

La Salute e la Città

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

Editore

Azienda Ospedaliera di Verona
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona

Direttore responsabile

Maria Fiorenza Coppari

Direttore editoriale

Valerio Alberti

Comitato editoriale:

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

Redazione e Pubblicità

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

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Consulenza informatica

Luca De Vita

Giornalisti collaboratori

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

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

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

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

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

La Salute

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

e la Città

Sommario

EDITORIALE

Tecnologie per la salute
di *Valerio Alberti* pag. 2

PRIMO PIANO

Attualità.
Il polo chirurgico
di *M. F. Coppari Del Giglio* pag. 3
Focus.

La paura di cadere
di *Claudio Bulighin* pag. 7

Osteoporosi.
La fragilità ossea
di *Maurizio Angeleri*
e *Maria Floriani* pag. 11

Ricerca.
Una visione distorta
di *Alessandro Azzoni* pag. 13

Dossier.
Un aiuto per la coppia
di *Franco Diani* pag. 17

Malattie rare.
Voglia di respirare
di *Paola Arosio* pag. 25

Forum.
Generici ma efficaci
di *Paola Arosio* pag. 30

Prevenzione.
Affari di cuore
di *Elena Zuppini* pag. 33

Dermatologia.
Questioni di pelle
di *Paola Arosio* pag. 37

In primo piano.
Insieme per la vita
di *Alessandro Azzoni* pag. 41

Nuove cure.
La cornea si rigenera
di *Giorgio Marchini*,
Emilio Pedrotti
e *Arianna Sbabo* pag. 46

Urp.
I perché dell'ospedale

di *Salvatore Toscano*
e *Tiziano Perusi* pag. 48

Allergie.
Reazioni avverse
di *Alessandro Azzoni* pag. 34

Riabilitazione.
Se l'intestino è corto
di *Elena Zuppini* pag. 51

Solidarietà.
Giocare per guarire
di *Anna Maria Folena* pag. 53

RUBRICHE

LO PSICOLOGO
L'arte di saper comunicare
di *Lidia del Piccolo* pag. 16

DENTRO DI NOI
L'angelo del povero
di *Lorenzo Gobbi* pag. 23

ORDINE DEI MEDICI
Più comunicazione fra medici
di *Franco Colletta*
e *Alberto Perone* pag. 24

LISTE D'ATTESA
I criteri della riabilitazione
di *Luciano Flor*
e *Giulia Bisoffi* pag. 28

SALUTE E DIRITTI
La tutela della privacy
di *Lucia Poli* pag. 40

MEDICO DI FAMIGLIA
Badanti, miracolo assistenziale
di *Gelmino Tosi* pag. 45

AMICI ANIMALI
Attenzione al pappatacio
di *Anna Laura Folena* pag. 56

Tecnologie per la salute

di Valerio Alberti*

Gestire un ospedale significa cercare ogni giorno di coniugare efficienza e attenzione per la persona sofferente. Superata la concezione di ospedale come "fabbrica di salute" in cui il paziente viene spersonalizzato e trattato come "oggetto" da curare con le conoscenze più progredite e le strumentazioni più sofisticate, oggi avvertiamo l'esigenza di un nuovo umanesimo. Sappiamo che la qualità delle cure che offriamo non può basarsi sull'"efficientismo tecnologico", ma deve valorizzare la relazione fra medico e paziente, fondata sulla condivisione di un percorso terapeutico che contempli la possibilità di ricorrere a tutte le strategie d'intervento più appropriate.

Se questa è la premessa, è chiaro che in un moderno ospedale per acuti, qual è quello di Verona, le tecnologie mediche sono uno strumento di lavoro indispensabile per il processo clinico-assistenziale nelle sue fasi di diagnosi e terapia.

Noi crediamo che l'apporto della tecnologia applicata alla scienza ed alla medicina sia strategico per questo ospedale, e lo dimostrano i dati relativi agli investimenti in apparecchiature biomediche che sono passati dai circa 9 milioni di euro del 2003 agli oltre 10 milioni del 2004 per arrivare agli oltre 13 milioni di quest'anno, in cui abbiamo gestito un centinaio di gare, con uno sforzo anche organizzativo di grande rilievo.

Ma come ci orientiamo per il rinnovo del nostro parco tecnologico? L'evoluzione delle tecnologie in ambito sanitario, l'introduzione di nuove metodiche, la grande varietà di dispositivi disponibili sul mercato e la necessità di sostituire le apparecchiature più vecchie o superate, richiede che l'acquisto delle tecnologie sia supportato da informazioni e conoscenze tecniche il più possibile complete e capaci di indirizzare in modo razionale (verso una maggiore efficacia, appropriatezza ed efficienza) la scelta tra le opzioni disponibili già consolidate nella pratica clinica o di nuova introduzione. Per questo la programma-



zione delle apparecchiature da acquistare viene fatta tenendo conto di diverse informazioni tecnico-scientifiche che vengono tra loro integrate. Vengono valutate le conoscenze epidemiologiche relative alla struttura e alle caratteristiche della popolazione, attuale e potenziale, che trarrà vantaggio dall'uso dell'apparecchiatura, la coerenza con i fini istituzionali dell'Azienda sia per le prestazioni che già vengono effettuate che per quelle con carattere innovativo, la gravità del bisogno assistenziale e i benefici attesi dall'utilizzo della tecnologia e le eventuali tecnologie alternative.

È necessario tener conto anche della conformità alla programmazione regionale e nazionale per quanto concerne il bacino di riferimento attuale e potenziale e la possibilità di integrazioni tra le attività ospedaliere con quelle territoriali. Inoltre, nello stabilire le priorità nell'acquisto delle varie apparecchiature, devono essere prese in considerazione le necessità di sostituzione di apparecchiature che non rispondono a nuovi requisiti di sicurezza (elettrica, meccanica o di altro tipo) e di completamento di

progetti di ristrutturazione o di realizzazione di nuove strutture in corso.

Si è detto in premessa che il nostro ospedale crede nella risorsa tecnologica. Come abbiamo detto, le risorse economiche investite sono notevoli ed è doveroso sottolineare anche l'apporto importantissimo di Enti, Istituzioni ed Associazioni quali, ad esempio, la Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno

e Ancona e del banco Popolare di Verona e Novara.

Complessivamente sono in fase d'acquisto 783 apparecchiature: 463 sono dotazione dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento e 306 dell'ospedale policlinico di Borgo Roma. Stiamo dotando il nostro ospedale di due nuove Tac multistrato investendo oltre 3 milioni e 600mila euro, di una risonanza magnetica 3 Tesla del valore di 1 milione e 800mila euro, di un acceleratore lineare fisso (valore 1 milione e 200mila euro) e di uno mobile (valore 750mila euro) e di un'apparecchiatura per l'ipertermia profonda. Accanto alle grandi attrezzature vi sono anche acquisti che riguardano apparecchiature di valore più modesto, ma di grande importanza per la qualità dell'assistenza, come i 26 defibrillatori cardiaci che garantiranno la tempestività d'intervento necessaria a salvare vite umane.

Ed è proprio questo l'obiettivo per cui tutti, in tutti i settori, operiamo ogni giorno nel nostro ospedale.

***Valerio Alberti**
Direttore generale
Azienda ospedaliera di Verona

Si è conclusa la fase “0” della ristrutturazione dell’ospedale di Borgo Trento. Ora apre il cantiere

Attualità

3

IL POLO CHIRURGICO

Ospedale di Borgo Trento: a che punto sono i lavori che porteranno alla realizzazione del nuovo Polo chirurgico? Da agosto all’ospedale civile maggiore si coglie un nuovo fermento. Le “opere propedeutiche” – come sono state definite le nuove strutture tecnologiche del valore di circa 9 milioni di euro la cui costruzione doveva necessariamente precedere l’apertura del cantiere – sono state ultimate con ben due mesi d’anticipo sul previsto. I lavori sono durati solo otto mesi.

La più imponente fra tutte le “propedeutiche” è senza dubbio la centrale tecnologica che s’affaccia su Lungadige Attiraglio. È una struttura di cui dall’esterno non si coglie l’imponenza, dato che i progettisti hanno cercato di minimizzarne l’impatto ambientale, anche per non interrompere la suggestione della bella passeggiata che in futuro la Fondazione “Berto Barbarani” presieduta da Giorgio Gioco si augura venga intitolata al poeta de L’Adese, Tolo da Re.

La nuova centrale tecnologica

La centrale costruita dall’impresa Bonatti si sviluppa su 4.900 metri quadrati, 3 livelli e 4 blocchi composti per la produzione di calore, refrigerazione, elettricità e servizi.



Il plastico del nuovo Polo chirurgico

Qui si è lavorato con squadre di 30-50 operai senza sosta e senza interruzioni, nemmeno per le giornate festive, tanto che anche la sospensione del traffico sul lungadige, necessaria in alcune fasi dei lavori, è stata inferiore al previsto.

Per potervi spiegare come funziona la nuova centrale l’abbiamo visitata assieme l’ingegner Giorgio Finotti progettista di Tifs che ha seguito i lavori e all’architetto Flavio Mura-

rolli, responsabile unico del procedimento.

«L’aspetto più interessante di questa realizzazione – spiega l’ingegnere – è che si è dotato tutto il vasto complesso ospedaliero di Borgo Trento di un polo centralizzato di nuova concezione per la produzione di caldo e freddo. Questo tipo di struttura non è ancora molto diffusa, perché ne vengono dotati soltanto gli ospedali costruiti ex novo. Nel

ULTIMATI I LAVORI DI COSTRUZIONE DELLE OPERE TECNOLOGICHE

I lavori per la costruzione delle opere propedeutiche alla costruzione del nuovo Polo chirurgico dell’ospedale civile maggiore Borgo Trento di Verona affidati all’impresa Bonatti sono stati conclusi il 20 luglio. Tale intervento era la “fase 0” del progetto per la realizzazione del nuovo Polo chirurgico progettato dall’Ati Altieri-Gmp-Tifs-Step-Land. Ora ha inizio la “fase 1” della ristrutturazione, con l’apertura del cantiere per la nuova grande costruzione che sorgerà

nell’area precedentemente occupata dalla palazzina della farmacia posta alla fine del complesso “storico” dell’ospedale di Borgo Trento, e nello spazio retrostante.

Le opere propedeutiche realizzate sono, oltre alla centrale tecnologica, la cabina elettrica sul lato Mameli, la Pipe-line che collegherà i fluidi – acqua e vapore – prodotti dalla centrale tecnologica alle reti esistenti all’interno dell’ospedale mentre saranno in corso i lavori del cantiere, la centrale per i gas

medicali sul lato Mameli e l’isola ecologica posta dietro la Maternità. Durante la “fase 0” si è provveduto anche alla ristrutturazione della palazzina economale posta dietro il Geriatrico per accogliere la nuova farmacia, il centralino telefonico (anche tutta la rete è stata ristrutturata) ed il magazzino economale. È già in funzione anche la nuova centrale per il trattamento dei reflui che tratta e disinfecta le acque che vengono convogliate nella rete fognaria cittadina.

caso di Verona, invece, la struttura sarà a servizio non solo del nuovo Polo chirurgico, ma anche di tutti gli altri padiglioni. È vero all'Ocm si era già provveduto in passato a centralizzare la produzione di calore con la centrale termica ubicata su lungadige Attiraglio – che ora sarà demolita per aprire lo scavo del cantiere –, ma ciò non era stato fatto per la refrigerazione».

Tutti, infatti, possono vedere, distribuiti in vari luoghi dell'Ocm, torri per il raffreddamento come, ad esempio, quelle a lato della centrale a servizio di Cardiologia e Cardiochirurgia. Esse saranno tutte smantellate quando, alla fine dei lavori per il Polo, potrà entrare in funzione il punto di produzione per il freddo della nuova centrale che sarà ultimato l'anno prossimo.

Intanto entrerà in funzione la centrale termica con le sue tre poderose caldaie che funzioneranno a gas metano, combustibile meno inquinante del Btz finora utilizzato dalla vecchia centrale. Ancora per pochi anni, infatti, la centrale dovrà continuare a fornire vapore perché

LA NUOVA RETE PER L'EROGAZIONE DI ELETTRICITÀ

Durante la “fase 0” è stata anche ottimizzata la rete elettrica. È stata costruita una nuova cabina sul lato del recinto che s'affaccia su via Mameli. L'ospedale è stato così dotato di un secondo punto d'erogazione d'elettricità fornita dall'Agsm ed è stato creato un nuovo anello che interconnette la nuova cabina con quella principale ubicata su lungadige Attiraglio ed i punti per la

trasformazione da media a bassa tensione.

La nuova cabina può entrare in funzione in alternativa a quella principale in caso di guasto, intervenendo prima che sia necessario attivare i gruppi elettrogeni. Il nuovo anello, inoltre, permette di bypassare il tratto di rete eventualmente fuori servizio, realizzando un allacciamento-ponte provvisorio.

attualmente è il vapore ad alimentare la rete per il riscaldamento dell'ospedale. La centrale, però, è stata progettata per potersi interconnettere con la rete del teleriscaldamento di Agsm che, come è noto, utilizza acqua surriscaldata. In futuro tutto l'ospedale sarà servito dal teleriscaldamento e soltanto una delle tre caldaie continuerà a produrre il vapore necessario alla sterilizzazione e all'umidificazione degli ambienti. Le altre saranno convertite alla produzione di acqua surri-

scaldata da immettere nella rete del teleriscaldamento.

Sotto la centrale è stata inoltre ricavata una riserva idrica di 180 metri cubi per la sicurezza antincendio. La “fase 0” è, dunque, archiviata. Essa ha comportato anche la necessità di privare l'ospedale di alcuni alberi. È stato un sacrificio che si è dovuto affrontare per liberare l'area interessata ai lavori che ora comincia a dare l'idea dell'ampiezza dell'intervento.

Si sta passando dalla “fase 0” alla



La nuova centrale termica altamente tecnologica per la produzione di caldo e freddo

“fase 1” senza soluzione di continuità. Si lavora per l'abbattimento delle palazzine di Farmacia, ex BATTERIOLOGIA, Psichiatria – con il trasferimento dei reparti nella nuova sede completamente rinnovata nell'ex casa di cura, già sede della medicina trasferita al Geriatrico, all'ingresso dell'ospedale – e vecchia centrale termica. Nel frattempo potrà iniziare anche lo scavo per le fondamenta del nuovo grande Polo chirurgico.

Il monitoraggio dei lavori

Tutti i componenti del Gruppo operativo di gestione della ristrutturazione continuano a monitorare ogni stadio della complessa realizzazione. La sfida è importante: l'ospedale dovrà continuare a funzionare regolarmente nonostante il cantiere. «Finora lo scopo è stato sostanzialmente raggiunto – sottolinea il direttore generale Valerio Alberti –. Per poter gestire nel miglior modo possibile un intervento così imponente è attivo da circa un anno un gruppo di lavoro che si riunisce settimanalmente per monitorare ogni fase ed ogni impatto dei lavori sulla vita e i settori d'attività dell'ospedale, come le possibili ricadute sui cittadini, i pazienti e gli operatori stessi».

Questo Gruppo operativo di gestione è composto dai responsabili delle direzioni mediche e dei servizi tecnico, informatica, logistica, infermieristico, prevenzione e protezione, acquisti e mobility management. In sostanza comprende tutti coloro che



Da sinistra: l'ingegner Giorgio Finotti, progettista di Tifs con il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Valerio Alberti nella sala caldaie della centrale

quotidianamente rendono possibile il funzionamento dell'ospedale». Il primo test, la “fase 0”, è stato importante – continua Alberti –, perché si ritiene che l'impatto dei cantieri per la costruzione delle tecnologiche, disseminati lungo tutto il recinto ospedaliero, avrebbe potuto comportare maggiori disagi.

Ora continueremo a cercare di fare del nostro meglio nei confronti dei pazienti, gli operatori sanitari e i cittadini, con accorgimenti tecnici per ridurre il problema delle polveri e dei rumori e per contenere le limitazioni alla viabilità su lungadige Attiraglio. Penseremo anche al verde.

A nessuno ha fatto piacere dover rinunciare ad alcuni alberi, ma il progetto prevede anche nuove piantumazioni lungo il recinto e la creazione di ampi giardini. Credo che alla fine il comfort e l'efficienza che offriremo a chi sarà curato nel nuovo Polo ci compenseranno ampiamente dei disagi sopportati».

Aree verdi

Nel predisporre il progetto per la ristrutturazione si è pensato anche alla risistemazione dei giardini, affidando lo studio all'architetto paesaggista Andreas Kipar di *Landscape architecture nature development srl* di

L'OCM, UN'OPERA CHE OCCUPERÀ UN'AREA DI DIECIMILA METRI QUADRATI

Il progetto per la ristrutturazione dell'Ocm prevede la costruzione di un Polo chirurgico con Pronto soccorso e poliambulatori che occuperà un'area di diecimila metri quadrati ubicata nella zona intermedia fra i padiglioni del vecchio Ocm e il Geriatrico.

Il Polo sarà realizzato su 5 piani scoperti che ospiteranno tre piani di degenze (450 posti letto), un piano per le rianimazioni e le attività di day-surgery. La hall d'ingresso ospiterà studi medici e negozi. Nei tre piani seminterrati o interrati troveranno spazio sale di sterilizzazione, spogliatoi per il personale, 32 sale operatorie con annessa Radiologia per interni. Al

corpo principale del Polo verso l'Adige sarà addossata la palazzina del Pronto soccorso, collocata alla stessa quota del blocco operatorio e della Radiologia con ingresso da Lungadige Attiraglio. Al lato del Polo rivolto verso l'ingresso di Piazzale Stefani sarà addossata la palazzina dei circa 100 poliambulatori per pazienti esterni, suddivisi in attività mediche e chirurgiche.

L'opera è finanziata con 50 milioni di euro stanziati dalla Regione Veneto e con 100 milioni dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona.

Milano. Il “Piano del verde” tiene conto delle indicazioni espresse dal Corpo forestale dello Stato che ha dato parere favorevole al progetto per il Polo nella Conferenza dei servizi dell'11 marzo 2002. È un lavoro molto accurato: il Piano è un volume di oltre 90 pagine che contiene il completo censimento delle aree verdi e dei singoli alberi, arbusti e piante esistenti all'interno dell'ospedale e il progetto dei nuovi giardini.

La logica del Piano, secondo quanto consigliato dal Corpo forestale, è basata sul rispetto d'ogni pianta che non sia indispensabile rimuovere per esigenze di cantiere. Gli 859 alberi dell'ospedale sono stati censiti uno per uno: 154 sono sani, 485 in buone condizioni, 26 hanno problemi di staticità, 187 hanno problemi fitosanitari di varia entità, 7 sono in condizioni gravemente compromesse. La costruzione del Polo prevede che il 69% degli alberi sarà mantenuto a dimora. Se possibile – in base alle loro dimensioni, tipologia e stato di salute – gli alberi che occupano spazi da cui è necessario rimuoverli saranno trapiantati.

È stato previsto anche che gli abbattimenti necessari siano compensati con la tutela di altri alberi e piante esistenti nella stessa area. Prima dell'inverno saranno messi a dimora alberi e piante nei luoghi dove sono stati ultimati i lavori di costruzione delle opere tecnologiche. Sul lato Mameli saranno piantati nuovi alberi, cespugli e un tappeto di “vinca minor”.

Sul lato del lungadige Attiraglio dove è stata ultimata la centrale tecnologica saranno messi a dimora salici, meli da fiore e cipressi. Una volta ultimata la costruzione del Polo e la ristrutturazione, tutta la parte centrale dell'attuale bacino ospedaliero, posta fra le due spine di edifici laterali, sarà destinata a parco, con area giochi per i bambini e area ristoro.

Il giardino centrale sarà il nuovo punto focale dell'ospedale maggiore, un elemento di forte impatto visivo che collegherà l'ingresso



Foto giardini Ocm e, sotto, l'atrio dell'ospedale nelle simulazioni al computer

principale di piazzale Stefani con l'edificio del nuovo Polo. L'area sarà incorniciata da un pergolato di glicine, avrà arbusti sempreverdi come Tasso e Viburnum e sarà una superficie verde non statica, caratterizzata da macchie di colore ottenute con erbacee, cespugli perenni e piante da fiore.

Nel progetto il giardino centrale è definito pensile, in quanto esso sarà la copertura delle strutture che saranno realizzate negli spazi sottostanti. Anche qui saranno ottenuti giardini interrati utilizzando soprattutto aceri giapponesi dal fogliame colorato che saranno visibili, e godibili, anche dal soprastante giardino pensile. Giardini lineari sono previsti poi a margine dei percorsi laterali che si snoderanno dall'ingresso di piazzale Stefani. Qui sarà introdotta

una graziosa varietà di acero dalle foglie trilobate che in autunno si colorano di un giallo lucente.

Nasceranno anche altri scenari verdi, come una “Corte di magnolie” che sarà creata valorizzando due grandi alberi già esistenti e mettendone a dimora altri. È prevista inoltre la risistemazione del viale della Chiesa, con messa a dimora di aceri e cipressi a la salvaguardia del ligustro e della robinia esistenti. Dietro il Polo chirurgico, infine, si pensa di realizzare un “giardino romantico”, luogo appartato e tranquillo che s'affaccerà su via Mameli. Alla fine della ristrutturazione avremo dunque a disposizione un nuovo elegante giardino, un luogo piacevole per passeggiare e per una pausa distensiva nel verde.



È una sindrome geriatrica responsabile della riduzione della qualità di vita dell'anziano

Focus

7

LA PAURA DI CADERE

di Claudio Bulighin*

Le cadute nell'anziano rappresentano un problema di grande rilevanza sociale con importanti ripercussioni sul sistema sanitario, socio-economico e sulla qualità della vita dei pazienti; recenti studi epidemiologici hanno evidenziato che circa un terzo delle persone al di sopra dei 65 anni e la metà di quelle sopra gli 80 cade almeno una volta all'anno e che il 20% di esse abbisogna di cure successive al trauma (*Laquitana 2002*).

Una caduta su dieci provoca conseguenze drammatiche come, ad esempio, la frattura di femore che spesso comporta la necessità di ricovero in ospedale, di intervento chirurgico, con periodi variabili di limitazione dell'autonomia e con possibili complicanze che agiscono spesso a "cascata" sul fragile equilibrio sistemico dei soggetti anziani.

Secondo alcuni autori accanto ad una mortalità diretta in fase acuta dell'1-5%, la mortalità ad un anno dalla frattura sarebbe intorno al 25% ed è stato calcolato che il rischio di morte per frattura di femore è sovrapponibile a quello per tumore alla mammella.



Claudio Bulighin, direttore Unità operativa di Medicina fisica e riabilitazione

Oltre alla mortalità, è fondamentale altresì valutare l'importante impatto sulla disabilità: dopo un anno dall'evento, meno della metà dei pazienti riesce a deambulare in maniera autonoma e circa il 20% perde completamente la possibilità di camminare, sviluppando quindi una totale dipendenza.

Esiste concordanza nell'affermare che il rischio di frattura aumenta con l'età e di conseguenza si prevede che il numero di fratture di femore si incrementi considerevolmente nei prossimi decenni, in considerazione alla crescita dell'età media della popolazione. Il costo sociale e sanitario delle cure e dell'assistenza relativo alle conseguenze delle cadute nell'anziano raggiunge cifre elevatissime, ne consegue la necessità di una prevenzione di base. Per effettuare un'adeguata prevenzione è necessario analizzare e trattare le cause determinanti, identificando i fattori di rischio in correlazione con le cadute in individui non solamente affetti da patologie predisponenti, ma anche in apparente buono stato di salute. Una prevenzione così strutturata permette di fornire

indicazioni su comportamenti corretti da tenere per ridurre drasticamente il rischio di cadute nella popolazione. È da considerarsi che le persone anziane hanno una frequenza di caduta elevata (ma bambini e atleti cadono di più), ma hanno soprattutto un'elevata frequenza di cadute con conseguenze.

CAUSE

Nel soggetto anziano le cause predisponenti sono il risultato di una complessa interazione fra fattori intrinseci (riconducibili al soggetto stesso) ed estrinseci (comprendono elementi legati all'ambiente esterno o al tipo di attività svolta dal soggetto).

Quelli intrinseci, sono in ordine di rischio: debolezza muscolare, storia di cadute, deficit dell'andatura, deficit dell'equilibrio, utilizzo di ausili per la deambulazione, deficit visivi, artrite, disabilità motorie che compromettono la normale esecuzione delle attività della vita quotidiana, depressione e deficit cognitivi. Tali fattori sono correlati con l'invecchiamento fisiologico, con riduzione progressiva dell'efficienza di sistemi ed apparati responsabili della stabilità nella stazione eretta, della capacità di mantenere l'equilibrio e della fluidità dei movimenti.

A livello di apparato locomotore si hanno alterazione della quantità e della qualità del muscolo (a coinvolgimento prevalente dei muscoli antigravitari) con riduzione della massa muscolare, della forza e della velocità di contrazione e rilasciamento, della elasticità con conseguenti limitazioni dell'escursione articolare. Si hanno inoltre alterazione della quantità e qualità dell'osso (artrosi e osteoporosi rappresentano problemi ricorrenti nella pratica geriatrica e riabilitativa); a livello della colonna, ad esempio, una accentuazione della cifosi dorsale: spostando in avanti il baricentro rispetto alla base d'appoggio può comportare perdite di equilibrio anche in

risposta a modeste sollecitazioni. La presenza poi di eventuali deformità delle articolazioni periferiche, può comportare incertezza negli spostamenti e nella marcia.

Nel paziente anziano si ha una riduzione del *visus* spesso connessa con il controllo dell'equilibrio in stazione eretta e nel cammino; sono frequenti inoltre sindromi vertiginose legate a disfunzioni del sistema vestibolare (struttura fondamentale per il controllo dell'equilibrio), dotato di compiti importanti per quanto concerne l'orientamento spaziale e il controllo dei movimenti. Il sistema nervoso nell'anziano può essere coinvolto sia nella sua componente periferica (perdita di neuroni motori e sensitivi e di recettori, riduzione del diametro dell'assone e del trasporto assonale, ecc.). Sono coinvolte sia le vie afferenti, che trasportano informazioni relative alla posizione del corpo e delle sue parti nello spazio, sia le vie efferenti che attivano risposte motorie finalizzate al mantenimento dell'equilibrio posturale e sia la componente centrale, sede di integrazione delle informazioni provenienti dalla periferia, con conseguente collaborazione, e di organizzazione delle risposte motorie adattive. Un'altra importante causa di caduta è paradossalmente la paura di cadere (*fear of falling* o *post fall syndrome*).

Negli anni '70 Marks e Bebbington descrissero la *space phobia* (fobia dello spazio aperto) in alcune donne anziane che dimostravano un'intensa paura di cadere in assenza di supporti visibili a portata di mano o guardando la posizione dei segnali stradali mentre erano alla guida della loro automobile. Questi autori ipotizzavano di trovarsi di fronte a una nuova sindrome o a una variante insolita dell'agorafobia.

Nel 1980 Guimaraes e Isaacs evidenziarono in un gruppo di anziani ricoverati in ospedale in seguito ad una caduta, la presenza di un cammino anormale. Questi soggetti mostravano una grande paura di cadere a partire dalla stazione eretta, tendevano ad aggrapparsi agli oggetti che rientravano all'interno del loro campo visivo e mostravano esitazione ed impaccio



nei tentativi di deambulare. Questi segni erano così seri e legati a una storia di cadute recenti che, nel tentativo di descrivere tale quadro patologico fu proposto il termine *post-fall syndrome* (sindrome del post caduta).

Il primo tentativo per determinare le cause e le conseguenze della *post-fall syndrome* fu realizzato da Murphy ed Isaacs nel 1982. Essi suddivisero il gruppo di studio per gravità diverse e verificarono che la fornitura di un supporto per la deambulazione che consentiva anche nei casi gravi di migliorare notevolmente il *pattern* di movimento, mentre nei casi lievi il semplice incoraggiamento era sufficiente per far deambulare il paziente senza sostegno.

Nel corso degli anni sono state sviluppate ulteriori definizioni sulla paura di cadere (*fear of falling*) intesa inizialmente come trauma psicologico risultante dalla caduta.

Nel 1994 Arfken ha dimostrato la relazione della paura con la qualità di vita, la fragilità e l'esperienza di cadute con conseguenze su iniziativa motoria e attività sociali/relazionali.

È, inoltre, curioso notare come alcuni anziani che non hanno direttamente sperimentato la caduta, ma che conoscono altri che ne sono stati protagonisti, tendano a restringere la gamma delle loro attività: l'esperienza altrui condiziona negativamente il compor-



tamento motorio anziché stimolare il soggetto ad attuare strategie diverse per prevenire l'evento.

Tinetti ed altri hanno studiato la discrepanza che spesso si verifica tra le abilità potenziali e quello che il soggetto realizza dal punto di vista funzionale, motivandola con la concomitanza di fattori di natura diversa: sociali, cognitivi, psicologici ed ambientali. Anche la stessa paura di cadere potrebbe essere responsabile di questa mancata corrispondenza.

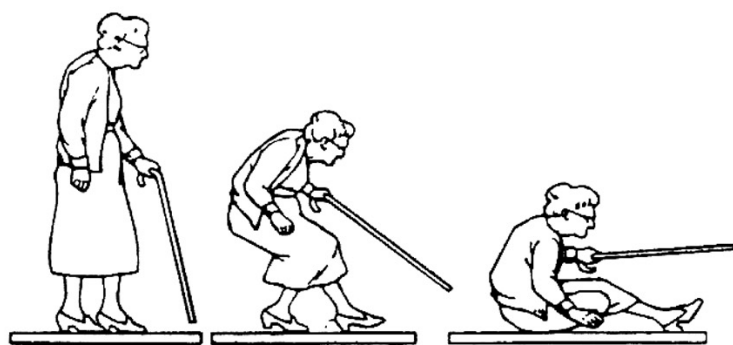
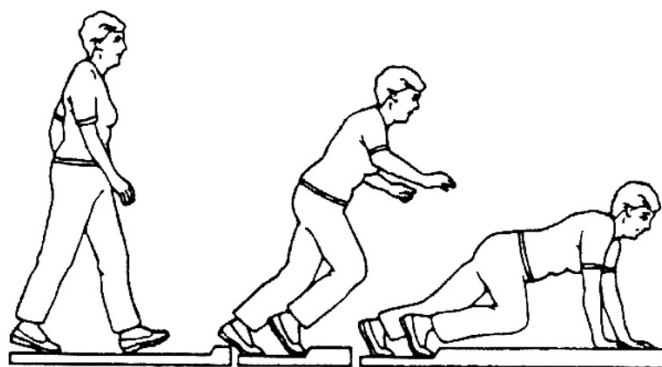
Ne consegue, quindi, che anche l'identificazione di soggetti a rischio per lo sviluppo della *post-fall syndrome* e delle caratteristiche associate a tale rischio potrebbe avere importanti implicazioni cliniche per la prevenzione delle probabili origini del declino funzionale e per il rischio di ulteriori cadute.

Gli effetti immediati della paura di cadere sono visibili quando il soggetto tenta di muoversi: alla richiesta di camminare o di passare alla stazione eretta diventa ansioso e timoroso, si aggrappa ad ogni supporto che trova a disposizione, barcolla, inciampa e si flette in avanti come se fosse nell'imminente pericolo di cadere.

A livello comportamentale l'ansia risulta essere anch'essa un fattore predisponente: si è dimostrato che gli individui ansiosi tendono ad oscillare maggiormente nel momento in cui

eseguono movimenti volontari degli arti superiori e del capo; il livello di attenzione di queste persone risulta altresì inferiore rispetto agli individui non ansiosi e insufficiente per mantenere la stazione eretta in risposta a

bazioni esterne minacciano l'equilibrio. La limitazione delle attività può diminuire la funzione muscolare e così ugualmente la debolezza può limitare i movimenti finalizzati quotidiani riducendo l'autonomia nelle atti-



Diversa modalità di caduta nel giovane e nell'anziano

minime perturbazioni.

L'incapacità di realizzare determinate prestazioni motorie interferisce sulla visione che l'individuo ha di se stesso e può creare sentimenti di fragilità e inadeguatezza con chiare ripercussioni sia a livello fisico che mentale. La stanchezza che spesso accompagna la depressione può aumentare notevolmente l'insicurezza rispetto alle proprie capacità fisiche.

La debolezza muscolare, oltre ad essere un fattore predittivo della caduta, è quindi anche associata alla paura di cadere: la riduzione della forza dei gruppi muscolari antigravitazionali, quali quadricipite e gli estensori dell'anca, influenza negativamente le strategie del passo e la capacità di recuperare la stabilità quando pertur-

bilità di vita quotidiana (AVQ) creandosi quindi un circolo vizioso inattività/inabilità.

La deambulazione nel soggetto anziano presenta caratteristiche che necessariamente devono essere valutate: si osserva spesso una diminuzione della velocità di percorrenza, è possibile notare una riduzione dell'ampiezza del passo, l'aumento della durata della fase del doppio appoggio e l'allargamento della base di appoggio, l'accentuazione dell'inclinazione anteriore del tronco e del capo; in relazione a tali modificazioni dell'atteggiamento posturale si evidenzia spesso una ridotta stabilità: il soggetto è più incerto e rigido nei cambi di direzione, ha difficoltà ad iniziare la marcia e tende a sbilanciarsi.

Va ricordato che la caduta è spesso il frutto di un'interazione fra fattori intrinseci ed estrinseci (legati all'ambiente, all'esecuzione di attività rischiose, ai possibili effetti collaterali di alcuni farmaci).

Rubinstein ha dimostrato che la presenza contemporanea di più fattori di rischio (deficit di forza della muscolatura prossimale all'anca, disturbi dell'equilibrio, numero dei farmaci assunti), dopo un episodio di caduta, incrementava di dieci volte il pericolo di caduta rispetto alla presenza di uno solo di tali fattori.

TRATTAMENTO

Sebbene la paura di cadere sia caratterizzata da un'alta prevalenza soprattutto nei soggetti anziani ospedalizzati o istituzionalizzati, il suo trattamento non è ancora stato studiato in maniera approfondita; la natura multifattoriale di questa sindrome suggerisce comunque l'utilizzo di un approccio multidimensionale.

Nel momento di elaborare il programma riabilitativo è importante tenere presente la stretta relazione tra la sindrome da paura di cadere e la caduta. Un individuo che sviluppa una di queste situazioni è a rischio per lo sviluppo dell'altra in una sorta di circolo vizioso per cui chi cade può temere di cadere ancora o può addirittura aver sperimentato la paura di cadere prima dell'evento caduta; di conseguenza, vista la condivisione di alcuni fattori di rischio, è necessario attuare delle strategie dirette a ridurre le cadute e contemporaneamente la paura di cadere.

Conseguentemente l'anziano e i suoi familiari devono essere messi nelle condizioni di poter riconoscere i fattori di rischio presenti nel proprio domicilio (arredamenti, barriere architettoniche, ecc.) ed attuare quindi tutte le modifiche necessarie per aumentare il grado di sicurezza dell'ambiente circostante (per esempio applicare maniglie nei punti critici, aumentare la luminosità degli ambienti, eliminare tappeti ed altri ostacoli, collocare i fili della luce e del telefono ben adesi al muro, utilizzare scarpe comode e con suola antiscivolo). L'attività fisica è da

incentivarsi in condizioni di sicurezza dato che la riduzione del movimento è fonte di incertezza e aumenta il rischio di cadute.

Oltre ai rischi ambientali un altro fattore estrinseco è la polifarmacoterapia (alcuni farmaci utilizzati dai soggetti anziani possono avere effetti collaterali riguardanti l'equilibrio, l'ipotensione, l'ipocinesia, ecc.).

L'utilizzo di ausili per la deambulazione quali il bastone e il deambulatore possono essere d'aiuto. Un obiettivo specifico del programma riabilitativo è rappresentato dal miglioramento dell'equilibrio in condizioni sia statiche che dinamiche; esistono esercitazioni specifiche che mirano al controllo del baricentro sia in posizione seduta che in stazione eretta, sia ad occhi aperti che ad occhi chiusi.

Altrettanto importante è il *training* del cammino in cui vanno ricercate le condizioni di maggior efficacia e sicurezza nella deambulazione e nel salire e scendere le scale, ricco poi è il bagaglio di esercitazioni miranti a riequilibrare la muscolatura, laddove piuttosto che un incremento della massa muscolare si mira, con esercizi di coordinazione, ad un riequilibrio dell'efficienza muscolare.

Produttivo si è dimostrato inoltre l'addestramento per l'acquisizione di strategie riguardanti gli aggiustamenti posturali anticipatori e per compensare i deficit nell'abilità di rispondere a stimoli perturbanti provenienti dall'esterno.

Alcuni autori hanno riportato miglioramenti dell'equilibrio come risultato di esercizi diretti all'ottimizzazione dell'interazione dei sistemi visivo, vestibolare e somatosensitivo.

Esistono, infine, protocolli di esercitazioni specifiche previsti per combattere l'osteoporosi, che hanno dimostrato a lungo termine di comportare un incremento della massa ossea; tali protocolli sfruttano la gravità con effetto ricalcificante inserendo inoltre esercizi in parte mutuati dalla *back school* (scuola della schiena).

CONCLUSIONI

La paura di cadere è universalmente

considerata una paura invalidante con manifestazioni tali da essere ritenuta una vera e propria sindrome geriatrica. In molti studi vi è accordo nel ritenere responsabile della riduzione della qualità di vita del soggetto.

Data la rilevanza sanitaria e sociale del problema e l'incidenza di pazienti con esiti di caduta e sindrome da paura di cadere che accedono alle strutture riabilitative, sarebbe importante che accanto a programmi di riabilitazione specifica degli esiti invalidanti delle cadute, quali le fratture del femore, quotidianamente praticati presso le strutture di riabilitazione dell'Azienda ospedaliera di Verona, si attuassero programmi di informazione, consigli ed esercitazioni preventivi rispetto alle cadute e alla paura di cadere. A questo proposito nell'Unità operativa di Medicina fisica e riabilitazione di Borgo Trento è in fase di ultimazione una guida riguardante la prevenzione delle cadute nell'anziano.

Tale pubblicazione sarà distribuita prossimamente ai degenti della Rie-

ducazione funzionale dell'Azienda ospedaliera.

Strutture riabilitative dove si esegue la rieducazione negli esiti di frattura del femore:

in regime di ricovero:

U.O. di Medicina fisica e riabilitazione – Ospedale civile maggiore di Borgo Trento

Unità di riabilitazione dell'Azienda ospedaliera c/o Casa di Cura Città di Verona

in regime ambulatoriale:

Servizio di recupero e rieducazione funzionale – Ospedale civile maggiore di Borgo Trento

Servizio di recupero e rieducazione funzionale – Ospedale Policlinico di Borgo Roma

Divisione di riabilitazione osteoarticolare di Valeggio sul Mincio

***Direttore F.F.
Unità operativa
di Medicina fisica
e riabilitazione**

FATTORI ESTRINSECI DEL RISCHIO DI CADUTA

Attività a rischio:

salire/scendere scale, marciapiedi

operare in giardino

utilizzare scale mobili

utilizzare sgabelli

indossare abiti e calzature non adeguate

Ambiente domestico:

tappeti, irregolarità del pavimento

pavimenti scivolosi

illuminazione disomogenea o non sufficiente

scaffali eccessivamente alti

ostacoli nei percorsi di passaggio

assenza di corrimano sulle scale

Farmaci:

neurolettici, ipnotici, antidepressivi, ipotensivi, ecc...

È una patologia che presuppone una predisposizione genetica; nella donna incide la menopausa

Osteoporosi

11

LA FRAGILITÀ OSSEA

di Maurizio Angeleri* e Maria Floriani**

COS'È L'OSTEOPOROSI E COME SI MANIFESTA

L'osteoporosi è una malattia dell'osso caratterizzata dalla riduzione del contenuto minerale calcico e dal deterioramento della sua struttura. Lo scheletro diventa più fragile e tale fragilità si manifesta clinicamente con le fratture che rappresentano la temuta complicanza dell'osteoporosi e che si verificano quando la patologia è già avanzata.

Fratture osteoporotiche tipiche sono quelle delle vertebre, del polso e del collo del femore.

La frattura del polso non è una frattura pericolosa, ma spesso rappresenta il primo grave campanello d'allarme di fragilità ossea.

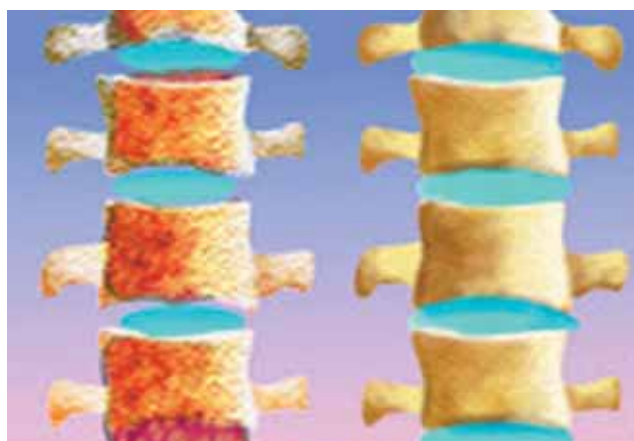
Le fratture vertebrali (o schiacciamenti) sono le più frequenti e possono verificarsi anche spontaneamente, senza bisogno di traumi. Spesso sono accompagnate da violenta sintomatologia dolorosa, ma può anche succedere che il riscontro di queste fratture sia del tutto casuale e derivi da un esame radiologico della colonna eseguito per altri motivi. Le fratture vertebrali provocano cifosi (piegamento del dorso in avanti) e molto spesso anche dolore cronico alla colonna.

La frattura del collo del femore è senz'altro quella più pericolosa, perché spesso si complica, comporta sempre il ricovero in ospedale e l'intervento chirurgico. Si verifica in età più avanzata e proprio per questo il recupero è più lento e spesso incompleto, causando spesso invalidità o riduzione della autonomia.

Il 50% delle donne ultracinquantenni sono destinate a sviluppare l'osteoporosi e a soffrire di fratture osteoporotiche.

PERCHÈ L'OSTEOPOROSI?

Importante è la presenza di una predisposizione genetica che si esprime soprattutto nell'acquisizione del patrimonio scheletrico alla fine dello sviluppo (picco di massa ossea). Nella donna, comunque, il principale fattore di rischio rimane la **menopausa** per la perdita dell'effetto protettivo degli ormoni ovarici sul tessuto osseo. Per questo motivo è quasi sempre solo dopo la



A destra una colonna vertebrale sana; a sinistra, gli effetti dannosi dell'osteoporosi

menopausa che altri fattori di rischio per l'osteoporosi divengono rilevanti. L'osteoporosi si verifica anche in conseguenza di altri fattori, i più importanti dei quali sono invecchiamento, carenze alimentari (soprattutto di calcio e vitamina D), uso di cortisone, squilibri ormonali (eccesso di ormoni tiroidei), cattive abitudini di vita (scarsa esposizione solare, ridotta attività fisica, fumo, abuso di alcool, abuso di caffè).

Anche alcune malattie sono strettamente correlate all'insorgenza di osteoporosi che in questo caso viene definita secondaria. Tra le più importanti ricordiamo il morbo celiaco dell'adulto, l'ipertiroidismo, l'ipertiroidismo, l'artrite reumatoide.

COME PUO' ESSERE DIAGNOSTICATA L'OSTEOPOROSI

La **diagnosi clinica** è possibile solo in presenza di fratture, quando cioè le conseguenze della malattia si sono già manifestate. Perciò sono necessarie indagini strumentali che consentano di quantificare il rischio di fratture prima che queste compaiono, per instaurare una profilassi adeguata. Attualmente solo la **DENSITOMETRIA o MOC** permette la diagnosi precoce di osteoporosi.

La densitometria deve essere eseguita:

- almeno una volta nelle donne dopo i 60 anni
- a età inferiori in presenza di una delle seguenti situazioni:
- nelle donne andate in menopausa precocemente (prima dei 45 anni)
- nelle donne con una storia di protratti periodi di amenorrea
- in presenza di particolari abitudini di vita (fumo, abuso alcolico, spiccata

sedentarietà, dieta molto povera di calcio, disturbi nutrizionali spiccati), in caso di particolari trattamenti farmacologici a lungo termine (cortisonici, anticonvulsivanti, eparina) in caso di particolari endocrinopatie: ipertiroidismo, ipercortisolismo..

– in caso di fratture sospette.

I valori densitometrici variano nel tempo, in assenza di trattamento, del -0,5%, -3% all'anno. Queste variazioni rientrano nel margine di errore delle tecniche densitometriche tradizionali, **pertanto nuovi controlli densitometrici, in assenza di interventi molto rilevanti, andrebbero ripetuti dopo non meno di due anni.**

12 **O**steoporosi**COME SI PUÒ PREVENIRE L'OSTEOPOROSI****E LE SUE MANIFESTAZIONI?****Correggere le proprie abitudini di vita**

Prevenire l'osteoporosi è possibile anche seguendo consigli relativi alle più comuni abitudini di vita. È fondamentale eliminare i fattori di rischio noti (per esempio l'abuso di caffè, il fumo). Vi sono poi delle "buone abitudini" che tutte le donne dovrebbero in ogni caso seguire, anche prima della menopausa:

1) Mantenere una dieta equilibrata con adeguato introito di calcio

Il fabbisogno giornaliero di calcio è circa 800 mg/die prima della menopausa, aumenta in gravidanza, durante l'allattamento e con l'avanzare dell'età arriva fino a 1200-1600 mg/die. Gli alimenti più ricchi di calcio sono il latte e i suoi derivati, anche se sgrassati. Una dieta priva di latticini contiene, approssimativamente, solo 400 mg di calcio. Nelle donne nelle quali sia sconsigliato l'introito di latticini (es. grave obesità, ipercolesterolemia), si può ricorrere ad integratori minerali contenenti sali di calcio.

2) Svolgere una regolare attività fisica

Sarebbe utile fare ogni giorno una passeggiata di almeno 30 minuti all'aria aperta e fare 20 minuti di ginnastica. Una moderata esposizione solare è sufficiente per stimolare la produzione da parte del nostro organismo di vitamina D, che facilita l'assorbimento intestinale del calcio.

Inoltre l'esercizio fisico stimola le cellule dell'osso a produrne di nuovo e inoltre serve a mantenere un adeguato tono muscolare, che riduce il rischio di cadere e quindi di fratturarsi. Bisogna tener presente che la ridotta attività fisica, o peggio ancora l'immobilità, accelera la perdita di calcio.

Esistono poi esercizi fisici particolarmente adatti a soggetti a rischio di osteoporosi o con osteoporosi conclamata (già con fratture). In quest'ultimo caso l'esercizio fisico deve essere mirato, specifico e adattato alle condizioni del singolo paziente e per questo, in genere, necessita dell'intervento di specialisti sia per la prescrizione (fisiatra) che per la sua esecuzione (fisioterapisti). Si possono distinguere:

- esercizi di rieducazione posturale. Sotto la guida del fisioterapista si prende coscienza di atteggiamenti scorretti, davanti allo specchio, in posizione seduta o eretta e successivamente si impara a correggerli. Si cercherà di contrastare la tendenza all'ipercifosi (il piegamento in avanti del busto) con esercizi di estensione ed allungamento della colonna cervicale e dorsale e dell'intera catena dei muscoli posteriori, associati all'aprendimento di un corretto ritmo respiratorio.

- esercizi attivi di mobilitazione del cingolo scapolare e pelvico e delle principali grosse articolazioni (spalla, gomito, polso, anca, ginocchio, caviglia).

- esercizi di potenziamento della muscolatura estensoria dorso-lombare e glutea, associati a consigli tesi ad evitare, nello svolgimento delle comuni pratiche quotidiane, la flessione del tronco preferendo invece la flessione degli arti superiori ed inferiori.

- esercizi di coordinazione e di equilibrio per ridurre il rischio delle cadute.

3) Evitare i comportamenti a rischio frattura

Poiché le cadute rappresentano la causa più frequente di frattura, è necessario mettere in atto una serie di provvedimenti in grado di ridurre



il rischio di cadere. Ciò è particolarmente indicato nelle persone più anziane. Questi provvedimenti comprendono il miglioramento del tono muscolare con l'esercizio fisico, ma anche l'eliminazione di tutti i possibili motivi di inciampo (ad esempio i tappeti) o di scivolamento (ad esempio la cera sui pavimenti) e l'accurata illuminazione dei locali. La donna osteoporotica non deve sollevare pesi: se proprio non lo può evitare, deve farlo flettendo le ginocchia e non curvando la schiena.

**NON SEMPRE TUTTO QUESTO BASTA**

Non sempre i soli provvedimenti igienico-alimentari, l'attività fisica e la supplementazione calcica sono sufficienti a prevenire l'eccessiva perdita di massa ossea. In questi casi sarà pertanto necessario ricorrere alla terapia farmacologica.

***Dietista presso Ospedale di Valeggio sul Mincio**

****Fisioterapista presso Ospedale di Valeggio sul Mincio**

La degenerazione maculare senile (Dsm) è la più importante causa di cecità nel mondo occidentale

Ricerca

13

UNA VISIONE DISTORTA

È la più importante causa di cecità nel mondo occidentale. Agisce silenziosamente, in maniera lenta e inesorabile. Si tratta della degenerazione maculare senile, chiamata "Dsm" dagli specialisti. Colpisce il 7% della popolazione tra i 75 e gli 85 anni di età e il 13% di quella superiore agli 85 anni. È una malattia ancora poco conosciuta e non vi è a tutt'oggi una terapia efficace. Grazie all'aumento del numero degli anziani, diventerà sempre più un problema di salute pubblica. Non che non lo sia già: in Italia si stima che la dms colpisca nei suoi vari stadi più di tre milioni di persone.

Proprio la mancanza di uno studio epidemiologico su vasta scala riferito all'Europa, oltre alla necessità di far luce sugli effettivi fattori di rischio e sulla gravità sociale della malattia, ha portato alla fine degli anni '90 al varo del progetto Eureye, uno studio multicentrico sulla degenerazione maculare senile finanziato dalla Comunità Europea ed effettuato in Paesi europei di diversa latitudine e con differenti abitudini alimentari. I Paesi partecipanti sono stati l'Estonia, la Norvegia, l'Irlanda, l'Olanda, la Francia, l'Italia, la Spagna e la Grecia.

L'indagine. In ogni Paese è stato seguito il medesimo protocollo per l'esame oculare e per la determinazione dei fattori di rischio. In totale sono stati esaminati più di 5.000 soggetti di età superiore ai 65 anni. Per l'Italia è stata scelta come campione la città di Verona, sede universitaria è già sede di altri importanti studi epidemiologici. La professoressa Laura Tomazzoli, docente di Oftalmologia nell'ateneo scaligero, ha avuto il compito di coordinare il gruppo di ricercatori veronesi che si sono dedicati allo studio cui hanno partecipato anche la dottoressa Federica Pretto, la dottoressa Elena Gusson, il dottor Sandro Soldati e il dottor Giovanni Poli.



Laura Tomazzoli, docente di Oftalmologia all'Università di Verona. Sotto, drusen maculari. Stadio iniziale della degenerazione maculare

duemila scelti con metodo "randomizzato", hanno volontariamente dato la loro adesione a partecipare allo studio. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a visita oculistica completa, con acquisizione fotografica mediante fotocamera digitale, della regione maculare e ad un prelievo di sangue per la determinazione dei fattori antiossidanti. Hanno risposto anche ad un questionario sulle abitudini alimentari, sulle abitudini al fumo di sigaretta e sull'esposizione ai raggi solari.

In Inghilterra, sede del coordinamento centrale dello studio (Università di Londra) sono stati poi analizzati i questionari, in Irlanda sono stati analizzati i campioni di sangue provenienti da tutta

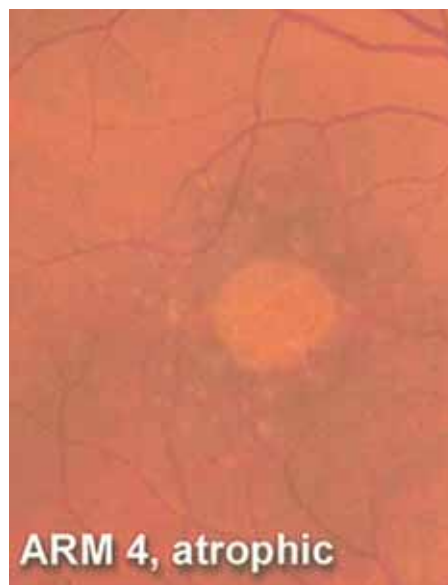
Seicentoventi cittadini di Verona, fra Europa e in Olanda sono state valu-



tate le immagini digitali della retina centrale (macula) di tutto il campione europeo.

I risultati. L'analisi statistica degli innumerevoli dati forniti dallo studio Eureye non è ancora terminata, ma già sono a disposizione i risultati preliminari. «Nel complesso possiamo affermare che in Europa il 3,3% della popolazione sopra i 65 anni presenta una degenerazione maculare senile conclamata» commenta la professoressa Tomazzoli. «La prevalenza della malattia aumenta vertiginosamente con l'aumentare dell'età se si pensa che questa passa dall'1% fra 65-69 anni al 15% oltre gli 80 anni.

Interessanti sono poi i dati relativi alle abitudini alimentari. Risulta infatti che la nostra città ha fatto registrare, a livello europeo, i livelli più alti di fattori antiossidanti, in particolare luteina, zeaxantina, alfa-betacarotene e licopene. Ed ancora,



Da sinistra, degenerazione maculare senile essudativa e degenerazione maculare senile atrofica

sembra che il sesso femminile sia più attento all'assunzione di sostanze ricche di antiossidanti, avendo dimo-

strato di possedere livelli serici più alti rispetto al sesso maschile. Relativamente all'effetto sulla prevalenza

L'IDENTIKIT DELLA MACULOPATIA SENILE

La degenerazione maculare legata all'età, chiamata anche maculopatia senile, è una malattia progressiva che costituisce una causa molto frequente di forte riduzione e perdita della visione centrale (la macula è l'area centrale della retina in cui la capacità di discriminazione dell'immagine è molto elevata).

La degenerazione di quest'area retinica causa una riduzione della acuità visiva anche marcata; essendo risparmiata la retina periferica, non si arriva tuttavia alla cecità assoluta. La retina periferica, non colpita dalla malattia, permette infatti di conservare la visione laterale, per cui anche quando sono interessati entrambi gli occhi, il paziente riesce ancora a mantenere un'autosufficienza in ambiente a lui noto, come fra le pareti di casa. La vista è comunque compromessa in modo importante.

Le forme. Esistono due forme cliniche di Dms: la forma neovascolare e la forma secca. La prima, detta anche maculopatia essudativa, è caratterizzata da una neovascolarizzazione sottocoroideale, che può complicarsi con emorragie più o meno estese. Rappresenta solo il 10% delle maculopatie ma è sicuramente la forma più temibile per la sua rapida evolutività. La forma secca è responsabile invece del 90% dei casi di dms; è a lenta evoluzione ed è caratterizzata da una estesa perdita di epitelio pigmentato retinico che sfocia in un'atrofia detta "a carta geografica". Non esiste un confine definitivo fra le due forme cliniche perché la forma secca può evolvere talora nella forma neovascolare.

Sintomi. La malattia insorge solitamente dopo i 60 anni. I sintomi principali sono: riduzione della visione centrale con permanenza di quella periferica; distorsione delle immagini (metamorfopsia); alterazione della percezione dei colori (possono apparire sbiaditi); comparsa di un'area del campo visivo centrale in cui la visione è progressivamente abolita.

Diagnosi. Un esame molto semplice per individuare la malattia in uno stadio precoce è il test di Amsler. Si guarda semplicemente un foglio di carta quadrettata: se si osserva una distorsione o una interruzione delle righe vuol dire che esiste un problema alla retina centrale. Fondamentale resta l'esame del fondo oculare per osservare i primi segni della malattia (oftalmoscopia), ma l'indagine va completata con esami più approfonditi quali la fluorangiografia, l'angiografia con verde di indocianina e l'OCT.

Terapia. Non vi è attualmente una terapia medica ritenuta efficace nel trattamento delle maculopatie. In casi selezionati, può essere intrapreso un trattamento cosiddetto fotodinamico che prevede un intervento fotocoagulativo associato all'uso di un farmaco (la Verteporfirina). L'obiettivo della terapia non è di migliorare l'acuità visiva, ma di impedire un ulteriore peggioramento. In casi selezionati può essere indicato anche l'intervento chirurgico con lo scopo di rimuovere le membrane neovascolari o di eseguire una trasposizione dell'intera area maculare.

(al.az.)

della malattia, dai dati preliminari risulta che la dieta ha un ruolo sicuramente importante nel prevenire la forma secca della Dms.

Anche per quanto riguarda i fumatori lo studio europeo ha dimostrato una netta correlazione con la dms conclamata. I soggetti dediti al fumo di sigaretta presentano infatti una prevalenza della malattia statisticamente più significativa della restante popolazione, inoltre si è notato che i fattori di rischio cardiovascolare come l'ipertensione e le cardiopatie, si associano in modo significativo alla comparsa della malattia».

Lo studio Eureye ha insomma evidenziato che il 3,3% della popolazione europea sopra i 65 anni è affetta in vario modo da maculopatia senile, e la malattia è statisticamente più rilevante nelle donne che negli uomini. Il danno visivo ha un grande impatto sulla qualità della vita anche perché

I BENEFICI DELLE SOSTANZE ANTIOSSIDANTI

La ricerca sta provando che le cellule della macula sarebbero molto sensibili al danno da stress ossidativo provocato dai radicali liberi. Di qui l'importanza di assumere attraverso l'alimentazione sostanze dette "antiossidanti", ossia quelle contenenti la vitamina C, come il tocoferolo ed i carotenoidi. A questi ultimi la ricerca scientifica attribuisce un ruolo di primaria importanza nel combattere i danni da stress ossidativi. I carotenoidi (luteina, zeaxantina, licopene ecc.) sono pigmenti contenuti in quasi tutta la

frutta e la verdura, ma sono particolarmente presenti nelle verdure a foglia verde come gli spinaci, i cavoli, la lattuga, le verze e i broccoli.

Ci proteggono insomma dall'invecchiamento, dai livelli elevati di grassi saturi e di colesterolo. Anche la luce solare potrebbe con il tempo danneggiare la macula. Le persone con gli occhi chiari in particolare, dovrebbero quindi evitare l'esposizione prolungata ai raggi ultravioletti.

(al.az.)

in Italia vivono le donne più longeve d'Europa.

Lo studio Eureye ha infine dimostrato una sicura correlazione tra l'espo-

sizione alla luce solare intensa nelle ore centrali della giornata e la comparsa della malattia.

Alessandro Azzoni

Un concorso dell'ospedale premia l'iniziativa dei dipendenti

L'Azienda ospedaliera ha indetto quest'anno per la prima volta un concorso per premiare progetti operativi o lavori di ricerca elaborati da medici e infermieri e personale amministrativo.

L'iniziativa ha il sostegno del Banco Popolare di Verona e Novara ed è nata per valorizzare la risorsa umana e professionale dell'ospedale, autentico fulcro della qualità dell'assistenza offerta ai pazienti. Saranno premiati progetti operativi da almeno sei mesi e lavori di ricerca individuali e d'équipe relativi agli ambiti professionale e gestionale, con particolare riferimento alle aree della promozione culturale, l'aggiornamento professionale, la formazione continua, i modelli organizzativi, la componente tecnico-scientifica e l'accoglienza e la relazione con il paziente.

Il concorso si articola in tre sezioni, dedicate rispettivamente al personale del comparto, ai giovani medici di



età inferiore ai 40 anni e alle Unità operative sanitarie e tecnico-amministrative.

Per ciascuna sezione sono previsti un primo premio del valore di 2mila euro, un secondo di 1.500 e un terzo di mille.

La premiazione si terrà il 18 novembre al teatro Nuovo di Verona – durante una serata di gala a ingresso libero con la partecipazione della "Big band swing time orchestra" – organizzata con il contributo di Elyo Italia e Hidrowork.

L'arte di saper comunicare

di Lidia del Piccolo*

Per farsi capire è necessario prestare attenzione all'altro e ai suoi bisogni e saper rispettare la sua libertà di corrispondere alle nostre richieste

Spulciando fra i vari testi editi sul tema della comunicazione sono stata attratta da un libro, *L'arte di intendersi, ovvero come imparare a comunicare meglio*, di Vera F. Birkenbihl, pubblicato nel 2003 dalla Franco Angeli. Ci sono vari spunti che ho trovato interessanti e che vi propongo sinteticamente.

L'autrice parte dall'assunto che "comunicare in modo ottimale significa: prestare attenzione al senso di auto-stima dell'altro", dove per auto-stima si intende "l'unità centrale del nostro essere, a cui riferiamo ogni cosa", risultante del valore che attribuiamo a noi stessi, derivato da diverse esperienze di confronto con gli altri.

Solo attraverso un confronto con gli altri possiamo stimare quello che valiamo e nel determinare quello che valiamo ci rendiamo dipendenti dal giudizio degli altri. Di questo ci accorgiamo non tanto quando la comunicazione "funziona", bensì quando essa si inceppa e ci rendiamo conto che noi o il nostro interlocutore assumiamo un atteggiamento difensivo. In questo caso, oltre all'informazione, captiamo la presenza di un giudizio "negativo", per cui nella comunicazione ci concentriamo e rispondiamo più a questo giudizio (che riguarda la relazione con l'altro), che al contenuto informativo veicolato.

Ogni individuo ha bisogno di sentire che la sua personalità è apprezzata e le sue prestazioni sono riconosciute, ciò implica che comunicare in modo ottimale significa "prestare attenzione ai bisogni dell'altro". Ma quali sono questi bisogni? E come ci confrontiamo con l'altro? Utilizzo un esempio riportato nel libro:

Sylvia: Senti un po' Bernardo cosa mi è successo oggi! Vado nell'ufficio del mio capo e lui mi fa... Ma tu non mi stai affatto a sentire!?

Sylvia: Vorrei tanto sapere qual è la tua opinione su una faccenda. Hai un attimo di tempo?



È evidente che la seconda situazione è più efficace dal punto di vista comunicativo e molto probabilmente avrà una più elevata probabilità di ottenere una risposta positiva da parte dell'interlocutore (Bernardo), questo perché: a) fa appello ai suoi bisogni (attribuendo importanza all'opinione di Bernardo, Sylvia esprime il riconoscimento del valore delle sue idee); b) gli concede uno spazio discrezionale rispetto al tempo di cui dispone, consentendogli di sentirsi "libero" rispetto all'impegno dell'ascolto.

In questo esempio vengono quindi evidenziati due bisogni essenziali: il riconoscimento del proprio valore e la percezione di non sentirsi "costretti". Nel primo caso la relazione viene data per scontata e i bisogni dell'altro non sono sondati, come spesso succede quando comunichiamo con persone con le quali abbiamo una relazione consolidata nel tempo o con le

quali i ruoli appaiono implicitamente determinati (moglie-marito, caposubalterno, medico-paziente,...).

I bisogni dell'altro, tuttavia, non possono essere definiti a priori. Sappiamo che in linea generale, una volta soddisfatti i bisogni di base (fame, sete...) e quelli relativi al senso di sicurezza/protezione, diventano rilevanti, in ordine gerarchico, i bisogni di appartenenza, i bisogni dell'io (riconoscimento, stima) e l'auto-realizzazione.

Per riuscire a migliorare la nostra comunicazione dobbiamo quindi

imparare ad auto-osservarci e ad osservare gli altri, cercando di cogliere su quale livello di bisogni si fonda il nostro e l'altro senso di auto-stima.

– Comunicare in modo ottimale significa: fare attenzione alle immagini mentali dell'altro (in particolare all'immagine che la persona si è costruita di sé – il sistema di valori e di valore che attribuisce a se stesso: l'essere degno di ammirazione, l'essere onesto, l'essere furbo, il proprio ruolo...) e fare riferimento a queste nel

momento in cui si vuole "gratificare l'altro". La lode fine a se stessa diventa manipolatoria ed è percepita come tale.

– Comunicare in modo ottimale significa: dare dei feedback (retroazione), verificando che l'altro abbia capito e di avere capito l'altro.

"Se Sylvia spiega qualcosa a Bernardo e questi non lo capisce del tutto, oppure lo capisce solo in modo parziale o sbagliato, la responsabilità in realtà è di Sylvia". Il feedback consiste nel parafrasare, nel formulare domande di chiarimento o verifica, nel ripetere o riassumere le informazioni rilevanti che riteniamo di aver colto. Questo processo ha una doppia implicazione: esprime il desiderio di rendersi comprensibili all'altro mentre si parla e di ascoltarlo attivamente, con l'intento di mettersi sinceramente "dal suo punto di vista".

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

All'ospedale Policlinico sono 250 le nuove coppie che ogni anno chiedono cure per la procreazione

Dossier

17

UN AIUTO PER LA COPPIA

di Franco Diani*

Dall'ottobre 1994 è attivo nella nostra Unità operativa un servizio per la "diagnosi e la cura della sterilità e dell'infertilità di coppia".

Il servizio opera in sintonia con quanto espresso dalla legge 40 del 19 febbraio 2004, relativa alle "norme in materia di procreazione medicalmente assistita" e si sta progressivamente integrando con i dettami delle linee guida definite dal Ministero della Salute (Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 191 del 16 agosto 2004).

Le procedure che prevedono un qualunque grado di manipolazione dei gameti, al fine di risolvere una condizione di sterilità, vengono indicate come tecnologie della riproduzione medicalmente assistita (PMA).

La messa a punto di tecniche di fecondazione extracorporea con ottenimento di embrioni umani in vitro ha rappresentato e in parte rappresenta un evento rivoluzionario per il trattamento delle condizioni di sterilità ritenute un tempo irreversibili.

La rapida diffusione di tali tecniche e le potenziali applicazioni di procedure sempre più sofisticate di manipolazione dei gameti ha avuto un forte impatto nella cultura occidentale, non solo medica.

Dalle tecniche cosiddette di I° livello in cui l'intervento medico è minimo (induzione farmacologica dell'ovulazione, inseminazione artificiale), si è arrivati a tecniche in cui l'intervento medico è sicuramente più incisivo e deve essere attuato in tempi spesso molto ristretti in relazione all'evidente cambiamento dell'epidemiologia della sterilità umana negli ultimi trent'anni.



Franco Diani responsabile del Centro procreazione medico assistita presso U.O. di Ostetricia e Ginecologia Ospedale Policlinico. Sotto, fecondazione dell'ovocita.

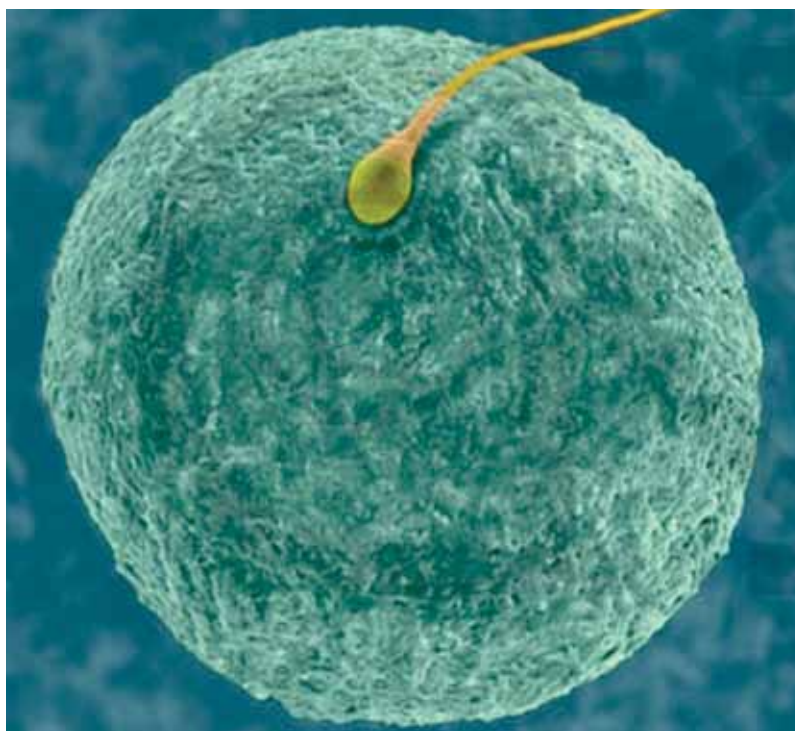
Secondo quanto noto, la prima inseminazione artificiale risale al 1770,

quando John Hunter iniettò nella vagina di una donna il seme del marito portatore di una malformazione al pene (ipospadia), ottenendo il concepimento. Successivamente, vennero introdotte procedure che prevedevano la deposizione del seme nel canale cervicale (ICI) e, con la messa a punto di metodiche di preparazione del seme, dopo il 1970, venne introdotta l'inseminazione intrauterina (IUI), o nello spazio pelvico retto uterino (DIPI: Direct Intra-peritoneal Insemination).

Le principali indicazioni a queste metodiche definite di primo livello, in quanto solitamente di semplice esecuzione, sono date da diversi fattori maschili e femminili e in particolare nell'uomo sono rappresentate da: malformazioni del pene che rendono difficoltoso o impossibile il coito, difetti di qualità e quantità del liquido seminale non particolarmente severi, elevata viscosità del liquido seminale, ovulazione retrograda in vescica, impotenza farmaco-dipendente o neurogena.

Nella donna le indicazioni principali all'inseminazione artificiale sono: deficit di qualità e quantità del muco cervicale e alterazioni anatomiche, soprattutto conseguenti a precedenti interventi sul collo dell'utero.

La tecnica è stata anche impiegata in coppie con sterilità inspiegata (15% delle coppie) o in casi di sterilità immunologica con presenza di anticorpi anti spermatozoo nel muco cervicale. La procedura può



essere effettuata nel periodo periovulatorio di un ciclo spontaneo seguito con controlli ecotomografici seriati attualmente eseguiti per via transvaginale, o in un ciclo farmacologicamente stimolato con crescita follicolare multipla nel tentativo di aumentare le possibilità di successo.

Il campione seminale da introdurre in cavità uterina, tramite apposito cateterino caricato con il seme stesso e collegato a una siringa, viene prima "preparato" per eliminare il plasma seminale dal campione compresi elementi di disturbo, detriti ed eventuali agenti infettivi, aumentate la concentrazione di spermatozoi che vengono sospesi in un volume limitato di apposito terreno di coltura, selezionate gli spermatozoi con miglior motilità e morfologia. Per la preparazione del seme sono state messe a punto procedure diverse che si avvalgono di passaggi di centrifugazione e risospensione degli spermatozoi, da selezionare in relazione alle caratteristiche di base del campione seminale analizzato al microscopio di cui le più importanti riguardano la concentrazione degli spermatozoi stessi e la loro motilità rettilinea o meno ("capacitazione").

Fra le tecniche di secondo livello, ossia che implicano una maggior "medicalizzazione" del processo riproduttivo, ricordiamo il trasferimento intratubarico dei gameti (GIFT: Gamete Intrafallopian Transfer) introdotto da Ricardo Asch nel 1984, le cui principali indicazioni risultano essere: la sterilità inspiegata, il fattore maschile, l'endometriosi, la sindrome aderenziale pelvica, la luteinizzazione follicolare, il fattore cervicale, la sterilità immunologica, il fallimento di precedenti cicli di inseminazione intrauterina omologa e l'eventuale disponibilità di ovulo da donatore nelle nazioni in cui è possibile praticarla.

La procedura prevede l'induzione e il monitoraggio della crescita follicolare multipla, il recupero ovocitario per aspirazione follicolare transvaginale ecoguidata con apposito ago, l'identificazione e la classificazione al microscopio degli ovociti recuperati, la pre-



Prime fasi di duplicazione cellulare successive alla fecondazione

parazione del liquido seminale ed il trasferimento in corso di laparoscopia dei gameti nelle tube tramite apposito catetere.

L'attuazione della procedura GIFT presuppone che una o meglio entrambe le tube siano aperte, in assenza di questo importante fattore la tecnica da privilegiare è la fecondazione in vitro e il successivo trasporto embrionario in utero (FIVET). Nel 1978 Steptoe ed Edwards riferiscono in merito alla nascita del primo essere umano dopo fecondazione in vitro di un ovocita aspirato da un follicolo pre-ovulatorio e il trasferimento in utero dell'embrione ottenuto ponendo a contatto una cellula uovo con gli spermatozoi del partner in provetta. Questa tecnica si è evoluta nel tempo e diffusa; si presume che attualmente il numero di individui nati tramite questa procedura sia superiore al milione.

Le indicazioni al protocollo FIVET sono rappresentate principalmente da: alterazioni tubariche, endometriosi, fattore maschile (almeno una concentrazione nemespermica superiore a 1,5 milioni/ml dopo preparazione del campione con motilità rettilinea superiore al 14%), fattore immunologico, forme idiopatiche. Le tappe del percorso FIVET prevedono anche in questo caso l'induzione della crescita follicolare multipla, il prelievo transvaginale ecoguidato delle cellule uovo e la loro valutazione al microscopio riguardo al grado di maturità, la selezione degli ovociti posti quindi a contatto con gli spermatozoi del campione seminale "capacitato", incubazione e controllo

dell'avvenuta fecondazione e successivamente della qualità embrionaria prima del trasferimento in cavità uterina allo stadio di 4-8 cellule.

Esistono inoltre tecniche di micromanipolazione dei gameti impiegate per favorire la fusione gametica stessa nei casi in cui questa non avvenga spontaneamente a seguito principalmente di gravi alterazioni dei parametri seminali. Queste tecniche consistono per esempio nell'iniezione dello spermatozoo nello spazio subzonale o perivitellino (SUZI: Sub Zonal Insemination) oppure nell'iniezione dello spermatozoo direttamente nel citoplasma della cellula uovo (ICSI: Intra Cytoplasmic Sperm Injection).

Il nostro Centro è il primo sorto nelle strutture pubbliche della Regione Veneto in cui sono state effettuate tecniche di procreazione medico assistita non solo di primo livello, ma anche di secondo, a cominciare dal trasferimento intratubarico dei gameti tramite celioscopia (GIFT) e in tempi più recenti anche la fecondazione in provetta con successivo trasferimento embrionario in utero (FIVET) e la già citata ICSI.

Le prospettive future per il Centro del Policlinico dell'Azienda ospedaliera di Verona sono quelle di potenziare il servizio FIVET e poter attivare, anche in ambito pubblico, un programma di crioconservazione dei gameti avvalendosi di opportune strumentazioni e di specifici spazi (criocontenitori, sala biologica, ambulatorio chirurgico, ecc.), che possono consentire un'assistenza più adeguata per le coppie e, se possibile, un miglioramento dei risultati finora conseguiti.

Il servizio di procreazione medicalmente assistita (Pma) dell'ospedale Policlinico

I momenti essenziali dell'attività clinica del servizio sono:

diagnosi di sterilità e/o infertilità di coppia;

proposte terapeutiche in relazione alla tipologia della condizione riscontrata e alle scelte di natura etica e personale della coppia;

attuazione delle varie strategie terapeutiche in considerazione delle differenti necessità cliniche: dall'informazione sulle modalità più idonee per favorire il concepimento naturale all'impiego di tecniche di Procreazione medicalmente assistita (Pma); valutazione dei risultati ottenuti (prevalentemente in termini di concepimenti e di gravidanze giunte ad epoca di vitalità neonatale) e orientamento verso differenti soluzioni (compresa l'adozione) nei casi in cui non è insorta gravidanza.

Diagnosi di sterilità e/o infertilità di coppia

L'attività di primo incontro con la coppia si attua in uno specifico ambulatorio dell'Unità operativa di Ginecologia e Ostetricia, in cui si svolge il colloquio con la donna o con entrambi i partner. Le informazioni ottenute vengono registrate su un'apposita cartella attualmente computerizzata (età, patologie ginecologiche o extragenitali, eventuali condizioni di pregressi concepimenti, durata della ricerca di prole, ed altro). Successivamente, si procede alla richiesta (se già

laborazione dello stesso Policlinico. La valutazione delle caratteristiche del liquido seminale è effettuata autonomamente, nell'apposito laboratorio (camera biologica) localizzato nella struttura dell'Unità operativa, da personale tecnico opportunamente addestrato che si avvale, in caso di necessità, della consulenza di specialisti andrologi e urologi della nostra Azienda.

Oltre all'esame del liquido seminale a fresco sono eseguiti accertamenti più approfonditi dopo tecniche di "capacitazione" e su prelievo endovaginale del muco cervicale dopo rapporto sessuale (Post coital test). Analogamente, il monitoraggio eco-

il servizio di "Chirurgia Endoscopica".

Ogni qual volta è ritenuto opportuno, tanto nella fase diagnostica, quanto in quella successiva terapeutica, è possibile disporre della consulenza e del lavoro interdisciplinare, consolidato nel tempo, con il servizio di psicologia medica. Tale consulenza è ritenuta opportuna soprattutto se si rilevano conflitti relazionali nella coppia, atteggiamenti differenti sul desiderio di prole e timori di non idoneità alla maternità e alla paternità.

Proposte terapeutiche

Le proposte terapeutiche presuppongono differenti interventi in relazione alle condizioni diagnosticate precedentemente, alle prospettive di successo (conseguimento di un concepimento), valutate in termini percentuali sull'esperienza del servizio e su quella delle fonti bibliografiche. Il tutto senza prescindere dal consenso della coppia adeguatamente informata.

Strategie terapeutiche

Vengono fornite le seguenti prestazioni sanitarie:

- informazioni accurate per con-

sentire il concepimento attraverso i rapporti sessuali mirati nel periodo presumibilmente fertile del ciclo mestruale;

- monitoraggio ecografico dell'ovulazione associata a rapporti sessuali nei giorni fertili della donna;

- monitoraggio ecografico con terapia medica specifica per l'induzione farmacologica dell'ovulazione;

- inseminazione intrauterina del



Lembrione a tre mesi

non sono disponibili) di specifici accertamenti ematochimici, di laboratorio e strumentali. In particolare, risultano indispensabili gli esami ematologici di base, i dosaggi ormonali sierici, i test genetici e la sierologia infettivologica in collaborazione con il Laboratorio di Chimica e Microscopia Clinica. Per gli accertamenti strumentali (isterosalpingografia ed altri) ci si avvale della col-

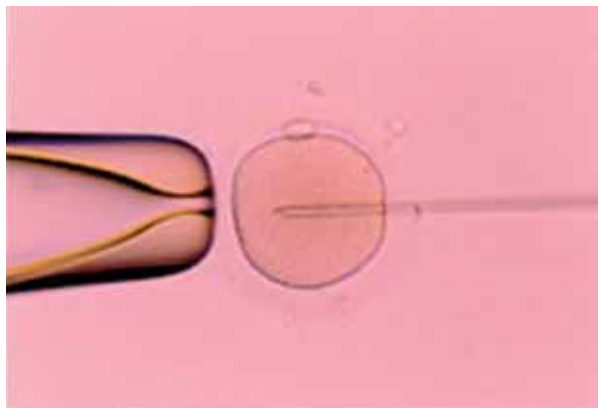
grafico pelvico per l'individuazione di patologie e anomalie organiche e per la diagnosi di ovulazione spontanea o indotta farmacologicamente viene effettuato dal personale stesso che opera nel servizio.

Quando ritenuto necessario, sono attuate indagini più invasive (laparoscopia, isteroscopia) che possono consentire anche soluzioni terapeutiche immediate in collaborazione con

liquido seminale del partner, in corso di cicli ovulatori naturali o farmacologicamente indotti e monitorati mediante controllo ecotomografico. L'introduzione del liquido seminale nella cavità uterina (IUI) si effettua in un'apposita sala medica limitrofa al laboratorio (tecnica di I livello);

– induzione farmacologica dell'ovulazione multipla e successivo prelievo transvaginale, con apposito ago, sotto guida ecografica, del liquido follicolare per la ricerca degli ovociti (intervento eseguito in anestesia generale nella sala operatoria dell'Unità operativa), fecondazione in vitro degli ovociti (non più di tre) mediante liquido seminale omologo selezionato e "capacitato" o iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo, utilizzando specifiche strumentazioni disponibili in camera biologica. Gli eventuali embrioni ottenuti (inevitabilmente non più di tre) vengono trasferiti 24-36 ore dopo la fecondazione nella cavità uterina, sotto guida ecografica, nella sala medica riservata alla IUI e adiacente alla camera biologica (FIVET, ICSI).

– prelievo epididimale degli spermatozoi (da parte di uno specialista dell'Unità operativa di Urologia) e successivi provvedimenti già citati per le tecniche di procreazione medica assi-



Tecnica di iniezione intracitoplasmatica (ICSI)

stata (MESA: tecniche di II livello);

– induzione farmacologica dell'ovulazione multipla, prelievo ovocitario transvaginale e trasferimento intratubarico dei gameti in corso di intervento chirurgico laparoscopico (GIFT) eseguito nella sala operatoria dell'Unità operativa (tecnica di II livello).

Valutazione dei risultati

In relazione ai risultati conseguiti, per ogni singola coppia, si propongono gli opportuni percorsi. Nelle condizioni in cui si è ottenuto il concepimento, il controllo della gravidanza viene affidato all'ambulatorio della gravidanza della nostra Unità operati-

va o ad altro sanitario curante, a partire dalla 7°-8° settimana di gestazione.

Nel caso in cui dopo un numero massimo di due tentativi con tecniche di Procreazione medica assistita (Pma) non si sia raggiunto il successo sperato, l'orientamento terapeutico comporta una valutazione del caso e l'invito ad una riflessione su differenti scelte di coppia.

L'elevato numero di coppie che si rivolge al Servizio non consente, se non per rarissime eccezioni, di effettuare un numero superiore a due tentativi per le tecniche di Pma citate. Tutto ciò al fine di offrire, in un arco di tempo consono, a tutte le coppie richiedenti, un numero di opportunità terapeutiche.

Ogni procedimento è sempre preceduto dalla presentazione di uno specifico e dettagliato consenso informato che viene esposto ad entrambi i componenti della coppia e da essi controfirmato.

Attività del Servizio di procreazione medico assistita

Nell'arco di dieci anni sono stati effettuati:

– 9.840 consultazioni ambulatoriali di coppia a 2.015 coppie, con eventuali prescrizioni delle già citate indagini di laboratorio e strumentali:

– 2.553 (21,2%) cicli di monitoraggio follicolare con o senza induzione farmacologica dell'ovulazione per rapporti sessuali mirati

– 1.971 (19,8%) cicli di monitoraggio follicolare con o senza induzione farmacologica dell'ovulazione per inseminazione intrauterina

– 612 (18,5%) cicli di monitoraggio follicolare con induzione farmacologica dell'ovulazione multipla per FIVET, ICSI e MESA

– 201 (23,9%) cicli di monitoraggio follicolare con induzione farmacologica dell'ovulazione multipla per GIFT.

Per ciascuna delle procedure adotta-

PICCOLO DIZIONARIO MEDICO

Epidimio – minuscolo canale arrotolato su se stesso sopra e dietro il testicolo. Rappresenta la prima parte del dotto escretore di ciascun testicolo.

Gameti – cellule sessuali prodotte dalle gonadi (ovaio e testicolo). Sono capaci di combinarsi insieme, a formare un nuovo individuo genetico.

Isterosalpingografia – esame radiologico dell'utero e delle salpinge per identificare anomalie tubariche. All'isterosalpingografia si associa, talora, la laparoscopia che fornisce una visione diretta dell'aspetto esterno dell'utero,

delle tube e della pelvi in generale

Isteroscopia – diretta visualizzazione della cavità uterina attraverso un sottile endoscopio a fibre ottiche

Laparoscopia – studio degli organi contenuti nella cavità addominale eseguito con uno strumento di osservazione, detto laparoscopio, introdotto attraverso una piccola apertura praticata nella parete dell'addome

Salpinge uterina (o tromba o tuba di Falloppio) – ciascuno dei due canali dalla forma simile a tromba che mettono in collegamento le ovaie con l'utero.

te è riportata in parentesi la percentuale dei concepimenti ottenuti e confermati con accertamenti di laboratorio e strumentali. Il numero delle coppie sottoposte a tecniche di II livello è stato di 452 per FIVET-ICSI-MESA e di 152 per GIFT. Mediamente, per ogni ciclo di monitoraggio, si effettua un numero di 4-5 valutazioni ecografiche.

L'esperienza professionale maturata nell'ambito della diagnosi e della cura della sterilità di coppia, si è evoluta nel tempo e, quando si sono rese disponibili le opportune attrezzature (cappa a flusso laminare, microscopio con microiniettore, ecc.), è stato possibile effettuare tecniche di II livello quali FIVET, ICSI e MESA.

Infatti, solo dal 1998 è attiva, nell'Unità operativa, una specifica camera biologica che ha consentito il raggiungimento degli attuali livelli di assistenza.

L'attività assistenziale per le coppie con problematiche di sterilità e infertilità è risultata costantemente in crescita tanto da essere rivolta attualmente ad un numero di circa 250 nuove coppie all'anno e prevedere, per le tecniche di PMA di II livello, un tempo di attesa di circa un anno. Per le tecniche di I livello i tempi di attesa sono inferiori a tre mesi.

La provenienza delle coppie è prevalentemente della regione Veneto, ma circa un quinto di esse giunge da altre regioni italiane.

Come contattare il Centro: tel. 045.8074781. Per colloqui: prenotare presso il Centro unico di prenotazione 045.8074086 o 045.8074087 e presentarsi con richiesta da parte del medico di base.

***Professore associato.
Responsabile Centro
procreazione medico assistita,
presso U.O.
di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Policlinico
Con la collaborazione
di Stefano Zaffagnini, Fabiola
Foschi, Pietro Dal Rì, Carla Zam-
boni, Tatiana Tessari, Giorgio
Cerruti, Cristina Busana,
Massimo Franchi**

A volte il figlio non arriva: aspettative e delusioni dei coniugi

Una coppia. La volontà di realizzare un progetto di vita a due. I sogni, le aspettative, i desideri. Ma poi passano gli anni e la famiglia non cresce. La trafila dai medici, le analisi, la diagnosi di sterilità dovuta a cause patologiche o addirittura sconosciute. Un tempo per queste coppie l'unica speranza per diventare genitori era l'adozione, ora la medicina, con le tecniche di fecondazione assistita, può aiutare la natura a fare ciò che da sola non riuscirebbe a portare a compimento. Ma anche questa strada è molto spesso lunga e non priva di ostacoli, che possono influire sulla serenità dell'uomo e della donna, e sulla stabilità della coppia.

Il Servizio di Psicologia medica, che ha sede nell'ospedale Policlinico, segue le coppie che si sottopongono alla terapia contro la sterilità nell'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Borgo Roma. La consulenza psicologica non è obbligatoria, ma viene richiesta dalle singole coppie su consiglio dei medici o su desiderio degli stessi pazienti.

«Noi non vediamo molte coppie –

esordisce Christa Zimmermann, dell'équipe del Servizio e professore ordinario di Psicologia clinica –. Segno che coloro che decidono d'intraprendere la fecondazione assistita sono abbastanza solidi dal punto di vista psicologico da non sentire il bisogno di qualche supporto. Anche se – sottolinea – i problemi non emergono quando viene fatta la diagnosi e viene decisa quale terapia iniziare, ma in seguito, cioè quando il desiderio di una gravidanza viene più volte disatteso, nonostante si siano fatti più tentativi. Perché come sappiamo la fecondazione medicalmente assistita ha limitate percentuali di riuscita».

Professoressa Zimmerman, quali risvolti psicologici ha questo altalenarsi di speranze e delusioni?

«Soprattutto le donne, come documenta la letteratura scientifica, vengono colpite da ansia, depressione, sensi di colpa e frustrazione. Manifestano ostilità, iniziano ad avere una bassa autostima. Qualche volta si isolano e perdono interesse per le relazioni sessuali che non hanno come

fine la procreazione».

E gli uomini invece?

«Un dato scientifico molto spesso citato nelle letterature rileva che solo il 15% degli uomini con problemi d'infertilità considerano questo problema come l'esperienza più traumatica della loro vita. Contro il 49% delle donne. Questo è un dato emblematico, perché suggerisce che la diagnosi e la successiva condizione d'infertilità per le donne e gli uomini alla ricerca di un rimedio deve avere un significato e quindi un impatto emotivo molto diverso».

Perché questa differenza?

«Le donne tenderebbero a considerare l'infertilità come il principale problema della loro vita. Mentre gli uomini attribuirebbero alla loro infertilità la stessa priorità di altri problemi stressanti. Per la donna infertile il motivo primario per desiderare un figlio sarebbe il bisogno di ristabilire un'identità e un valore di sé come donna e come madre, mentre l'uomo della coppia sterile considererebbe la paternità funzionale per

instaurare o mantenere un rapporto matrimoniale positivo. Ma questo non è sempre vero».

Cioè?

«Gli studi a cui ho fatto riferimento in precedenza dicono solamente come gli uomini vivono la sterilità in relazione a come la vivono le donne. Dovremmo sapere, invece, quali sono le differenze tra gli uomini sterili in trattamento rispetto a uomini fertili della popolazione in generale, tra gli uomini che sono partner sterili della coppia e quelli che non lo sono. Dovremmo indagare per capire come cambiano le reazioni emotive con l'evolversi dell'iter terapeutico».

Ci sono studi in proposito?

«Con l'aumento recente degli studi dedicati agli uomini è diventato sempre più evidente che anche gli uomini vivono la condizione d'infertilità con molto disagio e che l'entità della sofferenza emotiva – la sintomatologia psichiatrica – dovuta all'infertilità era stata precedentemente sottostimata. Quando sono l'unica causa di sterilità della coppia gli uomini hanno un rischio particolarmente elevato di cadere in depressione anche rispetto a coloro che non sono l'unica causa o a coloro che la condividono con la moglie. Inoltre, si verifica che l'intensità del disagio in questo gruppo è paragonabile a quella riferita alle donne».

Quali sono i contraccolpi sulla coppia?

«Non sempre emergono conflitti. E le difficoltà più importanti sembrano ancora una volta vissute dalle donne, le quali si lamentano di non essere abbastanza supportate dai loro partner soprattutto quando la gravidanza tarda ad arrivare».

Cosa consiglierebbe ad una coppia che intraprende la fecondazione assistita?

«Innanzitutto di informarsi molto bene e di non aver paura di porre tutte le domande possibili ai medici. Inoltre di percorrere il cammino sempre assieme. Anche ad un banale

colloquio con il medico è sempre meglio essere presenti entrambi».

E poi?

«Di non far diventare la ricerca di un figlio il fulcro della vita di coppia e della vita di ciascuno dei due componenti. È necessario continuare a curare il proprio lavoro, le amicizie, gli hobby. Che sono gli antidoti più efficaci per combattere le frustrazioni».

Perché una coppia si sottopone ad una procedura così impegnativa, anche dal punto di vista fisico, soprattutto per la donna, come la fecondazione assistita, e

invece non decide per l'adozione?

«Fecondazione assistita e adozione sono due cose completamente diverse. Con l'adozione non viene vissuta l'esperienza della gravidanza che per molte donne è fondamentale per sentire un figlio veramente proprio. Poi per molte coppie il legame genetico è importante, senza contare che anche l'iter per adottare un bambino non è così semplice. Tuttavia, quando incontriamo una coppia che vuole intraprendere la fecondazione assistita consigliamo sempre di fare domanda per l'adozione. È un motivo in più di speranza che protegge anch'esso dalle delusioni».

Elena Zuppini



L'angelo del povero

di Lorenzo Gobbi

Sul volto dei malati o degli anziani talvolta è possibile cogliere sguardi di tenerezza infinita che svelano orizzonti di insperata serenità

A volte, è possibile notare sguardi di gentilezza infinita sui volti dei malati o degli anziani: è un mistero difficile da spiegare.

La malattia e la vecchiaia possono anche scatenare l'esatto contrario: una rabbia sorda, un malcontento, un rancore diffuso che diventa una regola di parola e di condotta, ma non è lecito giudicare nessuno quando è nel dolore. Un periodo di ribellione, di vero odio verso il mondo intero che ci tradisce confinandoci nel male o nella debolezza, è certo una fase necessaria per affrontare la cura: il paziente reagisce, si lascia scuotere da un senso di ingiustizia patita, e si dispone alla lotta; l'anziano ricostruisce il proprio mondo di relazioni, di memorie e di affetti.

Chiunque sappia dove può arrivare la sofferenza e quanto può scavare in noi il terrore di ciò che dovremo vivere, sarà prudente nel dire che la malattia o la vecchiaia stanno traendo da quella persona un'identità nascosta, negativa e violenta, e la stanno rivelando finalmente per ciò che, in fondo, è sempre stata. Chiunque comprenda, attenderà paziente, e guarderà in sé l'insofferenza che affiora in alcuni gesti quotidiani, il fastidio nascente per tante piccole cose, difficile da dominare e sarà cauto nel giudizio, anche con se stesso. Al contrario, a volte nascono sorrisi e cortesie inimitabili: gesti gratuiti di abnegazione, solidarietà impensabili, sguardi di benevolenza che confortano e aiutano a benedire il mondo, nei malati e negli anziani. Non credo che si tratti di una forma di difesa inconscia, come se si volesse dire al destino: «per la mia bontà non merito di soffrire e morire» o a coloro che si incontrano: «sono debole, ma benevolo verso di te: non merito la violenza che potresti rivolgermi contro

nella tua salute e nella tua giovinezza, con la tua energia tanto maggiore della mia».

Penso che sia altro ciò che accade: la debolezza estrema, la stessa che li

tollerare senza astio ciò che non può avere giustificazioni.

Leggo un'invocazione in Ungaretti: «Ora si svegli l'angelo del povero / gentilezza superstita dell'anima...» (*Il dolore*, nel suo vol. *Tutte le poesie*, «I Meridiani» Mondadori, Milano 1969 segg., p. 235) – quando? Il poeta lo dice nei versi precedenti: «Ora che invade le oscure menti / più aspra pietà del sangue e della terra, / ora che ci misura ad ogni palpito / il silenzio di tante ingiuste morti, / ora si svegli...».

Quando ci viene diagnosticato il male, o viene scoperto in chi ci sta vicino, la mente si oscura: ragioniamo come faremmo in un incubo, quasi delirando. Invecchiando, la mente si fa tarda, al passo con la percezione che si affievolisce: la vista, l'udito, l'olfatto. Ci troviamo in un luogo nuovo dell'esistenza, là dove il destino umano – le tante morti di tutti coloro che ci hanno preceduto, tutte ingiuste e senza ragione – «ci misura ad ogni palpito»: ci riduce a dimensioni nuove, svela in noi e negli altri identità che non conosceamo; e ci chiede conto della nostra vita.

La pietà si fa «più aspra»: difficile o più pronta, ma segnata dal sapore amaro delle lacrime che scendono sul viso e nella gola. La terra e il sangue: questo solo conta. C'è da pregare che ci raggiunga in questo luogo, destandosi al momento adatto, l'angelo nascosto che ci dà sollievo: «gentilezza superstita dell'anima» – cortesia, amore misurato che si fa parola e gesto, e luce nello sguardo: una dolcezza che emerge e si rafforza, ci riscatta, ci solleva. Difficile spiegarne l'origine: si può solo goderne la presenza.

Credo che sia un preludio a una verità che ci illumina fin d'ora, benché a caro prezzo, da appena dentro il male: o da poco oltre il limite del tempo.



aveva scagliati contro ciò che esiste nella rabbia degli istanti passati, genera una comprensione istintiva della vita che esclude ogni pretesa e fa tacere ogni recriminazione. È un senso di misura, una capacità di abitare nella vicenda che li coinvolge, un vivere accorto, aperto, capace di

Più comunicazione fra medici

di Franco Colletta* e Alberto Perone*

Ma i medici comunicano fra loro?

A questa domanda la maggior parte della gente risponderebbe decisamente di no. Ma sarà proprio vero?

Ad un primo, anche se distratto, esame appare, infatti, del tutto incomprensibile come nell'epoca della telefonia mobile, dei fax, della posta elettronica vi possa essere difficoltà nello scambio di notizie o di opinioni tra professionisti e segnatamente tra quelli che si occupano di salute.

Ci riferiamo nello specifico ai medici che operano sul territorio (medici di medicina generale, pediatri e specialisti delle Asl) e medici che operano entro le mura degli ospedali. Eppure delle difficoltà esistono. Cerchiamo di capire il nocciolo del problema. In primo luogo, quando è necessario che i medici comunichino? E come devono farlo?

Quando è necessario comunicare

In realtà chi di noi ha qualche decennio di vita professionale alle spalle sa che neanche nei tempi andati la prassi di comunicare per iscritto trovava folte schiere di praticanti. Il biglietto di presentazione del paziente al collega o la risposta ai quesiti era abitudine di una quota minoritaria di medici, che risaltavano proprio per essere una virtuosa minoranza.

È di tutta evidenza che la necessità discende dalla gravità, dalla complessità o dall'urgenza della situazione clinica.

Secondo la nostra esperienza i casi che realmente lo meritano non vengono di norma trascurati da nessuno né fuori né dentro l'ospedale. Ma l'esigenza da parte del paziente o dei suoi parenti di una comunicazione più serrata tra medici è un aspetto che non va sottovalutato.

È ovvio che ogni richiesta di visita specialistica o di accertamento diagnostico strumentale da parte dei medici di medicina generale debba essere accompagnata dal sospetto diagnostico e da chiari quesiti. Altrettanto ovvio è che le risposte debbano essere esaurienti, stilate possibilmente a computer o con grafia leggibile, firmate e timbrate.

Si rileva sempre più l'esigenza di creare canali per un rapido scambio di informazioni tra medici ospedalieri e del territorio a vantaggio dei pazienti



La strutturazione dei nuovi ricettari nazionali e la scarsità di tempo a disposizione sono, però, di ostacolo, ma tali difficoltà vanno superate.

Cosa si comunica oggi e come

Le comunicazioni di carattere tecnico, come quelle mediche, sulla scorta delle imprescindibili necessità della nostra società, trovano corpo nei referti, che costituiscono il solo modo ordinario corretto di comunicare tra medici.

Troppo spesso, però, si devono raccogliere notizie per conoscenza o rapporti personali. Tale prassi, sebbene utile in taluni casi, non è sempre sufficiente od opportuna, dato che veicola il concetto che per "far funzionare le cose" serve sempre un "canale preferenziale" o straordinario.

Si rileva sempre più, quindi, l'esigenza di creare canali istituzionali per

scambio rapido di informazioni tra ospedali e medici del territorio (orario di reperibilità telefonica, segreterie, cellulare per esclusivo uso lavorativo, ed altri espedienti).

Oggi con la medicina sociale vi è la necessità assoluta di relazionare, per tutti i pazienti, in tempo reale; la rilevanza del peso medico legale dei referti fa sì, tuttavia, che le comunicazioni siano fredde, asettiche, spesso telegrafiche, tanto che la maggioranza dei pazienti non le considera "una comunicazione" ma solo "un adempimento burocratico".

Un ulteriore aspetto da considerare, e certamente migliorabile, è quello legato alla grafia. Ancora oggi molti medici non hanno messo a fuoco il problema o meglio i problemi che possono derivare da grafie "discutibili". La cattiva grafia e l'abuso di sigle che figura in molti referti di visita specialistica rendendoli illeggibili è da un lato scarsamente professionale e dall'altro è indice di scarso rispetto per il paziente e per i colleghi.

È sempre necessario che anche i pazienti favoriscano la comunicazione fra i medici, per esempio, lasciando loro il tempo di farlo.

È noto, si rileva da un documento dell'Ordine dei Medici, che troppo spesso i pazienti giungono all'ospedale, specialmente al Pronto soccorso sprovvisti di richiesta del medico di famiglia, perché questo non viene consultato: il ricorso alla prestazione di Pronto soccorso risulta quindi frequentemente improprio ed eccessivo. Il passaggio dal medico di medicina generale rappresenta un tramite essenziale per non gravare il Pronto soccorso di inutile affollamento per patologie banali e per indirizzare il paziente, previa valutazione, al percorso diagnostico più idoneo.

Questa prassi deve finire. L'Ordine dei medici ancora oggi in collaborazione con la varie sigle sindacali prosegue nell'opera di sensibilizzazione su questo rilevante problema, ma anche i cittadini devono avere atteggiamenti più responsabili.

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

Il Centro Fibrosi Cistica di Verona opera contro la patologia che coinvolge pancreas e polmoni

Malattie rare

25

VOGLIA DI RESPIRARE

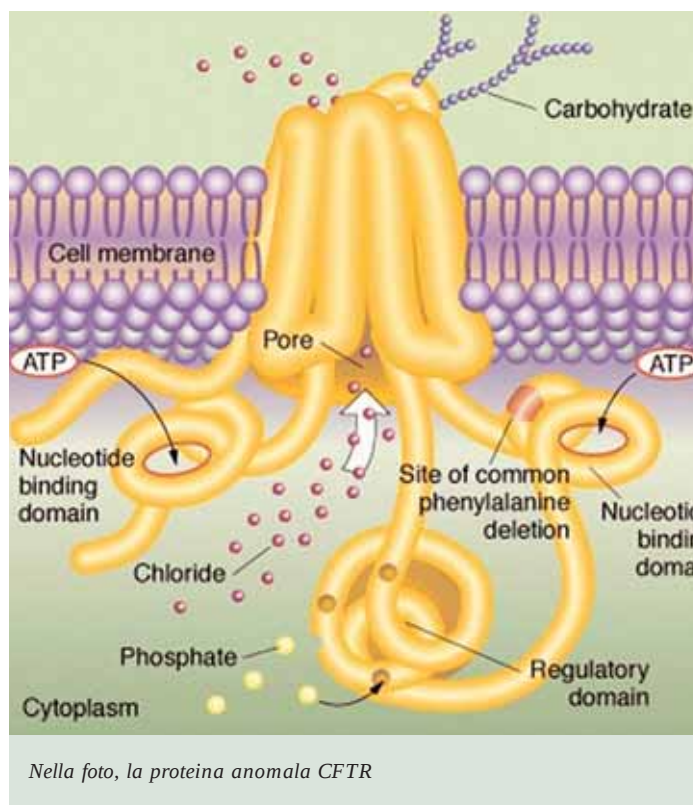
«Vorrei respirare senza tossire, viaggiare senza dovermi curare, correre a perdifiato, non andare più in ospedale, diventare un papà e poi un nonno»: dice così il bambino della pubblicità progresso per la lotta contro la fibrosi cistica. Dice che vorrebbe realizzare i suoi desideri e i suoi sogni. Che vorrebbe progettare un futuro.

E al Centro Fibrosi Cistica di Verona sono molti coloro che lavorano per aiutarlo, lottando contro una malattia ereditaria che altera la funzione delle ghiandole esocrine. A causa della patologia, le secrezioni prodotte sono, infatti, molto dense e causano problemi soprattutto agli apparati respiratorio e digestivo.

«Nelle popolazioni occidentali la fibrosi cistica, o mucoviscidosi, è una delle malattie genetiche più frequenti – spiega il professor Baroukh Maurice Assael, direttore del Centro –; colpisce principalmente il polmone e il pancreas e provoca quasi sempre sterilità maschile. La funzione pancreatica è correggibile, mentre il danno polmonare non è reversibile. I soggetti affetti da questa malattia sono colpiti precocemente da infezione respiratoria, che si cronicizza distruggendo il tessuto polmonare con una velocità variabile in base al danno genetico».

La fibrosi viene diagnosticata attraverso il test del sudore o, più recentemente, attraverso il test del Dna. Oggi la prognosi è migliorata e la patologia si può diagnosticare anche alla nascita con programmi di screening. «In genere, in seguito alla diagnosi neonatale, e in alcuni casi prenatale, nel nostro Centro viene programmato un ricovero di circa una settimana per stabilire l'impostazione terapeutica, al quale seguiranno controlli trimestrali per monitorare l'andamento e l'evoluzione della patologia».

Il gene responsabile della malattia è



Nella foto, la proteina anomala CFTR

localizzato sul cromosoma 7 e codifica una proteina anomala chiamata CFTR, ovvero regolatore transmembrano della fibrosi cistica. «Non è facilmente prevedibile la nascita di un bambino malato perché le mutazioni genetiche sono molteplici e, in ogni caso, non si è mai certi della correlazione tra mutazione e gravità della malattia. Questa patologia presenta comunque vari aspetti e richiede un approccio specialistico dal punto di vista terapeutico», commenta il medico.

La fibrosi cistica è una patologia rara, che colpisce circa un bambino ogni tremila neonati e che presenta un portatore sano ogni 27 individui. Nelle condizioni classiche la malattia ha una sua storia, che si snoda attraverso varie fasi: diagnosi, controllo della patologia, riacutizzazione, ricovero, insorgenza di complicanze, insufficienza respiratoria.

Ma come si può curare la malattia? E con quali terapie è possibile inter-

venire? «Per quanto riguarda l'apparato digestivo, è necessario assumere degli enzimi sostitutivi della funzione pancreatica – risponde il professor Assael – che aiutano a trasformare il cibo ingerito in particelle che possono essere assorbite dalle cellule del corpo. Per quanto riguarda invece il sistema respiratorio, i principali metodi utilizzati sono le tecniche di pulizia delle vie

aeree, gli antibiotici e gli agenti antinfiammatori».

Il metodo fisioterapico tradizionale per liberare le vie respiratorie dal muco è il drenaggio posturale, con vibrazione e percussione del torace. Anche praticare attività fisica è molto utile perché aiuta a rimuovere il muco dai polmoni, mentre la terapia aerosolica permette di migliorarne la fluidificazione, di agire sulle vie respiratorie con farmaci broncodilatatori e di raggiungere anche le basse vie respiratorie. «In caso di infezione polmonare causata da batteri – precisa – sarà invece necessaria la somministrazione di antibiotici, mentre è comunque opportuno evitare i farmaci contro la tosse e i decongestionanti. Non esiste una cura definitiva, le terapie servono a prevenire e a combattere le infezioni nei momenti acuti e a cercare di evitare il decadimento polmonare a lungo termine. In caso di malattia

polmonare avanzata e insufficienza respiratoria si rende necessario il trapianto dei polmoni, indispensabile nel 15-20 per cento dei casi: il tasso di successo dell'operazione è abbastanza alto, anche se non tutti i pazienti sono adatti, inoltre c'è il rischio di rigetto e una scarsità di donatori». Comunque questa soluzione ha di certo aperto nuove frontiere e diverse possibilità: basti pensare che a Verona dal 1999 sono stati candidati al trapianto più di sessanta pazienti con buoni risultati.

Una malattia complessa, la fibrosi cistica, che può comportare difficoltà per la terapia, i ricoveri, le visite e l'uso dei farmaci. E che può causare dubbi, perplessità, insicurezze. A dare una mano a pazienti e familiari c'è la dottoressa Sandra Perobelli, psicologa e psicoterapeuta del Centro: «L'intervento psicologico prevede il contatto diretto con le famiglie e i pazienti.

Fin dalla diagnosi, è attiva una consulenza per i genitori per un aiuto nel superamento del trauma della diagnosi e nell'assunzione dei compiti terapeutici previsti quotidianamente. Il nostro è un intervento orientato a favorire una crescita psicologica normale; quindi cerchiamo di promuovere un clima familiare che non limiti le attività e la socializzazione dei malati».

In generale, i pazienti devono poter sviluppare le parti sane di sé, sentirsi di potersi realizzare come persone, avere degli obiettivi da raggiungere, nonostante la malattia e le cure. Lo psicologo può essere una risorsa in periodi di crisi e una figura di riferimento in momenti significativi dal punto di vista della crescita evolutiva, come pure nella fase severa della malattia. «Il nostro impegno nel Centro è poi orientato a creare un ambiente di cura in grado di fornire al paziente un sostegno emotivo attraverso la formazione degli operatori e l'integrazione degli aspetti psicoemotivi del paziente nel piano di cura generale», conclude la psicologa.

Paola Arosio

PICCOLO DIZIONARIO DELLA FIBROSI CISTICA

OSTRUZIONI INTESTINALI

I sintomi più comuni in caso di ostruzione intestinale sono i crampi e la nausea. Questa complicanza può essere trattata in due modi: con farmaci, somministrati attraverso un sondino nasogastrico, che consentono di diluire il materiale dell'ostruzione oppure con clisteri, iniezioni liquide che arrivano all'intestino attraverso il retto. Il miglior modo per evitare l'ostruzione intestinale è comunque quello di assumere regolarmente gli enzimi e di mantenere un'alimentazione ricca di verdura, frutta e liquidi.

DIABETE

Circa il 10 per cento delle persone con fibrosi cistica sviluppa il diabete, che si manifesta soprattutto in età adulta. In alcuni casi, è necessario un trattamento con insulina.

MALATTIA DEL FEGATO

Circa il 10 per cento dei pazienti con fibrosi cistica sviluppa una fibrosi del fegato, che porta alla cirrosi epatica. Ciò accade di solito in età adulta e in molti pazienti non progredisce. Le ricerche hanno dimostrato che un acido, chiamato ursodeossicolico, può aiutare a rallentare l'evoluzione del danno epatico, mentre il trapianto di fegato ha avuto ottimi risultati.

COLPI DI CALORE

Il paziente con fibrosi è predisposto a colpi di calore quando fa molto caldo, quando è impegnato in uno sforzo fisico intenso o quando vi è febbre elevata e persistente. I sintomi che di solito precedono il colpo di calore sono vertigini, vista annebbiata, nausea e mal di testa. Nel bambino piccolo può esserci un grave calo di peso per disidratazione e perdita di sali. Il miglior modo per evitare un collasso da caldo è bere molti liquidi, come acqua, suc-

chi di frutta, bevande energetiche, e fare pause frequenti durante l'attività sportiva. Fondamentale è inoltre assumere i sali che vengono persi con il sudore.

DITA A BASTONCINO

Non si sa quale sia la ragione specifica che causa questo fenomeno, ma esso è il sintomo di un'infezione cronica ai polmoni.

TORACE A FORMA DI BOTTE

Questa condizione è causata da aria intrappolata nei polmoni, poiché le vie aeree sono ostruite. La cassa toracica si adatta perciò a contenere più aria, fino ad assumere una forma rotonda come quella di una botte.

PNEUMOTORACE

Il pneumotorace si verifica quando l'aria esce dal polmone e si accumula nel cavo pleurico a causa di un foro nel tessuto polmonare. I suoi sintomi sono il respiro breve e l'improvviso e acuto dolore al torace.

EMOTTISI

La presenza di una piccola quantità di sangue in ciò che si elimina dalle vie respiratorie è abbastanza comune nelle persone con fibrosi cistica e danno polmonare. Di solito, comunque, non c'è da preoccuparsi.

CUORE POLMONARE

Si ha cuore polmonare quando la parte destra del cuore diventa più spessa e più grande del normale. Ciò è causato da un danno polmonare consistente, che riduce l'ossigenazione del sangue.

REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Il reflusso avviene quando i succhi gastrici dallo stomaco refluiscono nell'esofago e lo danneggiano. I sintomi dell'infiammazione sono bruciore o dolore al torace o alla parte superiore dell'addome.

IL CENTRO PER LA FIBROSI CISTICA DI VERONA

IL CENTRO

Il Centro per la Fibrosi Cistica di Verona è un punto di riferimento nazionale, che si occupa di pazienti sia di età pediatrica che di età adulta. È il solo dedicato unicamente alla malattia e accoglie 400 pazienti provenienti dal Veneto e 350 provenienti da fuori regione. Vi lavorano 60 operatori e un gruppo di specialisti composto da psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti e laboratoriisti. L'obiettivo è la presa in carico globale del paziente attraverso un'équipe multiprofessionale che garantisce l'efficacia e l'efficienza delle cure. Il reparto dispone di 24 posti letto, mentre il day hospital visita circa 15 pazienti al giorno. Il Centro vanta collaborazioni internazionali con centri in Canada, Australia e Olanda ed è molto attivo nell'attività di ricerca e formazione.

LA RICERCA

Importante, utile, essenziale, vitale: così è la ricerca per una malattia come la fibrosi cistica. E per questo, il Centro veronese di studi sperimentali ne fa molti e ad alto livello, concentrandosi soprattutto nei settori della genetica e della biologia molecolare. In particolare, il laboratorio di Patologia molecolare sta sviluppando studi su farmaci sia sperimentali sia attualmente utilizzati per curare le infezioni polmonari. Diversi i progetti in corso, molti dei quali convergono sull'infiammazione dei polmoni, un elemento critico per la progressione della malattia e per la qualità di vita dei pazienti.

Gli studi sono articolati a vari livelli e prestano attenzione ai meccanismi di azione, alla efficacia e sicurezza, alla predisposizione individuale dei pazienti alla risposta terapeutica, all'applicazione sui malati di ogni vantaggio ottenuto. Accanto a questi, altri studi di genetica molecolare hanno importanti



Il prof. Maurice Baroukh Assael, direttore U.O. Malattie respiratorie e digestive dell'età evolutiva dell'Ospedale Civile Maggiore, con la sua équipe

ricadute nel campo della prevenzione e diagnosi precoce della malattia e servono come conferma diagnostica nei casi di forme non classiche di fibrosi cistica. In ogni caso, il metodo di lavoro utilizza l'esperienza scientifica e tecnologica del Laboratorio, avvalendosi dei dati clinici del Centro e collegandosi a numerosi laboratori di ricerca italiani, europei e statunitensi.

L'ASSOCIAZIONE

Il futuro è la ricerca. Aiutaci a sconfiggere la fibrosi cistica: è questo il messaggio che appare sul sito dell'Associazione Veneta per la lotta contro la Fibrosi Cistica.

Un'organizzazione dinamica e attiva che opera nel Veneto e nel Trentino Alto Adige. L'associazione, che aderisce alla Lega Italiana Fibrosi Cistica ed è iscritta al Registro Regionale Veneto del Volontariato, opera da più di trent'anni con varie iniziative sul territorio per sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti della malattia. Molti sono i volontari che si adoperano con assiduità e sensibilità per dare una mano, mettendo a disposizione il loro tempo e le loro risorse.

«La nostra organizzazione è formata da un direttivo di quindici membri, eletti dall'assemblea dei

soci – spiega Renzo Dal Cortivo, presidente del Comitato provinciale –. L'associazione aggrega diversi comitati, Padova, Treviso, Bolzano, Venezia, Vicenza, Trento, ciascuno dei quali organizza iniziative per la raccolta fondi, che confluiscono poi nella sede centrale».

Ma quali sono gli obiettivi dell'associazione? «Il nostro scopo principale è il supporto ai malati e alle loro famiglie dal punto di vista assistenziale ed economico – afferma Dal Cortivo –. Collaboriamo attivamente con il Centro veronese, finanziando borse di studio, congressi, strumentazioni. Il nostro obiettivo a breve termine è la ristrutturazione del Centro per garantire ai pazienti un ambiente accogliente e confortevole. Del resto, abbiamo contatti quotidiani con la struttura e con i pazienti e cerchiamo di coglierne esigenze e necessità.

In ogni caso, un rapporto continuo, ravvicinato e frequente è indispensabile per rendere la nostra collaborazione il più possibile adeguata e fruttuosa. Cerchiamo, infine, di sovvenzionare la ricerca, per la quale sono stati stanziati quest'anno 60 mila euro. La ricerca è la nostra speranza: auspichiamo che questa malattia possa essere non solo curata, ma anche guarita».

(Pa. Ar.)

I criteri della riabilitazione

di Luciano Flor* e Giulia Bisoffi**

Da questo numero prende avvio una rubrica in cui approfondiremo il tema delle liste d'attesa, uno dei più sentiti e dibattuti nel panorama della Sanità. Iniziamo spiegando i criteri delle priorità cliniche ed in particolare focalizziamo la specialità della Medicina fisica e riabilitazione.

In passato i tempi per ottenere le prestazioni (tempo intercorrente tra richiesta ed effettiva prestazione) sono stati determinati dall'aritmetica differenza tra numero di prestazioni richieste e numero di prestazioni effettuate in un certo periodo, dando priorità all'ordine cronologico delle richieste e non alla reale situazione clinica della persona.

Si è ora intrapresa la strada di utilizzare il metodo basato sulla priorità clinica quale strumento per assicurare le prestazioni, rispettando tempi massimi predefiniti in base alla gravità della situazione.

Il metodo prevede tre classi di priorità: classe A = urgente entro 10 gg., classe B = sollecita entro 30 gg., classe C = ordinaria 180 gg. Tale valutazione coinvolge sia il richiedente (spesso medico di Medicina generale) sia chi eroga la prestazione (ospedale, poliambulatorio, ecc.), realizzando di fatto un'integrazione tra il sistema della domanda e il sistema di offerta delle prestazioni.

L'argomento non è del tutto nuovo nel nostro Paese, giacché fin dalla definizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nel 2001 l'accesso alle prestazioni secondo classi di priorità è stato applicato alla specialità Medicina fisica e riabilitazione. Con il Decreto del 12 dicembre 2001, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (Lea) erogati dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), le regole per l'erogazione delle prestazioni della Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale hanno subito dei cambiamenti, con la finalità di eliminare le prestazioni non essenziali e di rendere appropriate le prestazioni erogate. Alcune prestazioni

**In passato i tempi
per ottenere
le prestazioni sono
stati determinati
in base
all'ordine di arrivo
delle richieste.
Oggi si dà
la precedenza
alla priorità clinica,
ovvero
alla gravità
della situazione**

vengono da quel momento escluse dalla lista delle prestazioni erogabili dal Ssn, poiché non vi è evidenza di efficacia o perché non legate direttamente ad un reale beneficio in termini di salute, altre vengono lasciate a carico del Ssn solo per determinate categorie di pazienti (vedi tabella).

Nel recepire le direttive nazionali, la regione Veneto ha definito i criteri di priorità e le modalità di accesso a dette prestazioni sulla base di criteri di appropriatezza (Deliberazione della Giunta regionale 9 agosto 2002).

Il provvedimento ha ridefinito tutta la branca specialistica sulla base di pacchetti di prestazioni corrispondenti a progetti e programmi riabilitativi individuali, definendo come prima cosa le priorità di accesso.

A seguito di ciò l'accesso alle prestazioni di Medicina fisica e riabilitazione avviene su richiesta del medico di medicina generale, del medico pediatra di libera scelta o dello specialista di altra disciplina che invia il paziente alla valutazione fisiatrica, con prescrizione su ricettario regionale, utilizzando la formula semplificata di "visita fisia-



Giulia Bisoffi responsabile Unità di Statistica

trica ed eventuale ciclo di riabilitazione" (con la specifica urgente, sollecita o senza nessuna specifica (classi di priorità A, B, C). Ciò garantisce la presa in carico dell'utente per tutto il percorso diagnostico-terapeutico con la formazione di un progetto riabilitativo individualizzato.

Spetta pertanto allo specialista fisiatra provvedere alla effettuazione della visita, alla stesura di uno specifico progetto/programma riabilitativo ed alla prescrizione delle prestazioni ritenute necessarie, da effettuarsi presso il medesimo centro.

L'organizzazione dell'attività ambulatoriale dell'Azienda ospedaliera è conforme a tali direttive.

L'attività ambulatoriale è stata sviluppata organizzando ambulatori nei diversi giorni della settimana, dedicati alle varie patologie di rilievo riabilitativo:

- Riabilitazione neurologica
- Rieducazione nella traumatologia ortopedica
- Riabilitazione delle pazienti operate al seno
- Riabilitazione della mano operata
- Ambulatorio di riabilitazione del-

	Disabilità Neurologiche	Disabilità Osteoarticolari	Disabilità Respiratorie	Altre Disabilità
Classe A	- Esiti da ictus (1° accesso entro i 6 mesi dall'esordio) - Polineuropatie periferiche (entro il 1° mese dalla dimissione dal reparto che ha formulato la diagnosi) - Lesioni traumatiche neurologiche centrali e periferiche (entro il 1° mese dalla dimissione) - Esiti di intervento neurochirurgico (entro il 1° mese dalla dimissione)	- Interventi di protesizzazione articolare (entro 1 mese dall'intervento) - Artroscopie articolari (entro 20gg. dall'intervento) - Esito di frattura (entro 15 gg. da rimozione gesso) - Periartriti o tendinopatie acute con limitazione motoria (entro 1 mese dall'esordio) - Artriti e artropatie degenerative in fase di importante riabilitazione "flogistica" con riduzione della funzione motoria dell'arto con seguente alla riabilitazione (entro 1 mese dall'esordio della riabilitazione) - Traumi articolari distorsivi degli arti che siano stati immobilizzati (entro 15 gg. da rimozione mezzo immobilizzazione) - Traumi vertebrali con frattura e/o lussazione vertebrale con deficit sensitivo-motori (entro 30 gg. dalla dimissione) - Esiti di interventi dell'apparato locomotore (entro 15 gg. da intervento o rimozione tutore)	- Nel pre e post intervento di chirurgia toracica (entro 1 mese da intervento)	
Classe B	- Mononeuropatie periferiche (entro il primo mese dall'esordio) - Sclerosi multipla (dopo una poussée con accentuazione dei deficit funzionali)	- Dorsolombalgia acuta con importante limitazione delle attività quotidiane e/o lavorative (entro 30 gg. dall'esordio) - Cervicobrachialgia acuta o lombosciatalgia acuta con compressione radicolare e deficit sensitivo-motori periferici (entro 30 gg. dall'esordio) - Trauma discorsivo cervicale semplice (solo se infortunio sul lavoro e 1° accesso al servizio)	- Patologie respiratorie croniche riacutizzate (entro 15 giorni dalla riacutizzazione)	- Ogni caso di dimissione da reparto di medicina fisica e riabilitazione che necessiti di prosecuzione ambulatoriale del progetto riabilitativo - Disabilità in età evolutiva (raccomandati ambulatori dedicati)
Classe C	- Tutte le patologie che hanno superato l'anno di insorgenza	- Tutte le patologie inemendabili (croniche) in fase non flogistica pur con riduzione della funzione motoria/articolare) - Esiti di intervento di protesizzazione (dopo un anno dall'intervento) - Esiti di frattura e/o lussazione (dopo 1 anno dall'intervento) - Artrite e artropatia degenerativa - Esiti di intervento dell'apparato locomotore (ad un anno dall'intervento)	- Patologie respiratorie cronicizzate	

l'età perinatale (0-4 anni)

Ambulatorio di riabilitazione dell'età evolutiva (paramorfismi-dismorfismi)

Ambulatorio di rieducazione dell'incontinenza

Ambulatorio dedicato alla logopedia

Ambulatorio a cui affluiscono le visite fisiatriche di controllo relative a pazienti già in trattamento ambulatoriale, oppure dimessi dall'Unità operativa di Riabilitazione.

Le visite generiche vengono prenota-

te tramite il Cup ed inviate in un ambulatorio specifico che viene svolto un giorno alla settimana. Tali visite sono in genere riferite a patologie croniche e non presentano condizioni di priorità alcuna.

Per assicurare il rispetto dei tempi per le urgenze (classi A e B) è prevista la possibilità di prenotazioni aggiuntive rispetto a quelle programmate. Dopo un periodo di assestamento e pur registrando, in alcuni casi, tempi di attesa significativamente elevati, il modello adottato ha con-

sentito di dare effettivamente risposta alle richieste urgenti. Come facilmente immaginabile, il sistema necessita di continui aggiustamenti per compensare le oscillazioni nella richiesta di prestazioni; proprio per questo è al lavoro una Commissione permanente ospedale-territorio.

***Luciano Flor**
direttore sanitario
Azienda ospedaliera
****Giulia Bisoffi**
responsabile Ufficio Statistica

LE "URGENZE" DELLA VISITA FISIATRICA

Classe A: Visita fisiatrica urgente

Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un piccolo arco di tempo, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi entro 10 giorni lavorativi.

Classe B: Visita fisiatrica sollecitata

Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma è richiesta

sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o di disabilità, da eseguirsi entro 20 giorni lavorativi (tempo specifico per la riabilitazione)

Classe C: Visita fisiatrica

Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi entro 180 giorni lavorativi.

GENERICI MA EFFICACI

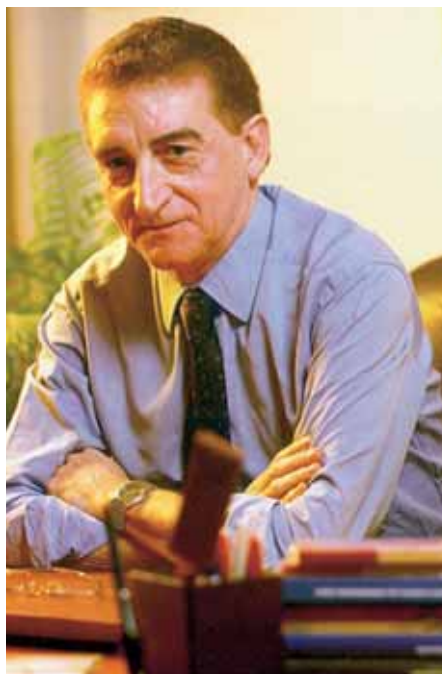
Se ne è parlato molto, ma molti non sanno ancora di cosa si sta parlando. Loro, i farmaci generici, non sono infatti conosciuti come dovrebbero. Nonostante tv, giornali, campagne pubblicitarie abbiano dedicato loro ampi spazi, tanti non hanno ancora le idee chiare sull'argomento. Si chiamano generici perché vengono commercializzati con il nome del principio attivo che contengono e non con un più accattivante nome di fantasia. Possono essere generici i medicinali contenenti uno o più principi attivi il cui brevetto sia scaduto e che siano la copia bioequivalente di una specialità medicinale in commercio. Come tutti i farmaci possono essere da banco, ossia acquistabili liberamente, o prescrivibili, che necessitano, cioè, di ricetta medica.

Apriamo il nostro approfondimento sul tema del farmaco generico con un'intervista al dottor Nello Martini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Dottor Martini, cosa accade a un farmaco quando scade il brevetto?

«Quando un'azienda scopre un nuovo farmaco e lo immette sul mercato ha dieci anni di esclusività per recuperare gli investimenti economici che sono stati necessari per la sua scoperta.

La scadenza del brevetto libera il farmaco dal monopolio dell'azienda farmaceutica che lo deteneva e consente ad altre aziende di venderlo con un nome diverso, a volte quello del principio attivo di cui è composto, e a un prezzo che può essere inferiore del 20-50 per cento rispetto alla specialità di marca. La scadenza del brevetto, infatti, inserisce il farmaco in un sistema concorrenziale, che induce le aziende a concentrarsi sui processi produttivi più efficienti per offrire il farmaco generico al prezzo più competitivo sul mercato, non essendo necessari ulteriori studi sull'efficacia».



Nello Martini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco

Ma cosa sono i farmaci generici?

«I farmaci generici, che sarebbe meglio chiamare bioequivalenti, sono medicinali non più coperti da brevetto, dotati della stessa efficacia e sicurezza delle corrispondenti specialità "griffate", ma caratterizzati da un prezzo notevolmente inferiore. Sono, dunque, qualitativamente identici ai medicinali di origine, dai quali si differenziano solo per il diverso nome. La bioequivalenza del generico rispetto al medicinale di marca viene stabilita dall'Agenzia italiana del farmaco e viene controllata dall'Istituto superiore di Sanità. Bioequivalenza significa che due farmaci (il generico e il marchio di confronto) devono avere la stessa efficacia terapeutica e gli stessi effetti sull'organismo».

Quali sono le loro potenzialità? E i vantaggi del loro utilizzo?

«È innanzitutto da sottolineare che i farmaci bioequivalenti sono presenti sia nella fascia A del prontuario far-

maceutico nazionale, che comprende i farmaci erogati gratuitamente ai pazienti dal Servizio sanitario nazionale, sia nella fascia C, in cui si trovano i medicinali a carico dei cittadini. Orientare le scelte terapeutiche sui farmaci equivalenti permette, dunque, di raggiungere un duplice obiettivo: ridurre i costi per i malati e far risparmiare il Servizio sanitario nazionale, che disporrà così di preziose risorse per erogare farmaci innovativi per la cura di patologie gravi. Dal giorno dell'avvio delle attività, poco meno di un anno fa, l'Agenzia italiana del farmaco ha ammesso alla rimborsabilità più di 300 nuovi farmaci, tra i quali medicinali innovativi per la cura dell'Aids, del cancro, dell'epatite cronica B. Ciò è stato possibile anche grazie al ruolo svolto dai farmaci equivalenti che, con il loro costo inferiore rispetto alle specialità, hanno consentito di controbilanciare in parte l'aggravio di spesa per il Servizio sanitario nazionale».

Perché questi farmaci hanno avuto difficoltà ad affermarsi?

«Un ruolo sicuramente importante è stato svolto dalla percezione del generico da parte dei malati come farmaco inferiore, aspecifico, dotato di minore efficacia rispetto alle specialità di marca. Ciò ha determinato un clima di sfiducia che, unito alla scarsa informazione, ha sicuramente condizionato la loro diffusione nel nostro Paese. Per garantire il più ampio accesso alle informazioni sulle alternative terapeutiche esistenti per quanto riguarda i farmaci a carico del cittadino con obbligo di prescrizione medica, l'Agenzia italiana del farmaco ha pubblicato sul proprio sito (www.agenziafarmaco.it) la lista di trasparenza dei farmaci di fascia C. Consultandola, cittadini e operatori sanitari potranno visualizzare per ogni farmaco incluso in tale categoria i nomi dei generici equivalenti, dota-

VERSO UNA NUOVA CULTURA DEL FARMACO

«Il farmaco generico è prima di tutto un farmaco – conferma Walter Medda, *deputy managing director* di Teva Pharma Italia – e come tale è una soluzione che utilizzata con appropriatezza può aiutare a risolvere i problemi di salute di chi ne ha bisogno».

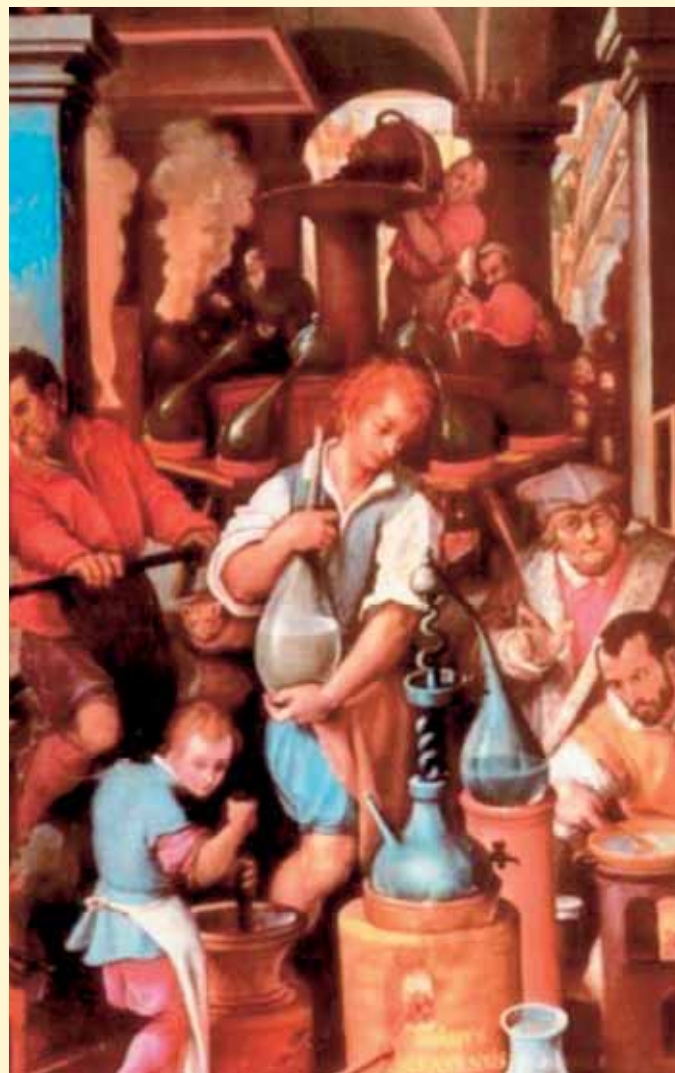
Anche se il suo vantaggio principale è il risparmio, il generico ha in sé altre importanti potenzialità, come spiega Medda: «L'effetto tangibile, per i cittadini e per il Sistema sanitario nazionale, è il risparmio, ma accanto a esso si collocano altri effetti da non sottovalutare. Muta, innanzitutto, l'approccio culturale alla terapia farmacologica, dal momento che il generico favorisce il passaggio da una cultura del marchio a una reale cultura del farmaco. Si tratta, inoltre, di una scelta moderna perché coerente con il principio di appropriatezza terapeutica: in questo senso i farmaci generici rappresentano le terapie più consolidate, al minor costo possibile. In più, il generico incentiva le aziende orientate alla ricerca a trovare farmaci innovativi e a offrire soluzioni terapeutiche nuove ed efficaci».

Il farmaco generico rappresenta dunque un volano, una risorsa strategica per rispondere meglio ai crescenti bisogni di salute dei cittadini e per rafforzare il Sistema sanitario, rendendolo più moderno, efficace ed economicamente sostenibile. Non è un farmaco di serie B, ma di serie A.

Per quanto riguarda la diffusione, il generico è una presenza importante negli Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania, Olanda, Paesi Bassi e Paesi nordici e si sta espandendo in Francia e Spagna. Esso è dunque radicato nelle nazioni più avanzate. «Nel nostro Paese, invece, questo farmaco, che ha in sé importanti valori tecnologici, economici e culturali – continua Medda –, rappresenta solo il 3 per cento circa della cifra spesa ogni anno per i farmaci. Un settore quindi ancora molto fragile, che necessita di consolidamento. Certo, il generico non è facile da gestire, ma può essere una straordinaria opportunità. Per sviluppare il mercato serve la collaborazione di tutti, istituzioni, medici, farmacisti, aziende.

È importante, in particolare, fornire strumenti professionali adeguati a medici e farmacisti e ricercare il loro coinvolgimento attivo nel processo di prescrizione, dispensazione e informazione sul farmaco generico». Il medico, che sceglie la terapia più adeguata per il singolo paziente, ha il ruolo principale. Non dobbiamo dimenticare che dietro una richiesta al medico c'è sempre un paziente con le sue ansie, le sue paure, i suoi dolori e che una prescrizione senza spiegazioni e coinvolgimento è destinata in una percentuale elevata di casi a non concludersi con un effetto terapeutico.

«Il ruolo del farmacista è consolidato nel Sistema sanitario e nella percezione dei cittadini – prosegue Medda –. Ora anche questo professionista si trova, tutti i giorni,



sempre più coinvolto in un processo di interazione e comunicazione. Un ruolo, quindi, ancora più importante e più attivo rispetto al passato: il farmacista concretizza la scelta terapeutica del medico e favorisce l'adesione alla terapia da parte del paziente».

Ma anche il cittadino può fare qualcosa per contribuire a utilizzare e diffondere il generico: in caso di farmaci che necessitano di prescrizione, è utile ricordare che il medico ha l'obbligo di comunicare l'esistenza di un farmaco equivalente rimborsato per intero dal Servizio sanitario nazionale; in caso di farmaci che non necessitano di ricetta medica, può invece chiedere al farmacista il meno costoso, a parità di dose e principio attivo. A concludere è il dott. Medda, con un interrogativo che lascia spazio a diverse possibilità: «Noi ci crediamo veramente, crediamo nel ruolo e nello sviluppo del farmaco generico. Ma la domanda vera è: quanti, oltre a noi, ci credono?»

P.A.

L'OPINIONE DI MEDICI E FARMACISTI

«Siamo favorevoli all'uso dei farmaci generici, anche se permangono alcuni problemi – dichiara Giacomo Milillo, vicesegretario nazionale vicario della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg) –. Innanzitutto, nel nostro Paese manca una tradizione del farmaco generico e molto spesso sono i pazienti stessi a richiedere e preferire il farmaco di marca, rifiutando la sostituzione. Esiste, dunque, una componente psicologica e culturale che fa sì che gli assistiti non percepiscano in ugual modo il farmaco grifato e il generico. Inoltre, bisogna tenere conto del fatto che, poiché i farmacisti non hanno a disposizione tutti i generici, molti medici continuano a prescrivere i farmaci di marca, sapendo che il farmacista ha poi l'obbligo di operare la sostituzione e di motivare al paziente la differenza di prezzo. Ci vuole tempo perché medici, farmacisti e pazienti si convincano dell'utilità del generico.

Alla base c'è un meccanismo complesso, articolato, che deve essere collaudato. Bisogna cioè lavorare sui problemi concreti che rendono difficile la sua affermazione, evitando di attribuire ogni responsabilità al prescrittore».

L'opinione dei farmacisti è espressa da Giorgio Siri, presidente Federfarma. «Il dato eloquente è che, in base ai dati diffusi dall'Aifa,



i farmaci generici hanno rappresentato il 21,7 per cento delle confezioni erogate dal Sistema sanitario nazionale nel 2004, mentre nel 2001 erano solo il 2,1 per cento. Sempre secondo l'Aifa, risulta poi che l'immissione in commercio di nuovi farmaci generici ha determinato nel 2004 un risparmio di 50 milioni di euro, a cui si aggiungeranno circa 100 milioni di euro a fine 2005. Dunque, la diffusione dei generici in Italia procede, anche se non ha raggiunto il mercato di Paesi nei quali i

generici hanno una tradizione ben più consolidata. È, inoltre, importante precisare che, per valutare il risparmio prodotto dall'introduzione del generico, non bisogna calcolare solo il risparmio legato alla loro dispensazione, ma considerare che molte specialità minacciate dalla concorrenza hanno ridotto i prezzi. E di questa riduzione trae vantaggio anche il cittadino che voglia rimanere fedele al farmaco di marca, pagandolo meno».

In ogni caso, per favorire lo sviluppo del generico, è fondamentale che tutti i medici credano di più nella necessità di promuoverne l'uso. Sarebbe, inoltre, opportuno che, quando i medici scrivono non sostituibile sulla ricetta, spiegassero anche i motivi per cui ritengono non fattibile la sostituzione, così come avviene in altri Paesi europei. «Infine – conclude Milillo –, per accelerare il processo di diffusione, sarebbe utile cominciare a individuare i farmaci con il nome del principio attivo: sarebbe un progresso culturale e un comportamento in linea con quello in uso nel mondo scientifico. Inutile dire che noi tranquillizziamo quotidianamente i cittadini circa l'equivalenza dei prodotti e siamo disponibili a collaborare a nuove campagne a favore del farmaco generico».

ti di un prezzo inferiore sia per unità posologica che per confezione».

Cosa si potrebbe fare per diffondere maggiormente i generici?

«Bisogna far comprendere all'opinione pubblica che i farmaci generici sono perfettamente uguali in termini di efficacia e sicurezza ai medicinali di marca e che costituiscono una preziosa opportunità per risparmiare e per garantire a tutti i cittadini un numero sempre maggiore di farmaci

innovativi. A tal fine l'Agenzia italiana del farmaco realizzerà una specifica campagna di comunicazione, destinata a cittadini e a operatori di settore, volta a trasmettere una corretta informazione sui generici e a favorirne un più ampio consumo».

In concreto, sapere che esistono farmaci uguali ma di prezzo diverso è utile. Scegliere un farmaco meno costoso può portare a un notevole risparmio senza alcuna differenza per la salute: dal punto di vista della cura

non cambia nulla, dal punto di vista del portafoglio sì. In particolare, quando ci sono farmaci uguali per composizione, efficacia, qualità, dose e confezione, ma di prezzo diverso, il Servizio sanitario paga interamente solo i meno cari, mentre la differenza è a carico del cittadino. Così facendo, il Servizio sanitario avrà a disposizione maggiori risorse per fornire gratuitamente altri farmaci, innovativi e costosi.

Paola Arosio

Intervenendo nella prima ora, la mortalità per infarto scende sotto il 2%. Nascerà a breve la "Rete del cuore"

Prevenzione

AFFARI DI CUORE

Golden hour, l'ora d'oro. Così è chiamato l'arco di tempo di sessanta minuti che intercorre dal primo sintomo dell'infarto miocardico acuto, patologia che ancora oggi è una delle maggiori cause di morte nel mondo. Un arco di tempo fondamentale in quanto si è constatato che se l'apertura del vaso responsabile dell'infarto avviene entro un'ora – per via farmacologica o meccanica, tramite l'angioplastica – la mortalità scende fino a meno del 2% e in alcuni casi l'infarto "abortisce", non lasciando conseguenze sulla qualità di vita del paziente. La mortalità sale a poco meno del 5% quando dai primi sintomi trascorrono due ore. Mai quindi come nel caso dell'infarto miocardico acuto il tempo è veramente prezioso. Lo dimostrano ulteriori dati. La mortalità intra-ospedaliera per infarto si è ridotta negli ultimi tempi, passando dal 25-30% negli anni Sessanta al 18% negli anni Ottanta ad una mortalità attuale del 5-6%. Al contrario non sono per nulla diminuiti i decessi che avvengono nella fase pre-ospedaliera, che possono rappresentare oltre la metà della mortalità globale per infarto miocardico acuto. Per invertire la "rotta" è quindi necessario far giungere i pazienti il più precocemente possibile in ospedale e sottoporli ad un'adeguata terapia, che porti alla riapertura del vaso (riperfusione) in modo efficace e duraturo.

Nasce così la "Rete per il cuore", un modello organizzativo, messo già in atto da alcune Regioni, come il Piemonte e la Lombardia, e che in Veneto sta muovendo i primi passi. Grande sostenitore della "Rete" è il professor Corrado Vassanelli, cattedra di Cardiologia all'Università di Verona e direttore della Divisione clinicizzata di Cardiologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria scaligera, che proprio della Rete ha parlato al terzo convegno internazionale sulle sindromi coronariche acute che si è



Corrado Vassanelli direttore dell'Unità operativa clinicizzata di Cardiologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria

tenuto lo scorso maggio al Lido di Venezia. «I passi formali per l'istituzione della Rete sono già stati fatti con la delibera del 29 dicembre del 2004 in cui la giunta veneta ha acquisito il documento sul trattamento dell'infarto miocardico acuto redatto da un team di esperti, rappresentanti della Cardiologia Veneta e delle maggiori Società scientifiche. Ora – sottolinea Vassanelli, organizzatore del convegno veneziano in collaborazione con la Società europea di Cardiologia e la Federazione italiana di Cardiologia – bisogna procedere alla realizzazione concreta dell'organizzazione».

Un'organizzazione interospedaliera del tipo "Hub & Spoke", cioè con al centro un'Unità di terapia intensiva coronarica che dispone di un laboratorio di emodinamica interventistica, attivo 24 ore su 24 e per tutti i giorni dell'anno e collegate ad essa tutte le Cardiologie del territorio. Nella provincia di Verona dispone di queste caratteristiche l'Azienda ospe-

daliero-universitaria, che nel 2004 ha effettuato – dati raccolti dalla Società italiana di Cardiologia interventistica – 667 angioplastiche di cui 110 per la terapia dell'infarto miocardico acuto.

Ma la Cardiologia "centrale" e quelle "periferiche" sono solo alcuni degli "attori" dell'organizzazione. «Il primo è il paziente – spiega il professor Vassanelli –. È necessario, anche attraverso una campagna di educazione, trasmettere ai cittadini un semplice messaggio: quanto prima dall'insorgere dei sintomi dell'infarto si allerta il 118, maggiori sono le possi-

bilità di sopravvivenza e di guarigione. La regola è quindi questa: quando si ha più di 35 anni e si avverte un persistente e opprimente dolore al petto bisogna subito chiamare il 118». Proprio il 118 è un altro nodo fondamentale della "Rete per il cuore". «I medici che oggi seguono l'ambulanza – precisa il professore – non sono in grado di diagnosticare un infarto, poiché hanno a disposizione solo un elettrocardiografo per osservazione. La Rete invece mira a far sì che la diagnosi avvenga già sull'ambulanza. In questo modo il trattamento farmacologico per dissolvere il trombo (che produce l'infarto) potrebbe essere iniziato fin da subito, visto che attualmente, a differenza che in passato, disponiamo di farmaci somministrabili tramite una semplice indovena».

E se sull'ambulanza non c'è un medico? «Il problema può essere superato con le moderne tecnologie – risponde Vassanelli –. Esistono dispositivi già ampiamente usati in altre regioni

che permettono la trasmissione del tracciato dell'elettrocardiogramma alla Cardiologia di riferimento. Se questa è in grado di effettuare un'angioplastica o se in base a determinati parametri ritiene che sia sufficiente la terapia farmacologica lo accoglie, altrimenti allerta la Cardiologia "hub".

La Rete quindi è completa. Quando sarà realizzata a Verona? «La tessitura della Rete ha delle fasi preliminari molto importanti – continua il cardiologo –. Bisogna innanzitutto effettuare un censimento delle forze già in campo, cioè capire cosa fa ogni Cardiologia della provincia, di quanto e quale personale dispone, i tempi, per esempio, tra l'arrivo in Pronto soccorso e l'angioplastica, dove questa può essere effettuata. E non da ultimo è necessario addestrare personale dedicato all'emergenza-urgenza della fase preospedaliera».

In gioco c'è la vita di molte persone che potrebbero essere salvate e anche «un diritto sacrosanto: quello dell'equità nel trattamento medico – conclude Vassanelli –. I dati affermano che su 100 infarti che arrivano in ospedale, l'80% è ad alto rischio, cioè richiederebbe l'angioplastica. Questa attualmente viene effettuata nel 60% dei casi se l'ospedale dispone di un laboratorio di emodinamica interventistica sempre in funzione,

solo nel 20%, se il laboratorio effettua orari stabiliti e in percentuale ancora minore se l'Unità di terapia intensiva coronarica non è collegata ad un laboratorio.

Questo significa che la possibilità di sopravvivenza di una persona varia

in relazione anche alla struttura in cui ha la fortuna di essere portata. Lo scopo della Rete è invece quello di dare la possibilità ad ogni paziente di essere curato nei migliori dei modi e a seconda delle sue necessità».

Elena Zuppini



Per dare migliori prospettive all'infartuato serve tempestività

L'infarto miocardico acuto è dovuto alla morte o necrosi di una zona molto importante del cuore, il miocardio appunto, causata dall'improvvisa occlusione di uno o più rami delle arterie coronariche. Sino ad un decennio fa si pensava che con il trattamento dell'ipercolesterolemia (tasso elevato di colesterolo nel sangue) e dell'ipertensione (pressione alta) le malattie coronariche, di cui l'infarto miocardico acuto è una delle più gravi, potessero essere debellate.

Una recente ricerca ha invece dimostrato che l'aterosclerosi, cioè la deposizione di grassi nella parete di grossi e medi vasi arteriosi fino ad ostruirli, è una malattia infiammatoria in cui i meccanismi di natura immunitaria interagiscono con i fattori di rischio (ipertensione, fumo, colesterolo...). Si ritiene quindi che le malattie cardiovascolari rimarranno la principale causa di morte nei prossimi quindici anni, per la rapida crescita della loro incidenza nei Paesi in via di sviluppo

e nell'Europa orientale e per l'aumento di obesità e di diabete nel mondo industrializzato. Ogni anno in Italia circa 150mila persone vengono colpite da infarto miocardico acuto. In Veneto nel 2002 sono stati registrati 7.330 ricoveri per questa patologia, con un'incidenza di 1.620 per ogni milione di abitanti. La mortalità ospedaliera è del 15,1%.

I sintomi

L'infarto miocardico insorge con un

violento dolore dietro lo sterno al centro del petto, spesso irradiato al braccio sinistro o al collo. La persona appare pallida, diviene ipotesa, tachicardica, con sudorazione fredda e spesso fatica a respirare.

La terapia

Poiché l'infarto miocardico è provocato dall'occlusione di un vaso che porta sangue al cuore, è necessario che questa occlusione sia "sciolta" nel minor tempo possibile in modo che vengano limitati i danni al cuore. La terapia ripercussiva può essere farmacologica o meccanica.

I farmaci in grado dissolvere il trombo (fibrinolitici) sono disponibili in tutte le Unità di Terapia Intensiva

Coronarica e oggi possono essere somministrati tramite una semplice iniezione endovenosa, a differenza di un tempo quando era necessaria l'infusione con la flebo. Discorso diverso richiede la distruzione del trombo per mezzo dell'angioplastica coronarica percutanea. Si tratta di una procedura interventistica, in cui viene introdotto, di solito attraverso l'arteria femorale, un cateterino, che viene gonfiato a livello del punto in cui il vaso è occluso. Per impedire che il vaso subisca in seguito un collasso è introdotta una piccola protesi metallica, detta "stent", e infusi dei farmaci anti-coagulanti. Le angioplastiche possono però essere effettuate solo nei laboratori di emodinamica collegati

ad una Unità di Cura intensiva coronarica.

Molti studi, nei casi più complessi, hanno dimostrato la superiorità dell'angioplastica nei confronti della fibrinolisi nel ripristinare il flusso normale nel vaso interessato con conseguente riduzione della mortalità, del reinfarto e dell'ictus. Inoltre è stata anche dimostrata una significativa riduzione della durata delle degenze e della necessità di ulteriori ricoveri.

L'utilizzo della terapia farmacologica o di quella meccanica viene valutato in base a determinati parametri. Possono essere usate anche entrambe e in successione per lo stesso paziente.

Elena Zuppini

A tavola con il cuore, lontano dal dottore!

Per testimonial un ometto che scappa inseguito da una siringa e la scritta "A tavola con il cuore, lontano dal dottore". È stato questo l'adesivo della Giornata mondiale per il cuore che si è tenuta lo scorso 25 settembre alla Gran Guardia. Ad idearlo Erika Bazani, del Liceo scientifico "Aleardo Aleardi", vincitrice del concorso indetto nel 2004 a conclusione della stessa manifestazione, che si tiene in città a scadenza annuale.

Uno slogan ideato sul tema che ha caratterizzato l'ultima edizione: *Sovrappeso, obesità e malattie cardiovascolari*, scelto dalla World Heart Federation che ogni anno promuove in tutto il mondo questo appuntamento teso a diffondere la prevenzione contro le malattie cardiovascolari, patologie che annualmente sono responsabili della morte nel nostro Paese di 250mila persone.

Come da tradizione la Giornata – organizzata dalla Divisione clinicizzata di Cardiologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria e dall'associazione "Un Cuore per la Vita" – ha offerto ai veronesi la possibilità di

effettuare controlli del livello di colesterolo nel sangue, della pressione arteriosa e del peso corporeo per il calcolo del rischio di incorrere in malattie cardiovascolari. La manifestazione si è poi focalizzata sul tema in programma, con il professor Corrado Vassanelli, direttore della Divisione clinicizzata di Cardiologia, che ha illustrato «come siano proprio le abitudini individuali, comunemente definite "stili di vita", che determinano le malattie responsabili non solo del maggior numero di morti premature, ma anche invalidità e bassa qualità di vita (sono circa un milione, infatti, gli italiani che soffrono di scompenso cardiaco ndr).

E allora cosa fare?

Attività fisica

A dare delle indicazioni in proposito sono intervenuti i cardiologi Lorenzo Franceschini e Giuseppe Cacici che hanno sottolineato quanto una costante attività fisica sia importante. Non è necessario diventare degli atleti: basterebbe camminare 30 minuti ogni giorno, oltre alla normale atti-



vità lavorativa, per ridurre del 14% il rischio di incorrere in qualche problema al cuore. È impressionante il ruolo che la tecnologia ha avuto nel trasformare in sedentaria la nostra vita. È stato calcolato che l'uso del telefono *cordless*, quello senza fili, ha comportato una riduzione di circa 16 chilometri della distanza che ogni anno percorriamo a piedi. Per non parlare del telecomando: quello della televisione ci fa risparmiare circa 1.800 movimenti all'anno, 1.400 invece quello del garage. Occorre quindi cercare tutte le opportunità per fare movimento: spostarsi a piedi per distanze inferiori ad un chilometro, usare le scale e mai l'ascensore, andare al lavoro a piedi o in bicicletta...

Peso corporeo

Ma muoversi non basta, anche se è già molto. Bisogna, infatti, associare l'attività fisica al controllo del peso corporeo. E soprattutto il giro vita, da misurare all'altezza dell'ombelico con un semplice metro da sarta. La circonferenza vita non dovrebbe superare i 102 cm negli uomini e gli 88 cm nelle donne. È infatti dimostrato che l'obesità addominale, anche nelle forme meno estreme, aumenta del 40% il rischio d'infarto al miocardio. Questo tipo di obesità, infatti, è associato ad un accumulo di grasso anche all'interno dell'addome, cioè tra gli organi viscerali e rappresenta la condizione più pericolosa dal punto di vista cardiovascolare. Ne sono più afflitti gli uomini che tendono ad ingrassare maggiormente nell'addome, mentre le donne aumentano di molto la circonferenza-vita dopo la menopausa.

Una sana dieta

Gli esperti assicurano che si può sedersi a tavola con il sorriso sulle labbra anche volendo perdere peso. Tanto che alla Giornata per il cuore sono intervenuti gli allievi dell'istitu-

Un discorso che vale per tutti, anche se chi è colpito da forme di obesità vera e propria sono necessari la valutazione e il monitoraggio di un medico. Per gli altri servono solo piccoli accorgimenti.

Innanzitutto, la colazione non va mai saltata e il menù giornaliero va frazionato in cinque pasti. Attenti agli spuntini: invece della merendina ipercalorica del distributore automatico meglio una mela (72 calorie), una banana di medie dimensioni (105 calorie) o un grappolo d'uva (100 calorie). Senza contare che il consumo quotidiano di frutta e verdura riduce del 30% il rischio di malattie cardiovascolari. Con un accorgimento però: è vero che la frutta e la verdura in genere hanno un basso contenuto calorico, ma non ne sono prive, quindi non vanno consumate in maniera illimitata. Un simile discorso vale anche per l'olio d'oliva: è il condimento con le migliori proprietà nutrizionali, ma è sempre un grasso, con un apporto calorico molto elevato, e del tutto sovrapponibile, in calorie, ad altri grassi meno raccomandabili, quali burro o margarina. Ideale sarebbero i sistemi di cot-

tura che limitano o non richiedono l'uso di condimento.

E veniamo ai luoghi comuni. Spesso si sente dire: «Sono in dieta quindi salto il primo piatto e mangio solo frutta». Apparentemente sembrerebbe un gesto eroico: ma un piatto di pasta e cinque mele forniscono approssimativamente lo stesso

apporto calorico, con il vantaggio che il primo darà un senso di sazietà molto più protratto. «Non mangio pane perché fa ingrassare. Mi limito ad un pacchetto di crackers»: un panino di 50 grammi è pari a 130

calorie, la stessa quantità di crackers ne «vale» 210.

E per quanto riguarda l'alcol? Se l'edizione 2004 della Giornata per il cuore aveva analizzato il binomio cuore e cioccolata, quella 2005 ha focalizzato l'attenzione su cuore e vino. Il cardiologo Maurizio Anselmi ha spiegato che non tutti i suggerimenti per la salute sono tristi e punitivi, ma è questione di misura. Bere un bicchiere di vino a pasto, se non ci sono altre controindicazioni, non fa male a nessuno. Meglio se rosso, perché dà un aiutino al colesterolo cosiddetto buono.

La scuola

In occasione della Giornata per il cuore, il professor Vassanelli ha presentato un progetto di educazione alla salute rivolto agli alunni del quarto anno delle scuole primarie, agli studenti del secondo anno delle scuole medie e per quelli del terzo anno delle superiori.

«Sulla base delle raccomandazioni e seguendo le linee tracciate dalle società scientifiche internazionali e nazionali – ha detto Vassanelli – la Divisione clinicizzata di Cardiologia, in collaborazione con l'associazione «Un cuore per la vita», propone come obiettivo aziendale per i prossimi tre anni (2006-2008) la promozione di uno stile di vita «salvacuore», che in una dieta sana, in un'attività fisica costante ed adeguata all'età e all'assenza di abitudini tabagiche ha i suoi punti cardine. Il programma si propone inoltre di dare i primi ed essenziali rudimenti sulle emergenze cardiovascolari – ha continuato il professore – insegnando, secondo i vari ordini di scuola, a saper allertare il 118, ad approcciare correttamente una persona incosciente (possibile attacco di cuore), ad individuare i segni dell'attacco».

Per raggiungere gli obiettivi proposti è necessaria una fattiva collaborazione tra servizio sanitario e scuola, con l'organizzazione di corsi preparatori sia per gli insegnanti sia per i medici e gli infermieri che andranno nelle classi.

E. Z.



to alberghiero, per dimostrare con un buffet, preparato da loro stessi, che cibo sano può far rima con gustoso. Il segreto infatti sta nell'introdurre meno calorie di quelle che si consumano.

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica con un notevole impatto sulla sfera psicologica

Dermatologia

37

QUESTIONI DI PELLE

Si chiama psoriasi. Ed è una malattia cronica della pelle, che si presenta sotto forma di chiazze e placche bianco-rosate. Anche se non esiste una cura definitiva, i trattamenti odierni possono indurre una remissione dei sintomi a lungo termine. Cerchiamo allora di capire meglio in che cosa consiste la malattia e come è possibile curarla con l'aiuto del professor Giampiero Girolomoni, cattedra e Scuola di specializzazione in Dermatologia e venereologia dell'Università di Verona.

Professor Girolomoni, cos'è la psoriasi?

«La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della pelle, caratterizzata dalla presenza di placche squamose distribuite simmetricamente nelle varie sedi: gomiti e ginocchia, regione sacrale e cuoio capelluto.

La forma più comune è la psoriasi volgare o psoriasi cronica in placche, generalmente limitata a poche aree cutanee. In una parte dei pazienti (10-20 per cento), tuttavia, le lesioni possono confluire e interessare estese aree della pelle, fino all'intera superficie cutanea.

Una forma distinta, sia sul piano clinico sia per predisposizione genetica, è la psoriasi pustolosa, in cui le lesioni fondamentali sono le pustole, distribuite più comunemente nella regione palmo-plantare.

In una parte limitata di pazienti, la psoriasi si associa a una patologia che prende il nome di artrite psoriasica e che colpisce in modo aggressivo le articolazioni periferiche, le articolazioni delle anche e la colonna vertebrale. La malattia ha un andamento croni-



Giampiero Girolomoni, Cattedra e Scuola di specializzazione in Dermatologia e Venereologia dell'Università di Verona

co-recidivante con fasi di aggravamento alternate a fasi di remissione di durata variabile».

Qual è la sua prevalenza nella popolazione?

«La malattia è distribuita in modo diverso nelle varie aree geografiche con una prevalenza che varia dallo 0,65 al 4,8 per cento. La prevalenza della psoriasi, come accade per altre malattie quali la dermatite atopica e la sclerosi multipla, presenta una variabilità di prevalenza tra Nord e Sud del mondo, essendo più alta nel nord Europa, tra i bianchi del nord America e in Australia, con un tasso di circa il 3-4 per cento. In Italia, la prevalenza della psoriasi è di circa il 3 per cento. La psoriasi è equamente distribuita nei due sessi e la familiarità con la malattia si osserva nel 20-30 per cento dei casi. L'età di insorgenza della patologia è variabile, sebbene la maggior parte dei casi insorga entro i trent'anni».

Quali sono i sintomi?

«Da vari studi condotti su pazienti psoriasici si deduce che la psoriasi è una malattia frequentemente associata a sintomi cutanei come prurito, bruciore, formicolio, fastidio al contatto con l'acqua. Il prurito è un sintomo molto difficile da gestire: grattarsi con frequenza, oltre a causare escoriazioni delle lesioni psoriasiche

e quindi sanguinamento, può, infatti, determinare l'insorgenza di lesioni lineari sulla cute precedentemente indenne, note come fenomeno di Koebner.

La malattia ha, inoltre, un impatto notevole sulla sfera psicologica, in quanto genera senso di vergogna, frustrazione, sensazione di disagio e può causare privazione dei contatti sociali. Il paziente può vedersi sfigurato dalla malattia, avere difficoltà a frequentare gli estranei, evitare i luoghi pubblici o evitare di spogliarsi di fronte ad altri: ne risultano



QUALCHE CONSIGLIO PER CHI È AFFETTO DA PSORIASI

Evitare l'automedicazione

Evitare di seguire una terapia consigliata da amici o conoscenti. Ogni malato ha una storia a sé e deve seguire la terapia prescritta dal proprio medico. Una terapia impiegata in modo non corretto può, infatti, essere inefficace o provocare effetti collaterali.

Ridurre l'ansia

Molte volte è proprio l'ansia il fattore scatenante o l'elemento aggravante della patologia psoriasica: ridurre lo stress e gli stati ansiosi sicuramente giova.

Controllare la cute

L'autocontrollo è il processo di valutazione della malattia fatto dal paziente stesso. Il controllo del proprio stato, dell'andamento della terapia, dei fatti che aggravano o migliorano la sintomatologia è infatti un elemento fondamentale. A questo proposito, alcuni specialisti consigliano al paziente di tenere un diario su cui annotare gli avvenimenti e la loro ripercussione sulla patologia stessa. L'importante è agire sempre seguendo i consigli del medico curante.

Farmaci

È opportuno rispettarne le prerogative e le modalità d'uso ed evitare di variare la dose prescritta dal medico.

Fattori scatenanti

Esistono alcuni fattori in grado di scatenare una psoriasi latente o aggravare una psoriasi in atto come le escoriazioni e i traumi, alcuni farmaci e il clima. A questi possono aggiungersi alcuni fattori scatenanti individuali, di cui è necessario informare il medico.

Idratazione

L'impiego di creme idratanti per il viso e per il corpo è sicuramente raccomandato. Infatti, il mantenimento dell'idratazione della cute contribuisce a eliminare o a minimizzare le microlesioni della pelle.

Sole

La psoriasi migliora stando al sole ed esponendo alla luce le aree interessate dalla malattia. Inoltre, lo stato di relax e di benessere associato alle vacanze è una delle migliori terapie per la psoriasi.

così intaccate le attività relazionali, il tempo libero e la vita sessuale. In linea generale, si può affermare che il grado di severità della malattia condiziona in modo proporzionale il

peso della psoriasi sulla qualità della vita. Tuttavia, le sedi corporee colpite sono molto importanti. Ad esempio, la localizzazione alle sedi esposte, visibili, come le mani e il volto, è

molto rilevante».

E le cause?

«La psoriasi ha un'origine mediata dal sistema immunitario, che si traduce in infiammazione cutanea, eccessiva proliferazione dei cheratinociti e alterazione dei vasi dermici. Fattori genetici predispongono alla malattia e fattori ambientali sono talvolta rilevanti nel determinarne la riacutizzazione: la definizione della predisposizione genetica procede lentamente, come per altre malattie complesse, mentre numerosi fattori ambientali sono in grado di scatenare un nuovo episodio di psoriasi o di aggravarla. I più importanti sono le infezioni, alcuni farmaci, gli eventi stressanti e il traumatismo cutaneo. Le risposte linfocitarie hanno certamente un ruolo fondamentale nella genesi della malattia, come dimostrato dall'efficacia di varie terapie che interferiscono direttamente con l'attivazione, la sopravvivenza o le funzioni dei linfociti. Tuttavia, è ancora ignoto l'antigene verso il quale queste risposte sono dirette».



Quali sono le indicazioni da un punto di vista terapeutico?

«Gli obiettivi della terapia sono quelli di ridurre l'espressione della malattia a un livello accettabile e di mantenere la remissione dei sintomi.

La scelta del trattamento va fatta prendendo in considerazione sia il tipo clinico, l'estensione e la severità della patologia, sia le caratteristiche del paziente, come età, sesso, malattie associate, tipo di occupazione, modo di vivere la malattia, e le sue aspettative e richieste.

Nel 70-80 per cento dei casi la psoriasi è di grado lieve o moderato e si giova, pertanto, di una terapia esclusivamente topica. Nel rimanente 20-30 per cento dei casi la malattia si presenta in forma diffusa e richiede trattamenti sistemici e topici associati. Classicamente, il trattamento locale della psoriasi procede in due fasi successive: la prima consiste nel rimuovere lo spesso strato che sormonta la lesione; la seconda nello spegnere l'infiammazione sottostante.

La scelta del veicolo del principio attivo è molto importante: è consigliabile, infatti, utilizzare lozioni per

il cuoio capelluto e per le sedi ricche di peli terminali e unguenti per le altre lesioni. Alcuni topici, ad esempio i corticosteroidi, possono essere applicati in medicazione occlusiva, ovvero rivestendo la cute con una pellicola di polietilene, in modo da favorire l'assorbimento del farmaco. Fondamentale è parlare con il paziente, illustrandogli come eseguire una corretta medicazione: quanto farmaco impiegare e cosa fare in caso di irritazione o di scarsa risposta.

I trattamenti topici consistono in emollienti, cheratolitici, ditranolo, catrami, corticosteroidi, derivati della vitamina D3 e retinoidi. I principali trattamenti sistemici utilizzati sono i retinoidi e gli immunosoppressori, che includono il metotrexato, la ciclosporina e i farmaci biologici di recente introduzione. Menzione a parte merita la fototerapia, che consiste nell'impiego di sorgenti artificiali di raggi ultravioletti allo scopo di ridurre l'infiammazione cutanea».

Possono esserci complicanze?

«La psoriasi cutanea regredisce senza lasciare cicatrici. In qualche

caso le lesioni guariscono lasciando un esito discromico, iper o ipopigmentato, che si risolve nel tempo. L'artrite psoriasica, invece, può dar luogo a danni ossei responsabili di immobilità articolare, deformità e impotenza funzionale ad andamento progressivamente invalidante. In questo caso, l'atteggiamento terapeutico verso la malattia dev'essere necessariamente aggressivo sin da subito, al fine di arrestare la progressione del danno articolare».

In che cosa consiste il progetto Psocare?

«Il progetto Psocare è stato recentemente promosso dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) per garantire un sistema di farmacovigilanza delle terapie sistemiche per la psoriasi, inclusi i farmaci biologici. L'obiettivo è migliorare l'assistenza dei pazienti psoriasici, con l'armonizzazione di interventi educativi, sviluppo di linee guida condivise e un sistema di farmacovigilanza in rete. L'Unità operativa di clinica dermatologica di Verona già possiede tutti i requisiti per essere ammessa al progetto Psocare».

Paola Arosio

IL CLIMA ORGANIZZATIVO IN AZIENDA

Il Comitato per le Pari opportunità dell'Azienda ospedaliera di Verona organizza per il 25 novembre un convegno sul tema: *Il clima organizzativo: la costruzione di un percorso di benessere* rivolto a tutte le figure professionali operanti nell'Azienda ospedaliera. Si affronteranno i molteplici aspetti dell'argomento, sotto il profilo normativo, dell'approccio teorico ed esperienze pratiche, al fine di apportare un contributo volto a sensibilizzare i dipendenti sulla qualità della convivenza organizzativa, migliorando le capacità relazionali e di comunicazione all'interno del sistema aziendale. Promuovere e mantenere la salute della "risorsa-persona", lavoratore o lavoratrice, si riflette positivamente anche sulla qualità e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni offerti dal Servizio sanitario al cittadino. Il convegno si svolgerà dalle 9 alle 18.30 al Centro culturale medico "G. Marani". È stata richiesta l'attribuzione di crediti formativi ECM per il personale sanitario.

CONDIVIDERE L'IMPEGNO

Condividere la vita, condividere l'impegno è il tema dell'incontro formativo in programma il 22 novembre al Centro "Marani" dalle ore 8.30 alle 13.45. Il convegno prende spunto dal volume recentemente curato per l'Azienda ospedaliera dai dottori Giuseppe Verlati e Gaetano Trabucco per illustrare in modo semplice e coinciso tutte le problematiche sottese alla donazione ed al trapianto di organi. Saranno presentate e discusse conoscenze, opinioni e vissuti psicologici. Si tratta di questioni che spesso trovano impreparati non solo i congiunti di una persona in stato di morte cerebrale, ma gli stessi operatori sanitari: di fronte al mistero della morte ed alla possibilità di offrire la vita donando un organo la decisione scaturisce non solo alle conoscenze ed alle informazioni scientifiche disponibili, ma nasce dal profondo delle convinzioni ed emozioni di ciascuno. Di qui l'esigenza di momenti di riflessione e approfondimento come l'occasione offerta dal convegno.

La tutela della privacy

di Lucia Poli*

Il tema della riservatezza dei dati personali è oggi di grande attualità, soprattutto in forza del dibattito scatenato dall'entrata in vigore della L. 31.12.1996, n. 675 che ha introdotto la prima disciplina organica in materia di riservatezza oggi contenuta nel Testo Unico approvato con Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003.

In precedenza l'ordinamento italiano, pur conoscendo istituti dedicati alla tutela delle informazioni attinenti la sfera personale legate a situazioni particolari, non conosceva un corpus di disposizioni organicamente dedicate alla materia della tutela delle informazioni personali. All'interno della materia dei dati personali, le informazioni che attengono allo stato di salute (così come quelle che rivelano le convinzioni etico-religiose dell'individuo), sono considerate in modo particolare, in quanto attinenti alle sfere più intime e qualificanti, da un punto di vista etico, la persona umana. Fin dall'inizio tali informazioni qualificate come dati "sensibili" sono state oggetto di una disciplina di tutela particolarmente rigida.

In linea generale si può dire che la disciplina a tutela della riservatezza affronta il tema della difesa dei dati personali nell'ottica complessa delle infinite potenzialità di divulgazione che esistono in una società come la nostra, ove la presenza dei sistemi di comunicazione diventa ogni giorno più pervasiva e dove l'utilizzo del dato personale attraverso sistemi di elaborazione e di trasmissione richiede una tutela articolata e specifica per ogni singolo processo. La nuova disciplina, pertanto, non ha l'effetto di incidere in termini abrogativi o modificativi su istituti preesistenti come il segreto professionale o d'ufficio. La sua tutela si esplica principalmente sulla difesa del dato e della sua riservatezza, dal momento della sua raccolta a quello del trattamento e della conservazione.

Il "Codice della privacy" esordisce dettando due disposizioni a carattere generale, che costituiscono altrettante chiavi di lettura per le numerose



disposizioni di dettaglio.

L'articolo 1 prevede espressamente il diritto alla protezione dei dati personali che riguardano il singolo.

L'articolo 3 prevedendo il "principio di necessità" sancisce l'obbligo di procedere nel trattamento dei dati in modo da ridurre al minimo indispensabile le operazioni di utilizzazione.

Le disposizioni cui ci riferiamo consentono quindi di rilevare da un lato che la tutela è diretta al dato in quanto tale, a prescindere dalle potenzialità "dannose" della rivelazione, e che si tratta di una tutela per così dire "dinamica" che accompagna cioè il dato in tutto il suo percorso presso l'utilizzatore. Dal punto di vista del titolare del dato, particolare importanza riveste la disciplina del consenso, cioè dello strumento con il quale si effettua la disposizione del dato.

È interessante notare come in linea generale il consenso al trattamento dei dati sensibili debba essere prestato per iscritto. Segno ulteriore del rafforzamento di tutela al riguardo.

Detto consenso è inoltre condizionato nella sua validità dall'assolvimento corretto di oneri di informazione circa le modalità di trattamento e le facoltà esercitabili dal titolare dal dato stesso.

Come si vede una serie di garanzie assiste anche il momento dispositivo del diritto da parte del titolare, oltreché la fase di utilizzo da parte del terzo.

Va segnalato che il Testo Unico riser-

**Il diritto
alla riservatezza
del paziente
è severamente
tutelato da norme
che vengono
applicate
in ospedale**

va una disciplina particolare – per certi aspetti semplificata – alla gestione dei dati di natura sanitaria, allorché vengano trattati in strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio sanitario nazionale.

Questo non significa che in qualche modo la tutela dei dati sanitari ne risulti in linea di principio attenuata. Tali modalità semplificate prevedono la possibilità:

- di fornire informazioni in termini generali anche attraverso stampati predisposti sulla totalità dei trattamenti cui i dati saranno o potranno essere sottoposti;
- di effettuare la prestazione del consenso anche in forma orale e cumulativa, quindi non specifica per il singolo trattamento.

Informazione e consenso vanno comunque documentate mediante annotazione sulla documentazione sanitaria afferente al singolo paziente, a cura degli operatori.

Come si vede dunque, la legge vuole assicurare al cittadino la tutela completa ed articolata delle notizie che riguardano la sua salute, in modo che i pazienti siano garantiti da fughe di notizie indesiderate, in una situazione – quella della malattia e della cura – dove la tranquillità è essenziale anche sotto il profilo delle garanzie di discrezione e riservatezza.

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

L'Unità operativa di Oncoematologia pediatrica è impegnata nella lotta contro i tumori infantili

I n primo piano

41

INSIEME PER LA VITA



Lo staff del reparto di Oncoematologia pediatrica

Un reparto delicato per un'età e una serie di patologie altrettanto delicate. È l'Unità operativa di Oncoematologia pediatrica, diretta dal dottor Pierluigi Marradi e situata al quinto piano del Policlinico di Borgo Roma.

Tante sono le storie, i drammi, le speranze e le vittorie che centinaia di famiglie hanno visto intrecciarsi tra queste mura. Qui si combatte una battaglia pesante, quella contro i

tumori infantili. Siamo in un reparto in cui la sensibilità del personale è pari almeno alla sua preparazione professionale. Vengono ricoverati, in questa unità, bambini affetti da patologie neoplastiche e da più o meno gravi malattie ematologiche.

Il recente ampliamento da sei a otto posti letto e la notevole crescita delle attività di day hospital testimoniano l'aumento del lavoro del reparto; il

bacino di utenza arriva a coinvolgere tutte le province limitrofe a Verona, ma anche molte regioni dell'Italia meridionale e, ultimamente, alcuni Paesi dell'Europa dell'est.

I NUMERI DELL'UNITÀ «Ci occupiamo di due grandi gruppi di malati: quelli oncologici, che assorbono la metà dei ricoveri e delle cure, e quelli affetti da malattie ematologiche di tipo non tumorale» spiega il dottor

Le patologie ematologiche del bambino

Non solo malattie tumorali. Circa il 50% dell'attività dell'Unità di Oncoematologia Pediatrica del Policlinico è riferita alla diagnosi e cura delle malattie del sangue. Patologie del globulo rosso, del globulo bianco, delle piastrine e della coagulazione.

Oltre naturalmente a tutti i tipi di anemia, dalla semplice carenza di ferro alle varie forme di anemia emolitica, fino alle talassemie, alle leucopenie, alle piastrinopenie,

alle emofilie e agli altri disturbi della coagulazione. Sono patologie meno gravi di quelle oncologiche, che comportano, però, oltre a problemi medici specialistici, molte problematiche psicologiche nei pazienti, specie in età adolescenziale.

Si tratta, infatti, di malattie croniche e spesso non guaribili, con le quali non resta che convivere nel miglior modo possibile.

Marradi.

«Relativamente ai primi, affluiscono all'Unità circa trenta nuovi casi all'anno di bambini affetti da tumore maligno, un numero sostanzialmente stabile. Nel reparto si eseguono diagnosi, terapia e riabilitazione. Importante è la collaborazione con i chirurghi, sia pediatri sia specialistici, per la biopsia o la rimozione della massa tumorale e con i radioterapisti. La degenza media dei piccoli pazienti è di circa sette giorni; nei casi più gravi, però, la durata del ricovero può superare il mese.

Per molti piccoli malati la degenza si limita spesso a 48-72 ore, quanto basta per una seduta di chemioterapia sotto stretto controllo medico. Dei circa 400 bambini ricoverati qui ogni anno, la maggior parte è in età compresa tra i due e i sette anni. In forte aumento è l'attività del servizio di day hospital che può arrivare ad assistere 15-20 pazienti al giorno.

Lavorano con me nell'Unità operativa la dottoressa Rita Balter e la dottoressa Daniela Degani. Sono persone davvero "speciali": alla grande competenza professionale uniscono un'encomiabile dedizione e una profonda, sincera umanità. Due specializzandi in pediatria ruotano nel reparto a turni semestrali aiutandoci nell'attività quotidiana. Le forze in campo non sono quindi molte, pur in previsione dell'arrivo di un quarto medico e di una caposala specifica. Le infermiere professionali, in comune con i reparti di Pediatria e di Neuropsichiatria infantile, hanno competenze specialistiche nel settore oncologico e pediatrico e doti non solo professionali ma anche umane. Può essere difficile, per le giovani donne, spesso mamme, lavorare in un reparto con queste gravi patologie».

I TUMORI INFANTILI Si tratta di malattie gravi per le quali non si nota fortunatamente alcuna tendenza all'aumento dell'incidenza sulla popolazione. Interessano statistica-



Pierluigi Marradi direttore dell'Unità operativa di Oncoematologia pediatrica

mente, entro i 14 anni di vita, un bambino su 700.

La metà delle patologie neoplastiche infantili è di tipo sistemico (leucemie e linfomi); sul totale dei tumori



infantili il 35% è rappresentato dalle leucemie acute nelle diverse forme e il 15% dai linfomi. La restante metà è costituita da tumori maligni d'organo: al primo posto ci sono quelli al cervello, seguiti da quelli al sistema nervoso periferico, al tessuto connettivo e muscolare, ai reni, alle ossa e

al fegato.

LA MALATTIA E LA SPERANZA

L'approccio diagnostico è comprensibilmente diverso rispetto al tipo di malattia, come diversa è la terapia. Mentre per i tumori sistemici si ricorre quasi esclusivamente alla chemioterapia (raro il ricorso al trapianto di midollo), per i tumori solidi è necessario quasi sempre un intervento chirurgico, seguito frequentemente dal trattamento chemioterapico ed eventualmente dalla radioterapia. I risultati sono sempre più confortanti. Oggi infatti, il 70-75% di tutti i tumori maligni del bambino guarisce definitivamente.

«Nel campo dei tumori infantili siamo di fronte a delle neoplasie che sono sì più aggressive, ma anche più facilmente aggredibili dal punto di vista terapeutico» prosegue Marradi. «Il nefroblastoma, ad esempio, è un tumore renale che cresce molto più velocemente del carcinoma, ma è più facilmente curabile dalla chemioterapia, dal momento che questa agisce meglio su tumori più aggressivi

con maggior numero di cellule in fase di replicazione». Alla base dei risultati sorprendenti dell'oncoematologia pediatrica sta sicuramente la cosiddetta alleanza terapeutica che unisce medici, infermiere, genitori e familiari, ma anche psicologi, insegnanti, amici, volontari nell'intento comune di puntare alla guarigione fisica e psichica dei piccoli pazienti.

I SINTOMI

E LA DIAGNOSI La sintomatologia tumorale è chiaramente variegata. Nel caso della leucemia, il tumore infantile più diffuso, i sintomi si manifestano attraverso

più disturbi apparentemente banali: febbre, dolori osteoarticolari, anemia e conseguente pallore, e segni emorragici (quindi visibili) cutanei e mucosi.

Si tratta di segnali che portano all'esecuzione di un esame emocromocitometrico, cioè di una conta dei

LE NEOPLASIE PIÙ FREQUENTI NEI PICCOLI PAZIENTI

Fra i dodici mesi e i 14 anni le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte. Pur tuttavia, più del 70% dei bambini affetti da malattie tumorali (contro il 20% degli anni '60) può oggi guarire e condurre poi una vita normale. Per alcuni tipi di tumore la percentuale di successo della terapia raggiunge anche il 90%. Ogni giorno in Italia almeno cinque bambini sono colpiti da una neoplasia, mentre ogni anno nel Veneto si registrano 120-130 casi.

Ecco alcune tra le patologie più frequenti diagnosticate sui piccoli pazienti.

LEUCEMIA. È la più comune forma di tumore pediatrico e rappresenta circa un terzo di tutte le neoplasie infantili. La frequenza delle leucemie aumenta dopo la nascita, con un picco attorno ai 4-5 anni di età per diminuire poi rapidamente. Risulta più frequente nei maschi. Circa l'85% delle leucemie acute infantili è di tipo linfoblastico. In questo tipo, il più frequente, la sopravvivenza a cinque anni è attualmente dell'ordine dell'84%. Recidive si presentano nel 20% dei pazienti.

LINFOMI. Sono neoplasie maligne caratterizzate dalla proliferazione di cellule del tessuto linfatico. Questo ampio gruppo comprende il linfoma di Hodgkin che costituisce un'entità a se stante, ed altri che rientrano nella categoria dei linfomi non Hodgkin.

Rappresentando il terzo tumore infantile in ordine di frequenza. Negli ultimi anni la prognosi dei bambini affetti da questo tumore è notevolmente migliorata. Globalmente, il 70% dei linfomi guarisce definitivamente; alcuni tipi di linfoma ad istologia più favorevole e con stadio limitato raggiungono percentuali di guarigione del 90-95%.

TUMORI CEREBRALI. Costituiscono una parte importante, rappresentando il 20% di tutti i tumori infantili. Comprendono tumori diversi a seconda del tessuto d'origine, della sede d'insorgenza all'interno del sistema nervoso centrale e della velocità di crescita. Possono insorgere dall'età neonatale all'adolescenza; l'età di

insorgenza è un fattore importante per gli effetti nocivi a distanza del trattamento globale. L'incidenza annuale dei tumori cerebrali al di sotto dei 15 anni di età è di 2,5 casi ogni 100 mila soggetti.

TUMORI RENALI. Il più frequente è il nefroblastoma, un tumore renale caratteristico dell'età pediatrica; rappresenta il 7% dei tumori infantili. Ne viene interessato un bambino ogni 10 mila.

Per i progressi raggiunti rappresenta tuttavia uno dei grandi successi della moderna oncologia. Con gli attuali protocolli terapeutici si è in grado di curare infatti con successo il 90% dei bambini.

NEUROBLASTOMA. È un tumore maligno embrionario specifico del bambino. Prende origine dal tessuto simpatico e rappresenta il tumore solido più frequente nei soggetti d'età inferiore ai cinque anni, costituendo l'8-10% di tutti i tumori solidi osservati in età pediatrica. La maggior parte dei neuroblastomi insorge in bambini di meno di tre anni. Molti neuroblastomi presentano, purtroppo, alla diagnosi una disseminazione di tipo metastatico. Le metastasi si localizzano più frequentemente alle ossa e al midollo osseo.

RABDOMIOSARCOMA. È il più frequente sarcoma dei tessuti molli in età pediatrica e rappresenta il 5% di tutti i tumori solidi infantili, terzo per incidenza dopo il neuroblastoma ed il nefroblastoma. I due terzi dei casi sono diagnosticati in bambini d'età inferiore a 6 anni. Può insorgere nel collo (35-40%), nel tratto genito-urinario (20-25%), nelle estremità (20%), nel tronco (7-10%) e nella regione intratoracica (3%).

OSTEOSARCOMA. È il tumore osseo primitivo più frequente e colpisce, prevalentemente, fra i 10 e i 20 anni, ossa lunghe (femore, omero); l'incidenza annua è compresa tra 1,6 e 2,8 nuovi casi per milione di bambini sotto i 15 anni, con leggera prevalenza maschile.

EPATOBLASTOMA. È la neoplasia primitiva del fegato più comune nell'infanzia. L'età media alla diagnosi è attorno all'anno di vita.



globuli rossi e bianchi, delle piastrine e di un esame morfologico dei globuli bianchi che conduce facilmente ad una diagnosi. A ciò si affiancano altri segnali come un certo aumento di volume del fegato, della milza e dei linfonodi.

«Per la maggior parte delle patologie tumorali la diagnosi è piuttosto veloce» continua Marradi. «I nostri piccoli pazienti arrivano qui già con forti sospetti avanzati dai pediatri o dai medici di altri ospedali. Riusciamo a

dare comunque una diagnosi certa di leucemia entro 12-24 ore dopo l'esecuzione di un aspirato midollare. Per la diagnosi di linfoma occorre, invece, una biopsia linfonodale eseguita dai chirurghi pediatri. Spesso i linfomi sono situati in profondità, cioè nel mediastino, all'interno del torace o nell'addome, e la loro asportazione è ovviamente più complessa. Anche per i tumori solidi la diagnosi è sempre istologica e necessita di un intervento chirurgico. Il tumore solido

In primo piano

più frequente è quello cerebrale: è statisticamente il secondo per numero di pazienti. A Verona abbiamo un'importante neurochirurgia che drena un grande numero di casi. Tranne rare eccezioni, occorre intervenire sempre chirurgicamente. Solo quando il tumore è ritenuto inizialmente inoperabile si procede talora con la chemioterapia, anche allo scopo di ridurre il tumore e renderlo operabile da parte del neurochirurgo».

LA TERAPIA. «Nel bambino la leucemia acuta più frequente è quella linfoblastica; più rara la forma mieloide, frequente invece nell'adulto» spiega Marradi.

«In queste leucemie l'approccio terapeutico avviene quasi esclusivamente con una chemioterapia convenzionale della durata di due anni, più pesante nei primi sei mesi e più leggera nei successivi 18. Si tratta di terapie previste da protocolli terapeutici internazionali, chiaramente adattati alle necessità del bambino e alla tossicità riscontrata, che assicurano la guarigione nell'80-85% dei casi. Il trapianto di midollo ha una sua utilità ed indicazione solo nel caso delle leucemie a rischio elevato o nel caso di recidiva.

Tuttavia, solo dopo quattro anni dal termine della terapia possiamo parlare di avvenuta guarigione, quindi dopo sei anni dalla diagnosi iniziale. Rare sono, comunque, le recidive oltre i tre anni dalla diagnosi. Per il linfoma di Burkitt, invece, i tempi di scioglimento della prognosi sono generalmente più ridotti. Dopo un anno dall'inizio della terapia, se il bambino è ancora senza segni di malattia significa che la speranza di guarigione è certa. Per la maggior parte dei tumori solidi, buone probabilità di guarigione si creano dopo cinque anni di stato di remissione (assenza di malattia).

Non sempre, però, la terapia funziona. Quando non c'è più nulla da fare l'unica terapia possibile diviene quella palliativa. Il bambino non deve soffrire. Si rendono quindi necessari interventi mirati per ridurre o possibilmente annullare il dolore fisico e



psichico con il ricorso frequente a terapie analgesiche a base di farmaci morfiniti. La terapia palliativa non è delegata ad altre strutture, ma viene praticata nell'Unità operativa; frequentemente, per vari motivi, il bambino vive con noi anche le ultime ore» conclude Marradi.

IL GRANDE RUOLO

DEL VOLONTARIATO L'Abeo (Associazione del bambino emopatico oncologico), nata a Verona nell'88, si interessa di tutto ciò che può migliorare, direttamente o indirettamente, la qualità di vita del bambino ematologico ed oncologico e della sua famiglia.



Fra le realizzazioni più importanti sono da segnalare la ristrutturazione del reparto e l'acquisizione di miniappartamenti a Cadidavid per l'alloggio dei pazienti e familiari provenienti da altre regioni.

L'Abeo si fa carico anche dei contratti professionali delle due psicologhe presenti nell'Unità (attività indispensabile in un reparto di questo tipo) e di una segretaria. Altri due gruppi di volontari sono quello dell'Associazione bambino in ospedale (Abio) e quello di Progetto Sorriso. I volontari dell'Abio svolgono principalmente attività ludiche, di sostegno e di ascolto, collaborano per l'organizzazione delle feste dei bambini e sono a disposizione dei genitori per eventuali necessità assistenziali.

I volontari di Progetto Sorriso e i Clown Dottori si adoperano, invece, per attività di animazione (musica, recitazione, marionette, etc.). Queste figure vengono formate e supportate nel loro operato dalle psicologhe, attraverso incontri di gruppo mensili. La loro presenza è per tutti una ventata di gioia e di serenità.

Alessandro Azzoni

Badanti, miracolo assistenziale

di Gelmino Tosi*

Sono sempre più numerose le famiglie che si avvalgono di un'assistente per curare l'anziano a casa

Il problema dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento vertiginoso del numero degli anziani non autosufficienti, connesso alla parcellizzazione dei nuclei familiari, è sotto gli occhi di tutti. Sempre più frequentemente l'anziano viene affidato ad una "badante", come vengono ora comunemente definite quelle assistenti, spesso straniere.

Queste donne, tra i trenta e i cinquant'anni, spesso dei Paesi dell'Est, con un grado di istruzione non trascurabile (insegnanti, assistenti sociali, ecc.) coprono un'area di occupazione emergente e di grande utilità e sono un vero e proprio miracolo assistenziale per la nostra società.

Nella mia esperienza devo senz'altro affermare che la grande maggioranza delle situazioni sono decisamente positive. Infatti, queste signore oltre a possedere delle discrete capacità tecniche, riescono spesso ad entrare in perfetta sintonia con l'ammalato e la sua famiglia. In termini più semplici si affezionano.

È pur vero che l'aspetto economico non è indifferente, alcune di loro mi hanno raccontato che sono qui perché nel loro Paese d'origine vi è una disoccupazione diffusa o per mantenere i figli agli studi. Ma non posso credere che turni di lavoro così intensi, lontano dagli affetti familiari, siano sostenibili senza una certa "vocazione", una certa passione per l'ammalato e l'infermo.

D'altra parte devo affermare anche che la famiglia che fa questo tipo di scelta è altrettanto apprezzabile.

Innanzitutto, sempre relativamente alla mia esperienza personale, non si tratta mai di situazioni provvisorie, in attesa che si liberi un posto in casa di riposo, ma scelte consapevoli e durature, fondate sulla scelta di tenere l'anziano, anche se affidato ad altri, nel suo ambiente, prossimo ai suoi cari.

Questo a prescindere dalla gravità della situazione fisica: posso testimoniare di ammalati a casa in nutrizione artificiale, in respirazione artificiale, allettati cronici.

Non sono scelte facili e forse non per tutti, bisogna saper acquisire tecniche non difficilissime, ma di

riesce a creare una vera collaborazione, per usare un termine un po' abusato ma significativo: una sinergia. In questo caso, infatti, l'anziano non si sentirà completamente abbandonato e la badante non proverà l'angoscia derivante da eccessiva responsabilità.

Le situazioni che funzionano male, infatti, sono quelle in cui viene meno il senso del limite e della limitatezza dell'intervento, quando una famiglia investe emotivamente troppo sulle funzioni di questa figura di collaborazione. Per esempio, è possibile che si siano giorni in cui un anziano mangi poco, perché semplicemente non ne ha voglia, e non perché la badante è una scansa fatiche, oppure se tornando a casa lo trovi bagnato, può essere che

questo sia avvenuto pochi minuti prima, non che sia stato poco sorvegliato.

Infine il rovescio della medaglia.

Queste donne compiono un lavoro duro, impegnativo, lontano da casa e dagli affetti. Ho chiesto ad alcune di esse come vivono questa situazione, cosa ne pensano i loro familiari. È chiaro che in ogni tempo di necessità si è fatto virtù, ma lassù, in Romania o in Moldavia, il problema è molto sentito.

Mi è stato mostrato e tradotto un articolo del maggio 2004 apparso in un giornale cattolico rumeno: "Lumina crestinului"

(La luce del cristiano). Tra l'altro si legge: "Nella vita c'è sempre un bivio che ci obbliga a scegliere una direzione, per un pezzetto di pane, per saziare il corpo affamato, per trovare condizioni migliori di vita... Molte famiglie sono nel dolore perché un coniuge è dovuto partire, il loro amore si raffredda così come la fiducia e molti bambini sono rimasti senza educazione... È giusto che ci sia un bivio che richiede tanto sacrificio?"

***Medico di famiglia e psicoterapeuta**



forte impatto psicologico come per esempio la pulizia di una stomia tracheale (un tubicino che entra nella trachea al di sopra dello sterno).

È difficile, inoltre, sempre dal punto di vista psicologico, accettare in casa una persona estranea, che suo malgrado invade la tua intimità, che parla male la nostra lingua, che all'inizio commette sicuramente degli errori e con la quale è giocoforza collaborare. Infatti, sempre alla luce della mia esperienza, le situazioni più felici sono quelle in cui non viene rilasciata una delega in bianco alla badante, ma quelle in cui si

LA CORNEA SI RIGENERA

di Giorgio Marchini*, Emilio Pedrotti**, Arianna Sbabo***

Per la prima volta a Verona, l'innesto di cellule staminali ha consentito di guarire tre persone affette da malattie della cornea e della superficie oculare. I tre interventi chirurgici hanno permesso il recupero della funzione visiva.

Fino a pochi anni fa questa operazione era una speranza della medicina. Da pochi mesi è divenuta realtà anche a Verona, nell'Azienda ospedaliero-universitaria. La metodica è stata attuata nella Clinica oculistica di Borgo Trento diretta dal professor Giorgio Marchini, in collaborazione con il Centro regionale per la ricerca sulle staminali epiteliali della Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, che ha sede a Mestre.

Le cellule staminali adulte sono cellule particolari, collocate in diversi distretti del nostro organismo con il compito di rinnovare i tessuti. Sono una riserva che può essere attivata in particolari circostanze. Queste cellule sono diverse dalle staminali embrionali, che sono totipotenti, in grado cioè di dare origine a tutti gli organi e tessuti. Le cellule staminali adulte si sono già in parte differenziate nella direzione di quei tessuti di cui costituiscono la riserva. È quindi possibile utilizzarle prelevandole dalla stessa persona che deve essere curata. Va osservato che in questo caso il loro impiego non pone le problematiche etico-giuridiche emerse per le staminali embrionali.

La cornea è una delle due principali lenti naturali del nostro occhio. È situata anteriormente all'iride e si inserisce sull'occhio proprio come il vetro di un orologio. La sua trasparenza è fondamentale per una corretta visione. Quando la cornea è gravemente lesionata per infezioni, infiammazioni o infortuni, si forma una cicatrice che può estendersi a tutta la superficie oculare, impedendo la funzione visiva. Questa situa-



zione interessa circa il 3% dei pazienti che presentano malattie corneali.

Dei tre pazienti operati, due avevano avuto una grave causticazione chimica da calce e uno era affetto da pemfigoide oculare, una malattia autoimmune che origina dalla congiuntiva e comporta la cicatrizzazione della parte esterna dell'occhio.

La cornea per rimanere trasparente ha bisogno che la sua superficie venga continuamente rinnovata. Da pochi anni è stato scoperto che cellule staminali adulte, disposte attorno alla cornea nel cosiddetto limbus (da cui il nome di "cellule staminali limbari"), si occupano di rigenerare continuamente la superficie corneale. Un infortunio come quello che può interessare un muratore che viene colpito in volto da calce viva è in grado di distruggere la superficie oculare. La guarigione spontanea in questo caso determina la formazione

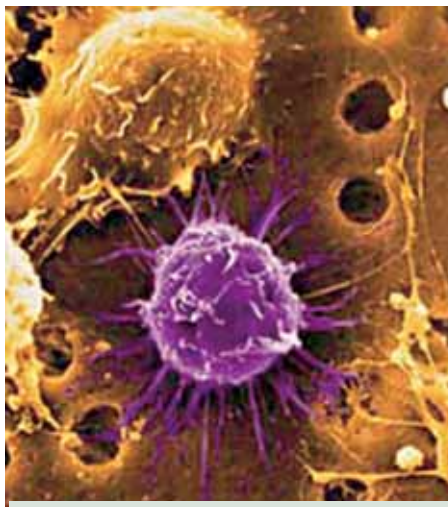
di uno strato (chiamato "panno") cicatriziale che copre tutta la parte esterna dell'occhio e comporta la perdita della vista.

Oggi è possibile ottenere risultati importanti grazie all'innesto, definito auto-trapianto, di cellule staminali limbari. L'intervento viene eseguito in anestesia locale. Si esegue il prelievo dal limbus dell'occhio sano di un tassello di tessuto di 3x2 mm, che viene consegnato al Centro regionale Fondazione Banca degli Occhi del Veneto. Qui i biologi coltivano questo frammento di tessuto e lo amplificano in coltura fino al raggiungimento delle dimensioni sufficienti. Una volta preparato, sempre in anestesia locale, il tessuto viene trapiantato sull'occhio ammalato, dopo aver asportato tutto il tessuto malato e cicatrizzato.

A questo punto è necessario un periodo di tempo variabile da poche settimane ad alcuni mesi perché le

cellule innestate attecchiscano. A volte questo intervento è da solo sufficiente a riformare la superficie oculare e a ridare trasparenza alla cornea ammalata, consentendo così il recupero di una visione utile. Altre volte è necessario eseguire successivamente un trapianto di cornea che permetterà il recupero della vista. Prima della messa a punto di questa metodica poteva essere eseguito ugualmente il trapianto di cornea, ma questo trapianto aveva scarse o nulle possibilità di successo, perché privo del supporto fornito dalle cellule staminali limbari, ed era fonte di amare delusioni per il paziente e il chirurgo.

Va notato che la procedura di innesto delle cellule staminali è senza rischio di rigetto poiché le cellule provengono dallo stesso paziente. Il discorso cambia invece se entrambi gli occhi sono ammalati. In questo caso il prelievo delle cellule staminali limbari può essere fatto dall'occhio di un donatore familiare compatibile o



Cellule staminali

addirittura da cadavere. Queste alternative sono tuttavia poco praticate perché soggette ad alto rischio di rigetto, soprattutto nel caso di prelievo da cadavere.

L'utilizzo delle cellule staminali limbari rappresenta una delle più moderne linee di applicazione clinica della ricerca in Oculistica. Sulla

scia di questa anche in altri settori si stanno preparando le basi per riabilitare la funzione visiva in malattie oculari ritenute finora incurabili.

Tra questi, due meritano di essere ricordati. Il primo riguarda gli innesti e trapianti di cellule, anche staminali, per patologie retiniche e per il glaucoma. Il secondo tende alla preparazione di una retina artificiale con l'aiuto della bioingegneria elettronica per la realizzazione di parti microscopiche da impiantare nell'occhio ammalato.

Entrambe queste linee sono ad uno stadio sperimentale, pre-clinico, e sono attualmente nella fase che riguarda gli studi di fattibilità. Per non sollecitare speranze premature negli ammalati è doveroso segnalare che tali ricerche non sono ancora attuabili nella pratica clinica odierna.

***Direttore Clinica oculistica**

****Ricercatore**

della clinica oculistica

*****Medico specializzando
della clinica oculistica**

LE MALATTIE DEL RENE: UN'EPIDEMIA SILENZIOSA

Nei prossimi mesi una parte della popolazione veronese riceverà l'invito a partecipare ad un'iniziativa per la diagnosi precoce delle malattie renali. Tale iniziativa, sostenuta da un generoso contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, verrà anche effettuata in altre cinque Unità sanitarie locali del Veneto. Essa è stata promossa e sarà coordinata dalla Divisione di Nefrologia dell'Ospedale civile maggiore Borgo Trento. A Verona lo studio si avvarrà della preziosa collaborazione di un gruppo di medici di famiglia. L'eticità dello studio è stata confermata dal comitato etico dell'Azienda ospedaliera. Fino a qualche anno fa si pensava che le malattie renali non fossero tanto comuni, oggi, però, per le modificate condizioni e per i diversi stili di vita pensiamo siano piuttosto

frequenti.

Lo scopo del progetto è capire quanto sono comuni.

Poiché il più delle volte non danno sintomi, soprattutto nelle loro fasi iniziali, ma talvolta anche quando sono piuttosto avanzate, esse possono essere individuate solo con esami specifici del sangue e delle urine. Con questo progetto vogliamo anche indagare il legame tra le malattie del rene e l'apparato cardiovascolare. Il timore è che vi siano molte persone senza sintomi, apparentemente in buona salute, ma con forme iniziali di malattie renali; per queste persone oltre al rischio dell'insufficienza renale e della dialisi vi è anche quello dei problemi cardiovascolari (infarto, ictus, ed altri).

Infatti i comuni problemi di salute delle popolazioni ad alto stile di vita come la nostra, e cioè i livelli elevati

di colesterolo, il diabete, l'obesità, la scarsa attività fisica, i valori di pressione anche solo modestamente elevati, sono dannosi sia per l'apparato cardiovascolare che per il rene. Da questo studio quindi, ci si augura di riuscire a capire come individuare il più precocemente possibile queste malattie renali asintomatiche al fine di prevenire la loro evoluzione verso la dialisi e le malattie cardiovascolari associate. I professori Antonio Lupo e Giovanni Gambaro si augurano che coloro che riceveranno l'invito ad aderire allo studio si rechino ad effettuare gli esami di laboratorio indicati che saranno gratuiti. Potrà accadere che qualcuno abbia una diagnosi precoce di un problema cronico non ancora noto, ma il vantaggio non sarà solo personale: i risultati della ricerca saranno di enorme utilità per tutti.

I PERCHÈ DELL'OSPEDALE

di Salvatore Toscano* e Tiziano Perusi**

Mi sono rivolto al Pronto soccorso per una distorsione. Sono arrivato alle 7,15 e dopo aver aspettato per più di due ore ho deciso di ritornare a casa, fasciarmi la caviglia e rivolgermi al Pronto soccorso di un altro ospedale dove ho ricevuto le necessarie cure dopo solo mezz'ora. Perché tanta attesa nel vostro Pronto soccorso?

Anno dopo anno, le Unità operative di Pronto soccorso dell'ospedale policlinico "G. Rossi" e dell'ospedale civile maggiore sono sempre più affollate e il numero di persone che si presenta cresce ogni anno. Ciò accade, dal resto, anche nelle altre regioni. Una larga fetta di accessi è in realtà impropria. Il Pronto soccorso è dedicato alle urgenze e alle emergenze sanitarie e non è una struttura che può approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici. Oltre il 50% dei pazienti invece vi si rivolge per esigenze diverse, che potrebbero essere risolte dal medico di famiglia o da altre strutture territoriali.

I pazienti vengono selezionati in base alla gravità delle loro condizioni con una metodica denominata "Triage". Tutti i casi urgenti ricevono cure gratuite, mentre è previsto il pagamento di un ticket per chi ricorre al Pronto soccorso per problemi non urgenti che potrebbero essere invece trattati più appropriatamente e gratuitamente dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta, dalla guardia medica.

Il Triage

Chi si rivolge al Pronto soccorso riceve una valutazione di priorità e accede alla cura più o meno in fretta a seconda del carattere di priorità che viene attribuito alla sua patologia da una prima selezione compiuta dagli infermieri, i quali attribuiscono un codice colore per stabilire la priorità



di accesso alle cure al fine di evitare le attese per i casi davvero urgenti:

Codice rosso

Pazienti molto critici, priorità massima. Il trattamento di questi pazienti avviene immediatamente e in via prioritaria.

Codice giallo

Casi con lesioni gravi ed eventualmente alterazioni di una o più funzioni vitali. L'assistenza viene assicurata dal personale nel minor tempo possibile.

Codice verde

Per questi casi l'intervento può essere differibile. Il paziente non è in pericolo di vita e l'assistenza viene assicurata dopo i casi più urgenti.

Codice bianco

Viene assegnato ai pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non rivestono carattere d'urgenza. I pazienti vengono comunque assistiti una volta che il personale ha trattato i casi più urgenti. Queste prestazioni sono soggette al pagamento del ticket.

Nel pomeriggio di sabato, trovandomi di passaggio a Verona mi sono recato in farmacia poiché accusavo un dolore alla gamba. La farmacia mi ha consigliato di rivolgermi ad un medico per una prescrizione opportuna. L'unica soluzione al

momento è stata il Pronto soccorso. Sono stato visitato da un medico che mi ha prescritto un antibiotico. Con sorpresa mi è stato detto che la visita era soggetta a ticket in quanto non urgente. Ritengo, contrariamente, che la visita sia stata urgente, dove potevo andare?

L'assessore alla Sanità della Regione Veneto con nota n. 15802/20251 del 20.12.1995 ha precisato che le prestazioni "differibili" (non urgenti), che potrebbero d'altronde essere eseguite in regime ambulatoriale o comunque tempestivamente ricorrendo al medico di base o al servizio di guardia medica notturna o festiva, se richieste ed erogate in sede di ricorso alle strutture di Pronto soccorso devono essere considerate comunque prestazioni specialistiche, sia che il paziente venga inviato ai reparti specialistici sia che la prestazione venga resa nell'ambito del Pronto soccorso; esse come tali sono quindi da assoggettarsi all'attuale regime di partecipazione alla spesa sanitaria, così come previsto dalla vigente legislazione.

Con la medesima nota l'assessore regionale precisa che "da superarsi è pertanto il concetto di prestazione di medicina generale erogata in regime di Pronto soccorso, essendo quest'ultima una struttura complessa, specializzata, dedicata esclusivamente all'urgenza-emergenza. Conseguentemente l'importo da addebitare agli assistiti, qualora non esenti, per le prestazioni comunque richieste ma giudicate differibili dal medico di Pronto soccorso, sarà quello corrispondente alle tariffe previste per la visita specialistica o per singole prestazioni specialistiche".

***Responsabile Urp
Azienda ospedaliera**

****Referente Urp
Ospedale Policlinico**

Successive somministrazioni dello stesso farmaco possono dare origine a problemi indesiderati

Allergie

REAZIONI AVVERSE

Allergie non vuol dire solo acari, pollini o alimenti. Ce ne sono altre con cui fare i conti ogni giorno. Sono le allergie ai farmaci, frequenti tra l'altro per medicinali di uso comune come gli anti-dolorifici o gli antibiotici.

Le allergie ai medicinali sono una parte importante delle più generali "reazioni avverse ai farmaci", un problema assai rilevante se si pensa che negli Stati Uniti rappresentano la quarta causa di morte. Tra queste reazioni c'è infatti lo shock anafilattico, responsabile di quadri clinici critici e potenzialmente mortali.

Il problema è una conseguenza diretta del crescente consumo di farmaci da parte della popolazione, tale da rendere necessario un potenziamento delle strutture pubbliche di prevenzione, diagnosi e terapia allergologica espressamente dedicate.

A Verona se ne occupa l'Unità operativa di Allergologia dell'ospedale civile di Borgo Trento, inquadrata nel dipartimento di Medicina trasfusionale ed immuno-ematologia diretto dal professor Giuseppe Aprili. Coordinata dal dottor Gian Enrico Senna, è la più grande U.O. dedicata del Triveneto, ed è l'unica di questo territorio ad occuparsi in modo sistematico delle reazioni allergiche ai farmaci.

«In linea generale – spiega il dottor Senna –, queste allergie non si manifestano in seguito alla prima assunzione del medicinale, ma in occasione di successive somministrazioni. La prima assunzione ha infatti la possibilità di sensibilizzare il sistema immunitario che mette così in campo le difese in caso di nuovo contatto. Molti pazienti si stupiscono di diventare allergici a farmaci che assumono da tempo.

In realtà proprio coloro che usano con maggiore frequenza un medicinale hanno una maggiore probabilità di diventare allergici allo stesso.



L'équipe dell'Unità operativa di Allergologia dell'ospedale civile di Borgo Trento

ALLERGIA, EFFETTI COLLATERALI O SOVRADOSAGGIO?

Le reazioni avverse a farmaci sono classificate in due gruppi. Il primo comprende reazioni farmacologicamente "prevedibili" e direttamente imputabili all'azione della molecola assunta, al suo dosaggio o ad eventuali interazioni con altri farmaci. Sono questi i cosiddetti "effetti collaterali". Esempi comuni di queste reazioni sono l'epigastralgia da anti-infiammatori o la diarrea in corso di terapia antibiotica. Nel secondo gruppo si annoverano invece le reazioni "imprevedibili" su base immunologica, tra le quali le forme allergiche sono le più comuni. Queste reazioni si manifestano in seguito alla reattività individuale dei soggetti predisposti e sono indipendenti dal dosaggio e dal meccanismo d'azione del farmaco.

Nonostante i progressi degli ultimi anni, molti sono i fattori che rendono difficoltosa la diagnosi di una reazione ai farmaci: l'eterogeneità delle

molecole in causa e la loro larga diffusione, l'introduzione nel prontuario terapeutico di composti nuovi e potenzialmente allergizzanti, la varia sintomatologia che interessa i diversi organi ed apparati e la parziale conoscenza dei fattori di rischio.

«In effetti la diagnosi può essere molto complessa – prosegue il dottor Senna – anche perché nelle reazioni allergiche ai farmaci i test cutanei sono utili solo per alcune classi, come alcuni antibiotici tra cui le penicilline e le cefalosporine, oltre agli anestetici locali e generali, mentre non hanno alcuna validità se la reazione è legata ad anti-infiammatori non steroidei, anti-ipertensivi o a mezzi di contrasto iodati. Anche gli esami in vitro sono poco utili.

Va perciò sottolineato come la gestione della farmacoallergia sia in primo luogo rivolta, più che a confermare il sospetto di una reazione ad un farmaco, ad individuare i farmaci sicuri che il soggetto potrà utilizzare. Questo avviene attraverso test di tolleranza che consistono nella sommini-

strazione controllata in ambito ospedaliero di farmaci ad azione analoga ma strutturalmente diversi da quelli responsabili della reazione. Se il soggetto raggiunge senza problemi il dosaggio potrà utilizzare quel medicinale in futuro e avrà la disponibilità di un farmaco in grado di sostituire quello responsabile della precedente reazione allergica.

COME SI MANIFESTANO

Le allergie da farmaci sono più frequentemente responsabili di reazioni cutanee (edema di Quincke, orticaria, ma anche quadri gravi come la necrolisi epidermica tossica) e respiratorie (asma da aspirina). Il quadro più grave è però lo shock anafilattico. Non bisogna tuttavia dimenticare che le reazioni allergiche o immunologiche ai farmaci possono avere espressioni cliniche molto varie e tali da etichettare la farmacoallergia come il "camaleonte della medicina". «Sono segnalati infatti casi di epatite, anemia, alterazioni della coagulazione, nefriti, polmonite da farmaci – spiega Senna –. Importanti sono anche le reazioni provocate dai farmaci per uso topico come le pomate, responsabili di eczemi da contatto. La maggior parte delle manifestazioni allergiche da farmaco si verifica prevalentemente nei soggetti tra i 40 anni e i 60 anni (sono rare nei bambini), con una leggera prevalenza nei soggetti femminili».

QUALI FARMACI DANNO ALLERGIA?

«Tra i farmaci che solitamente danno vita a reazioni allergiche vi sono gli antibiotici, in particolare le penicilline e le cefalosporine, gli antinfiammatori, alcuni anestetici generali e, molto più raramente locali, come quelli utilizzati nelle sedute dentistiche – spiega la dottoressa Patrizia Bonadonna, responsabile del servizio di Day hospital dell'U.O. –. Per individuare le allergie da farmaco è importante, effettuare una precisa raccolta di informazioni relative ai sintomi presentati, al rapporto cronologico con l'assunzione del farmaco, alla terapia utilizzata nel trattamento,

UN CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO

Un centro regionale di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie allergologiche. È il biglietto da vista dell'Unità operativa di Allergologia dell'Azienda ospedaliera di Verona, la più grande del Triveneto e forte di un'esperienza maturata a partire dalla metà degli anni '80 grazie alla vicinanza con le strutture di Pronto soccorso e Rianimazione. Un esempio dell'importanza della struttura è data dai suoi numeri a partire da quello totale delle prestazioni ambulatoriali erogate, passate dalle 15.878 del 2002 alle 19.698 nel 2004, con un incremento del 24%. Parallelamente a ciò va segnalato il costante incremento delle prestazioni erogate dall'U.O. in regime di day hospital, dedicato prevalentemente alla terapia dell'al-

lergia al veleno degli imenotteri. Si è infatti passati dalle 544 del 2002 alle 638 nel 2004. Quanto alle singole prestazioni, spicca l'aumento delle prime visite, passate dalle 3.417 del 2002 alle 3.597 nel 2004. In forte crescita anche i test cutanei diagnostici, in particolare dei "prick test", motivato da una più intensa attività diagnostica nel campo delle allergopatie respiratorie, da veleno degli imenotteri e da farmaci (da 4.382 nel 2002 a 4.936 nel 2004). I dati più rilevanti dell'U.O. sono tuttavia quelli riferibili alla diagnostica delle allergopatie da farmaci: se nel biennio 2002/2003 i test compiuti erano in media circa 5.600, nel corso del 2004 hanno raggiunto quota 7.650 (+36%).

(al.az.)

all'evoluzione nel tempo della reazione e ai farmaci utilizzati successivamente dal paziente senza problemi. Un consiglio da dare a chi ha la sfortuna di sperimentare una reazione allergica a un farmaco è quello di

conservare scrupolosamente la confezione responsabile della reazione».

LA TERAPIA

Come in tutte le reazioni allergiche anche quelle da farmaci si avvalgono di una terapia anti-istaminica e nei casi più impegnativi di cortisonici. L'uso dell'adrenalina è limitato ai casi con potenziale rischio di vita (anafilassi ed edema della glottide). Tuttavia la migliore terapia è la prevenzione. «È chiaro che chi sa di essere allergico a determinati medicinali deve assolutamente evitarli – conclude Senna –. Questi soggetti dovrebbero tenere con sé un tesserino o un documento medico che testimoni l'esistenza dell'allergia da farmaco da mostrare al personale sanitario nel momento in cui si devono affrontare cure mediche, piccoli interventi come quelli dentistici o ambulatoriali e nei casi di emergenza. Al tempo stesso occorre portare con sé anche il risultato degli eventuali test allergologici eseguiti con l'elenco dei farmaci invece tollerati».

Alessandro Azzoni

UN LIBRO SULLE ALLERGIE

Reazioni allergiche e pseudoallergiche da farmaci è il titolo del libro nato da un'idea del dottor Gian Enrico Senna in collaborazione con Floriano Bonifazi e Maria Beatrice Bilò con lo scopo di portare all'attenzione degli specialisti allergologi e del mondo medico in generale i molteplici aspetti clinici dell'allergia da farmaci e illustrare le norme per inquadrare correttamente la diagnosi. Ogni capitolo del testo è affidato alle penna e all'esperienza di più ricercatori italiani. Esaurita la prima edizione già si pensa a una seconda. L'équipe dell'U.O. di Allergologia ha poi creato un sito internet dedicato a tutte le diverse forme di allergia: www.allergyverona.it.

Nel 50% dei casi i pazienti a cui viene rimossa parte dell'intestino ne recuperano le funzioni

Riabilitazione

51

SE L'INTESTINO È CORTO

Vivere senza intestino. Non è il titolo di un romanzo pulp, per un pubblico dai palati forti, ma la condizione di circa un centinaio di nuove persone all'anno nel solo Veneto.

Accade quando si è affetti da insufficienza intestinale che si verifica quando l'intestino non è più in grado di svolgere le sue funzioni principali, cioè convogliare, processare, digerire e assorbire gli alimenti, le vitamine, i sali e l'acqua introdotti per via orale. Questo comporta malnutrizione, calo ponderale con perdita sia della massa grassa che di quella magra, gravi carenze vitaminiche e minerali, ma soprattutto una grave compromissione della qualità e dell'aspettativa di vita.

«Eppure questa malattia in Italia "non esiste". Se si sfoglia il prontuario delle patologie esenti da ticket, l'insufficienza intestinale o la sindrome da intestino corto non sono nemmeno menzionate, a differenza, invece, dei prontuari danesi, inglesi, francesi e tedeschi, solo per fare alcuni esempi». Non c'è polemica nelle parole del professor Italo Vantini, direttore dell'Unità operativa di Medicina Interna A del Policlinico.

È dal 1992 che Vantini segue questi pazienti, prima nella Divisione di Riabilitazione gastroenterologica dell'ospedale di Valeggio sul Mincio, diventata Centro di riferimento nazionale per la patologia, poi, una volta chiusa la Divisione, nel reparto di Medicina Interna A del Policlinico di Borgo Roma, dove sono disponibili quattro posti letto per i pazienti con insufficienza intestinale.

Professor Vantini, quali sono le cause dell'insufficienza intestinale?

«La gran parte delle insufficienze intestinali è dovuta ad ampia resezione chirurgica dell'intestino, tanto che si parla di sindrome da intestino corto. Vi sono infatti delle condizioni per le quali si rende necessario aspor-



Italo Vantini, direttore dell'Unità operativa di Medicina Interna A del Policlinico di Borgo Roma

tare gran parte dell'intestino lasciando 150-100 cm, rispetto ai cinque metri naturali, o anche meno, con o senza colon in continuità. In alcuni casi-limite il chirurgo riesce a conservare solamente 20-30 cm d'intestino dopo lo stomaco».

Perché si rende necessario un intervento chirurgico così demolitivo?

«L'allungamento della vita media ha portato con sé anche un incremento delle patologie vascolari intestinali. Un infarto o un'occlusione intestinale producono un danno irreversibile a larghi tratti d'intestino, i quali, non essendo più irrorati dal sangue, vanno incontro a necrosi. Allora per salvare la vita del paziente bisogna intervenire, rimuovendo un lungo tratto intestinale».

Altre cause?

«Più di rado si deve intervenire chirurgicamente in modo così esteso per la presenza di neoplasie o per patologie infiammatorie come la malattia di Crohn. Oppure può insorgere un'insufficienza a causa della radioterapia,

che porta la parte di intestino irradiato a funzionare poco. Nei soggetti più giovani, ed anche in bambini, invece, può verificarsi una grave alterazione dei sistemi di regolazione nervosa dell'intestino, che non si muove più e quindi funziona molto male».

Dall'insufficienza intestinale si può guarire?

«L'intestino, come tutti gli organi, ha capacità di adattamento. Un intestino corto può presentare un'insufficienza tale da costringere il paziente a ricorrere inizialmente all'alimentazione artificiale, ma dopo alcuni mesi, anche fino ad un anno o due, si può assistere ad un recupero completo o quasi delle sue funzioni, come succede in quasi il 50% dei casi dopo cinque anni.

Per quanto riguarda gli intestini molto corti, ed ancor più se il residuo intestinale è alterato, o per patologie severe della motilità gastrointestinale, l'insufficienza intestinale è, purtroppo, irreversibile e la sopravvivenza di questi pazienti dipende esclusivamente dall'alimentazione parentale, tramite una vena centrale».

Come viene ripristinata la funzione intestinale?

«Attraverso dei provvedimenti di tipo nutrizionale, effettuando, per esempio, periodi di alimentazione enterale, cioè con il sondino naso-gastrico già in fase molto precoce.

Se questo non è necessario, si può procedere con un'alimentazione che sia in grado di stimolare la funzione dell'intestino, ad esempio, supportando il paziente con la nutrizione parentale che viene progressivamente ridotta. Alcuni farmaci in corso di sperimentazione potranno forse favorire l'adattamento intestinale precoce. Tutto questo, però, richiede una valutazione molto precisa, ed un'assistenza intraospedaliera iniziale di non meno 40-50 giorni, in un'unità operativa specializzata».

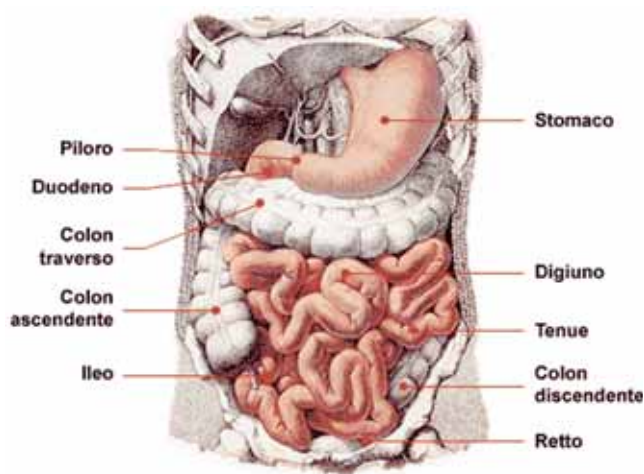
E per coloro i quali l'insufficienza è irreversibile?

«Dopo le dimissioni dall'ospedale il paziente viene inserito nel progetto di Nutrizione artificiale domiciliare del quale a Verona sono il coordinatore. Il servizio viene erogato da un team nutrizionale che valuta la situazione, invia a casa le sacche dei nutrienti e le attrezzature. Un'infermiera specializzata ha il compito di prestare assistenza, ma anche di spiegare al paziente e ai familiari le procedure corrette. Questo percorso è lo stesso anche per chi ha la possibilità di recuperare con il tempo le funzioni intestinali».

Che tipo di pazienti sono coloro che presentano simili problemi?

«Sono persone che non solo hanno bisogno di cure, ma dei quali bisogna prendersi cura per tutta la vita. Hanno bisogno di essere costantemente seguiti e hanno 63 possibilità su 100 di aver bisogno di un ulteriore ricovero ogni anno, ricovero che è bene avvenga in un centro che ha sempre avuto in carico il paziente e quindi lo conosca, ma soprattutto sia specializzato.

Sono studi internazionali a dirlo, dal momento che le prospettive di sopravvivenza di questi pazienti aumenta di circa il 50% se a seguirli sono dei centri ad alta competenza, e



non dove l'esperienza sia più modesta».

Perché?

«Sono persone con problemi complessi, rilevanti, che richiedono esperienza specifica. La sopravvivenza dopo cinque anni è, soprattutto per l'insufficienza transitoria, del 75%. Su dieci decessi, due sono dovuti ad infezioni provocate dal catetere necessario per l'alimentazione parentale, tre ad insufficienza intestinale, cinque a cause intercorrenti. Questi sono pazienti verso i quali non bisogna mai abbassare la guardia».

Guardando al futuro, ci può esse-

re un'alternativa all'alimentazione artificiale?

«Il trapianto di intestino. In Italia è stato effettuato per la prima volta sette anni fa nell'ospedale dell'Università di Bologna che finora ha eseguito un centinaio d'interventi. Studi internazionali hanno tuttavia constatato che i pazienti trapiantati hanno un indice di sopravvi-

venza uguale, se non inferiore, a quello di chi viene nutrito per via parenterale.

Il trapianto d'intestino – che è procedura molto complessa – offre comunque un'opportunità di sopravvivenza quando tutti gli accessi venosi per l'alimentazione parentale sono esauriti a causa di trombosi o infezioni. Inoltre, riduce il rischio di insufficienza epatica grave per la quale, e non si conoscono le ragioni, soffrono questi pazienti, almeno il 3% dei quali muore per questa complicanza».

A chi si nutre per via parentale, per brevi periodi o per sempre, è consentito mangiare naturalmente?

«Molti di questi pazienti possono nutrirsi per via orale. Naturalmente è come si mettesse dell'acqua in un colabrodo. Una parte di quanto viene introdotto non è assorbito e bisogna stare attenti a non esagerare. Un tempo si pensava, e molti ancora adesso lo pensano, che queste persone necessitino di un'alimentazione da "malati". Ebbene oggi sappiamo che la loro dieta deve essere il più vicino possibile a quella di tutte le persone. I cibi devono essere gustosi, appetibili, "normali" e non si deve mai lasciare l'intestino privo di nutrienti. Infatti, gli alimenti sono il principale carburante dell'organismo e garantiscono anche integrità e funzionalità delle cellule intestinali».

Elena Zuppinì

È PIACIUTO IL DOSSIER SULL'ANCA DEL NUMERO SCORSO

È stato molto apprezzato il dossier che affrontava il tema del recupero dopo l'intervento di protesi all'anca pubblicato sul numero scorso con il titolo *Di nuovo in gamba*. A tale proposito il dott. Antonino Zambito ringrazia, in particolare, per la collaborazione l'infermiera professionale Maddalena Manzini che di questo argomento ha fatto la sua tesi di laurea. Nel 2004 nell'ospedale di Verona sono state 380 le persone operate per la sostituzione parziale o totale dell'anca o la revisione della sostituzione.



L'Abio, Associazione per il bambino in ospedale, fondata nel 1978, a Verona è attiva con 83 volontari

Solidarietà

53

GIOCARRE PER GUARIRE

Sdrammatizzare: è questa una delle principali parole d'ordine dell'Abio (www.abio.org, www.abioverona.it), l'Associazione per il bambino in ospedale, che a Verona è attiva con 83 volontari "professionisti". Sì, proprio professionisti del volontariato con i bambini, perché un'attività come la loro non si può improvvisare alla leggera, ma implica preparazione ed aggiornamento, oltre a predisposizione e ad un impegno costante.

Abio, Associazione per il bambino in ospedale, è stata fondata nel 1978 per promuovere l'umanizzazione dell'ospedale e sdrammatizzare l'impatto del bambino e della sua famiglia con le strutture sanitarie, secondo i principi della Carta dei diritti del bambino in ospedale.

Il volontario Abio accoglie il bambino al momento del ricovero e facilita il suo inserimento in reparto, lo assiste durante le visite ambulatoriali, intrattenendolo e distraendolo durante l'attesa e collabora con il personale sanitario a preparare il piccolo paziente alle varie procedu-



Michela Azzini presidente dell'Abio veronese con Paolo Biban, direttore Unità operativa di Pediatria

re terapeutiche cui verrà sottoposto (iniezioni, prelievi, radiografie, interventi chirurgici, ecc.). Compito dei volontari dell'Associazione è anche rendere più accoglienti i reparti con decorazioni e arredi,

garantire al bambino una presenza rassicurante in assenza della mamma o di altri familiari. Nei confronti dei genitori il volontario Abio ascolta i loro problemi e si offre come tramite in un ambiente

OSSERVARE IL GIOCO DEI BAMBINI PERMETTE DI CAPIRE DOVE HANNO MALE

«Vieni qui, T-Rex, non piangere: ti metto il cerotto sul pancione e passa tutto!»: è piuttosto facile sentire frasi di questo genere, ascoltando giocare un bambino ricoverato all'ospedale.

Nicola Suman, responsabile dell'associazione culturale Ridoridò (www.ridorido.it) e relatore su *Il bambino e il gioco* ai corsi di formazione dell'Abio di Verona, spiega: «Spesso i bambini malati giocano a curare i pupazzi, le bambole, i peluche, e dal loro modo di giocare possiamo capire come si sentono, dove hanno male, quali cure loro si aspettano per se stessi. Uno degli aspetti che tratto nei miei incontri con gli aspiranti volontari dell'Abio è come interpretare i giochi dei bambini, per comunicare con loro».

Ascoltare, quindi, per imparare a trasmettere a nostra volta messaggi nel mondo giusto a ciascun bambino. Di fondamentale importanza, inoltre, sdrammatizzare la stanza di degenza, ambiente sconosciuto e spesso percepito come ostile dal bambino. «Il trucco è

trasformare in giocattoli i normali oggetti che comunemente si trovano in una camera d'ospedale, in modo da trasformarla in stanza dei giochi».

Qui, dunque, deve entrare in ballo la creatività del volontario oltre ai suggerimenti dell'esperto, per trasformare in giocattoli un cerotto, una garza, un giornale, una sedia... Del resto, in questo, proprio i bambini sono maestri, ed anche nell'era dei *videogames*, se gli viene proposto nel modo giusto di giocare con un pezzo di carta, alla fine si divertono di più.

E se non hanno nessuna voglia di giocare e divertirsi, perché gli è capitata la disavventura di trovarsi in una stanza d'ospedale? E se sono addirittura arrabbiati per lo stesso motivo? Queste sono solo due delle situazioni che vengono sottoposte all'attenzione ai futuri volontari dell'Abio attraverso simulazioni. Perché le linee guida ci sono, ma la soluzione migliore va trovata di volta in volta, e bisogna allenarsi in questa ricerca.

A.L.F.



sconosciuto, fornisce informazioni sul comportamento da tenere e le norme da rispettare nell'interesse di tutti, li informa su servizi, supporti e agevolazioni di cui possono usufruire, assicura una presenza amica accanto al bambino, permettendo al genitore di assentarsi serenamente.

LE DIECI REGOLE DEL VOLONTARIO ABIO

I volontari dell'Abio devono:

- 1) avere un aspetto curato, il camice abbottonato
- 2) saper creare e mantenere un ambiente sereno tra i bambini.
- 3) coinvolgere i bambini al gioco, con pazienza e dolcezza
- 4) essere disponibile con tutti in egual misura.
- 5) saper valutare quali giochi sono adatti a ciascun bambino.
- 6) far partecipare i genitori ai giochi dei bambini.
- 7) tranquillizzare i genitori e favorire il colloquio con i medici.
- 8) offrire il proprio aiuto ai genitori con discrezione e prestare attenzione a ciò che dicono.
- 9) favorire gradualmente l'inserimento dei bambini nel gruppo.
- 10) dedicarsi a tutti i bambini e favorire l'alternarsi

Tutto questo, però, ponendo attenzione a non risultare mai invadente, con discrezione e disponibilità nei confronti delle diverse figure che operano in ospedale.

Con questi compiti, l'Abio è presente a Verona nei reparti di Pediatria, Oncologia pediatrica, Chirurgia pediatrica ed Otorinolaringoiatria del Policlinico Borgo Roma, dove – con il contributo di Dash, che sostiene i progetti Abio, così come il Centro servizi volontariato – ha realizzato anche una vera e propria sala giochi, a disposizione dei piccoli degenti. Inol-

tre, l'Associazione presta servizio in pediatria nell'ospedale di Borgo Trento e di San Bonifacio. Recentemente l'associazione ha dato il proprio contributo anche per l'aula didattica della pediatria dell'Ocm.

Gli 83 volontari si sono impegnati a rispettare turni precisi di tre ore settimanali ciascuno, stabiliti in base alle esigenze dei vari reparti interessati. Per diventare volontario è richiesta un'età compresa tra i 18 ed i 69 anni ed è obbligatorio seguire il Corso di formazione, che ogni anno l'Abio organizza, generalmente in autunno.

LA CARTA DI EACH RIASSUME LE RACCOMANDAZIONI DEL PARLAMENTO EUROPEO

Importante punto di riferimento dell'Abio, è la Carta di Each (European Association for Children in Hospital), documento comune su cui si basa l'attività di sedici associazioni di volontariato attive in altrettanti Paesi europei. Questa Carta dei diritti del bambino in ospedale è stata stilata nel 1988 per riassumere in dieci punti le raccomandazioni della Risoluzione del Parlamento europeo (maggio 1986).

1. Il bambino deve essere ricoverato in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere prestata altrettanto bene a casa o in trattamento ambulatoriale.
2. Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto.
3. L'ospedale deve offrire facilitazioni a tutti i genitori che devono essere aiutati e incoraggiati a restare. I genitori non devono incorrere in spese aggiuntive o subire perdita o riduzione di salario. Per partecipare attivamente all'assistenza del loro bambino i genitori devono essere informati sull'organizzazione del reparto e incoraggiati a parteciparvi attivamente.
4. Il bambino e i genitori hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età e alla loro capacità di

comprensione. Occorre fare quanto possibile per mitigare il loro stress fisico ed emotivo.

5. Il bambino e i suoi genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni bambino deve essere protetto da indagini e terapie mediche non necessarie.
6. Il bambino deve essere assistito insieme ad altri bambini con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti per adulti. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori.
7. Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, ed essere ricoverato in un ambiente strutturato arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.
8. Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.
9. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera.
10. Il bambino deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.

A.L.F.

«Si tratta di un corso serale, di una decina di incontri – spiega Michela Azzini, presidente dell'Abio veronese –. Con una psicologa, con esperti di “bambino e gioco” e con personale impegnato nei reparti in cui è presente l'Abio. Ai partecipanti viene anche proposto un test di autovalutazione, che li aiuta, fra l'altro, a capire se davvero sono predisposti a questo tipo di volontariato, o se invece non sia il caso di indirizzarsi verso altre forme di impegno a favore degli altri».

In effetti, non basta amare i bambini per essere un buon volontario: sono necessarie motivazioni profonde, creatività, capacità di relazione e resistenza alla frustrazione.

È giusto che gli aspiranti volontari siano consapevoli di cosa li aspetterà nei reparti ospedalieri in cui dovranno trascorrere tante ore sorridendo e rassicurando i bambini: «Può capitare ad esempio – racconta Michela Azzini – che un partecipante al corso si renda conto di non essere in grado di sorridere di fronte ad un bambino attaccato alla flebo. Non c'è nulla di cui vergognarsi: significa che l'Abio non è l'impegno adatto a lui e che



deve capire quale tipo di volontariato gli è più congeniale».

Anche gli operatori già attivi sono tenuti a seguire almeno un incontro di aggiornamento all'anno. L'epoca dei “volontari dilettanti allo sbaraglio” è evidentemente terminata,

sostituita da una responsabile competenza, a vantaggio dei bambini e delle loro famiglie, ma anche del lavoro di medici e infermieri.

Anna Laura Folena

PREMIATA L'ATTIVITÀ DI RICERCA SULL'IPERtermia DEL DOTTOR SERGIO MALUTA



Sergio Maluta, direttore della Radioterapia oncologica dell'Azienda ospedaliera di Verona

Prestigioso riconoscimento internazionale per il dottor Sergio Maluta, direttore della Radioterapia oncologica dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona.

Nel corso del congresso europeo di Ipertermia oncologica di Graz ha ricevuto il premio ESHO Award 2005 quale miglior ricercatore clinico nel campo dell'ipertermia a livello europeo. Il riconoscimento gli è stato attribuito per la sua attività riferita in particolare ai tumori del retto e della prostata in stadio avanzato.

Il premio, istituito nel 1999, è stato consegnato al professor Maluta dal professor Rolf Issels, direttore del Centro di Ipertermia oncologica di Monaco di Baviera.

Grazie a sofisticate apparecchiature, oggi è possibile

riscaldare la massa tumorale senza determinare effetti collaterali importanti. L'ipertermia sfrutta l'energia prodotta dalle microne o dalle onde di radiofrequenza per scaldare il tumore fino ad una temperatura di circa 42,5 gradi centigradi. Il calore colpisce soprattutto le cellule tumorali perché la maggior parte di esse ha un ridotto sistema vascolare che non riesce a dissipare il calore in eccesso. Le cellule sane, al contrario, sono ben irrorate e possono eliminarlo facilmente. L'ipertermia può aumentare l'efficacia di altre terapie basate su chirurgia, chemioterapia e radioterapia, perché uccide le cellule tumorali in una fase diversa. Studi clinici hanno dimostrato che essa può arrivare a raddoppiarne l'effetto senza aumentare gli effetti collaterali.

Attenzione al pappatacio

di Anna Laura Folena

Niente paura: un animale ammalato di leishmaniosi non è di per sé pericoloso per i suoi simili o per gli esseri umani, neppure se vivono in stretto contatto. La leishmaniosi è una malattia che colpisce prevalentemente il cane tra gli animali domestici, la volpe e il ratto nero tra i selvatici. La trasmissione della malattia, infatti, non è diretta, ma è necessaria la puntura da parte del flebotomo, meglio conosciuto come pappatacio, un insetto molto simile alla comune zanzara, ma più piccolo, tanto da riuscire a passare attraverso le maglie delle comuni zanzariere.

Il pappatacio si infetta pungendo un animale malato e trasmette poi la leishmaniosi ad un altro soggetto, iniettandogli il protozoo del genere *Leishmania*.

Una volta iniettato, il protozoo si localizza all'interno di particolari cellule del sistema immunitario provocandone la distruzione.

A livello internazionale la leishma-



niosi è una malattia talmente diffusa, da rappresentare una vera preoccupazione per l'Organizzazione mondiale della Sanità, che ha messo a punto un piano internazionale di sorveglianza per controllarla.

La sua pericolosità consiste nel fatto che il pappatacio la può trasmettere, in maniera molto meno frequente, anche all'uomo (300 casi registrati in Italia, di cui la metà in età pediatrica), nel quale si manifesta principalmente in forma cutanea o viscerale. Mentre la leishmaniosi contratta dagli esseri umani, se diagnosticata in tempo, può essere facilmente curata, nel cane purtroppo la cura non è

semplice. In molti casi l'animale non guarisce completamente, divenendo portatore a volte asintomatico della malattia.

I sintomi più frequenti sono quelli della forma cronica: forte dimagrimento, anemia, ingrossamento dei

linfonodi e della milza, febbre intermittente e lesioni cutanee (più frequentemente localizzate alla testa) come rarefazione del pelo, eczema furfuraceo senza prurito, ulcere irregolari più o meno estese. Altri sintomi sono l'abnorme crescita delle unghie (ornicografosi), fuoriuscita di sangue dal naso (epistassi) e congiuntivite catarrale o purulenta con edema palpebrale. Il cane si presenta abbattuto e sonnolento, e dimagrisce fino a raggiungere la cachessia (totale esaurimento delle energie), se non opportunamente curato.

La malattia interessa vaste aree del bacino del Mediterraneo ed è localizzata principalmente nelle zone rurali e periurbane costiere. Da qualche anno però, a causa dell'innalzamento delle temperature, sono stati segnalati focolai autoctoni nel cane anche in zone collinari del Piemonte, della Lombardia, del Trentino, del Veneto e del Friuli.

Per prevenire la leishmaniosi, bisogna innanzitutto difendersi dal pappatacio, che, si nutre di sangue pungendo di notte da giugno a ottobre, si sviluppa molto bene in collina dove ci sono temperature elevate e costanti, forte tasso di umidità, oscurità e materiale organico a disposizione, e dove gli inverni non sono molto rigidi.

Se si abita o si soggiorna temporaneamente in zone infestate dal flebotomo, è importante proteggere i cani dalle punture mediante prodotti repellenti (collari, spray ecc.), con trappole luminose e zanzariere a maglie fini.

Si può, inoltre, controllare il proprio cane verificando se è infetto con un prelievo di sangue, possibilmente in primavera, e decidendo con il proprio veterinario come intervenire.

L'INCIDENZA DELLA LEISHMANIOSI SULLA POPOLAZIONE CANINA DEL VERONESE

Un monitoraggio nella popolazione canina per verificare la presenza dell'infezione da leishmania.

L'hanno effettuato nel corso del 2004 il Servizio veterinario dell'Ulss 20, l'Istituto di Parassitologia della facoltà di Medicina veterinaria dell'Università di Padova, l'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie e l'Ordine dei medici veterinari, in collaborazione con le Amministrazioni comunali.

L'obiettivo era verificare la diffusione della malattia e del suo vettore: il pappatacio. Per questo sono state poste delle trappole per la cattura dei minuscoli insetti e sono stati predisposti punti di prelievo a Lavagno, Mezzane di Sotto, Illasi, Colognola ai colli, Cazzano di Tramigna e Soave nel periodo marzo-giugno, per controllare gli animali domestici della zona, che in molti casi non hanno contatti con ambulatori veterinari.

Si è verificato, così, che il pappatacio vive in tutte le zone prese in esame.

Inoltre, sono stati controllati quasi 700 cani, e si è rilevata una diffusione della malattia nell'area più ad Est, con maggior interessamento dei comuni di Lavagno e Mezzane, dove si è arrivati fino al 3,5 per cento di positività al protozoo.

La leishmaniosi non è una novità per il Veronese: nei primi anni Novanta, infatti, vennero trovati alcuni focolai della malattia nella zona collinare a Nord di Verona (San Rocco di Quinzano, e strada dei monti e Parona).

Nel 1998 fu riscontrata a San Briccio nel comune di Lavagno. Nei primi anni del duemila si è rilevata la diffusione ad Ovest, verso la Valpolicella e il lago di Garda. Ora la patologia sembra essersi spostata verso Est.

A.L.F.

FARMACIE DI TURNO DELL'ULSS 20 CON ORARIO CONTINUATO 24 ORE SU 24 NEI MESI DI OTTOBRE E NOVEMBRE

Dall'1 all'8 ottobre 2005

ALL'ALBARO
Piazza Buccari, 9 – MONTORIO
COMUNALE S. MASSIMO
Via Romagnoli, 16 – S. MASSIMO
DUE CAMPANE
Via Mazzini, 52 – CENTRO STORICO
MARTELLETTO SNC
Piazza Trento, 8 – COLOGNOLA AI COLLI
COMUNALE S. BIAGIO
Via Prova, 55 – PROVA di S. Bonifacio
DR. PALLARO
Via Roma, 12 – MONTECCHIA DI CROSARA

Dall'8 al 15 ottobre 2005

CENTRALE
Piazza Erbe, 20 – CENTRO STORICO
COMUNALE PALAZZINA
Via S. Giovanni L., 22 – PALAZZINA
DR. FONGARO
Via Cipolla, 11 – BIONDELLA
DR. REBONATO
Via Stra', 50 – CALDIERO
EX COMUNALE DR. OLIVATO
Via Marconi, 11 – COLOGNA VENETA
DR. ANSELMINI
Via Monte Grappa, 13 – VESTENANOVA

Dal 15 al 22 ottobre 2005

COMUNALE QUINTO
Via Valpantena, 42 – QUINTO
COMUNALE TOMBA
Via Centro, 237 – BORGO ROMA
INTERNAZIONALE
Piazza Bra', 28 – CENTRO STORICO
DR. RIZZINI
Via V. Veneto, 22 – MONTEFORTE D'ALPONE
DR. GIUSTI
Piazza V. Emanuele – ALBAREDO D'ADIGE
PIEROPAN DR. CRACCO
Via Battisti, 10/b – TREGNAGO

Dal 22 al 29 ottobre 2005

ALLA CONCEZIONE
Via S. Nazzaro, 71 – VERONETTA
DEI SANTI
Via Belfiore, 59 – CADIDAVID
S. LUCA
Corso P. Nuova, 27 – CENTRO STORICO
S. GIUSEPPE
Corso Venezia, 21 – SAN BONIFACIO
DR. FACCIOLO
Via D. Alighieri, 3/b – ROVEREDO DI GUÀ
DR. BONIN
Via Trento, 38 – SELVA DI PROGNO

Dal 29 ottobre al 5 novembre 2005

COMUNALE MADONNA DI CAMPAGNA
Via Salieri – S. MICHELE
PONTE PIETRA
Regaste Redentore, 8/c – VERONETTA
REALDON
Via Villafranca, 48 – SANTA LUCIA
FRASSOLDATI-VACCARI
Piazza Castagne, 9 – SOAVE
DR. A. MARCHESIN
Piazza Garibaldi, 3 – COLOGNA VENETA
BELLONZI-DR. CANTON
Via S. Giovanni in Dio, 5 – MEZZANE

Dal 5 al 12 novembre 2005

DR. PADOVANI
Via Mameli, 39 – BORGO TRENTO
SAN PAOLO
Via S. Vitale, 1 – VERONETTA
SANTA LUCIA
Via Mantovana, 62 – SANTA LUCIA
DR. FITTA
Piazza Umberto I, 57 – S. GIOVANNI L.
DR. NICOLI
Via Marconi, 52 – BELFIORE
DR. BENEDETTI
Via Fossacan, 4 – LOCARA S. BONIFACIO
DR. COLALTO
Piazza de l'Osto, 37 – S. GIOVANNI ILARIONE

Dal 12 al 19 novembre 2005

DR. A. SOPRANA
Largo Stazione Vecchia, 6 – PARONA
MADONNA DEL POPOLO
Via Garibaldi, 20 – CENTRO STORICO
VR EST
Viale del lavoro, 39 – S. MARTINO BUON ALBERGO
GIOVANNI XXIII
Via 24 Maggio, 32 – POZZO di S. GIOVANNI L.
DR. A. FARINELLI
Via Aroldi, 25 – BROGNOLIGO COSTALUNGA
EREDI DR. BASSETTO
Via S. Marcello, 6 – VERONELLA
DR. INFANTI
Via C. Battisti, 21 – BADIACALAVENA

Dal 19 al 26 novembre 2005

DR. MARTARI
Piazza V. Veneto, 22 – BORGO TRENTO
PALLADIO
Via Albere, 58 – STADIO
S. CHIARA
Via Montorio, 59/a – BORGO VENEZIA
FARMACO SRL
Via Garofoli 135/137 – S. GIOVANNI L.
CENTRALE-DR. A. TESSARI
Via Roma, 30 – SOAVE
DR. Z. BASSETTO
Via Martiri della Libertà, 4 – ZIMELLA S. STEFANO
VANZAN-DR. A. BERTOLI
Via Roma, 15 – LAVAGNO S. PIETRO

Dal 26 novembre al 3 dicembre 2005

DR. BACCHINI
Via Giuliari, 23 – BORGO ROMA
S. ANNA
Via Alvise da Mosto, 27 – SAVAL
DR. NIGRI
Piazza del Popolo, 2 – S. MARTINO BUON ALBERGO
LESSINI-DR. GAMBARIN
Piazza delle Poste – ERBEZZO
MONTANARI
Via Copernico, 5 – VAGO DI LAVAGNO
AL POMODORO
Via Borgo Grande, 2 – COLOGNA V.
DR. A. DAL COLLE
P. Matteotti, 36 – CAZZANO DI TRAMIGNA
COMUNALE GAZZOLO
Via Chiesa, 57 – GAZZOLO ARCOLE

a cura
dell'ORDINE
DEI FARMACISTI
della provincia
di Verona

