

La Salute e la Città

anno 3 - numero 2
Luglio 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, Giovanna Billeci, Anna
Laura Folena, Romina Gobbo,
Ilaria Noro, Chiara Tajoli,
Valeria Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie
Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione
Gemma Editco - Verona

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

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

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

La Salute
e la Città

Sommario

EDITORIALE

Neuroscienze verso il futuro
di Valerio Alberti pag. 1

IL PUNTO

La "ricetta" di Tosi
di M. F. Coppari Del Giglio pag. 2

PRIMO PIANO

Sangue. "Oro rosso" che salva
pag. 3

Libri. Condividere la vita
pag. 7

La storia. Tornare a sorridere
di Valeria Zanetti pag. 8

Dermatologia.
A, A...abbronzatissimi
di Paola Arosio pag. 11

Strutture. La salute nel piatto
pag. 13

Aggiornamento. L'anziano,
una risorsa
di Ilaria Noro pag. 15

Tecnologia. Il mistero della vita
di Paola Arosio pag. 17

Croce Verde. Aiutare,
un privilegio
di Paola Arosio pag. 18

Focus. A rischio "Rop"
di Alessandro Azzoni pag. 21

Chirurgia. Un fastidio risolvibile
di Paola Arosio pag. 23

Day surgery. Dimissioni
in giornata
di Valeria Zanetti pag. 26

Dossier. Di nuovo in gamba
di Antonino Zambito pag. 29

Diabete. Una cura "su misura"
di Alessandro Azzoni pag. 34

Servizi. A scuola in ospedale
di Elena Zuppini pag. 37

Innovazioni. Una scarica benefica
pag. 40

Pubertà. Verso l'adolescenza

di Antonio Luciano pag. 41

Cooperazione. I dottori di Ngozi
di Ilaria Noro pag. 42

Intervista. Fratture complesse
pag. 45

Comunicazione. Non solo farmaci
di Paola Arosio pag. 47

Cultura. Un medico eccellente
di Giuseppe Ferrari pag. 48

Associazioni. Bambini "speciali"
pag. 49

Solidarietà. Allegria terapeutica
pag. 51

Psichiatria. Ricerca da adottare
pag. 53

Urp. La volontà di donare pag. 56

RUBRICHE

TECNOLOGIA E SALUTE MENTALE

Il Registro degli psicofarmaci
di Michela Nosè, Chiara Bonetto,
Gianluca Rambaldelli, Corrado

Barbui pag. 16

FARMACI E SALUTE

I farmaci da portare in viaggio
di Chiara Alberti pag. 19

SALUTE E DIRITTI

Se il privato sostiene il Pubblico
di Lucia Poli pag. 28

IL MEDICO DI FAMIGLIA

L'attività del gruppo "Balint"
di Gelmino Tosi pag. 36

DENTRO DI NOI

Il miracolo della vita
di Lorenzo Gobbi pag. 39

ORDINE DEI MEDICI

Attenti ai falsi dentisti
di Francesco Bovolin pag. 44

INCONTRI

In attesa del trapianto
di p. G. Bonaventura pag. 52

AMICI ANIMALI

E Fido dove lo metto?
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

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

PUOI PARTORIRE
GRATUITAMENTE
IN OSPEDALE
IN ANONIMATO.

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

Neuroscienze verso il futuro

di Valerio Alberti*

In questo mese la Regione Veneto ha approvato la costituzione a Verona dell'Istituto veneto per le Neuroscienze e la Salute mentale. Si tratta di un progetto d'alto valore scientifico e assistenziale sia per la Regione che per la nostra città. Il riconoscimento premia la sanità veronese che è riuscita a costruire negli anni una qualità d'eccellenza in queste discipline.

Nel nuovo istituto saranno coinvolte le Neurologie degli ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma, il Dipartimento di Neurochirurgia, le Unità operative di Psichiatria, Psicologia medica e Psicosomatica di Psicoterapia. Nell'insieme queste strutture dispongono di 162 posti letto per le Neuroscienze e di 14 per la Salute mentale.

Il Dipartimento di Neurochirurgia effettua circa 3.500 ricoveri l'anno e 2.500 interventi, con una capacità d'attrazione extra Regione che supera il 50% dei ricoveri. Ciò significa che Verona è punto di riferimento per pazienti di tutta Italia affetti dalle più gravi patologie neurochirurgiche.

Il modello dipartimentale è stato la strategia vincente negli anni, perché ha permesso di specializzare fortemente settori d'attività ricomponendoli in una dimensione integrata, mettendo a disposizione dei pazienti l'intera gamma delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, con una costante tensione alla ricerca ed all'elevata qualità ed aggiornamento delle pratiche assistenziali.

Nell'ambito del Dipartimento neurochirurgico – accanto ai diversi settori specialistici di neuro-oncologia, neurotraumatologia, neurorisanima-zione e terapia intensiva, neurochirurgia stereotassica, vascolare, neurochirurgia spinale, pediatrica e radiochirurgia – opera un'Unità operativa di Neuroradiologia dotata delle più moderne tecnologie.

In campo neurologico le Neurologie di Borgo Trento e Borgo Roma e la Neurologia ad indirizzo riabilitativo



Il direttore generale Valerio Alberti con l'assessore regionale alla Sanità Flavio Tosi che nella pagina seguente presenta i suoi progetti per la sanità veneta

effettuano oltre 2.000 ricoveri l'anno, con attività di day-hospital e ambulatorio.

È coperto tutto l'ampio spettro delle malattie del sistema nervoso: patologie degenerative (demenze, disturbi del movimento, malattie da difetti congeniti del metabolismo, malattie da prioni) e demielinizzanti, le patologie del muscolo e dei nervi profondi, le epilessie, malattie vascolari, neoplastiche e tossicodipendenze. Particolare attenzione è rivolta alla implementazione delle prestazioni riabilitative neurologiche ed alla gestione della fase acuta dell'ictus che è trattata in un'Unità di cure intensive, la *Stroke unit*.

Per quanto attiene la Salute mentale, con un'organizzazione che integra assistenza territoriale ed ospedaliera, si opera nel campo della prevenzione e della cura dei disturbi affettivi maggiori, i *Dam* e delle schizofrenie, della diagnosi e trattamento dei disturbi d'ansia e somatoformi e di quelli del comportamento alimentare.

Tutte queste strutture svolgono un'importante attività di ricerca cli-

nica in vari settori d'avanguardia, in collegamento con importanti Centri di livello internazionale.

Queste sono le nostre importanti risorse attuali. Perché dunque abbiamo chiesto la creazione dell'Istituto?

Siamo persuasi che la nuova realtà saprà connettere fortemente in chiave multidisciplinare le strutture coinvolte, creando una massa critica in grado di garantire il raggiungimento di nuovi significativi traguardi diagnostici e terapeutici. Una sinergia più stretta con le strutture che svolgono ricerca di base (neuroanatomia, neurofisiologia, neurofarmacologia e neuroimmunologia) non potrà che favorire lo sviluppo delle conoscenze scientifiche.

La creazione di un polo d'eccellenza per Neuroscienze e Salute mentale risulterà molto vantaggiosa anche in rapporto all'incremento diffuso ed alla gravità delle patologie neurologiche, neurochirurgiche e psichiatriche in tutte le loro forme che sono purtroppo destinate a causare costi umani e sociali di crescente gravità.

***Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria**

LA “RICETTA” DI TOSI

Tempo libero ne ha poco, soprattutto da quando, alla fine di maggio, ha assunto una delle cariche istituzionali di maggior rilievo della Regione, ma alla salute Flavio Tosi ci pensa. A quella dei cittadini ed alla sua. Il 36enne neoassessore afferma di credere all'importanza della prevenzione e degli stili di vita che aiutano a mantenersi in forma. «Cerco di non rinunciare all'attività fisica – confida –, Nonostante gli impegni, mi sono imposto di fare un po' di sport almeno una volta la settimana. Calcio, bicicletta, tennis, nuoto o corsa sono buoni antidoti contro lo stress».

E per la prevenzione a livello pubblico si fa abbastanza?

«La Regione deve continuare ad investire in questo settore. Ne ricaveremo un doppio vantaggio: il cittadino godrà di una migliore qualità della vita e i conti registreranno un risparmio in termini di cure e ricoveri evitabili. Aiutare le persone a sviluppare le proprie potenzialità di salute e a prevenire l'insorgere di patologie, come i tumori per i quali nel Veneto sono stati attivati screening, significa intervenire sulla popolazione sana o perlomeno asintomatica. A far da contrappeso a questi interventi c'è il fronte della cronicità, ci sono malati che possiamo curare ma non guarire ed in particolare tanti anziani con problemi di disabilità».

Quali soluzioni si prospettano per questi cittadini meno fortunati?

«L'invecchiamento della popolazione porta con sé questi problemi che sono per noi una vera e propria sfida. Penso che sia necessario dotarci di nuove e diverse strutture dedicate proprio ai malati cronici. Dovranno essere strutture sociosanitarie intermedie, disseminate sul territorio, per offrire alle famiglie il supporto necessario a prendersi cura dei loro cari. Oggi la famiglia non è più in grado di sostenere da sola i problemi della terza età, ha biso-

gno di una rete sanitaria e sociale».

Come pensa di organizzare queste nuove strutture?

«Possiamo ricavarle dalla riconversione di alcuni ospedali che, non potendo contare sulle strutture necessarie a garantire la sicurezza dei malati acuti, possono diventare un'efficace soluzione proprio per le persone con patologie croniche».

Si tratta dunque di perfezionare il sistema della rete ospedaliera. Come intende affrontare questo problema che si è rivelato in più di un caso piuttosto spinoso?

«Innanzitutto dobbiamo dare al cittadino la sicurezza che si aspetta nei momenti dell'emergenza, quando, ad esempio, si verifica un incidente stradale, un infortunio o si avvertono i sintomi di un infarto. Là dove non c'è un ospedale per acuti deve esserci una piazzola per l'atterraggio dell'elicottero di soccorso, così come deve funzionare tutta la rete dell'emergenza con le ambulanze e le automediche. Si tratta di perfezionare un sistema già operante, migliorando anche le dotazioni tecnologiche innovative, come, ad esempio, i defibrillatori semiautomatici che, dopo un training, possono essere utilizzati anche da chi non è medico o infermiere.

I piccoli ospedali non offrono alcuna garanzia in situazioni di reale pericolo per il paziente. Meglio poter contare su un rapido trasporto in condizioni di sicurezza nell'ospedale più attrezzato per affrontare il problema. Nelle zone più disagiate, ad esempio, quelle montane, possiamo, invece, pensare a strutture sanitarie intermedie rispetto agli ospedali per acuti ed alle residenze sanitarie per i cronici di cui abbiamo parlato. Ma una cosa è certa: affronterò questi problemi confrontandomi con gli enti locali e le cittadinanza coinvolte. Voglio che vi sia partecipazione sulle decisioni che interessano le comunità».

Ospedali piccoli e ospedali grandi: il Veneto ne ha due, di rilievo nazionale...

«Padova e Verona sono due centri d'eccellenza a servizio di tutto il Veneto e, per molte patologie, dell'Italia. È chiaro che continueremo ad investire su queste realtà e chiederemo più attenzione allo Stato per quanto riguarda l'aggiornamento del tariffario unico e la fatturazione diretta delle prestazioni. Fermo restando il diritto del cittadino di scegliere il centro dove preferisce curarsi, non è giusto che, garantendo un servizio su scala nazionale, la Regione debba rimetterci».

Quali interventi ritiene prioritari per rispondere alle richieste della popolazione?

«Stiamo lavorando per affrontare il problema delle liste d'attesa e del ricorso improprio ai Pronti Soccorsi. Entro il 31 dicembre dovranno essere organizzati nelle province Centri unici di prenotazione per visite specialistiche. La nuova tessera sanitaria nazionale, in distribuzione da luglio, ci permetterà di acquisire una serie di dati importanti per il controllo della spesa farmaceutica e delle prestazioni specialistiche. Potremo capire meglio quali sono i problemi ed affrontarli con i medici di famiglia ai quali chiediamo di filtrare la richiesta di prestazioni di pronto soccorso e visite specialistiche in base al grado di urgenza».

Quale obiettivo si propone per il suo mandato?

«Fra cinque anni vorrei che il nostro sistema sanitario – forse il migliore d'Italia – continuasse a mantenere il prestigio che oggi gli viene riconosciuto, risolvendo i problemi di cui abbiamo parlato. Sono questioni che non hanno nulla a che vedere con la professionalità degli operatori o con la qualità delle cure, quanto piuttosto con aspetti organizzativi che possiamo migliorare».

5.438 le donazioni di plasma, 1.207 le donazioni di piastrine, 525 le donazioni di globuli rossi in eferesi

Trasfusioni

3

“ORO ROSSO” CHE SALVA

È una provincia generosa di “oro rosso”, quella di Verona. Per quanto riguarda la donazione di sangue intero ha raggiunto l'eccellenza assoluta in campo europeo: più di 67 donazioni all'anno per mille abitanti contro le 35 dell'Italia, le 46 dell'Inghilterra e le 55 della Germania. L'anno scorso sono state 28.225 le donazioni di sangue intero, per un totale di 34.870 atti di donazione, 272 in più rispetto all'anno prima.

Tutto il liquido prezioso viene raccolto dal Servizio trasfusionale dell'Azienda ospedaliera, che fa capo a Borgo Trento ma è dislocato anche in altre due sedi: presso il Policlinico e l'ospedale di San Bonifacio.

«Serviamo tutti gli ospedali nel territorio dell'Ulss 20 – spiega il direttore del Servizio, Giuseppe Aprili –. Tuttavia il 10% del sangue che distribuiamo viene raccolto anche dagli ospedali di Bussolengo e di Legnago. D'altronde rispondiamo al fabbisogno di nosocomi in cui si effettua una medicina ad altissima specializzazione».

È, e sembra un paradosso, proprio con lo sviluppo, inimmaginabile fino a pochi anni fa, della medicina ed in particolare della chirurgia che il sangue è diventato un bene ancora più prezioso. Un esempio fra tutti sono i trapianti; senza l'apporto di una rete di donatori e di un efficiente Servizio trasfusionale non sarebbero possibili: per il trapianto di rene servono alcune unità di emocomponenti, per quello di cuore una decina, per il trapianto di fegato qualche decina, centinaia per il trapianto di midollo. «Questa tendenza alla crescita del fabbisogno di sangue – commenta il dottor Aprili – è destinata a proseguire, perché con l'innalzarsi dell'età media, aumenta anche la probabilità di aver bisogno di trasfusioni».

Ed è così che fare il direttore di un Servizio trasfusionale è un po' come essere il manager di una grande azienda, senza l'attività della quale un'altra, altrettanto grande, dovreb-



Giuseppe Aprili, direttore del Servizio trasfusionale dell'Azienda ospedaliera

be chiudere i battenti. Si ha a che fare ogni giorno con la voce bilancio. «Il sangue è un materiale deperibile – spiega il dottor Aprili – quindi non è possibile immagazzinarne una quantità superiore a quella necessaria mediamente per i nostri ospedali di riferimento. È fondamentale, pertanto, che le donazioni siano costanti, che non subiscano cioè bruschi cali o impennate estemporanee che per noi sarebbero inutili. In questo senso a Verona siamo fortunati. Risultati come quelli raggiunti – sottolinea – non sono casuali. Sono il frutto di molti anni di lavoro serio, onesto, lungimirante che le associazioni dei donatori hanno svolto e continuano a svolgere con grande determinazione nella scuola, nei media, nel contesto della società civile. Sempre affiancati, in profonda condivisione di ideali e progetti, dal Servizio trasfusionale».

Nell'ultimo anno si è affacciata la preoccupazione per un ventilato calo di donazioni...

«Da dieci anni le donazioni a Verona sono in costante aumento. Ma abbiamo anche registrato che seguono un andamento ciclico. Mi spiego. Nel primo trimestre del 2004 le donazioni sono cresciute del 3% rispetto allo

stesso periodo del 2003. Nel 2005 si è verificata la stessa raccolta di due anni fa. È un calo quello di quest'anno per così dire fisiologico. Non userei assolutamente il termine emergenza».

Quindi siamo una provincia autosufficiente?

«Quando si ha a che fare con il sangue non si può mai parlare di autosufficienza. Per quanto si stia attenti ad avere sempre delle scorte sufficienti, può capitare l'imprevisto e ritrovarsi magari sguarniti di un particolare gruppo sanguigno. In questi casi possiamo anche rivolgerci fuori regione».

Che cosa significa essere un donatore di sangue?

«Innanzitutto essere informati sul gesto che si è in procinto di fare. La donazione è mettere a disposizione una parte del proprio corpo e come tale ha bisogno del consenso consapevole di chi la compie. Noi siamo una struttura di frontiera: guardiamo nello stesso momento sia al malato sia al sano perché il prodotto-sangue sia il più efficace possibile, cioè sia in grado di curare. Chi dona deve farlo per il bene di un'altra persona».

In altre parole?

«Essere consapevole che dalla propria salute dipende la salute di una persona malata. Noi come Servizio siamo molto attenti all'informazione, distribuendo materiale ai nostri donatori».

Donare il sangue, quindi, è un "affare".

«Un doppio affare. Perché per essere donatori bisogna rispettare certi stili di vita e praticare la vera prevenzione. Senza contare che si è sottoposti a controlli periodici. Meglio di così...»

Ci sono delle controindicazioni a donare il sangue?

Il sangue è un tessuto fluido attraverso il quale vengono trasportati ossigeno, sostanze nutritive, gas, ormoni e prodotto di rifiuto

Il sangue è un tessuto fluido attraverso il quale si realizza il trasporto di ossigeno, sostanze nutritive, gas, ormoni e prodotto di rifiuto. Inoltre trasporta cellule specializzate che difendono i tessuti periferici da infezioni e malattie. I suoi componenti sono:

plasma: una parte liquida che costituisce il 55-60% del volume del sangue

cellule specializzate, cioè **globuli rossi, bianchi e piastrine**.

Mediante questi elementi corpuscolari rappresentano il 40-50% del volume totale del sangue. Chi ha bisogno di una trasfusione in genere non riceve una sacca intera di "oro rosso", così come viene prelevato, ma uno dei suoi componenti principali: globuli rossi, piastrine o plasma.

I globuli rossi, o eritrociti, come vengono chiamati sugli esami ematici, sono un po' meno della metà del volume del sangue (40% per la donna, 45% per l'uomo). Essi hanno la forma biconcava, che ricorda una pallina di plastilina schiacciata tra pollice ed indice. Questa forma esalta la capacità della cellula di assorbire o cedere ossigeno attraverso la membrana. La caratteristica più appariscente dei globuli è il loro



colore rosso, dovuto al pigmento dell'emoglobina, una grossa molecola proteica contenente ferro.

Il plasma è un liquido giallognolo, composto soprattutto da acqua. Contiene inoltre in quantità minori: proteine (come l'albumina, le immunoglobine e i fattori della coagulazione), sostanze inorganiche come il sodio, il potassio, il cloruro, il carbonato e il bicarbonato di calcio. Inoltre zuccheri, ormoni, enzimi, lipidi, amminoacidi, prodotti di rifiuto.

Le piastrine non sono cellule intere, ma frammenti di megacariociti,

grosse cellule presenti nel midollo osseo. Una volta staccatisi dal megacariocita, le piastrine entrano nel sangue, dove svolgono un ruolo essenziale nel processo di coagulazione. Anche il loro colore è giallognolo.

Il sangue prelevato dal donatore viene raccolto in una sacca, la quale viene messa in una grande centrifuga. La centrifugazione permette la separazione dei componenti in base al loro peso specifico. I globuli rossi sono così separati dal plasma e dalla piastrine, che vengono messi in sacche separate e conservati in frigoriferi a diversa temperatura.

Il Servizio trasfusionale dell'Azienda ospedaliera dispone però anche di apparecchiature capaci di prelevare emocomponenti mediante aferesi. Cioè in grado di prelevare, per esempio, il plasma e restituire in tempi reali le piastrine e i globuli rossi al donatore. È un'operazione che richiede maggior tempo rispetto ad una normale donazione (30 minuti per il plasma e un'ora per le piastrine) ma permette anche a chi non può per ragioni fisiche donare il sangue intero impegnarsi in questo importante atto di generosità.

«L'unica controindicazione che mi viene in mente è la paura! Quando vengono in visita da noi le scolaresche, capita spesso che ci sia qualcuno che alla vista di sacche di sangue e aghi possa avere dei malori legati all'emotività, ma non c'è da preoccuparsi, accade anche agli adulti che vengono da noi per donare. L'importante è non scoraggiarsi. Ci si abitua presto e poi lo si fa naturalmente. Certo bisogna osservare determinate cautele».

Quali?

«Per esempio, non fare inutilmente il Rambo! Quando si è terminata la donazione si deve restare un po'

distesi sul lettino tranquilli, perché è possibile che la pressione possa scendere un po'. E poi rinfocillarsi nella stanza a fianco dove si può trovare tè, latte, cioccolata e panini».

Arriverà la scienza a trovare un surrogato del sangue umano?

«La ricerca è a buon punto con il sangue artificiale. Si tratta di farmaci trasportatori di ossigeno dai polmoni alle cellule. Ma hanno pesanti controindicazioni: escono in fretta dal circolo, perché vengono metabolizzati, risolvono solo il problema dell'urgenza momentanea e al momento danno ancora effetti tossici collaterali. Poi c'è la strada delle cellule

staminali, ma in questo caso siamo nel campo più della speranza che della possibilità di breve periodo».

Speranza?

«L'obiettivo sarebbe "fabbricare" il sangue attraverso la coltura in laboratorio delle cellule staminali emopoietiche. In questo modo, potremmo avere a disposizione quantitativi illimitati di globuli rossi, piastrine e globuli bianchi a bassi costi e ad alta sicurezza biologica. Ma siamo molto lontani da qualche risultato. Quel che è certo è che almeno nei prossimi quindici anni continueremo ad avere bisogno dei nostri donatori in carne ed ossa!».

Avis e Fidas, con quasi trentamila soci attivi, sono il "braccio armato" del Servizio trasfusionale

Trasfusioni

5

Essere donatori, un impegno e uno stile di vita

Sono il "braccio armato" del Servizio trasfusionale. Senza il loro costante e gratuito impegno Verona non potrebbe essere quella piccola "miniera" di oro rosso qual è.

Stiamo parlando delle associazioni dei donatori, Avis e Fidas. La prima, secondo i dati del 2004, conta nel Veronese 19.400 donatori attivi, mentre in Italia ha superato il milione, consolidandosi come la prima associazione di volontariato nel mondo. Organizzata a livello provinciale, ha 67 sedi comunali e l'anno scorso ha raggiunto le 38.670 donazioni.

La Fidas è nata nel 1997 dall'unificazione di tre associazioni sorte negli anni Cinquanta, la San Camillo, la Samaritana e la Francescana. Essa vanta 9mila donatori attivi, distribuiti in 70 sezioni che hanno sede nei comuni del Veronese, nelle aziende o presso istituti scolastici. Nel 2004 ha effettuato 17.500 donazioni. Nell'ambito del volontariato del sangue a Verona è attiva anche l'Asfa, con 500 donatori i quali, nel loro piccolo, portano anch'essi un contributo prezioso.

Fra le associazioni «una sana competizione», come precisa il presidente provinciale dell'Avis, Luigi Piva. «Lavoriamo tutte con lo stesso scopo: sensibilizzare la società civile sull'im-



portanza di donare il sangue».

Fiore all'occhiello della collaborazione tra Avis e Fidas è il Progetto scuola. «L'anno scorso – sottolinea Piva – abbiamo avvicinato 14mila ragazzi, portando nelle loro classi la nostra testimonianza con il supporto fondamentale dei medici del Servizio trasfusionale di Verona».

Il primo contatto avviene con i bambini della quarta e quinta elementa-

re, poi con quelli di terza media i volontari approfondiscono i temi della donazione. «Nelle quarte e nelle quinte degli Istituti superiori, dove molti studenti sono già maggiorenni – continua il presidente provinciale della Fidas, Silvano Salvagno – proponiamo ai ragazzi di diventare donatori. Molti accettano con entusiasmo tanto che in alcune scuole sono nati dei gruppi studenteschi che fanno

Il donatore di sangue deve godere di buona salute

Non tutti possono diventare donatori. Il donatore di sangue deve rispondere a determinate, e ferree, caratteristiche, riconducibili ad una sola espressione: essere in buona salute.

Ma cosa significa? Innanzitutto il candidato donatore di sangue intero non può avere meno di 18 anni e più di 65. Non deve pesare meno di cinquanta chilogrammi ed avere una pressione arteriosa nei limiti di norma.

Tutti questi parametri vengono verificati ogni volta che il donatore si presenta al Centro trasfusionale, dove prima della donazione il candidato viene sottoposto anche all'esame per la determinazione dell'emoglobina. Questa non deve essere inferiore nelle donne a 12,5 g/dL e negli

uomini a 13,5 g/dL. Esistono poi dei requisiti ematici che devono essere verificati per chi dona solo il plasma o le piastrine.

Inoltre prima di ogni donazione il candidato compila una vera e propria cartella clinica in cui deve indicare eventuali malattie pregresse ed esclude alcuni stili di vita che possono influire sul suo stato di salute e su quello di chi riceve il sangue.

Gli uomini possono donare ogni tre mesi, mentre le donne solo due volte l'anno. Invece il plasma è possibile donarlo ogni tre mesi per entrambi i sessi. La quantità di sangue prelevato in ogni atto di donazione è di 450 grammi.

riferimento alle rispettive associazioni».

I giovani donatori, poi, sono dei formidabili "procacciatori" di nuovi soci. Partecipano con il proprio stand a manifestazioni come Job&Orienta, vanno nelle discoteche o nei parchi di divertimento portando a casa promesse di donazione, che si trasformano spesso in donazioni effettive. La quantità e la qualità dell'impegno delle associazioni, e non solo con i giovani, è testimoniato dai numeri: nel 2004 l'Avis ha accolto nelle sue fila 1.587 nuovi donatori, la Fidas altri 840.

«Sono sicuramente dati confortanti – prosegue Salvagno – ma non possiamo dormire sugli allori. Se molti soci entrano, tanti altri escono per sopraggiunti limiti d'età, per questio-

ne di salute o perché, semplicemente, si sono stancati di donare. Per questo non possiamo abbassare la guardia, alla luce soprattutto di una crescente richiesta di sangue da parte degli ospedali. Che non vanno mai in ferie, nemmeno d'estate, quando invece le donazioni tendono fisiologicamente a calare perché le persone partono per le vacanze».

Così non c'è domenica che Avis e Fidas, a turno, non invitino i loro soci a presentarsi al Servizio trasfusionale di Borgo Trento oppure a quello del Policlinico o ai Servizi dislocati negli ospedali della provincia. «Da cinque anni organizziamo la Giornata dell'aspirante donatore – racconta Piva –.

Abbiamo iniziato a San Bonifacio, poi l'abbiamo "esportata" a Legnago

e via via in centri minori dove esiste un Servizio trasfusionale. In queste domeniche riceviamo dalle 50 alle 100 promesse di donazioni, che di solito, nella misura del 70%, si trasformano in donazioni effettive».

Essere donatori è un impegno e uno stile di vita. C'è chi pur iniziando con entusiasmo poi si perde per strada e scorda che c'è ancora bisogno di lui. Ma c'è anche chi la strada non l'ha mai abbandonata. Le associazioni assegnano una benemerenza a coloro che superano le 50 e le 100 donazioni. Un donatore della Fidas ha toccato quota 176.

«Il nostro premio più grande? – concordano i presidenti di Avis e Fidas – essere consapevoli che il nostro sangue è servito a salvare una persona».

I NUMERI E L'ORGANIZZAZIONE DEL CENTRO TRASFUSIONALE

I NUMERI

Il Centro trasfusionale dell'Azienda ospedaliera fa capo, come direzione, a quello dell'Ospedale Maggiore, ma è dislocato in altre due sedi: al Policlinico e all'ospedale di San Bonifacio. Vi lavorano 15 medici, 4 biologi, 29 tecnici, 16 infermieri e 8 segretarie.

Lo scorso anno sono stati quasi raggiunti 35mila atti di donazione: 28.225 donazioni di sangue intero, 442 in più rispetto al 2003 (+1,6%)

5.438 donazioni di plasma, 235 in meno rispetto al 2003 (-4,1%)

1.207 donazioni piastrine, 65 in più rispetto al 2003, (+5,7%)

525 donazioni di globuli rossi in aferesi, 79 in più rispetto al 2003 (+18%)

in totale 34.870 atti di donazione, 272 in più rispetto al 2003 (+0,8%)

Nel 2004 sono stati trasfusi:

- 30mila unità di globuli rossi concentrati, grazie anche all'apporto degli altri Servizi trasfusionali della provincia che hanno fornito 3mila unità

- 9mila unità di piastrine ottenute dalle donazioni di sangue intero e più di mille ottenute da aferesi

- 3.500 litri di plasma.

LA SICUREZZA

Da sei anni il Centro trasfusionale di Verona ha otte-

nuto, per primo in Italia, la Certificazione del proprio sistema di qualità, per la globalità delle attività svolte. Di anno in anno questo riconoscimento di eccellenza, che ancora pochissimi Centri in Italia possono vantare, è stato sempre riconfermato.

Lo scorso anno il Centro è riuscito ad ottenere la certificazione non solo per tutte le attività istituzionali del Servizio, ma anche per ulteriori attività che lo proiettano verso nuove frontiere della Scienza medica (prime fra tutte le attività di banking cellulare e tissutale e la manipolazione di tessuti e cellule di origine ematica).

È stato inoltre completato il progetto sicurezza con l'introduzione nella generalizzata routine quotidiana di tre tecniche di qualificazione biologica del sangue raccolto, che hanno permesso di aumentare ancora il livello di qualità e di sicurezza degli emocomponenti portando il Servizio all'assoluta eccellenza in campo europeo. Le tre tecniche sono: ricerca di tutti i tre virus di maggiore interesse trasfusionale (cioè del virus dell'epatite B e C e quello dell'Aids) con tecnica di amplificazione genica di tutte le unità donate; introduzione della filtrazione generalizzata del sangue appena raccolto; trattamento del plasma destinato a trasfusione con mezzi capaci di distruggere i virus e i batteri.

IL PROGETTO

È ormai prossima l'apertura presso il Policlinico di Borgo Roma di un centro di congelamento e conservazione delle cellule staminali e l'inizio delle attività di banca delle cellule staminali da funicolo ombelicale.

Ottima accoglienza per la nuova iniziativa editoriale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona

Libri

7

CONDIVIDERE LA VITA

Donazioni d'organo e trapianti sono il tema di una nuova iniziativa editoriale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Verona. Si tratta del volume *Condividere la vita*, un'opera che sta avendo un'ottima accoglienza in tutta Italia fra quanti operano per una maggior consapevolezza sulle questioni di fondo che determinano la scelta della donazione.

Condividere la vita è stato realizzato con il sostegno della Fondazione Fito per approfondire ogni aspetto relativo al tema della donazione e del trapianto, colmando l'esigenza di maggior informazione e chiarezza di messaggi espresso anche da quanti hanno partecipato all'indagine. Il volume – 276 pagine, a cura di Gaetano Trabucco e Giuseppe Verlato, con il contributo di 62 autori italiani e stranieri, edito da Edizioni libreria Cortina – è il più completo ed aggiornato contributo sul tema a livello nazionale.

L'opera, reperibile nelle librerie, non è destinata soltanto agli operatori sanitari, ma sarà utile a tutti coloro



Da sinistra: Gaetano Trabucco e Giuseppe Verlato, curatori del volume

che, all'interno del servizio sanitario nazionale, tramite le associazioni o in altro ambito, promuovono le donazioni, sostenendo l'attività di trapianto: nel 2004 in Italia sono stati effettuati 3.105 trapianti, contro un fabbisogno immediato di 9.540 persone in lista d'attesa. Verona si sta segnalando per l'importante incremento delle donazioni registrato nei primi mesi del 2005. Nel maggio di quest'anno

Verona è risultata al primo posto assoluto nel Veneto con 12 donatori effettivi e 11 utilizzati.

Questo dato proietta la città scaligera a livelli d'eccellenza in Europa, con oltre 35 donatori per milione di abitanti, mentre la media veneta di donatori effettivi nel 2004 è stata di 28 per milione e quella italiana nello stesso anno di 21,1.

Lo spunto per la realizzazione del volume è stata una ricerca sugli atteggiamenti e le conoscenze del personale su donazione e trapianti che ha coinvolto 1.793 dipendenti dell'Azienda ospedaliera di Verona che hanno ricevuto un questionario di 29 domande predisposto dal Servizio di psicologia clinica dell'Unità operativa di Neurologia dell'Azienda.

Lo studio è stato realizzato fra il 2001 e il 2002 con il sostegno del banco Popolare di Verona e Novara. L'analisi dei dati statistici si è protratta sino al 2003.

Le domande, molto semplici, indagavano diverse aree del tema ed in particolare: ciò che si ritiene di sapere, le conoscenze sul concetto di morte cerebrale, atteggiamenti, opinioni e motivazioni alla donazione, i bisogni di informazione e formazione.

Aspetto significativo dell'indagine è aver messo in luce non solo le conoscenze scientifiche sul problema, ma anche i vissuti psicologici che risultano determinanti nel momento in cui alla persona viene chiesto il consenso alla donazione o al prelievo d'organo di un congiunto. Non sempre motivazioni razionali ed emotive coincidono.

Il bisogno di informazione del personale

*La ricerca alla base di *Condividere la vita* ha evidenziato che il personale sanitario esprime un forte bisogno d'informazione sulla donazione d'organi e sul trapianto. Solo il 34,8% dei soggetti (420/1207) afferma di "aver abbastanza informazione su tale argomento". Questa percentuale è più alta in Terapia intensiva (45,7%), diminuisce invece nei reparti di Chirurgia, che sono coinvolti nel trapianto di organi (36,7%) ed è particolarmente bassa negli altri reparti (24,7%). Il bisogno d'informazione è avvertito soprattutto dagli operatori non specializzati (72,6%) e dagli infermieri (67,5%) e in misura inferiore dai medici (53,5%).*

L'accettazione del trapianto di un organo è piuttosto elevata tra tutti i livelli d'istruzione (89,6% nei non specializzati, 91,6% tra gli infermieri e 97,3% tra i medici). Gli operatori che lavorano in Terapia intensiva (88,4%) sono più disposti alla donazione degli organi di quelli che lavorano in Chirurgia (77,7%) o negli altri reparti (76,8%) e sono anche più propensi ad accettare il trapianto d'organi (96,7% contro 91,6% e 91,3% rispettivamente). La disponibilità a donare gli organi di un congiunto dipende dalle nozioni scientifiche in merito alla morte cerebrale, ma in misura molto maggiore dalle opinioni, dalla conoscenza "emotiva" del problema.

TORNARE A SORRIDERE

Non è consueto vedere un bimba di dieci anni felice di entrare in un reparto d'ospedale, sedersi sulle ginocchia del primario, chiamare per nome tutti i suoi assistenti, seguire gli infermieri per renderli partecipi delle sue piccole confidenze e cercare in tutte le stanze suor Giuseppina, la caposala, perché «con loro – giura – mi sento in famiglia». È inconsueto, ma è proprio quello che accade all'Unità operativa di odontoiatria e di chirurgia maxillo-facciale del Policlinico "Giambattista Rossi", dove il mese scorso è stato effettuato un intervento speciale su una bimba siciliana.

«Tutto è cominciato due anni fa – racconta la mamma della bambina, Fabiola – con una banale caduta di mia figlia ed una successiva visita dal dentista». I dentini da latte si sono ritirati in alto, sembra, per colpa della caduta, ma poi altri cominciano a venire via, senza essere sostituiti dai denti definitivi.

«Abbiamo intuito subito che qualcosa non andava, così abbiamo iniziato a fare la spola da Monreale, dove viviamo, a Palermo, per capire cosa stava succedendo», prosegue Fabiola. Per la famiglia la quotidianità viene scandita da appuntamenti per visite specialistiche, esami di ogni tipo, risonanza magnetica, tac e il contatto quotidiano con un universo in camice bianco, che usa parole difficili e a volte non trova la sensibilità necessaria per affrontare temi delicati con una mamma e una bimba, affetta da una malattia, che però viene a lungo sottovalutata.

«A Palermo mia figlia è stata curata per un anno e mezzo in modo sbagliato. Chi l'ha presa in carico come paziente non ha saputo interpretare quello che stava succedendo al suo viso e alla sua bocca. Mi dissero che la bambina si sarebbe risistemata da



La bocca della bimba operata; a fianco, disegni della mandibola e del perone da cui è stato estratto il lembo osteo-muscolare utilizzato

sola, con l'età. Al termine della prima tranne completa di esami, mi invitarono a tornare dopo il suo diciottesimo compleanno. Prima non sarebbe stato il caso di intervenire con il bisturi».

Fabiola però non è soddisfatta: la bimba soffre, perde i denti, ha i punti in bocca, fatica a mangiare. Quindi si rivolge ad un altro ospedale palermitano, dove ripetono tutti gli esami, compreso un doloroso prelievo istologico, in anestesia totale. Il campione viene inviato al dottor Juan Rosai, direttore del Dipartimento di patologia dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano per l'esame.

«Abbiamo aspettato l'esito durante le scorse feste di Natale, in preda alla disperazione, perché la situazione si presentava molto grave, ci avevano prospettato anche la possibilità di una neoplasia, che poteva essere benigna o maligna», ricorda la signora. La risposta arriva e conferma la neoplasia, di forma benigna e di rarissimo riscontro in campo maxillo-facciale, sulla quale è necessario intervenire subito, per evitare che la situazione degeneri. Il male si è già divorato parte della mandibola della bimba, aspettare ancora significa compro-

mettere la situazione.

«Ci hanno indirizzato immediatamente a Milano, in un centro specializzato. Prendiamo l'aereo, con in valigia una lettera da consegnare al professore che avrebbe dovuto operare nostra figlia, da parte del collega palermitano che aveva diagnosticato la malattia», dice mamma Fabiola. A Milano corrono tutti. Nei corridoi dell'ospedale non si ferma mai nessuno, nessuno spiega niente, c'è poco tempo, tanti pazienti.

«Ci fanno entrare in una stanza, il professore parla davanti a me, mio marito e

mia figlia di intervento, pezzi di ossa da tagliare, ricostruire, rimodellare, di tumori e mia figlia rimane sconvolta: faccio uscire mio marito e mia figlia dalla stanza. Chiedo al professore se si rende conto delle parole usate davanti ad una paziente di nove anni, alla quale nessuno ha spiegato i termini della situazione in modo così brutale. Risponde solo che, se vogliamo restare, lui e la sua équipe sono in grado di effettuare questi interventi, tra dieci giorni potrebbe toccare a noi. Sono indignata e resto dubbiosa, usciamo e in quel corridoio restiamo tre ore, senza che nessuno ci ascolti e ci spieghi cosa dovremo affrontare. È mia figlia ad un certo punto a decidere che lì non vuole più restare. Ha paura che le facciano del male, anziché guarirla. Così torniamo a Palermo».

E comincia la ricerca di un nuovo centro altamente specializzato, per intervenire in tempi rapidi. «Amici che abitano a New York ci indirizzano allo Sloan Kettering Hospital, diretto dal professor Shah, a Manhattan. In pochi giorni ci facciamo il guardaroba nuovo: a Palermo d'inverno basta un cappotto leggero, ma a New York le temperature si fanno rigidissime, servono maglioni, giacche a vento e sti-

vali per tutti e valige rigide per i lunghi viaggi aerei».

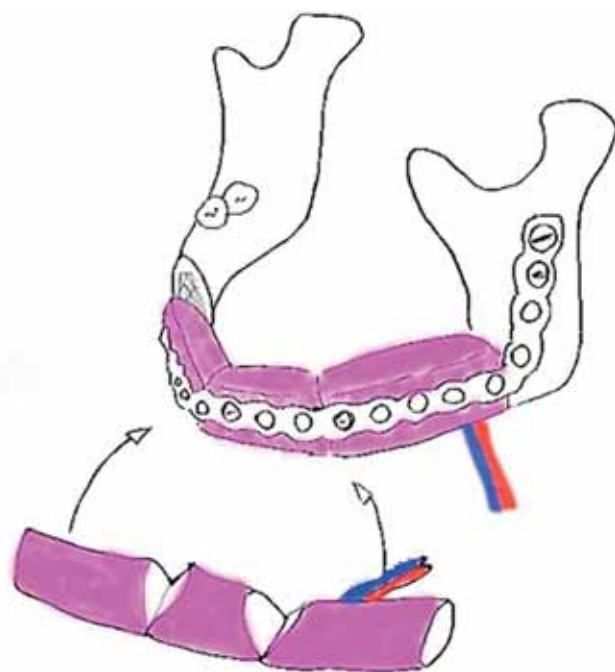
Finalmente arriva il giorno della visita con lo specialista statunitense che potrebbe operare la bimba. «Pochi minuti di attenzione, un'occhiata rapida, neanche un esame: i referti li avevo portati tutti dall'Italia: costo 3 mila dollari. Occorre intervenire, ma bisogna metter mano al portafoglio: non siamo cittadini americani e non abbiamo l'assicurazione sanitaria. Il professore ci chiede 350 mila dollari. Noi siamo sbalorditi: quei soldi non li abbiamo, ma ci sentiamo senza alternative. Quella notte ho preso il telefono e ho cominciato a chiamare tutti i parenti e gli amici in Italia, chiedendo di darsi da fare per vendere la nostra casa e qualche nostra proprietà, domandando di raccogliere denaro per la bimba», rammenta Fabiola.

È ancora un amico a mettere la famiglia di Monreale sulle tracce di un nuovo centro, in Italia, a Bergamo. «Abbiamo cambiato i biglietti aerei: non più New York- Roma per il ritorno, ma New York-Milano e poi via per

Bergamo: io, mia figlia, mio figlio, che ci ha sempre seguito, mio marito, mia madre a darmi il turno con i bambini. Ricomincia la ricerca di un hotel dove dormire, e poi di un residence, se la permanenza in ospedale si dovesse allungare. Finalmente l'appuntamento con l'ennesimo specialista. Ci avverte che non affronta questi interventi, ma che può indirizzarci a Verona. Lì c'è il professor Nocini, che potrà curare la bambina. Così ripartiamo, destinazione Verona: ormai siamo stremati, a pezzi».

L'arrivo a Verona è l'approccio con un altro mondo. «Ho trovato disponibilità, gentilezza e dedizione. Il professor Nocini ha saputo parlare alla mia bambina con le parole giuste, ha conquistato la nostra fiducia, ci ha detto subito che l'intervento era fattibile, poteva essere programmato. Ci ha spiegato rischi e limiti dell'operazione, identica a quella proposta a New York e ha aggiunto che da oggi la nostra battaglia era anche la sua e avremo dovuto fare tutto il possibile per vincerla insieme. L'intervento è stato effettuato a carico del sistema sanitario nazionale, quindi, a differenza di molti suoi colleghi, non ci ha chiesto un soldo. Ci siamo affidati a lui senza riserve e abbiamo avuto ragione».

I momenti difficili non sono mancati. «La bimba è stata operata il 3 maggio; è rimasta in sala operatoria dodici ore e il professore dopo dieci ore si è affacciato al corridoio dove sono

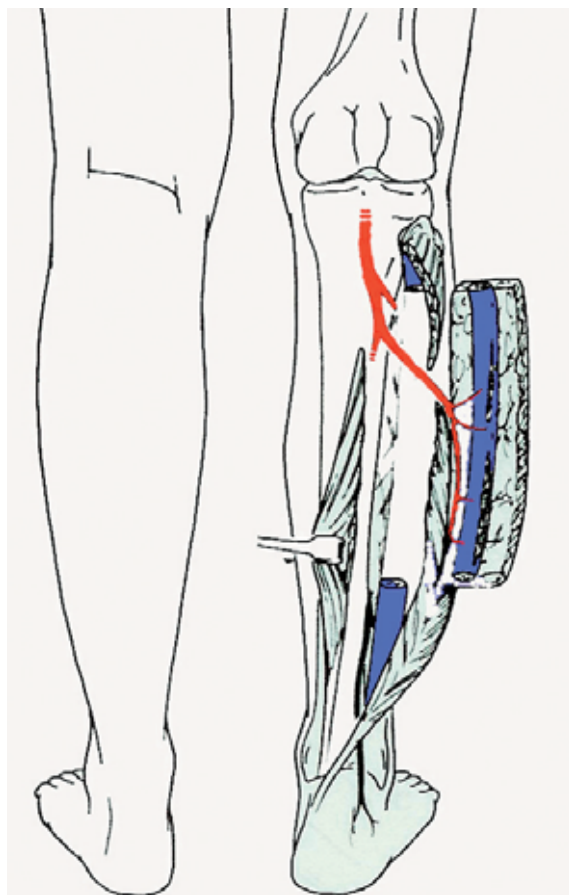


sempre rimasta, mi ha chiesto se ero lì dall'inizio dell'intervento e mi ha avvertito che tra un paio di ore tutto si sarebbe concluso».

Poi il trasferimento della ragazzina in rianimazione, per tre giorni e la degenza post operatoria, che ha obbligato la piccola paziente a otto giorni di immobilismo assoluto. E ancora i consigli del professore, il suo misurato ottimismo, la sua confidenza con la bimba, che comincia a conoscere a memoria i turni di tutto il personale e che sgrida Nocini se arriva tardi a salutarla o a controllarla: «Dove sei stato fino adesso?» E i capricci per il cibo, frullato, che può assumere solo con il sondino. E infine le dimissioni, dopo 25 giorni, anche se la piccola paziente non vuole lasciare l'ospedale.

Ormai tutto è quasi finito. La famiglia tornerà a Verona ogni mese solo per i controlli. La piccola è felice; anche la cicatrice post operatoria sul collo è poca cosa. Un po' più lunga è la traccia del bisturi sulla gamba, che si attenuerà con il tempo, fino a risultare invisibile. «Potrò mettere ancora le calze velate, senza che si veda questo segno?», chiede al professor Nocini. «Certo, quando sarai grande le potrai indossare», ribatte lui. «Ma io già le metto», sorride lei, vanitosa.

Valeria Zanetti



Clinica odontoiatrica e di chirurgia maxillo facciale d'eccellenza

La Clinica odontoiatrica e di chirurgia maxillo facciale dell'Università degli Studi di Verona è diretta dal professor Pier Francesco Nocini. Nel febbraio scorso ha ricevuto dalla Giunta regionale il riconoscimento formale di Centro di riferimento regionale per l'attività di ricostruzione microchirurgica del distretto cranio maxillo-facciale.

Il professor Nocini ha una casistica operatoria personale di 4.190 interventi eseguiti in anestesia generale dal 1983 ad oggi, di cui 90 microchirurgici, e più di 1.750 interventi di chirurgia ambulatoriale per un totale di oltre 6.000 operazioni. Complessivamente gli interventi eseguiti dalla Clinica a partire dal 1973 sono stati 13.700. L'intervento effettuato sulla piccola paziente siciliana è di routine nel reparto, ma viene solitamente effettuato su pazienti adulti: circa 250 assistiti l'hanno già affrontato. Sui bambini invece viene eseguito più raramente, benché una simile operazione sia stata effettuata su un bimbo circa un anno fa.

La bimba operata lo scorso maggio era affetta da un mixoma angiomaticoide sull'emimandibola sinistra. La neoformazione espansiva aveva causato un sovvertimento della struttura anatomica mandibolare determinando una grave alterazione della funzione masticatoria e dell'estetica del viso. «Il mixoma della nostra piccola paziente – spiega il professor Nocini – era particolare perché, a differenza dei mixomi convenzionali, che interessano il distretto maxillo facciale, presentava una ricca componente vascolare, tanto da essere classificato come angiomioma, che può essere riscontrato, anche se non frequentemente in altre parti del corpo, ad esempio nell'apparato genitale femminile. Mentre è sicuramente un evento eccezionale riscontrarlo nel viso di un bambino».

Al primo contatto con la nuova



Pier Francesco Nocini, direttore della Clinica odontoiatrica e di chirurgia maxillo facciale dell'Università di Verona.

paziente il professore cerca di spiegare, senza spaventare. «Ho tentato subito di trovare le parole per far capire alla bimba cosa stava succedendo al suo viso, cosa avremo dovuto fare per guarirla, per chiedere la sua collaborazione, essenziale nella fase post operatoria, quando è stata costretta all'immobilismo per otto giorni, con la testa girata sul fianco non interessato all'operazione. La bambina ha apprezzato, capito, ed è stata una paziente migliore rispetto a tanti quarantenni o cinquantenni incapaci di stare fermi», garantisce Nocini.

La diagnostica preoperatoria è stata effettuata con la collaborazione dei dottori Carlo Biasutti e Giovanni Carbognin dell'Istituto di Radiologia, diretto dal professor Roberto Pozzi Mucelli e con il contributo del dottor Giovanni Lipari della Chirurgia generale B del Policlinico, diretta dal professor Paolo Pederzoli.

Il professor Nocini e la sua équipe maxillo facciale hanno eseguito l'intervento, con la collaborazione del professor Leonardo Gottin dell'Istituto di Anestesia e rianimazione del Policlinico, diretto dal professor Stefano

Ischia, e del dottor Ruggero Testoni, chirurgo della mano alla Casa di cura Pederzoli di Peschiera del Garda e docente alla Scuola di specializzazione di chirurgia maxillo facciale dell'Università di Verona.

L'intervento è durato dodici ore, ha portato all'asportazione della neoformazione associata alla resezione subtotale della mandibola, eseguita per via intraorale. La mandibola è stata immediatamente ricostruita in sala operatoria, in una quarantina di minuti, utilizzando un lembo osteo-muscolare di perone, asportato dalla gamba e modellato al banco dal professor Nocini, riproducendo fedelmente l'anatomia normale mandibolare.

«Questo è stato uno dei momenti più complessi dell'intervento che non poteva limitarsi a liberare la bambina dalla malattia, ma doveva anche ricostruire perfettamente la parte asportata per poter garantire il recupero della funzione e dell'estetica del viso della paziente – commenta Nocini –. L'altro momento delicatissimo ha riguardato il collegamento tra i vasi sanguigni della gamba, asportati insieme al tessuto osseo e muscolare con i vasi del collo».

Al ricovero di tre giorni in rianimazione, è seguita la degenza in reparto durante la quale la paziente è stata nutrita mediante un sondino nasogastrico, nell'attesa che il muscolo flessore lungo dell'alluce, prelevato insieme al perone per compensare la perdita dei tessuti molli del cavo orale, completasse la sua trasformazione in mucosa ed il suo adattamento al cavo orale. La paziente dopo 25 giorni di degenza era in grado di alimentarsi da sola e camminare autonomamente. Sono seguiti i controlli post operatori e la riabilitazione funzionale. La bimba seguirà un follow-up clinico nella struttura diretta dal professor Nocini per almeno una decina di anni.

Va. Za.

A, A...BBRONZATISSIMI

È tempo d'estate. Di vacanze, di sole, di mare. E, perché no, della tanto amata tintarella. Ma siamo sicuri di sapere davvero tutto su rischi e benefici del sole? Per eliminare ogni dubbio abbiamo intervistato il professor Giampiero Girolomoni, direttore della U.O. Clinica dermatologica, che ci ha fornito utili indicazioni e preziosi consigli.

Professor Girolomoni, come agiscono i raggi del sole sulla nostra pelle?

«Dal sole riceviamo una varietà di raggi che agiscono in modo diverso sulla nostra pelle. La luce visibile non ha effetti rilevanti sulla cute, mentre i raggi infrarossi veicolano calore e incidono sui meccanismi di termoregolazione. I principali responsabili degli effetti che il sole produce sulla pelle sono i raggi UV. Questi si dividono in tre tipi, UVA, UVB e UVC, e hanno una diversa capacità di penetrare la cute: i primi raggiungono il derma profondo, i secondi penetrano l'epidermide e la parte superficiale del derma, mentre gli ultimi raggiungono la superficie terrestre in quantità trascurabile».

Ma cos'è l'abbronzatura?

«L'abbronzatura è un meccanismo di difesa che la pelle mette in atto per proteggersi dal sole e quindi è sinonimo di un'eccessiva esposizione ai raggi UV. Essa comincia a comparire a distanza di alcune ore dall'esposizione e raggiunge il massimo dopo alcune settimane. È causata dall'aumentata sintesi di melanina da parte dei melanociti e dal suo trasferimento dai melanociti ai cheratinociti, che disperdono il pigmento nell'epidermide».

Ci può dare qualche consiglio per prendere bene il sole?

«Il sole ha effetti sia positivi che negativi. In ogni caso, va preso con cautela, in base alle caratteristiche della



Giampiero Girolomoni, direttore della U. O. Clinica dermatologica

propria pelle. È importante evitare le ore di massima irradiazione, tra le 11 e le 14, ed esporsi al sole in modo graduale, dando la possibilità alla pelle di difendersi attraverso l'abbronzatura. Soprattutto nei bambini è fondamentale evitare le ustioni solari, che costituiscono il principale fattore di rischio per il melanoma. Infine, è opportuno prefiggersi come obiettivo un'abbronzatura lieve».

Quali sono le indicazioni da seguire per scegliere correttamente i filtri solari?

«Le creme solari non servono per stare più a lungo al sole, ma per starci in modo più corretto. La capacità delle creme di proteggere la cute si esprime con un numero definito fattore di protezione: in ogni caso, è bene usare un filtro medio-alto, superiore a 20.

Le creme vanno applicate prima dell'esposizione solare e, poiché la loro attività si esaurisce, si consiglia di rinnovare l'applicazione almeno ogni due ore. È stato, inoltre, dimostrato che il consumatore tende a impiegare una quantità di crema minore di quella richiesta per una

protezione ottimale, mentre per i bambini anche le magliette colorate possono costituire un ottimo filtro solare.

Va comunque ricordato che non tutti gli individui sono capaci di produrre melanina allo stesso modo. Ci sono, infatti, condizioni di partenza diverse, classificate nei vari fototipi: da una parte esistono gli individui di carnagione chiara, che si scottano quasi sempre e si abbronzano poco, dall'altra ci sono i soggetti di pelle scura o nera, che possiedono un'elevata quantità basale di melanina, che si abbronzano sempre e si scottano raramente.

La maggior parte degli individui si colloca tra questi due estremi. La differenza tra i fototipi non è data dal numero dei melanociti, ma dalla quantità di melanina prodotta e dal suo grado di dispersione nelle cellule epidermiche. Certo bisogna tenere presenti anche il luogo in cui si prende il sole e le condizioni atmosferiche. Le regole generali di protezione e prevenzione valgono comunque per tutti. E per tutti vale sempre la regola del buon senso».

Le creme solari hanno una scadenza? È vero che oltre tale data perdono di efficacia?

«Certamente. La data di scadenza da osservare è quella riportata sulla confezione».

È vero che il sole favorisce la comparsa di rughe? Perché?

«Sì, perché l'esposizione cronica al sole determina il cosiddetto fotoinvecchiamento, che si sovrappone a quello cronologico causato dall'età. La pelle si assottiglia sia nell'epidermide che nel derma, perché il sole fa in modo che i meccanismi di degradazione prevalgano su quelli di riproduzione. A parità di età, dunque, la pelle esposta al sole invecchia molto prima. Il suo invecchiamento è favorito anche dal fumo».

Al di là degli effetti dannosi, i raggi UV possono causare vere e proprie malattie?

«Esistono malattie della pelle indotte dal sole che hanno un'elevata incidenza nei periodi dell'anno in cui l'insolazione è maggiore e colpiscono le zone del corpo fotoesposte. La più comune di queste patologie è la dermatite polimorfa solare, che colpisce soprattutto le donne e si manifesta con papule e placche pruriginose. Questa malattia compare generalmente nella tarda primavera e nella maggior parte dei casi tende a regredire con la progressiva esposizione al sole. In alcuni casi, tuttavia, le lesioni tendono a peggiorare e costringono il paziente a evitare l'esposizione. Un'altra patologia indotta dai raggi del sole è l'orticaria solare, che si manifesta con pomfi della durata di poche ore. Esistono anche reazioni fototossiche o fotoallergiche all'assunzione di farmaci, come diuretici, antibiotici, antitumorali e antinfiammatori, che si sviluppano quando il soggetto si espone a radiazioni solari. Ci sono, infine, alcune malattie che vengono aggravate o scatenate dal sole come, ad esempio, il lupus eritematoso, la rosacea, l'herpes simplex e le porfirie».

Esistono invece malattie che possono trarre benefici dall'esposizione ai raggi solari?

«Sì, ci sono alcune malattie della pelle che traggono giovamento da una corretta esposizione. Per esempio, la psoriasi, la vitiligine, la dermatite seborroica e la dermatite atopica spesso migliorano durante l'estate. Tuttavia, queste stesse patologie possono anche essere aggravate da un'esposizione intensa e violenta».

Parliamo di alimentazione. Cosa è meglio mangiare quando si prende il sole? Ci sono dei cibi consigliati? Servono gli integratori?

«La dieta mediterranea va sempre bene, sia d'estate che d'inverno. D'estate in particolare è consigliabile consumare verdura e frutta fresche, che contengono un'elevata quantità

Come esporsi al sole in maniera corretta

QUELLO CHE NON SI DEVE FARE

- Esporsi al sole in modo indiscriminato
- trascurare la propria pelle e le lesioni o i nevi che crescono o cambiano aspetto
- considerare le lesioni cutanee come inestetismi o fatalità: è sempre bene definire la loro natura con una diagnosi esatta
- dimenticarsi di effettuare i controlli consigliati
- aspettare sintomi significativi per consultare il medico
- rifiutare l'intervento su un nevo per il timore infondato di favorire la sua diffusione

ALCUNI BUONI MOTIVI PER PRENDERE IL SOLE

- i raggi infrarossi stimolano il metabolismo e il calore provoca una vasodilatazione che migliora l'ossigenazione e la vitalità dei tessuti
- la luce solare agisce sull'ipotala-

mo e stimola la produzione di melatonina e serotonina, ormoni che influiscono positivamente sull'umore e sulla sensazione di benessere

- il sole e il caldo aumentano la sudorazione, facilitando così l'eliminazione di tossine
- i raggi solari stimolano il ricambio cellulare e favoriscono la cicatrizzazione delle ferite
- il sole stimola la sintesi di vitamina D, essenziale per la crescita e la solidità delle ossa e per prevenire l'osteoporosi
- le radiazioni dei raggi luminosi fanno aumentare il numero di globuli rossi presenti nel sangue
- gli infrarossi che colpiscono la pelle alzano la temperatura corporea e fanno evaporare i liquidi in eccesso, con effetti benefici sulla ritenzione idrica sottocutanea
- i raggi solari sono utili per curare le forme reumatiche degenerative, come l'artrosi. Inoltre, alleviano il dolore perché decontraggono la muscolatura.

di antiossidanti, mentre non ci sono evidenze sufficienti per affermare che l'uso degli integratori sia realmente utile».

E se non si è stati prudenti e ci si è scottati, come si può rimediare?

«Dipende dal grado e dall'estensione della scottatura, che appare a distanza di ore dall'esposizione con manifestazioni che vanno dal rossore più o meno intenso fino alla formazione di bolle piene di siero. Dal punto di vista terapeutico le opzioni sono diverse: in presenza di un eritema di estensione limitata è possibile applicare pomate a base di cortisone per brevi periodi; in presenza di lesioni bollose o erosive è bene trattare la zona interessata con soluzioni antisettiche per evitare infezioni; in presenza di un'ustione estesa, accompagnata da sintomi generali come febbre, malessere, cefalea, disidratazione, è invece opportuno rivolgersi a un medico. È importante ricordare

che alcune sostanze applicate sulla cute aumentano la sensibilità della pelle alle radiazioni solari, facilitando lo sviluppo di reazioni locali. Tipico è il caso di alcuni estratti di piante, come agrumi, fico, carote e sedano, che vengono a volte applicate incautamente sulla cute per favorire l'abbronzatura e che possono determinare la comparsa di ustioni anche gravi».

Il sole artificiale e il fenomeno dell'abbronzatura tutto l'anno. Che dire a proposito di lampade?

«Le lampade sono paragonabili al sole naturale. Molto dipende dal tipo di pelle e dalla frequenza con la quale si utilizzano. I raggi artificiali favoriscono l'invecchiamento della cute, e la comparsa di lentiggini e discromie, molto difficili da far regredire, nonché lo sviluppo di tumori cutanei. In generale, le lampade sono comunque da sconsigliare».

Paola Arosio

Rinnovate le cucine del Policlinico e dell'Ospedale civile maggiore e le mense dei dipendenti

S truttture

13

LA SALUTE NEL PIATTO

L'ospedale non è un albergo, e nessuno può avere dubbi in proposito. Ma è anche vero che un ambiente accogliente, non privo di comfort, e un vitto che non sia "da ospedale", come recita una celebre espressione, possono essere un piccolo-grande aiuto perché le cure mediche vadano a buon fine. Senza considerare l'aspetto psicologico: spesso quello dei pasti, assieme alle visite dei familiari, è il momento più atteso per chi è costretto a trascorrere le giornate tra le corsie di un nosocomio. In ospedale i pasti però non devono essere soltanto gradevoli, ma necessitano di cura scrupolosa, per quanto riguarda la qualità degli alimenti e l'igiene di tutte le fasi di preparazione e conservazione.

In questa ottica la Direzione generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona ha portato a compimento la completa ristrutturazione della cucina del Policlinico e l'adeguamento tecnico di quella dell'Ospedale civile maggiore, provvedendo anche alla ristrutturazione di entrambe le mense per i dipendenti.

Il "restyling" della cucina e sala mensa del "Giambattista Rossi", inaugurate lo scorso 24 giugno, è stato effettuato su progetto della ditta Markas Service s.r.l. di Bolzano, appaltatrice del servizio di ristorazione per le sedi ospedaliere di Borgo Trento, Borgo Roma e Valeggio. La direzione dei lavori è stata affidata a Barana Engineering di Verona, (direttore architetto Lauro Motta), con la supervisione dell'Ufficio tecnico dell'Azienda ospedaliera.

I lavori sono stati eseguiti usufruendo di imprese veronesi. L'appalto, aggiudicato nell'ottobre 2004 per la durata di cinque anni ed il valore di oltre 34 milioni e 500mila euro, oltre

alla gestione e conduzione del servizio ristorazione, prevede che la ditta provveda all'esecuzione di lavori di ristrutturazione, fornitura di attrezzature ed arredi per la cucina e la mensa del Policlinico per l'importo di circa tre milioni di euro più Iva, con un canone d'ammortamento per l'Azienda ospedaliera di circa 50mila euro al mese per 60 mesi. Lo stesso appalto prevede lavori di ristrutturazione della sala mensa dipendenti ed interventi tecnici nella cucina dell'Ocm Borgo Trento che saranno ultimati entro l'inizio del mese di luglio per l'importo di circa 848mila euro



con un canone d'ammortamento per l'Azienda ospedaliera di circa 16mila euro per 51 mesi.

In un anno dalla Markas fornisce complessivamente 485mila colazioni e altrettante pranzi e cene per i degenti delle tre sedi ospedaliere e 185mila pasti per le mense dipendenti. A fronte (e sono dati del 2004) di 57.285 ricoveri ordinari e 22.710 day-hospital. «La qualità è sinonimo di efficienza – ha commentato il neoassessore regionale alla Sanità, Flavio Tosi, intervenendo all'inaugurazione –. Garantire un buon servizio anche dei pasti contribuisce a mantenere il prestigio dell'Azienda scaligera, che con quella di Padova è tra i

fiori all'occhiello della nostra regione». «La ristrutturazione della cucina e della mensa – ha sottolineato il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Valerio Alberti – è un tassello della ristrutturazione dell'intero Policlinico. Per la quale abbiamo ricevuto il contributo economico dalla Regione (55 milioni di euro) e dalla Fondazione Cariverona (20 milioni di euro). Un progetto che si integra perfettamente con la realizzazione del nuovo blocco chirurgico di Borgo Trento»

La cucina e la mensa

La prima si trova al piano terra del blocco Est, mentre la seconda è collocata nel seminterrato. Complessivamente esse occupano un'area di circa 1.000 metri quadrati. Entrambi i locali sono stati integralmente ristrutturati. Le cucine sono in grado di produrre sino a 4.500 pasti (pranzo e cena) al giorno. Attualmente ne forniscono 1.000 per i degenti e 500 per i dipendenti.

Nella cucina la ristrutturazione ha interessato anche

i vani tecnici ubicati nel massetto (piano d'appoggio), come le condutture del vapore, gas metano e impianto elettrico. In alternativa alle normali cappe aspiranti è stato installato un intero soffitto aspirante in acciaio e illuminazione artificiale e lucernari.

I pavimenti di cucina e mensa sono stati rivestiti con resine che garantiscono lavabilità e igiene. Con l'utilizzo di sgusci a pavimento sono stati evitati angoli retti per evitare la possibilità d'incrostazioni di sporcizia difficili da rimuovere.

Grandi celle frigorifere ubicate all'ingresso della cucina sono utilizzate per la conservazione degli alimenti

distinti per categoria merceologica. Nelle cucine lavoreranno 50 operatori addetti ai servizi, aiuto cuochi, cuochi e dietiste coordinate dal servizio dietetico di sede della ditta.

Il locale della mensa è stato climatizzato e completamente insonorizzato con speciali pannelli di legno fessurati adagiati su materassini assorbitori di rumore. È dotato di ascensore e bagno per disabili. Le persone con handicap, inoltre, possono indicare la scelta del menu usufruendo di un citofono all'ingresso della sala. È stata adottata la moderna concezione di self-service a flusso libero. I cibi sono presentati su isole ed è servita anche la pizza tradizionale cotta in forno elettrico. L'ambiente è arredato confortevolmente per offrire una pausa pranzo distensiva. Per il Policlinico una mensa per i familiari dei degenti sarà messa a disposizione nella palazzina dell'Iciss a fianco dell'ospedale nei pressi del parco di San Giacomo. Mentre a breve sarà ultimata anche la ristrutturazione della sala mensa dei dipendenti dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento, realizzata con criteri analoghi.

Caratteristiche tecnologiche

Soluzioni tecnicamente avanzate consentono al servizio dietetico di Markas il controllo computerizzato di produzione e conservazione dei cibi. Tutte le fasi di lavorazione e i vari passaggi degli alimenti (dalla cella frigorifera, alla cottura, alla conservazione) sono monitorate con sonde che rilevano la temperatura dei cibi e la inviano al controllo. Nella sala controllo della cucina un frigorifero conserva i campioni di tutti i cibi preparati durante il giorno. La lavorazione avviene con il criterio della "marcia in avanti", senza pericolo di contaminazione fra gli alimenti "sporchi" (come le verdure prima del lavaggio) e quelli pronti per la cottura o il servizio.

Gli alimenti sono preparati in sale apposite contraddistinte da un codice colore: marrone per le verdure, rosso per le carni rosse, giallo per le carni bianche, azzurro per il pesce e verde per affettati e formaggio. Gli

alimenti dietetici (che prevedono ad esempio farine senza glutine o l'utilizzo di vasellame in vetro per chi è allergico al nichel), sono preparati in una stanza a se stante (contrassegnata con il colore rosa) per garantire che non vi siano contatti con il resto della produzione.

La zona riservata all'abbattimento (raffreddamento) e conservazione dei cibi cotti è contraddistinta con il colore bordeaux. Uno speciale carrello estrae dal forno l'intero castelletto di placche o teglie e lo introduce in un frigorifero denominato "abbattitore di temperatura". Sonde computerizzate inserite nei cibi permettono di verificarne la temperatura. Una volta ottenuta quella desiderata, nel rispetto del percorso "a marcia in avanti", il prodotto è stoccato in un'apposita cella per il mantenimento, in attesa d'essere trasformato in porzioni e "rigenerato" (riscaldato in un forno a vapore) prima di essere servito.

Per la cottura sono utilizzati cuocipasta automatici e bollitori a pressione. "Brasiere a pressione" suddivise in più livelli permettono di cucinare contemporaneamente preparazioni diverse (ad esempio: spezzatino, arrosto e sugo) senza contaminazione di odori e sapori e senza che gli alimenti perdano liquidi. Terminata la cottura, le brasiere si aprono a ribalta e scaricano automaticamente l'alimento cucinato in appositi contenitori.

I cibi pronti sono riposti in carrelli caldi o freddi affiancati al nastro trasportatore sul quale sono confezionati i vassoi personalizzati. Il vassoio è suddiviso in due parti per separare cibi caldi e freddi. Le stoviglie sono di porcellana. Una volta pronti, i vassoi sono inseriti in un "carrello attivo Burlodge" che garantisce il mantenimento del caldo a 65° e del freddo a 7° per un'ora e mezza dopo il caricamento. I carrelli attivi sono stati introdotti anche nelle cucine dell'Ocm (dove vengono preparati 2.000 pasti per degenti e 500 per dipendenti) in cui è stato rinnovato l'impianto d'aspirazione e trattamento dell'aria. La prenotazione per i vassoi

è raccolta in ogni reparto ed è inviata alle cucine entro il primo pomeriggio.

I menu per tutte le esigenze

Le dietiste dell'Azienda ospedaliero-universitaria in collaborazione con il Servizio di Nutrizione clinica predispongono i menu che vengono preparati dal personale delle cucine delle varie sedi ospedaliere. I pazienti a dieta libera possono scegliere fra nove primi, nove secondi, tre contorni caldi ed uno freddo, frutta di stagione (anche cotta) o dessert (budino\yogurt\purea di frutta). L'apporto calorico previsto è di 1.800\2.000 Kcal al giorno. Vi sono poi le diete speciali che sono preparate su indicazione delle dietiste dell'ospedale. Per i pazienti appena ricoverati è previsto un menu standard "nuovo ingresso" (dietetico o libero), ma, già dal pasto successivo, è servito il menu di loro scelta.

I menu sono calcolati a rotazione su due settimane (ciascuna diversa dall'altra) e propongono la scelta fra due primi piatti a pranzo e a cena, con relative sette possibili sostituzioni sia a pranzo che a cena. Per quanto riguarda i secondi ogni settimana il menu prevede un apporto equilibrato di proteine, grassi, glucidi. Un prontuario dietetico raccoglie circa 40 diete speciali previste per la cura nutrizionale di varie tipologie. Il medico può però richiedere diete "su ricetta", non contemplate nel prontuario.

Controlli sugli alimenti

Due operatori della dirigenza amministrativa di sede effettuano controlli (giornalieri o mensili) per verificare lo stoccaggio e le scadenze degli alimenti in cucina, il servizio pasti, la qualità e l'appetibilità degli alimenti e l'eventuale non conformità dei pasti o diete speciali che arrivano in reparto.

Trattamento rifiuti

Un'area apposita è riservata al trattamento dei rifiuti organici che vengono disidratati ed essiccati per consentirne lo smaltimento ecologico.

Si è concluso il ciclo di lezioni del XV corso superiore di Geriatria abbinato alla Scuola medica ospedaliera

Aggiornamento 15

L'ANZIANO, UNA RISORSA

Il ciclo di lezioni del XV corso superiore di Geriatria, abbinato alla Scuola medica ospedaliera, si è concluso il 5 giugno al centro "Giorgio Marani" con una conferenza sulle sindromi coronariche acute nell'anziano, promosso dal direttore della Scuola, Luigi Grezzana.

L'incontro è stato, inoltre, l'occasione per festeggiare il centesimo anniversario della rivista medico-scientifica *Il Fracastoro*. Oltre ai relatori del corso, i professori Paolo Rizzotti, Corrado Vassanelli e Umberto Tellini, sono intervenuti l'onorevole Francesca Martini, l'assessore regionale alle Politiche sanitarie Flavio Tosi e il direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Valerio Alberti. Ai circa mille partecipanti al corso sono state distribuite le copie del primo numero della rivista, una bella edizione anastatica curata dal professor Grezzana con «emozione quasi liturgica» – come ha detto lui stesso durante la cerimonia –, nonché le copie dell'ultimo numero della rivista, a simboleggiare la continuità di questa importante tradizione culturale veronese.

Nella pagina iniziale del primo numero, riproduzione perfetta dell'originale, fatta eccezione per la rilegatura con normali graffette anziché il filo di seta utilizzato all'epoca, un articolo firmato da Roberto Massalongo illustra il programma e lo scopo della rivista, che prende il titolo dal «nome più grande che onori la storia di Verona nell'immenso campo del medico sapere, Girolamo Fracastoro».

Lo spirito dell'iniziativa, che risponde ai motti "L'unione fa la forza" e "Scienza e Potenza", è espresso nell'editoriale ed una frase lo riassume meglio di altre; «è tempo che si com-

prenda l'elevata missione che spetta alla classe sanitaria nell'ordine e nel progresso della moderna civiltà».

«Elemento di notevole interesse è il confronto tra i contenuti dell'edizione dell'inizio del secolo scorso e quella odierna – ha sottolineato Alberti –. Accanto a problemi ormai superati, come la cura di malattie quali la tubercolosi, vi sono temi ancora attuali, come il dibattito sui doveri ed il ruolo del medico di famiglia. Dall'intreccio tra passato e presente possiamo intravedere le diverse tendenze per il futuro».



La cerimonia di chiusura del XV corso superiore di Geriatria. Da sinistra: l'onorevole Francesca Martini, il dottor Valerio Alberti e il dottor Luigi Grezzana

Un passo dell'introduzione del Massalongo è una sorta di manifesto lirico della scienza moderna: "Nessuno deve ignorare che alla scienza dobbiamo il benessere, l'incivilimento, il progresso, tante opere utili e benefiche, la natura soggiogata, le sue forze moltiplicate, i continenti scoperti, i mari corsi e scandagliati, lo spazio ed il tempo incatenati, i privilegi atterrati, le caste disciolte, l'uguaglianza proclamata, la carità più intelligente, l'agiatazza più diffusa, le leggi più giuste, i governi più civili".

Emoziona pensare che oggi, nello stesso ospedale un tempo diretto dal Massalongo, le ustioni da calce del bulbo oculare di cui si parla in un

articolo del primo numero della rivista da lui fondata vengono curate con l'innesto di cellule staminali. "Scienza e potenza"...

Ripercorrendo la storia della testata, che si presentava come "Gazzetta medica, bollettino della federazione dei sanitari della Città e della Provincia di Verona", scorriamo tutta la storia medico-scientifica della città durante il Novecento. Luigi Grezzana ha ricordato un anno particolarmente significativo, il 1954, quando Verona inaugurò pionieristicamente la Geriatria, cominciando ad attivarsi in

questo settore.

Riguardo alle caratteristiche specifiche della salute per la terza età ha parlato anche l'onorevole Francesca Martini, capogruppo della commissione per gli Affari sociali della Camera. Ha sottolineato la rilevanza della Geriatria nella società italiana moderna, società globalmente molto invecchiata, ma in cui emerge una nuova figura sociale, quella dell'anziano attivo, sano e autosufficiente.

«La nostra società – ha detto – deve farsi carico della salute dell'anziano per aiutarlo a vivere in pienezza anche la maturità, cercando di contrastare l'insorgere di patologie che possono minare l'autonomia, il bene più prezioso della persona». Per questo, secondo l'onorevole Martini, è importante che i geriatri affianchino l'attività dei medici di famiglia.

L'assessore Flavio Tosi ha dal canto suo sottolineato la rinnovata importanza della Geriatria, che oggi più che in passato richiede sempre più professionalità e specializzazione. Ha espresso, inoltre, piena disponibilità al dialogo per sostenere «iniziative tanto interessanti ed utili come questo corso superiore di Geriatria».

Ilaria Noro

Il Registro degli psicofarmaci

di Michela Nosè, Chiara Bonetto, Gianluca Rambaldelli, Corrado Barbui*

Negli ultimi anni la disponibilità di tecnologie sempre più avanzate ha progressivamente permesso di migliorare e semplificare l'esercizio della medicina. In particolare gli strumenti dell'informatica applicati alla salute mentale si stanno rivelando di grande utilità nel rendere più razionale l'uso degli psicofarmaci, i farmaci attivi sul sistema nervoso centrale. Si tratta di farmaci che devono essere impiegati con grande cautela ed attenzione, in quanto sono indicati solamente in specifiche malattie, sono gravati da effetti collaterali che necessitano di essere controllati periodicamente, e possono interagire con altri farmaci innescando la comparsa di effetti indesiderati.

Su questo tema, in collaborazione con il Dipartimento di valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute, il Servizio psichiatrico territoriale di Verona-Sud e la Sezione di Psichiatria e psicologia clinica dell'Università di Verona hanno progettato e sviluppato un supporto informatico che archivia tutte le prescrizioni di psicofarmaci effettuate dai medici del Servizio.

Si tratta di un sistema molto duttile, accessibile tramite ogni personal computer del servizio utilizzando un qualsiasi browser di internet. Ciascun medico (compresi ovviamente gli specializzandi), durante la propria attività clinica quotidiana, inserisce le terapie psicofarmacologiche prescritte, le eventuali variazioni posologiche e sospensioni, riportando anche i motivi che hanno indotto alla sospensione (effetti collaterali, miglioramento dei sintomi, altri motivi). Questo supporto informatico, denominato Registro degli psicofarmaci, è attivo da gennaio 2004, e ad oggi contiene informazioni su diverse centinaia di persone che hanno ricevuto prescrizioni di psicofarmaci.

L'utilità del Registro degli psicofar-

maci è sostanzialmente duplice. In primo luogo svolge un importante ruolo clinico. Esso permette infatti di risalire con estrema rapidità alla terapia farmacologica di ogni paziente, sia quella in corso che quella eventualmente assunta in passato, con i motivi che hanno determinato gli eventuali cambiamenti.

Questo aspetto è particolarmente importante in quanto è possibile risalire agli effetti collaterali di terapie prescritte molto tempo prima, rendendo queste informazioni fruibili, per esempio, anche ai medici che vedono una persona per la prima volta. E questa rapida accessi-



bilità delle informazioni può avvenire in ogni luogo del Servizio psichiatrico, ossia in ambulatorio, in reparto e presso le strutture residenziali. Prima dello sviluppo di questo Registro era necessario risalire alla cartella clinica di ciascun paziente, scorrerla a mano alla ricerca delle informazioni teoricamente utili, riportate spesso a penna e quindi talvolta difficili da decifrare. Il Registro, raccogliendo la "storia farmacologica" di ogni persona, è rapidamente divenuto uno strumento indispensabile per l'attività clinica quotidiana.

Il Registro degli psicofarmaci ha, però, un'importanza anche in ambito valutativo, in quanto permette di studiare le modalità prescrittive degli psicofarmaci. Possono, per esempio, essere identificati particolari gruppi di soggetti in trattamento

o si può osservare il profilo di tollerabilità e l'esito clinico di una classe di farmaci in tipologie di soggetti che normalmente non sono inseriti nelle sperimentazioni cliniche.

È possibile osservare quali siano i farmaci più prescritti, seguendo in particolare quelli più recentemente introdotti nel mercato di cui, giocoforza, si conosce meno precisamente il profilo di tollerabilità. I primi dati ricavati dal Registro degli psicofarmaci hanno permesso di confrontare la frequenza d'uso degli antipsicotici, farmaci impiegati nel controllo dei sintomi psicotici quali i deliri e le allucinazioni, negli ultimi

vent'anni a Verona. I risultati di questo confronto, pubblicati nella letteratura medica internazionale, hanno documentato alcuni cambiamenti interessanti, come il ricorso, in una frazione di casi epidemiologicamente rilevante, a combinare tra loro trattamenti antipsicotici diversi, pratica di dubbia utilità che aumenta il rischio di sviluppare effetti collaterali. Questi risultati, naturalmente, vengono utilizzati dagli operatori

sanitari per riflettere criticamente sulle proprie attitudini prescrittive, e per esercitare il proprio spirito critico nell'ottica di una maggiore razionalità prescrittiva.

Il Registro informatizzato degli psicofarmaci messo a punto nel Servizio psichiatrico territoriale di Verona Sud rappresenta un esempio concreto di come la tecnologia possa essere messa al servizio degli operatori sanitari, con il fine di migliorare la qualità delle prestazioni che quotidianamente vengono offerte e, di conseguenza, migliorare anche gli esiti a medio e lungo termine delle malattie che vengono curate.

***Dipartimento di Medicina e sanità pubblica, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, e Dipartimento per la Salute mentale, Verona**

Il nuovo ecografo tridimensionale di Borgo Trento offre un'altissima qualità diagnostica prenatale

Tecnologia

17

IL MISTERO DELLA VITA

Il Banco Popolare di Verona e Novara ha donato al Centro di Ecografia e Diagnosi prenatale dell'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Borgo Trento, diretta dal professor Ermengildo Signori, un ecografo tridimensionale.

«Per le sue caratteristiche di *imaging* ecografiche diagnostiche 2D e 3D e real time 4 D, l'ecografo "Voluson 730 Expert" coniuga il massimo potenziale diagnostico ad un'interfaccia semplice e intuitiva da usare, per cui lo riteniamo il più interessante e complementare al sistema ecografico già in uso presso il nostro Servizio» spiega il professor Signori.

Il nuovo apparecchio è dotato di soluzioni innovative che garantiscono una precisione diagnostica di altissimo livello.

Potremo eseguire un nuovo tipo di ecografia "volumetrica", che consente di evidenziare, non solo il profilo del feto e la forma dei suoi organi, ma anche i movimenti e l'espressione del volto.

È possibile, soprattutto, individuare anomalie che con l'ecografia tradizionale non sempre vengono rilevate: oggi il 2-3 per cento dei feti presenta malformazioni.

Della nuova tecnica da due anni si

discute in tutti i convegni ostetrici e ginecologici, come è accaduto al Congresso mondiale di Ecografia ostetrico-ginecologica (Isuog) che si è tenuto a Stoccolma nel settembre

un'immagine in bianco e nero, dunque, ma un feto a colori che si muove come fosse ripreso in un video».

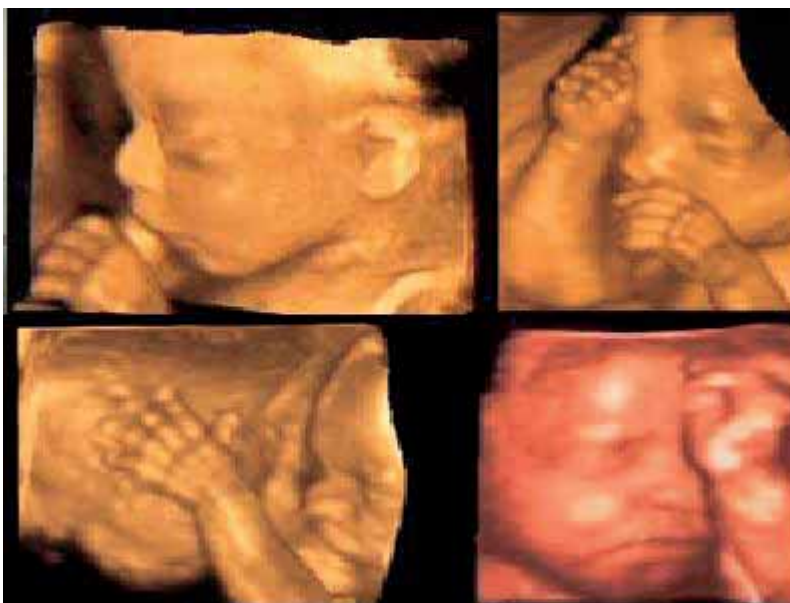
I vantaggi? «È visibile l'intera superficie del corpo: si riconoscono i lineamenti e le espressioni, si visualizzano meglio i volumi degli organi interni, soprattutto il cuore», aggiunge il dottor Tinelli.

L'uso della tecnologia esclusiva General Electric "Stic" evidenzia un nuovo approccio nella comprensione del cuore fetale, che permette una miglior possibilità di diagnosticare la presenza di cardiopatie complesse. Ma l'aspetto più originale, e forse più inquietante,

della nuova tecnica è la possibilità di individuare sul volto dei feti i segnali di eventuali anomalie.

«Alterazioni della forma del viso, mento troppo piccolo o troppo sporgente, occhi ravvicinati, attaccatura irregolare delle orecchie possono essere segnali di malattie genetiche tali che possono comportare anche ritardo mentale – precisa la dottoressa Alessandra Ghiaini –. La stessa labio-platoschisi, che consiste nella mancata congiunzione delle ossa del palato, si evidenzia in modo più dettagliato con questa ecografia consigliata solo in seconda battuta, quando il metodo tradizionale fa sorgere dubbi o in presenza di rischi familiari».

«Per noi il nuovo ecografo sarà un valore aggiunto, complementare all'attuale ecografo in uso, aiutandoci di fatto ad elevare il livello diagnostico del nostro Servizio di Diagnosi prenatale» conclude il professor Signori.



Ecografia tridimensionale. Sotto, un controllo

dell'anno scorso».

Parlando di ecografie prenatali c'è da sottolineare la demarcazione netta fra l'aspetto "relazionale-psicologico" e quello diagnostico. La donna prova una grande emozione nel vedere il suo bambino a tre dimensioni, ma nei Centri di ecografia di 2°-3° livello, tale tipo d'esame si esegue in caso di sospette malformazioni, non nelle tre ecografie di screening prescritte normalmente in gravidanza. Viene messa in campo un'alta qualità tecnologica: si adoperano trasduttori e hardware dedicati; il processo di acquisizione e analisi dei volumi è in un tempo breve (0,1-2 secondi).

«Rispetto all'ecografia tradizionale, l'innovazione è rappresentata dall'immagine tridimensionale e dal movimento – spiega il dottor Vincenzo Tinelli, responsabile del Centro di Ecografia e diagnosi prenatale dell'Ocm Borgo Trento –. Non più



AIUTARE, UN PRIVILEGIO

Un nuovo modernissimo centro mobile di rianimazione per le maxi emergenze è stato inaugurato dalla Croce Verde. Unico in Italia per la sua flessibilità strutturale, che consente di avere a disposizione più ambienti operativi, il nuovo centro mobile è a disposizione anche per l'assistenza durante gli spettacoli areniani, le manifestazioni sportive e culturali e gli eventi con elevata affluenza di pubblico. Il mezzo può essere, inoltre, utilizzato dal Creu, il Centro regionale emergenza urgenza del Veneto, per le necessità sanitarie di grandi emergenze e di protezione civile.

Il mezzo è stato donato da Trevisan Cometal per onorare la memoria di Roberto Crema, volontario dell'Ente e giovane collaboratore dell'Azienda veronese.

A sottolineare l'importanza e la generosità del gesto è Giovanni Padovani, presidente di Croce Verde: «Prendiamo in consegna questo mezzo di eccellenza con fierezza – ha detto intervenendo all'inaugurazione –, consapevoli che sarà un prezioso strumento per la nostra missione, che vogliamo svolgere a livelli d'avanguardia. I traguardi che Croce Verde sta conseguendo sono traguardi di squadra, di una squadra coesa e fortemente motivata».

Croce Verde è un'istituzione molto vitale, un mondo vario e complesso, fatto di costante attenzione, impegno quotidiano, sollecita dedizione. E tanta solidarietà.

«La Croce Verde veronese è diventata per noi un importante interlocutore, grazie alle sue potenzialità, alla capacità organizzativa e alla professionalità sanitaria e gestionale – conferma il dottor Daniele Frezza, coordinatore del Creu –. Operare con efficacia in situazioni di emergenza e urgenza è uno dei principali obiettivi del Servizio sanitario regionale. Nel momento acuto del bisogno, infatti, il cittadino non può scegliere e misura in maniera diretta la capacità organizzativa e di



Il nuovo Centro mobile di rianimazione della Croce Verde. A lato, l'interno

risposta del servizio. E proprio questo mezzo mobile di rianimazione è un'importante risorsa non solo a livello provinciale, data la sua possibilità d'utilizzo anche in caso di grandi emergenze regionali».

Il centro è allestito su un camion Man lungo 12 metri e largo oltre 2 metri mezzo, con una portata di 145 quintali. Lo spazio interno può essere suddiviso con tende a scorrimento longitudinale, realizzando così quattro sale mobili. Ognuna è attrezzata con barelle e con carrelli dotati di presidi per la medicazione, l'infusione, la cura e la stabilizzazione dell'infortunato.

Sono presenti sul mezzo set per piccola chirurgia, impianto portatile di ossigenoterapia, set per intubazione, set per tracheotomia, elettrocardiogramma, cardiodefibrillatore semiautomatico manuale, aspiratore di secreti, ventilatore cardiopolmonare, presidi per l'immobilizzazione. Ogni sala è inoltre dotata di impianto di climatizzazione e di illuminazione modulabile. Grazie a due tende esterne con meccanismo di apertura automatizzato, il veicolo sanitario può anche ospitare altri due ambulatori per il primo trattamento. Il centro mobile di rianimazione può perciò essere utilizzato



come posto medico avanzato e di triage in cui i pazienti vengono valutati negli ambulatori esterni, trattati nelle sale intensive interne e inviati al centro ospedaliero più vicino.

Generosità e spirito di sacrificio sono le qualità necessarie per chi fa del soccorso e dell'aiuto al prossimo il proprio lavoro o la propria missione. Sottolinea Giovanni Cipolotti, responsabile del Suem 118: «Soccorrere chi è in pericolo non è un mestiere, ma un onore e un privilegio». Kahlil Gibran, poeta e filosofo, ha scritto: «Date ben poco quando date dalle vostre ricchezze. È quando date voi stessi che date veramente»: la filosofia che anima Croce Verde è tutta qui.

Paola Arosio

I farmaci da portare in viaggio

di Chiara Alberti*

Non dimenticate di mettere in valigia i medicinali indispensabili in relazione alla meta ed allo stato di salute

Si avvicina l'estate e prima di partire per un viaggio ci si domanda quali farmaci portare con sé, per coprire le principali necessità, evitando di riempire la valigia di medicinali poco utili senza però dimenticare quelli indispensabili!

In primo luogo la scelta dei farmaci da portare con sé in viaggio dipende dalla destinazione (es. Paesi tropicali o subtropicali) e conseguentemente è necessario informarsi presso le strutture sanitarie preposte sulle vaccinazioni obbligatorie per l'ingresso nel Paese di villeggiatura o facoltative (consigliate per proteggersi dal rischio).

Qualora si viaggiasse in zone malariche ci si deve ricordare di portare con sé i farmaci antimalaria prescritti dal medico in quantità sufficiente per tutto il periodo di soggiorno.

Per informazioni rivolgersi a:

- Servizio per il viaggiatore internazionale presso l'U.O. di Malattie Infettive OCM – tel. 045.8349314. Una segreteria telefonica chiederà di lasciare il nome del Paese e/o l'itinerario che si intende effettuare e si verrà richiamati da un medico che risponderà ad ogni quesito igienico sanitario.
- Ambulatorio per i viaggiatori internazionali dell'Ulss 20 - Palazzo della Sanità – Via S. d'Acquisto 7 – tel. 045.8075918.

Vanno anche considerate le caratteristiche del viaggiatore (malato cronico, bambino, anziano, donna incinta, etc.): qualora si tratti di una persona affetta da patologia cronica è importante portare con sé scorte sufficienti dei farmaci usati abitualmente (antidiabetici, antiipertensivi, antiipiletici, antianginosi, etc.) per coprire tutta la durata del viaggio, soprattutto se la meta è un Paese estero, in

quanto si potrebbe trovare difficoltà nel reperirli.

È consigliabile riporre metà del quantitativo di farmaco nel bagaglio a mano e metà in valigia per non rischiare di dover interrompere il



trattamento in caso di smarrimento di uno dei bagagli.

Per maggiore sicurezza è opportuno farsi rilasciare dal medico curante una o più ricette con la prescrizione dei farmaci di cui il paziente potrebbe avere bisogno.

Qualora si viaggiasse in un Paese straniero bisogna accertarsi che la prescrizione specifichi la composizione quali/quantitativa, ossia il

principio attivo e la dose giornaliera, nonché la forma farmaceutica (compresse, fiale, etc.), in modo da facilitare la sostituzione del farmaco con uno analogo nell'eventualità che lo stesso non sia in commercio in quel Paese.

A seconda del tipo di viaggio, tra gli altri prodotti che è bene portare con sé:

- Creme solari ad elevato potere protettivo
- Repellenti per insetti da applicare sulla cute (in particolare se si viaggia in zone malariche)
- Compresse clorate o preparati iodati per la disinfezione dell'acqua (se la meta è un Paese con carenza di acqua potabile)
- Un termometro
- Qualche siringa di plastica in confezione sterile.

È bene, inoltre, verificare le modalità di conservazione dei farmaci che si portano in valigia e, qualora venisse riportato nel foglietto illustrativo che risentono delle elevate temperature (es. insulina), devono essere trasportati in appositi contenitori che ne permettano l'adeguata conservazione.

È bene, infine, ricordare che l'esposizione al sole in concomitanza all'uso di certi farmaci – in particolare i contraccettivi orali, i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), alcu-

ni antibiotici, antipertensivi, antistaminici – può dare luogo a fenomeni di fotosensibilizzazione cutanea che si manifestano con prurito, arrossamenti e in alcuni casi si può verificare una vera e propria reazione allergica!

Buon viaggio!

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

Nella tabella si riporta la tipologia di farmaci che si consiglia di portare in viaggio. A titolo esemplificativo vengono elencati i nomi di alcuni dei principi attivi e delle rispettive specialità medicinali (se disponibili, sono stati riportati anche i generici di tali principi attivi)

TIPOLOGIA DI FARMACO	NOME PRINCIPIO ATTIVO	NOME DI ALCUNE SPECIALITÀ MEDICINALI
Farmaco contro il mal di viaggio	Dimenidrinato	Dimenidrinato (generico), Lomarin® Travelgum®, Valontan®,
	Scopolamina	Transcop®
Analgesico Antipiretico (contro la febbre e il dolore)	Acido acetilsalicilico	Acido acetilsalicilico (generico), Aspirina®, Cemirit®
	Ibuprofene	Antalgil®, Brufen®, Ibuprofene (generico), Moment®,
	Paracetamolo	Acetamol®, Efferalgan®, Paracetamolo (generico), Tachipirina®,
Antidiarroico	Loperamide	Dissentan®, Imodium®, Loperamide (generico)
Antimicrobico intestinale (ad ampio spettro ossia efficace contro la maggior parte dei microrganismi e che agisca principalmente a livello intestinale)	Paromomicina	Gabbroral®, Humatin®; Kaman®
	Bacitracina + neomicina	Bimixin®, Enterostop®, Orobicin®
Preparato per la disidratazione e per la perdita di sali (in caso di diarrea)	Associazioni di sali	Polase® Briovitase ®
Antiemetico (contro il vomito)	Metoclopramide	Isaprandil®, Plasil®
	Domperidone	Domperidone (generico), Motilium®, Peridon®
Antisettico delle vie urinarie	Fosfomicina trometamolo	Monuril®
	Norfloxacina	Norflex®, Norfloxacina (generico), Noroxin®, Sebercim®
	Nitrofurantoina	Furedan®, Macrochantin®, Neofuradantin®
Antispastico (contro il dolore a carattere spastico)	Scopolamina butilbromuro	Buscopan®
	Cimetropio bromuro	Alginor®
Pomata cortisonica o antistaminica (per alleviare il dolore o prurito da punture d'insetto e/o scottature solari)	Idrocortisone	Dermocortal®, Foille insetti®, Lanacort®
	Desclorfeniramina	Polaramin®
	Dimetindene	Fenistil®
Disinfettante cutaneo	Benzalconio cloruro	Citrosil®, Disintyl® Disteril®, Saquat®
	Sodio ipoclorito	Amukine med®
	Cloramina	Amuclor®, Dermedal®, Euclorina®
Collirio (disponibili sia in preparazioni multidose che monodose)	Nafazolina	Collirio alfa®, Imidazyl®, Iridina®; Pupilla®
	Tetrisolina + feniramina	Stillergy®, Tetramil®
Antiacido	Magnesio idrossido + algedrato	Maalox®
	Magaldrato	Gadral®, Magaltop®, Magralibi®, Riopan®

Si ricorda che alcuni dei farmaci elencati sono farmaci acquistabili direttamente in farmacia senza presentazione di ricetta medica (ad esempio i farmaci per il mal di viaggio, alcuni analgesici, i disinfettanti, i colliri), mentre altri sono farmaci che necessitano di prescrizione medica (ad esempio gli antibiotici, gli antiemetici).

Negli ospedali veronesi un sistema di screening sui bambini prematuri con pericolo di cecità

Focus

21

A RISCHIO “ROP”

Un sistema di screening sui bambini nati prematuramente per capire se stanno sviluppando la “Retinopatia del prematuro” (“Rop” ne è l’acronimo), pericolosa proliferazione vitreoretinica che può portare alla cecità già a pochi mesi dalla nascita. Lo ha perfezionato negli ospedali veronesi il Centro per lo screening dei nati prematuri che ha condotto una specifica ricerca su questa particolare patologia.

Tutti i bambini che nascono al di sotto delle 32 settimane di gestazione e con peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi vengono sottoposti ad una visita oculistica necessaria ad evidenziare la possibile formazione di una malattia grave e regressiva, che se diagnosticata in tempo può tuttavia essere affrontata con buona probabilità di successo. Grazie agli oculisti del Centro, gli occhi dei neonati definiti «a rischio» vengono valutati tramite uno strumento di ultimissima gene-



Laura Tomazzoli (al centro), direttrice del Servizio di oftalmologia pediatrica al Policlinico di Borgo Roma e la sua équipe

razione, la Ret-cam, una telecamera digitale realizzata appositamente

per occhi particolarmente piccoli come quelli dei bambini prematuri

La retinopatia del prematuro è una malattia dell'occhio dovuta ad un anomalo sviluppo della vascolarizzazione della retina

La Retinopatia del prematuro (Rop) è una malattia dell'occhio dovuta ad un anomalo sviluppo della vascolarizzazione della retina. Dopo la nascita, i bambini prematuri e con la retina poco sviluppata tendono a manifestare questa patologia che rischia di portarli alla cecità.

È una malattia di tipo progressivo e può cominciare con lievi cambiamenti nell'albero vascolare retinico immaturo e progredire dando luogo ad una patologia irreversibile come il distacco totale della retina, o compromettere seriamente la funzionalità visiva. La Rop può essere monolaterale, anche se il più delle volte colpisce entrambi gli occhi, magari in



Come si manifesta la retinopatia

grado differente. I bambini prematuri e più esposti al rischio di sviluppare la malattia sono quelli nati al di sotto delle 32 settimane (sette mesi di gestazione) o con quelli un peso alla nascita inferiore al 1.500 grammi. In particolare,

i bimbi nati al di sotto delle 28 settimane o con peso inferiore al chilo sono definiti ad altissimo rischio.

Dati recenti hanno dimostrato che il 100% dei bambini nati al di sotto delle 25 settimane sviluppa una Rop di qualche stadio e che il 40% di questi raggiunge la soglia di non ritorno. È stato calcolato che negli Stati Uniti ogni anno 500 bambini diventano ciechi a causa della Rop, mentre 1.300 sviluppano una Rop di grado tale da richiedere un trattamento medico. L'Oxford Registry of Vision Impairment la pone addirittura come seconda causa di cecità nell'infanzia.

Al. Az.

che permette di visualizzare l'estrema periferia della retina e di monitorare la sua maturazione vascolare. «Grazie al miglioramento della tecnologia nelle Unità di terapia intensiva neonatale, negli ultimi anni c'è stato un incremento nella sopravvivenza dei nati prematuri. Ormai di routine, bimbi nati a 25 settimane e con peso al di sotto di 600 grammi riescono a lasciare l'unità di cura intensiva della patologia neonatale» spiega la professoressa Laura Tomazzoli, direttrice del Servizio di Oftalmologia pediatrica al Policlinico di Borgo Roma.

«L'aumentata percentuale di sopravvivenza dei bambini sempre più piccoli porta tuttavia ad un aumento del numero dei bambini ad alto rischio di sviluppare la Rop. Nonostante i miglioramenti nella diagnosi e nel trattamento, questa malattia rimane ancora una delle principali cause di cecità e di menomazione visiva dell'infanzia.

Nel 2004 le visite di screening per la Rop sono state più di 500 solo in Policlinico. Negli ultimi cinque anni sono nati nel solo Policlinico 372 prematuri al di sotto di 32 settimane di gestazione e/o con peso inferiore a 1500 gr. Fra questi ben 115 erano di peso uguale/inferiore al kg o con età gestazionale inferiore alle 28 settimane, situazione che espone ai rischi maggiori per l'apparato visivo. I bambini che hanno sviluppato una Rop di vario grado in questi ultimi 5 anni sono stati 140 su 372 e di questi 23



Nelle foto, visite di controllo

sono stati sottoposti a trattamento laser per impedire il distacco retinico. La prima visita avviene dopo 4-6 settimane dalla nascita. Una volta completati gli accertamenti sull'evoluzione di una eventuale Rop e se questa raggiunge lo stadio soglia, entro 48-72 ore dalla diagnosi viene approntato un trattamento laser effettuato tramite uno strumento portatile, che viene usato direttamente al letto del piccolo paziente. È stata l'Associazione bambino emopatico e oncologico che ha messo a disposizione un laser di ultima generazione, dedicato a questa patologia.

Questa malattia compare solo nei bambini prematuri dopo la loro nascita, e non mentre sono ancora nell'utero, quindi non si svilupperebbe se si riuscisse a ricreare dopo il parto le stesse condizioni intrauterine. «I primi segni di Rop si presentano dopo 4/6 settimane dalla nascita – prosegue la professoressa Tomazzoli –. Se nella maggior parte dei bambini la malattia regredisce spontaneamente, in altri progredisce fino allo stadio del non ritorno: giunta a questo punto la malattia porta inesorabilmente alla cecità, con un

distacco irreversibile della retina. L'unica via che abbiamo per bloccare tale evoluzione negativa è l'intervento. Va detto comunque che, nella prematurità gravissima, esistono delle forme di Rop particolarmente aggressive che tendono ad evolvere nonostante un corretto trattamento».

Risulta evidente come questi bambini vadano tenuti a stretto monitoraggio da parte di oculisti esperti fino al completamento della vascolarizzazione retinica normale o alla regressione della malattia e successiva maturazione retinica, soprattutto per riconoscere l'esatto momento in cui diventi necessario il trattamento laser.

L'importanza di avere degli oculisti esperti per la cura di questi bambini è data dal fatto che la visita a questi piccoli pazienti non è semplice e rutinaria. Il solo atto della visita a bambini di bassissimo peso, in condizioni critiche e precarie, molto spesso ossigeno dipendenti e intubati, richiede un notevole training. Per non parlare poi della diagnosi di patologie che non si vedono tutti i giorni in un ambulatorio oculistico».

Alessandro Azzoni

Un piccolo intervento a livello dell'ascella risolve il problema di chi soffre di eccessiva sudorazione

Chirurgia

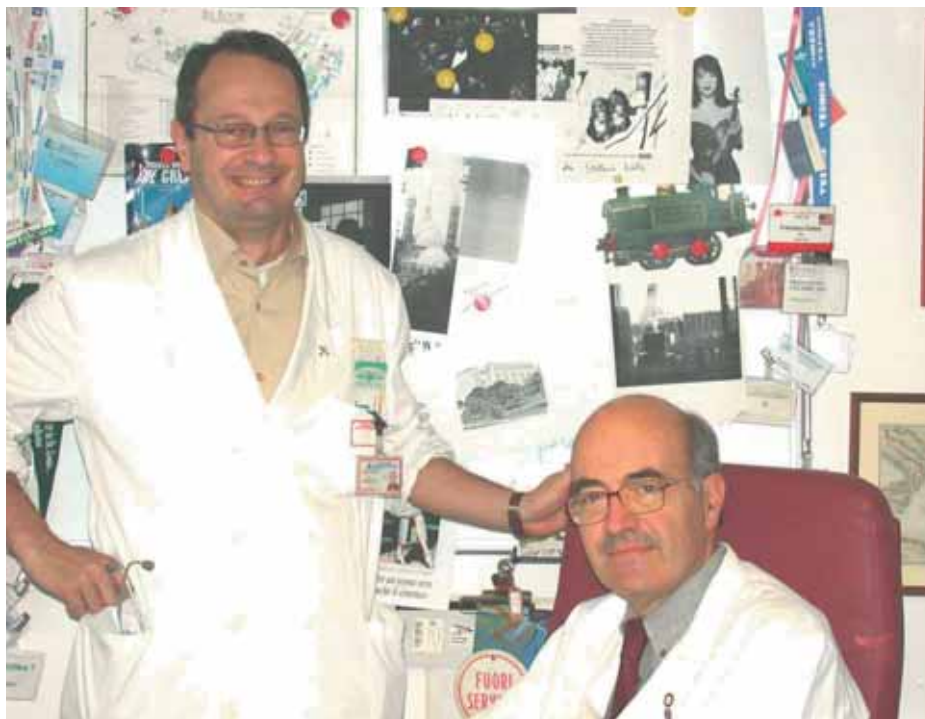
23

UN FASTIDIO RISOLVIBILE

Se anche voi non sapete cos'è l'iperidrosi, niente paura. Dietro ad un termine un po' altisonante si nasconde, infatti, un concetto semplice: sudorazione eccessiva. E basta pensare al fatto che la sudorazione è alterata in circa l'uno per cento della popolazione per rendersi conto dell'entità del fenomeno.

Due i tipi di iperidrosi: essenziale, che non dipende da cause specifiche e ha inizio in età giovanile, e secondaria, che si verifica in condizioni come obesità, menopausa, ipertiroidismo, terapie ormonali. «Le forme più frequenti di iperidrosi essenziale sono quelle palmare e ascellare – spiega il dottor Alberto Terzi, dell'Unità operativa di Chirurgia toracica dell'Ospedale Civile maggiore – che di frequente creano ai pazienti disagio e difficoltà nei rapporti interpersonali». Da qui l'esigenza di un trattamento che curi efficacemente il disturbo.

Per fortuna oggi basta un piccolo intervento chirurgico dal nome complicato, la "simpaticectomia toracica", per eliminare il problema, ottenendo risultati immediati e duraturi. Ma di che cosa si tratta? «La procedura richiede l'anestesia generale – chiarisce il dottor Terzi – poiché, per eseguire agevolmente l'intervento, è necessario collassare temporaneamente il polmone. L'operazione, effettuata con chirurgia mini invasiva, viene eseguita con tecnica video-toracoscopica, utilizzando cioè un'ottica di piccolo calibro connessa a una telecamera che permette di visualizzare i dettagli anatomici. Attraverso due piccole incisioni, di sei-sette millimetri, a livello del cavo ascellare, si accede ai gangli toracici, effettuando la sezione della catena simpatica a vari livelli a seconda del problema da trattare. In particolare, si seziona il terzo ganglio per l'iperidrosi palmare o palmare-ascellare, il quarto per quella prevalentemente o solo ascellare. Si tratta di un trattamento per-



Da sinistra, Alberto Terzi dell'Unità operativa di Chirurgia toracica dell'Ospedale Civile Maggiore e Francesco Calabrò, direttore dell'Unità operativa della stessa Chirurgia toracica

sonalizzato, che riduce al minimo le complicanze».

Una nuova strategia di intervento, dunque, che permette di risolvere il disturbo. Due gli effetti collaterali fastidiosi e temuti che vengono drasticamente ridotti se non eliminati con questa strategia: l'iperidrosi compensatoria, cioè la comparsa di sudorazione in altre sedi, come addome, schiena e cosce, e la sindrome di Horner, cioè l'abbassamento della palpebra causato dal danneggiamento del primo ganglio. L'intervento viene effettuato bilateralmente nella stessa seduta operatoria e assicura la scomparsa della sintomatologia in oltre il 90 per cento dei casi. Il trattamento non necessita di regola di drenaggio pleurico e il paziente viene dimesso uno o due giorni dopo l'intervento. Inoltre, il dolore post-operatorio è minimo e le cicatrici quasi invisibili. In alcuni casi, si riscontra una diminuzione della sudorazione ai piedi, anche se il meccanismo che

conduce a questo risultato non è ancora conosciuto.

Certo l'intervento non è l'unico trattamento a disposizione per curare l'iperidrosi, come chiarisce lo stesso dottor Terzi: «Le terapie di prima scelta sono di solito i prodotti antitraspiranti, la cui azione è però provvisoria e agisce per un periodo limitato. Oltre a questo rimedio, vi è poi l'uso della tossina botulinica, una neurotossina che agisce determinando il blocco del rilascio dell'acetilcolina, una sostanza che funge da neurotrasmettitore. Poiché il blocco mantiene la sua efficacia per circa sei mesi, è indispensabile effettuare almeno due trattamenti annuali. Inoltre, la procedura è dolorosa e non di rado i risultati non sono soddisfacenti».

Le soluzioni per le quali optare sono dunque più di una. Al paziente il compito di scegliere. «Gli specialisti che si occupano di questo problema sono numerosi – precisa il professor

Il sudore è un liquido incolore con più funzioni: dissipare il calore corporeo, proteggere l'epidermide e mantenere la temperatura fra i 36 e i 37 gradi

È un liquido incolore, torbido, salato e tre sono le sue funzioni: conservare e dissipare il calore corporeo, costituire una pellicola protettiva per l'epidermide ed eliminare le scorie come acido lattico, urea, ammoniaca e tossine. Aiuta il corpo a mantenere la temperatura interna tra i 36 e i 37 gradi centigradi, con fluttuazioni giornaliere che segnano il minimo alla mattina presto e il massimo alla sera. Il sudore, che evapora raffreddando la cute e l'organismo, è copioso quando il calore esterno aumenta la temperatura corporea e diminuisce quando fa freddo per mantenere il calore e impedirne la dispersione. La secrezione, regolata dal sistema neurovegetativo simpatico e parasimpatico, è il prodotto dell'attività delle ghiandole sudoripare diffuse sulla superficie corporea.

Il sudore però non è sempre uguale perché è influenzato da diversi fattori: temperatura ambientale, ormoni, reazioni immunologiche, sforzi muscolari, sovrappeso, stress, emozioni.

Ecco alcune tipologie di sudorazione.

– sudore nei bambini

è ricco di acqua e povero di scorie, abbondante, chiaro e inodore. Ciò è dovuto all'inattività degli ormoni sessuali e a una percentuale di acqua nel corpo maggiore rispetto a quella di età successive.

– sudore negli adolescenti

in questa età, sono particolarmente attive le ghiandole sudoripare apocrine, poste a livello ascellare e inguinale. In queste zone, il sudore si presenta denso, oleoso, ricco di acidi grassi, proteine e ormoni.

– sudore in gravidanza

diffuso, chiaro, acquoso, il più delle volte inodore, è causato da aumento di acqua corporea, aumento di peso e variazioni ormonali.

– sudore durante le mestruazioni

a parità di peso, fisiologicamente le donne sudano più degli uomini. Durante la seconda metà del ciclo mestruale, il sudore varia in densità, quantità e odore.

– sudore nelle persone in sovrappeso

chi è in sovrappeso suda di più perché deve eliminare una maggior quantità di calore. In questo caso, il sudore è generalmente abbondante, acquoso, diffuso su tutta la superficie cutanea.

– sudore causato da ansia



l'ansia è caratterizzata da tachicardia, lievi vertigini, debolezza agli arti inferiori, affanno e sudorazione aumentata. Quest'ultima è localizzata su fronte, nuca e ascelle, è priva di cattivo odore ma copiosa.

– sudore in menopausa

Questa fase della vita è caratterizzata da improvvise sudorazioni generalizzate, con accentuazione del fenomeno su fronte, viso, nuca e schiena. In questi casi il sudore è molto acquoso, chiaro e inodore.

QUALCHE CONSIGLIO

Nonostante l'iperidrosi sia un vera e propria patologia da curare in modo appropriato, ecco alcuni semplici consigli per essere sempre a proprio agio:

– lavarsi spesso, evitando i saponi troppo aggressivi come quelli che contengono zolfo. La loro azione, infatti, stimola la traspirazione

– depilare regolarmente le ascelle perché la peluria favorisce la localizzazione dei batteri responsabili del cattivo odore

– evitare gli abiti sintetici e privilegiare cotone e lino, che non aderiscono alla pelle e permettono una buona aerazione

– limitare carni rosse, alcol, formaggi grassi, burro e fritti.

Francesco Calabrò, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia toracica – poiché in questo caso le fasi del processo sono diverse e vanno interpretate in modo globale, non devono mancare sinergia e coordinamento tra le varie specialità. Il problema

deve essere condiviso e il nostro impegno è quello di indirizzare il malato, evitando dispersione di tempo e di energie. La presa in carico del paziente deve fornire valutazioni multidisciplinari, poiché fondamentali sono l'attenzione al malato e

la sua centralità nel sistema di cura erogato». La cura di questa fastidiosa patologia coinvolge, dunque, chirurghi, neurologi, psicologi e dermatologi, che collaborano con un unico scopo: migliorare la qualità della vita.

Paola Arosio

I pazienti di solito si sentono imbarazzati perciò può essere utile una terapia cognitivo comportamentale

Psicologia

25

Iperidrosi, patologia tipica di personalità timide ed emotive

Emotività, timidezza, ansia. Ma l'iperidrosi può avere una causa psicologica? Lo abbiamo chiesto alla professoressa Christa Zimmermann, ordinario di Psicologia clinica all'Università di Verona, che spiega: «La diagnosi non è semplice perché ansia e sudore sono strettamente correlati ed è difficile stabilire quale dei due si manifesti per primo. Di solito si tratta di una patologia tipica di personalità timide ed emotive, anche se alcuni studi psicologici sostengono che in realtà chi soffre di iperidrosi non è particolarmente ansioso o insicuro, né soffre di patologie psichiatriche. Tant'è che molti pazienti sudano anche durante il sonno o quando sono soli e tranquilli. Il timore di sudare può indurre chi è affetto da iperidrosi a scegliere pettinature che coprono il viso, a preferire vestiti di tonalità scura, a evitare di parlare in pubblico. Particolarmente fastidiosa è l'iperidrosi palmare poiché le mani sono assai esposte e svolgono un ruolo importante nella vita professionale, nelle attività pratiche e nelle relazioni sociali. Scrivere, disegnare, guidare,



Christa Zimmermann, ordinario di Psicologia clinica all'Università di Verona

ballare sono solo alcune delle attività che risultano difficoltose».

Il disturbo inizia spesso durante l'infanzia o l'adolescenza, ma può presentarsi per la prima volta anche in età adulta. Ciò che i pazienti sottovalutano maggiormente sono l'imbaraz-

zo e la frustrazione, mentre l'autostima e la sicurezza di sé sono sempre compromesse.

Ma allora che fare? «In alcuni casi la terapia cognitivo-comportamentale si può rivelare utile – risponde la professoressa Zimmermann –; essa si pone l'obiettivo di mettere in dubbio le convinzioni del paziente su come gli altri possono interpretare il fatto di sudare o arrossire. La terapia vuole far comprendere a chi ne soffre che sudare o arrossire sono spesso percepiti soggettivamente peggio di quanto appaiono agli altri. Inoltre, mira a stimolare il paziente ad affrontare le situazioni nelle quali teme che il disturbo si presenti: infatti, se diminuisce la preoccupazione di sudare, anche il sudore stesso si riduce. La psicoterapia ha risultati limitati nella maggior parte dei pazienti, mentre la terapia psichiatrica o psicofarmacologica può aiutare l'individuo a convivere con la propria condizione, ma non cura la patologia. In ogni caso, parlare con altri del proprio disturbo è sempre utile, anche se può accadere che la famiglia e gli amici sottovalutino il problema. Ciò può generare il timore di essere incompresi e un conseguente ulteriore isolamento».

Nei casi meno gravi di iperidrosi, i pazienti possono beneficiare delle tecniche anti-stress, come esercizi di respirazione, meditazione e yoga. In particolare, il *biofeedback* può aiutare a ridurre l'eccessiva sudorazione, ma anche ansia, tic, balbuzie, fobie e attacchi di panico. Un procedimento di controllo attraverso il quale un soggetto può autoregolare i meccanismi fisiologici, automatici per natura. Si tratta di una metodologia recente nel panorama italiano, che contribuisce a superare gli stati d'ansia e i disturbi psicosomatici attraverso un sistema non invasivo, non farmacologico e privo di effetti secondari.

Pa. Ar.



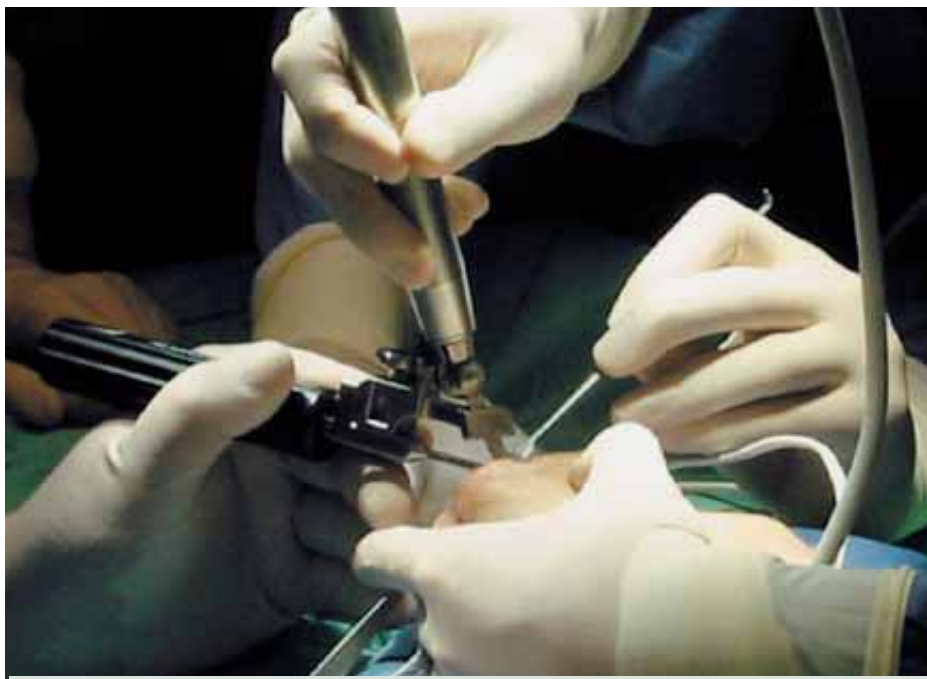
DIMISSIONI IN GIORNATA

È un reparto con numeri da record, in crescita progressiva, con pazienti in arrivo da tutta la provincia e anche da altre regioni. L'attività assistenziale, ambulatoriale e di ricovero in day hospital e day surgery, offerta dalla prima Chirurgia clinicizzata dell'ospedale Maggiore di Borgo Trento, garantisce la possibilità di ottenere visite specialistiche in dieci ambulatori, di accedere all'Amid (Ambulatorio medico integrato diagnostico), di programmare ricoveri per cure o interventi chirurgici che prevedono il ritorno a casa nel giro di poche ore.

Gli interventi in day surgery oggi sono frequenti in tutti i reparti chirurgici e complessivamente negli ospedali di Verona se ne effettuano circa 13.500 l'anno.

«Effettuiamo ogni anno duemila visite, apriamo circa duemila e 300 cartelle cliniche ed eseguiamo 800 interventi, che rappresentano circa il 30% del totale degli interventi della prima Chirurgia clinicizzata, guidata dal professor Claudio Cordiano, che dirige anche l'attività del reparto di day hospital-day surgery», spiega il dottor Gianfranco Prati, responsabile della struttura. L'attività di chirurgia con dimissioni in giornata è iniziata, a Borgo Trento, nel 1987 e registra un trend di crescita costante con benefici per l'Azienda ospedaliera che risparmia, poiché il paziente non occupa i posti letto della degenza ordinaria, con la conseguenza che le liste di attesa per interventi più complessi si assottigliano, e anche per il paziente, che torna a poche ore dall'intervento a casa propria, purché possa contare sull'assistenza di qualcuno.

«Inoltre, limitare la permanenza in ospedale per chi subisce piccoli interventi riduce la possibilità di trasmissione di infezioni in ambiente ospedaliero», aggiunge il dottor Prati.



Qui, e nella pagina a fianco, due momenti di un intervento

Naturalmente l'intervento in day surgery è previsto solo per determinati tipi di patologie, ed è indicato esclusivamente per alcuni pazienti. «Si operano ernie inguinali e crurali, vene varicose, colecistectomie laparoscopiche, emorroidi, fistole anali, ragadi, cisti sacro-coccigee, patologie del pavimento pelvico, varicocele, fimosi, malattie mammarie, e si effettuano interventi di piccola chirurgia della pelle e del sottocute come lipomi, nevi o cisti», precisa il chirurgo.

Per poter essere sottoposti ad intervento chirurgico in day surgery, occorre anche possedere alcuni requisiti, evidenziati nel corso dell'incontro, che precede l'operazione, tra il paziente e il medico del reparto. «Non si devono avere malattie all'apparato cardiocircolatorio e respiratorio, l'abitazione in cui si trascorre la fase post operatoria non deve distare più di un'ora d'auto dall'ospedale; dopo le dimissioni è necessario poter contare sull'assistenza di parenti o amici. Inol-

tre, occorre avere disponibilità di un telefono, di essere accompagnati a casa, dopo l'intervento, con un mezzo idoneo e confortevole, di un ascensore, per evitare troppe scale, se si abita in condominio», elenca il dottor Prati.

La visita ambulatoriale, propedeutica all'intervento, deve essere richiesta con impegnativa del medico di medicina generale. Il chirurgo valuta la malattia e, se esistono le condizioni, propone l'operazione in day surgery, fornendo tutte le informazioni possibili al paziente. Quest'ultimo, al termine dell'incontro, se approva la proposta formulata, sottoscrive il consenso al ricovero in day surgery. Quindi il personale infermieristico fissa il giorno per gli esami preparatori necessari, solitamente effettuati con un unico accesso.

«Il giorno dell'intervento, consigliamo di presentarsi all'ora stabilita, a digiuno dalla mezzanotte precedente, mentre è possibile bere acqua e the fino a tre ore prima dell'inter-

vento – specifica Prati –. È necessario portare con sé i farmaci che si è soliti assumere, concordati con il medico di day surgery, fare la doccia ed eliminare eventuale trucco o smalti, indossare abbigliamento confortevole, farsi accompagnare dalla persona che presterà assistenza al ritorno a casa. Se il paziente è minorenne deve essere accompagnato da un



genitore o un tutore».

Il ricovero viene effettuato prima dell'intervento, che viene eseguito in mattinata, nella sala operatoria del reparto di day surgery, senza incrociarsi con l'attività delle sale operatorie tradizionali. I chirurghi sono invece gli stessi che operano a turno in entrambe le realtà operatorie.

L'operazione è preceduta dall'anestesia locale, loco-regionale o generale.

Dopo l'intervento, il paziente viene accompagnato al letto (nel reparto i posti sono quattro): entro poche ore il medico deciderà in base alle condizioni generali, il momento della dimissione, informando il paziente degli accorgimenti da tenere e consegnando una lettera rivolta al medico di medicina generale, in cui saranno riportate tutte le indicazioni terapeutiche e la data della visita di controllo, che si effettua a due o tre giorni dall'intervento.

«Per un'ernia, ad esempio, la fase post operatoria richiede un ricovero

Gli altri servizi del reparto di day hospital-day surgery

Ecco in dettaglio gli altri servizi del reparto di day hospital-day surgery, che fa capo alla prima Chirurgia clinicizzata dell'ospedale Maggiore. Le informazioni sono state riassunte in una piccola guida al reparto, che sarà presto a disposizione degli utenti.

GLI AMBULATORI SPECIALISTICI

Sono dieci, dedicati a chirurgia generale, chirurgia vascolare arteriosa, studio del reflusso gastro-esofageo, fegato-vie biliari e pancreas, trapianti di rene e di fegato, proctologia e pavimento pelvico, cura delle patologie flebologiche e senologiche, medicazioni. È possibile accedervi con impegnativa del medico di medicina generale, rivolgendosi di persona all'ufficio prenotazioni, dalle ore 8 alle 12, dal lunedì al venerdì o telefonando allo 045.8073200, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle 16. È possibile prenotare anche presentandosi direttamente allo sportello del day hospital, aperto dalle ore 8.30 alle 13 il martedì ed il giovedì.

AM.I.D. (Ambulatorio integrato diagnostico)

È una nuova forma organizzativa grazie alla quale tutti gli esami prescritti dal medico specialista del

reparto vengono organizzati e prenotati dal personale infermieristico, per facilitare il paziente e consentire maggiore rapidità nello svolgimento degli accertamenti. La procedura si è rivelata assai utile per seguire il decorso di malattie croniche. Al termine degli accertamenti, tutti i referti sono raccolti in una cartella clinica e consegnati al paziente.

DAY HOSPITAL

Non prevede il pernottamento in ospedale e consiste in uno o in una serie di ricoveri programmati, ciascuno di durata inferiore ad una giornata. In genere si ricorre al day hospital per accertamenti pre-operatori o per trattamenti medici specifici.

Nel primo caso, si effettuano tutti gli esami necessari per essere sottoposti ad intervento chirurgico, sia con ricovero ospedaliero ordinario, sia con ricovero diurno o day surgery.

Nel secondo caso, si effettuano terapie ambulatoriali che necessitano di controllo medico. Prima di essere ricoverati in day hospital, è necessario essere sottoposti a visita specialistica negli ambulatori della struttura. Il day hospital di Borgo Trento ha ottenuto il riconoscimento di qualità Uni En Iso 9001.

in osservazione di un'ora, massimo due; per le varici è sempre meglio aspettare un paio d'ore. I pazienti sono più sollevati dal punto di vista psicologico dalla prospettiva di fare ritorno a casa nell'arco della giornata», commenta.

I consigli che riguardano il rientro sono semplici e di buon senso. «Non bisogna guidare l'auto personalmente. Occorre assumere gli antidolorifici e i farmaci prescritti, che aiuteranno il paziente a superare la fase post operatoria caratterizzata dalla perdita di efficacia dell'anestesia. La prima

notte è assolutamente consigliabile rimanere in compagnia di una persona in grado di garantire assistenza», aggiunge il dottor Prati.

Per qualsiasi problema è meglio contattare il reparto telefonando allo 045.8072924 per parlare direttamente con il medico di guardia della prima Chirurgia clinicizzata. «Infine, non bisogna disertare i controlli post operatori stabiliti, anche se il paziente si sente in buone condizioni generali», ammonisce il responsabile del reparto di day surgery.

Valeria Zanetti

Se il privato sostiene il Pubblico

di Lucia Poli*

La sanità rappresenta uno dei settori particolarmente ideali ad attrarre i fondi privati destinati alle sponsorizzazioni

Nell'ormai lontano 1997 con la legge n. 449, il legislatore italiano, probabilmente spinto dalla necessità di reperimento di mezzi finanziari, ha espressamente previsto la possibilità da parte delle Pubbliche amministrazioni di ricorrere allo strumento della sponsorizzazione, ovvero di stipulare accordi con privati allo scopo di reperire risorse economiche o, comunque, di migliorare la qualità dei servizi prestati.

Tale previsione normativa ha avuto il merito di sancire espressamente la liceità dell'adozione di tali strumenti da parte dell'ente pubblico, contribuendo a definirne finalità e presupposti. Ma soprattutto ha contribuito in modo determinante a superare la tradizionale diffidenza ideologica che nel nostro ordinamento ha sempre caratterizzato i rapporti fra pubblico e privato, in particolare del settore for profit.

Alcuni settori della Pubblica amministrazione, peraltro, appaiono particolarmente ideali ad attrarre i fondi destinati a finanziare iniziative di veicolazione dell'immagine di aziende o di prodotti.

La sanità è sicuramente uno di questi settori, sia a motivo dell'interesse e diffusione davvero trasversale che riveste l'argomento, sia per la tradizione e la visibilità che gli enti pubblici che vi operano assumono nelle proprie realtà territoriali.

Vi è anche da osservare che tradizionalmente gli enti ospedalieri sono fatti oggetto di elargizioni di carattere liberale – che in molti casi stanno all'origine della loro stessa costituzione – dato che, in tutte le epoche il gesto filantropico ha trovato nel sostegno alla sanità il proprio più naturale ambito di espressione.

Tuttavia, va anche sottolineato che lo strumento della sponsorizzazione si distingue assolutamente dalla donazione. Infatti il contratto – perché di vero contratto si tratta – di sponsorizzazione si configura come un negozio a prestazioni corrispettive, dove all'obbligazione dello sponsor, che



consiste normalmente in un "dare", corrisponde una controprestazione del destinatario della sponsorizzazione che s'impegna a dare allo sponsor o al suo logo "ospitalità", sì da consentirgli di beneficiare del ritorno d'immagine legato alla "popolarità" di chi ha ricevuto il contributo.

La corrispettività è il carattere che distingue tali negozi da quelli come la donazione o il patrocinio, che viceversa sono sostenuti da una causa liberale, dalla volontà cioè di effettuare una elargizione valutabile economicamente, senza che a questa corrisponda l'interesse al conseguimento di una controprestazione dotata a sua volta di valore economico.

Peraltro, il contratto di sponsorizzazione si caratterizza per una estrema varietà di contenuti e non corrisponde ad uno schema tipizzato dalla legge.

Non vi è dubbio che le Pubbliche amministrazioni siano dotate della capacità di stipulare anche contratti "atipici". Ovviamente nel fare ciò, esse debbono sempre rispettare i principi generali che presiedono all'azione pubblica, in particolare la cura del pubblico interesse.

Particolare attenzione va poi posta, nel caso concreto, in ordine alla valutazione dei potenziali conflitti di interesse. L'articolo 43 della citata legge, infatti, prevede espressamente, al comma 2, che le iniziative di sponsorizzazione "devono escludere forme di conflitti di interesse". Si tratta evidentemente di un limite generale che riguarda tutta l'attività (non solo negoziale) della Pubblica amministrazione. Tuttavia il fatto che il legislatore abbia ritenuto necessario precisare espressamente tale limite, ne evidenzia da un lato la tradizionale reticenza culturale rispetto a strumenti di questo tipo, ma è dall'altro espressione di una ineliminabile necessità di gestire in modo prudente ed equilibrato tali iniziative.

A ben guardare il futuro di questi strumenti appare legato proprio alla capacità di gestire con equilibrio e correttezza il rapporto fra il necessario rispetto di precisi principi etici da un lato e di "legittimi interessi" dei privati dall'altro, che costituiscono il motore che rende possibile il funzionamento di dialettiche di questo tipo. Tuttavia, per quanto possa essere delicato questo passaggio in particolari ambiti che, come la sanità, appaiono particolarmente "sensibili", lo spazio di una corretta gestione appare comunque giustificato dalle potenzialità economiche che tali operazioni sono suscettibili di innescare, contribuendo, sulla scorta di esperienze ormai consolidate in altri Paesi, al miglioramento e al potenziamento di servizi e di settori vitali per la società.

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

Gli esperti spiegano come affrontare il recupero dopo l'intervento di protesi all'anca

Dossier

DI NUOVO IN GAMBA

Nella chirurgia protesica, sia di anca che di ginocchio, il trattamento fisiatrico post chirurgico si è affermato come uno dei momenti fondamentali per conseguire i migliori risultati. La necessità di standardizzare le metodiche di recupero funzionale ci ha guidati nella scelta di protocolli riabilitativi che vedano una continuità dalla fase post chirurgica di ospedalizzazione, alla fase di trasferimento in ambiente riabilitativo ed infine alla fase di completo recupero funzionale in ambito domestico.

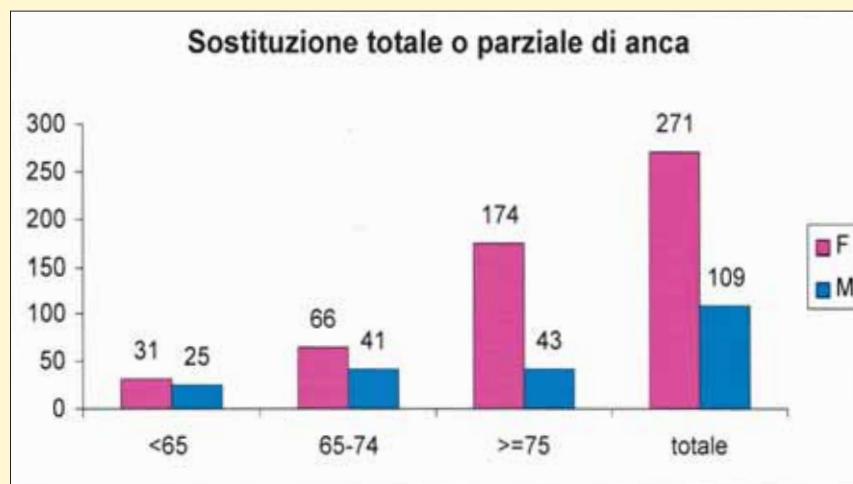
Alle indicazioni fisiatriche vere e proprie, si associano, quindi, precise indicazioni comportamentali, che consentono al paziente, nei mesi

dopo l'intervento, di evitare di compromettere la stabilità dell'impianto e quindi il risultato dell'intervento stesso.



Ritengo che i consigli raccolti in questo dossier dal dottor Antonino Zambito, fisiatra della Riabilitazione ortopedica dell'ospedale di Valeggio sul Mincio, siano un validissimo ausilio per tutti i pazienti sottoposti ad intervento di sostituzione protesica dell'anca, chirurgia ampiamente rappresentata con livelli di eccellenza, sia in situazione di primo impianto che di reimpianto, presso le strutture ortopediche aziendali di Borgo Roma e di Borgo Trento. Esse possono avvalersi della stretta collaborazione delle strutture riabilitative presenti in ambedue le sedi ospedaliere, oltre che nella Divisione di Riabilitazione osteoarticolare di Valeggio sul Mincio.

Pietro Bartolozzi



Casi dell'anno 2004 relativi agli interventi chirurgici di sostituzione parziale e totale dell'anca e di revisione di sostituzione d'anca effettuati negli ospedali di Verona

Perché un intervento di artroprotesi d'anca?

Un'articolazione dell'anca rovinata può essere causa di dolore e di progressive limitazioni nella vita quotidiana: dall'andare a piedi a fare la spesa fino a rimanere seduti a lungo a chiacchierare.

Questa situazione può beneficiare di un trattamento chirurgico ortopedico, che porta effetti importanti:

- elimina o riduce notevolmente il dolore
- migliora le funzioni generali, perché consente di muoversi meglio e mantenere così attivo tutto l'organismo;
- migliora la qualità di vita, facilitando anche le relazioni sociali

L'anca è una articolazione formata da una sfera (testa) rivestita di cartilagine e contenuta da una coppa (cotile); questa conformazione permette un'estrema stabilità associata ad un ampio movimento.

Il ruolo dei muscoli che rivestono l'anca è fondamentale.

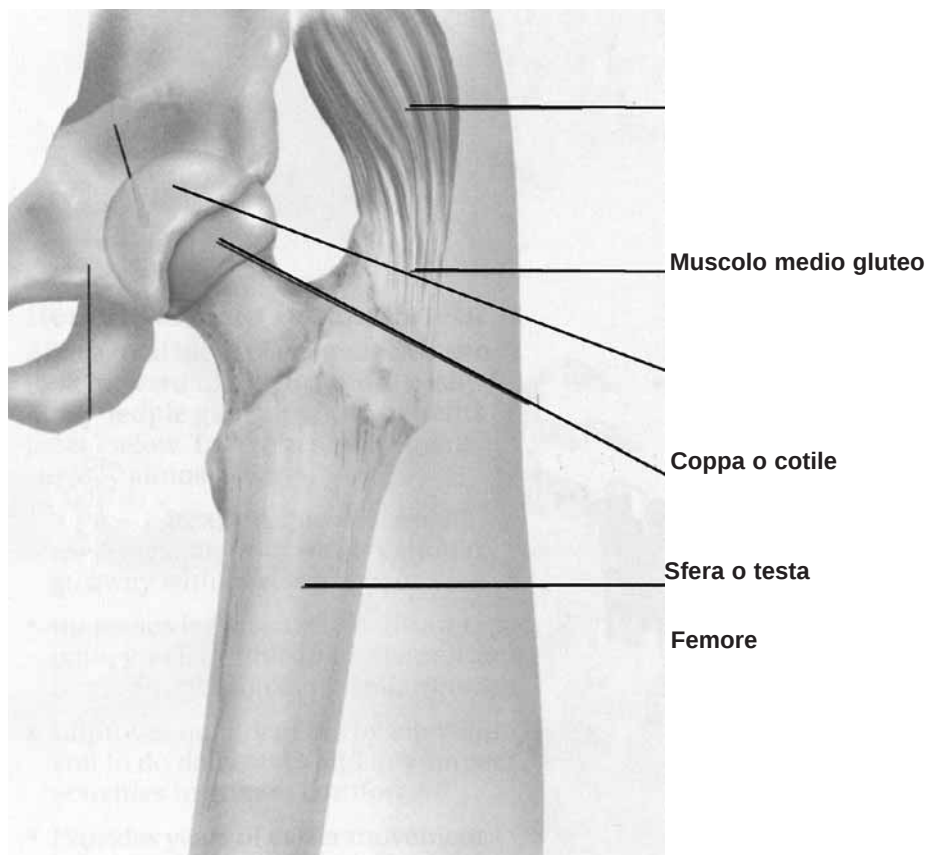
Quando una delle parti dell'anca si danneggia, incomincia il dolore ed il movimento diventa difficile: si instaura la cosiddetta rigidità articolare.

usura della cartilagine

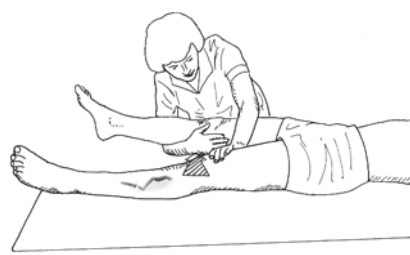


Questo processo è purtroppo evolutivo: il danno della cartilagine è progressivo e attualmente non arrestabile con mezzi farmacologici.

Un serio programma di mobilizzazione e di terapia fisica, l'assunzione occasionale di farmaci antiinfiammatori non steroidei ed un attento controllo del peso potranno combattere,



nelle fasi iniziali, la rigidità e il dolore articolare.



Quando però dolore e rigidità diventeranno continui e resistenti alla

terapia, ma, soprattutto, quando la qualità di vita ne risentirà negativamente, allora ci sarà l'indicazione all'intervento di artroprotesi totale di anca.

La protesi è costituita da uno stelo impiantato nel femore che termina con una sfera (testa), che viene alloggiata in una coppa (cotile), a sua volta impiantata nel bacino. Ne esistono di modelli e di materiali differenti, che il chirurgo sceglierà per ogni singolo caso.

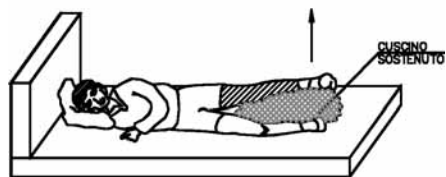
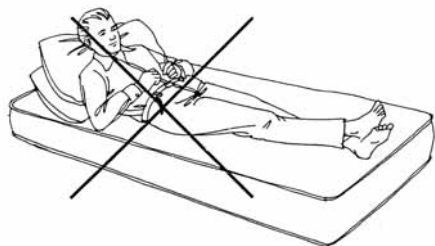
Questa articolazione artificiale riproduce il movimento di quella naturale, ma, almeno nei primi mesi, non bisogna compiere movimenti estremi per evitare la fuoriuscita della sfera dalla coppa (lussazione).

Uno dei momenti più importanti della terapia, pertanto, sarà il ritorno a domicilio. Infatti, fino a completa guarigione della lesione muscolare (provocata dall'accesso chirurgico) e fino alla formazione di tessuto cicatriziale attorno alla nuova articolazione, quindi per 2 – 3 mesi dall'intervento, sarà necessario proteggere la

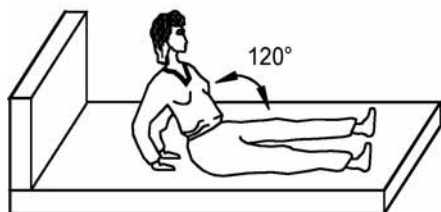
protesi da movimenti che potrebbero causarne la lussazione. Il paziente dovrà riprendere con gradualità le sue normali abitudini quotidiane, avendo però cura di seguire scrupolosamente le indicazioni che le verranno fornite. Fino alla prima visita di controllo dovrà limitarsi ai movimenti e agli esercizi indicati durante la degenza ed in questo dossier.

Uso e manutenzione della protesi d'anca

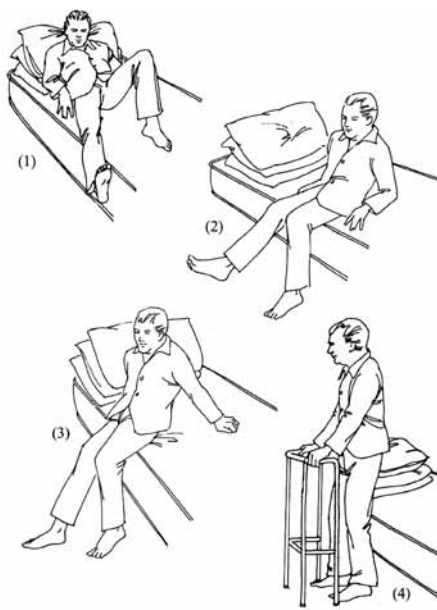
– a letto deve stare supino (a pancia in su); non incroci le gambe e non ruoti in fuori il piede: da sdraiato la punta del piede deve “guardare” il soffitto; se si vuole sdraiare di fianco, ponga due cuscini sovrapposti o un cuscino sostenuto in mezzo alle gambe fino all'inguine;



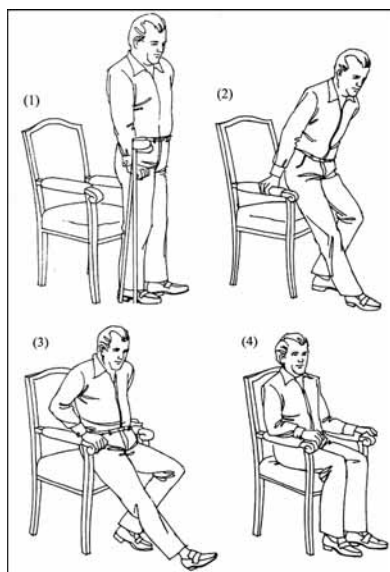
– disteso a letto non sollevi mai il tronco oltre i 90° (angolo retto);



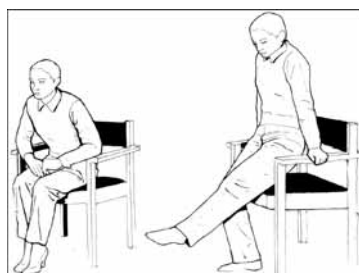
– per scendere dal letto va messa a terra per prima la gamba sana; per salire si sieda sul bordo e, lasciando a terra la gamba sana, porti sul letto quella operata;



– per sedersi faccia forza sull'arto sano avvicinandolo il più possibile alla sedia, allungando in avanti l'arto operato e aiutandosi con le braccia sui braccioli;



– per alzarsi faccia la stessa operazione;



– quando è seduto tenga le ginocchia divaricate, mantenendo i piedi diritti appena divaricati; eviti di sollevare le ginocchia oltre il piano delle anche e di flettere il tronco in avanti; eviti poltrone o sedie basse;



– si fornisca di un rialzo da applicare al water per facilitare la seduta e la messa in piedi e procuri uno sgabello alto per la doccia con maniglie da muro e piano antisdrucciolo sul piatto doccia;



– cerchi, se possibile, di rialzare il letto e di dotarlo di un fondo rigido;
– si procuri un bastone a gancio per aiutarsi nell'indossare le calze e per raccogliere oggetti da terra;



- utilizzi un calzascarpe a manico lungo;
- utilizzi una sedia con braccioli dotata di cuscino sostenuto;



- non porti mai il ginocchio oltre la linea mediana del corpo: eviti per esempio di accavallare le gambe (1);
- non esegua rotazioni del tronco

facendo perno sull'anca operata (2);
– non pieghi il busto oltre il livello dei suoi fianchi: se dovesse raccogliere oggetti o allacciarsi le scarpe utilizzi degli ausili (o si faccia aiutare) (3);



– cerchi di sistemare il suo alloggio in maniera confortevole, in modo da poter avere tutti gli oggetti più necessari a portata di mano; utilizzi un carrello per spostare gli oggetti (1); un corrimano sulle scale (2); inoltre cerchi di non avere oggetti che possano intralciare il cammino, come tavolini bassi (3), tappeti (4), prolunghe e fili volanti (5), animali domestici (6). Alzi con un cuscino la sua poltrona (7).



– salvo diverse indicazioni potrà camminare con le stampelle e con il tipo di carico impostato per il periodo concordato dopo l'intervento; poi per altri quindici giorni circa utilizzerà le stampelle al contrario (come inse-

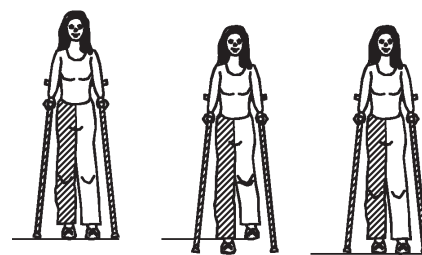
gnato durante la degenza) o al meglio due bastoni, per non alterare l'allineamento del tronco.

L'abbandono degli appoggi sarà sempre contemporaneo.

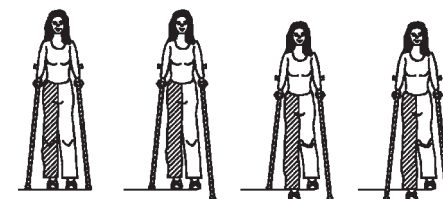
Ricordiamo in successione le principali modalità di cammino (esempio per intervento di artroprotesi all'anca destra): cammino con carrello deambulatore;



cammino a 3 tempi 3 punti di appoggio (stampelle insieme poi gamba operata destra poi gamba sana);

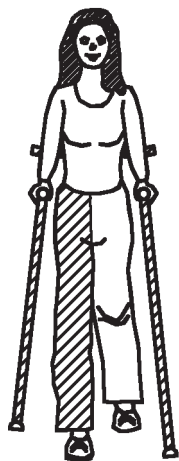


cammino 4 tempi 3 punti di appoggio (stampella sinistra poi gamba operata destra poi stampella destra poi gamba sana sinistra);



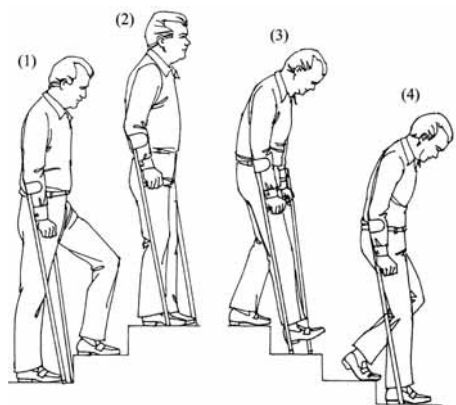
cammino 2 tempi 2 punti di appoggio (stampella sinistra insieme a

gamba operata destra poi stampella destra con gamba sana sinistra);



cammino con stampelle rovesciate (come il precedente ma con stampelle rovesciate);

– per salire e scendere le scale sfruttare la forza dell'arto sano: salire prima con l'arto sano e poi con quello operato; scenda prima con l'arto operato e poi con quello sano; affronti sempre un gradino alla volta;



– per salire in macchina il sedile deve essere arretrato al massimo, con schienale reclinato leggermente e un cuscino a fare da rialzo; faccia forza sull'arto sano avvicinandolo il più possibile al sedile, allungando in avanti l'arto operato e aiutandosi con le braccia sui braccioli;

– prima di provare a guidare (comunque dopo la rimozione di entrambi gli appoggi) tenga presente che il suo arto ha subito un trauma notevole dall'intervento: dovrà sen-

Quando richiedere una visita ortopedica

Richieda una visita ortopedica nei seguenti casi:

- comparsa di dolore sempre più forte all'anca
- improvvisa perdita della funzione della protesi
- comparsa di arrossamento o secrezione dalla ferita chirurgica
- comparsa di febbre non giustificata da altre cause.

In caso dovesse sottoporsi a interventi odontoiatrici avvisi il suo medico e si faccia prescrivere una adeguata profilassi antibiotica.

È importante seguire i consigli per i controlli ortopedici indicati nella lettera di dimissione.

Nel caso si evidenzino problemi nella deambulazione, controlli fisiatrici possono essere effettuati presso:

Ambulatorio di riabilitazione traumatologica dell'Unità operativa di Medicina fisica e riabilitazione dell'Ospedale civile maggiore Borgo Trento (prenotazione della visita tramite Cup dell'Azienda ospedaliera, telefono: 045.8073200-4086)

Servizio di recupero e rieducazione funzionale dell'ospedale Policlinico di Borgo Roma (prenotazioni 045.8074494)

Ambulatorio di riabilitazione ortopedica dell'ospedale di Valeggio (prenotazioni allo 045-6338666, dalle ore 12.30 alle ore 14.30).

tirsi sicuro di avere recuperato il controllo del movimento e la prontezza dei riflessi.

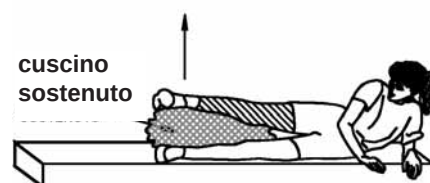
In questo periodo per mantenere in allenamento il raggio di movimento e per rinforzare i muscoli dell'anca, dovrà fare dei semplici esercizi:

- da supino (a pancia in su), con l'arto esteso, contrarre e rilasciare i muscoli della coscia, schiacciando il ginocchio sul letto e mantenendo la punta del piede che guarda il soffitto. Contare fino a 10 fra un'azione e l'altra, per 10 volte;
- da supino (a pancia in su), divaricare gli arti inferiori, strisciando il tallone sul letto, con la punta del piede che guarda il soffitto evitando di girare in fuori il piede; nel ritorno non chiudere completamente le gambe;



- sdraiato sul fianco, sollevare l'arto per potenziare i muscoli glutei (cioè

del fianco); l'esercizio deve essere eseguito senza ruotare la punta del piede;



- potrà iniziare a utilizzare la bicicletta da camera tenendo la sella alta e abbassandola progressivamente nel tempo; se ha difficoltà potrà utilizzare una pedaliera da seduto.

La profilassi con l'Eparina a basso peso molecolare (punture sottocute sull'addome) andrà proseguita per 35 giorni dall'intervento, salvo diversa indicazione nella lettera di dimissione. Le calze elastiche andranno mantenute per 45 giorni dall'intervento, salvo diversa indicazione nella lettera di dimissione.

**di Antonino Zambito
in collaborazione con medici,
fisioterapisti ed infermieri
della Divisione di Riabilitazione
osteoarticolare
di Valeggio sul Mincio**

UNA CURA “SU MISURA”

Un trasferimento di protocolli di ricerca alla pratica clinica quotidiana per curare al meglio il diabete mellito. Lo ha realizzato il Servizio di Diabetologia dell'Azienda ospedaliera che dall'inizio del 2004 ha dato vita ad un sistematico processo di inquadramento diagnostico del diabete tipo 2. In pratica vengono studiate le basi e le cause della varietà più comune di diabete, pari 95% dei casi totali. La procedura consiste nello studio dettagliato della risposta al glucosio (zucchero) da parte delle cellule pancreatiche che producono l'insulina e nella valutazione della risposta dell'organismo a questo importante ormone che regola la glicemia, cioè il tasso di zucchero nel sangue.

Ne spiega la grande valenza scientifica e assistenziale il professor Enzo Bonora, ordinario di Endocrinologia e Malattie del metabolismo all'Università di Verona e responsabile del Servizio di Diabetologia dell'Azienda, dove sono già stati esaminati oltre 200 pazienti affetti da diabete tipo 2. «Lo scopo della nuova procedura che abbiamo implementato all'Ospedale di Borgo Trento, ma che coinvolge anche i diabetici assistiti presso il Policlinico di Borgo Roma, è la rac-



Enzo Bonora, ordinario di Endocrinologia e Malattie del metabolismo all'Università di Verona

colta di tutte le informazioni necessarie alla scelta più appropriata della terapia per il paziente con diabete tipo 2 che si rivolge a noi» spiega. «Grazie ad un percorso dedicato in day hospital, i pazienti di nuova diagnosi inviati al Servizio di Diabetologia dai medici di Medicina generale vengono sottoposti a due test dinamici, della durata di alcune ore cia-

scuno, grazie ai quali studiamo in dettaglio la secrezione di insulina. In questo modo siamo in grado di capire quali sono le cause del loro diabete. Si tratta di pazienti che hanno spesso la necessità di iniziare in tempi brevi una terapia farmacologica che intendiamo pianificare nella maniera più appropriata e personalizzata, vista la disponibilità di un ampio ventaglio di farmaci con diversa sede e meccanismo d'azione».

Il progetto ha lo scopo di risalire all'origine del diabete, di capire le cause dell'iperglicemia e di cercare di correggerle. «A tal proposito va ricordato – prosegue Bonora – che le due alterazioni che portano all'iperglicemia e al diabete consistono da un lato in una ridotta produzione di insulina da parte del pancreas e dall'altro in una ridotta efficacia dell'insulina nel regolare l'utilizzazione del glucosio nei vari tessuti, un difetto definito di insulinoresistenza. Il combinarsi dei due difetti, tuttavia, può essere molto diverso da soggetto a soggetto: alcuni pazienti presentano solo carenza di insulina, altri denotano solo insulinoresistenza, molti altri hanno una combinazione dei due difetti, ma con un prevalere dell'uno sull'altro in maniera assai variabile. È

Malattia di grande rilievo sociale che colpisce 200 milioni di persone nel mondo

Chi lo definisce come l'epidemia del nuovo millennio sa quel che dice. Il diabete è una malattia di grande rilievo sociale e con forte impatto sulla salute pubblica, dal momento che nel mondo si stima siano affette da questa malattia circa 200 milioni di persone, con previsione di arrivare a 330 milioni nel 2025. La diffusione del diabete tipo 2 è da collegare soprattutto all'aumento dell'obesità della popolazione. In Italia la popolazione dei diabetici ha raggiunto quota 4 milioni (il 30% dei casi non è diagnosticato), con 250 mila nuovi casi all'anno e tendenza a superare i 5 milioni entro una quindicina d'anni.

Il diabete tipo 2 deriva come noto da una carenza della quantità di insulina nel sangue, fatto che determina danni via via sempre più seri agli organi del soggetto

colpito. Spesso i sintomi non sono marcati o possono essere assenti e, di conseguenza, l'iperglicemia può causare modificazioni patologiche e funzionali, che possono essere presenti molto tempo prima che venga fatta la diagnosi. Gli effetti a lungo termine del diabete consistono nello sviluppo progressivo di complicanze specifiche come la retinopatia con cecità potenziale e la nefropatia che può condurre all'insufficienza renale, con il rischio successivo di ulcerazioni ai piedi e successiva amputazione. Le persone affette da diabete hanno poi un rischio aumentato di malattia vascolare, cerebrale e periferica. La maggioranza dei pazienti con questa forma di diabete, va ricordato, è sovrappeso se non obesa (l'obesità in sé causa o aggrava l'insulino-resistenza).

Al. Az.

quindi fondamentale conoscere l'entità delle due alterazioni e il difetto predominante per scegliere in maniera appropriata il farmaco da utilizzare in monoterapia o la più efficace combinazione di farmaci. Senza lo studio dettagliato della secrezione di insulina e della sua efficacia biologica, ci baseremmo solo su dati clinici che danno informazioni approssimative. Troppo poco, a nostro avviso, per scegliere la terapia farmacologica più indicata nel singolo individuo. I diabetici hanno in comune l'iperglicemia ma sono molto diversi nell'origine della stessa».

«All'inizio del 2004 abbiamo quindi preso tecniche che da molti anni utilizzavamo a scopo di ricerca e abbiamo allestito un percorso diagnostico che è unico al mondo. Alla fine del percorso disponiamo di informazioni sulla secrezione dell'insulina e sulla sua efficacia biologica e siamo in grado di utilizzare in maniera migliore gli strumenti della cura» sottolinea Bonora. «Grazie al lavoro degli infermieri, addestrati a compiere le indagini diagnostiche in pressoché totale autonomia, presso il Servizio di Diabetologia di Borgo Trento abbiamo già valutato oltre 200 pazienti. Ma il programma è che tale procedura rimanga attiva per sempre, perché vogliamo che molti, possibilmente tutti, ne possano beneficiare in futuro».

Il Servizio di Diabetologia dell'Azienda ospedaliera di Verona, aggregato all'Unità operativa di Endocrinologia e Malattie del metabolismo, diretto dal professor Michele Muggeo, assiste attualmente oltre 6 mila diabetici, mille dei quali al Policlinico. Ogni anno al Servizio si rivolgono per la prima volta circa 800 nuovi pazienti, un quarto dei quali ha un diabete appena diagnosticato. «Il problema sta nel fatto che dei circa 4 milioni di italiani affetti da diabete tipo due circa un terzo non sa di averlo» osserva Bonora. «Questa malattia compare d'altra parte senza dare troppi segnali di sé: a volte il soggetto ha necessità di urinare spesso, avverte un certo aumento della sete, denota

L'insulina controlla il livello di glucosio nel corpo

L'insulina è un ormone che controlla il livello del glucosio nel corpo umano. Viene prodotta dal pancreas, in particolare dalla "insule pancreatiche", nel momento in cui vengono ingeriti cibi ricchi di zuccheri oppure quando il livello del glucosio presente nel sangue aumenta in risposta ad uno stimolo, ad esempio lo stress, che induce un innalzamento nel sangue degli ormoni antagonisti dell'insulina. L'effetto dell'Insulina sull'uomo



e sui suoi tessuti è quindi quello di abbassare e tenere sotto controllo il livello del glucosio nel sangue. L'Insulina lavora poi per aiutare le cellule nell'utilizzo del glucosio stesso. La sua carenza produce un aumento più o meno marcato della glicemia, ossia la quantità di zucchero del sangue, che se in eccesso determina l'insorgenza del diabete.

Al. Az.

stanchezza, e calo della vista, dimagrimento e infezioni difficili da curare, ma in molti casi non c'è alcun disturbo particolare. Nella maggior parte dei casi, il diabete viene diagnosticato in seguito al riscontro incidentale di un tasso elevato di zucchero nel sangue (glicemia alta). Infatti, se la glicemia a digiuno presenta valori oltre i 125 milligrammi/decilitro, la diagnosi di diabete è certa. Ma già fra chi ha glicemia a digiuno fra 100 e 125 mg/dl ci sono molti casi di diabete che può essere diagnosticato solo con un carico orale di glucosio». «Ecco perché, oltre i 30 anni di età, l'analisi della glicemia va fatta e va ripetuta, più o meno una volta all'anno, soprattutto in quelle persone che presentano un elevato rischio di sviluppare la malattia» sottolinea Bonora. «Ci sono infatti molti fattori che predispongono al diabete: avere familiari di primo grado con la malattia (fattori genetici), avere un'età avanzata, avere un eccesso di peso corporeo, soprattutto se il grasso è localizzato a livello dell'addome, con-

durre una vita sedentaria e mangiare più di quello che si consuma, avere pressione arteriosa elevata, come pure i trigliceridi e/o l'acido urico e avere basso il colesterolo buono (HDL). L'eccesso di peso è uno dei fattori che maggiormente predispongono al diabete tipo 2 perché in questa situazione l'insulina è spesso meno efficace. Se a questo fattore acquisito e correggibile si associa un'insulinoresistenza su base genetica e un pancreas che non è in grado di produrre insulina in maniera adeguata, si sviluppa il diabete. In queste situazioni se il soggetto riesce a perdere peso e a migliorare l'efficacia della propria insulina, il diabete può tuttavia regredire fino alla guarigione. Ci sono anzi degli studi che dimostrano che il ritorno ad uno stile di vita più sano può far guarire dal diabete. Sappiamo però che questo non è facile e che in moltissimi casi dobbiamo o dovremo fare ricorso ai farmaci. Il nostro protocollo diagnostico mira a usarli meglio».

Alessandro Azzoni

L'attività del gruppo "Balint"

di Gelmino Tosi*

Un'opportunità per capire meglio le implicazioni psicologiche della pratica medica

Nei miei interventi su questa rivista ho sempre cercato di porre l'accento sull'importanza della relazione medico-paziente, che rappresenta uno straordinario punto di forza nella cura. Ho cercato di mettere in evidenza gli aspetti positivi, ma anche le difficoltà che vi possono essere in questa relazione, cercando di sottolineare il punto di vista del paziente che è l'oggetto della cura, prima ancora della malattia che lo affligge.

Ora però cercherò di spostare l'obiettivo sul medico.

Io credo che almeno una volta nella vita ci si dovrebbe chiedere come fa il medico a sostenere ogni giorno, con molteplici e differenti ammalati, questa relazione. Penso che non sia difficile immaginare quanto possa diventare stressante questo antico mestiere che alcuni di noi hanno deciso di intraprendere. Come si fa a non andare in crisi, quella crisi che la moderna psicologia chiama *burn-out*, che significa appunto bruciarsi?

Perché ciò avviene?

Dovremmo innanzitutto affermare con chiarezza che la generosità assoluta e completamente disinteressata non esiste.

Ogni atto di generosità prevede a livello inconscio una restituzione, un appagamento. Il che vuol dire che forse a livello inconscio siamo tutti egoisti.

Si passa quindi da un egoismo assoluto, ad un egoismo produttivo. Se questo non avviene, si subisce una forte frustrazione. Come per esempio quando l'atto del curare non porta ad una guarigione, come avviene ormai nella maggior parte dei casi con le malattie croniche, quando le richieste del paziente sono sostenute da ansie e paure alle quali è difficile dare risposta, quando la vera e unica malattia è la vecchiaia o peggio ancora mali incurabili che hanno come esito la morte.

Naturalmente ognuno ha le proprie risorse, le proprie vie di sfogo, però esiste una modalità per gestire tali problematiche, messa a punto negli

anni Cinquanta da un medico psichiatra ungherese, psicanalista, trasferitosi a Londra: Michael Balint.

La metodica "Balint" è uno straordinario strumento di formazione psicologica per medici, attualmente il più diffuso.

Essa offre al medico l'opportunità di divenire più consapevole del ruolo svolto dagli aspetti emotivi e relazionali e dalle implicazioni psicologiche, nella pratica medica in generale. Aiuta inoltre a sviluppare una personale attitudine terapeutica e fornisce le competenze emotive necessarie per gestire le problematiche relazionali che insorgono nel rapporto medico-paziente; infine, migliora la capacità di ascolto ed insegna a riconoscere e a decodificare i bisogni emotivi del paziente che, nella maggior parte dei casi, si esprimono attraverso sintomi psichici, psicosomatici e/o "funzionali". Permette altresì al medico di comprendere le proprie emozioni e gli effetti psicologici che le sue decisioni producono sul vissuto del paziente.

Dal punto di vista pratico un gruppo Balint tradizionale si costituisce con la partecipazione, in media, di ottododici medici che si incontrano settimanalmente.

Perché lavorare in gruppo?

La capacità di trarre beneficio da un lavoro di gruppo è una acquisizione relativamente moderna. Storicamente, sia dal punto di vista sociale, letterario e politico, le aggregazioni umane non sono mai state viste di buon occhio. Si è sempre pensato che in gruppo l'uomo desse il peggio di sé. Ricordate l'idea della folla manzoniana

na nell'assalto al forno di Milano.

Tuttavia nell'Ottocento un antropologo e zoologo affermò: "Esiste in natura la *legge del mutuo aiuto* che, in un'ottica di lotta per la sopravvivenza e di evoluzione della specie, è assai più importante di quanto non lo sia la *legge della giungla*. Non nego certo l'esistenza di quest'ultima, ma ritengo che il progressivo sviluppo del regno animale, e soprattutto del genere umano, sia favorito molto più dal mutuo aiuto che dalla lotta di tutti contro tutti." (Kropotkin 1908 - 1842/1921).

Sul piano pratico il gruppo "Balint" consiste nella discussione di casi clinici presentati a turno da ciascuno dei medici partecipanti, sotto la guida di uno psicoterapeuta di formazione psicoanalitica. Tale discussione non riguarda la persona del medico ma, le ansie, i sintomi e le aspettative del paziente, così come egli le manifesta e le utilizza nel rapporto con il medico.

Attraverso la formazione di gruppo il medico impara anche ad utilizzare i suoi vissuti emotivi e la stessa relazione terapeutica, non solo per comprendere la sofferenza del paziente, ma anche per aiutarlo a modificare atteggiamenti e comportamenti che l'aiutino a stare meglio.

Il gruppo quindi funziona, sul piano psicologico, come una sorta di "amplificatore" che rende intelligibili le emozioni ed i sentimenti.

Da oltre vent'anni questa opportunità è offerta dal servizio di Psicologia clinica presso il reparto di Neurologia dell'ospedale di Borgo Trento. Questo Gruppo "Balint" è condotto dal dottor Gaetano Trabucco, psicologo clinico, e dal dottor Ivo Pierobon, medico di Medicina generale e psicoterapeuta.

In questi anni decine di medici di famiglia si sono formati e continuano a farlo, una sorta di aggiornamento professionale che credo valga altrettanto quanto la formazione clinica.

*** medico di famiglia e psicoterapeuta**

Ai piccoli pazienti che frequentano le lezioni in reparto vengono cancellati i giorni di assenza

Servizi

37

A SCUOLA IN OSPEDALE

Per Omar quella piccola stanza nel reparto di Pediatria dell'ospedale maggiore è diventata la sua scuola. Vi è entrato a novembre con davanti un lungo percorso ospedaliero ed è uscito a maggio, in discreta salute e con in tasca la più che meritata promozione alla seconda media. Omar è un po' un'eccezione. Non sono molti (per fortuna) i bambini che rimangono per tanti mesi nei due nosocomi veronesi, ma non sono neppure pochi quelli che in un anno frequentano la scuola in ospedale.

«Circa quattrocento», sottolinea Paolo Biasin, coordinatore degli insegnanti della scuola media. Con lui, docente di tecnologia ed esperto in informatica, lavorano altri tre colleghi della media inferiore, che dipendono dall'Istituto comprensivo "Meneghetti", e tre maestri elementari, che fanno riferimento al terzo e all'ottavo Circolo didattico.

La scuola è "distribuita" in più sedi: oltre che nella Pediatria di Borgo Trento, le lezioni si tengono nel reparto e nel day hospital di Fibrosi cistica, sempre all'Ocm, e nelle Unità operative di Pediatria e di Oncoematologia pediatrica del Policlinico. Senza dimenticare le stanze di degenza, dove si recano gli insegnanti quando un bambino non può lasciare il proprio letto. Nel day hospital, invece, vengono indicati per ogni giorno i professori presenti, così il ragazzo sa quali libri portare.

«La scuola in ospedale è nata una

ventina di anni fa – racconta Biasin –. Prima come "scuola speciale", alla stregua di quelle situate in luoghi impervi da raggiungere, come piccoli paesi di montagna o isole. Poi come scuola statale vera e pro-

te, puntano molto sulla scuola. Il fatto che i loro figli rendano nello studio, li riassicura sullo stato della loro salute».

L'approccio degli insegnanti in un primo momento è ludico, e il teatrino dei burattini che

troneggia su un banco della "scuolaletta" fa intendere che nella piccola aula di Pediatria c'è spazio anche per il divertimento. «La legge prevede che dopo il quindicesimo giorno di degenza, ci sia un contatto con la scuola di provenienza dell'alunno – interviene Patrizia Tagliani, docente di Lettere – ma noi facciamo questo anche prima. Poi inizia il vero e proprio programma scolastico. Alle dimissioni del ragazzo comunichiamo ai suoi insegnanti cosa ha fatto ed eventuali carenze che abbiamo rilevato. Compiliamo anche una pagellina, che sarà tenuta in conside-

razione dal Consiglio di classe. Vogliamo che il bambino possa avvalersi della continuità didattica, e quindi non perda scuola sia in termini di tempo che di contenuti».

Come in tutte le scuole che si rispettano anche in quella del reparto di Pediatria dell'Ocm, si è festeggiata la conclusione dell'anno scolastico. Un po' in anticipo – il 12 maggio – e in modo speciale. Grazie ai "potenti" mezzi dell'informatica, gli alunni dell'ospedale di Borgo



Paolo Biasin, coordinatore degli insegnanti della scuola media

pria. Tanto che, secondo la legge, a chi frequenta le nostre lezioni sono cancellati i giorni di assenza da scuola».

Le classi sono formate da ragazzi di età differente e alle lezioni, spesso, partecipano anche i genitori. «Una risorsa, ma pure un limite – sorride Biasin – perché avere mamma e papà vicini tranquillizza i ragazzi. Ma può anche metterli in difficoltà, in quanto i genitori, soprattutto nel caso delle degenze molto prolunga-

Trento, dell'Istituto comprensivo "Meneghetti", del polo "Ardigò" di Padova e della Pediatria del nosocomio patavino, hanno potuto trascorrere una mattinata in allegria. Un collegamento in videoconferenza, che ha offerto a chi è costretto in ospedale un momento di evasione dalle corsie e un breve ritorno alla normalità.

Quello del 12 maggio non è stato il primo collegamento, ma sicuramente è un altro piccolo passo avanti per un progetto ben più accattivante e importante per i bambini. «Il sogno nel cassetto è arrivare ad almeno due lezioni settimanali in videoconferenza con gli Istituti di riferimento della nostra scuola, cioè il "Meneghetti" e il terzo e l'ottavo Circolo», spiega Biasin. Il quale ha già in mente come realizzare il progetto.

«Il ministero della Pubblica istruzione – continua – ha organizzato un corso per promuovere l'istruzione domiciliare ed ospedaliera tramite computer. Tra gli insegnanti che hanno partecipato solo due erano veronesi, io e il professor Angelo Rizzo, dell'Istituto tecnico commerciale "Pasoli". Scuola che già da tempo consente ad un ragazzo di seguire le lezioni da casa tramite videoconferenza». È stato, infatti, il "Pasoli", a svolgere la funzione di moderatore durante l'evento del



Progetto Video-didattica del reparto di Pediatria, Borgo Trento. Sotto, una delle stanze

maggio scorso. «Le idee ci sono – sorride il professore – quelle che mancano sono le risorse. Per trasmettere in videoconferenza le lezioni è necessario che ogni scuola collegata si fornisca dei dispositivi informatici necessari».

È lontano quindi il giorno in cui ogni alunno potrà entrare virtualmente nella propria scuola di provenienza, svolgendo le lezioni con i propri compagni ed insegnanti, non tagliando

quindi quel cordone ombelicale con la vita di tutti i giorni, preziosa per ognuno di noi, ma soprattutto per un ragazzo ricoverato in ospedale. «Ma ci arriveremo», promette Biasin che in fatto di entusiasmo ed ottimismo non ha da invidiare nulla a nessuno.

Eppure fare l'insegnante in una scuola in ospedale non è una passeggiata. Magari non si dovranno sopportare i non sempre eccitanti Consigli di classe e di Istituto, ma si deve convivere con la malattia e, purtroppo, con la morte. «Fare finta che tutto sia rose e fiori non serve. Non biasimo i miei colleghi che rifiutano l'incarico. Bisogna sentirsela, anche se non è facile per nessuno». Nei docenti c'è comunque la consapevolezza di fare qualcosa di utile per questi ragazzi, non solo per quanto riguarda la loro istruzione ma anche per la loro vita.

«Ormai esistono molti studi che dimostrano quanto sia positivo per la salute del bambino poter rientrare, tramite la scuola, nella normalità – conclude la professoressa Tagliani – Ma lo possiamo vedere anche noi: reagiscono meglio alle cure, aspettano le ore scolastiche non solo come un impegno, ma un momento di svago, gioia e amicizia».

Elena Zuppini



Il miracolo della vita

di Lorenzo Gobbi

**Riscoprire
il miracolo
della vita aiuta
ad apprezzare
ogni suo momento.
“Sia grazia essere
qui”: essere vivi
significa portare
a compimento
un ciclo vitale**

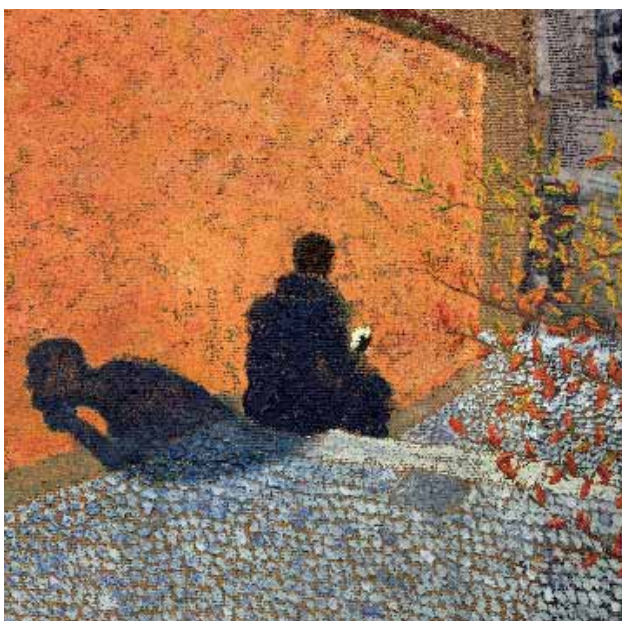
È difficile non considerare un miracolo la vita in sé, pur con la sua vulnerabilità: vasta e sorprendente, mai sufficientemente esplorata, essa ci riserva continui stupori; giustamente, ben poche persone sanno sottrarsi a un sentimento di ammirazione per ciò che la vita è, nelle sue infinite manifestazioni.

Essere vivi significa respirare, mangiare, percepire, elaborare, interagire con il mondo, adattarsi all'ambiente e portare a compimento un ciclo vitale: “sia grazia essere qui”, scrisse Mario Luzi, recentemente scomparso. Mi ha sempre colpito la presenza del congiuntivo in questo verso del poeta fiorentino: essere qui, pensavo, è grazia in sé – eppure, comprendo che veramente c'è da pregare che sia così per ciascuno di noi, affinché il miracolo della vita si traduca in vite miracolose a loro volta. Forse, l'uomo è il solo essere per il quale sia doveroso ripetere in forma di augurio ciò che per tutto il resto dell'universo appare come un dato di fatto.

“Tante volte ho chiesto a me stesso /senza trovare risposta/da dove venga la delicatezza e il bene”, scrisse il poeta tedesco Gotfried Benn. Ci sono vite fatte di questo: delicatezza e bene. Chiederei a una di esse, nel ricordo, cosa possiamo fare perché la nostra vita, che è indiscutibilmente un miracolo in sé, riesca a rimanere tale.

Nell'estate rovente di sei anni fa, ero a San Benedetto Po, e attraversavo nel primo pomeriggio una piazza assolata e deserta: con un amico di allora, andavo a incontrare per l'ultima volta Umberto Bellintani. Era anziano, molto; aveva un sorriso mite e uno sguardo di benevolenza infinita. Le sue mani, quand'era giovane, avevano lavorato la pietra e il bronzo, e poi imbracciato un fucile; ancora, avevano vergato per anni, con scrupolo, gli atti di un piccolo

ufficio; soprattutto, avevano scritto versi nascosti, umbratili e veri: “Oh ma non ho parole per dire quanto credo/che la notte non è che per il



giorno /che la pena non è che per la pace”¹.

Il mio amico gli chiese: «Qualche volta, Umberto, le rileggi le tue poesie? “Sono belle... le rileggo... mi piacciono... bello che le abbia scritte io”». Il morbo di Parkinson avanzava nella sua vecchiaia cedevole, e la conquistava senza sforzo. Non aveva alcuna malizia nello sguardo, ma un sorriso quieto per le cose del mondo

che non meritavano – secondo lui, né astio né riprovazione –, per nessun motivo, mai. Gli portai i saluti di alcuni conoscenti. Con il viso tra le mani, disse: «Mi commuovo... tante persone mi vogliono bene, tanti sono buoni...». Lo sollevai più volte dalla carrozzella, per alleviargli i dolori da decubito: «Tu sì che sei robusto... grazie». Parli con qualcuno, Umberto? «Solo... sto da solo...».

Veramente possiamo annullare il miracolo della vita? Era un miracolo, Umberto, ancora, anche così martoriato dal male. Ma forse sì, possiamo svilire questo miracolo o permettere ad altri di farlo, per noi e dentro di noi: con il nostro consenso. Credo che sia questo il punto: acconsentire è esattamente ciò che non dobbiamo fare, ed è una questione strettamente personale, ciascuno è responsabile di se stesso.

Trovo in una poesia di Bellintani una raccomandazione chiarissima e attuale: “Quando ti attacca l'ira pallida/del ragno velenoso dell'odio/e l'occhio si fa torbido e il cuore/ha denti di lupa e il cervello/corre alle frodi./Tu allora raduna tutte le tue bonarie forze,/non mollare al peso che grava sulle tue spalle,/sii attento e destro come un giocoliere./Ti sarà facile riposare/con un cuore non più greve di fanciullo/anche sui duri sassi./E noterai come parlano gli alberi e ogni cosa/e che splendore ha la bianca/rosa e gli storni che alto stupore/destano nell'aria serena/volando a mattina”².

Attenti e destri, è così che dobbiamo agire. Come giocolieri, per preservare la dignità della vita, perché la vita in noi possa restare ciò che è per natura: un miracolo. Delicatezza e bene. Come scrisse Umberto Bellintani: “Tutto è così difficile, impossibile... Ma chissà./È nel mistero il clamore bianco della gioia”³.

UNA SCARICA BENEFICA

Una nuova tecnologia d'ultima generazione destinata a malati cardiopatici è stata introdotta nell'ospedale di Verona. Si tratta di un nuovo tipo di defibrillatore per lo scompenso cardiaco; è stato impiantato per la prima volta in Italia proprio nella nostra città il 18 maggio scorso nella divisione di Cardiologia. La Cardiologia veronese, diretta dal professor Corrado Vassanelli, è uno dei quattro centri italiani abilitati all'impianto, che può essere effettuato soltanto in altri 30 ospedali europei.

Il defibrillatore impiantabile è un'apparecchiatura simile ad un pacemaker, in grado di intervenire con una scarica elettrica che interrompe la crisi aritmica, impedendo che essa possa avere gravi conseguenze per il paziente. Esso è inserito in una tasca sottocutanea e deve essere sottoposto a controlli periodici per verificarne l'efficienza e lo stato delle batterie. La defibrillazione, in associazione alla terapia di resincronizzazione cardiaca (stimolazione biventricolare) che ristabilisce la sincronia tra i due ventricoli, migliora la funzionalità cardiaca e, di conseguenza, le prospettive di vita del paziente. L'uso del defibrillatore incrementa la sopravvivenza dei malati con aritmie ventricolari maligne e previene la morte cardiaca improvvisa.

Il nuovo dispositivo, denominato Renewal 4 RF, è dotato di un sistema di comunicazione a radiofrequenza e presenta importanti vantaggi.

Il primo è rappresentato dalla possibilità di "dialogare" con il defibrillatore, usando la radiofrequenza, ciò consente la verifica del funzionamento e la programmazione a distanza, come avviene con i dispositivi tradizionali, in sala d'Emodinamica, in condizioni di sterilità e sottoponendo il paziente ad anestesia. La semplificazione delle procedure migliora la qualità di vita del paziente che, dopo ogni crisi aritmica, è



Il dottor Ruggero Tomei effettua in ambulatorio il controllo del nuovo defibrillatore impiantabile

costretto ad un controllo del dispositivo e permette di effettuare ogni operazione senza rischio di infezioni. Il Renewal 4 RF sarà utilizzato nei pazienti più gravi che presentano

con maggior frequenza crisi aritmiche. La sua introduzione è, inoltre, il primo passo verso la realizzazione di un sistema di controllo domiciliare dei portatori di defibrillatore che sarà operativo nel 2007.

Attraverso la telemetria a radiofrequenza e un modem telefonico, il dispositivo potrà trasmettere una serie di dati in memoria (frequenza cardiaca, tracciati elettrocardiografici, ed altri) ad una centrale di monitoraggio ospedaliera. In tal modo i dati trasmessi potranno essere valutati dal medico, per-

mettendo un costante controllo delle condizioni cliniche del paziente e la possibilità di correggere eventuali problemi a distanza e con estrema rapidità.

Scompenso cardiaco e aritmie

Le aritmie sono molto frequenti nei pazienti con scompenso cardiaco, una patologia cronica che può essere causata da eventi gravi, quali la cardiopatia ischemica (infarto), le disfunzioni ventricolari, l'ipertensione arteriosa e le miocardiopatie. A Verona, ogni anno, i nuovi pazienti affetti da scompenso seguiti presso la divisione di Cardiologia sono circa 80.

Lo scompenso cardiaco, che si caratterizza con un'insufficiente capacità del cuore di pompare il sangue necessario a mantenere in vita l'organismo, è spesso associato ad un'asincronia ventricolare dovuta ad una anomala sequenza

nell'attivazione dei due ventricoli. Nel 40% dei casi, inoltre, la condizione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco può degenerare, ed essere la causa della morte cardiaca improvvisa. In Italia il numero dei malati di scompenso cardiaco varia, secondo le statistiche, da 576.000 individui (1 per cento circa della popolazione) a circa un milione (2 per cento circa). Gli uomini sono colpiti tre volte più delle donne, il 35 per cento circa degli scompensati subisce almeno un ricovero ospedaliero ogni anno. Lo scompenso è la più frequente causa di ricovero ospedaliero per gli individui di età superiore ai 65 anni.

Molti i cambiamenti fisici e psicologici si verificano nel periodo di passaggio dall'infanzia all'età adulta

Pubertà

41

VERSO L'ADOLESCENZA

La pubertà è caratterizzata da una serie di cambiamenti fisici e psicologici che si verificano nel periodo di passaggio dall'infanzia all'età adulta. I cambiamenti biologici che si verificano durante la pubertà sono dovuti a fattori neuroendocrini, responsabili dell'aspetto fisico e delle caratteristiche sessuali di ogni individuo.

Lo sviluppo puberale inizia nella femmina con la comparsa del rigonfiamento della ghiandola mammaria (bottono mammario e più precisamente telarca) tra i 9 e i 12 anni. Nel maschio lo sviluppo puberale inizia tra i 10 e i 13 anni con l'aumento del volume testicolare. La conclusione avviene poco prima della fine della crescita staturale.

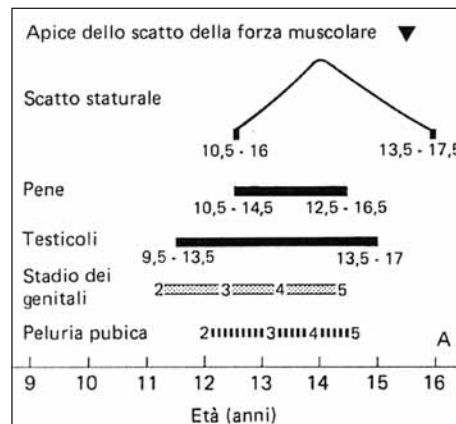
Gli eventi che si verificano durante la pubertà sono dovuti a fattori genetici, alla razza e all'ambiente. Infatti sia la precocità che il ritardo nell'inizio della pubertà possono essere dovuti alla familiarità, allo scarso o eccessivo apporto nutrizionale, all'attività fisica o alla razza di appartenenza, ecc.

Cambiamenti somatici

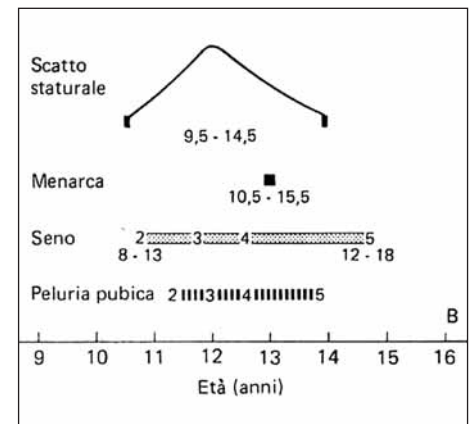
I cambiamenti somatici che si verificano durante la pubertà comprendono lo sviluppo dei caratteri sessuali secondari, associato alle modificazioni delle forme e caratteristiche corporee.

Nella *femmina* il primo segno è l'inizio dello sviluppo della ghiandola mammaria (cosiddetto "bottono mammario") che inizia in media a 11 anni. Dopo quattro anni circa lo sviluppo puberale è completato. I peli pubici iniziano circa sei mesi dopo la comparsa del "bottono mammario", anche se questo evento in alcuni casi può essere anticipato rispetto all'inizio dello sviluppo puberale.

La prima mestruazione (menarca) avviene circa a due anni dall'inizio della pubertà, mentre la regolarità del ciclo mestruale può esserci



A: MASCHIO



B: FEMMINA

Tappe dello sviluppo puberale secondo Tanner

anche dopo 2-3 anni dal menarca.

Nel *maschio* il primo segno di pubertà è l'aumento di volume dei testicoli, che inizia tra i 10 e i 14 anni. Seguono l'ingrandimento e l'arrossamento della borsa scrotale, la comparsa del pelo pubico e l'aumento delle dimensioni del pene. Lo sviluppo puberale viene completato dopo 4-5 anni dall'inizio. La produzione di spermatozoi e la prima eiaculazione avviene durante lo sviluppo puberale anche se con un'ampia variabilità. La modificazione del tono della voce si manifesta gradualmente.

La crescita in altezza presenta un importante incremento. Questo scatto di crescita si verifica prima nelle femmine rispetto ai maschi, poiché lo sviluppo puberale inizia prima nelle femmine.

Anche se la statura delle femmine differisce poco da quella dei maschi prima della pubertà, successivamente tale differenza è maggiore (circa 12-13 cm) poiché durante il periodo puberale la velocità di crescita è maggiore nei maschi, dovuta anche al fatto che dura di più.

Alterazioni dello sviluppo puberale

Le alterazioni dello sviluppo puberale

le possiamo dividerle in due gruppi: la precocità dello sviluppo puberale e il ritardo dello sviluppo puberale. Per sviluppo precoce si intende la comparsa dello sviluppo puberale prima degli 8 anni nella femmina e dei 9 nel maschio.

Per ritardo puberale si intende la mancata comparsa dello sviluppo mammario nella femmina a 13 anni o il mancato aumento del volume testicolare nel maschio all'età di 14 anni.

Fanno parte del ritardo puberale anche le seguenti condizioni: mancato completamento dello sviluppo puberale entro 5 anni dall'inizio; arresto ad uno stadio maturativo per più di 2 anni; assenza di menarca nella femmina all'età di 15 anni.

In tutte queste condizioni sarà opportuno valutare se si tratta di una alterazione dello sviluppo puberale inquadabile come variante normale (ritardo costituzionale di crescita e pubertà) o se è legata a patologie specifiche o a cause sconosciute. Dopo un'attenta valutazione specialistica si deciderà se effettuare un trattamento specifico.

Antonio Luciano
Specialista in Pediatria,
Endocrinologia pediatrica

I DOTTORI DI NGOZI



Un corso di diploma per paramedici ed una facoltà di Medicina, organizzati e gestiti dall'ateneo veronese, nel cuore dell'Africa.

Questo il progetto che l'Università degli Studi di Verona sta sostenendo a Ngozi, città nel nord del Burundi, in cooperazione con l'Università e le Istituzioni politiche locali. La collaborazione continua dal 2000, anno in cui un'associazione interetnica locale, presieduta dal vescovo di Ngozi, che nel '99 aveva fondato una nuova università con diverse aree di interesse, ha chiesto l'intervento della Facoltà di Medicina di Verona per realizzare il corso di laurea in Medicina e il diploma di laurea per paramedici.

La richiesta è stata attentamente valutata e discussa dall'Università, sono stati eseguiti dei sopralluoghi per meglio comprendere il carattere dell'iniziativa e il modo più proficuo

in cui eventualmente intervenire.

«Il progetto dell'Università africana ci è apparso potenzialmente assai promettente ma del tutto privo dei mezzi adeguati per poter concretamente realizzarsi ed affermarsi», spiega il professor Rossi, referente per il progetto insieme al professor Ezio Maria Padovani.

È stato deciso da parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona di prendere parte al progetto, sottolineando il fatto che l'impegno per un'attività formativa di personale in loco rappresentasse la forma più moderna di aiuto per ovviare all'estrema carenza di personale e mezzi sanitari. Il primo dicembre 2001 l'Università ha, quindi, sottoscritto una convenzione con la facoltà di Ngozi alla quale partecipa, per alcuni aspetti, anche l'Ospedale "Sacro Cuore" di Negrar.

La situazione sanitaria del Burundi,

territorio devastato da anni di guerre, miseria, odio e violenze tra diverse etnie, è alquanto precaria e inadeguata; solo un medico ogni 70.000 abitanti ed un infermiere ogni 6.000. «Riteniamo che questa formula sia la migliore per fornire un aiuto concreto e duraturo contro la difficile situazione medico-sanitaria del luogo – spiega il professor Padovani –. I nostri ospedali frequentemente ospitano medici africani per alcuni periodi di specializzazione, ma questi spesso decidono di continuare a lavorare in Italia, senza quindi portare la professionalità acquisita nei loro Paesi. Al contrario i medici che dalle zone industrializzate vanno ad operare nei territori del terzo mondo sono utili, ma solo durante la loro permanenza in loco. Costruire un polo didattico significa, invece, creare sul posto i professionisti e i formatori, che a lungo termine non avranno più

bisogno del nostro supporto».

La situazione rimane comunque molto complessa e per il momento ad essere completamente attivo e funzionante è il corso di diploma per paramedici.

La Facoltà di Medicina è in fase di realizzazione; ci sono tempistiche relativamente lunghe a causa della pressoché totale mancanza di strutture idonee, in particolare di un ospedale, fondamentale per poter coniugare l'aspetto teorico con quello pratico. Importanti iniziative in questo senso sono però già state attivate; la banca mondiale ha fornito i mezzi per ristrutturare l'ospedale di Ngozi. A farsi carico dei costi di gestione della struttura ospedaliera, una volta attiva, sarà la Fondazione Pro Africa, istituita e presieduta dal cardinale Ersilio Tonini.

La decisione di iniziare la missione in Burundi dell'Università di Verona con il corso di diploma è dovuta, oltre che alle motivazioni contingenti già evidenziate, al fatto che il ruolo professionale di paramedico, intermedio tra quello infermieristico e quello medico vero e proprio, meglio si adatta alle specifiche esigenze di un territorio depresso com'è il continente africano.

L'attività didattica viene svolta in quattro cicli annuali di circa un mese, più di 500 ore durante i quali alcuni docenti volontari si recano sul posto e svolgono i corsi, con l'ausilio di materiale didattico quale manichini, supporti artificiali per esercitazioni chirurgiche, tabelle anatomiche.

«L'operato svolto dai medici è sicuramente molto importante e comporta numerosi sacrifici. Tuttavia ritengo che anche i volontari, che decidono di intraprendere questa strada, abbiano un vantaggio.

In questi territori non esiste la tecnologia, non si hanno a disposizione macchinari sofisticati, spesso la forma di medicina più efficace è la parola e non si hanno altri mezzi che le proprie mani. Niente medicina della ridondanza, come può essere ritenuta la nostra, ma contatto diretto e totale con i pazienti, è questo il nostro ritorno», commenta il prof.

L'esperienza africana del giovane medico Mara Maselli

«Ho scelto di studiare Medicina e diventare medico proprio con l'idea di aiutare gli altri. Non solo qui in Italia, ma soprattutto nelle parti del mondo disagiate, che hanno sicuramente bisogno del nostro supporto», racconta il giovane medico Mara Maselli.

La dottoressa Maselli, al secondo anno di specializzazione in Pediatria, è andata a Ngozi lo scorso inverno per un breve periodo, insieme ai docenti che avrebbero tenuto le lezioni, a visitare l'università e in particolare la scuola di diploma per paramedici.

«Non è la mia prima esperienza di volontariato all'estero, sono stata in Zambia e in Ecuador, ma mai ad insegnare. Trovo questa iniziativa molto efficace per cercare di fornire aiuti concreti e a lungo termine», spiega.

Le lezioni sono improntate sulle patologie locali più comuni e diffuse, si soffermano maggiormente sullo studio di casi che i futuri paramedici si troveranno ad affrontare quotidianamente e potranno adeguatamente curare anche con le scarse risorse a disposizione.

«Sono stata contenta di quest'esperienza e spero di tornare

appena possibile, per un periodo più lungo», commenta la dottoressa Maselli.

Il progetto sarebbe infatti quello di poter dare la possibilità ai medici specializzandi di svolgere parte del periodo di tirocinio, sei mesi circa, in Africa, presso l'università e l'ospedale di Ngozi, in modo da conciliare il percorso medico-professionale con l'utilità del loro operato in loco, sia dal punto di vista didattico, come tutor nell'insegnamento in Facoltà, sia pratico, nelle corsie dell'ospedale. «A Verona è già presente un gruppo di medici specializzandi che vorrebbe intraprendere questo percorso formativo. Al momento siamo circa una decina, non è però difficile reclutare volontari perché gli interessati sono numerosi. Già ora ci troviamo regolarmente per partecipare alla stesura dei corsi e per l'apprendimento della lingua. L'ideale sarebbe veder riconosciuto il periodo che passeremo in Africa; per quanto mi riguarda è mio intendimento tornare al più presto, anche se ancora non so se durante o dopo il mio percorso formativo», conclude Maselli.

Il. No.

Padovani.

Tuttavia il bisogno di medici e di altre figure sanitarie professionali, disposti ad aderire concretamente alla missione è sempre molto alto. È il professor Rossi a fare un vero e proprio appello in questo senso, «Sarebbe necessario più personale. Sono sufficienti pochi accorgimenti sanitari prima della partenza, le condizioni di vita alla missione sono abbastanza buone. Il contributo che medici, paramedici e infermieri volontari possono fornire alla missione è fondamentale».

Gli studenti sono circa 250 e si registra un netto aumento; la prima classe ha già concluso il ciclo di studi e si è diplomata lo scorso anno. Sono queste figure professionali molto

importanti non solo per il Nord-Burundi ma anche per i Paesi limitrofi come Congo, Ruanda e Tanzania. Molti studenti provengono proprio da queste zone confinanti.

Il progetto comporta, evidentemente, ingenti risorse finanziarie, coperte in parte dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona. Tra gli enti che si sono offerti di sovvenzionare l'iniziativa il Consorzio universitario, la Regione e la Fondazione Cariverona, che ha coperto i due terzi del costo previsto per la realizzazione di un Centro didattico-sanitario, comprendente aule, laboratori, biblioteca, sala informatica e zone di studio per studenti e docenti, sarà pronto entro la fine di quest'anno.

Ilaria Noro

Attenti ai falsi dentisti

di Francesco Bovolin*

Con la compiacenza di un medico “prestanome” o con l’autoattribuzione di titoli mai avuti, falsi professionisti approfittano dell’ingenuità dei pazienti

Non è una novità, sembra di rivedere una sceneggiata vecchia e arcinota in ogni suo particolare. Eppure ogni tanto sui quotidiani appaiono ancora, nelle pagine della cronaca, le notizie sull’ennesimo blitz dei carabinieri, dei Nas, in uno studio dentistico o laboratorio odontotecnico nel quale l’abusivo di turno faceva attività odontoiatrica, senza ovviamente averne né i titoli né la capacità.

A volte, purtroppo, come è successo anche nella nostra provincia negli ultimi anni, con gravi episodi aggiunti di violenza sessuale su giovani pazienti, perpetrata sempre con l’inganno a carico di persone ingenui e quindi facili da ingannare.

E che dire dello “studio dentistico” situato in un garage? Nel quale l’abusivo di turno negli orari di non operatività parcheggiava la propria auto?

Discorso a parte per le norme igieniche, vero? Uno studio legittimamente esercente deve attenersi a un elevatissimo standard di regole. In difetto di queste, se controllato, paga duramente la trascuratezza dimostrata. E i locali dell’abusivo chi li controlla?

E sfuggirà anche alle norme fiscali. No fattura, no tasse! Quale accoppiata migliore di questa? Peccato però che il cittadino non possa detrarre nulla dalla sua dichiarazione.

Con la compiacenza di un medico “prestanome” e quindi complice, o da solo con l’autoattribuzione di titoli mai posseduti, costoro approfittano dell’ingenuità dei pazienti, soprattutto i più bisognosi, per sfilare dalle loro tasche i soldi faticosamente risparmiati e ora ingenuamente messi in gioco. In altri casi la truffa viene portata a termine con l’esibizione di titoli di studio falsi o falsificati, fantomatiche lauree acquisite in Paesi lontani presso Università fantasma, o magari nelle ultime più raffinate versioni, esercitando l’odontoiatria con la copertura di ben studiate società di comodo.

Ciò che il cittadino, nella sua buona fede sottovaluta, è la complessità e delicatezza delle cure cui si deve sottoporre.



Anni di studio, validazione dei titoli, aggiornamento professionale, fanno del dentista o odontoiatra una persona in grado di valutare e affrontare i problemi della salute della bocca. Non così l’abusivo, che non possiede alcun bagaglio culturale in materia (si tratta spesso di persone che hanno un doppio lavoro o provengono da strati culturali molto bassi) e quindi, ignorando, può creare solo danni alla salute del paziente.

Alla base dell’errore della popolazione che si rivolge a costoro, ascoltando le giustificazioni apportate da quelli che facendosi coraggio giungo-

no a denunciare il reato, si può scoprire l’ingenuità della persona onesta che stima onesti i suoi interlocutori senza avvedersi dell’inganno. Altre volte la molla è rappresentata dal desiderio di effettuare cure a basso costo, che poi così non sono, altre ancora dall’amicizia con queste persone, che approfittando di questo sentimento travalicano i limiti loro imposti: è l’inizio di un lungo e doloroso percorso.

Il Codice penale punisce, peraltro in maniera assai blanda, coloro che esercitano abusivamente una professione senza averne i titoli. Ma vale piuttosto la pena di conoscere i dettagli del Codice civile che negli articoli dal 2229 al 2237 regola i rapporti tra professionista e cliente, ma soprattutto il 2231, che stabilisce il “non pagamento” della retribuzione quando il contratto tra le parti sia nullo per la mancanza di iscrizione ad albo professionale (ed è il caso dell’abusivo) invece richiesta dalla legge.

Come a dire, in parole povere, che il paziente/cliente non è tenuto al pagamento della prestazione eseguita dall’abusivo.

Mi chiedo, ci chiediamo, cosa accadrebbe se finalmente tutti coloro che si sottopongono a cure illegittime si decidessero una buona volta a denunciare coloro che le fanno, o coloro che coprono questi disonesti. E se i cittadini, finalmente informati, rifiutassero di pagare, come è loro pieno diritto?

E se coloro che fanno da prestanome potessero essere indagati e perseguitati a fondo?

Avete dei dubbi su chi vi cura? Telefonate all’Ordine dei Medici e Odontoiatri, 0458006112, o andate sul nostro sito www.omco.vr.it, potrete verificare se è o non è iscritto all’Albo Odontoiatri.

*** Dott. Francesco Bovolin
Presidente Albo Odontoiatri
di Verona**

Il professor Christian Krettek, direttore del Trauma Center di Hannover, è stato ospite del Centro "Marani"

Intervista

45

FRATTURE COMPLESSE

Il professor Christian Krettek, direttore del Trauma Center e della Scuola di Medicina di Hannover, è stato ospite del Centro medico culturale "Marani".

È stato protagonista di un incontro sul politrauma e le fratture articolari dell'arto inferiore organizzato dal dottor Guido Rocca, traumatologo dell'Ortopedia dell'Ocm di Borgo Trento, diretta dal dottor Massimo Marcer. Vi ha partecipato anche il professor Roberto Aldegheri direttore della Clinica ortopedica dell'Università di Padova. L'incontro si è svolto sotto l'egida della A.O. International, l'associazione che attraverso numerosi corsi in tutto il mondo diffonde ed aggiorna le metodiche chirurgiche nel campo della Traumatologia.

Abbiamo intervistato il professor Krettek e il dottor Rocca.

«Oggi, attraverso un approccio multidisciplinare ben organizzato, siamo in grado di salvare la vita di traumatizzati anche molto gravi che solo fino a pochi anni fa non avevano possibilità di sopravvivenza – spiega Krettek – ma, appena il paziente si riprende, pretende subito di ritornare alla normalità, dimenticando la situazione da cui è partito. Il progredire dell'industria e l'affinamento delle tecnologie rincorrono queste esigenze, la biologia purtroppo no. Per questo motivo è indispensabile una febbrile e costante attività di ricerca ed un aggiornamento continuo e di qualità».

Dottor Rocca quali sono i traumi particolarmente gravi che afferiscono all'Ospedale di Borgo Trento?

«Quella delle fratture complesse di bacino è una chirurgia difficile e non priva di rischi, ma, se affrontata con la dovuta preparazione, dà al paziente la possibilità di ritornare ad una vita efficiente e normale.



Da sinistra: Claudio Krettek, direttore del Trauma Center e della Scuola di Medicina di Hannover e Guido Rocca, traumatologo dell'Ortopedia dell'Ocm di Borgo Trento

In passato, invece, queste fratture spesso non venivano operate residuando zoppie dolorose, con gravi impedimenti funzionali alla deambulazione o alla semplice stazione eretta. Qui all'Ocm in due anni abbiamo eseguito 51 vie chirurgiche di bacino con buoni risultati nel 95% dei casi.

Un altro settore che ci vede spesso impegnati è quello delle perdite di sostanza ossea, muscolare e cutanea degli arti a causa di gravi incidenti della strada e sul lavoro. Fortunatamente a Verona la tecnica dell'allungamento dell'osso è ben conosciuta e praticata sia nell'Ortopedia di Borgo Trento sia nella Clinica ortopedica di Borgo Roma, grazie ad una consolidata tradizione nell'utilizzo della fissazione esterna.

Infine molti pazienti afferiscono affetti da pseudoartrosi. A causa di lesioni ossee plurime in condizioni metaboliche scadenti o in tarda età, le fratture possono avere difficoltà a guarire, soprattutto se si associano importanti problemi cutanei. Quando il callo osseo non si consolida,

non si raggiunge la stabilità meccanica e si configura il quadro della pseudoartrosi che si può ulteriormente aggravare, a causa di una scadente vascolarizzazione locale, con la comparsa di infezione».

Prof. Krettek nel trattamento e cura di queste complicanze qual è la situazione rispetto al passato e cosa ci riserva il futuro?

«Purtroppo l'incidenza della pseudoartrosi non si è modificata di molto negli anni. Le moderne tecniche chirurgiche nel trattamento delle fratture offrono sicuramente migliori garanzie per quanto riguarda la stabilità meccanica ed il recupero funzionale, ma l'insulto biologico grave, l'osteomielite, non ha ancora trovato adeguate risposte in medicina.

L'osso infetto va considerato né più né meno come un tumore, dev'essere asportato perché inguaribile e perché l'infezione non dilaghi. Spesso siamo costretti ad eseguire ampie bonifiche cutanee ed ossee. La copertura cutanea viene ripristinata

attraverso l'utilizzo di lembi cutanei dello stesso paziente, ruotati o completamente asportati e quindi reinnestati. Il segmento osseo rimasto viene fatto poi ricrescere sia mediante la tecnica di allungamento, sia con prelievo di osso dal bacino del paziente stesso o dalla Banca dei tessuti, in associazione con osteoinduttori chimici estratti dal sangue del paziente, concentrati ed attivati successivamente dai colleghi immunoematologi.

Nell'immediato futuro sarà possibile utilizzare le cellule staminali, ossia cellule pluripotenziali pronte a trasformarsi in osso se correttamente stimolate. Ci sono forti aspettative dalla comunità scientifica nell'utilizzo di queste cellule, ma ovviamente solo una lunga esperienza clinica ci potrà dare una valida risposta sulla loro reale efficacia».

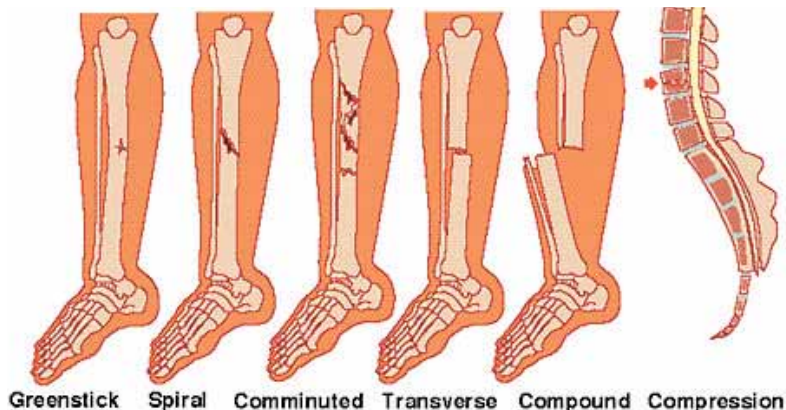
La vita media è in costante aumento e la società invecchia. Gli anziani peraltro sono sempre più attivi, quindi le fratture nella terza età, anche se per motivi diversi, sono sempre più frequenti. Quali sono professor Krettek i nuovi orientamenti in Traumatologia per contrastare questa nuova problematica sanitaria?

«Nella quotidiana pratica clinica osserviamo due realtà ben diverse che interessano la terza età. La prima riguarda i grandi anziani, in genere ultraottantenni, che incorrono in fratture a causa della diminuita resistenza meccanica dell'osso afflitto da osteoporosi, o per una ipomobilità multifattoriale legata ad un decadimento delle condizioni psicofisiche con un equilibrio sempre più incerto che espone l'anziano a facili cadute.

La seconda interessa gli anziani particolarmente attivi, molti dei quali sono ancora dediti ad una

importante attività sportiva o lavorativa. Essi restano vittime di traumi efficienti e desiderano fortemente il ritorno ad una valida funzionalità.

Al giorno d'oggi il traumatologo si avvale di mezzi di sintesi e strumenti tecnologicamente avanzati ed è in grado di offrire migliori opportunità di guarigione rispetto ad un tempo. I mezzi di sintesi sono oggi costruiti prevalentemente in leghe di titanio, un metallo sicuramente più rigido ma soprattutto più biocompatibile per l'osso rispetto all'acciaio. Le placche utilizzate nell'osteosintesi si avvalgono



TYPICAL BONE FRACTURES

no di strumentari particolarmente precisi che consentono minime incisioni cutanee per la loro applicazione; sono inoltre dotate di viti a stabilizzazione angolare che offrono garanzie di tenuta decisamente superiori rispetto al passato. I chiodi endomidollari consentono di mobilitare precocemente, dopo solo qualche giorno dall'intervento chirurgico, pazienti anche molto anziani affetti da fratture di femore o tibia. Il traumatologo è quindi in grado di ripristinare l'integrità funzionale dello scheletro in breve tempo nella maggioranza dei casi. Rimane, invece, irrisolto il problema sociale che affligge i numerosi anziani soli e magari non più autosufficienti che necessitano di essere accuditi dopo l'intervento operatorio. Le strutture di accoglienza

sono decisamente insufficienti rispetto al reale fabbisogno».

Un altro fenomeno spesso protagonista delle cronache quotidiane è quello relativo ai gravissimi incidenti stradali che si verificano nei weekend. Dottor Rocca come viene affrontata questa emergenza dalle Unità traumatologiche? Questo fenomeno ha modificato la tipologia delle fratture?

«Come spesso purtroppo si apprende da stampa e Tv gli incidenti stradali che si verificano durante i weekend sono dovuti all'alta velocità e pertanto ci troviamo di fronte spesso a traumi di elevata complessità per l'alta energia alla quale si verificano. Oggi compaiono più frequentemente alcuni tipi di fratture rispetto ad altri e ciò è in stretta relazione con l'avvento dei presidi di protezione passiva nelle auto e sul posto di lavoro.

Un tempo lo scheletro, libero da ogni vincolo, veniva proiettato violentemente contro l'abitacolo dell'auto e, considerando che alle alte velocità i tempi di reazione sono largamente insufficienti, erano le ossa lunghe che subivano i maggiori danni. Oggi il corpo umano è trattenuto da cinture ed airbags, non si muove, mentre è l'abitacolo che deformandosi traumatizza più facilmente le sporgenze ossee.

Ecco perché sono molto più frequenti le fratture articolari, tema dell'incontro con il professor Krettek. Si tratta, infatti, di fratture particolarmente insidiose in quanto le articolazioni presiedono al movimento e per far ciò necessitano di superfici perfettamente congruenti. È indispensabile pertanto che la loro riduzione sia la più anatomica possibile per non incorrere in inevitabili rigidità ed importanti limitazioni funzionali».

Anche le aziende farmaceutiche collaborano alla divulgazione dei temi medici

Comunicazione 47

NON SOLO FARMACI

Informazione e comunicazione sono vitali per promuovere la salute. Ne è persuasa l'Azienda ospedaliera che da tre anni pubblica questa rivista e ne è convinta anche Schering Plough, una delle principali multinazionali farmaceutiche nata a Kenilworth, nel New Jersey, e per la quale operano circa 25mila persone dislocate nelle sedi sussidiarie in 50 Paesi del mondo. Molti sono gli investimenti nel settore Ricerca e Sviluppo, soprattutto per quanto riguarda la biologia molecolare e le biotecnologie. Numerosi i Centri di ricerca, dei quali i principali sono situati a Kenilworth nel New Jersey, a Palo Alto e a San Diego in California, a Lione e a Lucerna.

Dall'inizio degli anni Sessanta, Schering Plough è presente in Italia e dall'aprile del 1998 ha sede a Segrate (Mi). Ma il vero punto di forza è il Centro ricerche di Milano, presso il San Raffaele, un'area a elevato contenuto scientifico e tecnologico che vede affiancati centri no-profit e privati con il comune obiettivo di promuovere programmi di ricerca d'avanguardia. Qui il gruppo di ricerca è specificatamente impegnato in alcune aree come l'ischemia cerebrale e la malattia di Parkinson.

La struttura dell'azienda è articolata in varie unità, alle quali sono affidate le varie linee di prodotto. Le principali riguardano i settori cardiovascolare, dermatologico, respiratorio, sistema nervoso centrale, antibiotico-terapia, infettivologia, antiinfiammatori – oncologico, epatologico

Schering Plough dall'anno scorso è partner della nostra iniziativa editoriale *La Salute e la città*. La decisione di sostenere la rivista si colloca nell'ambito di un più vasto progetto di iniziative editoriali, attraverso il quale l'azienda vuole dimostrare la propria attenzione nei confronti dell'informazione e della divulgazione che riguardano la medicina e la salute.

Lo spiega in questa intervista il dottor Giovanni De Maria, *national public*



Giovanni De Maria, national public manager of Schering Plough

affairs manager di Schering Plough.

Dottor De Maria, fino ad alcuni anni fa le aziende farmaceutiche presentavano una struttura e un funzionamento consolidati. Quali sono i cambiamenti organizzativi che attualmente stanno affrontando e quali sono i mutamenti previsti per il prossimo futuro?

«La tendenza già osservabile e più accentuata per il futuro vedrà l'affermarsi di una maggior attenzione alle relazioni istituzionali con le Regioni, ai rapporti di collaborazione con aziende sanitarie locali ed ospedali e il potenziamento delle strutture mediche e di ricerca.

Anche l'azienda farmaceutica, come le altre, deve creare profitto per i propri azionisti, pur operando nel settore etico del farmaco, ma ci sono chiare limitazioni alla possibilità di pubblicizzare i prodotti farmaceutici.

I farmaci si distinguono sostanzialmente in due categorie: quelli da banco, scelti dal paziente, e quelli etici, soggetti cioè a prescrizione. Già questo definisce mercati differenti: nel primo caso, infatti, vengono utilizzate le regole della comunicazione di mercato, nel secondo vengono invece veicolate informazioni tecniche sui prodotti. Si aprono perciò due scenari molto diversificati. Quello del farmaco che necessita di un medico prescrittore è un mercato molto parti-

colare. La strategia della nostra società è di proporre prodotti di provata efficacia e di veicolare un'informazione seria, tecnica e consistente».

In cosa consiste il vostro messaggio?

Il nostro patrimonio sono la centralità del paziente ed il rapporto di fiducia con il medico curante. Abbiamo perciò scelto una strategia di estrema trasparenza, secondo la quale diventa indispensabile puntare su prodotti di comprovata efficacia e su un'attività rigorosa, validata da continue e severe verifiche scientifiche. È senz'altro questo il modo di porsi più adatto nei confronti del nuovo mercato, più attento e consapevole. Si tratta di un atteggiamento rigoroso, di una logica coerente, di una scommessa che certamente ripaga nel medio o lungo periodo».

Quanto e perché è importante costruire un modello di azienda flessibile, che faccia della multidisciplinarietà e dell'aspecificità i propri valori aggiunti?

«Vogliamo essere partner affidabili per la promozione della salute che compete alle aziende del Servizio sanitario nazionale. Comportamento etico, dinamicità, innovazione, responsabilizzazione delle persone, orientamento al cliente e al mercato, attenzione alla comunicazione sono senz'altro i punti di forza di un'azienda che sappia rinnovarsi e gestire il cambiamento in modo positivo».

In questo contesto, che ruolo ha la comunicazione?

«La comunicazione ha un valore sostanziale e ci permette anche di comunicare all'esterno i nostri valori, attraverso il sostegno alla ricerca, la divulgazione della cultura scientifica e la partnership in iniziative di rilevante significato per la promozione della salute pubblica».

Paola Arosio

UN MEDICO ECCELLENTE

I protagonisti della storia dell'Ospedale di Verona sono immortalati con alcuni busti marmorei collocati all'interno dei reparti in cui hanno operato.

Nella biblioteca della Divisione di Chirurgia generale è collocato il busto di marmo, con la dedica "A Saverio Spangaro gli allievi 4.7.1948".

Nato a S. Stefano di Comelico nel 1870, figlio di un medico condotto e valoroso garibaldino, Spangaro si laureò a Padova, dove fu dapprima assistente di Salvioli, in Patologia generale, e poi aiuto di Chirurgia alla scuola di Edoardo Bassini, quando a Padova venivano chirurghi da tutto il mondo per apprendere il suo rivoluzionario intervento radicale per l'ernia inguinale (problema prima insoluto). Frequentò a Berna l'Istituto di Anatomia patologica diretta da Langhans e la Clinica chirurgica del professor Kocher.

Spangaro fu primario nell'ospedale civile dal 1907 al 1941, impegnandosi fin dai primi anni perché Verona avesse un reparto chirurgico all'avanguardia nel rispetto delle peculiarità dei vari malati. Diresse da solo nel corso della guerra '15-'18 le due Divisioni chirurgiche ed il Reparto dei soldati feriti alla Casa di Ricovero e per questo ricevette una medaglia di bronzo del Ministero degli Interni. Nel 1916, su proposta del professor Bassini, gli fu affidato l'insegnamento di Clinica chirurgica agli studenti in servizio militare da tenersi presso l'Università di Padova.

Ottimo nella diagnostica clinica, Spangaro fu operatore sicuro, brillante, scrupoloso ed audace, accuratissimo nell'asepsi e nell'emostasi. Tecnico perfetto nella chirurgia ginecologica e gastrointestinale, Spangaro fu assertore tra i primi dell'utilità pratica e scientifica della sterilizzazione del campo operatorio con tintura di iodio e dell'anestesia spinale, in alternativa all'etere e cloroformio. Lasciò una quarantina di pubblica-

**Continua il nostro
viaggio
fra i protagonisti
della storia
della medicina
veronese.
Ricordiamo
il celebre chirurgo
Saverio Spangaro
primario
dell'ospedale
di Borgo Trento
dal 1907 al 1941**

zioni di Batteriologia, di Anatomia patologica, di Patologia sperimentale e di Chirurgia. Per primo descrisse l'accesso chirurgico al cuore per via intercostale con una metodologia che fu successivamente applicata e tuttora in uso. Nel 1934 realizzò un Centro diagnostico per i tumori maligni.

L'anno precedente Spangaro aveva disposto che il suo stipendio netto di Primario venisse utilizzato, per tutto il tempo in cui sarebbe rimasto in servizio, alla costruzione del nuovo Centro ospedaliero di Borgo Trento. Con altra lettera, in data 7 gennaio 1937, chiese che la propria pensione fosse utilizzata per la graduale costituzione di un capitale inteso alla fondazione di una borsa di studio da intitolarsi a suo nome e la cui rendita andasse a favore di medici secondari appartenenti all'Ospedale di Verona, meritevoli per studi preferibilmente dedicati alla Chirurgia.

Collocato a riposo nel febbraio 1935, fu trattenuto in servizio fino al 30 novembre 1941 e poi nominato pri-



Il professor Saverio Spangaro in una foto d'epoca

mario ospedaliero emerito.

Fu socio delle Società italiana, francese e tedesca di Chirurgia, dell'Accademia di Agricoltura Scienze e Lettere di Verona, dove fece una lezione sulle conseguenze igieniche e climatiche che sarebbero derivate dalla riduzione di portata dell'Adige a monte di Verona. Commendatore della Corona d'Italia, fu membro del Consiglio Sanitario Provinciale di Verona per quasi vent'anni e presidente del Rotary.

Nel 1934, per ricordare i cinquant'anni dal primo intervento per ernia inguinale secondo la tecnica di Bassini, fu incaricato dall'Università di Padova di svolgere il tema più importante: quello del trattamento chirurgico.

Il professor Spangaro morì a Verona nel 1946.

La fama della sua personalità chirurgica è così radicata a Verona che ancora si può sentire pronunciare questa frase: "te dago un graton che non te le cava neanche Spangaro".

Giuseppe Ferrari

A colloquio con la signora Mariagrazia Viapiana, da anni attiva presidente dell'associazione Abeo

Associazioni

49

BAMBINI "SPECIALI"

La incontriamo il lunedì, dopo una domenica sera trascorsa in una discoteca nel Milanese. «Guarda se alla mia età devo frequentare ancora certi locali...».

Di anni la signora Mariagrazia Viapiana ne ha compiuti sessantaquattro, ma nel suo caso, come in quello di pochi altri, l'anno di nascita non corrisponde alla reale età. Basta stare con lei pochi minuti per accorgersi che per vivacità, grinta ed intraprendenza quella nonna (ha quattro nipoti) potrebbe fare la scarpe a molte trentenni rampanti. Il suo elisir di giovinezza si chiama Abeo (Associazione bambino emopatico e oncologico) di cui è presidente da anni.

«Ho iniziato ad avvicinarmi alla sofferenza quando ancora ero adolescente – racconta –. Andavo tutti i giorni a fare compagnia ad una mia compagna di scuola ammalata di cuore. Poi, una volta diventata adulta, ho dovuto fare i conti con la malattia della figlia di un mio carissimo amico. È in quell'occasione che ho scoperto l'Abeo. Ho iniziato prima con poche ore di volontariato, poi mi hanno eletto vicepresidente. Sei mesi dopo ero già presidente».

Da quel momento l'Abeo, da piccola associazione inizia il cammino verso la sorprendente realtà che è oggi. «Il primo passo è stato il riconoscimento giuridico. Poi nel settembre 1998 è stato inaugurato al Policlinico il reparto speciale di Oncoematologia pediatrica, ora diretto dal dottor Pierluigi Marradi».

Cinque stanze – che quando serve possono diventare di isolamento – con due posti letto per i bambini e due per i genitori, una stanza per i giochi e una piccola cucina, «perché i nostri sono bambini speciali. Se hanno voglia di mangiare a mezzanotte ci vuole un luogo dove cucinare. Il progetto ci è stato regalato – ricorda la signora Viapiana – e tutto il resto, dai lavori edili all'impiantistica, ci è stato offerto al minimo dei



La signora Mariagrazia Viapiana. Nella foto di pagina seguente, ancora la signora Viapiana in reparto

costi. Dobbiamo tutto alla generosità di Giorgio Zanotto, il compianto presidente della Banca Popolare, di Paolo Biasi, presidente della Fondazione Cariverona, e di tante altre persone».

Ma anche all'indomabilità di chi lavora per l'Abeo, in primis la presidente. La quale ha una filosofia concreta e ben precisa: quando si tratta di raccogliere fondi per un buon fine non bisogna tralasciare nessuna strada, dalle istituzioni, Istituti di credito compresi, alla cena esclusiva organizzata dagli industriali, alla sagra di quartiere. Ed è una filosofia che funziona. Oltre al reparto speciale, l'Abeo ha realizzato alcuni alloggi dove vengono ospitate, a titolo completamente gratuito, compresa la spesa di tutti i giorni, le famiglie dei bimbi

non veronesi ricoverati in ospedale o dimessi, ma che hanno bisogno di controlli giornalieri.

Ad aprile a Lach, in Albania, a quaranta chilometri da Tirana, sempre grazie all'Associazione e alla Fondazione Cariverona è stato inaugurato un piccolo ospedale con un pronto soccorso, un reparto di Pediatria e Ginecologia. «Sono tanti i bambini albanesi che vengono a curarsi da noi – sottolinea – e anche tanti i medici di quella terra che si sono specializzati nei nostri nosocomi e che potranno così esercitare nel pic-

colo ospedale».

Ma l'attività dell'Abeo varca i confini delle problematiche legate all'Oncoematologia pediatrica. Non sono poche le borse di studio per i medici finanziate dall'Associazione, come sono numerosi i macchinari diagnostici acquistati dall'Abeo e impiegati nell'Azienda ospedaliera.

Perché, secondo lei, in questi tempi in cui la diffidenza dilaga, le persone sono così generose con l'Abeo?

«Soprattutto perché diamo delle certezze – risponde decisa la signora Viapiana –. Ad esempio, tutti possono visitare il reparto, gli appartamenti e rendersi conto di come utilizziamo le offerte elargite dai nostri benefattori... a me i soldi bruciano nelle mani! Non vedo l'ora d'impiegarli e nel modo migliore».

Pietro Battistoni dal 1992 vicepresidente dell'Associazione bambino emopatico ed oncologico. Un impegno negli anni perseguito con il cuore

Ha conosciuto l'Abeo nel peggiore dei modi. Nel 1989 alla sua bimba di appena sei anni venne diagnosticata una grave malattia, che la portò al decesso nel 1992. Da allora Pietro Battistoni non ha mai abbandonato l'Associazione bambino emopatico ed oncologico. «Sono vicepresidente da dodici anni – racconta – ed è un impegno che svolgo con il cuore».

Appena entrato nell'associazione, assieme ad altri genitori, Battistoni si accorse che per essere incisivi e dare continuità all'attività dell'Abeo era necessario «darle uno stampo manageriale – continua – con un bilancio, degli investimenti in pubblicità e in promozione. In poco tempo questo modo di vedere l'associazione ha dato i suoi frutti: la

gente e le istituzioni hanno dimostrato fiducia in noi. A cominciare dai vertici dell'Azienda ospedaliera con cui abbiamo sempre collaborato ottimamente».

Il ricordo non può non andare al “piccolo miracolo” del reparto speciale di Oncoematologia pediatrica. «Il nostro orgoglio non è tanto nell'aver sostenuto la ristrutturazione, quanto nell'aver dato la spinta propulsiva alla sua creazione – sottolinea Battistoni –. Fino a circa tre anni fa il reparto non esisteva. Nato come Servizio aggregato dell'Oncoematologia pediatrica di Padova, in quanto quest'ultima non poteva più reggere le enormi richieste che provenivano da tutte le parti, è diventato poi Servizio autonomo per trasformarsi

definitivamente in reparto vero e proprio. È stata una conquista per i nostri bambini e un motivo di prestigio per l'ospedale di Verona, come è stata una conquista il primariato del dottor Marradi, che noi stimiamo da sempre».

Ora in programma c'è il sostegno alla ristrutturazione della Pediatria del Policlinico che impegnerà moltissimo l'Abeo. «Abbiamo sempre più fronti su cui operare – aggiunge Battistoni – dai grandi progetti alle cose di tutti i giorni. La nostra forza sono le decine di volontari che ci propongono iniziative per la raccolta di fondi. Hanno un grande entusiasmo e credono in Abeo, in quanto ha sempre operato alla luce del sole e i risultati sono davanti agli occhi di tutti».

Prossimo obiettivo dell'Associazione è la collaborazione per la ristrutturazione del reparto di Pediatria del Policlinico. La serata in discoteca della presidente è servita proprio a promuovere un'iniziativa di sostegno al progetto. Testimonial d'eccezione due campioni del pallone Bobo Vieri

e Cristian Brocchi, che hanno accettato con entusiasmo di prestare i loro volti per la vendita dei braccialetti dell'Abeo. Due cerchi in gomma, rosa e azzurro, con scritto “Baci e abbracci”, che si potranno acquistare negli ospedali dell'Azienda all'offerta minima di un euro. Piccole gocce per

finanziare un “sogno” che una volta realizzato renderà meno triste la vita in ospedale per i centinaia di bambini che ogni anno vengono ricoverati. Anche per questo progetto i volontari dell'Abeo si metteranno in moto: «Sono tantissimi – dice con orgoglio la signora Viapiana –. Molti sono impegnati a raccogliere fondi, altri prestano servizio in Oncoematologia pediatrica». Questi ultimi sono iscritti all'Abio (Associazione bambino in ospedale).

Ma per lavorare nel reparto speciale devono innanzitutto seguire il corso generale per i volontari che intendono operare nel reparto di Pediatria generica e in più sostenere un colloquio con le psicologhe dell'Abeo, le quali tengono per loro anche degli incontri mensili di formazione. «Tutto questo è indispensabile per riuscire a rendere idoneo ogni volontario ad esercitare nel reparto del dottor Marradi – conclude la presidente –. Chi lavora per i nostri ragazzi deve acquisire gli strumenti utili ad affrontare la situazione di malattia ed il contatto con il bambino e la famiglia».



Una festa molto animata ha concluso al "Marani" il corso di formazione per volontari ospedalieri

Solidarietà

51

ALLEGRIA TERAPEUTICA

Una festa molto animata ha concluso il 20 maggio al Centro "Marani" il corso di formazione a cui hanno partecipato tutti i 360 volontari che operano negli Ospedali di Borgo Trento e Borgo Roma. In quell'occasione il direttore generale Valerio Alberti ha consegnato gli attestati di frequenza al corso che si è concluso il 30 aprile. La formazione è uno dei requisiti previsti dal nuovo regolamento che disciplina le attività delle circa trenta associazioni che operano nell'Azienda, offrendo ai ricoverati sostegno psicologico, morale, informazioni sanitarie e assistenza.

«I volontari svolgono una funzione importante di supporto e sostegno al malato ed hanno un importante compito di mediazione fra i pazienti e le figure professionali che operano nei reparti – ha spiegato il direttore –. Proprio per utilizzare al meglio la loro risorsa si è pensato di offrire una preparazione specifica che deve garantire comportamenti omogenei nell'approccio al malato e favorire l'integra-



I clown dell'associazione Ridoridò

portunità di riflettere sul loro ruolo e di migliorare la conoscenza delle strutture dell'organizzazione assistenziale, in particolare per gli aspetti inerenti la comunicazione con il malato e la famiglia e i rapporti interpersonali con il personale sanitario.

«Questa iniziativa è stata la prima esperienza in Italia segnalata per la qualità dell'offerta formativa – ha detto Gian Luigi Tarondi, medico della direzione dell'Ospedale civile maggiore e membro dello staff organizzativo del corso –. È stata un'esperienza innovativa anche a livello nazionale che ripeteremo in futuro».

«I volontari sono persone di ogni estrazione sociale e culturale – spiega la dottoressa Giovanna Pirana –, professionisti e casalinghe, studenti e operai, per la maggioran-

za di età compresa fra i 18 ed i 30 e sopra i 45».



zione fra le varie associazioni». Il corso ha offerto ai volontari l'op-



Sono persone che sanno entrare in sintonia con il malato con discrezione e tatto, portando in corsia la loro umanità. Si avvicinano ai malati per alleviare solitudine e malinconia, per vincere il grigiore della routine ospedaliera e, qualche volta, strappare anche un sorriso. Succede quando nei reparti arrivano i volontari della clown terapia delle associazioni Ridoridò, Progetto Sorriso, e Vivi in positivo. Le loro gag hanno garantito anche il successo della festa al "Marani", ma è nei reparti che loro magia si rivela non solo un'espressione artistica, ma una sorta di terapia della speranza.

In attesa del trapianto

di padre Giacomo Bonaventura

**Grazie a tutti quelli
che acconsentono
a donare i loro
organi. Davanti
a una persona
che attende
non può che esserci
un'altra che dona**

Che in ospedale si vivano numerosi e diversi tempi di attesa è facile da immaginarsi quanto difficile provarlo sulla propria pelle. Attesa di un esame magari invasivo e del suo responso, attesa della visita del medico, attesa dei propri familiari e amici, attesa di poter tornare a casa. Soprattutto tanta attesa che il tempo passi. Per le persone ricoverate l'attesa è parte fondamentale delle giornate ospedaliere, con ritmi diversi dal normale succedersi degli avvenimenti della nostra quotidianità.

C'è un'attesa, però, ancora più problematica da affrontare, ed è quella del trapianto di un organo. Non ti "funziona" più bene il cuore, il fegato, i reni... e devi attendere che un'altra persona muoia, che i suoi familiari acconsentano al prelievo, di essere il "fortunato" compatibile con quell'organo, e ancora sperare che tutto vada bene e il nuovo organo funzioni a dovere.

Incontro tante persone in questa attesa. In tutti fa capolino con forza la speranza di un nuovo inizio, in molti la paura di non arrivare in tempo al trapianto, in qualcuno dubbi e domande sul senso che la morte di un altro porti a te vita, ma comunque per tutti

l'attesa fa da padrona di casa. Per giorni, settimane, mesi e a volte anni.

Vi voglio raccontare di Francesca, una signora di circa 50 anni, in attesa di trapianto di fegato. È uno dei trapianti che non può essere protratto a lungo quando la malattia è avanzata, perché il rischio di perdere consapevolezza e lucidità o di entrare un coma è assai elevato.

Non ho mai chiesto a Francesca che tipo di malattia avesse, né lei me lo ha mai raccontato. Di lei mi ha col-

pito l'alternarsi di cortesia e durezza. Non so se proprio a causa della sua malattia, ma a volte mi accoglieva

tutto abbandonati da lui, altre la richiama insistente di preghiere e del suo aiuto.

Non sono riuscito a comprendere del tutto la loro storia. L'alternarsi di momenti di cortesia e di scontro, però, mi suggeriva la preoccupazione e la paura di quel trapianto che non arrivava mai.

Francesca ha rischiato due volte di non farcela, e tutte e due le volte è stata portata in rianimazione. Entrambe le volte è tornata in reparto e leggevo nei suoi occhi la paura passata e la rinnovata speranza di farcela a giungere al sospirato trapianto.

Poi è andata a casa perché stabilizzata ad aspettare ancora.

Non ho più saputo niente di Francesca. Spero per lei e per il marito che il trapianto sia giunto e la sua vita abbia potuto avere un nuovo inizio.

Per me la comprensione di quanto il cuore dell'uomo sia complesso e difficile da capire in tutte le sue pieghe. Ma soprattutto una consapevolezza maggiore di quanto le attese scavino le persone, portino alla luce le risorse ma pure i limiti personali. Mettano in scacco il desiderio di farcela da soli. Rendano sensibili in maniera inverosimi-

le del bisogno degli altri e della loro benevolenza. Fanno sentire nudi e vulnerabili di fronte all'imponderabile della vita.

Ora quando prego il Signore Gesù mi è più chiaro cosa vuol dire attendere la sua venuta, aspettare la sua risposta, fidarmi... Grazie a Francesca, a suo marito, grazie ai tanti che aspettano un trapianto, ma anche grazie a tutti quelli che acconsentano a donare i loro organi. Davanti ad una persona che attende non può che esserci un'altra che dona.



con estrema gentilezza e mi parlava di quanto le portasse ansia e stress l'attesa del trapianto, altre neanche mi guardava e capivo di non essere il benvenuto in quel momento. Ancora di più il marito, attento e tenerissimo verso la moglie, ma brusco e aggressivo verso le altre persone. Anche con me a volte a malapena celava la sua rabbia dietro un'educazione cortesia, altre lo vedevo col volto distrutto e implorante. Lo stesso verso Dio. A volte parole dure e arrabbiate perché si sentivano del

L'Università di Verona gestisce il More for Mental Health per finanziare gli studi sulla salute mentale

Psichiatria

53

RICERCA DA ADOTTARE

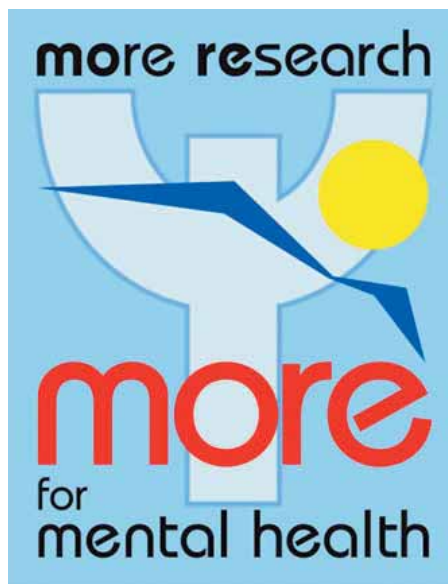
I disturbi mentali sono un importante problema di sanità pubblica. Questi disturbi, infatti,

- sono diffusi nella popolazione generale, in tutte le classi d'età;
- sono associati ad una forte riduzione del funzionamento psicosociale (difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari, ecc.);

- sono all'origine di elevati costi sia sociali sia economici, per le persone colpite e per le loro famiglie.

I dati epidemiologici internazionali indicano che:

- il 25-30 % delle persone soffrono di un disturbo mentale, almeno una volta nel corso della loro vita (è stato stimato che ciò riguarda oggi almeno 450 milioni di persone, nel mondo). I disturbi più comuni sono la depressione ed i disturbi d'ansia;
- la depressione è attualmente la terza malattia (di tutte le malattie conosciute) tra quelle che procurano maggiore disabilità. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) essa è destinata pur-



troppo a passare al secondo posto, nei prossimi anni. Già ora, comunque, la depressione provoca una disabilità più lunga (in termini giorni di lavoro persi) e più grave di quella indotta da malattie croniche come l'ipertensione, l'artrite e il diabete.

Molti progressi sono stati fatti negli ultimi anni nella cura di questi

disturbi. Abbiamo oggi a disposizione non solo farmaci, ma anche interventi psicologici e psicosociali di provata efficacia. Tuttavia, molte cose restano ancora da fare per alleviare le sofferenze dei nostri pazienti e delle loro famiglie. Le speranze per il futuro, per le malattie mentali come per le altre malattie, sono riposte nella ricerca scientifica. **Abbiamo urgente bisogno di migliorare le nostre conoscenze per migliorare le cure e l'esito delle malattie.**

Il problema è che **la ricerca sui disturbi mentali è una ricerca "orfana", in quanto non adeguatamente finanziata.** A parte gli studi sui trattamenti farmacologici, sostenuti dall'industria farmaceutica, tutte le altre ricerche possono contare, in Italia, solo su finanziamenti modesti, al contrario di quanto avviene in altri Paesi come ad esempio gli Stati Uniti, grazie al generoso contributo di Fondazioni, Enti ed anche privati cittadini.

In particolare sono le ricerche più lunghe, come gli studi epidemiologici, quelli sui trattamenti psicosociali e sulle psicoterapie, ma soprattutto le ricerche sugli esiti dei trattamenti nei pazienti più gravi, ad essere sacrificate per mancanza di soldi. In particolare abbiamo bisogno di studi innovativi che integrino approcci psicosociali con approcci genetici e studi di *neuroimaging* eseguiti con tecniche moderne (risonanza magnetica). Queste ricerche sono attualmente in corso nel Centro OMS dell'Università di Verona. Abbiamo deciso di lanciare un'iniziativa, **MORE for Mental Health**, per finanziare la ricerca sulla salute mentale e per fornire indicazioni su come migliorare la qualità delle cure. È stato costituito un fondo, gestito dall'Università di Verona, per sostenere la ricerca scientifica del Centro Oms di Verona.

I vantaggi per le imprese di aderire a "More"

L'impresa che sosterrà la ricerca sulla salute mentale aderendo a "More" potrà usufruire di una serie di ricadute nel campo della comunicazione e dell'organizzazione.

*Un contributo di 5.000 euro consentirà l'inserimento del nome dell'azienda nel sito web del progetto e la citazione della stessa in tutte le attività di comunicazione dell'iniziativa **More for Mental Health**.*

Un contributo di 10.000 euro consentirà all'impresa, oltre quanto indicato al punto precedente, di utilizzare il marchio del progetto nell'ambito dei propri piani di comunicazione.

Un contributo di 20.000 euro consentirà all'impresa di usufruire di quanto sopra e, inoltre, di tre conversazioni aziendali sul tema della comunicazione e del benessere organizzativo.

I contributi finalizzati a sostenere questa ricerca possono essere inviati sul c/c del Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica presso l'Unicredit, Piazza Renato Simoni, Verona (c/c No. 583880, ABI 02008, CAB 11725), specificando la casuale del versamento.

*Per ulteriori informazioni:
Tel: 045.8074952 Fax: 045.500873
e-mail: michele.tansella@univr.it*

E Fido dove lo metto?

di Anna Laura Folena

**Ogni estate
ritorna il problema
degli animali
abbandonati. Ma ci
sono tante soluzioni
per vivere
le vacanze
con gli amici
di tutto l'anno**

Tempo di vacanze: chi non ha ancora prenotato al mare o in montagna, in collina o in riva al lago, si sta affrettando a farlo adesso. Riposte le gioie in cassetta di sicurezza e affidati i gerani alla dirimpettaia dal pollice verde, si è pronti al meritato relax. Oppure no.

Se con noi vive un animale, infatti, dobbiamo pensare anche a lui, e la cosa non è semplice come sistemare le piante del balcone o mettere al sicuro il servizio d'argento della bisnonna. Ma – niente paura – le soluzioni sono tante.

Possiamo decidere di portare Fido con noi, informandoci sulle strutture che ci possono accogliere accompagnati dal nostro amico a quattro zampe. Molti alberghi e residence accettano animali di piccola taglia facendo pagare un extra giornaliero. Alcuni alberghi sono attrezzati per l'accoglienza dei cani, sono dotati di spazi appositi con cuccie e gabbie

dove farli dormire o forniscono le brandine per tenere con sé il cane in camera. Per quanto riguarda i campeggi, molti permettono l'accesso ai gatti e solo alcuni l'accesso ai cani. In ogni caso, vige un rigoroso rispetto del vicinato. Se la meta che abbiamo

scelto non è accessibile al nostro cane, possiamo affidarlo ad una pensione.

Si adatta ancora meglio il nostro gattino: come ci spiegano all'Ordine dei Medici Veterinari di Verona «basta trovare qualcuno che lo vada a nutrire e gli cambi la cassetta, e potrà stare anche da solo a casa per un periodo di tempo non troppo lungo». Quanto al canarino... starà benissimo insieme ai gerani, ospite della vicina di casa.

E per gli animali che restano in città a condividere afa ed inquinamento con i loro padroni? «Teniamo presente che gli animali hanno una capacità termo-regolatrice migliore della nostra. La loro pelliccia li isola dal freddo ma anche dal caldo. Niente tosature estreme, quindi. Per il resto valgono gli stessi consigli che si danno a bambini ed anziani: non uscire nelle ore più calde ed evitare le zone di traffico intenso, tenendo presente che gli animali camminano pro-

Come trasportare i piccoli amici senza far loro vivere troppi disagi

Auto. I cani devono essere sistemati sul sedile posteriore o nella zona di fondo, delimitata da una rete. I gatti, invece, vanno tenuti in una gabbia che impedisca loro di spostarsi all'interno dell'abitacolo.

Per evitare disagi, è consigliabile prevedere soste per consentire all'animale di bere, sgranchirsi, e fare i propri bisogni.

Da evitare che il cane viaggi con la testa fuori dal finestrino perché i colpi d'aria possono provocare otiti e congiuntiviti.

E attenzione: durante il periodo estivo non lasciate mai l'animale nell'auto in sosta: il cane, non essendo in grado di sudare, non ha modo di raffreddare il proprio organismo ed è soggetto a colpi di calore che possono essere fatali.

Treno. Gli animali possono viaggiare regolarmente in treno, a condizione che sia stata segnalata la loro presenza al momento della prenotazione e si sia pagato il biglietto (il 50% di un normale biglietto di 2° classe). Qualora si tratti di cani di grossa taglia, spesso il loro trasporto dovrebbe essere effettuato in una gabbia nel vagone merci. Cani e gatti non sono comunque ammessi sul Pendolino, sui vagoni letto e nelle cuccette.

Aereo. Cani e gatti di piccola taglia di solito possono viaggiare insieme al padrone, a condizione che non vi



siano troppo animali a bordo. La decisione – oltre a variare da compagnia a compagnia – spetta di volta in volta al comandante. I cani che pesano più di 10 kg. devono viaggiare nella stiva (pressurizzata e climatizzata) e devono essere chiusi in una gabbia di plastica.

Navi. Di norma gli animali sono accettati senza problemi, previo pagamento di regolare biglietto. Generalmente vengono alloggiati in apposite gabbie, ma su alcuni traghetti esiste la possibilità di tenerli con sé in cabina. Naturalmente pagando un supplemento.

Prima di partire per le vacanze bisogna ricordarsi anche di richiedere al Servizio veterinario il "passaporto" per il "turista" a quattro zampe

I proprietari di animali da compagnia in partenza per vacanze in altri Paesi europei non devono preoccuparsi solo dei propri documenti d'identità. Prima di partire devono richiedere al Servizio veterinario della propria Asl il rilascio di un apposito documento per il proprio amico a quattro zampe. Dal primo ottobre dello scorso anno, infatti, è obbligatorio il passaporto europeo per cani, gatti e furetti al seguito dei loro padroni. Questo vale per gli animali che si spostano da un Paese europeo all'altro oppure in entrata in Europa. Lo speciale documento permette l'identificazione dell'animale e del suo proprietario, riporta tutte

le pratiche veterinarie effettuate, il numero identificativo del microchip e altre informazioni. Fra l'altro, l'uso del microchip al posto del tatuaggio diventerà obbligatorio in tutti i Paesi europei fra otto anni. Regno Unito, Irlanda, Svezia e Malta richiedono inoltre che per i prossimi cinque anni i passaporti riportino la trascrizione delle analisi per gli anticorpi della rabbia. Questa prova sierologica dovrà essere effettuata almeno sei mesi prima della partenza per il Regno Unito, per l'Irlanda o per Malta ed almeno 120 giorni prima della partenza per la Svezia.

prio ad altezza dei tubi di scappamento». E se i medici consigliano a noi umani

una dieta estiva più fresca e leggera, lo stesso fanno i veterinari per l'alimentazione degli animali, consigliando

ai loro proprietari di non sovrabbondare con le proteine nella ciotola dei loro amici animali.

L'Enpa spiega le malattie più probabili a seconda delle aree geografiche

L'Ente nazionale protezione animali mette in guardia contro il rischio che gli animali si ammalino disegnando una mappa delle aree geografiche (www.enpa.it):

Sardegna

Malattie o fattori da temere: *Echinococco*, particolare tipo di tenia. È un piccolissimo parassita che si stabilisce nell'intestino, diffuso tra i cani da pastore che vivono a contatto con le pecore.

Come si contrae: il cane contrae questo parassita unicamente cibandosi di carni di ovini o bovini infestati.

Sintomi: per lo più nessun sintomo.

Precauzioni: nutrire il cane esclusivamente con carne cotta ed evitare che rovi nelle pattumiere.

Bacino Mediterraneo
(Sardegna, Argentario, Isola d'Elba, Sicilia ed altre regioni del Sud)

Malattie o fattori da temere: *Pappatacio*. Piccolo insetto simile alla zanzara che con il suo morso può trasmettere un protozoo che causa una grave malattia la *leishmaniosi*.
Sintomi: vari. I più frequenti sono



un notevole dimagrimento nonostante l'appetito normale ed una crescita eccessiva e veloce delle unghie.

Precauzioni: non esiste vaccino, ma si possono usare alcuni antiparassitari da distribuire sul pelo per evitare che il pappatacio venga a contatto con il nostro cane. L'attività del pappatacio è prevalentemente notturna.

Pianura Padana

Malattie o fattori da temere: *Filariosi cardiopolmonare*.

Come si contrae: è un insetto a trasportare e iniettare da un animale all'altro le larve del parassita. Una volta nel corpo del cane la larva diventa adulta e si localizza nel cuore e nelle arterie polmonari.

Sintomi: disturbo alle contrazioni cardiache. Il cane si stanca facilmente e tossisce frequentemente. Con il progredire della malattia viene compromessa la capacità del cuore di regolare la circolazione cardiaca.

Precauzioni: fortunatamente è possibile prevenire questa terribile malattia somministrando al cane delle compresse che impediscono alla larva di diventare adulta.

Arco alpino, oltr'alpe, o qualsiasi paese straniero

Malattie o fattori da temere: *Rabbia*. Infezione virale che può colpire tutti i mammiferi e che porta alla morte per paralisi.

Come si contrae: mediante la saliva, attraverso il morso di un animale infetto.

Sintomi: difficoltà a deglutire, bava, desiderio di aggredire, vagabondaggio senza meta.

Precauzioni: vaccino (in molti casi obbligatorio).

LA VOLONTÀ DI DONARE

La legge n. 91 del 1 aprile 1999 ed il Decreto ministeriale della Sanità dell'8 aprile 2000 introducono il principio secondo cui la donazione di organi e tessuti dopo la morte della persona è legittima, e quindi può essere eseguita, se il donatore ha manifestato in vita la volontà preventiva di donare gli organi e tessuti. La dichiarazione di volontà può essere anche negativa, ossia la persona può manifestare la propria volontà contraria (dissenso) in ordine al prelievo di organi e tessuti dopo la propria morte.

COME FARE LA DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ?

È possibile:

- una dichiarazione scritta che il cittadino porta con sé con i propri documenti. A questo proposito il Decreto legislativo 8 aprile 2000 ha stabilito che qualunque nota scritta che contenga nome, cognome, data di nascita, dichiarazione di volontà (positiva o negativa), numero di un documento di identità, data e firma, è considerata valida ai fini della dichiarazione
- la registrazione della propria volontà presso l'Azienda Uls di riferimento o il medico di famiglia
- la compilazione del tesserino blu inviato dal ministero della Sanità nel maggio del 2000 che deve essere conservato insieme ai documenti personali
- l'atto olografo o la tessera dell'Aido o di una delle altre associazioni di



In alto, l'ospedale di Borgo Trento; qui, Borgo Roma

volontariato o di pazienti.

– per i minori la decisione circa l'eventuale espanto spetta ai genitori.

All'Ufficio relazioni con il pubblico dell'Azienda ospedaliero-universitaria ogni cittadino maggiorenne può manifestare la propria volontà riguardo alla donazione dei propri organi e tessuti dopo la morte.

Il cittadino che intende rivolgersi all'Ufficio relazioni con il pubblico per rilasciare la propria manifesta-

zione di volontà (negativa o positiva) dovrà compilare un modulo predisposto dal ministero della Sanità su cui dovranno essere indicati anche i dati anagrafici, il codice fiscale, gli estremi del documento d'identità e l'Azienda sanitaria locale di appartenenza (intesa come l'Asl dove il cittadino è iscritto e che sarà quella tenuta alla registrazione della dichiarazione).

È importante quindi presentarsi con i seguenti documenti:

- documento d'identità
- codice fiscale
- tessera sanitaria.

Una copia di tale modulo sarà restituita timbrata e firmata al cittadino quale ricevuta della dichiarazione presentata. Successivamente alla registrazione informatica, il cittadino riceverà una comunicazione dalla propria Asl di conferma dell'inserimento dei dati personali e della volontà resa nella Banca dati nazionale.

Il sistema operativo scelto garantisce un livello di sicurezza assoluto circa la riservatezza dei dati dei cittadini. I dati registrati sono accessibili soltanto al personale autorizzato e non è assolutamente possibile procedere alla modifica del dato inserito senza autorizzazione del cittadino.

La dichiarazione costituisce atto vincolante e può essere cambiata solo dal cittadino dichiarante in qualsiasi momento della sua vita.



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