sette persone. Ogni angolo di piazza Isolo è stato caratterizzato da una differente costruzione, con alloggi, sacca per potabilizzare l'acqua, e tende con funzione di ambulatorio medico, per le vaccinazioni e le valutazioni nutrizionali.

Particolarmente delicato è il problema dei servizi igienici, talvolta considerati dalle popolazioni che arrivano nel campo un elemento molto imbarazzante, che non rientra nella loro cultura e abitudine. «Il nostro compito è quello di dedicare per questa area degli spazi abbastanza ampi, in modo da poter mettere le persone completamente a loro agio», hanno spiegato i volontari.

Importante anche il tendone per la raccolta del cibo. «Cibo che viene consegnato crudo, affinché le persone possano cucinarlo e mangiarlo insieme, creando così momenti di condivisione – spiegano ancora gli organizzatori –: spazi fondamentali per l'equilibrio psicologico di soggetti che, oltre ad aver perso ogni aspetto di vita normale, dal lavoro alla casa agli affetti, non riescono ad individuare alcuna prospettiva per il futuro».

Ed è stata proprio la condivisione di esperienze vissute in prima persona,

## SFOLLATI E RIFUGIATI

Sulle magliette degli accompagnatori il numero 33, la cifra in milioni degli sfollati e dei rifugiati di tutto il mondo.

Dal team di Medici senza frontiere è stata proposta una riflessione sulla particolare distinzione dei due termini, apparentemente simili ma sostanzialmente diversi.

Secondo quanto stabilisce la convenzione di Ginevra, infatti, rifugiato è chi, temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, appartenenza a determinati gruppi sociali o politici, si trova fuori dal Paese in cui è cittadino e non può o non vuole avvalersi della protezione delle sue leggi. Secondo i dati ufficiali i rifugiati sono circa 11.5 milioni di persone.

Diversa la posizione dello sfollato, anch'esso costretto a fuggire da guerre o persecuzioni, ma che tuttavia si trova entro i confini del Paese. Sui numeri non esistono dati certi in grado di stabilire la reale entità della tragedia umanitaria, le stime vanno però dai 21 ai 24 milioni di uomini, donne e bambini.

il valore aggiunto dell'iniziativa. Esperienze come quella di Nicol, infermiera svizzera in missione in Rwanda, che ha lottato una notte e un giorno per cercare di salvare la vita a un bimbo con l'addome lacerato da un colpo d'arma da fuoco. Tra i tendoni del campo di piazza Isolo, molti gli oggetti di uso comune, un vecchio barattolo, una pentola. Ma è solo attraverso gli occhi dei volontari che i visitatori hanno potuto capire il reale significato, la storia di quegli oggetti tanto comuni.

Numerose le persone che hanno visitato la zona, e preso parte alle visite guidate dei volontari dell'organizzazione non governativa, che da oltre trent'anni compie missioni in tutto il mondo. Molte scolaresche hanno aderito all'iniziativa: in due giorni sono stati ventitrè gli istituti scolastici a prenotarsi per un giro guidato al campo, per un totale di oltre 1.200 studenti.

La domenica è stato un continuo andirivieni di studenti, giovani, famiglie e bimbi. Proprio per i più piccoli è stato studiato un percorso particolare, accompagnato dal racconto dell'esodo dei Saharawi verso i campi di Tindouf, in Algeria. Molto simile a quello degli adulti, anche se i partico-



lari più forti e tragici sono stati ovviamente tralasciati. Un percorso con qualche spazio in più per costruire e

conoscere i semplici giochi dei loro coetanei in altri luoghi del mondo.

**Ilaria Noro**

## MEDICI SENZA FRONTIERE, ORGANIZZAZIONE UMANITARIA SORTA NEL 1971

Medici senza frontiere, oggi prima organizzazione umanitaria privata al mondo, nasce nel 1971, da un gruppo di medici e giornalisti il cui spirito era inizialmente quello di denunciare le violazioni dei diritti umani e fornire assistenza medica e sanitaria alle popolazioni in difficoltà.

Dal 2003 l'organizzazione, diffusa ormai in tutte le nazioni, con un totale di oltre 2.000 volontari e 400 progetti dislocati nei vari angoli del globo, ha una sede anche a Verona.

Un vero e proprio punto di collegamento e informativo tra la città e il resto del mondo, che organizza incontri di sensibilizzazione, testimonianze e, non ultimo, un continuo reclutamento di nuove persone interessate a mettere impegno e professionalità a disposizione del prossimo.

«L'esigenza più forte è quella di infermieri e medici. Ma non solo, siamo alla ricerca anche di architetti, ingegneri, geometri per allestire e costruire concretamente i campi rifugiati o ristrutturare edifici già presenti – spiega Giovanni Di Cera, responsabile della sede verone-

se di Msf –. Una sede che è un privilegio, presente relativamente in poche città d'Italia, inizialmente fornita dai padri Comboniani, ora invece dall'Amministrazione comunale.

Servono inoltre, “sentinelle umanitarie” anche in loco, con lo scopo di sensibilizzare i cittadini sulle drammatiche situazioni di emergenza e costante precarietà in cui versano alcune popolazioni, attraverso l'organizzazione di mostre, incontri, testimonianze e iniziative analoghe al campo rifugiati, allestito in piazza Isolo.

Il punto di Medici senza frontiere di vicolo Corticella San Marco organizza anche interventi informativi nelle scuole di tutta la provincia e tiene corsi alle università del tempo libero e della terza età.

«Il nostro obiettivo primario è quello di riuscire a far alzare la traiettoria dello sguardo delle persone, al di fuori dai confini nazionali, per poter alleviare le sofferenze come cittadini del mondo», conclude Di Cera.

(i.n.)

# Il viaggio spirituale di Sergio

di padre Giacomo Bonaventura

**Spesso il malato chiede all'operatore sanitario non solo le sue cure o la sua vicinanza, ma anche di mettere in campo la sua spiritualità.**

Che ognuno debba fare il suo "mestiere" è la regola base per far funzionare bene una struttura, anche quella sanitaria. Il medico faccia il medico, all'infermiere i suoi compiti, il capellano faccia la sua parte...

Sappiamo, però, sia dall'esperienza che dalla letteratura specifica che, nell'ambito del curare, i confini non sono e non possono essere così netti. Abbiamo a che fare con persone che vivono la loro malattia nella globalità della propria persona, per cui le dimensioni fisica, psicologica, sociale e spirituale sono influenzate e intrecciate in un tutt'uno.

Non sono poche le volte in cui il malato chiede all'operatore sanitario non solo la sua arte tecnica e di cura, non solo la sua vicinanza e sensibilità umana, ma anche di mettere in campo la sua spiritualità. Una richiesta di preghiera e di sostegno spirituale. Le persone sembrano possedere una sorta di radar e capiscono immediatamente a chi poter fare questa richiesta.

E d'altra parte anche gli operatori sanitari vivono la loro spiritualità: si portano domande, dubbi, ricerca di senso, speranze di risposta; anche loro avvertono sulla propria pelle la fragilità dei loro pazienti e il bisogno di aiuto e di accompagnamento.

Personalmente vedo un forte disagio negli operatori sanitari a manifestarsi in questa dimensione. Prevale il pudore, il non sentirsi all'altezza, ma soprattutto l'essere convinti che non spetti loro questo compito e che non sia né utile né idoneo "mostrare" la propria fragilità e le proprie risorse spirituali. Ho l'impressione che si tenti di nascondere (anche a se stessi) ciò che si prova e non si può non provare.

Mi è capitato di recente di parlare con un giovane medico, Sergio, che mi ha raccontato il suo viaggio spirituale con i suoi malati. Mi ha colpito l'onestà di quest'uomo ad ammettere le



proprie fatiche, i tentativi maldestri ed altri riusciti di mettersi in ascolto delle domande spirituali a lui rivolte esplicitamente o in maniera velata, di mettere in gioco le sue risorse interiori e la sua preghiera.

Riporto in maniera sintetica il suo racconto.

*«Mi è impossibile rimanere neutrale di fronte alle sofferenze dei miei pazienti, mi colpiscono mio malgrado. Ho provato a far finta di niente, a isolarmi, a usare il mio ruolo e il mio camice, ma le sofferenze dei miei piccoli pazienti (lavo-*

*ra con i bambini, ndr) e le paure dei loro genitori me le porto molte volte anche a casa. Anche perché anch'io ho figli e sono toccate le corde del mio essere papà... e il pensiero che possano essere miei figli quelli che curo mi ritorna continuamente.*

*Provo tanta impotenza di fronte a certe situazioni, soprattutto rispetto alle attese di cura e di guarigione che hanno i genitori. Poi se il rapporto con loro si approfondisce mi vengono rivolte domande che sento essere richieste di aiuto e di sostegno che vanno al di là del mio essere medico. Sono richieste fatte da una persona ad un'altra persona.*

*Alcuni genitori mi hanno aiutato. Sono stati loro a chiedermi in maniera esplicita di star loro vicini e di pregare con loro e per loro. È stato come trovare una porta aperta che chiede di lasciare aperta la mia di porta.*

*Non sempre le richieste e le sollecitazioni sono così esplicite. La maggioranza delle volte si giocano su sguardi, silenzi, mezze parole. Appelli che sento mi lanciano e che non sempre posso cogliere.*

*Ho imparato che è meglio non far finta di nulla o mostrarmi (soprattutto a me stesso) neutrale. Porto, allora, la sofferenza, la fragilità e l'impotenza dei miei piccoli pazienti e dei loro genitori nella mia preghiera, a casa. Mi accorgo che aiuta me come persona e anche come medico. E poi coinvolgo anche i miei figli. Racconto loro la situazione dei miei "bambini" in ospedale e chiedo loro di pregare per loro. A volte lo facciamo insieme, altre lo fanno da soli. Mi è di sostegno sapere che anche i miei figli sono coinvolti nel mio "lavoro" e portano i problemi dei miei piccoli malati.*

Sì, è giusto che ognuno faccia il suo "mestiere" e non ci sia confusione di ruoli, ma non credo sia possibile scindere il nostro essere operatori sanitari dal nostro essere uomini e donne, la nostra tecnica dal significato che cerchiamo e diamo al vivere, al soffrire e al morire.

# Visite e prestazioni cardiologiche

di Luciano Flor\* e Giulia Bisoffi\*\*

Quando si chiede una prestazione sanitaria viene naturale aspettarsi di ottenerla in tempi brevi, senza pensare a quali finalità deve prioritariamente rispondere il servizio a cui ci si rivolge. Accade allora che ci si lamenti perché, quando si prenota una visita, non si è immediatamente soddisfatti.

Nello scorso numero della rivista abbiamo sottolineato come le visite, ed alcune prestazioni cardiologiche, siano tra quelle costantemente monitorate in tutte le Regioni, perché considerate emergenza in tutto il territorio nazionale.

Partendo dal presupposto di non trovarci in una situazione di urgenza, ma di aver bisogno di una visita cardiologica programmata e ipotizziamo di volerla prenotare all'Azienda ospedaliera di Verona: la data assegnata può essere anche dopo tempo considerevole e per noi eccessivo.

Ricordiamo che, da quando è stato attivato il Cup (Centro unico di prenotazione) provinciale, nel caso in cui l'attesa dell'ospedale non convincesse, si può fare richiesta di effettuare la prenotazione presso le Unità sanitarie locali della provincia di Verona e decidere quale data va meglio tra quelle proposte (vedi tabella). Presso i servizi territoriali la visita/prestazione in genere si ottiene in tempi più rapidi, coerentemente con le finalità di tali servizi.

Questa esperienza non dovrebbe, però, portare a una valutazione negativa rispetto all'efficienza del Servizio ospedaliero, la cui finalità primaria, nel caso di un ospedale per acuti qual è quello di Verona, è rivolta alle urgenze ed alle prestazioni di maggior complessità.

Sempre di più, infatti, si sta migliorando l'organizzazione dell'emergenza per far sì che sia soddisfatta in tempi minimi e senza distinzione tra pazienti, assicurando lo stesso trattamento a tutti i residenti della provincia, sia in città sia in zone periferiche ove non esistono Centri specializzati. La Cardiologia clinica dell'Azienda ospedaliera sta lavorando, in collaborazione con il 118, per fare in modo

| PRENOTAZIONE A CUP DI ALCUNE PRESTAZIONI CARDIOLOGICHE |                     |                   |                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Dati CUP rilevati il 19.05.06                          |                     |                   |                  |
| Visita cardiologica                                    | Azienda Ospedaliera | Sede              | giorni di attesa |
|                                                        |                     | OCM               | 210              |
|                                                        |                     | OP                | 156              |
|                                                        |                     | Valeggio          | 60               |
|                                                        | ULSS 20             | Distretto 3       | 16               |
|                                                        |                     | Marzana           | 16               |
|                                                        | ULSS 21             | Nogara            | 33               |
|                                                        |                     | Bovolone          | 33               |
| Elettrocardiogramma (ECG)                              | Azienda Ospedaliera | OCM               | 0                |
|                                                        |                     | OP                | 3                |
|                                                        |                     | Valeggio          | 3                |
|                                                        | ULSS 20             | San Bonifacio     | 11               |
|                                                        |                     | Marzana           | 12               |
|                                                        | ULSS 21             | Legnago           | 3                |
|                                                        |                     | Nogara            | 3                |
|                                                        |                     | Bovolone          | 3                |
|                                                        | ULSS 22             | Malcesine         | 0                |
|                                                        |                     | Isola della Scala | 3                |

che un paziente che chiama per un'emergenza, riconosciuta dagli operatori del 118 come possibile infarto, ottenga un intervento che inizia ben prima dell'arrivo in ospedale.

Il progetto prevede che se una persona chiama il 118 per un'emergenza cardiaca, trovi operatori preparati a capire già al telefono che tipo di intervento è necessario e, se è il caso, venga soccorsa da un'ambulanza con ECG (elettrocardiogramma) a bordo. Quando il progetto sarà operativo, il medico a bordo dell'ambulanza potrà trasmettere direttamente l'elettrocardiogramma ai medici della Cardiologia clinica dell'Azienda ospedaliera, che daranno indicazioni sull'ospedale più appropriato a cui indirizzarsi. Ciò renderà possibile inviare in Azienda ospedaliera i casi più critici, facendo sì che l'assistenza sia già attiva e adeguata durante il trasporto. Attualmente il servizio è ancora in fase sperimentale e si sta testando la qualità delle immagini trasmesse. Inizialmente questo servizio sarà svolto in collaborazione con la Croce Verde, ma a regime dovrebbe vedere coinvolte anche le altre "Croci".

Nella seconda metà dell'anno verranno

organizzati incontri di formazione per la cittadinanza, per insegnare cosa fare in caso di emergenza cardiaca: chiamare direttamente il 118, senza andare al Pronto soccorso può fare risparmiare minuti preziosi in caso di infarto. L'obiettivo del progetto, infatti, è quello di formare non solo gli operatori sanitari, ma anche la cittadinanza.

Al di là delle emergenze, si sta lavorando anche per migliorare i tempi di attesa per le prestazioni programmate, incidendo sull'appropriatezza delle stesse. Ci sono già stati incontri tra Azienda ospedaliera, Ulss 20 e rappresentanti dei medici di base ed è stato prodotto un documento con le indicazioni per i medici di Medicina generale riguardo la richiesta delle principali prestazioni cardiologiche (ECG + visita, i vari tipi di eco, le prove da sforzo); a breve inizierà il confronto per far diventare tale documento una sorta di linea guida per tutti i medici di medicina generale dell'Ulss 20 e ci si aspetta che questo porti ad una razionalizzazione delle richieste e ad un relativo abbattimento dei tempi di attesa.

\*direttore sanitario

\*\*responsabile Ufficio statistica

# ZUCCHERI TRADITORI

«Il diabete è una tigre: il diabetico deve esserne il domatore», così Gaetano Savino, presidente provinciale dell'Associazione Diabetici di Verona, sintetizza pagine e pagine di dibattiti scientifici.

## Ma domatori non si nasce. Come si impara ad esserlo?

«L'unica cosa da non fare assolutamente è fingere che la tigre non ci sia. Il domatore deve divenire innanzitutto responsabile. Per essere responsabile deve prima essere ben motivato, ma prima deve accettare la malattia. In questi passaggi, i diabetici vanno aiutati».

## È per questo che la esiste l'Associazione Diabetici?

«Soprattutto per questo e – insieme alla Federazione Veneta delle Associazioni Diabetici (Fevedi) a cui aderiamo – per ricordare ai responsabili delle istituzioni che esiste una legge (la n. 115 del 1987, ndr) che parla chiaramente di educazione terapeutica del paziente diabetico, il quale deve imparare a gestire... o meglio "domare" il diabete... la "tigre", con autocontrollo».

## Questa legge viene realmente applicata?

«Solo a macchia di leopardo, purtroppo. E tutto viene affidato alla buona volontà dei medici diabetologi, che spesso si occupano di educazione terapeutica fuori orario, come volontari. Si tratta invece di un'attività che andrebbe istituzionalizzata. Nel frattempo dobbiamo supplire con l'attività dell'Associazione, grazie ai Cad (Centri anti-diabete), ed all'appoggio dell'Azienda ospedaliera, che si sta dimostrando sensibile ai nostri problemi».

## In cosa consiste l'attività dell'Associazione Diabetici?

«Innanzitutto, nella nostra sede, rispondiamo individualmente alle



*Gaetano Savino, presidente provinciale dell'Associazione Diabetici di Verona*

domande sull'autocontrollo della glicemia, sull'uso dei reflattometri e dei vari presidi, fornendo anche informazioni sulla legislazione vigente. Poi, per esempio, organizziamo incontri di educazione terapeutica per diabetici su temi quali l'alimentazione, la cura del piede diabetico, l'attività fisica, nuove terapie...».

## Chi tiene queste lezioni?

«I medici del reparto di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Azienda ospedaliera e Università di Verona, che prestano la loro opera volontariamente – come dicevo – fuori orario di servizio. Per questo dobbiamo ringraziare particolarmente la disponibilità del professor Michele Muggeo, responsabile del reparto, e del professor Enzo Bonora, referente di Diabetologia».

## E con la Fevedi quali iniziative portate avanti?

«La Fevedi organizza annualmente campi scuola per diabetici, per l'educazione terapeutica. Inoltre, pubblica un giornale quadrimestrale con cronache e testimonianze delle varie

## LA NORMATIVA

**Legge 16 marzo 1987, n.115**

### Art 5

**3.** I servizi di diabetologia svolgono in particolare i seguenti compiti:  
f) addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico;

### Art. 7

**1.** Nell'ambito della loro programmazione sanitaria le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria, rivolte ai soggetti diabetici e finalizzate al raggiungimento della autogestione della malattia attraverso la loro collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.

associazioni, oltre ad articoli scientifici. Dal 1997 a questa parte partecipiamo alle riunioni mensili a Vicenza della Federazione. Ultimamente si è discusso in particolare dei problemi che il diabetico deve affrontare nel mondo del lavoro, nella scuola, nei rapporti con le istituzioni e con i Cad di appartenenza».

## Cosa emerge da queste discussioni?

«Si torna sempre, purtroppo, a parlare della non omogeneità di trattamento del diabetico, soprattutto in relazione al livello di assistenza sociosanitaria».

## Cosa auspicate per l'immediato futuro?

«Una maggior sinergia tra medici generici e Cad o Servizi di Diabetologia. I diabetici di tipo 2 (non insulino-dipendenti) sono spesso affidati alle cure dei medici di famiglia, e sarebbe davvero utile una sempre più stretta collaborazione tra questi e i centri specializzati secondo un protocollo d'intesa, soprattutto perché per i medici di base è difficile ritagliare il

tempo per occuparsi dell'educazione all'autocontrollo dei pazienti. E qui si torna alla tanto agognata applicazione della legge 111/87».

### E ancora una volta entra in campo il volontariato...

«A proposito di volontariato, particolarmente fruttuoso è per noi l'operato del Centro servizi volontariato di Verona, che ci ha consentito di aderire al progetto "Corsi di formazione per volontari", ottenendo un contributo per un corso di formazione di diabetici (di tipo I e di tipo II), finalizzato ad acquisire metodologie e competenze per organizzare gruppi di "Auto-mutuo-aiuto", per superare il disagio psicologico che spesso affligge chi è affetto da diabete. Inoltre, per iniziativa del Centro è nato Servizio Civile Gioinvolto, che ci ha permesso di assumere per tutto il 2006 una giovane studentessa universitaria per affiancare al computer un'infermiera professionale per lo "screening del piede diabetico", avviato recentemente nel Servizio di Diabe-



tologia di Borgo Trento».

La sede dell'Associazione Diabetici di Verona, nell'Ospedale di Borgo Tren-

to (tel. 045.8343959) è aperta il mercoledì ed il venerdì dalle ore 9 alle ore 11.

**Anna Laura Folena**

## ATTENTI ALL'EPIDEMIA DEL TERZO MILLENNIO

Chi considera il diabete come un problema lontano dalla propria vita quotidiana stia all'erta: si tratta di una sorta di epidemia, a quanto pare.

Nel mondo più di 151 milioni di adulti sono affetti da diabete, con un aumento di più dell'11% dal 1995 al 2000. Secondo l'International Diabetes Federation, ci potrebbe essere un raddoppio nei primi venticinque anni del terzo millennio.

Inoltre, se quasi il 5% della popolazione adulta del mondo è diabetico, bisogna anche rilevare un preoccupante abbassamento dell'età media in cui il diabete insorge: più della metà dei diabetici ha tra i 20 ed i 59 anni.

In Italia, nel 1995 i casi di diabete di tipo 1 e 2 erano 3.369. Nel 2.000 erano già saliti a 3.592, con un incremento del 7%.

A Verona, nella Giornata nazionale del Diabete dello scorso novembre, si è svolto il controllo gratuito della glicemia, rivolto a tutta la popolazione, grazie all'impegno dei volontari dell'Associazione Diabetici, e del personale medico e paramedico del reparto di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Azienda ospedaliera e Università di Verona, che hanno prestato la loro opera gratuitamente, e grazie ad alcune case farmaceutiche che hanno donato il materiale necessario.



«Lo screening – spiega Gaetano Savino, presidente dell'Associazione Diabetici di Verona – ha confermato che il 20 % delle misurazioni della glicemia erano oltre il massimo livello e che di queste il 5 % segnalava sicuramente un diabete "sommerso", ovvero ancora ignorato dai pazienti».

Questo dimostra che non sono solo i diabetici ad aver bisogno di formazione, ma tutta la popolazione, soprattutto quella composta da golosi e da sedentari.

# GRAZIE PROFESSORE

Fu tra i protagonisti di un'importante pagina della storia cittadina, uno dei principali artefici della nascita e dello sviluppo del Policlinico di Borgo Roma, progettato come secondo ospedale veronese e cresciuto come struttura universitaria.

Quanto fosse costata però quell'impresa in termini di impegno, di opera di mediazione tra gli indirizzi dettati dai rappresentanti politici, le istanze dei sanitari, le esigenze degli universitari, di disponibilità ad ascoltare e tentare di risolvere sempre in tempi strettissimi e in carenza di risorse finanziarie i problemi infiniti che ogni giorno si proponevano, lo potrebbe raccontare solo Giorgio Cremonini, il Professore, come lo chiamavano a Borgo Roma, primo direttore sanitario della struttura ospedaliera.

Un racconto impossibile da raccogliere perché Cremonini se ne è andato nel settembre scorso, con il suo bagaglio di ricordi di vita vissuta tra le cliniche e gli istituti dell'ospedale. Una storia particolarmente interessante da rileggere oggi, all'indomani della costituzione delle Aziende integrate Ospedale-Università di Verona e Padova.



*Il professore Giorgio Cremonini con il vescovo Giuseppe Amari*

«Arrivò a Borgo Roma nel '68, circa un anno prima dell'apertura del Policlinico – ricordano ora Antonio Pette-nella, geometra allora responsabile dell'ufficio tecnico della struttura e Roberto Tenci, ex direttore del personale, che seguirono insieme a Cremonini la nascita del nosocomio di Borgo Roma -. Proprio quando l'ospedale si apprestava a cambiare in parte la propria destinazione ancora in fase di costruzione».

Da ospedale progettato per accogliere le specialità, infatti, Borgo Roma, diventò sede della sezione staccata della Facoltà di Medicina di Padova. La convenzione tra il rettore dell'ateneo patavino, Giulio Ferro, il presidente degli Istituti ospitalieri di Verona, Giambattista Rossi, ed il presidente del Consorzio universitario scaligero, Renato Gozzi, fu firmata il 31 ottobre 1968. Da allora furono numerosi gli interventi concertati con gli universitari sulla struttura da trasformare in sezione universitaria, in grado di ospitare il triennio conclusivo del corso di studi per il conseguimento della laurea in medicina. L'Università fissava a quota novecento il proprio fabbisogno di posti letto, che sarebbero stati suddivisi tra singole cliniche ed istituti. Gli Istituti ospitalieri si impegnavano inoltre, per convenzione, a mettere a disposizione i locali per l'istituto di Igiene, di Medicina legale e delle assicurazioni e per la Farmacologia.

«L'Università di Padova aveva nominato una commissione per valutare il progetto del Policlinico e calibrare, compatibilmente con lo stato di avanzamento dei lavori, gli interventi edilizi sulle esigenze reali della nuova

## IL PROFILO

Il professor Giorgio Cremonini, classe 1925, si laurea in medicina e chirurgia il 21 novembre del 1949. Dopo un periodo di circa sei mesi, trascorso alla Clinica medica dell'università di Modena, come medico interno, viene assunto il 10 ottobre del 1950 dal Comune di Modena e destinato alla Ripartizione Igiene sanità e beneficenza. Il primo incarico da direttore sanitario arriva nel 1963, a Pescara, all'Ospedale civile dello Spirito Santo. La nomina al Maggiore di Verona è del luglio '68. Il 20 settembre del 1968 a Cremonini viene asse-

gnato il compito di curare l'organizzazione e l'avvio dell'attività assistenziale a Borgo Roma. Due anni più tardi, al termine del periodo di prova, il professore viene confermato dal Consiglio di amministrazione degli Istituti ospitalieri di Verona nel ruolo di direttore sanitario, che ricopre fino all'83. In segno di gratitudine per l'impegno e la dedizione dimostrata durante il suo servizio, il direttore medico del Policlinico, Giovanna Ghirlanda, ha proposto di intitolargli la biblioteca medica del "Giambattista Rossi".

**Va.Za.**

destinazione – spiega Pettenella –. In ortopedia, ad esempio, erano previsti duecento posti letto, ma l'Università era determinata ad un ridimensionamento del numero delle degenze. Quindi fin dai primi incontri la commissione arrivava a Verona, apriva i disegni dei progetti per conoscere la distribuzione dei reparti e poi apportava le modifiche.

Quando il professor Pistolesi visitò il cantiere della Radiologia, chiese cambiamenti radicali e fu necessario demolire tutto il lavoro fatto fino a quel punto, riprogettare, rifinanziare i lavori in un periodo i cui i soldi erano pochi».

Lo ricorda bene il dottor Tenci. «Si faceva economia su tutto. Quando comprammo le lenzuola, mi consultai con una capo sala esperta, suor Aurora, che mi chiese tre cambi per letto, calcolandone uno in uso, uno al lavaggio ed il terzo destinato a coprire le emergenze».

Tutte le segnalazioni, le decisioni, le responsabilità erano di Cremonini,

dal quale dipendeva direttamente l'attività del Pronto soccorso e della Sterilizzazione. Inoltre tutti i giorni visitava le cucine per controllare l'igiene. «Si faceva carico delle richieste di tutti; se un medico aveva bisogno di una scrivania, il direttore sanitario andava di persona a chiederla all'economato. Certo, per far fronte ad una tale molteplicità di compiti, arrivava in ufficio la mattina e rimaneva fino alle nove o alle dieci di sera. Solo per il pranzo non rinunciava ad incontrare la famiglia. Poi, tornato al Policlinico, ci chiamava sempre nel suo ufficio per metterci a conoscenza di quanto era accaduto in giornata, per programmare l'attività del giorno seguente o chiederci consigli. Non ha mai preso decisioni senza interpellarci, era davvero capace di lavorare in squadra», ricorda Pettenella. Arrivò così tra mille difficoltà anche il giorno dell'inaugurazione del Policlinico. Il primo istituto ad aprire i battenti fu la Patologia medica del professor Ludovico Antonio Scuro.

«Avevamo chiesto a dei malati ricoverati a Borgo Trento, ma residenti nella zona sud della città, se erano disponibili ad essere trasferiti nella nuova struttura. Accettarono e furono accompagnati in ambulanza. Per il taglio del nastro non volevamo i letti vuoti.

Tuttavia il professore era preoccupato: l'ospedale era finito per metà e metà era ancora un cantiere, c'erano solo due sale operatorie finite su otto e due sale di Radiologia su dodici erano funzionanti», aggiunge l'ex responsabile dell'ufficio tecnico del Policlinico.

«C'era il personale necessario a coprire i turni, tutto era funzionante, ma assolutamente provvisorio: si sperava che le cose andassero bene – gli fa eco Tenci –. Tuttavia il clima era di grande entusiasmo perché eravamo consapevoli di vivere un'esperienza importante per noi e per la nostra città: nessuno remava contro ed eravamo ottimisti. Il tempo ci ha dato ragione».

**Valeria Zanetti**

## NASCE L'ARCHIVIO STORICO DELLA PSICHIATRIA

Per iniziativa del Rettore dell'Università di Verona si è costituito il Comitato per l'«Archivio storico della Psichiatria veronese», con lo scopo di riunire e conservare il materiale cartaceo dell'ex Manicomio di San Giacomo, attualmente disperso in varie sedi. In particolare, il Comitato si propone di conservare e valorizzare i documenti di archivio (cartelle cliniche, documenti amministrativi, ecc.), rendendoli disponibili per gli studiosi in una sede che è stata recentemente ristrutturata, nell'area del Policlinico dove si trovava il vecchio Manicomio veronese. La scelta del luogo – la palazzina del Servizio di Psicologia medica, che era un vecchio reparto di osservazione di San Giacomo – testimonia la volontà concreta di conservare la memoria nello stesso luogo in cui tantissime persone hanno vissuto, sofferto e lavorato.



*Michele Tansella direttore del Dipartimento per la Salute mentale*

Questa proposta, tra l'altro, si riallaccia ad esperienze analoghe che

sono state realizzate in altre città, nelle quali si è cercato di conservare e rendere accessibile a tutti la memoria dell'esperienza manicomiali, attraverso la raccolta del materiale, la valorizzazione degli archivi e la creazione di veri e propri musei (Manicomio di San Servolo a Venezia, Manicomio di Reggio Emilia, Manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma).

Al progetto hanno aderito l'Azienda Ospedaliera di Verona, l'Azienda Ulss 20, la Provincia, il Comune, l'Università di Verona.

Per far conoscere l'iniziativa, il Dipartimento di Storia dell'Università organizzerà, presso il Polo Zanotto, un convegno nel mese di novembre 2006, al quale parteciperanno studiosi di storia della Psichiatria, tra i quali Patrizia Guarneri (Firenze), Tommaso Losavio (Roma) e Luciano Bonuzzi (Verona).

# Caro amico Fido ti studio

di Anna Laura Folea

*Qua la zampa!, Versi diversi, Un cane per amico, Il popolo dell'erba:* sono solo alcuni dei titoli di percorsi didattici proposti agli insegnanti e dirigenti scolastici dall'Associazione zooantropologica, nata in seno all'Ordine dei medici veterinari di Verona e composta da medici veterinari interessati alle tematiche zooantropologiche.

L'Associazione ha concentrato finora il proprio lavoro sulle lezioni agli alunni delle scuole primarie e secondarie di primo grado. Numerosi sono stati i progetti realizzati in diversi istituti di Verona e provincia: «I percorsi – assicura il vicepresidente Emiliano Garonzi – sono stati già ampiamente testati e rispondono alle caratteristiche previste dalla Siua (Scuola di interazione uomo animale)».

## Esattamente come si realizzano questi progetti?

«Si tratta di una serie di incontri, da tre a cinque lezioni in classe, articolate in varie fasi: una lezione vera e propria di 15-20 minuti sull'argomento del giorno (i sensi degli animali, la



comunicazione, l'etologia del cane e del gatto, eccetera), un gioco a squadre, una fase in cui i ragazzi diventano protagonisti con i loro racconti, gli aneddoti e le loro curiosità e domande, la consegna di un lavoro da svolgere a casa (come disegni, elaborati o questionari) e, quando possibile, un

momento interattivo con l'intervento di un conduttore cinofilo con il proprio cane, opportunamente addestrato per questo tipo di attività».

## Vengono coinvolti solo i ragazzi o anche le loro famiglie?

«A conclusione del progetto general-

## COS'È LA ZOOANTROPOLOGIA

Qual è il ruolo specifico che gli animali giocano nella nostra vita?

I graffiti nelle caverne abitate dai nostri preistorici ci testimoniano un'antichissima relazione uomo-animale che con il tempo è divenuta sempre più complessa ed articolata. Non poteva mancare, quindi una disciplina che la analizzasse.

La zooantropologia assolve questo compito studiando il rapporto tra esseri umani ed altri esseri animati.

Una disciplina piuttosto giovane: ha preso avvio alla fine degli anni Ottanta, caratterizzandosi ben presto per multidisciplinarietà, in quanto si avvale del contributo di diverse discipline quali psicologia, etologia, pedagogia e antropologia. Si tratta, quindi, di una materia di confine, che connette l'ambito umanistico a quello scientifico, operando in vari ambiti.

– consulenza: fornire al partner umano le indicazioni per valorizzare la presenza dell'animale all'interno del contesto familiare, educare al rapporto con esso, rimuovendo le situazioni critiche e le possibili deviazioni ed, in ultima analisi, prevenire disturbi comportamentali (per

esempio aggressività, fobie, ansia da separazione) migliorando la cosiddetta pet-partnership;

– didattica: migliorare e valorizzare la relazione bambino-animale e utilizzare quest'ultima per ottenere benefici di tipo educativo, didattico, pedagogico e rieducativo, attraverso la realizzazione di veri e propri percorsi didattici;

– assistenziale: intendendo con questo termine l'insieme delle attività, di sostegno, terapeutiche e co-terapeutiche svolte con l'ausilio dell'animale; attività che, spesso impropriamente, vengono tutte raggruppate sotto il termine di *pet-therapy*;

– urbana: migliorare il welfare animale e di conseguenza la convivenza uomo-animale nel contesto urbano, attraverso la realizzazione di progetti, concordati con le varie amministrazioni (Comuni, Circoscrizioni, ecc.), su tematiche quali la gestione quotidiana dell'animale, l'educazione e l'istruzione, la conduzione dell'animale nei luoghi pubblici, le normative in materia, le "regole" civiche, eccetera.

(a.l.f.)

## CORSI PER CAPIRE IL RAPPORTO UOMO ANIMALE

Per poter mettere in pratica le attività proprie della zooantropologia, nell'ambito dell'Ordine dei medici veterinari di Verona è nato nel 2001 il Gruppo zooantropologico, che, agli inizi del 2006, si è trasformato in una vera e propria associazione. L'Associazione zooantropologica è formata da medici veterinari che, frequentando corsi e convegni sulla materia in questione, ne hanno approfondito le tematiche, per poi metterle in pratica attraverso la realizzazione di diversi progetti, sia autonomamente che con il contributo di Enti, quali, ad esempio, la Provincia e il Comune di Verona, il Comune di Sommacampagna, l'Ulss 22.

«A spingerci in questa direzione – spiega Emiliano Garonzi, veterinario, vicepresidente



dell'Associazione – è stata anche la necessità dimostrata da questi Enti e dalle scuole di rivolgersi ad professionisti della materia, dotati della competenza necessaria.

Infatti, la notevole diffusione degli animali da compagnia e, di conseguenza, l'importanza di conoscerne i vari aspetti fisiologici, etologici e comportamentali è coincisa, purtroppo, con il proliferare di sedicenti “esperti” senza alcun titolo e tantomeno nozioni scientifiche e pratiche dell'argomento. Si tratta di personaggi che, solo per aver letto qualche manuale e per il fatto di possedere un cane, si reputano in grado, ad esempio, di spiegare ai ragazzi il fenomeno dell'aggressività».

Zooantropologi non ci si può improvvisare, insomma, e l'Associazione è garanzia di serietà per chi si avvale della collaborazione dei veterinari che ne fanno parte.

(a.l.f.)

mente viene organizzato un incontro aperto ai genitori e al pubblico con una mostra dei lavori dei ragazzi e una sorta di convegno in cui i ragazzi stessi fungono da relatori dell'argomento».

### Qual è l'obiettivo di tanto impegno?

«L'obiettivo principale è quello di svi-

luppare, attraverso questi percorsi didattici, il senso civico di chi possiede un animale e la responsabilità che ciò comporta. “Allenando” le nuove generazioni al rispetto dell'animale si contribuisce decisamente a ridurre le occasioni di conflittualità tra i diversi schieramenti degli zoofili. Talvolta anche “zoomani” e degli “zoointolleranti”. Conflittualità che sempre più

spesso sfocia in gravi episodi come i maltrattamenti, gli abbandoni, gli avvelenamenti dolosi, e via dicendo».

### Quindi educate i ragazzi perché il messaggio arrivi anche ai loro familiari?

«Esattamente. Un esempio pratico: il bambino che riprende il genitore per non aver raccolto le deiezioni del proprio cane durante una passeggiata. Sono piccole situazioni, solo apparentemente banali, a testimoniare la validità di questo approccio educativo che ci permette inoltre di estendere questa sorta di educazione civica anche agli adulti».

### Nel futuro immediato dell'Associazione cosa si prevede?

«La buona partecipazione a queste iniziative, i commenti positivi dei genitori, la volontà degli operatori di riproporre l'anno successivo il progetto e, ancor più importante, l'entusiasmo che i ragazzi hanno sempre dimostrato nel corso di questi incontri ci fanno giudicare sicuramente positivi gli interventi fino ad ora messi in atto e ci spingono ad andare avanti su questa strada, sperando in qualche attenzione in più da parte delle varie Amministrazioni a cui ci rivolgiamo».



# In gravidanza esami gratuiti

di Salvatore Toscano\* e Tiziano Perusi\*\*

Gli esami previsti dal protocollo della maternità sono esami riconosciuti da linee guida internazionali come sufficienti per il monitoraggio di una gravidanza senza fattori di rischio in una donna sana. Qualora vengano prescritti esami non previsti dal protocollo, questi sono soggetti al versamento del relativo ticket. È opportuno ricordare al medico prescrittore che deve predisporre due richieste (impegnative) separate, una per gli esami in protocollo e una per quelli non previsti.

In presenza di una condizione a rischio di patologie o di patologie in atto, sarà sufficiente che sulla richiesta venga indicata la diagnosi per cui si ritiene necessario e appropriato un determinato accertamento al fine di applicare l'esenzione dal pagamento.

Sono escluse dal ticket le prestazioni di Laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità (indicate nel Decreto Legge 10.09.1998 e degli allegati A, B, C), fruite presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

In funzione preconcezionale sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici, prescritte dallo specialista alla coppia, se l'anamnesi, riproduttiva o familiare, della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto.

Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strutturale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.

Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie ed appropriate per la diagnosi prena-

tale, nelle specifiche condizioni di rischio indicate nell'allegato C, prescritte dallo specialista. In presenza delle condizioni di rischio, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

## **Allegato "B" Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dal ticket.**

È obbligatoria la prescrizione dello specialista.

### **All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13ª settimana, e comunque al primo controllo:**

- emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- (h) gruppo sanguigno AB0 e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- aspartato aminotransferasi/ast (GOT) (S)
- alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) (S/U)
- virus rosolia anticorpi: in caso di IgG negative, entro la 17ª settimana
- toxoplasma anticorpi (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto
- treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina Flocculazione (VDRL) (RPR): qualora non eseguito in funzione preconcezionale esteso al partner
- virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- glucosio (S/P/UdU/La)
- urine: esame chimico fisico e microscopico
- ecografia ostetrica
- anticorpi anti eritrociti (Test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità AB0, il test deve essere ripetuto alla 34ª-36ª settimana.

### **Tra la 14ª e la 18ª settimana:**

- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)

### **Tra la 19ª e la 23ª settimana:**

- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)
- ecografia ostetrica

### **Tra la 24ª e 27ª settimana:**

- glucosio (S/P/U/Du/La)
- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)

### **Tra la 28ª e 32ª settimana:**

- emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.

- ferritina (P/(Sg)Er): in caso di riduzione del volume globulare medio

- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)

- ecografia ostetrica

### **Tra la 33ª e la 37ª settimana:**

- virus epatite B (HBV) antigene HbsAg

- virus epatite C (HCV) anticorpi

- emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.

- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)

- virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi in caso di rischio anamnestic

### **Tra la 38ª e la 40ª settimana:**

- urine: esame chimico fisico e microscopico (\*)

### **Dalla 41ª settimana:**

- ecografia ostetrica: su specifica richiesta dello specialista

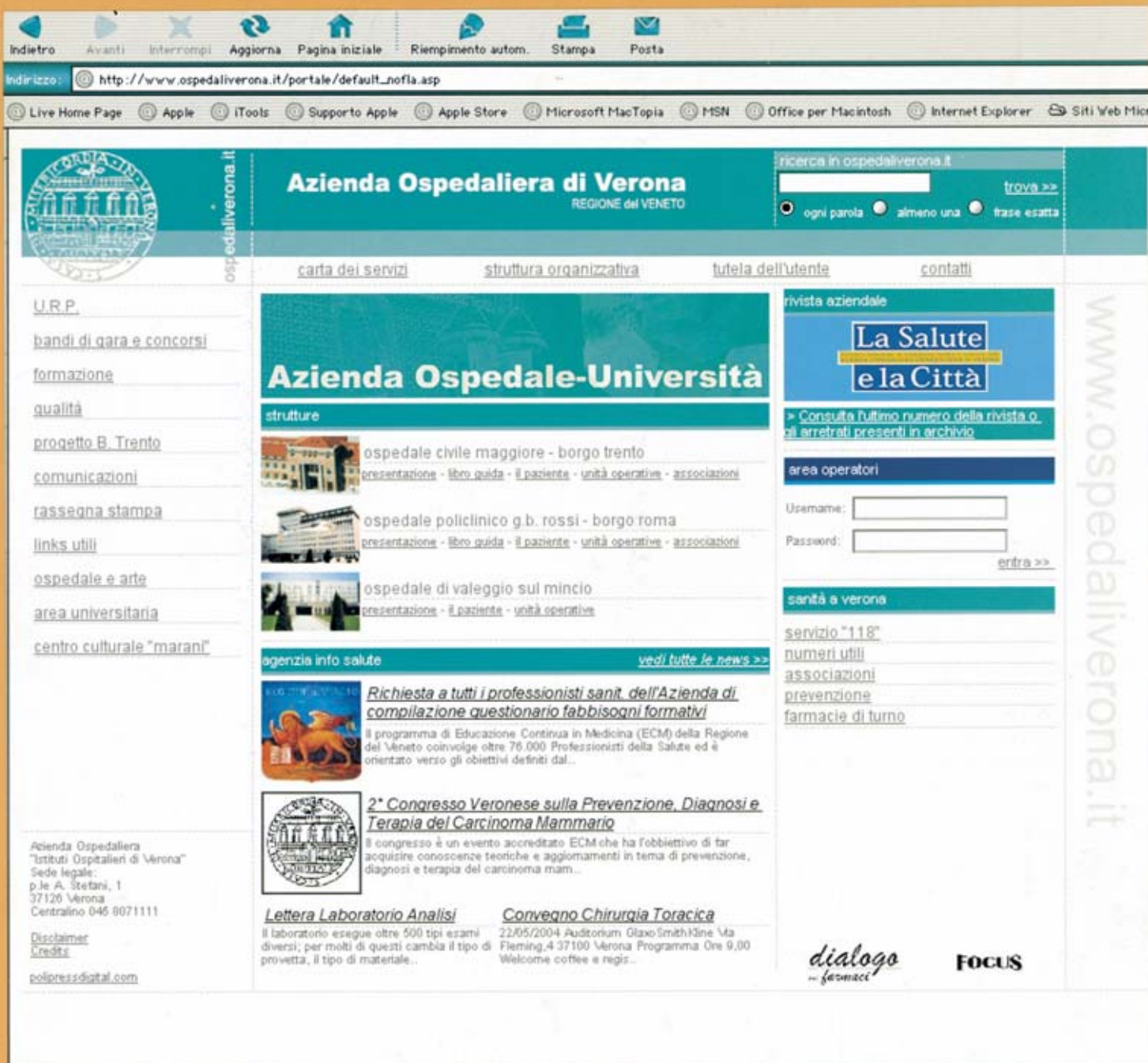
- cardiocografia: su specifica richiesta dello specialista; se necessario, monitorare fino al parto

(\*) In caso di batteriuria significativa esame culturale dell'urina (urinocoltura). Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. In caso di minaccia di aborto sono da includere tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

Fonte: Decreto Legislativo  
29 aprile 1998, n. 124

**\*responsabile Ufficio relazioni  
con il pubblico Azienda  
ospedaliero-universitaria  
di Verona**

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



# www.ospedaliverona.it

Internet è uno strumento di comunicazione sempre più utilizzato dai cittadini anche per i problemi di salute. L'Azienda ospedaliero-universitaria ha provveduto ad un restyling del portale aziendale ([www.ospedaliverona.it](http://www.ospedaliverona.it)), all'attivazione di una intranet aziendale riservata agli operatori che consenta un dialogo continuo con il personale interno e alla dotazione di applicativi web per la gestione diretta ed autonoma dei contenuti

pubblicati sulla intranet e nelle aree più importanti del portale. Il nuovo portale aumenta la possibilità di fornire informazioni dirette ai cittadini, rende più visibile l'Azienda in rete migliorando l'accessibilità ai servizi ospedalieri e aziendali. Grazie ad internet si potranno semplificare molte operazioni, a tutto vantaggio dei cittadini: sarà possibile, ad esempio, scaricare la modulistica, prenotare le visite, acquisire refertazioni.

## NON ABBANDONARLO LASCIALO IN MANI SICURE



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

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

# 800283119

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

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