

La Salute e la Città

anno 2 - numero 3

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, Paola Chinchio, Franco Colletta, Bernardo Dalla Bernardina, Giuseppe Ferrari, Luciano Flor, Roberto Fostini, Giovanna Ghirlanda, Alessandro Lechi, Silvia Marchi, Augusto Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna Pirana, Silvano Pomari, Francesco Procaccio, Giovanna Scroccaro, Luciano Sterzi, Michele Tansella, Stefano Tardivo, Salvatore Toscano, Emanuela Zandonà.

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

Mirko Aldinucci, Alessandro Azzoni, Giovanna Billeci, Anna Laura Folena, Valeria Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

Cierre Grafica
Caselle di Sommacampagna (Vr)
Tel. 045 8580900
Fax 045 8580907

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**

Un autunno ricco di iniziative
di Valerio Alberti pag. 1

ATTUALITÀ

Primo Piano. Ocm verso il futuro
di M.F. Coppari Del Giglio pag. 2
Manifestazioni. Un galà per la vita
pag. 4
Progetti. Sirchia, sì al Centro
ricerca sui farmaci pag. 5
Focus. Idee da manager
di Silvia Granzotto pag. 6
Ricerca. Obiettivo pancreas
pag. 9

Cervello e psiche
di Paolo Brambilla, Michele Tansella, Roberto Cerini e Alberto Beltramello pag. 12
Iniziative. Un libro per amico
pag. 17

Cure. La febbre come alleata
di Alessandro Azzoni pag. 18
Pediatria. Bambini in gamba
di Giampaolo Trivella pag. 20
Essere all'altezza
di Antonio Luciano pag. 23
L'opinione. «Si lasci stare la 180»
di Elena Zuppini pag. 27

Chirurgia. Bacino sotto i ferri
di Guido Rocca pag. 29
Dossier. Nove mesi in forma
di Ottavio Bosello pag. 30
Prevenzione. Se il fiato è corto
di Valeria Zanetti pag. 36

Cooperazione. Mani tese al mondo
di Luigi Bertinato pag. 38
Solidarietà. Un Raggio di Luce per i piccoli sfortunati
di Giovanna Billeci pag. 40
Animali. Passaporto per fido
di Anna Laura Folena pag. 43
Tecnologie. Pillola "High-tech"

di Alberto Gazzola e Riccardo Avesani pag. 44

Diagnostica. Progressi in laboratorio
di Gian Cesare Guidi pag. 47
In Pratica. Vivere in dialisi
di Maria Cristina Magagnotti pag. 50
Urp. Cartella clinica, come e dove richiederla
di Giovanna Pirana pag. 54

Cultura. Grazie sulla pietra
di Giuseppe Ferrari pag. 56

RUBRICHE**IN PRIMO PIANO**

Ospedale a misura di anziano
di Luciano Flor pag. 15

NORMATIVA

Se il medico cura... la privacy
di Roberto Mora pag. 16

IN OSPEDALE

Il ricovero dei più piccoli
di Mauro Cinquetti, Stefania Ganzaroli e Emanuela Morandini pag. 22

SALUTE E DIRITTI

La fecondazione assistita
di Lucia Poli pag. 25

INCONTRI

Il sorriso radioso di Emanuele
di padre G. Bonaventura pag. 26

IL MEDICO DI FAMIGLIA

La visita del dottore
di Gelmino Tosi pag. 42

FARMACI E SALUTE

I cerotti transdermici
di Chiara Alberti pag. 45

PAROLE CHIAVE

La terapia per "linee-guida"
di S. Tardivo e L. Flor pag. 49

LO PSICOLOGO

Capire i segnali del dolore
di Lidia del Piccolo pag. 52

Un autunno ricco di iniziative

1

di Valerio Alberti *

Con la ripresa di settembre stanno giungendo a maturazione una serie di iniziative, frutto del lavoro degli ultimi mesi e di grande rilievo per l'attività dell'ospedale.

In accordo con la Regione, da un lato si è avviato il cantiere per l'ammodernamento della sede dell'Ocm di cui riferiamo nelle pagine della nostra rivista, dall'altro si prevede di completare la programmazione degli interventi per la sede dell'ospedale Policlinico di Borgo Roma. Anche il Policlinico, infatti, presenta condizioni strutturali che richiederanno interventi importanti, in parte già avviati, come nel caso della ristrutturazione delle sale operatorie delle chirurgie specialistiche.

L'idea-guida degli interventi in entrambe le sedi è quella di concepirli secondo un disegno unitario, attraverso una "rilettura" delle specifiche funzioni che vi sono svolte. L'elaborazione di questi progetti avviene anche attraverso il coinvolgimento delle istituzioni locali, come Provincia e Comune, interlocutori peraltro indispensabili per gestire in modo fattivo le realizzazioni destinate a tutelare la salute pubblica.

Ma non ci stiamo occupando solo della riqualificazione delle strutture. Il nostro impegno è focalizzato anche sull'acquisizione ed il rinnovamento delle dotazioni tecnologiche del nostro ospedale, indispensabili per esprimere al massimo livello le competenze professionali già oggi presenti. L'evoluzione delle



Ammodernamento dell'Ocm, interventi al Policlinico e rinnovamento delle tecnologie

tecnologie è infatti rapida ed è indispensabile che in particolare una Azienda ospedaliero-universitaria come quella di Verona garantisca il continuo aggiornamento delle proprie dotazioni.

Ciò che ci sta a cuore è, senza dubbio, la qualità delle nostre prestazioni, il che significa affrontare ogni aspetto delle attività pensando

all'impatto che esse avranno sulle condizioni e le attese dei pazienti. Stiamo sviluppando tale approccio coinvolgendo attivamente gli operatori sanitari – medici, infermieri e tutto il personale sanitario – puntando la nostra attenzione sul rapporto che dobbiamo instaurare con i cittadini. Non si tratta soltanto di un corretto approccio tecnico-professionale – ancorché anche questo aspetto sia indispensabile –, ma della capacità di instaurare con il paziente una relazione positiva che si faccia carico pienamente dei suoi problemi.

In questo senso possiamo leggere il protocollo d'intesa sottoscritto fra Azienda ospedaliero-universitaria, Ulss 20 e Conferenza dei Sindaci per la continuità dell'assistenza. L'obiettivo di tale accordo è garantire la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali dell'Ulss e dei servizi sociali dei Comuni dopo le dimissioni dall'ospedale.

Sempre più "fare ospedale" richiede una connessione in rete con gli altri servizi territoriali che si sviluppano e "dialogano" nell'interesse dei cittadini.

Puntare sulla qualità coinvolgendo tutti gli operatori dell'ospedale, si prefigge anche di acquisire il loro contributo in termini di esperienza e di suggerimenti per una più puntuale programmazione e sviluppo dei servizi.

Abbiamo anche avviato un riesame del nostro Sistema di Qualità aziendale che già oggi vede l'80% delle Unità operative certificate. Vogliamo riflettere sui risultati sin qui raggiunti ed identificare le aree di miglioramento. Ma non solo: il nostro obiettivo è cogliere il punto di vista dei pazienti, sviluppando un sistema che più di oggi ponga attenzione ai risultati dell'assistenza ed alla valutazione dei cittadini sulle cure ricevute.

*** Direttore generale Azienda ospedaliero-universitaria Verona**



OCM VERSO IL FUTURO



A sinistra, il plastico con il progetto; sopra, la firma del contratto che dà il via ai lavori

L'estate ha portato l'avvio del cantiere per la costruzione del nuovo Polo chirurgico dell'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento. Il 20 maggio il direttore generale Valerio Alberti e il presidente dell'impresa Bonatti di Parma, Paolo Ghirelli, hanno firmato lo "storico" contratto che, come molti hanno sottolineato in quella occasione, apre il futuro della sanità veronese.

È un giro di boa impegnativo e interessante per l'Azienda ospedaliero-universitaria e per la comunità che fra qualche anno potrà contare su strutture ospedaliere più accoglienti ed adeguate al livello professionale dei medici e del personale sanitario che vi operano. Quello che va delineandosi è davvero un ospedale nuovo, non solo nelle strutture e attrezzature. Come è stato annunciato, anche il Policlinico diverrà più funzionale e potrà disporre di nuovi spazi, così come saranno ridefiniti gli ambiti d'attività dei due ospedali per ottenere una più ampia integrazione fra le strutture.

L'Azienda è consapevole dell'inevitabile impatto del cantiere sulla vita dell'ospedale e delle sue ripercussioni sul quartiere di Borgo Trento e sulla città. L'inizio dei lavori è stato

Il calendario dei lavori nei primi otto mesi

Le prime ad essere realizzate saranno: cabina elettrica e centrale per i gas medicali (entrambe sul lato via Mameli) e centrale tecnologica (termica e frigoriferie) sul lato Adige.

Sarà demolito l'impianto di depurazione, realizzando il collegamento fra la nuova centrale per il trattamento reflui già costruita e la rete fognaria Agsm.

L'Azienda provvederà inoltre alla ristrutturazione dell'area economica (dove troveranno posto il magazzino economico, la Farmacia e il centralino telefonico), all'approntamento dell'area ecologica (su parte dell'attuale parcheggio dietro il padiglione Maternità: sarà un piazzale attrezzato con contenitori per la raccolta differenziata) ed alla ristrutturazione della rete telefonica. Il tempo di realizzazione previsto per queste opere è di circa 8 mesi.

Inizieranno quindi i trasferimenti dei reparti dalle strutture che saranno demolite per ricavare l'area su cui sorgerà il nuovo Polo.

preparato predisponendo nei dettagli le operazioni necessarie a garantire la continuità dei servizi e il minor disagio possibile. Un'importante collaborazione attivata dal direttore generale Alberti con i funzionari del Nucleo per la valutazione degli investimenti in Sanità del ministero della Salute ha portato alla creazione di un Nucleo tecnico di valutazione sulle problematiche della ristrutturazione dell'Ocm, cui partecipano anche membri dell'Unità di progetto edilizia a finalità collettive della Regione Veneto, del Gruppo tecnico di progetto dell'Azienda ospedaliero-universitaria e rappresentanti di Provincia, Comune, Università, Ordine dei medici. Con l'amministrazione comunale, in particolare, i contatti sono frequenti per affrontare, in collaborazione con gli assessorati competenti, le problematiche legate all'impatto ambientale della nuova opera.

Il 5 luglio, intanto, il cantiere dell'Ocm è stato formalmente consegnato all'impresa, capogruppo mandataria dell'associazione temporanea - di cui fanno parte anche Grossi & Speier Spa e Gavazzi - che nel novembre 2003 si è aggiudicata la gara europea dell'importo di 98

Saranno adottate misure per ridurre i disagi mentre un piano garantirà la salvaguardia del verde

L'apertura dei cantieri per le opere propedeutiche sta comportando una serie di nuove esigenze cui l'ospedale deve adeguarsi per consentire, da un lato l'esecuzione dei lavori nei tempi previsti, dall'altro la limitazione dei disagi prevedibili, sia per i dipendenti che per i visitatori.

Per quanto riguarda la viabilità e le zone di sosta, l'Azienda avrà dal Comune un'area per il parcheggio dipendenti.

All'interno del bacino ospedaliero dal 23 agosto in via transitoria sino all'allestimento del nuovo parcheggio dipendenti l'accesso in auto non è consentito ai dipendenti che risiedono entro 1 chilometro dal centro dell'ospedale e a quelli delle ditte esterne. Quanto ai cittadini, coloro che accompagnano malati non autosufficienti o chiedono di entrare in auto per prelevare pazienti in dimissione, possono accedere con l'auto, usufruendo di permessi della durata di due ore.

Per costruire le nuove strutture sarà necessario rinunciare ad una parte delle aree

verdi che ingentiliscono l'ospedale. Se alcuni alberi e piante – circa il 30%

dell'esistente – dovranno essere rimossi, l'Azienda ha già provveduto a far realizzare un "piano del verde", un progetto per sostituirli, creando nuovi spazi alberati.



Non va dimenticato poi che, alla fine dei lavori, tutta l'area centrale dell'attuale bacino ospedaliero, posta fra le due spine laterali che s'affacciano su via Mameli e il Lungadige Attiraglio, sarà destinata a parco.

Leggendo il piano si scopre che 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. Il 69% degli alberi sarà mantenuto a dimora. Le piante abbattute saranno sostituite con nuove piantumazioni. Sul lato che s'affaccia su via Mameli, dove sta nascendo la nuova centrale elettrica, al posto dei cedri rimossi saranno messi a dimora altri alberi, cespugli ed un tappeto di "Vinca minor".

Il piano prevede anche altri scenari verdi, come una "corte di magnolie" che sarà creata valorizzando due grandi alberi già esistenti e mettendone a dimora

altri, la risistemazione del viale della chiesa, con messa a dimora di aceri e cipressi e salvaguardia del ligustro e della robinia esistenti. Sul lato del lungadige Attiraglio, dove sorgerà la centrale tecnologica, saranno piantati salici, meli da fiore e cipressi.

milioni di Euro, sulla base di un ribasso del 14,12%. Il progetto prevede la costruzione di un Polo chirurgico che occuperà un'area di diecimila metri quadrati ubicata nella zona intermedia fra i padiglioni del vecchio Ocm e il Geriatrico, dove attualmente si trovano la Farmacia,

la centrale termica, la palazzina della Psichiatria e quella dell'ex Batteriologia. Soltanto queste strutture dell'intero Ocm saranno abbattute per far spazio al Polo. Questa sarà la fase 1 dei lavori per la quale sono previsti 3 anni di cantiere. Essa sarà proceduta dalla cosiddetta fase 0 -

Primo piano

quella attualmente in corso – durante la quale saranno costruite le opere propedeutiche (vedi box a pagina 2).

La costruzione del Polo inizierà dunque nell'estate dell'anno prossimo. Il nuovo edificio sarà realizzato su 5 piani 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.

Al termine di questi lavori inizierà la fase 2: realizzazione della Piastra dei Servizi nell'area attualmente occupata dai padiglioni centrali dell'Ocm, escluso l'edificio del Pronto soccorso. Nella Piastra, che sarà sotterranea, collegata alle palazzine laterali, troveranno posto la Radiologia per esterni, il Centro trasfusionale e Prelievi e i Laboratori: in superficie vi sarà un giardino. Tempo di realizzazione previsto: circa 18 mesi dalla conclusione della Fase 1. Fase 0, 1 e 2 sono già finanziate con 50 milioni di Euro stanziati dalla Regione Veneto e con il rilevante contributo di 100 milioni di euro destinato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona. La Regione Veneto ha assicurato la copertura finanziaria anche per gli ulteriori 50 milioni di Euro necessari alle fasi successive: ristrutturazione dei padiglioni lato Mameli e lato Adige, realizzazione di un nuovo parcheggio interno, a fianco di quello già esistente verso via Mameli.

Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

UN GALÀ PER LA VITA



Un momento della serata d'onore per il Centro trapianti. A fianco, Alessandro Mazzucco

La Settimana delle Donazioni promossa dal Ministero della Salute nel mese di maggio quest'anno è stata celebrata anche dall'Azienda ospedaliero-universitaria con una serata d'onore per tutti gli operatori del Centro trapianti di Verona. Il 12 maggio per la prima volta il palcoscenico del teatro Nuovo ha visto schierati i protagonisti degli interventi che, grazie alla disponibilità sempre più diffusa alla donazione di organi ed all'altissima professionalità e dedizione di medici ed infermieri, offrono nuova speranza di vita a persone altrimenti condannate. La serata è stata l'occasione per ringraziare ognuno e per festeggiare anche un traguardo importante: il decimo anniversario del primo trapianto di cuore effettuato dall'équipe del professor Alessandro Mazzucco il 10 maggio 1994 nell'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento.

Il professore, attuale direttore del Centro coordinamento trapianti di Verona, ha tracciato un bilancio dei dieci anni trascorsi, segnati da oltre 240 trapianti e da traguardi d'assolu-



to rilievo: il record della sopravvivenza post trapianto, pari all'81%, e perciò superiore alla media internazionale (75%), e quello della miglior sopravvivenza ad un anno dall'intervento per l'area Nit: l'88%. Ed è ancora veronese il record di oltre 6 anni di vita con il cuore artificiale.

La serata – realizzata con il sostegno di Novartis Farma – è stata brillante per le musiche dell'ottima "Big band swing time orchestra" diretta dal

maestro Luca Oraziotti, presentate impeccabilmente dal portavoce Federico Zecca che ha affiancato Maria Fiorenza Coppari. La magica atmosfera dello swing ha fatto da contrappunto agli interventi del direttore generale Valerio Alberti, del coordinatore vicario del Centro regionale trapianti, Francesco Calabrò, del responsabile dell'Ufficio coordinamento prelievo d'organi, Francesco Procaccio. Dalla voce di medici ed infermieri è uscita una carrellata sull'eccellenza dell'attività di trapianto a Verona, un'attività che ha radici lontane e importanti: basti ricordare il pioniere Piero Confortini che nel 1968 diede il via al trapianto di rene. Oggi uno dei suoi pazienti, operato in quell'anno, è il quarto sopravvissuto più longevo del mondo.

L'eredità di Confortini è stata raccolta dal professor Giusto Ancona ed i pazienti operati dal '68 ad oggi sono oltre 1.100. E nei primi mesi di quest'anno, come ha annunciato il dottor Luigino Boschiero, i trapianti di rene hanno visto un incremento del 120%. Ottime notizie sono giunte anche dal professor Claudio Cordiano che, accanto ai trapianti di rene, ha dato il via a quelli di fegato, anche con la tecnica split che consentirà nel prossimo futuro il prelievo da vivente. Il dottor Maurizio Governa, in rappresentanza del professor Dino Barisoni, ha parlato dei 20 anni d'esperienza del Centro ustioni che cura oltre il 40% di pazienti che giungono da tutta Italia. Oggi l'attività del Centro è garantita anche dalla Banca dei tessuti e dell'osso di cui è responsabile il dottor Giuseppe Aprili.

Ne ha parlato, a nome del dottor Massimo Marcer, il dottor Andrea Scalvi, annunciando l'inizio dell'attività di prelievo di osso da donatore multiorgano.

La Banca dei tessuti, inaugurata un anno fa, ha raccolto 122 epifisi femorali, validate 96 e distribuite 52 ed ha

Davanti al ministro della Salute, Verona si è candidata a diventare polo di primo piano per la sperimentazione

Progetti

5

raccolto oltre 10mila centimetri quadrati di cute, distribuendone 4.618.

Il trapianto dona anche la vista. Come ha sottolineato il dottor Roberto Bellucci, sono 120 l'anno i trapianti di cornee effettuati nel nostro ospedale. E del massimo rilievo è l'attività di prelievo e trapianto di midollo osseo. Ne hanno parlato il professor Giovanni Pizzolo con il dottor Fabio Benedetti che ha eseguito 192 prelievi dei 243 sinora effettuati in Veneto. I donatori italiani sono 1.100 ed un quinto viene accolto a Verona, dove l'Admo, presieduta da Giovanni Biondani, è particolarmente attiva. «Viviamo la gioia dei trapiantati che iniziano una nuova vita», ha testimoniato Angelica Spinamano, sul palcoscenico accanto ai caposala Giordano Campagnola, Simonetta Carolei, Maria Grazia Cengia, Luigi Franchetto, Sergio Rambaldelli, Daniela Zane.

Il direttore della Fondazione incremento trapianti d'organo e presidente dell'Iciss Giovanni Guglielmi ha parlato dell'attività di formazione promossa da Fito – di cui è presidente Pilade Riello – e di "Verona Ospitale", la casa d'accoglienza per persone in attesa di trapianto o trapiantate e i loro familiari che sta sorgendo nel quartiere Pindemonte e sarà pronta entro l'estate dell'anno prossimo. Particolarmente toccanti sono state le parole di Gianni Chesta, presidente dell'Aido e lui pure trapiantato, e del segretario dell'Associazione nazionale cardiotrapiantati Luigi Bergamini.

Il Veneto è una terra solidale. I donatori che a livello nazionale sono 21 per milione di abitanti, nella nostra Regione sono 27,4.

È un dato che ci avvicina ai livelli più alti della graduatoria europea che vede al vertice la Spagna con 33,8 donatori per milione di abitanti. Verona sta contribuendo fortemente all'attività di trapianto della rete veneta.

Nel 2003 abbiamo donato 94 organi e sono stati effettuati 23 trapianti di cuore, 12 di fegato, 44 di rene, 1 di polmone e 67 di midollo osseo. «Il nostro impegno proseguirà anche in futuro – ha promesso Alberti – valorizzando e potenziando tutti i programmi di trapianto».

Sirchia: sì al Centro ricerca sui farmaci



Il ministro Sirchia, secondo da sinistra, ascolta Galan. Al tavolo con loro, Alberti e Zanutto

Verona si è candidata a diventare un importante polo per la ricerca sul farmaco. Il progetto è stato presentato al ministro per la Salute Girolamo Sirchia il 14 maggio durante la sua visita in città. Sirchia, accompagnato dal presidente della Regione Veneto Giancarlo Galan, è intervenuto alla Gran Guardia al sedicesimo congresso della Società italiana geriatri ospedalieri ed è stato quindi accolto dal direttore generale Valerio Alberti nella sala del Consiglio dell'Ocm Borgo Trento dove erano ad attenderlo il sindaco Paolo Zanutto, il rettore Elio Mosele con i professori Francesco Osculati ed Alessandro Mazzucco, il direttore amministrativo Augusto Parato e sanitario Luciano Flor ed una rappresentanza del corpo medico e sanitario dell'ospedale.

Il progetto esposto al ministro prevede la nascita di un Centro per le ricerche clinico-farmacologiche che avrà sede nell'ospedale policlinico di Borgo Roma e, in modo del tutto innovativo, sarà costituito da partner pubblici (Azienda ospedaliera e Università di Verona) e privati, come le industrie farmaceutiche ed enti no profit. Il Centro promuoverà e coordinerà la sperimentazione sui farmaci realizzando studi di ricerca clinica di fase I (sperimentazione del farmaco su volontari sani, dopo che esso ha superato l'esame d'efficacia e sicurezza negli studi in vitro e sugli animali) e di fase II (sperimentazione del farmaco su persone malate per verificarne efficacia e dosaggi). Sono previsti anche investimenti etici, in quanto il Centro che si finanzia con i proventi delle ricerche commissionate dalle aziende farmaceutiche, destinerà i ricavi a favore delle patologie "orfane", oggi emarginate dalla ricerca, perché non redditizie sotto il profilo economico. Questa nuova opportunità è fortemente voluta dal Veneto, perché coglie gli obiettivi dello sviluppo regionale che, ha ricordato il presidente Galan «nella sua terza fase deve essere incentrato sul binomio ricerca-innovazione». Dal ministro è venuto un pieno apprezzamento per l'iniziativa: «Rilanciare in Italia gli insediamenti per la sperimentazione della ricerca sui farmaci è una scelta molto positiva – ha detto Sirchia – che vedo con favore e ritengo sia un buon segnale perché dalla ricerca farmacologica ci aspettiamo molto per rispondere ai nuovi bisogni della collettività, come le forme di cronicità, dall'Alzheimer al morbo di Parkinson. L'Italia non deve perdere altro terreno rispetto agli Stati Uniti, purtroppo anche gli insediamenti europei per la ricerca sono ancora poco sostenuti».

IDEE DA MANAGER

di Silvia Granzotto *

«Il direttore generale di un'azienda ospedaliera è come un "crocevia" - sostiene il dottor Alberti, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Verona -, perché si trova nella situazione di dover fare sintesi tra spinte molto diverse: la programmazione regionale, la comunità locale, i professionisti. Solo programmando una navigazione seria e attenta che stia in equilibrio tra i costi e la qualità delle cure prestate è possibile coniugare l'economia e la salute».

Il direttore generale di un'Azienda del Sistema sanitario nazionale si trova oggi a capo di strutture spesso molto complesse cui guardano con interessi diversi e ugualmente legittimi i cittadini, le istituzioni locali e nazionali, gli operatori sanitari, le

aziende private. La figura manageriale del direttore generale, pertanto, può essere considerata nodale nella gestione di tutto ciò che ruota intorno alla Sanità, sia per il potere decisionale che riveste, sia per le competenze che deve possedere ed affinare nell'esercitare il suo ruolo. È una professione che risulta interessante osservare e capire.

Da qui è nato il progetto "Sanità: la voce ai protagonisti" realizzato da "Maya Idee", società di consulenza e progettazione in Sanità, specializzata in ricerche di percezione ed esito in ambito sanitario. Si è trattato di una ricerca condotta intervistando un numero significativo di direttori generali di Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale. Il pro-

getto è stato realizzato in stretta collaborazione con Schering-Plough, azienda partner dell'iniziativa, ed ha coinvolto circa 40 direttori generali distribuiti sull'intero territorio nazionale. Tutti hanno risposto ad un questionario molto analitico sui diversi aspetti della loro esperienza. Ascoltarli è stata un'occasione utile per capire come esercitano la loro professione, quali sono i loro progetti, gli ostacoli che incontrano, il rapporto con le istituzioni, il territorio e la difficile conciliazione tra salute ed economia. Le risposte raccolte hanno mostrato una grande ricchezza di esperienze, idee, progetti. È in preparazione una pubblicazione che presenterà a livello nazionale i contenuti emersi nelle interviste raccolte. Questo

Verona, Ancona e Palermo: realtà diverse "ritratte" dai rispettivi massimi dirigenti che gestiscono strutture con oltre 6.000 posti letto e 12.000 dipendenti



Valerio Alberti

Titolo di studio: Laurea in Medicina con specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

Anno di laurea: 1984

Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona
Posti letto: 1.733 + 83 culle

Dipendenti: 5.240

Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione (Arnas)

Sono presenti tutte le alte specialità e numerosi Centri di riferimento regionali e nazionali



Paolo Menichetti

Titolo di studio: Laurea in Medicina con specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

Anno di laurea: 1965

Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria ospedali riuniti "Umberto I" di Ancona
Posti letto: 982

Dipendenti: 3.286

Reparti d'eccellenza di riferimento per l'intera regione Marche:

Cardiochirurgia, Neonatologia, Immunoallergologia, Neuroncologia



Francesco Licata di Baucina

Titolo di studio: Laurea in Giurisprudenza

Anno di laurea: 1978

Direttore generale dell'Ospedale civico e Benfratelli "G. Di Cristina - M. Ascoli" di Palermo
Posti letto: 1.122

Dipendenti: 3.568

Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione (Arnas)

che rappresenta un Polo di Emergenza di riferimento per l'intera regione Sicilia



numero de *La Salute e la Città* offre ai lettori un'anteprima dell'inchiesta.

Abbiamo messo a confronto le opinioni dei direttori generali di Aziende ospedaliere scelte in tre distinte zone d'Italia: Palermo, Ancona e Verona. Gli intervistati sono Francesco Licata di Baucina, direttore generale dell'Ospedale civico di Palermo, Paolo Menichetti, direttore generale degli ospedali riuniti di Ancona e Valerio Alberti, direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona. Ne è uscito uno stimolante approfondimento sui nuovi orientamenti della sanità pubblica.

In tutte le interviste raccolte è emersa chiaramente la consapevolezza della responsabilità che accompagna il ruolo del direttore generale. I nostri tre intervistati hanno segnalato la competenza come primo requisito irrinunciabile ed unanimemente (senza conoscersi né ascoltarsi) hanno indicato nell'autorevolezza una delle doti che non possono mancare ad un direttore.

Il dottor Menichetti di Ancona ha sottolineato, inoltre, l'importanza della collegialità con cui si arriva a scelte importanti, quale condizione necessaria perché la decisione da prendere sia la migliore. Analogamente il dottor Alberti ha parlato di «ascolto e coinvolgimento: il che non vuol dire ascoltare troppo e non decidere, perché un attributo essenziale di un direttore generale è la capacità decisionale».

Progetti e ostacoli

Ma che progetti hanno questi direttori generali e che ostacoli incontrano?

Da Verona a Palermo, passando per Ancona prima ancora di entrare nei dettagli dei progetti di migliora-

mento della loro Azienda, i direttori generali, parlano a chiare lettere di programmazione.

Il dottor Menichetti dice che «uno dei limiti principali delle direzioni è spesso quello di non dare l'impressione che ci sia un quadro definito dentro il quale ci si muove, cioè di non programmare. In questo modo si ingenera la convinzione che chi ha più potere conta di più. Se facciamo, invece, una programmazione con criteri noti e trasparenti e se basiamo tutto sulla competenza e sulla professionalità, convinceremo sicuramente la grande quantità dei nostri colleghi».

Il dottor Alberti precisa che l'Azienda ha elaborato una pianificazione pluriennale articolata in vari programmi di rilevante impegno, relativi a nuovo modello organizzativo, strutture, tecnologie informatizzazione e personale.

Ma proprio alla luce della poliedricità di fronti su cui un direttore è impegnato, è interessante notare che programmazione spesso significa anche, come a Verona, costruire ex novo un Polo chirurgico (all'Ocm di Borgo Trento) e ristrutturare sia la restante parte dell'Ocm che l'Ospedale policlinico di Borgo Roma, rinnovare la tecnologia di interi reparti (Palermo), accorpate personale e utenza di tre ex-aziende ospedaliere (Ancona). Confrontarsi, perciò, anche con grandi opere strutturali.

Sembra emergere quindi che quanto più un direttore è in grado di effettuare un'attenta programmazione tanto più il suo agire realizza una coerenza che paga sia nella fattibilità dei progetti perseguiti, sia nella pianificazione delle risorse necessarie per condurli in porto.

Sì, perché uno degli ostacoli più concreti ed immediati è la mancanza di risorse. Saggiamente il dottor

Menichetti afferma: «Il Servizio sanitario nazionale deve avere il senso del limite e tutti devono abituarsi a lavorare con risorse limitate, a favore di un'attenzione sempre più grande all'appropriatezza. Appropriatezza significa: dare la cosa giusta, alla persona giusta, al momento giusto».

Sembra fargli eco a distanza il dottor Alberti con queste parole: «Il bilancio è uno strumento di lavoro che definisce le risorse disponibili ed obbliga pertanto ad un'attenta riflessione sul modo in cui esse vengono utilizzate. Ciò non solo per contenere i costi, ma per operare le scelte più razionali ed adeguate ai bisogni di salute dei cittadini. Il fine, però, non è il bilancio, ma la qualità dei servizi».

I direttori sembrano voler dire: fare salute di alto livello, anche nei centri di eccellenza che le nostre aziende vantano, con le risorse che abbiamo è possibile, nessuno ha dimostrato il contrario. È necessario, ma anche etico eliminare ogni spreco per convertire quelle risorse in cure e qualità.

Il dottor Licata di Baucina, a Palermo, aggiunge una riflessione per collocare le Aziende ospedaliere del Servizio sanitario nazionale nel «mercato della salute» ed afferma: «Il pubblico deve essere messo in condizione di concorrere col privato, ad armi pari».

Un altro degli ostacoli denunciati da alcuni direttori e ben definito dal dottor Alberti, è «la difficoltà a fare sistema», ossia la difficoltà a creare legami, a lavorare insieme agli altri. Oggi, fare un progetto di grande respiro richiede il concorso di più specialisti: molte collaborazioni sono in corso, ma la frammentazione che esiste è un ostacolo che deve essere superato. Il dottor Licata di Baucina alludeva probabil-

mente a problematiche come questa quando alla domanda "quale immagine assocerebbe alla sua figura professionale?" ha risposto: «no... il nostro è un mestiere troppo complesso, per essere riassunto in un'immagine!».

Questa complessità, di interessi da coniugare, di soggetti diversi con cui interagire, di obiettivi a breve e lungo termine, implicano effettivamente la necessità di "fare sistema", forti della condivisione degli obiettivi stabiliti, ma i nostri direttori ci dicono la grande difficoltà di tessere punti di unione in questa frammentarietà.

Rapporto con il territorio

Abbiamo chiesto ai direttori di descriverci che tipo di relazione hanno costruito con il territorio, un rapporto che per tutti e tre i nostri intervistati è molto importante.

Il dottor Alberti e il dottor Menichetti usano parole molto simili per descrivere la relazione che un'Azienda ospedaliera deve tenere con i medici di medicina generale. Entrambi dicono, infatti, che è necessaria una consapevolezza di ruoli, i medici di famiglia devono sviluppare la capacità di leggere i bisogni di salute e, aggiunge il dottor Alberti, «l'ospedale è una struttura complessa e tratta il paziente acuto, pertanto, ci dev'essere maggiore assunzione di responsabilità da parte dei medici del territorio di fronte all'aumento importante di domanda sanitaria e sociale dei cittadini, con una risposta a livello territoriale più forte di quella che c'è oggi, altrimenti il sistema non funziona».

Il dottor Menichetti però allarga la visione del suo ruolo nei rapporti col territorio dicendo: «credo nella ricerca massima di interlocuzione e di collaborazione, che non può assolutamente vedere l'ospedale e il Servizio sanitario come una monade isolata, ma come una componente fondamentale che non è capace di decidere da sola né lo potrebbe fare. Noi dobbiamo essere al servizio degli altri».

Rapporto con la Regione

E la Regione? Che ruolo e che richieste può avanzare un direttore generale nei confronti della Regione?

Il dottor Licata di Baucina di Palermo segnala l'urgenza con cui la sua Regione deve compiere delle scelte, senza troppo attendere. Anche il dottor Alberti chiede alla sua Regione più decisione sulla strada intrapresa e di favorire con maggior incisività un approccio di sistema che indirizzi le risorse disponibili verso le Aziende in cui si concentra la domanda di salute del cittadino.

Il dottor Menichetti invita la sua Regione ad insistere di più sulla programmazione dell'offerta ospedaliera, perché non vi siano sover-



chie duplicazioni o spazi assistenziali sottoutilizzati. Dalla Regione quindi, è evidente nelle parole dei nostri intervistati, a prescindere dal colore politico di riferimento, ci si aspetta: lungimiranza progettuale e capacità di creare sinergie fattive in una linea chiara e decisa di scelte concrete di politica sanitaria. In questo la Regione, qualunque regione, non può mancare.

Rapporto con i fornitori

Una altra novità è emersa in queste interviste dal rapporto che questi tre direttori generali hanno, e si

augurano di avere, con i loro fornitori. Si vorrebbe interagire con i fornitori di servizi come fossero partner dell'Azienda. Ossia, i nostri direttori vorrebbero che chi all'interno dell'ospedale lavora prestando un servizio o vendendo un prodotto, potesse creare con l'ospedale una sinergia particolare che implichi la condivisione di obiettivi. Un esempio importante viene da Ancona, il dottor Menichetti, infatti, progetta di creare «un tavolo di confronto tra i 4 interlocutori del settore farmaci e presidi medici cioè: i medici, i farmacisti, il servizio sanitario e i produttori. L'accordo tra loro dovrebbe vertere su come arrivare all'obiettivo della spesa definita, stabilito che non possiamo spendere oltre il livello fissato per la farmaceutica».

Sperimentazioni come questa, di sinergia e partnership tra pubblico e privato stanno nascendo in molte strutture. A queste esperienze vale la pena guardare con curiosità ed interesse per individuare quali tra questi "esperimenti" ben riusciti si possa adottare e mutuare, proprio alla luce di una visione diversa dei fornitori, potenziali partner.

Conclusioni

I manager della Sanità intervistati e incontrati dal pool di Maya Idee si sono raccontati con grande disponibilità ritagliando lo spazio per l'intervista in agende fitte di impegni. Forse ha senso leggere questa loro disponibilità a parlare di sé e della loro professione sia come desiderio di dare misura delle responsabilità che gravano su di loro, sia del tentativo di applicare una logica positiva che non guardi alla Sanità soltanto come settore problematico, ma anche come luogo in cui nascono e si realizzano progetti di largo respiro.

La nostra inchiesta offrirà nuovi argomenti di analisi e di riflessione sulle nuove professionalità manageriali cui è affidata la salute dei cittadini.

**Project Manager Maya Idee*

Incoraggianti risultati dalle nuove terapie
con cui si cerca di ostacolare il carcinoma

Ricerca

9

OBIETTIVO PANCREAS

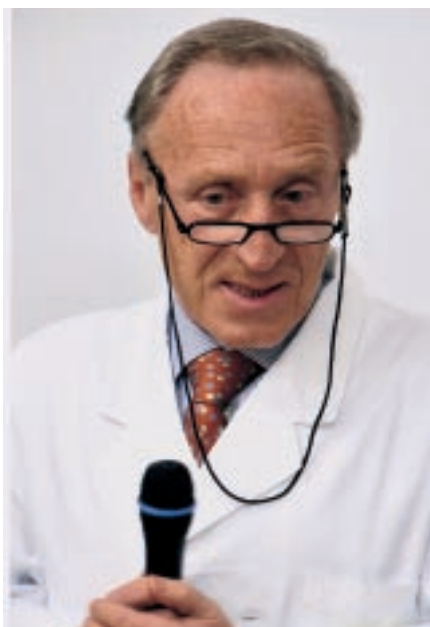
Passa da Verona la lotta al tumore del pancreas. Lo scorso 18 marzo la più prestigiosa rivista mondiale di medicina, il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato una ricerca multicentrica europea coordinata dai Centri ospedalieri universitari di Liverpool, Heidelberg, Parigi e Verona (Policlinico) che dimostra un aumento fino al doppio della sopravvivenza nei pazienti affetti da carcinoma del pancreas a cui, dopo la resezione chirurgica del tumore, sia seguita la chemioterapia.

«Questo risultato dimostra come, nei nostri ospedali, ricerca e cura offrano ai pazienti opportunità d'eccellenza – commenta il direttore generale Valerio Alberti –. L'integrazione Università-Ospedale è una sinergia che garantisce la qualità dell'assistenza».

Proprio il Policlinico di Borgo Roma, e nella fattispecie il Centro di endocrinocirurgia e chirurgia pancreatico diretto dal professor Paolo Pederzoli, rappresenta un centro di riferimento nazionale e internazionale per le malattie neoplastiche del pancreas. Ogni anno vengono osservati qui oltre 900 casi di diversi tipi di tumori, un numero che fa di Verona il primo Centro europeo per numero di osservazione e interventi chirurgici per questa patologia.

Lo studio europeo si è concentrato in particolare sul carcinoma "duttale" del pancreas, un cancro che colpisce circa 65.000 persone ogni anno in Europa con un tasso di sopravvivenza a cinque anni che è tra i più bassi nel campo dell'oncologia, non superando il 3% di tutti i pazienti affetti dalla malattia, considerando cioè quelli che possono essere operati radicalmente e quelli (la maggioranza) in cui non è possibile una chirurgia radicale.

Nonostante queste drammatiche premesse, lo studio dell'*European Study Group on Pancreatic Cancer*



Da sinistra, Paolo Pederzoli, direttore Centro chirurgia pancreatica, e il suo aiuto Claudio Bassi

Tipologie, diagnosi e possibili cure di uno dei mali più impegnativi

In Italia muoiono oltre 7.000 persone all'anno per tumori del pancreas, ghiandola che fino a vent'anni fa risultava di difficile approccio dal punto vista chirurgico. Diversi sono i tipi di tumore pancreatico, e diverse sono di conseguenza le terapie e le prognosi. In particolare esistono tumori del pancreas che nascono dalla componente esocrina (quella che produce enzimi per la digestione) o dalla componente endocrina (quella che produce ormoni tra i quali il più noto è l'insulina).

LE TIPOLOGIE. Relativamente ai tumori della componente esocrina (i più frequenti), quelli "cistici" sono guaribili solo attraverso l'intervento chirurgico. Altri, purtroppo la maggioranza (circa l'80%), rappresentano la parte più difficile del problema. Anche in questo caso la curabilità del male è legata alla diagnosi precoce. Non mancano

tuttavia i successi: nel corso dell'ultimo decennio, nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico si è passati da una sopravvivenza a 5 anni del 2% all'attuale sopravvivenza del 20%.

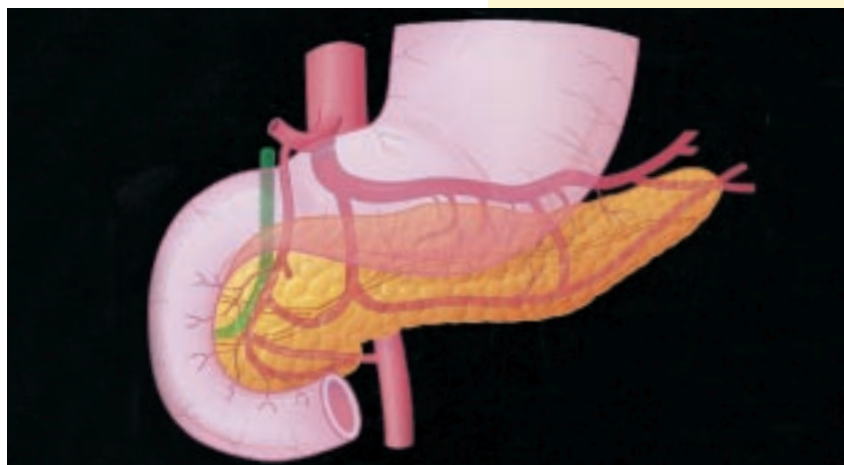
LE CAUSE. I motivi di insorgenza non sono ancora noti.

LA DIAGNOSI. Una diagnosi corretta prevede il contributo congiunto dei reparti di radiologia e di anatomia patologica, associando moderne tecniche ecografiche e radiologiche con analisi delle cellule e tessuti anche in corso di intervento chirurgico.

LA CURA. Le cure oggi disponibili non sono in grado di offrire soluzioni radicali del problema. La chirurgia è tuttavia in grado di guarire alcuni tipi di tumore pancreatico e ha fatto grandi progressi permettendo ai malati una sopravvivenza maggiore assieme alla chemioterapia. (Al.Az.)

(Espac), grazie al reclutamento di circa 300 pazienti in tutta Europa, ha dimostrato che se sottoposti a resezione chirurgica del tumore e a chemioterapia post-operatoria, i malati possono sopravvivere fino a 5 anni nel 30% circa dei casi rispetto all'11% di quelli solamente sottoposti alla resezione del tumore. Una buona notizia, quindi, sul fronte di una patologia neoplastiche tra le più difficili da curare.

Fino ad oggi, prima di questo lavoro che rappresenta lo studio di settore con il più alto numero di pazienti mai reclutati, non si conosceva il reale ruolo che la chemioterapia poteva svolgere nel post-operatorio: d'ora in poi, sulla base dei risultati ottenuti, tutti gli operati in cui sia



stato possibile rimuovere il tumore dovranno essere sottoposti a chemioterapia adiuvante. Non indifferente il fatto che nei dieci anni di studio il Centro di endocrinocirurgia e chirurgia pancreatica del Policlinico abbia fornito il numero più alto di pazienti tra tutti i Centri europei partecipanti.

«È un risultato importante – dichiara il professor Pederzoli – perché per moltissimi anni i nostri risultati nel campo delle malattie del pancreas si erano arenati su dati sconsolanti. Certamente non possiamo dire di aver vinto la guerra, ma abbiamo spuntato un successo in una battaglia importante che ci apre nuove strade e ci entusiasma nel perseguire la ricerca sia in campo clinico che sul piano della

Il futuro è nella biologia molecolare Un convegno europeo ha fatto il punto sulla situazione

La biologia molecolare è il futuro della lotta al tumore del pancreas. Un futuro che è in realtà già un ottimo presente grazie all'impegno della Fondazione Giorgio Zanotto, che nello scorso dicembre ha organizzato e sostenuto un convegno europeo dedicato alle più recenti teorie sulla patogenesi molecolare del cancro al pancreas.

Si è trattato di un incontro operativo ospitato dall'Università di Verona e dal Centro congressi del Banco Popolare di Verona e Novara che ha inteso mettere a confronto i gruppi di una "task force" europea attiva nella ricerca delle anomalie molecolari responsabili dell'insorgenza, della progressione e della resistenza alla terapia del cancro al pancreas.

«L'obiettivo è stato quello di presentare e discutere i risultati finora ottenuti dai diversi gruppi impegnati in questo settore – spiega il professor Paolo Pederzoli –, affrontando in particolare tre temi: le nuove acquisizioni nel campo delle anomalie molecolari associate ai tumori del pancreas, lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie molecolari per la diagnosi precoce e la messa a punto di nuovi approcci terapeutici, e le strategie del lavoro di collaborazione per l'introduzione in clinica delle nuove acquisizioni nel corso del prossimo biennio».

Lo studio delle alterazioni delle molecole responsabili della nascita e dello sviluppo delle cellule maligne dei tumori pancreatici trova, infatti, proprio a Verona un filone di ricerca molto attivo. Esistono già tecnologie evolute che

permettono di riconoscere i geni malati la cui alterazione strutturale è responsabile dell'insorgenza e della malignità di un particolare tipo di tumore. «La ricerca odierna è impegnata nella costruzione delle mappe dei geni iperfunzionanti o ipofunzionanti nei diversi tumori per ottenere un'impronta digitale caratteristica per ogni tipo di tumore – spiega il dottor Claudio Bassi, uno dei protagonisti del progetto di ricerca sui tumori del pancreas –. Le informazioni ottenute hanno già permesso la costruzione di microchips specifici capaci di distinguere funzionalmente tumori apparentemente identici. Questo ha portato alla scoperta che tumori apparentemen-

te simili all'esame al microscopio differiscono in realtà per caratteristiche e comportamento biologico. Si è notato che queste differenze biologiche hanno un corrispettivo nell'assetto molecolare, nel numero e nel tipo di geni accesi o spenti, che si possono riconoscere mediante un esame condotto con i microchips, utilizzando un numero di cellule relativamente piccolo, prelevate dal tumore aspirandole con una semplice siringa».

A tale aspetto della ricerca sta contribuendo Edoardo Missiaglia, specializzato in bioinformatica, tornato a fare ricerca in Italia dopo aver lavorato alcuni anni a Londra. Il merito del suo rientro va proprio alla Fondazione Zanotto, intervenuta per non perdere uno scienziato autore di pubblicazioni scientifiche di grande rilievo. Offrire ai giovani ricercatori di valore la possibilità di tornare in patria apre nuovi orizzonti allo sviluppo delle ricerche in Italia.

Già oggi è a disposizione un microchip allestito con la collaborazione tra le università di Verona, quella di Ulm in Germania e dell'Imperial Cancer Fund di Londra, che verrà utilizzato nel corso del prossimo anno sui pazienti malati di cancro del pancreas osservati in questi tre centri. I dati ottenuti verranno impiegati per sottotipizzare i tumori del pancreas aprendo la strada all'utilizzo di farmaci e terapie più mirate. Il prossimo quinquennio sarà quindi fondamentale per sconfiggere questa grave malattia. (Al.Az.)

biologia e genetica molecolare; da questi ultimi settori ci aspettiamo molte preziose informazioni per dare risposta anche a quei pazienti che non possiamo operare in modo radicale». «Il farmaco che abbiamo utilizzato è il fluorouracile – commenta il dottor Claudio Bassi, aiuto del professor Pederzoli e Segretario Nazionale Italiano dell'Espac –. Oggi è già iniziata in tutta Europa e anche negli Stati Uniti un'ulteriore fase dello studio durante la quale analizzeremo se la gencitabina, il chemioterapico utilizzato con buoni risultati nella cura del tumore non resecabile, può ulteriormente migliorare i risultati fino ad oggi conseguiti nei pazienti resecati».

Speranze arrivano anche dal coordinatore europeo dello studio, il professor John Neoptolemos di Liverpool. «È opinione tra i medici che il cancro del pancreas sia una malattia incurabile ed inguaribile. Ebbene ora possiamo inequivocabilmente

te affermare che la chirurgia resettiva associata a chemioterapia offre un significativo aumento della sopravvivenza; siamo ancora distanti dalla cura definitiva, ma questa ricerca rappresenta un primo passo vitale che ci permette di disegnare ulteriori studi utilizzando nuovi farmaci da soli o in combinazione».

«Fino ad oggi il ruolo dell'associazione della chemioterapia e della radioterapia alla chirurgia non era chiarito – prosegue il dottor Bassi –. La ricerca ha dimostrato quindi un miglioramento significativo della sopravvivenza che apre ad ulteriori positivi risultati. Chiaramente i risultati si riferiscono solo ai pazienti operati con rimozione del tumore e non anche a quelli non resecati». Anche l'Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Verona ha dato un contributo essenziale alla comprensione di questo tipo di tumori, fornendo un grande apporto nella distinzione dei diversi tipi e

nell'identificazione delle nuove entità. Non va dimenticato il contributo dato dal gruppo veronese attivo sul fronte della ricerca molecolare e cellulare coordinato dal professor Aldo Scarpa. La biologia molecolare offre, infatti, tecnologie che permettono di studiare contemporaneamente migliaia di geni e di riconoscere quali sono attivi o inattivi nelle cellule tumorali. Si tratta di tecnologie che fondono informatica e nanotecnologie e che permettono di identificare una sorta di carta di identità del singolo tumore, e riconoscere così, nell'ambito di tumori apparentemente uguali, sottotipi con prognosi e terapie diversificate. Tramite l'utilizzo di un microchip e poche cellule ottenute mediante aspirazione con un ago sottile si potrebbe arrivare ad identificare il tipo di tumore, il sottotipo e i farmaci a cui quel particolare tumore è sensibile o resistente.

Alessandro Azzoni



Un importante accordo sindacale è stato raggiunto il 29 luglio fra l'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona e tutte le sigle sindacali dei circa 850 medici degli ospedali Civile Maggiore di Borgo Trento e Policlinico di Borgo Roma. L'accordo è stato firmato nella sede di Borgo Trento dal direttore generale Valerio Alberti e dai rappresentanti di Anpo, Anaao-Assomed, Cimo-Asmd, Fesmed, Umsped, Snr, Aaroi, Cgil medici, Cisl medici, Fials medici e Cumi-Aiss.

Esso disciplina il rapporto di lavoro di tutte le posizioni professionali mediche, dal direttore di struttura complessa (primario) al neo assunto. Sono stati individuati i criteri con cui attribuire al personale medico ospedaliero ed universitario diverse tipologie d'incarico, in base al grado di competenza e di responsabilità ricoperto da ognuno. Si tratta di un passaggio molto rilevante per l'assetto organizzativo dell'Azienda, perché è stata prevista l'individuazione di tutta una serie di settori specifici di attività, valorizzando il ruolo e la responsabilità del professionista, premiando la competenza e conferendogli maggiore

Importante accordo con i sindacati dei medici ospedalieri veronesi

autonomia organizzativa. Azienda e sindacati hanno dimostrato di condividere all'unanimità la visione strategica dello sviluppo dei servizi ospedalieri raggiungendo un'intesa che non avrà solo ricadute economiche, dato che ciascun medico sarà più consapevole degli obiettivi e più motivato a raggiungerli.

Le posizioni previste sono direzione di struttura complessa, responsabilità di struttura semplice (organizzativa e funzionale), incarico d'alta specializzazione e specifico incarico professionale. È la direzione generale dell'Azienda a comunicare ad ogni direttore di struttura complessa il numero e la tipologia di posizioni previste nel reparto. Il direttore di struttura complessa definisce l'organizzazione del reparto e propone le posizioni dei medici. Ciascun incarico è conferito a termine (per tre anni) ed è sottoposto a verifica annuale e di fine incarico. Lo strumento della verifica e valutazione introduce un elemento di modernità nell'ambito dei servizi pubblici sanitari, in quanto è riferito alla professionalità del medico cui è legata l'incentivazione economica.

A ciascuna posizione corrisponde una specifica retribuzione annua. Per tali incentivazioni l'Azienda ha a disposizione un fondo specifico di oltre 1 milione e 600mila Euro annui.

CERVELLO E PSICHE

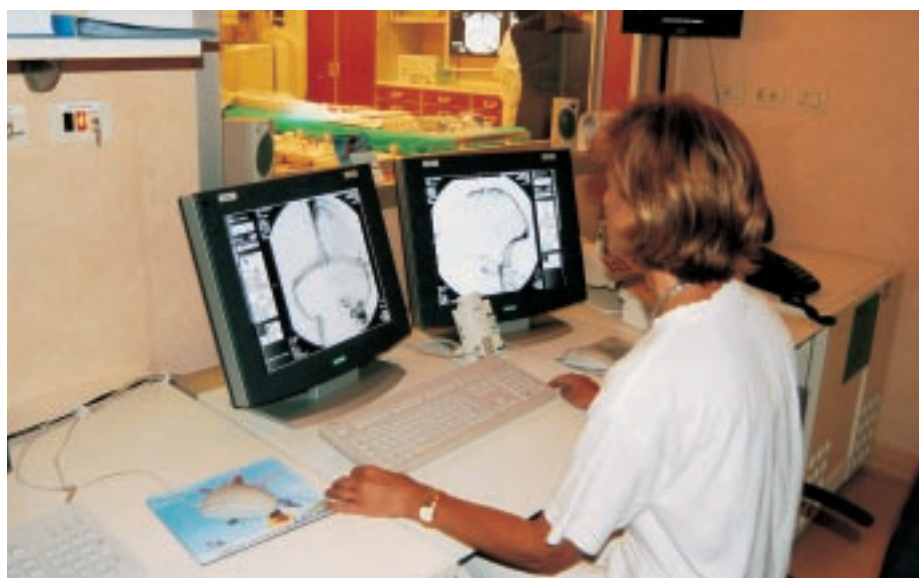
di Paolo Brambilla*, Michele Tansella*, Roberto Cerini**, Alberto Beltramello***

Già dalla fine del 1800 si ipotizzava che le psicosi maggiori, in particolare la schizofrenia, potessero essere dovute a cause neurobiologiche, e fu Kreapelin a definire la schizofrenia "dementia precox", pensando all'esistenza di un processo neurodegenerativo ad insorgenza giovanile rispetto alla demenza senile. Tuttavia, fino all'avvento delle indagini per neuroimmagini (*neuroimaging*, *brain imaging*) all'inizio degli anni '80, prima con la tomografia computerizzata (TC), e successivamente la risonanza magnetica (RM), non è stato possibile l'esplorazione in vivo dell'encefalo umano e dei meccanismi cerebrali strutturali e funzionali coinvolti nella fisiopatologia di questi disturbi.

Queste tecniche hanno aperto una nuova era per identificare le cause ed i correlati neurobiologici delle malattie mentali.

Il primo studio venne condotto nel 1976 da Eve Johnstone, professore di Psichiatria dell'Università di Edimburgo, che rilevò mediante TC un ampliamento dei ventricoli cerebrali, correlato ad un deterioramento cognitivo, nei pazienti con schizofrenia. La RM ha successivamente riscosso notevole successo perché è una metodica non invasiva che non sottopone, contrariamente alla TC, a radiazioni ionizzanti, e permette scansioni orientate in qualsiasi piano dello spazio con elevata definizione anatomica e qualità delle immagini ottenute. Questo consente sofisticate ricostruzioni tridimensionali, con la possibilità di distinguere tra sostanza grigia, sostanza bianca e fluido cerebrospinale (CSF), cosa non eseguibile con studi TC.

Essendo la RM una tecnica multi-parametrica, le acquisizioni possono dare informazioni di vario tipo.



Le tecniche strutturali forniscono informazioni circa le dimensioni e la morfologia delle neurostrutture (figure in alto della pagina successiva).

L'analisi spettroscopica permette di indagare la biochimica cerebrale, evidenziando le concentrazioni di specifici metaboliti.

Le immagini pesate in diffusione (nella figura di pagina 13) invece danno informazioni sulle proprietà fisiche dei tessuti cerebrali, permettendo di fare inferenze sulla microstruttura e sull'organizzazione cellulare delle aree cerebrali o delle fibre di connessione prese in esame.

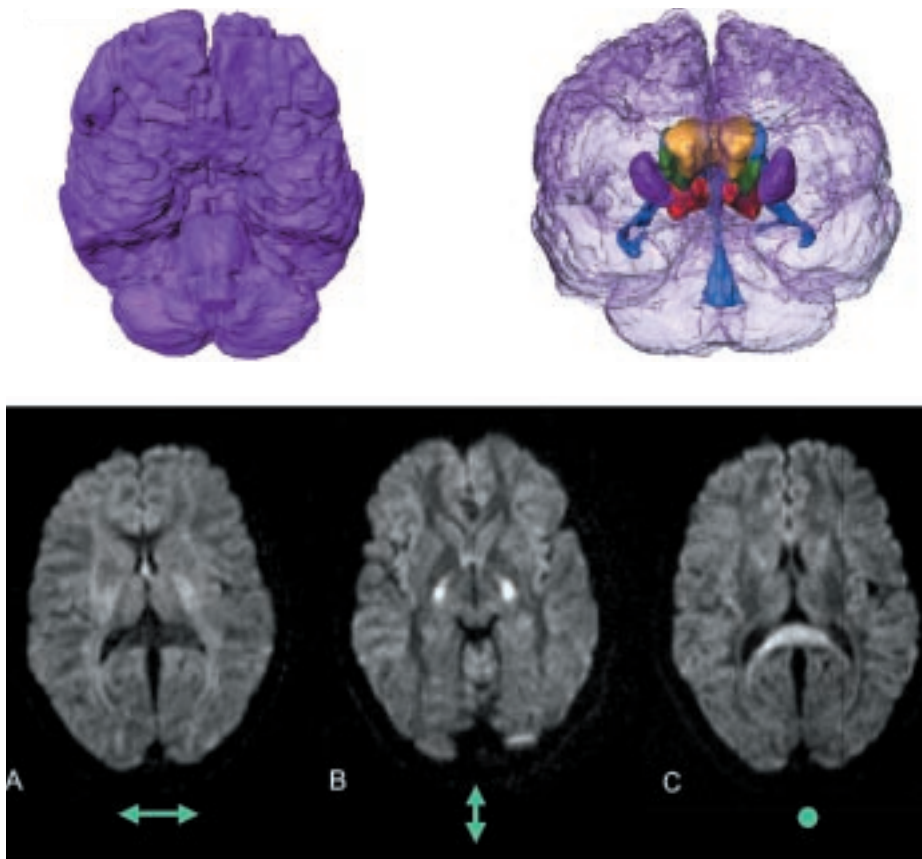
La perfusione con mezzo di contrasto (ad es. gadolinio) dà un'idea della microvascolarizzazione cerebrale (si veda la figura di pagina 14). La RM funzionale, infine, fornisce dati relativi al grado di attivazione cerebrale che, accoppiati ad indagini neuropsicologiche, permettono di esplorare i circuiti funzionali alla base del funzionamento cognitivo. A tutt'oggi, dunque, la RM rappresenta la metodica di elezione per le indagini di *brain ima-*

ging in psichiatria, permettendo la valutazione in vivo dell'anatomia, della biochimica, dell'integrità e della funzionalità cerebrale di vari disturbi psichiatrici.

Le alterazioni più descritte in letteratura per le psicosi maggiori (in particolare schizofrenia e disturbo bipolare) riguardano la riduzione della concentrazione di sostanza grigia e bianca cerebrale con una disregolazione del processo di neurosviluppo, l'aumentato volume dei ventricoli laterali, alterazioni delle connessioni fronto-temporali ed inter-emisferiche attraverso il corpo calloso.

Semberebbero esistere anche anomalie specifiche di alcune aree nella schizofrenia (cingolato anteriore, gangli della base, talamo, giro temporale superiore), nel disturbo bipolare (corteccia prefrontale dorsolaterale, amigdala, verme cerebellare) e nella depressione (corteccia prefrontale orbitale, ippocampo, iperintensità della sostanza bianca sottocorticale).

Dunque, ad alterazioni di base comuni dei circuiti cerebrali che potrebbero aumentare la suscetti-



In alto, la visione offerta da una risonanza magnetica che fornisce informazioni su dimensioni e morfologia. Qui sopra, immagini pesate in diffusione, utili per conoscere le proprietà fisiche dei tessuti

bilità di sviluppare psicosi, si assocerebbero anomalie, malattie specifiche che potrebbero essere più strettamente legate alle singole malattie. Tuttavia, i risultati di gran parte degli studi condotti fino ad oggi sono limitati dal fatto di aver reclutato campioni relativamente piccoli e non rappresentativi di soggetti, di avere un disegno trasversale e di avere utilizzato metodologie e tecniche non univocamente comparabili.

Dunque, siamo ancora lontani dal poter definitivamente indicare aree di suscettibilità per le malattie psichiatriche, la cui fisiopatologia rimane in gran parte sconosciuta. Inoltre appare indispensabile integrare le informazioni provenienti da un approccio neurobiologico con quelle che derivano dall'approccio psicosociale, sia per chiarire le possibili cause delle malattie psichiatriche sia per comprendere le differenze nell'esito, osservabili anche in pazienti trattati in modo simile.

Oltre che alla migliore conoscenza dell'eziopatogenesi delle malattie mentali, l'utilizzo della RM in psi-

chiatra sarà dunque di notevole aiuto anche per trovare degli indicatori di risposta al trattamento, migliorare i criteri diagnostici e l'approccio terapeutico e riabilitativo. Ad esempio, separare pazienti con anomalie cerebrali minori da quelli con anomalie più evidenti sarà utile per veicolare specifici trattamenti verso i due gruppi, aumentando la probabilità di ottenere un miglioramento clinico e psicosociale. Questo permetterebbe di guidare le strategie di terapia e riabilitazione, ottimizzando le risorse e le energie umane ed economiche, portando in ultima analisi ad un più rapido miglioramento della qualità della vita del paziente. Alcune ricerche di *brain imaging* in psichiatria sono da qualche anno in corso presso il Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica dell'Università di Verona, Sezione di Psichiatria e Psicologia clinica, Centro collaboratore dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Il nostro interesse è rivolto a comprendere gli elementi neurobiologici comuni sottostanti alle psicosi maggiori (schizofrenia, disturbo

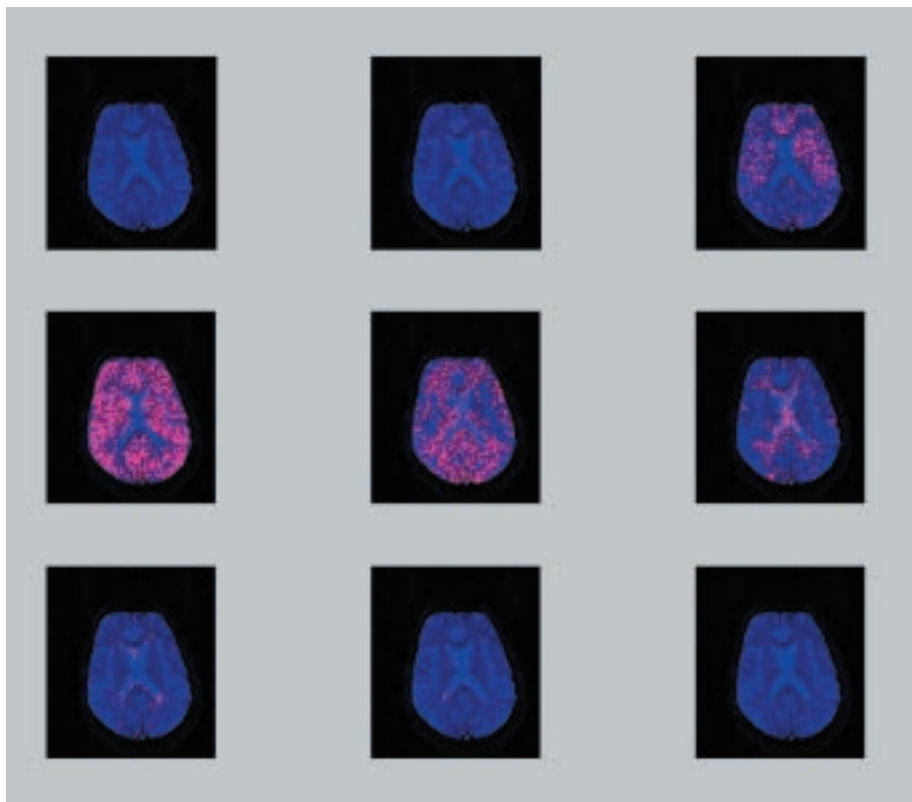
bipolare, depressione), integrandoli con misure psicosociali, cliniche e neuropsicologiche. Questo approccio multidisciplinare è considerato il più adatto per poter aumentare le conoscenze sui circuiti cerebrali responsabili dell'insorgenza delle manifestazioni psicotiche e sulle ricadute cliniche e sulla qualità della vita dei pazienti affetti da tali malattie.

È attualmente in fase avanzata uno studio, svolto in collaborazione colla Sezione di Radiologia del Dipartimento di Scienze morfologiche e biomediche dell'Università di Verona (dottor Roberto Cerini e collaboratori), con RM strutturale e funzionale in un gruppo rappresentativo di pazienti schizofrenici reclutati nell'area di Verona. L'indagine ha preso in considerazione, nella fase di valutazione basale (pressoché conclusa), i pazienti con diagnosi di schizofrenia in contatto con i Servizi psichiatrici durante un arco di tempo di osservazione di un anno e mezzo.

I primi dati indicano la presenza, nei pazienti schizofrenici, di un circuito disfunzionale che comprende il corpo calloso, il verme, il talamo e l'amigdala. Questo suggerisce la possibilità di alterazioni della comunicazione intra ed interemisferica, dovute ad alterazioni dell'integrità assonale e mielinica durante il neurosviluppo e lungo tutto il decorso della malattia.

Tali anomalie cerebrali potrebbero essere alla base delle disfunzioni neuropsicologiche e del decadimento cognitivo e funzionale dei soggetti con schizofrenia. Questa popolazione di soggetti è attualmente seguita nel tempo e la RM viene ripetuta dopo 12 mesi dalla prima valutazione.

Inoltre siamo in procinto di iniziare lo studio delle funzioni neuropsicologiche, delle capacità linguistiche e della comunicazione interemisferica di questi soggetti, per meglio esplorare quali siano le capacità cognitive e neurofisiologiche più alterate. A breve, grazie anche ad un finanziamento con-



La perfusione con mezzo di contrasto dà un'idea della microvascolarizzazione cerebrale

cesso dalla Regione Veneto nell'ambito del Programma di Ricerca finalizzata, uno stesso tipo di studio con RM e test neuropsicologici verrà effettuato anche in un gruppo epidemiologicamente rappresentativo di pazienti con disturbo bipolare dell'area veronese, per meglio studiare la neurobiologia cerebrale di tale disturbo e capire se esistano delle somiglianze con la schizofrenia.

Questo confronto, in ultima analisi, potrebbe far emergere eventuali comuni denominatori tra le due malattie, che possano identificare un endofenotipo (cioè le caratteristiche) condiviso nei soggetti affetti da psicosi.

Inoltre, in collaborazione con il gruppo della professoressa Mirella Ruggeri, che dirige nel Centro Oms di Verona l'Unità di Ricerca sull'Esito, è in corso uno studio prospettico sui nuovi casi di psicosi, reclutati in 12 Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto, che ha lo scopo di valutare l'esito dei trattamenti, associando misure psicoso-

ciali di provata attendibilità e validità (valutazioni della psicopatologia, della disabilità, dei bisogni, della qualità della vita, della soddisfazione verso i servizi) a misure neurobiologiche e genetiche. Si tratta di ricerche innovative dalle quali ci aspettiamo risultati importanti per migliorare la qualità delle cure.

Stiamo anche programmando di applicare indagini sulla forma e sulla curvatura della superficie corticale e delle strutture cerebrali ai nostri dati in collaborazione col Servizio di Neuroradiologia dell'Ospedale maggiore di Verona, diretto dal dottor Alberto Beltramello. Nuove tecniche di RM, come la *diffusion tensor imaging* (DTI) la RM spettroscopica e la RM funzionale saranno impiegate per esplorare ulteriormente le mappe funzionali e le basi biochimiche dei disturbi psicotici maggiori ed associare questi correlati neurobiologici alle variabili psicosociali, cliniche e neuropsicologiche. Un'altra parte del progetto si svolge in collabora-

zione con il professor Andrea Sbarbati, della Sezione di Anatomia umana normale del Dipartimento di Scienze morfologiche e biomediche della nostra Università, e con i suoi collaboratori.

Gli studi che esplorano in modo longitudinale, con la risonanza magnetica, la neurobiologia delle malattie psichiatriche, in grandi popolazioni psichiatriche rappresentative di un dato territorio, permetteranno di superare i limiti di gran parte degli studi finora pubblicati, quali la bassa numerosità, il disegno trasversale e la mancanza di rappresentatività epidemiologica, e di meglio capire se le anomalie cerebrali siano o meno presenti già all'esordio di malattia e come eventualmente esse si modifichino nel tempo.

Inoltre, associare le variabili neurobiologiche all'indagine delle variabili psicosociali sarà fondamentale per trovare le cause neurobiologiche, della risposta ai farmaci, o di altri parametri come la consapevolezza di malattia, la compliance, cioè l'aderenza ai farmaci e la psicopatologia.

In questo modo si potrà capire quali caratteristiche cerebrali possono aiutare a predire una migliore o una peggiore prognosi di malattia.

Si potranno allora creare anche sottogruppi simili di malati affetti da schizofrenia, disturbo bipolare o depressione impostando terapie personalizzate per la fase acuta, a lungo termine e riabilitative "personalizzate".

*** Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona.**

**** Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Sezione di Radiologia, Università di Verona;**

***** Servizio di Neuroradiologia, Ospedale Civile Maggiore, Azienda Ospedaliera di Verona, Verona**

Ospedale a misura di anziano

di Luciano Flor*

L'evoluzione delle tecniche di cura e dell'organizzazione sanitaria risponde anche ai bisogni degli "over-65"

Il nostro sistema sanitario, analogamente ad altre realtà nazionali ed europee, deve oggi confrontarsi con una serie di problemi, spesso tra loro collegati, che derivano da un lato dalle trasformazioni sociali e demografiche della popolazione (vi è un diffuso aumento delle persone anziane) e dall'altro dall'evoluzione delle opzioni diagnostiche e di trattamento; questa combinazione, almeno in parte, ha indotto una modifica nel quadro epidemiologico con aumento delle malattie di lunga durata e, talora, concomitanza di più quadri morbosi specie nell'età avanzata.

Tali quadri clinici, spesso etichettati con termini quali "cronicità" e/o pluripatologia, sono oramai divenuti una costante per descrivere la condizione della popolazione anziana, quasi si trattasse di caratteristiche stabili e ricorrenti che fotografano la situazione di salute di tutte le persone con più di 65 anni (limite di età ancora oggi utilizzato e tuttavia ormai inadeguato a rappresentare l'effettivo invecchiamento di una popolazione).

Di conseguenza vengono formulate ipotesi e soluzioni sull'organizzazione dei servizi sanitari ed ospedalieri ove questi ultimi sembrerebbero in parte inadeguati ai bisogni della popolazione anziana. Osservando, però, il motivo, per cui le persone con più di 65 anni vengono ricovera-

te in ospedale, è possibile notare che un'importante percentuale di ricoveri sono sostenuti da situazioni di trattamento programmato quali interventi chirurgici e cure per malattie neoplastiche o situazioni di acuzie quali malattie cerebro-cardiovascolari e traumatismi: si tratta di ricoveri che richiedono interventi anche complessi, propri della struttura, ospedaliera per acuti.

In base a tali considerazioni ed ai dati sinteticamente presentati nella tabella a titolo esemplificativo (basati sulle diagnosi di dimissione), si può affermare che quando si parla di assistenza ospedaliera il binomio anziano-malattia cronica va interpretato con cautela, sia perché molte persone anziane non presentano malattie croniche, sia perché molti anziani si rivolgono all'ospedale per problemi acuti ed urgenti. Non è questa l'occasione per discutere sul-

l'evoluzione dell'ospedale che fisiologicamente vede la propria organizzazione in continuo adeguamento sulla spinta di molti fattori condizionanti, come lo sviluppo delle conoscenze ed il miglioramento delle abilità dei professionisti, l'innovazione tecnologica, lo sviluppo dell'informatica, la periodica comparsa di quadri morbosi nuovi o modificati nella loro evoluzione, le nuove modalità assistenziali (day hospital e day surgery, ecc...), i servizi diagnostico-terapeutici multidisciplinari integrati nella logica del percorso clinico assistenziale, il collegamento con altri ospedali e con il territorio come conseguenza dell'appartenenza ad una rete di servizi ed altri.

Le informazioni riguardanti la ricerca, le novità scientifiche in ambito medico e le attrezzature sofisticate dipingono un'immagine di ospedale proiettato nel futuro e caratterizzato da precise linee di sviluppo (alta tecnologia, attenzione all'acuto e alle cure intensive); è però importante che ciò non venga interpretato come mancata attenzione al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e dei bisogni dell'anziano/cronico: una quota importante di popolazione anziana infatti ha bisogno proprio di questo tipo di ospedale.

***Direttore sanitario Azienda ospedaliera di Verona**

Ricoveri Ordinari nel 2003

	<i>Totale</i>	<i>di cui >65</i>	<i>percentuale</i>
Totale dimessi	61.015	20.293	33,3%
Dimessi con intervento chirurgico	24.387	7.841	32,2%
Dimessi Neoplasie maligne	6.330	3.355	53,0%
Dimessi Infarto miocardico acuto	636	376	59,1%
Dimessi Frattura di femore	513	421	82,1%
Dimessi U. O. Cardiocirurgia	1.209	736	60,9%
Dimessi U. O. Cardiologia e u.c.i.c.	1.623	780	48,1%

Se il medico cura... la privacy

di Roberto Mora *

La legge 196/2003 prevede che per raccogliere dati sanitari occorra avere il consenso dell'interessato

Da qualche tempo un po' tutti ci stanno proponendo moduli per raccogliere il nostro consenso alla raccolta di dati personali. Dall'idraulico alla banca, tutti ci chiedono di firmare, ma ben pochi ci spiegano cosa stiamo sottoscrivendo.

Anche il vostro medico di famiglia vi ha chiesto o vi chiederà nei prossimi mesi di firmare un modulo.

Ma abbiamo veramente capito cosa ci fanno firmare? Chi scrive fa il medico di famiglia da circa trent'anni e, come tutti i colleghi, ha dovuto e sta tuttora chiedendo il consenso dei suoi pazienti per raccogliere e conservare i dati personali e quelli riguardanti lo stato di salute. Queste righe sono frutto del lavoro che tutti i giorni faccio in studio per spiegare ai cittadini cosa si intende per dati personali, dai sensibili, privacy, consenso. Chiariamo anzitutto che esistono due tipi di dati personali: quelli sensibili e quelli che sensibili non sono. Per dati personali sensibili s'intendono quelli che riguardano informazioni sulle idee politiche, sulla fede religiosa, sulle abitudini sessuali e sullo stato di salute. Gli altri dati come il nome, cognome, l'indirizzo ed il numero di telefono non sono dati sensibili.

Qui ci occuperemo ovviamente di quei dati sensibili che riguardano lo stato di salute; non parleremo quindi di idee politiche ma di dati sanitari: malattie, farmaci assunti, esami eseguiti, interventi chirurgici subiti, ricoveri ospedalieri ma, se possono riguardare la salute, anche delle abitudini sessuali e della fede religiosa.

È evidente, infatti, che l'essere testimone di Geova deve essere dichiarato se si dovrà prendere in considerazione una trasfusione di sangue e che in certe situazioni è bene sapere che la paziente che sto curando esercita quella che molti definiscono "la professione più antica del mondo". Ora, ecco cosa prevede la nuova legge (D.L. 196/2003).

Essa stabilisce che d'ora in poi chi si accinge a raccogliere dati sanitari dovrà, prima di iniziare a farlo, avere il consenso da parte della persona cui quei dati si riferiscono. Di qui l'obbligo

da parte del medico o del dentista, che magari quei dati già detengono da tempo (e che erano prima sottoposti alla legge sulla salvaguardia del segreto professionale), di informare il paziente-cliente che verrà istituita (o che esiste già) una cartella clinica in cui saranno inserite, oltre ai dati anagrafici, tutte quelle informazioni che il professionista riterrà opportuno conservare per facilitare diagnosi, terapia e prevenzione. Ci potremmo aspettare che ogni medico che contatteremo d'ora in poi ci dovrà sottoporre il modulo per il consenso al trattamento. Così, per fortuna, non sarà perché la nuova legge ha stabilito che il medico di famiglia provveda a raccogliere il consenso per le sue cartelle, ma ha anche previsto che nel momento in cui ci chiederà il consenso a farlo ci chieda di poter trasmettere, in caso di necessità, i dati raccolti agli specialisti e alle strutture ospedaliere e della clinica privata cui egli si dovesse rivolgere per chiedere consulti o consigli (sempre ovviamente a scopo sanitario). Sono anche autorizzati al trattamento dei dati personali i medici sostituti e le segretarie degli studi medici che dovranno sottostare ai medesimi obblighi di riservatezza di cui sopra.

Insomma, il nostro medico ci chiederà il consenso a raccogliere e a conservare in una cartella i nostri dati sanitari e ci informerà anche che i dati così raccolti potranno, ove si rendesse necessario, essere trasmessi ad altri sanitari quando questi saranno consultati da parte del nostro medico di famiglia. Lo specialista consultato a quel punto sarà esentato dal ripresentarci un altro

modulo e a chiederci un altro consenso e potrà creare una sua cartella con i nostri dati sanitari senza ripetere altri moduli di consenso. Dovrà, però, farlo se verrà consultato autonomamente dal paziente, senza cioè essere stato inviato dal nostro medico di famiglia.

Oltre a questo, la legge chiarisce chi è il proprietario dei dati raccolti. Era capitato in passato che qualcuno si vedesse rifiutata la consegna da parte del proprio medico e da parte del dentista della cartella in cui questo aveva registrato i dati sanitari. Si era giustificato il fatto sostenendo che la cartella era di proprietà del medico o del dentista. La legge ora chiarisce che la proprietà dei dati raccolti non è del professionista che li raccoglie, ma della persona cui quei dati sono riferiti.

Pertanto, se su una cartella sono raccolti i miei dati, io sarò il proprietario dei dati raccolti e avrò per questo il diritto di chiedere a chi li conserva quali sono i dati raccolti, averne una copia, essere informato se essi vengono conservati, quali sistemi sono stati adottati per proteggerli e per garantirne l'integrità. Il paziente potrà, inoltre, avere informazioni su chi deve vigilare affinché siano poste in atto tutte quelle attenzioni che li mettano al sicuro da sguardi indiscreti. In questo senso la legge ha previsto che chi detiene dati debba dotarsi di sistemi sicuri per conservarli.

Essa ha previsto, per esempio, che se i dati sono raccolti in computer, questo sia dotato di programmi che impediscano durante il collegamento ad internet che possano entrare virus capaci di manomettere o distruggere i dati, o che altri possano entrare nel computer per sottrarre informazioni.

Spiegare tutto questo alla gente costa tempo e fatica. La prossima volta quando dovrete andare dal vostro medico di famiglia, ricordatevi che è impegnato in questa nuova incombenza e abbiate pazienza se dovrete aspettare in sala d'attesa un po' più del solito.

Sta lavorando per voi.

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

"Bibliocar" è un servizio che consente ai pazienti del Policlinico di ottenere in prestito un volume

I niziative

17

UN LIBRO PER AMICO

Si chiama "bibliocar" ed è un carrello colorato che non trasporta medicine, ma un altro genere di conforto per i ricoverati dell'ospedale Policlinico di Verona: libri.

L'iniziativa è nata nel luglio 2003, in accordo con la direzione sanitaria, dalla collaborazione fra il personale universitario e ospedaliero della biblioteca "Meneghetti" con lo slogan "un libro per amico".

È coordinata da Elena Basile. Avviata in fase sperimentale nelle clini-

che mediche, il servizio è stato poi esteso anche alle chirurgie ed all'ortopedia. I pazienti ricoverati al Policlinico due volte alla settimana, il martedì e venerdì dalle ore 11 alle 12.30, hanno la possibilità di compilare un modulo per chiedere in prestito un libro scelto da un catalogo che comprende titoli di vario genere: narrativa, saggistica, cultura generale, musica, psicologia, autobiografie, religione. Il libro prescelto viene recapitato direttamente al



Sergio Romano al Centro "Marani": il saggista ha parlato di Europa tra passato e futuro

Sergio Romano, il noto storico e giornalista, è stato

protagonista di un affollato incontro con il pubblico al Centro "Marani" sul tema

"Europa: l'anno della crisi". L'occasione era inserita negli appuntamenti organizzati dal dottor

Luigi Grezzana per la Scuola medica ospedaliera ed il corso superiore di Geriatria.

Romano accetta sempre con grande disponibilità gli inviti veronesi.

Vicentino di nascita, classe 1929, l'ex ambasciatore a Mosca negli anni cruciali della Perestrojka, è oratore di grande classe e seduce l'uditorio per l'estrema semplicità con cui riesce a rendere comprensibili i complessi scenari della politica internazionale. Eleganza intellettuale, cultura e straordinaria capacità di analisi sono le doti che lo hanno sorretto nei 35 anni di carriera diplomatica



e che oggi gli consentono di essere autorevole editorialista e saggista fra i più letti. Il suo ultimo volume, Europa, storia di un'idea dall'Impero all'Unione, edito da Longanesi, offre un quadro geografico e culturale del continente, una rapida storia degli Stati nati in

Europa dopo il crollo dell'impero romano ed il racconto dell'integrazione europea dalla fine della seconda guerra mondiale alle nuove prospettive.

L'autore sa che "l'Europa federale non è iscritta nel libro del destino" ed è consapevole delle numerose criticità che potrebbero minarla, "ma vuole continuare a sperare che i popoli che le hanno dato vita abbiano ancora un soprassalto di fierezza e di orgoglio".

La relazione di Romano al Marani è stata seguita da un vivace dibattito con il pubblico.

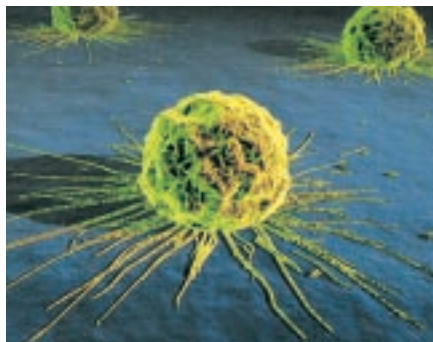
loro letto. Il gradimento è alto: i prestiti hanno già superato le duemila unità. Gli argomenti più graditi sono saggi, autobiografie e romanzi. Il 70% di coloro che chiedono il prestito sono donne; gli utenti del servizio hanno un'età compresa fra i 25 ed i 60 anni. Ma c'è di più. Chi non è in grado di leggere da solo può chiedere che a farlo al suo capezzale sia un operatore. Il servizio sta avendo molto successo ed è sostenuto anche grazie all'impegno dell'Associazione volontari ospedale, Avop. «Ci sono nuovi angeli in ospedale che con la loro iniziativa "bibliocar, un libro per amico" rendono più supportabile la degenza a letto – ha scritto una paziente ricoverata in ortopedia –. Che si può dire? Non c'è solo da ringraziare, ma da stimare e ammirare. Un lodevole progetto davvero». La biblioteca universitaria "Meneghetti" ha una funzione scientifica legata alla ricerca ed alla didattica, ma si è resa disponibile a questo progetto per aiutare i pazienti a vincere la solitudine e la malinconia che possono minare il loro tono psichico, ostacolando la ripresa. Un libro può essere una buona terapia di sostegno e questo progetto lo sta dimostrando.

L'ipertermia può contribuire a distruggere i tumori: a Verona si attua dallà metà degli anni '90



Sergio Maluta, direttore Unità di radioterapia oncologica. A fianco, cellule tumorali

LA FEBBRE COME ALLEATA



Agisce dove le altre terapie non sono efficaci senza determinare effetti collaterali significativi

Grazie alle complesse apparecchiature in dotazione alla Medicina oncologica, è oggi possibile riscaldare la massa tumorale senza determinare effetti collaterali importanti.

L'ipertermia può aumentare, infatti, l'efficacia delle terapie in uso come la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia.

Come funziona - L'energia prodotta dalle microonde o dalle onde di radiofrequenza scalda il tumore fino ad una temperatura di circa 42,5 gradi centigradi. Il calore colpisce più le cellule cancerose di quelle sane.

Questo perché la maggior parte delle cellule tumorali ha un ridotto sistema vascolare che non riesce a dissipare il calore in eccesso; le cellule normali sono invece ben irrorate dal sangue e possono facilmente eliminare il calore in eccesso ricevuto.

L'ipertermia uccide così le cellule tumorali in una fase diversa rispetto a quanto avviene con le altre terapie antitumorali e pertanto agisce dove le altre terapie non sono efficaci.

Perché l'ipertermia è solitamente combinata con la radioterapia e la chemioterapia? - Il vantaggio dell'ipertermia sta nell'aumento degli effetti delle altre terapie e nella riduzione degli effetti collaterali. Studi clinici hanno dimostrato che l'aggiunta dell'ipertermia a queste terapie può raddoppiarne l'effetto senza aumentare i danni ai tessuti normali. La radioterapia di solito è efficace nel colpire le cellule del tumore ben ossigenate, mentre è meno efficace nel caso delle cellule poco ossigenate. L'inverso avviene per l'ipertermia, per cui sommando la radioterapia all'ipertermia si elimina un maggior numero di cellule neoplastiche. L'ipertermia impedisce inoltre alle cellule tumorali irradiate di recuperare il danno prodotto dalle radiazioni e ripararlo. Se il paziente riceve contemporaneamente ipertermia e radioterapia, le cellule tumorali che normalmente sono in grado di riparare parzialmente il danno subito dall'irradiazione, non riescono più a recuperare e vanno incontro a morte certa. (Al.Az.)

L'ipertermia, ossia l'alta temperatura, può contribuire alla cura del cancro. Ipertermia significa febbre, il meccanismo naturale del corpo umano per combattere le malattie. In campo oncologico l'ipertermia può essere utilizzata per indurre energia ed elevare la temperatura delle cellule cancerogene allo scopo di distruggere o danneggiare un tumore maligno senza riscaldare (e danneggiare) i tessuti sani vicini.

L'idea che il calore possa distruggere il tumore non è nuova. Risale anzi all'Ottocento, quando un medico si accorse che un suo paziente con febbre molto elevata aveva avuto una remissione della sua malattia tumorale.

L'esperienza veronese

A Verona tale cura è stata introdotta con successo dall'Unità operativa di Radioterapia oncologica attorno alla metà degli anni '90 e interviene ogni anno su diverse centinaia di pazienti.

«Da poco siamo entrati a far parte dell'Istituto oncologico veneto - spiega il dottor Sergio Maluta, oncologo e direttore dell'Unità operativa -. Si tratta di un passo fondamentale verso la costituzione di un futuro Istituto Tumori del Veneto e che consentirà a quei veronesi che ne abbiano bisogno di avere a disposizione un punto di riferimento comodo e preciso in campo oncologico, aggiornato su tutte le più moderne tecniche e in grado di erogare prestazioni qualificate».

L'Unità di Radioterapia oncologica è entrata inoltre come "Training Center" di un network europeo di eccellenza nel settore dell'ipertermia oncologica denominato Eurotherm, ed è l'unico centro italiano ad avere tale denominazione. «È un ricono-

scimento che conferma il ruolo che la nostra Unità riveste, anche a livello europeo, nell'ambito della ricerca clinica oncologica più avanzata» prosegue Maluta.

Che conclude: «L'istituzione fa venire meno anche i tanti viaggi della speranza che spesso molti veronesi hanno dovuto compiere in passato per effettuare trattamenti in ipertermia, sottoponendosi a spostamenti che comportavano costi e disagi notevoli».

Come funziona

Ma come funziona in concreto la cura con l'ipertermia? «Occorre distinguere tra tumori superficiali, cioè entro i 4 centimetri dalla cute, e quelli più profondi.

I primi, trattabili con fasci di microonde sono, ad esempio, le recidive mammarie, le metastasi al collo o melanoma cutaneo. Per i secondi invece, il discorso è più complesso. In questo caso il riscaldamento della massa tumorale avviene attraverso l'utilizzo di otto fasci di radiofrequenze indirizzate verso la massa individuata. Sono curabili con questa procedura i tumori al retto, alla prostata, al collo uterino e i sarcomi. L'ipertermia non è quasi mai applicata da sola. Dimostra la sua validità se combinata alla radio o alla chemioterapia. La tendenza è sempre più quella di combattere il tumore, indebolirlo, ridurne la massa con queste cure e poi di asportarlo chirurgicamente. Negli Stati Uniti è stata dimostrata l'efficacia di questo trattamento anche sul cervello attraverso l'utilizzo degli ultrasuoni. A Verona questo ancora non è possibile, ma è probabile che in futuro, con la collaborazione dei neurochirurghi, tale terapia possa essere effettuata».

I numeri

In un anno l'Unità di radioterapia oncologica compie quasi un migliaio di trattamenti di ipertermia. «Un ciclo di cura dura mediamente quattro sedute, compiute con cadenza settimanale – continua Maluta –. Trattiamo ogni anno circa

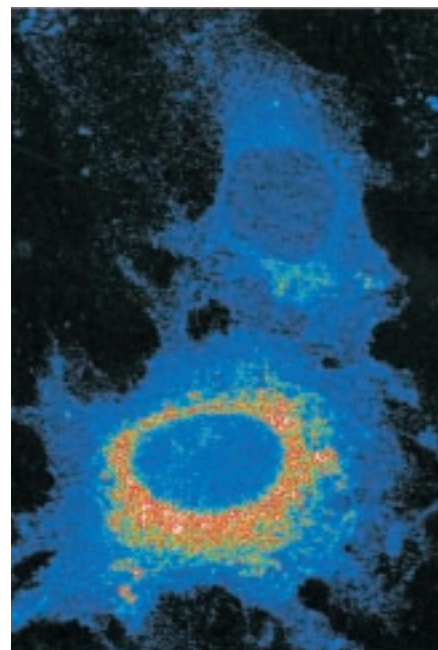
Solo Verona per l'Italia al forum nipponico

L'Unità operativa di Radioterapia oncologica è stato l'unico Centro italiano in cui si pratica l'ipertermia invitato al forum che si è tenuto dal 14 al 18 giugno scorsi in Giappone, nell'isola di Awaji, a due ore circa da Osaka.

Il simposio ha coinvolto le tre maggiori società scientifiche del settore (Nash, Esho e Asho) in rappresentanza di Nordamerica, Europa e Asia. Il Centro diretto dal professor Sergio Maluta è l'unico riconosciuto in Italia da tali associazioni. Il professore è, infatti, membro dell'Esho, la Società europea di ipertermia oncologica, e del comitato editoriale della rivista International Journal of Hyperthermia.

Ad Awaji si è fatto il punto sull'utilizzo dell'ipertermia nel trattamento delle neoplasie per fornire linee-guida sulle sue applicazioni terapeutiche. Il professor Maluta ha presentato una relazione sul trattamento con radio-chemio-ipertermia dei tumori del retto in stadio avanzato ed ha presieduto la sessione dedicata alle innovazioni del settore. Dal forum è emerso un "documento di consenso" nel quale si afferma che l'ipertermia è terapia di provata efficacia sulla base della Medicina dell'evidenza, con evidenza di I livello (massima evidenza) per tumori superficiali, del capo-collo, esofago, melanoma, tumori della mammella, cerebrali ad alto grado, della vescica, del collo uterino e del retto.

Se associata a chemioterapia l'ipertermia dimostra una comprovata efficacia di I livello anche per tumori di vescica, polmoni, vulva e vagina, esofago.



Una macchina per l'ipertermia. Nell'immagine sopra, una cellula tumorale

250 tumori. Ciascuna seduta dura circa un ora».

Effetti collaterali

«L'ipertermia non causa tossicità. Non sono stati segnalati effetti collaterali a distanza di tempo e solo nel 10 per cento dei casi può insorgere una specie di febbre – conclude –. Pochi pazienti hanno riferito qualche bruciatura o qualche dolore nella sede dove l'ipertermia viene concentrata. Tutti gli effetti collaterali sono comunque trattabili e scompaiono una volta che il trattamento si è concluso».

Alessandro Azzoni

BAMBINI IN GAMBA

di **Giampaolo Trivella ***

L'Ortopedia pediatrica è una branca del tutto particolare dell'ortopedia poiché interessa un organismo e quindi un osso o un muscolo in crescita.

Dobbiamo premettere che la strategia del trattamento di un segmento osseo adulto non è applicabile ad un osso che sta crescendo.

L'ortopedia pediatrica si occupa dell'età evolutiva, il periodo che va dalla nascita al termine dell'accrescimento scheletrico; quest'ultimo si completa 2 anni dopo l'inizio regolare delle mestruazioni nella femmina (14-16 anni in media), per il maschio, invece, in media tra i 16 e 18 anni.

Percorreremo brevemente le diverse tappe dell'età dell'accrescimento e accenneremo ai problemi ortopedici più noti per ogni periodo.

Già durante la gravidanza è possibile evidenziare malattie scheletriche nel feto con l'uso dell'ecografia riconoscendo le displasie ossee, come ad esempio il nanismo acondroplastico. Le displasie sono malattie gravi che interessano tutto lo scheletro e che condizionano in maniera importante la vita del nascituro. Tra le altre malattie evidenziabili con l'ecografia in epoca prenatale ricordo le malformazioni degli arti come la focomelia.

Nel periodo neonatale, subito dopo il parto, possiamo ricordare il piede torto e la displasia dell'anca. Il piede torto, la cui causa non è ben conosciuta, interessa uno o entrambi i piedi e questi si presentano deviati "in dentro". Questa malattia, se riconosciuta e trattata fin dai primi giorni di vita con manipolazioni ed apparecchi gessati, dà spesso esito a guarigione con risultati buoni o ottimi a seconda della gravità iniziale e, in molti casi, è possibile evitare l'intervento chirurgico che, quando necessario, viene ese-



Giampaolo Trivella

guito dopo i 4 mesi di vita.

La malattia ortopedica dell'età evolutiva che sottolinea forse al meglio l'importanza del concetto "diagnosi precoce = trattamento precoce = guarigione" è la displasia dell'anca. Essa interessa il neonato e consiste nel ritardo di maturazione dell'acetabolo che è la parte del bacino che contiene il femore e che ci permette di camminare correttamente. L'ecografia ci dà la possibilità di diagnosticare questa malattia fin dai primi mesi e quindi di curarla con altissima percentuale di successo. Si pensi che fino a due decenni orsono la displasia dell'anca era diagnosticabile solo nei casi più gravi, l'esame radiografico non era ovviamente proponibile a tutti i neonati e dava informazioni solo nei casi di malattia avanzata.

La diagnosi di displasia dell'anca viene fatta con una ecografia e nel caso di sua positività con un esame ortopedico; consigliamo di eseguire l'ecografia al 2° mese di vita nei casi in cui vi siano "fattori di rischio". Ad esempio: nelle gravi-

danze con alterazioni del liquido amniotico o comunque difficili, nei parti podalici, nei gemellari, nei parti con difficoltà al passaggio attraverso il canale del parto, nel caso vi siano familiari con displasia delle anche, nel caso il neonato presenti malformazioni come il piede torto o il torcicollo o abbia malattie sistemiche. Una diagnosi precoce ed un trattamento iniziato subito con tutore ortopedico e controlli dapprima settimanali e poi mensili permette di curare la displasia dell'anca con successo. Al contrario un mancato riconoscimento e trattamento fin dai primi mesi di vita conduce all'artrosi precoce dell'anca nel giovane adulto ed alla necessità di più interventi chirurgici.

Nell'età infantile l'attenzione dei genitori è volta soprattutto agli arti inferiori, a come il bambino cammina, a come "mette i piedini", alla forma delle ginocchia...

È importante sottolineare che la forma dell'arto inferiore e la deambulazione del bambino è diversa da quella dell'adulto e che molte condizioni apparentemente anomale per l'adulto rientrano nella normalità per l'età infantile. Il bambino fino a 2 anni può saltuariamente camminare "sulle punte dei piedi", fino ai 4 anni in alcuni casi può avere le ginocchia vare "da calciatore", fino ai 5-6 anni, specie se femmina, può avere le ginocchia valghe o "gambe ad X".

Molti genitori giungono in ambulatorio perché il bambino cammina "con le punte in dentro"; questo è dovuto alla particolare angolazione che ha il femore nell'età infantile e si corregge con la crescita.

Il compito dei genitori e dell'ortopedico è di sorvegliare con controlli periodici che questi atteggiamenti siano di grado non patologico e che si correggano spontaneamente al

momento giusto. Parliamo ad esempio del "piede piatto" dell'età infantile. Dobbiamo sapere che un appiattimento dell'appoggio del piede è normale fino a circa 6 anni di età. Esso di solito non necessita di correzione con calzature o plantari e dopo i 6 - 7 anni, se permane, va valutato dall'ortopedico.

Ritorna a questo punto forte il concetto di prevenzione e cura precoce. Un piede piatto patologico che non viene corretto dagli 8 ai 13 anni di età con un semplice intervento chirurgico potrà divenire un piede piatto molto doloroso nell'adulto. Quest'ultima è una condizione invalidante che può essere corretta in età adulta solo con un intervento che toglie il dolore, ma che blocca le articolazioni e la funzionalità del piede.

Negli anni che precedono lo sviluppo puberale è l'accrescimento del tronco a preoccupare i genitori e ad interessare l'ortopedico. Si pensi che nei 2 anni che precedono la pubertà il rachide, cioè la schiena, cresce ad una velocità altissima per la specie umana, addirittura fino a mezzo centimetro al mese in altezza; in questo periodo si gioca il futuro del rachide e del torace.

E parliamo della frequente e tristemente nota scoliosi. La più comune è la scoliosi idiopatica: essa consiste nella deviazione del rachide sui 3 piani dello spazio. È una deformità che, se non riconosciuta e trattata in tempo, porta a grave invalidità fisica fino a compromettere anche l'apparato cardio-respiratorio. La scoliosi ha un inizio subdolo e si aggrava velocemente negli anni della prepubertà. Può essere riconosciuta mediante periodici con-



trolli ortopedici che hanno lo scopo di curarla per tempo e di risparmiare, entro certi limiti, frequenti radiografie.

Se la scoliosi non è evolutiva va controllata ogni 6 mesi; se è evolutiva ne va prevenuto o rallentato il

decorso con l'uso di corsetti ortopedici che devono essere confezionati da personale altamente specializzato e applicati dall'ortopedico per il solo periodo di tempo in cui siano effettivamente utili.

In alcuni casi la scoliosi idiopatica può ulteriormente evolvere e quindi deve essere operata per limitare l'invalidità del paziente.

Vorrei per finire accennare ad alcuni "luoghi comuni" riguardanti l'apparato muscolo-scheletrico dei soggetti in accrescimento.

Non è lo zainetto pesante degli studenti a procurare la scoliosi; né danneggia il rachide se portato per qualche mezz'ora al giorno. Altra idea sbagliata è che il tennis sia nocivo perché sport asimmetrico; lo sarebbe se praticato 8 ore al giorno per anni in un soggetto in crescita.

Che cosa dobbiamo fare perché i nostri figli crescano bene? È necessario che pratichino esercizio fisico attraverso il gioco e lo sport, che non stiano per ore davanti ad un video, tv o computer (questo serve anche alla psiche) e che siano sottoposti a controllo specialistico una volta all'anno.

Nell'Azienda ospedaliera di Verona, nella Divisione di Ortopedia dell'ospedale civile maggiore, è attivo settimanalmente un ambulatorio specialistico esclusivamente dedicato all'ortopedia pediatrica. Per le prenotazioni è necessario rivolgersi alla segreteria dell'Ortopedia (tel. 045-8072467).

*** responsabile dell'Ambulatorio Super-specialistico di Ortopedia dell'età evolutiva - Divisione di Ortopedia e Traumatologia - Ospedale civile maggiore**



La manovra di Ortolani, eseguita nei primi giorni di vita, permette di diagnosticare un'anca non stabile. Nella figura in alto, caso di scoliosi

Il ricovero dei più piccoli

di Mauro Cinquetti, Stefania Ganzarolli, Emanuela Morandini *

Il ricovero in ospedale costituisce un momento critico sia per il bambino che per la famiglia. All'ansia per le condizioni di salute del proprio figlio si aggiunge la difficoltà di adattarsi a luoghi e regole ben diverse da quelle del proprio ambito domestico.

In tale situazione la comunicazione diventa atto essenziale.

Il personale infermieristico svolge un ruolo fondamentale nell'accogliimento e nell'accudimento del bambino. La modalità di approccio del personale sanitario nei confronti del bambino determinerà l'accettazione o meno del ricovero da parte del piccolo paziente e quello che sarà il ricordo di tale esperienza in futuro.

Per quanto riguarda specificatamente la relazione medico-paziente in ambito pediatrico, essa prevede l'integrazione di tre figure: il pediatra, un paziente bambino e un genitore. Il genitore è l'interlocutore principale che parla a nome del figlio e il pediatra deve pertanto interagire con due figure diverse.

Una comunicazione efficace, in generale, si basa prevalentemente su messaggio verbale, linguaggio del corpo e tono della voce e tutto ciò assume un'importanza ancora più significativa in ambito pediatrico. Quanto più c'è sinergia tra linguaggio verbale e linguaggio gestuale tanto più la comunicazione risul-

Se il paziente è un bambino, occorre capacità di comunicare e di instaurare un clima di fiducia

ta migliore. Il momento della dimissione è un momento cruciale che prevede solitamente una comunicazione scritta (la lettera di dimissione) e una comunicazione verbale.

La lettera di dimissione ha il compito di dare la possibilità al pediatra di famiglia del bambino di capire le problematiche legate alla malattia, ma anche di poter seguire a domicilio il suo evolversi o la fase cronica della stessa e nello stesso tempo di fornire informazioni ai genitori: essa non può, tuttavia, sostituire in nessun modo il colloquio diretto con i genitori che deve essere sempre il più esplicito ed ampio possibile. Può essere, invece, opportuno rileggere con i genitori la lettera stessa per renderli coscienti che questa non riporta altro se non la "traduzione" tecnicistica di quanto ad essi già spiegato con termini più chiari, per evitare che essi trovino

poi nella terminologia medica usati elementi di dubbio o di preoccupazione. Al momento della dimissione i genitori devono essere rassicurati sul fatto che non vengono abbandonati, ma semplicemente affidati al proprio curante.

L'integrazione tra pediatra ospedaliero e pediatra di famiglia è una questione attuale e di rilevante importanza, in modo particolare per le potenzialità costruttive di un intervento sinergico tra le due realtà il cui obiettivo comune è la guarigione, la salute, la prevenzione per i piccoli pazienti.

Infine, per quanto riguarda il vissuto del bambino, specialmente per i più grandicelli, è importante che il congedo dall'ospedale sia un momento in cui possa essere percepito il saluto da parte delle persone che ha incontrato e con cui ha condiviso vari momenti di un'esperienza "diversa". Un disegno lasciato ad una infermiera o ad un medico in particolare, così come un pensiero scritto "per tutti quelli che mi hanno curato", è il segno di una presa di coscienza di un periodo che rimarrà nel bagaglio delle esperienze soprattutto emotive del bambino. Quanto più sarà stata posta attenzione nel condividere anche con il piccolo paziente il percorso esperienziale durante la degenza, tanto più si contribuirà ad instaurare nel bambino un rapporto di fiducia con chi si fa carico di lui in un momento di difficoltà psicofisica quale quello del ricovero in ospedale.

In questo modo l'atto della dimissione verrà vissuto dal bambino come un saluto a chi gli è stato vicino e non ci sarà timore nel pensare ad un ipotetico nuovo incontro nel futuro. Così la struttura ospedaliera potrà essere ritenuta un luogo di accoglienza cui potersi affidare senza timore in caso di una nuova necessità.

** Divisione di Pediatria
Ospedale civile maggiore - Verona*



Quando si può affermare che un bambino è di bassa statura? Come intervenire? La parola allo specialista

Pediatria

23

ESSERE ALL'ALTEZZA

di Antonio Luciano *

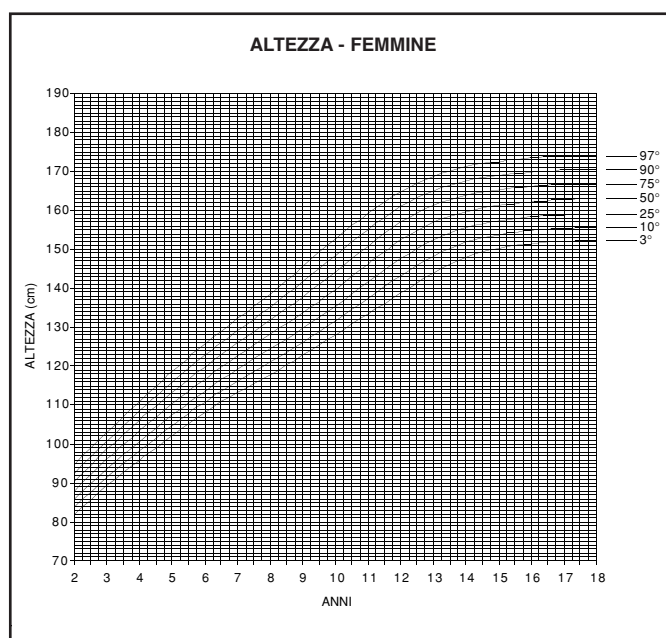
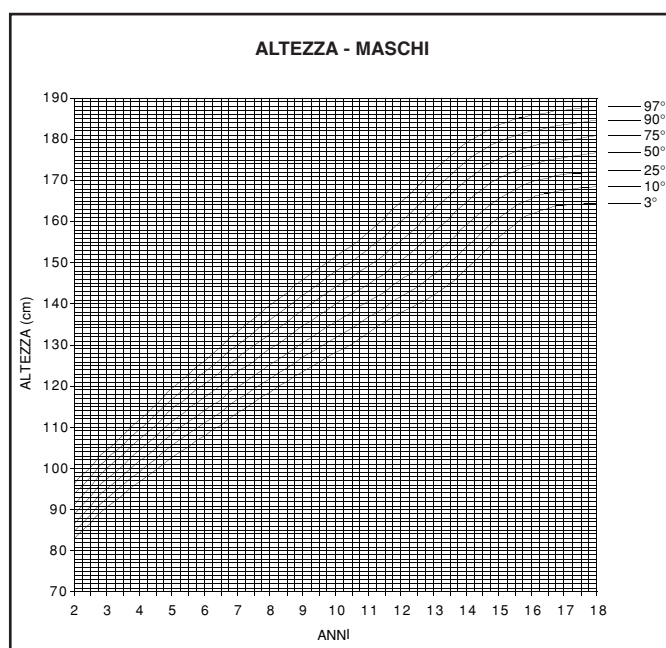
La crescita della statura presenta delle variazioni della sua velocità durante l'età pediatrica tale che possiamo suddividerla in tre periodi:

- * i primi due anni di vita in cui la velocità di crescita è molto elevata;
- * dai tre anni all'inizio dello sviluppo puberale in cui la crescita è ridotta ed è quasi costante;
- * il periodo dello sviluppo puberale in cui si ha un nuovo incremento della velocità di crescita caratterizzato dal classico picco seguito da un decremento fino all'arresto della crescita staturale.

Per interpretare bene la crescita diventa indispensabile possedere degli standard di riferimento (curve dei percentili). I percentili sono rappresentati da linee che vanno dal 3° al 97°.

Il loro significato è questo: immaginiamo 100 bambini maschi di 5 anni e li mettiamo in ordine crescente di altezza, la linea corrispondente al 3° percentile separa i 3 bambini più bassi dai 97 più alti, il 10° percentile i 10 bambini più bassi dai 90 più alti, il 50° percentile rappresenta la metà esatta e quindi la statura media. L'ultimo percentile il 97° rappresenta il 97% dei bambini al di sotto e solo il 3% al di sopra.

Le tabelle di questa pagina riportano i percentili della statura di maschi e femmine che abbiamo ottenuto dalla misurazione di oltre 40.000 bambini e ragazzi, di età 2-18 anni delle scuole di Verona (Zoppi



Per bassa statura si intende una statura inferiore al 3° percentile per l'età (o inferiore a -2 deviazioni standard). Si parla, invece, di bassa velocità di crescita quando l'incremento staturale annuo è inferiore al 10° percentile per l'età rispetto alle curve dei percentili dell'altezza.

In genere possiamo considerare bassa la velocità di crescita se questa è inferiore a 6 cm all'anno per il 3° e 4° anno di età, inferiore a 5 cm all'anno per il 5° e 6° anno di età e inferiore a 4 cm all'anno successivamente fino all'inizio della pubertà.

La crescita di una popolazione mostra delle variazioni col passare degli anni, legate al cosiddetto accrescimento secolare, ma è condizionata soprattutto dal genotipo (da caratteri genetici ereditati che ci vengono dai nostri genitori).

Come si può calcolare la statura prevedibilmente raggiungibile da adulti?

Per calcolare la statura media prevista da adulti, si usa di solito la formula che tiene conto della statura dei genitori: statura bersaglio del maschio =

(altezza del padre + altezza della madre) + 13, diviso 2; statura bersaglio della femmina = (altezza del padre + altezza della madre) - 13, diviso 2.

La statura prevista geneticamente viene raggiunta sempre, a meno

G., Bressan F., Luciano A. *European Journal of Clinical Nutrition* 1996).

Quando possiamo affermare che un bambino presenta una bassa statura o una ridotta velocità di crescita?



che non intervengano dei problemi che possono influire sulla stessa (fattori ambientali e/o ormonali)

I fattori ambientali possono giocare un ruolo importante sulla crescita mediante l'alimentazione, malattie, situazioni socioeconomiche e psico-relazionali. Tra i fattori ambientali vi sono alimentazione, igiene, livello culturale, tipo di occupazione dei genitori, numerosità della famiglia, classe sociale, aspetti psicologici-relazionali, clima, aspetti educativi, aspetti medici, attività fisica, urbanizzazione.

I fattori biologico-ormonali, come ad esempio l'ormone della crescita, attraverso la loro azione permettono di raggiungere la statura genetica. Fattori biologico-ormonali sono ormone della crescita, ormoni tiroidei, insulina, paratormone, vitamina D, calcitonina, testosterone, estrogeni, ormoni surrenalici.

Un bambino che presenta una bassa statura o una ridotta velocità di crescita deve effettuare una visita medica accurata, al fine di rilevare eventuali cause.

Se non esistono patologie evidenti, sarà opportuno ricercare, mediante accertamenti in strutture specializzate, le cause che possono determinare come unico segno la bassa statura.

In questo caso, sarà opportuno controllare la funzionalità della tiroide, escludere una intolleranza al glutine,



ne, dosare l'ormone della crescita e nelle bambine escludere la sindrome di Turner (anomalia cromosomica). Nel caso in cui si documenti una scarsa o assente produzione di ormone della crescita sarà possibile intraprendere una terapia sostitutiva che permette di recuperare i centimetri di altezza persi precedentemente e ottenere una crescita nei limiti della norma.

Questa terapia naturalmente deve essere prescritta presso centri autorizzati come il nostro poiché neces-

sità di un attento completamento diagnostico e un monitoraggio durante il periodo in cui si effettua la terapia. Per prenotazioni di visite nel nostro Centro, telefonare al numero 045-8072365 dal lunedì al venerdì ore 8.30-12.30.

*** Dirigente Medico
Servizio di Auxologia –
Endocrinologia Pediatrica
Cattedra di Pediatria dell'Università e Divisione di Pediatria
Ospedale civile maggiore Verona**

La fecondazione assistita

di Lucia Poli *

Approvata tra mille polemiche dal Parlamento, la legge colma una lacuna normativa rilevante

Come è noto, il Parlamento ha approvato la legge che regola la fecondazione assistita. L'impresa è stata dura, lunga e costellata da polemiche accesissime, come del resto era logico aspettarsi su un tema così delicato ed importante sia sul versante etico-giuridico sociale non meno che scientifico.

È noto che la funzione del legislatore consiste nell'operare delle scelte di tutela di interessi contrapposti cercando la soluzione di migliore equilibrio tra la tutela degli uni ed il sacrificio degli altri.

Non può essere misconosciuto il primo dato positivo, vale a dire quello di aver finalmente colmato una lacuna normativa importante nell'ordinamento in una materia che per le sue caratteristiche di assoluta inedita novità fattuale ben difficilmente si prestava ad essere inquadrata alla luce degli stessi principi generali di un ordinamento le cui basi in materia erano scientificamente diverse da quelle attuali. La scienza medica ci pone drammaticamente e sempre più velocemente di fronte all'esigenza di ripensare le categorie logico-filosofiche – prima ancora che giuridiche – che stanno alla base della nostra civiltà e l'unico vero errore, l'unica vera omissione gravemente colpevole è quella di sottrarsi a tale compito anche se ingrato ed impegnativo.

Tra i punti più aspramente discussi della disciplina recentemente approvata vi è il divieto di fecondazione eterologa, criticato sostanzialmente perché giudicato come una arbitraria limitazione al diritto di autodeterminazione dell'individuo. Invero dall'esame della legge si può evincere che la ratio che ha condotto il legislatore alle scelte effettuate è stata quella di individuare ed attribuire protezione giuridica ad interessi facenti capo all'embrione (o se si vuole al nascituro), pervenendo così al riconoscimento anche ad esso di una limitata soggettività giuridica, che si incentra su una posi-

zione soggettiva che potremmo definire "di interesse all'identità genetica". Infatti, a ben guardare, il vero problema da risolvere non attiene alla autodeterminazione o meno degli aspiranti genitori, quanto alla ammissibilità e ai limiti del potere di determinazione della identità genetica del nascituro. È questa la posizione giuridica che viene investita dalla problematica

La fecondazione assistita viene praticata nell'Azienda ospedaliero-universitaria nei Centri sterilità dell'Ospedale civile maggiore e dell'Ospedale policlinico "Gianbattista Rossi".

Per maggiori informazioni si possono contattare:

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE
Centro Sterilità: dott.ssa Franca Bettinazzi e dott. Carlo Negri c/o Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia.

Prima visita tramite Ufficio prenotazioni (045 8072706-8073200-8074086-8074087)

OSPEDALE POLICLINICO "Gianbattista Rossi"

Centro Sterilità: prof. Franco Diani e dott. Stefano Zaffagnini c/o Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia B.

Prima visita tramite segreteria dell'Unità Operativa (045 8074408 fax 045 504176)



della fecondazione eterologa, anche escludendo, ovviamente, ogni scelta ulteriore rispetto a quella di ricorrere ad un donatore esterno alla coppia.

E la posizione giuridica antagonista mi sembra più propriamente quella rappresentata dall'interesse alla procreazione che appare un'articolazione del diritto più generale all'autodeterminazione. Ma tale posizione giuridica è veramente così rilevante da non trovare il suo limite naturale nella salvaguardia dell'identità genetica del feto in relazione alla coppia?

Tenuto conto anche del fatto che l'esigenza genitoriale può trovare comunque soluzione attraverso l'accesso all'adozione?

In altre parole sembra che le problematiche ingenerate dall'accesso alle tecniche di fecondazione debbano essere affrontate con la consapevolezza che le posizioni giuridicamente rilevanti che coinvolgono per la loro assolutezza non possono che essere ricomprese fra quelle tradizionalmente indisponibili o solo limitatamente oggetto di disposizione volontaria.

E che in tale ottica debbano essere ponderate le soluzioni normative allo scopo di evitare che una eccessiva tutela di interessi arrivi a negarne altri ugualmente degni di tutela.

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

Il sorriso radioso di Emanuele

di padre Giacomo Bonaventura

Mi chiamo padre Giacomo e sono uno dei cappellani dell'ospedale di Borgo Trento. Appartengo ai Camilliani, un Ordine religioso che ha una grande storia a Verona e che fa del servizio ai malati la propria missione.

Certamente il mio servizio è diverso da quello degli altri operatori sanitari, ma essi si completano l'uno con l'altro. Anch'io mi sento parte di quel processo terapeutico che il personale nel suo insieme vive nei confronti degli uomini e delle donne che giungono in ospedale per curarsi e guarire.

Faccio la mia parte, nella certezza che curare il corpo è curare tutta la persona, ma anche curare la psiche e lo spirito è altrettanto importante nella terapia. Non faccio cose particolari o strane. Incontro le persone malate e cerco di essere con loro compagno di viaggio nella faticosa ricerca di senso e di significato che la malattia provoca. È un essere vicini da persona a persona, senza troppe maschere o ruoli, nella delicatezza di sapere che sono su un terreno sacro, quello della persona e della sua interiorità.

La malattia manda in crisi tanti punti di riferimento e tante certezze e fa emergere dubbi, domande, oltre che preoccupazioni e paure. E Dio non è mai lontano sia dalle domande e dubbi che dalle preoccupazioni e paure. Cerco, allora, di mettermi a fianco dei malati che incontro, nella comune esperienza di fragilità e vulnerabilità, così da fare un pezzo di strada con loro, e, se possibile, comprendere un senso, una piccola luce, magari solo una domanda aperta o una preghiera insistente che però aiuti a vivere meglio (da uomini) il tempo della malattia stessa.

Per ognuno è diverso. Persone diverse, caratteri diversi, educazione e sensibilità religiosa diverse. Malattie diverse, che condizionano in modo più o meno pesante la vita e che possono far intravedere la

**Sereno e positivo,
ha il dono
di arricchire
le persone.
E combatte con
coraggio la malattia**



possibilità vicina della propria morte.

In queste pagine voglio raccontarvi qualche incontro vissuto, lasciando parlare le persone attraverso i loro gesti, i loro atteggiamenti e anche i loro silenzi. Facendo emergere difficoltà, ma soprattutto la bellezza delle persone. Lasciando parlare lo Spirito presente in ciascuno.

In questo articolo vi racconto di Emanuele. È un uomo sui 40 anni che dall'inizio della sua vita ha dovuto fare i conti con una malattia tanto poco conosciuta quanto condizionante e cronica, la fibrosi cistica. Quando l'ho incontrato per la prima volta mi è apparso un po' spaccone, un menefreghista di prima categoria a cui sembrava non importasse di niente e di nessuno. Poi, invece, una volta conosciuto, ho capito che la sua irriverenza era un modo per comprendere gli altri, una fin-

zione e una difesa per meglio entrare nelle maglie del prossimo. Emanuele usa molto l'ironia, ma è anch'essa una maniera di convivere con la sua malattia e con le tante difficoltà affrontate lungo gli anni. È l'auto-ironia di chi non vuole prendersi troppo sul serio.

Di lui mi colpisce la serenità di fondo che si manifesta in un sorriso dolce e pacato, una nota di allegria che gli fa brillare gli occhi e che mi fa chiedere come è possibile essere così in una situazione simile.

Poi, quando parli con lui, vieni a sapere della sua storia (non diversa da quella di tanti altri ragazzi e ragazze malati di fibrosi cistica), del suo amore per la vita, della sua capacità di entrare in comunicazione e di mantenere rapporti di amicizia. Vieni a sapere come ha imparato l'arte di accettare l'inevitabile e di accontentarsi, valorizzando le esperienze e le persone. Ti racconta con impeto che ha imparato a contare sugli altri, a ricevere dagli altri e non può dimenticarsi tutto questo bene ricevuto. Non è, invece, tenero nei confronti di chi è fasullo e negativo.

Emanuele è un uomo positivo, che trasmette positività.

È stato anche fortunato (se è possibile usare questo termine nella sua malattia). Molti altri non ce l'hanno fatta e tanti suoi amici sono morti molto giovani. Ma, forse anche per questo, quando me ne esco dalla sua stanza, mi ritrovo più arricchito e carico, con la certezza che col prossimo ragazzo o ragazza che incontrerò in reparto posso portare una parola più significativa e bella, perché è la parola e l'esperienza di Emanuele.

Lui racconta di non essere un credente perché vuole godersi la vita senza ostacoli e limitazioni. Ma non credeteci.

Se lo incontrerete anche voi capirete dagli occhi e poi dal suo raccontare che non è mai stato lontano da Dio, e Dio da lui.

**Benedetto Saraceno, psichiatra di fama internazionale:
«Il problema non è la legge, ma la sua applicazione»**

L'opinione

27

«SI LASCI STARE LA 180»

È una persona che non ama i giri di parole e le banalizzazioni. Benedetto Saraceno è uno psichiatra di fama internazionale. Siede sullo scranno più alto del Dipartimento di salute mentale e dipendenza da sostanze, una struttura dell'Organizzazione mondiale della Sanità che ha sede a Ginevra. Il professore ha sostenuto l'apertura della nuova sede del Centro Oms di ricerca sulla salute mentale di Verona, diretto dal professor Michele Tansella. Lo abbiamo intervistato a tutto campo sulla salute mentale oggi, affrontando il problema senza giri di parole.

Professor Saraceno, dall'approvazione della legge 180, che ha chiuso definitivamente gli ospedali psichiatrici, è passato un quarto di secolo. Secondo lei la cultura che vuole il malato mentale allontanato dalla società è definitivamente morta? Ogni volta che la cronaca nera registra un omicidio compiuto da una persona affetta da patologie psichiatriche, nell'opinione pubblica riemerge una sorta di nostalgia per i vecchi manicomi...

«La cultura dei media in campo psichiatrico è molto arretrata rispetto ai progressi che ci sono stati in questo ambito. Nessuno, o pochi, scrivono come funziona bene il Centro di Verona, quanti pochi ricoveri vengono fatti, e qual è il grado di soddisfazione dei pazienti... Questo perché non sono fatti che fanno notizia. È notizia, invece, che il paziente tale si è suicidato e allora i servizi non funzionano, la riforma fa schifo, i vecchi manicomi andavano bene. Sono convinto che venticinque anni di 180 non abbiano cambiato assolutamente la testa dei media».

Solo dei media?

«Credo che i casi eclatanti - pazienti violenti o suicidi - ci siano sempre stati e ci saranno sempre. La riforma qui non c'entra nulla. Nel senso



Benedetto Saraceno. Sopra, il Centro Oms di ricerca sulla salute mentale di Verona

che questi casi sono una frazione epidemiologica incontrollabile. La violenza commessa dai sani è un problema. Quella inflitta dagli utenti dei servizi psichiatrici è un fenomeno microscopico, che ogni volta viene strumentalizzato per fare lo stesso discorso sulla bontà o meno della 180. Non so cosa si pensa in Italia, ma noi dell'Oms consideriamo la riforma Basaglia un modello

di riferimento. È inaccettabile la provocazione di dover mettere mano alla riforma, perché ogni otto mesi in un Paese di 60 milioni di abitanti un paziente psichiatrico si uccide o spara a qualcuno. Con tutto il rispetto per queste tragedie». **È anche vero che oggi avere in casa un malato psichiatrico rappresenta un dramma spesso ingestibile dalle famiglie...**

«Questo è un problema serio. Le famiglie si lamentano perché in molte città italiane l'applicazione della legge è stata fatta così male che la maggior parte del carico dei pazienti ricade su di esse. Ma qui il problema non è la riforma. È necessario, invece, chiedersi come mai se noi coloriamo la cartina del nostro Paese con una tonalità dal rosa al rosso per segnare il grado di applicazione soddisfacente della legge, ne risulta che l'Italia è una mappa multicolore. Cioè che il Nordest e il Centro sono le due aree geografiche dove meglio è stata implementata la legge. Contrariamente al Nordovest e al Sud. Allora il nocciolo della questione non è mettere in discussione la 180, ma capire perché a Trieste piuttosto che a Verona e a Udine i servizi psichiatrici funzio-

nano, le famiglie sono mediamente soddisfatte e non succedono cose particolarmente drammatiche. E perché invece ad Agrigento o a Milano la psichiatria va male. Questa è una domanda seria, il resto sono "discorsi da bar".

Lei si è dato una risposta?

«Purtroppo la gente parla della 180 senza averla mai letta. Non sa che la riforma non è un legge applicativa, che spiega come devono, per esempio, funzionare i servizi. La legge 180 è una legge quadro che stabilisce dei principi. Essa afferma: basta con i manicomi, bisogna introdurre dei letti nell'ospedale generale; per trattamento sanitario obbligatorio si deve procedere in questo modo, le Regioni applichino la legge. Di conseguenza 19 Regioni italiane hanno interpretato e finanziato la legge in modi diversi, per ragioni politiche e amministrative. Quindi è errore affermare che la 180 non funziona. La 180 è un insieme di principi condiviso ormai dalla maggioranza dei psichiatri italiani e guardato a livello internazionale con occhio positivo. L'applicazione tecnica di questa legge è, invece, qualcosa che ha subito l'andamento ondine delle varie giunte regionali, dei vari decentramenti e delle varie aziende ospedaliere. Questo spiega perché, come in Italia, conviene essere un paziente di Verona sud, piuttosto di Milano nord».

Lei più volte durante i suoi interventi pubblici ha indicato il modello veneto di assistenza come un punto di riferimento. Secondo lei qual è la sua forza?

«Esso si basa su quattro elementi. Innanzitutto ha seriamente creato delle soluzioni alternative al manicomio per i pazienti cronici. In secondo luogo l'ospedale generale funziona e gestisce bene la fase di

acuzie. Inoltre servizi territoriali non sono solo un indirizzo e non sono aperti due ore al giorno. C'è, invece, un'équipe che segue i pazienti, fa le visite domiciliari ed evita i ricoveri impropri. E, soprattutto, collabora, quarto elemento, con la medicina di base. Creare una struttura forte che unisce il medico di famiglia, il servizio territoriale, quello residenziale ed ospedaliero è stato geniale».

Secondo l'Oms 400 milioni di persone sono affetti da disturbi mentali o neurologici o da problemi psicosociali come quelli



legati all'uso dell'alcol e delle droghe. Quali sono i motivi del diffondersi della malattia mentale?

«Non c'è nessuna evidenza che siano in aumento i casi di patologie psichiatriche. Piuttosto è vero che si fanno diagnosi più accurate e che sia più facile l'accesso ai servizi. Inoltre si registrano più persone affette da depressione, non perché siano subentrato nuove cause, ma perché è aumentata la durata della vita. Il fatto che si muoia più tardi implica l'aumento di casi di Alzheimer e di altre demenze che sono un

terreno di cultura della depressione. Senza contare un altro fenomeno che in genere la gente non nota: la diminuita mortalità infantile fa sì che più bambini arrivino all'età adulta dove si manifestano le schizofrenie e le psicosi. Quest'ultime non insorgono a due anni, ma dai 18 ai 25».

Ci sono degli eventi epocali che influiscono sulla salute mentale della popolazione mondiale?

«In proposito abbiamo qualche dato. Negli ultimi 20 anni, a causa delle guerre, il numero dei rifugiati, è passato da 14 a 70 milioni di persone. Ed è noto che i rifugiati sono una popolazione vulnerabile. Soprattutto le donne sviluppano gravissimi quadri depressivi dovuti alla violenza domestica, ad alcolismo e abuso di sostanze. Inoltre c'è una correlazione forte tra picchi di suicidi e grandi transizioni economiche. Per esempio il crollo dell'Unione Sovietica ha comportato per 20 milioni di persone crisi di valori, sfaldamento delle organizzazioni sociali e disoccupazione. Non a caso i primi dieci Paesi al mondo che hanno il tasso di suicidi più elevato sono tutte ex repubbliche sovietiche».

Si può fare prevenzione in campo psichiatrico?

«Certamente. Per esempio il ritardo mentale è dovuto spesso ad infezioni neonatali contratte durante un parto avvenuto in condizioni non igieniche. Pensiamo poi alle malattie causate dalla deficienza di iodio nell'acqua: in Europa sta aumentando il rischio di acque povere di questa sostanza. Inoltre si può agire su problemi di carattere sociale come la violenza domestica che può generare depressioni gravi. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria si possono prevenire le ricadute nella schizofrenia evitando così la cronicizzazione e l'aggravamento».

Elena Zuppini

In costante aumento il numero delle fratture
A Verona si interviene con elevata professionalità

Chirurgia

29

BACINO SOTTO I FERRI

di Guido Rocca *

Dai rilevamenti Istat si può constatare che gli incidenti stradali e sul lavoro sono aumentati negli ultimi dieci anni di ben il 40%. Il progresso compiuto dall'industria dell'auto in termini di protezioni passive (cinture di sicurezza, airbag, barre anti-intrusione ed altri accorgimenti) e le normative di sicurezza imposte nell'ambito lavorativo hanno ridotto sensibilmente la mortalità dal 3 al 2%. Il numero dei feriti è cresciuto, però, di pari passo del 40%, ma la gravità delle lesioni riportate è di gran lunga peggiorata, proprio per la presenza a bordo degli efficaci sistemi di protezione passiva che preservano gli automobilisti dai traumi di lieve e media entità. Nei Centri traumatologici si è assistito ad un sensibile aumento del numero di fratture e lesioni complesse. Si è resa necessaria perciò una rapida evoluzione delle metodologie chirurgiche e, per quanto riguarda le ossa lunghe (gambe e braccia), il diffondersi delle tecniche che prevedono l'utilizzo di chiodi endomidollari e dei fissatori esterni hanno risposto efficacemente a questa nuova emergenza sanitaria. Purtroppo, però, i traumi ad alta energia (da schiacciamento, arrotamento e caduta dall'alto) coinvolgono sempre più frequentemente il bacino che in passato è stato quasi esclusivamente curato con trattamenti conservativi (gessi e riposo).

È mancata di fatto una cultura e tradizione chirurgica nei riguardi di questo osso, principale fulcro biomeccanico per la stazione eretta e per la deambulazione dell'uomo. Tali trattamenti però oggi non sono più sufficienti a causa proprio del verificarsi di fratture sempre più complesse e severe e delle aumentate aspettative di recupero di pazienti per lo più giovani nel pieno della loro attività lavorativa. Tali lesioni, infatti, se non aggredite chirurgicamente sono causa di gravi e permanenti invalidità.

I pazienti che giungono al chirurgo ortopedico con fratture del bacino sono sempre in gravi condizioni, poiché spesso interessati da importanti lesioni associate degli organi interni ed imponenti emorragie.

Si tratta perciò di una chirurgia difficile, non priva di rischi per le lesioni associate sopra descritte, che deve essere condotta da mani esperte (una curva di apprendimento di non meno di 3 anni è la regola) e che richie-



Guido Rocca al lavoro

de non solo l'opera del traumatologo ma bensì l'indispensabile contributo di altri specialisti quali il chirurgo addominale, il chirurgo plastico, il radiologo ed in particolar modo dell'anestesista rianimatore. A quest'ultimo spetta il delicato compito di stabilizzare emodinamicamente il paziente nel più breve tempo possibile in modo da permettere una precoce aggressione chirurgica. Una caratteristica delle ossa del bacino è infatti quella di callificare molto rapidamente.

L'intervento chirurgico pertanto va eseguito entro 15 giorni dall'evento traumatico per non incorrere in difficoltà insormontabili poi nella riduzione delle fratture. La macchina organizzativa sanitaria che si muove per queste gravi patologie è alquan-

to complessa, deve potersi avvalere del contributo di più specialisti peraltro ben coordinati.

Per tutti i motivi esposti attualmente in Italia sono pochi i Centri traumatologici (circa una decina) in grado di trattare le fratture complesse di bacino: Verona è uno di questi. All'Ospedale Maggiore di Borgo Trento nella Divisione di Ortopedia e Traumatologia diretta dal dottor Massimo Marcer trattiamo le gravi fratture del bacino, sia mediante l'utilizzo di fissatori esterni, sia mediante un'aggressione chirurgica totale "a cielo aperto" quando purtroppo la gravità dei traumi lo richiede, sia per via percutanea (cioè con minime incisioni sulla cute), eseguendo stabilizzazioni ileo-sacrali Tac guidate, grazie alla preziosa collaborazione di esperti medici radiologi. Negli ultimi due anni sono stati trattati 30 gravi traumi di bacino con età media inferiore ai 30 anni, ma il numero di questi pazienti è destinato ad aumentare nel prossimo futuro anche per il sempre maggior afflusso di traumatizzati con questa patologia da fuori regione e da ospedali limitrofi per i quali il reparto di Traumatologia della nostra Azienda ospedaliera rappresenta ormai un sicuro centro di riferimento. I risultati peraltro sinora ottenuti sono incoraggianti. Tutti i pazienti trattati hanno riacquisito la deambulazione e sono ritornati ad una normale vita di relazione nel giro di due-quattro mesi a seconda della gravità dei traumi subiti.

* *Dirigente medico U.O. Ortopedia e traumatologia
I e II Ospedale civile maggiore*



Ottavio Bosello

La nutrizione della madre è cruciale per il corso e per l'esito della gravidanza. Un buono stato di nutrizione materno prima della gravidanza e una corretta e adeguata alimentazione durante il periodo della gestazione sono condizioni essenziali per la prevenzione di gran parte delle patologie neonatali.

È stato più volte documentato che l'inadeguata soddisfazione delle esigenze nutrizionali della madre è causa di basso peso alla nascita del bimbo, fattore questo che determina maggior rischio di morbidità e mortalità perinatale.

D'altra parte, anche l'iperalimentazione può comportare danni alla madre e al feto.

Il miglioramento della salute delle madri e dei neonati dovrebbe essere una priorità mondiale. In ogni parte del mondo quasi 600.000 donne muoiono ogni anno per cause connesse alla gravidanza. Quasi tutte queste morti capitano in paesi in via di sviluppo; tuttavia, persino in paesi dove il rischio di morte materna è basso, è importante per le donne avere accesso alle informazioni e al tipo di cura che esse possono scegliere.

La dieta adottata durante la gravidanza e l'allattamento deve essere bilanciata, con quantità di calorie controllate. In taluni casi, i fabbisogni della madre possono essere maggiori della sua capacità di alimentarsi adeguatamente, per cui

La nutrizione della madre in gravidanza:
regole da seguire e miti da sfatare

NOVE MESI IN FORMA

di Ottavio Bosello *

**Aumento di peso raccomandato in gravidanza
dall'Istitute of Medicine (Usa), 1990 (mod),
in relazione al BMI pregravidico**

**BMI
(Kg)**

< 18,5
18,5 - 25
25 - 29
> 29

Aumento di peso raccomandato

10,0 - 15,0
9,0 - 14,0
7,0 - 12,0
< 7,0

deve essere rivolta particolare attenzione alle fonti dietetiche di calcio e ferro e di altre vitamine e minerali.

Gli obiettivi della dieta sono quelli di ottenere il corretto aumento di peso e l'adeguato introito di proteine, vitamine, minerali e liquidi. Se l'apporto calorico-proteico è sufficiente, l'utilizzo di supplementi vitaminici e minerali è del tutto inutile, se non dannoso.

La gravidanza è un periodo che comporta aumento del fabbisogno nutrizionale, sia per sostenere il feto in rapida crescita, sia per consentire i cambiamenti che si verificano nell'organismo della donna gravida. In tutto il periodo di gestazione, la quantità raccomandata di molte vitamine e minerali è maggiore di quella raccomandata al di fuori della gravidanza. Ad esempio, la quantità di Acido Folico raccomandata in gravidanza si raddoppia e quella di Calcio è del 50% più elevata.

È, però, da tenere presente che le abitudini alimentari del mondo occidentale in genere, e della nostra nazione in particolare, sono tali da configurare normalmente un eccesso di quasi tutti i nutrienti, sia

macro che microelementi. In gravidanza e, soprattutto, durante l'allattamento può, comunque, configurarsi la necessità di alcune integrazioni o comunque di una attenta selezione dei cibi.

L'aumento di peso in gravidanza

Nel corso del ventesimo secolo le raccomandazioni per il miglior aumento di peso materno in gravidanza sono state controverse e contraddittorie, andando dalla rigida restrizione sino all'incoraggiamento per un cospicuo aumento di peso.

Negli ultimi cinquant'anni, negli Stati Uniti la tendenza di pensiero è stata quella di controllare l'aumento di peso per prevenire la tossiemia, il parto difficile e l'obesità materna. Nel 1966, il prestigioso trattato americano *William's Obstetrics* sentenziava che "l'eccessivo aumento di peso in gravidanza è indesiderabile per numerose ragioni: è necessario contenere l'aumento di peso da una media attuale di 12,5 kg a valori di circa 7 kg. Gli ostetrici esperti sono convinti delle complicità, maggiori o minori, determinate dall'eccessivo aumento di peso in gravidanza. Sebbene sia difficile contenere l'aumento di peso in almeno 9 kg, per-

Figura 1 - Aumento del peso materno in gravidanza e peso del neonato a termine (●—●), in kg. Modificazione dal 1942 al 1983.

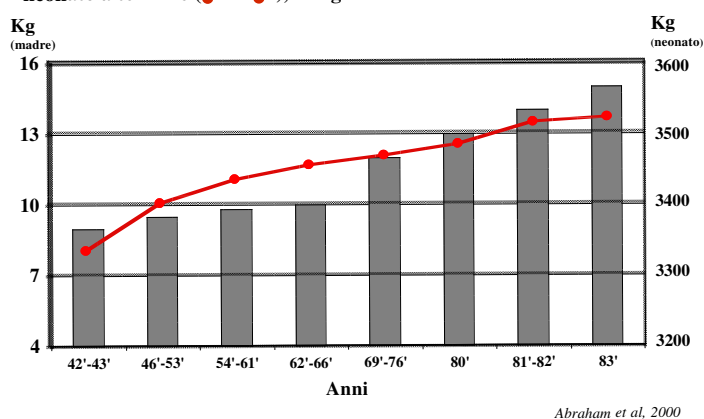
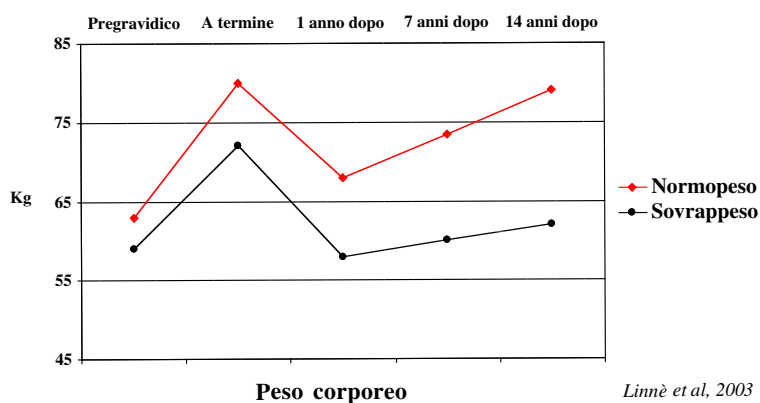


Figura 2 - Peso a distanza di 14 anni in relazione al peso a termine di gravidanza e 1 anno dopo



ché questo richiede attenta disciplina e dieta accurata, è questo l'obiettivo maggiormente desiderabile".

Questa politica di controllo ponderale ha portato a malinterpretare le raccomandazioni con il risultato di restrizioni troppo drastiche che hanno portato ad eccessiva contrazione dell'aumento di peso materno, basso peso neonatale e relative complicanze. In quegli anni, si cominciò a realizzare che l'elevata incidenza di mortalità neonatale, disabilità e ritardi mentali osservati negli Stati Uniti erano funzione del basso peso neonatale. La *National Academy of Sciences Committee on Maternal Nutrition* concluse, nel 1970, che la pratica corrente di restringere troppo l'aumento di peso materno era associata ad aumentato rischio di basso peso neonatale. Infatti, i programmi di rigido controllo dell'aumento di peso materno portavano ad inadeguato

aumento di peso gravidico: giunsero, quindi, formali raccomandazioni per un aumento di peso in gravidanza compreso fra 9 e 11,4 kg. Negli anni successivi, a seguito di questo nuovo indirizzo, la media dell'aumento di peso in gravidanza delle donne americane aumentò da 9 a 12 kg e successivamente a 14. La liberalizzazione dell'aumento di peso materno in gravidanza ha condotto a progressivo aumento di peso sia materno che del neonato. L'aumento incondizionato di peso in gravidanza ha, però, comportato cospicue complicanze sia per la madre che per il feto; nel 1990, l'*Institute of Medicine della National Academy of Sciences* degli Stati Uniti ha sentito la necessità di pubblicare delle tabelle di raccomandazione dell'aumento di peso in gravidanza sulla base dell'indice di massa corporea (BMI = peso in kg diviso per l'altezza in metri al quadrato =

kg/m²) pregravidico. In particolare, se il peso pregravidico è basso viene suggerito un aumento di peso più consistente, se l'indice di massa corporea pregravidico è elevato viene consigliato di contenere l'aumento di peso (si veda la tabella sotto il titolo).

Successivamente, sono giunte forti critiche a queste tabelle perché si è visto che il previsto aumento di peso tabellare viene quasi regolarmente disatteso, con aumenti più cospicui e relative complicanze per la madre e per il neonato; alcuni autori hanno allora raccomandato di mantenere valori compresi tra 7 e 11,5 kg per le donne con normale peso (BMI compreso tra 18,5 e 25) pregravidico. Questo nuovo suggerimento praticamente si sovrappone a quello di trent'anni prima, senza forzare il concetto di restrizione, ma tenendo conto delle osservazioni sull'andamento della gravidanza e del relativo aumento di peso.

È importante considerare i contenuti di questa controversia: in verità molti ginecologi e nutrizionisti pensano che le indicazioni dell'*Institute of Medicine* raccomandino intervalli di peso con limiti maggiori troppo elevati, i quali comportano il rischio di complicanze per la madre e per il feto.

Per le donne con normale peso (BMI) pregravidico l'aumento di peso deve essere mantenuto tra 7 e 11,5 kg

Anche se l'aumento di peso non è l'unico indicatore degli esiti della gravidanza, le osservazioni cliniche dimostrano che, quando l'aumento di peso va al di fuori dei limiti suggeriti, compaiono le maggiori complicanze della gravidanza.

Un attento monitoraggio del guadagno di peso in gravidanza è, quindi, il maggior aiuto clinico per poter ottenere i risultati migliori: ciononostante, l'osservazione delle gravidanze degli ultimi anni dicono che nel 40% delle donne americane l'incremento di peso è maggiore dei limiti massimi suggeriti. Uno studio recente eseguito su migliaia di donne finlandesi ha mostrato che

dal 1960 al 2000 i valori medi di aumento di peso in gravidanza sono maggiori di quelli raccomandati (nella prima tabella della pagina precedente) e con tendenza all'aumento: da 13,2 a 14,3 chili. La letteratura conferma, da un lato, che un aumento di peso in gravidanza minore di 7 kg si associa a basso peso neonatale ed a successivo rischio di obesità e di patologie croniche degenerative, dall'altro l'aumento maggiore delle indicazioni dell'*Institute of Medicine* si associa al rischio di mantenere l'eccesso di peso e di sviluppare obesità in tempi successivi. Si è osservato che le donne che superano in gravidanza il cut off di 16 kg hanno doppio rischio di mantenere oltre 9 kg, due anni dopo il parto. Uno studio eseguito su migliaia di donne svedesi ha dimostrato che il peso a termine e quello mantenuto dopo un anno influenzano il mantenimento del peso dopo 14 anni: le donne che hanno aumentato maggiormente il peso e che hanno mantenuto l'eccesso dopo un anno, sono diventate mediamente obese dopo 14 anni (si veda l'ultima tabella della pagina precedente)

Poiché l'epoca della gravidanza il cui aumento di peso si associa più strettamente con la crescita del feto è rappresentata dal secondo trimestre; questo risulta il periodo cruciale nel quale il peso del prodotto del concepimento si consolida. In generale, si è però osservato che il maggior rischio di mantenere eccessiva quantità di peso dopo la gravidanza si configura nelle donne con maggior guadagno di peso nelle prime settimane di gravidanza, indifferente dal BMI pregravidico.

In conclusione, i valori di aumento di peso indicati dall'*Institute of Medicine* sono particolarmente elevati, ma essi possono rappresentare una indicazione per i valori massimi; oltre questi, i rischi per l'esito della gravidanza sono i più elevati. È, comunque, da ricordare che, nonostante tali indicazioni siano ampiamente permissive, circa metà delle donne americane configurano

incrementi ponderali più elevati.

Obiettivo primario in gravidanza è, quindi, quello di mantenere una corretta ed equilibrata alimentazione per non aumentare di peso oltre il normale e previsto incremento. Questo significa che, al contrario di quanto afferma la tradizione popolare, non si deve mangiare per due. L'iperalimentazione, infatti, cui la donna va spesso incontro, sia per reale aumento dell'appetito sia per le credenze diffuse, è dannosa; anche ipoalimentarsi non è positivo e comporta ripercussioni sullo stato di salute della madre.

Durante il primo trimestre o, comunque, sino alla decima settimana, l'aumento di peso è generalmente di entità trascurabile, mentre nel secondo e terzo trimestre esso assume un andamento pressoché costante, pari in media a 350/400 g alla settimana.

Le donne sottopeso all'inizio della gravidanza possono necessitare di maggiori quantità di calorie rispetto alle donne che iniziano la gravidanza in condizioni di peso ottimale o in sovrappeso. La classe di donne con peso nella norma presenta la minore incidenza di patologia ostetrica ed i migliori esiti della gravidanza. Ovviamente, le classi più a rischio sono le estreme: quelle sot-

topeso, che più facilmente possono andare incontro a ritardo di accrescimento intrauterino, e quelle di peso molto elevato che possono sviluppare disordini molteplici.

Non esiste un valore assoluto ottimale di incremento ponderale materno uguale per tutte le donne. Il peso deve essere calcolato sulla base dello stato nutrizionale materno pregravidico.

La gravidanza in donne obese

Durante la gravidanza si configura incremento del costo energetico totale dovuto alla crescita del feto, della placenta e dei tessuti materni. Parte di questo aumento è dovuto all'incremento del metabolismo basale, che al termine della gravidanza risulta maggiore del 20% circa rispetto alle condizioni normali. Ciononostante è molto frequente, soprattutto nei paesi del mondo occidentale, assistere a cospicui incrementi di peso in gravidanza, difficili da correggere successivamente.

Il sovrappeso e l'obesità sono, già di per sé, fattori di rischio per la fertilità; in particolare l'eccesso di grasso viscerale è strettamente associato ad alterazioni del sistema riproduttivo e, quindi, può ostacolare la possibilità prima e la conduzione poi della gravidanza.

La gravidanza in una donna obesa è sempre stata considerata una situazione a rischio per la madre, per il feto e per il futuro neonato. L'obesità espone la donna gravida ad elevata incidenza di diabete ed ipertensione e a peggioramento del diabete, quando questo sia già presente. Per il feto vi è rischio maggiore di macrosomia, difetti del sistema nervoso e mortalità, specie nelle fasi avanzate della gravidanza; anche lo sviluppo di obesità nell'età evolutiva risulta maggiore per i figli di madri obese.

È stato calcolato che l'obesità può configurare un handicap per la gravidanza di circa il 35%, in relazione alle molteplici complicanze (si veda la tabella di questa pagina), le quali sono correlate al grado di obesità.



Complicanze della gravidanza in donne obese

	<i>Donne obese</i>	<i>Controlli</i>
	%	%
<i>Iperensione arteriosa</i>	21	3,3
<i>Tossicosi</i>	28	5,5
<i>Travaglio prolungato</i>	10	4,5
<i>Parto chirurgico</i>	6	3
<i>Emorragie post-parto</i>	20	8
<i>Post-maturità</i>	7	0,5
<i>Mortalità fetale</i>	1,3	0,5
<i>Difficoltà dell'allattamento</i>	30	40
<i>Infezioni urinarie</i>	13	1,7
<i>Trombo-embolie</i>	1,3	0,6
<i>Handicap totale</i>	35	

Alcune di queste complicanze ne comportano altre: ad esempio, la macrosomia può comportare distocia di spalla con lussazione della stessa durante il parto e paralisi del nervo brachiale. La macrosomia rappresenta, perciò, il più forte predittore di malformazioni della spalla. La parità, poi, è associata a maggior rischio di patologia coronarica: il rischio è verosimilmente mediato dai altri fattori. Da uno studio condotto in Gran Bretagna è emerso che il numero di gravidanze si associa con gli indici di obesità (BMI), con quelli di obesità viscerale (rapporto tra circonferenza della vita e dei fianchi = WHR) e di diabete (glicemia) oltre che con i valori dei trigliceridi, mentre è inversamente associato con i valori di HDL-Ch. L'aggiustamento per obesità e fattori di rischio metabolico attenua l'associazione tra il numero di gravidanze e il rischio coronarico.

L'obesità in gravidanza interferisce con la possibilità di allattamento al seno, da cui può dipendere il rischio di futuro sviluppo di obesità nel bambino. Si è, infatti, osservato che se l'aumento di peso materno durante la gravidanza influenza il peso del neonato, la presenza di obesità "di per sé" non sembra incidere significativamente sull'incremento ponderale del feto, ma si associa a minor possibilità di allattamento al seno; questo fenomeno, a sua volta, si associa a successivo maggior BMI, predittivo di obesità in età adulta. D'altra parte, anche un inadeguato aumento di peso durante la gravidanza, in donne



obese in epoca pregravidica, può avere effetti negativi sulla possibilità di allattamento al seno.

Studi sperimentali e clinici hanno, inoltre, dimostrato che l'iponutrizione fetale configura la possibilità di una programmazione metabolica congenita; la questione è ancora molto dibattuta, ma sembra che tale fenomeno costituisca una sorta di background fisiologico che per tutta la vita configura il rischio di molteplici stati morbosi. Alcuni tra i più gravi effetti della malnutrizione calorico-proteica iniziano in fase prenatale: secondo un rapporto delle Nazioni Unite del 1999, ogni anno circa 20 milioni di neonati — il 16% di quelli che nascono vivi — sono sottopeso già nel grembo materno a causa della denutrizione delle madri. David Barker sostiene che la malnutrizione prenatale può

Dossier

indurre una successiva predisposizione nei confronti di malattie croniche: si ipotizza che la malnutrizione induca nei feti risposte metaboliche e fisiologiche che lo aiutano a sopravvivere alla carenza nutrizionale in grembo e, dopo la nascita, alla fame per ipotetica mancanza di cibo. In fasi successive, quando la quantità di cibo è più abbondante, la stessa risposta adattativa può portare a sviluppare obesità, elevata pressione arteriosa, disturbi cardiovascolari e intolleranza al glucosio sino al diabete.

Il terribile paradosso dell'ipotesi di Barker è che un bambino che nasce affamato può sfuggire alle "malattie della povertà" per correre il rischio di morire di una "malattia dell'opulenza". Un recente studio, comparso sul prestigioso *New England Journal of Medicine*, ha dimostrato che tutte le donne che hanno avuto complicanze durante una prima gravidanza, legate ad eccesso o a difetto di peso seppure non letali per il feto, devono essere strettamente controllate nel caso decidessero di intraprendere una seconda gravidanza, perchè il rischio relativo che l'evento si ripeta una seconda volta è molto elevato.

Il fabbisogno proteico

Si afferma che in gravidanza aumenta il fabbisogno proteico giornaliero, sino a decine di grammi al giorno: tale affermazione non ha retto la verifica sperimentale.

Si è potuto osservare che la supplementazione proteica comporta, paradossalmente, rischio maggiore di sottopeso e di mortalità alla nascita. Non vi è, quindi, al momento alcuna evidenza che la supplementazione proteica porti vantaggi all'esito della gravidanza; vi è, anzi, qualche ipotesi di rischio per il feto.

Il fabbisogno di ferro e di folati

La comparsa di anemia durante la gravidanza rappresenta uno dei problemi maggiori, soprattutto per i paesi in via di sviluppo, dove le carenze nutrizionali e le malattie quali malaria e parassitosi sono

comuni e contribuiscono ad elevare il rischio di morbidità e mortalità per la madre e per il feto. La gravidanza aumenta la necessità di ferro e raddoppia il fabbisogno di acido folico, utile per la crescita del feto e per la prevenzione dei difetti del tubo neurale: sembra dimostrato il maggior rischio di spina bifida nei figli di donne carenti di folati in gravidanza. Il deficit di folati in gravidanza è da ritenersi più relativo che assoluto. Infatti, sembra in causa una alterazione recettoriale, per cui vi è necessità di maggiori quantità di folati per ottenere lo stesso effetto metabolico.

Si è osservato che la supplementazione sistematica di ferro e folati consente di mantenere o di elevare i livelli di sideremia e di ferritina e la concentrazione dei folati ematici. Poiché la supplementazione di folati dovrebbe essere iniziata prima della gravidanza, negli Usa è, ormai, sistematica la supplementazione con folati per tutti i prodotti alimentari derivati dai cereali.

L'introito di sale

Si è spesso consigliato alle donne in gravidanza di ridurre il consumo di sale per abbassare il rischio di pre-eclampsia. Anche se non sono ancora disponibili risultati convincenti per mantenere tale suggerimento, un consumo moderato è sempre da raccomandare.

Il fabbisogno di Vitamina D

Un deficit di vitamina D in gravidanza può comportare danni al feto: tale deficit può essere presente in soggetti con ridotto introito oppure con scarsa esposizione al sole. Si è, quindi, ipotizzato che la supplementazione con Vit D in gravidanza sia di una qualche utilità. Al momento non vi sono, però, evidenze scientifiche per suggerire una supplementazione di vit D in gravidanza.

La restrizione calorico-proteica

Considerata l'ingravescente incidenza di obesità e sovrappeso, è importante conoscere gli effetti e gli



esiti della gravidanza di eventuale restrizione calorica in donne gravide in eccesso di peso oppure con abnorme incremento di peso in gravidanza, sia precoce che tardivo, oppure con segni di pre-eclampsia. La letteratura non dà ancora chiare evidenze: la restrizione calorica determina riduzione dell'incremento di peso materno e del peso del neonato, ma non sono evidenti gli effetti sul rischio di pre-eclampsia e di ipertensione gravidanza-indotta. La mortalità fetale o neonatale, il rischio di taglio cesareo e lo stato nutrizionale a lungo termine non sono stati adeguatamente studiati. L'adozione di severa restrizione calorico-proteica in gravidanza, pur in presenza di obesità o di eccessivo guadagno di peso, non è ancora supportata dall'evidenza scientifica.

L'attività fisica in gravidanza

È stato documentato che il feto risponde fisiologicamente (soprattutto con aumento della frequenza cardiaca) a singoli sforzi compiuti dalla madre: l'osservazione suggerisce che l'esercizio fisico materno può avere ricadute positive o negative sulla salute del feto. Dai pochi studi effettuati emerge che una regolare attività fisica mantiene o migliora le capacità di performance della madre e ha, in genere, effetti positivi sugli esiti perinatali.

L'esercizio strenuo e l'attività fisica intensa possono, invece, accorciare la gestazione e ridurre il peso del neonato. Nelle popolazioni che hanno problemi nutrizionali il lavoro fisico durante la gravidanza è associato con minor guadagno di peso gestazionale e con basso peso del neonato. Se le donne sono in buono stato nutrizionale, l'aumento di peso in gravidanza non è diverso tra soggetti attivi e non attivi; anche in donne che iniziano ad essere più attive durante la gravidanza non vi sono differenze.

La moderata attività fisica in gravidanza migliora il volume vascolare della placenta e favorisce l'aumento di peso materno, soprattutto nelle donne che sono attive fino alla metà dell'epoca gestazionale. Nelle donne, invece, che continuano l'attività anche nell'ultima parte della gravidanza, il peso (materno) a termine risulta di circa 3 kg minore rispetto alle donne che hanno ridotto i programmi di attività fisica; anche i depositi adiposi risultano di minor entità. Comunque, l'esercizio strenuo, soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza, tende a ridurre la durata e a ridurre anche il peso del neonato. Invece, quando l'attività fisica è moderata di tipo aerobico non sembra comportare effetti negativi, al contrario sono più evidenti le suddette ricadute positive.

In definitiva, si può affermare che l'attività fisica moderata è positiva sugli esiti della gravidanza, quando si fa attenzione che l'aumento di peso sia all'interno degli intervalli proposti. Quando, invece, l'esercizio fisico è vigoroso e il lavoro fisico è particolarmente pesante vi può essere il rischio di minor durata della gravidanza e di basso peso del neonato. È nota la cosiddetta "triade delle donne atlete", che viene adoperata per descrivere una complessa associazione di disordini dell'alimentazione, irregolarità mestruali e osteoporosi. Questo fenomeno è di frequente osservazione nelle donne che svolgono attività agonistica ed è correlato alla restrizione dietetica che molte di esse fanno per mantenere un peso all'interno dei valori desiderati per quella determinata pratica sportiva. Questa abitudine può essere particolarmente dannosa in gravidanza sia per la madre che per il feto: in questi casi la gravidanza può essere ad alto rischio e richiede particolare attenzione nutrizionale. Le donne fisicamente molto attive sono spesso aduse a pratiche di supplementazioni nutrizionali: quando esse affrontano la gravidanza queste abitudini possono comportare rischi sia per la madre che per il feto. L'uso di supplementazioni proteiche, di bevande molto ricche in aminoacidi, di cibi supplementati con proteine, particolari aiuti energetici, supplementi di vitamine e minerali e, soprattutto, prodotti di erboristeria possono essere dannosi perché, quando assunti in dosi eccessive, possono configurare elementi di tossicità all'organismo. In particolare, l'introito proteico deve essere tenuto sotto controllo: si ricordi che l'introito proteico di una donna occidentale mediamente nutrita è praticamente il doppio di quanto è necessario in condizioni normali. Pertanto, il pur modestissimo aumento di necessità proteiche richieste dalla gravidanza, che si aggirano intorno ai 6-10 grammi al giorno, sono ampiamente soddisfatte dalle normali abitudini alimenta-



ri. In gravidanza, la pratica di supplementazioni proteiche può, quindi, avere effetti negativi sul metabolismo della madre e su quello del feto. Si è, infatti, osservato che l'abitudine di supplementazioni con elevate associazioni proteiche comporta diminuzione sia dei valori totali sia del progressivo aumento di peso della donna in gravidanza ed è associato a gravidanze più brevi e a più bassi pesi neonatali.

Il problema è, verosimilmente, legato al fatto che le diete iperproteiche necessariamente diventano relativamente ipoglicidiche: si è visto che la contrazione dei carboidrati durante la gravidanza può configurare riduzione della crescita fetale e anticipo al parto. Anche per quelle donne, che per almeno una parte della gravidanza, continuano l'attività fisico sportiva, il fabbisogno proteico è ampiamente coperto dalle abitudini alimentari del mondo occidentale.

In definitiva, si può dire che l'attività fisica è una pratica benefica prima, durante e dopo la gravidanza, perché promuove uno stato di migliore capacità di performance fisica e di benessere, è capace di ridurre al minimo eventuali problemi anche psicofisici che si possono configurare durante la gravidanza; soprattutto, l'attività fisica previene il rischio di obesità nei tempi suc-

cessivi al parto. L'introito calorico di una donna in gravidanza fisicamente attiva è generalmente coperto dalle usuali abitudini alimentari e consente il necessario aumento di peso. Il ruolo del clinico in queste circostanze è quello di controllare che l'andamento della gravidanza e in particolare la crescita della madre e del feto siano all'interno dei valori desiderati e che l'attività fisica svolta sia di proporzioni tali da non comportare effetti negativi. La supplementazione dietetica, energetica, vitaminica e minerale può essere la stessa che talora si configura per le gravidanze normali. Qualora si configurassero delle esigenze particolari, è opportuno che la donna in gravidanza impegnata in attività fisiche importanti faccia riferimento ad un esperto della materia ad esempio ad una dietista. L'andamento del peso materno in gravidanza è, comunque, l'indicatore più importante dell'adeguatezza dell'introito calorico-energetico, proteico, vitaminico e minerale e, anche, dell'esito della gravidanza sia per la madre che per il feto.

Il sostegno psicosociale

Vi sono consistenti elementi relativi al rischio di neonati sottopeso da madri che vivono in ambienti socialmente precari. Sono stati attivati molti programmi di sostegno per donne che affrontano la gravidanza con il rischio di malnutrizione: sono previsti informazioni e consigli di varia natura (nutrizionali, gestione dello stress, uso e abuso di alcol e droghe anche minori), supporti logistici (trasporto alla clinica o aiuto per le faccende domestiche) e soprattutto sostegno psicologico. I risultati di molteplici studi hanno dimostrato positivi effetti psicosociali, maggiori probabilità di condurre a termine la gravidanza e minor rischio di parti cesarei.

***Direttore U.O. Clinica Geriatrica
Servizio Nutrizione clinica
Azienda ospedaliero-universitaria
di Verona**

SE IL FIATO È CORTO

Il 29 maggio, in occasione della Giornata nazionale del respiro, la Pneumologia dell'ospedale Maggiore di Borgo Trento ha eseguito un'ottantina di spirometrie gratuite ad altrettanti veronesi che sospettavano di avere problemi respiratori. Per alcuni è arrivata la conferma e si è potuto quindi impostare un programma di cura. Alla diagnosi delle broncopneumopatie croniche ostruttive (Bpco) è stata dedicata la decima edizione dell'iniziativa mirata alla prevenzione e all'informazione sulle patologie respiratorie, coordinata dalla Federazione italiana contro le malattie polmonari sociali e la tubercolosi su mandato dell'Aipo (Associazione italiana pneumologi ospedalieri). L'Unità operativa di pneumologia dell'azienda ospedaliera ha aderito alla Giornata del respiro per sensibilizzare i veronesi sull'importanza della prevenzione di queste malattie tuttora sottodiagnosticate e sottostimate, ma destinate a crescere. Tanto che le associazioni di pneumologi e di pazienti stanno conducendo un'azione di sensibilizzazione e di pressione sul ministero della Salute affinché alla Bpco venga riconosciuto lo status di malattia sociale e, quindi, come già accade per gli asmatici, sia possibile effettuare gratuitamente la spirometria.

«Nel 1990 le broncopneumopatie croniche ostruttive erano al 12° posto tra le malattie più frequenti, nel 2020, secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità, saranno al quinto posto – spiega il responsabile dell'Unità operativa di Pneumologia di Borgo Trento, Angiolo Cipriani –. L'escalation allarma; il problema è medico e sociale e anche Verona rientra perfettamente nei trend individuati dall'Oms».

Di che patologie si tratta?

«Le broncopneumopatie croniche ostruttive interessano le vie respiratorie, in particolare le diramazioni più periferiche dell'albero bronchia-



Angiolo Cipriani, primario di Pneumologia

le, di dimensioni più piccole, che sono le prime ad essere ostruite. La capacità respiratoria del paziente subisce limitazioni progressive. Si tratta di manifestazioni cliniche meglio conosciute come bronchite cronica, enfisema e asma cronico».

Quali fattori determinano l'incremento di questo tipo di malattie respiratorie?

«Il primo fattore di rischio è determinato dal fumo, in particolare di sigaretta, ma anche l'inquinamento atmosferico, da traffico veicolare, da riscaldamento domestico e gli agenti nocivi di varia natura rivestono un ruolo di grande importanza. Solo raramente l'enfisema non è determinato da questi fattori di rischio, ma è piuttosto da elementi genetici: in questo caso si manifesta in età giovanile e solo nell'1% della popolazione».

A che età invece si comincia a soffrire di broncopneumopatie?

«Sono malattie espressione dell'età media, si presentano verso i 40-45 anni, con tosse persistente, anche mattutina e con caratteristiche di cronicità, che si accompagna alla necessità di espettorazione. La

dispnea, cioè la mancanza di respiro, rappresenta una manifestazione della malattia ad uno stadio più avanzato. In presenza di tosse persistente e cronica, soprattutto se il paziente è un fumatore, il medico di medicina generale farebbe bene a non prescrivere farmaci, ma piuttosto una spirometria, che è un esame semplice, riproducibile, standardizzato e consente di misurare i volumi polmonari e i flussi aerei. Il test viene considerato il *gold standard* sia per diagnosticare il livello di ostruzione, sia per documentarne la gravità e, dunque, per prendere i provvedimenti più adatti a combattere l'evoluzione della patologia. Non raramente, invece di far eseguire al più presto una spirometria, vengono prescritti antibiotici, cortisonici, broncodilatatori o farmaci contro la tosse senza aver diagnosticato l'ostruzione bronchiale, con la conseguenza che la Bpco sarà riconosciuta e curata tardivamente».

In particolare cosa può fare un paziente al quale si diagnostica una broncopneumopatia in fase iniziale?

«Per prima cosa smettere subito di fumare. È l'unico provvedimento davvero importante quando la malattia è ancora modesta. In questo modo è possibile riportare a valori fisiologici la riduzione del flusso aereo respiratorio. Tutti con l'età perdiamo annualmente una parte di questo flusso; la perdita è più accentuata nel soggetto che fuma. Rinunciando alla sigaretta, però, la tendenza si inverte e si riacquista la capacità perduta, proprio come se non si avesse mai fumato».

Se invece la diagnosi arriva in fase più avanzata?

«Il campanello d'allarme per il paziente è rappresentato dalla sensazione di mancanza di respiro quando fa le scale, oppure dalla fatica di parlare quando contemporaneamente cammina, magari velocemente. Allo-

Dopo la ristrutturazione Pneumologia è più accogliente

Oltre mille ricoveri all'anno di pazienti, in maggior parte ultrasessantenni, altri 700 in day hospital ai quali si aggiunge l'attività dei servizi di Fisiopatologia respiratoria, che esegue annualmente circa sette mila indagini per pazienti esterni e di Endoscopia respiratoria, con mille e 600 broncoscopie all'anno. Le cifre riassumono l'impegno dell'Unità operativa di Pneumologia che da qualche mese ha una nuova sede al primo piano del terzo padiglione del lato destro dell'ospedale civile Maggiore di Borgo Trento. La ristrutturazione, effettuata con un investimento di 800 mila euro, è inserita nel programma di riqualificazione dell'ospedale cittadino. Ora il reparto dispone di 27 posti di degenza in camere da due o tre letti, tutte dotate di bagno. Il 15% dei pazienti ricoverati proviene da altre province.

Tra le cause di ricovero in Pneumologia, le patologie più ricorrenti sono: insufficienza respiratoria cronica da broncopneumopatie croniche ostruttive, neoplasie polmonari, patologie infiammatorie (polmoniti e pleuriti). In reparto vengono diagnosticate e curate anche le patologie dell'interstizio polmonare, le fibrosi polmonari, le tromboembolie polmonari e l'asma grave. Infine alla Pneumologia si rivolgono pazienti che si sottopongono al monitoraggio notturno dei disturbi del sonno rappresentati dalle apnee ostruttive, riscontrabili prevalentemente in soggetti obesi. «Sono gravi abbassamenti dell'ossigenazione che si manifestano durante il sonno. Il soggetto va in apnea e si risveglia bruscamente per "fame" d'aria – spiega Cipriani –. È una patologia legata al benessere che si combatte programmando la riduzione del peso e, se necessario, correggendo chirurgicamente l'ostruzione delle vie respiratorie». Nel day hospital della Pneumologia sono seguiti soprattutto i pazienti affetti da neo-



plasie polmonari che vengono sottoposti a chemioterapie e che devono essere monitorati per toracentesi o broncoscopia. Il servizio di Fisiopatologia respiratoria indaga, invece, la funzionalità respiratoria attraverso esami come la spirometria, il test da sforzo, l'emogasanalisi, per misurare la quantità d'ossigeno da prescrivere a chi soffre di insufficienza respiratoria e il test del cammino per valutare la quantità d'ossigeno consumata durante l'attività fisica. Il servizio di Endoscopia respiratoria utilizza moderni fibrobroncoscopi per effettuare broncoscopie più mirate e rendere l'esame assai meno fastidioso che in passato, consentendo un accurato studio dell'albero bronchiale e rendendo possibili aspirati o biopsie bronchiali. Viene eseguito anche il lavaggio broncoalveolare con il quale, nel caso di patologie immunologiche, inoculando soluzione fisiologica nei piccoli bronchi e poi recuperandola per aspirazione, possono essere studiate le cellule del polmone profondo. La Pneumologia svolge anche un'intensa attività ambulatoriale con un ambulatorio divisionale ed ambulatori dedicati ad asma, broncopneumopatie croniche ostruttive, insufficienza respiratoria, interstiziopatie, sarcoidosi e tumori polmonari, seguendo in media circa 4 mila pazienti l'anno. Il reparto guidato dal dottor Cipriani è l'unica Pneumologia dell'Azienda ospedaliera; a Borgo Roma esiste inoltre un servizio di Fisiopatologia respiratoria aggregata alla medicina interna D. (V.Zan.)

Prevenzione

37



ra è indispensabile approntare anche una terapia farmacologica basata sulla somministrazione per via inalatoria di broncodilatatori. Poiché la dispnea, cioè la mancanza di respiro, comporta la diminuzione dell'ossigeno nel sangue, spesso come terapia aggiuntiva e continuativa i pazienti vengono sottoposti ad ossigenoterapia. Il numero più consistente di ricoverati nei reparti di Pneumologia è rappresentato proprio dai pazienti affetti da broncopneumopatie croniche ostruttive in fase avanzata, spesso all'origine di complicanze come le cardiopatie associate».

Qual è allora il consiglio più importante che si può dare ai giovani?

«Di non cedere al mito della sigaretta. Anche chi tra la popolazione giovanile fuma oltre le 10-15 sigarette al giorno con continuità è già un soggetto con Bpco allo stato latente, in quanto rispetto ad un coetaneo che non fuma, una semplice spirometria documenterà una riduzione del flusso aereo respiratorio con una iniziale compromissione delle vie aeree periferiche. È preoccupante inoltre l'incremento del numero delle fumatrici donne. Il numero di tumori al polmone riscontrati in soggetti femminili supera oramai quello dei tumori alla mammella. È indispensabile far passare il messaggio di pericolo legato alla consuetudine col fumo, perché i giovani in generale e le ragazze in particolare non inizino».

E per chi ha già ceduto al fumo?

«Smettere il prima possibile e sottoporsi comunque a spirometria ai primi sintomi di tosse cronica».

Valeria Zanetti

Fin dal 1998 l'impegno della Regione Veneto al processo di integrazione europea e alle attività di cooperazione internazionale ha favorito la spinta ad un costante ammodernamento delle strutture organizzative e operative regionali, soprattutto grazie all'acquisizione di nuove metodologie di lavoro attraverso la diretta partecipazione ai programmi internazionali delle aziende sanitarie venete. Il Veneto ha avviato un importante confronto con i sistemi sanitari e di welfare degli altri Paesi e delle altre Regioni dell'Unione europea. L'attività di cooperazione internazionale della Regione Veneto si inserisce, inoltre, in un momento di grande trasformazione della cooperazione allo sviluppo del ministero Affari esteri, con l'istituzione di un'apposita "Unità per le Regioni" e viene definita "cooperazione decentrata".

La Regione ha approvato la legge 55/99, entrata in vigore il 1 gennaio 2000, prevedendo una serie di interventi (piano annuale di interventi di cooperazione decentrata e di interventi di solidarietà internazionale, un bando per l'assegnazione di contributi, ed altri) che si sono sviluppati fino ad oggi attraverso l'attività di apposite strutture amministrative dell'apparato regionale.

Il contesto politico internazionale (soprattutto dopo l'11 settembre 2001), le questioni legate all'allargamento dell'Unione Europea, la riforma del Titolo V della Costituzione, rendono infatti ancor più necessaria la crescita della "cultura della cooperazione e della solidarietà internazionale" nel sistema sanitario regionale.

In questo rinnovato contesto legislativo e politico, le Regioni italiane hanno un'occasione in più per essere presenti nello scenario europeo, potendo ora arrivare anche a siglare accordi internazionali nelle materie di loro competenza, seppure nel rispetto dei principi fondamentali sanciti dallo Stato.

La Regione Veneto ha inserito la cooperazione internazionale tra gli obiettivi di programmazione da rag-

La Regione Veneto protagonista nei programmi di intervento umanitario

MANI TESE AL MONDO

di Luigi Bertinato *



giungere da parte dei direttori generali delle Aziende sanitarie locali e tra le aree e settori di intervento della ricerca sanitaria finalizzata regionale.

Anche nella predisposizione del disegno di legge per l'approvazione del nuovo Piano socio sanitario

regionale, si è preso atto di questa nuova dimensione dell'attività delle Regioni in ambito internazionale e della necessità di disciplinarla con apposite norme.

Tra 1998 e 2002 il Veneto ha seguito l'emergenza umanitaria durante il conflitto in Kosovo (attivazione di



Un campo tenda (foto Caroline Groszer) e, sotto un'ambulanza nel Kosovo. Nella pagina precedente, ambulatorio e sala operatoria in Iraq

una unità di crisi e allestimento di un campo profughi a Valona, ristrutturazione delle centrali tecnologiche e direzione sanitaria dell'ospedale di Pech-Peje, attività di formazione dei medici kosovari) e il terremoto in Turchia (attivazione di una unità di crisi, invio di farmaci, presidi sanitari e apparecchiature medicali). Attualmente la Regione Veneto è impegnata anche in altre aree del mondo in progetti di emergenza umanitaria: aiuti all'ospedale italiano di Nazareth, donazione di farmaci alle province argentine di Cordoba, Buenos Aires e Santa Fè, presenza di due sanitari all'ospedale italiano di Kabul. Per quanto riguarda la cooperazione decentrata, nel biennio 1998-2000 il Veneto ha concluso programmi in:

- * Marocco (messa in opera di un servizio di dialisi nel presidio ospedaliero locale con l'Università marocchina di Fez e formazione del personale bio-medico);
- * Romania (attività di monitoraggio delle infezioni nosocomiali presso l'ospedale regionale di Resita, atti-



vazione del corso di chirurgia erniaria nell'ospedale provinciale di Alba Julia, gemellaggio tra i medici di famiglia di Iasi e dell'Azienda Ulss 16 di Padova);

- * Repubblica di Moldova (formazione dei dirigenti del ministero della Sanità moldavo);

- * Guatemala (per i bambini vittime del conflitto nella regione di Ixil: attività di salute mentale, vaccinazione, educazione sanitaria e di prevenzione delle malattie parassitarie. Gestione dei rifiuti solidi urbani). Tuttora in corso (2001 - 2003) sono invece programmi di cooperazione con:

- * Uzbekistan (coordinamento col progetto "Carak" di assistenza materno-infantile dell'Oms);

- * Argentina (attuazione di protocolli d'intesa con le province di Cordoba, Buenos Aires e Santa Fè per la formazione di personale infermieristico pubblico e amministrativo degli ospedali municipali e per l'informatizzazione della rete ospedaliera);

- * Mozambico (a Beira, formazione triennale dei quadri sanitari dell'area materno-infantile);

- * Slovacchia (adeguamento delle normative per la marchiatura dei bovini agli standard in uso nell'Unione Europea);

- * Etiopia (supporto alla regione di Awassa, per i progetti di prevenzione dell'Aids e delle malattie tropicali, formazione degli operatori di strada, sviluppo di programmi a favore di bambini di strada e orfani a causa dell'HIV);

- * Georgia (invio di farmaci per l'ospedale oncoematologico pediatrico di Tblisi in collaborazione con Farmindustria);

* Albania (collaborazione con il centro nazionale per l'emofilia di Tirana);

* Romania (assistenza alla regione di Timis nella fase di decentramento del sistema sanitario e di adeguamento delle normative sanitarie agli standards in uso nell'Unione Europea);

* Bosnia (istituzione di tre centri pilota di salute mentale territoriale, sul modello in uso in Veneto, a Sarajevo, Mostar e Banjaluka);

* Uruguay (appoggio all'organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari di Montevideo: donazione di una vasca per la riabilitazione dei bambini con disfunzioni intellettuali, motorie, sensoriali e di personalità).

A margine di tali linee di attività, la Regione si è inoltre dotata, dal 2001, di uno strumento che intende favorire tutte le Istituzioni e le Organizzazioni non governative (Ong), con sede in Veneto, che operano nei Paesi in via di sviluppo, per poter ricoverare nelle strutture sanitarie della Regione Veneto, cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione Europea con gravi patologie. Una commissione medica regionale è incaricata di autorizzare le Aziende sanitarie venete a ricoverare questi pazienti, coprendone l'intero costo di cura, purché rientrino nei criteri che la deliberazione di Giunta ha fissato.

Secondo la Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità: "i bassi livelli di salute di alcuni Stati e le disparità esistenti tra i Paesi, minacciano la pace e la sicurezza mondiale". Questa definizione, di grande attualità alla luce delle conseguenze legate agli attentati dell'11 settembre 2001, è stata confermata anche dai risultati del recente rapporto su *Macroeconomics and health* dell'Oms, dove si raccomanda che le relazioni economiche tra Paesi e regioni del nord e del sud del mondo non siano affidate unicamente alle leggi di mercato, ma favoriscano lo sviluppo economico e sociale dei Paesi più deboli per ottenere un sensibile miglioramen-

Un Raggio di Luce per i piccoli sfortunati



«Chi aderisce a Raggio di Luce è ambasciatore e strumento di vita, sopravvivenza, conforto per bambini sofferenti, minorati, sfruttati e abbandonati». Sta tutto in questo slogan l'essenza più vera dell'impegno che ha deciso di assumersi l'associazione Raggio di Luce Onlus, nata per dare assistenza ai minori disagiati, sia socialmente che economicamente, con specifico riferimento a quelli bisognosi di cure mediche chirurgiche e assistenziali, per i quali è iniziata la collaborazione con l'Azienda ospedaliera di Verona. Lo scopo dell'associazione, in sostanza, è volto ad assicurare ai piccoli ammalati stranieri la possibilità di arrivare a Verona per essere curati, ma anche raccogliere fondi mediante contributi volontari per aiutare economicamente i minori e restituire loro il diritto ad essere bambini e persone.

«La mia attività benefica risale a molti anni or sono – racconta Mari- lena Ardesi, presidente dell'associazione – ma solo da dieci anni ho ampliato il mio intervento di solidarietà a nuove aree, iniziando un impegno d'aiuto alla Croazia, allora in guerra. Da lì è partita l'associazione che oggi conta nove soci, grazie ai quali è stato possibile accogliere numerose famiglie rumene e albanesi i cui bambini avevano bisogno d'importanti interventi chirurgici nei loro Paesi impensabili: Andrea, priva di palato, Alexandru, arrivato a Verona con una gamba in cancrena, Paula, sorda, muta e cieca, e tanti altri bisognosi come loro».

«Raggio di Luce» non si limita a questi singoli episodi legati all'ospedalizzazione di bambini ammalati, seppure questa è l'attività principale, ma assiste anche quelle popola-

to delle loro condizioni di salute. In Europa, la partecipazione dei governi regionali ai temi del miglioramento dello stato di salute della popolazione diventa sempre più

attuale. In linea con gli obiettivi delle politiche comunitarie in materia di cooperazione, anche la filosofia di intervento della Regione Veneto, incoraggia uno sviluppo

Così la collaborazione tra Azienda ospedaliera e associazioni consente di avviare interventi umanitari all'estero

Come si esplica la collaborazione tra Azienda ospedaliera e associazioni per avviare interventi umanitari? Chi si carica dell'onere economico per il viaggio e le cure nel nostro Paese di queste persone in grave disagio, non in carico al Servizio sanitario nazionale?

Come interviene l'Azienda ospedaliera di Verona? Lo abbiamo chiesto a Giorgio Piccoli, responsabile dell'Ufficio incaricato di questa particolare attività.

«La Regione Veneto delibera annualmente un fondo speciale con cui finanzia i ricoveri per ragioni umanitarie e si avvale di una Commissione che esamina le domande – dice Giorgio Piccoli –. Le procedure che portano in Italia gli ammalati si basano sulla richiesta da parte di un'associazione di volontariato iscritta all'albo della Regione, che deve farsi carico del vitto e alloggio, delle spese di trasporto da e per i Paesi d'origine, delle pratiche burocratiche per i visti d'ingresso per cure umanitarie, e dare la garanzia che, una volta terminata la ragione del ricovero, l'ammalato straniero ritorni al proprio Paese.

L'Azienda ospedaliera – continua Piccoli – deve fornire un'autorizzazione al ricovero, con l'indicazione del reparto presso cui l'ammalato sarà degente, dando anche la data presumibile del ricovero, e dichiarando che l'ammalato è residente in un Paese non appartenente all'Unione Europea e non ha familiari in Italia.

Inoltre, è a nostro carico la trasmissione della documentazione alla Regione Veneto, la quale, nel momento in cui provvede all'autorizzazione, manda copia a noi, all'associazione e all'ambasciata italiana o al Consolato territorialmente competente». In sostanza la Regione è tramite fra Azienda ospedaliera, associazione di volontariato e consolati all'estero.

SITUAZIONE DEI CITTADINI STRANIERI

Se il cittadino straniero è in possesso di permesso di soggiorno per uno dei motivi previsti dalla legge ha diritto

all'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale presso la Ulss nella quale ha la residenza o nel luogo di abituale dimora.

Ma se i cittadini stranieri vivono nella nostra città e sono irregolari, come si muove il servizio sanitario, le Ulss e l'Azienda ospedaliera in caso d'eventuali ricoveri? Se il cittadino è straniero irregolare, ed ha bisogno di un ricovero urgente, essenziale o continuativo per malattia o infortunio (escluso gravidanza e IVG, malattie infettive, tutela minori) l'onere della degenza, tramite la Prefettura, è a carico del ministero degli Interni che si avvale di un fondo del dicastero.

Se, invece, la tipologia di ricovero non è urgente, programmato o diurno (profilassi, diagnosi e cure malattie infettive, tutela della gravidanza e della maternità - aborto incluso, tutela della salute del minore). Nel caso dell'Azienda ospedaliera di Verona il ricovero è a carico dell'Ulss 20.

Se il cittadino ha un visto di soggiorno per turismo o affari della durata di 90 giorni?

Agli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, non iscrivibili obbligatoriamente al Servizio sanitario nazionale, sono assicurate nelle strutture sanitarie accreditate dello stesso Servizio le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital), per le quali devono essere corrisposte le relative tariffe al momento della dimissione. Inoltre possono usufruire delle prestazioni sanitarie di elezione, previo pagamento delle relative tariffe, versando il deposito cauzionale stabilito con provvedimento del direttore generale.

Per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute l'Unità sanitaria locale, l'Azienda ospedaliera o altra struttura accreditata devono rivolgersi per il relativo rimborso alla Prefettura, competente per territorio, secondo le procedure già in vigore, ai sensi della legge del 17 luglio 1890 n. 6972 e successive modificazioni. (G.Bill.)

zioni per interventi di ristrutturazioni edili delle loro povere case, per la spedizione di materiale scolastico e attrezzature di vario tipo.

«In questi giorni stiamo seguendo vari casi, tra questi, quelli di due bimbe di 3 e 12 anni le cui famiglie, poverissime, non potevano curarle - continua la signora Ardesi -. La piccola ha un glaucoma ad entrambi gli occhi e l'abbiamo fatta operare a

Bucarest. L'altra ha un difetto settale ventricolare ed una stenosi polmonare, ma grazie all'intervento di Medici senza Frontiere, è stato possibile operarla sul posto. Adesso stiamo battendo per ottenere il visto per altre persone, alle quali intanto spediamo denaro medicine e viveri. Per fortuna abbiamo i medici e gli operatori dell'Azienda ospedaliera di Verona che ci vengono sempre incontro.

L'associazione ha un impellente bisogno di fondi per accogliere questi bambini sofferenti e cerchiamo urgentemente un benefattore che ci doni una casa-alloggio. Per questo, ci rivolgiamo ai veronesi più generosi affinché ci diano una mano». Chi vuole accogliere l'invito dell'Associazione Raggio di Luce Onlus, può telefonare allo 045-8010483.

Giovanna Billeci

sostenibile che favorisca il miglioramento dello stato di salute attraverso la riduzione e l'azzeramento della povertà nei Paesi in via di sviluppo e la loro integrazione nell'e-

conomia mondiale. Va detto che, indubbiamente, nella nostra regione la cooperazione internazionale è una vocazione che ha radici profonde nelle tradizioni di solidarietà che

da sempre ha animato la gente veneta.

*** Dirigente del Servizio rapporti internazionali socio-sanitari della Regione Veneto**

La visita del dottore



Il medico entra nelle famiglie anche per aiutare a superare ansie e timori legati alla malattia

Nel giro di pochi decenni abbiamo cambiato nome numerose volte: eravamo medici condotti, per i pazienti indigenti; poi medici della mutua per chi se la poteva permettere; venne poi il tempo della "Medicina di base" e infine siamo approdati all'attuale Medico di Medicina generale. Ma il titolo a cui siamo quasi tutti più affezionati e di cui molti di noi amano ancora fregiarsi resta quello di medico di famiglia.

È vero anche che in questi stessi ultimi decenni è cambiata molto la società, e di conseguenza la famiglia che ne rappresenta l'unità costitutiva primaria. Ma, paradossalmente, in questa società in cui vanno prevalendo sempre di più le malattie croniche, legate soprattutto al suo progressivo invecchiamento, il ruolo della famiglia dovrebbe divenire ancora più importante che in passato.

Anche il ruolo del medico di famiglia è cambiato, perché se trent'anni fa egli veniva chiamato "in famiglia" solo per fatti acuti, cioè si recava dalla famiglia poche volte in un anno, ora la presenza di un ammalato cronico significa aprire la porta a questo "estraneo" più volte in un mese se non addirittura in una settimana, magari per anni. Da visita-

di Gelmino Tosi*

tore occasionale, temuto, riverito, ossequiato, il medico è passato al ruolo di habitué, la cui visita entra nel ritmo di vita della famiglia e il cui rapporto si fa via via più confidenziale. Tuttavia possono rimanere delle contraddizioni o diciamo delle ambiguità in questo ruolo, in particolare nelle relazioni con i vari membri della famiglia, che pur essendo magari tutti assistiti dello stesso medico, non sono tutti ammalati e non tutti gradiscono il medesimo grado di confidenza.

Racconterò un aneddoto per spiegare meglio questo passaggio.

Un giorno entra in ambulatorio una ragazza di vent'anni, la cui madre è da me seguita da tempo per i controlli relativi ad un tumore al seno.

Un rapporto molto intenso quello che ho avuto con la signora, assieme abbiamo affrontato l'iter della chemioterapia, poi la speranza di una guarigione, infine lo sconforto di una recidiva, ora ancora la speranza di nuova vita.

Quel giorno la figlia mi chiede, con un velo di imbarazzo, la prescrizione di una pillola anticoncezionale.

Io faccio tutto quello che devo fare, spiegazioni, precauzioni, controindicazioni e quant'altro, lei mi sembra soddisfatta quindi mi domanda a bruciapelo:

«Secondo lei devo dire ai miei genitori che prendo la pillola?».

Il sottinteso di questa domanda è lapalissiano: «Mi posso fidare di lei sul fatto che non farà parola a mia madre di questa pillola?».

Infatti la mia risposta è pronta:

«Devi decidere tu se dirlo o non dirlo, sicuramente da me non verrà assolutamente a saperlo!».

È stato detto all'inizio che la famiglia è cambiata, si è parcellizzata, con la conseguenza che molti anziani vivono da soli.

Ora l'aspetto principale della cronicizzazione non è essenzialmente quello sanitario, cioè delle cure mediche strettamente intese, ma piuttosto quello dell'assistenza, del-

l'accudimento. La famiglia diviene non solo il luogo di cura, ma il mezzo di cura. In altre parole se è vero che un medico ospedaliero non può lavorare se non in stretta collaborazione con il personale infermieristico, generico e di segreteria, altrettanto vero è che un medico del territorio non può lavorare senza la collaborazione stretta con la famiglia.

Anche su queste idee si giocano spesso le relazioni tra medico e famiglia: cambiano da persona a persona le aspettative, le richieste, le opinioni e le idee di cura. Predomina spesso la paura di un impegno troppo oneroso, della perdita di libertà, talvolta solo un gretto egoismo.

Vorrei però dichiarare che nella mia esperienza di medico di famiglia prevalgono di gran lunga le vicende positive, gli esempi di grande generosità e dedizione. Storie che ti sorprendono e ti coinvolgono a tal punto che ti senti in dovere di dare di più, oltre l'orario, oltre il dovuto. Insieme con il medico si possono superare paure e condividere emozioni, ma soprattutto rielaborare e vivificare il rapporto con il congiunto infermo, valorizzando le capacità di ogni membro della famiglia, assegnando a ciascuno un ruolo. Per esempio, non è detto che tutti siano in grado di cambiare il pannolone al padre infermo, ci vuole anche chi corre da un ufficio all'altro, da una farmacia ad una sanitaria per procurare i presidi e medicinali; c'è chi è più libero di notte, chi più disponibile di giorno e così via.

Vorrei dire un'ultima cosa: per curare un ammalato cronico, non è necessario ristabilire una famiglia di tipo "patriarcale", non significa ritornare ad una convivenza, basta solo un po' di organizzazione e soprattutto tanta disponibilità, ma sarà un sacrificio che verrà ampiamente ripagato.

* *medico di famiglia*

Un nuovo documento europeo semplificherà
«le vacanze» degli amici dell'uomo

Animali

43

PASSAPORTO PER FIDO

«Fido, cheese, ti fotografo per il passaporto!». Il nuovo documento per il trasporto di piccoli animali da compagnia all'interno dell'Unione europea dovrebbe semplificare la vita ai loro padroni. Però all'Ordine dei Veterinari di Verona ci spiegano che «tanti stanno telefonando a noi chiedendoci informazioni su qualcosa che sembra loro molto complicato».

In realtà, non appena il meccanismo sarà avviato, dovrebbe risultare tutto piuttosto facile da capire e da mettere in pratica.

Il passaporto sostituisce, infatti, la certificazione di buona salute dell'animale, sinora obbligatoria assieme alle vaccinazioni per poterlo portare all'estero.

Come spiega chiaramente nei dettagli il sito ufficiale della Regione Veneto (www.regione.veneto.it), la Commissione Europea, con il Regolamento 998/2003, ha introdotto nuove norme che disciplinano gli spostamenti di piccoli animali (cani, gatti e furetti) all'interno della Unione Europea, regolamentandone al tempo stesso le condizioni per l'importazione da Paesi terzi.

In particolare si prevede:

* l'identificazione dei piccoli animali mediante microchip o tatuaggio (nella regione del Veneto il tatuaggio non viene più praticato, ma continuerà ad essere accettato nei prossimi otto anni, se effettuato prima del 1999);

* l'adozione di un modello unico di passaporto, secondo la decisione 803/2003.

Queste nuove modalità dovevano entrare in vigore a partire dal 3 luglio 2004, ma molti Stati membri hanno richiesto un periodo ulteriore per implementare il nuovo siste-



ma. Così, la Commissione Europea ha deciso di prevedere che fino al 1 ottobre potranno convivere le nuove regole comunitarie con le vecchie modalità in vigore nei singoli Stati membri. Per gli scambi di animali destinati a Paesi diversi da Irlanda, Gran Bretagna e Svezia si prevede: animale identificato con microchip o tatuaggio, passaporto rilasciato dall'autorità competente (Ulss locale), vaccinazione antirabbica in corso di validità (riportata sul passaporto).

Per scambi di animali destinati a Irlanda, Gran Bretagna e Svezia: animale identificato con microchip (non con tatuaggio), passaporto rilasciato dall'autorità competente, vaccinazione antirabbica in corso di validità (riportata sul passaporto), titolazione di anticorpi neutralizzanti pari ad almeno 0,5 UI/ml, effettuata sei mesi prima del movi-

mento per Irlanda e Gran Bretagna, 120 giorni dopo la vaccinazione per la Svezia.

Quanto all'importazione in Italia di animali provenienti da Paesi Terzi, valgono le stesse disposizioni degli Stati membri per Andorra, Islanda, Liechtenstein, Monaco, Norvegia, San Marino, Svizzera e Città del Vaticano.

Diverso il caso dei Paesi che presentano condizioni favorevoli per la rabbia (Isola dell'Ascensione, Antigua e Barbuda, Antille olandesi, Australia, Aruba, Barbados, Bahrein, Bermuda, Canada, Figi, Isole Falkland, Croazia, Giamaica, Giappone, Saint Kitts e Nevis, Isole Cayman, Montserrat, Maurizio, Nuova Caledonia, Nuova Zelanda, Polinesia francese, Saint-Pierre e Miquelon, Singapore, Sant'Elena, Stati Uniti d'America, Saint Vincent e Grenadine, Vanuatu, Wallis e Futuna, Mayotte), per i quali si pre-

vede: animale identificato con microchip o tatuaggio, certificato sanitario conforme alla decisione 2004/203/CE, vaccinazione antirabbica in corso di validità (riportata sul certificato sanitario).

Per gli altri Paesi terzi, le regole sono: animale identificato con microchip o tatuaggio, certificato sanitario conforme alla decisione 2004/203/CE, vaccinazione antirabbica in corso di validità (riportata sul certificato sanitario), titolazione di anticorpi neutralizzanti pari ad almeno 0,5 UI/ml effettuata almeno 30 giorni dopo la vaccinazione e tre mesi prima del movimento.

Il Servizio veterinario multizonale dell'Ulss 20 di Verona si è già attivato. Il passaporto può essere richiesto previo appuntamento telefonico chiamando lo 045-8002364 (Canile sanitario), dalle ore 9 alle 12,30.

Anna Laura Folena

PILLOLA "HIGH-TECH"

di Alberto Gazzola e Riccardo Avesani *

"Basta un po' di zucchero e la pillola va giù", cantava Mary Poppins nell'omonimo film del 1964 di Walt Disney. Un sorso d'acqua e il gioco è fatto. Nessun dolore, nessun fastidio e nessun effetto collaterale. La nuova frontiera dell'endoscopia digestiva è ormai una routine per i medici della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona. La M2A, chiamata comunemente pillola endoscopica, è utilizzata dallo staff del dottor Arrigo Battocchia da ormai 2 anni, nel corso dei quali sono stati effettuati più di 80 esami.

Certo, questa nuova tecnica non ha soppiantato i tradizionali esami endoscopici, ma ne ha ampliato il campo, permettendo, per la prima volta, di poter seguire dall'inizio alla fine il viaggio attraverso l'apparato digerente.

La pillola, inventata contemporaneamente dall'ing. Gavriel Iddan a Rafael in Israele e dal dott. Paul Swain a Londra, è un piccolo concentrato di tecnologia. In una capsula poco più grande di una comune pillola d'antibiotico, 11mm di diametro per 26mm di lunghezza complessiva, sono contenute una fotocamera, una fonte di luce, un'antenna trasmittente e le batterie per mantenere il tutto in funzione per 8 ore di registrazione.

Questo concentrato di tecnologia, brevetto esclusivo dell'israeliana Given Imaging Ltd (GastroIntestinal Video ENdoscopia), "scatta" 2 fotografie al secondo per un totale di più di 50 mila immagini ad esame. Contemporaneamente 7 antenne riceventi, posizionate oculatamente sulla pancia e sui fianchi del paziente, trasmettono i dati ad un piccolo registratore fissato alla cintura, che li memorizza. Nel frattempo si può tranquillamente muoversi, andare al lavoro e dopo alcune ore anche mangiare e bere. Unico accorgimento è di evitare forti campi magnetici e radiazioni ionizzanti che potrebbero interferire con il funzionamento della capsula.

Dopo circa 8 ore il paziente torna in ospedale, il registratore viene tolto e collegato ad un computer dedicato, in grado di elaborare e visualizzare le immagini, che possono essere viste singolarmente o in sequenza costituendo un filmato di circa 2,5 ore. È solo a questo punto che il medico visiona la sequenza, individua i vari tratti dell'apparato digerente e i punti critici. Il sistema d'antenne, infatti, permette anche di registrare, momento per momento, l'esatta posizione della



capsula, così da fornire poi al medico tutto il percorso intestinale. Ciò permette sia di andare a vedere i tratti dell'apparato digerente che interessano di più, sia di risalire al punto esatto di una lesione osservata, al fine di dare indicazioni molto precise al chirurgo che dovrà operare.

Le patologie diagnosticabili sono tutte quelle non occlusive dell'intestino tenue, quali sanguinamenti d'origine oscura (in cui la perdita ematica sia evidente, ma le cause siano ancora indefinite) od occulta (in cui non vi siano tracce ematiche ma siano ipotizzabili, come nel caso di anemie di natura imprecisata), malattia celiaca refrattaria e poliposi familiare dell'intestino tenue. Le controindicazioni sono relativamente poche: stenosi del

tubo digerente (una specie di "collo di bottiglia" nell'intestino), presenza di pace-maker, stato di gravidanza e turbe della deglutizione. Come dicevamo, questa nuova metodica non sostituisce la tradizionale tecnica endoscopica. La pillola endoscopica, infatti, è molto utile per l'attività diagnostica, ma non ancora per quella interventistica. Inoltre stomaco e colon hanno un calibro troppo grande e in questi tratti del tubo digerente la capsula si muove in maniera incontrollata e casuale, non permettendo un'esplorazione completa. Solo nell'intestino tenue la capsula si infila esattamente nel lume, consentendo una visione a tutto campo delle pareti dell'organo. Anche in questo caso, però, poiché il movimento della pillola avviene in maniera completamente automatica, tramite i normali movimenti peristaltici, non è possibile soffermarsi sulle eventuali lesioni per approfondire la diagnosi, né effettuare prelievi biotici per un successivo esame istologico.

È in ogni caso in fase di ricerca una nuova pillola in grado di "ancorarsi" alle pareti dell'intestino nelle posizioni desiderate e di effettuare piccoli prelievi di tessuto. La pillola è ricoperta di materiale indigeribile e composta esclusivamente di elementi biocompatibili. È, infatti, "usa&getta": al termine del suo viaggio viene normalmente evacuata con le feci. Il suo costo (circa 650euro) è, di fatto, abbondantemente ripagato dalla sua peculiare utilità, quella cioè di poter raggiungere tratti intestinali non raggiungibili con l'endoscopia tradizionale, e dalla completa assenza di fastidi per il paziente.

* Ingegneri del Servizio tecnico

I cerotti transdermici

di Chiara Alberti *

Consigli utili per l'utilizzo di prodotti che sostituiscono altre forme di somministrazione dei farmaci

I cerotti transdermici rappresentano una importante innovazione in campo farmaceutico in quanto permettono di ridurre il numero di somministrazioni, con un minor rischio di dimenticare o sbagliare la dose di farmaco da assumere e conseguentemente di sovradosare o sottodosare il farmaco.

Bisogna, comunque, tenere presente che essi sono farmaci a tutti gli effetti, usati per la cura di patologie importanti e, come tali, devono essere assunti sotto controllo medico o su consiglio del farmacista, per i prodotti da banco.

È importante segnalare, inoltre, che si possono verificare fenomeni di irritazione cutanea, che in taluni casi, possono comportare l'interruzione della terapia e il ricorso ad una via di somministrazione alternativa. I farmaci in commercio in Italia in formulazione transdermica sono riportati nella tabella di pagina 46. Due sono i farmaci per le patologie cardiovascolari: nitroglicerina per il trattamento dell'angina pectoris e clonidina per l'ipertensione arteriosa. Vengono somministrati mediante cerotto transdermico anche farmaci per il trat-

tamento del dolore severo (fentanil e buprenorfina). Numerosi preparati contenenti ormoni sessuali vengono somministrati per la cura dei sintomi da mancanza di estrogeni dovuti alla menopausa (la cosiddetta terapia ormonale sostitutiva), o del carcinoma prostatico e da pochi mesi è stato commercializzato anche un cerotto ad azione contraccettiva. Si tratta di farmaci che devono essere assunti sotto stretto controllo del proprio medico curante e che necessitano tutti di prescrizione medica.

Altri cerotti transdermici, invece, sono "farmaci da banco" ossia non necessitano di ricetta medica: la scopolamina per la nausea o vomito

del viaggiatore e la nicotina utilizzata dai fumatori motivati a smettere. Esistono, inoltre, in commercio diversi cerotti medicati che contengono principalmente antiinfiammatori non steroidei e vengono utilizzati per il trattamento dei dolori muscolari e articolari. In questo secondo caso l'azione è solo localizzata.

Anche per i prodotti che non necessitano della ricetta medica è sempre preferibile chiedere un consiglio prima dell'uso al proprio medico o farmacista e segnalare qualsiasi effetto avverso si dovesse verificare durante l'uso.

Precauzioni e modalità d'uso

Per un corretto uso del cerotto devono essere seguiti alcuni accorgimenti nell'applicazione:

- * il cerotto deve essere applicato sulla pelle pulita, integra e non irritata;
- * la zona di applicazione deve essere ben asciutta; l'uso di detergenti diversi da acqua e sapone dovrebbe essere evitato;
- * si deve evitare di applicare il cerotto dove è stata applicata una pomata in quanto il cerotto potrebbe non aderire bene alla cute;
- * utilizzare per l'applicazione la parte del corpo indicata nel foglietto illustrativo;
- * il cerotto dovrebbe essere applicato nella regione che presenti il meno possibile capelli o peli, altrimenti questi devono essere rasati;
- * ciascuna successiva dose dovrebbe essere applicata in una zona differente, preferibilmente nel sito corrispondente nell'opposto lato del corpo;
- * l'irritazione della pelle indica il bisogno di cambiamento del sito e può verificarsi subito o dopo un periodo prolungato di trattamento; se si dovesse verificare si deve informare subito il medico o il farmacista.

**Farmacista, Centro di riferimento regionale sul farmaco*



CEROTTI TRANSDERMICI IN ITALIA

Nome comune del farmaco	Specialità medicinale	Indicazioni terapeutiche	Sito d'applicazione	Ricetta medica
scopolamina	<i>Transcop</i>	nausea/vomito del viaggiatore	dietro l'orecchio	NO
nitroglicerina	<i>Adesitrin, Deponit, Epinitril, Minitran, Nitrodur, Nitroderm, Nitrosylon, Topnitro, Triniplas, Venitran</i>	angina pectoris	parte superiore del torace	SI
clonidina	<i>Adesipress TTS, Catapresan TTS</i>	ipertensione arteriosa	parte superiore del torace o esterna del braccio	SI
norelgestromina + SI etinilestradiolo	<i>Evra</i>	contraccettivo	addome, parte esterna del braccio, superiore del torace o alta dei glutei	
testosterone	<i>Androderm</i>	carcinoma prostatico	schiena, addome, parte esterna del braccio, coscia	SI
estradiolo	<i>Armonil, Climara Dermestril, Ephelia, Epiestrol, Esclima, Estraderm, Estradiolo, Estroclim, Femseven, Menorest, System, Zerella</i>	Terapia ormonale sostitutiva in menopausa	fianchi, parte alta dei glutei, schiena o addome	SI
estradiolo + noretisterone	<i>Estalis, Estracomb</i>	Terapia ormonale sostitutiva in menopausa	addome o parte alta dei glutei	SI
fentanil	<i>Durogesic</i>	dolore cronico severo	parte superiore del torace o del braccio	SI
buprenorfina	<i>Transtec</i>	dolore cronico severo	parte superiore del torace	SI
nicotina	<i>Nicorette, Nicotinell</i>	coadiuvante per smettere di fumare	parte superiore del braccio, della coscia o del torace	NO
sulfasalazina argentica + acido ialuronico	<i>Connettivina</i>	piaghe, ulcere varicose, ustioni	sulla zona lesa	SI
fluocinolone acetoneide	<i>Fluvean</i>	Dermatosi, psoriasi, orticaria, ustioni etc.	sulla cute lesa	SI
diclofenac idrossietilpirrolidina	<i>Flector tissugel</i>	dolori articolari e muscolari	sulla parte dolente	NO
flurbiprofene	<i>Transact</i>	dolori articolari e muscolari	sulla parte dolente	NO
capsico oleoresina	<i>Cerotto bertelli</i>	dolori articolari e muscolari	sulla parte dolente	NO
metile salicilato + canfora + timolo o levomentolo	<i>Salonpas, Mediplaster</i>	dolori articolari e muscolari	sulla parte dolente	NO

I passi avanti compiuti aprono nuovi orizzonti,
con diagnosi sempre più precoci ed accurate

PROGRESSI IN LABORATORIO

di Gian Cesare Guidi *

La prepotente accelerazione delle conoscenze biomediche e della tecnologia applicata hanno determinato negli ultimi decenni un apprezzabile cambiamento nel modo di concepire ed erogare assistenza sanitaria, processo che ha coinvolto in misura diversa tutte le branche della medicina, prime fra tutte quelle diagnostiche.

La medicina di laboratorio o biochimica clinica è una scienza complessa, poiché abbraccia molti settori, che annoverano le classiche branche della diagnostica ematologica, immunochimica e biochimica, ma che oggi s'estendono, avvalendosi di tecniche innovative ed emergenti, alle biotecnologie ed alla biologia molecolare. I progressi compiuti dalla medicina di laboratorio hanno aperto nuovi orizzonti diagnostici, finalizzati all'identificazione sempre più precoce ed accurata degli stati morbosi.

Questa lunga e complessa metamorfosi, favorita anche dal progresso delle scienze informatiche, ha consentito l'implementazione di nuovi test, decretando la trasformazione della diagnostica di laboratorio in "diagnostica molecolare" e consentendo il raggiungimento di una maggiore efficienza, sia in termini di sensibilità diagnostica, sia di precocità d'identificazione delle malattie.

Il maggiore beneficio di quest'evoluzione si riflette nella possibilità d'attuare misure preventive più tempestive ed opportune, con presidi terapeutici più efficaci, al fine di migliorare qualità e quantità di vita dei pazienti, arrecando un contestuale risparmio di risorse umane



Gian Cesare Guidi

ed economiche per il Sistema sanitario nazionale.

L'incessante diffondersi delle biotecnologie ha promosso l'introduzione nel Laboratorio d'analisi chimico-cliniche ed ematologiche dell'Ospedale policlinico "G.B. Rossi" di Borgo Roma di nuovi test di biologia molecolare e citogenetica molto sofisticati, che aprono nuovi orizzonti diagnostici, soprattutto nei confronti di malattie multifattoriali e complesse, nelle quali il contributo delle classiche tecniche di diagnostica in vitro (biochimica clinica, ematologia, microbiologia, immunologia) è necessariamente limitato.

Il riconoscimento della complessità dei meccanismi che determinano l'insorgenza delle diverse condizioni patologiche apre nuovi scenari nella comprensione dei meccani-

smi fisiopatologici delle malattie, indirizzando la ricerca scientifica verso orizzonti più chiari e definiti, fornendo un ausilio fondamentale al "decision making" clinico. È soprattutto il caso di malattie a forte impronta genetica, nelle quali l'identificazione di particolari genotipi può consentire di riconoscere precocemente soggetti a rischio, intervenendo più efficacemente con strategie preventive o terapeutiche.

Le condizioni patologiche che maggiormente hanno beneficiato di questo progresso e che rappresentano interesse prioritario del Laboratorio del Policlinico sono le malattie tromboemboliche e cardiovascolari, per le quali, accanto a test immunochimici tradizionali ed esclusivi (determinazione della Proteina C reattiva ultrasensibile, della Lipoproteina[a]) è possibile identificare, mediante approfondite tecniche di biologia molecolare, numerosi fattori di rischio congeniti (identificazione delle mutazioni del Fattore VLeiden, dei polimorfismi del gene della protrombina, dell'inibitore dell'attivatore del Plasminogeno di tipo 1 o PAI-1, dell'omocisteina, del fibrinogeno, del fattore XIII della coagulazione).

Tra gli altri test di recente introduzione, vanno menzionati quelli relativi alla diagnosi prenatale, alla diagnostica molecolare delle malattie degenerative muscolari (polimorfismi genetici per la diagnosi precoce di distrofia muscolare), dell'emocromatosi, d'alcune neoplasie.

Inoltre, l'analisi genotipica consente in molti casi di riconoscere e predire la sensibilità della patologia a differenti opzioni terapeutiche, come nel caso della sensibilità delle leucemie ai diversi agenti chemioterapici.

Se la disponibilità d'analisi sempre più precoci, precise ed accurate consente d'intervenire più efficacemente sulle malattie e sui singoli pazienti, risparmiando sofferenze ed inutile dispendio di risorse, non va dimenticato che molte di queste tecniche innovative possono essere



Due immagini del laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche del Policlinico

sfruttate da aree meno tradizionali della medicina moderna. Ad esempio, molti test introdotti nel Servizio laboratorio del Policlinico rappresentano oggi sussidio fondamentale nell'ambito della medicina sportiva

(riconoscimento ed ottimizzazione dello stato di forma degli atleti), della tossicologia (identificazione d'illeciti sportivi o doping ed esposizione alle droghe sociali, quali cannabis e marijuana, fenomeno che

ha oggi assunto proporzioni tali da rappresentare un concreto problema di salute pubblica), della psicologia e psichiatria (identificazione e dosaggio di neurotrasmettitori).

Il contributo della biochimica clinica a queste aree specifiche è consolidato dai fruttuosi rapporti di collaborazione tra il Laboratorio del Policlinico e diverse federazioni sportive e medico-sportive nazionali ed internazionali. In particolare, sono in atto attive collaborazioni con il ministero della Salute, il Comitato olimpico internazionale (Coni), la Federazione italiana sport invernali (Fisi) per il controllo dei membri delle Squadre Nazionali di Sci di Fondo in previsione delle Olimpiadi di Torino 2006, la Federazione ciclistica italiana (Fci), in vista dei mondiali di ciclismo che si terranno a Verona dal 27 settembre al 3 ottobre 2004. La disponibilità di tecniche citofluorimetriche e l'imminente attivazione d'una sofisticata strumentazione di HPLC accoppiata a spettrometria di massa consentiranno inoltre al Laboratorio di ampliare la disponibilità d'analisi, con ricadute pratiche nella determinazione degli indici d'attivazione piastrinica e leucocitaria e la ricerca di nuovi analiti, droghe e loro metaboliti in diversi campioni biologici.

Disabilità e informazione nel Veneto, un libro sul rapporto tra handicap, mass media e... sport

Handicappati, diversamente abili, persone con disabilità: tanti sono i modi per indicare chi deve ogni giorno misurarsi con le barriere, non solo architettoniche, che gli stanno intorno. Quello dell'handicap è un pianeta che a poco a poco abbiamo imparato a conoscere meglio e ad esplorare senza pregiudizi, consentendo anche a chi vive in prima persona il problema di integrarsi con maggiori opportunità nel mondo della "normalità". Un ruolo di primo piano per il superamento dei vecchi schemi che stabilivano i confini del "politicamente corretto" in tema di handicap lo hanno avuto certamente i mass media. Ad essi è dedicato il volume Disabilità e informazione in Veneto edito dal Comitato regionale per le comunicazioni. "Il libro, unico nel suo genere – spiega il presidente Alberto Nuvolari nella prefazione – vuole verificare in che modo e con quale approc-

cio i mezzi d'informazione continuano ad affrontare l'argomento disabilità".

Il volume affronta anche il tema dello sport come "modello reciproco".

«Il Veneto è terra di campioni sportivi anche fra i portatori di handicap – ricorda l'assessore regionale allo Sport Massimo Giorgetti – e sono numerosissimi i nostri atleti che hanno partecipato ai giochi olimpici e che hanno conquistato medaglie nelle più diverse discipline. Di recente la Regione Veneto si è dotata di un nuovo strumento normativo espressamente destinato a consentire alle persone con handicap di svolgere la propria attività sportiva preferita con un sostegno finanziario loro riservato e la garanzia aggiuntiva della supervisione della Fisd». Nel libro si trovano anche molte informazioni pratiche e l'elenco di tutte le società sportive del Veneto.

***direttore U.O. Chimica clinica ed ematologica Policlinico**

La terapia per "linee-guida"

di Stefano Tardivo * e Luciano Flor **

Nello studio del nostro medico di fiducia può capitarci di sentirci proporre una terapia impostata sulla base di "linee-guida".

Di cosa si tratta? Esse sono una possibile soluzione per contrastare l'incertezza tecnica di alcune pratiche assistenziali e per contenere la variabilità dei comportamenti professionali tra operatori diversi, ciascuno dei quali portatore di un proprio sapere e delle proprie esperienze di fronte ad un problema medico-sanitario.

Con il termine "linee-guida" intendiamo uno strumento di razionalizzazione del comportamento clinico-organizzativo, attraverso l'identificazione di raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura biomedica e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità di cura più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

Le linee-guida suggeriscono quindi i comportamenti da adottare in determinate circostanze e rappresentano uno strumento utilizzato per valutare la qualità delle cure di un sistema sanitario. I criteri per la valutazione della qualità stessa delle linee-guida si basano essenzialmente sulla presenza di una serie di fattori che comprendono la loro elaborazione multidisciplinare (sia da parte dei diversi specialisti che cooperano di fronte ad un medesimo problema clinico, che delle diverse figure professionali che sono responsabili dell'assistenza a quel malato), la revisione sistematica della letteratura medica e la presenza al loro interno di una graduazione delle raccomandazioni capace di conferire un "peso" di importanza crescente alle diverse componenti della linea-guida stessa. Ci troviamo di fronte ad una vera e propria rivoluzione culturale nel campo della medicina che ha portato all'elaborazione di migliaia di linee guida a livello

Servono per capire i comportamenti da adottare al fine di garantire ai pazienti le cure più indicate



nazionale ed internazionale e a riconoscere l'importanza di tale fenomeno anche da parte dei responsabili del governo dei sistemi sanitari.

I risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro caratteristiche organizzative e gestionali, costituiscono i cosiddetti "profili di cura" (che cosa si deve fare, cioè l'insieme delle prestazioni utili) o "percorsi diagnostico-terapeutici" (organizzare ciò che si deve fare, dove e come assicurare le prestazioni), strumenti importanti per orientare l'attività sanitaria in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

Anche il nostro Paese nel 1999 ha

elaborato ed adottato un Programma nazionale per le linee guida (D.Lgs 229/99 e Piano sanitario nazionale 1998-2000) proponendo a tutti gli operatori sanitari la loro adozione come richiamo all'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili e come miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni. Anche nella realtà veronese si sono sviluppate molteplici iniziative a tutti i livelli della rete assistenziale di cui, a titolo esemplificativo, citeremo un paio di esempi.

Il primo è riferito all'elaborazione nel corso del 2000 da parte di un ampio gruppo di medici di Medicina generale dell'Azienda Ulss 20 di Verona in collaborazione con la direzione dell'Azienda, nell'ambito di un accordo più generale centrato sullo sviluppo dell'assistenza primaria, di una serie di linee guida per il medico di famiglia nel campo di patologie ampiamente diffuse nella popolazione generale, quali il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la malattia peptica, le polmoniti acquisite sul territorio e lo scompenso cardiaco.

La seconda e più recente iniziativa, inserita fra le attività dell'anno 2004 nell'Azienda ospedaliera di Verona, è l'elaborazione ed adozione di linee-guida di profilassi antibiotica in chirurgia.

Tale iniziativa condivisa con tutti i reparti chirurgici e coordinata dal Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere, pone l'enfasi sul corretto utilizzo degli antibiotici in relazione alle condizioni del paziente ed al tipo di intervento.

Il tutto sulla base dei dati della letteratura scientifica e delle ricerche svolte all'interno dell'ospedale con l'obiettivo del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

*** Servizio miglioramento della Qualità e valutazioni clinico-assistenziali**

**** direttore sanitario**

VIVERE IN DIALISI

di Maria Cristina Magagnotti *

L'insufficienza renale cronica colpisce oggi nel mondo oltre 1.065.000 persone e la patologia è purtroppo in continuo aumento. Attualmente in Italia sono più di 38.000 le persone in trattamento dialitico cronico e 10.000 pazienti vivono grazie a un trapianto renale.

Oltre il 50% degli utenti in dialisi ha una media di 65 anni, con tutti i bisogni particolari di questa fascia di età.

Nella provincia di Verona vivono circa 390-400 dializzati.

Il mezzo che permette la vita alla persona affetta da insufficienza renale cronica è la dialisi.

La dialisi è un trattamento per la depurazione del sangue tramite una macchina ed un filtro particolare (biologico o sintetico) che svolgono la funzione di riequilibrio e depurazione del sangue tramite dei meccanismi sofisticati e tecnologicamente molto avanzati che sostituiscono le funzioni renali. In passato le reazioni emotive alla malattia e al trattamento emodialitico sono state spesso trascurate o considerate secondarie rispetto all'impegno di tenere in vita la persona. Oggi, invece, la riscoperta dei bisogni assistenziali della persona, attraverso una presa in carico globale, ci permette di porre più attenzione sulla qualità di vita di chi usufruisce del trattamento emodialitico.

Come affrontare al meglio questa patologia che colpisce sempre di più la popolazione?

A Verona si cerca da qualche anno di fornire un sostegno valido e rilevante per migliorare l'area di accoglienza e dell'umanizzazione dei servizi offerti. La presenza di personale appositamente formato e specializzato all'interno della struttura ospedaliera ci permette di incrementare l'indice di soddisfazione



dei servizi offerti, in quanto il benessere dei pazienti dipende per la gran parte dei casi dall'attenzione della struttura nei confronti della persona malata. La relazione che si instaura e, soprattutto, l'ascolto dei problemi che man mano emergono, permettono di avviare progetti di autocura o di gestione collaborativa della malattia.

Un nuovo stile di vita

La condizione dell'emodializzato è una condizione speciale, particolare soprattutto perché dura nel tempo. La dialisi comporta profondi cambiamenti sia fisici che psicologici e sociali. Il pericolo della morte è scongiurato, ma per continuare a vivere la persona deve recarsi al centro per "pulire" il suo sangue tre volte alla settimana.

Dipendenti da una macchina

Questo stato di dipendenza è accentuato da numerose perdite: dell'integrità fisica, della propria immagine, dell'autostima e del ruolo sia in ambito sociale che lavorativo. Inol-

tre l'esperienza dell'emodialisi comporta limitazioni alimentari, terapie farmacologiche ad alta complessità gestionale e, anche, una spesa economica che in alcune famiglie incide sul bilancio dello stesso nucleo.

Il ritmo di vita è scandito da quello della dialisi

L'esistenza subisce una trasformazione, un cambiamento che non potrà essere più modificato se non con il trapianto dell'organo non più funzionante. La persona si trova davanti ad un conflitto tra due bisogni vitali: dipendenza e indipendenza. Più la persona si adatterà al legame che si instaura con la macchina tanto più i suoi spazi di autonomia aumenteranno e si sentirà più indipendente. Inoltre, la macchina di emodialisi rappresenta per l'utente una parte importante della sua vita in quanto sostituisce un segmento del suo corpo, svolgendo le funzioni del rene che lui non possiede più.

L'operatore ne è il depositario e il responsabile

Ogni qual volta l'operatore compie delle azioni sulla macchina inevitabilmente incide sul benessere del paziente. Egli diventa l'interlocutore privilegiato (con lui rimane tutto il tempo della sua permanenza al centro di trattamento), confidente delle ansie, preoccupazioni, difficoltà e anche in alcuni casi dei sentimenti, della storia personale di ognuno. La sopravvivenza in trattamento dialitico varia da 20 anni fino a pochi mesi, se subentra il trapianto.

L'équipe terapeutica è il gruppo di lavoro che, con il contributo delle diverse professionalità che condividono il medesimo obiettivo, determina la buona gestione della dialisi nel tempo. I dializzati sono stati definiti "malati a giorni alterni" e



spesso gli altri ignorano le loro vere condizioni di vita. Capita che qualcuno si chieda perché il collega di lavoro o il vicino di casa si rechino in ospedale tre volte la settimana per sottoporsi a terapie.

Quello dei dializzati rischia di essere un mondo sconosciuto dove essi dividono solo con i familiari e gli operatori dei servizi di emodialisi le fasi più difficili della malattia ed il momento più felice: il trapianto.

Così a Verona

Nel nostro ospedale, assieme al dottor Gaetano Trabucco nel 1995 abbiamo ideato un modello di approccio assistenziale che valorizza i bisogni psicologici della persona malata e della sua famiglia. Gli operatori dal canto loro ricevono una specifica formazione psicologica per migliorare la consapevolezza della propria azione terapeutica e la conoscenza delle proprie reazioni. Nell'approccio al paziente secondo il modello integrato, particolare rilevanza assume il momento iniziale, ovvero l'inizio del trattamento emodialitico. Il percorso di accogliimento programmato è fondato proprio sulla gestione di tali criticità. Il processo è rivolto a tutti gli utenti che iniziano il trattamento emodialitico continuativo presso il servizio di Emodialisi di Verona e a quelli che saranno successivamente destinati ad altri Centri o Servizi della provincia. Lo scopo è di aiutare le persone malate ad affrontare il trauma dell'impatto con la struttura, le sue regole ed i suoi ritmi. La difficoltà nell'approccio si comprende se si



considera la complessità e la specificità dell'ambiente della dialisi, dal punto di vista delle strutture, delle procedure tecnico-operative, della presenza di ausili terapeutici di alta tecnologia e di personale specializzato nella gestione di queste problematiche.

La finalità di questo processo assistenziale è dunque quella di aiutare le persone a realizzare un graduale, efficace e sereno inserimento. Vengono considerati contemporaneamente gli aspetti pratici, fisici e psicologici in un progetto consapevole, condiviso dall'utente, affinché egli possa divenire, in prima persona e con l'aiuto degli operatori e dei suoi familiari, parte attiva nella gestione della sua malattia. Per poter sviluppare questo progetto di aiuto all'utente è necessario conoscere in anticipo la persona. La raccolta di informazioni avviene sia mediante un incontro con gli operatori del servizio, sia attraverso un colloquio di valutazione psicologica con lo specialista. Soggetti attivi di questo percorso sono anche i familiari che

agiscono come supporto positivo nell'iter del trattamento emodialitico. L'aspetto centrale è il coinvolgimento nel programma di tutta l'équipe curante, nelle sue diverse professionalità: medico, infermiere, psicologo.

L'inserimento del paziente avviene secondo due possibilità di percorso: il primo prevede l'accogliimento del paziente d'urgenza, nei casi cioè in cui è necessario un intervento immediato che successivamente diventerà continuativo; il secondo, invece, prevede l'accogliimento programmato per quei pazienti che, già in trattamento per patologie nefrologiche, approdano al trattamento dialitico.

Sia nel primo che nel secondo caso, si offrono informazioni tecniche sullo svolgimento della seduta di dialisi e il nuovo stile di vita (attività lavorativa, attività fisica, attività relazionali, dieta e alimentazione, ecc.). Vengono date anche notizie burocratiche e amministrative sull'organizzazione del servizio e la conoscenza del ruolo delle diverse figure presenti, la consulenza psicologica disponibile per il paziente ed i suoi familiari e le modalità per l'assistenza domiciliare e auto-cura. Si prevede la "presa in carico" dell'utente e dei familiari, la visita guidata al servizio per prendere visione dell'ambiente, delle sue strutture e dell'organizzazione, il colloquio di accogliimento con medico, infermiere, psicologo. Dopo sei mesi è programmato un colloquio di controllo sulle informazioni ricevute.

Utenti e familiari vengono invitati al gruppo settimanale di équipe per stabilire un rapporto di conoscenza e collaborazione.

Questa esperienza è basata sulla formazione specifica e continua degli operatori e sulla nostra capacità di stabilire una relazione con il paziente, cercando di adeguarci a ciò che è veramente utile per alleviare la sua sofferenza.

***Centro di Emodialisi O.C.M.
della Divisione clinicizzata
di Nefrologia**

Capire i segnali del dolore

di Lidia del Piccolo *

La persona che soffre esprime il suo stato attraverso comportamenti che è importante saper cogliere

Il dolore è un'esperienza che riguarda tutte le fasi della vita. È legato a vissuti intimi e regolato dalle caratteristiche percettive di ciascun individuo, ma nello stesso tempo può essere comunicato attraverso comportamenti verbali e non verbali suscettibili di diversi gradi di controllo volontario. Trattandosi di un'esperienza comune, può essere condivisa e compresa, ma nello stesso tempo modulata ed espressa in forma manipolatoria (si può fingere di provare dolore).

In una prospettiva comunicativa il dolore rappresenta uno stato interno (A) che può essere codificato in particolari forme di comportamento espressivo (B) consentendo ad un osservatore (C) di formulare delle inferenze sulla natura dell'esperienza provata da chi esprime dolore. A sua volta il comportamento dell'osservatore (C) può avere un impatto su A e B.

(A) Dal punto di vista dell'esperienza interna, il dolore coinvolge un multifforme e dinamico flusso di sensazioni, sentimenti, immagini e pensieri che si influenzano reciprocamente. La complessità dell'esperienza di dolore è evidente anche dagli studi basati sulle immagini del cervello, che evidenziano come vi siano processi seriali e paralleli che si attivano in modo distribuito in diverse aree del cervello, quando si provi questo tipo di esperienza. Generalmente, si tende a considerare il dolore come un processo sen-



soriale e periferico, mentre sempre più studi dimostrano come tale esperienza sia mediata da pensieri e sensazioni che modulano la stessa percezione sensoriale. Tutti noi, del resto, abbiamo esperienza di come situazioni dolorose, apparentemente simili, siano esperite in forma diversa a seconda della cultura e del contesto interpersonale.

Vi sono inoltre numerosi studi che dimostrano come nella percezione del dolore intervengano anche componenti emotive. Ad esempio, la paura del dolore, così come la presenza di pensieri sulle conseguenze negative del dolore, influenzano in modo determinante l'intensità con cui il dolore stesso viene percepito. Analogamente, persone depresse o in ansia, tendono ad avere una soglia più bassa verso la percezione del dolore, tendendo quindi ad essere più reattive a stati di malessere.

(B) Rispetto al modo di comunicare

il dolore, vi sono da un lato una serie di comportamenti automatici, pre-programmati, involontari e non consapevoli, dall'altro dei processi legati al controllo consapevole e volontario che fungono da modulatori (regolatori) dell'esperienza. Il grado di automatismo con cui si esprimono certe forme di dolore riflette anche la misura in cui queste stesse forme di dolore possono essere governate da processi mentali superiori.

Alcune espressioni del volto, così come alcune vocalizzazioni paralinguistiche (ahi!) risultano avere più elementi riflessi o automatici di espressioni verbali articolate. Ma a loro volta, anche i comportamenti riflessi possono essere in parte controllati: la porzione inferiore del volto è più suscettibile di controllo volontario di quella superiore, per cui i movimenti della bocca saranno più facilmente sottoposti al controllo volontario rispetto ai movimenti



della fronte. Il modo di esprimere il dolore varia inoltre con l'età: durante i primi anni di vita, il dolore viene manifestato soprattutto in forma riflessa (stimolo-risposta) e utilizzando canali non-verbali (ad esempio il pianto). A quest'età quindi sono soprattutto alcune espressioni del volto (fronte aggrottata, occhi chiusi in modo forzato – “spremuti”, naso arricciato, bocca aperta e lingua sollevata a coppa) e la presenza del pianto a suggerire la presenza di dolore. Progressivamente, l'uso del linguaggio contribuisce a modulare l'espressione del dolore, anche se gli indici non verbali tendono a costituire il codice di riferimento quando vi sia contraddizione tra il modo di esprimere il dolore a livello verbale e non verbale (es. se verbalmente la persona dice di non provare nulla, mentre il suo volto è rigido e contratto, tendiamo a credere di più a ciò che ci suggerisce la sua espressione, rispetto a quello

che udiamo). Infine, con l'avanzare dell'età, diversi studi suggeriscono una tendenza al decremento nell'espressività del dolore per cui è importante essere attenti anche a modalità non verbali con cui la persona anziana manifesta il proprio malessere.

(C) Segnali di dolore non hanno significato in assenza di qualcuno che li decodifichi. Il fatto che il dolore abbia anche una valenza comunicativa è strettamente legato ad aspetti evolutivi ed adattativi. Richiamare l'attenzione dell'altro in una situazione di disagio consente di ricevere supporto, riuscire a comunicare ciò che si prova permette di suscitare risposte empatiche e ottenere comprensione. Tuttavia, anche rispetto al riconoscimento del dolore, vi sono studi che mettono in evidenza la complessità del rapporto tra chi esprime e chi decodifica il dolore. Ad esempio la stessa

esperienza viene riconosciuta come più dolorosa nelle donne e in persone poco attraenti, rispetto agli uomini e a persone giudicate attraenti. È probabile che in questo dato giochi un ruolo rilevante il grado di espressività di alcune parti del volto.

In conclusione, anche il dolore, come ogni esperienza umana che contiene aspetti comunicativi, implica una complessità di livelli interpretativi. Spesso questi livelli sono solo in parte sovrapponibili. La descrizione verbale del dolore non sempre coincide con le forme non verbali con cui viene espresso, e la stessa esperienza, come abbiamo visto, è mediata da fattori legati alla storia personale, al bisogno di attenzione, allo stato emotivo e al contesto in cui la persona si trova.

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

Cartella clinica, come e dove richiederla



La cartella clinica è un documento personale che contiene l'insieme di informazioni sanitarie ed anagrafiche relative al ricovero.

Copia della cartella clinica può essere richiesta al caposala prima della dimissione.

Il regolamento aziendale prevede che copia della cartella clinica, dei referti clinici e di altra documentazione sanitaria, da consegnarsi in busta chiusa e con modalità che garantiscano il rispetto delle disposizioni in materia di riservatezza previste dalla Legge 675/1996, possa essere rilasciata a:

* intestatario della documentazione, previa verifica dell'identità personale;

* terzi, previa identificazione personale, con delega firmata dal soggetto cui la documentazione si riferisce, a condizione che il soggetto terzo produca il foglio di ritiro ovvero, in mancanza, fotocopia di un documento d'identità del delegante.

* particolari soggetti non intestatari della documentazione per:

1. un ordine o sequestro proveniente da parte dell'autorità giudiziaria, da rilasciarsi in copia autenticata. Nel caso che l'autorità giudiziaria dichiari necessaria l'acquisizione del documento originale, una copia autenticata del medesimo deve essere creata contestualmente alla consegna dell'originale e conservata agli atti dell'ufficio, unitamente all'ordine o al verbale di sequestro dell'autorità giudiziaria;
2. una richiesta da parte del consulente tecnico d'ufficio o del perito d'ufficio, previa esibizione dell'atto di nomina;
3. una richiesta da parte di persona esercente la potestà genitoriale, previa autocertificazione del relativo status;
4. una richiesta da parte del tutore di persone interdette o di minori privi di genitori esercenti la potestà, previa autocertificazione del relativo status;
5. una richiesta da parte del curatore nel caso di persona inabilitata e non capace di sottoscrivere, previa

autocertificazione del relativo status;

6. una richiesta da parte dell'erede o di ciascuno dei coeredi, previa autocertificazione del relativo status;

7. una richiesta da parte del legale dell'avente diritto alla documentazione, che dichiari per iscritto di agire in nome e per conto dello stesso;

8. una richiesta da parte dell'Inail, ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 30.06.65, n. 1124;

9. una richiesta da parte del medico curante, appartenente ad unità operativa dell'Azienda ospedaliera, che si qualifichi quale soggetto "incaricato" ai sensi dell'art. 19 della Legge 675/1996, con lo scopo di utilizzo a fini diagnostico-terapeutici;

10. una richiesta da parte del medico curante o del medico di medicina generale dell'intestatario della documentazione, che si qualifichino come tali e quali soggetti "titolari" ai sensi dell'art. 1 della Legge 675/1996, con lo scopo di utilizzo a

fini diagnostico-terapeutici;

11. una richiesta da parte di altre Aziende sanitarie pubbliche, Ospedali o altre strutture sanitarie pubbliche o private, formalizzata da soggetti che si qualificano quali "titolari" o "responsabili" ai sensi rispettivamente degli artt. 1 e 8 della Legge 675/1996, con lo scopo di utilizzo a fini diagnostico-terapeutici;

12. una richiesta da parte del responsabile dell'Ufficio legale dell'azienda ospedaliera, con riferimento a richieste di risarcimento.

MODALITÀ DI RILASCIO DI COPIA DI CARTELLA CLINICA, REFERTI CLINICI ED ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il regolamento aziendale prevede che la cartella clinica venga rilasciata, in copia autenticata, dal direttore sanitario entro 30 giorni dalla richiesta.

Nel caso in cui al momento della richiesta la cartella non risultasse archiviata presso l'Ufficio cartelle

cliniche, al fine di procedere al completamento della stessa con la documentazione relativa a particolari e complesse indagini diagnostiche, il termine di cui al comma precedente è differito di ulteriori 30 giorni.

La sottoscrizione della richiesta di rilascio non è soggetta ad autenticazione ove sia sottoscritta dal soggetto cui la documentazione si riferisce, purché maggiorenne o minore emancipato, alla presenza del dipendente addetto e previa esibizione di documento d'identità.

La stessa può essere presentata anche da un terzo, già firmata dall'intestatario della documentazione, a condizione che produca fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore. Può essere inoltrata anche per posta o a mezzo fax, purché risulti allegata la fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore. In tali casi la copia fotostatica del documento d'identità è inserita nel fascicolo d'ufficio. Ogni altro caso non previsto

dal presente Regolamento, sarà oggetto di decisione da parte del direttore sanitario.

OSPEDALE CIVILE MAGGIORE

L'Ufficio cartelle cliniche è situato all'ingresso principale dell'Ospedale. L'Ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 14.30 e dalle ore 15.30. Per informazioni telefoniche: 045 8072268, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 9.00 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00. Nelle altre ore funziona la segreteria telefonica, che offre le opportune informazioni.

OSPEDALE POLICLINICO "GIAMBATTISTA ROSSI"

L'Ufficio cartelle cliniche è situato presso l'atrio della piastra odontoiatrica.

L'Ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00. Per informazioni telefoniche: 045-8074255, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

OSPEDALE DI VALEGGIO SUL MINCIO

L'Ufficio cartelle cliniche è situato presso l'Ufficio accettazione situato nell'atrio d'ingresso dell'Ospedale. L'ufficio è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 15.30. Per informazioni telefoniche: 045-6338577.

DUPLICAZIONE DEGLI ESAMI RADIOLOGICI

I radiogrammi (lastre) eseguiti in occasione di indagini radiologiche durante il ricovero possono essere riprodotti; l'utente interessato potrà farne richiesta alla segreteria del servizio di Radiologia.

Al momento della consegna delle copie, che deve avvenire entro 7 giorni dalla richiesta, salvo impedimenti particolari, si dovrà versare una somma che varia a seconda del numero e delle dimensioni dei radiogrammi.

Giovanna Pirana
*consulente Ufficio
relazioni con il pubblico*



GRAZIE SULLA PIETRA

di Giuseppe Ferrari *

C'è stato un periodo della nostra storia recente in cui la città, le istituzioni, gli amici vollero tramandare il ricordo di persone che avevano ben operato nella società, dedicando loro una statua oppure un busto, un medaglione, un'epigrafe. Le città sono piene di tali vestigia ed anche Verona nelle sue piazze, nelle piccole oasi di verde rimaste o sulle pareti esterne di abitazioni e palazzi, onora, accanto a nomi famosissimi della storia patria, cittadini veronesi che nell'arco della propria vita hanno potuto vantare un credito di riconoscenza dai concittadini. Tanto che ancor oggi si è pensato di ricordare con una statua la figura e l'opera di Berto Barbarani.

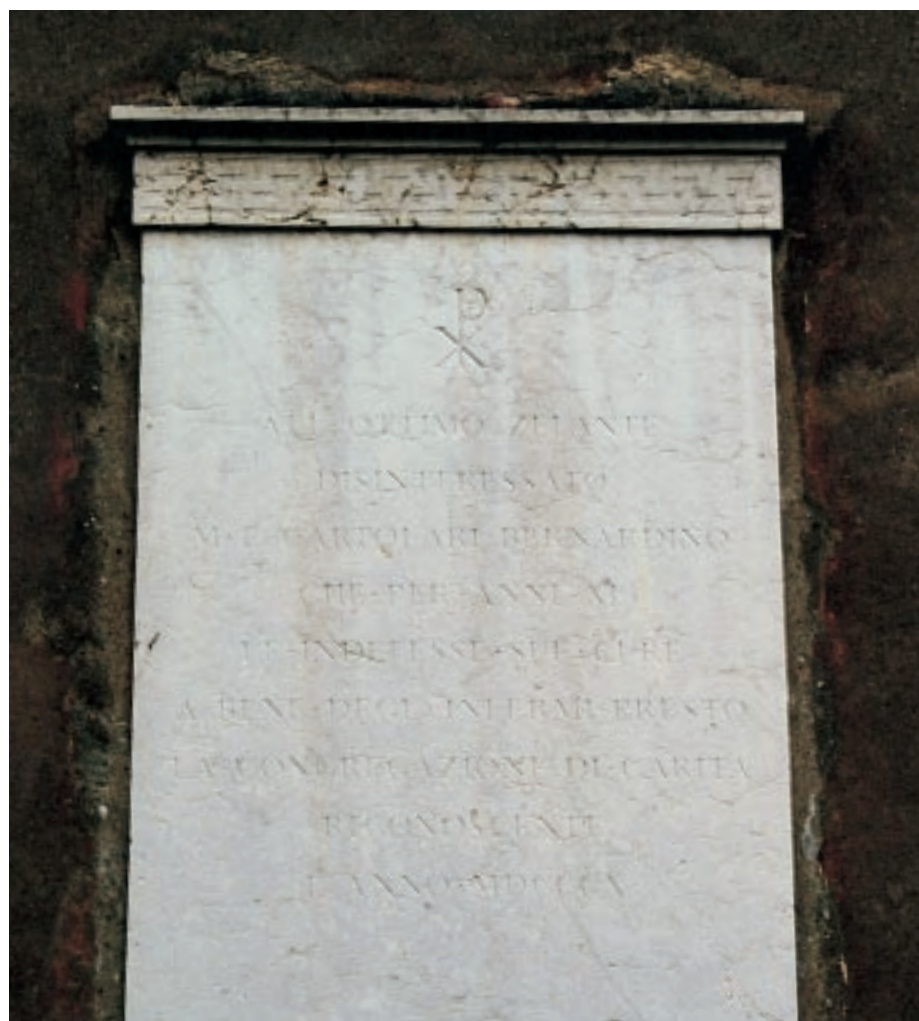
Alcuni monumenti, però, così come il titolo di alcune vie cittadine, per l'intervallo di tempo trascorso dalla loro inaugurazione lasciano indifferenti e sembrano rappresentare la sopravvivenza di ombre pietrificate, vane presenze di una memoria perduta.

Più o meno palesi, anche l'Ospedale maggiore di Borgo Trento racchiude alcune di queste reliquie, espressione dell'omaggio che i nostri predecessori hanno voluto tributare ad alcuni medici illustri, che meritano un ricordo rinnovato.

Bernardino Cartolari

Lo ricorda una lapide posta sulla facciata interna del palazzo della Direzione, accanto ad alcune lapidi e due ritratti marmorei: "All'ottimo zelante Disinteressato M.F. Cartolari Bernardino Che per anni XL Le indefesse sue cure Al bene degli infermi prestò La Congregazione di Carità Riconoscente L'anno MDCCCX".

Della nobile famiglia veronese, figlio di Giovanni Battista e di Pasqua Britti, egli nacque nel 1737 e morì nel 1810. Prestò la sua opera



come unico medico per ben quarant'anni all'Ospedale della Misericordia, remunerato con un assegno annuo di cinquanta ducati. Sembra certa una sua collaborazione nella riforma ospedaliera del 1780 e nel progetto di ricostruzione della Santa Casa in Bra, voluti dal Senato Veneto alla vigilia della burrasca napoleonica. Nella relazione presentata nel 1794 e intitolata "Sistema di governo medico-economico per l'Ospedale della Misericordia", gli esperti dell'Ufficio di Sanità di Verona affermano che sarebbe opportuno "lasciare i medicamenti in arbitrio dell'ecc.mo professore Cartolari, il

quale quanto con lode sua e vantaggio de' malati si adopra nello Spedale medesimo, altrettanto non perde mai di mira il maggior possibile risparmio: di che i suoi ricettari fanno larga fede". Cartolari fu medico valente soprattutto, secondo il Fainelli, nel curare la malattia volgarmente detta Maligna e viene ricordato dallo Zeviani nelle sue *Osservazioni mediche* del 1795.

- 1. continua -

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

Indietro Avanti Interrompi Aggiorna Pagina iniziale Riempimento aut. Stampa Posta

Indirizzo: http://www.ospedaliverona.it/portale/default_nofila.asp

Live Home Page Apple iTools Superio Apple Apple Store Microsoft MacTopia MSN Office per Macintosh Internet Explorer SRI Web Mic



Azienda Ospedaliera di Verona
REGIONE del VENETO

ricerca in ospedaliverona.it

[trova >>](#)

☐ ogni parola ☐ almeno una ☐ frase esatta

[carta dei servizi](#) [struttura organizzativa](#) [tutela dell'utente](#) [contatti](#)

Azienda Ospedale-Università

strutture

 ospedale civile maggiore - borgo trento
[presentazione](#) - [libro guida](#) - [il paziente](#) - [unità operative](#) - [associazioni](#)

 ospedale policlinico g.b. rossi - borgo roma
[presentazione](#) - [libro guida](#) - [il paziente](#) - [unità operative](#) - [associazioni](#)

 ospedale di valeggio sul mincio
[presentazione](#) - [il paziente](#) - [unità operative](#)

agenzia info salute [vedi tutte le news >>](#)

 **Richieste a tutti i professionisti sanitari dell'Azienda di compilazione questionario fabbisogni formativi**
Il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione del Veneto coinvolge oltre 76.000 Professionisti della Salute ed è orientato verso gli obiettivi definiti dal...

 **2° Congresso Veronese sulla Prevenzione, Diagnosi e Terapia del Carcinoma Mammario**
Il congresso è un evento accreditato ECM che ha l'obiettivo di far acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di prevenzione, diagnosi e terapia del carcinoma mam...

Lettera Laboratorio Analisi
Il laboratorio esegue oltre 500 tipi esami diversi; per molti di questi cambia il tipo di provetta, il tipo di materiale...

Convegno Chirurgia Toracica
22/05/2004 Auditorium GlaxoSmithKline Via Fleming, 4 37100 Verona Programma Ore 9,00 Welcome coffee e regis...

rivista aziendale

La Salute e la Città
Consulta l'ultimo numero della rivista o gli archiviati presenti in archivio

area operatori

Username:
Password: [entra >>](#)

sanità a verona

[servizio "118"](#)
[numeri utili](#)
[associazioni](#)
[prevenzione](#)
[farmacie di turno](#)

Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri di Verona"
Sede legale:
p.le A. Stefani, 1
37126 Verona
Centralino 045 8671111

Disclaimer
Credit
polis@ospedaliverona.it

dialogo - farmaci **FOCUS**

www.ospedaliverona.it

Internet zone

www.ospedaliverona.it

Internet è uno strumento di comunicazione sempre più utilizzato dai cittadini anche per i problemi di salute.

L'Azienda ospedaliero-universitaria ha provveduto ad un restyling del portale aziendale (www.ospedaliverona.it), all'attivazione di una intranet aziendale riservata agli operatori che consenta un dialogo continuo con il personale interno e alla dotazione di applicativi web per la gestione diretta ed autonoma dei contenuti

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

partner del mondo
SANITARIO

le aree

TERAPEUTICHE

**Schering-Plough opera
nelle seguenti aree terapeutiche:**

- ALLERGOLOGIA
- DERMATOLOGIA
- ONCOLOGIA/EMATOLOGIA
- REUMATOLOGIA E GASTROENTEROLOGIA
- MEDICINA DELLE TOSSICODIPENDENZE
- VIROLOGIA



Schering-Plough S.p.A.