

La Salute e la Città

anno 3 - numero 1
Aprile 2005
Registrazione n. 1567 del
11.11.03 del Tribunale di Verona

Editore
Azienda Ospedaliera di Verona
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona

Direttore responsabile
Maria Fiorenza Coppari

Direttore editoriale
Valerio Alberti

Comitato editoriale:
Francesco Calabrò, Giampaolo
Chiaffoni, Franco Colletta,
Bernardo Dalla Bernardina,
Giuseppe Ferrari, Luciano Flor,
Roberto Fostini, Giovanna
Ghirlanda, Alessandro Lechi,
Vincenzo Locascio, Augusto
Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna
Pirana, Silvano Pomari,
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,
Anna Laura Folena, Romina
Gobbo, Chiara Tajoli, Valeria
Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie
Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione
Gemma Editco - Verona

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

La pubblicazione è finanziata
con il progetto “Partner in Sanità”
Si ringrazia Pfizer Italia Srl

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

La Salute
e la Città

Sommario

EDITORIALE
Progettare il futuro
di Valerio Alberti pag. 1

IL PUNTO
L’ospedale, una comunità
di M. F. Coppari Del Giglio pag. 3

PRIMO PIANO
Il nuovo Policlinico
Prenatalità. L’aiuto della vitamina

Spina bifida e anencefalia, mal-
formazioni prevenibili
*di Vincenzo Tonelli, Chiara Alberti
e Laura Marcon* pag. 8
Chirurgia. Patologie vertebrali
di Alessandro Azzoni pag. 12
Focus. Se la schiena duole
di Valeria Zanetti pag. 14
Tecnologie. Le meraviglie di
Axiom
di Alessandro Azzoni pag. 18
Dossier. Meno fumo, più salute
pag. 19

Ricerca. Attenti all’ormone
pag. 26
Cure. Disturbo che si tace
di Valeria Zanetti pag. 27
Cooperazione. Solidali con il
Nepal
di Fabrizio Zamperioli pag. 29
Personaggi. Sirchia al “Marani”
pag. 31

Ospedale. Una “casa” per i malati
di Paola Arosio pag. 33
Trapianti. Novità per la cornea
pag.36
Infermieri. Si inizia dalla laurea
di Paola Arosio pag. 40
Psicosi. Per capirne di più
di Paola Arosio pag. 43
Associazioni. Un rene “di cuore”

di Giovanna Billeci pag. 45
Innovazioni. Una terapia d’urto
di Valeria Zanetti pag. 48
Cultura. Medico e benefattore
di Giuseppe Ferrari pag. 50
Volontari preparati all’assistenza
pag. 52
Album. Un medico, un uomo
di Ruggero Cavaliere pag. 53
Urp. Tutto quello che serve ai
pazienti pag. 55

RUBRICHE
ORDINE DEI MEDICI
Anno nuovo, ricette nuove
di Franco Colletta pag. 11
LO PSICOLOGO
Nascere prima del tempo
di Lidia del Piccolo pag. 25
INCONTRI
Giuseppe e il futuro spezzato
di Giacomo Bonaventura pag. 30
SALUTE E DIRITTI
Il parto in anonimato
di Lucia Poli pag. 32
BIO ETICA
Il testamento di vita
di M. Gloria de Bernardo pag. 38
IN PRIMO PIANO
Amid, l’ambulatorio integrato
di L. Flor e G. Piccoli pag. 39
PAROLE CHIAVE
Ricoveri tutto compreso
di F. Fabris e S. Tardivo pag. 42
DENTRO DI NOI
Il sollievo della condivisione
di Lorenzo Gobbi pag. 47
MEDICO DI FAMIGLIA
Il vissuto del paziente
di Gelmino Tosi pag. 51
AMICI ANIMALI
I cani traditi dall’uomo
di Anna Laura Folena pag. 54

NON ABBANDONARLO
LASCIALO IN MANI SICURE



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.

Progettare il futuro

di Valerio Alberti*

“Se non sai dove andare qualunque strada ti ci porterà”: questo detto dovrebbe essere spunto di costante riflessione per chi ha responsabilità significativa di indirizzo in realtà istituzionali e aziendali, piccole o grandi che siano.

Nel caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona questa riflessione è particolarmente significativa e responsabilizzante in relazione innanzitutto alla rilevante funzione di tutela della salute affidata in ambito locale e regionale: noi dobbiamo sapere dove andare.

Il nostro è l'ospedale più grande del Veneto, con la maggior quantità di ricoveri provenienti da fuori Regione, oltre 5mila dipendenti ed un fortissimo indotto con ovvie ricadute positive per il tessuto sociale. Ed anche l'Europa ci chiama al confronto ed all'integrazione.

Molteplici sono le progettualità necessarie allo sviluppo della nostra attività. Esse spaziano dall'analisi della capacità di risposta delle singole discipline per individuare settori di sviluppo in sintonia con prevedibili evoluzioni future, alla dotazione di tecnologie d'avanguardia, all'adozione di modelli d'organizzazione assistenziale innovativi per favorire l'approccio multispecialistico e multiprofessionale al paziente, la cui centralità è la stella polare per le scelte organizzative, strutturali e gestionali.

Due progetti di rilevanza strategica, dopo una gestazione di circa due anni, hanno trovato un orizzonte concreto di realizzazione in questo ultimo periodo. Si tratta dell'impegno per il finanziamento di un intervento di radicale rinnovo sull'ospedale di Borgo Roma e dell'avvio delle procedure per attivare a Verona un Istituto Veneto per le Neuroscienze e la salute mentale che si trasformerà in Irccs.

Il primo intervento si sostanzia in un impegno di finanziamento pari a 75 milioni di euro di cui 55 di parte Regionale e 20 dalla Fondazione Cariverona (ennesima straordinaria



dimostrazione di impegno civile) che permetterà di “rifare” Borgo Roma, anche con parti nuove, rendendo questa struttura adeguata ai tempi. Ricordiamo che nel luglio 2004 è partito il cantiere per il nuovo ospedale di Borgo Trento: questi due interventi garantiranno alla sanità ospedaliera veronese tutta un futuro che permetterà di mantenerci competitivi, dandoci la possibilità di esprimere nel miglior modo possibile la qualità dei nostri servizi.

Il rinnovo di Borgo Roma è scaturito da una progettualità di insieme delle due sedi ospedaliere veronesi inquadrata nel loro bacino locale-regionale-nazionale. Per raggiungere questo obiettivo ha lavorato per un anno una Commissione composta anche da membri del ministero della Salute e della Regione Veneto. La ricaduta attesa per i cittadini da questi imponenti interventi è data oltre che dall'intuibile miglioramento della qualità alberghiera, da quello dell'accessibilità ai servizi, dalla semplificazione dei percorsi interni all'ospedale (oggi particolarmente complessi in relazione alla distribuzione “storica” dei servizi), dal miglioramento dei dispositivi di sicurezza. Si aggiunga che anche per gli operatori le conseguenze saranno particolarmente significative. Si avranno soluzioni organizzative che faciliteranno l'intervento sul paziente, come l'organizzazione dipartimentale delle attività, il potenziamento dell'attività poliambulatoriale e in generale dell'assistenza diurna (day-hospital, day

surgery), una più moderna organizzazione dell'emergenza, una più razionale collocazione delle tecnologie e facilitazioni per le attività di ricerca.

Se la nuove sedi di Borgo Trento e Borgo Roma toccano l'hardware dell'ospedale (peraltro pesantemente condizionante l'attività), il progetto per la creazione dell'Istituto per le Neuroscienze e la salute mentale tocca il software, le competenze.

Avere a Verona quest'Istituto destinato a divenire Irccs è un importante riconoscimento per le competenze espresse in tanti anni in queste discipline, ma rappresenta ancor di più una sfida ed un impegno per il futuro. Ci sentiamo chiamati a mantenere in questi settori una leadership nella Regione Veneto e non solo. Questa nuova progettualità significa investimenti, assistenza all'avanguardia, ricerca, innovazione in settori quali le Neuroscienze e la salute mentale che hanno oggi e ancor più avranno in futuro un rilievo determinante nella sanità pubblica.

Come sappiamo, l'allungamento della vita media è purtroppo accompagnato da un aumento di frequenza di patologie adulto-senili di tradizionale pertinenza delle Neuroscienze, come malattie cerebrovascolari, demenze, Parkinson e sclerosi multipla e anche i disturbi mentali per la loro diffusione e gravità rappresentano oggi e rappresenteranno di più ancora domani un rilevante problema di salute per la società.

Entrambe queste condizioni sono caratterizzate da relevantissimi costi umani e sociali.

Alla luce di queste considerazioni è sembrato di grande rilevanza investire in questi settori attraverso la creazione di un Istituto a carattere scientifico per sviluppare la ricerca al fine di poter disporre di migliori strumenti diagnostici e di trattamenti più efficaci.

***Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria**

PRENOTATE LE GUIDE DELL'OSPEDALE

Conoscete la "Carta dei servizi" dei nostri ospedali?

Si tratta di una guida preparata dall'Azienda ospedaliera con tutte le informazioni che possono servire ai cittadini per avere accesso ai servizi di Borgo Trento e Borgo Roma.

Nella "Carta dei servizi" sono indicati i direttori di ogni reparto, i responsabili di ogni servizio, gli ambulatori ed i rispettivi numeri di telefono per facilitare ai cittadini i contatti e l'ingresso in ospedale.

Ai lettori della Rivista "La Salute e la Città" che risponderanno gentilmente al nostro questionario spediremo a domicilio la Carta dei servizi dell'ospedale che ci sarà indicato.

1. In che modo riceve e ha conosciuto la rivista "La Salute e la Città"?

- ☐ Mi viene consegnata comprando "L'Arena"
- ☐ L'ho letta in ospedale
- ☐ La leggo dal mio medico di base

2. Quali parti giudica particolarmente interessanti della Rivista "La Salute e la Città"?

- ☐ Le rubriche
- ☐ Le presentazioni dei reparti e della loro attività
- ☐ Servizi su attualità mediche

3. Quanto è importante che le strutture sanitarie si dotino di un proprio organo di comunicazione con la cittadinanza (riviste e periodici)?

- ☐ È molto importante, trovo questa rivista particolarmente utile
- ☐ Credo serva, ma la leggo occasionalmente
- ☐ Non penso sia molto importante
- ☐ Non saprei

Compilando quest'anagrafica vi invieremo la Carta dei servizi dell'ospedale che sceglierete

Nome _____ Cognome _____

Via _____ Cap _____ Comune _____

desidero ricevere la carta dei servizi dell'Ospedale di: ☐ Borgo Trento ☐ Borgo Roma

Riservato ai sigg. medici e ai sigg. farmacisti (solo richieste via fax)

desidero ricevere n° _____ copie della carta dei servizi di: ☐ Borgo Trento ☐ Borgo Roma

dott. Nome _____ Cognome _____

Via _____ Cap _____ Comune _____

Inviare questa scheda dopo averla ritagliata dalla rivista al fax 800243800 (numero verde gratuito)
oppure:

- **Telefonate dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 12 al numero 045.8352382 chiedendo della Sig. Laura**
- **Compilate la scheda con le domande e i vostri dati, che trovate sul sito www.mayaidee.it**

È un'iniziativa in collaborazione con MAYA Idee srl Società di progettazione e consulenza in Sanità

Via Ca' Di Cozzi 10
37124 VERONA
TEL. 045/8352382
FAX 045/8305399
www.mayaidee.it

Via Euripide, 1
20145 MILANO
TEL 02/43912437
FAX 02/48100805

L'ospedale, una comunità

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

L'ospedale è una grande comunità dove ogni giorno interagiscono migliaia di persone. Pazienti, medici, infermieri, volontari, religiosi, mediatori culturali e visitatori si incontrano e scambiano informazioni, conoscenze, emozioni.

Il sistema ospedale ruota attorno al malato e alle sue necessità di cura, ma non è, come potrebbe sembrare, un sistema chiuso. Non è, soprattutto, un mondo a se stante, come quei buchi neri che tutto attraggono e nulla lasciano uscire. In realtà l'ospedale con i suoi malati e tutti coloro che operano per assisterli è una comunità che vive in osmosi con la città. Così com'è sbagliato considerare i sani – o coloro che consideriamo tali – come dei privilegiati protetti da uno scudo avuto in sorte, altrettanto lo è pensare di escludere i malati dalla vita dell'intera comunità. L'ospedale non è un luogo d'isolamento, se non in determinati e ristretti ambiti. Lo sanno familiari dei ricoverati, conoscenti e volontari che lo frequentano senza averne una personale necessità fisica, ma per portare conforto ed amicizia ai malati. I volontari che si alternano nelle nostre corsie, in particolare, sono numerose centinaia ed è stato bello incontrarli nel corso di formazione che hanno seguito quest'anno per integrarsi ancor meglio nella vita dell'ospedale.

La sofferenza non ha spiegazioni che la rendano più accettabile. Solo la fede può offrirle una sorta di legittimazione. Ma non è un'esperienza inutile, perché essa riesce ad attivare le stupefacenti risorse di altruismo di cui è capace l'uomo. Se n'è parlato a lungo nel convegno organizzato per la prima volta in ospedale in occasione della Giornata mondiale del malato. Il titolo scelto era volutamente provocatorio: "Vite inutili? Fede e medicina

Il nuovo numero verde Salvabebè dimostra l'impegno per la solidarietà sociale

s'interrogano". Ebbene le testimonianze per molti più sorprendenti sono state quelle di medici e infermieri. Dalle loro parole è emersa



chiara la vocazione dell'uomo per l'uomo, la spinta altruistica che supporta la scelta professionale. È un modo di intendere la Medicina che non solo nega l'inutilità della vita, anche quando essa sia pesantemente segnata dalla malattia, ma afferma che il senso di un'esistenza, la ragione di vivere, può derivare proprio dalla scelta di dedicarsi all'umanità sofferente. E il dono di sé, la capacità di rapportarsi con la persona malata e di entrare in relazione con lei sono il primo prezioso aiuto che gli operatori sanitari le offrono. Saper vedere il malato come persona e non come portatore di un organo colpito da una patologia è il valore aggiunto più richiesto a chi opera all'interno del sistema sanità. L'ospedale si estroflette verso la comunità. Lo fa quotidianamente e silenziosamente attraverso una fitta

rete di connessioni con i referenti pubblici e privati che operano sui vari fronti del sociale. Ma per alcune iniziative è necessario uscire allo scoperto.

È accaduto per la presentazione del Numero Verde Salvabebè che l'ospedale ha attivato nella sala parto dell'Ostetricia dell'ospedale policlinico di Borgo Roma in collaborazione con l'associazione "Operazione vivere". La donna che sta per avere un bambino non desiderato, un neonato che non potrà allevare, può ricevere aiuto immediato chiamando l'800 283 119. La nuova iniziativa è nata per dare una risposta al problema dell'abbandono dei neonati e dell'infanticidio, tragedie che si sono ripetute troppo spesso anche nella nostra comunità. È un modo per vincere il silenzio e l'isolamento in cui si consuma il dramma delle donne che non potendo vivere la loro maternità la "annullano" con l'abbandono o l'eliminazione del bambino.

Ancora troppo poco conosciuta è la possibilità di partorire in ospedale in anonimato, senza cioè riconoscere il bimbo che sarà avviato all'adozione. L'opinione pubblica accoglie con raccapriccio e con strazio la notizia di ogni piccola vita perduta e si chiede cosa sia possibile fare per impedire che ciò si possa ripetere. Il nostro ospedale finora ha accolto con infinita tenerezza i bimbi abbandonati e spesso ha curato anche le donne che li hanno partoriti, tragiche protagoniste di storie troppo grandi per la loro fragilità. Ora sta provando a fare qualcosa di più. Sono oltre duecento gli operatori coinvolti nel progetto. Se il telefono suonerà la risposta sarà immediata. "Lascialo in mani sicure": con questo slogan i manifesti invitano le donne a fare una scelta di vita, per il bambino e per se stesse. Le mani dell'ospedale sono tese verso di loro.

IL NUOVO POLICLINICO

«Io questa atmosfera l'ho già vissuta». Il professor Roberto Vecchioni, luminare della chirurgia veronese, era fra le tante persone, medici, infermieri, operatori sanitari e autorità, che martedì 15 febbraio hanno partecipato all'inaugurazione del nuovo Edificio sud del Policlinico "Giambattista Rossi". Un taglio del nastro che gli fatto ritornare alla memoria quel novembre del 1969, quando, assieme ai professori Gian Franco Pistolesi, Ludovico Scuro, e Mario Zatti, aveva iniziato l'avventura dell'ospedale di Borgo Roma. Allora attorno al grande complesso c'era solo un vasta campagna, ora c'è una piccola città. A quel tempo il Policlinico era solo agli albori, adesso è uno degli ospedali di riferimento nazionale.

Ma oggi, come 35 anni fa, la sanità scaligera – che vanta nelle due sedi dell'Azienda ospedaliera il maggior numero di ricoveri del Veneto, 87mila all'anno di cui il 16% da fuori regione – si trova a porre le basi del proprio futuro. Il nuovo Edificio sud è solo una delle tessere del mosaico, che comprende la riqualificazione dell'ospedale di Borgo Trento, con la costruzione del polo chirurgico, e la ristrutturazione del nosocomio di Borgo Roma. «Un unico ospedale – ha ribadito più volte il direttore generale dell'Azienda ospedaliera, Valerio Alberti – dislocato in due sedi. La loro ristrutturazione non riguarderà solo le strutture, ma anche l'organizzazione, nella logica di un'azienda ospedaliero-universitaria integrata». I lavori all'ospedale civile maggiore sono iniziati nel luglio scorso, con l'avvio delle opere propedeutiche. Sono in fase di realizzazione la cabina elettrica e la centrale per i gas medicali, entrambe sul lato via Mameli, e la centrale tecnologica sul lato Adige. È già stato realizzato il collegamento fra la nuova centrale per il trattamento reflui e la rete



La facciata dell'Edificio Sud

fognaria Agsm. Inoltre verrà ristrutturata l'area economale – dove saranno collocati il magazzino economale, la farmacia e il centralino telefonico – e realizzata l'area ecologica, un piazzale attrezzato con contenitori per la raccolta differenziata che troverà posto su parte dell'attuale parcheggio dietro il padiglione Maternità. Tutte queste opere saranno concluse nell'estate di quest'anno, per dare il via alla cosiddetta fase 1 di ristrutturazione dell'Ocm che consiste nella costruzione del polo chirurgico.

Si calcola che il nuovo edificio - cinque piani collocati su un'area di 10mila metri quadrati dove ora si trova la farmacia, la centrale termica, la palazzina di psichiatria e quella dell'ex batteriologia – potrebbe essere pronto nel 2008. «A Verona come nel resto del Veneto – ha detto l'onorevole Giancarlo Galan, intervenuto alla presentazione del cantiere dell'ospedale maggiore il 3

febbraio e all'inaugurazione del nuovo Edificio sud dietro al Policlinico – non ci stiamo dedicando a restauri conservativi, bensì a progetti di sviluppo».

La Regione per il polo chirurgico ha stanziato 103 milioni di euro, ma ha già assicurato la copertura finanziaria di altri 51 milioni di euro che assieme ai 100 milioni erogati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona andranno a coprire il costo complessivo dell'opera che è di 206 milioni e 583 mila euro.

Opera che comprende oltre il polo chirurgico, anche la piastra dei servizi, la ristrutturazione finale delle palazzine e la realizzazione di un nuovo parcheggio interno, a fianco di quello già esistente in via Mameli.

Ma il nosocomio di Borgo Trento non è il solo a soffrire degli acciacchi dell'età. Ormai il Policlinico ha 36 anni e li dimostra tutti, soprat-

tutto in relazione all'evoluzione della medicina e dell'assistenza sanitaria in questi decenni.

«L'intera struttura ha bisogno di una generale riorganizzazione e ristrutturazione», ha detto il dottor Alberti, di fronte alla personalità intervenute: il sindaco Paolo Zanotto, il presidente della Provincia Elio Mosele, il rettore dell'Università Alessandro Mazzucchi, il vicario pastorale diocesano per la Carità e la salute mons. Giancarlo Agnolini, oltre all'onorevole Giancarlo Galan. Quest'ultimo, in proposito, ha portato delle ottime notizie da Venezia. Palazzo Balbi, infatti, si è impegnato a stanziare 55 milioni di euro per il "Giambattista Rossi" e ha ottenuto dalla Fondazione per lo stesso scopo un contributo di 20 milioni di euro.

«Accanto ai lavori su tutto il complesso – ha precisato Alberti – ci siamo posti l'obiettivo di realizzare nel breve e medio termine interventi significativi concepiti in modo da non sconfiggere, ma anzi da essere coerenti col generale riordino».

Più precisamente sono attualmente in corso degli interventi di ristrutturazione – grazie anche al contributo di 1 milione di euro della Fondazione Cassa di Risparmio e la generosità di alcune associazioni come l'Ail e l'Abeo – nel reparto di Ematologia (ottavo piano), Neurologia (settimo piano) e Medicina C (sesto piano). Si stanno realizzando i laboratori di Anatomia patologica nella Piastra odontoiatrica e un laboratorio per le cellule staminali, la ristrutturazione del laboratorio del Servizio trasfusionale e quella completa dei Poliambulatori. Sono in programma la realizzazione di quattro posti letto di terapia cardiologica annessi alla rianimazione e di un'area per l'osservazione breve presso il Pronto soccorso.

Intanto entro la primavera saranno trasferite nel nuovo edificio sud le Unità operative di Oncologia e Malattie infettive, i Servizi di dialisi e Medicina delle dipendenze, e saranno attivati i nuovi laboratori. All'Ocm l'Oncologia manterrà day-hospital e ambulatori.



Da sinistra: Giuseppe Tridente, direttore Unità Operativa di Immunopatologia e l'immagine di uno dei laboratori

Nuova sede anche per l'Unità operativa di Immunopatologia

Martedì 15 febbraio, con il nuovo Edificio sud, è stata inaugurata anche la nuova sede dell'Unità operativa di Immunopatologia, già attiva da qualche tempo. Diretta dal professor Giuseppe Tridente, è situata al secondo piano del corpo laterale nord del complesso che ospita la Facoltà di Odontoiatria e occupa una superficie di circa 1.200 mq.

Il complesso è tra i più moderni presenti in Italia. All'avanguardia dal punto di vista della progettazione, è dotata di 21 laboratori, attrezzati con le più moderne tecnologie. Inoltre ci sono 5 segreterie, gli spazi per l'amministrazione e accettazione, biblioteca, sala riunioni, ambulatorio. Costo complessivo dell'opera è 3.140.000 euro

DIAGNOSTICA

Le attività svolte sono molteplici e all'avanguardia nel settore immunologico. In particolare nella nuova sede dell'Unità operativa di Immunopatologia operano due Centri, l'uno per la diagnostica di secondo livello per le infezioni da virus HIV, l'altra per la sorveglianza regionale degli eventi avversi ai vaccini, denominata "Canale Verde", con attività di consulenza prevaccinale su tutto il territorio regionale. Inoltre l'U.O. è riconosciuta come centro di riferimento per la diagnostica di malattie rare di competenza immunologica (immunodeficienze).

RICERCA

La ricerca scientifica, di livello internazionale, opera in vari settori, tra i quali quello delle nuove immunoterapie anti tumorali, in particolare contro il carcinoma della prostata. Nel settore della Neuroimmunologia si studiano i meccanismi alla radice della sclerosi multipla e di altre malattie simili, e la produzione di anticorpi monoclonali anti proteina prionica per la diagnosi delle encefaliti spongiformi bovine (la nota Bse) e umane.

Nel settore di base, con forti prospettive di applicazione medica, è iniziato uno studio sull'impiego di raggi infrarossi nella diagnostica tumorale, in collaborazione con la facoltà di Scienze dell'Università di Verona.

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Riguarda essenzialmente malattie allergologiche, immunodeficit, e per le reazioni avverse ai vaccini.

Da struttura per i malati di Aids alle nuove necessità di utilizzo

Il nuovo Edificio Sud si trova dietro il Policlinico "Giambattista Rossi" ed è la struttura un tempo pensata per la cura dei malati colpiti da Aids. Infatti la progettazione iniziale risale agli anni 1993-96, a seguito dello stanziamento di fondi nazionali per interventi urgenti finalizzati alla lotta contro la sindrome da immunodeficienza acquisita.

In seguito con la scoperta di farmaci che rallentano l'evolversi della patologia, la progettazione dell'edificio è stata adeguata a nuove necessità di utilizzo. I lavori per il completamento della struttura sono ripresi nel dicembre 2001 ed entro la primavera nel complesso – che ha una superficie totale di 12.720 mq – saranno trasferiti l'Unità operativa di Oncologia, di Malattie infettive, il servizio di Medicina delle Dipendenze e Dialisi e saranno attivati i nuovi laboratori di ricerca.

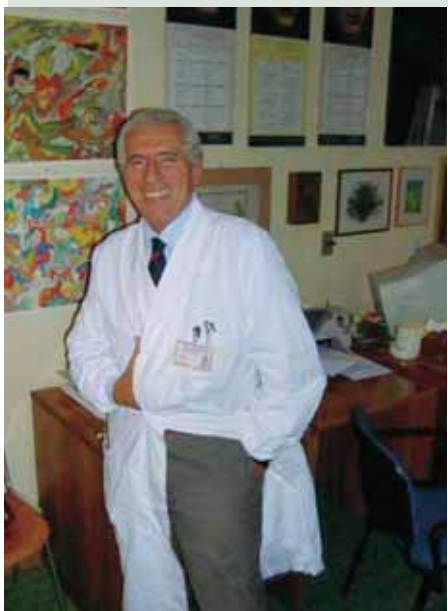
La progettazione e la direzione lavori sono state affidate alla Società Arteco (architetti Luigi Calcagni e Maurizio Zerbato). Responsabile per il procedimento per l'Azienda ospedaliero-universitaria è stato l'ingegner Luca Mozzini, mentre i collaudatori in corso d'opera sono stati il dottor Tullio Brancaforte, gli ingegneri Pietro Franceschini e Luigi Fietta, e il dottor Eugenio Trizio. L'impresa costruttrice è la Grassetto Lavori Spa.

L'edificio si sviluppa su cinque piani dei quali uno interrato (2.400 mq) con destinazione a magazzini, spogliatoi e centrali. Anche il terzo piano (820 mq) è destinato a spazi tecnici per centrali di trattamento dell'aria.

La scelta architettonica, impiantistica, dei materiali e del tipo di finiture, interne ed esterne, è stata improntata alla ricerca di soluzioni tecnicamente all'avanguardia che



In alto, da sinistra, Gianluigi Cetto, direttore Unità operativa di Oncologia, e Ercole Concia, direttore Unità operativa di Malattie Infettive. Sotto, da sinistra, Paolo Mezzelani, responsabile Struttura semplice Medicina delle Dipendenze, e Antonio Lupo, direttore Divisione clinicizzata di Nefrologia



dessero certezza di durata nel tempo, garanzia di facilità di interventi manutentivi e di pulizia, nonché gradevolezza estetica e comfort per gli operatori ed utenti.

Piano terra. È l'area destinata ai laboratori di ricerca (1840 mq), suddivisi in quattro settori, compren-

denti ognuno uno spazio per il laboratorio "open space" e uno spazio a servizio dei laboratori, con anche studi medici.

Piano rialzato. Sarà occupato dal day-hospital e dagli studi medici di Malattie infettive (990 mq), dagli studi medici di Medicina delle

Le Unità operative e servizi che saranno trasferiti nel nuovo Edificio Sud

ONCOLOGIA. L'Unità operativa di Oncologia, diretta dal professor Gianluigi Cetto, dispone, al secondo piano, di 9 stanze di degenza a 2 posti letto e 6 stanze a un posto letto. Nella zona centrale è situata l'area della "Terapia del dolore" destinata agli ambulatori e al day-hospital, che prevede 10 posti letto per pazienti in trattamento e 6 ambulatori visita. Dopo il trasferimento nel nuovo edificio nell'ospedale di Borgo Trento, saranno mantenute attività di day-hospital e ambulatorio. L'attività dell'U.O. è di tipo misto, di ricerca e assistenziale. Nel 2003 i pazienti in ricovero ordinario dimessi sono stati 1.028, mentre 2.164 hanno usufruito del day-hospital per complessivi 12.850 accessi. 1.482 pazienti hanno effettuato la chemioterapia in day-hospital, 673 in ricovero ordinario. La struttura è sede di Centri di riferimento regionale a carattere oncologico quali il Centro oncologico regionale, il Centro di riferimento per cure all'estero e il Centro di riferimento per patologie rare.

MALATTIE INFETTIVE. L'Unità operativa di Malattie infettive, diretta dal professor Ercole Concia, è situata su due piani dell'Edificio Sud. Al primo vi è l'area destinata alle degenze ordinarie con 25 posti letto, nella maggior parte in stanze singole, ognuna delle quali ha servizi igienici privati, attrezzature per disabili, telefono e Tv. La caratteristica che rende la Divisione clinicizzata unica nel panorama ospedaliero veneto è che tutte le stanze, oltre che climatizzate, sono dotate di flusso d'aria a pressione negativa, che garantisce l'isolamento delle malattie ad alta trasmissibilità per via aerea, come la Tubercolosi polmonare o la Sars. Il day-hospital (piano rialzato) dispone di 4 ambulatori e sono previsti 4 posti letto e 3 poltrone per la somministrazione delle terapie infusive e per le osservazioni cliniche. Le attività di day-hospital e ambulatoriali riguardano prevenzione, diagnosi, terapia e counselling delle malattie infettive e in particolare diagnosi e terapia dell'Hiv e delle infezioni associate; epatiti croniche virali, infezioni materno-fetali, infezioni ossee e protesiche, consulenza e follow-up dei pazienti sia in fase pre che post-trapianto, nonché visite di consulenza infettivologica per tutta l'Azienda ospedaliera con particolare riguardo al corretto utilizzo degli antibiotici.

MEDICINA DELLE DIPENDENZE. L'area delle degenze del Servizio di Medicina delle dipendenze diretta dal prof. Paolo Mezzelani (posta al 1° piano) dispone di 4 stanze di degenza di tipo alberghiero a 2 posti letto. Al piano rialzato sono previsti gli studi medici, la segreteria e la sala riunioni. I ricoveri, sempre programmati, sono rivolti essenzialmente alla detossificazione (e avviamento a processo riabilitativo) da sostanze psicoattive e a gravi forme di tabagismo non trattabili ambulatorialmente. Infatti l'attività maggiore del servizio ambulatoriale è quella anti-fumo, che ha realizzato il dossier pubblicato in questo numero della rivista. Il trattamento è personalizzato e adattato alla tipologia del paziente e all'entità della dipendenza. Ambulatorialmente vengono trattati anche pazienti con disturbi del comportamento alimentare o affetti da gioco d'azzardo patologico. Il Servizio è impegnato pure nella ricerca sull'efficacia di nuove molecole come il baclofene nel tabagismo e nella dipendenza da cocaina o l'efficacia comparata dei vari farmaci "sostitutivi" nella dipendenza da oppiacei.

SERVIZIO DIALISI. L'area per il Servizio Dialisi (piano rialzato) comprende 3 ampie sale. È inoltre previsto un ambulatorio visita attrezzato, per pazienti critici. Pertanto il nuovo Centro di emodialisi – che sarà gestito dalla Divisione clinicizzata di Nefrologia diretta dal professor Antonio Lupo, come gli altri due che hanno sede nell'Ocm Borgo Trento e nella casa di cura "Città di Verona" – rappresenta un notevole potenziamento di offerta. Sarà dotato di 18 "reni artificiali" che permetteranno di trattare 72 pazienti con insufficienza renale cronica, erogando 11mila emodialisi all'anno. Portando così a oltre 250 il numero di pazienti che possono essere trattati nel centro veronese, uno dei più importanti "sistemi di assistenza dialitica" di tutta la regione. I pazienti dializzati avranno a disposizione un comodo parcheggio, spogliatoi ampi e funzionali, una confortevole sala d'aspetto e diverse postazioni televisive per trascorrere con minor disagio le quattro ore necessarie per la seduta di emodialisi.

(el. zu.)

Primo piano

7

dipendenze (190 mq) e dai nuovi servizi di dialisi (650 mq).

Primo piano. Qui sono previste le degenze di malattie infettive e di Medicina delle dipendenze (250 mq). È stato inoltre allestito un piccolo reparto carcerati (170 mq).

Secondo piano. Sarà occupato dal reparto di Oncologia medica con un'area degenze (970 mq), un'area day-hospital e ambulatori (510 mq), e un'area con studi medici (460 mq).

I costi

I costi totali dell'edificio Sud e dei laboratori di Immunologia comprendenti le opere edili ed impiantistiche, gli arredi e gli oneri tecnici e fiscali connessi ammontano a 20.571.000 euro: 17.431.000 euro per l'Edificio Sud e 3.140.000 euro per i laboratori di Immunologia e Microbiologia.

I finanziamenti

Dalla legge 5 giugno 1990 n. 135 ("Interventi urgenti per la lotta all'Aids") sono arrivati 9.554.000 euro che sono stati impiegati per la realizzazione dell'Edificio Sud e per il potenziamento dei laboratori di Immunologia e Microbiologia. In base alla legge 26 febbraio 1999 n. 39 ("Programma degli interventi per la realizzazione di strutture per le cure palliative") sono stati stanziati 1.291.000 euro impiegati per il completamento di parte del piano terra e del secondo piano (day-hospital) dell'Edificio Sud. 5.165.000 euro sono stati donati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona Vicenza Belluno e Ancona per il completamento del piano terra (laboratori) e del secondo piano (degenze di Oncologia). La Regione Veneto ha stanziato 4.561.000 euro per l'Edificio Sud e il potenziamento laboratori di Immunologia e Microbiologia (arredi e opere d'avviamento).

L'AIUTO DELLA VITAMINA

Spina bifida e anencefalia sono in calo ma non ancora sconfitte.

In che cosa consiste la malformazione? «Il tubo neurale – spiega il dottor Vincenzo Tinelli del Centro di ecografia e diagnosi prenatale dell'Ocm – è la parte del feto che si sviluppa per formare il cervello, la scatola cranica e la spina dorsale.

Quando il tubo neurale non si chiude correttamente e completamente durante le prime settimane di gravidanza, il bambino sviluppa gravi malformazioni congenite come la spina bifida e l'anencefalia. La spina bifida comporta conseguenze anche molto diverse, che vanno da problemi che possono essere corretti con interventi chirurgici a gravi disabilità fisiche e mentali. In questo secondo caso si possono verificare paralisi degli arti inferiori, difficoltà di controllo degli organi interni (vescica e intestino), difficoltà nello sviluppo e apprendimento e ritardo mentale, talvolta idrocefalia. L'80-90% dei bambini con spina bifida sopravvive fino all'età adulta.

L'anencefalia è una condizione per cui il cervello si sviluppa in modo incompleto o non si sviluppa affatto in seguito alla mancata chiusura della parete superiore del tubo neurale. I bambini con anencefalia muoiono prima della nascita o subito dopo.

Complessivamente in Italia l'incidenza tra i nati vivi è circa 0,68% e si stima un'incidenza fetale attorno all'1%. dobbiamo tener presente che circa il 95% dei soggetti che ne sono affetti nasce da coppie sane».

Le conseguenze della malformazione, considerata la più complessa del sistema nervoso centrale, variano a seconda dell'altezza e della gravità della lesione. La prevenzione e la cura coinvolgono una serie di specialisti dai genetisti agli ostetrici, dai neonatologi ai pediatri, dai neuroradiologi ai neurochirurghi, dagli ortopedici ai fisiatri agli psicologi.



Da sinistra: Laura Marcon, Vincenzo Tinelli e Chiara Alberti

La malattia, di origine genetica, dipende anche dall'alimentazione della donna e dall'eventuale assunzione di farmaci in gravidanza. Le possibilità di prevenzione sono legate all'assunzione di acido folico, una vitamina del gruppo B, che preso quotidianamente e nelle quantità indicate, almeno un mese prima del concepimento e durante tutto il primo trimestre di gravidanza contribuisce a ridurre il rischio di partorire un bambino con la malformazione. Ne parlano nelle pagine che seguono l'ecografista Vincenzo Tinelli e le farmaciste Chiara Alberti e Laura Marcon.

L'assunzione di acido folico risulta fondamentale soprattutto nelle gravidanze a rischio per ricorrenza della malformazione, poiché esiste la possibilità documentata che la spina bifida aperta si manifesti anche nelle gravidanze successive alla prima con un bambino già affetto.

«La diagnosi è molto difficile nel

primo trimestre di gravidanza. È l'ecografia morfologica, che si effettua alla 17esima o 18esima settimana ad evidenziare se il feto è affetto da spina bifida – spiega Alessandra Ghidini, dell'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento –. Se la malformazione viene riscontrata, si decide di ripetere l'esame in tempi brevi, per un'ulteriore conferma. La patologia si comunica alla gestante con il supporto dello psicologo per assicurare aiuto alla donna, qualsiasi decisione prenda».

L'ecografia non è l'unico esame che rivela nel feto la spina bifida, evidenziabile ad esempio anche con l'amniocentesi. Per le mamme che decidono di portare a termine la gravidanza, si programma il parto in modo da garantire l'assistenza migliore. Tocca poi alle pediatrie seguire i piccoli. «Noi riceviamo questi bambini che all'inizio non hanno particolari problemi – chiarisce il

professor Luciano Tatò, direttore dell'Unità operativa di Pediatria del Policlinico —. Le conseguenze di natura ortopedica, di incontinenza urinaria e fecale, tipiche della malattia, si presenteranno più avanti. Occorre considerare pure che 80% dei nati vivi affetti da spina bifida è idrocefalo».

L'Azienda ospedaliera segue una cinquantina di pazienti, provenienti anche dalle province limitrofe, soprattutto dal Trentino, affetti da spina bifida. «Il più vecchio ha 32 anni — illustra Luca Giacomello, ricercatore della cattedra di Chirurgia pediatrica della facoltà scaligera di Medicina —. In questi pazienti, la guarigione dall'incontinenza urinaria è possibile nel 90% dei casi, intervenendo chirurgicamente, ma per l'in-

continenza fecale le possibilità sono molto ridotte».

Anche le chance offerte dall'ortopedia e dalla riabilitazione sono sfruttate a fondo. Il servizio di riabilitazione funzionale di Borgo Roma è impegnato nel difficile compito di consentire ai pazienti di conquistare la maggior autonomia possibile. Una volta questi malati erano indistintamente destinati alla sedia a rotelle. Ora si tenta di far guadagnare a molti la posizione eretta con l'ausilio di stampe e tutori.

Remota risulta infine la possibilità di aggrapparsi alla chirurgia prenatale, che non può ancora offrire un appiglio con buoni margini di successo. In Italia non è praticata; in Europa solo in un centro in Germania, negli

Usa in due grossi centri medici. «Si interviene tra la 24esima e la 36esima settimana di gestazione sotto guida ecografica per chiudere la divisione spinale. I neonati che hanno subito l'intervento in fase prenatale sembrano meno gravi, ma il risultato non è sempre garantito», conclude Carlo Mazza, direttore dell'Unità operativa di Neurochirurgia pediatrica dell'ospedale maggiore.

La complicazione più ricorrente in seguito all'intervento è la morte del feto. Per chi ce la fa, c'è comunque un futuro problematico che si aggrava con il passare degli anni. Solo la continuità di cura, come accade a Verona, può aiutare a contrastare l'handicap conseguente alla malformazione anche in età adulta.

Spina bifida e anencefalia, malformazioni prevenibili

L'assunzione di un supplemento di acido folico, una vitamina di ampia diffusione, è un mezzo di intervento sicuro, efficace e poco costoso per la prevenzione delle malformazioni congenite.

Se ne raccomanda l'uso a tutte le donne in età fertile, che non adottino misure contraccettive di elevata efficacia, nei due mesi precedenti al concepimento e nel primo trimestre di gravidanza.

L'USO DI ACIDO FOLICO IN GRAVIDANZA

L'acido folico, una semplice vitamina idrosolubile, di ampia diffusione, è in grado di prevenire la spina bifida e l'anencefalia. Rappresenta, pertanto, una grossa opportunità di prevenzione primaria nei confronti di un'anomalia congenita così comune e grave.

Con la somministrazione di acido folico si stima una riduzione del 50-70% dell'insorgenza di queste malformazioni. Esse sono circa cin-

que volte più frequenti in donne con diabete insulino dipendente.

La somministrazione di acido folico può ridurre anche il rischio di altre

il rischio di anemia in gravidanza, un evento molto frequente.

Spesso le donne non percepiscono l'utilità immediata dell'uso di acido folico e, poiché più della metà delle gravidanze non è programmata, risulta difficile decidere di effettuare una profilassi farmacologica per lungo tempo. Ciò ha indotto alcuni Paesi (Stati Uniti, Canada) a intraprendere la via della fortificazione degli alimenti (aggiungendo per esempio la farina di grano con acido folico).

PER SAPERNE DI PIU'

CHE COS'E'?

L'acido folico è una vitamina del gruppo B (la vitamina B9) necessaria per l'organismo, grazie alle sue numerose funzioni. L'apporto di questa sostanza con la dieta è fondamentale poiché il nostro corpo non è in grado di sintetizzarla da solo.

L'acido folico è naturalmente presente in molti alimenti, specialmente



malformazioni a livello del cuore, del palato, dell'apparato urinario, dello scheletro. Inoltre, una sua carenza può dare luogo con più facilità a ritardo di crescita intrauterina, parto prematuro, lesioni alla placenta.

L'assunzione di acido folico è utile anche alla mamma, perché previene

nei vegetali a foglie verdi come gli spinaci e broccoli, in altre verdure come fagioli, piselli, cavoli e patate, negli agrumi, nella frutta oleosa (arachidi, mandorle, noci), nei cereali, lievito di birra, uova e fegato. Tuttavia, va considerato che la cottura dei cibi distrugge circa il 90% della vitamina contenuta.

FABBISOGNO GIORNALIERO

Il fabbisogno giornaliero per gli individui sani è di circa 0,2 mg al giorno; durante la gravidanza il fabbisogno raddoppia a 0,4 mg al giorno visto che il feto utilizza le risorse materne per il proprio sviluppo.

COME FUNZIONA?

La vitamina B9 è essenziale per la sintesi del DNA, delle proteine e nella formazione dei globuli rossi.

Durante la gravidanza essa contribuisce allo sviluppo del tubo neurale, la struttura da cui si formano il cranio, il cervello, la colonna vertebrale e il midollo spinale. Tale sviluppo inizia subito dopo il concepimento.

QUANDO VA ASSUNTO E PER QUANTO TEMPO?

Per ottenere un'efficace protezione nella prevenzione delle malformazioni fetali è necessario che l'integrazione di acido folico inizi uno o ancor meglio due mesi prima del concepimento e si protragga per il primo trimestre di gravidanza.

L'uso di acido folico anche per lunghi periodi non comporta alcun rischio; anche il rischio per il sovradosaggio è minimo. È importante quindi raccomandare l'assunzione a tutte le donne in età fertile che non adottino misure contraccettive a elevata efficacia.

QUANTO FARMACO DEVE ESSERE ASSUNTO OGNI GIORNO?

Per una donna che intende intraprendere una gravidanza o durante il primo trimestre di gravidanza la dose normalmente raccomandata di acido folico è di 0,4 mg al giorno. Tuttavia, il dosaggio può essere aumentato dal medico fino a 5 mg al giorno in parti-



L'acido folico è naturalmente presente in molti alimenti, specialmente nelle verdure, negli agrumi e nella frutta oleosa

colari condizioni (donne con precedente figlio affetto da difetto del tubo neurale o con familiarità per tali difetti, donne in terapia con farmaci antiepilettici o donne affette da diabete).

È buona abitudine accompagnare l'assunzione di acido folico a una dieta ricca di agrumi, verdura a foglia verde, legumi, cereali.

CI SONO EFFETTI COLLATERALI?

Ai dosaggi consigliati non ci sono prove di una possibile tossicità per il feto dovuta all'assunzione di acido folico che quindi risulta un integratore sicuro sia per la madre che per il feto.

L'ACIDO FOLICO PUO' INTERAGIRE CON ALTRI FARMACI?

L'assunzione di antiepilettici può ridurre la quantità di acido folico disponibile nell'organismo; in tale caso il medico curante può decidere un aumento del dosaggio.

QUALI SONO I PRODOTTI IN COMMERCIO?

Le specialità medicinali a base di folati per somministrazione orale disponibili in Italia non sono rimbor-

sate dal Servizio Sanitario Nazionale per questa indicazione terapeutica. Tali prodotti vengono somministrati in gravidanza in modo inappropriato in quanto forniscono un apporto di acido folico dieci volte superiore a quello normalmente raccomandato in gravidanza.

Viceversa, sono disponibili sul mercato degli integratori alimentari contenenti acido folico nelle opportune quantità, talvolta associato ad altre vitamine (complessi multivitaminici).

Vanno comunque evitati gli integratori contenenti vitamina A (retinolo), in quanto questo prodotto, se usato a dosaggi elevati, può aumentare i rischi di malformazione nel bambino.

Vincenzo Tinelli,
Incaricato Centro di ecografia
e diagnosi prenatale
U.O. Ostetricia e ginecologia
Ospedale civile maggiore A.O.
Verona

Chiara Alberti e Laura Marcon
Farmaciste Centro
di Informazione sul farmaco –
Servizio di farmacia A.O. Verona

Anno nuovo, ricette nuove

di Franco Colletta*

Dal 2005 sono cambiati le tessere sanitarie e il ricettario a cui si devono attenere i medici per la prescrizione dei farmaci

I primi mesi del 2005 hanno portato grosse novità per i cittadini utilizzatori del Servizio sanitario nazionale. Dal dicembre 2004 sono entrate in vigore le nuove note Aifa (ex note Cuf – Commissione unica sul farmaco) per la concedibilità in fascia A di farmaci soggetti a limitazioni prescrittive. Nei mesi di febbraio e marzo 2005 hanno iniziato a circolare le nuove tessere sanitarie e le nuove ricette per le prescrizioni di farmaci, visite specialistiche ed esami strumentali.

Lo scopo dichiarato di queste innovazioni è un maggior monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e una miglior appropriatezza prescrittiva.

La nuova tessera sanitaria sarà emessa dal ministero dell'Economia e delle Finanze (sarà quindi un documento fiscale); conterrà, oltre ai dati anagrafici, il codice fiscale del titolare, e rappresenterà il requisito necessario per l'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario.

Il nuovo ricettario verrà distribuito individualmente a tutti i medici prescrittori (medici di medicina generale, ospedalieri, universitari, specialisti Asl). Ciò significa che la responsabilità prescrittiva, prima affidata quasi esclusivamente ai medici di medicina generale, dovrà essere assunta direttamente dagli specialisti operanti nel settore pubblico o privato convenzionato.

Se da un lato questo comporterà una precisa individuazione degli "ordinatori di spesa" (utile ai fini dell'attribuzione del budget), dall'altro potrebbe generare conflitti tra specialisti e medici di base. In primo luogo per la scarsa dimestichezza dei medici specialisti con le norme ed i vincoli prescrittivi del prontuario farmaceutico e secondariamente per le enormi difficoltà che incontreranno, non essendo dotati di idonei strumenti informatici, nella compilazione manuale della nuova ricetta.

Quest'ultima, vero puzzle di caselle e caselline da riempire con crocette, biffature e codici di vario genere è un vero inno alla burocrazia più sfrenata

ed è ben lungi dall'essere anche uno strumento di comunicazione tra colleghi. Ci si augura pertanto che con grande senso di responsabilità ciascun operatore si faccia carico dell'indirizzo diagnostico terapeutico prescritto al paziente per evitare che quest'ultimo debba fare la spola tra ospedale e studio del medico di famiglia, alla ricerca della corretta (sul piano burocratico) prescrizione.

Tra le altre novità delle ricette, va segnalata la possibilità di segnalare la priorità di esecuzione della prestazione richiesta: U (urgente), B (entro 10 gg.), D (entro 30 gg. se per visite specialistiche e 60 se per accertamenti), P (se programmate, entro 6 mesi).

Per quanto riguarda l'esenzione per reddito questa verrà barrata dal medico prescrittore, ma dovrà venir controfirmata accanto dal soggetto interessato al momento dell'utilizzo della ricetta.

Per quanto riguarda le note Aifa le novità di maggior rilievo riguardano: 1) le statine (farmaci per abbassare il colesterolo) concedibili solo a chi presenta secondo le carte del rischio stilate dall'Istituto superiore di sanità una probabilità superiore al 20% in 10 anni di incorrere in eventi cardiocerebro vascolari. Potrà succedere pertanto che i medici debbano rivedere la terapia in atto.

2) Alcuni colliri contro il glaucoma sono ora prescrivibili solo a fronte del piano terapeutico stilato da strutture pubbliche o private autorizzate. I

pazienti in trattamento dovranno pertanto farsi rilasciare tale piano terapeutico e consegnarlo al proprio medico di Medicina generale.

3) I Coixb (nuovi farmaci antinfiammatori) sono concedibili solo in chi presenta necessità di trattamento cronico e sia ad elevato rischio di sanguinamenti delle vie digestive superiori; tali pazienti sono chiaramente individuati dalla nota stessa.

Tra i farmaci ottenibili in distribuzione diretta (tramite il Distretto sanitario di appartenenza) figurano due nuovi farmaci per il trattamento del carcinoma prostatico (bicalutamide e flutamide) e le eparine a basso peso molecolare per la prevenzione di eventi tromboembolitici successivi ad interventi ortopedici maggiori subito dopo la dimissione.

Tutte queste novità contengono elementi di forza e di debolezza.

Questa nuova modalità prescrittiva presenta, inoltre, il rischio che venga persa di vista la visione globale del paziente che il medico di famiglia prima aveva. Un assistito che vaga da uno specialista all'altro senza un preciso coordinamento da parte di chi ne conosce tutta la storia clinica rischia di non venir valutato nella sua globalità di malato, ma come un insieme di singole patologie.

Invitiamo, quindi, tutti i pazienti a tenere sempre informato il medico di Medicina generale dell'esito degli accertamenti e delle variazioni terapeutiche suggerite dagli specialisti. Si raccomanda anche agli assistiti di fornire al proprio medico di Medicina generale il codice fiscale in quanto tale dato, assente nelle vecchie tessere sanitarie, è elemento vincolante per qualsiasi prescrizione.

Queste brevi considerazioni, lungi dal voler essere esaustive delle nuove norme legislative, spero possano essere lo spunto per un costruttivo dibattito per migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari ai cittadini.

***Ordine dei Medici,
chirurghi e odontoiatri**

PATOLOGIE VERTEBRALI

Una chirurgia importante a supporto di una tradizione che nell'ambito neurochirurgico vede Verona come un punto di riferimento da più di trent'anni. È la chirurgia vertebro-midollare (detta anche "spinale"), praticata dall'ospedale di Borgo Trento nel Dipartimento di Neurochirurgia, uno dei più grandi dell'Azienda ospedaliera.

I numeri aiutano a comprendere il lavoro dell'Unità. Degli oltre 2 mila interventi chirurgici eseguiti ogni anno nel Dipartimento, circa il 40% interessa la patologia vertebrale e/o midollare, la maggioranza dei quali è costituita dagli interventi per la patologia discale, soprattutto lombare (le ernie). Molto rilevanti, sia per la gravità del quadro clinico che per l'importanza che rivestono dal punto di vista sociale, sono anche le patologie tumorali, traumatiche e degenerative.

«Certamente l'ernia discale lombare è una patologia molto frequente e nonostante il nostro atteggiamento tendenzialmente conservativo, il numero di interventi è elevato» commenta il dottor Franco Faccioli, primario dell'Unità operativa di Neurochirurgia spinale, una delle sette unità operative del Dipartimento di Neurochirurgia. «Tuttavia la neurochirurgia veronese, e in particolare la patologia spinale, è nata e si mantiene ad alti livelli per gli ottimi risultati nel trattamento chirurgico di altre patologie, in particolare quelle vertebro-midollari di origine tumorale, traumatica, malformativa e degenerativa».

Caratteristica comune di queste varie malattie che possono coinvolgere primitivamente o secondariamente sia le vertebre che il tessuto nervoso (midollo e radici) è la presenza di dolore, spesso come primo sintomo, ma soprattutto la perdita di forza e sensibilità agli arti inferiori e/o superiori in base alla localizzazione della lesione.

**Degli oltre 2mila
interventi eseguiti
ogni anno
nel Dipartimento
di Neurochirurgia
di Borgo Trento,
circa il 40%
interessa la colonna
vertebrale**

PATOLOGIA TUMORALE L'incidenza delle patologie neoplastiche "primitive" del sistema nervoso centrale, cioè di quei tumori che si formano in loco, in Italia è di circa 8 casi ogni 100 mila abitanti, ogni anno. Fortunatamente i tumori del sistema nervoso sono raramente maligni nel senso più comune del termine, dal momento che la loro propagazione in altre parti dell'organismo appare più difficile di altre neoplasie.

Nella maggior parte dei casi questi tumori non danno origine a metastasi né risultano invasivi per altri organi. La loro "malignità" è insomma prevalentemente locale, anche se la loro asportazione è molto delicata per il rischio sempre presente di provocare danni neurologici al paziente. «La lesione neoplastica più frequente a livello vertebrale è la metastasi, per lo più da tumore della mammella, polmone o prostata» spiega il dottor Faccioli. «L'intervento chirurgico in questi pazienti ha lo scopo di decomprimere il midollo spinale per evitare o ritardare la perdita di motilità degli arti. Un tumore può tuttavia svilupparsi primitivamente anche all'interno del canale vertebrale, esternamente al midollo (neurinomi, meningiomi) o all'interno del midollo (ependinomi, astrocitomi).



Franco Faccioli, primario dell'Unità operativa di Neurochirurgia spinale

Negli ultimi anni, per merito del professor Albino Bricolo e grazie all'impegno del dottor Francesco Sala, è stata approntata nel Dipartimento di Neurochirurgia di Verona una metoderica neurofisiologica di monitoraggio intraoperatorio. In pratica, mentre si lavora al microscopio operatorio su strutture delicate quali midollo e cervello, è possibile tenere sotto controllo il funzionamento delle vie nervose, sensitive e motorie, in maniera tale da controllare il più possibile il gesto del chirurgo limitando al massimo il rischio di produrre danni alle strutture nervose».

PATOLOGIA TRAUMATICA Le cause più frequenti di una frattura vertebrale che possono determinare una lesione midollare sono l'incidente stradale, sul lavoro per caduta dall'alto e meno frequentemente l'incidente sportivo. Le conseguenze possono essere drammatiche per la perdita di motilità e sensibilità agli arti inferiori e talvolta anche agli arti superiori, oltre alla perdita di controllo degli sfinteri.

La gravità delle lesioni è tanto più grave quanto maggiore è l'interessamento nervoso; questo perché per effetto della stretta vicinanza di alcuni nervi con certe strutture ossee si

può determinare una compressione diretta del nervo sulla struttura ossea stessa, oppure la sua lesione da parte di una scheggia ossea.

«I soggetti che più frequentemente ne sono vittime purtroppo sono giovani in età compresa tra i 18 e i 30 anni, spesso per incidenti motociclistici» sottolinea il dottor Faccioli. «Nel periodo estivo non sono rari i casi di frattura cervicale per tuffi in specchi d'acqua dai fondali troppo bassi e nei periodi della raccolta delle ciliegie e delle olive fratture dorsali o lombari per caduta da un albero.

La chirurgia purtroppo non è in grado di riparare il danno che il midollo subisce nel momento in cui viene schiacciato dalla frattura vertebrale. L'intervento mira quindi a stabilizzare la colonna vertebrale per evitare ulteriori danni al midollo quando questi non sono presenti o per ridurli quando sono parziali, consentendo una rapida mobilitazione del paziente che altrimenti, cosa comune fino a circa trent'anni fa, sarebbe costretto a rimanere a letto per mesi e mesi, con il rischio



L'incidente sportivo a volte può essere causa di una frattura vertebrale con conseguente lesione del midollo spinale

di complicanze quali le lesioni da decubito o infezioni talvolta fatali».

PATOLOGIA INFIAMMATORIA

Le infezioni vertebrali sono diventate più frequenti e la loro gravità è sempre in aumento. Le cause possono essere infiammatorie (artrite reumatoide, artrite psoriasica, altre artriti infiammatorie) o infettive (salmonellosi o tubercolosi).

Vengono trattate inizialmente con una terapia medica a base di farmaci anti-infiammatori prevalentemente cortisonici, ma nelle forme avanzate l'alterazione delle articolazioni può causare l'insorgenza di instabilità tra le vertebre.

Talvolta la sola terapia medica non è sufficiente a controllare il processo infiammatorio che può portare ad un danno midollare per compressione da parte della vertebra corrosa e crollata, o da parte di raccolte purulente che si creano nel canale vertebrale.

L'intervento chirurgico diviene così necessario per pulire il focolaio infiammatorio, liberare il canale vertebrale e sostituire il corpo vertebrale con innesti ossei per mantenere una stabilità vertebrale atta a consentire un carico

normale.

PATOLOGIA

DEGENERATIVA L'invecchiamento del nostro corpo, fisiologico nella sua progressione, determina a livello vertebrale la cosiddetta artrosi. Si tratta di modificazioni a carico delle vertebre e dei dischi intervertebrali che non causano per lo più disturbi. Talvolta, però, quando queste interferiscono con la struttura nervosa (midollo e/o radici) riducendo il lume del canale in cui sono situate, possono essere responsabili, oltre al dolore, anche di una progressiva perdita di forza

agli arti inferiori con limitazione nella deambulazione.

«Dopo 200-300 metri sono costretto a fermarmi» riferisce un paziente. Oppure di impaccio nei movimenti finì delle mani: «faccio fatica ad abbottonarmi» dice un altro paziente. «Anche in questi casi un intervento di decompressione consente un miglioramento che talvolta è clamoroso, ma che comunque impedisce ugualmente l'evoluzione degenerativa della malattia» conclude il dottor Faccioli.

«Un'ultima osservazione a completamento della descrizione sulle patologie spinali affrontata, va fatta sulla validità del lavoro di équipe che coinvolge tutta l'Azienda. In alcuni casi, infatti, gli interventi richiedono approcci chirurgici complessi.

Ed ecco che la collaborazione preziosa di altri specialisti dell'Azienda, dall'odontoiatra al chirurgo maxillo-facciale, dal chirurgo toracico al chirurgo generale, consente al neurochirurgo di eseguire interventi sulla colonna in regioni non facilmente raggiungibili ed esplorabili attraverso la via posteriore a lui familiare. Di qui l'importanza del lavoro di squadra, sempre presente, sempre fondamentale».

Alessandro Azzoni



Colonna vertebrale

SE LA SCHIENA DUOLE

È un disturbo multifattoriale, può dipendere cioè da cause diverse, che si manifestano sole o in combinazione. Il mal di schiena è una patologia diffusa nei Paesi sviluppati e rappresenta un problema medico e sociale. Secondo gli studi più recenti l'80% delle persone tra i 30 ed i 60 anni segnala di aver sofferto di uno o più episodi di lombalgia: un quarto della popolazione maschile ed un terzo della femminile hanno consultato almeno una volta il medico per il mal di schiena.

La patologia colpisce nell'età più produttiva, tra i 40 e i 50 anni e comporta un elevato costo sociale e sanitario, per spese mediche e giornate di lavoro perse. L'incidenza è in crescita anche in rapporto al mutamento delle abitudini di vita ed in particolare lavorative, che implicano posture statiche o sedentarie per molte ore al giorno. Ogni anno si registra un aumento del 5% di soggetti adulti che chiedono di curare il dolore alla colonna vertebrale.

Importante, a questo punto, è rivolgersi al centro giu-

sto anche se, pure in campo medico, sembrano non esserci risposte certe per affrontare e risolvere il problema.

«Di mal di schiena si occupano esperti di formazione assai diversa e ognuno propone ricette che non sono sempre efficaci – spiega il dottor Claudio Bulighin, alla guida del Servizio di recupero e rieducazione funzionale dell'Ospedale di Borgo Trento –. La tendenza però è di privilegiare sempre il movimento. Persino nei casi di lombalgia acuta, condizione in cui una volta si consigliavano immobilismo e riposo assoluto, ora si osserva che guarisce prima chi si muove prima». Il mal di schiena può manifestarsi fin da bambini, anche se gli episodi si moltiplicano in chi ha già concluso lo sviluppo.

«Fin da giovanissimi occorre prendersi cura della propria colonna vertebrale, senza sottovalutare gli effetti che possono scaturire da uno stile di vita inadeguato», prosegue Bulighin. L'approccio con la scuola può comportare i primi sintomi.

MAL DI SCHIENA IN ETA' EVOLUTIVA

CARTELLE PESANTI E ARREDAMENTO SCOLASTICO.

Il peso dello zaino viene ormai considerato una delle cause scatenanti del mal di schiena nei bambini. I piccoli, ma anche i ragazzi più grandi nel pieno dello sviluppo, cioè gli studenti delle scuole medie e superiori, soffrono nel portare troppi libri e quaderni sulle spalle. «Tuttavia gli insegnanti non sembrano orientati ad adottare meno testi o testi più leggeri ed in genere non è neanche possibile lasciare i manuali a scuola. Così l'unica soluzione sembra delegata all'adozione del carrellino, che non entusiasma in genere i ragazzi, ma che permette di liberare le spalle e la schiena da un peso eccessivo», chiarisce il primario.

Un altro problema con cui i bambini devono fare i conti con l'ingresso a scuola è la postura seduta protratta, sempre sconsigliata, anche per gli adulti. «L'arredamento scolastico non è conforme alle regole dell'ergonomia, non tiene in considerazione inclinazione, altezza del banco,



Claudio Bulighin, responsabile U. O. Medicina fisica e Riabilitazione

caratteristiche della sedia. Infatti l'altezza della seduta in rapporto al banco, assicura o meno una corretta posizione del capo e degli occhi, la giusta distanza tra sedia e tavolo consente di mantenere la schiena eret-

ta. Conseguentemente altezze e dimensioni di sedie e tavoli non adeguati costringono la colonna, le spalle ed il capo in posizioni potenzialmente dannose per lo scheletro», indica il medico.

Anche in casa la situazione non cambia. «Spesso rimproveriamo i nostri figli perché non stanno seduti correttamente, ma la colpa è generalmente delle sedie, studiate per gli adulti, più che per i bambini. Fortunatamente i ragazzini non stanno mai fermi troppo a lungo sulla sedia, tendono a muoversi continuamente e anche ad alzarsi in piedi. Un atteggiamento che li protegge dal mal di schiena», aggiunge Bulighin.

Ci sono poi altri fattori che possono provocare dolori alla schiena nei giovanissimi, come le alterazioni della postura determinate da deficit visivi: c'è chi, soffrendo di miopia, per vedere meglio da lontano allunga il collo in avanti, finché l'atteggiamento tende a diventare una costante. Secondo una teoria elaborata da chiropratici e odontoiatri, persino una deglutizione atipica e una cattiva occlusione dentale possono causare

L'ernia discale lombare, una patologia molto frequente

L'ernia discale lombare è una patologia molto frequente. I livelli vertebrali che più spesso divengono sede di un'ernia sono gli ultimi spazi discali (L4-L5 e L5-S1), ossia quelli dove il disco soggetto al carico maggiore degenera più facilmente. Non sempre la lombalgia (il comune mal di schiena) è dovuta ad un'ernia discale, evento che si fa sentire per la presenza di dolore all'arto inferiore (sciatalgia) poiché il disco "erniato" comprime la radice nervosa.

L'ernia del disco è infatti una malattia che tende ad autoestinguersi, che tende cioè a guarire nel tempo diminuendo di volume. Numerosi studi radiologici hanno dimostrato che in pazienti non operati per ernia discale, questa si rimpiccolisce con il tempo. L'utilizzo di tecniche neuroradiologiche avanzate come la Tac e la risonanza magnetica permette comunque di fare una diagnosi corretta e programmare il migliore trattamento per ogni singolo caso.

In ogni caso, circa l'85% delle lombosciatalgie da ernia lombare discale guarisce spontaneamente nel giro di poche settimane e non richiede intervento chirurgico. Questo si rende invece necessario quando l'ernia è causa

di danno neurologico grave, soprattutto motorio. Talvolta, quando l'ernia massiva determina deficit sfinterici (ritenzione o perdita di urine) e sensitivi al perineo (sella), l'intervento può essere necessario addirittura in urgenza. Lo scopo dell'intervento chirurgico è di rimuovere l'ernia eliminando la sofferenza della radice nervosa e quindi il dolore.

La tecnica microchirurgica è attualmente la più in uso: dopo l'analisi radiografica sul livello indicato dall'indagine neuroradiologica, attraverso una piccola incisione cutanea viene eseguito l'intervento utilizzando il microscopio operatorio. Non esiste, va detto, tecnica chirurgica che garantisca la prevenzione di un'eventuale recidiva dell'ernia. Questo spiega l'atteggiamento molto spesso conservativo del neurochirurgo; l'intervento per un'ernia recidiva è sempre meno semplice e più a rischio rispetto al primo intervento. La degenza dopo un intervento per ernia discale lombare è molto breve; il paziente operato viene fatto alzare la sera stessa dell'intervento e generalmente viene dimesso il giorno successivo. La ripresa delle normali attività avviene in circa 20 giorni.

al. az.

il mal di schiena. A Borgo Trento alcuni ragazzi sono seguiti per questi problemi, anche se non è ancora dimostrato con precisione che deglutizione atipica e mal di schiena siano strettamente correlati.

CURA E PREVENZIONE

PER GLI UNDER 18. Il Servizio di recupero e rieducazione funzionale di Borgo Trento ha attivato due ambulatori riservati ai bambini e ai ragazzi: vi sia accede il lunedì pomeriggio, prenotando una visita fisiatrica al Cup (tel.045/8072706-3200).

Il primo laboratorio, che lavora anche in collaborazione con il nido dell'ostetricia dell'ospedale, è dedicato ai piccoli appena nati fino ai quattro anni: «In genere vengono seguite patologie osteoarticolari, congenite o da malposizione fetale a carico dei piedi, asimmetrie posturali e disordini del movimento derivanti da alterazioni del sistema nervoso», illustra il medico. Il secondo ambulatorio è invece riservato ai ragazzini dai quattro anni fino al completamento della crescita: è un punto di riferimento



Zaini sempre troppo pesanti per i ragazzi

per la valutazione dell'assetto della colonna, degli arti inferiori e dei piedi.

Qui si presentano anche i ragazzi che già soffrono di scoliosi di una certa gravità, «ai quali non consi-

gliamo più, come una volta, il nuoto che invece va molto bene in condizioni in cui non si riscontra alcuna patologia conclamata alla colonna.

Ma prescriviamo la rieducazione o, in caso di necessità, il corsetto ortopedico», aggiunge Bulighin. Ai genitori che chiedono quale attività fisica sia preferibile per i loro figli, gli esperti suggeriscono oltre al nuoto, senza indicazioni specifiche sugli stili, la pallavolo o il basket, ma anche l'atletica o lo sci di fondo, utili a promuovere uno sviluppo armonico. Indicate anche le arti marziali per il bagaglio di esercizi che servono a sviluppare tutto l'organismo. Pollice verso invece per le attività con i pesi, il cui uso va dosato nel periodo della crescita. «Il calcio, sport molto praticato, può andar bene se i ragazzini sono seguiti da un allenatore o da un preparatore sensibili nel proporre anche esercizi per la colonna e gli arti superiori. Diversamente il rischio è di sviluppare prevalentemente la muscolatura degli arti inferiori», conclude lo specialista.

MAL DI SCHIENA
IN ETA' ADULTA

AL LAVORO, INCHIODATI

ALLA SCRIVANIA. Chi si è lasciato alle spalle aule scolastiche, cartelle pesanti e l'età dello sviluppo senza problemi di mal di schiena, spesso si trova a fare i conti con il dolore vertebrale, provocato dalla posizione assunta durante le ore di lavoro. Per chi è costretto alla scrivania, i consigli non mancano a partire dall'ergonomia: occhio dunque al piano d'appoggio, ed alla sua eventuale inclinazione, alla posizione di seduta e allo schermo del computer. Se non si svolge un'attività a contatto con il pubblico, il consiglio è di interrompere di tanto in tanto la postura seduta protratta per alzarsi e muoversi un po'. «Si tratta tuttavia di consigli sulla cui efficacia esistono punti interrogativi: non abbiamo una dimostrazione specifica che abbiano condotto ad una diminuzione del mal di schiena», ammette il primario. È un dato che comunque chi associa ad un'attività lavorativa sedentaria, abitudini sedentarie anche nel tempo libero, incorre più spesso in episodi di mal di schiena, che invece non si manifestano o sono più rari se si mette in conto di dedicare un po' di tempo alla cura della propria colonna vertebrale con un programma di esercizi che possono essere praticati a casa o in palestra.

«Sono da preferire gli esercizi a corpo libero che facilitino l'allungamento muscolare ed il riequilibrio in particolare dei muscoli addominali. L'esercizio fisico resta il trattamento preferibile rispetto alle terapie fisiche tradizionali, anche per chi soffre di mal di schiena conclamato – prosegue –. Farmaci, massaggi, terapie strumentali, terapie termali affrontano il problema dal punto di vista del sintomo, ma spesso non vanno ad incidere sulla sostanza: il risultato della cura resta spesso effimero». In realtà la cura del mal di schiena mira a mantenere o a ritornare alle attività quotidiane il più velocemente possibile.

Neanche la scelta di prescrivere il

Aumento del peso, modifica dell'assetto posturale, riduzione dell'attività fisica, soprattutto per chi la pratica con regolarità. Alla gravidanza può accompagnarsi talvolta l'insorgenza del mal di schiena. Affrontare il problema diventa difficile, perché devono essere escluse le consuete terapie farmacologiche, con antinfiammatori, fisioterapie con onde elettromagnetiche ed è possibile intervenire con il massaggio solo nei primi mesi di gestazione, finché la donna può mantenere una posizione prona.

«Solo in una minoranza di pazienti la gravidanza coincide con il verificarsi di episodi di mal di schiena e solo raramente si tratta di una compagna costante. Nella maggioranza dei casi varia relativamente ai periodi di gestazione. A volte si manifestano irritazioni sciatalgiche provocate dalla posizione del feto», chiarisce il dottor Claudio Bulighin, direttore del Servizio di Recupero e rieducazione funzionale dell'ospedale civile maggiore».

«Escludendo i farmaci, le terapie con onde elettromagnetiche, l'elettroanalgesia, che eseguita a livello lombare potrebbe stimolare le contrazioni e non è quindi da prescrivere, ed escludendo infine, per buona parte della gestazione, i massaggi, poiché sono eseguibili solo nei primi mesi mentre spesso il mal di schiena si manifesta quando il peso corporeo aumenta, restano pochissime possi-

riposo è vincente. «Il riposo non è terapeutico: se alziamo precocemente pazienti anziani con fratture di femore o affetti da patologie interne o chirurgiche importanti, non possiamo trattare chi soffre di mal di schiena più gravemente», sottolinea Bulighin. Dunque anche per combattere le lombalgie ricorrenti è meglio puntare all'esercizio fisico di tipo terapeutico. Esistono molti studi significativi a favore dell'esercizio

A volte alla gravidanza si accompagna
l'insorgenza del mal di schiena

bilità di intervento. Si possono proporre solo alcune forme di esercizio fisico, leggero e compatibile con lo stato, e con l'attività in acqua, particolarmente indicata perché aiuta a mantenere tonica la muscolatura e produce un massaggio superficiale lenitivo», argomenta il primario.

Da non trascurare è invece il periodo successivo alla gravidanza, quando diventa possibile indagare il mal di schiena e scoprirne le cause, avvalendosi di esami radiografici, risonanza magnetica, altre indagini eventualmente necessarie. Solo attraverso accurati controlli da parte degli specialisti, è possibile capire se il mal di schiena è stato un fatto isolato e collegato alla gestazione oppure se si tratta di un problema da affrontare con una terapia specifica.

va. za.

fisico riabilitativo come approccio al mal di schiena. «In questo caso resta il problema di individuare il miglior tipo di esercizio, ci sono infatti numerose tecniche di esercitazioni terapeutiche che anche noi siamo in grado di consigliare ai nostri pazienti: dalla rieducazione posturale alla ginnastica dolce, al metodo McKenzie. Naturalmente la proposta terapeutica deve essere conseguente ad un'attenta interpretazione dell'origi-

ne del mal di schiena». Anche attività fisiche generiche come camminare, andare in bicicletta o nuotare possono essere utili nel migliorare la forma fisica: producono un minimo stress meccanico e sono ben tollerati.

IL PROBLEMA

DEI SOVRACCARICHI È capitato a tutti di sollevare un peso e di avvertire improvvisamente un dolore alla schiena. Se però, per evitare un incidente di questo tipo nelle attività domestiche è sufficiente fare attenzione, piegando le ginocchia per sollevare ad esempio un pesante vaso di fiori, piuttosto che curvarsi fino a raccogliarlo, risulta complicato fare i conti con un'attività lavorativa che impone il sollevamento continuo di pesi.

«Il problema dei sovraccarichi è particolarmente sentito in ambito ospedaliero. Il personale di assistenza, ad esempio, chiede con una certa frequenza al nostro reparto visite e trattamenti per alleviare le lombalgie. Ci sono tecniche precise, che il personale conosce e deve assolutamente adottare, per muovere un paziente e per tutelare la propria colonna vertebrale. Tuttavia esiste sempre un margine di rischio determinato dall'automatismo con il quale ognuno di noi compie un movimento, pur sapendo che non si tratta del modo corretto per sollevare un peso», commenta lo specialista. La distrazione o l'automatismo con il quale si affronta il sollevamento di un peso comporta dunque spesso problemi alla colonna.

LE CONDIZIONI DI RECIDIVA.

Se il mal di schiena si manifesta perché determinato da fattori scatenanti precisi, è meglio conoscere ed evitare consuetudini o posizioni che



Un buon massaggio per allentare la tensione derivata da una postura scorretta

possono acutizzare o far ricomparire del dolore.

Ed ecco quindi una serie di consigli pratici da tenere in considerazione per risparmiarsi ad esempio risvegli traumatici. Molte lombalgie sono infatti provocate dalla poca attenzione nella scelta di cuscini e mate-



Esatta postura davanti al computer

rassi da letto.

Durante il sonno occorre evitare di avere troppi **cuscini** dietro la testa.

Un cuscino è necessario, ma deve essere morbido e lasciarsi deformare. Normalmente si sconsiglia di dormire senza cuscino ma anche con un cuscino troppo alto. È preferibile non addormentarsi proni, con il collo girato a destra o a sinistra, perché la colonna, l'indomani, potrebbe risentirne.

Nella scelta delle **reti e del materasso**, sono da evitare le soluzioni troppo morbide, a meno che non si tratti di un paziente anziano affetto da una forma di osteoporosi. Meglio orientarsi quindi su una soluzione né troppo morbida, né troppo rigida: se si scelgono le doghe, generalmente più dure, è preferibile un materasso medio, se si sceglie la rete, più flessibile, ci si può indirizzare verso l'acquisto di un materasso più rigido, evitando sempre e comunque gli eccessi.

Un'altra condizione di recidiva del mal di schiena può essere determinata dalla posizione a lungo immobile che si assume davanti al televisore. Occorre evitare di guardare la tv sdraiati su un fianco o di sprofondare nella poltrona. Meglio cambiare posizione e alzarsi ogni tanto, evitando alla nostra schiena l'insorgere di improvvisi e fastidiosi dolori. Infatti il concetto di postura adeguata è da tenere presente anche in condizioni di rilassamento.

Valeria Zanetti

LE MERAVIGLIE DI AXIOM

Un nuovo strumento di indagine a elevata tecnologia a servizio della scienza neurologica. Si chiama *Axiom*, è stato realizzato dalla Siemens ed è a disposizione del Servizio di Neuroradiologia dell'ospedale di Borgo Trento dal luglio dello scorso anno.

Si tratta di una nuova apparecchiatura angiografica digitale "bipolare" in grado di compiere indagini complesse su tutto l'apparato vascolare, indagando l'insorgenza di patologie in ambito neurologico o neurochirurgico che si manifestano con alterazioni delle arterie e delle vene dell'encefalo e del midollo spinale. Sono patologie il cui rischio principale è quello di essere responsabili di un'emorragia, con conseguenze più o meno invalidanti, se non addirittura fatali. Con le diverse tecniche oggi a disposizione, tali patologie possono essere, nella maggior parte dei casi, trattate in maniera risolutiva e quindi guarite stabilmente. Per la loro diagnosi, l'angiografia è fondamentale. Di qui la grande importanza di uno strumento diagnostico (e terapeutico), come *Axiom*.

«Si tratta di un'apparecchiatura dell'ultimissima generazione ed è la prima di questo tipo installata in Italia» sottolinea il dottor Alberto Beltramello, direttore del Servizio di Neuroradiologia. Il servizio è infatti centro di riferimento nazionale per gli studi angiografici e terapeutici neuroradiologici della colonna e dell'encefalo.

Si tratta di uno strumento importante anche in termini di investimento, dal momento che l'Azienda ospedaliera ha speso complessivamente circa 3,5 milioni di euro per l'acquisto. *Axiom* rappresenta, d'altra parte, il meglio della gamma delle strumentazioni angiografiche oggi reperibili sul mercato. L'angiografia è uno studio diagnostico o terapeutico eseguito solita-

mente da un radiologo per determinare ed eventualmente risolvere la causa di un problema cerebrale o vascolare in ambito neurologico. Per effettuare l'esame angiografico un sottile catetere flessibile viene introdotto all'interno di un'arteria (generalmente l'arteria femorale) e viene poi spinto attraverso i vasi sanguigni del corpo fino all'arteria interessata. *Axiom* è composta da due tubi angiografici distinti con relativi amplificatori di immagine operanti su qualsiasi piano dello spazio. Consentono

cateterismo più rapido e soprattutto più sicuro per il paziente».

Uguali vantaggi in termini di operatività e di sicurezza sono offerti dell'esposizione bipolare sia radiografica che radioscopica. Ciò migliora le procedure terapeutiche per la colonna vertebrale come la cifo-plastica o vertebro-plastica, ottenendo in tempo reale la visualizzazione degli strumenti impiegati nei due piani dello spazio.

«L'utilizzo di questa apparecchiatura nel Servizio di Neuroradiologia ha permesso l'ampliamento dell'attività di angiografia cerebrale e spinale diagnostica ed interventistica – prosegue il dottor Beltramello –, rendendo più sicuro e meno traumatizzante il cateterismo e l'iniezione delle sostanze embolizzanti nell'organismo.

La mole di lavoro è notevole: nel Servizio di Neuroradiologia vengono eseguire circa 3.600 angiografie l'anno su oltre 800 pazienti, un terzo delle quali a scopo terapeutico per l'embolizzazione di malformazioni artero-venose come gli angiomi e gli aneurismi, cerebrali o midollari, di aneurismi endocranici, di fistole artero-venose e di tumori vascolarizzati cranio-vertebrali. Un utilizzo quindi non solo diagnostico ma anche terapeutico, quello di *Axiom*».

Altre attività espletate nel Servizio di Neuroradiologia terapeutica comprendono il posizionamento degli "stent", cioè delle endoprotesi vascolari a carico degli assi vascolari carotidi o vertebrali. Non ultime le embolizzazioni preoperatorie di neoplasie cranio-spinali e le biopsie della colonna vertebrale. Da ricordare anche le procedure di vertebro-plastica o cifoplastica, mediante le quali è possibile rinforzare vertebre fratturate per cedimento causato da osteoporosi o in seguito a eventi traumatici.

Alessandro Azzoni



l'effettuazione di riprese sia angiografiche che in radioscopia bipolare (anteroposteriori e laterali) in tempo reale.

La macchina è provvista inoltre di una doppia consolle operativa e di valutazione e di iniettore automatico. La macchina è dotata anche di un sistema "road map" bipolare simultaneo che consente di muovere il catetere angiografico all'interno dei vasi dell'organismo umano con la strada "pre-figurata" dalla preventiva iniezione di un mezzo di contrasto, fatto che permette di effettuare un

Rinunciare alle sigarette non sempre è facile.
I consigli per superare la dipendenza da nicotina

Dossier

19

MENO FUMO, PIÙ SALUTE

Lo scorso 10 gennaio è entrata in vigore la legge che estende il divieto di fumo a tutti i luoghi di lavoro pubblici e privati e quindi anche a bar, ristoranti e altri esercizi commerciali. È stata prevista la possibilità di creare locali riservati ai fumatori dotati di impianti di ventilazione e di ricambio dell'aria regolarmente funzionanti. Con la Finanziaria le sanzioni amministrative sono state ulteriormente aumentate del 10% raddoppiandole per chi fuma in presenza di bambini o donne incinte.

Parallelamente, è partita un'impegnativa campagna di informazione sui rischi del fumo e sulla possibilità di dire addio alla sigaretta attraverso metodi più o meno convenzionali e di provata efficacia. L'ambulatorio contro il fumo del Servizio di Medicina delle Dipendenze del Policlinico "Giam-battista Rossi" di Verona è il centro al quale fanno riferimento i pazienti del veronese e anche di fuori provincia. All'ambulatorio per il fumo si accede in modo diretto, contattando telefonicamente (045-8074878 dal lunedì al venerdì, ore 12-13.30) il medico che si occuperà della presa in carico diagnostica del fumatore e che vedrà l'utente nel giro di 10-20 giorni. La visita è gratuita con l'impegnativa del medico di medicina generale. Dopo l'inquadramento diagnostico, il medico può proporre un intervento di gruppo oppure una terapia singola, con modalità personalizzate. Ogni visita singola o di gruppo prevede il pagamento del ticket sanitario.



Equipe del Servizio di Medicina delle Dipendenze diretta da Paolo Mezzelani (secondo da sinistra)

Per capire e curare il tabagismo il dottor Fabio Lugoboni, del Servizio di Medicina delle Dipendenze e referente dell'Azienda ospedaliera di Verona per il programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate ed il professor Paolo Mezzelani, direttore del Servizio di

tabagismo si è sviluppato per periodi ed aree geografiche: fino alla prima guerra mondiale è poco diffuso e riguarda i maschi degli strati sociali medio-elevati; successivamente, e fino al secondo dopoguerra, si ha un aumento nei maschi fino a un picco del 50-80% senza differenze sociali. L'ondata nelle fumatrici donne segue di 10-20 anni. Il Portogallo si trova ancora in questo stadio. Nei Paesi Mediterranei si osserva una graduale diminuzione dei fumatori maschi fino a una prevalenza del 30-40%.

Nella popolazione femminile continua l'ondata e si giunge a percentuali simili ai maschi. L'Italia è da poco entrata in questa fase, con ampie differenze regionali. Intanto nel Nord Europeo si osserva un costante decremento in entrambi i sessi. Si accentua la differenza tra diplomati/laureati e persone con basso titolo di studio, con costante riduzione dei fumatori tra i primi e persistenza del fumo tra le persone di basso livello culturale.

Se il fumo è una malattia valutabile in termini di morbidità e mortalità, allora è la patologia a più alta prevalenza del nostro Paese, dove ogni anno le morti attribuibili direttamente al fumo sono circa 90mila (1/6 del totale). Il

rischio relativo alle patologie fumo-correlate è riportato in tabella I (pag. 20).

L'identikit del fumatore. Secondo dati recenti, in Italia fuma il 31,1% dei maschi e il 22,3% delle femmi-



Medicina delle Dipendenze, hanno riassunto il percorso di diagnosi e cura che ogni paziente deve affrontare, per liberarsi dalla sigaretta.

Epidemiologia della malattia-fumo. Storicamente, in Europa, il

ne, pari al 26,9% della popolazione dai 15 anni in su. I maschi fumatori sono più numerosi al Sud, mentre le fumatrici sono più frequenti nel Centro-Nord. Il Veneto è la regione dove si fuma meno, la Campania dove si fuma di più. Vi è inoltre un fenomeno singolare: mentre tra i maschi i fumatori calano percentualmente con l'aumentare del grado d'istruzione, nelle femmine succede esattamente il contrario.

Se sono in aumento coloro che dichiarano di non aver mai fumato, il fumo resta molto diffuso tra i giovani: tra i 15-24 anni d'età i fumatori correnti sono il 29,1% contro il 26,6% di coloro che hanno più di 24 anni. Nei giovani, inoltre, la differenza tra maschi e femmine scende ai livelli minimi. Il trend nei giovani vede, da un lato, un calo dei fumatori ma anche l'abbassamento dell'età di inizio (*Doxa* 2001-2002). Le cose non vanno molto meglio per le donne in dolce attesa: un'indagine Istat del 2000 ha segnalato che solo il 62% delle fumatrici smette durante la gravidanza, mentre il 29,6% si limita a fumare meno; il 7,1% delle gravide fumatrici continua a fumare senza modificazioni, nonostante sia stato evidenziato che il fumo materno arreca danni nel 38% dei neonati. Sono inoltre circa 4 milioni in Italia i bambini che convivono con un fumatore.

I medici che fumano sono il 22%; ma mentre i maschi fumano come gli altri laureati, seguendo il *trend* prece-



Niente fumo in gravidanza

dentemente descritto per il grado d'istruzione, le femmine laureate in Medicina fumano più delle laureate in altre discipline. In altre parole, essere medico (con tutto il sapere specifico che ciò comporta) non offre alcuna protezione contro il fumo, anzi, essere medico e femmina diventa un fattore di rischio.

La prevenzione e le campagne di educazione sono importanti; ma se consideriamo gli Stati Uniti, noti per la loro irriducibile lotta al fumo, il 24,1% della popolazione adulta è tuttora fumatore corrente e l'uso corrente della sigaretta nei più giovani è ancora presente nel 30% dei casi. Tali dati suggeriscono ancora una volta che il proibizionismo non è il metodo più valido per risolvere i problemi

legati alla dipendenza da sostanze psicoattive; serve piuttosto puntare su informazione capillare ed accessibilità alle cure, nel massimo rispetto dei diritti di chi fuma e di chi non fuma.

Le patologie derivate dal fumo.

L'apparato respiratorio è senza dubbio tra i più colpiti dal fumo: la funzione respiratoria si riduce in relazione alla durata ed alla quantità di esposizione al fumo. Il rischio di associazione con le neoplasie delle vie respiratorie resta elevato: si tratta di tumori frequenti e tra quelle in cui si sono registrati minori successi terapeutici in termini di riduzione di mortalità. I bambini esposti al fumo passivo presentano un aumento di episodi acuti di asma bronchiale e di infezioni respiratorie; sensibili peggioramenti si verificano anche per gli adulti asmatici esposti al fumo passivo. Considerazioni di questo tipo dovrebbero sottolineare l'importanza di avere ospedali senza fumo, nei fatti e non solo nei cartelli.

Il danno prodotto dal fumo è dovuto all'azione irritante dei gas inalati con la nicotina (ammoniaca, cianuro d'idrogeno, ossido d'azoto ecc.) e si manifesta con l'aumento delle secrezioni bronchiali comportando, talvolta, un elevato rischio di fenomeni infettivi acuti favoriti dal ristagno del muco, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Numerose sono le sostanze cancerogene presenti nel fumo inalato, che hanno un'azione infiammatoria e cancerogena anche a livello di esofago e stomaco dove arrivano con la saliva deglutita. Il fumo provoca inoltre reflusso gastroesofageo con tosse e broncospasmo per azione riflessa.

La nicotina origina danni cardiovascolari, aumenta sensibilmente la frequenza cardiaca, causa vasocostrizione con aumento conseguente della pressione arteriosa sia nei valori sistolici che diastolici. Inoltre provoca danni alla parete delle arterie accelerando i processi che portano all'aterosclerosi. Fumare potenzia la produzione di piastrine nel sangue e provoca un aumento del rischio di trombosi.

Rischio relativo per alcune patologie fumo-correlate

	Rischio Relativo	
	Maschi	Femmine
Cancro polmonare	22.4	11.9
Cancro alte vie aeree	24.5	5.6
Cancro dell'esofago	7.6	10.3
Cancro della vescica	2.9	2.6
Cancro renale	3.0	1.4
Broncopneumopatie cronico-ostruttive	9.7	10.5
Ischemia cerebrale	2.2	1.8
Cardiopatia ischemica	1.9	1.8
Ulcera gastrica	3.4	3.4
Ulcera duodenale	4.1	4.1

A livello delle coronarie l'azione patogena del monossido di carbonio causa una riduzione sensibile della capacità di trasporto di ossigeno da parte dei globuli rossi.

Smettere di fumare comporta un dimezzamento del rischio di tumore delle alte vie respiratorie e digerenti dopo 5 anni, una riduzione fino al 70% dopo 10 anni per il carcinoma bronchiale. A questo riguardo è importante far notare che smettere di fumare entro i 45 anni porta il rischio di tumore polmonare a livelli quasi sovrapponibili alla popolazione che non ha mai fumato.

L'ex-fumatore percepisce un rapido miglioramento della funzionalità respiratoria; ciò si verifica anche in età e fasi della malattia avanzate; avverte la rapida scomparsa o riduzione della tosse, vero e proprio calvario di molti fumatori, dovuta al mancato contatto con i gas irritanti del fumo. La rapida scomparsa del monossido di carbonio si accompagna ad un aumento del trasporto d'ossigeno con vantaggi rapidi in termini di ossigenazione e in termini estetici; questi ultimi sono più evidenti nelle donne in virtù della maggior vascolarizzazione sottocutanea.

Il rischio coronarico si riduce del 50% in un anno fino a parificarsi con quello dei non fumatori dopo alcuni anni. Il rischio di ictus si riallinea coi non fumatori dopo 5-15 anni. Nei diabetici che smettono di fumare si ha una netta riduzione dell'arteriopatia periferica degli arti inferiori con notevole limitazione di tutta la patologia legata alle complicazioni microvascolari.

Il tabagismo come dipendenza Il primo contatto con la nicotina avviene quasi sempre tra i 12 e i 25 anni. I primi contatti con la sigaretta sono un fenomeno di tipo sociologico, dove sono rilevanti come fattori favorenti la presenza di amici che fumano, un ambiente di basso livello socioculturale, il desiderio di sperimentare cose proibite, il biso-

gno di sentirsi più adulti, mentre una buona informazione sui pericoli del fumo, la coerenza dell'ambiente familiare ed educativo e soprattutto una buona autostima sono fattori che proteggono.

I primi contatti vengono perpetuati da fenomeni di tipo farmacologico: il giovane si sente meglio fumando. Tale benessere viene vissuto come migliore capacità di concentrazione nello studio e nel lavoro, minor affaticabilità durante lo sforzo fisico e intellettuale; l'effetto ansiolitico dà maggior sicurezza e autostima in un periodo della vita di profonda insicurezza, mentre l'effetto anoresizzante viene ricercato specialmente dalle ragazze, perché dà loro modo di essere più snelle e di inseguire modelli talvolta esasperati di



magrezza.

I sintomi negativi della crisi d'astinenza compaiono dopo poco tempo, quando si riducono o si sospendono per qualsiasi motivo le sigarette; si viene quindi ad aggiungere un fenomeno di tipo tossicologico, caratterizzato dal fumare anche per evitare gli effetti spiacevoli della sindrome da sospensione. Caratteristico sintomo della dipendenza è il *craving*, forte e incontrollabile desiderio di fumare dopo un breve periodo di astensione dal fumo.

La nicotina è sicuramente una droga a tutti gli effetti da cui è difficile sganciarsi per vari motivi.

Il fumo raggiunge in pochi secondi le aree cerebrali, come una iniezione endovenosa. Questo è uno dei

motivi per cui il fumatore che cerca di smettere solo masticando gomme a contenuto di nicotina, sistema ancora tra i più usati e peraltro utili, spesso non prova piacere ma disgusto: la nicotina assorbita dallo stomaco arriva lentamente al cervello (15-20 minuti) e il gusto amaro della nicotina viene percepito disgiunto dall'azione euforizzante.

La nicotina viene usata frequentemente e con costanza: infatti un fumatore accende in media 20 sigarette al giorno (7.300 all'anno) e ne fuma in media 1 ogni 40 minuti.

Le varie sostanze d'abuso danno una diversa dipendenza. Quella della nicotina è alta; una dipendenza è dimostrabile nell'85% di coloro che fumano 4 sigarette al giorno, mentre tra il 78 e l'86% dei fumatori è misurabile una crisi d'astinenza, con gli strumenti diagnostici in uso, alla cessazione della sostanza.

La sigaretta dà inoltre la possibilità al fumatore di acquisire un perfetto controllo sulla sostanza, molto più efficiente rispetto alle altre droghe, può autodosare il fumo (attraverso il numero, la frequenza e l'intensità delle boccate) secondo le sue esigenze psicofisiche: più nicotina se si sente agitato (e la nicotina avrà un effetto rilassante), meno nicotina, ma costante, se si richiede una azione psicostimolante. La droga crea una modificazione in aree cerebrali a forte componente emotiva dove la mancanza della droga stessa viene percepita come un pericolo per la sopravvivenza.

Diagnosi di nicotino-dipendenza

In medicina la diagnosi è un momento fondamentale per poter attuare un efficace processo curativo e, per nostra fortuna, nel caso del tabagismo, è anche la parte meno complessa. È evidente che la gravità di una patologia ci indicherà il tipo di trattamento più opportuno. Uno strumento semplice e validato per rispondere a questi quesiti è senz'altro il FTND (*Fagerstrom test for nico-*

tine dependence - in Tab. II pag. 22), che ogni medico dovrebbe essere in grado di somministrare ai suoi pazienti fumatori; è di immediata comprensione e permette anche al fumatore di rendersi conto del suo grado di dipendenza; in genere è sempre un contraccolpo emotivo scoprirsi schiavi di qualcosa. Ci sono altri due aspetti che è bene indagare prima di qualsiasi indicazione terapeutica: il livello d'umore del nostro paziente e la sua motivazione al cambiamento. Anche in questo caso non si tratta di valutazioni specialistiche, bensì di valutazioni alla portata di qualsiasi medico, anche con limitata disponibilità di tempo. In questo caso la scelta dei test è molto più opinabile. Per valutare la depressione qualsiasi test di autovalutazione può andare bene; per ragioni di praticità possiamo indicare il test SDS di Zung, molto semplice e poco invasivo poiché autosomministrato, ma ve ne sono altri altrettanto validi.

Il vedersi diagnosticare un umore depresso (con tanto di punteggio) spinge, in genere, il soggetto a chiedere aiuto piuttosto che a ritirarsi. Se il paziente è depresso prima di smettere, lo diverrà in grado marcato in seguito e ciò lo renderà infelice del cambiamento e facile preda di ricadute. Ricordiamo che una buona motivazione e/o un buon tono dell'umore può renderci ottimisti per l'esito del trattamento anche in presenza di un FTND molto alto e viceversa.

Il problema della motivazione

Prima di iniziare a parlare di terapia è necessario soffermarci sul problema cruciale della motivazione. Nell'ambiente medico italiano è ancora molto radicato un colloquio col paziente che comporta un confronto: da una parte sta il medico che detiene una verità scientificamente provata e dall'altra il paziente che tace o relativizza quanto gli viene detto e, per esempio, al consiglio di smettere perché il fumo è veleno per i polmoni, si giustifica sostenendo che anche l'aria che si respira è inquinata. Il medico sente di aver fatto il suo dovere ma il comportamento errato è destinato a non modificarsi e, più il

Test di Fagerstrom - Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)		
Domanda	Risposta	Punti
1. Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	6-30 minuti	2
	31-60 minuti	1
	dopo 60 minuti	0
2. Trova difficile astenersi dal fumo in luoghi dove è vietato?	Sì	1
	No	0
3. Quale sigaretta le dispiacerebbe maggiormente non fumare?	La prima del mattino	1
	Qualsiasi altra	0
4. Quante sigarette fuma in una giornata?	0-10	0
	11-20	1
	21-30	2
	>=31	3
5. Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che nel resto della giornata?	Sì	1
	No	0
6. Fuma anche se è tanto malato da dover rimanere a letto tutto il giorno?	Sì	1
	No	2
Interpretazione del test - Grado di dipendenza: da 0 a 2 punti, basso; da 3 a 4 punti, medio-basso; da 5 a 6 punti, medio-alto; da 7 a 8 punti, alto; da 9 a 10 punti, molto alto.		

medico insiste nel confronto, più il paziente si ritrae, tace, evita confronti successivi. Il modello teorico che sta dietro a tutto ciò nasce dallo studio degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, due ricercatori che hanno interpretato molto bene le difficoltà ad abbandonare un comportamento errato o dannoso. Tali studi hanno indotto a puntare sul colloquio motivazionale da contrapporre al tipo di approccio precedente e che si sviluppa per fasi.

Precontemplazione. Il soggetto in questo stadio sembra non consapevole della propria condizione e non preoccupato delle conseguenze del suo agire. Nel dialogo il fumatore sembra impermeabile anche alle constatazioni più evidenti. La durata di questo periodo è potenzialmente illimitata e frequentemente l'operatore vede il soggetto per altri motivi oppure vi è condotto dai familiari.

Contemplazione. La persona diviene consapevole della propria condizione patologica, ma non si sa decidere ad evolvere, tergiversa, si sente debole, impreparato, ambivalente; si aggrappa al terapeuta per poi rifiutare o rimandare il programma proposto. Questo stadio può durare a lungo.

Determinazione. Il soggetto raggiunge in questo stadio il momento decisionale; il lato problematico della dipendenza supera gli aspetti emozionali positivi; è uno stadio di breve durata che porta rapidamente al successivo o che viene perso se il terapeuta rimanda eccessivamente l'inizio dell'intervento.

Azione. Il soggetto smette di fumare: è fragile nella sua sofferenza ma vuole riuscire. Per definizione questa fase non dura più di sei mesi.

Mantenimento. Il cambiamento viene incorporato e diviene stile di

vita. Questo stadio porta ad un bivio: da un lato all'uscita definitiva cioè la guarigione, dall'altro alla ricaduta.

Ricaduta. È l'aspetto più frustrante e tipico delle dipendenze. Il paziente ricade in precontemplazione.

Terapia farmacologica. L'ambulatorio per il fumo che fa capo al Servizio di Medicina delle Dipendenze propone interventi di gruppo che si tengono in genere al Policlinico nel tardo pomeriggio e constano di cinque incontri nell'arco di due mesi. I partecipanti ricevono un supporto nicotinico (cerotti, gomme, inhaler, compresse sublinguali). Può tuttavia essere scelto il percorso individuale, attraverso terapie singole che prevedano l'uso di derivati nicotinici, farmaci, agopuntura, oltre al supporto comportamentale. Tutte i sistemi elencati di seguito vengono utilizzati dal Servizio del Policlinico. Le terapie proposte hanno alcuni effetti dimostrabili, altre no, sia perché inefficaci sia perché metodologicamente non facilmente valutabili, come l'agopuntura.

NRT (Nicotine replacement treatment). L'uso di nicotina a scopo medico per smettere di fumare è tuttora considerato il trattamento di riferimento dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; ciò vuol dire che ogni nuovo trattamento deve misurarsi con il NRT. Il principio è semplice: poiché il fumatore è dipendente dalla nicotina, si somministra la sostanza per altra via fino a che il paziente non fuma più. Una volta stabilizzato, la nicotina viene somministrata a dosi decrescenti fino a sospenderla del tutto; tutto questo dovrebbe avvenire in circa 1-3 mesi, quindi con un trattamento lungo. In Italia, a differenza di altri Paesi dove l'NRT ha avuto e ha largo impiego, il trattamento è stato poco e male applicato; complice forse una scarsa informazione da parte della classe medica, il trattamento è stato spesso (auto)somministrato per pochi giorni o settimane, vanificando così le sue potenzialità.

Cerotti. È il trattamento più usato

assieme alle gomme. Si applica un cerotto sulla cute la mattina al risveglio e lo si toglie la sera prima di addormentarsi; la cessione di nicotina è graduale e dà livelli di nicotinememia diurna costanti. Il trattamento va proseguito per circa due mesi. Si raccomanda di togliere il cerotto la notte (potrebbe anche dare insonnia), di cambiare posto di applicazione (può causare irritazione). Il punto di forza dei cerotti sta nella costanza del rilascio di nicotina ma questo è anche il punto debole del trattamento: spesso infatti il paziente tende a fumare nei momenti di stress (maggior fabbisogno di nicotina) mentre lo stesso paziente può essere infastidito dall'eccessivo carico nicotinico nei momenti di relax, con irritabilità, nausea e palpitazioni. È da usare con cautela nei coronaropatici anche se gli studi più recenti hanno minimizzato il rischio di complicazioni cardiovascolari.

Gomme. Anche questo è un trattamento molto applicato. Si tratta di masticare a fondo delle gomme contenenti 2 oppure 4 mg di nicotina. Devono essere masticate a lungo (ca. 30 minuti) perché venga assorbito almeno il 90% di nicotina. La dose da 4 mg si è dimostrata molto più efficace di quella da 2 mg. Permettono al paziente di variare la nicotinememia nelle diverse ore del giorno, anche se è consigliabile per il paziente masticare a intervalli regolari piuttosto che al bisogno, vista la lentezza dell'assorbimento rispetto alla sigaretta. Il gusto è in genere percepito cattivo ma sono disponibili anche in versione aromatizzata alla menta (attenzione ai pazienti con reflusso gastro-esofageo); altri effetti collaterali: bruciore in bocca e in gola, nausea, singhiozzo.

Microtab. Sono compresse da tenere sotto la lingua. Danno i livelli più alti di nicotinememia e sono quindi indicate per i fumatori più forti. Gli effetti collaterali sono simili alle gomme.

Inhaler. Sono unità che rilasciano, aspirate attraverso un bocchino,

bassa quantità di nicotina polverizzata, cosicché il paziente deve continuamente aspirare per sentire il beneficio. Di tutti questi presidi è quello che dà la più bassa nicotinememia. Può essere utile nei pazienti che danno alla gestualità un'importante componente di dipendenza.

Bupropione. Usato per anni in molti Paesi come antidepressivo è stato di recente rilanciato come farmaco antifumo, poiché l'osservazione clinica ha riportato un numero significativo di cessazione spontanea del fumo in pazienti depressi in terapia. Il farmaco ha alcune caratteristiche di grande interesse per il medico: l'effetto *anticraving* controlla il desiderio di fumare, dopo il periodo di astensione, l'effetto anoressizzante controbilancia bene l'aumento di appetito che si osserva nel fumatore che smette, l'effetto stimolante sostiene il fumatore dal torpore che insorge nei primi giorni di astinenza, l'effetto antidepressivo aiuta a sostenere l'umore. Il farmaco ha una indubbia efficacia ma può essere inutile se il paziente non è motivato o, peggio, spinto dai familiari. Da parte del medico si raccomandano visite o contatti settimanali, anche telefonici, fino alla fine del trattamento. Il farmaco non è scevro da effetti collaterali ed è ancora sotto osservazione in molti Paesi, quindi se il paziente non viene seguito si rischia che al primo disturbo la terapia venga abbandonata senza possibilità di appello con pronta ripresa del fumo. Il costo del farmaco è piuttosto elevato. Si può sicuramente associare a un trattamento NRT avendo dimostrato un buon sinergismo e migliori risultati che con il singolo trattamento.

Terapia non farmacologica. I trattamenti non farmacologici proposti sono alcuni validati, anche se di limitata disponibilità come l'ipnosi, altri di validazione più controversa come l'agopuntura, altri, pur molto praticati, del tutto privi di basi scientifiche come la pranoterapia. La terapia non farmacologica diventa di riferimento nel caso della fumatrice gravida oppure in caso di

controindicazioni o provata inefficacia delle terapie farmacologiche. Ci soffermeremo brevemente su due di questi: il *rapid smoking* per la sua facile applicabilità e l'agopuntura per la buona disponibilità di offerta terapeutica.

Metodi avversativi

Negli ultimi anni sono stati proposti alcuni metodi comportamentali di tipo avversativo per smettere di fumare, dei quali il più noto è il *rapid smoking*. Si basa sul principio che creando un rinforzo negativo nel paziente che vuole smettere di fumare si può ottenere una duratura astinenza dal fumo. Tale rinforzo negativo si può facilmente ottenere invitando il paziente a fumare molto rapidamente le sue sigarette (qualche rischio di tachicardia) oppure tenendo a lungo il fumo in bocca. Tali metodi hanno dato risultati discreti, non provati attualmente dagli studi di metanalisi che incoraggiano però ulteriori ricerche.

Agopuntura

Tra le terapie non convenzionali agopuntura è una tecnica sempre più impiegata e con una documentazione scientifica crescente. Se da un lato non esiste in medicina tradizionale cinese un protocollo per la dipendenza da sostanze (perciò non deve stupire se alcuni ottimi agopuntori non trattano il tabagismo), da un altro vi è un'ampia offerta di trattamenti con punti, tipo di aghi, frequenza di sedute e modalità di approccio molto diverse.

Il problema dell'incremento corporeo

Un incremento corporeo di entità variabile si verifica nell'85% dei pazienti che smettono di fumare. Ciò avviene principalmente per tre motivi: perdita dell'azione anoressizzante della nicotina, abbassamento del tono adrenergico, accentuata oralità compensatoria, perché il soggetto sente il bisogno continuo di mettere qualcosa in bocca, meglio se dolce, per autograttificarsi.

Se il paziente viene adeguatamente seguito, l'incremento ponderale può essere minimo (2-3 kg) tanto da essere agevolmente perso nel giro di 2-4



Polmoni sani a sinistra e polmoni di un fumatore

mesi; aumenti peraltro di decine di chili sono di frequente riscontro, soprattutto nei soggetti non seguiti dal medico. Poiché il timore di aumentare di peso è quasi la regola nei fumatori più giovani è importante far presente al paziente alcuni punti: quasi tutti aumentano di peso, ma poco e per poco tempo, come avviene spesso durante le festività natalizie, l'aumento di peso può essere contenuto bevendo molta acqua e mangiando più frutta e verdura, abolendo per qualche tempo gli alcolici. Occorre scoraggiare i pazienti in sovrappeso dall'intraprendere una dieta contemporaneamente allo smettere di fumare e ricordare che per parificare il rischio cardiovascolare del fumo ci dovrebbe essere, in un fumatore medio, un incremento di peso di 35 kg, l'effetto antiestetico dell'aumento di peso viene facilmente compensato dagli effetti positivi sulla pelle, sui denti, sull'alito visibili fin dai primi giorni.

Come evitare le ricadute Solo una minoranza dei fumatori riesce a raggiungere una astinenza permanente dopo un iniziale tentativo di smettere. Una ripresa della consuetudine tabagica può avvenire più o meno rapidamente. Tale rapidità sarà tanto maggiore quanto più alto era risultato il punteggio al FTND (test di Fagerstrom) al momento della cessazione: ci sarà da aspettarsi che i soggetti con bassi punteggi fumino ancora in modo incostante dopo 3-4

settimane dalla ricaduta mentre quelli con alti punteggi al FTND tenderanno a riprendere lo stesso numero di sigarette fumate un tempo dopo solo qualche giorno. Per fare fronte a tale rischio ci sono alcuni consigli che si possono dare.

Il paziente deve riuscire a riconoscere che non sono le occasioni o quello che fanno gli altri che può portare a ricadere, ma quanto avviene interiormente. Non si rischia di ricadere perché si è a una cena dove molti fumano, ma perché si è disponibile a farsi offrire o a chiedere una sigaretta. Inoltre occorre sapere che non servono giuramenti o impegni vincolanti con se stessi o con i familiari: tanto più si pone enfasi nello smettere, tanto più diviene difficile il recupero in caso di ricaduta.

Il terapeuta, soprattutto se non specialista, deve ricordare alcune considerazioni e ciò che è necessario attivare contatti frequenti nel tempo, anche molto brevi, per tenere alta la motivazione del paziente. A tale scopo molto utile si è dimostrato anche il contatto telefonico, inoltre non bisogna colpevolizzare mai il paziente, nemmeno quando sbaglia in modo plateale. Il medico in particolare ha un ruolo fondamentale e riconosciuto negli interventi di disassuefazione dal fumo. Ogni medico, anche se fumatore, deve sentire quest'obbligo professionale ed etico che può avere importanti risultati in termini di anni di vita salvati.

Nascere prima del tempo

di Lidia del Piccolo*

Se il bimbo è prematuro, mamma e papà vivono l'evento come un trauma

Le nuove tecniche terapeutiche hanno reso possibile la sopravvivenza di neonati con età gestazionale e peso sempre più bassi.

Attualmente i parti prematuri sono oltre il 10% di tutte le nascite (Latmiral & Colombo, 2000) e il limite biologico rispetto al quale c'è speranza di vita si è fissato tra le 23 e le 24 settimane di età gestazionale, cioè il numero di settimane che il bambino ha trascorso nell'utero materno (durata della gravidanza).

L'aumento della probabilità di sopravvivenza di questi piccoli, così diversi dal neonato che conosciamo e immaginiamo, ha permesso agli operatori, in primis, di guardare a questi bambini come a persone e quindi di recepirne i complessi bisogni, osservandone le reazioni e fornendo, per quanto possibile, un ambiente in grado di vicariare al meglio la funzione contenitrice dell'utero.

Tuttavia, un bambino nato pretermine è un essere fragilissimo, con un rischio di morte e di lesioni molto alto e, nel contempo, con enormi potenzialità di sviluppo. Questo fa sì che il lavoro accanto a questi piccoli esseri sia particolarmente logorante, comportando un'intensa sollecitazione emozionale dovuta sia all'essere quotidianamente in contatto con la morte, sia al tipo di cure richieste, che consistono in manovre spesso ripetitive e talvolta cruente. Ciò attiva negli operatori sanitari vissuti ambivalenti, in cui è difficile scindere la competenza tecnica dal coinvolgimento emotivo.

A complicare il quadro, si aggiunge poi l'inevitabile e necessaria presenza dei genitori, i quali si trovano spesso confusi a dover affrontare un difficile cammino fatto di incertezze, delusioni, interminabili attese. La nascita pretermine fa sì che si interrompa, spesso bruscamente, quel lavoro di gestazione psicologica che la coppia intraprende durante la gravidanza e che consente di elaborare il passaggio all'accoglimento del nuovo bambino. La frequente impossibilità di un contatto fisico immediato e l'attesa che intercorre tra il momento della nasci-

ta e l'effettiva possibilità di stabilire una reciprocità corporea con il proprio piccolo, lascia nei genitori la sensazione di un vuoto e di un'intensa sofferenza mentale, caratterizzata da sensazioni di inutilità, impotenza, colpa, disperazione. Nella madre con-



vivono sentimenti contrastanti: da un lato la sensazione di aver realizzato un'"opera incompiuta", di non essere stata in questo senso una "brava madre", dovendo poi affidare il proprio piccolo alla cura di altre figure, dall'altra il bisogno di "riparare", di fare tutto il possibile, se la disperazione non è tale da mettere in atto meccanismi di lutto anticipato (convincendosi che il bambino non ce la potrà fare, evitando di "affezionarsi troppo") o sentimenti di rabbia e colpa ("perché è capitato proprio a me"). La vista del neonato in incubatrice rappresenta la conferma della "diversità" del bambino, della sua vul-

nerabilità e fragilità estreme e dell'impossibilità da parte della madre di offrirgli protezione e cura, di non averlo saputo "difendere". La fragilità e l'incompiutezza del piccolo si riverberano così nei genitori che, a loro volta, si sentono più incerti e insicuri.

L'équipe e la presenza di figure di supporto psicologico assumono qui un ruolo potenzialmente determinante: offrire uno spazio in cui i sentimenti di confusione, disperazione, inutilità, impotenza, incertezza possano essere accolti, pensati e circoscritti, consente di costruire la condizione mentale perché il bambino possa essere accolto. La presenza mentale accanto al bambino è un compito molto difficile, tuttavia è una tappa indispensabile per offrire al bambino il contenimento fisico e psichico di cui ha bisogno.

Analogamente, aiutare i genitori a rinvenire gli aspetti "belli" del loro piccolo, tanto diverso da quello atteso, può aiutare a scoprire nel bambino non solo le caratteristiche che evocano la malattia e la morte, ma anche gli attributi più vitali, le qualità uniche, le particolarità, che aiutano a porre le basi di una relazione intima e profonda.

Facilitare i genitori a riconoscere le peculiarità del loro piccolo, farli sentire partecipanti attivi del suo benessere (ad esempio, confermare alla mamma che è il suo latte a essere dato al suo piccolo e che non è mescolato ad altri) consente quel coinvolgimento che permette di tollerare l'attesa, l'estraneità, la separazione che la situazione necessariamente impone.

Se so di poterti riconoscere, di poter fare qualcosa per te, allora diventi unico per me e potrò accoglierti di nuovo, cullandoti tra i pensieri e le mani...

(Referenze)

Latmiral & Colombo (a cura di). *Pensieri Prematuri*. 2000 Edizioni Borla s.r.l. Roma)

* ricercatore in Psicologia clinica
Università degli Studi di Verona

ATTENTI ALL'ORMONE

Si chiama ipertensione essenziale e ne soffre il 92-95% delle persone affette da pressione alta. Non se ne conoscono le cause, pertanto tutti i pazienti vengono curati allo stesso modo, con il fine non di debellare la patologia, ma di ridurre i valori pressori, tramite terapia farmacologica.

Questo modo di procedere da alcuni anni è stato messo in discussione da molte ricerche internazionali, le quali hanno indicato l'iperaldosteronismo primario come la causa del 10-20%, fino a punte del 40% di tutti i casi di pressione alta che richiedono il ricovero in ospedale. Un risultato importante, ma che interessa solo una piccola fetta di soggetti affetti da ipertensione essenziale, appunto quelli più gravi.

E gli altri? Ad aggiungere un importante tassello allo studio di questa patologia è intervenuto "The Bussolengo study", la ricerca effettuata nell'Ulss 22 dai medici di Medicina generale in collaborazione con l'équipe del professor Roberto Corrocher dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona. Con questo studio – pubblicato dall'autorevole rivista medica *The journal of clinical endocrinology&metabolism* – per la prima volta la ricerca sull'ipertensione si è spostata dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, fornendo risultati che possono essere scientificamente applicabili a tutta la popolazione dell'Europa occidentale.

Infatti la ricerca, partita dalla Fimmg (Federazione dei medici di medicina generale) provinciale, è stata effettuata su un campione, scelto con metodo random, di 1.500 individui adulti (tra i 35 e i 74 anni), rappresentativi, per distribu-



Da sinistra, Alberto Ciacciarelli, coordinatore dei medici di base dell'Ulss 22, e Oliviero Olivieri, professore di Medicina interna e coordinatore della ricerca



zione di età e di sesso, dell'intera popolazione del distretto (pari a 125mila persone). Le persone "prescelte" sono state contattate per lettera e invitate a presentarsi presso i loro medici di base. Da alcuni esami è risultato che il 30% dei soggetti analizzati era iperteso.

A questo punto è subentrata l'équipe della Clinica di medicina interna B dell'ospedale "Giambattista Rossi", che ha analizzato i prelievi ematici eseguiti, rilevando che il 32,4% conteneva una quantità eccessiva di aldosterone. Questo ormone è prodotto dalla corteccia surrenale, ed è molto importante nel metabolismo idrosalino, in quanto controlla i valori di sodio e di potassio presenti nel sangue. «Pensavamo che iperaldosteronismo fosse causa della malattia in una piccola parte di ipertesi – spiega il professor Oliviero Olivieri, che ha coordinato la ricerca – invece può essere il motivo di una grande fetta di affezioni, anche le più blande».

Ma quali sono le conseguenze di questo studio? «Innanzitutto – risponde il dottor Alberto Ciacciarelli, coordinatore dei medici di base dell'Ulss 22 – si è trovata la causa della pressione alta in molti

soggetti che prima erano considerati affetti da ipertensione essenziale. E quindi possiamo curarla con un farmaco specifico».

La molecola in questione è lo spironolattone, sul mercato da moltissimi anni a costo molto inferiore rispetto ai farmaci per la pressione alta di ultima generazione. Per tener sotto controllo l'ormone incriminato ne basta una capsula al giorno di 25mg, per una spesa giornaliera, a carico del Servizio sani-

tario nazionale, di 13 centesimi. Oggi lo spironolattone viene usato solo nell'1% delle persone affette da pressione alta, in presenza di iperaldosteronismo accertato.

Oltre a imprimere una svolta nella diagnosi dell'ipertensione essenziale, "The Bussolengo study" ha dimostrato che potrebbe essere effettuato, senza eccessive complicazioni, uno screening per la determinazione delle cause responsabili della pressione alta. Per giungere ai risultati della ricerca, infatti, è stato eseguito un semplice prelievo, per determinare la quantità di aldosterone nel sangue in rapporto a quella della renina, cioè l'enzima che attiva la secrezione dell'ormone. Tale esame, indicato con la sigla ARR, è considerato un mezzo di screening più efficace e sensibile di altri esami, come la stessa aldosteronemia, la reninemia o l'aldosteronuria.

Ora lo studio proseguirà con la somministrazione del farmaco ai soggetti colpiti da iperaldosteronismo. La seconda fase della ricerca sarà finanziata dalla Regione Veneto con 30mila euro, mentre la prima fase è stata sostenuta economicamente dall'Ulss 22 e dall'Università di Verona.

Il 25% della popolazione adulta soffre di patologia emorroidale. Ne sono colpite in prevalenza le donne

Cure

27

DISTURBO CHE SI TACE

Imbarazza parlarne perché condiziona negativamente la qualità della vita di un numero crescente di persone. A soffrire di patologia emorroidaria è il 25% della popolazione adulta, il 50-80% degli ultracinquantenni, in prevalenza donne con più di una gravidanza alle spalle, che abbia comportato un significativo aumento di peso.

In genere la patologia, che nel 40-50% dei casi è ereditaria ed è particolarmente frequente nei soggetti che soffrono di patologie vascolari, viene inizialmente trascurata, poi quando i sintomi si fanno più frequenti e fastidiosi si ricorre al medico di famiglia, che troppo spesso sottovaluta il problema, prescrivendo semplicemente supposte, pomate o compresse.

«Tutte terapie mediche sintomatiche che tolgono momentaneamente dolore e fastidio, ma non risolvono il problema, perché le emorroidi restano e si manifesteranno nuovamente. È meglio invece risalire alle cause» spiega Giangaetano Delaini, presidente della Società italiana di chirurgia colo-rettale (402 soci, 55 unità operative) e responsabile dell'Unità di Coloproctologia del Policlinico di Borgo Roma, aggregata alla chirurgia "A".

«Appena la defecazione è accompagnata da tracce di sangue, il paziente deve essere visitato e sottoposto a colonscopia o rettoscopia – indica Delaini – a volte, infatti, si attribuisce la perdita di sangue a emorroidi, mentre invece si è in presenza di una patologia più grave come un cancro del retto, della prostata, della malattia o di malattie infiammatorie. Così magari si arriva a diagnosticare un cancro con uno o due anni di ritardo, semplicemente perché si è scambiata la perdita ematica per un sintomo di emorroidi».

Ed ecco il consiglio degli esperti della Società italiana di coloproctologia: «Dopo i cinquant'anni uomini e

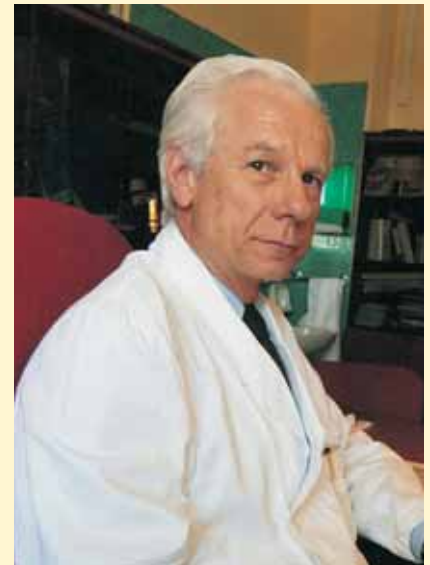
L'attività di reparto e ambulatoriale dell'Unità di Coloproctologia del Policlinico "G. Rossi"

L'Unità di Coloproctologia del Policlinico "Giambattista Rossi", guidata dal dottor Giangaetano Delaini, coadiuvato dal collega Filippo Nifosì, svolge un'attività diversificata in reparto, ma anche in una serie di ambulatori, a disposizione dei pazienti alla ricerca di consigli qualificati e visite specialistiche.

Ecco le cifre dell'attività chirurgica svolta nel corso del 2003 su pazienti ricoverati, con complessivi 391 interventi al colon, retto e ano, 198 per patologie neoplastiche, 98 per patologie infiammatorie (diverticolite, rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn), 95 per patologie ano-perineali (emorroidi, ragadi, fistole, insufficienza sfinteriale). I 31 posti letto della chirurgia "A" sono per l'75% occupati da pazienti che hanno subito interventi di questo genere. C'è poi l'attività ambulatoriale dedicata a tutta la patologia anoperinale, alla diagnosi e cura di ragadi, emorroidi e fistole e ai problemi del colon.

L'accesso agli ambulatori è possibile con impegnativa del medico di medicina generale, telefonando all'accettazione del Policlinico (045.8074086/8074087).

Dal '76 il dottor Delaini è anche responsabile del "Centro riabilitazione per stomizzati ed incontinen-



Giangaetano Delaini, presidente della Società italiana di chirurgia colo-rettale e responsabile dell'Unità di Coloproctologia del Policlinico "G. Rossi"

ti": si tratta di un ambulatorio programmato, gratuito finalizzato alla riabilitazione dei pazienti stomizzati, operati anche in altre sedi.

Il centro si dedica, inoltre, alla preparazione di infermieri professionali con corsi specifici per la riabilitazione entero-stomale e per la gestione dell'incontinenza fecale. Due volte all'anno vengono organizzati anche incontri informativi con i pazienti.

va. za.

donne dovrebbero sottoporsi a una colonscopia. Nel caso in cui i pazienti abbiano avuto uno dei due genitori con un cancro al colon, il monitoraggio va anticipato ai quaranta perché l'ereditarietà della malattia è dimostrata», sottolinea Delaini.

Una volta accertato, attraverso

esami diagnostici, che si tratta di emorroidi che cosa occorre fare?

«Non pensare di ricorrere immediatamente al bisturi. Troppi in Italia finiscono in sala operatoria: circa il 40% dei pazienti contro il 20% degli Usa. Succede con eccessiva frequenza che si indirizzino i pazienti all'intervento chirurgico piuttosto che

Per prevenire le emorroidi è necessario evitare la stipsi attraverso una corretta alimentazione e l'attività fisica

Il nemico numero uno da combattere per eliminare l'insorgenza di emorroidi è la stipsi.

Per chi soffre di stitichezza cambiare stile di vita è dunque un imperativo a partire dall'alimentazione. È importante bere molto, consumare frutta e verdura, evitare di assumere alcolici in notevole quantità o superalcolici e ricorrere con moderazione a cibi che possono essere irritanti come pepe, peperoncino, cioccolato fondente.

Per curare la stipsi è inoltre consigliabile svolgere attività fisica. Le emorroidi si possono prevenire seguendo anche elementari norme igieniche come quella di limitare, o meglio evitare, l'uso di carta igienica, poiché i detriti di cellulosa sono irritanti e preferire il bidet con acqua a temperatura ambiente e sapone acido.

Se un paziente, pur rispettando le norme alimentari, comportamentali e igieniche, continua a confrontarsi, solo periodicamente con la malattia, è sufficiente una volta l'anno una visita specialistica. «Sono fondamentali

l'esplorazione rettale, un colloquio con il paziente e l'osservanza delle regole dietetiche: le emorroidi in questo caso non scompaiono, ma è possibile convivere con il disturbo», spiega il dr. Delaini.

Questi consigli e altre informazioni utili sulla patologia e sui centri in cui si cura sono contenuti in un depliant informativo, rivolto ai pazienti, che i sanitari dell'Unità di coloproctologia stanno predisponendo e che è stato presentato a settembre al congresso nazionale della Società italiana di chirurgia colo-rettale (Siccr).

«Il depliant è stato studiato per illustrare anche le metodiche chirurgiche e le complicanze delle quali nessun intervento è privo. Ai pazienti consigliamo comunque di diffidare dagli specialisti che propongono un'unica soluzione al loro problema: anche intervenendo chirurgicamente sono possibili varie soluzioni. La tipologia di intervento chirurgico deve essere scelta a seconda del quadro clinico e dell'esperienza del chirurgo».

va. za.

approfondire il caso tentando una cura».

In quali casi è opportuno intervenire chirurgicamente?

«Le emorroidi possono essere di vario grado. Nel caso siano di terzo o quarto grado può essere indicato ricorrere alla sala operatoria: non si tratta più di un intervento doloroso com'era in passato. Il paziente dev'essere aiutato a superare timori e perplessità.

All'operazione, che dev'essere preceduta obbligatoriamente da una colonscopia, segue un ricovero di uno o due giorni. In alcuni centri ospedalieri è possibile eseguire gli interventi in day surgery con dimissione in giornata.

Personalmente non sono favorevole a un ricovero così breve e ritengo che il paziente abbia diritto a una degenza post-operatoria adeguatamente controllata. L'intervento chirurgico, nel caso sia indicato, risolve in modo definitivo il problema».

Quali sono le principali tecniche per risolvere i problemi di emorroidi?

«Occorre suddividerle in metodiche chirurgiche e trattamenti conservativi. Si può evitare di ricorrere al

bisturi quando la patologia non è di terzo o quarto grado, ma si presenta sporadicamente e con modesta sintomatologia.

Se le misure dietetiche e uno stile di vita più equilibrato non contribuiscono a risolvere il problema, ci si può affidare alle procedure ambulatoriali mini invasive. È il caso della scleroterapia effettuabile con un'iniezione di sostanze che chiudono i vasi sanguigni che alimentano le emorroidi. Naturalmente la tecnica può essere usata in caso di emorroidi piccole e isolate».

Si usa ancora la legatura?

«La legatura elastica si usa, sempre in caso di manifestazioni della patologia isolate. Con un particolare cappio a molla la legatura strozza il nodulo emorroidario. Se si tratta di emorroidi di secondo grado c'è anche una tecnica più moderna, la legatura con sonda doppler: lo strumento consente di identificare l'arteria emorroidaria chiudendola con un punto di sutura. Nella scleroterapia e nei due casi di legatura l'emorroide va in necrosi e il problema si risolve senza intervento».

Quando invece lo stadio della patologia è più avanzato?

«Occorre affidarsi al chirurgo. Per le emorroidi di terzo grado si ricorre alla prolassectomia secondo Longo, una procedura ideata da un chirurgo italiano che rappresenta la novità più importante nel campo degli interventi chirurgici.

L'intervento prevede l'escissione del prolasso mucoso all'interno del canale anale attraverso una suturatrice meccanica, che non danneggia il plesso emorroidario riportandolo all'interno del canale anale. La procedura ha il vantaggio di non provocare cicatrici esterne e di ridurre il dolore post operatorio: utilizzando questa tecnica anche l'emorragia risulta ridotta.

Per pazienti che presentano emorroidi esterne non riducibili, cioè di quarto grado, si ricorre invece alla tipologia di intervento tradizionale, cioè alla tecnica Milligan e Morgan, che comporta comunque l'escissione del nodulo emorroidario.

La novità sta in questo caso nei nuovi bisturi a radiofrequenza e a ultrasuoni, già ampiamente utilizzati nella chirurgia laparoscopica. Il loro utilizzo facilita l'intervento e riduce il dolore post operatorio».

Valeria Zanetti

Un progetto nel Paese himalayano per dare alla popolazione opportunità di riscatto economico

Cooperazione

29

SOLIDALI CON IL NEPAL

Chi ama la montagna, e sogna la natura maestosa dell'Himalaya in cui "c'è qualcosa di primordiale, di favoloso ed eccessivo" e in cui "si avverte, come sussurrata e suggerita, la presenza vicina dei colossi di sette e ottomila metri" – citando il magnifico Fosco Maraini –, purtroppo scomparso pochi mesi fa, non avrà dimenticato il Progetto "Una scuola in Nepal" promosso da Fausto De Stefani, noto nel mondo alpinistico per aver salito tutte le quattordici vette della terra oltre gli 8.000 metri, e dal sotto-scritto.

Tale progetto, presentato anche a Verona nel 2001, prevedeva la costruzione di una scuola, la "Rarahill Memorial School", con annesso convitto per l'accoglienza di bambini di strada a Kirtipur, cittadina non lontana da Katmandu, capitale del Nepal.

Molti veronesi hanno creduto in questo progetto e hanno aiutato i promotori a raccogliere la cifra prevista per la costruzione della scuola. Ebbene, la scuola è stata felicemente costruita (posa della prima pietra, durante una toccante cerimonia in mia presenza il



Il Nepal. Sotto, bimbi nepalesi con un volontario

18 aprile 2002, l'inaugurazione il 25 maggio 2003 alla presenza di Fausto De Stefani). La scuola, frequentata da 650 bambini, è operativa e garantisce ora un'educazione di base fino al livello equivalente delle nostre scuole medie.

"Una scuola in Nepal" può essere considerata come la prima parte di un progetto più ampio. Un nuovo progetto,

infatti, sostenuto da Fausto De Stefani e da Elio Mutti ha l'obiettivo di realizzare una scuola professionale orientata alla conoscenza, alla valorizzazione e alla difesa dell'ambiente himalaiano: competenza professionale come opportunità di riscatto sociale ed economico in un Paese dalla povertà disarmante. E chissà che sull'onda di questi importanti progetti si inserisca il mio sogno di realizzare in futuro un ospedale in Nepal (ovviamente... con un buon reparto di ortopedia).

Fabrizio Zamperlioli

Dirigente medico 1° Livello

1° e 2° Divisione Ortopedia

e traumatologia

Azienda ospedaliera di Borgo Trento

Primario dott. Massimo Marcer



Per contribuire al progetto "Una scuola professionale in Nepal" versamento sul C.C.P. n° 14866461 intestato a "Fondazione senza Frontiere" – Onlus - Codice Fiscale: 90008460207 - Via Appollonio 6; Castel Goffredo (Mn). Nello spazio della causale deve essere indicato: Scuola in Nepal. Responsabile in Nepal del progetto: Narayan Maharjan, Rarahil Memorial School, Kirtipur – Katmandu. Responsabile finanziario in Italia: Fausto De Stefani "Fondazione senza Frontiere" - Onlus

Giuseppe e il futuro spezzato

di padre Giacomo Bonaventura

I disturbi mentali provocano sofferenza anche a causa dell'isolamento in cui vivono malati e familiari

«Padre, dimmi che non esiste la morte! Padre, dimmi che non esiste la morte! Padre, dimmi che non esiste la morte!»

Sono queste le parole che mi hanno accolto un giorno nel reparto di Psichiatria. È Giuseppe che le ripete insistentemente e – mi accorgo –, non solo a me, ma a tutti quelli che incontra. Mi fermo con lui, mi siedo e provo ad ascoltare quello che vuole dirmi. Intuisco che sono parole che raccontano chissà quali paure, probabilmente il suo bisogno di affetto. Allora cerco di raggiungere la sua sofferenza: niente. Cerco di ragionarci insieme: non c'è verso. Dopo qualche minuto torna a ripetermi il suo ritornello: «Padre, dimmi che non esiste la morte! Padre...».

È un breve e piccolo squarcio nel mondo della psichiatria. Di persone e situazioni se ne potrebbero raccontare tante, soprattutto da parte degli operatori sanitari che vi lavorano. Donne anziane che ormai qui in psichiatria sono di casa, vanno avanti e indietro da anni; giovani depressi che non ce la fanno più a reggere il peso dello studio; uomini e donne che hanno tentato il suicidio per vari motivi; Fabrizio che non vuole più uscire di casa; Elisabetta che insulta ogni giorno i condomini; Matteo che afferma di aver parlato con Dio...

E mi trovo spesso a ripetermi: che peccato! Che peccato per quella ragazzina così carina che se ne sta in un angolo e non dice neanche una parola; che peccato per quell'uomo, un ingegnere che dice cose assurde; peccato per quella mamma che racconta dei figli che le vogliono bene, ma vede solo il buio della disperazione. Mi sembra uno spreco inutile di vite.

Così Giuseppe. Un ragazzo di 23 anni, intelligente. A scuola, mi hanno raccontato i genitori, riusciva proprio bene. Poi un giorno il disastro. Un'esplosione di aggressività ha svelato retroscena inquietanti e lo hanno portato in questo reparto. Qualcosa si è rotto, si è inceppato. E ora continua a ripetere: «Dimmi se



esiste la morte!» E chissà se riuscirà a ritrovarsi.

Quello che più mi fa star male è che sono tanti i giovani ricoverati. Anche giovanissimi. Esistenze che dovrebbero portare gioia e soddisfazioni, e che invece sono rinchiusi in barriere invalicabili. E so che sono la punta dell'iceberg di tanti altri non raggiungibili.

Sì la malattia mentale c'è sempre stata, certamente ha a che fare con il patrimonio genetico, ma non posso fare a meno di domandarmi (anzi è la domanda stessa che si insinua) da dove viene oggi tutto questo mare di sofferenza e di disperazione.

Parlo con la mamma di Giuseppe e il carico diventa ancora più pesante. Domande su come sia potuto succedere, dubbi su sbagli fatti o su atten-

zioni non avute, vergogna di fronte agli altri. Ma più di tutto la paura per il futuro, un futuro spezzato e carico di angoscia.

E che la Psichiatria ha fatto passi da gigante sia nella terapia farmacologica che "contiene", che in strutture significative: centri di salute mentale, comunità protette, comunità di lavoro. Anche se non sono certamente sufficienti e sono tanti i malati lasciati in carico solo ai propri familiari. Se ripenso ai manicomi di una volta e a come si veniva curati, posso vedere un progresso in umanità, ma è ancora così poco!

Mi è difficile aiutare in quei reparti, anche se sono accolto bene, anche se sono tante le persone che mi chiedono preghiere, un'immaginetta, il mio intervento. Mi è difficile aiutare anche se con loro mi trovo a mio agio, perché sono persone senza troppe convenzioni sociali, che rivelano tratti umani decisamente caratteristici, alcuni profondamente delicati.

Prevale in me una sorda rabbia e tanta impotenza. Impotenza nel non potere fare di più per loro e per i loro familiari, ma anche impotenza nel far sentire la loro voce. Rabbia perché vedo che sono malati tenuti a distanza. A parte i familiari e gli addetti ai lavori, mi sembra che si viva una congiura silenziosa. Probabilmente è la nostra difficoltà a dare un nome al malessere del nostro tempo in cui siamo invischiati. È rimozione per non affrontare ciò che non capiamo e non sappiamo risolvere. È così labile e fragile il confine tra "normalità" e "pazzia"! Ci è così penoso separare ciò che sentiamo da ciò che subiamo dalla frenesia del vivere odierno.

Se vi capitasse di incontrare Giuseppe o qualche altro malato mentale, non abbiate paura: fermatevi con loro e ascoltateli. La loro paura e la loro disperazione è la nostra.

Abbiamo tanto da imparare da loro sulle nostre fragilità e sull'orgoglio dei nostri giorni, che non è altro che orgoglio ferito.

Il ministro della Salute ha elogiato l'eccellenza delle strutture veronesi nella cura dei disturbi neurologici

Personaggi

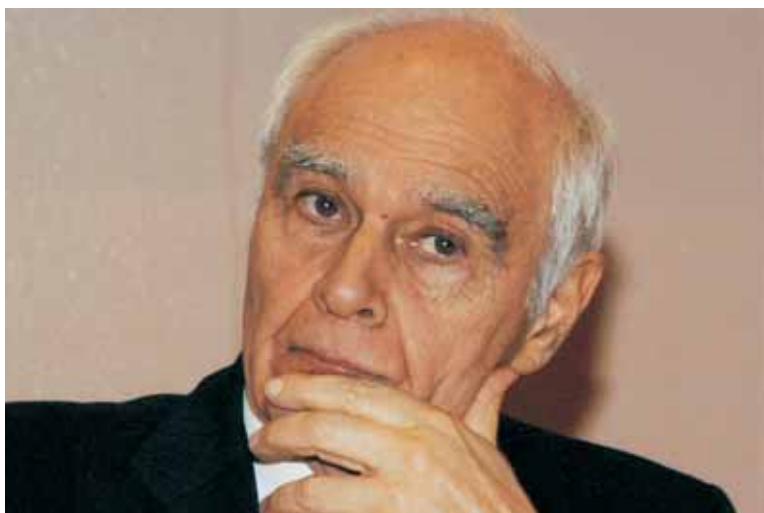
31

SIRCHIA AL "MARANI"

«La depressione è la grande emergenza del terzo millennio, un'epidemia che non colpisce solo gli anziani. Sono lieto che a Verona nasca un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico dedicato alle Neuroscienze ed alla salute mentale». Così il ministro della Salute Girolamo Sirchia ha commentato al "Marani" il 12 marzo la decisione della Regione Veneto di avviare l'iter per realizzare il nuovo Irccs, premiando l'eccellenza delle strutture veronesi

dedicate alla ricerca e alla cura dei disturbi neurologici e mentali. Il ministro si è intrattenuto con i medici che affollavano il centro "Marani" dedicando parole molto sentite proprio ai problemi della salute mentale.

Sirchia ha esordito ricordando il suo rapporto privilegiato con la nostra città che ha a lungo frequentato quando, in collaborazione con il professor Piero Confortini, creò il *Nord italian transplant*, l'organizzazione che ha reso possibile lo sviluppo dell'attività di trapianto. Quella delle donazioni e trapianti era l'emergen-



Il ministro Girolamo Sirchia. Sotto, il logo dell'iniziativa More for Mental health del Centro Oms dell'università di Verona

za degli anni Settanta. Oggi altre sfide attendono il sistema sanità e proprio la salute mentale è uno dei nodi più importanti da affrontare.

Verona è in prima linea da molti anni su questo fronte e ha costruito un modello d'assistenza dipartimentale basato sull'integrazione ospedale-territorio che l'Organizzazione mondiale della sanità porta ad esempio. E non a caso l'università di Verona è sede del Centro Oms di ricerca sulla salute mentale diretto dallo stesso responsabile del Dipartimento, il professor Michele Tansella.

I dati diffusi dall'Oms sono davvero allarmanti: i disturbi mentali colpiscono tutte le età, provocano difficoltà nelle attività lavorative e nei rapporti interpersonali e determinano un disagio d'elevato costo sociale ed economico.

Se poi consideriamo le prospettive future, il problema appare ancora più drammatico. Oggi nel mondo le persone colpite sono almeno 450 milioni e sappiamo che il 25-30% della popolazione soffre di disturbi mentali almeno una volta nella vita. I problemi più comuni sono depressione e ansia. Oggi la depressione è la terza malattia fra quelle che pro-

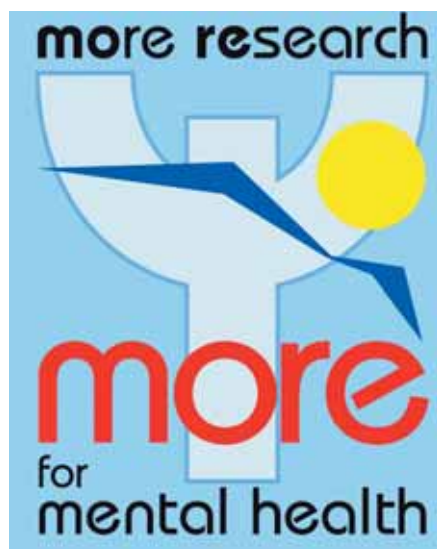
curano maggiore disabilità, ma nei prossimi anni l'Oms prevede che salirà al secondo posto. Dobbiamo fare di più. Lo raccomanda l'Oms, l'ha ribadito il ministro Sirchia anche a Verona. Dobbiamo impegnarci a combattere il pregiudizio che accompagna i problemi mentali, essere più solidali e accoglienti con le persone che ne soffrono. Dobbiamo fare in modo che a tutti sia garantita la possibilità di accedere alle cure. Oggi esistono

terapie e interventi psicologici e psicosociali efficaci e dobbiamo aiutare chi soffre a vincere riserbo e ritrosia e a chiedere e accettare aiuto.

C'è ancora altro da fare: è necessario sostenere la ricerca. L'appello è venuto ancora una volta dal Centro Oms che ha lanciato una nuova iniziativa: *More for Mental health*. L'obiettivo è finanziare la ricerca con il contributo di sostenitori privati che potranno utilizzare il marchio dell'iniziativa per le loro strategie di comunicazione. Il Centro vuole in particolare finanziare la ricerca sui trattamenti psicosociali e sulle psicoterapie e soprattutto sugli esiti delle cure nei pazienti più gravi. Ciò significa acquisire nuovi dati per dare più speranza ai malati.

Partecipare a questo progetto è un gesto d'impegno civile che avrà una ricaduta importante per il futuro della nostra società. Nessuno dovrebbe chiudere gli occhi di fronte all'infelicità altrui. Sarebbe ben triste un domani cercare inutilmente un sorriso intorno a noi.

Per ogni informazione sul dipartimento di Salute mentale e su *More* è possibile consultare il sito www.psychiatry.univr.it, oppure telefonare allo 045.8074952.



Il parto in anonimato

di Lucia Poli *

La facoltà di non riconoscere il bambino è uno strumento che difende la procreazione



L'ordinamento giuridico ha la funzione di incidere sulla realtà fattuale disponendo, attraverso la dinamica comando-sanzione, modificazioni della realtà o dei comportamenti, in modo da renderli idonei a rispondere ad una sintesi di interessi che costituisce la base (la ratio) della norma. Talvolta determinati interessi vengono tutelati attraverso strumenti che, a tutta prima, si mostrano come loro negazione. È il caso dell'istituto del parto cosiddetto in anonimato ovvero la facoltà riconosciuta alla madre di non riconoscere il proprio figlio. Si tratta di un diritto che, nonostante le apparenze, è posto a tutela della maternità.

L'articolo 31 della Costituzione dello Stato, infatti, prevede la maternità tra i diritti fondamentali della personalità cui è riconosciuta tutela assoluta. Non vi è dubbio, peraltro che, talvolta anche nella società moderna, la maternità possa costituire un evento indesiderato, ovvero che la donna, giunta al termine della gravidanza, si trovi in condizioni tali da non poter tenere o allevare il neonato.

Questo problema, conosciuto in tutte le epoche della civiltà dell'uomo, è stato anche evidenziato da recenti e ripetuti fatti di cronaca che riportano storie drammatiche di abbandono di neonati che spesso hanno come esito la morte delle sfortunate creature.

Alla luce di queste considerazioni ben si comprende, dunque, come la facoltà di non riconoscere il bambino, pur usufruendo dell'assistenza sanitaria al parto, sia, in definitiva, uno strumento che difende la procreazione, evitando alla madre l'estrema conseguenza di un atto criminoso e al bambino di andare incontro ad una probabile morte, mettendolo al contrario nelle condizioni di trovare una famiglia, attraverso l'adozione. La legge prevede perciò la facoltà della madre di non essere nominata nella dichiarazione di nascita. Poiché il termine per la

formazione di tale documento è previsto dalla legge in dieci giorni, tale è anche il termine concesso alla madre per formulare questa dichiarazione e per formare la relativa volontà.

A seguito di tale atto, quindi ai sensi della l. 184/83, viene dichiarato lo stato di adottabilità.

Tuttavia, è prevista la possibilità di sospensione di tale procedura su richiesta di uno dei genitori naturali (quindi anche della madre naturale che abbia già dichiarato di non voler essere nominata), per un termine massimo di due mesi, durante i quali la legge prevede che il rapporto genitore naturale-figlio venga favorito.

Se neppure al termine di tale periodo il genitore naturale provvede al riconoscimento, il procedimento finalizzato all'adozione riprende, in caso contrario s'interrompe.

Come appare evidente, l'ordinamento si sforza di contemperare l'esigenza di evitare i maggiori danni (l'abbandono del neonato in situazione precaria), con l'interesse alla

protezione e favorisce, inoltre, il legame genitoriale naturale, attraverso la previsione di termini dilatori intesi a consentire al genitore naturale, anche alla madre quindi, di ponderare una decisione – la rinuncia alla maternità – inevitabilmente percepita come grave e comunque definitiva, con l'esigenza del minore di vedere definito nei termini più rapidi ed in modo inequivocabile il suo status, in vista del suo inserimento nella famiglia adottiva.

All'uopo, va segnalato che le strutture ospedaliere pubbliche e private sono attrezzate allo scopo di consentire l'attuazione del parto in anonimato.

Le partorienti che esprimono tale volontà, infatti, sono seguite da assistenti sociali che curano l'iter amministrativo nell'interesse della donna, occupandosi istituzionalmente anche delle relazioni con il tribunale dei minori competente ai fini della dichiarazione di adottabilità del neonato.

In conclusione si può affermare che la maternità può essere difesa anche attraverso strumenti normativi come la facoltà di non riconoscere il proprio bambino, se ciò comunque consente al neonato di essere proficuamente inserito in un contesto familiare che gli assicuri una crescita protetta ed equilibrata. Il tutto in un contesto istituzionale mirato a rimuovere il più possibile qualsivoglia differenza o discriminazione nei confronti dei figli adottivi.

Una società civilmente organizzata, però, non deve dimenticare che la tutela della maternità si deve esplicare anche attraverso misure preventive, atte a prevenire lo stato di bisogno o di abbandono sociale che possano indurre a gesti estremi di rinuncia.

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

La Conferenza dei servizi ogni anno è l'occasione per un bilancio di salute e per incontrare la città

Ospedale

33

UNA "CASA" PER I MALATI



Il tavolo dei relatori con, al centro, il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Valerio Alberti

Una casa per la salute. Un edificio con le porte aperte, per accogliere chi ha bisogno di cure. Un ambiente dove non c'è un dentro né un fuori, ma solo una realtà da condividere. Una comunità che vive di interscambio continuo. È questa l'immagine dell'ospedale che emerge dalla conferenza dei servizi 2004 "La salute condivisa", l'appuntamento annuale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti del cittadino, organizzato dal Coordinamento della comunicazione. L'obiettivo è analizzare i bisogni di salute della popolazione, le strategie di intervento e le sinergie e di aprire un nuovo spazio di dialogo e di confronto per migliorare la qualità dei servizi, affidati alla competenza professionale di medici, infermieri e operatori.

A illustrare le potenzialità e i numeri dell'Azienda è il direttore generale Valerio Alberti: «La struttura è una risorsa enorme per il territorio locale, provinciale, regionale e

nazionale. Importante è il nostro ruolo a favore della salute, determinata da diverse componenti: età, sesso, fattori ereditari, stili di vita, reti sociali e comunitarie, condizioni di vita e di lavoro, condizioni sociali, economiche, culturali e ambientali. Certo la nostra è una fondamentale risorsa dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo. Alcune nostre attività sono un elemento di richiamo a livello nazionale».

Non dimentichiamo poi che l'ospedale riflette anche i cambiamenti sociali. Basti pensare che, nel primo semestre dello scorso anno, su un totale di 42.578 pazienti dimessi, gli stranieri sono stati 3.028, di cui la maggior parte immigrati. Per questo è stato inserito a fianco di medici e infermieri il mediatore socio-culturale, in grado di interagire tra medico e paziente, favorendo il dialogo, la comunicazione e la reciproca comprensione.

Alcuni dati possono dare un'idea dell'attività dell'Azienda nel 2003. In

Cardiochirurgia sono stati installati 628 pace-maker, 340 dei quali in pazienti di età superiore ai 75 anni, sono stati effettuati 761 bypass aorto-coronari, la maggioranza in persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni e sono stati eseguiti 531 interventi sulle valvole cardiache, di cui 192 in pazienti tra i 65 e i 74 anni.

Per quanto riguarda l'Ortopedia, 379 pazienti hanno subito la sostituzione totale o parziale di anca, di cui 258 femmine e 121 maschi. Di loro il 18 per cento aveva un'età inferiore ai 65 anni, il 29 per cento compresa tra i 65 e i 74 e il 53 per cento superiore ai 75. Sono 285 le fratture di femore curate nei reparti, 176 delle quali riguardano il sesso femminile e 109 quello maschile. Sul totale, il 30 per cento dei pazienti ha un'età inferiore ai 65 anni, il 12 per cento compresa tra i 65 e i 74 anni e il 58 per cento superiore ai 75. Nei reparti di Oculistica gli interventi per cataratta sono stati 3.736.

Sul totale dei pazienti sono stati con-

tati 1.358 uomini e 2.378 donne, dei quali il 14 per cento di età inferiore ai 65 anni, il 29 per cento di età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 57 per cento superiore ai 57. «L'importante è fornire risposte valide sia in caso di patologie acute, sia per la lungodegenza», ha sottolineato Alberti.

«Nell'Azienda ospedaliera si conta una presenza media giornaliera di 1.419 pazienti in ricovero ordinario, di cui 85 provenienti da fuori Unione Europea, e di 431 pazienti in ricovero diurno. Ogni giorno funzionano 41 sale operatorie, si assistono 115 pazienti in dialisi e si effettuano 520 prelievi di sangue. Si hanno contatti con 1.100 utenti per prenotare visite ambulatoriali e le nostre casse ticket servono 3.500 persone. Per quanto riguarda l'attività di pronto soccorso, nel primo semestre del 2004 ci sono stati 81.317 accessi con una media giornaliera di 447 persone. Le prestazioni erogate sono state 176.437, con una media di 969 al giorno. Vari gli esiti alla dimissione: 49.690 pazienti sono stati inviati al medico curante, 9.913 sono stati dimessi, 9.830 sono stati ricoverati dal Pronto soccorso e 4.385 sono stati ricoverati dal reparto. 291 sono stati invece i trasferimenti verso gli ospedali di provincia per mancanza di posti letto.

«Certo non si può capire l'Azienda senza cogliere il funzionamento della rete provinciale – ha proseguito il direttore generale –. Per quanto riguarda l'assistenza, la nostra è un'Azienda in cui operano più di cinquemila dipendenti e 19 associazioni di volontariato. Sono 480 i volontari presenti nei due ospedali cittadini che portano ai malati una concreta testimonianza di solidarietà e un aiuto morale e materiale per affrontare i momenti più difficili. La loro presenza regala una parola, un gesto, un sorriso».

Fondamentale è dunque la collaborazione tra Azienda e associazioni. Forte è la necessità di cooperare su programmi comuni e condivisi e di creare un'alleanza su un duplice livello: etico, affinché i diversi siste-



Da sinistra, Augusto Parato e Luciano Flor

mi di valori trovino occasione di confronto a beneficio delle attività ospedaliere, e conoscitivo, per fare in modo che le conoscenze sanitarie siano sempre più corrette, complete e qualificate.

Tre i progetti per migliorare l'accoglienza degli utenti e l'accessibilità ai servizi: il progetto di apertura di cartelle cliniche in reparto, il progetto Amid, cioè l'ambulatorio integrato diagnostico e il progetto di riqualificazione delle strutture. «L'Amid, con 8.798 pazienti curati nel 2004, ha lo scopo di definire percorsi diagnostici e terapeutici multidisciplinari e multispecialistici per le patologie cronico-invalidanti e per le patologie rare – precisa Alberti –. Efficacia, tempestività, accessibilità, appropriatezza e sicurezza sono le caratteristiche vincenti».

Per quanto riguarda la riqualificazione delle strutture, invece, il tentativo è di immettere la sanità nel progetto di sviluppo del territorio e di creare, sia all'Ospedale civile maggiore che al Policlinico, strutture competitive con un'importante ricaduta sociale. Poniamo molta attenzione anche alle risorse tecnologiche necessarie e qualificare la nostra attività.

La collaborazione tra ospedale e università garantisce l'integrazione di assistenza, didattica e ricerca, facendo in modo che i processi diagnostici e terapeutici siano costantemente aggiornati. «Questa sintonia permette anche il raggiungimento

di un percorso formativo qualitativamente elevato sia per i medici che per le altre figure professionali. Un connubio di ricerca, assistenza e formazione, dunque, per ottenere il massimo dei risultati».

Diversi sono infatti i centri di eccellenza: Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Chirurgia della mano, Chirurgie specialistiche, Otorinolaringoiatria, Chirurgia plastica, Centro per la Fibrosi cistica, Ematologia, Medicina interna, Gastroenterologia, Oncologia, Radioterapia, Diagnostica interventistica per immagini. Inoltre, da molti anni l'Azienda è attiva nei trapianti d'organo e di tessuti: dal rene al cuore, dalla cornea al midollo osseo, dal polmone al fegato».

Nel dicembre 2002 l'Azienda ha conseguito la certificazione del proprio Sistema Qualità secondo la norma internazionale ISO. Ciò attesta che il sistema sta applicando un modello di organizzazione del lavoro in grado di fornire ai pazienti garanzie di efficacia delle prestazioni ricevute e di rispondere adeguatamente alle loro esigenze. «Come si vede, la sanità è un settore articolato e complesso e l'ospedale non è certo una realtà isolata – conclude il direttore Alberti –. Per questo bisogna sviluppare la rete dei servizi, promuovendo i programmi comuni, l'integrazione con i servizi sociali e i piani di area vasta».

Paola Arosio

La collaborazione con associazioni e sindacati nell'interesse del malato

Temi diversi, ma entrambi interessanti e attuali quelli affrontati dal dottor Augusto Parato, direttore amministrativo, e dal dottor Luciano Flor, direttore sanitario, durante la conferenza annuale dei Servizi. Se il primo ha trattato l'etica e la trasparenza, il secondo si è dedicato alle dimissioni protette.

«La parola chiave del rinnovamento della pubblica Amministrazione è la trasparenza, che si ispira a due criteri fondamentali – dichiara Parato – da un lato, alla necessità di porre attenzione al rapporto tra costi e benefici per impiegare al meglio le risorse, dall'altro, di favorire la diminuzione della distanza tra l'Istituzione e il destinatario, aprendosi a varie forme di partecipazione».

Diverse le modalità attraverso cui questi concetti si concretizzano: in primo luogo l'istituzione di una Conferenza dei servizi per accelerare l'azione amministrativa e garantire la partecipazione, poi l'indicazione dei tempi e dei responsabili del procedimento, infine la partecipazione delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni sindacali, che tutelano gli iscritti e sono portatori di interessi generali.

In altre parole, il coinvolgimento dei cittadini nel processo di decisione aziendale deve concretizzarsi nella chiarezza delle informazioni, nel rispetto della dignità, nella valorizzazione dell'accoglienza e nell'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera. Serve un modello sanitario efficiente, capace di aprirsi ai problemi, riconoscerli e risolverli.

«La partecipazione è uno strumento per operare meglio – osserva Parato – è una ricchezza profonda che permette di cogliere i contributi e le idee. Certo, ciò non significa confusione di responsabilità e di ruoli. La nostra realtà si è avviata in questa direzione ben prima che le leggi regionali lo predisponessero. E i

risultati non siamo noi a giudicarli». Anche in tema di dimissioni protette l'Azienda è attiva. «Il protocollo per le dimissioni protette implica l'organizzazione di un sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi settori per garantire la continuità assistenziale al paziente – spiega Flor –. Il ricovero è un momento che porta con sé un pre e un post e molte sono le fasi di criticità che un malato deve affrontare. Lo scopo dell'accordo è sviluppare i servizi domiciliari in forma integrata, contrastando il ricorso non appropriato al ricovero. Anche nei casi di cronicizzazione della patologia e di perdita dell'autosufficienza, le cure domiciliari rappresentano per il paziente uno stimolo e un sostegno per superare la crisi e recuperare le proprie potenzialità». Un sistema, questo, per essere vicini al malato seguendo nelle varie fasi della malattia.

La continuità assistenziale

Ha valenze preventive, curative e riabilitative ed è espressione di un moderno sistema sanitario. Si tratta della continuità assistenziale.

A porre l'accento su questo concetto è Carla Pelegatta, rappresentante di Cgil, Cisl e Uil. «La continuità assistenziale si può sperimentare attraverso l'integrazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi – afferma –; indispensabile è monitorare le possibili sinergie per garantire al malato un percorso solidaristico.

Per fare questo è necessario spostare l'enfasi dalla cura della patologia all'assistenza, dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell'approccio, dall'erogazione di singole prestazioni a percorsi assistenziali integrati. Bisogna progettare, programmare, organizzare e verificare un sistema che preveda per ogni cittadino l'accompagna-

mento nelle diverse fasi del bisogno. Le due grandi priorità oggi sono gli anziani non autosufficienti e i disabili. Nel caso di malattie croniche, l'organizzazione di un sistema di continuità diventa indispensabile sia per ragioni cliniche che umane e organizzative. La logica della continuità deve dunque trovare i propri percorsi per garantire un'adeguata impostazione dell'assistenza e il massimo dei risultati possibili. La nostra città sta seguendo la strada giusta, anche se molto resta ancora da fare per garantire a tutti il diritto al benessere e alla salute».

Anna Maria Nalini, presidente dell'Andos, Associazione nazionale donne operate al seno, sposta l'attenzione sul valore della presenza dei volontari in corsia: «Il nuovo regolamento specifica i requisiti di accesso alle varie strutture, chiarendo diritti, doveri e norme di comportamento.

Varie sono le attività che può svolgere il volontario: sostegno morale, conforto, compagnia, attività ricreative, approvvigionamento, supporto nelle cure igieniche elementari, accompagnamento dei pazienti deambulanti, sorveglianza notturna. In particolare, l'obiettivo della nostra associazione è favorire la diagnosi precoce del tumore al seno. Diverse le nostre iniziative: prenotazione di mammografie e visite specialistiche, gruppi di ascolto, incontri con medici specialisti, corsi di ginnastica riabilitativa, sostegno nei reparti di Oncologia e Radioterapia, presenza di un medico legale in sede, attività culturali e ricreative. È fondamentale non sottovalutare la presenza di un volontario accanto al malato e alla sua famiglia. L'importante è che si tratti di volontariato formato, preparato e informato».

NOVITÀ PER LA CORNEA

È una tecnica nuova, "inventata" tre anni fa dai chirurghi della Clinica oculistica universitaria di Verona, diretta dal professor Giorgio Marchini. E già mostra ottimi risultati. Su 87 pazienti sottoposti a trapianto di cornea con questa tecnica, solo tre sono incorsi in complicazioni post operatorie. Poco più del 2 per cento, contro percentuali ben più alte registrate da altri centri di oculistica in Italia.

«Ci sono due modi per effettuare un trapianto di cornea – spiega il direttore della Clinica, che si trova al secondo piano del Geriatrico di Borgo Trento – la cosiddetta cheratoplastica perforante, attualmente la più diffusa, e la cheratoplastica lamellare profonda, la quale sta suscitando sempre più interesse tanto che per effettuarla si sono messe a punto diverse tecniche. Tra



Giorgio Marchini dirige la Clinica oculistica universitaria di Verona

queste anche la nostra».

Ma veniamo con ordine: in cosa consiste il trapianto di cornea? Si tratta della sostituzione, totale o parziale, della cornea malata o trauma-

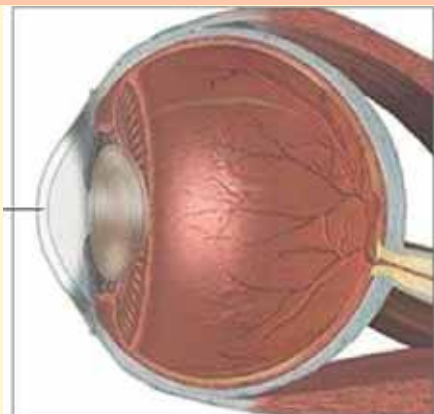
tizzata con un lembo di tessuto corneale sano proveniente da donatore. Nella cheratoplastica perforante si sostituisce totalmente (cioè a tutto spessore) la parte centrale della cornea.

«È un intervento che di solito viene condotto in anestesia generale – precisa il professor Marchini –, ma risulta praticabile anche in anestesia locale. Posizionata la cornea del donatore sul ricevente, vengono dati inizialmente quattro punti di sutura in corrispondenza dei punti cardinali al fine di stabilizzare il lembo, quindi si procede a una sutura definitiva, con fili più sottili di un capello. La sutura viene rimossa dopo 12-14 mesi».

La cheratoplastica lamellare, invece, è la sostituzione della sola porzione anteriore di spessore corneale. «Questo presenta notevoli van-

La cornea, una delle due lenti del nostro occhio, ha la funzione di proteggere le strutture intraoculari

La cornea è una delle due lenti del nostro occhio, l'altra è il cristallino, e ha la funzione di proteggere le strutture intraoculari. Occupa la parte anteriore del bulbo oculare, è convessa anteriormente e concava posteriormente, con un diametro medio di circa 11 mm. È una struttura complessa formata da tre strati diversi per morfologia e funzione. Nella parte esterna troviamo l'**epitelio** pavimentoso, formato da strati cellulari soggetti a continuo rinnovamento. La sua ricca innervazione sensitiva lo rende un tessuto particolarmente sensibile, anche a lievi fastidi. La parte intermedia, il 90% dell'intero spessore, è costituito da un tessuto (**stroma**) ed è limitato esternamente dalla membrana di Bowmann, che confina con la membrana basale sui cui poggia l'epitelio. Lo strato più



Cornea

interno è costituito dall'**endotelio**. La cornea si può ammalare, tanto da necessitare un trapianto, per tre motivi: un'infezione, un trauma o per una degenerazione o distrofia. Nei primi due casi a danneggiare il delicato tessuto, facendolo diventare opaco, sono le cicatrici

conseguenti alla guarigione dell'infezione e dei traumi. Mentre la patologia più diffusa è il cheratocono. Si tratta di un processo che porta la cornea a deformarsi, fino a diventare un cono che deforma completamente l'immagine percepita dall'occhio. La vista si riduce così tanto che non è più nemmeno possibile quantificarla in decimi. Con predisposizione ereditaria, colpisce i giovani dai 20 ai 40 anni, e si manifesta con un progressivo calo della vista, come un'iniziale miopia e astigmatismo. È possibile diagnosticarlo con particolari esami, come la topografia corneale, dopo che una visita oculistica ha rilevato il sospetto.

Il cheratocono è la prima causa in Italia di trapianti: a Verona su 100 cheratoplastiche, il 70% è stato effettuato a causa di questa malattia

Ad imprimere un forte incremento all'espianto e quindi ai trapianti è stata soprattutto la nascita delle Banche degli occhi

Quello della cornea è un particolare tipo di prelievo. Il prelievo dei tessuti, ai quali appartiene la cornea appunto, non avviene necessariamente solo da cadavere a cuore battente (o in morte cerebrale) come invece accade per gli organi. La legge, infatti, consente che il prelievo possa effettuarsi anche dopo l'arresto cardiaco. Questo ha facilitato notevolmente le donazioni, sebbene sia ancora consuetudine chiedere l'assenso dei parenti del donatore.

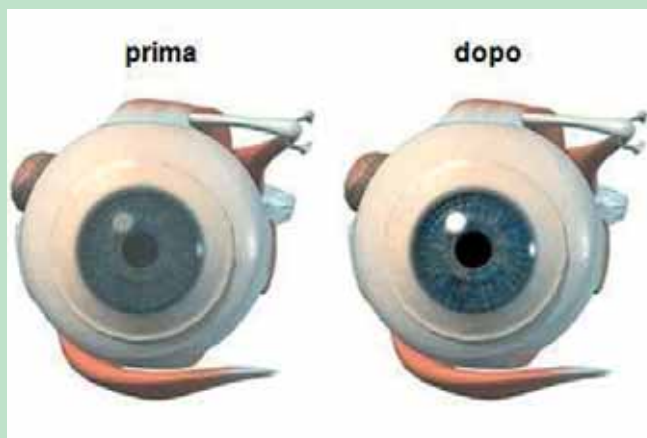
Ma a imprimere un forte incremento al prelievo e quindi ai trapianti, è stata soprattutto la nascita delle Banche degli occhi. Quella del Veneto, che ha sede a Mestre, si è costituita come Fondazione nel 1987, grazie all'intuizione del professor Giovanni Rama, e ha iniziato a operare nel 1989.

Oggi la Fondazione Banca degli occhi del Veneto è la prima Banca in Europa per il numero di cornee raccolte ed è la prima Banca iscritta nell'elenco delle Banche di tessuti certificate dal Centro nazionale trapianti che operano in conformità alle "Linee guida per il prelievo, la conservazione e l'utilizzo di tessuto oculare". Attraverso il direttore medico, presiede l'Associazione europea delle Banche degli Occhi ed è unico membro europeo accreditato dall'Associazione delle Banche degli Occhi Americane.

La Fondazione di Mestre nel 2004 ha raccolto 3.610 cornee e ne ha distribuite 2001; i lenticoli distribuiti sono stati 118, 399 le porzioni di membrana amniotica.

Mentre i trapianti con lembi di cellule staminali corneali sono stati 44. A questo proposito, il Centro regionale di ricerca sulle cellule staminali epiteliali di Fondazione è l'unico attualmente al mondo che eroga un servizio di distribuzione delle cellule staminali epiteliali corneali per tutti quei pazienti affetti da patologie non curabili con il trapianto di cornea.

Sono i medici di Fondazione a occuparsi direttamente del prelievo delle cornee, su richiesta di tutti gli ospedali del



Prima e dopo il trapianto

Veneto e del Friuli Venezia Giulia. In caso di urgenza l'Organizzazione di Mestre è in grado di fornire ai chirurghi oftalmologi di tutta Italia una cornea per il trapianto in 24 ore. Ma anche dopo il trapianto l'opera della Fondazione non si arresta. I risultati dell'intervento vengono controllati per il continuo miglioramento della qualità e della sicurezza. Nel 2001 è stato avviato il primo follow-up dei trapianti di cornea che ha coinvolto ad oggi 5 mila pazienti e oltre 150 chirurghi oftalmologi. Quelli della ricerca, del prelievo, conservazione e distribuzione di tessuto oculare non sono gli unici ambiti in cui è impegnata la Fondazione, gestita da un Consiglio di amministrazione, il cui primo e attuale presidente è l'imprenditore Piegiorio Coin.

Infatti la Banca di Mestre sviluppa percorsi formativi destinati a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella donazione e nel trapianto di tessuti, al personale dei coordinamenti locali per i trapianti, agli oculisti e chirurghi oftalmologi. Tanto che a questo scopo è stato costituito Eidon, il Centro di formazione e studi che in due anni di attività ha svolto corsi per 700 operatori sanitari.

taggi – sottolinea il chirurgo – perché permette di conservare il tessuto endoteliale del paziente».

L'endotelio è un finissimo strato di cellule che regola gli scambi nutrizionali con l'umore acqueo e grazie a un sistema di pompa evita che la cornea si riempia di liquidi diventando opaca, condizione che limita moltissimo la vista del paziente.

«La conservazione del tessuto endoteliale – continua – diminuisce notevolmente il rischio di rigetto e garantisce un numero di cellule endotelia-

ni maggiori rispetto a quelle che potrebbe fornire un tessuto trapiantato. Tutto questo si traduce in un più alto tasso di successo e di durata post operatoria della cheratoplastica, pur consentendo, al tempo stesso, una capacità visiva da parte del soggetto sovrapponibile o addirittura migliore al trapianto perforante».

Con la tecnica messa a punto dal professor Marchini, in collaborazione con il dottor Emilio Pedrotti, ricercatore della stessa Clinica, si sono raggiunti risultati visivi compresi tra i

dieci e gli otto decimi naturali o con uso di occhiali.

«Visti i benefici ottenuti e la possibilità di allargare il numero di donatori, non essendo necessari lembi con alto patrimonio endoteliale, che diminuisce con l'aumentare dell'età – conclude il chirurgo oculista – possiamo affermare che questo intervento potrebbe essere considerato di prima scelta nel trattamento delle patologie corneali, sostituendo il trapianto perforante, dove non ci sono lesioni endoteliali».

Il testamento di vita

di Maria Gloria de Bernardo *

Il documento è previsto come lo strumento per garantire il diritto a far valere le proprie volontà anche quando la persona non sia più in possesso delle facoltà mentali

Il 18 dicembre 2003 il Comitato nazionale di Bioetica ha redatto un documento "Sulle dichiarazioni anticipate di trattamento".

Le dichiarazioni anticipate di trattamento sono i testamenti di vita, le direttive anticipate o i testamenti biologici, che nella letteratura bioetica nazionale e internazionale sono indicati con l'espressione inglese *living will*. Tali denominazioni fanno riferimento a un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà, circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato.

Il "testamento di vita" si prefigura dunque come lo strumento per garantire il diritto all'autodeterminazione anche nei casi in cui la persona non è più in possesso delle sue facoltà mentali.

Si erano pronunciati lungo questa linea, sia il Codice di deontologia medica del 1998, quando, all'art.34, disponeva che "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso", sia la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, quando ad Oviedo, nell'aprile 1997, attribuiva, all'art.9, particolare rilievo "ai desideri precedentemente espressi dal paziente", stabilendo che essi "dovranno essere presi in considerazione".

Ciò premesso, dobbiamo sempre tenere presente la norma deontologica che "il medico, oltre a non poter effettuare o favorire trattamenti diretti a provocare la morte, anche su richiesta del malato, deve intervenire con l'assistenza e le cure indispensabili in condizioni di urgenza e in caso di pericolo di vita" (art.35 e 36).

Ma che accade se la persona dispo-

ne la non attivazione o la sospensione di pratiche terapeutiche di sostegno vitale, come l'alimentazione e l'idratazione artificiale?

Proprio relativamente a queste indicazioni, il Comitato nazionale di bioetica ha, con spirito di umiltà, ammesso di aver subito una spaccatura. Alcuni membri, infatti, sostengono che al paziente vada riconosciuta la facoltà di dare disposizioni anticipate sull'accettazione o sul rifiuto di qualsiasi tipo di trattamento, in un contesto di rapporto medico-paziente tale da poterne ricavare anche la piena consapevolezza delle conseguenze derivanti dall'attuazione. Altri membri ritengono, invece, che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti configurati come forme di accanimento terapeutico, perché sproporzionati o addirittura futili, riconoscendo all'alimentazione e all'idratazione artificiale la peculiarità di atti di sostentamento sempre doverosi e come tali iscritti fra quei trattamenti che il medico in scienza e coscienza esercita "finché ritenuti ragionevolmente vitali" (art.37).

Arrivati a questo punto sembrerebbe inutile ogni procedere mancando una linea unitaria di valutazione circa i trattamenti di sostegno vita-

le. Eppure il Comitato decreta la legittimità delle direttive anticipate e l'implementazione delle stesse attraverso un'adeguata campagna d'informazione culturale seguita da un intervento legislativo che offra fondamento giuridico ai fondamenti di vita.

L'elemento più illuminante e innovativo di questo documento sta proprio, a mio parere, nel perseguire passo dopo passo l'intento altamente etico di valorizzare in ogni momento, sia da quello puramente formulativo della compilazione di un atto sia da quello, ben più drammatico, della sua attuazione, il rapporto medico-paziente, unica vera chiave di volta per comprendere, condividere, compatire ogni decisione terapeutica. Rapporto che deve continuare ad essere alleanza anche quando una delle due parti non riesca più ad essere consapevole. E subentri così la figura del fiduciario come garante della continuazione di questo dialogo, nel rispetto sia della volontà e dei bisogni del malato, sia dell'autonomia professionale del medico.

È indubbio che su questo terreno vengano assegnati al medico ed al personale sanitario un compito assai complesso in quanto essi devono fornire gli strumenti per garantire la massima tutela alla dignità e integrità della persona, per diventare consapevoli che al centro della vita sta l'uomo con la sofferenza e la fragilità del suo limite. La sapienza sta nel capire come affrontare questo dolore ricollocando nella nostra cultura, come scrive Philippe Aries, "la visione della morte come congedo discreto, ma dignitoso di una persona in pace con se stessa da una società che non è lacerata, né mai sopraffatta dall'idea di una transizione biologica priva di senso, priva di dolore o sofferenza, e in definitiva priva di timori".

*** bioeticista del Comitato Etico
dell'Azienda ospedaliera
di Verona**

Amid, l'ambulatorio integrato

di Luciano Flor*, Giorgio Piccoli**

Negli ultimi anni l'organizzazione ospedaliera ha riservato crescente attenzione alle scelte di carattere organizzativo e gestionale in grado di migliorare la risposta alle esigenze di controllo dei costi e di miglioramento della qualità delle cure. Ciò ha determinato lo sviluppo di modalità assistenziali alternative al ricovero, ma in grado di assicurare un agevole ed efficiente percorso assistenziale centrato sul paziente. Le modalità più diffuse sono l'assistenza erogata in regime di ricovero diurno (day hospital e day surgery) e il ricorso, quando sia clinicamente e strutturalmente possibile, all'assistenza in day service ambulatoriale.

L'Azienda Ospedaliera di Verona a partire dal 1999 ha introdotto una modalità assistenziale di tipo ambulatoriale fortemente orientata all'appropriatezza: un day service ambulatoriale denominato Amid: Ambulatorio diagnostico integrato. L'Amid è una modalità di erogazione di prestazioni specialistiche in day service con percorso diagnostico-terapeutico gestito dall'Unità Operativa – cioè il reparto - che lo attiva.

La scelta dell'Amid pone in forte risalto l'approccio organizzativo centrato sul paziente e si configura, di fatto, come un "progetto assistenziale" integrato e polispecialistico che rende possibile in uno o più accessi, l'erogazione di un pacchetto di prestazioni specialistiche per pazienti non ricoverati.

I vantaggi di questa modalità assistenziale consistono nelle possibilità di salvaguardare efficacemente la continuità nella diagnosi e nella cura permettendo allo stesso tempo di ridurre l'ospedalizzazione, il ricorso improprio al day hospital e garantire anche una efficiente gestione dell'iter diagnostico.

Sotto il profilo amministrativo l'Amid, è organizzato come un ambulatorio specialistico per esterni; sono, infatti, previste le stesse modalità di erogazione, comparteci-

Si tratta di una nuova modalità assistenziale per il percorso diagnostico e terapeutico del malato che riduce l'ospedalizzazione

pazione, addebito e rimborso delle prestazioni comprese nel Nomenclatore Tariffario regionale. Ciò che lo differenzia è la modalità di prenotazione che è affidata all'Unità Operativa che segue il paziente; inoltre il medico ospedaliero deve provvedere alla comunicazione con il medico di medicina generale.

Operativamente, quando il medico di una Unità Operativa, sulla base della situazione clinica (conseguente a visita specialistica, ricovero, intervento chirurgico o particolari situazioni quali follow-up oncologico, ecc.) ritenga necessario attivare il percorso diagnostico terapeutico Amid, informa il paziente sulle modalità di trattamento e di partecipazione alla spesa e, eventualmente, sul regime di esenzione.

Il documento di attivazione della procedura assistenziale è la scheda di attivazione dell'Ambulatorio Diagnostico Integrato. Al medico specialista, oltre alla parte anagrafica relativa al paziente, compete l'indicazione del sospetto diagnostico e dell'iter assistenziale previsto. L'apertura del percorso diagnostico-assistenziale Amid deve essere comunicata al medico di medicina generale del paziente.

La chiusura della cartella Amid prevede l'effettuazione di una visita di controllo, la compilazione della scheda della dimissione del pazien-

te e la stesura della lettera di dimissione per il medico di medicina generale.

Sono numerosi gli esempi di percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti seguiti in Amid dalle Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera di Verona ed è significativo evidenziare come la modalità di presa in carico in Amid riguardi sia discipline mediche che chirurgiche: i casi più frequenti sono rappresentati da pazienti che hanno subito un intervento chirurgico e pazienti anziani. I dati di attività, dal 1999 al 2005, evidenziano un trend in costante crescita nel ricorso a questa modalità di erogazione delle prestazioni: nel 2003 i casi sono stati 7.450, nel 2004 9004; nello stesso periodo si è registrato un calo dei ricoveri in regime ordinario (trasferiti a day hospital) ed in regime di day hospital (trasferiti ad Amid).

L'incremento medio nel numero di prestazioni erogate in Amid è stato nell'ordine del 7-10% anno dall'anno di introduzione fino ad oggi. Tale incremento risulta confermato anche dai dati sulle prestazioni erogate nei primi due mesi del 2005.

I risultati ottenuti evidenziano che il nuovo servizio è andato via via crescendo con ripercussioni positive per quanto riguarda l'efficienza dei servizi ed il gradimento dei malati che vedono unitariamente organizzato il percorso assistenziale.

Sono peraltro in corso ulteriori iniziative per il miglioramento del servizio. Esse riguardano sia aspetti "sanitari" sia aspetti organizzativi. Saranno organizzati nuovi ed aggiornati percorsi diagnostico-terapeutici e sarà semplificata l'accessibilità potenziando l'informatizzazione per diminuire l'impatto burocratico sul paziente e sull'ospedale.

*** direttore sanitario
Azienda ospedaliera**

**** Ufficio mobilità
Azienda ospedaliera**

SI INIZIA DALLA LAUREA

Attivo, competente, preparato. Così dev'essere oggi l'infermiere. Una figura complessa, in cui conferiscono abilità tecniche, relazionali ed educative. Per sapere di più sul suo ruolo, sulle sue caratteristiche e sulla sua formazione abbiamo intervistato il professor Vincenzo Lo Cascio, presidente del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Verona.

Professore, come si è evoluta la formazione degli infermieri?

«Nel tempo la formazione dell'infermiere è cambiata in modo radicale. All'inizio, infatti, gli infermieri venivano formati sul campo, dopo il conseguimento del diploma di scuola media inferiore. In seguito sono state create le Scuole per infermieri all'interno degli ospedali, gestite da personale religioso, che con il tempo si sono perfezionate, diventando locali, provinciali, regionali. È stato poi creato il diploma universitario per infermieri (D.U.) di durata triennale, con un ordinamento didattico che prevedeva un totale di tremila ore, equamente divise tra lezioni teoriche e insegnamenti pratici. Il diploma è ora stato trasformato in laurea: la preparazione degli infermieri è articolata e complessa e richiede sia conoscenze teoriche che competenze pratiche».

Ma chi è oggi l'infermiere?

«L'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale del paziente e orientato alla soluzione dei problemi di salute. L'assistenza infermieristica ha natura tecnica, relazionale, educativa e implica competenze professionali e comunicative e abilità di auto-aggiornamento, ricerca e flessibilità».

Quali sono i suoi compiti?

«Le funzioni dell'infermiere sono la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie, l'assistenza a malati e disabili, l'educazione terapeutica per



Vincenzo Lo Cascio, presidente del Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Verona

l'autogestione della patologia, del trattamento e della riabilitazione, la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale e la formazione del personale di supporto».

E i possibili sbocchi professionali?

«L'infermiere può svolgere attività di assistenza di base o specialistica in enti pubblici o privati, in strutture sanitarie e socioassistenziali. Quello dell'infermiere è un lavoro faticoso e impegnativo dal punto di vista psicologico. Per gli infermieri professionali ci vorrebbero perciò più incentivi economici, compiti più qualificanti e soddisfacenti e maggiore rapidità burocratica. In particolare, i bandi e le selezioni andrebbero predisposti in anticipo per poter assumere immediatamente gli infermieri appena laureati».

Com'è strutturato il Corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Verona?

«Il Corso di laurea in Infermieristica

è oggi una realtà vasta e complessa. Abbiamo cinque sedi dislocate in due regioni, più di 1.600 studenti, oltre 250 docenti e molti tutor che supportano l'attività di tirocinio svolta nelle strutture del servizio sanitario. Oltre alla sede di Verona ci sono i poli di Legnago, Vicenza, Trento e Bolzano».

Cosa prevede il nuovo percorso formativo?

«Per diventare infermiere è necessario iscriversi al Corso di laurea in Infermieristica, di durata triennale e con frequenza obbligatoria. Il laureato ha poi la possibilità di accedere al Corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche, di durata biennale. La laurea specialistica prevede l'acquisizione di 120 crediti e l'impegno è di 3.600 ore che comprendono lezioni, studio individuale, stage e stesura della tesi».

Quali sono le attività formative previste dal piano di studi per la laurea triennale in Infermieristica?

«I corsi sono numerosi: Fisica, biologia e chimica, Anatomia umana e istologia, Infermieristica generale e metodologia applicata, Scienze umane, Fisiologia, Patologia generale e clinica, Inglese scientifico, Chirurgia generale, Prevenzione ed educazione alla salute, Psicopedagogia della salute, Geriatria e neurologia, Discipline medico-legali, bioetica e deontologia professionale, Area critica e dell'emergenza, Principi di diritto, organizzazione sanitaria e assistenza, Area materno-infantile, Salute mentale e molti altri. Sono inoltre previsti seminari multidisciplinari per approfondimenti specialistici, tirocini guidati e attività elettive».

E per la laurea specialistica?

«La laurea specialistica è piuttosto complessa e ha un indirizzo manageriale con insegnamenti di statistica, informatica, diritto amministrativo.

Del resto questo corso di studi servirà anche a selezionare i futuri docenti di scienze infermieristiche».

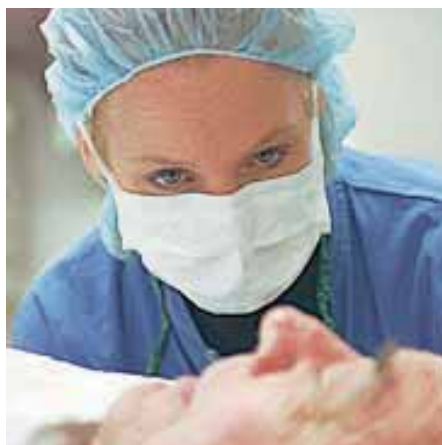
Quali sono i criteri di accesso al Corso di laurea triennale?

«Tutte le lauree dell'area sanitaria sono, secondo la legislazione vigente, sottoposte a una limitazione di accesso. Per il Corso di laurea in Infermieristica l'Università di Verona ha circa 650 possibilità di iscrizioni all'anno. La richiesta di infermieri è però molto elevata e attualmente il numero di persone disponibili è inferiore del dieci per cento rispetto alle necessità. Del resto quella dell'infermiere è una professione che richiede sacrifici, con turni impegnativi e scarsa retribuzione. A ciò va aggiunto il fatto che resta tipicamente un lavoro dipendente con scarsa possibilità di svolgere attività libero-professionali. L'offerta è dunque grande e la domanda è modesta. Per questo non mettiamo in atto alcuna selezione».

Quando è stata attivata la laurea specialistica? Quali sono stati i problemi, le esigenze, le difficoltà emerse?

«La laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche è stata attivata nell'anno accademico 2004-2005. Abbiamo chiesto al Ministero un numero di posti congrui alle presunte esigenze di personale, per mantenere una coerenza tra il percorso formativo compiuto e le aspettative professionali. Poiché la preparazione è costosa in termini di impegno del soggetto e dell'azienda, è opportuno che i numeri siano controllati. Il Ministero ci ha accordato trenta posti e, a seguito della richiesta delle province di Trento e Bolzano di ottenere ulteriori posti, ne sono stati concessi loro venticinque. Per un totale di 55 posti disponibili abbiamo ricevuto più di 360 domande, così abbiamo dovuto predisporre una selezione con domande a risposta multipla con correzione automatica, riguardanti cultura generale, logica e conoscenze professionali.

Da ricordare che i posti riservati a Trento non possono interferire in



Infermiera al lavoro

nessun caso con quelli disponibili per i veronesi. Ora, i decreti ministeriali precisavano con esattezza i requisiti di coloro che potevano iscriversi senza effettuare la selezione: ma mentre il primo decreto era molto restrittivo, il secondo ha ampliato le caratteristiche degli aventi diritto. Le liste di decreto e graduatoria sono separate, perciò se si ritira uno studente entrato grazie al secondo decreto non può essere in alcun modo sostituito con uno studente in graduatoria che non è stato ammesso. Non ci sono stati inganni né imbrogli di alcun tipo, dunque. Semplicemente, le regole erano queste».

Qual è la tipologia di studente della laurea specialistica?

«Molti studenti hanno alle spalle l'anzianità, un lungo percorso lavorativo, una buona preparazione e una competenza professionale. Alcuni di loro hanno chiesto il riconoscimento dei percorsi formativi già compiuti e noi abbiamo cercato di tenere conto del pregresso. Inoltre, l'attività didattica sarà organizzata prevalentemente nel fine settimana per andare incontro alle necessità di chi ha esigenze lavorative e familiari. Certo tutto questo non è facile e dal punto di vista organizzativo risulta molto impegnativo».

Cosa prevede per il futuro?

«Credo che nei prossimi anni i numeri saranno minori. In parte ci sarà una riduzione di questa corsa alla laurea specialistica perché probabil-

mente alcune aspettative, legittime ma ottimistiche, verranno ridimensionate. Quelle dei laureati specialistici sono infatti figure professionali di recente creazione e con prospettive di impiego non ancora ben definite e perciò a rischio».

E che dire dei master in ambito infermieristico?

«I master sono corsi post lauream ai quali ci si iscrive per ottenere una preparazione specifica in un determinato settore. I master universitari in ambito infermieristico servono a conseguire una formazione clinica avanzata e ad assumere funzioni di coordinamento organizzativo e di direzione delle unità operative, dei dipartimenti e dei servizi infermieristici. Non bisogna comunque dimenticare che il master è fonte di introito per l'università e di spesa per chi lo frequenta. A Bolzano, Trento e Vicenza è attivo un master per funzioni direttive, mentre a Verona non è stato attivato perché gli studenti del master precedente non sono ancora stati assorbiti dal mercato lavorativo. Nonostante ciò, l'esigenza di frequentare il master è avvertita, tra gli studenti, anche nella nostra città perché talvolta la mancanza di informazione genera aspettative irrealistiche che poi non riescono a essere soddisfatte. Per questo è bene evitare di generare illusioni che vengono poi pagate a caro prezzo».

Facciamo un bilancio della situazione...

«Oggi l'infermiere è più consapevole ed è in grado di comprendere le motivazioni e il senso del proprio agire. Bisogna comunque tenere presente che medico e infermiere restano due funzioni distinte, anche se integrate e coordinate. La formazione è oggi di ottima qualità, con differenze sostanziali rispetto al passato. Nel complesso il bilancio è sicuramente positivo perché è migliorato il livello culturale e conoscitivo e molti hanno acquisito la coscienza dell'importanza della formazione e dell'aggiornamento continuo».

Paola Arosio

Ricoveri tutto compreso

di Fabiola Fabris* e Stefano Tardivo**

Nel lungo percorso, che ci vede pienamente coinvolti ancora oggi, di orientamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn) a un miglior utilizzo delle risorse destinate all'assistenza, iniziato nel 1992 con la prima riforma del sistema, e che ha visto la nascita delle Aziende sanitarie e ospedaliere in sostituzione delle Ulss, si è registrato un evento di particolare significato per le implicazioni sul piano organizzativo dei ricoveri ospedalieri.

Ci riferiamo a una norma della Legge finanziaria del 1998 che stabiliva la necessità di ricomprendere l'onere degli accertamenti precedenti l'effettuazione di un intervento chirurgico per una determinata malattia nel rimborso del ricovero ospedaliero effettuato per il trattamento stesso.

Infatti, uno dei cardini della riforma del Servizio sanitario nazionale è stato rappresentato dal passaggio a un sistema di rimborso dell'attività ospedaliera a tariffa per tipologia di ricovero, Drg (in italiano Raggruppamenti omogenei di diagnosi), abbandonando il precedente sistema di rimborso a giornata di degenza, allo scopo di spingere le amministrazioni ospedaliere a un più attento ed efficiente utilizzo delle giornate di ricovero.

Una delle possibili motivazioni di inappropriata della giornata di ricovero ospedaliero è infatti, da sempre, rappresentata dall'attesa dell'effettuazione di esami. Essi comprendono, ad esempio, gli esami di laboratorio, talvolta la radiografia del torace, l'elettrocardiogramma, la visita anestesiológica e di alcuni specialisti, laddove necessario, quali il cardiologo e altri. Un altro esempio è il caso degli interventi chirurgici per malattie oncologiche: è spesso necessario procedere a un gruppo di esami che consentono la stadiazione, cioè l'identificazione dello stato di avanzamento della malattia per poter decidere tipologia e radicalità dell'intervento ricorrendo alla TAC, alla Risonanza magnetica

**Per il cittadino
visite ed esami
collegati
alla degenza
non necessitano
di impegnativa
e sono gratuiti
Il rimborso**

è compreso nei Drg

ca nucleare e ad altri esami.

Per far fronte a tale necessità, l'Azienda ha adottato uno specifico strumento, denominato "impegnativa interna per indagini preoperatorie", che si richiama a una modalità organizzativa simile a quella del ricovero diurno (day-hospital). Esso consente un approccio multidisciplinare e integrato al paziente in un percorso guidato e gestito interamente dall'U-



Un ambulatorio

nità Operativa dove il paziente stesso effettuerà l'intervento chirurgico.

Ovviamente da un punto di vista amministrativo non si tratta di un ricovero, ma dell'effettuazione di una serie di prestazioni sanitarie (esami e visite) che non solo non prevedono alcuna partecipazione alla spesa da parte del cittadino, ma neanche il rimborso da parte dell'A-

zienda sanitaria di appartenenza del cittadino stesso, in quanto totalmente ricompresi nel rimborso Drg del successivo ricovero chirurgico e per i quali i referti divengono parte integrante della cartella clinica del ricovero per intervento. Solo nel caso in cui il cittadino decida di non procedere al ricovero è tenuto alla partecipazione alla spesa (ticket), se dovuto, ritirando i referti delle prestazioni effettuate.

Analogamente a quanto previsto per il pre-ricovero, la norma stabilisce che alcune prestazioni collegate al controllo post-ricovero debbano essere considerate parte integrante del ricovero stesso entro i trenta giorni dalla dimissione e, pertanto, non soggette a rimborso né da parte del cittadino né dell'Azienda sanitaria di appartenenza. Tra tali prestazioni sono compresi gli atti strumentali strutturalmente connessi all'intervento chirurgico (ad es. rimozione punti, medicazione ferite, visita), le prestazioni, anche strumentali a completamento diagnostico dell'episodio acuto motivo del ricovero (ad es. TAC e/o elettroencefalogramma post traumatico) e il completamento della valutazione diagnostica e terapeutica, connessa ad indagini strumentali eseguite in regime di ricovero ed il cui referto si rende disponibile solo successivamente alla dimissione. In questo caso si utilizzerà un'"impegnativa interna per visita e prestazione post ricovero". Questa tipologia di prestazione può essere estesa a tutti i tipi di ricovero ordinario e può essere utilizzata entro trenta giorni dalla dimissione del paziente dal reparto

*** Direttore Servizio
Miglioramento della qualità
e Valutazione clinico
assistenziale**

**** Servizio Miglioramento
della qualità e Valutazione
clinico assistenziale**

Picos è il primo studio multicentrico nazionale sull'esito dei nuovi casi di disturbi psicotici

P **sicosi**

43

PER CAPIRNE DI PIÙ

Si chiama PICOS. Sta per *Psychosis Incident Cases Outcome Study* ed è il primo studio multicentrico italiano sull'esito dei nuovi casi di psicosi.

La ricerca, promossa dalla Sezione di Psichiatria e Psicologia clinica dell'Università di Verona e dal Dipartimento per la Salute mentale diretto dal professor Michele Tansella, mira a chiarire il ruolo dei fattori clinici, sociali, genetici e morfofunzionali nel predire l'esito di questi disturbi. Il progetto si svolge sul territorio della Regione Veneto e identifica i casi di psicosi che giungono all'attenzione dei servizi psichiatrici e delle strutture convenzionate in un periodo di dodici mesi. In generale, lo studio si propone di caratterizzare le patologie al momento dell'esordio e di monitorare la loro evoluzione attraverso valutazioni semestrali e annuali protratte per cinque anni.

Gli obiettivi? Valutare i predittori di esito favorevole e sfavorevole, esplorare le correlazioni tra le caratteristiche genetiche e l'esito, sviluppare un modello che consenta di identificare i pazienti a rischio, indagare il rapporto tra alterazioni morfofunzionali cerebrali e condizioni cliniche e di disabilità del paziente.

Tre i moduli di cui il progetto si compone: valutazioni clinico-epidemiologiche, genetica e *brain imaging* (diagnostica per immagini del cervello). Le prime valutazioni, che si effettueranno al momento del contatto con il servizio e verranno ripetute successivamente con cadenze fisse, sono mirate a quantificare l'evolversi del disturbo e le sue conseguenze nel tempo. Riguarderanno parametri clinico-sociali, come psicopatologia, bisogni, qualità della vita, disabilità, funzionamento premorbo, carico familiare, soddisfazione verso i servizi, e costituiranno una cartella standardizzata di valutazione del paziente e dei suoi familiari utilizzabile dagli operatori del



Centro Oms di Ricerca sulla salute mentale - Borgo Roma. Sotto, Mirella Ruggeri, professore associato di Psichiatria

Servizio di Salute mentale che ha in carico il paziente.

Il secondo modulo è invece centrato sull'analisi della familiarità per i disturbi psichici e sulla predisposizione genetica alla psicosi. La partecipazione comporterà la ricostruzione della morbilità psichiatrica in



famiglia e un prelievo per l'estrazione e l'analisi del Dna. I dati verranno studiati in collaborazione con la *Socio genetic unit* dell'Istituto di Psichiatria di Londra.

Il terzo modulo prevede l'analisi di anomalie e di aspetti morfofunzionali del cervello attraverso la risonanza magnetica. La valutazione neuroradiologica verrà effettuata all'esordio e, se possibile, ripetuta al follow-up di un anno. «I costi sociali, individuali e familiari dei casi di psicosi sono maggiori rispetto a quelli di altre patologie – spiega Mirella Ruggeri, professore associato di Psichiatria e coordinatore del progetto PICOS –; il ruolo e il peso relativo giocato dai fattori biologici e ambientali nel determinare l'insorgenza della psicosi e nel condizionare i successivi decorso ed esito resta una questione ancora in gran parte irrisolta.

Il progetto PICOS ha l'ambizioso obiettivo di colmare questa lacuna e siamo molto lieti che nella nostra

Con psicosi s'intendono i disturbi che influiscono sulle funzioni mentali

Psicosi. È questo il termine che viene usato per descrivere i disturbi che influiscono sulle funzioni mentali e che generano una perdita del rapporto con la realtà. Le cause della malattia possono essere organiche, costituzionali e psichiche.

I sintomi? Dissociazione delle funzioni mentali, convinzioni false, fissazioni, allucinazioni, cambiamenti emotivi e comportamentali.

L'episodio psicotico avviene in tre fasi, la cui durata differisce in base a parametri soggettivi: fase iniziale, fase acuta, recupero. Certo, spesso i primi segni sono vaghi e poco visibili e di solito rivelano cambiamenti nel modo in cui il soggetto descrive le proprie emozioni, pensieri e percezioni.

I tipi di psicosi sono molteplici. Si va dalla psicosi provocata da sostanze stupefacenti alla psicosi organica, dalla psicosi reattiva di breve durata al disturbo delirante, dalla schizofrenia al disturbo bipolare, dalla patologia schizoaffective alla depressione. Nell'80 per cento dei casi i sintomi del primo episodio di psicosi si verificano tra i 16 e i 30 anni, in un momento critico per lo sviluppo intellettuale e sociale e per l'autonomia personale.

La terapia prevede, innanzitutto, una visita di

valutazione, durante la quale il paziente ha un colloquio con uno specialista di salute mentale. Al proposito è importante instaurare subito un rapporto basato sulla comprensione e sulla fiducia. I farmaci sono importanti nella cura e, insieme agli altri trattamenti, hanno un ruolo fondamentale nella guarigione e nella prevenzione degli episodi psicotici. Il medico stabilisce la dose e l'orario di assunzione e controlla per evitare che si verifichino effetti collaterali.

Il ricovero avviene solo nelle situazioni in cui i sintomi psicotici comportano un rischio per il paziente o per gli altri, anche se ci sono dei benefici nel trascorrere un periodo di tempo in ospedale prima di proseguire le cure a domicilio. Il ricovero consente, infatti, ai medici di osservare meglio i sintomi, svolgere ulteriori indagini e iniziare la terapia.

In ogni caso, è necessario che il paziente sia coinvolto attivamente nelle cure e sia a conoscenza di tutto ciò che riguarda la malattia e il processo di recupero. L'importante è non dimenticare che chiedere aiuto con tempestività significa riconoscere la psicosi al più presto e trovare cure specialistiche adatte a ciascun caso.

pa. ar.

Regione vi abbia aderito la gran parte dei Dipartimenti di Salute mentale e delle strutture private convenzionate, a coprire un territorio di riferimento dove vivono circa 3.800.000 abitanti, che costituiscono più dell'85 per cento degli abitanti della regione stessa». Per effettuare le valutazioni si sono mobilitati più di cento operatori, che hanno ricevuto una formazione effettuata dal Centro coordinatore veronese. «Sappiamo che l'esito delle psicosi dipende da molti fattori, tra i quali strutture, risorse e stili di cura, e che questi aspetti dovranno essere monitorati accuratamente nello studio. Certo, questo è solo l'inizio di un lungo lavoro», sottolinea Ruggeri. Oltre a fornire un significativo contributo scientifico alla conoscenza delle psicosi maggiori, la realizzazione del progetto consentirà ai servizi di salute mentale partecipanti di ottenere un miglioramento della qualità di vari aspetti della pratica clinica.

Tra questi un incremento delle

conoscenze e dell'applicazione delle pratiche valutative, la standardizzazione e una maggior trasferibilità del dato clinico, la riflessione periodica sui pazienti, la condivisione di stili di lavoro e obiettivi tra le varie strutture regionali che si occupano di salute mentale, l'aumento di conoscenze su tipologia, evoluzione e trattamento di questi disturbi.

Il progetto usufruirà di competenze specialistiche di gruppi di ricerca del Regno Unito e si avvantaggerà dell'esperienza dei rappresentanti delle Associazioni regionali degli utenti e dei familiari. Tali Corona Mattioli, presidente dell'Associazione italiana salute mentale (Aitsam) e del coordinamento regionale Veneto di quest'associazione, che partecipa attivamente ai lavori del progetto PICOS, commenta: «È questa un'opportunità straordinaria per i nostri malati, che non abbiamo mai avuto prima. Serietà, accuratezza, impegno sono i tratti caratterizzanti del progetto, che prevede un lavoro di équipe non occasionale.

Così il paziente sarà valorizzato e le famiglie verranno supportate».

«Per curare il paziente psichiatrico è necessario un lavoro costante e continuo – sottolinea il dottor Alessandro Marcolin, coordinatore del Collegio primari psichiatri della Regione Veneto –; nel momento in cui il progetto è partito, bisogna analizzare non solo il caso clinico per come si presenta alla nostra osservazione, ma anche essere in grado di prevedere la sua possibile evoluzione. In altre parole ci si deve occupare di prevenzione, cura ed esito della patologia e il progetto PICOS è la prima iniziativa mai attivata sul territorio regionale che vada in questa direzione». Il tentativo è di aprire nuove strade per individuare precocemente le psicosi, migliorare la loro gestione e sviluppare strategie di intervento più tempestive, più condivise, più efficaci.

Per maggiori informazioni, ci si può collegare al sito Internet: www.psychiatry.univr.it.

Paola Arosio

Massimo Nidini, trapiantato da oltre trent'anni, ha fondato l'Arti a sostegno dei nefropatici

Associazioni

45

UN RENE “DI CUORE”

Nefrologia vuol dire rene, e quindi, filtro. I reni sono tra i più grandi filtri dell'intero organismo. Dalle due grandi ghiandole a forma di fagiolo situate poco più su dei fianchi, passano tutti i liquidi che l'organismo produce o assorbe, e vengono selezionati: il meglio va in circolo, le scorie sono espulse attraverso l'uretere e l'uretra, grazie al trasporto dell'urina. Quando il flusso s'interrompe o diventa difficile, è il momento di rivolgersi al nefrologo. Sono vari e diversi i segnali d'allarme: una strana febbriattola continua, un dolore sordo e costante ai fianchi, delle fitte improvvise all'altezza dell'addome. È fondamentale non trascurare questi indizi, perché invece del nefrologo ci si potrebbe trovare ad aver bisogno direttamente del chirurgo. I nefrologi hanno quotidianamente sotto gli occhi i pazienti costretti alla dialisi, quelli i cui reni hanno quasi smesso di funzionare, e per i quali, l'unica possibilità di sottrarsi alla “tortura” è il trapianto.

In Italia si effettuano ogni anno circa 1.500 trapianti di rene. Ne servirebbero il triplo. Chi subisce il trapianto, diviene una persona nuova e può tornare a condurre una vita normale.

Tra questi c'è Massimo Nidini, pittore veronese, trapiantato di rene da oltre trent'anni. Una nota originale che lo contraddistingue, rispetto a quanti hanno subito il medesimo intervento, è il fatto di essere uno dei pochissimi trapiantati al mondo, se non l'unico, a non dover assumere farmaci per la terapia antirigetto. Un colpo di fortuna dovuto probabilmente al suo organismo che, se da un lato sembrava averlo tradito, dall'altro, ha accolto e fatto suo, in ogni senso, l'organo ricevuto dalla madre.

Da tre anni, il maestro Nidini, insieme ad un gruppo di amici, tra i quali c'erano che il giornalista



Massimo Nidini, pittore veronese, trapiantato di rene da oltre trent'anni e fondatore dell'Arti

showman Angelo Castagna, ha fondato l'Arti, un'associazione di volontariato onlus che collabora con l'Azienda ospedaliera e supporta i trapiantati, gli ammalati di reni e i loro familiari.

Siamo andati a trovarlo nel suo studio artistico di via Massalongo, per registrare il racconto della sua esperienza di “ex ammalato” e del suo nuovo impegno nell'associazione da lui fondata.

«Se oggi sono qui a raccontare la mia esperienza di trapiantato lo devo innanzitutto al professor Piero Confortini, il luminaire che per primo ha eseguito a Verona trapianti renali – racconta –. Sono stato uno dei primi ad aver ricevuto l'organo da un vivente; precedentemente si eseguivano trapianti solo con organi provenienti da persone decedute.

Un'altra peculiarità che mi contraddistingue sta nel fatto che non sono assoggettato all'impegnativa quotidiana terapia antirigetto, presumibilmente perché l'organo era di un congiunto di grado strettissimo, mia madre, e assolutamente compatibile.

Dopo oltre trent'anni dal trapianto, il mio stato di salute è buono - dice

e vivo la mia vita normalmente. È uno dei motivi che mi ha spinto a impegnare parte del mio tempo per aiutare chi si trova nella situazione analoga a quella da me vissuta, istituendo una onlus che possa sostenere quanti arrivano a Verona, al reparto di Nefrologia di Borgo Trento – sono tantissimi –, che hanno necessità di un supporto informativo, di assistenza pre e post trapianto, o di assistenza di tipo abitativo». Il reparto di Nefrologia dell'Ospedale Maggiore di Verona accoglie ogni anno centinaia di ammalati di reni, provenienti da tutta Italia, e quasi tutti i trapiantati per i consueti controlli. Nel 2004 sono stati effettuati a Borgo Trento 53 trapianti. Una goccia nel mare se paragonati ai 7.000 casi in lista d'attesa per avere un nuovo organo, ma è ugualmente un gran successo.

«L'Arti rappresenta e tutela gli interessi morali e materiali dei trapiantati di reni – continua Nidini – e anche di coloro che sono in lista d'attesa. Ci proponiamo di avviare ogni azione che possa agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie prima e dopo l'intervento.

Inoltre, siamo impegnati in una costante e decisa azione di sensibilizzazione dell'opinione pubblica per quanto concerne il problema delle donazioni, coadiuvati dal professor Luigi Boschiero, e interveniamo anche presso gli Enti pubblici.

L'informazione è un altro dei compiti che la nostra associazione si è prefissa: purtroppo, quando insorge la malattia renale, tornare indietro non si può. E quando si deve affrontare il dramma della dialisi, la vita del paziente diventa durissima. L'unica alternativa alla dialisi è il trapianto».

L'Arti, in sostanza interloquisce con le esigenze degli ammalati e del reparto, fungendo da mediatore tra il degente e la struttura ospedaliera.

Celso Da Campo nuovo presidente dell'Aido provinciale di Verona

L'Aido provinciale ha un nuovo presidente.

Dopo aver profuso con entusiasmo il suo impegno per oltre quattro anni, Gianni Chesta ha, infatti, lasciato l'incarico a Celso Da Campo.

Chesta è comunque rimasto nel direttivo dell'Associazione come delegato provinciale assieme alle vicepresidenti Milena Stramare Franca Tell.

Il nuovo presidente gli ha rivolto un ringraziamento affettuoso a nome di tutti i soci con l'invito a continuare a sostenere l'associazione con la sua esperienza e le capacità di cui ha dato prova. Chesta si è adoperato con slancio e grande impegno per coordinare il lavoro dei gruppi Aido comunali e per animare le numerose iniziative che l'Aido organizza su tutto il territorio provinciale. L'alta percentuale dei donatori veneti (il 27,4% contro il 21,5 del dato nazionale) è certamente merito non solo della tradizione solidaristica ancora molto viva nella nostra regione, ma anche dell'attività instancabile delle associazioni, fra le quali Aido ha indubbiamente un ruolo "storico".

L'Associazione italiana donatori d'organo opera nella provincia di Verona da quasi 34 anni per sensi-



Da sinistra, Celso Da Campo, nuovo presidente provinciale Aido, e il presidente uscente, Gianni Chesta

bilizzare l'opinione pubblica e favorire il consenso alla donazione. I soci Aido residenti a Verona sono più di 22mila, nel territorio dell'Ulss 20 superano i 27mila, nella 21 sono oltre 6mila e nella 22 più di 9mila. Fra i compiti dell'associazione vi è anche l'informazione sugli stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possono richiedere come terapia il trapianto d'organo.

Gli interventi dell'Aido vengono effettuati nelle scuole e nelle parrocchie con l'utilizzo di materiali informativi. Nel corso del 2005 gli studenti che hanno partecipato agli incontri sono stati quasi diecimila.

Tra le attività promozionali più note vi sono le Giornate del donatore organizzate ogni anno in maggio e ottobre nei comuni in cui è presente il Gruppo Aido.

ra. A febbraio i soci hanno inaugurato una nuova sede a Napoli, una delle città da cui giungono a Verona moltissimi ammalati e trapiantati. «L'ospedale di Borgo Trento è uno dei maggiori centri nefrologici in Italia – precisa Nidini –.

La nostra associazione ha avviato una profonda collaborazione con l'Azienda ospedaliera che ci aiuta offrendoci corsi di formazione, agevolando la nostra preparazione rispetto alle nuove tecnologie trapiantologiche e farmacologiche, sicché possiamo aiutare i familiari e

gli ammalati a districarsi nella confusione d'informazioni che arrivano loro da ogni parte. Non solo. Abbiamo appena siglato un accordo con il residence "Ai Cedri", sito proprio di fronte all'ospedale, per gli ammalati non residenti e i loro familiari, che devono fermarsi nella nostra città per il periodo pre e post trapianto».

Tra i progetti di divulgazione e sensibilizzazione, l'Arti ha in programma anche "Slanci Generosi", un concorso diretto alle Scuole superiori sul tema della donazione di

organi per la vita. Il concorso ha come obiettivo di rafforzare nei più giovani il sentimento della solidarietà umana attraverso il profondo senso di civiltà insito nel donare. I tre lavori più meritevoli saranno premiati con un viaggio a New York.

La manifestazione ha come supporter le associazioni di che operano per la promozione della donazione di organi, tessuti, sangue, midollo osseo: Avis, Fidas, Asfa, Admor, Acti, Aned, Ato, Arti.

Giovanna Billeci

Il sollievo della condivisione

di Lorenzo Gobbi *

Il malato raccoglie attorno a sé le attenzioni delle persone care e di quanti sono capaci di vivere accanto a lui la sua sofferenza

Chi ricorda un tempo lungo o grave d'ospedale, proprio o di un familiare, ricorda anche una metamorfosi particolare nel mondo delle presenze. Quando è un lutto a colpire, con un fendente che ci atterra, le reazioni di coloro che ci stanno intorno sono imprevedibili per chi le vive, ma rientrano tutto sommato in un "repertorio" già visto, ed è facile, dopo, ricordarle: ammirarle o perdonarle.

La sorpresa sta nei soggetti delle reazioni: può accadere che molti ci stupiscano, nel bene o nel male. C'è chi si eclissa, semplicemente, ricomparendo dopo un certo tempo come se nulla fosse accaduto: l'aveva colto il terrore della morte, l'imbarazzo di fronte a chi ne reca sul viso l'impronta rovesciata, come un calco. C'è chi si fa dolcemente vicino, con una discrezione calda e traboccante, e ci sta accanto scegliendo bene i tempi – la sera, quando il vuoto si apre e ci risucchia, o nelle feste – dosando la propria vicinanza: è veramente un giusto, che conosce e rispetta l'anatomia ferita dell'anima. C'è anche chi che si fa loquace, sorride e batte la mano sulla spalla, trascina al cinema o a cena con nuovi amici, certo che la vita sorrida anche a noi e che presto, prestissimo, torneremo a comprenderlo.

C'è chi, invece, ci rivolge contro una stizza istintiva, una rabbia che la nostra situazione di uomo distrutto e svuotato aizza e nutre: suo malgrado, anch'egli viene a contatto con la morte, ne sente l'odore e se ne difende con l'ira, stoltamente. Oppure, più umanamente, con il distacco: si allontanerà presto, e la nostra persona sarà sempre, per lui, una presenza un po' ingombrante. Altri si schermiscono semplicemente con battute inopportune, su ciò che dobbiamo o non dovremmo fare: non è che, con questo, colpiscano meno.

L'evento della morte è definitivo e compiuto: ciascuno reagisce a qualcosa che ha confini precisi. La malattia, invece, è una realtà in evoluzione, e l'esito è spesso incerto. I mutamenti nella vita della famiglia sono temporanei, ma imprevedibili e gravosi; le reazioni sono molte.

C'è anche chi viene in visita, semplicemente, e nulla coglie delle molteplici necessità, anzi: crea complicazioni inutili, e critica ciò che gli altri fanno pur non facendo nulla. Ci sono persone che minimizzano e scherzano, vengono e fuggono, e più la situazione s'aggrava più si fanno ciechi di fronte alla sofferenza, e offendono i familiari con freddure inopportune –, salvo offendersi a propria volta perché tanto benéfico dinamismo non è apprezzato.

C'è anche chi guarda con un sorriso malcelato, come se fosse certo che a lui non potrebbe mai capitare:

anch'egli aiuta, e difficilmente sta lontano. Qualcun altro si fa curiosamente morboso, e chiede particolari che sarebbe meglio tacere: si presenta sempre, al momento opportuno, e non si perde nulla.

C'è anche chi si rende disponibile in tutto, deponendo rancori e screzi del passato, e agisce nel bene: aiuta nelle incombenze concrete, tante; sorregge facendo le piccole cose. È come se volesse propiziare la guarigione promettendo un rinascere del rapporto con chi è ora malato e con

la sua famiglia: come se dicesse al destino di non privare il mondo di tanto bene che verrà. È un buon profeta: intorno al malato, tutto si trasforma, e la rete delle relazioni rivela aspetti nuovi, rafforza tanti suoi anelli, altri ne crea, trae da sé potenzialità insospettabili. Tutto è possibile, nel bene e nel male: ma è il bene ad essere imprevedibile, inclassificabile, stupefacente. Chi ha visto, lo sa. Sembra che la vita acquisti un'intensità, un

sapore deciso di senso e valore, e gli istanti dichiarino a chiare lettere a chi li vive che ne vale davvero la pena, e che tutto merita attenzione. C'è una consapevolezza del bene che va a permeare parole e atteggiamenti, a vivificare le relazioni e a marcare i fatti. Così, una prima pastasciutta dopo un intervento all'addome è una festa che si propaga a tutta una famiglia, e le funzioni più elementari del corpo, ora che riprendono, suscitano in tutti un entusiasmo incontenibile – acquistano una dignità e un'importanza che mai avevano posseduto. Gli sguardi si fanno carichi di tanto, le gioie si moltiplicano, un gesto trasmette un intero mondo creato, gli affetti profumano l'aria come pollini del tempo che verrà – il tempo della vita vissuta esattamente, resa bella dalla consapevolezza del proprio valore: imparata in una stanza d'ospedale.



UNA TERAPIA D'URTO

Sull'utilizzo delle onde d'urto si basa una terapia innovativa, ancora poco diffusa in Italia, che ha in Verona uno dei centri di sperimentazione, studio e applicazione più all'avanguardia.

Si tratta di un metodo di cura basato su onde acustiche ad alta energia che, attraverso una tecnologia avanzata, applicata al tradizionale litotritore, con un puntamento ecografico e radiologico computerizzato, vengono "sparate" sul tessuto da trattare. I vantaggi più immediati sono per il paziente che non ha bisogno di anestesia e neppure di ricovero e torna quindi immediatamente autosufficiente dopo il trattamento.

«L'esperienza è iniziata una decina d'anni fa, quando, sulla scorta dell'applicazione delle onde d'urto per la terapia dei calcoli renali, si cerca di estenderne l'utilizzo al trattamento di numerose patologie ortopediche», spiega il dottor Ernesto Amelio, responsabile dell'Unità funzionale di ricerca e terapia con onde d'urto, che fa capo all'Unità operativa di Chirurgia della mano del Policlinico "Giambattista Rossi".

«Abbiamo iniziato a sperimentare l'effetto delle onde d'urto sulle pseudoartrosi, cioè su quelle fratture che hanno perso la capacità di guarire da sole e per la cura delle quali esisteva solo la possibilità di sottoporre il paziente ad altri costosi interventi chirurgici».

L'Unità operativa di Chirurgia della mano, diretta dal professor Landino Cugola, nel '97 imbocca così, per prima nel Nord Italia, la strada del trattamento con le onde d'urto per le patologie ortopediche. «Da allora non si è arrestata la richiesta di intervento per pazienti che provengono da altri reparti, ma anche per gli esterni, che ci contattano seguendo le indicazioni del medico di famiglia o di altri pazienti. Ogni anno la nostra Unità cura circa cinquecento persone, per un totale di



Da sinistra: Claudio Guerra, Landino Cugola e Ernesto Amelio

oltre 1.500 trattamenti, dato che ogni ciclo terapeutico è composto da tre o quattro sedute», aggiunge Amelio.

«Per accedere al trattamento è necessario sottoporsi a una visita specialistica preventiva, che ci consente di accertare le indicazioni, di programmare un corretto protocollo terapeutico e di verificare che non ci siano controindicazioni alle cure. Del resto la conoscenza della metodologia di applicazione e della varietà di tipologie alle quali possiamo rispondere con questa terapia è ancora poco diffusa, spesso anche tra i medici che ci inviano i loro pazienti».

La lista d'attesa, considerata l'alta richiesta da tutta Italia, è piuttosto lunga: per sottoporsi a un ciclo di cura con le onde d'urto è necessario aspettare anche sette, otto mesi. «La situazione sta migliorando, ora l'Unità può contare sulla presenza di un altro medico, il dottor Claudio

Guerra, quindi si potrebbe velocizzare anche il calendario dei trattamenti», prevede lo specialista.

I settori più frequenti di applicazione sono l'ortopedia e la traumatologia sportiva. All'Unità funzionale si rivolgono pazienti che soffrono di patologie ossee con esiti di fratture non guarite o necrosi della testa femorale, per le quali, senza le onde d'urto, ci sarebbe solo la prospettiva di un intervento chirurgico, controindicato, in particolare, per i pazienti anziani. Le onde d'urto curano inoltre molte patologie delle parti molli (come tendiniti, periartriti, epicondiliti), o dei muscoli conseguenti a trauma (come contusioni e stiramenti ed i loro esiti, ad esempio la fibrosi muscolare). Inoltre si curano traumi da sovraccarico dello sportivo (pubalgie, fratture da stress) e patologie infiammatorie delle piccole articolazioni (artrosi della mano, artrite reumatoide, artrite psoriasica).

«Per capire come le onde d'urto possono intervenire, occorre abbandonare l'idea meccanica del litotritore che rompe i calcoli, come in urologia – ragiona Amelio –.

Noi utilizziamo le onde d'urto per la loro capacità antinfiammatoria e di stimolo della cellula. L'effetto è dunque di aumentare la vascolarizzazio-

ne, sia vasodilatando, sia incentivando la formazione di nuovi vasi sanguigni nei tessuti ammalati, che si producono a quattro-otto settimane dal trattamento».

«L'effetto antinfiammatorio, ancora oggetto di studio, secondo la nostra osservazione sperimentale è dovuto anche alla produzione di particolari

radicali liberi quali il monossido d'azoto, che induce gli effetti di vasodilatazione e di rivascularizzazione dei tessuti», conclude Amelio, impegnato nell'attività di ricerca e di studio sui meccanismi d'azione delle onde d'urto che potrebbero presto aprire la strada alla cura di nuove patologie.

Valeria Zanetti

Il Centro veronese applica le onde d'urto al trattamento della spasticità

All'avanguardia in Italia e in Europa per lo studio, la sperimentazione e l'utilizzo terapeutico delle onde d'urto, il Centro veronese, che l'anno scorso ha organizzato il quinto congresso nazionale della Società italiana terapie con le onde d'urto, è anche impegnato nell'approfondimento delle applicazioni cliniche in più rapido sviluppo.

IL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITÀ. L'Unità funzionale di onde d'urto del Policlinico è il primo Centro in Italia e tra i primi al mondo ad aver allargato il campo di applicazione delle onde d'urto al trattamento della spasticità, in collaborazione con la Sezione di Neurologia riabilitativa. «Siamo partiti dall'osservazione degli effetti delle terapie sulle contratture muscolari degli atleti e abbiamo così iniziato a trattare pazienti adulti con spasticità derivate da ictus. Dall'osservazione è emerso che le onde d'urto hanno un importante effetto rilassante sulla muscolatura contratta. Con pochi minuti di trattamento si possono conseguire risultati analoghi a quelli che si ottengono con la tossina botulinica», afferma il dottor Ernesto Amelio, responsabile dell'Unità funzionale di terapie con onde d'urto. Per il momento lo studio si è concentrato sulle paralisi spastiche dell'adulto, derivate da ictus e sulle paralisi cerebrali infantili con buoni risultati.

«Le onde d'urto non sempre permettono il recupero della completa funzionalità dell'arto, ciò dipende dalla patologia e dalla sua



Il nuotatore Domenico Fioravanti. Le onde d'urto hanno un effetto benefico sulla muscolatura contratta

gravità; tuttavia il rilassamento muscolare è comunque spesso un grosso risultato». Le applicazioni neurologiche delle onde d'urto sono state standardizzate in un protocollo, ma l'attività di cura non è ancora aperta. Sono tuttora in corso ricerche sperimentali, cliniche e di laboratorio, per comprendere meglio il meccanismo d'azione.

LE ONDE D'URTO

IN CARDIOLOGIA. Le onde d'urto possono essere anche utilizzate in campo cardiologico, nella cura delle ischemie cardiache, là dove le coronarie non sono più in grado di irrorare adeguatamente il cuore. La fase di sperimentazione sull'uomo è già conclusa, i dati clinici sono stati presentati a livello europeo e la tecnica è stata approvata. Occorrono però apparecchiature speciali, ad oggi non disponibili in Azienda ospedaliera, per l'uso cardiologico.

LA RICERCA. In collaborazione con la Facoltà di veterinaria dell'Università di Parma, l'Unità funzionale di terapie con le onde d'urto sta lavorando ad una ricerca neurologica su modello animale. Con l'Istituto di biochimica dell'Università di Verona sono in corso ricerche sul monossido di azoto, liberato dalle cellule colpite dalle onde d'urto e anche sulle staminali. «La nostra esperienza ha avuto una rilevanza crescente in Italia ed in Europa con la partecipazione a corsi, congressi scientifici e con la preparazione di numerose pubblicazioni. Nel 2002 il mondo accademico americano si è interessato alla nostra attività – racconta il dottor Amelio –. Un gruppo di università americane ha iniziato la ricerca del Centro europeo più idoneo per la formazione di ortopedici alla pratica delle onde d'urto.

La scelta è caduta sulla realtà veronese considerati gli standard di qualità, l'esperienza e la professionalità dimostrata a livello internazionale in anni di attività.

Così quattordici sanitari tra ortopedici e personale paramedico di supporto, provenienti dalle università di Tukson, Dallas, Orlando e Portland, hanno partecipato qui ad un corso teorico pratico al quale ha fatto seguito uno studio multicentrico controllato dalla FDA (Food and Drug Administration). Il centro di Verona è stato coordinatore dello studio sull'utilizzo delle onde d'urto nella patologia degenerativa della spalla.

va. za.

MEDICO E BENEFACTORE

di Giuseppe Ferrari*

Un monumento all'ingresso dell'Ospedale, di fronte al Centro "Marani", ricorda Roberto Massalongo ed è opera dello scultore Spazzi. *Al comm. Roberto Massalongo Medico Di luminosa e solare fama La cui opera In questa casa di pianto Fu dottamente pia in vita E regalmente munifica in morte. Il Consiglio ospitaliero Riconoscente III MCMXXII.*

Egli nacque a Tregnago nel 1856 da una ricca famiglia di possidenti. Il padre, Abramo, era un intellettuale impegnato che ha lasciato negli studi scientifici più d'una memoria duratura. Raccolse e descrisse, fra l'altro, i resti fossili di Bolca che contribuì a far conoscere in Europa. Un fratello fu botanico illustre, l'altro si dedicò all'entomologia, quando una malattia invalidante gli impedì di svolgere con profitto la professione di ingegnere.

Appena laureato, Roberto si recò a Parigi, alla Salpetrière, dove studiò da tutta Europa andavano ad assistere alle lezioni del celebre medico J.M. Charcot. Qui fece proprio quel metodo di osservazione anatomico-clinica che è alla base della moderna pratica medica e nello stesso tempo riuscì ad acquisire una solida cultura neurologica.

All'età di 36 anni fu nominato Direttore dell'Ospedale e in questa posizione fu il tramite necessario per la trasformazione dell'Ospedale civile di Verona da Luogo Pio a moderno e aggiornato Istituto per la diagnosi e la cura delle malattie.

Egli iniziò subito un'opera di riorganizzazione che farà dell'ospedale un luogo diverso in cui affrontare le malattie secondo i più moderni indirizzi clinici, basati sull'indagine anamnestica accurata e un approfondito esame semeiologico, predisponendo l'utilizzazione dei nuovi sussidi strumentali e delle indagini di laboratorio. Nel 1910,



Monumento dello scultore Spazzi in ricordo di Roberto Massalongo

quando l'ospedale fu dotato della corrente elettrica, venne attivato il primo gabinetto di radiologia. Per ottenere questi risultati fu necessario portare i medici, in primo luogo, ma anche gli infermieri e tutti quanti fossero coinvolti nella gestione ospedaliera, ad uno stesso livello di qualificazione e nello stesso tempo imporre ordinamenti tesi a salvaguardare il decoro, l'igiene, la tranquillità dei degenti.

Facendo propria la teoria dell'abito costituzionale di De Giovanni, suo maestro di clinica medica, Massalongo considerò che l'equilibrato sviluppo dell'organismo umano poteva essere alterato da comportamenti devianti, quali l'alcolismo, dalle malattie e dai patimenti fisici e morali, e suggerì quindi efficaci iniziative di prevenzione. Si batté per ridurre la diffusione della malaria nelle Valli veronesi e, per decenni, continuò a proporre la costruzione di un Sanatorio per i malati di tubercolosi.

Nel 1885 fu eletto consigliere comunale per l'Associazione politica popolare nella giunta Guglielmini e quattro anni dopo, eletto sindaco

Renzi Tessari, diventò assessore. Lasciò l'impegno politico nel 1902 dedicandosi all'ospedale ed alla propaganda medico-sociale. In più occasioni affermò grande fiducia nel progresso dell'umanità, favorito dalle grandi scoperte scientifiche che si susseguivano nel mondo e facendo più di una volta appello per la riunificazione di Trento e Trieste all'Italia.

Redasse nove capitoli, tutti dedicati alle malattie neurologiche, nel Trattato italiano di patologia e terapia medica di Carantani e Maragliano, edito nel 1893 e fu autore di circa duecento lavori scientifici pubblicati su riviste italiane e straniere. Di un certo interesse i suoi contributi storici relativi ai grandi medici veronesi del Rinascimento, Antonio Benedetti e Girolamo Fracastoro, al quale intitolò nel 1905 la Gazzetta Medica Veronese. Fin dal 1888 fu nominato socio di numerose Società scientifiche europee ed italiane, compresa l'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona e del Regio Istituto veneto di Lettere, Scienze e Arti in Venezia.

Venne insignito dei titoli di Cavaliere, poi Cavaliere ufficiale ed infine Commendatore della Corona d'Italia. Morì a Verona nel gennaio del 1919. Nel suo testamento lasciò all'Ospedale la somma di 350.000 lire per l'allestimento di una sala di degenza che doveva ricordare il suo nome e per la costruzione di un padiglione completo nel futuro Ospedale sanatorio del Chievo, intitolato a Gerolamo Fracastoro. Fece dono inoltre della sua biblioteca medica, che occupava sei librerie nell'anticamera della Direzione sanitaria.

- 3 continua

*** membro dell'Accademia di Agricoltura, Scienze e Lettere di Verona**

Il vissuto del paziente

di Gelmino Tosi *

Il malato chiede al medico non solo una terapia, ma d'essere ascoltato e capito

La relazione umana è fondamentale per la guarigione

La relazione fra medico e malato è sicuramente cambiata negli ultimi anni anche a motivo dei progressi della medicina, tuttavia pare non siano molto cambiate le paure e le angosce del paziente.

Sono cambiate anche le malattie che ci affliggono, oggi sono di gran lunga prevalenti le patologie di tipo cronico, paradossalmente se è vero che si muore meno che un tempo di molte malattie è anche vero che si guarisce meno e ci si reca dal medico molto di più.

Al medico, tuttavia, ora come mille anni fa, si chiede sempre la stessa cosa: la cura rispetto ad un disagio fisico o psichico, rispetto ad una nostra percezione di qualcosa di anormale e disturbante.

Nel momento in cui è chiaro nella coscienza di una persona questa esigenza, il recarsi dal medico significa anche esprimere il bisogno di essere accudito, e ciò dipende dalla capacità dell'ammalato di affrontare una sorta di regressione, in altre parole di diventare un po' bambino, bisognoso di cure.

Non è un fatto da poco: da una parte si deve accettare una menomazione fisica, dall'altra ammettere il proprio limite e chiedere aiuto ad un'altra persona.

Il medico in questo caso diventa in qualche modo una specie di figura materna, accudente. La relazione medico paziente quindi, anche se dal punto di vista formale e legale è paritaria, dal punto di vista psicologico è sbilanciata, in quanto abbiamo di fronte una persona con un bisogno, in uno stato di deficit fisico o psichico e un'altra pienamente integra che deve in qualche modo soddisfare questo bisogno. Una relazione che ricalca in qualche modo quella tra madre e bambino.

Avevamo accennato come il contesto

sociale influenza la nostra percezione e la nostra idea di salute e di benessere, in questo contesto ammettere una menomazione fisica,



un deficit del proprio corpo e della propria integrità diventa un fatto molto più grave che un tempo e corrisponde all'affrontare un vero e proprio lutto, una perdita.

Questo non avviene solo per malattie gravemente invalidanti, ma anche per situazioni più comuni come per esempio per il diabete o un'ipertensione arteriosa. In realtà risulta spesso difficile non solo accettare una malattia, ma il normale cambiamento che avviene nel corso degli anni, il venir meno di performance fisiche e

psichiche. Gli aneddoti si sprecano su fatti come questi: sportivi che si lamentano che a cinquant'anni non sono più in grado di percorrere le Torricelle in bicicletta, professori di scuola che cominciano a dimenticare qualcosa ecc.

Una defaillance sul piano fisico è direttamente correlata ad una perdita sul piano psicologico, un lutto appunto. Qui si potrebbe discutere il ruolo che dovrebbero avere il medico e la medicina: aiutare a superare, elaborare come si dice in termini tecnici, questo lutto, oppure a rimandarlo sempre di più con farmaci e quant'altro? È una domanda questa che dovremo porci tutti, sia i medici, sia la gente comune.

Spesso incontro persone che fanno fatica a accettare una terapia farmacologica per situazioni ormai comuni come appunto il diabete, pressione alta, malattie che di solito in fase iniziale non danno grandi sintomi né grave invalidità. Per questi pazienti accettare una terapia, una medicina, significa confermare una seppur minima non integrità fisica cui il medicamento diviene il simbolo; la terapia viene "vissuta" come stigma di una menomazione difficile da accettare prima sul piano psicologico che su quello fisico.

Eppure, se sul piano etico possiamo discutere sull'opportunità di una medicina "cosmetica" portata ad oltranza, non è possibile derogare alla somministrazione di cure che hanno dimostrato efficacia come le medicine per il colesterolo o per la pressione alta.

I problemi della salute impongono delle scelte: non è semplice compierle da soli. Il nostro medico può aiutarci.

*** medico di famiglia e psicoterapeuta**

Premiato il dottor Riccardo Bonadonna distintosi per una ricerca che chiarisce i meccanismi fondamentali delle complicanze vascolari del diabete

Premio, congratulazioni e applausi sono per lui. Per il dottor Riccardo Bonadonna, ricercatore universitario dell'Unità operativa di Endocrinologia e malattie del metabolismo, che, durante il XX congresso nazionale della Società italiana di diabetologia, ha ricevuto il riconoscimento assegnato ogni anno al ricercatore italiano che più si è distinto per originalità e prestigio. Un premio alla carriera, questo, che riconosce l'intera attività di ricerca. E senza dubbio è un talento di particolare spicco, il suo, che gli ha consentito di svolgere numerose ricerche all'estero, di ricevere premi nazionali e internazionali e di partecipare a interventi e conferenze a livello mondiale.

Ma qual è stata la motivazione del premio? A spiegarla è il prof. Michele Muggeo, direttore della Divisione di Endocrinologia e malattie del metabolismo: «Il diabete di tipo II può essere causato da due alterazioni funzionali: l'insulino resistenza, cioè un ostacolo alla produzione di insulina, e il deficit di secrezione insulinica. Poiché non vi è modo di sapere da quale causa è determinata



Riccardo Bonadonna

la patologia, il trattamento risulta aspecifico, con risultati non sempre soddisfacenti. Bonadonna ha ideato un modello che, sfruttando il carico di glucosio, permette di distinguere quale sia il motivo della malattia». Una ricerca di forte impatto scientifico, dunque, e un modo di trasferire la teoria nella prassi. «Il nostro ricercatore ha svolto indagini che permettono di chiarire i meccanismi fondamentali delle complicanze vascolari del diabete – continua

Muggeo – ma si è occupato anche di metabolismo proteico, lipidico e dei meccanismi metabolici dell'arteriosclerosi e della funzione endoteliale».

A spiegare l'importanza della ricerca è Bonadonna stesso: «Oggi la ricchezza di una nazione è prodotta dal know how (la conoscenza e l'abilità tecnica) perché le tradizionali fonti di reddito non sono più competitive. Per questo è importante non smettere di credere e di investire nella ricerca. Senza contare che la medicina è basata sulla scienza e che una maggiore conoscenza biologica è l'unica strada sicura per migliorare la diagnosi e la cura delle malattie». Ma quali sono le doti di un buon ricercatore? «Capacità di applicazione, costanza, organizzazione e un po' di fortuna – risponde Bonadonna – anche se, naturalmente, serve un ecosistema che permetta e favorisca lo sviluppo della ricerca. Dell'università è il compito di produrre il futuro. A noi non resta che sperare che sia un futuro positivo».

Paola Arosio

Volontari preparati all'assistenza

I volontari che operano negli ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma hanno frequentato al Centro "Marani" il corso di formazione previsto dal nuovo regolamento (delibera del D. G. n. 692 del 25.05.2004) che disciplina le attività delle circa 19 associazioni che operano nell'Azienda ospedaliero-universitaria, offrendo ai ricoverati sostegno psicologico, morale, informazioni sanitarie e assistenza. Si tratta di una grande risorsa umana per la quale l'ospedale è grato alla comunità veronese.

Il regolamento specifica i requisiti d'accesso alle varie strutture, chiarendo diritti, doveri e norme di comportamento relative all'assistenza prestata dal volontario.

I volontari che partecipano al corso



Una volontaria vestita da clown fa divertire una piccola paziente

sono circa 320 e le lezioni si sono tenute sia al "Marani", adiacente all'Ospedale Civile Maggiore, che al Policlinico, per favorire la partecipazione di chi opera nell'una o nell'altra struttura.

Il corso ha offerto l'opportunità di integrarsi maggiormente nella realtà degli ospedali veronesi,

riflettendo sull'identità e il ruolo del volontario e migliorando la conoscenza delle strutture dell'organizzazione assistenziale. Sono stati, inoltre, curati gli aspetti inerenti la comunicazione con il malato e la famiglia e i rapporti interpersonali con il personale sanitario. Specifiche lezioni sono riservate anche all'approfondimento di temi specifici come l'assistenza a malati anziani, ai bambini e ai pazienti oncologici.

Gli incontri sono stati dieci. In occasione della consegna degli attestati di partecipazione a ciascun volontario mercoledì 11 maggio al Centro "Marani", alle ore 18.30, i Clown di VIP ViviamoIn Positivo, RidoRidò e Progetto Sorriso animeranno un momento di festa.

Ricordiamo il professor Sergio Cavalieri, medico pediatra e docente recentemente scomparso

Album

53

UN MEDICO, UN UOMO

Il 15 febbraio 2005 è scomparso un vero uomo, il professor Sergio Cavalieri.

Nato a Verona nel 1924, consegue la laurea in Medicina nel 1948. Inizia subito l'attività nell'Ospedale di Verona, nella Divisione di Pediatria diretta dal professor Vittorio Mengoli. Intraprende un lungo faticoso apprendistato professionale che lo porterà ad acquisire la libera docenza in Clinica pediatrica e a diventare primario nella stessa divisione; dopo anni ricopre la medesima responsabilità nel reparto di malattie infettive.

Professore a contratto dell'Università di Verona per l'insegnamento di malattie infettive, Cavalieri sarà anche direttore della Scuola medico-ospedaliera e della rivista *Il Fracastoro*.

Oltre a una severa preparazione scientifica e a una straordinaria capacità d'intuizione clinico-diagnostica, ciò che lo rende ineguagliabile, unico, è la sua "maniera" di fare il medico pediatra: possiede, infatti, il dono connaturato di stabilire un rapporto col bambino già dal primo approccio. Dedicherà totale dedizione a ogni singolo bambino ricoverato nel suo reparto e chiederà ai suoi collaboratori lo stesso impegno. Si avvicina al piccolo con la naturalezza e la festosità di un compagno di giochi e conquista subito la fiducia e l'amicizia.

Di ciò sono testimoni intere generazioni di suoi ex pazienti che non hanno più dimenticato un dottore così atipico e migliaia di madri conquistate da questa professionalità tanto particolare. Questo speciale rapporto con i bambini, Cavalieri lo manifesta anche al di fuori dell'attività professionale. Quando incontrava un bambino era difficile che resistesse alla tentazione di scambiare con lui un breve saluto o un ammiccamento.

Contrariamente a come poteva appa-



Sergio Cavalieri

rire a chi non lo conosceva a fondo, Cavalieri celava però, sotto l'abituale affabilità, un carattere tutt'altro che facile e un temperamento molto forte.

Se aveva l'impressione che venissero messi in discussione i valori nei quali credeva profondamente e ai quali aveva uniformato la vita, la sua cordialità scompariva e lui, così disponibile e tollerante, si trasformava e diventava estremamente duro e irremovibile.

Di solida cultura umanistica, era curioso, ogni cosa lo interessava: qualsiasi manifestazione culturale e qualunque opera d'arte, sia antica che moderna.

Vecchio alpino (come si proclamava orgoglioso di esserlo stato!) era perennemente affascinato dalle piccole cose: come il disegno dei rami di un albero, il profilo di una collina o il muro di una baita della "sua" Lessinia. L'avventura lo ha sempre affascinato come la forza e la bellezza della natura, camminare in montagna, navigare vele al vento, e scoprire mondi nuovi, con tutta la famiglia a seguito era il sogno per i pochi momenti liberi.

La sua conversazione gradevolissima era contrassegnata da un umorismo sempre garbato. Marito, padre e nonno amorevolissimo ed amatissimo, la famiglia era uno dei valori assoluti nei quali credeva ferma-

mente.

Spirito libero, non amava le vanità della vita, sapeva trovare significato nei brevi istanti d'ogni giorno, passo su passo. La sua personalità era carica di umanità, umanità che aveva caratterizzato la sua attività professionale. Umanità che lo ha spinto a offrire opera volontaria presso le popolazioni più disagiate e isolate. Infatti, lui e la moglie Egina, anch'essa medico, nello Stato del Mato Grosso (Brasile) hanno organizzato un reparto di Pediatria presso un ospedale dell'Opera Don Calabria.

C'è poi una pagina di Cavalieri che solo pochi conoscono, data la sua ritrosia a parlarne: è quella nella Resistenza che attuò nella Brigata Avesani, spinto non da idee politiche ma dall'ideale di libertà e amor di patria. Arrestato fu "ospitato" nei sotterranei della tristemente famosa caserma fascista di via S. Vitale e poi alle Casermette di Montorio.

Ugo Pezzo, anch'egli incarcerato nelle Casermette, lo conobbe e fece amicizia con quello che lui chiama "Quarto alpino". In una testimonianza apparsa su *l'Arena* nel 2003 Pezzo racconta che questo prigioniero, sebbene ripetutamente torturato - "come lo frustavano!" - non disse una parola e che, ritornato in cella, un compagno "gli faceva vento sulla schiena massacrata". Il Pezzo, pur precisando che il quarto alpino era "uno stimatissimo e conosciutissimo veronese" affermava di non poterne rivelare l'identità perché l'interessato non aveva mai voluto essere nominato. Oggi sappiamo che il quarto alpino era il professor Sergio Cavalieri.

Ma vi è anche un'attività segreta che Sergio concesse solo a se stesso e che celava gelosamente: quella di poeta. I suoi versi che custodiva gelosamente nella sfera privata svelano la delicatezza e la sensibilità del suo animo, quello di un vero uomo.

Ruggero Cavaliere

I cani traditi dall'uomo

di Anna Laura Folena

Per proteggere i nostri amici a quattro zampe bisogna educarli a non prendere cibo da mani estranee

Ci tengono compagnia, corrono e giocano insieme a noi, in certi casi ci aiutano a lavorare, fanno i baby-sitter, ci guariscono dagli acciacchi dell'età o dal cattivo, ci mantengono giovani, ci costringono a sgranchirci le ossa all'aria aperta, non ci abbandonano né ci tradiscono mai... E non sono rari i casi in cui addirittura ci salvano la vita. Sono i cani.

Eppure i loro decessi per avvelenamento non si fermano. Da una quindicina d'anni godersi serenamente la campagna insieme ai migliori amici dell'uomo è più rischioso di una volta. Risalgono, infatti, all'inizio degli anni '90 le prime segnalazioni di avvelenamenti dolosi con esche tossiche, durante le uscite per motivi venatori o anche solo per una passeggiata.

«Il territorio del Nord-Est veronese interessato da queste deplorevoli pratiche negli anni '90 – spiegano all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Verona – è individuabile nelle aree di campagna e collinari a nord dell'autostrada A4».

Non si è mai riusciti a circoscrivere il fenomeno?

«Purtroppo no. Negli ultimi anni, anzi, le zone colpite si sono estese anche più a sud. Se all'inizio i "focolai" di avvelenamenti erano a macchia di leopardo, dalle valli di Mezzane e Tregnago all'alta Val d'Alpone, nel tempo è diventato sempre più difficile individuare zone sicure, cioè libere da esche. Tutto il Nord-Est scaligero oggi va considerato a rischio».

I responsabili restano ignoti. Ma cosa li spinge ad uccidere i cani?

«L'esperienza diretta del fenomeno avvalorava l'ipotesi che gli avvelenatori siano sostanzialmente elementi isolati, i quali, per un distorto senso di proprietà o di protezione del territorio venatorio, dove magari loro stessi cacciano, lo disseminano di esche per tener lontani altri cacciatori e i loro cani. Le conseguenze sono devastanti».

Non si tratta più, però, di un fenomeno che riguarda solo la campagna e le zone di caccia...

«Purtroppo, si segnalano avvelenamenti anche nei centri urbani, dove vengono colpiti non solo i cani ma in misura non marginale anche i gatti».



In questo caso il movente cambia, evidentemente.

«Sì. Qui si possono individuare motivazioni diverse, che vanno da una generica disaffezione a forme maniacali di intolleranza verso gli animali».

Quali sostanze vengono utilizzate dagli avvelenatori?

«Nell'arco di questi quindici anni sono stati usati principi tossici diversi, anche in relazione alla loro disponibilità commerciale.

Nei primi anni '90 nelle esche sono state rintracciate sostanze appartenenti alla categoria dei diserbanti-dissecanti (quali diquat-paraquat, basi pirimidiniche) contenute nell'allora

molto diffuso *gramoxone* (veleno di 3ª classe, per il quale è richiesto patentino). La sua particolarità di essere inodore, incolore e insapore lo rendevano elemento ideale per la preparazione dell'esca dolosa. L'effetto letale di questa sostanza, per la quale non si conosce un antidoto, è legato alla necrosi polmonare. La morte arriva dopo alcuni giorni di grave sofferenza.

Oggi è usato, invece, un organoclorurato: l'*endosulfan*. Si tratta di un anticrittogamico agricolo, ad azione neurotossica».

Come sono state individuate queste sostanze?

«La loro presenza è stata accertata con indagini tossicologiche eseguite su materiale gastrico di cani deceduti, all'Istituto Zooprofilattico sperimentale di Padova, attraverso la sezione di Verona. In seguito le evidenze clinico-epidemiologiche nella maggioranza dei casi hanno condotto alla diagnosi senza ricorrere alle ricerche tossicologiche, che non si possono effettuare sempre, anche per motivi economici».

Altre sostanze "indiziate"?

«Non si è in possesso di dati certi. In particolare, non abbiamo la sicurezza che venga utilizzata la stricnina, molte volte chiamata in causa probabilmente per la violenta e improvvisa sintomatologia che anche l'*endosulfan* scatena. Vista la gravità clinica di alcuni casi e la conseguente difficoltà terapeutica, si ritiene che negli ultimi tempi le esche possano essere confezionate con più sostanze per potenziarne l'effetto. Non disponiamo tuttavia di dati analitici certi».

Come commentare azioni del genere?

«Per proteggere i nostri cani da tristi disavventure è necessario educarli a mangiare solo ciò che trovano nella ciotola o che viene offerto dalle nostre mani».

Una guida per rendere agevole la ricerca dei servizi negli ospedali Civile maggiore e Policlinico "G. Rossi"

Urp

55

Tutto quello che serve ai pazienti



ASSISTENZA SOCIALE

Nelle due sedi dell'Azienda ospedaliera sono presenti gli uffici di Servizio sociale. L'attività del Servizio è rivolta alle persone degenti con problematiche connesse alla malattia e/o al reinserimento domiciliare. Il Servizio fornisce supporti socio-assistenziali ed indicazioni di segretariato sociale.

La richiesta di intervento può essere presentata dal malato stesso, dai familiari, dai medici o dal/dalla caposala dell'unità operativa.

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE - 045 8072510

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI" - 045 8074230

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Nei presidi ospedalieri dell'Azienda operano varie Associazioni di Volontariato con le seguenti finalità: dare assistenza volontaria e gratuita

a coloro che si trovano in stato di infermità, senza alcuna discriminazione e con particolare attenzione ai più bisognosi e privi di altra assistenza familiare;

garantire la tutela dei pazienti rispetto al trattamento dei dati personali connessi con l'esecuzione delle attività affidate.

Per informazioni ci si può rivolgere alla caposala.

SERVIZIO RELIGIOSO

È assicurata l'assistenza religiosa ai degenti di fede cattolica mediante la presenza di alcuni Padri Camilliani. I pazienti di fede non cattolica possono richiedere alla caposala di contattare un assistente religioso della loro fede. A tutti i ministri di culto è garantito l'accesso alle strutture dell'Azienda ospedaliera.

BAR

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE
Vi sono due bar all'ingresso dell'e-

dificio Geriatrico e al piano terra dell'edificio della Maternità. Vi sono, inoltre, distributori di bevande calde e fredde e di alimenti dolci e salati.

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI"

Il bar è situato in prossimità dell'atrio dell'Ospedale. Vi sono anche distributori automatici di bevande calde o fredde e di alimenti dolci e salati.

TELEFONI

In ogni unità operativa si trovano uno o più telefoni a tessera magnetica. Le tessere magnetiche si acquistano nei distributori automatici installati in prossimità degli apparecchi telefonici e nelle edicole.

EDICOLA

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE
L'edicola è situata all'ingresso principale dell'edificio del Geriatrico.



Ogni giorno, in mattinata, è previsto un servizio di distribuzione di quotidiani e/o riviste all'interno di ciascuna unità operativa.

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI"

L'edicola si trova nell'atrio dell'ospedale.

BANCOMAT

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE

Vi sono due Bancomat: il primo si trova nel Piazzale Aristide Stefani, 1 nei pressi dell'ingresso principale; il secondo è all'interno della portineria dell'edificio Maternità.

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI"

Il Bancomat si trova nella palazzina d'ingresso dell'ospedale stesso.

SPORTELLI BANCARI

L'unico sportello bancario è situato nella palazzina d'ingresso dell'ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"

BARBIERE - PARRUCCHIERA

Durante il ricovero è possibile, con spese a carico del richiedente, usufruire delle prestazioni del barbiere e/o della parrucchiera facendone richiesta al/alla caposala.

TRASPORTI

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE TAXI

Radiotaxi Servizio 24 ore su 24 Tel. 045.532666

AUTOBUS

I biglietti per l'autobus si possono acquistare presso:

- I distributori automatici situati in P.le A. Stefani (ingresso principale dell'ospedale)

- La tabaccheria sita nei pressi dell'ingresso principale dell'ospedale.

Collegamenti A.M.T. diurni (feriali e festivi):

- dalla stazione ferroviaria all'ospedale civile maggiore e viceversa ogni 20 minuti: linea 21-22-23-24 (feriali diurni) - 41 (serale)

- dall'ospedale civile maggiore alla stazione ferroviaria e viceversa ogni 20 minuti: linea 90-93-94-95-96-97 (festivi diurni e serali)

FERROVIA

Informazioni: Tel. 848 88 80 88 Orario: 7.00 – 22.00

AEREOPORTO

Informazioni: Tel. 045.8095666

Collegamento con navetta A.P.T. Stazione FS Porta Nuova/Aeroporto Catullo ogni 20 minuti.

PARCHEGGI

C'è un parcheggio a pagamento all'e-

sterno dell'area ospedaliera.

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI":

TAXI

Radiotaxi Servizio 24 ore su 24 Tel. 045.532666

AUTOBUS

I biglietti per l'autobus si possono acquistare presso l'edicola dell'ospedale.

Collegamenti A.M.T. diurni (feriale e festivo):

- dalla stazione ferroviaria all'ospedale Policlinico "G. B. Rossi" e viceversa ogni 20 minuti: linea 21-22 (feriali diurni)

- dall'ospedale policlinico "G. B. Rossi" alla stazione ferroviaria e viceversa ogni 20 minuti: linea 94 (festivo e feriale serale)

FERROVIA

Informazioni: Tel. 848888088

- Orario: 7.00 – 22.00

AEREOPORTO

Informazioni: Tel. 045.8095666

Collegamento con navetta A.P.T. Stazione FS Porta Nuova/Aeroporto Catullo ogni 20 minuti.

PARCHEGGI

C'è un ampio parcheggio non a pagamento all'esterno dell'area ospedaliera.



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 Groszer - Editing Ufficio Stampa Az. Osp. (Verona)

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

800283119

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

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



Sotto l'Alto Patronato
del Presidente della Repubblica



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