

La Salute e la Città

anno 4 - numero 1
Marzo 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, Emanuela Zandonà, Rosaria Zanon

Redazione e Pubblicità

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

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Consulenza informatica

Luca De Vita

Giornalisti collaboratori

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

Ospedali, Verona docet
di *Valerio Alberti* pag. 1

PRIMO PIANO

Eventi
Sanità da concorso pag. 2

Dossier
Attenersi alle dosi
di *Valeria Zanetti* pag. 5

Strutture
Le nuove psichiatrie pag. 8

Ospedale
Al centro il paziente
di *Paola Arosio* pag. 10

In primo piano
Il furto della mente
di *Paola Arosio* pag. 12

Ortopedia
La salvezza delle mani
di *Alessandro Azzoni* pag. 17

Ricerca
L'anticorpo che cura
di *Valeria Zanetti* pag. 20

Alimentazione
Mangiare sano e bene pag. 24

Volontariato
I samaritani del 2000 pag. 26

Cure
Il cibo in un sondino pag. 29

Dermatologia
A fior di pelle
di *Giampiero Girolomoni* pag. 32

Focus
Un team per il seno pag. 33

Attualità
Operare senza bisturi pag. 34

Trapianti
Le nuove frontiere
di *Paola Arosio* pag. 41

Bioetica
La sfida di Prometeo

di *Francesco Zanuso* pag. 46

Intervento
Le risorse umane
di *Franco Toniolo* pag. 49

RUBRICHE

IL PUNTO
Un microcosmo di umanità
di *Maria Fiorenza Coppari*
Del Giglio pag. 9

BENESSERE
Il diabete e le lesioni ai piedi
di *Bianca Dal Bosco* pag. 26

SALUTE E DIRITTI
Maternità e anonimato
di *Lucia Poli* pag. 19

ORDINE DEI MEDICI
La deontologia professionale
di *Pietro Marcello Fazzini* pag. 22

MEDICO DI FAMIGLIA
La relazione medico-parente
di *Gelmino Tosi* pag. 28

INCONTRI
Alla scuola del malato
di *padre Giacomo Bonaventura* pag. 31

LISTE D'ATTESA
La visita oculistica
di *Luciano Flor* e *Giulia Bisoffi* pag. 44

LO PSICOLOGO
"Bruciarsi curando"
di *Lidia del Piccolo* pag. 51

AMICI ANIMALI
Metti un'iguana in casa
di *Anna Laura Folena* pag. 54

URP
Le domande dell'utente
di *Salvatore Toscano*
e *Tiziano Perusi* pag. 56

Ospedali, Verona docet

di Valerio Alberti*

Il 2006 ci vedrà impegnati ad affrontare la realizzazione dei progetti avviati per la completa riorganizzazione, sotto il profilo funzionale e strutturale, delle sedi ospedaliere di Borgo Trento e Borgo Roma.

A Borgo Trento, dove nel 2005 sono state completate tutte le opere tecnologiche propedeutiche e liberata l'area interessata all'intervento, sarà posata la prima pietra del Polo chirurgico. La costruzione dell'edificio sarà la I Fase dell'integrale ristrutturazione che interesserà progressivamente l'intero bacino ospedaliero che, nell'attuale disposizione a padiglioni, ha visto la luce partire dai primi anni del secolo scorso.

Al Policlinico saremo impegnati ad avviare una radicale riqualificazione della struttura, solo apparentemente meno bisognosa di adeguamenti. L'ospedale, infatti, è un monoblocco realizzato alla fine degli anni Sessanta, ma interventi successivi ed ampliamenti ne hanno dilatato le dimensioni e le attività, senza che si intervenisse organicamente sulla struttura "ripensandone" le funzioni.

Il caso di Verona non è del resto un'eccezione. La profondità e la velocità dei cambiamenti nel modo di "fare sanità" e, di conseguenza, in quello di "essere ospedale" caratteristico degli ultimi anni contrasta profondamente con la realtà di molte strutture ospedaliere, in genere vetuste ed espressione nella loro configurazione di esigenze di un passato ormai lontano. L'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie, infatti, è tale da rendere l'ospedale di oggi irriconoscibile per un medico di 50 anni fa.

L'analisi approfondita della realtà, dei problemi e dello sviluppo futuro dell'attività delle due sedi dell'ospedale di Verona è stata l'attività prioritaria cui ci siamo dedicati per due anni, coinvolgendo tutti gli operatori dell'Azienda che quotidianamente ne garantiscono il funzionamento, ministero della Salute, Regione Veneto e, a vario titolo, Comune,



Provincia, Ordine dei Medici e Fondazione Cassa di Risparmio di Verona. Quest'ultima direttamente coinvolta quale partner privilegiato nel disegno di riqualificazione del patrimonio ospedaliero veronese.

Il primo convegno nazionale di Verona sul tema "Ospedale, città e territorio, un metabolismo da riequilibrare" del 16-18 marzo alla Gran Guardia è l'occasione per mettere a fuoco il dibattito sull'intera questione. La nostra esperienza ci ha insegnato che per progettare o riprogettare un ospedale è indispensabile calibrare l'intervento sulla realtà sociale e sanitaria locale, cercando di coinvolgere tutti i referenti della salute pubblica, che non sono soltanto medici, infermieri ed operatori sanitari dell'ospedale stesso.

È necessario, ad esempio, capire e tener conto delle tendenze che nel prossimo futuro eserciteranno una forte pressione al cambiamento dei servizi sanitari (trend demografici ed epistemologici, sviluppo delle tecnologie, modifica dei modelli organizzativi, cambiamenti culturali). Altrettanto importante è individuare i principi di riferimento per la riprogettazione di un ospedale: l'integrazione con la città ed il territorio, la centralità del paziente, l'affidabilità della struttura e la sostenibilità economica delle soluzioni

individuate.

Il processo da avviare non è semplice, ma proprio l'esperienza-pilota condotta a Verona ne ha evidenziato i vantaggi. Del resto il riordino della rete ospedaliera è uno dei punti chiave della programmazione sanitaria del Paese e può essere affrontato solo con un approccio organico in termini d'analisi approfondita di tutti gli aspetti della questione, evitando in tal modo anche il rischio di ricondurre il problema ad una

mera questione di campanile. Ospedale, città e territorio sono parti interconnesse di un unico sistema che possiamo immaginare come un organismo che, per funzionare a pieno regime ha bisogno di un metabolismo equilibrato. Ciò accade quando ogni elemento del sistema è capace di dialogare ed agire in sinergia con gli altri. Lo scopo del "sistema ospedale", però, non è soltanto la sopravvivenza in sé, la salute del sistema stesso, ma la capacità di "produrre" salute per i cittadini. La finalità è alta ed ardua, soprattutto in presenza di una richiesta di cure e servizi che tende naturalmente a crescere ed obbliga a scelte continue – etiche ed economiche – non sempre facili.

L'esperienza di Verona ci dice che l'ospedale è molto presente nella vita dei cittadini e che le questioni che ne riguardano attività e futuro sono seguite con interesse acceso che può sfociare anche in polemica aperta. Ma, lo abbiamo appreso proprio affrontando i problemi dell'ospedale di Verona, le polemiche sono spesso frutto di fraintendimenti. Quando si è disposti a condividere l'analisi che precede l'intervento il confronto è uno strumento valido ed indispensabile per condurre un'azione efficace.

***Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria**

SANITÀ DA CONCORSO



La sanità si rinnova e lo fa valorizzando la professionalità dei suoi protagonisti: medici, infermieri ed operatori tutti che ogni giorno fanno sì che l'ospedale di Verona sia in grado di rispondere alla domanda di salute dei cittadini.

È quanto è emerso dalla prima edizione del concorso aziendale culminato con la serata di gala che si è tenuta il 18 novembre 2005 al teatro Nuovo. Un evento dedicato proprio ai vincitori del concorso riservato ai dipendenti dell'ospedale per progetti di ricerca e assistenza innovativi.

Teatro affollato e pubblico caloroso per la serata coordinata da Maria Fiorenza Coppari e allietata dalla "Big band swing time orchestra", alla quale hanno partecipato anche esponenti del mondo politico-istituzionale e autorità. Padrone di casa il direttore generale Valerio Alberti che ha ringraziato il vicepresidente del Banco Popolare di Verona e Novara, Alberto Bauli, per la sensibilità con la quale l'Istituto ha affiancato l'ospedale cittadino, contribuendo con la nuova iniziativa alla valorizzazione della risorsa umana degli oltre cin-

quemila dipendenti.

«Questo premio – ha sottolineato Alberti – valorizza la risorsa più importante del nostro ospedale: quella umana e professionale. È stata un'esperienza molto positiva che certamente ripeteremo, perché abbiamo

capito che il nostro ospedale lo merita».

«I riconoscimenti proposti sono ispirati al criterio meritocratico che non può non essere condiviso da chi opera in un settore così delicato qual è quello della salute e dell'assistenza



Nelle foto, vari momenti della premiazione

ospedaliera» è stata la convinta riflessione del vicepresidente Alberto Bauli.

La commissione che ha giudicato gli elaborati è stata presieduta dal dottor Giampietro Rupolo, responsabile della direzione Piani e Programmi sociosanitari della Regione Veneto e composta dal dottor Massimo Marcer, il professor Italo Vantini, l'ingegner Andrea Oliani ed Elisabetta Allegroni, responsabile del Servizio infermieristico. La segreteria è stata curata da Alessandra Napoletano che ha collaborato anche alla buona riuscita della serata, assieme a Giovanna Pirana ed alle signore Maria Grazia, Marisa, Umberta, Cinzia, Carla, Giuliana, Monica, Laura e Marina delle direzioni.

Sono stati esaminati 33 elaborati. Ai 9 vincitori sono stati assegnati premi per complessivi 13.500 euro. La festa organizzata al Nuovo ha creato un'atmosfera di grande coinvolgimento ed ha messo in luce le doti di eccellenza professionale e le risorse umane che danno la misura della qualità delle cure offerte nell'ospedale di Verona. Il brindisi finale è stato offerto da Elyo Italia Srl e Hidrowork.

Ed ora la sequenza dei premiati...in ordine di apparizione.

Nella sezione riservata al personale



amministrativo, sanitario e tecnico il primo premio è stato vinto dall'infermiera professionale caposala Angelica Spinamano del Centro trapianti renali per il progetto "Helpic", un manuale studiato per aiutare i pazienti stranieri in particolari situazioni di disagio a comunicare con il personale sanitario, utilizzando immagini di immediata comprensione.

Nella stessa sezione il secondo pre-

mio è stato assegnato all'ostetrica Elena De Biasi per un progetto dedicato ai genitori in attesa di un bambino a rischio, con particolare attenzione per le coppie costrette ad elaborare il lutto per un bambino perduto. Il terzo premio è stato assegnato alla logopedista Bice Trombetti per un manuale destinato sia agli operatori che agli utenti, completo di schede di autovalutazione delle conoscenze apprese.

Nella sezione dedicata a lavori di ricerca presentati da medici di età inferiore ai 40 anni il primo premio è andato al dottor Massimo Franchini per un lavoro sulla medicina rigenerativa come modello multidisciplinare, relativo in particolare all'utilizzo di gel piastrinico e tessuto osseo di banca in chirurgia ricostruttiva ortopedica. Il secondo premio è stato vinto dalla dottoressa Michela Nosè per un progetto operativo sulla tecnologia al servizio della salute mentale. Terzo premio per il dottor Giovanni Puppini, per una ricerca sulla caratterizzazione istochimica della placca aterosclerotica carotidea mediante risonanza magnetica.

Nella sezione delle Unità operative si è laureato vincitore il progetto presentato dalla dottoressa Monica Benedetti della Pediatria, patologia e assistenza neonatale dell'ospedale





civile maggiore di Borgo Trento diretta dal dottor Paolo Biban. Il progetto, già operativo, riguarda la preparazione alle dimissioni e il *follow-up* dei bambini dipendenti da presidi tecnologici perché a rischio di sopravvivenza o affetti da patologie croniche altamente invalidanti.

Al secondo posto si è piazzato il progetto presentato dal dottor Francesco Buonocore, direttore del pronto soccorso di Borgo Trento per il "sistema modulo 5", un nuovo tipo di triage, operativo da circa un anno, cui collaborano medici ed infermieri per aumentare la corretta percentuale di

attribuzione del livello di priorità e urgenza di soccorso in relazione alle condizioni dei pazienti. Terzo premio per il progetto "Geode" presentato dall'infermiera Beatrice Personi della Chirurgia generale B dell'ospedale policlinico diretta dal professor Paolo Pederzoli. Il progetto propone una nuova modalità di presa in carico integrale del paziente da parte di équipe composte da medico, infermiere e operatore sociosanitario.

In occasione del galà il professor Francesco Calabrò, coordinatore regionale vicario per il Centro trapianti veneto, ha consegnato un premio di mille euro del Rotary club Verona est ai tecnici perfusionisti in segno di riconoscimento per la loro indispensabile professionalità.

La serata è stata anche l'occasione per salutare e ringraziare calorosamente i dipendenti che hanno raggiunto nel 2005 i limiti pensionistici. La loro visibile e sincera commozione ha detto più d'ogni parola di circostanza quanto profondo sia il coinvolgimento di chi sceglie per la propria attività professionale le attività d'assistenza e cura. Professione o missione?



Chi eccede con i tranquillanti può scivolare nella dipendenza. I consigli per uscire dal tunnel

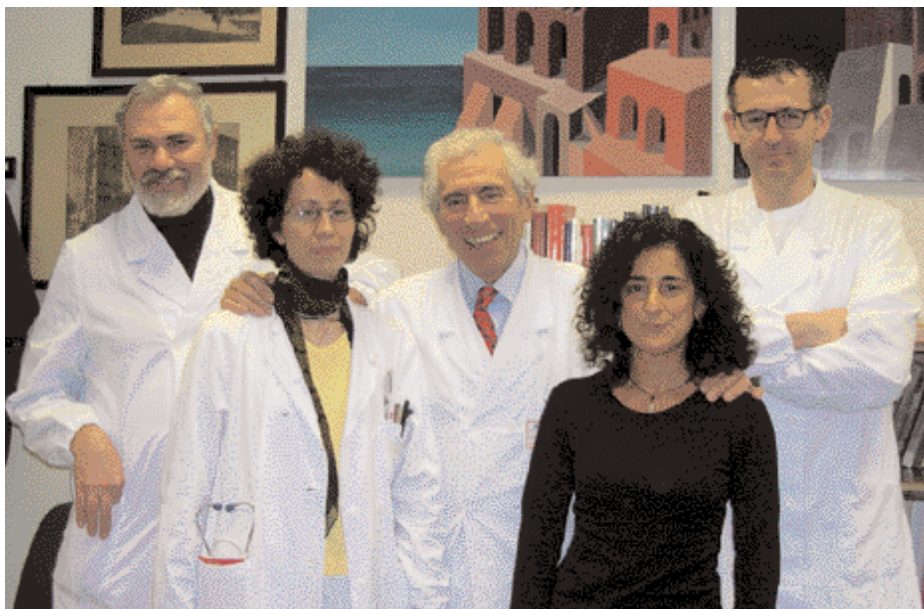
Dossier

ATTENERSI ALLE DOSI

In Italia è l'unico Servizio pubblico, con un reparto di degenza che combatte e cura, utilizzando anche strategie terapeutiche innovative, ogni tipo di dipendenza: eroina, cocaina e crack, alcool, cannabinoidi, fumo ed inoltre da un tipo di schiavitù sempre più diffusa, sottostimata per dimensioni ed effetti, quella da benzodiazepine (BDZ).

Il Servizio di Medicina delle dipendenze, nato nel 2000 al policlinico "Giambattista Rossi" di Borgo Roma e diretto dal professor Paolo Mezzelani, con l'anno nuovo si è trasferito nel nuovo edificio sud della struttura ospedaliera, adiacente all'Istituto di Malattie infettive, ed è ora dotato di 4 camere di degenza singola (che in caso di necessità possono diventare a due letti).

Il Servizio attrae molti pazienti, il 70% dei quali proviene da fuori regione. Sono in crescita quanti si rivolgono al centro per liberarsi dalla dipendenza da tranquillanti o ansiolitici, ai quali inizialmente si avvicinano per combattere insonnia, ansia o attacchi di panico. I farmaci si dovrebbero



Paolo Mezzelani (al centro) con lo staff medico del Servizio

acquistare in farmacia solo su presentazione di ricetta medica. Ma non è difficile per il paziente, che si sente meglio, aumentare autonomamente le dosi e trovare un farmacista che lo rifornisca anche senza prescrizione. «Si tratta di farmaci che possono dare

facilmente dipendenza se usati per oltre 30-60 giorni, per il resto non sono pericolosi, non generano comportamenti incompatibili con la vita di relazione normale. Spesso i medici li prescrivono appropriatamente, ma senza poi prevedere il doveroso

GLI PSICOFARMACI PIÙ PRESCRITTI A LIVELLO MONDIALE

Le benzodiazepine (BDZ), farmaci tranquillanti o ansiolitici, sono gli psicofarmaci più prescritti a livello mondiale. Il loro impiego è indicato in pazienti con disturbi ansiosi e problemi di insonnia; dovrebbero essere prescritti solo per brevi periodi di tempo: da una a quattro settimane per l'insonnia e fino a quattro-otto settimane per pazienti con ansia generalizzata o attacchi di panico. Tuttavia il loro consumo spesso si prolunga nel tempo e determina dipendenza nei pazienti.

Il consumo. Gli studi disponibili in Italia sull'assunzione di BZD concludono che circa il 12% dei

pazienti adulti che si rivolgono all'ambulatorio del proprio medico di medicina generale prende tranquillanti e di questi la metà in maniera cronica. In Italia, l'uso di BDZ è aumentato del 58% nel periodo che va dal 1984 al 2001: Lorazepam (per esempio il Tavor), Diazepam (es. Valium), Bromazepam (es. Lexotan), Delorazepam (es. En) e Flurazepam (es. Flunox) Lormetazepam (es. Minias) sono tutte benzodiazepine e rappresentano insieme oltre l'80% di tutti i tranquillanti venduti.

Effetti collaterali. Alterazione della memoria e minore capacità di

concentrazione, riduzione della performance psicomotoria e dipendenza sono i possibili effetti derivati dall'uso di questi psicofarmaci.

La spesa sanitaria. A livello nazionale, per le benzodiazepine è calcolata sui 600 milioni di all'anno. Anche in Francia e Spagna vi è un netto aumento della spesa per tali farmaci. Solo nel Regno Unito il consumo è decisamente diminuito perché la classe medica si è accorta per tempo dei potenziali effetti pericolosi (ovvero la dipendenza) delle BDZ.

Va. Za.

“decalage”; accade a volte che i farmacisti li vendano senza la necessaria prescrizione. Così l'abuso di benzodiazepine si registra in costante aumento», illustra Mezzelani.

La dipendenza. Quando le dosi diventano eccessive, anche il paziente comincia a comprendere di essere dipendente dal farmaco. «Nel momento in cui avverte di essere schiavo della compressa o delle gocce, scatta la ricerca del centro al quale rivolgersi: molti pazienti arrivano da noi anche attraverso il passaparola. L'evento che rende consapevoli della dipendenza in genere è occasionale. Un nostro paziente, ad esempio, era all'estero per adottare un bambino e, poiché le pratiche si sono prolungate più del previsto, si è dovuto trattenere senza il farmaco: così è stato colpito da una crisi di astinenza convulsiva – racconta il professore –. In un altro caso ancora una paziente, in vacanza, si è accorta di aver sbagliato i calcoli e di aver portato con sé una quantità di farmaco inferiore alle sue necessità: ha avuto una violenta crisi di astinenza sul volo di ritorno. Si tratta di crisi pericolose, simili a quelle epilettiche, che spaventano chi ne è colpito e chi ne è spettatore». In entrambi i casi, i pazienti si sono poi rivolti al Servizio di Medicina delle dipendenze scaligero.

L'approccio con il Servizio di Medicina delle dipendenze del Policlinico. Consiste in una visita (con possibile esame tossicologico delle urine) per inquadrare il tipo di dipendenza, l'eventuale uso di droghe associate al consumo di BZD, ipotizzare la durata del ricovero e, soprattutto il programma riabilitativo post ricovero, che spesso, ma non necessariamente, consiste nella permanenza da tre settimane a tre mesi in comunità. «Ai nostri pazienti spieghiamo che la psicoterapia di appoggio, quasi sempre di tipo cognitivo e comportamentale, che si pratica in gruppo o anche singolarmente nelle comunità, rappresenta un passaggio necessario – prosegue Mezzelani –. Abbiamo selezionato accuratamente le comunità alle quali inviare i

pazienti nella fase post ricovero. Spesso si tratta di strutture studiate proprio per trattare questo tipo di dipendenze».

Il ricovero. La visita preliminare serve a programmare il ricovero (il servizio è dotato di quattro camere a degenza singola), durante il quale il paziente viene trattato prevalentemente con l'impiego di Flumazenil, che tuttavia non è l'unico metodo per liberarsi della dipendenza. Se durante il ricovero si manifestano cedimenti o crisi depressive si interviene con l'agopuntura o con altri farmaci con bassa possibilità di dare dipendenza.

La detossificazione da benzodiazepine con impiego del Flumazenil. La detossificazione viene usualmente trattata con uno scalaggio lento del farmaco. Un'altra possibilità consiste nel sostituire la BDZ assunta dal paziente con una ad emivita più lunga, utilizzando dosi equivalenti e quindi effettuare la progressiva riduzione. Il limite di queste modalità, che possono durare più mesi, sta nell'alto tasso di pazienti che non ce la fanno a continuare la riduzione progressiva e ricadono nell'uso cronico.

La detossificazione con Flumazenil, praticata al Policlinico, rappresenta invece una nuova strategia terapeutica che comporta la sospensione immediata del farmaco da cui il paziente dipende e la contemporanea somministrazione per via endovenosa di un altro farmaco, il Flumazenil appunto. Il trattamento, assolutamente innovativo, viene effettuato al Servizio di Medicina delle dipendenze, unico centro ospedaliero dove si praticano queste delicatissime detossificazioni nel corso di una degenza breve di circa una settimana. Il trattamento richiede in media un ricovero di sette-dieci giorni. Il farmaco agisce promuovendo una specie di reset e quindi ripulisce il soggetto, che ritorna sensibile alle dosi terapeutiche di BZD, senza farlo precipitare in crisi di astinenza. Il protocollo utilizzato a Verona, deriva, opportunamente modificato, da quello messo a

punto e applicato al Ser.T. di Parma dal dottor Gilberto Gerra, attualmente consulente nazionale della Presidenza del Consiglio per le Politiche antidroga.

«È importante che l'infusione del farmaco avvenga molto lentamente: raramente somministriamo più di 1,5 mg in 24 ore. Occorre inoltre tener conto dell'anamnesi: di disturbi manifestatisi in eventuali precedenti tentativi di detossificazione o ad esempio della presenza di attacchi di panico, nel qual caso il farmaco deve essere somministrato ancora più prudentemente – chiarisce il direttore del Servizio –. Naturalmente all'occorrenza, utilizziamo anche altri farmaci o gli antidepressivi».

Il post ricovero. La dipendenza da tranquillanti, come qualsiasi altra forma di dipendenza, è una malattia cronica recidivante ed in quanto tale va trattata, anche nel periodo post-detossificazione. «Proprio per questo – ricorda il professor Mezzelani – dopo la dimissione offriamo ai pazienti un continuo contatto ambulatoriale con adeguato supporto farmacologico, oltre a concertare spesso un periodo di psicoterapia in comunità, utilissima nel ridurre le ricadute. I farmaci più utilizzati nel post-ricovero sono, per la prevenzione degli attacchi di panico gli antidepressivi che non danno dipendenza e, per l'ansia residuale, le stesse BZD a lunga emivita, basso dosaggio e a bassissimo potenziale d'abuso».

I casi ospedalizzati negli ultimi tre anni (il reparto poteva contare su una sola camera a due letti all'interno di Medicina interna C) sono stati complessivamente 45, 33 maschi e 12 femmine di età variabile dai 20 ai 70, di estrazione sociale e di formazione culturale diversa: il reparto ha curato anche un medico che, vittima di una forte depressione, era arrivata ad assumere fino a cinque flaconi al giorno di BDZ. I pazienti trattati dipendevano con maggior frequenza da Lormetazepam (es. Minias), Lorazepam (es. Tavor), Zolpidem (es. Stilnox), Alprazolam (es. Xanax), Triazolam (es. Halcion), Diazepam

MEDICINA DELLE DIPENDENZE

DIRETTORE
 Prof. Paolo Mezzelani
 tel. 045.8128291-2
 fax. 045.8128290
 e.mail: paolo.mezzelani@univr.it
medicina.dipendenze@azosp.vr.it
www.mdd.enernova.it

Scheda informativa Medicina
 delle Dipendenze

LOCALIZZAZIONE

Policlinico G.B. Rossi
Degenze e studi medici:
 Edificio Sud: segreteria e studi al piano
 terra
 Reparto degenze al primo piano.
 tel. 045.8128297-33
 Ambulatorio: nel seminterrato di fronte
 al LURM

PERSONALE**STAFF MEDICO**

Prof. Paolo Mezzelani, direttore
 tel. 045.8128292
 Dott. Fabio Lugoboni, dirigente
 ospedaliero tel. 045.8074762
 Dott. G.Luca Quaglio, dirigente
 ospedaliero tel. 045 8128296
 Dr.ssa Barbara Melara, dottoranda in
 Tossicologia e Terapia tel. 045.8128295
 Psicologi tirocinanti tel. 045.8128294
Caposala:
 Nicoletta Cazzador - tel. 045.8128232

INFORMAZIONI UTILI

Segreteria (sig.ra Federica Pancaldi) e
 ambulatorio per il fumo tel. 045.8128291

(es. Valium), Bromazepam (es. Lexotan).

«Penso sia importante citare – sottolinea Mezzelani – l'entità quasi impensabile di dipendenza di alcuni nostri pazienti detossificati, sempre con una degenza di circa una settimana: un paziente assumeva 5 boccette (250 mg) di Minias al giorno, un altro 40 compresse di Tavor da 2,5 mg, una paziente assumeva 100 compresse di Halcion da 0.25 mg. Molto spesso questi pazienti erano costretti a falsificare le ricette del medico girando di farmacia in farmacia nella stessa giornata. Non di rado erano i farmacisti stessi a dare il farmaco anche senza ricetta.

Questi tranquillanti sono a totale carico dell'utente: un nostro paziente, architetto, spendeva oltre 1.200 euro al mese per benzodiazepine. Sulla rivista di psicofarmacologia, *International Clinical Psychopharmacology*, abbiamo pubblicato un nostro lavoro su due casi clinici paradigmatici: uno dei 2 pazienti, musicista, era arrivato a consumare sino a 160 compresse di Stilnox al giorno».

Ma questi sono solo i casi limite: la dipendenza non è sempre associata all'assunzione di farmaci in quantità così elevate. «Ricoveriamo anche chi

assume da quattro a sei Tavor al giorno da 2,5 mg e non riesce a smettere scalando le quantità», esemplifica il professore. Nella casistica del Servizio tutti i 45 pazienti ricoverati sono usciti detossificati: come effetti indesiderati del trattamento si è registrato solo qualche raro attacco d'ansia; in particolare non si sono mai verificati attacchi di panico né convulsioni.

Come utilizzare le BZD. «Si tratta di farmaci che non vanno tuttavia demonizzati. Se utilizzati per periodi brevi e a dosaggi congrui rappresentano uno strumento di grande utilità nella pratica clinica. Anche dal nostro Servizio sono normalmente usati perché la loro assunzione è quasi sempre compatibile con una vita di relazione e lavorativa apparentemente normale. Bisogna tenere tuttavia in seria considerazione che gli effetti nocivi, sulla memoria e sulla capacità di attenzione sono stati ampiamente dimostrati – aggiunge Mezzelani –. Resta da chiedersi anche come mai per la cura e la riabilitazione della dipendenza da tranquillanti non ci siano praticamente centri in Italia e, in varia misura, neanche a livello internazionale. Chi dipende è sempre considerato dalla medicina ufficiale un paziente scomodo, che si crea la

malattia con le sue stesse mani». Così il paziente resta spesso solo con le sue compresse (solo lui e talvolta il suo farmacista conoscono la situazione), non si ritiene ovviamente un drogato e pensa che non ci sia nulla da fare o che si debba soffrire troppo (terribile insonnia o crisi d'ansia o di panico) per uscirne.

La prevenzione. In alcuni Paesi europei, come Gran Bretagna, Norvegia e Svezia si è registrata una netta diminuzione nell'abuso di tranquillanti, grazie all'azione di prevenzione attuata dai medici di Medicina generale, che hanno sensibilizzato ed informato i pazienti del potenziale sviluppo di dipendenza che questi farmaci possono provocare e del loro migliore utilizzo a breve termine. «Occorre convincere i pazienti e soprattutto i medici che oltre al corretto utilizzo delle BZD, altre forme di trattamento, come interventi psicoterapeutici qualificati anche sul contesto familiare, o altri farmaci alternativi si sono dimostrati efficaci e rappresentano una alternativa possibile alle BDZ; migliorando anche la collaborazione tra medici di Medicina generale e specialisti psichiatri», conclude Mezzelani.

Valeria Zanetti

LE NUOVE PSICHIATRIE

La nuova sede dei Servizi I e II di Psichiatria dell'Ulss 20 è stata inaugurata il 14 febbraio all'interno dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento, nel padiglione ex Casa di Cura.

Il nastro della nuova "casa" dei malati mentali, come è stata definita la struttura da don Roberto Vesentini, vicario episcopale per la Salute che ha impartito la benedizione, è stato tagliato alla presenza del prefetto Italia Fortunati e del sindaco Paolo Zanotto. Il direttore generale Valerio Alberti ha consegnato ufficialmente all'Ulss 20, rappresentata dal direttore sanitario Gianni Tessari, l'edificio completamente rinnovato dall'Azienda ospedaliero-universitaria con un investimento di 1 milione e 200mila euro. Hanno fatto gli onori di casa Nicola Garzotto e Flavio Nosè, responsabili rispettivamente del I e II Servizio psichiatrico. Entrambi i Servizi psichiatrici accolgono in media 300 ricoveri annui, con circa 4mila giornate di degenza e fornisce circa 800 consulenze solo al pronto soccorso, cui si aggiungono quelle richieste dai reparti.

Il trasferimento dei Servizi è stato effettuato in occasione dell'abbattimento dell'edificio che ospitava in origine le due Psichiatrie, situato nell'area in cui sono in corso i lavori di costruzione del nuovo Polo chirurgico. La nuova sistemazione è stata



Il taglio del nastro. Sotto, una stanza del Servizio psichiatrico

decisa anche perché la vecchia sede era ormai obsoleta e la situazione dei reparti aveva bisogno di un radicale rinnovo. La sede attuale offre ai pazienti ed al personale medico ed infermieristico spazi completamente ristrutturati, secondo le più moderne concezioni per rispondere alle esigenze dell'assistenza psichiatrica, sotto il profilo della funzionalità e dell'ospitalità alberghiera.

Molta importanza è stata data anche agli spazi dedicati alle attività ambulatoriali e diurne, perché i Servizi psichiatrici sono strettamente collegati con la rete assistenziale territoriale e ricoverano i pazienti soltanto nella fase acuta.

I due Servizi hanno a disposizione un'area di circa mille metri quadrati al primo piano per le degenze ed il day-hospital e ambulatori e di altri 500 al piano rialzato per studi medici ed uffici.

Le degenze dei due Servizi hanno a disposizione 14 posti letto ognuna. In ogni stanza

possono essere ospitati da 2 a 4 pazienti. Per motivi di sicurezza gli accessi ai reparti sono controllati mediante dispositivi a chiusura magnetica dotati di codice. Per tutelare l'incolumità dei malati e consentire l'intervento del personale anche i bagni sono esterni alle stanze, in numero di uno ogni due stanze.

Per quanto possibile, sono stati eliminati tutti i dispositivi e gli oggetti che possono causare danni per autolesionismi, come termosifoni, placche elettriche ed interruttori asportabili.

Le finestre sono di tipo semifisso con apertura mediante chiave asportabile: l'anta mobile ha dimensioni studiate per impedire il passaggio di un corpo. Il ricambio d'aria, anche a finestre chiuse, è garantito dal sistema di climatizzazione.

I pazienti hanno a disposizione stanze per il ristoro ed allo svago ed un locale fumatori dotato di sistema d'estrazione per ridurre al minimo l'inquinamento e la trasmissione di fumo al resto del reparto. Un giardino riservato ai pazienti in fase di allestimento completa la nuova struttura.



Un microcosmo di umanità

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Cari lettori, la nostra rivista prosegue il suo cammino, rispettando la cadenza trimestrale che abbiamo avviato quattro anni fa.

Sappiamo che è un appuntamento gradito. Lo è per tutti coloro che collaborano alla realizzazione della rivista e lo è per i lettori che ci vengono a trovare in redazione per chiederci quando uscirà il prossimo numero. È un segnale positivo che dimostra l'interesse ed il gradimento che sappiamo suscitare nei lettori. È anche uno stimolo importante a proseguire nel nostro impegno con nuove energie.

Come vedrete sfogliando questo numero, abbiamo tanti argomenti di cui parlarvi, tante realizzazioni da farvi conoscere. La salute è un tema che non passa di moda, né conosce cali d'attenzione da parte del pubblico. Una delle peculiarità che certamente apprezzate è che a parlarvene siano gli stessi medici ed operatori sanitari che potete incontrare ogni giorno nel nostro ospedale.

Tessere con voi un dialogo attraverso la rivista credo possa essere inteso come tassello importante di quel vasto progetto di "umanizzazione" che altro non è se non il tentativo di riportare il paziente al centro di ogni intervento sanitario. La medicina oggi può rischiare di restare abbagliata dalle nuove risorse della tecnologia che ha raggiunto traguardi impensabili sino a pochi anni orsono. Se ciò accadesse il rapporto fra medico e paziente risulterebbe impoverito, declassato ad una serie di comunicazioni "di servizio", di richieste di consenso informato e di "verdicti" diagnostici.

L'ospedale di Verona non mi sembra corra questo rischio. Lo dimostrano le testimonianze dei pazienti che ringraziano per l'eccellenza delle cure ricevute e per l'umanità dei medici e degli infermieri che si sono prodigati per loro. C'è in questo ospedale una forte risorsa umana, la vera linfa vitale della professionalità. Lo abbiamo avvertito anche in occasione del Premio che per la prima volta la direzione

Vita, morte, gioia e sofferenza coesistono nel piccolo mondo dell'ospedale

ne generale ha bandito nel 2005 per i dipendenti e del quale parliamo in questo numero. I progetti presentati e già operativi sono stati ispirati proprio dal desiderio di stabilire con il paziente una relazione d'aiuto più forte. La stessa ricerca, certamente uno degli aspetti più qualificanti delle attività di questa Azienda che integra ospedale ed università, ha le sue motivazioni più profonde nell'aspirazione a cercare soluzioni per pazienti che chiedono più speranza. L'empatia, la capacità d'immedesimarsi nella sofferenza dell'altro sono doti emerse anche durante la tavola rotonda che abbiamo organizzato al "Marani" per la "Giornata del malato". Abbiamo capito che le professioni d'assistenza, al di là d'ogni detestabile retorica, sono davvero una missione che nasce dalla vocazione all'esserci per l'altro. Un "esserci" che in ospedale si traduce nel "fare".

Lo abbiamo ripetuto in altre occasioni: l'ospedale è una grande comunità che vive in osmosi con quella cittadina. Vive in sintonia con ciò che vi accade, ma è purtroppo anche il luogo dove le storie più tristi giungono al compimento. Ancora una volta ne siamo stati testimoni accogliendo Thomas ed Antony, i fratelli di Grezzana vittime di un'inspiegabile violenza domestica. La prontezza richiesta a chi deve affrontare in pochi minuti situazioni di emergenza o deve intervenire per cercare di strappare una vita alla morte, utilizzando tecnologie sofisticate e altissima perizia professionale, insegnano a dominare le emozioni. Ma coloro che si sono prodigati per quei ragazzi e l'ospedale tutto hanno provato un forte senso di pietà e di partecipazione per

una tragedia che lascia sgomenti nella sua enormità.

L'umanità di chi opera in queste strutture si rivela anche nel grande senso di discrezione che accomuna medici ed infermieri: nessuno cerca protagonismi fuori luogo. Alla richiesta di dichiarazioni ed interviste sul caso, tutti hanno opposto un rifiuto, a testimonianza della sensibilità e del rispetto per il paziente che hanno in cura. Rispetto che si manifesta anche nell'imparzialità richiesta quando, com'è capitato in questa occasione, nella medesima sala di rianimazione, sospesi fra la vita e la morte, vi erano due giovani vite innocenti e un uomo reo di aver ucciso la madre di suo figlio, cercando poi egli stesso la morte.

L'ospedale assiste chi vive il tramonto, ma è anche il luogo in cui la vita si manifesta o rinasce. L'altruismo di chi acconsente alla donazione di organi offre a persone senz'altra speranza una nuova opportunità. Il bilancio 2005 è molto positivo, come leggerete in queste pagine.

È positiva anche l'esperienza del numero verde Salvabebè attivato l'anno scorso al Policlinico. Mamme senza futuro hanno trovato aiuto ed hanno dato alla luce in anonimato i loro bambini, piccole vite salvate da un destino incerto. Nei reparti di Ostetricia ogni giorno nascono bimbi il cui primo vagito ci riconcilia con la vita.

Nel nido dell'ospedale di Borgo Trento vado a conoscere Alessandro. Si distingue facilmente fra i bebè delle culline perché è biondo, roseo e paffuto. Ha gli occhi blu e l'aria soddisfatta di chi ha ricevuto una bella sorpresa. Nel corridoio una mamma in attesa contempla i neonati mentre il marito le accarezza dolcemente il grembo. Mancano poche ore al loro miracolo e la tenerezza che ispirano è profondamente commovente.

Fuori, in un angolo del giardino, una suora anziana sta delicatamente liberando dalle foglie secche i germogli dei narcisi. La vita ritorna. Sarà ancora primavera.

AL CENTRO IL PAZIENTE

Dire e fare per la salute: come cambia l'ospedale di Verona. Questo è stato il tema dell'annuale Conferenza dei Servizi, che quest'anno ha presentato alla città i dati dell'attività di assistenza nel 2005 e gli interventi strutturali nelle due sedi di Borgo Trento e Borgo Roma.

A illustrare le strategie che guidano e orientano l'Azienda è stato il direttore generale Valerio Alberti: «La nostra è una realtà di riferimento regionale ed è riconosciuta come Centro sanitario di livello nazionale di alta specializzazione per la ricerca, l'assistenza e la formazione. La collaborazione dell'ospedale con la facoltà di Medicina e Chirurgia fa sì che queste diverse attività siano integrate e che i processi diagnostici e terapeutici risultino costantemente innovati, aggiornati e affinati. Tale sintonia permette anche un percorso formativo qualitativamente elevato per le figure mediche e professionali. I nostri pazienti provengono per l'80 per cento circa dalla provincia, per il 5,4 per cento da fuori provincia e per il 15,5 per cento da fuori regione».

Per quanto riguarda le attività, stanno aumentando gli ambulatori, i day hospital, i day surgery, a fronte di una diminuzione dei ricoveri ordinari. «Del resto, dal 1997 al 2004 l'ospedale è cambiato – ha continuato Alberti – e si è modificata la popolazione assistita, composta soprattutto da pazienti anziani. I dati che riguardano l'assistenza ospedaliera sono molto positivi rispetto alla media regionale e ciò è sinonimo di efficienza ed efficacia. Il principio fondamentale, che ispira il nostro quotidiano lavoro, è la centralità del paziente, alle cui esigenze cerchiamo di venire incontro con numerosi progetti: apertura di cartelle cliniche in reparto, Cup provinciale, ambulatorio diagnostico integrato, percorsi diagnostici-terapeutici integrati, riqualificazione aziendale. In altre



Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera, Valerio Alberti, illustra i dati dell'attività di assistenza nel 2005

parole, l'Azienda ha avviato la riorganizzazione dei processi di cura per offrire al paziente servizi sempre più mirati al suo problema di salute».

Secondo il direttore generale, da chiarire bene è il problema dei tempi di attesa: «In realtà, tutte le prestazioni urgenti sono assicurate entro dieci giorni e spesso entro tre. Inoltre, non bisogna dimenticare che alcune prestazioni che richiedono tempi lunghi potrebbero più agevolmente essere effettuate in ambito extraospedaliero, in collaborazione con i servizi territoriali. In generale, la questione va affrontata individuando le priorità di accesso e l'appropriatezza prescrittiva».

Il piano delle ristrutturazioni e delle nuove opere realizzate o programmate dall'Azienda è molto ampio, sia al Policlinico che all'Ocm, dove sono in corso anche i lavori per la costruzione del nuovo Polo chirurgico. «Per quanto riguarda i finanziamenti – specifica il dott. Alberti – sono 154 i milioni di euro a disposizione dell'ospedale civile maggiore, di cui 103 ottenuti dalla Fondazione Carivero-

na e 51 dalla Regione Veneto. Per il Policlinico ci sono invece 75 milioni di euro, di cui 20 provenienti dalla Fondazione Cariverona e 55 dalla Regione».

Se all'ospedale di Borgo Trento sono state realizzate le opere propedeutiche, in quello di Borgo Roma è in corso la fase di predisposizione dello studio di fattibilità. Anche il progetto di

riqualificazione delle strutture ha seguito diversi assi di intervento.

«Per quanto riguarda la fase progettuale, si è cercato di concepire lo sviluppo futuro dell'intera Azienda, con le sue due sedi, in una visione unitaria. In particolare, è stato prodotto un documento guida di riprogettazione, che ha richiesto due anni di lavoro. Per quanto concerne invece la fase realizzativa, si è cercato di creare un allineamento e una coerenza tra gli interventi di breve-medio periodo e quelli di lungo periodo.

Sono stati fatti, inoltre, ingenti investimenti in attrezzature e arredi, per i quali nel 2005 sono stati spesi in totale quasi 25 milioni di euro. Per quanto riguarda la qualità aziendale, sono stati avviati o implementati diversi strumenti come, ad esempio, la certificazione Iso 9001: 2000 e l'autorizzazione e accreditamento istituzionali. Non sono stati trascurati neppure progetti innovativi, come il centro ricerche cliniche sul farmaco e l'istituto per le neuroscienze», conclude Alberti.

Paola Arosio

UN FILMATO ILLUSTRA GLI INTERVENTI SULL'OSPEDALE BORGO TRENTO

Le nuove opere tecnologiche dell'Ocm. È questo il titolo del filmato che illustra i lavori che riguardano l'ospedale di Borgo Trento. Nel cuore del complesso ospedaliero, su progetto dello studio Altieri, sta nascendo il nuovo Polo chirurgico, la cui realizzazione sarà tra il 2006 e il 2011. La Regione Veneto interverrà con 50 milioni di euro, la Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona con 100.

Tre le fasi di realizzazione previste:

FASE ZERO

Ultimata nel 2005 in soli otto mesi, ha portato alla costruzione delle opere propedeutiche al Polo chirurgico, che assicureranno riscaldamento e refrigerazione, fornitura di energia elettrica e di gas medicali. Le opere comprendono anche un'isola ecologica, la centrale tecnologica e quattro nuove centrali telefoniche. La più interessante tra le opere realizzate è la grande centrale tecnologica prospiciente lungadige Attiraglio, dotata di 3 livelli e 4 blocchi per il riscaldamento e la refrigerazione.

L'intero complesso ospedaliero di Borgo Trento è stato così fornito di un polo centralizzato di modernissima concezione per la produzione di caldo e di freddo. Se gli impianti di refrigerazione entreranno in funzione alla fine della costruzione del Polo, è invece già attiva la centrale termica munita di tre caldaie funzionanti a gas metano, che potrà connettersi con la rete del teleriscaldamento di Agsm. È stata ottimizzata anche la rete elettrica con la costruzione della nuova cabina sul lato di via Mameli, interconnessa alla principale, ubicata sul lato di lungadige Attiraglio. In tal modo è garantita l'erogazione di energia elettrica anche in caso di guasto. Mentre è in corso la ristrutturazione, l'ospedale continua comunque a funzionare, accogliendo ogni giorno centinaia di pazienti.

Il gruppo operativo di gestione si riunisce ogni settimana per monitorare l'andamento del cantiere e per affrontare i problemi logistico-organizzativi. Operatori ed esperti dell'Azienda, del ministero della Salute e della Regione Veneto partecipano al Nucleo tecnico di valutazione che, oltre a monitorare il programma di ristrutturazione, ne analizza ogni fase per arrivare alla definizione di linee guida nazionali per la gestione di un cantiere all'interno di un ospedale funzionante: l'esperienza di Verona farà scuola.

FASE UNO

Sarà costruito il Polo chirurgico, completo di pronto soccorso. Il polo sarà realizzato su 5 piani, che ospiteranno 32 sale operatorie e 3 piani di degenze con 450 posti letto. Un edificio per le attività riservate ai pazienti esterni, dotato di cento ambulatori medici e chirurgici, completerà il nuovo complesso, che ospiterà nella hall studi medici e negozi.

FASE DUE

Prevede la realizzazione della piastra servizi sotterranea, nell'area oggi occupata dai padiglioni centrali dell'ospedale. Questi saranno sostituiti da un grande giardino progettato per armonizzare e completare con un'area verde la ristrutturazione. I progettisti e gli agronomi del Piano del Verde stanno assicurando il monitoraggio e la salvaguardia degli alberi esistenti.

I NUMERI DELL'AZIENDA

L'Azienda è sede di numerose attività d'eccellenza, tra cui trapianti, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia toracica, centro ustioni e oncoematologia, e di 13 Centri di riferimento regionale. Nell'Azienda, il cui bilancio 2005 è stato di circa 460 milioni di euro, operano 5.143 dipendenti tra medici ospedalieri e universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico-professionale e addetti al settore amministrativo. I posti letto per ricovero ordinario e day-hospital

sono 1.730. Nel 2004 sono state ricoverate oltre 57mila persone e più di 24mila sono state curate in day hospital. Ogni giorno si registrano 170 dimissioni, oltre 400 persone si presentano nei due pronto soccorso cittadini e circa 90 vengono sottoposte a intervento chirurgico.

Quotidianamente sono presenti in ospedale più di 1.400 ricoverati in regime di degenza ordinaria e circa 100 in day hospital. Circa 2.000 cittadini usufruiscono giornalmente dei servizi ambulatoriali e ogni giorno avvengono in media 10 nascite. Le infezioni ospedaliere interessano solo il 3-5 per cento dei ricoveri.

AMID

L'Amid, ambulatorio diagnostico integrato, è un day service ambulatoriale, che assiste soprattutto i pazienti anziani e coloro che hanno subito un intervento chirurgico. Si tratta, in pratica, di una modalità di erogazione di prestazioni specialistiche in day service con percorso diagnostico-terapeutico gestito dall'unità operativa che lo attiva. Il paziente viene cioè preso in carico da un'unica struttura, che organizza per lui gli appuntamenti per le visite specialistiche e gli esami.

Nato nel 1999, ha introdotto una modalità assistenziale orientata all'appropriatezza. I dati evidenziano un trend in costante crescita: a dicembre 2005, all'ospedale di Borgo Trento i pazienti seguiti in Amid sono stati 8.844, mentre a Borgo Roma, dove questa modalità assistenziale è stata introdotta lo scorso anno, sono stati 1.903. Del resto, l'incremento medio del numero di prestazioni erogate in Amid è stato del 7-10 per cento annuo, dal momento di introduzione fino a oggi. Questa scelta pone in risalto l'approccio organizzativo centrato sul paziente e si configura come un progetto assistenziale integrato e polispecialistico.

Pa. Ar.

IL FURTO DELLA MENTE

L'Alzheimer ruba la mente. È una malattia che comporta problemi cognitivi, psichici, somatici, relazionali, familiari, economici e abitativi. Una sfida per la medicina e per la società. Già, perché nella popolazione la percentuale di anziani, attualmente pari a più del 19 per cento, è in continuo aumento. L'incidenza dell'Alzheimer cresce, infatti, esponenzialmente con l'età e la percentuale di persone che ne sono affette tra coloro che hanno più di 65 anni, è del 6-8 per cento.

Le demenze sono patologie altamente invalidanti. I dati, che evidenziano la drammaticità del problema nei Paesi industrializzati, mostrano che più dell'80 per cento dei malati sono assistiti a casa. Coloro che prestano assistenza sono in prevalenza donne in età attiva, con famiglia e figli, e spesso in condizione lavorativa. In particolare, il 18 per cento degli anziani veronesi vive solo e il 35 per cento con una persona con più di 65 anni. La demenza è dunque un problema pluridimensionale, che coinvolge l'ammalato, la famiglia e gli operatori.

Per questo è nato il Progetto di assistenza sociosanitaria nella malattia di Alzheimer e in altre demenze. Nato ufficialmente nel settembre 2003, in seguito a una sinergia d'azione tra l'Azienda Ulss 20 e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona, il progetto è finalizzato allo sviluppo di specifici interventi a favore dei malati di Alzheimer in tutti i comuni appartenenti alla Conferenza dei sindaci dell'Ulss 20.

In seguito, su iniziativa della Fondazione Cariverona e del Comune di Verona, è stato finanziato il Progetto Alzheimer, finalizzato a interventi riguardanti la sola città capoluogo di provincia. I due progetti, complementari tra loro, trovano pertanto un'operatività comune, al fine di sviluppare un'adeguata rete assistenziale per le persone affette da demenza.



L'obiettivo del primo progetto, stilato dalle due Aziende sanitarie veronesi, è fornire un'assistenza al malato nei diversi stadi della malattia.

«Prioritario è lo sviluppo della cooperazione tra le componenti socio-assistenziali e sanitarie dei servizi e la rete familiare – spiega il dottor Gianluigi Tarondi, referente per la malattia di Alzheimer della direzione sanitaria dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona –. La continuità assistenziale che ne deriva è l'espressione della reale presa in carico del malato e della sua famiglia e deve rispondere a una progettualità che tenga conto sia degli spazi terapeutici e riabilitativi del paziente, sia dei bisogni fisici e psicologici di chi presta le cure.

Devono svilupparsi servizi in grado di rispondere alle necessità della quotidianità e alle emergenze, plasmandosi in rapporto all'evolvere della situazione. Indispensabile è la collaborazione tra soggetti diversi, per garantire l'utilizzo integrato delle risorse disponibili e costruire un programma di lavoro condiviso, del quale sia possibile verificare periodi-

camente l'andamento. Pertanto è essenziale l'integrazione con gli interventi sociali previsti nel progetto del Comune di Verona».

Per quanto riguarda il sistema delle attività e delle cure ospedaliere, il modello di rete assistenziale integrata individua il Centro ospedaliero Alzheimer e disturbi cognitivi presso l'ospedale civile maggiore, al quale a sua volta fa riferimento il Nucleo interaziendale di coordinamento per la malattia di Alzheimer e altre demenze (NIAaD), i cui obiettivi sono: il coordinamento delle attività dei quattro centri Unità valutazione Alzheimer (U.V.A), l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici e di controllo, l'individuazione e screening dei soggetti affetti dalla patologia, la diagnosi, l'identificazione e lo sviluppo di percorsi terapeutici, riabilitativi e assistenziali. A livello operativo, si tratta poi di costruire percorsi integrati e complementari che si snodano all'interno dell'ospedale e tra ospedale, strutture extraospedaliere e territorio.

Nella nostra città, i malati vengono ricoverati per patologie specialisti-

che nei reparti di neurologia, geriatria e psichiatria con una durata media dei ricoveri di circa 14 giorni. In genere, comunque, la malattia di Alzheimer richiede il ricovero ordinario solo raramente in fase di diagnosi, mentre è più frequente l'ospedalizzazione per le patologie concomitanti o per eventi acuti. Il sistema delle attività territoriali prevede, invece, cure domiciliari, servizi sociali comunali, centri diurni integrati, residenza sanitaria assistenziale e case di riposo.

È pure prevista la possibilità di ricoveri di sollievo in strutture extraospedaliere, per emergenza sociale o per insorgenza di gravi disturbi comportamentali. «Il centro diurno diverrà il fulcro delle attività intermedie tra il servizio di assistenza domiciliare e il ricovero – continua il dott. Tarondi –; esso aiuterà il paziente a mantenere una qualità di vita accettabile e allontanerà il più possibile l'istituzionalizzazione, offrendo un concreto sostegno alla



Giuseppe Gambina

famiglia gravata dal carico quotidiano dell'assistenza».

Fondamentale sarà anche il ruolo dei medici di medicina generale che verranno pienamente coinvolti nelle varie fasi del percorso assistenziale. «Si sposta, così, l'attenzione da una visione specialistica a un'ottica globale che considera il paziente come un'unità – aggiunge il dottor Giuseppe Gambina, responsabile del Nucleo interaziendale malattia di Alzheimer e altre demenze del Centro Alzheimer e disturbi cognitivi dell'unità operativa di Neurologia dell'O.C.M. –.

Certo non va dimenticato il livello di alta competenza che la complessità della patologia richiede, sia nelle fasi evolutive della malattia sia in quelle organizzative. Ma fondamentale è anche comprendere come relazionarsi e interagire con il paziente. Il malato deve essere accolto con delicatezza, rispettato e considerato nella sua interezza, permettendo alla famiglia pause di accettazione ed elaborazione dei cambiamenti, agli operatori di farsi carico di una

ASSOCIAZIONI CHE ASSISTONO I MALATI DI ALZHEIMER

Nell'assistenza al malato di Alzheimer un ruolo centrale è svolto dalle associazioni di volontariato senza fine di lucro, sia nazionali che locali. Il loro principale obiettivo è far conoscere la malattia e di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni per favorire lo sviluppo di un'adeguata rete assistenziale, affinché le famiglie non siano sole a fronteggiare i problemi che l'assistenza al malato comporta. Le associazioni sono, inoltre, promotrici di corsi di formazione per i familiari e per le persone che assistono gli ammalati. Particolarmente importante è il sostegno psicologico che viene fornito attraverso i gruppi di auto-aiuto, guidati da uno psicologo.

Associazioni presenti a Verona:

Associazione familiari malati di Alzheimer – Verona – onlus

c/o Istituto assistenza anziani
via Baganzani, 11 – 37124 Verona
Tel. 045. 834.59.75

Fax 045. 585.077

e - mail: alzheimer.fam@libero.it

Associazione Alzheimer Italia - Verona

via don Carlo Steeb, 4 – 37122 Verona

Tel. e fax 045.8010168

e-mail: alz.vr@tiscalinet.it

Associazione Alzheimer protetta
via Cerpelloni, 34 – 37125 Verona
Tel. 045.8352629

BENEFICI DI LEGGE

La persona affetta da malattia di Alzheimer è garantita dalla legge dello Stato ed è pertanto importante conoscere i diritti dei quali è possibile usufruire:

- indennità d'accompagnamento
- invalidità civile
- agevolazioni fiscali
- permessi lavorativi
- ausili e protesi
- diritto di ricovero e prestazioni ospedaliere
- diritto a cure e farmaci
- procedimenti di interdizione, inabilitazione, procura ed amministratore di sostegno
- contributi regionali, provinciali e comunali

Chi volesse sapere di più sulle risorse disponibili può rivolgersi ad associazioni, patronati, sindacati ed al Servizio di Assistenza sociale dell'Azienda ospedaliera di Verona (tel. n. 045.8072510/3260-sede O.C.M. e 045.8074230-sede O.P.).

valida relazione di aiuto e agli organizzatori di utilizzare meglio le risorse».

Gli esami strumentali, i test e le visite specialistiche vanno utilizzati con molta attenzione e nella misura

strettamente necessaria. I risultati? Procedure diagnostiche appropriate, riconoscimento della malattia in fase iniziale, mantenimento di adeguati livelli di autonomia, corretta informazione e orientamento su

strutture e servizi, tutela dei diritti economici dei malati e delle famiglie, riequilibrio dei costi riferiti a ciascun paziente.

Un progetto, quello per l'Alzheimer, per stare vicino a chi soffre.

Dieci domande sulla malattia

Per sapere di più sulla malattia di Alzheimer, sui fattori di rischio che la provocano e sulla conseguenze che genera, abbiamo intervistato il dottor Giuseppe Gambina, dirigente medico dell'Unità operativa di Neurologia dell'ospedale civile maggiore, responsabile del Centro Alzheimer e disturbi cognitivi e del Nucleo di coordinamento interaziendale per la malattia di Alzheimer e altre demenze.

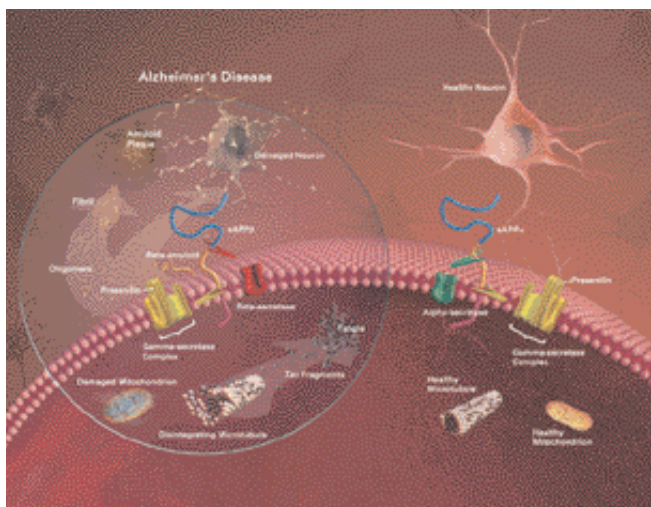
Dottor Gambina, cos'è la malattia di Alzheimer?

«La demenza di Alzheimer è una malattia degenerativa del cervello. Si sviluppa gradualmente ed è caratterizzata da perdita di memoria, alterazioni del comportamento e della personalità e un declino delle abilità intellettive. I sintomi sono correlati alla perdita delle connessioni dei neuroni cerebrali o alla morte di molte di queste cellule.

Il termine demenza deriva dal latino *de e mens*, che significano rispettivamente "separazione, cessazione o contrazione" e "mente", quindi nella "demenza si ha la contrazione della mente". Pertanto in senso esteso possiamo definire la demenza una condizione di impoverimento progressivo, fino alla totale perdita di tutte le funzioni mentali superiori».

Chi colpisce? Qual è il suo impatto?

«La malattia di Alzheimer è la principale causa di demenza tra gli ultrasessantacinquenni e rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari e sociali dei Paesi industrializzati. Ha un impatto enorme sulla persona, sulle famiglie, sul Sistema sanitario e sulla società. In Italia si stima che circa 500-700mila persone ne siano affette



e la prevalenza – cioè il numero di persone colpite dalla malattia a una certa data –, dopo i 65 anni raddoppia ogni cinque anni. Gli ultraottantacinquenni sono la fascia di età a più alto rischio, anche perché è il gruppo di popolazione a più elevato tasso di crescita.

Il numero sempre maggiore di persone affette dalla malattia e le spese a essa correlate determinano un pesante costo economico per la società. In particolare, risulta rilevante il costo dell'assistenza informale, circa il 79 per cento del costo medio annuo per paziente, in gran parte sostenuto dalle famiglie. Queste ultime sopportano inoltre per intero il cosiddetto costo intangibile, cioè il costo non monetizzabile».

Come esordisce la malattia? E come si sviluppa?

«La malattia di Alzheimer è caratterizzata, sul piano sintomatologico, dalla compromissione delle funzioni cognitive e delle abilità funzionali della vita quotidiana e da disturbi del comportamento. L'esordio è spesso subdolo ed è difficile stabilire il preciso momento

di inizio della malattia. Inizialmente, si verificano piccole difficoltà della memoria, episodi di disorientamento nel tempo o nello spazio, difficoltà nell'uso appropriato dei vocaboli, accentuazione di alcuni tratti del carattere, con irritabilità e tendenza alla depressione.

In seguito, i sintomi diventano più evidenti con marcati disturbi della memoria, dell'orientamento, del linguaggio, della capacità di vestirsi e di riconoscere gli oggetti e il loro uso. Compaiono poi i sintomi comportamentali come ansia, depressione, deliri, allucinazioni, attività motorie anomale. Nella fase finale, vi è la completa perdita delle funzioni mentali superiori, con incapacità di provvedere a se stessi, fino a uno stadio di coma irreversibile. La sopravvivenza media complessiva è di circa sette-otto anni».

Come si diagnostica?

«Una persona può essere considerata affetta da demenza quando un deficit cognitivo, insorto insidiosamente, evolve fino a interferire con le abilità funzionali della vita quotidiana. La diagnosi di malattia di Alzheimer viene fatta per esclusione di qualsiasi altra causa plausibile di demenza. A tal fine sono state messe a punto delle linee guida internazionali che permettono un'accuratezza di circa il 90 per cento. Per una corretta formulazione diagnostica sono necessari una precisa storia comportamentale e

generale, l'esame obiettivo neurologico e generale, l'indagine neuropsicologica, le indagini neuroradiologiche, come TAC o risonanza magnetica, la SPET e PET cerebrale e gli esami di laboratorio».

Quali sono le cause dell'insorgenza della patologia?

«Quando una persona invecchia avvengono dei cambiamenti in tutte le parti del corpo, cervello compreso. È interessante, pertanto, comprendere quali sono le cause che trasformano un invecchiamento fisiologico del cervello in malattia di Alzheimer. Con la vecchiaia alcuni neuroni rimpiccioliscono e muoiono, specialmente quelli di importanti aree correlate con l'apprendimento, la memoria, la pianificazione e altre attività mentali complesse. La morte cellulare è preceduta da modificazioni elettriche e chimiche che riducono la capacità di comunicare tra neuroni attraverso le connessioni, e da modificazioni strutturali con formazioni di "grovigli neurofibrillari". Nelle aree circostanti le cellule nervose si deposita il beta amiloide, una proteina anomala con effetti tossici sulle cellule nervose. Nonostante numerose ricerche di biologia molecolare, le cause della malattia di Alzheimer non sono state identificate. Tuttavia, molti dati scientifici avvalorano l'ipotesi che l'Alzheimer sia associato a un'alterazione di una proteina, il precursore dell'amiloide, indotta da fattori genetici e ambientali».

E che dire dei fattori di rischio?

«Ci sono fattori di rischio non modificabili, come l'età e i fattori genetici. Altri, come il livello di istruzione e i fattori di rischio vascolare, sono invece modificabili. Pertanto, l'intervento su questi ultimi fattori può determinare un esordio tardivo della malattia. I fattori genetici svolgono un ruolo particolarmente importante nella genesi della patologia.

Ci sono, infatti, forme di Alzheimer in cui le mutazioni genetiche sono considerate deterministiche della malattia e sono alla base di forme familiari a insorgenza precoce. I geni mutati sono localizzati sui cromosomi 21, 14 e 1.

Queste forme rappresentano una piccola percentuale dei casi di malattia. Un altro gene implicato nella patologia, nella forma familiare a esordio tardivo e nella forma sporadica, è localizzato sul cromosoma 19».

Quali sono le interazioni tra i fattori genetici e lo stile di vita?

«Alcuni studi condotti negli ultimi anni hanno suggerito che attività fisica, intellettuale e del tempo libero siano correlate a una riduzione del rischio per la malattia di Alzheimer. Secondo alcuni ricercatori gli effetti protettivi di queste attività sono da attribuire all'aumento della riserva cerebrale, che può ritardare o respingere la malattia».

Cosa può essere fatto per fermare la malattia di Alzheimer, rallentare la sua evoluzione o ridurne gli effetti?

«Il miglioramento delle nostre conoscenze sulla genesi della malattia ha aperto le porte a potenziali obiettivi terapeutici. Ci sono studi finalizzati al mantenimento delle funzioni cognitive, al rallentamento della progressione della malattia, al trattamento dei disturbi comportamentali associati e alla prevenzione. Attualmente sono disponibili farmaci ad azione sintomatica, efficaci negli stadi lieve e moderato di malattia.

Il controllo dei fattori di rischio vascolare riduce il rischio di demenza o di progressione di demenza in un buon numero di casi. Di notevole interesse sono gli approcci non farmacologici, come la stimolazione cognitiva, il *memory training*, la terapia di orientamento, la musicoterapia. Per la maggior parte di questi interventi, però, non è stata documentata un'efficacia mediante studi clinici controllati».

Qual è l'impatto della malattia sulle famiglie?

«Una ricerca del Censis del 1999 ha confermato il carattere familiare della malattia di Alzheimer, nel senso che la famiglia è il soggetto centrale, spesso unico, nella cura, assistenza, sostegno psicologico e tutela del malato. Da dati del Censis emerge che oltre l'80 per

cento dei pazienti sono assistiti a casa, che oltre i due terzi presentano gravi problemi comportamentali, che le persone che li assistono sono in prevalenza donne con famiglia e figli e che il 25 per cento lavora. Tra coloro che prestano assistenza il 67 per cento ha dovuto lasciare il lavoro e il 10 per cento ha dovuto chiedere il part-time. Il carico assistenziale e psicologico che deve sopportare chi presta le cure è spesso fonte di stress e nel 30-50 per cento dei casi viene riscontrata una depressione clinicamente rilevante, circa tre volte superiore rispetto alla popolazione normale. Particolarmente importante per i malati e le loro famiglie è il sostegno dato loro dalle associazioni».

Quali sono le sfide, i traguardi, gli obiettivi per il futuro?

«Diverse sono le possibili sfide per il futuro: ricercare adeguati risultati per gli studi clinici di sperimentazione farmacologica, supportare e sviluppare la ricerca genetica e di biologia molecolare, sviluppare e sperimentare interventi comportamentali, alimentari o farmacologici per migliorare i sintomi della malattia».

Indirizzi utili

Centro Alzheimer e disturbi cognitivi
U.O. Neurologia, Azienda ospedaliera di Verona, OCM

Unità di valutazione Alzheimer (UVA)
Tel.: 045.807.2543 (Dal lunedì al venerdì: ore 12-13); e-mail: Giuseppe_Gambina@azosp.vr.it

Clinica neurologica, Azienda ospedaliera di Verona, ospedale policlinico
Unità di valutazione Alzheimer (UVA)
- Tel.: 045.807.4285 (ore 9-16)

Geriatria 3°, Azienda ospedaliera di Verona, OCM

Unità di valutazione Alzheimer (UVA)
- Tel.: 045.807.3218 (ore 9-16)

Geriatria, ospedale "San Bonifacio", Ulss 20 Verona

Unità di valutazione Alzheimer (UVA)
- Tel.: 045.61.38.668

Progetto Alzheimer, P.le L. Scuro, 12 Verona

Centrale operativa - Tel.: 045.504960

Paola Arosio

Il diabete e le lesioni ai piedi

di Bianca Dal Bosco*

I piedi sono gli ammortizzatori del corpo e ogni giorno sono chiamati a sostenere un peso considerevole. La salute del piede rappresenta la base del benessere, dal momento che è il sostegno dell'uomo, non fosse altro perché è come una centralina che trasmette informazioni tra noi e l'ambiente.

La persona malata di diabete mellito è esposta con il passare del tempo al rischio di complicanze strettamente legate alla malattia.

Esse sono molteplici e colpiscono organi importanti quali reni, occhi, cuore, oltre a provocare danni al sistema circolatorio e nervoso, colpendo i piccoli vasi ed i nervi.

L'iperglicemia è la causa di danni a vasi e nervi che ha come esito finale, a carico degli arti inferiori, la comparsa delle lesioni ai piedi con perdita di sensibilità e talvolta dolore.

La combinazione della neuropatia con l'arteriosclerosi dà origine ad una complicanza tardiva del diabete, la patologia che ne deriva è conosciuta con il nome di "Piede diabetico". Più sono gli anni di malattia, maggiori sono le probabilità che si manifesti questa complicanza che talvolta si presenta come primo segno di diabete misconosciuto.

I progressi della medicina e, di conseguenza, l'aumento della speranza di vita delle persone affette da diabete, fanno emergere un dato: la patologia del piede risulta la più rilevante dal punto di vista di costi sociali ed economici e incide considerevolmente sulla qualità della vita della persona colpita.

Nel caso che la malattia sia presente cosa fare per prevenire le lesioni ai piedi?

È fondamentale che la persona sia in buon compenso, ciò significa una glicemia il più possibile vicina ai valori normali. Altrettanto importante è il rispetto di semplici regole comportamentali di cura dei piedi che la persona può fare da sola oppure aiutata se non in grado di farlo autonomamente. È bene sotto-



lineare che l'applicazione costante di tali attenzioni fa sì che possano essere prevenute in oltre 3/4 dei casi le complicanze.

Perciò è necessario:

- ispezionare i piedi tutti i giorni sedendosi vicino ad una finestra, non usando mai lo specchio che si può rompere con il rischio di tagli accidentali;
- lavare i piedi una volta al giorno con acqua tiepida e sapone neutro asciugandoli bene soprattutto fra le dita;
- in presenza di pelle secca, massaggiare con una crema non grassa escludendo la zona tra le dita;
- in presenza di calli e/o duroni usare con delicatezza la pietra pomice, non usare lamette o altri materiali taglienti;
- tagliare le unghie con una forbice a punta arrotondate o limarle non troppo lunghe né troppo corte;
- utilizzare calzature chiuse che proteggano il piede dai traumi;
- usare calzature morbide, comode, con la punta non troppo stretta, leggere, di materiali naturali, con suola antiscivolo non troppo spessa, senza cuciture interne evidenti e marcate, con un adeguato spazio in altezza per le dita (calzata), possibilmente con lacci;
- cambiare durante la giornata le calzature indossate;
- usare calze di fibre naturali non rammendate o con cuciture evidenti, con elastico morbido;
- per scaldare i piedi freddi non

usare stufe, cuscini termici, radiatori elettrici o borse dell'acqua, ma usare calze di lana (per il pericolo di scottature dovute alla scarsa sensibilità);

– non camminare mai a piedi nudi al mare per il pericolo di ferite accidentali e di ustioni per la scarsa sensibilità al dolore e al calore.

In presenza di ferite o piccole lesioni lavare i

piedi con acqua tiepida e sapone neutro, disinfettare con un prodotto non alcolico né colorato e coprire con un bendaggio leggero senza posizionare cerotti sulla pelle. Controllare spesso la lesione e consultare il medico se la guarigione è troppo lenta o se la ferita si presenta rossa, calda e dolente.

Non sottovalutare mai i traumi e le lesioni anche se piccole, perché possono essere la causa di danni anche gravi quali le amputazioni e di conseguenza ricoveri ospedalieri.

Se compaiono o sono presenti lesioni serie, è necessario che le persone colpite vengano seguite da un ambulatorio specialistico dove trovano professionisti competenti e preparati, non solo al trattamento locale, ma anche e soprattutto ad un approccio globale alla malattia diabetica.

Il miglior approccio per prevenire le amputazioni agli arti inferiori è lo screening dei pazienti diabetici al fine di identificare le persone ad alto rischio; queste vanno seguite presso un centro per la cura del piede diabetico dove sarà possibile mettere in atto le misure idonee per ridurre nel tempo la comparsa di lesioni diabetiche ai piedi.

Se è vero, come è vero, che un "diabetico attento è il miglior medico di se stesso", tra le incombenze quotidiane si deve ricordare di non trascurare l'igiene e la cura dei piedi.

***coordinatore Servizio
di Diabetologia
Azienda ospedaliera di Verona**

Le malformazioni infantili vengono affrontate a Verona con sofisticati interventi di chirurgia

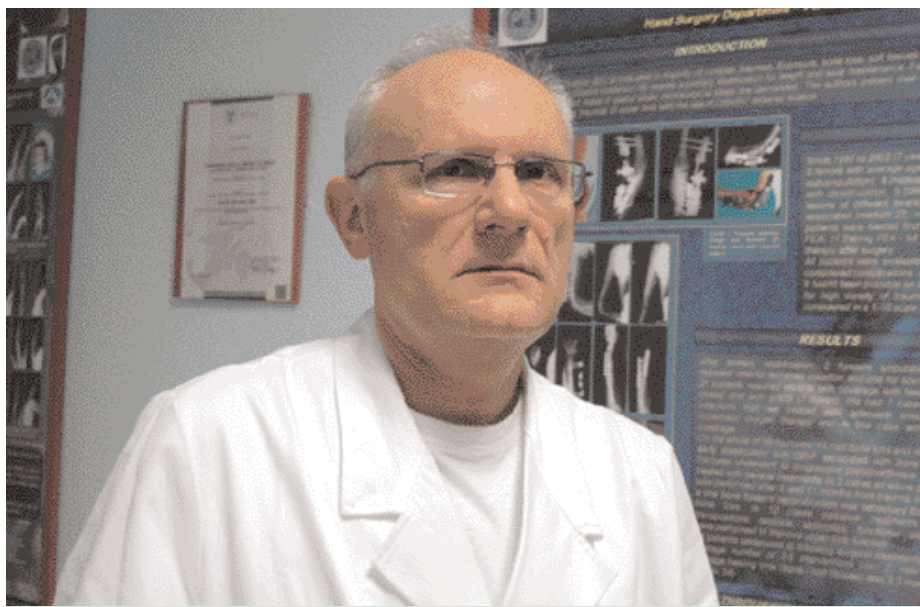
Ortopedia

17

LA SALVEZZA DELLE MANI

Un centro di riferimento regionale e nazionale, divenuto un fiore all'occhiello dell'ortopedia veronese. È l'Unità operativa di Chirurgia della mano, nata al policlinico di Borgo Roma nel 1992 su iniziativa del professor Landino Cugola, uno dei massimi esperti nazionali del settore. Non si contano, ormai, gli interventi ritenuti impensabili non più di trent'anni fa: arti amputati e riattaccati, mani e braccia ricostruite in seguito a gravi incidenti, dita create laddove mancanti e malformazioni gravi fortemente ridotte nei loro aspetti più invalidanti.

«L'unità si occupa ormai di tutte le malformazioni dell'arto superiore, da quelle congenite a quelle acquisite, in particolare in seguito agli incidenti sul lavoro e alle patologie artrosiche – spiega il professor Cugola –. Si tratta di un tipo di chirurgia comprensibilmente complessa che comprende specifiche competenze ortopediche, plastico-ricostruttive e un comprensibile coinvolgimento delle tecniche di microchirurgia; entra in gioco, infatti, una molteplicità di tessuti di tipo osseo, cartilagineo, vascolare, tendineo, muscolare, nervoso e



Landino Cugola

cutaneo. La chirurgia delle malformazioni, in particolare, ha raggiunto un alto grado di specializzazione».

LE MALFORMAZIONI INFANTILI

La casistica degli interventi relativi alle malformazioni della mano si esplica soprattutto verso i piccoli

pazienti, quasi sempre entro i primi due anni di vita. «In questo caso la chirurgia rappresenta un trattamento che permette di ottenere risultati soddisfacenti, consentendo, per altro, un rapido recupero nell'utilizzo della mano – continua –. Va ricordato che 2-3 bambini su mille nascono oggi con malformazioni alle mani, spesso gravi. Si tratta di un deficit funzionale che si riflette sullo sviluppo fisico, ma soprattutto sulla sfera psicologica, con particolare riferimento alla vita di relazione».

UNA TENDENZA STABILE

Negli ultimi cinquant'anni non si è registrato, fortunatamente, alcun aumento percentuale di neonati con malformazioni alle mani. «Tuttavia – prosegue il professor Cugola –, in certi periodi i casi sono innegabilmente aumentati, come nei mesi e negli anni successivi all'esplosione della centrale di Chernobyl, con un aumento del 15% dei casi riscontrati soprattutto in molti Paesi dell'Est europeo come Polonia, Cecia, Romania e Ungheria. Oppure nel periodo della Talidomide, un farmaco messo

CIRCA 1.200 OPERAZIONI ALL'ANNO

Circa 1.200 interventi all'anno alla mano e, più in generale, agli arti superiori. A quattordici anni dalla sua nascita, l'Unità operativa di chirurgia della mano è divenuta uno dei reparti ospedalieri più vista sui giornali, specie nelle pagine di cronaca.

È merito soprattutto degli interventi di microchirurgia del reimpianto che qui vengono portati a termine, strettamente legati agli incidenti sul lavoro (schiacciamento o amputazioni). È questo un settore della chirurgia della mano che assorbe quasi la metà del lavoro

dell'Unità diretta dal professor Cugola, tra interventi urgenti (20%) ed esiti di interventi precedenti (30% del totale) che necessitano di essere ritrattati. Relativamente agli altri campi di intervento, il settore delle malformazioni occupa poco più del 10% del lavoro complessivo, mentre la restante parte della casistica comprende la terapia chirurgica delle patologie reumatiche, dalle artriti e delle deformità, per arrivare alla perdita delle funzioni e della sensibilità.

Al. Az.

in commercio negli anni Sessanta che si rivelò responsabile di gravi malformazioni (diverse centinaia di madri partorirono neonati senza braccia, gambe o orecchie). Successivamente, però, tali anomalie sono rientrate, riattestandosi sui dati pregressi».

LE MALFORMAZIONI PIÙ FREQUENTI

La chirurgia della malformazione della mano comprende una casistica di interventi che spaziano dalle sindattilie (separazione di dita tra loro unite) alla mancanza di dita o di falangi per arrivare alle polidattilie e gigantismi. «L'intervento più frequente, pari a circa il 20% dei casi – sottolinea Cugola – consiste nel risolvere il problema della sindattilia, ossia l'unione di due o tre dita. In questo caso è fondamentale appurare se l'unione è solo della pelle o anche delle strutture ossee e tendinee. È altresì importante stabilire se le singole falangi ossee delle dita sono tutte presenti o se alcune sono in comune tra due dita. La separazione avviene solitamente mediante una plastica della cute nello spazio interdigitale e tramite un'attenta separazione di ossa, tendini e nervi.

Nel caso della polidattilia, malformazione che vede una o più dita in eccesso (frequenza del 15%), si stabilisce subito quale dito è accessorio e quale è il principale. Ciò per decidere quale dei due dovrà essere asportato. Occorre inoltre tenere conto anche della posizione del dito stesso e di quale dito sarà più utile alla funzionalità della mano».

E se manca un dito? «È questo il caso della agenesia, cioè l'assenza di un dito – prosegue –. Uno degli interventi più frequenti è la pollicizzazione, nel quale un dito della mano, solitamente l'indice, viene trasformato in pollice, l'asta opponente fondamentale della mano. In taluni casi si può ricorrere anche al trapianto di un dito del piede. Fondamentale risulta, qui, l'intervento nei primissimi anni di vita, ossia quando il bambino può ancora adattare facilmente i suoi schemi mentali ad una situazione



ne protesa verso il cambiamento. Un'altra malformazione sulla quale si interviene è la camptodattilia, ossia una deformazione caratterizzata dalla posizione piegata e non mobile di una o più dita. Ma si interviene anche sulla clinodattilia, la deviazione laterale delle dita, la brachidattilia, ossia la lunghezza delle dita inferiore alla norma e sull'aplasia radiale, cioè il mancato sviluppo del radio, una delle due ossa dell'avambraccio».

SPASTICITÀ

È una forma non congenita ma legata al momento del parto, causata da emorragia cerebrale e che si manifesta con alterazioni del sistema muscolo-scheletrico (contratture e deformità). Questi bambini devono entrare in un programma, di lunga durata, di terapia fisica e occupazionale e devono essere muniti di tutori per correggere e/o impedire l'instaurarsi di deformità. A ciò si affianca un trattamento mediante iniezioni di tossina botulinica e/o una terapia con le onde d'urto. La chirurgia troverà indicazione con l'obiettivo di migliorare la funzione degli arti.

L'ASPETTO PSICOLOGICO

Di fronte ad una malformazione, la valutazione degli elementi psicologici in gioco è fondamentale. Punto primo: una volta al corrente del problema ad un arto del nascituro, è importante che il genitore lo accetti.

«Solo in questo modo si può affrontare con serenità un percorso terapeutico efficace», conclude Cugola.

Per un equilibrato sviluppo psicologico del bambino è fondamentale l'atteggiamento emozionale dei genitori nei suoi confronti: pur nell'esigenza di individuare supporti migliorativi, non devono insorgere sensi di colpa o risposte iperprotettive nei confronti dei figli.

«Sono sostanzialmente quattro i momenti della vita di una persona in cui la malformazione ad una mano può divenire un problema psicologico anche grave. Il primo sta proprio nella reazione dei genitori al momento della nascita. Gli altri riguardano chi ne è affetto in relazione alle altre persone, dall'età prescolare a quella scolare, da quella adolescenziale a quella del matrimonio».

MALFORMAZIONI TRASMISSIBILI?

Ancora oggi le conoscenze sulle cause delle malformazioni sono piuttosto scarse, anche perché ogni caso è diverso dall'altro. La nascita di un bimbo con una malformazione alla mano può avere tuttavia cause genetiche. Ecco perché, in presenza di un dubbio, magari di un caso pregresso in uno dei due genitori o negli ascendenti diretti, occorre effettuare esami genetici specifici per individuare l'eventuale presenza di un problema.

Alessandro Azzoni

Maternità e anonimato

di Lucia Poli*

Ritorniamo sul tema del parto in anonimato in occasione di una recente sentenza della Corte costituzionale. L'argomento è per noi di particolare importanza da quando, l'anno scorso, è stato avviato il numero verde Salvabebé.

La legge 4 maggio 1983, n. 184, che contiene la disciplina delle adozioni e dell'affidamento, prevede all'articolo 28, la facoltà del figlio adottivo, raggiunta l'età di 25 anni, di accedere alle informazioni riguardanti l'identità dei propri genitori biologici, su conforme autorizzazione del tribunale dei minori cui va indirizzata la relativa istanza.

Sempre il medesimo articolo prevede il diritto del figlio adottivo di essere informato della propria condizione, seppure con le modalità e i tempi ritenuti più idonei dagli stessi genitori adottivi.

L'ultimo comma dell'articolo in commento prevede, per contro, un divieto assoluto di accesso alle informazioni attinenti l'identità della madre biologica, qualora la stessa abbia esercitato, al momento del parto, la facoltà di non essere nominata.

Contro tale assoluta previsione è stato richiesto il vaglio di costituzionalità che ha originato la sentenza n.425 del 2005.

Nell'ordinanza di rimessione, si rilevava il possibile contrasto con gli art.li 2, 3 e 32 della Suprema Carta osservando:

– che il divieto assoluto di accesso alle informazioni attinenti la propria origine espone il figlio della madre che ha partorito in anonimato alla violazione del proprio diritto all'identità personale, diritto costituzionalmente garantito fra i diritti fondamentali dell'individuo;

– che ciò si traduce in una ingiustificata disparità di trattamento rispetto alla condizione degli adottati i cui genitori biologici non si sono avvalsi di tale facoltà;

– che, in ultima analisi, tale situazione sulla base delle più recenti acquisizioni delle scienze psicologiche, appare idonea a pregiudicare la salute e l'integrità fisica del soggetto.



Nel sottoporre all'esame le doglianze così sintetizzate, la Corte ha ritenuto pienamente compatibile con il dettato costituzionale la previsione conte-



nuta nell'articolo 28 ultimo comma della legge 184/83, che, come accennato, contiene l'esclusione senza eccezioni di accedere, anche da parte del figlio, ai dati attinenti la identità della madre che all'atto della nascita abbia dichiarato di non voler essere nominata.

Nel fare ciò la Corte ha evidenziato anzitutto che il significato della tutela assoluta imposta dal legislatore all'anonimato della madre consiste

La Legge 184/83 garantisce il diritto della madre a non essere identificata dal figlio qualora lo abbia richiesto al momento del parto

nella necessità di non vanificare la sostanza dello strumento del parto in anonimato, il quale, proprio per la natura di strumento estremo per far fronte a situazioni critiche, potrebbe essere vanificato dalla consapevolezza della possibilità, anche remota, per la donna, di essere rintracciata in una qualche futura occasione, da parte di quel figlio di cui è stato a suo tempo rifiutato il riconoscimento.

Proseguendo sullo stesso ragionamento, la Corte arriva anche ad escludere la disparità di trattamento relativamente agli altri adottati, rilevando che la presunta irragionevolezza del diverso trattamento non sussiste, a motivo della diversità delle diverse situazioni in cui versa un figlio riconosciuto ed il figlio di madre che non vuole essere nominata.

In ultima analisi, dunque, nella comparazione tra i beni giuridici tutelati la Corte ritiene corretta la valutazione compiuta dal legislatore che, nel difendere in modo assoluto la scelta in ordine all'anonimato della madre, in realtà mira a scongiurare scelte in contrasto con la vita e l'integrità fisica del nascituro, con ciò confermando ancora una volta la natura dello strumento del parto in anonimato, quale misura a tutela della maternità.

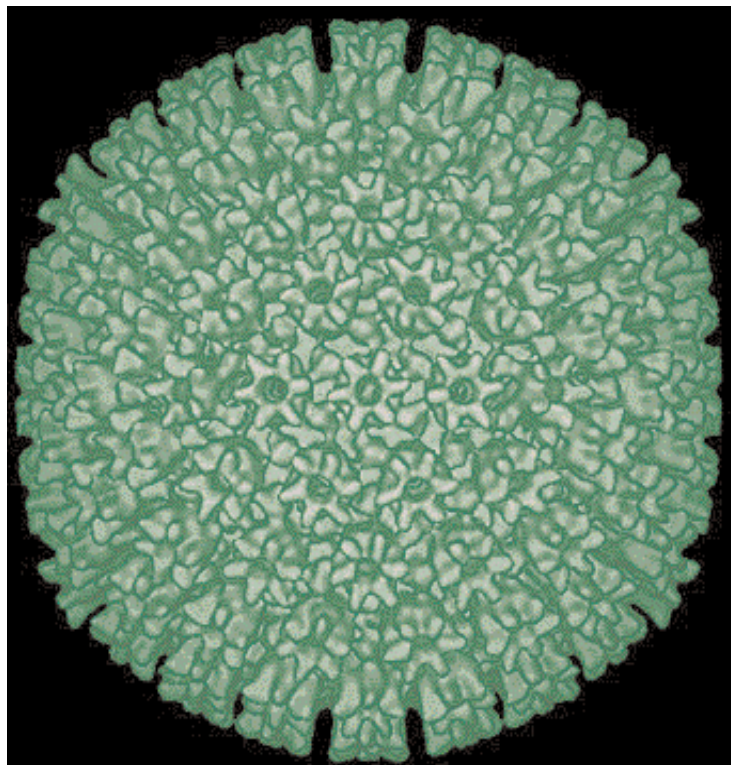
***direttore Dipartimento economico-giuridico e responsabile Servizio Affari generali**

L'ANTICORPO CHE CURA

Fa un passo avanti la ricerca sui fattori responsabili della sclerodermia che vede impegnate le équipes dell'Università di Verona, dell'ospedale "Gaslini di Genova" e dell'Università del capoluogo ligure.

I risultati delle ultime acquisizioni sono stati pubblicati dalla prestigiosa rivista internazionale *PLoS Medicine* e sono citati dal portale *Faculty of 1000 of Medicine*, che riporta gli articoli più importanti pubblicati nel mondo sia in ambito clinico che di ricerca biomedica. I nuovi risultati consentono soprattutto ai ricercatori del Policlinico e ai colleghi del "Gaslini" di puntare all'individuazione di un anticorpo che, somministrato sotto forma di farmaco biologico, possa combattere una malattia per la quale finora non esistono cure efficaci.

«Il risultato che speriamo di conseguire entro l'anno è di ottenere in laboratorio un anticorpo che contrasti i processi cellulari riscontrati nelle pazienti affette da sclerodermia, per osservare in vitro il suo comportamento. L'anticorpo sarà poi eventualmente testato su animali di laboratorio prima di essere impiegato su pazienti affetti dalla malattia



Cytomegalovirus

che al momento, è bene ricordarlo, non può essere trattata con terapie specifiche.

«Chi è malato di sclerodermia viene curato con farmaci vasodilatatori, in grado di bloccare o ritardare il decorso della patologia, non di contrastarla», afferma Claudio Lunardi, professore del Dipartimento di medicina clinica e sperimentale dell'Università di Verona e responsabile dell'Unità funzionale per le malattie autoimmuni del policlinico che,

insieme al professor Roberto Corrocher, ordinario di Medicina interna e direttore della Medicina interna B sempre del policlinico, ai ricercatori Dimitri Peterlana, Ruggero Beri, Caterina Barison, Riccardo Navone, al patologo dell'università scaligera Nicola Tamassia ed in collaborazione con Marzia Dolcino e Antonio Puccetti del "Gaslini" e dell'università di Genova, sono impegnati da una decina di anni in una ricerca sulle malattie vascolari, che si è via sviluppata in diverse direzioni.

Com'è iniziata la vostra ricerca sulla sclerodermia?

«Circa una decina di anni fa avevamo riscontrato nel sangue delle pazienti affette da sclerodermia la presenza di anticorpi diretti contro una proteina (UL94) del Cytomegalovirus, che è un virus molto comune, in grado di danneggiare le cellule endoteliali che tappezzano i vasi sanguigni. I primi risultati della ricerca vennero pubblicati sulla rivista *Nature medicine*, nel 2000.

Allora concludevamo che questi anticorpi potevano essere responsabili dell'inizio della malattia perché provocavano un'aggressione verso cellule dell'organismo, pur essendo originariamente prodotti per combattere una proteina del virus. Da queste osservazioni derivano anche i risultati ottenuti nello studio dell'aterosclerosi (ha individuato per la prima volta un rapporto tra infezione virale ed aterosclerosi, *ndr*), pubblicati nel dicembre del 2003 su *The Lancet* e che ancora stiamo continuando».

PAROLE CHIAVE

Endotelio

Tessuto epiteliale costituito da cellule piatte, unite tra loro a formare una membrana che riveste la superficie interna di canali, cavità e spazi vuoti (cuore, vasi, articolazioni) in cui si trovano o scorrono liquidi organici (sangue, linfa, ecc.),

impedendone la coagulazione.

Fibroblasto

Cellula dalla quale ha origine il tessuto connettivo

Fibrosi

Degenerazione di tessuto nobile e sua sostituzione a opera di tessuto connettivo.

Come è proseguito il vostro lavoro?

«Volevamo verificare se questi anticorpi, riscontrati nel sangue delle pazienti affette da sclerodermia, oltre a danneggiare le cellule endoteliali, potevano esercitare qualche effetto sui fibroblasti (le cellule che si trovano nel tessuto connettivo, presente in tutti gli organi, ndr) e portare alla fibrosi dei tessuti, caratteristica fondamentale della sclerodermia. I fibroblasti producono le proteine della matrice extracellulare, che mantengono i tessuti elastici e che formano una sorta di collante che tiene insieme le strutture dei vari organi.

Abbiamo osservato che gli stessi anticorpi che provocano la morte della cellula endoteliale, stimolano i fibroblasti a produrre una quantità più elevata di proteine della matrice, portando alla fibrosi che causa l'indurimento della cute e dei tessuti».

La vostra indagine come è stata effettuata?

«Mediante l'analisi di 15.000 geni umani sono state individuate le modificazioni genetiche che gli anticorpi antivirus producono sulle cellule umane. Abbiamo lavorato in laboratorio, mettendo in coltura cellule endoteliali e fibroblasti normali con anticorpi antivirus attenuati dal siero delle pazienti.

L'osservazione ci ha portato a concludere che gli anticorpi legano una molecola sulla superficie delle due cellule (proteina NAG2) capace di attivare un numero elevato di geni che portano da una parte alla morte della cellula endoteliale e dall'altra alla stimolazione dei fibroblasti che producono una quantità superiore di proteine della matrice.

Abbiamo così dimostrato che gli anticorpi antivirus, generati dal sistema immunitario delle pazienti, e diretti contro la proteina UL94 del Cytomegalovirus, inducono le alterazioni tipiche delle cellule malate. Questi anticorpi infatti sono presenti in esclusiva o in quantità assai superiore nelle cellule delle pazienti affette da sclerodermia rispetto a

Cos'è LA SCLERODERMIA E COME SI MANIFESTA

La sclerodermia è una malattia rara che colpisce prevalentemente le donne, producendo un danno vascolare con diminuzione di circolazione sanguigna e indurimento dei tessuti e degli organi interni.

La sclerodermia è una malattia auto-immune, caratterizzata cioè dalla presenza di anticorpi diretti contro componenti dello stesso organismo, si riscontra in 20 casi ogni 100mila abitanti (anche se secondo alcune casistiche è più frequente), è legata a fattori ormonali e tende a colpire di solito le donne in età fertile.

I PRIMI SINTOMI. Uno dei primi sintomi a comparire nelle pazienti è il fenomeno di Raynaud, caratterizzato da dolore alle dita che diventano bianche e che si manifesta soprattutto nella stagione invernale, quando mani e piedi diventano freddi, a causa di una insufficiente circolazione sanguigna. Ciò può portare alla comparsa di ulcere nelle dita. L'aiuto del medico di medicina generale e successivamente di uno specialista può consentire di fare luce sul fenomeno e di verificare se i sintomi sono collegabili alla patologia, che come tutte le malattie auto-immuni ed allergiche sta registrando un trend di leggera crescita anche tra la popolazione italiana.

LE CURE. Attualmente contro la

sclerodermia non c'è ancora una terapia adeguata ed efficace. Quindi le possibilità di cura si concentrano sul tentativo di bloccare la progressione della patologia, attraverso la somministrazione di farmaci vasodilatatori e di trattare i disturbi a carico dei vari organi mano a mano che si presentano.

IL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO

La medicina B del policlinico "Giambattista Rossi" è il centro regionale di riferimento per le pazienti affette da sclerodermia del Veneto, ma anche delle altre province vicine. Le pazienti si sottopongono alla cura in regime di day hospital: in genere si ricoverano una volta al mese. Nel reparto si contano tra i cinque e gli otto ricoveri quotidiani.

L'ASSOCIAZIONE

Il policlinico è anche riferimento della sezione veronese "Elena Morando" dell'Associazione italiana lotta alla sclerodermia (Ails), presieduta, a livello locale, da Yari Terazzan, che organizza iniziative per informare e sensibilizzare, per far conoscere la malattia e per raccogliere fondi per la ricerca. Per informazioni sulla malattia e sui centri di cura si può consultare il sito dell'Associazione: www.ails.it.

Va. Za.

soggetti sani».

In che direzione proseguirà la ricerca?

«L'obiettivo di qualsiasi ricerca che mette al centro il malato è capire come arrivare a una cura. Stiamo già ottenendo in laboratorio, con processi di ingegneria genetica, la proteina NAG2, ricombinante, espressa sulla superficie delle cellule attaccate dagli anticorpi antivirus. Il nostro obiettivo è di ottenere in laboratorio

un altro anticorpo (il Nag-2) in grado di inibire gli attacchi degli anticorpi antivirus o di bloccare il NAG2, affinché la molecola non attivi i processi cellulari di distruzione delle cellule endoteliali e di produzione di proteine della matrice da parte dei fibroblasti. L'anticorpo, definito farmaco biologico, come molti già in uso per altre malattie potrebbe rappresentare una nuova terapia per contrastare la patologia».

Valeria Zanetti

La deontologia professionale

di Pietro Marcello Fazzini*

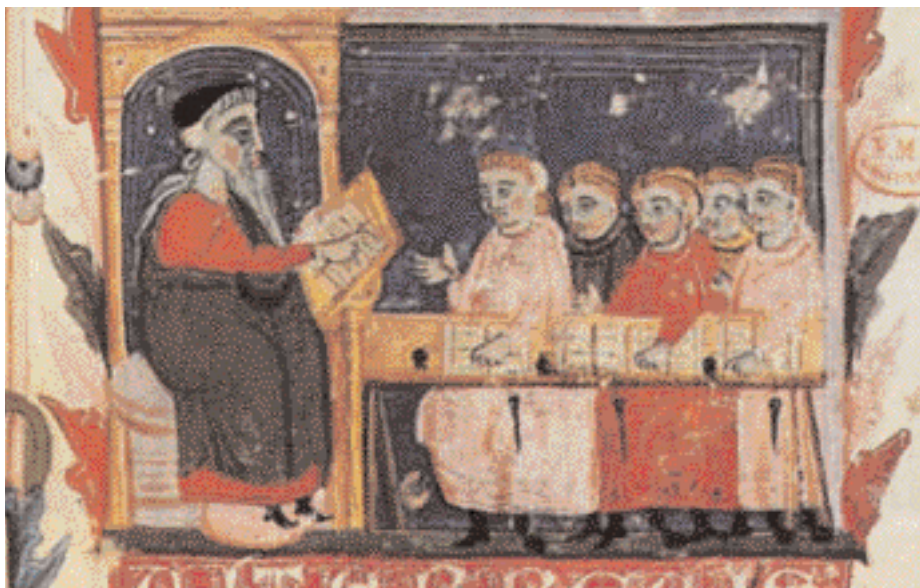
Recenti avvenimenti che hanno interessato la sanità veneta e veronese ripropongono alla pubblica attenzione alcuni comportamenti non rari all'interno della classe medica. Si fa riferimento alla tendenza alla contrapposizione polemica tra professionisti impegnati in differenti aree lavorative ed alla propensione a criticare l'operato dei colleghi, esprimendo valutazioni imprudenti e poco rispettose della collegialità.

Simili atteggiamenti risultano scorretti sotto il profilo deontologico e producono altri pericolosi fenomeni riconducibili all'aumentata diffidenza del paziente verso il "sistema salute" e al diffondersi di uno spirito di rivalsa nei confronti del medico i cui presunti errori professionali vengano ricercati, talora, in modo caparbio.

Pertanto, è indispensabile rivolgere a tutti i medici veronesi un forte richiamo a recuperare la dimensione deontologica della professione che, al pari della componente tecnica, scientifica e culturale, è determinante nel conferire qualità all'operato del professionista e lo rende meno vulnerabile sotto il profilo medico-legale e disciplinare.

Questa ricaduta professionale non viene sempre percepita dal medico in modo preciso poiché il suo percorso formativo è orientato, in modo quasi esclusivo, a garantire prestazioni adeguate sotto l'aspetto scientifico e tecnico, mentre la deontologia è relegata in posizione marginale, per lo più quale corollario ai corsi di Medicina legale.

Anche la conoscenza del Codice di deontologia medica appare piuttosto sommaria presso gli iscritti all'Ordine professionale. Il fatto che non appartenga al corpo dei Codici giuridici lo fa ritenere uno strumento accessorio, ad uso interno della professione e realizzato per fini corporativi. È invece necessario che ogni medico sia consapevole che il Codice deontologico, pur nascendo al di fuori della giurisprudenza, contiene una serie di regole che la categoria stessa ha deciso di imporsi e che tali



Ippocrate e i suoi discepoli

regole vanno osservate allo stesso modo delle norme giuridiche. Infatti esse esprimono precetti e comportamenti necessari ed irrinunciabili della Medicina e la caratterizzano costitutivamente.

Riprendendo il tema dei rapporti tra colleghi e dello spirito che li deve uniformare, sono molteplici i riferimenti contenuti nel Codice deontologico. Si parla di solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione per le rispettive attività professionali. Anche nel caso di contrasti di opinione non è possibile prescindere della collegialità e da un confronto che deve essere mantenuto sul piano della civiltà. In ogni caso, i giudizi sull'operato di un collega vanno formulati rispettando la sua dignità e non devono ledere la sua reputazione professionale.

Viene sottolineata l'importanza della reciproca informazione tra colleghi, pur nel rispetto dell'autonomia e della riservatezza. È ribadita la centralità del Paziente e, per garantirgli una coerente continuità diagnostico-terapeutica, è richiesto un rapporto di consultazione e di collaborazione costante fra tutti i professionisti chiamati ad assisterlo. In modo particolare, medici di reparti clinico-ospedalieri o di case di cura private e

medici curanti - medici di medicina generale - sono tenuti ad applicare tali direttive.

Se sono questi i richiami deontologici che indirizzano la relazione tra medici, si deve purtroppo constatare che nella realtà quotidiana i comportamenti sono spesso diversi. Innanzitutto, permane scarsa la disponibilità al dialogo ed alla collaborazione tra chi opera sul territorio e chi opera in strutture ospedaliere.

Sono ancora pochi i medici curanti che mostrano interesse per i propri assistiti durante le fasi di un ricovero ospedaliero e, analogamente, è infrequente che il medico ospedaliero cerchi di comunicare con il curante onde acquisire elementi utili ad un migliore inquadramento clinico di un paziente ospedalizzato. Ambedue i sanitari sono convinti che le rispettive responsabilità professionali siano circoscritte all'ambito lavorativo di competenza né si preoccupano che, nel passaggio di un paziente da un'area assistenziale all'altra, si verifichino pericolose dissonanze.

Talora sono i pazienti stessi o loro familiari che si adoperano per favorire il dialogo tra i professionisti.

Lo scarso spirito di collegialità tra i medici è alla base di un altro deprecabile comportamento. Infatti, in

una fase della medicina in cui sempre più si assiste alla multidisciplinarietà degli interventi, non tutti i passaggi che caratterizzano il percorso clinico di un paziente appaiono del tutto logici a chi non partecipa direttamente alle scelte.

Di fronte a decisioni ritenute incongrue ed in assenza di adeguata informazione, l'atteggiamento prevalente è quello di comunicare al paziente le proprie perplessità o, addirittura, di criticare apertamente l'operato degli altri. In tal modo si creano facilmente condizioni di concorrenzialità o di delegittimazione o di una vera e propria deresponsabilizzazione nei confronti dei colleghi. In ogni caso, il paziente è posto in una condizione di insicurezza e di dubbio che allontana l'alleanza medico-paziente e la stessa continuità diagnostica-terapeutica tanto auspicata, risulta un obiettivo difficilmente conseguibile. Il contrasto tra medici operanti in aree lavorative diverse assume maggiore rilevanza quando si manifesta tra chi ricopre un ruolo di rappresentanza all'interno delle varie categorie professionali. Queste figure, infatti, grazie alla funzione che esplicano, divengono il riferimento di un'intera area lavorativa e sono in

grado di orientarne il comportamento professionale. Inoltre, grazie al fatto di essere i referenti accreditati ad esprimere le posizioni ufficiali di più o meno vaste realtà sanitarie, essi sono spesso sollecitati a manifestare pubblicamente tali posizioni, soprattutto quando vengono dibattute questioni di interesse generale.

Anche in simili circostanze il Codice deontologico non va dimenticato. Fatto salvo il diritto di ciascuno di rendere manifesto il proprio pensiero ed il dovere di assolvere fedelmente al proprio mandato istituzionale, è necessario che il medico non dimentichi i vincoli deontologici che lo obbligano come persona, come professionista e come rappresentante di una intera categoria anche quando parla attraverso gli organi di informazione.

Si è fatto cenno in precedenza ad una medicina basata sulla multidisciplinarietà. L'organizzazione del sistema sanitario risulta sempre più complessa e richiede un utilizzo oculato delle risorse che appaiono piuttosto limitate in rapporto ai bisogni progressivamente crescenti.

È evidente che le nuove sfide derivanti dalla mutata realtà necessitano di scelte non più settoriali ma di

sistema e ciascuno, in tale sistema, deve essere disponibile a lavorare in modo integrato, nel preminente interesse del paziente. Il rispetto della collegialità tra medici, quindi, esprime il senso di responsabilità dell'intera categoria nei confronti della professione e della società. Ciò contribuisce ad incrementare l'unità e l'efficienza del corpo medico, ne rinsalda il prestigio ed il decoro con ricadute positive per coloro che accedono al servizio sanitario.

Al contrario, le polemiche condotte pubblicamente, talvolta enfatizzate dalla stampa, mostrano una categoria professionale piuttosto irascibile, nostalgica dei fasti del passato, particolarmente attenta nella tutela dei diritti ma spesso distratta circa i propri doveri.

L'auspicio, pertanto, è che tutti i medici iscritti all'Ordine professionale mostrino attenzione, nel loro operare, ai contenuti del loro Codice di etica professionale, che idealmente li dovrebbe accompagnare, in tutte le loro attività quotidiane come un abituale strumento di lavoro.

***presidente
Ordine dei medici
chirurghi e odontoiatri
di Verona**

UNA BUONA COMUNICAZIONE MIGLIORA LA CURA

Il 3 e 4 febbraio si sono ritrovati a Verona, per il 4° workshop dedicato alla comunicazione nei servizi sanitari, psicologi, clinici, medici, sociologi e statistici esperti in comunicazione provenienti da Olanda, Norvegia, Inghilterra, Svizzera, Germania, Finlandia e Stati Uniti.

Tutti i workshop si sono svolti sinora a Verona, organizzati dal gruppo della Psicologia clinica dell'ospedale Policlinico in collaborazione con la European Association for Communication in Health Care (Each).

Si stima che migliorando la comunicazione tra paziente e medico, tra paziente ed operatore sanitario si possa ottenere un miglioramento del 30% della qualità delle cure, vale a dire della soddisfazione del paziente verso i trattamenti medici, in ospedale e nel territorio, dell'adesione alle

terapie prescritte (l'adesione è la misura in cui vengono effettivamente assunte le medicine e vengono seguiti i consigli del medico) e quindi dell'esito delle cure. Un risultato straordinario, che non ha bisogno di costosi macchinari, ma che richiede investimenti nella formazione psicologica degli operatori, nella tecnologia della comunicazione. Migliorare le proprie abilità comunicative può infatti essere appreso, seguendo *training* adeguati di provata efficacia.

La professoressa Christa Zimmermann, docente straordinario di Psicologia clinica nella Facoltà medica del nostro Ateneo, ci ha detto: «Da più di dieci anni forniamo a Verona un corso *ad hoc*, con esercitazioni pratiche e *role playing* a tutti gli studenti del quarto anno di

Medicina. Una formazione più lunga ed articolata è dedicata agli specializzandi in Psichiatria e, di tanto in tanto e su loro richiesta, ai medici di medicina generale, anche a quelli che lavorano in altre regioni.

Ma si potrebbe fare molto di più, cogliendo le opportunità e le competenze esistenti a Verona, all'interno dell'Unità di Psicologia clinica e comunicazione in Medicina (Servizio di Psicologia medica) e del Centro di Verona dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms).

È importante ricordare – conclude la Zimmermann – che la formazione alla comunicazione che si fa a Verona è basata su evidenze scientifiche ed è strettamente collegata con progetti di ricerca che hanno lo scopo di valutare l'efficacia del nostro metodo».

MANGIARE SANO E BENE

Buon cibo e mangiare sano suonano come una contraddizione in termini. Perché la storia vuole che le cose gustose e che seducono i nostri sensi o fanno male oppure sono proibite. Ma non è sempre così. Controllare il proprio peso corporeo o dimagrire non fanno inesorabilmente rima con un piatto di verdure al vapore rigorosamente scondite e senza sale, o con un vasetto di yogurt al naturale. Si può perdere peso o mantenere la linea anche mangiando bene.

Parola degli studenti dell'Istituto professionale statale per i servizi alberghieri e della ristorazione "Angelo Berti" che in occasione della Giornata mondiale del Cuore, svoltasi il 25 settembre del 2005, hanno offerto ai veronesi, invitati alla Gran Guardia dall'Unità operativa clinicizzata di Cardiologia dell'ospedale civile maggiore e dall'associazione "Il cuore per la vita", un buffet gourmet, ma dietetico.

L'Ippsar "Berti" è ormai impegnato da anni oltre che nell'educazione alimentare anche nel campo della salute intesa come stare bene a scuola. Tanto che nel 2000 l'Istituto è entrato a far parte della Rete regionale veneta "Health Promoting School-Scuola promotrice di salute", che aderisce al network europeo ENHPS.



Studenti dell'Istituto Ipssar "Berti"

"Il punto nodale della metodologia delle scuole promotrici di salute – scrive Anna Graciotti, docente del "Berti", nell'opuscolo che la scuola ha distribuito durante la "Giornata mondiale del Cuore" – sta nel ruolo degli studenti che, da semplici fruitori, diventano gli attori protagonisti delle attività. Grazie a questo da qualche anno collaboriamo con il Servizio di Igiene alimenti e nutrizione dell'Ulss 20 realizzando esperienze di educazione alimentare, destinate ai bambini delle scuole elementari".

Infatti, è dimostrato che un messaggio trasmesso fra pari e/o da un ragazzo più grande ad uno più giovane arriva prima ed è recepito maggiormente. Un messaggio è prezioso anche per i grandi che seguendo le indicazioni dell'Alberghiero potrebbero dimagrire con il sorriso sulle labbra, rischiando perfino di mangiare con gusto.

1. Erbe aromatiche e spezie

Il sale è prezioso per l'organismo ma quando si esagera può causare dei problemi alla nostra salute. Ma è pur vero che senza sale – e senza glutammato, il cosiddetto dado – i cibi

sembrano privi di sapore. In questo caso entrano in campo le erbe aromatiche e le spezie, che hanno un utilizzo antichissimo in cucina. Le erbe aromatiche sono piccole piante dalla sommità fiorita, le cui foglie, talvolta i semi, costituiscono un valido supporto all'insaporimento dei cibi. Tutto ciò a differenza delle spezie, che provengono spesso da paesi lontani, e che si ottengono attraverso l'essiccazione e talvolta la polverizzazione di piante aromatiche. Le erbe aromatiche, e quindi le spezie, oltre ad essere un supporto per la nostra salute, costituiscono una risposta alla continua ricerca di piatti "interessanti" e nuovi, sfruttando una varietà di ingredienti ipocalorici.

2. La cottura degli alimenti

Cuocere un alimento non significa solo renderlo commestibile (mangiare la pasta cruda richiederebbe un'impresa per i nostri denti e per il nostro stomaco), ma garantirne l'igiene e non da ultimo esaltarne il sapore. Cuocere una bistecca al vapore o alla griglia non è la stessa cosa, anche dal punto di vista della conservazione delle qualità nutrizionali. Se, infatti, alcuni metodi di cottura



ALCUNE RICETTE PER PIATTI SUCCULENTI

TAGLIOLINI DI CRESPELLE

INGREDIENTI:

8 crespelle pronte
g. 200 di polpa di pomodoro fresco
g. 80 fave sgranate e pelate
aglio
prezzemolo
basilico
olio d'oliva extravergine
poco pepe

PROCEDIMENTO:

Fare marinare la polpa di pomodoro per 30 minuti con olio, aglio e prezzemolo tritati.
Intanto tagliare le crespelle a nastri sottili (tipo tagliolini) e rosolarli in padella con poco olio d'oliva. Distribuirli poi nelle ciotoline, condirli con la marinata di pomodoro, le fave, foglioline di basilico e pepe.
Vino consigliato: Bardolino Classico

CROSTATA DI FRUTTA FRESCA

INGREDIENTI: dose di 1 torta per 12 persone

Pasta frolla:
g.250 di farina bianca
g.100 di ricotta

g.75 di zucchero
mezza bustina di vanillina
poco lievito per dolci
1 uovo
1 tuorlo d'uovo
Per la decorazione
3 kiwi
2 banane
1 cestino di fragole
1 arancia
(la frutta può variare a seconda della stagione)
g. 100 di gelatina di frutta di albicocche

PROCEDIMENTO:

Mettere a fontana la farina sopra ad una spianatoia (oppure dentro ad un contenitore), mettere tutti gli ingredienti, e lavorare velocemente il composto sino a ricavare un impasto omogeneo. Lasciare riposare in frigorifero per almeno 20 minuti. Abbassare la pasta frolla con un mattarello, adagiare dentro ad una tortiera, e cuocere in forno a 170° per 25 minuti circa. Lasciare raffreddare, spalmare poca marmellata (oppure poca crema pasticcera), quindi decorare con la frutta tagliata a pezzi.
Se consumata il giorno successivo, cospargere la frutta con gelatina di frutta fatta sciogliere con poca acqua sul fuoco e cosparsa con un cucchiaino.
Il piatto si può abbinare con: Brachetto d'Acqui Spumante

contribuiscono ad accrescere la salubrità di alcuni alimenti eliminando alcune sostanze tossiche e distruggendo la maggior parte dei batteri, è vero che anche la cottura può generare, in certi casi, una perdita di valori nutritivi degli alimenti stessi, disperdendo per esempio, alcune

vitamine e sali minerali, oppure, ancor più grave, formando sostanze nocive per l'organismo.

Le cotture consigliate, e cioè quelle che hanno il vantaggio di mantenere gli alimenti più saporiti senza l'utilizzo in eccesso di grassi animali e del sale, sono: la cottura al salto (che

consiste nel cuocere alimenti con l'aggiunta di un minimo di sostanza grassa o liquida all'interno di una padella effettuando un movimento rotatorio verticale od orizzontale), quella che si serve del vapore o di un involucro (il cartoccio). E ancora cuocere alla griglia o arrosto.

DAL 31 MARZO AL 3 APRILE, IL CONVEGNO "GLAUCOMA 06"

Glaucoma 06 è il nome del convegno, che si terrà dal 31 marzo al 2 aprile al polo Zanotto, tutto dedicato a questa patologia.

Il congresso, organizzato e coordinato dal professor Giorgio Marchini, vuole fare il punto della situazione sulla malattia ed è, in particolare, focalizzato su diagnosi precoce e su alcuni aspetti della terapia medica e

chirurgica.

Importanti sono anche la componente educativa e il coinvolgimento diretto dei partecipanti, sia attraverso metodiche interattive e multimediali sia attraverso la sezione Scelto da voi che permette appunto di scegliere tre argomenti sui dieci proposti.

Qualche esempio? La lampada a fes-

sura, l'ambulatorio per il glaucoma, la chirurgia refrattiva, il ruolo della genetica nella gestione della malattia. «In questi tre giorni – precisa Marchini – 400 oculisti provenienti da tutta Italia si confronteranno con i più noti esperti del settore, potendo anche proporre le questioni di maggior interesse».

Pa. Ar.

I SAMARITANI DEL 2000

Dal 10 dicembre del 2005 la Croce Verde di Verona ha una nuova casa. Un regalo di Natale quanto mai gradito e da tanti anni atteso. Non perché ci sia voluto tanto tempo per ristrutturare l'ex sede del Comando di Polizia Stradale in via Polveriera Vecchia (Borgo Roma) dove ora il sodalizio ha preso posto – i lavori sono iniziati infatti nel giugno del 2004 –, ma perché ormai da anni la sede storica di via Libera-Lungadige Panvinio era inadeguata ad ospitare una realtà sempre più in espansione: oggi Croce Verde può contare su 1.500 volontari e un parco mezzi tra i più avanzati dal punto di vista tecnologico.

«Quando sei anni fa assunsi la responsabilità dell'ente – ha esordito il presidente Giovanni Padovani in occasione dell'inaugurazione –, mi trovai ad affrontare un problema, già allora carico d'urgenza, quello della precarietà della struttura logistica, rispetto ai servizi espletati e alla elevata urbanizzazione del quartiere». Non passava giorno, infatti, che i vicini di casa di Croce Verde venivano a bussare lamentandosi della mancanza di parcheggi, gran parte occupati dai mezzi di soccorso, e dagli inevitabili rumori. In città non c'erano molti spazi disponibili, se non quella caserma lasciata libera dalla Polizia stradale, di proprietà della Provincia che però è stata subito disposta alla cessione. Il proget-



to esecutivo, atto ad indire la gara d'appalto, è stato predisposto nel settembre del 2003 e nei primi mesi del 2004 si è svolta la gara per i lavori. Nel giugno poi l'inizio della ristrutturazione.

«Il grazie alla Fondazione Cassa di Risparmio che ha sostenuto l'onere dei lavori – ha continuato Padovani – va oltre l'ordinaria circostanza. È un grazie radicato, che accompagnerà il nostro quotidiano operare e quello di coloro che continueranno la storia della Croce Verde, tenendone vivo lo spirito samaritano. Così dicasi per il grazie all'amministrazione provinciale e al Comune di Verona».

Una storia che si ripete, quella dell'ente di soccorso veronese.

«Novantacinque anni fa – ha sottolineato il presidente – sono Comune di Verona, Cassa di Risparmio e Provincia che supportano il progetto di un pugno di illuminati cittadini che danno avvio alla Croce

Verde. Nel 1925 sono ancora la Cassa di Risparmio e il Comune di Verona che condividono un momento importante di crescita dell'ente, contribuendo alla costruzione della sede in Lungadige Panvinio...». «La nostra è da sempre una fruttuosa collaborazione – ha risposto il presidente della Fondazione Cassa di Risparmio, Paolo Biasi –, che ha generato "valore sociale" a disposizione dell'intera comunità.

Questo è il solo metro di misura del nostro fare, aperto ad ogni apporto collaborativo di istituzioni, enti, associazioni che trovano nella dimensione di servizio la loro missione. Possiamo per fortuna contare – ha aggiunto – su un tessuto fitto ed esteso di solidarietà, formato da migliaia di volontari che nell'impegno personale e gratuito fondano la loro azione. Un tale impegno diventa ancora più importante quando è speso nel campo della sanità, del pronto intervento in una preziosa e spesso decisiva azione di affiancamento alle istituzioni deputate alla tutela della salute dei cittadini». Anche per Padovani il volontariato è il primo sintomo di salute di una società. «Ma non diamo per scontata questa presenza. Ha necessità di essere coltivata, stimolata, gratificata nei suoi valori. È un invito che rivolgo in particolare a chi ha responsabilità



Il tavolo delle autorità all'inaugurazione. Al centro, il presidente Giovanni Padovani

TUTTI I NUMERI DELLA CROCE VERDE

SEDI:

Le sedi sono due in città: Verona 1 in Lungadige Panvinio, Verona 2 in Borgo Venezia e Verona 3, nella nuova sede di Borgo Roma.

Otto le sedi provinciali: Castel D'Azzano, Cerro Veronese, Grezzana, Isola della Scala, Legnago, San Giovanni Lupatoto, San Pietro in Cariano e Villafranca.

I SOCI EFFETTIVI (regolarmente in servizio): 1492

PERSONALE IN ORGANICO:

dipendenti: 50

medici: 20

infermieri: 60

MEZZI IN DOTAZIONE: 43, di cui:

due centri mobili di rianimazione (si tratta di due veicoli: uno adibito ad ambulatorio capace di fornire un'assistenza simile a quella di un pronto soccorso ospedaliero;

viene utilizzato in caso di grosse manifestazioni; l'altro è un vero e proprio "centro di rianimazione mobile", dotato di tutte le attrezzature e i presidi più avanzati, unico in Italia, può diventare Presidio medici avanzato - Pma - in caso di calamità o maxi-emergenze);

quattro automediche (si tratta di autovetture dotate di sistemi di allarme acustici e visi - visirena e lampeggiatore - capaci di trasportare almeno tre persone fra cui un medico e una dotazione sanitaria di tipo "avanzato",

cioè, oltre alla dotazione "di base" anche farmaci, infusioni, monitor-defibrillatore e presidi per l'intubazione e la ventilazione);

venticinque ambulanze di classe A (si tratta di ambulanze attrezzate, dotate di presidi di "base" per la medicazione, l'infusione e la rianimazione, e di ausili per l'estricazione, l'immobilizzazione e il trasporto);

dieci ambulanze di classe B (si tratta di ambulanze da trasporto, dotate di presidi di base per la medicazione e ausili per l'immobilizzazione ed il trasporto)

un'automobile adibita a servizi amministrativi

un pulmino adibito al trasporto anziani per conto dell'Istituto assistenza anziani di Verona

SERVIZI EFFETTUATI NEL 2004:

servizi istituzionali totali: 46.788, di cui 11.731 di primo intervento effettuati attraverso il 118, nei territori di competenza delle Ulss 20, 21 e 22; i rimanenti sono servizi di trasporto ammalati fra gli ospedali

STAGIONE LIRICA 2005:

in tutta la stagione lirica, a partire dal mese di maggio con l'assistenza diurna data alle "maestranze" e fino al termine della programmazione lirica, cioè 31 agosto, sono stati effettuati 1.705 interventi di cui 65 ospedalizzati, i rimanenti sono stati pazienti soccorsi e trattati sul nuovo Centro mobile di rianimazione.

politiche ed istituzionali. Se il nostro spirito samaritano sarà capito, se ci sentiremo circondati da questa comprensione sarà meno arduo servire Verona e la sua gente. Saremo stimolati nell'aggiornamento e a progettare a servizio del bene comune».

Uno dei suoi sogni Croce Verde lo ha realizzato, ma il cassetto contiene altri progetti. Innanzitutto la ristrutturazione della sede di via Libera-Lungadige Panvinio per adibirla a centro sociale avanzato per la popolazione anziana della città. Poi la costituzione di un'as-

sociazione "Amici di Croce Verde", nella quale si ritrovino istituzioni, imprese e privati, atta a sostenere la progettualità straordinaria dell'ente. «Ma per coltivare questi sogni Croce Verde ha bisogno della condivisione della città», ha concluso il presidente.

IN BORGO ROMA UNA SEDE D'AVANGUARDIA

La nuova sede della Croce Verde di Verona, in via Polveriera Vecchia 2, occupa una superficie complessiva di 2.345 metri quadri, dove sono ospitati i servizi operativi, gli Uffici amministrativi e il Centro didattico. Uno spazio è stato adibito a sede della Fidas, una delle associazioni veronesi di donatori di sangue.

L'edificio dispone di una rimessa interrata per diciannove ambulanze e una centrale telefonica operativa 24 ore su 24. Tra le altre stanze anche una camerata di attesa per i volontari capiente per trenta posti, una camerata di attesa per i medici e gli infermieri (sei posti) e un locale per la pulizia e disinfezione di attrezzature d'emergenza.

Il Centro didattico - dove all'anno si tengono numerosi corsi per i volontari - comprende un'aula, un deposito materiale e un ufficio insegnanti. I lavori di ristrutturazione hanno previsto anche un intervento tecnologico come l'impianto di riscaldamento automatico della rampa di accesso del parco ambulanze utilizzabile in caso di gelate o nevicate invernali; un gruppo elettrogeno per la produzione di energia elettrica in mancanza della rete principale; e un impianto, per ogni ambiente occupato dal personale, di diffusione sonora per la comunicazione delle chiamate d'emergenza, con la possibilità di diffusione di musica di sottofondo o di stazioni radio.

La relazione medico-parente

di Gelmino Tosi*

Ancora una volta approfitto di questo spazio per cercare di parlare della relazione medico paziente, ma di una situazione particolare, spesso difficile.

Quando un ammalato è particolarmente grave, quando non è più possibile una relazione efficace, come avviene nelle demenze o con altre gravi malattie dell'anziano, il medico deve relazionarsi con i parenti più stretti. Può succedere che in queste situazioni si creino delle difficoltà. I familiari, presi dall'angoscia per le condizioni del loro caro, spesso subissano il medico di richieste e pretese che a quest'ultimo appaiono incomprensibili.

Sembra impossibile che non capiscano l'ineluttabilità della situazione, che non c'è nulla da fare, che molti fenomeni che colpiscono il loro congiunto non hanno una spiegazione possibile, che non c'è una risposta a tutto, purtroppo.

In questi casi il medico vive a sua volta una condizione spiacevole, si sente colpevolizzato e cerca di cavarsela, magari, aumentando le prestazioni tecniche sull'ammalato, proponendo nuovi esami e farmaci, pur nella consapevolezza dell'inutilità della propria azione. In altre parole da una parte si pretende l'impossibile, dall'altra non si riesce a comunicare che l'impossibile non si può fare. Una situazione di stallo nella quale ognuna delle parti si irrigidisce sulla sua posizione, anzi rilanciando a sua volta e alzando la posta.

Sembrano proprio persone che parlano idiomi differenti, nessuno riesce a comprendere e farsi comprendere dall'altro: la comunicazione viaggia su due piani differenti.

Il familiare usa un linguaggio affettivo, le sue richieste, apparentemente

improprie, non sono dettate dal desiderio di vedere guarito il proprio congiunto, ma di poter salvare o recuperare un minimo di relazione affettiva con lui, in altre parole vorrebbe poter amarlo e sentirsi amato come se non fosse ammalato, o come se lo fosse un po' meno di quanto tragicamente è.



Il medico da parte sua usa un altro linguaggio che si definisce cognitivo. Egli afferma una verità oggettiva, incontestabile, ma nello stesso tempo, senza rendersene conto, nega al parente la possibilità di poter amare il proprio congiunto ammalato. Non è cattivo il medico, egli ha dalla sua solo quel che la scienza medica gli ha insegnato e che ora è inutile o insufficiente. Per quanto sensibile e umano possa essere, egli vive nei confronti dell'ammalato un sentimento diverso, non può provare le stesse sensazioni emotive del congiunto. Talvolta anzi l'uso di un linguaggio cognitivo è un meccanismo di difesa rispetto un coinvolgimento emotivo eccessivo che sarebbe più di danno che di beneficio per la sua professione.

Due linguaggi e due piani psicologici

differenti e apparentemente inconciliabili, che fare allora? Bisogna trovare qualche punto di contatto tra i due, qualcosa che li accomuni. Direi che ve ne sono almeno due, abbastanza evidenti e tragici per entrambi: il sentimento di impotenza e di colpa nei confronti della persona ammalata. L'impotenza è oggettiva (non c'è più nulla da fare), la colpa è

soggettiva (ho davvero fatto tutto quello che avrei potuto?), ma questi potrebbero diventare i primi due vocaboli di un linguaggio comune. Mettere insieme questi sentimenti aiuterà la relazione, poiché fattori comuni di difficoltà in genere tendono ad unire gli esseri umani, non si dice infatti: mal comune mezzo gaudio? Ammettere la propria impotenza significa anche accettare di rinunciare a lavorare per obiettivi.

Si può infatti abbandonare l'idea di vedere dei risultati concreti sulla persona sofferente e decidere di lavorare sul

processo, in altre parole di scegliere di fare meglio possibile quello che si è deciso di fare assieme, a prescindere se questo offre dei risultati effettivi o quelli che ci aspettavamo.

Il risultato visibile di questo metodo sarà di assegnare e rivalutare il compito di ciascuno, medico e familiare, in un reciproco rispetto, ma anche soprattutto di reciproca stima.

Da tutto ciò dovrebbe nascere quella che con un termine tecnico definiamo "alleanza terapeutica", quella che ci consente di lavorare al meglio per l'ammalato, senza farci perdere di vista il nostro benessere. Sono convinto che in conflitto stiamo male noi, ma anche non facciamo tutto il bene possibile per l'ammalato.

*** Medico di famiglia e psicoterapeuta**

La nutrizione artificiale aiuta i pazienti che non possono alimentarsi per bocca

Cure

29

IL CIBO IN UN SONDINO

La nutrizione artificiale è la procedura terapeutica utilizzata per i pazienti che non possono alimentarsi in modo sufficiente per bocca. Si distingue in enterale, quando i nutrienti sono immessi nell'apparato digerente attraverso, ad esempio, un sondino naso gastrico e in parenterale, se le sostanze nutritive sono somministrate direttamente in vena. Si può ricorrere alla nutrizione artificiale in via temporanea, per esempio dopo alcuni interventi chirurgici, ma anche in via definitiva, per pazienti ricoverati in Rsa (Residenze sanitarie assistite), affetti da patologie neurologiche particolarmente gravi, o anziani.

La nutrizione artificiale di tipo parenterale può essere utilizzata fin dall'età pediatrica, in caso, ad esempio, di gravi malformazioni congenite che coinvolgono l'intestino o in età adulta, se a causa di malattie vascolari o di neoplasie, porzioni estese dell'intestino vengono rimosse.

«La nutrizione artificiale è una procedura terapeutica che può protrarsi per tutta la vita – spiega il dottor Silvio Calari, referente del Servizio di Fisiopatologia digestiva dell'Unità operativa di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'ospedale di Borgo Trento, diretta dal dottor Arrigo Battocchia –. Serve a fornire al paziente tutti i nutrimenti necessari per vivere».

Tra le due forme di nutrizione artificiale viene privilegiata la nutrizione enterale perché, mantenendo il naturale transito degli alimenti attraverso l'intestino, è più fisiologica, risulta più efficace e presenta minori complicanze. A Verona la maggioranza dei pazienti che utilizza la nutrizione artificiale a domicilio si alimenta per via enterale: solo l'11,23% è in trattamento parenterale. Oltretutto, l'alimentazione enterale è anche la modalità meno costosa: il rapporto tra costi della nutrizione enterale e



Strumenti medici dell'antica Grecia

parenterale è di circa uno a nove. Tuttavia non è sempre praticabile perché può non essere tollerata e provocare, ad esempio, dolore addominale, crisi di vomito o diarrea.

Il problema degli accessi. Entrambe le tipologie di nutrizione artificiale, enterale o parenterale, devono misurarsi con il problema degli accessi, cioè delle vie attraverso le quali si somministrano le miscele nutrizionali. Per la nutrizione enterale si utilizzano sondini che sfruttano il naso come accesso naturale al tubo gastrointestinale (possono essere naso-gastrici, naso duodenali, naso digiunali) o stomie, cioè accessi artificiali all'apparato digerente distinte a seconda del punto o di come sono state predisposte (faringostomia, gastrostomia endoscopica percutanea, gastrostomia chirurgica, digiunostomia endoscopica percutanea, digiunostomia chirurgica).

Il sondino naso-gastrico è l'accesso realizzabile più facilmente e più usato per la nutrizione enterale, può comunque rappresentare complicazioni anche gravi come l'inalazione della miscela nutritiva. È generalmente utilizzato per periodi brevi, inferiori a due mesi. La gastrostomia endoscopica percutanea, che consiste nell'inserimento del sondino direttamente nella parete addominale, è invece l'accesso più adatto per la

nutrizione artificiale di lunga durata, si predispone nella sala di endoscopia, senza bisogno dell'anestesia generale e presenta un numero limitato di complicanze.

Se la nutrizione artificiale viene praticata ad un paziente ricoverato fino e non oltre le dimissioni, sono i sanitari dell'ospedale a definire le esigenze nutrizionali, le modalità di somministrazione dei preparati per la nutrizione artificiale e a farsi carico della somministrazione stessa.

Se invece la nutrizione artificiale deve essere prolungata oltre le dimissioni, il paziente viene seguito in assistenza domiciliare integrata. In questo caso, il paziente, o un familiare per lui, dovrà essere in grado di eseguire le operazioni che in ospedale vengono effettuate dal personale sanitario: per chi è in parenterale, ad esempio, è necessario collegare la sacca che contiene la miscela nutrizionale al punto di accesso venoso, evitando di contaminarlo, mediante un sondino. Il sondino a propria volta deve essere collegato ad una pompa che serve ad infondere il preparato nutritivo in vena.

«Sono operazioni complesse per i pazienti, specialmente all'inizio. I comportamenti da seguire vengono insegnati sia dal personale infermieristico in ospedale sia successivamente dagli infermieri che seguono i pazienti a domicilio. Dopo le dimissioni dalla struttura ospedaliera, infatti, il responsabile del paziente a domicilio in nutrizione artificiale diventa il medico di medicina generale, supportato dal personale sanitario dei servizi territoriali», chiarisce il dottor Calari.

L'assistenza sanitaria territoriale.

«La situazione del servizio di nutrizione artificiale domiciliare in Italia è assai disomogenea: il Veneto invece già sette anni fa si è dotato di linee guida. Per attivare il servizio, i

pazienti ed i loro familiari devono essere motivati, pronti ad istruirsi, disponibili a collaborare con l'organizzazione sanitaria e gli infermieri del distretto. In questo modo, grazie anche all'attività del team nutrizionale (v. box sotto), un paziente può tranquillamente essere nutrito artificialmente a casa e vivere una vita normale», aggiunge il responsabile del Servizio di Fisiopatologia digestiva.

I pazienti pediatrici. Attualmente il team nutrizionale segue circa 200 pazienti, 12 dei quali età pediatrica, nutriti per via enterale. «Anche per questi piccoli pazienti Verona garantisce un'assistenza di ottimo livello: è infatti sede con Padova dei due team nutrizionali pediatrici del Veneto. L'Azienda ospedaliera scaligera produce sacche nutrizionali personalizzate per bambini, garantendo elevatissimi standard di qualità e sicurezza», aggiunge il gastroenterologo. La preparazione di sacche personalizzate risulta più costosa, rispetto ai premiscelati prodotti dall'industria, ma è anche indispensabile per adeguarsi alle esigenze nutritive dei piccoli pazienti. «Il pericolo per i

PAZIENTI IN TRATTAMENTO NUTRIZIONALE PER VIA ENTERALE	186 di cui 12 pazienti pediatrici
---	-----------------------------------

PAZIENTI IN NUTRIZIONE PARENTERALE	22
------------------------------------	----

GIORNATE DI TRATTAMENTO A DOMICILIO PER ANNO	46.907
--	--------

COSTI PER MATERIALE DI MEDICAZIONE E MISCELE NUTRIZIONALI	689.103 Euro
---	--------------

COSTO GLOBALE DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO	776.486 Euro
---	--------------

COSTO DI UNA GIORNATA DI TRATTAMENTO	16,5 Euro
--------------------------------------	-----------

pazienti in nutrizione parenterale per periodi molto prolungati, quindi anche per i più piccoli, non è tanto di non essere nutriti in maniera adeguata, ma piuttosto di contrarre infezioni nei punti di accesso, con trombosi ed occlusione delle vene grosse che accolgono i cateteri per la nutrizione e, a lungo andare, l'impossibi-

lità di continuare la nutrizione per esaurimento dei punti in cui poterla infondere. Per chi è in nutrizione parenterale per insufficienza funzionale dell'intestino un'alternativa che si sta concretizzando è costituita dal trapianto di intestino», conclude il dottor Caliarì, aprendo una nuova prospettiva.

OGNI AZIENDA ULSS DEVE AVERE PER LEGGE UN TEAM NUTRIZIONALE

La Giunta regionale, nel luglio 1999, approvava la delibera n. 2634, che dispone che ogni Azienda Ulss identifichi un nucleo di specialisti di riferimento, denominato team nutrizionale, incaricato di svolgere attività di consulenza specialistica tanto per i ricoverati in ospedale, quanto per i pazienti in cura a domicilio.

Il team nutrizionale dev'essere sempre costituito da almeno un medico, un infermiere, un farmacista ed un dietista. «A Verona, abbiamo realizzato da subito un'ottima collaborazione: il gruppo è interaziendale, ne faccio parte anch'io come referente per l'ospedale di Borgo Trento – afferma il dott. Silvano Caliarì –, poi ci sono colleghi del policlinico, dell'ospedale di San Bonifacio e del Sacro Cuore di Negrar, che dimette anche pazienti veronesi. Il nostro compito è rendere possibile una rapida continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Nel team nutrizionale è presente un medico di medicina generale, esperto in nutrizione artificiale, e sono rappresentati i medici e gli infermieri che lavorano nei distretti sanitari». La farmacia del policlinico è coinvolta nella preparazione

delle sacche per la nutrizione parenterale. Il supporto organizzativo e logistico per il lavoro del team nutrizionale è fornito dall'ufficio farmaceutico territoriale dell'Ulss 20 e dalla farmacia dell'ospedale di Marzana.

Per la nutrizione artificiale si utilizzano preparati industriali o prodotti dalle farmacie degli ospedali cittadini in modo assolutamente controllato. Per la nutrizione enterale si sconsiglia il consumo di preparati artigianali, come i frullati, che perdono caratteristiche organolettiche, sono soggetti a contaminazioni, non consentono di valutare in maniera adeguata l'apporto delle calorie e dei nutrienti infusi.

La diffusione della nutrizione artificiale praticata a domicilio ha consentito di conseguire notevoli risparmi: il rapporto tra il costo di una giornata di degenza in una Residenza sanitaria assistita (Rsa) ed una giornata in nutrizione artificiale a domicilio è di 6 a 1; la stima del risparmio conseguito nel 2004 a Verona è di circa 3,9 milioni di euro.

Va. Za.

Alla scuola del malato

di padre Giacomo Bonaventura

Il tema di quest'anno scelto per la Giornata del malato è oltre che interessante, anche provocatorio: *Alla scuola del malato!*

Quando mai, infatti, si è sentito dire in maniera pubblica e ufficiale che dai malati si può imparare, che si può andare alla loro "università"? La maggioranza delle volte si afferma piuttosto la nostra cura, la nostra sollecitudine, il nostro servizio che diamo o possiamo dare loro.

Può sembrare strano, ma il volto di Dio che più mi è insegnato dai malati nella mia esperienza di cappellano ospedaliero è quella di un Dio "bisognoso". Nella scoperta incredula di una malattia, nell'impatto crudo del proprio limite o nel lamento della perdita della propria autonomia mi è raccontato quotidianamente di un Dio che non ha timore di rivelarsi fragile, di un Dio che attraversa con noi il senso del limite e dell'impotenza. Non un Dio rassegnato e depresso, ma certamente vulnerabile e ferito. Un Dio che soffre con noi.

Nei volti di tanti malati mi è specchiato questo tratto di Dio, che personalmente mi porta molta consolazione. Lo avverto vicino alla mia esperienza, e la sua vulnerabilità mi parla più della sua potenza e grandezza.

Trovo nei malati molta più forza e tenacia di quanto si ammette. Persone che danno il meglio di sé, che tirano fuori risorse non ipotizzabili, che sanno ancora amare nonostante la paura. Persone che perseverano nella vita perché si sanno non abbandonate e lasciate sole. «Sì, Dio è con me, mi è a fianco, lo guardo e mi guarda attraverso quel crocifisso appeso alla stanza». Parole che sento molto spesso, altre volte non pronunciate ma fatemi intendere.

Ogni giorno mi è insegnato un Dio compagno di viaggio che ci cura e lotta per la salute, un Dio amico, presenza sicura anche quando non è possibile risolvere la situazione. L'amico non è proprio colui che è presente anche quando non c'è più nulla da fare?

Rimango particolarmente colpito quando incontro persone che non

hanno paura di chiedere a Dio la guarigione, la salute per sé o per gli altri. E lo chiedono con insistenza, con ostinazione. Non ne ho incontrate molte di queste persone. Ho davanti a me il ricordo di una donna che era l'ostinazione in persona. Non passava giorno, infatti, che si rivolgesse a Dio con una preghiera di richiesta di aiuto, di intervento. Una preghiera ostinata e bellissima. E mi venivano alla mente le parole del Vangelo: chiedete e vi sarà dato, bussate e vi sarà aperto, cercate e troverete...e quell'episodio della vedova che ogni giorno andava dal giudice a chiedere giustizia.

Forse Dio non sente, forse ha troppo da fare e troppe persone da accontentare? Perché bisogna chiedergli e richiedergli se tanto lui conosce già i nostri bisogni e poi fa quello che vuole? Sono domande che mi hanno scosso e mi scuotono, di cui non ho risposte certe e tanto meno facili. Domande che mi hanno cambiato. Ora non ho più paura di ammettere di non avere risposte su tutto, di non conoscere i pensieri di Dio. Non ho timore di riconoscere che dare fiducia è un rischio e un cammino e non è possibile ridurre Dio ai nostri bisogni. E quanto me l'hanno insegnato quelle persone che osano domandare con ostinazione e con rispetto.

È fuori di dubbio che sono gli sfoghi, le domande e le amarezze che ascolto maggiormente dai malati. Perché proprio a me? Perché Dio permette questo? Non ho fatto del male io, perché Dio mi perseguita. Ma allora è cattivo o non esiste.

La rabbia verso Dio è cibo che nutre gli interrogativi e le paure di molti. Ho imparato a non mettermi a difendere Dio, piuttosto ho imparato ad accogliere i macigni che pesano nell'animo.

Quello che mi fa stare più male è trovare indifferenza, un muro che alcuni malati mi pongono davanti o mi gettano addosso. Mi fa male anche perché riconosco che è indifferenza non tanto verso di me, quanto verso Dio. Il più delle volte mi è impossibile comprenderne i motivi, però imparo (un insegnamento duro) che Dio è anche

Dio del silenzio, un Dio che nel fallimento (apparente?) non gioca sul ricatto o sulla gratificazione. Silenzio che è attesa, rispetto, libertà vera e amore vero.

L'immagine che più imparo dai malati è di un Dio crocifisso, crocifisso e risorto. I segni della crocifissione mi sono continuamente manifesti nei corpi e nelle esperienze dei malati, ma anche i tanti segni della risurrezione mi sono regalati dai loro racconti. Amarezze e speranza; voglia di lottare e disperazione; dubbi e fiducia; consegna della propria esistenza e terrore di morire: sono elementi contemporaneamente intrecciati anche nella stessa persona.

Quando ero più giovane credevo in un Dio che dovesse risolvere ogni cosa dall'alto della sua potenza; le persone malate mi hanno insegnato il Dio della compassione, che dentro le nostre ferite, limiti e complessità ci è compagno e ci consola, attende con noi e dà fiducia, un Dio che ama la vita, ha cura della salute e apre alla salvezza.

Concludo portandovi le parole di una preghiera composta da Eugenia, una giovane malata di fibrosi cistica. Racconta meglio di quanto possa fare io, cosa mi insegnano i malati di Dio.

*Signore,
tu che hai conosciuto l'ingiustizia e la cattività umana,
ed hai perdonato chi si è accanito contro di te perseguitandoti fino alla morte,
volgi il tuo sguardo su di noi, martiri di una vita che non abbiamo chiesto di vivere;
dacci la forza di continuare il nostro duro cammino quotidiano
e la fede in ciò che non possiamo vedere;
sorreggi i nostri cari nel percorso della nostra malattia
e rendi meno amaro il ricordo di chi non c'è più.*

*Indicaci la strada della speranza
e mostraci, Signore, lo splendore della tua misericordia.
Alza la tua potente mano per donarci la gioia terrena della guarigione.
Amen.*

A FIOR DI PELLE

di Giampiero Girolomoni*

La dermatite atopica (DA) o eczema atopico è una malattia infiammatoria della cute che affligge il 5-15% dei bambini e l'1-3% degli adulti. È una malattia che spesso esordisce prima dei due anni, e in molti casi guarisce spontaneamente in età prescolare o adolescenziale.

Si manifesta con lesioni eczematose (lesioni arrossate ed essudanti nelle fasi acute e secche nelle fasi croniche) distribuite soprattutto su viso, collo e pieghe dei gomiti e delle ginocchia. La malattia ha un tipico decorso cronico recidivante. In una parte dei pazienti (50-70% dei casi) coesistono asma bronchiale e rinocongiuntivite. La gravità della malattia è molto variabile da casi in cui le lesioni sono limitate con esacerbazioni autunnali e primaverili a casi in cui la malattia interessa quasi tutta la superficie cutanea ed è quasi sempre presente. Il prurito è costante, spesso molto intenso e fastidioso da interferire con il sonno, la capacità di concentrazione, e quindi le attività di studio o lavorative.

Nei pazienti in cui la malattia è abbastanza grave e persistente, essa è causa di notevole disagio, perché il paziente si sente stigmatizzato. La presenza di dermatite atopica nei figli può determinare una notevole interferenza con la vita sociale e le vacanze, diminuire il tempo libero, causare una perdita delle ore di lavoro con aumento potenziale della disoccupazione materna, e ingenerare sentimenti di colpa, frustrazione, inadeguatezza e risentimento. Inoltre la cura dei pazienti si accompagna a notevoli costi in farmaci, prodotti cosmetici, nel vestiario e nelle diete.

La dermatite atopica ha un'origine multifattoriale in cui sono coinvolti fattori genetici predisponenti e fattori ambientali scatenanti. I fattori genetici condizionano una particolare tendenza della cute ad infiammar-



Giampiero Girolomoni

si per stimoli minimi, una minor soglia di induzione del prurito, ed una difficoltà della cute a trattenere acqua, per cui la cute appare secca e desquamante. Tra questi ultimi sono rilevanti l'esposizione della cute all'acqua e ad agenti irritanti, gli eventi di vita stressanti e tutte quelle situazioni che comportino un aumento della temperatura corporea, quali sudorazione ed attività fisica.

Altri fattori ambientali importanti sono l'eccessiva colonizzazione della cute da parte dello stafilococco aureo e i fattori allergologici (alimentari e inalanti). Questi ultimi sono tuttavia rilevanti solo in una parte minore di pazienti (meno del 10% dei casi) soprattutto pediatrici. Coesistono rinocongiuntivite e/o asma. I pazienti con dermatite atopica talora presentano altre patologie dermatologiche come le dermatiti allergiche da contatto, l'orticaria da contatto e fenomeni di orticaria acuta. I pazienti, soprattutto quelli con manifestazioni più gravi, hanno pure un'aumentata suscettibilità alle infezioni virali da herpes simplex e batteriche (S. aureus).

L'approccio al paziente con dermatite atopica è finalizzato a mantenere un'adeguata cura della cute (sono consigliabili bagni o docce di breve durata, in acqua tiepida, con detergenti contenenti tensioattivi anfoteri o non ionici, e l'idratazione quotidiana con emollienti, sconsigliando il contatto con indumenti di lana o di fibre grezze) ed identificare ed eliminare per quanto possibile i fattori scatenanti la malattia. Non ci sono modalità terapeutiche che garantiscano un controllo definitivo della malattia.

Tuttavia le terapie disponibili consentono un controllo soddisfacente della malattia nella maggior parte dei casi.

La terapia farmacologica si avvale dei corticosteroidi topici e degli inibitori della calcineurina topici (tacrolimus e pimecrolimus), mentre, nei casi più severi, prevede l'impiego della fototerapia e di farmaci immunosoppressivi sistemici. Terapie adiuvanti includono gli antiistaminici anti-H1, le terapie antibiotiche e antivirali.

La scelta della terapia dipende da una serie di fattori che includono l'età, la gravità delle lesioni, la presenza di patologie concomitanti, l'impatto della malattia sulla qualità della vita e dalle specifiche richieste e aspettative del paziente. Gli inibitori topici della calcineurina se correttamente usati ai primi segni e sintomi e per brevi periodi di tempo fino alla risoluzione, consentono un controllo pro-attivo efficace con un ottimo profilo di sicurezza anche nelle zone di cute sensibile (viso e pieghe), dove l'impiego dei corticosteroidi può essere problematico.

Per informazioni: Unità operativa di Clinica dermatologica, tel. 045.8072547

***direttore Unità operativa
di Clinica dermatologica**

Sul territorio dell'Ulss 20 opera il Gruppo cooperativo interdisciplinare per curare la neoplasia

Focus

UN TEAM PER IL SENO

Iniziamo dal bicchiere mezzo pieno: oggi 9 donne su 10, se diagnosticate in tempo, possono guarire da un carcinoma mammario, senza ripercussioni sulla qualità della loro vita. Vent'anni fa riusciva a sopravvivere solo il 40%, spesso tra l'altro dopo un percorso terapeutico pesante e non privo di conseguenze fisiche ed estetiche.

Non solo, negli ultimi 5 anni la mortalità nelle donne al di sotto dei 49 anni è diminuita addirittura dell'11,2%: un risultato mai raggiunto nella storia della medicina in un periodo così breve e per una patologia letale. Il bicchiere mezzo vuoto è che in Italia una donna su dieci si ammala di cancro al seno nel corso della sua esistenza: il 25% ha meno di 50 anni; il 45% ha un'età compresa tra i 50 e i 70; il 30% è ultrasessantenne. Tradotto in grandi numeri questo significa che ogni anno, nel nostro Paese, ad oltre 36.600 donne viene scoperto un tumore al seno e, purtroppo, ancora circa 11.500 ne muoiono.

A Verona sono in media 500 le donne che vengono operate al seno. Fortunatamente la stragrande maggioranza torna ad una vita "normale", senza subire il trauma della mastectomia. Il merito di questa eccellenza lo si deve al Gruppo cooperativo interdisciplinare, coordinato da Annamaria Molino, a cui fanno capo i due nosocomi di Borgo Roma e Borgo Trento, gli ospedali di San Bonifacio-Soave e quello di Marzana, oltre ai presidi presenti sul territorio di competenza dell'Ulss 20. Diciassette strutture che lavorano in sintonia seguendo un unico protocollo, fondato su linee guida comuni e in costante aggiornamento.

In questo modo si raggiunge anche un altro obiettivo non di poco conto: che a spostarsi non sono più le persone, ma le competenze acquisite. «Quello che svolgiamo nell'ambito del Gruppo – spiega Molino – è un



Annamaria Molino, coordinatrice del Gruppo cooperativo interdisciplinare

lavoro continuo di ricerca, di analisi e studio dei dati raccolti dai reparti dei diversi reparti, per tenere aggiornato il protocollo di lavoro e per garantire una costante uniformità nell'approccio con la donna che si rivolge a noi con una diagnosi di tumore. L'organizzazione è tale per cui la paziente viene seguita presso un'unica struttura, sia essa la chirurgia o l'oncologia, garantendole un percorso di cura ottimale, che comprende anche un percorso riabilitativo sia funzionale, con l'ausilio di medici fisiatristi e fisioterapisti, che psicologico, riducendo il numero delle visite e il conseguente stress fisico ed emotivo».

L'esperienza trentennale fa del Gruppo cooperativo veronese uno dei leader a livello nazionale nella lotta al tumore al seno. Le informazioni raccolte in questi anni di attività consentono oggi un monitoraggio capillare del territorio e un *background* importante di conoscenze, che si traducono poi in un maggior numero di diagnosi precoci, interventi conservativi e terapie mirate. Conoscenze che dal 1° gennaio del 1992 sono state trasferite nel Registro tumori di patologia mammaria, dove al 31 dicembre 2004 erano state inserite le

cartelle cliniche di 5.710 donne per un totale di quasi 800.000 dati.

La vera sfida è infatti contro il tempo. Se la neoplasia operata è di dimensioni inferiori a 1 centimetro di diametro, i linfonodi sono negativi, cioè non presentano cellule cancerogene, ed i recettori ormonali positivi, la percentuale di guarigione può raggiungere il 90%. Troppe variabili? In realtà è meno complicato di quanto sembri.

«Oggi – conferma Franco Bonetti, docente di Anatomia patologica dell'Università di Verona – riusciamo a scovare il tumore quando è nell'ordine dei millimetri e spesso lo scopriamo prima ancora che sia palpabile. Questo grazie a tecniche di diagnosi all'avanguardia, alle campagne di prevenzione e agli *screening* mammografici gratuiti rivolti alla fascia di popolazione più a rischio, quella fra i 50 e i 69 anni».

Introdotta a Verona nel 1999, lo *screening* ha fatto registrare un significativo aumento dei casi asintomatici. «Nel 1992 – aggiunge il prof. Bonetti, che è anche coordinatore per la Regione Veneto dello *screening* – l'80% dei tumori veniva scoperto dalla stessa donna o dal medico quando il nodulo era sufficientemente grande da essere sentito alla palpazione. Adesso, in quasi il 60% dei casi la mammografia rivela lesioni di dimensioni ridottissime. Queste donne vanno incontro ad interventi poco invasivi e nella quasi totalità dei casi guariscono completamente».

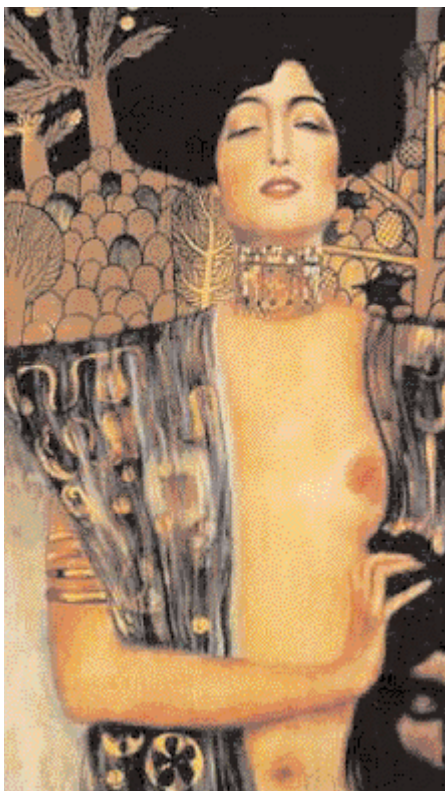
Certo la qualità dell'operazione chirurgica è fondamentale. Non dobbiamo mai dimenticare che il seno rappresenta una parte fondamentale del corpo femminile, simbolo di maternità ma anche di seduzione. Il tumore del seno non è dunque solo un male fisico: produce un disagio psicologico profondo e costringe la donna ad un confronto difficile.

«Il ruolo che il chirurgo svolge nell'i-

ter terapeutico – condivide Giovanni Paolo Pollini, associato di Chirurgia generale all'Università di Verona – è certamente determinante: nel momento in cui interviene deve fare il massimo per risolvere la malattia, senza comunque perdere di vista il fattore estetico, decisivo per la ripresa psicologica della paziente. Perché ciò avvenga è indispensabile un lavoro di équipe a cui devono prendere parte i diversi specialisti: l'oncologo, il radiologo, il radioterapista, il fisiatra e anche il chirurgo plastico. Verona in questo senso è senza dubbio all'avanguardia: la paziente che inizia il suo percorso di cura viene seguita da tutto il team, che si alterna o lavora in gruppo in base alle necessità».

Come accennato, nel team di lavoro un ruolo nel recupero della paziente lo gioca sicuramente il fisiatra. Nel caso del tumore alla mammella l'apporto è richiesto sia in fase acuta, cioè subito dopo l'operazione, che nella fase cronica (servizio a pagina 35).

Le basi scientifiche per la sconfitta di questa neoplasia sono dunque state gettate. Non va però dimenticato che i medici vanno anche aiutati ad applicare al meglio le conoscenze raggiunte. Quello che le donne devono sapere è che il tumore non si sviluppa nel giro di pochi mesi, non è



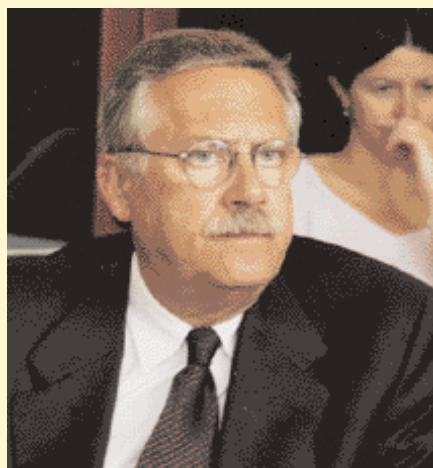
una malattia acuta. Anzi, per arrivare a dimensioni riconoscibili al tatto impiega parecchi anni. Per questo le raccomandazioni dei medici di sottoporsi ad esami periodici, in particolare dopo i 40 anni, non sono un eccesso di zelo: seguirle può significare davvero salvarsi la vita.

«Diagnosticare il tumore in fase precoce – sostiene Stefania Montemezzi,

zi, direttore del Servizio di Radiologia territoriale dell'Ulss 20 – è il più importante successo di questi trent'anni di lotta al carcinoma della mammella».

Il messaggio che il Gruppo cooperativo interdisciplinare di Verona vuole lanciare è, quindi, di eseguire i controlli periodici seguendo le linee guida. «Che, per quanto ci riguarda e in estrema sintesi – prosegue Montemezzi – significa tre cose. La prima è che non è necessario alcun controllo programmato prima dei 40 anni, a meno che la donna non presenti sintomi anche lievi, che in famiglia abbia avuto casi di cancro al seno o che sia ad alto rischio genetico. Secondo, che tra i 40 e i 50 anni la donna si sottoponga all'esame clinico e alla mammografia ogni 12/18 mesi. Infine, ma particolarmente importante: le donne tra i 50 e i 70 anni devono sapere che in tutto il territorio di competenza dell'Ulss 20 è attivo un programma di *screening*, con sede a Marzana. Il ricorso allo *screening* è il primo passo per la prevenzione: è dimostrato che questo tipo di indagine capillare consente di abbattere fino al 50% la mortalità. Senza contare che l'adesione allo *screening* potrebbe inoltre consentire di ridurre le lunghissime liste di attesa nei centri dove viene eseguita la mammografia clinica».

PSICHIATRIA, VERONA SELEZIONE GIOVANI RICERCATORI



Michele Tansella

Il professor Michele Tansella è stato chiamato dalla American Psychiatric Institute for Research and Education (Apire), membro della Società Americana di Psichiatria (Apa), a far parte del panel per la valutazione di giovani ricercatori, particolarmente brillanti, impegnati in progetti di ricerca su schizofrenia e disturbo bipolare.

I migliori otto giovani ricercatori (2 attivi negli Usa, 6 nel resto del mondo) riceveranno un grant a sostegno delle loro ricerche, grazie ad un Fondo speciale messo a dispo-

sizione dall'industria farmaceutica AstraZeneca e gestito in totale autonomia dall'Istituto americano per la ricerca e la formazione.

Del panel assieme al professor Tansella fanno parte altri sette esperti: Gerardo Heinze (National Institute of Psychiatry, Mexico), Dilip Jeste (University of California, San Diego), Valery Krasnov (Moscow Research Institute of Psychiatry), Sing Lee (Prince of Wales Hospital, Hong Kong), Robin Murray (University of London and Maudsley Hospital), Alan Schatzburg (Stanford University).

Nel policlinico opera una dinamica équipe medico-fisioterapica che si dedica alle donne operate al seno

Focus

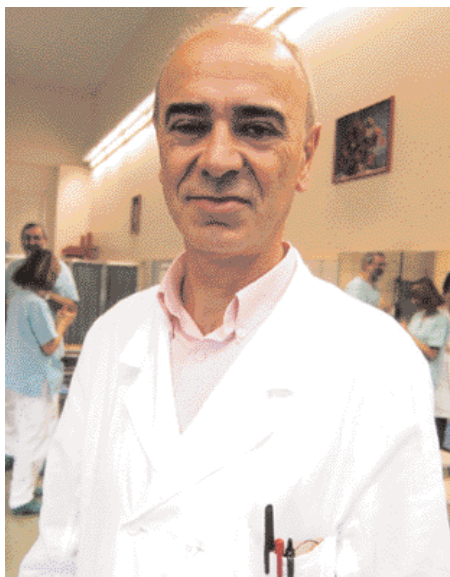
35

GUARIRE IN GRUPPO

«Dopo l'intervento al seno sinistro, a causa di un tumore, avevo il braccio gonfio, dolente. E anche a muoverlo facevo fatica. Poi, con un po' di pazienza e con le terapie opportune, tutto si è risolto»: così racconta Rosa, 56 anni, che per curare i suoi disturbi si è rivolta all'Unità operativa di Recupero e rieducazione funzionale dell'ospedale policlinico. Qui ha trovato ad accoglierla un'équipe medico-fisioterapica multidisciplinare e dinamica che, insieme agli altri specialisti, è dedicata alle donne operate al seno.

«La riabilitazione delle donne operate al seno rientra nell'ambito del grande gruppo della riabilitazione oncologica, ed è moderna e innovativa – spiega il responsabile, dottor Bruno Brigo –. La rieducazione è necessaria in seguito all'intervento chirurgico, di norma articolato in più fasi.

Nella prima fase operatoria, di demolizione e ricostruzione, si posiziona un espansore sotto la muscolatura, il cui volume viene aumentato gradualmente, fino a raggiungere la



Bruno Brigo, responsabile dell'Unità operativa di recupero e rieducazione funzionale dell'ospedale policlinico. Sotto, la sua équipe

dimensione della mammella controllata. Nella seconda fase operatoria, che avviene dopo circa sei-sette mesi, al posto dell'espansore si colloca la protesi definitiva. A volte,

durante il trattamento chirurgico del tumore, viene effettuata l'asportazione dei linfonodi ascellari, che diminuisce il rischio di metastasi e consente di conoscere con esattezza lo stadio della malattia. Ciò comporta però la riduzione del normale drenaggio dei liquidi, con conseguente possibilità di edema dell'arto superiore».

Ma quali sono le conseguenze dell'intervento? A rispondere è la dottoressa Loreta Tasson, responsabile medico delle donne operate al seno: «Le pazienti presentano in primo luogo problemi di artroclonici, movimento e dolore soprattutto a carico della spalla. Più rare, ma comunque presenti, sono le infezioni e il linfedema, che richiedono particolare attenzione. Quest'ultimo si manifesta con un gonfiore del braccio, dovuto al ristagno della linfa, e colpisce il 15-25 per cento circa delle donne operate.

In assenza di provvedimenti opportuni, la sintomatologia può causare una fibrosi che potrebbe in seguito evolvere verso una forma di edema irreversibile.

Sintomi caratteristici del disturbo sono senso di tensione e calore, dolore, riduzione della motilità, cute sottile, traslucida, tesa e arrossata, infiammazione dei vasi linfatici, alterata percezione degli stimoli sensitivi. Da ultimo, non bisogna dimenticare che l'intervento ha anche ripercussioni psicologiche rilevanti sulle pazienti».

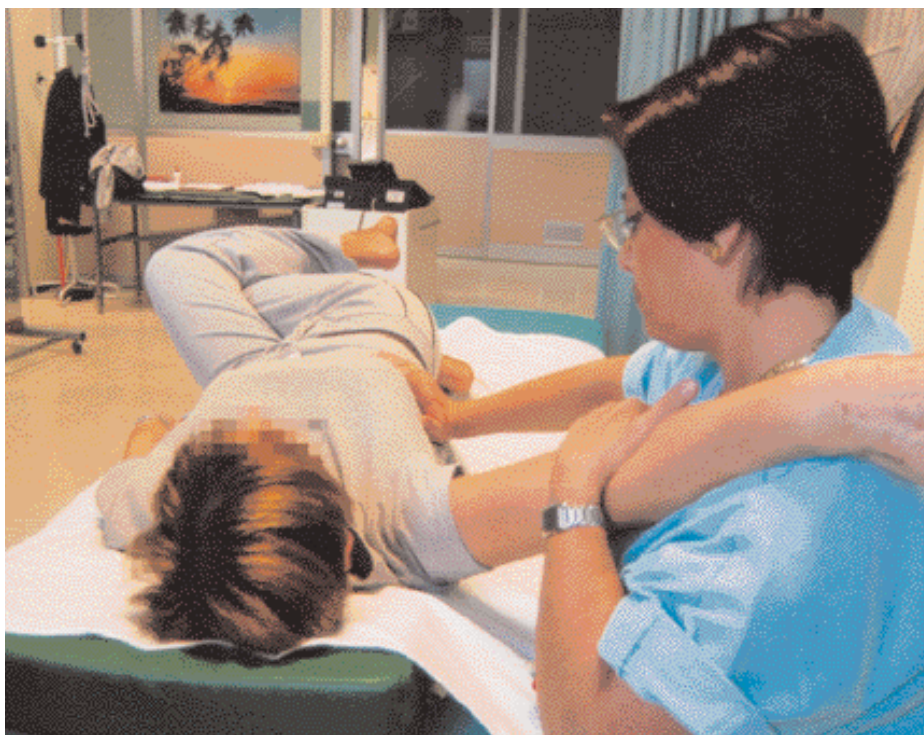
In caso di linfedema, tre sono i tipi di terapia indicati: farmacologica, fisica, conservativa. La prima ha lo scopo di favorire il drenaggio dei liquidi e delle proteine, di curare complicazioni infiammatorie, di evitare che l'edema diventi fibrotico e quindi irreversibile. I farmaci che possono essere prescritti in questo caso sono antibiotici, antinfiammatori, anticoagulanti, antiaggreganti. La seconda consiste in linfodrenaggio



manuale, bendaggio e presso terapia, mentre la terza comprende l'utilizzo di guanto elastico o manicotto. «La riabilitazione motoria per le pazienti operate al seno è importante per il completo recupero funzionale e per la prevenzione di possibili complicanze – sottolinea la dottoressa Tasson –. A questo proposito, è importante che l'intervento riabilitativo sia precoce, effettuato cioè entro 60 giorni dall'operazione, e che le pazienti siano valutate dalla prima fase post-operatoria».

Diverse le tappe del percorso delle donne operate: informazione sulla rieducazione e sui metodi per guidare le pazienti verso la ripresa, visita fisiatrice, rieducazione in gruppo o individuale. «Quest'ultima è indicata in particolare per le pazienti che presentano edemi o retrazioni cicatriziali importanti – chiarisce Lucia Stimamiglio, responsabile fisioterapista delle donne operate al seno –, mentre la ginnastica in gruppo è consigliata a chi presenta problemi minori o meno specifici. Di solito si tratta di circa quindici sedute, che possono variare in base alle esigenze individuali. Certo, l'impegno personale rappresenta comunque la principale garanzia per un risultato positivo».

Il gruppo di ginnastica, che si ritrova tutti i giorni dalle 10.15 alle 11, è un momento di incontro e di dialogo. Le donne si conoscono, diventano amiche, si scambiano le esperienze. Sono loro le vere protagoniste, che si



La palestra dell'Unità operativa di Recupero e rieducazione funzionale dell'ospedale policlinico. Nella pagina successiva, immagine del cancro al seno

incoraggiano e si supportano a vicenda. «In questo modo il paziente non è più un soggetto passivo – continua Stimamiglio –. Qui le donne hanno la possibilità di condividere molto, e ciascuna di loro ha la possibilità di verificare davvero che può farcela anche lei».

Ma come è organizzata, in concreto, l'attività di gruppo? «Si procede per obiettivi sequenziali – risponde la fisioterapista –: respirazione con il diaframma, rilassamento, esercizi

posturali e di movimento per modificare l'atteggiamento e la funzionalità della spalla».

I sussidi utilizzati? «Palline, elastici, tappeti. In ogni caso, è importante la supervisione del responsabile, che deve avere un'elevata competenza e professionalità e sapere guardare, nel contempo, alla persona nella sua totalità. L'importante è non focalizzarsi sui problemi e sulle limitazioni, ma cercare di ripristinare al più presto le normali attività quotidiane.

QUALCHE CONSIGLIO PER LE DONNE OPERATE AL SENO

- Tenere la pelle idratata con creme neutre
- non portare anelli o bracciali nell'arto operato
- non usare detersivi a contatto con la pelle perché possono provocare dermatiti
- usare borotalco o prodotti naturali per evitare il prurito della cute a contatto con i guanti
- non usare un reggiseno stretto né sulle coste né sulle spalle. La spallina del reggiseno dev'essere

- larga
- in caso di lavori che obbligano a tenere il braccio piegato o forzato per molte ore, intervallare l'attività con brevi pause di ginnastica
- bere uno-due litri d'acqua al giorno, evitando bibite gasate o alcoliche
- evitare fonti di calore sul braccio operato come forni, sabbiature, ferri da stiro pesanti o a vapore
- in caso di viaggio aereo, indossare sempre il guanto compressivo

- non misurare la pressione arteriosa sull'arto operato
- controllare il peso corporeo perché il grasso in eccesso si deposita maggiormente sul braccio operato
- utilizzare il rasoio elettrico per depilare l'arto. Cerette e creme depilatorie sono sconsigliate
- in caso di interventi chirurgici sull'arto operato, rammentare di avere subito uno svuotamento ascellare
- disinfettarsi accuratamente le mani durante la manicure

SANDRA ZAMBON NEL RICORDO DELLE PAZIENTI

Se n'è andata un giorno di giugno, all'improvviso, lei che era sempre stata robusta e forte. Di Sandra Zambon, fisioterapista specializzata per le donne operate al seno, tutti ricordano la capacità comunicativa, la simpatia e la straordinaria abilità di aggregare persone eterogenee tra loro. È stata lei ad aver costruito, strutturato e sostenuto, grazie alla disponibilità e alle qualità umane, il progetto di rieducazione delle donne operate. Durante la ginnastica di gruppo, il punto di forza della sua attività, sapeva infondere fiducia, speranza, allegria. Abbiamo incontrato chi l'ha conosciuta, chi da lei è stato aiutato, chi le ha voluto bene. La ricorderemo così, attraverso le parole delle sue pazienti.

Iolanda, 58 anni

«Sono stata operata al seno sedici anni fa e allora facevo in ospedale

sia la ginnastica sia i massaggi. Lei è riuscita a tirare fuori le nostre paure e a ridarci la vita».

Marisa, 58 anni

«Aveva un carattere estroverso e si ricordava sempre di ciascuna di noi. Oltre alla nostra fisioterapista, era anche un'amica con cui potersi confidare: con lei si poteva parlare di tutto, soprattutto nei momenti di crisi. Ora ci manca, ci manca molto».

Lucia, 63 anni

«Conoscevo benissimo Sandra. Sono stata operata al seno dieci anni fa: allora dovevo sposarmi ma, a causa della malattia, avevo rinunciato alle nozze. L'ho incontrata sulle scale, mi ha abbracciata forte e mi ha convinta a celebrare il matrimonio e ad avere fiducia. Ho cominciato a piangere, sono tornata a casa e ho

seguito il suo consiglio. E ora lo devo a lei se la mia vita è cambiata».

Elvira, 66 anni

«Ho scritto una poesia per Sandra. Era una persona eccezionale e altruista. Per noi era tutto, era la nostra luce. Ci dava sostegno, consigli, speranza. E le volevano tutti bene. Comunque la nostra Sandra sarà sempre la nostra Sandra e penso che continuerà a darci qualcosa, anche da lassù».

Liliana, 53 anni

«Conoscevo Sandra da quando ero ragazza e la sua generosità è sempre stata illimitata. Durante la malattia, mi ha seguita nel post-operatorio e nella fase riabilitativa e mi è sempre stata vicina. Una bella persona, forte e indimenticabile».

Pa. Ar.

Bisogna, in altre parole, cercare di superare la disabilità, ponendo l'accento su ciò che la donna potrà fare in futuro e non su ciò che le sarà precluso. Noi suggeriamo esercizi e diamo consigli, con l'obiettivo di lanciarle verso nuove attività e nuovi traguardi, perché quello della malattia è un momento della vita che passa. Molte di loro in seguito potranno praticare con libertà altri tipi di sport, come la ginnastica in palestra o il nuoto».

«Nello svolgimento di queste attività, abbiamo un rapporto diretto e privilegiato con le unità operative del policlinico – precisa Adriano Livorno, coordinatore del personale –, ma siamo aperti a ricevere anche pazienti esterne, che provengono da altri ospedali o da fuori provincia. Di

norma, distinguiamo le donne operate al seno di recente, che possono usufruire di un ambulatorio tre volte alla settimana, da quelle operate molto tempo prima, che necessitano soprattutto di visite di controllo».

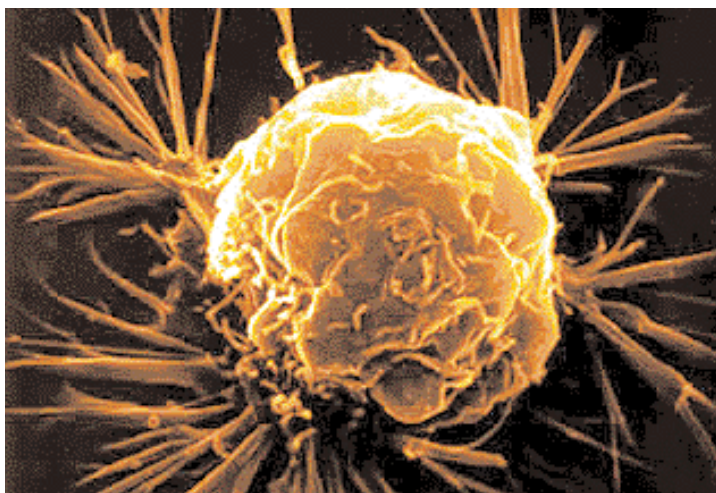
Infine, a fornire qualche indicazione alle donne operate è Stimamiglio: «In generale, è importante tenere il braccio in posizione naturale, evitan-

do così contratture e tensioni, e non sollevare oggetti pesanti. No, dunque, a movimenti bruschi, traumi e lavori impegnativi, anche se i tempi di recupero possono essere diversi in base all'invasività dell'intervento. Il braccio del lato operato deve comunque essere protetto, almeno nei primi mesi dopo l'operazione. Al proposito, è opportuno evitare picco-

le ferite o traumi ripetuti, che possono facilitare le infezioni, usare guanti di gomma per i lavori in cucina o in giardino, disinfettare bene le punture di insetto, evitare iniezioni endovenose o prelievi di sangue. In ogni caso, i consigli vanno personalizzati in base alla professione e alle attività che la paziente abitualmente svolge».

Per informazioni e prenotazioni tel 045.8074494.

Paola Arosio



LA FORZA DELLE DONNE

«Chi siamo? Beh, prima di tutto siamo la prova vivente che di tumore si può guarire e questo ci consente di essere e di fare tante altre cose».

Ride Anna Maria Nalini, presidente della sezione veronese dell'Associazione nazionale donne operate al seno (Andos), vent'anni di storia festeggiati proprio lo scorso mese di settembre alla Gran Guardia. Ride, anche se sa che la sua non è una battuta di spirito, ma è forse la miglior sintesi tra un prima e un dopo: tra ciò che si è state fino alla comparsa del cancro e ciò che si è diventate alla fine della maratona contro il male. Perché oltre la linea del traguardo scatta qualcosa e diventa quasi impossibile non impegnarsi, non tendere una mano a chi ha appena iniziato la marcia.

«Il primo anno è il più difficile – spiega la presidente –. La diagnosi è un pugno nello stomaco, poi c'è l'operazione, la chemioterapia. È in questo periodo che le donne hanno più bisogno di aiuto e si avvicinano a noi dell'Andos. Vogliono parlare, vogliono soprattutto confrontarsi con qualcuno che ha vissuto la stessa esperienza: qualcuno che sa cosa stanno realmente provando in quel momento e le può capire». E l'Andos è lì per questo.

A Verona come in Italia, con 1.800 volontarie, oltre 40.000 associati, 5 milioni di ore offerte gratuitamente (fonte sito web: www.andosonlusnazionale.it).

In città la sede è in via Borgo Taschiere al civico 14 (045.8009394; andos.verona@libero.it). Quindici persone sono presenti tutti i giorni, in primo luogo per informare, dare consigli, assistere le donne nel loro percorso, prenotando le visite in ospedale e accompagnando chi non se la sente di andare da sola. Ma il vantaggio dei servizi è molto ampio: sono attivi gruppi di auto aiuto coordinati da una psicologa, sono a disposizione il medico legale per le pratiche buro-



Anna Maria Nalini, presidente Andos, con il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Valerio Alberti

cratiche di competenza, il fisioterapista per la riabilitazione. In provincia il punto di riferimento è a Colognola ai Colli, presso il distretto dell'Ulss 4. Anche qui sono una quindicina le volontarie che si alternano ogni martedì e mercoledì pomeriggio.

In più il cellulare di Anna Maria Nalini e quello di un'altra amica sono accesi 24 ore su 24, perché le ansie e le paure non si presentano sempre nello stesso momento, non hanno orari fissi, e a volte non è possibile aspettare.

«Insieme ai medici con cui collaboriamo – prosegue la presidente dell'Andos scaligera – siamo presenti sull'intero territorio provinciale per promuovere la prevenzione: cerchiamo cioè di insegnare alle donne a volersi bene, che significa sottoporsi periodicamente a visita senologica, a mammografia: controlli in grado di scovare in tempo utile un eventuale nodulo».

«A Verona – aggiunge la presidente – sono 750 le iscritte all'Associazione. Non tutte sono in prima linea, quasi nessuna però manca mai alle iniziative di aggregazione che organizziamo periodicamente: dai corsi di nuoto, alla ginnastica in acqua, allo yoga o anche solo agli incontri pubblici». A

legare queste donne è un senso profondo di appartenenza, sicuramente di riconoscenza verso chi ha saputo trovare le parole e i gesti giusti nel momento in cui sembrava che il mondo fosse crollato loro addosso. Un appoggio tra l'altro che va al di là della semplice solidarietà umana, che già comunque sarebbe gran cosa.

«Per aiutare al meglio chi è in difficoltà – spiega Nalini –, non basta infatti la buona volontà,

serve professionalità». Da qui la decisione di partecipare come Associazione ad un corso per l'assistenza ospedaliera, frequentato finora da 26 volontarie.

Oggi l'Andos di Verona fa un passo in più e allarga il campo d'azione anche alle scuole. A fine mese inizierà infatti a San Bonifacio, per le classi IV e V superiori, una serie di incontri informativi con medici e ginecologi: si parlerà di tumore al seno ma anche di carcinoma dell'ovaio e di contraccezione. «È un esperimento pilota – spiega ancora Nalini –, ma il nostro obiettivo è coinvolgere dal prossimo anno tutti gli Istituti veronesi e in proposito è già stato presentato un progetto in Provincia».

Una presenza capillare dunque quella dell'Andos, come del resto di altre associazioni, che nel corso degli anni, a volte collaborando, hanno saputo costruire una rete di servizi e di protezione senza eguali. Se oggi il tumore al seno fa meno paura lo si deve certamente ai progressi della ricerca clinica, ma un ruolo decisivo l'hanno sicuramente giocato queste donne, che con il loro impegno sono riuscite a trasmettere a centinaia di altre donne la forza e il coraggio per continuare a lottare.

La chirurgia endoscopica, una tecnica non invasiva
con un ampio campo di applicazione

Attualità

OPERARE SENZA BISTURI

Dall'1 al 3 giugno Verona sarà la capitale della chirurgia endoscopica italiana ed europea: il palazzo della Gran Guardia ospiterà il sesto Congresso nazionale della Società italiana di Chirurgia endoscopica (Isse), che si svolgerà in concomitanza con il primo Congresso della omologa Società europea (Esse).

L'associazione continentale avrà così il suo "battesimo" proprio a Verona dove, nel 2000, è stata fondata la Società italiana di Endoscopia chirurgica (Isse) e dove, non a caso, si trova uno dei Centri che più si sono impegnati per lo sviluppo di questo progetto: il Servizio di chirurgia endoscopica d'urgenza, presso l'ospedale civile maggiore.

Quest'ultimo è nato nel 1987, per volontà del professor Claudio Cordiano, direttore del reparto di I Chirurgia clinicizzata, e del dottor Giorgio Inaspettato, prematuramente scomparso ed al quale è intitolato il Servizio. Ogni anno vi vengono eseguiti in media più di ottomila endoscopie, un terzo delle quali di tipo interventistico. Dal 1996, la struttura è diretta dal dottor Luca Rodella, che è anche membro del Direttivo nazionale dell'Isse.

Dr. Rodella, quali sono le situazioni d'urgenza per le quali si ricorre alla Chirurgia endoscopi-



Luca Rodella, direttore del Servizio di chirurgia endoscopica d'urgenza (al centro), e la sua équipe. Sotto, la sala endoscopica

ca piuttosto che a quella tradizionale?

«Le emergenze più frequenti riguardano le emorragie e le ostruzioni delle vie digestive e respiratorie. Con sostanze coagulanti applicate direttamente sulla lesione, l'endoscopia è in grado di controllare il sanguinamento di lesioni come le ulcere gastriche o duodenali e numerose altre, in più del 95% dei casi. Tale trattamento ha completamente rivoluzionato l'approccio a queste malat-

tie che, fino a pochi anni fa richiedeva ripetute trasfusioni nella speranza che l'emorragia si fermasse spontaneamente o, nei casi più gravi, interventi chirurgici invasivi con la demolizione in parte od in toto dei visceri. Gravi quadri di pancreatite possono essere risolti con un esame endoscopico (Ercep) condotto in urgenza. Per quanto riguarda le ostruzioni tumorali o benigne di organi digestivi o respiratori, un pronto trattamento con laser o protesi può consentire al paziente di riprendere a rialimentarsi in maniera soddisfacente o di risolvere gravi crisi di difficoltà respiratoria.

L'inalazione di piccoli oggetti da parte di bambini anche piccolissimi può essere risolta per via endoscopica, rimuovendo il corpo estraneo con pinze particolari».

Quali sono gli altri casi in cui si applica l'endoscopia chirurgica?

«L'ultima frontiera è rappresentata dal trattamento endoscopico dei tumori in fase iniziale, di dimensioni ridottissime, oggi diagnosticabili con



maggior facilità grazie a metodiche sofisticate. Anzi, sarà questo uno degli argomenti più "caldi" del prossimo congresso europeo in programma in giugno a Verona, insieme alla chirurgia "transgastrica".

E i vantaggi per il paziente?

«L'endoscopia è una tecnica scarsamente invasiva, che permette di accedere a cavità interne senza dover praticare incisioni che mettano a contatto con l'esterno gli organi interni, come accade invece con la tecnica chirurgica tradizionale. I vantaggi sono molti: interventi più brevi con tempi ridotti di anestesia, ridotti tempi di ospedalizzazione e minori possibilità di infezioni post-operatorie, assenza di cicatrici antiestetiche. Gli interventi chirurgici in endoscopia, inoltre, vengono eseguiti, nella gran parte, in regime di "day surgery" e cioè senza bisogno di ricovero, tra l'altro con un notevole risparmio sui costi ospedalieri».

Qual è l'atteggiamento del paziente di fronte alla proposta del medico di intervenire con tecniche nuove?

«I pazienti oggi arrivano in ospedale abbastanza informati. La maggior parte delle persone ha già un'idea di cosa sia e come operi la chirurgia endoscopica, anche se rimane legata



Società Italiana di Endoscopia (area chirurgica)
VI Congresso Nazionale

European Society for Surgical Endoscopy
1st European Congress

Verona, 1-3 giugno 2006 Palazzo della Gran Guardia

psicologicamente alla chirurgia tradizionale. Compito nostro è di informarli in maniera esaustiva sulle possibilità alternative offerte dall'endoscopia e di guidarli verso una scelta consapevole al trattamento più sicuro e conveniente».

L'endoscopia chirurgica è una tecnica che continua ad allargare il suo campo d'applicazione. Quali saranno le novità che il Congresso nazionale prenderà in esame?

«Quello che si svolgerà a Verona sarà un congresso "di svolta", che chiarirà quali sono le più recenti innovazioni dell'endoscopia diagnostica (endomicroscopia, biopsia "ottica", autofluorescenza, ecc.) e quali ne sono i limiti attuali (avvento della colonscopia virtuale e della "capsula" endoscopica) ma che, soprattutto, indicherà l'evoluzione, sempre più "interventistica", che questa disciplina subirà in un futuro molto prossimo».

IL SERVIZIO DI CHIRURGIA ENDOSCOPICA D'URGENZA

Nato nel 1987, il Servizio di Chirurgia endoscopica d'urgenza è situato presso l'ospedale civile maggiore di Verona, di fronte al vecchio ospedale Alessandri.

Dal 1996 è diretto dal dottor Luca Rodella, e dispone di un'équipe di altri tre medici, Renzo Kind, Francesco Lombardo e Filippo Catalano, e di personale infermieristico specializzato.

Il servizio è assicurato 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la risoluzione di tutti quei casi in cui si renda necessario intervenire con urgenza; come servizio di ambulatorio e

diagnostica l'unità è aperta invece dalle 8.30 alle 14.00, dal lunedì al venerdì, su prenotazione attraverso il Centro unico di prenotazioni (CUP) o, per i casi più urgenti, attraverso la segreteria dedicata (tel. 045/8072498-2329). L'esito dell'esame endoscopico viene fornito immediatamente al termine dello stesso.

Le prestazioni offerte dal servizio sono molteplici: dal trattamento endoscopico delle emorragie digestive e respiratorie e dei corpi estranei ingeriti o inalati al trattamento laser o protesico di tumori digestivi, alla

diagnosi precoce dei tumori del tratto digestivo, per finire alla tracheobroncopia diagnostica e operativa.

Tra le attività cliniche che hanno particolare rilievo, vanno menzionate la partecipazione attiva a *screening* del cancro del polmone, del colon e dell'adenocarcinoma su Esofago di Barrett (compreso il trattamento endoscopico ablativo nella prevenzione di questa forma). Il centro è accreditato dalla Società italiana di Endoscopia chirurgica per la formazione nelle urgenze emorragiche.

Cresce continuamente la domanda di organi.
L'impegno del Veneto anche sul fronte della ricerca

Trapianti

41

LE NUOVE FRONTIERE

«Il male che gli uomini fanno sopravvivere loro/il bene è spesso sepolto con le loro ossa»: così ha scritto Shakespeare nell'orazione funebre di Marco Antonio per la morte di Giulio Cesare. Questo non vale quando si parla di donazioni di organi e di trapianti: qui la morte diventa un'opportunità di credere nella vita e di superare se stessi per andare verso l'altro.

Per trattare questo tema, l'Azienda ospedaliero-universitaria ha organizzato un convegno dal titolo «Condividere la vita, condividere l'impegno», come occasione di aggiornamento per gli operatori sanitari e per i promotori della cultura della donazione.

Lo spunto è nato da una ricerca sugli atteggiamenti e le conoscenze del personale sanitario in tema di donazione e trapianti, che ha coinvolto 1.793 dipendenti. Lo studio, che prevedeva un questionario con ventinove domande, predisposto dal Servizio di Psicologia clinica dell'Unità operativa di Neurologia, è stato realizzato tra il 2001 e il 2002 con il sostegno del Banco Popolare di Verona e Novara.

Le domande, molto semplici, hanno indagato diverse aree del tema e l'analisi dei dati statistici si è conclusa nel 2003. Aspetto significativo dell'indagine è aver evidenziato sia le conoscenze scientifiche sia i vissuti emotivi che risultano determinanti per il consenso alla donazione o al prelievo di organi. A presentare la situazione nella nostra regione è stato l'assessore alle Politiche sanitarie Flavio Tosi: «Il Veneto è regione leader nel settore dei trapianti d'organo, per una capacità professionale altissima, risorse adeguate, grande qualità. Nel 2005 il Sistema regionale dei trapianti ha ottenuto risultati mai raggiunti in precedenza e abbiamo festeggiato il ventesimo anniversario del primo trapianto di cuore». «Nel 2005 lo sforzo del Sistema regionale trapianti si è concentrato sulla stabilizzazione, estendendo alle strutture periferiche logiche basate su



Giampiero Rupolo

principi di corretta pianificazione», ha aggiunto Giampiero Rupolo, coordinatore del Centro regionale trapianti del Veneto.

L'attività dei Centri trapianto veneti, confrontati con i registri nazionale e internazionale, conferma gli elevati standard qualitativi e quantitativi raggiunti. Un importante indicatore è il numero molto basso di pazienti residenti in Veneto iscritti in liste extraregionali. Al contrario, la prova della fiducia che riscuotono i Centri è la percentuale dei pazienti non residenti iscritti nella nostra regione, che raggiunge quasi il 60 per cento.

Anche nell'ambito della raccolta dei tessuti, il 2005 registra un rafforzamento dell'andamento positivo registrato negli anni precedenti. Sono state, ad esempio, raccolte 3.476 cornee, con una idoneità di circa il 50 per cento. Inoltre, la Banca tessuti, nelle sue sedi di Verona e Treviso, ha potuto contare sulla donazione di 1.721 tessuti, di cui 1.279 da viventi e 442 da cadavere. Un altro dato importante riguarda le liste d'attesa per i trapianti, che in media non superano i due anni.

Parallelamente all'attività clinica, si è poi sviluppata anche quella che riguarda la formazione del personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e trapianto. Lo scorso anno, in collaborazione con Fitot ed Eidon, sono stati organizzati 33 corsi a vari livelli, che hanno coinvolto 779 operatori. Il programma di supporto ai familiari dei donatori multiorgano e multitessuto, peculiare nella nostra regione per forma e contenuto, si è rivolto a 273 famiglie e il servizio di aiuto psicologico ha effettuato 63 interventi. Infine, la commissione Parte Terza ha valutato 26 soggetti che si sono proposti come donatori viventi di organi.

Da sottolineare sono anche la continua crescita dell'età media dei donatori, il particolare grado di sicurezza degli interventi, l'abbattimento delle percentuali di opposizione alla donazione, l'aumento del numero di trapianti che sta per raggiungere i 400 all'anno.

I dati sono stati confermati anche da Francesco Calabrò, coordinatore vicario del Centro trapianti della Regione Veneto, che aggiunge: «La riorganizzazione del sistema regionale ha permesso di arrivare alla crescita nel tasso di donazione. L'obiettivo di incrementare il numero di prelievi e trapianti è stato raggiunto con una strategia ampia e complessa: formazione del personale sanitario, informazione e sensibilizzazione della popolazione, collaborazione tra organismi istituzionali e organizzazioni di volontariato».

A focalizzare la realtà veronese è Valerio Alberti, direttore generale dell'Azienda ospedaliera: «Il trapianto di organi e tessuti è oggi una terapia efficace, in grado di risolvere patologie incurabili e di migliorare la qualità di vita delle persone. Esso prevede una commistione tra aspetti medici, clinici, tecnici e fattori psicologici, etici, antropologici, culturali e implica un processo lungo e difficile, sia per l'im-

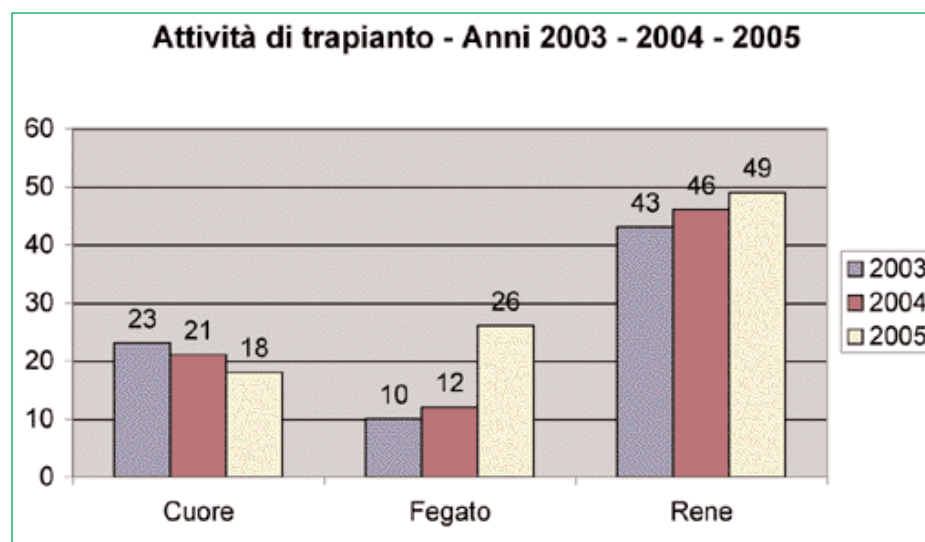
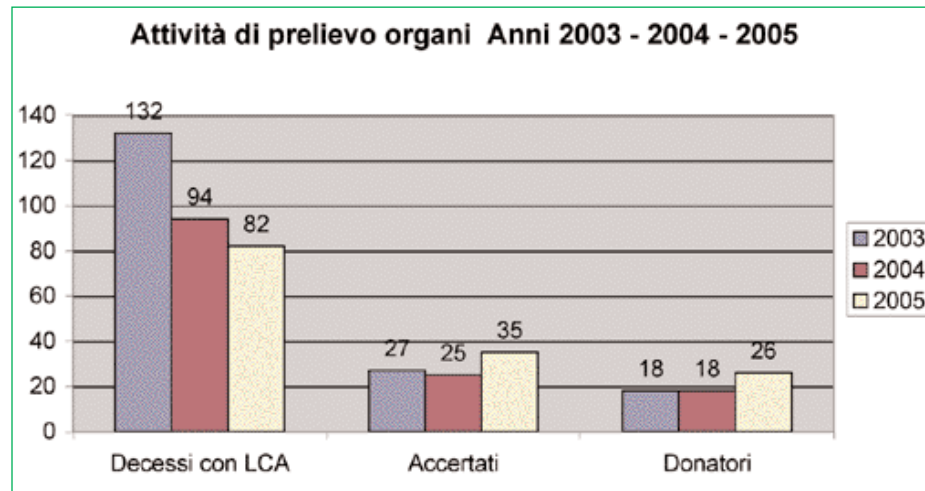
42 **T**rapianti

prevedibilità che comporta sia per l'impegno che richiede al personale. È un tema che riguarda tutti, cittadini e operatori.

Per avere un'idea del problema basti considerare che, secondo dati aggiornati al 2004, in Italia sono stati effettuati 3.105 trapianti da cadavere contro un fabbisogno di 9.540 persone in lista d'attesa e che il divario tra bisogno e disponibilità può essere colmato solo con un forte incremento del numero di donazioni. Lo sviluppo delle attività di donazione e trapianto è un obiettivo primario di questa Azienda».

Alessandro Mazzucco, rettore dell'Università di Verona, direttore dell'Unità operativa clinicizzata di Cardiocirurgia aggiunge: «I chirurghi, che sono i diretti testimoni dell'insostituibile valore terapeutico del trapianto, si sono battuti contro ogni difficoltà per poter offrire ai loro pazienti la soluzione attesa. Il forte impegno dell'Azienda per lo sviluppo delle attività di trapianto è la base di numerose e articolate iniziative per sostenere il confronto tra realtà mediche e interrogativi di ordine culturale, etico e motivazionale».

Il professor Mazzucco ha partecipato al primo trapianto di cuore nel 1985 e dal 1994 lo ha introdotto a Verona. In un decennio sono stati sottoposti a trapianto 240 pazienti, con una sopravvivenza dell'80 per cento circa dopo dieci anni. Purtroppo, la scarsità di donatori è attualmente il principale fattore limitante. Oggi è però possibile ovviare in parte a ciò grazie all'uso del



cuore artificiale, una macchina dotata di pompa interna che permette la circolazione sanguigna e che funziona in modo del tutto analogo all'organo naturale.

«Il nostro Centro – ha continuato Mazzucco – ha ottenuto il record mondia-

le dell'utilizzo di questa apparecchiatura, con un paziente che è vissuto oltre sei anni con cuore artificiale ed è stato poi trapiantato. Queste macchine, diventate nel tempo sempre più miniaturizzate e meno invasive, permettono di sopravvivere bene alla fase acuta, garantendo in seguito una buona qualità di vita, compatibile con lo svolgimento delle normali attività. In futuro ci sarà dunque un sempre maggior utilizzo di questo "organo", che si è già rivelato sicuro e attendibile».

Le nuove e più attuali frontiere del settore? La donazione da vivente, lo xenotrapianto, l'utilizzo di cellule staminali e la clonazione terapeutica. Questi ambiti offrono interessanti possibilità e alcuni vantaggi, anche se ancora permangono problematiche irrisolte.

Paola Arosio



DAL CONSENSO ALLA DONAZIONE: TRA PROTOCOLLI E UMANITÀ

Il processo di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti si sviluppa in un percorso che coinvolge i pazienti, i familiari, gli operatori.

Il Servizio di Psicologia clinica dell'ospedale civile maggiore, nell'ambito delle attività del Centro coordinamento trapianti dell'Azienda, ha predisposto un protocollo di intervento psicologico per sostenere coloro che si trovano in questa difficile situazione.

Nella donazione, i familiari del possibile donatore e gli operatori delle Unità di Anestesia e Terapia intensiva giocano un ruolo importante nel consenso al prelievo: i primi vanno aiutati a elaborare la sofferenza psichica e il dolore del lutto, i secondi a gestire la comunicazione del decesso, la richiesta di donazione, la relazione d'aiuto. Tre le fasi di intervento: fase pre-trapianto, fase acuta del trapianto, fase post-trapianto. In particolare, il protocollo si svolge secondo la prospettiva del modello integrato, una modalità operativa che consente di agire contemporaneamente a livello dell'assistenza al malato e ai familiari, della formazione degli operatori e dell'organizzazione del lavoro. L'intervento psicologico è globale, opera cioè in tutte le fasi: donazione, trapianto, controlli.

Ma dove e come avvengono donazione e trapianto? Chi si fa carico di questa procedura? E quali sono le difficoltà da affrontare? A rispondere è Francesco Procaccio, direttore dell'Unità operativa di Anestesia e Terapia intensiva neurochirurgica e responsabile dell'Ufficio di coordinamento prelievo di organi: «Il processo di donazione è articolato e prevede varie fasi che implicano il lavoro costante di medici, infermieri, tecnici. Tale procedura avviene in rianimazione.

I concetti di vita e di morte sono mutati nel tempo ed è opportuno chiarire che la morte si identifica



La conferenza stampa sull'attività dei Centri trapianto nel Veneto

con la necrosi totale dell'encefalo e con la cessazione irreversibile di tutte le sue funzioni: pertanto c'è la certezza di non togliere al paziente la pur minima possibilità di sopravvivenza».

Anche nei migliori reparti di rianimazione, il decesso del 20-30 per cento dei pazienti con gravissima lesione cerebrale acuta, come traumi cranici, ictus emorragici o ischemici, tumori cerebrali, è inevitabile. Quando si tratta di formulare la diagnosi di morte encefalica i criteri clinici, etici, legali si sovrappongono. In particolare, l'accertamento di morte "cerebrale" con parametri neurologici, viene effettuato da un collegio medico che, dopo un periodo di osservazione rigidamente codificato, deve esprimere un giudizio unanime. Le condizioni indispensabili sono stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco encefalico e di respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale. Quando si verifica la morte secondo criteri neurologici, nell'arco di tempo, variabile da qualche ora a qualche giorno, interviene inevitabilmente anche l'arresto cardiaco.

Continua Procaccio: «La valutazione di idoneità al trapianto è fondamentale in quanto ne garantisce la sicurezza e l'efficacia. Ovviamente senza donazione di organi non ci può essere trapianto e purtroppo grande è ancora oggi lo squilibrio tra il numero di pazienti in lista di attesa e gli organi disponibili. In realtà, il principale fattore che limita i prelievi di organi a scopo di trapianto è la mancata identificazione e segnalazione del potenziale donatore.

È importante sottolineare che la volontà di donare è una condizione indispensabile per effettuare il prelievo. In mancanza di una dichiarazione in vita del soggetto interessato sono i familiari a dover esprimere la propria scelta: per questo la relazione con i congiunti è un momento importante e delicato, che richiede abilità comunicative, competenze tecniche, conoscenza del tema del lutto, motivazione, supporto psicologico. Si deve quindi procedere per gradi: accoglienza all'ingresso in terapia intensiva, attivazione della relazione d'aiuto, richiesta di donazione».

Pa. Ar.

La visita oculistica

di Luciano Flor* e Giulia Bisoffi**

In tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato, che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie, il problema dei tempi d'attesa è una criticità e come tale è percepita dai cittadini, che ne fanno uno dei principali motivi di lamentela. La soluzione di questo problema non è semplice, soprattutto perché le cause del fenomeno sono molteplici. Vanno pertanto individuati un ventaglio di interventi che, perseguiti nel loro insieme, possono contribuire ad affrontare con successo il problema delle liste d'attesa più critiche.

IL PANORAMA E GLI INTERVENTI A LIVELLO NAZIONALE

Dalle analisi svolte a livello nazionale emerge che le criticità maggiori sono presenti in alcuni settori delle visite specialistiche (oculistica, cardiologia), delle prestazioni diagnostiche (diagnostica per immagini) o di prestazioni legate all'uso di particolari tecnologie (ecocolordoppler, elettromiografia, ecc.), oltre che per alcuni tipi di ricovero (es: interventi di protesi d'anca).

L'Accordo Stato-Regioni dell' 11 luglio 2002 ha definito alcuni principi a cui tutte le Regioni devono attenersi per le prenotazioni. Tra le altre cose sono stati introdotti criteri di priorità clinica, che individuano l'urgenza basandosi sul quadro patologico esistente, con particolare riguardo ai possibili danni dovuti a ritardi nel trattamento, alla presenza e intensità di sintomi e deficit funzionali e fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

Inoltre sono state individuate alcune prestazioni molto diffuse e frequentemente richieste dall'utenza, tra cui la visita oculistica, per impegnare le Regioni a promuovere iniziative di miglioramento e per queste sono stati definiti tempi massimi di attesa.

Tra gli interventi necessari per migliorare la situazione, sono stati individuati soprattutto l'inserimento della priorità clinica per stratificare la

domanda, una maggiore diffusione dei Cup (Centro unico di prenotazione), la "pulizia delle liste" e l'introduzione di campagne di sensibilizzazione che invitino i cittadini a disdettare le prenotazioni allorquando decidesero di non usufruirne.

Tali principi costituiscono un mandato che non può essere limitato a livello di singola azienda, ma deve estendersi almeno ad un area territoriale di riferimento (più o meno vasta a seconda della complessità della prestazione).

INTERVENTI PER RIDURRE L'ATTESA PER LA VISITA OCULISTICA

Anche in Azienda ospedaliera di Verona il problema dei tempi di attesa per molte visite/prestazioni risulta essere una criticità, e la visita oculistica rientra tra queste, anche se i molti interventi che si stanno mettendo in atto stanno apportando tangibili miglioramenti.

In attuazione a quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni ed alle conseguenti disposizioni regionali, innanzitutto è stato previsto che se un paziente ha una richiesta di visita oculistica urgente (prescrizione di uno specialista o del proprio medico

di famiglia con indicazione di classe di priorità A o B) e si rivolge alla struttura ospedaliera, egli viene visitato immediatamente presso gli ambulatori specialistici di oculistica senza prenotazione e quindi senza tempi di attesa.

Per le prenotazioni non urgenti (priorità C), visti i tempi di attesa piuttosto lunghi registrati nei mesi scorsi, sono stati approntati una serie di interventi che vanno da un potenziamento dell'offerta di prestazioni ad accorgimenti organizzativi. Questi interventi stanno gradualmente entrando a regime ed i tempi di attesa sono già notevolmente inferiori rispetto allo stesso periodo dello scorso anno.

Un primo accorgimento è stato conseguente ad una attenta analisi dei dati di attività che hanno evidenziato come, forse anche in ragione dei tempi di attesa notevoli, frequentemente qualche paziente non si presenta all'appuntamento e non effettua la disdetta della visita prenotata. Per limitare questo fenomeno, da qualche mese è stato attivato un servizio che contatta telefonicamente i pazienti qualche giorno prima della data assegnata cosicché, nel caso il paziente si fosse dimenticato, ma avesse ancora bisogno della prestazione, gli si ricorda l'appuntamento; e

Tempo di attesa per visita oculistica del giorno 8 febbraio 2006 in Azienda ospedaliera e in Ulss 20

SEDE	DATA DISPONIBILE
Azienda Ospedaliera di Verona	08 agosto 2006
Distretto 4 (San Bonifacio)	16 marzo 2006
Distretto 4 (Tregnago)	20 marzo 2006
Distretto 4 (Colognola ai Colli)	21 marzo 2006
Distretto 1 (via Campania)	22 marzo 2006
Distretto 3 (via del Capitel)	23 marzo 2006
Distretto 2 (via Valeggio)	24 marzo 2006
...	...

nel caso in cui egli non intenda fruire della prestazione, si crea una disponibilità a breve per nuove prenotazioni. Da metà febbraio è inoltre in funzione il Centro unico di prenotazione (Cup) provinciale, che consente di prenotare anche nelle Aziende Ulss della Provincia: è così possibile ottenere la prestazione con il minor tempo di attesa a livello provinciale (come evidenziato nella tabella di pagina 44, in provincia di Verona c'è disponibilità di visite specialistiche non urgenti, in tempi relativamente brevi).

Altre iniziative per migliorare l'offerta delle prestazioni oculistiche sono in via di attuazione. Tra queste, un importante accordo con l'Ulss 20 che prevede la semplificazione dell'accesso ai servizi specialistici ospedalieri e la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici del paziente dal territorio all'ospedale.

L'accordo prevede l'attivazione di ambulatori territoriali presso l'Ulss 20 da dedicare alle urgenze oculistiche ed un sistema di prenotazione telefonica diretta fra ambulatori territoriali e reparti ospedalieri di Oculistica; in tal modo i pazienti visti in urgenza che necessitano di essere inviati ai reparti stessi, eviteranno ogni tipo di prenotazione o l'eventuale passaggio nei Servizi di pronto soccorso.

Tale accordo prevede inoltre un canale di prenotazione diretto tra poliambulatori dell'Ulss e reparti di Oculistica per la prenotazione di esami strumentali particolari, richiesti esclusivamente dagli specialisti territoriali. Infine sarà il Poliambulatorio presso cui avviene la visita specialistica ad effettuare le prenotazioni degli interventi chirurgici presso l'ospedale e vi sarà la possibilità per gli specialisti ospedalieri di prenotare direttamente visite di controllo post-intervento sulle agende degli specialisti territoriali.

Per ottenere i migliori risultati queste iniziative richiedono la stretta collaborazione di tutti gli attori compresi medici e pazienti informati e responsabilizzati sul tema dell'appropriatezza clinica secondo cui si deve fare "la cosa giusta al momento giusto al paziente giusto".

***direttore sanitario**

****responsabile Ufficio Statistica**

Prestazioni prenotabili a Cup provinciale

SPECIALITÀ	PRESTAZIONE
ANESTESIA	Visita anestesilogica Visita anestesilogica di controllo
ANGIOLOGIA	Visita angiologica - vascolare
CARDIOLOGIA	Cicloergometro ECG es. Ecocardiogramma Holter Visita cardiologica + E.C.G.(2 prestazioni)
CHIRURGIA	Rettoscopia Visita chirurgica Visita chirurgica di controllo
CHIRURGIA VASCOLARE	Visita chirurgia vascolare Visita chirurgia vascolare di controllo
DERMATOLOGIA	Visita dermatologica
ECODOPPLER	Ecodoppler arti inferiori (arterioso) Ecodoppler arti inferiori (venoso) Ecodoppler arti superiori Ecodoppler vasi del collo (TSA)
ENDOCRINOLOGIA	Visita endocrinologica Visita endocrinologica di controllo
GASTROENTEROLOGIA	Colonscopia Visita gastroenterologica Visita gastroenterologica di controllo
MEDICINA	Densitometria rach. Lombare femore polso Visita internistica Visita internistica di controllo
NEUROLOGIA	Elettroencefalogramma Visita neurologica Visita neurologica di controllo
OCULISTICA	Visita oculistica
ORTOPEDIA	Iniezione di sostanze terapeutiche nell'articolazione o legamento (ort) Visita ortopedica Visita ortopedica di controllo
OSTETRICIA GINECOLOGIA	Visita ginecologica
OTOIATRICA	Esame audiometrico tonale Impedenzometria Visita otoiatica Visita otoiatica di controllo
PEDIATRIA	Visita pediatrica
PNEUMOLOGIA	Visita pneumologica Visita pneumologica di controllo
REUMATOLOGIA	Visita reumatologica di controllo
UROLOGIA	Uroflussometria Visita urologica Visita urologica di controllo

LA SFIDA DI PROMETEO

di Francesca Zanuso*

Le quotidiane notizie di nuovi progetti e di eclatanti risultati di manipolazioni genetiche o di interventi biotecnologici sulle cellule umane suscitano in noi due sentimenti contrastanti: orgoglio e sgomento. Orgoglio per le capacità della mente umana e per l'avanzare della ricerca scientifica; sgomento poiché un possibile sconfinare della tecnica, laddove quest'ultima si pretenda autoreferenziale, appare come una insopportabile minaccia al moderno *homo faber* e ai suoi postmoderni eredi. L'*homo faber*, che ha progressivamente preteso di ridurre il mondo naturale a mero fascio di fenomeni dominabili e manipolabili alla luce di una finalità utilitaristica ed edonistica, comprende di non esser più l'esclusivo protagonista dell'opera di trasformazione e di essere ridotto a fenomeno fra i fenomeni. Teme quindi di esser "deificato" e di poter essere concepito ed utilizzato come un possibile, o almeno potenziale, assemblaggio di organi o di pezzi di ricambio.

Ognuno di noi avverte, di conseguenza, l'improrogabile necessità di ravvisare un puntuale limite, oltre al quale la potenzialità tecnologica non possa spingersi. Tale limite, tuttavia, difficilmente emerge nello svolgersi del dibattito in ambito bioetico poiché quest'ultimo è viziato dalla presenza di numerosi *éndoxa* apparenti. In tutte le discussioni e le controversie, anche nelle più banali e quotidiane, si tende a porre come premessa dell'argomentare un punto comune, ovvero sia una affermazione, una convinzione o una scelta che possa servire da punto di partenza per un ragionamento deduttivo ed ordinato che "catturi" il consenso dell'uditorio e che porti il nostro interlocutore, laddove voglia apparire coerente, ad accettare il nostro punto di vista.

Gli *éndoxa*, come insegna Aristotele,



Francesca Zanuso durante la prolusione all'inaugurazione dell'Anno accademico

sono le opinioni comuni (condivise dai più, o dai più competenti ed autorevoli), dalle quali muovono i sillogismi argomentativi: sono, quindi, gli ideali punti di partenza per l'argomentazione.

Tuttavia, la "conquista" dell'uditorio è fallace se il punto di partenza, ossia l'*éndoxon*, è solo apparentemente condiviso a causa di una sua "vaghezza" (Aristotele, *Topica*, 100b 24-25).

Non intendo qui riferirmi alla "vaghezza" intrinseca delle parole, soprattutto di quelle che appartengono al linguaggio naturale; ogni parola è composta, dal punto di vista semantico, da un "nocciolo duro" e da un "alone" di polisemanticità, ossia di varietà di significati che possono esser "decantati" a seconda del contesto, delle esperienze, dei "vissuti" dei soggetti coinvolti nella comunicazione. Questo tipo di "vaghezza" non è superabile né ignorabile, ma non è ad essa che intendo alludere. Intendo riferirmi, piuttosto, alla "vaghezza" del non problematizzato, del non tematizzato o di quanto sem-

plicemente viene ripetuto in modo inconsapevole. Tale "vaghezza" meglio potrebbe nominarsi ambiguità ed è, a mio giudizio, uno dei principali fattori che "inquina" il dibattito in campo bioetico e biotecnologico e che pregiudica opportune scelte di carattere giuridico.

In verità, abbandonata ormai l'ingenua fiducia in una presunta (quanto indimostrabile) oggettività della scienza, in grado di offrirci delle conoscenze evidenti e indiscutibili, poiché "visibili", ci si richiama, oggi, ad altri valori che paiono ideali "luoghi comuni" da porre come punto di partenza del ragionamento in ambito bioetico e biogiuridico. Penso, ad esempio, al valore della tutela dei diritti umani, della promozione della persona, del rispetto dell'autonomia e della laicità. Sono *éndoxa*: immediatamente il richiamo a questi concetti, nel tentativo di individuare un limite, sembra generare un ampio consenso che risulta, tuttavia, apparente poiché essi si prestano ad una interpretazione non univoca ma, persino, opposta (F. Zanuso, *Neminem laedere. Verità e persuasione nel dibattito bio-giuridico*, Padova 2005).

A titolo d'esempio, vorrei svolgere alcune brevi riflessioni su di uno dei più diffusi *éndoxa* contemporanei: la laicità.

Immediatamente si potrebbe pensare che l'essenza della laicità consista nella sua dimensione antidogmatica e spregiudicata e che proprio questo renda questo concetto così accattivante, se non pienamente convincente. Dobbiamo però chiederci cosa significhi, per dirla con Umberto Eco, non sentirsi "vincolati ad alcun magistero che non sia quello della retta ragione" (C.M. Martini U. Eco, *In cosa crede chi non crede?*, Roma 1996). Vi sono vari concetti di laicità, intesa come antidogmaticità; particolarmente interessante è al riguardo una

proposta classificatoria secondo la quale il concetto si declinerebbe in vari modi a seconda della sua "forza" (G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Milano 2005). Agli estremi di un'ipotetica scala graduata vi sarebbero un concetto forte ed un concetto debole di laicità in ambito morale e bioetico, in particolare.

Secondo il concetto debole, laico potrebbe esser definito quell'atteggiamento per il quale i discorsi morali si producono cercando di fondarli senza richiami a considerazioni di fede; in altre parole, laico sarebbe colui che non ricorre ad argomenti che rimandano ad un principio di autorità esterno alla stessa argomentazione e che, di conseguenza, ritiene essenziale giustificare ogni affermazione.

Secondo il concetto cosiddetto forte, che può essere ravvisato nelle tesi degli studiosi che hanno sottoscritto alcuni anni fa il *Manifesto di bioetica laica*, la bioetica deve essere laica nel senso di antidogmatica, laddove l'antidogmaticità coincide con la antime tafisicità (Aa.vv., *Manifesto di bioetica laica*, in *Il Sole 24 Ore*, 9.6.96). Laico è chi ragiona *etiamsi Deus non daretur*, come se Dio non fosse, laddove il divino è puntualmente identificato con il metà-tà-fisicà, con ciò che travalica il mondo dei fenomeni e del contingente.

Presumo che la sapienza antica, espressa nel racconto mitico delle vicende di Chirone e di Prometeo, possa offrirci un valido aiuto al fine di orientarsi in una scelta fra le varie possibili concezioni di laicità.

Il ricorso al mito è particolarmente suggestivo, poiché ci mostra come la consapevolezza del delicato rapporto esistente fra scienza, tecnica e scelte etiche attorno alla vita sia antica come la nostra cultura. Sotto questo profilo il ricordare il mito è consolatorio, ma è altresì atto a rintuzzare la *hybris* dell'uomo moderno poiché fin dall'antichità era stato avvertito il pericolo causato dalla tentazione della tecnica di travalicare ogni limite e di divenire autoreferenziale fino a pretendere di trasformare gli stessi esseri umani, ovvero sia coloro i

quali dovrebbero essere i soggetti e non gli oggetti della stessa tecnica.

La sapienza antica racconta, infatti, la vicenda di Chirone, il centauro saggio precettore di tutti gli eroi. Egli è maestro anche di Esculapio a cui insegna l'arte medica; è quindi, in un certo senso, il fondatore della medicina. Eracle, il più affezionato dei suoi discepoli, nel combattere gli infidi e litigiosi Centauri, colpisce per errore l'amato maestro con una freccia avvelenata dal sangue letale dell'Idra (Apollodoro, *Biblioteca*, II, 5, 4). In questo modo condanna Chirone ad una sofferenza insopportabile ed interminabile: Chirone, per la sua duplice natura, è infatti immortale ma non è immune dalle sofferenze dei mortali.

Il Centauro, e con lui il disperato discepolo, prega allora Zeus affinché gli consenta di morire per sottrarsi alla sofferenza: in altre parole implora l'eutanasia, chiede di decidere, nel senso puntuale di "tagliare il filo", in luogo delle Parche, diventando così arbitro della sua straziata vita.

Il padre degli dei accetta di esaudire le richieste dei due supplici, a lui molto cari; consente, infatti, a Chirone di sottrarsi alle sue eterne sofferenze cedendo la sua natura immortale a Prometeo, liberato dallo stesso Eracle dal supplizio a cui Zeus lo aveva condannato sulla cima del Caucaso (P.B. Shelley, *Il Prometeo liberato*).

Il ruolo di Prometeo nel racconto mitico è alquanto illuminante. Il Titano, il padre della tecnica, è stato, infatti, punito da Zeus per gli indebiti doni che ha elargito agli uomini (Eschilo, *Il Prometeo incatenato*). Come è generalmente ricordato, egli ha donato ai suoi protetti il fuoco, sottratto furtivamente dal Sole, fornendo così lo strumento per forgiare i metalli e modificare lo stato naturale degli elementi. Ha, altresì, regalato ai mortali l'oblio dell'ora della morte, nascondendo l'estensione del filo delle Parche, che li riguardava e che fino a quel momento era loro nota.

Vi è una puntuale connessione fra i

due doni: grazie al secondo gli uomini hanno potuto dimenticare il limite umano per eccellenza e proprio per questo hanno creduto di poter sfruttare senza esitazioni il sacro fuoco. L'oblio dell'ora della morte li ha infatti resi progettuali, trasformati incessanti del mondo circostante, con una volontà di potenza prima inimmaginabile.

Secondo Goethe altro sarebbe stato l'atto di *hybris*, di superbia, di quello che viene comunemente ritenuto un eroe della mitologia. Prometeo avrebbe realizzato degli uomini di argilla, degli uomini artificiali, antiche proposizioni della creatura di Frankenstein o dell'*homunculus* di Paracelso. Non sarebbe, però, stato capace di infondere la vita a queste copie perfette e proprio per questo avrebbe rubato il fuoco, il principio vitale di cui solo Zeus poteva disporre.

Prima d'esser scoperto ed incatenato al suo supplizio, così avrebbe sfidato il padre degli dei: "Qui resto, qui uomini formo/ a immagine mia,/ un genere che mi somigli,/ e soffra e si dolga,/ e goda e s'allegri,/ né cura si prenda di te :/ com'io" (W. Goethe, *Prometeo*).

Comunque sia, e quale che sia il principale peccato di Prometeo, è evidente come dalla dimenticanza del limite invalicabile dell'esistenza nasca, in effetti, il modello dell'uomo tecnico, dell'uomo che, come dice Anassagora, "è intelligente perché ha le mani" (F. Cavalla, *La verità dimenticata. Attualità dei presocratici dopo la secolarizzazione*, Padova, 1996). Questo uomo pretende di dominare la natura, trasformandola in base ad un suo puntuale progetto poiché la concepisce come una somma di parti componibili e scomponibili a piacere. Ma della natura, ahimé, fa parte anche il genere umano: si spiega così il sorgere, apparentemente così lontano ma in verità così radicato nella nostra cultura, dell'emergenza bioetica.

L'uomo, proiettato alla trasformazione di ciò che lo circonda, non è capace di cogliere il senso del limite, poiché non riesce ad affrontare il pro-

blema di ciò che fonda il limite stesso.

In questo senso, Prometeo, padre dell'uomo che è intelligente perché ha le mani, appare come il prototipo della laicità in senso forte mostrando le insufficienze di questa posizione. La dimensione della laicità che si traduce nel rifiuto della metafisica esprime un concetto contraddittorio ed improduttivo.

È contraddittorio poiché la promessa antidogmatica, su cui si basa la capacità attrattiva di consenso, non è mantenuta. Il ragionare *etiamsi daremus* potrebbe essere apprezzabile se con questa formula si indicasse l'impegno a non porre il metà-tà-fisica ad oggetto del pensiero, da cui dedurre, come da un presupposto necessario ed evidente, una serie di corollari; grazie a questa consapevolezza ci si pone, infatti, al riparo dal rischio di cadere in un ingiustificato ed incontrollabile dogmatismo.

Tuttavia, non è questo ciò a cui si riferiscono i fautori di un concetto "forte" di laicità. Nel rifiutare ogni dimensione metà-tà-fisica, essi pretendono, in verità, che tutto sia inscrivibile nella fascia di fenomeni controllabili e manipolabili dall'uomo (se non altro in un più o meno prossimo futuro!); ma in questo modo, essi non ragionano in modo antimetafisico ma, semmai, propongono una cattiva e vetusta (penso al Positivismo storico!) metafisica che impedisce di comprendere il senso ed il limite dell'agire stesso dell'uomo. In altre parole, al di là della apparenza antidogmatica il pretender di ragionare e di scegliere, come se il Trascendente non fosse, è contraddittorio poiché porta a cadere proprio nella presunzione dogmatica di ritenere che l'intero sia oggetto del pensiero, disponibile per essere rispecchiato, dominato e manipolato dalla ragione umana.

La dimensione cosiddetta "forte" della laicità è, altresì, improduttiva se non controproducente. L'"oblio" della dimensione del Trascendente si paga a caro prezzo, come avvenne per gli uomini, padroni del fuoco e dimentichi dell'ora della morte.

Come si ricorderà, Zeus compie, nel-



l'epilogo del mito, quello che potrebbe sembrare un atto di vendicativa stizza ma che è, forse, un gesto, seppur temibile, di profonda saggezza. Agli uomini invia Pandora, incarnazione della curiosità superficiale oltre che dell'eterno femminile, ed ella viola l'unico limite che era stato posto aprendo il vaso proibito da cui scaturiscono tutti i mali dell'umanità. È importante sottolineare il movente di tale violazione: Pandora disobbedisce non per *hybris* (non è questa la sua pecca!), ma per noncuranza, per tedio, per aver sottovalutato con superficialità il senso e l'importanza dell'esclusivo divieto, posto proprio per far comprendere il significato stesso del limitare.

Un violento vento esce dal vaso portando nel mondo tutti i mali dell'umanità ma sul fondo del vaso stesso resta un bene, a cui chiunque può attingere: la speranza.

Anche noi, uomini del nuovo millennio, dobbiamo sperare ma la nostra

speranza deve essere accompagnata dalla "retta ragione" (F. D'Agostino, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Torino 1998) che sola potrà consentire di formulare un "diritto mite", cioè umano, elastico, rispettoso della tragicità delle scelte che riguardano l'ambito bioetico, sia esso di inizio o di fine vita.

L'essere "mite", "elastico", "aperto" non implica, infatti, l'accettazione tollerante di scelte che si traducono in indifferenza nei confronti di chi non può far sentire il suo grido di dolore. Laddove il diritto non riuscisse a tutelare quest'ultimo, il debole, l'indifeso, tradirebbe la sua più profonda ragion d'essere, riducendosi ad un mero strumento del potere, ad una legittimazione più o meno tardiva della volontà del più forte.

***professore ordinario
di Filosofia del diritto
facoltà di Giurisprudenza
Università di Verona**

È necessario promuovere la responsabilità gestionale e valorizzare l'autonomia professionale

Intervento

49

LE RISORSE UMANE

di Franco Toniolo*

Negli anni futuri, più che in passato, il personale sanitario sarà chiamato a partecipare in prima persona al processo di cambiamento. Quindi – se il paziente dovrà essere considerato il primo dei clienti esterni – l'operatore sanitario dovrà essere giudicato sicuramente come il primo cliente interno perché la qualità della vita aziendale è importante almeno quanto il servizio reso.

Gli operatori non dovranno, inoltre, più essere considerati "controparte" del sistema, bensì "partner privilegiati" perché una politica della qualità non può sopravvivere in una rete di servizi dove le persone si sentono poco integrate. Si dovrà, poi, passare da una gestione delle risorse umane orientata al controllo a una gestione orientata alla formazione: la formazione - che avrà come punto di riferimento la persona nel suo complesso - dovrà essere continua e multi disciplinare perché, in un ambiente caratterizzato da frequenti cambiamenti e da instabilità aziendale, il personale dovrà diventare sempre più flessibile e più motivato.

Infine, se in passato l'attenzione delle organizzazioni sanitarie si è rivolta soprattutto all'amministrazione della tecnologia, in futuro lo stesso interesse dovrà essere rivolto al management delle risorse umane perché altrimenti aumenterà ancora, e in modo irrimediabile, il gap tra evoluzione tecnologica e involuzione organizzativa con una disumanizzazione progressiva dell'intero ambiente sanitario.

Il quadro di riferimento

Nel processo di responsabilizzazione, avviato negli anni scorsi dalle leggi di riordino del Sistema sanitario nazionale (SSN), ha assunto grande rilievo l'ampia autonomia delle Regioni in tema di Programmazione e di Controllo della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari e delle



Franco Toniolo, segretario Sanità e Sociale Regione Veneto

risorse finanziarie.

Fondamentale diventa disporre di un sistema di conoscenza, di misurazione, di controllo e di monitoraggio delle risorse umane, non solo e non tanto perché esse rappresentano mediamente il 35% della spesa, ma soprattutto per cominciare a mettere in atto degli strumenti che permettano di correlare gli obiettivi del sistema sanitario con l'attività svolta. Anche perché con i Contratti collettivi nazionali siglati a partire dall'anno 1999 si è aperta una fase in cui alle Pubbliche Amministrazioni è sempre più riconosciuta una gestione autonoma della contrattazione collettiva e delle risorse umane.

Le recenti disposizioni legislative sulla disciplina del lavoro e le relazioni sindacali lasciano spazio alle Regioni per determinare le condizioni organizzative più coerenti e idonee alle proprie necessità aziendali, mediante l'introduzione della contrattazione integrativa, di sistemi di valutazione e di incentivazione, di forme

di flessibilità del lavoro, appropriate alle singole realtà culturali e ambientali. L'accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001 ha stabilito, inoltre, che i rinnovi contrattuali nel settore sanitario vengano negoziati a livello centrale per garantire la tutela del potere di acquisto e, a livello regionale/aziendale per remunerare la produttività e il raggiungimento di obiettivi strategici che hanno specificità e caratteristiche locali.

Pertanto, in una visione sistemica dell'organizzazione, la gestione delle risorse umane costituisce un sistema operativo alimentato dalla Programmazione dei Piani Sanitari Regionali, ma al tempo stesso, rappresenta una delle principali attività che generano, a loro volta, input per la rimodulazione della Progettualità generale.

Un possibile programma di sviluppo

Davanti a questo scenario, la Regione, le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario, in relazione alle rispettive competenze, possono curare – in collegamento con gruppi di lavoro e commissioni e sempre nel rispetto dei vincoli finanziari e contrattuali vigenti – la sperimentazione delle diverse soluzioni e delle differenti proposte elaborate con il dovuto coinvolgimento delle organizzazioni sindacali e nel rispetto dei principi di partecipazione del personale. Gli obiettivi specifici di questo programma di sviluppo delle risorse umane possono essere:

- valorizzare l'autonomia professionale e promuovere la responsabilità, realizzando adeguate forme di partecipazione degli operatori alla elaborazione ed alla valutazione delle scelte strategiche delle aziende sanitarie;
- differenziare l'assunzione di effettive responsabilità gestionali dall'esercizio di competenze professionali e tecniche, considerando il principio della verifica periodica dei risultati raggiunti come una opportunità da

I ntervento

cogliere e non un pericolo da evitare;

- allineare il sistema delle responsabilità alla ridefinizione dei processi organizzativi delle aziende sulla base delle novità normative e contrattuali;
- favorire l'acquisizione delle nuove competenze richieste dall'evoluzione del sistema;
- garantire le condizioni per una fattiva eguaglianza delle opportunità per il personale femminile, utilizzando i margini di flessibilità e di innovazione presenti nei contratti di lavoro;
- valorizzare la professione infermieristica e le altre professioni sanitarie, per le quali si impone la nascita di una nuova "cultura della professione", così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing;
- creare ambienti di lavoro sicuri e confortevoli.

Il capitolo delle risorse umane non può, quindi, che svilupparsi lungo i due filoni delle politiche di livello regionale e delle politiche di ambito aziendale.

La formazione appare uno strumento indispensabile per la valorizzazione del ruolo degli operatori sanitari; il sistema formativo e quello lavorativo necessitano peraltro di una attenta valutazione da parte del programmatore regionale al fine di armonizzare le diverse e complesse istanze che ciascuno di essi esprime. L'accesso alla formazione di base degli operatori sanitari dovrà continuare ad avvenire per le figure professionali dell'area sanitaria a numero programmato.

Le Regioni continueranno a promuovere ricerche sanitarie sulla programmazione degli accessi alla formazione di base per tutte le figure professionali dell'area medica, sanitaria e assistenziale attraverso elaborazioni ed estrapolazioni da effettuare con appropriati e pertinenti metodi statistici sui complessi sistemi lavorativi e formativi degli operatori della sanità regionale. L'obiettivo della ricerca sarà proprio



quello, almeno per quanto riguarda la responsabilità della Regione, di garantire un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta di lavoro. La produzione di conoscenze aggiornate sui fabbisogni formativi sarà utile per i soggetti che, a vario titolo, concorrono alle decisioni riguardanti la dimensione quantitativa della formazione di base di futuri operatori del servizio sanitario.

E particolare attenzione deve essere posta affinché tutti i professionisti della salute siano inseriti in un processo di sviluppo della conoscenza e della formazione continua che comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, di laurea, di specializzazione, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali.

La formazione permanente, quale processo finalizzato a costruire un progetto professionale nell'ottica dell'eccellenza, è invece strettamente connessa con l'idea di "qualità dinamica" intesa proprio come ricerca del miglioramento continuo. In questo contesto, particolare rilievo assumeranno i progetti in materia di Educazione continua in Medicina (ECM) ispirato al principio della formazione continua quale

diritto-dovere di ogni professionista al fine di mantenere e migliorare conoscenze, abilità e competenze adeguandole al progresso scientifico, tecnologico e culturale attraverso l'accreditamento degli eventi formativi, secondo le direttrici di definizione degli obiettivi di formazione regionali, e di programmazione e pianificazione della formazione.

Le finalità dei percorsi formativi dovranno essere le seguenti:

- fornire ai partecipanti conoscenze teoriche aggiornate in materia di assistenza e, in particolare, quelle riguardanti gli aspetti inerenti la specificità, l'autonomia professionale e la collaborazione con altre figure operanti in ambito sanitario.
- trasmettere contenuti per consentire di trasferire in modo ottimale, ad altri operatori, le conoscenze acquisite.

Dovranno essere favorite e stimulate le iniziative di formazione che le singole aziende vorranno attivare al proprio interno in modo da rendere possibile la diffusione dei contenuti culturali e professionali necessari all'attuazione di un modello di assistenza maggiormente coerente con l'attuale situazione dei servizi.

***Segretario Sanità e Sociale
Regione Veneto**

“Bruciarsi” curando

di Lidia del Piccolo*

Lavorare in ambito ospedaliero può essere molto gratificante, ma può anche comportare del malessere dovuto alla necessità di affrontare l'altrui sofferenza

Il lavoro di cura, se da un lato può essere vissuto come molto gratificante, dall'altro è particolarmente esposto al disagio, perché gravato dalla necessità di rispondere in modo appropriato alla sofferenza altrui.

Il contesto sanitario, in particolare quello ospedaliero, sollecita spesso emozioni intense, legate anche all'importanza che tale istituzione riveste nella società occidentale: negli ospedali si verificano alcuni degli eventi centrali dell'esistenza umana, quali nascere, affrontare la sofferenza e la malattia, morire.

Nell'ospedale si incontrano professionalità diverse che possono lavorare assieme in modo creativo e gratificante, ma possono svilupparsi anche aspri conflitti e dinamiche distruttive che comportano forte disagio. Se l'elaborazione delle istanze conflittuali non trova spazio all'interno del gruppo di lavoro o dei colleghi di reparto, il malessere si riversa spesso sugli utenti, oltre che nel rapporto tra operatori. “Ciò che il pensiero non regge rischia di precipitarsi nel corpo o nel corpo istituzionale”, ha scritto lo psicologo Nicolino Rossi, determinando uno stravolgimento delle originarie motivazioni all'aiuto e alla cura. Il lavoro che inizialmente era vissuto come significativo, importante e vitale diviene deludente, insoddisfacente e privo di significato, l'energia si tra-

sforma in esaurimento, il coinvolgimento in cinismo, l'efficienza in inefficienza.

Tale fenomeno è definito dal termine inglese *burnout* che, tradotto letteralmente, significa “bruciato” “usurato”. La derivazione più probabile del termine viene dal gergo dell'atletica professionale, in cui uno sportivo dopo alcuni successi iniziali non è più in grado di raggiungere dei risultati significativi dal punto di vista agonistico. L'analogia con l'operatore sanitario consiste nel passaggio di quest'ultimo da un periodo di intensa produttività, impegno ed entusias-

simo a una serie di fasi successive: 1. la fase dello stress lavorativo in cui l'operatore percepisce uno squilibrio tra le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo e le risorse personali, in cui comunque continua a svolgere le proprie mansioni, seppure con estrema fatica; 2. la fase dell'esaurimento in cui sperimenta segnali di disagio emotivo quali ansia, irritabilità, tensione, noia, disinteresse, apatia; 3. la fase della conclusione difensiva in cui avviene il disinvestimento emozionale verso il proprio lavoro, venendo meno la motivazione, il senso di responsabilità e l'interesse. L'operatore assume atteggiamenti rigidi sia nei confronti degli utenti che dei colleghi, rendendo il proprio operato disfunzionale.

Nel 1982 Maslach ha definito il *burnout* come una sindrome caratterizzata da tre componenti: a) esaurimento emotivo (uno svuotamento delle risorse emotive personali, unito alla sensazione di non avere più nulla da offrire sul piano personale); b) depersonalizzazione (caratterizzata da assenza di partecipazione emotiva, cinismo, distacco e ostilità nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, in cui gli utenti sono trattati alla stregua di oggetti inanimati); c) ridotta realizzazione personale (percezione di essere inadeguati al proprio lavoro con la conseguente caduta dell'autostima e della capacità di rinnovarsi e adattarsi alle richieste ambientali). Tale autore ha anche formulato un questionario (*Maslach Burnout Inventory*, MBI), ampiamente utilizzato per rilevare la presenza di questa sindrome e misurarne l'intensità.

Numerosi studi sono stati elaborati utilizzando questo questionario, allo scopo di capire anche il ruolo che hanno i fattori di personalità e i fattori contestuali nel determinare l'insorgenza del *burnout*. Tra gli autori che hanno pubblicato lavori sull'argomento cito uno studio longitudinale prospettico (i soggetti selezionati in un certo periodo sono poi seguiti nel tempo) svolto da McManus e pubblicato su *The Lancet* nel 2002 e



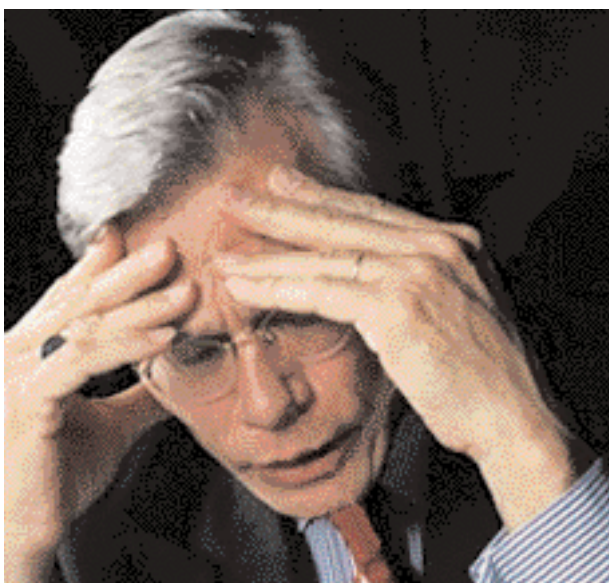
più estesamente descritto nel 2004 [www.biomedcentral.com/1741-7015/2/29].

Lo studio ha coinvolto 1.668 medici inglesi tra il 1990 (anno di iscrizione all'università) e il 2002 e ha analizzato la relazione che sussiste tra *burnout* e:

- il tipo di approccio individuale al lavoro (disorganizzato rispetto al tempo e al modo in cui raggiungere gli obiettivi; razionale-routinario e dettagliato; integrato: le nuove conoscenze sono integrate al loro contesto applicativo);
- il clima del contesto lavorativo (controllante, supportivo, richiestivo);
- lo stress in termini di sintomi di disagio emotivo;
- la soddisfazione rispetto alla propria professione;
- i principali tratti di personalità (nevroticismo: indice di emotività della persona, estroversione, apertura a esperienze nuove, conformismo, coscienziosità).

Il lavoro ha evidenziato che:

le persone estroverse e più aperte a nuove esperienze tendono ad avere uno stile di lavoro integrato che dà luogo alla percezione di indipendenza rispetto al contesto lavorativo e di



conseguenza alla capacità di sentirsi più soddisfatti rispetto alla propria professione;

la coscienziosità (sia eccessiva che troppo bassa) associata a un approccio individuale razionale accentua la percezione di richiestività del contesto lavorativo e di conseguenza una maggior vulnerabilità allo stress;

i medici che presentano più elevato stress, esaurimento emotivo, minor soddisfazione per la propria professione, sono quelli che in termini di personalità si caratterizzano per maggior nevroticismo e introversio-

ne, con un approccio al lavoro di tipo disorganizzato.

Le caratteristiche di personalità hanno dunque un ruolo rilevante nel favorire l'emergere del *burnout*, tuttavia possono intervenire fattori contestuali a proteggere da tale decorso. Essi sono la congruità tra ruolo professionale, compiti richiesti e aspettative create dalla preparazione professionale, la capacità di gestire la comunicazione

con i pazienti, la disponibilità di tempi di condivisione delle emozioni e delle esperienze nell'ambito del gruppo di lavoro.

È importante, infatti, che gli operatori sanitari abbiano la possibilità di dedicare momenti dell'attività lavorativa alla condivisione e alla riflessione, senza che questo sia considerato un "tempo perso" da parte degli operatori stessi e dell'istituzione in cui operano.

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

CONVEGNO DELL'ASSOCIAZIONE DI CHIRURGIA DELLA CATARATTA

Chirurgia della cataratta e chirurgia refrattiva sono stati i temi di un importante congresso scientifico che si è tenuto il 10 ed 11 marzo al palazzo della Gran Guardia.

È stato presieduto dal professor Aldo Caporossi di Siena e organizzato dall'Unità operativa di Oculistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria diretta dal dottor Roberto Bellucci che si è avvalso della collaborazione della dottoressa Simonetta Morselli.

Si è trattato del convegno nazionale dell'Associazione italiana di Chirurgia della cataratta e refrattiva che proprio a Verona è praticata a livelli d'eccellenza. Oltre 300 congressisti hanno partecipato ai lavori e, grazie ad un ponte-video fra ospedale di Borgo Trento e Gran Guardia, hanno avuto la possibilità di seguire in diretta quindici interventi chirurgici.



Roberto Bellucci, direttore dell'Unità operativa di Oculistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona

Si è trattato di un'importante opportunità che ha fatto sì che i partecipanti assistessero ad interventi eseguiti da diversi famosi chirurghi

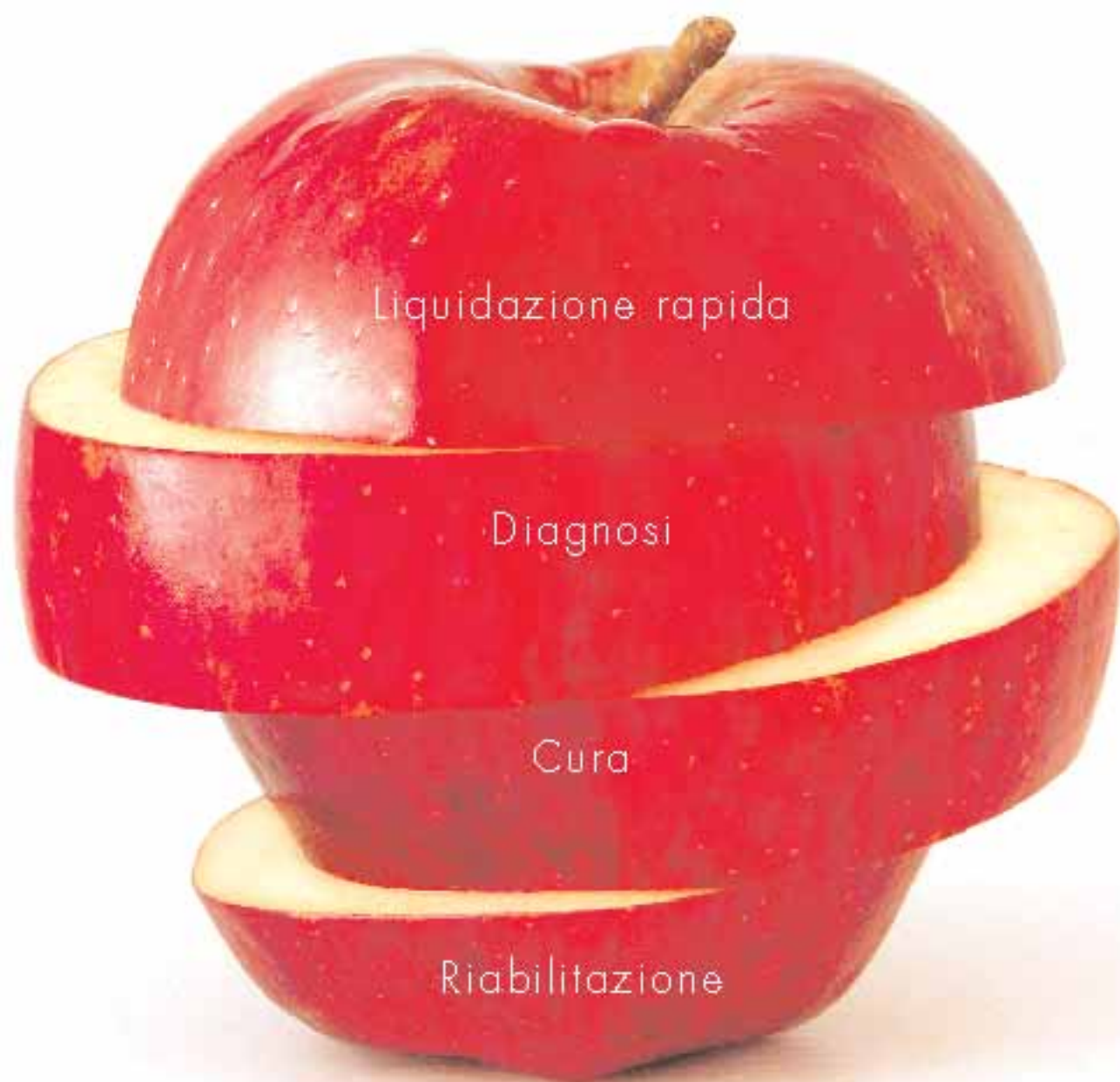
italiani, mentre l'applicazione di nuove tecniche e materiali veniva spiegata e commentata dal vivo da chirurghi competenti nel campo. Nella due giorni sono stati trattati tutti gli aspetti più innovativi dell'intervento di cataratta. Grazie alla chirurgia refrattiva ed all'inserimento di un cristallino artificiale è oggi possibile correggere non solo la miopia, ma anche la presbiopia conseguente al trattamento della cataratta.

A Verona la chirurgia refrattiva è offerta come prestazione del Servizio sanitario nazionale quando la presbiopia si manifesta in pazienti giovani affetti da cataratta da trauma.

Un altro importante aspetto trattato è stato l'utilizzo del laser nei trapianti di cornea, tecnica all'avanguardia già in uso nei reparti oculistici dell'ospedale veronese.

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.

Metti un'iguana in casa

di Anna Laura Folena

Gatti e cani? Troppo impegnativi per il tempo e gli spazi di tante famiglie moderne. Meglio un animale carino, magari morbido, o variopinto o canoro, che richieda meno impegno e si possa chiudere in una gabbia o in una vasca. E qui si comincia subito a sbagliare: «Non è vero che i cosiddetti "animali esotici" abbiano bisogno di minori cure – spiega Martina Righetti, a nome dell'ordine dei Veterinari di Verona –. A dispetto delle dimensioni sono animali che hanno esigenze particolari e non sono sempre così facili da gestire, per lo meno se si vogliono tenere in modo corretto».

Ma cosa si intende per "animali esotici"?

«Con questa definizione si indicano tutti quegli animali, diversi dal cane e dal gatto, che, soprattutto in questi ultimi anni, capita di vedere e curare negli ambulatori veterinari. Si va dai piccoli mammiferi, come conigli nani, cavie, criceti, cani della prateria, fino ai rettili, quali tartarughe, serpenti, camaleonti, iguane e via di seguito. Ci sono poi gli uccelli, a partire dal canarino per arrivare al falco. Una gamma di animali molto diversi tra loro e molto ampia. E alcuni non sono esotici nel vero senso della parola».

Quindi, anche loro vengono curati abitualmente da voi veterinari...

«Sì, sempre più spesso, dato l'aumento di questi esemplari come animali da compagnia, ma soprattutto perché, per fortuna, iniziano ad essere curati un po' di più rispetto ad una volta, tanto che alcuni colleghi hanno iniziato a specializzarsi nel campo».

Eppure spesso chi compra un coniglietto o un criceto o un canarino, lo sceglie perché pensa sia facile



da tenere?

«Infatti. E questo è lo sbaglio più comunemente commesso da chi li compra e li vende. Purtroppo spesso si cade nell'errore di pensare che ad animale piccolo e poco costoso – ma alcuni di questi sono anche cari – corrisponda un animale con poche esigenze e facilmente gestibile. Niente di più sbagliato nel caso di quasi tutti gli esemplari di questa grande categoria».

Che problemi presentano più spesso questi animali?

«Quasi tutte le patologie sono causate dalla loro cattiva gestione, sia dal punto di vista alimentare che

ambientale, per scarsa o errata informazione da parte di chi li vende e di chi li compra, senza documentarsi minimamente. Magari un genitore, per accontentare il figlio che vuole un animale e per non prendere un cane, considerato troppo impegnativo, compra un criceto, e... povero criceto!».

Ci può portare qualche esempio in particolare? Coniglietti e cavie sono di gran moda...

«Il coniglio e la cavia hanno un grosso problema legato all'alimentazione, in quanto vengono nutriti con granaglie, pane, biscotti... Cibi che nulla hanno a che vedere con ciò che mangiano in natura e che provocano, di conseguenza, enormi problemi di dentizione, portando a volte all'eutanasia. I denti di questi piccoli mammiferi sono in continua crescita e si devono consumare di pari passo; l'alimentazione fornita loro in cattività non sempre riesce a svolgere questa funzione, oltre a creare anche problemi a livello intestinale. Inoltre le cavie hanno un bisogno quotidiano di vitamina C, che aumenta in caso di patologie, perché il loro organismo non riesce a sintetizzarla. I loro padroni spesso lo ignorano».

E le iguane presentano particolari problemi?

«Le iguane, oltre ad essere spesso tenute in terrazzi troppo piccoli, mal riscaldati ed illuminati e poveri dal punto di vista dell'arredamento (problema comune a tutti i rettili), vengono alimentate con carne o bocconcini per gatti. Ma sono vegetariane! In genere si arriva a correggere la dieta quando ormai i danni all'organismo sono irreparabili».

Un ultimo caso: la tartaruga acquatica.

«Le tartarughe acquatiche, oltre a venire reclusi in vaschette di plastica picco-



le ed orribili, come succede regolarmente ai poveri pesci rossi, sono tenute a temperatura ambiente anche d'inverno, mentre in natura vivono ad una temperatura di 25-27°C. Inoltre vengono private della luce solare diretta o di lampade apposite a raggi UV. Così vanno in carenza di vitamina A, andando spesso incontro a congiuntiviti gravi con ascessi, ad altri danni epiteliali, a carenza di vitamina D con conseguenti problemi per il carapace, che diviene molle, e a gravi problemi metabolici.

In genere vengono vendute ad 8-10 mesi, quando sono ancora molto piccole e perciò più delicate. Se riescono a sopravvivere, superando una pessima gestione nei primi anni, possono crescere molto: le femmine arrivano a circa 40-50 centimetri di lunghezza, e a questo punto la vaschetta di plastica non è certo adeguata: serve un terracquario. A questo punto spesso vengono liberate, per esempio in laghetti, creando enormi problemi per la fauna autoctona, visto che da adulte riescono a sopravvivere bene anche nei nostri climi e a svernare tranquillamente».

Di esempi se ne potrebbero portare



tanti e bisognerebbe approfondire anche le norme comportamentali da rispettare nel gestire questi animali, per non aumentarne lo stress, che potrebbe compromettere seriamente la loro salute.

Una cosa, comunque, risulta già lam-

pante: quando si decide di portare a casa un nuovo essere vivente, a guidare la nostra scelta deve sempre essere il senso di responsabilità che, in questo caso, qualcuno chiamerebbe semplicemente "buon senso".

Anna Laura Folena

ESOTICO È BELLO? UNA QUESTIONE DI MODA

Esotico è bello! Lo predica la Tv italiana notoriamente esterofila, che predilige ragazze dall'accento orientaleggiante o caraibico. Ne sembrano convinti anche gli esploratori gastronomici, che tentano di convertire al culto del sushi migliaia di nostrani degustatori di polenta e baccalà. E la moda dell'esotico impazza anche a discapito di qualche povero animale che vivrebbe meglio nella sua giungla natia, piuttosto che in quella meno ospitale, rappresentata da un appartamento occidentale.

Esotico è strano, originale, quindi interessante. Così, i "banali" animali adatti al nostro habitat, vengono snobbati da tante persone che preferiscono ospitare in casa pitoni o rari uccelli variopinti, di cui si improvvisano padroni, senza averne le competenze.

«Probabilmente – nota Martina Righetti – non si rendono conto di quante cure andrebbero prestate ai



loro ospiti, che sono animali in genere già stressati in partenza, perché poco o non abituati al contatto con l'uomo. Spesso, inoltre, sono reduci da situazioni di allevamento pessime o addirittura di cattura dal loro ambiente naturale. Se chi li compra conoscesse un po' meglio la loro storia forse ci

penserebbe due volte prima di acquistarli. Ma sottolineo "forse", perché la moda spesso non guarda in faccia nessuno».

E quando passerà di moda, o quando sarà più grande, dove lo metteremo il nostro cucciolo d'alligatore?

A. L. F.

Le domande dell'utente

di Salvatore Toscano* e Tiziano Perusi**

Ho ricevuto dalla mia Ulss un addebito in quanto non avevo ritirato la risposta di una radiografia eseguita presso il vostro ospedale. Ho telefonato all'Ulss e mi hanno detto che la normativa vigente prevede l'addebito dell'intero costo della prestazione qualora il referto non venga ritirato. In ogni caso il referto non ritirato è stato trasmesso dall'Azienda ospedaliera.

La legge n. 407 del 29 dicembre 1990 testualmente recita: "Il mancato ritiro del referto entro trenta giorni dalla sua disponibilità comporta l'addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione. L'intero costo della prestazione è riferito alle tariffe previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche". Successivamente, con nota del 29 giugno 1999, la Regione Veneto precisava che i referti non ritirati entro i trenta giorni e appartenenti a residenti in Ulss diverse da quella di erogazione della prestazione, vanno trasmessi alle Ulss di residenza in modo che queste provvedano all'effettivo recupero finanziario delle somme dovute dai loro residenti.

Tale procedura coinvolge anche le strutture private accreditate e le Aziende ospedaliere. Si ritiene opportuno precisare che la Regione Veneto prevede che il cittadino ha la possibilità di presentare eventuali giustificazioni e che l'esame delle giustificazioni deve essere improntato a criteri di equità e serenità di valutazione, sulla scorta della documentazione fornita a supporto dell'impossibilità al ritiro dei referti.

Nel caso in cui l'eventuale giustificazione incontri parere positivo, il cittadino sarà tenuto in ogni caso al ritiro del referto e versare il relativo ticket, qualora non esente.

Diversamente, nel caso in cui la giustificazione presentata non trova accoglimento, la quota da versare è pari dell'intero costo della prestazione secondo quanto previsto dal Nomenclatore tariffario.

Sono stata sottoposta ad indagini



sanitarie al fine di individuare precocemente eventuali tumori e quando ho ritirato la risposta ho dovuto versare il ticket. Ma la prevenzione non è gratuita?

Con l'art. 85 della Legge Finanziaria per l'anno 2001 del 23.12.2000 n. 388, pubblicata nel supplemento ordinario della G.U. n. 219 del 29.12.2000, il legislatore statale ha sancito che a partire dall'anno 2001, specifiche particolari prestazioni, finalizzate alla diagnosi precoce di alcuni tumori, debbano essere esentati dalla partecipazione alla spesa.

Fermo rimanendo quanto previsto dal Decreto Legislativo 124/98 in materia di programmi organizzati di diagnosi precoce autorizzati dalla Regione, sono escluse dalla partecipazione alla spesa le seguenti prestazioni specialistiche finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma mammario e del carcinoma e degli stati precancerosi del colon retto:

1. Mammografia, ogni due anni a favore delle donne in età compresa tra 45 e 69 anni.

Se dall'esame mammografico il medico specialista radiologo ritiene necessario ulteriori accertamenti diagnostici, si escludono dalla partecipazione al costo e, quindi, sono erogate senza oneri a carico dell'assistito, anche le prestazioni:

Ecografia della mammella monolaterale o bilaterale, biopsia ecoguidata della mammella ed esame istologico.

2. pap-test ogni 3 anni, a favore delle donne in età compresa fra 25 e 65 anni;

3. colonscopia, ogni 5 anni a favore della popolazione di età superiore a 45 anni e della popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del ministero della Salute;

4. accertamenti diagnostici e strumentali specifici per patologia neoplastiche nell'età giovanile, in soggetti a rischio di età inferiore a 45 anni, individuati secondo criteri determinati con decreto del Ministero della salute.

Per quanto riguarda l'elenco delle patologie di cui al punto 4 e per l'individuazione della popolazione a rischio richiamata nella seconda parte del punto 3, occorre attendere le previste specifiche direttive, per cui solo a partire dalla loro emanazione le relative prestazioni potranno essere erogate senza la partecipazione alla spesa (ticket).

Per gli aspetti collegati ai riferimenti che devono essere riportati nella prescrizione specialistica (impegnativa), al fine di garantire l'erogabilità delle specifiche indagini in regime di esenzione, il medico prescrittore dovrà riportare gli estremi legislativi, nell'apposito riquadro delle esenzioni, Legge n. 388/2001 art. 85 c. 4, riferimento indispensabile per distinguere questa esenzione dalle altre.

In assenza di indicazioni relative all'esenzione, la prestazione non rientra nei casi prevista dalla predetta normativa e la paziente o il paziente dovrà versare la quota di partecipazione alla spesa sanitaria, qualora non sussistono altre forme di esenzione, e nel caso della mammografia anche le prestazioni aggiuntive prescritte dal medico specialista radiologo.

In assenza di indicazioni relative all'esenzione, la prestazione non rientra nei casi prevista dalla predetta normativa e la paziente o il paziente dovrà versare la quota di partecipazione alla spesa sanitaria, qualora non sussistono altre forme di esenzione, e nel caso della mammografia anche le prestazioni aggiuntive prescritte dal medico specialista radiologo.

***responsabile Urp
Azienda ospedaliera**

****referente Urp
Ospedale policlinico**



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Istituti Ospitalieri di Verona



Operazione Vivere
Salvabebè



Associazione
"I diritti civili nel 2000"



Comune
di Verona

provincia
verona



REGIONE del VENETO

NON ABBANDONARLO LASCIALO IN MANI SICURE



Foto di Carolyn Grozier - 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.**



Sotto l'Alto Patronato
del Presidente della Repubblica



Con il sostegno
dell'U.C.S.I. Veneto

