

La centralità del paziente

di Valerio Alberti *

La centralità del paziente viene spesso giustamente evocata come bussola per l'organizzazione dei servizi, ma non c'è dubbio che la traduzione pratica di questa visione comporta un notevole impegno e delle oggettive difficoltà da parte delle aziende sanitarie.

Molti sono gli aspetti coinvolti: vi è, ad esempio, un cambio culturale che in questi anni si è fatto progressivamente avanti sugli scenari della sanità nel "considerare" la condizione del paziente e le sue esigenze. Questo non solo come risposta alle maggiori richieste del cittadino, ma anche come consapevolezza che questo maggior "prendersi cura" del malato, che va oltre l'aspetto tecnico della prestazione, ha molta rilevanza anche nei risultati dell'atto medico. I cambiamenti culturali richiedono peraltro, come si sa, tempi piuttosto lunghi per influenzare la pratica. Un altro aspetto importante è la capacità dei servizi di cogliere le nuove esigenze dei cittadini-pazienti. Ecco allora il riorganizzare i servizi in modo integrato all'interno degli ospedali: ambulatori costituiti dall'integrazione di più specialisti, o l'organizzazione per dipartimenti tra specialità diverse per i ricoverati, o l'integrazione tra ospedale e territorio per garantire una continuità nell'assistenza ad un paziente che non è guarito, ma che necessita di ulteriori cure a domicilio o in residenza sanitaria assistita. Ma anche in questo caso si tratta di soluzioni che "interpretano" le necessità e le richieste dei cittadini-pazienti, senza indagare il punto di vista diretto di chi utilizza i servizi.

Se è vero che alcune dimensioni delle cure (anche, ad esempio, quelle tecniche) non sono facilmente valutabili dal paziente, è altrettanto vero che è indispensabile per chi organizza i servizi conoscere il giudizio su molti altri aspetti dell'assistenza ricevuta, offrendo all'utente la disponibilità di ascoltare la sua voce attraverso strumenti di interpellazione diretta (es. questionari di soddisfazione) e attraverso l'analisi delle segnalazioni di ciò che non lo aggrada (es. reclami), con l'intento di restare sempre in sintonia con lui per



La condizione dell'assistito punto di partenza per ogni strategia e servizio dell'azienda

comprendere le evoluzioni dei suoi atteggiamenti e delle sue esigenze. Dall'attività di ascolto, infatti, emergono gli indirizzi per il miglioramento continuo delle prestazioni, necessari per assecondare tutte le evoluzioni e continuare a garantire la soddisfazione e la fedeltà del paziente.

La certificazione secondo la norma Uni En Iso 9001:2000 che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona ha conseguito nel dicembre 2002 promuove proprio questo approccio orientato al cittadino come filo conduttore di tutto il sistema di organizzazione per la qualità. In quest'ottica l'Azienda ha aderito al progetto "Sanità a confronto - Confrontarsi per migliorare: le risorse, le prassi, i risultati" promosso da Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) con l'obiettivo di individuare gli interventi di miglioramento della qualità derivati dal confronto dei

propri risultati con quelli di diverse Aziende Sanitarie, sia su aspetti di carattere tecnico professionale che su fattori relativi alla qualità percepita dai pazienti.

L'indagine sulla soddisfazione dei pazienti è stata condotta in 10 Unità Operative (10 chirurgiche e 5 mediche) attraverso la somministrazione di 755 questionari e ha permesso di evidenziare i punti di forza e i punti di debolezza attraverso il confronto tra le aspettative e la percezione dei pazienti intervistati rispetto alla qualità del servizio. I risultati dell'indagine sono stati utili per confermare alcuni aspetti oggetto di interventi e di miglioramento: le procedure di prenotazione e accettazione, la chiarezza delle informazioni nella relazione con il paziente, la qualità dei pasti e del comfort dei letti.

Concludendo, per un'organizzazione che eroga prestazioni sanitarie la rilevanza di questa tipologia di risultati assume ulteriore valore qualora si ponga in un'ottica di integrazione con altri aspetti della qualità del servizio che non sempre possono essere percepiti dai pazienti.

Il concetto di qualità nel settore dei servizi alla persona, infatti, è scomponibile in numerose dimensioni che riguardano: l'insieme delle risorse materiali ed umane immesse in un'organizzazione per portare a dei risultati, le modalità operative e organizzative adottate per produrre il servizio, le prestazioni concretamente erogate all'utente e l'outcome relativo agli effetti prodotti sul paziente. In questa prospettiva, quindi, gli sforzi per il miglioramento della qualità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Verona si stanno dirigendo verso la definizione di linee di intervento che derivino dall'integrazione dei risultati definiti da indicatori costruiti su tutte queste dimensioni del processo assistenziale, indirizzando le priorità di intervento rispetto alle quali agire con efficacia.

***Direttore Generale Azienda
Ospedaliero Universitaria di Verona**

Quando la salute fa notizia

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Fra le molte responsabilità della professione giornalistica ve n'è una che negli ultimi anni è andata accennuandosi, strettamente connessa con la grande attenzione, quasi una "fame di notizie" che il pubblico dimostra per i temi connessi con la salute. Non c'è testata, non ci sono media che non se ne occupino quotidianamente. Le rubriche di medicina che tradizionalmente arricchivano soprattutto i settimanali femminili oggi si affiancano anche sui quotidiani ai numerosi servizi dedicati a malattie, medici, farmaci. Sappiamo che oltre 4 milioni di italiani cercano in Internet consigli per i loro problemi sanitari e che altrettanti sono i telespettatori delle trasmissioni televisive dedicate alla medicina.

I conduttori di alcuni di questi programmi hanno sul pubblico un impatto dirompente, instaurando con il telespettatore quel rapporto di fiducia che un tempo il paziente coltivava con il proprio medico curante. Ormai si parla di "sindrome Mirabella".

Ma vi sono altri dati su cui riflettere e l'occasione per farlo è stato un corso d'aggiornamento per giornalisti del Triveneto organizzato a Verona dal coordinamento comunicazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in collaborazione con l'Ordine dei giornalisti veneto e il dipartimento Comunicazione di Pfizer. Secondo un'indagine del Forum per la ricerca biomedica e del Censis su un campione rappresentativo di 1200 italiani, il medico è ancora il soggetto al quale i nostri connazionali ricorrono usualmente (oltre il 90% per malattie gravi o molto gravi, più del 75% per malanni di minor entità, in oltre il 66% dei casi per piccoli disagi). Ma quasi il 17% degli italiani per problemi di non grave entità si fida anche delle informazioni dei media ed il 60% degli intervistati, soprattutto se giovani, si orienta con le informazioni di Internet. Una tendenza su cui riflettere è anche l'erosione della fiducia nei

Grande responsabilità per i giornalisti che si occupano di medicina

confronti della medicina convenzionale: il 20% degli italiani pratica cure alternative, più di 3 volte su 10 chi entra in farmacia acquista farmaci non prescritti che paga di tasca propria.

In questo scenario il giornalista si muove non sempre agevolmente. L'impatto della notizia che riguarda la salute sulla popolazione è forte e la responsabilità che ricade sul giornalista ampia.

La notizia "miracolosa" può essere una tentazione, ma più spesso è un problema di difficile soluzione. Non sempre è facile controllare le fonti di un lancio d'agenzia che parla di patologie, farmaci e ricerche che anche un medico deve poter "pesare" prima di stabilirne veridicità, efficacia, sicurezza. E i giornalisti medici non sono, né dovrebbero consentire al pubblico di far loro indossare il camice. La penna non è uno stetoscopio.

Non è facile neppure riuscire ad aiutare il cittadino alle prese con l'inevitabile - probabilmente semplificabile - burocrazia che va affrontata per ottenere le cure, ma questo aspetto del problema è forse più gestibile, dato che anche la sanità pubblica si sta impegnando per migliorare l'accessibilità ai servizi e si sta abituando a dialogare sia con i cittadini che con i giornalisti.

Non a caso è spesso la sanità a cercare la collaborazione dei media per diffondere messaggi di salute pubblica o notizie attinenti l'organizzazione.

Ed è una collaborazione che non viene mai negata. Lavorare insieme è certamente utile, perché il giornalismo "di servizio", non è soltanto



funzionale agli obiettivi della sanità, è un settore dell'informazione che piace al pubblico e dà ai giornalisti il senso dell'utilità della propria professione. Abbiamo riflettuto a Verona su molti problemi legati all'informazione medica, non da ultimo il fenomeno dell'autoprescrizione. Le persone più informate tendono ormai a costruirsi strategie personalizzate per la gestione della propria salute. È una tendenza che comincia a farsi preoccupante. I pazienti giungono al medico di famiglia ed anche allo specialista con un'idea precisa della propria malattia, delle terapie o del tipo di intervento che ritengono adeguati per risolvere il loro problema. Sicché un chirurgo può sentirsi chiedere dal paziente una determinata tecnica operatoria, non come possibile opzione da valutare insieme, ma come una "prescrizione" autonomamente decisa dal malato.

In questi casi non è certo facile fare il medico, ma viene da dire che non lo è neppure calarsi nei panni del paziente troppo esperto che rischia di sentirsi incompreso o deluso rispetto alle sue aspettative. Come si evince anche da alcuni servizi della nostra rivista, la comunicazione medico-paziente e l'alleanza terapeutica che si instaura fra i due sono requisiti fondamentali per la riuscita della cura.

Fra i giornalisti che si occupano di salute si sta diffondendo una nuova consapevolezza delle loro responsabilità e della necessità di non interporli nel rapporto fra medico e paziente. Informare è una cosa, curare un'altra. La buona informazione fa bene anche alla salute.

La Salute e la Città

anno 2 - numero 2

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, Gian Paolo
Chiaffoni, Franco Colletta,
Bernardo Dalla Bernardina, Giu-
seppe Ferrari, Luciano Flor,
Roberto Fostini, Giovanna Ghir-
landa, Alessandro Lechi,
Alessandro Lo Cascio, Augusto
Parato, Giorgio Piccoli, Giovanna
Pirana, Silvano Pomari
Francesco Procaccio, Giovanna
Scroccaro, Luciano Sterzi,
Michele Tansella, Stefano Tardi-
vo, Salvatore Toscano, Emanuela
Zandonà, Rosaria Zanon.

Redazione e Pubblicità

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

Segreteria di Redazione

Maria Grazia Melandri

Archivio immagini

Marisa Avesani

Consulenza informatica

Luca De Vita

Giornalisti collaboratori

Mirko Aldinucci, Alessandro
Azzoni, Anna Laura Folena,
Rosanna Piasenti, Chiara Tajoli,
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

La centralità del paziente
di Valerio Alberti pag. 1

IL PUNTO

Quando la salute fa notizia
di M. F. Coppari Del Giglio pag. 2

ATTUALITÀ

Primo piano. Sale all'avanguardia
pag. 4

Università. Una proficua osmosi
di Elena Zuppini pag. 6

Trapianti. Una regione leader
di Francesco Calabrò pag. 8

Personaggi. Cangrande ai raggi X
di Chiara Tajoli pag. 10

Chirurgia. In aiuto del cuore
di Alessandro Azzoni pag. 12

E in sala operatoria fa la sua
comparsa il robot pag. 14

Comunicazione. Le parole per
dirlo *di Elena Zuppini* pag. 18

Dare ogni notizia nel rispetto del
malato *di Gelmino Tosi* pag. 19

Aterosclerosi. Una scoperta
veronese *di Valeria Zanetti* pag.21

Reparti. Ginecologia cambia
pag. 23

Cultura. Poeta della medicina
di Roberto Fostini pag. 27

La Madonna lignea segue le
"tracce del Mantegna" pag. 28

Oncologia. Sulla nostra pelle
di Anna Laura Folena pag. 30

«Per combattere i nevi l'ideale è
un check up prima dell'estate»
di Anna Laura Folena pag.32

Nuovo esame per il seno
di A. Azz. pag.33

Assistenza. Squadra anti-cancro
pag.35

Screening. Prevenzione donna
di Valeria Zanetti pag.36

Prevenzione. Tutto quello che è
bene sapere prima, durante e
dopo il Pap test pag. 39

Bambini. Piccoli "pesi-massimi"
di Anna Laura Folena pag. 40

Anziani. Vivere meglio e più a
lungo *di Chiara Tajoli* pag. 42

Personaggi. L'impronta di Procacci
di Giacomo Gortenuiti pag. 45

Radiologia, 35 anni sempre
all'avanguardia

di Gian Franco Pistolesi pag. 46

Pediatria. Per e con il bambino
di P.Biban, A. Bonaldi e G.

Trabucco pag. 49

Qualità. Ospedale certificato
di A.Monese e L. Verici pag. 52

Pubblicazioni. Il sociale in una
guida pag. 53

Testimonianze. La speranza a
Verona *di Nicola Lavacca* pag. 54

Urp. In caso di ricovero... pag. 55

RUBRICHE**PAROLE CHIAVE**

Il "buon governo" degli ospedali
di Stefano Tardivo pag. 11

IN OSPEDALE

La cicogna al Policlinico...
di Nadia Urli pag. 25

... e al Civile di Borgo Trento
di Marta Endrizzi pag. 26

FARMACI E SALUTE

Antibiotici, istruzioni per l'uso
di Maria Paolo Alberti pag. 29

IN PRIMO PIANO

Infezioni, Verona come gli Usa
di Luciano Flor pag. 34

DENTRO DI NOI

La malattia come viaggio
di Lorenzo Gobbi pag. 48

AMICI ANIMALI

Felini... felici per casa
di Graziano Galbero pag. 56

SALE ALL'AVANGUARDIA

Policlinico: stiamo lavorando per voi...

L'amministrazione Alberti ha avviato il rilancio delle strutture sanitarie ospedaliere, prevedendo non solo l'avvio dei lavori per il nuovo Polo chirurgico dell'Ospedale civile maggiore, ma anche una serie di interventi che stanno dotando sia l'Ocm che il Policlinico di nuove strutture. Ecco in dettaglio la descrizione dei lavori in corso.

All'Ocm è stato inaugurato il nuovo reparto di Pneumologia ed entro l'autunno saranno aperte altre tre sale operatorie nella spina centrale.

Al Policlinico sono state inaugurate in dicembre le nuove degenze di Endocrinochirurgia, il 16 marzo il nuovo Pronto soccorso ostetrico-ginecologico, il 29 marzo le sale operatorie delle Chirurgie specialistiche.

Sono già previsti i lavori per la ristrutturazione delle altre 6 sale operatorie delle Chirurgie generali (blocco operatorio centrale).

Al Policlinico sono in corso ancora: la ristrutturazione del reparto di Ematologia all'ottavo piano (con il sostegno dell'associazione Ail), la ristrutturazione delle degenze al sesto e settimo piano.

Inoltre si stanno completando i lavori nella palazzina di 15mila metri quadrati retrostante l'ospedale che ospiterà i reparti di Oncologia, Malattie infettive (con degenze, day hospital e laboratori) e centro dialisi. I lavori saranno completati entro l'anno.

Sono in fase di attivazione anche il nuovo laboratorio di Immunopatologia e sono già stati consegnati i lavori per il completamento dell'ultimo piano della "Chiocciola" per laboratori di Anatomia patologica ed altre specialità.



Le modernissime attrezzature di una sala del nuovo blocco operatorio

Il primo reportage della nostra rivista è dedicato alle sale operatorie dell'ospedale Policlinico, inaugurate il 29 marzo ed entrate in funzione in aprile. È una scelta editoriale di cui crediamo diano ragione le immagini di queste pagine che ne mostrano le modernissime strutture e le attrezzature all'avanguardia in Europa.

Il nuovo blocco operatorio è utilizzato dagli operatori delle chirurgie specialistiche cui non di rado giungono da tutta Italia pazienti in condizioni delicate, bisognosi di interventi che richiedono tecniche raffinate e grande esperienza.

Le chirurgie interessate sono la clinica ortopedica del professor Pietro Bartolozzi, la clinica otorinolaringoiatrica del professor Vittorio Colletti, la chirurgia della mano del dottor Landino Cugola e la clinica odontoiatrica e maxillo-facciale del professor Piefrancesco Nocini. Non molti anni orsono i malati più gravi,

i "viaggiatori della speranza", volano negli Stati Uniti, a Londra o Parigi: oggi Verona è una meta altrettanto ambita. Vi sono professionalità d'alto valore e si stanno adeguando le strutture ospedaliere per portarle al livello necessario per garantire massima sicurezza e comfort ai pazienti ed ai medici.

È questo il senso dell'intervento completato con le 6 nuove sale operatorie che occupano un'area di 1.200 metri quadrati situata nel seminterrato sotto il Pronto soccorso.

Ed è il motivo per cui sia al Policlinico che all'Ospedale civile maggiore vi sono numerosi cantieri aperti, come spieghiamo nella scheda dedicata ai lavori in corso.

Lo hanno sottolineato durante la cerimonia inaugurale il direttore generale Valerio Alberti e il vicepresidente della Giunta regionale, l'assessore alle Politiche sanitarie Fabio Gava. La sanità veronese sta viven-

Il blocco operatorio nel dettaglio Impianti e tecnologie di ultima generazione

Il Servizio tecnico dell'Azienda ospedaliero-universitaria in collaborazione con quello d'Ingegneria clinica ha progettato ogni dettaglio tecnico del blocco operatorio per garantire alle équipes chirurgiche ed ai pazienti la situazione ottimale per l'intervento. Sono stati previsti:

** Impianti di condizionamento a trattamento dell'aria con zone a pressione differenziale per separare e non mescolare l'aria delle varie aree in cui è suddiviso il blocco, garantendo i più alti standard di asetticità e di comfort per pazienti e operatori.*

** Impianti di controllo tecnologicamente avanzati per la verifica ed il monitoraggio del livello degli elementi inquinanti in ambiente.*

** Impianti elettrici in grado di assicurare i più elevati standard di sicurezza, comfort visivo e continuità di servizio anche nelle più difficili situazioni operatorie e l'ottimizzazione ed il risparmio nell'uso di energia.*

** Ogni sala è dotata di impiantistica autonoma, evitando il blocco dell'attività operatoria di*

tutte le sale in caso di guasti o esigenze di manutenzione.

** Bracci pensili per il sostegno delle attrezzature della sala operatoria consentono al chirurgo ed all'équipe di utilizzare tutta la strumentazione necessaria all'atto operatorio con la massima razionalità*

** Apparecchi per anestesia di nuova generazione memorizzano in una cartella clinica-informatica tutte i dati relativi alle condizioni del paziente e ai farmaci somministrati durante l'intervento*

** Impianto televisivo digitale per la raccolta di tutte le immagini che possono essere realizzate in sala operatoria: atto intraoperatorio (mediante utilizzo di attrezzature endoscopiche), atto operatorio (con telecamera posta sulla lampada scialitica), panoramica generale della sala. Le sale operatorie, dotate anche di microfoni ambientali, sono video-collegate con quelle per l'induzione anestesia e risveglio e le immagini dalla sala operatoria possono essere inviate ai reparti, alle aule didattiche o utilizzate in video-conferenza. Il sistema è tra i più moderni in Europa.*

do una fase di rilancio, anche dal punto di vista strutturale, ha assicurato Gava.

"Il progresso tecnologico è in continua evoluzione - ha detto Gava - e lo stimolo al miglioramento è perciò costante. Il Veneto ha varato un programma di investimenti decennale del valore di 60 milioni di euro l'anno per il settore sociosanitario ed è impegnato a far fronte anche con risorse proprie all'esigenza di mantenere elevato il livello della nostra sanità".

Non si tratta solo di evitare sprechi e diseconomie, ha ribadito Alberti, ma di utilizzare le risorse per investimenti validi ad assicurare la qualità delle nostre prestazioni. Così è stato per le sale del nuovo blocco operatorio.

Per la loro ristrutturazione sono stati destinati 3 milioni di euro ed altri 2 sono stati necessari per le attrezzature e le dotazioni strumentali che descriviamo in dettaglio nel box qui a fianco.

La scelta operata dall'amministrazione, in accordo con la Regione, valorizza un'attività importante non solo per l'altissima specializzazione degli interventi, ma anche per il loro numero che complessivamente supera i 4mila l'anno, per un totale di circa 1.200 sedute operatorie.

Questa nuova struttura è stata accolta con viva soddisfazione anche dall'Università.

Sia il prorettore Alessandro Mazzucchi che il preside della facoltà di Medicina Francesco Osculati hanno espresso completa sintonia con le linee d'intervento aziendali per gli ospedali cittadini. Plauso è stato espresso anche dal vicepresidente del Consiglio provinciale Antonio Pastorello e dall'assessore Tito Brunelli, in rappresentanza del sindaco Paolo Zanotto.

La sanità veronese ha radici ben salde che oggi le consentono di proiettarsi nel futuro da protagonista. Ne ha parlato il vicepresidente del Consiglio regionale Angelo Fiorin, ribadendo l'impegno ad assicurare a Verona l'attenzione della Regione.



UNA PROFICUA OSMOSI

Fin dai suoi primi passi la facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona ha avuto come supporto fondamentale l'attività assistenziale erogata dagli allora - era il 1969 - Istituti Ospitalieri. Precisi accordi in convenzione garantivano l'apporto di strutture, strumentazioni, personale medico e paramedico, senza i quali l'attività accademica sarebbe stata impossibile. Un legame tra università e ospedale, che si è evoluto e perfezionato durante gli anni, fino a costituire l'Azienda ospedaliero-universitaria che oggi comprende il nosocomio maggiore di Borgo Trento e il Policlinico di Borgo Roma.

Un assetto istituzionale che va evolvendosi verso la nascita di una vera e propria "azienda integrata" e che per il cittadino significa concretamente una sola cosa: avere a disposizione un'assistenza sanitaria di alta qualità.

Perché se è vero che non può esserci ricerca e di didattica senza le risorse offerte dall'attività assistenziale, è anche vero che non può esserci un'assistenza altamente qualificata senza il supporto della ricerca. A spiegarlo è lo stesso preside della facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona, Francesco Osculati. "Quello della ricerca è uno



Francesco Osculati

dei compiti istituzionali dell'Università. Ma la nostra attività scientifica, svolgendosi in campo medico, non resta chiusa nei laboratori. Ha un'immediata ricaduta sulla pratica clinica, diagnostica e terapeutica. E quindi sulla salute del paziente, che può avere solo dei vantaggi ad essere seguito in una struttura ospedaliera dove è radicata e operante la presenza universitaria". E aggiunge: "Oggi in Italia si sente dire da più parti che "manca la ricerca". Per fortuna all'interno di un'azienda come quella scali-

gera questo non si verifica, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo". Un giudizio che il professor Osculati - che è professore ordinario di Anatomia - formula basandosi su dati precisi. "Da anni ormai la facoltà veronese si fa valutare da una struttura esterna: il Center for Science and Technology Studies dell'Università olandese di Leida. Da un'analisi bibliometrica risulta che l'attività di ricerca si è attestata ad un alto livello internazionale, sia nel confronto con altre università europee che in relazione alla media mondiale occidentale".

Qual è, secondo lei, il settore di punta di questa facoltà?

"È una domanda a cui non vorrei rispondere, perché non è compito del Preside fare graduatorie di merito. Semmai il mio ruolo è quello di promuovere, di mettere tutti nelle condizioni migliori per poter esprimersi al meglio. Poi sono anche le situazioni ad essere difficilmente comparabili. Perché l'attività delle nostre Medicine si confronta con quella delle Medicine in Italia e all'estero. E così per le Chirurgie e per le altre specialità. Pertanto è scorretto effettuare un paragone,

Quanta strada da quel primo anno accademico datato 1969-1970

La Facoltà medica veronese nasce come secondo triennio sdoppiato della facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova nell'anno accademico 1969-1970. Negli anni successivi attiva gradualmente il primo triennio. In questa prima fase il supporto ospedaliero veronese risulta di vitale importanza nello sviluppo del secondo triennio, direttamente connesso all'attività assistenziale, in quanto precisi accordi convenzionati garantiscono l'apporto di strutture, strumentazioni, personale medico e paramedico. L'Università patavina si limitava ad inviare alcuni docenti e assistenti universitari (con responsabilità di aiuto), mentre il reperimento delle risorse è lasciato, nella quasi totalità, all'iniziativa cittadina. Negli anni successivi gli organici universitari vengono potenziati a livello docente e tecnico amministrativo. A partire dal 1972 i finanziamenti statali per l'edilizia consentono la costruzione del primo edificio del Polo biotecnologico di Facoltà. Nel 1982 la Facoltà diviene

autonoma e con il Dpr 766/83 viene approvato il nuovo statuto. Successivamente la struttura ospedaliera convenzionata si trasformerà in Azienda mista.

La Facoltà del 1982 ha un unico corso di laurea e 28 Scuole di specialità che operano all'interno del Policlinico di Borgo Roma (un solo reparto clinico è attivo già nell'ospedale di Borgo Trento). Complessivamente il corpo docente è costituito da 59 unità per poco meno di 3mila discenti, tra studenti e specializzandi. Da allora la Facoltà amplia le proprie strutture e i propri organici rimanendo principalmente insediata nei comprensori di Borgo Roma e di Borgo Trento. Nel 1985 nasce il nuovo Corso di laurea in Odontoiatria. Nel 1986 vede la luce il Polo riabilitativo di Valeggio sul Mincio. Dal 1991 un'unità clinica dell'ospedale Sacro Cuore di Negrar viene affidata alla direzione universitaria, successivamente la Facoltà estende tale collaborazione attraverso consulenti specialistici nei servizi diagnostici. Nell'anno accademico 1998/99 si attiva il Dipartimento inter Ateneo di Informazione scientifica del farmaco che avvia il suo primo ciclo nella sede patavina.

per esempio, tra una Medicina e una Chirurgia. È logico, tuttavia, che dalle valutazioni che vengono date all'attività scientifica della Facoltà emergono anche le eccellenze dei gruppi e delle persone".

Comunque l'attività scientifica svolta dalla Facoltà nel suo complesso è stata valutata sia a livello nazionale che internazionale ed è sempre risultata a livelli di eccellenza sia per quanto riguarda il contesto nazionale sia se raffrontata con i migliori centri internazionali dei Paesi più evoluti. Questi risultati sono stati ottenuti, senza mai trascurare l'attività assistenziale e la didattica, sia attraverso una sana competizione a tutti i livelli sia attraverso una particolare attenzione alla qualificazione nel campo della ricerca dei nuovi docenti reclutati.

Riformulo la domanda, direbbe un avvocato. Allo sviluppo di quali settori punta la sua Facoltà?

"Essa è inserita a pieno titolo nella comunità scientifica internazionale e come tale segue in maniera particolare tutti quei settori che sono oggetto d'interesse della ricerca mondiale. Credo che pochissimi problemi scottanti della Medicina o della Chirurgia non siano oggetto di studio da parte dei nostri ricercatori".

In questi anni l'attività della Facoltà, corsi di laurea e di specialità, è cresciuta notevolmente, richiedendo nuovi spazi...

"È vero. Siamo in attesa del completamento, ormai prossimo, della nuova struttura che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sta realizzando all'ospedale Policlinico. Vi saranno ospitate Oncologia, Malattie infettive, Dialisi e le cure per le tossicodipendenze. In questo contesto disporremo di nuovi spazi anche per le attività di didattica e di laboratori per la ricerca".

Che cosa pensa la facoltà di Medicina della ristrutturazione dell'Ospedale maggiore?

"La ristrutturazione è ormai una realtà che non possiamo che accogliere con favore, come tutto ciò che può migliorare la nostra attività all'interno degli spazi aziendali".

Università significa ricerca, ma anche didattica. Ci vuol dire quale

Dieci corsi di laurea di primo livello e due di secondo che vedono protagonisti 300 professori e 3.662 studenti

L'offerta didattica della facoltà di Medicina e Chirurgia comprende 10 corsi di laurea della durata di tre anni (laurea di primo livello), il corso di Medicina e Chirurgia di 6 anni e quello di Odontoiatria e protesi dentaria di 5 anni (lauree di secondo livello).

Gli iscritti

Gli iscritti totali per l'anno accademico 2003/2004 sono 3.662

I docenti

Tra docenti di prima e seconda fascia e i ricercatori, i professori universitari sono 300

Le scuole di specialità

Le scuole di specialità sono 41: Anatomia patologica, Anestesia e rianimazione; Audiologia, Biochimica clinica, Cardiocirurgia, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia generale con indirizzo Chirurgia d'urgenza, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Dermatologia e venereologia, Ematologia, Endocrinologia e malattie del ricambio, Fisiopatologia e terapia del dolore, Gastroenterologia ed endoscopia

digestiva, Genetica medica, Geriatria, Ginecologia ed ostetricia, Igiene e medicina preventiva, Malattie infettive, Medicina del lavoro, Medicina dello sport, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina interna, Medicina legale e delle assicurazioni, Microbiologia e virologia, Nefrologia, Neurochirurgia, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Psichiatria, Radiologia con indirizzo Radiodiagnostica, Urologia.

Le strutture

L'attuale complesso strutturale di Facoltà comprende il Policlinico Gianbattista Rossi, la Chiocciola odontoiatrica, gli Istituti biotecnologici con le connesse aree logistiche, la Lente didattica, il costruendo Polo oncologico-malattie infettive. Inoltre fanno parte sempre dell'Ateneo le aree operative di Borgo Trento, il Polo riabilitativo di Valeggio sul Mincio, la Medicina generale e l'Anatomia patologica dell'ospedale Sacro Cuore di Negrar oltre alcune aree specialistiche del nosocomio di Trento e Bolzano.

medico esce dalla facoltà di Verona?

"L'attività formativa è fondamentale per la vita di un ateneo, perché serve a mantenere elevato il grado di competenza clinica dei medici, degli specializzandi e di tutte le figure professionali che escono dai corsi di laurea delle classi mediche. Importantissima è anche la funzione di contribuire a mantenere la continuità dell'attività di ricerca, ad assicurare il ricambio generazionale nella docenza universitaria di ruolo ed infine serve a formare personale ad alta qualificazione scientifica che può contribuire ad aumentare la competitività dell'Italia nel contesto internazionale. Credo che l'impegno didattico della facoltà di Verona risponda a questi obiettivi".

Oggi si ritorna a parlare dell'importanza del rapporto tra medico e paziente. In questo senso come vengono preparati i medici nella nostra città?

"Credo che la capacità di interagire in modo positivo con il paziente, anche al fine di una maggior efficacia della terapia, dipenda solo in parte dalla conoscenza delle tecniche della comunicazione in campo sanitario, a cui la nostra Facoltà dà comunque spazio nel suo programma d'insegnamento. Ciò che conta sono le qualità umane delle persone. Devo dire che riguardo a questo aspetto abbiamo sempre riscontri positivi dalla maggior parte dei pazienti che sono venuti a curarsi nelle nostre strutture".

Elena Zuppini

UNA REGIONE LEADER

di Francesco Calabrò *



Il trapianto di organi tessuti e cellule, sia da cadavere che da vivente, è attualmente entrato nella pratica clinica. Esso consente a migliaia di esseri umani di continuare a vivere una vita sociale ed affettiva normale, lasciandosi alle spalle un incombente pericolo di vita e cure dolorose e senza speranza. Sono oltre 30.000 i trapianti d'organo effettuati ogni anno, prevalentemente nel mondo occidentale.

La tecnica del trapianto di tessuti, inoltre, è sempre più diffusa sia per una maggiore disponibilità di tessuti di derivazione umana e per la messa a punto delle tecniche di prelievo e conservazione. Sia per la maggiore richiesta proveniente dai chirurghi che considerano la sostituzione di parti dell'organismo (segmenti vascolari, valvole cardiache, segmenti ossei), mediante tessuti di derivazione umana, una pratica che sotto il profilo della sicurezza, della durata e della convenienza economica, è di gran lunga preferibile rispetto ad analoghe sostituzioni operate mediante l'uso di materiali protesici di tipo sintetico.

Sul fronte dell'utilizzo di cellule di derivazione umana, l'impianto di cellule staminali ematopoietiche per il trattamento delle leucemie e delle forme affini, è diventata ormai pratica comune, con ottimi risultati terapeutici, specie per le forme dell'età pediatrica, mentre si sta considerando l'ipotesi di utilizzare le cellule staminali autologhe in campo oculistico e cardiologico. L'attività di trapianto vede al centro del processo la donazione di organi e l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione sulle tematiche della donazione e del trapianto coinvolge le istituzioni, le strutture e gli operatori sanitari. Risulta evidente come tutte le attività connesse alla trapiantologia mettano a



Verona ha un ruolo trainante nel modello veneto E le donazioni sono in continuo aumento

Il trend positivo nel 2003 delle donazioni venete ed, in particolare, nell'area veronese è stato sottolineato dall'assessore alle Politiche Sanitarie Fabio Gava.

"Il contributo del Veneto per quanto riguarda gli organi procurati nell'area NITp è stato pari al 29% - afferma Gava - con un notevole incremento per quanto concerne il fegato (passato da 109 organi a 120), il pancreas (da 26 organi a 31) ed i polmoni (da 12 organi a 23). Anche per quanto riguarda l'utilizzazione degli organi il contributo della regione è considerevole essendo pari al 31% degli organi trapiantati nell'area NITp. Il confronto dei dati 2001-2002-2003, sempre per quanto riguarda gli organi utilizzati, è un altro indice dell'attenzione che si pone a livello di procurement per quanto riguarda l'idoneità d'organo". "I risultati del primo anno di attività del Sistema regionale trapianti del Veneto appaiono lusinghieri, anche se debbono essere consolidati nel prossimo triennio programmatico, affermano il



segretario regionale alla Sanità e sociale, Franco Toniolo, e il responsabile della direzione Piani e Programmi Giampaolo Rupolo (foto) nella relazione presentata in marzo. Nel campo dei trapianti d'organo, le donazioni sono

aumentate del 5% (25,4 per milione di abitanti) superando ampiamente le medie nazionali ed europee. Sempre nel campo dei trapianti d'organo i poli trapiantologici attivi hanno aumentato del 9% i trapianti effettuati, e, se si considera che i pazienti iscritti nella lista d'attesa erano al 1 gennaio 2001, 1.054, e che di questi ne sono stati trapiantati 358, il soddisfacimento globale delle liste è stato del 34%, dato assolutamente superiore alle medie nazionali ed europee. Anche sul fronte del procurement e del trapianto di tessuti, i dati dimostrano la funzionalità del modello scelto. Un dato per tutti: le donazioni di cornee sono aumentate del 47% e nella regione Veneto sono stati trapiantati di cornea oltre 1.000 dei 6.000 pazienti in attesa di un trapianto.

dura prova sia le strutture dedicate alla ricerca ed alla sperimentazione che quelle assistenziali e contribuiscono in modo determinante al complessivo miglioramento della qualità globale del mondo sanitario. Pertanto l'organizzazione di questo complesso di attività riveste un ruolo cardine nel progresso armonico di questa scienza e costituisce un sicuro indicatore di qualità delle strutture sanitarie.

L'assetto organizzativo nazionale è strutturato come una rete che va dal Centro nazionale trapianti ai Coordinamenti locali.

In Italia, la trapiantologia ha avuto i suoi inizi proprio nel Veneto, nella seconda metà degli anni '70, con l'inizio della trapiantologia renale, ad opera del gruppo guidato dal professor Piero Confortini, vanto della medicina scaligera e successivamente il primo trapianto di cuore

italiano eseguito dal professor Vincenzo Gallucci il 14 novembre del 1985 nell'ateneo patavino. L'attività si è progressivamente sviluppata fino a divenire preminente su scala europea e nel corso del 2003 i risultati sono stati lusinghieri.

L'impegno dei singoli operatori e delle strutture è stato però sicuramente favorito dagli aspetti organizzativi che, come è noto, sono raggruppati in un sistema, il Sistema regionale trapianti del Veneto che ha visto completata la propria definizione con la Drgv 219 dello scorso 6 febbraio 2003.

Il sistema è così composto:

Il governo di una struttura così complessa è affidato al coordinamento regionale che ha sede nel Centro regionale trapianti al quale fanno riferimento le sette aree provinciali con i rispettivi coordinatori locali.

T rapianti

Il Centro regionale trapianti, sede del coordinamento, ha una serie di compiti istituzionali basati sulla conoscenza ed il monitoraggio di tutta l'attività relativa alla donazione, al prelievo ed al trapianto di organi e tessuti.

Nell'ultima riunione del Direttivo del NITp, il Centro interregionale nel quale è inserita la nostra Regione, è chiaramente emerso che l'attività di trapiantologia veneta è leader a livello nazionale ed europeo. Infatti, tutte le 7 aree provinciali di prelievo hanno procurato donatori e vi è stato un particolare incremento nell'area provinciale di Verona.

Per quanto riguarda gli organi prelevati è migliorata la capacità di recuperare organi. Infatti gli organi procurati sono stati 455 rispetto ai 430 del 2002 (+5,5%) con una media di 3,9 organi per donatore (3,2 nel 2002). Negli organi prelevati sono compresi: 10 fegati utilizzati per isolare epatociti, 25 pancreas per separare le isole e 21 cuori per valvole.

Tutte le aree hanno prelevato più di 30 organi (Padova 100, Verona 94, Treviso 84, Vicenza 64, Belluno 45, Venezia 36 e Rovigo 33).

L'ospedale di Padova, con 91 organi, Verona con 81, Treviso con 75, Vicenza con 54, Belluno con 38 e Rovigo con 33 sono stati i Centri più attivi.

L'organizzazione di un'attività complessa è costruita o come una somma dei singoli componenti, governata da una direzione centralizzata, o come una rete, coordinata da un centro che è in grado di metterle in connessione continuativamente tutti i componenti. Si può dire quindi come il senso di appartenenza alle istituzioni dedicate al trapianto d'organi e tessuti sia la chiave che consente di tramutare la semplice somma delle prestazioni di tutte le strutture coinvolte, in una attività integrata di sistema, una vera e propria rete.

*** Coordinatore vicario del Centro Trapianti della Regione Veneto**

CANGRANDE AI RAGGI X

È stato un paziente particolare quello di cui si è occupato il servizio di Radiologia dell'ospedale di Borgo Trento nello scorso febbraio. Il giorno 12 febbraio a essere sottoposto a Tac e Raggi X è stato il signor Della Scala Canfrancesco, ovvero Cangrande I della Scala, che dal 1311 fino alla morte, avvenuta nel 1329 a 38 anni, portò Verona e la signoria degli Scaligeri alla massima potenza. "È stata un'emozione occuparci di un simile personaggio", racconta Giacomo Gortenuiti, direttore della Radiologia dell'ospedale di Borgo Trento, cui affluiscono ogni giorno oltre settecento pazienti.

Cangrande è stato portato al servizio di Radiologia alle 21.30 ed è stato studiato fino alle due di notte. I tempi erano stretti: il signor Della Scala doveva essere esaminato nel più breve tempo possibile per evitare che il suo corpo, mummificatosi naturalmente, potesse rovinarsi. L'idea di sottoporlo a una serie di esami è stata del museo di Castelvecchio che ha deciso di organizzare in ottobre una mostra su Cangrande e, in accordo con la Soprintendenza per i Beni ambientali, ha deciso di riaprire l'arca.

Nella speranza che il corpo fosse rimasto nelle stesse condizioni nelle quali era stato trovato nel 1921, quando la tomba era stata aperta per la prima volta. Così è stato.

"Avendo la fortuna di disporre di due Tac, una l'abbiamo lasciata libera per le emergenze e l'altra l'abbiamo utilizzata per Cangrande, - spiega Gortenuiti -. Per evitare che subisse danni, la mummia, arrivata su un carro funebre, è stata avvolta nel domopak e spostata sempre con l'ausilio di un basamento di legno. Le indagini sono state seguite da Paola Marini, direttrice dei Musei civici veronesi e dall'équipe diretta da Gino Fornaciari dell'università di Pisa. Inoltre erano presenti il direttore generale dell'azienda ospedaliera



In alto, esami su Cangrande; sopra, il teschio

Valerio Alberti e il direttore sanitario Emanuela Zandonà". Sorprendenti i risultati di Tac e Raggi X. "Abbiamo riconosciuto tutte le strutture ossee: sono conservate benissimo - racconta Gortenuiti -. Abbiamo studiato lo scheletro, ricostruendolo in tre dimensioni, e abbiamo notato subito che Cangrande non ha mai subito fratture. Un fatto strano se si pensa che, secondo le cronache del suo tempo, il principe era un grande guerriero e combatteva sempre in prima linea. Un altro aspetto particolare è la dentatura: perfetta. Non aveva neppure un dente cariato. Fornaciari ci ha poi spiegato che questo

particolare dipende anche dal tipo di alimentazione. I signori di quell'epoca mangiavano soprattutto carne che strappavano con i denti, motivo per cui Cangrande aveva anche una mandibola sviluppata e molto forte". Se i denti erano sani, non altrettanto si può dire del fegato, che costituì forse - ma questo lo verificheranno gli esami successivi - la causa del decesso del principe.

"Con la Tac siamo riusciti a vedere anche i suoi organi interni - prosegue lo studioso -. Ci sono tutti, solo che si sono seccati. L'aspetto più interessante è stato scoprire che il fegato, il primo organo che di solito va in decomposizione, si è conservato benissimo per secoli e ciò significa una sola cosa: era fibrotico, cioè cirrotico. Cangrande era malato di fegato, questo è sicuro. E ciò potrebbe anche spiegare perché morì a 38 anni e perché quattro anni prima era stato in punto di morte, riprendendosi poi perfettamente. Almeno in apparenza". Sulla causa del decesso del principe non c'è chiarezza. Alcuni storici raccontarono che morì di una febbre che gli provocò una forte dissenteria, altri scrissero che venne avvelenato. Sulla dissenteria Gortenuiti, però, avanza molti dubbi: "Nella parte terminale del retto abbiamo trovato delle feci. La causa della morte, comunque, non rimarrà un mistero. Il corpo è stato infatti sottoposto all'autopsia. È stato prelevato il fegato che verrà studiato a Pisa, dove sarà sottoposto agli esami del Dna, mentre le feci sono state portate in parte a Pisa e in parte all'Istituto medico legale dell'ospedale di Borgo Roma dove verranno sottoposte alle prove tossicologiche. Poi, attraverso gli attacchi muscolari, utilizzando programmi informatici particolari sarà possibile ricostruire anche il volto. La mummia è molto ben conservata: ha ancora la pelle e una parte dei capelli".

Chiara Tajoli

Il “buon governo” degli ospedali

di Stefano Tardivo *

I risultati per la salute del cittadino, e non solo l'analisi e il contenimento dei costi, devono orientare le scelte del Servizio sanitario nazionale

Nel 1983 l'Organizzazione mondiale della sanità trovandosi di fronte ad uno scenario di progressivo e preoccupante aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, allo scopo di bilanciare la tendenza da parte dei governi ad una esclusiva attenzione sul corretto utilizzo delle risorse economiche ha introdotto il termine di “Clinical Governance”. Questo è un nuovo concetto per indicare l'importanza di considerare non solo gli effetti finanziari, ma anche i risultati sulla salute che i diversi interventi sanitari raggiungevano nella loro applicazione.

La Gran Bretagna nel 1997, affrontando una profonda riforma del proprio Servizio Sanitario Nazionale, ha voluto adottare questo strumento, tradotto in Italia con diversi termini, tra i quali si è progressivamente affermato quello di “governo clinico”. Esso può essere definito come un modello per mezzo del quale le strutture del Servizio sanitario sono tenute a migliorare costantemente la qualità dei loro servizi e a mantenere elevati livelli di assistenza tramite la creazione di un “ambiente” favorevole ad un'evoluzione verso l'eccellenza delle cure mediche (orientamento alla qualità).

Il concetto di “governo clinico” parte inoltre dal presupposto che solo coloro che erogano l'assistenza siano in grado di cambiarla, migliorandola.

Il cardine del “governo clinico” risiede nella capacità delle strutture del Servizio sanitario di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, tutti i servizi e tutte le prestazioni capaci di rispondere ai bisogni di salute delle persone. In particolare si punta fortemente al concetto di appropriatezza che implica, in buona sostanza, il “fare le cose giuste alle persone giuste”. Per ottenere questo risultato è necessario ricorrere a diversi strumenti deri-

vati dal campo dell'organizzazione aziendale quali la gestione per obiettivi, l'utilizzo del budget e l'adozione di strumenti ormai tipici dell'ambito sanitario quali le linee guida, la medicina basata sulla prove di efficacia, l'accreditamento delle strutture sanitarie, la valutazione del rischio clinico ed altri ancora, che verranno illustrati nei prossimi appuntamenti di questa rubrica.

Tutti questi strumenti sono accomunati dalla prospettiva di contenere il più possibile la variabilità tipica dei comportamenti professionali e l'incertezza tecnica nell'esecuzione di un atto medico. Tale programma non può certo prescindere da un forte orientamento alla formazione continua dei professionisti. Il “governo clinico” agisce, quindi, attraverso una verifica delle attività assistenziali e un potenziamento dei sistemi di controllo della qualità (nelle sue varie dimensioni di appropriatezza, tempestività, accessibilità, efficienza, efficacia ed equità) mediante l'implementazione degli standard clinici: pratiche mediche basate sulle prove di efficacia (cioè su dati fondati scientificamente derivati dalla ricerca scientifica di base ed applicata) e l'esperienza appresa dagli errori derivanti da una performance di basso livello.

Ci si può avvalere di uno schema tipo comprendente tutte le attività e le informazioni che permettono ad una organizzazione sanitaria, come un ospedale o un distretto, e al suo personale, di migliorare la qualità dei servizi a livello locale. Ciò significa individuare e, soprattutto, mettere in atto la buona pratica clinica, accertare e ridurre al minimo il rischio di eventi non desiderati, studiare i vari problemi sul nascere e assicurare che la eventuale “lezione” venga appresa, aiutando di conseguenza gli operatori sanitari ad erogare assistenza di qualità.

Per cercare di definire le modalità con le quali il “governo clinico” può essere utile ai pazienti si può ricorrere ad un esempio relativo al problema rappresentato dai ricoveri ripetuti di una stessa persona, a breve distanza di tempo (entro 30 giorni) nel medesimo ospedale.

Un alto numero di riammissioni dello stesso paziente potrebbero, ad esempio evidenziare problemi di dimissione impropria causati da variazioni nella qualità delle procedure effettuate, o da scarsa comunicazione e relazione tra personale infermieristico, medici ospedalieri e del territorio e organismi di assistenza sociale.

Questo tipo di informazione potrebbe essere ulteriormente rafforzato da segnalazioni o lamentele provenienti dai pazienti stessi. I sistemi di “governo clinico” in tale caso sono in grado di mettere in evidenza la necessità di migliorare la comunicazione, all'interno e all'esterno dell'ospedale e di contribuire allo sviluppo di protocolli migliori, condivisi tra professionisti ospedalieri e professionisti del territorio, per una corretta pianificazione delle dimissioni ospedaliere.

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

IN AIUTO DEL CUORE



Alessandro Mazzucco; a destra, chirurghi durante un intervento a cuore aperto



Quella veronese è una Cardiocirurgia all'avanguardia e dai numeri di tutto rispetto: circa 1.500 interventi all'anno, quasi tutti a cuore aperto (con una media di 25/30 trapianti di cuore), prima struttura italiana pubblica per volume di attività e centro di riferimento nazionale per gli interventi di autotrapianto di valvola polmonare nel trattamento della patologia della valvola aortica nel giovane. Appartiene a questo centro un importante primato mondiale, quello della più lunga sopravvivenza con un cuore artificiale. È stato impiantato sei anni fa e con successo proprio nell'Unità operativa clinicizzata di Cardiocirurgia dell'Ospedale maggiore. "Nel 2004 quest'uomo sessantunenne ha superato i sei anni di vita con una pompa meccanica di supporto al cuore - spiega soddisfatto il professor Alessandro Mazzucco, direttore della Unità operativa di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e capo dell'équipe che

Tessuto umano autologo e cellule staminali per sconfiggere le patologie cardiache

Sono le malattie alle coronarie le patologie cardiache oggi più diffuse. In crescita sono anche le malattie delle valvole cardiache, della valvola aortica in particolare, e le malattie degenerative della valvola mitrale, dovute essenzialmente all'allungamento della vita media. L'intervento chirurgico diviene in questi casi necessario. L'unità operativa di Cardiocirurgia dell'ospedale Civile maggiore di Borgo Trento è a tal proposito un centro di riferimento a livello nazionale per l'autotrapianto di valvola polmonare al posto della valvola aortica, il cui cattivo funzionamento finisce per pregiudicare la funzionalità stessa del muscolo cardiaco. Proprio su questo terreno non mancano filoni di ricerca molto interessanti. In futuro non lontano, un sostituto

della valvole cardiache potrebbe essere prodotto con tessuto umano autologo. La prospettiva potrebbe essere quella del cosiddetto self-seeding, cioè la coltura di cellule proprie per generare un tessuto capace di replicare la struttura della valvola aortica. Tentativi del genere sono già stati fatti, ma è ancora presto per tirare le somme. L'altra prospettiva è la ricerca sulle cosiddette cellule staminali. Esiste anche a Verona un modello sperimentale di ricerca sui topi in cui si cerca di riprodurre dei miociti, cioè delle cellule miocardiche; ma anche in questo caso è bene non giungere a conclusioni frettolose. È però un ambito di ricerca estremamente valido, visto il grande potenziale rigenerativo di molte cellule indifferenziate. (al.az.)

Il primo miocardio artificiale risale al 1969 Da allora le soluzioni sono notevolmente migliorate

Per “cuore artificiale” si intende un qualsiasi dispositivo realizzato dall'uomo che aiuti il cuore di un paziente malato, sostituendo l'organo anche solo parzialmente. La data del primo caso di impianto di cuore artificiale risale al 1957,

quando i chirurghi Tetsuzo Akutsu e Willem Kolff sostituirono completamente il cuore di un cane con un cuore meccanico, anche se l'animale visse solo per 90 minuti.

Relativamente all'uomo, invece, il primo impianto di cuore artificiale risale al 1969 e al 1982; a Salt Lake City (Usa) un modello di cuore artificiale pneumatico (lo Jarvik 7) venne impiantato a Barney Clark, un paziente affetto da cardiomiopatia all'ultimo stadio che sopravvisse 112 giorni dall'operazione. L'insuccesso fu causato dal fatto che i primi modelli di cuore meccanico richiedevano una serie di collegamenti attraverso tubi ed apparecchi esterni, che aumentavano notevolmente il rischio di infezio-



ni e di coaguli. Dal modello Jarvik-7 si passò al più evoluto Jarvik 100, capace di ridurre notevolmente il rischio di trombi.

Leggermente più piccolo e realizzato a forma più ellittica per facilitare

l'adattabilità alla cavità del pericardio, fu testato su cavie e pecore negli anni Ottanta. I primi impianti furono eseguiti con successo. Rimaneva tuttavia elevato il rischio di infezioni dovute alla fuoriuscita di cavi dalla cavità addominale. Per quanto provvisorio, si notò che il dispositivo rappresentava comunque un rimedio efficace in attesa di un trapianto di cuore. Rimangono tuttavia diversi ostacoli da superare. Permangono problemi in merito alla biocompatibilità dei materiali e alla trombogenicità dovuta alla dinamica del flusso sanguigno. Anche il prototipo più recente, nonostante possa rimanere impiantato a lungo, sconta poi la breve durata delle batterie. (al.az.)

C hirurgia

13

persona non ha un'attesa di vita limitata da altre patologie gravi - precisa Mazzucco -. Il diritto ad un trapianto va garantito, ma non può prescindere da questa valutazione etica, per non dar luogo ad un utilizzo ingiustificato di organi tanto rari”.

Se negli anni Settanta e Ottanta i cuori artificiali non ebbero molta fortuna, grazie ai sostanziali progressi della tecnologia acquisiti negli ultimi dieci anni, alcuni di essi in tempi più recenti hanno mostrato grande validità, fino a poter sostituire per intero la funzione cardiaca quando questa è compromessa. “Il cuore meccanico è tornato sulla scena cardiocirurgica quando si è notato che i gli organi utilizzabili per trapianto scarseggiavano - prosegue il professor Mazzucco -. Questa macchina è una pompa nel vero senso della parola, con gittata di 5/6 litri al minuto. È una buona risposta alla carenza di organi e a quelle persone che, per molte ragioni, non sono “trapiantabili”. Il miglioramento della tecnolo-

esegui l'intervento.

Si tratta di un sistema di assistenza ventricolare sinistra che abbiamo impiantato nel suo torace nel febbraio 1998. Grazie a questo intervento, la persona ha potuto tornare a vivere una vita qualitativamente accettabile, con una buona autonomia, pur nel rispetto di un rigido programma di controlli”. E oggi, dopo il trapianto, vive con un cuore nuovo.

Per Mazzucco non si tratta però di un miracolo della medicina o della chirurgia. “Si tratta indubbiamente di un grande prodigio ingegneristico, ma il trapianto in questi casi rimane la soluzione principe”.

Già, proprio il trapianto che nel maggio di 10 anni fa il professor Mazzucco eseguì per la prima volta a Verona. Dopo la crisi di donazioni verificatasi nel 2002, nel 2003 il loro numero si è portato a 24, ma la lista delle persone in attesa è ancora lunga. “Va detto però che il trapianto trova ragione d'essere solo se la



E in sala operatoria fa la sua comparsa il robot che opera guidato dal chirurgo

Definirlo un robot è improprio e azzardato. Eppure le sale operatorie delle Unità di Cardiocirurgia e Chirurgia toracica utilizzano un sistema robotizzato prodotto dalla Intuitive Surgical che a prima vista assomiglia proprio ad un robot (donazione della dottoressa Miria Cherubini Loro). In realtà è un'apparecchiatura molto avanzata che permette di eseguire operazioni chirurgiche di altissima precisione; il chirurgo non opera vicino al paziente ma su una consolle sulla quale è proiettato il campo operatorio ripreso da due telecamere ad alta definizione poste sulle braccia robotiche.

Tramite una pedaliera e dei comandi manuali il chirurgo può muovere le due braccia del "robot" capaci quindi di eseguire l'intervento sul paziente "telecomandate". Il chirurgo può controllare i movimenti degli strumenti chirurgici con precisione più che millimetrica.

Uno speciale meccanismo di "feedback", applicato ai comandi della consolle garantisce che il

chirurgo possa percepire anche le minime resistenze meccaniche generate sulle braccia robotiche delle parti anatomiche toccate.

La chirurgia tradizionale mantiene chiaramente la precedenza, ma l'utilizzo di questa macchina presenta alcuni vantaggi.

L'intervento con il robot non richiede la totale apertura del torace, ma necessita solo di tre piccole incisioni sulla pelle del paziente. Le procedure operatorie risultano quindi meno invasive. Il lavoro alla consolle di comando produce poi un minore affaticamento per il chirurgo, specie nel caso di interventi molto lunghi.

Si ha poi la possibilità di collegare l'apparecchiatura in rete per svolgere teledidattica e, nei casi più avanzati, è possibile un controllo remoto dell'apparecchiatura per effettuare operazioni a distanza.

Tre sono le aree di intervento: la chirurgia delle coronarie con il by pass, la chirurgia ricostruttiva della valvola mitrale e quella delle aritmie.

Al.Az.

gia e la dimostrazione di un'ottima tollerabilità da parte del paziente ha dato risultati assolutamente attendibili anche a lunga distanza dall'impianto, tanto da prevedere la sostituzione completa del cuore anche per periodi lunghi e, in prospettiva, perfino in via definitiva".

"Parliamo di un apparecchio sofisticato in grado di rimpiazzare per un determinato periodo di tempo un cuore naturale dalle funzioni seriamente compromesse - prosegue Giuseppe Faggian, professore associato di Cardiocirurgia all'Università di Verona e aiuto del professor Mazzucco -. Non è da escludere che in futuro la ricerca possa realizzare un cuore artificiale in grado di sostituire definitivamente un cuore naturale. Ma occorrerà studiare un meccanismo privo di collegamento elettrico esterno per la ricarica delle batterie necessarie a far funzionare la pompa. Nel nostro caso, l'intervento sul paziente che ha vissuto sei anni con un cuore artificiale si rese necessario dalla drammaticità delle sue condizioni vitali: aveva poche ore di vita e non si era reso disponibile un cuore per un trapianto. Fino ad allora queste macchine venivano utilizzate come supporto temporaneo, ma il successo del loro impianto ha aperto davvero nuovi scenari".

Positivo il fatto che due anni fa i controlli eseguiti sul paziente e sul suo cuore artificiale siano riusciti a diagnosticare la minaccia di un malfunzionamento della macchina stessa per un disturbo meccanico, tanto da consentire una sua sostituzione programmata e preventiva, di fatto eseguita con successo. "L'originalità di questa esperienza è proprio questa: grazie ai controlli eseguiti con sistemi strumentali si è riusciti a prevedere il guasto della pompa meccanica ed a sostituirla in tempo. Questi sistemi di assistenza ventricolare sostituiscono di fatto e completamente la funzione del cuore naturale che tuttavia non viene rimosso: il suo ventricolo sinistro diventa una specie di serbatoio vuotato dalla pompa meccanica impiantata".



Giuseppe Faggian; alle sue spalle, una sala operatoria

Sempre più concreta la possibilità di utilizzare sistemi meccanici in alternativa ad organi

C **hirurgia**



Il "cuore artificiale"

tata - spiega Mazzucco, nel sottolineare però l'indiscutibile ruolo di scelta prioritaria del trapianto, che resta oggi la migliore e più sicura strada percorribile -. Il trapianto rimane lo standard, almeno per quanti possono averne accesso. Ma se nei prossimi anni riuscissimo a prevedere l'impiego di una macchina che garantisca con relativa certezza anni di vita, questa diventerebbe una reale alternativa al trapianto, vista la scarsità di organi disponibili. Su questo terreno gli sforzi non sono pochi. Grazie ad una sponsorizzazione di Cariverona

abbiamo realizzato ad esempio un progetto di ricerca finanziato dalla Fito, la Fondazione per l'incremento dei trapianti d'organo, per verificare l'utilizzazione dei sistemi meccanici come alternativa al trapianto. È una soluzione che in futuro potrebbe assicurare la vita ad una persona senza dipendere più dalla disponibilità di un cuore".

"L'aspetto su cui stiamo puntando molto è la cosiddetta *destination therapy*, ossia la terapia definitiva in cui non è previsto il trapianto di un cuore naturale, ma artificiale -, continua il

Trapianti cardiaci in ripresa nel 2003 a Verona Ne sono stati effettuati ventiquattro

Dati in ripresa sui trapianti di cuore a Verona. Dopo il calo di donazioni registrato nel 2002, lo scorso anno i trapianti eseguiti hanno mostrato una nuova tendenza all'aumento, salendo da 15 a 24. Appena viene segnalata l'esistenza di un potenziale donatore, il primo paziente compatibile nella lista d'attesa deve immediatamente entrare nell'unità cardiocirurgica e viene preparato all'intervento, mentre nell'ospedale del donatore l'équipe incaricata valuta le caratteristiche dell'organo da prelevare. Una volta accertata l'idoneità del cuore, l'équipe chirurgica inizia l'intervento di prelievo, in stretto coordinamento con i colleghi chirurgi dell'ospedale del ricevente. Il cuore del donatore viene successivamente lavato con una soluzione fisiologica salina fredda, prelevato e immerso in un contenitore con la stessa soluzione, in grado di conservarlo per almeno 4 o 5 ore. Inizia a questo punto una corsa contro il tempo che prevede uno scambio di

informazioni costante tra le due équipe. Dopo l'intervento di reimpianto sul ricevente (due ore circa), il paziente viene portato nell'unità di terapia intensiva per le cure post-operatorie.

I disturbi cardiaci che più di frequente necessitano di un trapianto cardiaco o di un cuore artificiale sono principalmente quattro: disfunzione cardiaca grave, aterosclerosi coronarica non operabile (grave sviluppo di placche nelle coronarie); precedenti interventi cardiaci ed esiti gravi dopo un intervento cardiaco.

Le cause di tutti i disturbi sopra descritti possono riguardare: cardiomiopatie post ischemiche, cardiomiopatie dilatative (caratterizzate da ingrandimento ventricolare e da disfunzione sistolica), cardiomiopatie associate a vulvopatie, malattie infiammatorie del miocardio, cardiomiopatie secondarie (endocrinopatie, cause tossiche e metaboliche) e cardiomiopatie ipertrofiche. (al.az.)



professore. "L'ipotesi attuale prevede lo studio di una macchina miniaturizzata, molto più piccola di quella attuale e soprattutto priva del cavo di collegamento esterno per l'alimentazione della batteria, un problema non ancora superato. La questione non è solo estetica o di praticità, ma anche biologica. Infatti alla presenza di questo cavo transcutaneo è connesso un non trascurabile rischio di penetrazione di agenti patogeni infettanti".

Per Giuseppe Faggian infine, "i cuori supportati da una pompa artificiale impiantata mostrano anche segni di recupero della funzionalità. Dopo un lungo periodo di riposo si è notato infatti un rimodellamento del patrimonio genetico della cellula miocardica, che sembra recuperare le sue funzioni primordiali".

Alessandro Azzoni

COSE INTOLLERABILI

Segni particolari, allergico. L'allergia è un disturbo diffusissimo: ne soffre il 30 per cento degli italiani e se la maggior parte deve convivere con il raffreddore allergico c'è anche chi deve fare i conti con l'allergia a certi tipi di medicinali, tessuti e cibi.

Ma cos'è l'allergia? Presto detto. Il termine deriva dal greco e significa letteralmente "reazione alterata". L'allergia è una risposta inappropriata e dannosa dei meccanismi di difesa dell'organismo a sostanze altrimenti innocue per i soggetti non allergici. Il sistema immunitario dell'allergico va incontro a una reazione anomala ed esagerata quando entra in contatto con queste sostanze, i cosiddetti allergeni, presenti nell'ambiente in cui viviamo (pollini, acari, muffe, veleno d'insetti, nichel, ecc.) o che introduciamo con gli alimenti e i farmaci.

Questo disturbo si manifesta con una grande varietà di sintomi, dagli starnuti alla lacrimazione, dalla rinorrea alla tosse, dall'orticaria all'angioedema, dall'eczema al prurito, dal vomito alla diarrea fino a sintomi di estrema gravità quali lo shock anafilattico e l'edema della glottide. Il problema non va quindi



Gianenrico Senna

sottovalutato, perché in alcuni casi si può rischiare anche la vita. Ogni anno in Italia muoiono sette persone per le punture degli imenotteri. Può bastare anche una sola puntura per andare in shock anafilattico. Negli Stati Uniti l'allergia ai farmaci costituisce la quarta causa di morte. E rischiano anche le donne incinte. Una serie continua di starnuti può arrivare a provocare una minaccia d'aborto.

Di qui la necessità di appurare a cosa si è allergici, per evitare inutili ansie e per attivare le protezioni necessarie per difendersi. Per chiedere aiuto non bisogna andare lontano. All'ospedale di Borgo Trento esiste il servizio di Allergologia, frequentato ogni anno da 15 mila pazienti, 3.500 circa dei quali sono nuovi pazienti. Al centro, specializzato in allergie respiratorie, allergie ai farmaci e agli imenotteri (400 pazienti sono attualmente in terapia per questo problema), arrivano persone provenienti da tutta l'Italia, spesso dopo aver visitato il sito attivato dal servizio (www.allergyverona.it) dove chi lo desidera può documentarsi e ricevere anche risposte alle sue domande. "Abbiamo creato due sezioni, una per medici e una per i pazienti -, spiega Gianenrico Senna, responsabile del servizio Allergologia dell'Azienda Ospedaliera, illustrando un'altra novità del servizio che dirige: l'integrazione con altri specialisti -. I pazienti, se ne hanno bisogno, possono essere visitati contemporaneamente dall'allergologo e dall'otorino o dall'allergologo e dall'oculista".

Ma torniamo al raffreddore allergico, un problema tipico di questo

Chi starnutisce per colpa dei pollini è soggetto anche ad allergie alimentari

Il 25 per cento dei soggetti affetti da "pollinosi" presentano manifestazioni cliniche di allergia alimentare a frutta e verdura.

Va detto che queste reazioni dipendono dalla presenza di una proteina nel polline che si trova anche in alcuni frutti e vegetali.

Il paziente può accusare due reazioni. La prima è la sindrome orale allergica, caratterizzata da sintomi orali immediati nei punti di contatto con l'alimento (prurito, bruciore al palato, alla lingua, alle labbra con eventuale gonfiore della mucosa orolabiale, senso di costrizione alla faringe, disturbi della deglutizione). La seconda si manifesta dopo 16-60 minuti dall'assunzione dell'alimento.

Questi i sintomi: dolori gastrointestinali, orticaria-angioedema, edema laringeo, rinite, asma, congiuntivite e shock anafilattico.

- Chi è allergico a betulla, ontano, nocciolo, carpini lo è anche a mela, pera, pesca, albicocca, prugna, ciliegia, nocciola, noce, mandorla, nespola, arachide, lampone, fragola, kiwi, sedano, finocchio, carota prezzemolo.

- Chi è allergico alle graminacee lo è anche a frumento, melone, anguria, pomodoro, arachide, pesca, ciliegia, albicocca, prugna, mandorla, kiwi, agrumi.

- Chi è allergico ad artemisia e ambrosia lo è anche a lattuga, cicoria, tarassaco, camomilla, olio di girasole, margarina, banana, castagna, sedano, finocchio, carota, prezzemolo, pepe verde, miele.

- Chi è allergico alla parietaria lo è anche a basilico, ortica, melone, ciliegia, more di gelso, pisello.



Non è un normale raffreddore se...

- *Persiste per settimane*
- *Si fanno anche venti starnuti consecutivi*
- *Nel fazzoletto resta acqua e non muco: il raffreddore allergico bagna, non sporca il fazzoletto*
- *Si avverte un continuo prurito al naso*
- *Gli occhi lacrimano*



periodo. "Il boom è in maggio e giugno quando fioriscono le graminacee, ma il periodo delle allergie da polline inizia già in gennaio, in concomitanza con l'impollinazione delle cupressacee, cioè dei cipressi e della tuja (siepi, ndr), e in febbraio con la fioritura del nocciolo", spiega l'esperto.

Chi è allergico a certe piante è poi allergico, di conseguenza, ad alcuni cibi contenenti le proteine che si trovano nel polline. Qualche esempio. Chi è allergico alle betulla lo sarà anche alle mele, alle noci, alle carote, mentre chi lo è alle graminacee mal sopporterà meloni, angurie, pesche e albicocche. "Queste allergie si chiamano crociate -, precisa Gianenrico Senna, ricordando che le proteine si trovano sempre più concentrate nel polline a causa dell'inquinamento -. In presenza di sintomi di sospetta natura allergica è opportuno sottoporsi ad una visita allergologica e agli eventuali test che lo specialista allergologo riterrà opportuni per individuare con maggior chiarezza le cause del disturbo", prosegue l'esperto.

"Tutto ciò per iniziare un approccio terapeutico che non sia limitato all'assunzione di farmaci sintomatici, ma esteso alla prevenzione e alla terapia di fondo dell'allergia. Non curare o sottovalutare l'allergia può portare a patologie più gravi e invalidanti. Non curare una rinite, ad esempio, può favorire nel tempo l'insorgenza della sinusite cronica o dell'asma".

Nel caso delle allergie respiratorie da allergeni "naturali" presenti nell'aria, come pollini ed acari, accanto alle terapie farmacologiche, il cui obiettivo è il controllo dei sintomi, è possibile intervenire sul sistema immunitario dell'organismo grazie all'immunoterapia specifica, meglio nota come vaccino desensibilizzante. Questo approccio terapeutico, quando non è controindicato, secondo Senna, è l'unico mezzo che permette di modificare la storia naturale della malattia e di limitare o anche di evitare il ricorso ai farmaci.

Negli ultimi anni le allergie sono aumentate in modo esponenziale. E nulla fa ritenere che diminuiranno, anzi, secondo gli esperti il numero

degli allergici purtroppo è destinato ad aumentare anche in relazione agli stili di vita del mondo occidentale, "ammalato di igiene".

"È vero, le allergie aumentano e il motivo è da ricercare nel fatto che viviamo in ambienti sterili. A causa dei progressi compiuti, il nostro sistema immunitario è meno sollecitato. I bambini che vivono a stretto contatto con gli animali, ad esempio, hanno meno allergie, perché gli animali lasciano endotossine che stimolano la risposta immunitaria. Così come le allergie sono meno frequenti nei Paesi sottosviluppati. Se si sono diffuse nei Paesi industrializzati, invece, è perché è aumentata l'asetticità dei luoghi in cui viviamo e non dobbiamo neppure sottovalutare l'inquinamento che irrita comunque le vie respiratorie".

A remare contro gli allergici sono poi anche i cambiamenti climatici, come dimostrano le ultime torride estati. "Quanto più calde e prolungate sono le estati tanto più lunghe sono le stagioni pollinee", conclude l'esperto.

Chiara Tajoli

LE PAROLE PER DIRLO

La cronaca è di qualche mese fa. Una donna muore per setticemia, dopo aver rifiutato l'amputazione di un piede ormai in cancrena. Per farle cambiare idea non sono valsi nemmeno gli appelli delle persone comuni, che numerose dalle pagine dei quotidiani l'hanno pregata di sottoporsi all'intervento.

Neppure il giudice è stato capace di convincerla: la signora era in piene facoltà mentali, comprovate da più perizie psicologiche, quindi il suo consenso era indispensabile per procedere.

Un caso estremo, ma perfetto per porsi una domanda: quale livello di comunicazione si era instaurato fra la paziente e i medici? Una buona relazione con il medico può evitare che il paziente si irrigidisca a tal punto sulle sue decisioni? Non esclude una risposta positiva, pur non conoscendo il caso, Christa Zimmermann, docente di Psicologia clinica del Dipartimento di Medicina e Sanità pubblica dell'Uni-



Da sinistra Anstein Finset, docente di psicologia medica ad Oslo e Christa Zimmermann, docente di psicologia clinica all'università di Verona



versità di Verona, che lo scorso 6 e 7 febbraio ha riunito nella città scaligera un gruppo internazionale di esperti della comunicazione in ambito sanitario. Si tratta di 25 membri - medici, infermieri, psico-

logi, sociologi, antropologi, linguisti ed altri - della Each, l'Associazione europea per la Comunicazione in Sanità fondata nel 2002 ad Amsterdam con sede ad Utrech e presieduta dalla professoressa Jozien Ben-

sing. "Direi di sì - sostiene la Zimmermann, cofondatrice e rappresentante della Each per l'Italia - spesso il medico parte da un presupposto sbagliato. Pone le sue priorità, in questo caso l'amputazione, senza cercare di capire quali sono invece le priorità del paziente, quali sono le paure e le emozioni che sta provando. Così si arriva ad uno scontro che non porta assolutamente a nulla. Invece - continua la professoressa - è necessario negoziare, giungere ad un accordo. E questo non può avvenire in pochi minuti. Sono necessari anche più incontri".

Che il medico riservi, talvolta, poca pazienza al proprio paziente è dimostrato da una ricerca statunitense del 1984 in cui si attesta che in più della metà delle conversazioni registrate tra medico e paziente, quest'ultimo viene interrotto in media dopo 18 secondi dall'inizio

Un'Unità di ricerca studia l'aspetto-dialogo ed affianca i medici nei casi più delicati

Nell'ambito del Servizio di Psicologia medica del Dipartimento di Medicina e sanità pubblica dell'Università di Verona opera l'Unità di ricerca "La comunicazione in medicina". È un gruppo di lavoro formato da tre psicologhe - Lidia Del Piccolo, Michela Rimondini e Monica Paccaloni - da una psichiatra, Claudia Goss, e da una laureata in Statistica, Maria Angela Mazzi.

L'Unità è coordinata da Christa Zimmermann, docente di Psicologia clinica dell'ateneo cittadino dal 1988, a capo di diversi progetti di ricerca nel campo dell'epidemiologia psichiatrica e della comunicazione in medicina,

da cui sono scaturite numerose pubblicazioni su riviste internazionali specializzate.

L'Unità di ricerca veronese è stata la prima in Italia ad effettuare uno studio sulla comunicazione in campo psichiatrico.

Oltre ad occuparsi della formazione dei laureandi in medicina, specializzando e operatori sanitari, il gruppo guidato dalla professoressa Zimmermann ha organizzato dei training specifici volti al miglioramento delle abilità comunicative dei medici di base.

Fornisce anche un servizio di consulenza per i medici ospedalieri che si trovano di fronte a casi particolarmente impegnativi. (E.Z.)

della formulazione della prima domanda! Un dato riportato da Anstein Finset, vicepresidente della Each e docente di psicologia medica ad Oslo. Giunto a Verona per il convegno, vi rimarrà per circa tre mesi per collaborare con il gruppo veronese coordinato dalla professoressa Zimmermann (*si veda box*). "Una buona comunicazione non è qualcosa di irrilevante al fine della terapia e quindi della cura del paziente - sottolinea Finset - Se quest'ultimo è soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto, è più motivato a curarsi e l'intervento del medico ha più possibilità di giungere al fine desiderato". Questa non è pura filosofia, assicurano gli esperti. Infatti con test diagnostici si sono potute registrare le reazioni fisiologiche dei pazienti durante un colloquio con il medico. "Informazioni mal poste, atteggiamenti sbagliati da parte del medico - spiega il docente norvegese - fanno aumentare l'ansia e il livello di stress nel paziente".

E un paziente stressato, spesso è una persona che interpreta tutto quello che gli viene detto in senso negativo e non registra in modo corretto le istruzioni date dal medico. Le parole e il modo con cui vengono espresse diventano poi particolarmente importanti quando ad essere comunicata è una diagnosi impegnativa o sfavorevole.

Come fare per migliorare la situazione? L'associazione Each è stata fondata con l'intento di formare una rete di ricercatori per studiare e confrontare le tecniche del comunicare in campo sanitario. Queste tecniche vengono poi insegnate agli studenti in medicina durante gli anni conclusivi del corso di laurea. Una pratica che si è consolidata sia Verona, al quarto anno, come a Oslo, come testimonia il professor Finset. "Registriamo le conversazioni tra medici e pazienti - racconta - e ne rileviamo gli errori. Poi gli studenti diventano attori, chi assume la veste del paziente e chi del medico, invertendo i ruoli in un secondo momento. Questo permette di "stare dalla parte" di ciascun sogget-

to del colloquio e capire entrambe le posizioni".

Naturalmente acquisire una buona capacità comunicativa non è un obiettivo solo per i medici, ma anche tutti gli operatori sanitari. In particolare per gli infermieri che sono a maggior contatto con il malato. Certo, bisogna usare al meglio il

tempo a disposizione, che per i sanitari spesso è poco. "È vero - conclude la professoressa Zimmermann - ma ogni medico dovrebbe capire che prestando maggiore attenzione alla comunicazione è più facile centrare l'obiettivo principale della sua azione: che è quello di curare".

Elena Zuppini

Dare ogni notizia nel rispetto del malato

di Gelmino Tosi *



La scenetta l'abbiamo vista varie volte in televisione. L'ambiente è quello anglosassone, meglio se nord americano.

La stanza in cui si svolge il colloquio è luminosa e confortevole: tutto aleggia di scienza rassicurante, i libri sono allineati ordinatamente in modo rassicurante anche loro, sulle mensole. Il medico, con fare rassicurante siede dietro una scrivania enorme e rassicurante come il ponte di lancio della Nimitz.

Il paziente, il cui aspetto è l'emblema della salute, rassicurato da tutto ciò, si siede al cospetto del sanitario e senza mostrare la benché minima nota di ansia chiede:

"Allora, dottore, gli accertamenti che mi ha fatto fare hanno portato a qualche risultato?"

"Certamente signor Pinco Pallino, lei ha un cancro". (Il tono è del tipo: "Lo sai che l'Inter ha perso ieri con il Milan?")

"Quanto mi resta da vivere?", chiede il signor Pallino, per nulla sconvolto.

"Dipende da come risponderà alle terapie, tuttavia circa sei mesi."

È noto che dalle nostre parti non avviene nulla di simile, anzi succede esattamente il contrario, ciò che qualcuno ha definito: la congiura del silenzio o della menzogna. Nella mia esperienza, nella quasi totalità

La risorsa del counselling fa iniziare la cura dalle parole del dottore Un modo per rendere più efficace la relazione tra medico e paziente

Lo sviluppo della ricerca medica e l'evoluzione della tecnologia nella medicina ha consentito di affrontare molte malattie con risultati fino a pochi anni fa impensabili, ma sta rischiando di mettere in secondo piano la relazione tra medico e paziente.

Quest'ultimo, abbagliato dalle nuove frontiere della medicina e frastornato dall'overdose di informazioni sulla salute che riceve dai mezzi di comunicazione, finisce spesso per confidare eccessivamente nell'"onnipotenza" della scienza, o si avventura nell'autodiagnosi e nell'autoprescrizione. Oppure, nei casi peggiori, si affida a sedicenti guaritori che insieme alla salute dell'anima promettono di assicurare anche quella del corpo.

Dal canto suo anche il medico rischia di trovarsi spaesato di fronte ad un paziente che non lo considera più un'autorità indiscussa. Per recuperare il rapporto tra medico e paziente dal 1992 la Società italiana di counselling sistemico (Sicis), organizza corsi di formazione rivolti ai professionisti della salute (in primo luogo medici e infermieri) che utilizzano la comunicazio-

ne come strumento della loro attività quotidiana.

Il saper comunicare nel modo giusto una diagnosi, una terapia o una prognosi ha quasi sempre il valore di un vero e proprio atto medico. Ma non solo. "Con l'uso in medicina di tecnologie sempre più sofisticate e la conseguente richiesta di accertamenti sempre più approfonditi da parte del cittadino, è necessario che il medico abbia la capacità di orientare il paziente, mediando tra l'offerta e la domanda di prestazioni sanitarie", sostiene Luciano Vettore, presidente della Società italiana di pedagogia medica.

"Si definisce counselling - interviene il presidente nazionale della Sicis, il veronese Michele Gangemi - questa capacità da parte del medico di comunicare professionalmente con il paziente. Mettendo in primo piano, non l'informazione, ma il punto di vista del paziente stesso. In questo modo il consiglio dato dal medico non appare più come un'imposizione, ma qualcosa che il paziente ha scelto capendone le motivazioni, vivendolo come suo".

(E.Z.)

dei casi i parenti dell'ammalato mi hanno imposto in modo categorico l'ordine di non far sapere nulla, di non dire nulla. Io penso che il metodo anglosassone e quello nostrano rappresentino due estremi da evitare e che, come spesso accade, l'approccio più giusto, ma anche "umano", nel senso di "a misura d'uomo", stia nella via di mezzo.

Entrambe le posizioni soffrono di un peccato originale: il concepire la medicina come qualcosa di tecnico e perfetto, ma lontano dall'uomo. Se accettiamo qualche suo limite dobbiamo ammetterlo senza indugio, se questo limite non è concepibile, bisognerà negare l'evidenza fino all'ultimo.

I successi della medicina moderna sono innegabili, ma l'introduzione della tecnologia ha in qualche modo alterato il millenario rapporto tra medico e paziente, interponendosi tra la comunicazione di un sintomo o di un disagio dell'uno e la possibile risposta terapeutica dell'altro. Ha inoltre creato l'illusione in tutti noi della perenne integrità fisica e della sconfitta della morte.

Inoltre quando il rapporto medico-paziente viene regolato dal codice (civile e/o penale), l'informazione viene del tutto svincolata dagli aspetti di comunicazione e relazione, lasciando irrisolto, se non

amplificato, il dilemma che ruota intorno a malattia e morte.

Dovremmo partire per questo da due concetti.

Il primo è avere chiaro cosa è in grado di capire e cosa vuole sapere l'ammalato. Ho conosciuto persone che sono venute a conoscenza della loro diagnosi infausta accidentalmente, leggendo un referto di un esame, una cartella clinica o una lettera di un medico, eppure dopo un breve periodo di smarrimento hanno continuato a negare a se stessi la verità.

Quanti ammalati inoltre frequentano il reparto di oncologia (termine tecnico ormai familiare ai più) e non sanno di avere un tumore, o fingono, o...

Un lavoro di Weisman e Worden del 1976 riferisce che il 10% di pazienti informati di diagnosi di cancro dopo una settimana negava la propria patologia.

Il secondo concetto è intimamente legato al primo. La comunicazione è un processo dinamico, necessita di tempi e modi, che tengano anche conto di quanto detto poc'anzi. Il cancro sabotava illusioni di onnipotenza costringendoci a pensare e rivedere il nostro rapporto con l'idea di finitezza. Per cui comunicare qualcosa che una persona non riesce nemmeno a concepire, come l'i-

dea della fine, è inutile se non ci prendiamo il tempo e i modi per introdurre pian piano questi concetti. Comunicare diventa quindi una specie di cammino che il medico fa assieme al suo paziente, passo dopo passo, sintomo dopo sintomo. Ad una persona ancora autosufficiente, all'inizio della malattia, non si possono dire le stesse cose, usare le stesse parole di che è immobile a letto nella cosiddetta fase terminale.

Purtroppo arriviamo quasi tutti impreparati agli esami, anzi all'esame finale! La morte e il morire sono divenuti un tabù di cui non si deve e non si può parlare, sono argomenti osceni e licenziosi, hanno preso il posto che un tempo era del sesso e della sessualità. La società moderna ha espulso la dimensione psichica, il linguaggio, i rituali della morte e del morire costringendo il malato a confidare nella guarigione oltre ogni realtà.

Non dovremmo, invece, dimenticarci che la vita stessa è una malattia incurabile.

"Nel pomeriggio di quel giorno, nel tumulto di quel temporale, in una piccola casa dell'isola di X., io uscii da mia madre e cominciai a morire" (G. Jennings, *L'Azteco*, Rizzoli ed.).

*** medico di famiglia**

Il gruppo di lavoro del professor Corrocher ha individuato il rapporto tra malattia e infezione virale

Aterosclerosi

21

UNA SCOPERTA VERONESE

“Dieci anni fa il mio gruppo ha deciso di concentrarsi sullo studio delle malattie cardiovascolari per una ragione semplicissima: rappresentavano la prima causa di morbidità, mortalità e disabilità nella popolazione occidentale. La situazione non è cambiata: e non cambierà in futuro. Le proiezioni epidemiologiche individuano nel 2020 le stesse malattie come prima causa di morbidità, mortalità e disabilità”. Il professor Roberto Corrocher, ordinario di Medicina interna e direttore dell'Unità operativa di Medicina interna B del Policlinico, ripercorre nel suo studio, al sesto piano del “Giambattista Rossi” di Borgo Roma, le tappe di un lavoro iniziato oramai da almeno un decennio e che ha portato il suo gruppo di lavoro all'ennesimo successo ottenuto nel campo della ricerca, uno dei più importanti. La notizia crea aspettative nella comunità scientifica internazionale. Il 13 dicembre scorso la più autorevole rivista scientifica europea, *The Lancet* pubblica i risultati della ricerca condotta dai due gruppi di lavoro che hanno come punti di riferimento il Policlinico Rossi di Verona ed il Gaslini di Genova. I ricercatori italiani hanno individuato il rapporto tra infezione virale ed aterosclerosi e dimostrato per la prima volta che l'infezione da *Cytomegalovirus* può essere responsabile delle lesioni vascolari iniziali, caratteristiche del processo aterosclerotico. “Qualora i processi che abbiamo descritto fossero validati anche da altri studiosi - spiega Corrocher - si aprirebbero nuove prospettive anche nel campo della prevenzione, nella direzione ad esempio della ricerca di un vaccino da somministrare precocemente, per

limitare al massimo la possibilità di contagio di questo virus”. Ma questo è il futuro della ricerca, che del resto è tutt'altro che conclusa, come dimostrano i lavori scientifici che sovrastano la scrivania del professore e che riassumono l'impegno delle sue équipe di ricercatori.

In che senso, professore, le malattie cardiovascolari possono provocare invalidità permanente?

“Gli infarti, gli scompensi cardiaci, gli ictus cerebrali con conseguente paralisi, quando non sono fatali, rappresentano fattori notevolmente invalidanti e costringono le famiglie e la società intera ad un grande sforzo economico. Alla base di questi fenomeni c'è un processo aterosclerotico, al quale ci si è approcciati in modo diverso nel corso degli anni. Negli anni '80 l'aterosclerosi veniva considerata essenzialmente una malattia metabolica ed il suo sviluppo veniva ricondotto alla presenza di fattori di rischio come il fumo, il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'alto livello di colesterolo Ldl e di trigliceridi. Quindi alimentazione e stile di vita erano ritenuti responsabili quasi esclusivi dell'aterosclerosi”.

Ora l'aterosclerosi non si considera più determinata da fattori metabolici?

“Al contrario, siamo convinti che la ricerca in questo senso vada intensificata e che quindi per prevenire l'aterosclerosi sia necessario continuare ad adottare le stesse misure del resto già prescritte dalle linee guida. Altri fattori di rischio sono in fase di individuazione. Nel '98 noi siamo stati tra i primi al mondo a segnalare che l'aterosclerosi potrebbe dipendere anche dalle quantità



Roberto Corrocher

elevate di omocisteina nel sangue, e abbiamo già allora evidenziato la relazione tra i livelli di omocisteina sierici e quello dei folati nei pazienti affetti da malattie cardiovascolari che monitoriamo e che costituiscono l'osservatorio della nostra attività di ricerca. L'omocisteina è un amminoacido non essenziale che si forma per trasformazione metabolica da un amminoacido essenziale, la metionina. Altro fattore di rischio, indipendente di tipo metabolico, può essere considerata la carenza di vitamina B6. Il nostro gruppo veronese, costituito oltre che da me dai colleghi Oliviero Olivieri, Domenico Girelli, Simonetta Friso, Nicola Martinelli, Claudia Bozzini, Francesca Zizzolo e Valentina Lotto ha dimostrato che bassi livelli di vitamina B6 nel sangue sono un fattore indipendente (anche dalla omocisteina) di rischio cardiovascolare”.

Dopo gli anni '80 la ricerca si è mossa anche in altre direzioni?

“La chiave di lettura metabolica non spiega come mai possano verificarsi infarti o ictus in soggetti in cui non si riscontra la presenza di alcun fattore di rischio metabolico noto. Negli anni '90 si è cominciato ad osservare che infarti e ictus si verificavano invece in presenza di infezioni. Chi fa un infarto ha,

Aterosclerosi

anche immediatamente prima e dopo l'episodio acuto, degli elevati parametri nel siero di proteina C reattiva o ancora una Ves alta o un aumento dell'interleuchina 6, tutti testimoni di uno stato infiammatorio. Si è pertanto cominciato a correlare gli eventi acuti, oltre che con fattori metabolici, anche con la possibilità che possano essere originati da infiammazioni provocate da infezioni".

Chi origina queste infezioni?

"Si è iniziato a sospettare che alcuni virus o batteri siano correlati con lo stato infiammatorio. L'attenzione si è indirizzata verso un batterio, la *Chlamydia pneumoniae* e verso un virus, il *Cytomegalovirus*. In particolare, l'osservazione scientifica si è concentrata sulla presenza di alti livelli di anticorpi contro il *Cytomegalovirus*. La risposta immune contro agenti infettivi svolge, insomma, un ruolo importante nel determinare l'insorgenza della malattia aterosclerotica, anche se resta da dimostrare come virus o batteri sarebbero in grado di determinare il danno vascolare tipico della malattia".

Quando avete iniziato a collaborare con i colleghi del "Gaslini" di Genova e da quali ipotesi di lavoro siete partiti?



"Tre anni fa abbiamo ipotizzato un legame tra infezioni e danno vascolare. Il nostro gruppo di lavoro sull'autoimmunità, formato dal professor Claudio Lunardi, e da Ruggiero Beri, Elisa Tinazzi, Sara Simeoni e Dimitri Peterlana, insieme ai partner genovesi Caterina Bason e Riccardo Navone, guidati dal professor Antonio Puccetti, ha cominciato a seguire un'ipotesi autoimmune. In un nostro precedente studio pubblicato nel 2000 dalla rivista *Nature Medicine* avevamo osservato il rapporto tra infezione cronica da *Cytomegalovirus* e l'insorgenza di Sclerodermia, una malattia autoimmune, responsabile della lesione dei vasi sanguigni della pelle. Ci chiedemmo allora se lo stesso virus potesse essere anche responsabile delle lesioni vascolari che caratterizzano l'inizio del processo aterosclerotico".

La ricerca cosa ha dimostrato?

"Che l'ipotesi formulata in partenza

è valida, visto che il meccanismo coinvolto anche in questo processo è di origine autoimmune. Gli anticorpi diretti contro il virus aggrediscono le cellule endoteliali che ricoprono le arterie e sono in grado di distruggerle. Alla base del processo di autoaggressione delle cellule endoteliali da parte del sistema immunitario c'è un fenomeno di mimetismo molecolare. In molti soggetti affetti da aterosclerosi sono presenti gli anticorpi diretti contro due particolari proteine del *Cytomegalovirus*, denominate US28 e UL122. Piccoli frammenti di queste proteine del *Cytomegalovirus* sono molto simili alle molecole della superficie della membrana delle cellule endoteliali. Gli anticorpi diretti contro il virus a volte si ingannano e si orientano a distruggere, oltre al virus, anche le cellule che ricoprono le arterie. Queste ultime vengono così indotte ad un processo di morte cellulare (apoptosi cellulare), alla base delle lesioni vascolari che caratterizzano le fasi iniziali dell'aterosclerosi".

Il professor Corrocher continuerà a lavorare insieme all'équipe genovese del professor Puccetti alla ricerca che per essere ultimata necessita di approfondimenti ulteriori. L'attività è stata sostenuta con 154mila euro dal Ministero dell'Università, della Regione e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno ed Ancona, che ha erogato 73mila euro.

E in attesa che i risultati di questa scoperta possano tradursi in nuovi approcci terapeutici, dobbiamo continuare a prevenire l'aterosclerosi seguendo i consigli del nostro medico per prevenire i fattori di rischio con un corretto stile di vita.

Valeria Zanetti

Malattia diffusa nei Paesi avanzati che deriva dall'irrigidimento delle arterie

Cos'è l'aterosclerosi? Si tratta di una malattia molto frequente nei Paesi industrializzati, caratterizzata dalla riduzione complessiva del lume e dell'elasticità delle arterie oltre che dal peggioramento della circolazione del sangue. Le pareti arteriose si irrigidiscono a causa del deposito di grassi, colesterolo, cellule infiammatorie, che formano placche capaci di restringere il vaso sanguigno e di ostacolare così il passaggio del sangue fino all'ostruzione dell'arteria. Quando la placca impedisce il regolare flusso di sangue in un'arteria cerebrale causa l'ictus, se lo stesso fenomeno

accade ad una coronaria, si verificano le condizioni per l'infarto. L'aterosclerosi è più frequente nella popolazione maschile prima dei cinquant'anni, poi, in seguito alla menopausa, anche la popolazione femminile tende a manifestare l'alterazione in maniera uguale o superiore ai coetanei uomini. Non è comunque scontato che l'irrigidimento e la perdita di elasticità dei vasi sanguigni sia una conseguenza ineluttabile della vecchiaia. Lo sviluppo dell'aterosclerosi dipende da molte variabili che mutano da soggetto a soggetto. (V.Z.)

Riorganizzate le attività del Pronto soccorso e inaugurato uno spazio per le gestanti in ritardo

Reparti

23

GINECOLOGIA CAMBIA

Le donne che si rivolgono al reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Policlinico di Borgo Roma da qualche mese trovano una nuova accoglienza, in sintonia con i nuovi criteri impostati dalla direzione Alberti. Il direttore dell'Unità operativa Massimo Franchi ha riorganizzato le attività di Pronto soccorso ed ha inaugurato anche un nuovo spazio dedicato alle "mamme in ritardo".

Ma vediamo in dettaglio le novità che sono state presentate ufficialmente il 16 marzo in una conferenza stampa Alberti con una ampia partecipazione di rappresentanti delle associazioni femminili. "La clinica Ostetrico-ginecologica eroga molte prestazioni, circa 30 al giorno, di pronto intervento e accettazione, ma fino ad ora venivano utilizzati luoghi separati, spiega il professor Franchi. Le donne, a seconda del loro problema, erano visitate nell'ambulatorio del reparto di Ginecologia, in quello di Ostetricia, in sala parto o negli ambulatori al piano terra. Non era certo un'accoglienza razionale e, soprattutto, non v'era un ambulatorio specifico per l'attività di primo intervento ostetrico-ginecologico.

Il risultato di questo



Il protrarsi della gravidanza e le tecniche per stimolare il parto

Dal punto di vista clinico una gravidanza si considera oltre il termine dopo il compimento della 42ª settimana, cioè 294 giorni dal primo giorno dell'ultima mestruazione.

Attualmente vi è la tendenza a "datare" il parto fra la 41ª settimana compiuta e la 42ª compiuta (con un'oscillazione fra 287 e 294 giorni dal primo giorno dell'ultima mestruazione). Tutte le organizzazioni internazionali indicano nella 43ª settimana (301 giorni) il limite massimo per una gestazione. Non vi sono particolari fattori di rischio per questo tipo di situazione e neppure vi è modo di sapere se una donna vi è predisposta. L'unica considerazione che si può fare è che generalmente le gestazioni nella stessa donna tendono a durare per un periodo simile. Il protrarsi della gravidanza non preoccupa

dunque particolarmente l'ostetrico, ma induce grande ansia nei genitori e nei parenti che temono possibili danni al nascituro.

Dopo alcuni giorni dal superamento della data prevista per il parto (280 giorni dal primo giorno dell'ultima mestruazione) per ridurre o annullare i possibili rischi al bimbo, la gestante viene controllata da un'équipe specialistica che valuta sia la crescita del bambino che, ad intervalli regolari, la quantità del liquido amniotico con l'ecografia. Durante questi controlli viene anche valutata l'attività cardiaca fetale (cardiotocografia). Nella clinica ostetrica diretta dal professor Massimo Franchi il parto viene provocato (indotto, in termini medici) al compimento della 41ª settimana + due giorni. La metodica preferita è l'induzione con farmaci, utilizzando candelette intravaginali di prostaglandine.

modello organizzativo era un continuo spostamento delle pazienti, la necessità di ricevere ripetute informazioni per sapere dove recarsi e, in definitiva, un dilatarsi dell'attesa al di fuori di porte chiuse. A questo si aggiunga che quasi la totalità delle prestazioni di pronto intervento (nella maggior parte dei casi per dolori aspecifici del basso addome, le "algie pelviche" e per perdite di sangue al di fuori delle mestruazioni, le "metrorragie") prevedono l'esecuzione di una ecografia specialistica ostetrico-ginecologica, ma non vi erano le apparecchiature dedicate a questa attività, per cui per valutare la paziente e decidere il da farsi era necessario interrompere l'attività diagnostica programmata. Questo per quanto riguarda il pronto intervento. Ma anche le future mamme avevano bisogno di uno spazio riservato... "È vero. Nella nostra clinica nel 2003 abbiamo assistito 1769 parti, con un aumento del 3,7% rispetto all'anno precedente. Bisogna sapere che circa il 10% delle gravidanze supera la quarantunesima settimana e necessita perciò di un monitoraggio del nascituro per stabilire che tutto proceda per il meglio (vedi box).

Si tratta di effettuare la registrazione dell'attività cardiaca fetale con un esame che si chiama cardiotocografia. Purtroppo i cardiotocografi erano posti solo in sala parto, nonostante dovessero essere utilizzati principalmente per la valutazione di pazienti esterne con gravidanza oltre il termine."

Il disagio per tutte le donne, sia che avessero un problema ginecologico o ostetrico, era evidente.

Oggi la riorganizzazione del professor Franchi ha rimediato destinando al Pronto soccorso un locale specifico con una postazione di cardiotocografia e di ecografia.

E le "mamme ritardatarie" vengono accolte in un ambulatorio dedicato soltanto a loro, anch'esso fornito di cardiotocografo e di ecografo. Non si è cercata solo l'efficienza, ma si è badato al comfort ed a quei dettagli che rendono meno anonima e stressante l'accoglienza.

Le pareti del Pronto soccorso sono tinte di rosa, è stata installata l'aria condizionata e le pazienti hanno a disposizione anche il bagno. Un'atmosfera particolarmente rilassante è stata voluta dal professor Franchi nell'ambulatorio per le gravidanze oltre il termine a piano terra. Una comoda poltrona accoglie la gestan-

Funzionante e facilmente accessibile il nuovo Pronto Soccorso ginecologico di Borgo Roma

Il Pronto soccorso si trova un'area funzionale facilmente raggiungibile con gli ascensori. Il locale permette di trasferire attraverso un accesso interno la partoriente ai locali della sala parto ed è costituito da ampio locale con letto-visita (in condizioni di assoluta emergenza trasformabile in letto da parto), ecografo, bagno interno. È stato anche ricavato un apposito box per potere eseguire, in ambiente adeguato, la cardiotocografia. Tutta l'area è predisposta per la connessione informatica ed è dotata di aria condizionata, di televisione a circuito interno e di sistema di comunicazione diretto con la sala parto.

L'ambulatorio per le gravidanze oltre il termine è in prossimità degli ambulatori specialistici di Ginecologia e Ostetricia ed è fornito di cardiotocografo annesso ad apposita poltrona e sarà dotato di ecografo. Il locale è collegato telefonicamente alla postazione infermieristica, dispone di fax e prevede una zona gioco per distrarre i figli che qualche volta la signora che attende il nuovo bimbo deve portare con sé ai controlli. Questo locale, con pareti tinte in gradazioni del giallo, somiglia più al salottino di casa che ad un

ambulatorio ostetrico.

Un'accoglienza affettuosa sdrammatizza l'ansia dell'attesa. Le due nuove aree funzionali permettono alle utenti del Pronto soccorso di essere valutate in un solo momento, con possibilità di disporre in un locale adeguato (con bagno e aria condizionata) e di ottimale valutazione clinica (anamnesi, esame obiettivo, cardiotocografia, ecografia). Nello stesso locale, in area separata dalla zona visita/ecografia, è possibile espletare le formalità burocratiche della cartella clinica, con procedura totalmente informatizzata. Una volta valutata, la paziente, data la strategica ubicazione del servizio, può essere trasportata attraverso un percorso interno in sala parto o in sala operatoria, attraverso un corridoio antistante nei reparti di degenza o per mezzo degli ascensori può scendere al Pronto soccorso generale o raggiungere l'uscita. Nel caso di gravidanza protratta, la paziente può essere valutata in modo ottimale (con cardiotocografia ed eventuale ecografia) in una area dedicata agli utenti esterni con possibilità di tenere vicino eventuali figli al seguito. In questo stesso ambulatorio il personale provvederà alla registrazione dei dati anamnestici e della prestazione ambulatoriale.



Massimo Franchi, direttore dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia del Policlinico

te che può essere accompagnata dal marito o da chi desidera avere accanto. In un angolo alcuni giocattoli servono a distrarre l'eventuale fratellino o sorellina del bimbo che nascerà. Superare l'ansia da reparto è già un bel passo avanti per affrontare con serenità il miracolo della nascita. Ma non è tutto.

Fra qualche mese anche il grande corridoio che porta al Pronto soccorso ostetrico-ginecologico avrà un altro aspetto. Gli studenti dell'Istituto d'arte di Verona lo affrescheranno per toglierli la patina ospedaliera e creare una nuova atmosfera, più distesa e accogliente.

La cicogna al Policlinico...

di Nadia Urli*

Numerosi i servizi offerti alle future mamme ed alla coppia

L'Azienda ospedaliera di Verona si propone alla donna ed alla coppia che intenda percorrere la meravigliosa esperienza della procreazione con un ventaglio di offerte.

Il servizio ambulatoriale, situato nella piastra al IV piano del Policlinico, offre alla donna consulenza preconcezionale, diagnosi ecografica prenatale, diagnosi invasiva prenatale, ambulatorio della gravidanza fisiologica e relativi controlli ecografici, ambulatorio della gravidanza patologica con ecografia, flussimetria, cardiocografia opportune consulenze specialistiche, ambulatorio della gravidanza oltre il termine con ecografia, cardiocografia, ambulatorio del puerperio, consulenza psicologica durante gravidanza ed il puerperio.

Il corso di preparazione al parto è aperto sia alla gestante seguita dall'ambulatorio pubblico che a quella inviata dallo specialista di fiducia. Il corso si prenota presso la segreteria della Clinica Ostetrica dell'ospedale Policlinico dalle ore 8 alle 16 allo 045/8074408. Il corso di preparazione si articola in 7 lezioni settimanali tenute dalle ostetriche della struttura opportunamente formate. Il programma prevede anche una lezione con il pediatra e le puericultrice e una visita guidata all'interno dell'Unità travaglio e parto.

Durante il corso è possibile, ove vi sia richiesta, prendere contatti con un medico anestesista per informazioni sulla tecnica ed indicazioni dell'anestesia epidurale; attualmente è possibile usufruire del servizio, su richiesta della gestante e previo consenso informato, per alcuni giorni alla settimana.

Per qualsiasi esigenza nel corso della gestazione la donna in attesa è



accolta direttamente dal Pronto soccorso Ostetrico-Ginecologico al IV piano della Clinica Ostetrica senza più passare dal Pronto soccorso centrale. Nel corso della medesima valutazione clinica è possibile eseguire accertamenti strumentali quali ecografia, cardiocografia, amnioscopia, disponibili nella medesima area funzionale. In caso di consulenza urgente da parte di altro specialista, la stessa verrà fornita immediatamente per ridurre od evitare spostamenti ed attese.

Quando la gravidanza supera le 40 settimane compiute, l'Azienda offre alle gestanti un servizio di cardiocografia associato a valutazione ecografica, situato negli ambulatori che funziona dalle 8 alle 12.30 (sabato e domenica escluso) al quale si può accedere, previo appuntamento telefonico (045/8076403) da prendersi a fine gravidanza.

Durante il travaglio, nell'Unità ope-

rativa travagli e parto, la partorientente è monitorata con protocolli differenziati a seconda della situazione clinica. In particolare, nel travaglio fisiologico, si riduce il più possibile l'intervento medico ed il monitoraggio elettronico. La donna viene accompagnata quasi esclusivamen-

te dall'ostetrica che con "arte e scienza" cerca di assecondare, ove possibile, le richieste personali di postura al fine di rendere il travaglio più supportabile e favorendo nel contempo il rilassamento della donna. La presenza del marito, ove richiesta, è sempre accordata sia in travaglio che in sala parto. Richieste particolari di assistenza vengono concesse in accordo a precise regole prestabilite onde non turbare l'intimità del travaglio/parto. Dopo il parto si favorisce l'attac-

camento al seno precoce già in sala parto e si prosegue nel post-partum lasciando genitori e neonato in un'area tranquilla opportunamente predisposta. Durante il puerperio la neomamma viene accolta nel reparto ostetrico dove le viene garantito un supporto tecnico e psicologico nella gestione del neonato (allattamento, cure igieniche, cambio, ecc.) nel periodo perinatale. Inoltre la donna può accedere in qualsiasi momento alla sezione neonatale (situata sullo stesso piano) e può richiedere di avere il bimbo in stanza per il tempo che lei desidera (*rooming-in*). Durante la degenza è possibile partecipare alle riunioni informative a piccoli gruppi tenute dai responsabili dell'Unità neonatale per allontanare o risolvere dubbi e perplessità tipici di questo momento della vita.

** Ostetrica, coordinatrice del corso di laurea in Ostetricia*

...e al Civile di Borgo Trento

di Marta Endrizzi *

Corsi di preparazione al parto e monitoraggi frequenti per le gestanti

L'Unità operativa autonoma di Ginecologia e Ostetrica dell'Ospedale Civile maggiore di Verona, diretta dal professor Ermenegildo Signori, ha da sempre avuto tra i suoi principali obiettivi una completa assistenza alla gestante che si trova ad affrontare il "mistero" del percorso nascita.

Si vuole fornire la massima assistenza alla coppia in attesa, alla luce dei più moderni orientamenti e delle più avanzate tecniche di diagnosi e prevenzione, senza prescindere da quello che è il risvolto umano, etico e "fantastico" dell'evento.

A tale scopo sono dedicati servizi e risorse umane per giungere al meglio al momento finale dell'evento stesso: la nascita.

Vengono attivati almeno cinque corsi al mese di "preparazione alla nascita", da anni sempre più frequentati e graditi alle gestanti.

Inutile dilungarsi sulla loro efficacia documentata tanto da essere raccomandati dall'Oms per la promozione della salute materno-infantile. Gli obiettivi sono quelli di creare un rapporto di conoscenza e fiducia tra la donna e gli operatori sanitari che si prenderanno cura di lei e del neonato; aiutare la donna ad affrontare il parto con la massima serenità fornendo informazioni su tale evento e sulle cure al neonato; rendere più familiare alla gestante l'ambiente che la ospiterà per il parto; favorire la partecipazione attiva del partner alla nascita; promuovere l'allatta-



mento al seno, universalmente riconosciuto come pratica unica e fondamentale per una sana e corretta alimentazione del neonato con notevoli ricadute positive in termini psicologici e biologici sulla salute del bambino. La partecipazione al corso, raccomandata a partire dalla 28ª settimana (settimo mese), prevede otto incontri di gruppo di due ore ciascuno a cadenza settimanale con presenza dell'ostetrica, del ginecologo e del pediatra neonatologo.

Iscrizioni e informazioni presso la segreteria della nostra Unità operativa (tel. 045 8072707).

A partire dalla 40ª settimana, la nostra Unità operativa dispone di un servizio giornaliero di cardiocografia ed ecografia per il monitoraggio della gestante su appuntamento.

A ricovero avvenuto, durante il travaglio di parto, vengono assicurate alla partorientente tutte le cure e l'assistenza per un corretto monitoraggio in linea con gli standard attuali dell'ostetricia moderna. La presenza dell'ostetrica, è inutile dirlo, garantisce professionalità e competenza in ogni fase del travaglio e del parto,

inoltre viene sempre assicurata alla paziente, ove lo richieda, la presenza di una persona di sua scelta per tutta la durata del travaglio e del parto.

Dopo il parto il neonato, la mamma e il papà rimangono insieme, facilitando il *bonding* e la prima poppata, preludio al successo dell'allattamento al seno. In seguito il neonato può rimanere accanto alla mamma per tutto il tempo che lei desidera, potendo contare sempre e comunque sul personale del Nido che rimane a disposizione per consigli e suggerimenti "tecnici" per l'accudimento del neonato e sull'allattamento.

L'attività degli ambulatori divisionali, cui è possibile accedere previa prenotazione, è articolata e si esplica, per quanto riguarda l'Ostetricia, oltre che attraverso l'ambulatorio di visita e consulenza per le gravidanze fisiologiche (045 8072748), anche attraverso l'ambulatorio di gravidanze "a rischio" dove è possibile eseguire ecografia, cardiocografia e flussimetria doppler.

* **Ostetrica capo Ospedale Civile maggiore di Borgo Trento**

I versi di Berto Barbarani erano spesso dedicati ai malanni e ai disagi della povera gente

Cultura

27

POETA DELLA MEDICINA

Occuparsi di salute per la nostra rivista significa anche ospitare contributi culturali come questo del dottor Roberto Fostini, da anni appassionato cultore della memoria del più amato poeta veronese: Berto Barbarani.

Barbarani dedicò molta affettuosa attenzione alle condizioni sociali della povera gente, protagonista dei suoi versi. La salute dei veronesi fra la fine dell'Ottocento e la seconda guerra mondiale era certa-

mente assai meno tutelata e garantita di quanto avvenga ora.

La condizione umana era segnata dalla povertà, il bisogno, la fame talvolta. Le malattie andavano accettate rivolgendo una preghiera al cielo.

È un piccolo mondo, spesso dolente, quello del nostro poeta. Il suo sguardo si posa sulla sua gente con pietà e un guizzo di ironia.

È bello riscoprirci veronesi rileggendo i suoi versi.

Berto Barbarani, nato a Verona nel 1872, spesso denuncia le situazioni di disagio della sua gente. Che lo faccia con la serietà del caso o con la tipica "sensibilità mattacchiona" dei veronesi, mai gli viene a mancare quel senso di solidarietà e partecipazione emotiva alle vicende umane che gli sarà sempre riconosciuta: "...sarebbe facile nominare un poeta più grande, impossibile uno più umano" disse il Podestà Granelli, annunciandone la morte avvenuta il 27 gennaio del 1945, in una Verona ferita dai bombardamenti alleati.

Comincia presto Barbarani ad occuparsi di sofferenza: lo fa fin dalla sua prima raccolta di poesie, *El Rosario del cor*, del 1895, quando fa scappare dal suo capitello una piccola madonna in legno, verniciata, e la fa andare a consolare i malati:

*La madoneta, co le gambe in spala,
l'è corsa da i maladi più vissini,
a portarghe 'na bossa de marsala,
a ci del brodo, a ci de i biscotini.*

e lo fa ancora nelle sue ultime composizioni quando a un Cristo "anne-rito e confinato sul fondo di un complicato sistema di scale, in un antico palazzo signorile" attribuisce analogo ruolo consolatorio nella poesia *El Cristo su la scala*, preludio ai sonetti del quarto Canzoniere, *L'autunno del poeta*, pubblicato nel 1937:

*Quei j è beati, quei che se i se mala
tra le angustie e l'amor de 'na fameia,
i g'à el Cristo sul pato de la scala,
che l'è lì, note e dî, sempre che el veia;*

*e de gnente el se dà de meraveia,
che la vita la cressa o che la cala:
nosse, batési, obiti, festini, pur che i
mantenga l'oiò a i so lumini!*

Probabilmente i suoi versi più densi di pietà e più desiderosi di una diversa giustizia sociale Barbarani li raccoglie comunque nel 1897 ne *I*



pitochi, un prologo e venticinque sonetti dedicati "ai miseri, ai diseredati, ai sofferenti".

Proprio nel prologo, dopo aver descritto i privilegi dei suoi lettori che *sentadi al fogo de una bela fassina*, ... i se beve el vin vecio del so logo, ... i g'à de la farina drento nel sacco, e tuti i giorni i copa una galina, ... i fuma del tabaco da le nuvole bianche dove bruti pensieri i cambia scaco e i g'à dei calti pieni de palanche e bestie in stala, e la firma ben vista su le ban-

che e:

*Che se de lori, qualchedun se mala,
vien dotori da fora e g'à brodo ristreto
e i g'à marsala*

per contrasto ci ricorda:

*Ma nissuni ghe pensa a la malora
del poareto, che el g'à la febre e che
bison che el mora!*

Nella poesia *San Martin*, la data (11 novembre) dei traslochi per termine di locazione o per disdetta, ci descrive una famiglia costretta ad andarsene di casa non essendo più in grado di pagarne l'affitto al proprietario:

*La pora incinta, co i dolori a torno
e el fagoto de quela creaturina.
co la febre, I 'angossa, el capo storno,
la s'à messo a fragnar par la cusina.*

Di emigrazione si occupa invece in *I va in Merica*:

*ipotecado tuto quel che resta,
col formento che val 'na carestia,
ogni paese el g'à la so agonia
e le fameie un pelagroso a testa!*

*Crepà la vaca che dasea el formaio,
morta la dona a partorir 'na fiola,
protestà le cambiale dal notaio,*

montanari e i contadini disoccupati sono costretti a prendere la via delle Americhe.

Sempre ne *I pitochi*, la povera Carboneta per aiutare la famiglia va a lavorare in filanda dove, dopo essere stata oggetto della violenza del

capo-sala, resta vittima di un infortunio sul lavoro:

Se sente un urlo! - Oh quanto, quanto mal! Co un brasso in tochi e col facin stravolto i à portà Carboneta a l'ospedale!...

Maledeta filanda! A passo a passo, quel'ingranaio che l'onor g'à tolto, quel'ingranaio el g'à robado un brasso!

La pellagra viene citata nella composizione *El campanar de Avesa*, del 1899, in cui viene ricordato un fatto di cronaca (il suicidio dell'aiutante campanaro che si era impiccato alla corda della campana maggiore):

Ma, a furia de ingiotir sempre polenta, tanta pelagra g'à ciapà el cervel, che el poro can de Momoleto Brenta l'è andà a cercarse un altro impiego in ciel!

Difficile per i poveri, allora come ora, combattere contro le inclemenze meteorologiche.

Nella poesia *Ancò nevega*, tratta da *Le montebaldine* (raccolta di sonetti scritti tra il 1897 e il 1900) il poeta si rivolge direttamente all'inverno e, dopo averlo accusato di accorciare



Il monumento a Barbarani realizzato da Novello Finotti per iniziativa di Giorgio Gioco

La Madonna lignea dell'Azienda Ospedaliera segue... le "tracce del Mantegna"

La bella statua lignea della Madonna di tradizione gotica della collezione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è in tournee. L'opera è stata richiesta per la mostra "sulle tracce del Mantegna", che resterà aperta sino al 20 giugno a Castel Goffredo, in provincia di Mantova.

La mostra è ospitata nella chiesa dei Disciplini e presenta sculture lignee lombarde e venete realizzate fra il 1450 ed il 1540. La Madonnina ha lasciato perciò la sua consueta collocazione, nella sala del consiglio dell'Ospedale civile maggiore, ed è stata trasportata con ogni attenzione nella sede espositiva. L'opera è una pregevole testimonianza d'arte sacra realizzata nel Cinquecento, in stile tardo gotico, nella bottega del celebre Antonio Giolfino. L'artista scomparve nel 1510, lasciando eredi i fratelli Giovanni, Girolamo ed il nipote Agostino che ne



continuarono l'opera. La scultura in origine aveva sulle ginocchia un Bambinello, com'è documentato dalle foto scattate nell'esposizione curata a Castelveccchio da Antonio Avena negli anni Venti. L'incarnato della Madonna è stato alterato da restauri

d'epoca secentesca ed anche il manto, in origine argenteo con finiture azzurre, ha subito ridipinture. Forse nell'Ottocento sono state disegnate le ciocche di capelli che incorniciano il volto, dall'espressione assorta in una contemplazione senza tempo.

La mostra si propone di tracciare un percorso ideale che, partendo dalla tradizione tardogotica della scultura d'area veronese rappresentata dalla bottega di Giolfino, cerca di sondare come l'innovatrice arte di Mantegna sia stata compresa e tradotta in scultura nell'area lombardo-veneta.

Informazioni sulla mostra nel sito www.grupposanluca.it/Mantegna.

la vita di chi trema per il freddo, gli dice:

ti te tormenti quei che se scrivoltola sora un leto, che sigà a l'ospedale, soto i colpi de tosse che li sbombola, soto la rabia de sentirse mal...

In altre circostanze Barbarani appare invece più leggero ed ironico. Ne *La camara de i sposi*, sempre tratta da *Le montebaldine*:

Gh'è un leto grandò come un bastimento, dove, quando i se mala, el dotor, par tastar quei che gh'è drento, el va su par 'na scala.

Da *In città e in campagna* (pubblicata nella raccolta *I sogni* del 1922) è tratta la *La golosa*, storia di una ragazza che, nel breve tragitto tra Sottoriva e la Pescheria, riesce ad

ingurgitare con avidità semi di zucca abbrustoliti, liquirizia, pere mature, "legno dolce", paste, mele e zucca cotti al forno. Poi, finalmente a casa:

"Mama aiuto! - Dio che gropo me fa i vermi ne la gola! Gh'è du diavoli che sgola sora i ferì del letin..."

Ma anche la poesia, la vena lirica del poeta qualche volta dà segni di malessere. Che fare se viene meno l'ispirazione? Non servono i dottori! *La medissina*, pubblicata nel 1928 sul *Gazzettino* rivela il tenero segreto di Barbarani:

"... l'è rivà, l'è rivà la medissina senza dotori: el baso de la mama!"

Roberto Fostini

Antibiotici, istruzioni per l'uso

di Maria Paola Alberti *

Gli antibiotici possono a ragione essere definiti una delle maggiori scoperte del Ventesimo secolo.

Da quando, dopo la fine della seconda guerra mondiale, la disponibilità di penicillina si è estesa ad un'ampia popolazione di pazienti, molte infezioni batteriche precedentemente mortali sono divenute curabili. Da allora centinaia di molecole sono state scoperte, rendendo l'antibiotico un farmaco estremamente "popolare", a cui ricorrere per le malattie più varie e non sempre a proposito.

E proprio l'uso scorretto, sempre più diffuso, di questi agenti minaccia di spuntarne le armi.

Vediamo il perché. Gli antibiotici sono sostanze chimiche in grado di arrestare la crescita o di provocare la morte dei batteri tramite un'azione selettiva sui centri vitali di questi microrganismi, senza perciò causare danni alle cellule umane. Alcuni antibiotici agiscono contro tipologie di batteri molto diversificate (antibiotici ad ampio spettro), altri hanno, invece, effetto solo nei confronti di determinate categorie (antibiotici selettivi). Questi farmaci sono, invece, del tutto inutili nei confronti delle infezioni virali, sia comuni (raffreddore, mal di gola, influenza) che gravi e nelle infezioni micotiche ("funghi"). Non tutte le infezioni quindi, possono essere trattate con l'antibiotico.

Solo il medico ha gli strumenti per giudicare se l'antibiotico è necessario e per scegliere quello opportuno a seconda del tipo di infezione, dell'età del paziente, di eventuali altre malattie o condizioni (come la gravidanza), dell'assunzione contemporanea di altri farmaci. Il farmaco che ha fatto tanto bene ad un amico o che ci era stato prescritto la scorsa stagione è pertanto da evitare con cura: potrebbe non essere affatto quello che fa per noi e, in alcuni casi, malcapitati, peggiorare la situazione.

Il farmacista non può, per legge, dispensare un antibiotico senza la prescrizione del medico.

L'efficacia di un antibiotico dipende sicuramente da una scelta oculata da parte del medico, ma anche dalla diligenza del paziente nel seguire la terapia nelle dosi e nei tempi prescritti. Anche se dopo l'assunzione del farmaco i sintomi migliorano con velocità, è necessa-

rio continuare ad assumere la terapia nella posologia (la dose stabilita dal medico) e per tutto il periodo prescritti. La scomparsa dei segni dell'infezione indica che l'antibiotico è efficace e che i primi batteri sono stati neutralizzati: l'interruzione della terapia potrebbe, invece, consentire ai batteri sopravvissuti di riprendere a proliferare, provocando così una ricaduta.

Il maggior rischio di una terapia mal seguita non è però la ricaduta, ma lo sviluppo di batteri resistenti, ossia in grado di riprodursi nonostante la presenza dell'antibiotico.

Dosi insufficienti o terapie troppo brevi possono consentire ai batteri di imparare a difendersi dall'antibiotico, rendendolo così inefficace. Fatto gravissimo, i batteri resistenti sono in grado di trasmettere questa proprietà alle generazioni successive: la resistenza non rimane perciò limitata ad un singolo individuo o infezione, ma è in grado di propagarsi alla comunità, rendendo per sem-

pre inattivo un antibiotico precedentemente efficace. Alcuni dei primi antibiotici scoperti non vengono attualmente più utilizzati proprio per lo sviluppo di resistenze.

La ricerca farmacologica è fino ad ora riuscita a supplire a questa problematica mettendo, a punto farmaci sempre più potenti, ma esistono ancor oggi ceppi batterici che nessun antibiotico è in grado di arginare e che cominciano a costituire un'emergenza sanitaria. Oltre alla mancata osservanza della posologia, altre fonti di pericolo per l'insorgenza di resistenze batteriche sono rappresentate dall'utilizzo di un antibiotico non appropriato per una certa infezione o dall'uso nei casi in cui una terapia antibiotica è inutile, come nelle comuni infezioni virali della stagione invernale. La via di somministrazione preferenziale di una terapia antibiotica è, nella stragrande maggioranza delle infezioni, quella orale. La terapia iniettiva non risulta generalmente più efficace ed è sicuramente fonte di disagio e di qualche rischio in più per il paziente. Può essere utile ricorrervi quando l'antibiotico non è disponibile nella forma orale, il paziente non è in grado di assumere farmaci per bocca o l'infezione è tanto grave da far desiderare il raggiungimento di elevate concentrazioni di farmaco nel sangue in breve tempo.

Benché generalmente ben tollerati, gli antibiotici comunemente adoperati possono talora causare disturbi gastrointestinali quali diarrea, nausea e mal di stomaco. L'utilità della somministrazione di "fermenti lattici" per prevenire la diarrea non è stata scientificamente dimostrata, così come non è mai stata dimostrata l'utilità di associare ad una terapia antibiotica di durata standard (7-10 giorni) supplementi vitaminici, al fine di prevenire carenze vitaminiche. Eventuali residui di antibiotici, infine, non devono essere conservati per terapie future (non è detto che la prossima infezione ne richieda uno, e se si proprio lo stesso!) né smaltiti con i rifiuti domestici, per il rischio di contaminazione ambientale.

È buona norma ricordare di gettarli negli appositi contenitori situati vicino alle farmacie.

***Farmacista, centro di riferimento regionale sul farmaco**

È bene ricordare che...

1. Gli antibiotici sono farmaci molto importanti ed efficaci, ma non per tutti e non per tutte le patologie: è quindi necessaria, oltre che richiesta dalla legge, la prescrizione medica.
2. La terapia deve essere seguita rigorosamente nei dosaggi prescritti e per tutto il tempo previsto.
3. L'uso improprio o scorretto di antibiotici può nuocere direttamente al paziente, inducendo una ricaduta, ma anche alla comunità se viene indotta l'insorgenza di resistenze che si propagano.
4. La via di somministrazione ideale è generalmente quella orale.
5. L'associazione con vitamine è inutile.
6. Non è scientificamente dimostrato che la diarrea da antibiotici possa essere prevenuta con la somministrazione di fermenti lattici.
7. Eventuali residui di farmaco non vanno conservati né dispersi nell'ambiente, ma piuttosto smaltiti negli appositi contenitori situati in prossimità delle farmacie.

I tumori cutanei sono i più diffusi. Per sensibilizzare i cittadini è stato realizzato un depliant pieghevole

SULLA NOSTRA PELLE

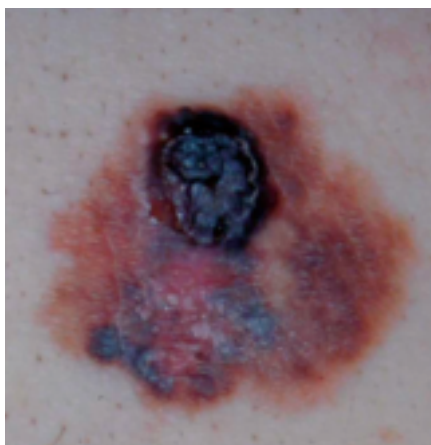
Continua incessantemente l'impegno nella prevenzione dei tumori della pelle da parte dell'Unità operativa di Clinica Dermatologica, diretta dalla professoressa Annalisa Barba.

Per sensibilizzare i cittadini è stato anche realizzato un pieghevole illustrato, dal titolo *I tumori della pelle. Conoscerli per prevenirli e curarli*. L'opuscolo, che viene distribuito ai pazienti che frequentano gli ambulatori dell'Unità illustra in sintesi e senza allarmismi cosa siano i tumori cutanei, come prevenirli e come individuarli alle prime avvisaglie.

I tumori della pelle rappresentano la maggioranza di tutti i tumori e sono in continuo aumento, soprattutto fra le persone con carnagione chiara. Però, "gli allarmismi sono inutili - assicura la professoressa Barba - perché è vero che i tumori della pelle possono essere maligni, ma è altrettanto vero che possono essere curati meglio di altri tumori, se diagnosticati ed asportati precocemente". Spesso si riesce a prevenirli asportando nei o lesioni sospette, senza alcun rischio per il paziente.

L'accessibilità della pelle rende particolarmente semplici gli interventi, che spesso sono definitivi.

Ne parliamo nelle pagine seguenti con il professor Dino Barisoni.



In alto la professoressa Annalisa Barba. Qui sopra, un nevo comune e un melanoma a confronto

La prevenzione nelle scuole Serie di incontri sui rischi del sole

"Sole sì, sole no": con questo titolo l'Unità operativa di Clinica Dermatologica, diretta dalla professoressa Annalisa Barba, ha proposto una serie di incontri nelle elementari di Verona, durante lo scorso anno scolastico. "L'educazione all'esposizione solare è fondamentale - spiega Annalisa Barba -, e non è mai troppo presto per cominciare".

Una delle cause principali dei tumori cutanei è l'esposizione eccessiva al sole o alle lampade abbronzanti a raggi ultravioletti, specialmente nell'infanzia e nei soggetti di carnagione chiara, che si scottano con

facilità e si abbronzano poco. Limitare l'esposizione al sole, evitando le ore centrali della giornata, ed utilizzare creme solari con un fattore di protezione adeguato al proprio tipo di carnagione è la migliore difesa per prevenire i tumori della pelle.

"Durante l'anno scolastico 2003-2004 - conclude la professoressa - sarà interessante verificare se i bambini che abbiamo incontrato hanno modificato i loro comportamenti errati, se hanno evitato di esporsi eccessivamente al sole, se si sono protetti o se, invece, si sono ugualmente scottati".

La speranza, ovviamente, è quella di scoprire che gli incontri educativi hanno raggiunto il loro scopo e gli insegnamenti sono stati recepiti.

L'Unità operativa di Clinica Dermatologica valorizza l'attività ambulatoriale e di day hospital

Potenziare sempre di più l'attività ambulatoriale e di day hospital. In linea con le direttive dell'Azienda ospedaliera di Verona, l'Unità operativa di Clinica Dermatologica tende a dare il maggior spazio possibile alle visite ed agli interventi giornalieri.

Per questo, lavorano a pieno ritmo tutto l'anno gli ambulatori: divisionale, dermatopatie complesse, Amid, oncologico, di fotodiagnosi e fototerapia, vascolare, per le malattie

sessualmente trasmissibili, tricologico, oncologico e cosmetologico, chirurgico, pediatrico, per la terapia fisica, per le complicazioni cutanee nei trapiantati d'organo. Per il controllo dei nevi i medici della Clinica Dermatologica dell'Ospedale Geriatrico (V piano), sono disponibili presso l'ambulatorio di Oncologia dermatologica dal lunedì al venerdì, con orario 14-16, prenotando preventivamente al numero 045/8072635.

Intanto, cerchiamo di conoscere meglio i tumori cutanei che possono essere di vario genere, come gli epitelomi, i melanomi, i linfomi, i sarcomi.

I più diffusi sono gli epitelomi, che colpiscono principalmente gli ultracinquantenni di pelle chiara. Sono più frequenti nelle zone del corpo maggiormente esposte alle radiazioni solari o artificiali.

Il melanoma cutaneo è un tumore maligno che assomiglia ai nei. Può nascere sulla pelle in apparenza sana, oppure su un neo già presente in precedenza, spesso addirittura dalla nascita. Sotto i 18 anni si presenta in casi eccezionali. Pur essendo un tumore particolarmente aggressivo, se viene individuato per tempo, si può curare con la sola asportazione chirurgica della lesione.

Ma se assomiglia ai nei, come possiamo riconoscere il melanoma?

"A differenza dei nei, il melanoma cambia rapidamente aspetto - spiega la prof. Annalisa Barba -. Nel giro di pochi mesi aumenta di dimensioni, si modifica nella forma in modo irregolare, assume un colore molto scuro o non uniforme. Se si notano questi particolari è bene rivolgersi tempestivamente al proprio medico o ad un dermatologo per una visita". Quindi fra i segnali d'allarme da non sottovalutare ci possono essere una macchia o un'escrescenza cutanea di colorito variabile, dal roseo-carne al nero, che continua ad aumentare di dimensioni, soprattutto in modo asimmetrico, irregolare o frastagliato, nell'arco di poco

L'"abc" per capire se è un melanoma

Per individuare precocemente un melanoma è sufficiente fare attenzione alla regola dell'ABCDE.

A come Asimmetria: una metà della lesione è diversa dall'altra.

B come Bordi irregolari, frastagliati.

C come Colore variegato.

D come Dimensioni superiori ai 6 millimetri di diametro.

E come Evoluzione: nel giro di 4-6 mesi le dimensioni raddoppiano, e la lesione diviene irritabile, possono comparire ulcerazioni o sanguinamento.

Oncologia

31



tempo. Non si devono trascurare nemmeno un'abrasione o un'ulcerazione persistenti, che provochino dolore o prurito.

Dopo aver raccomandato ai lettori di esporsi al sole e ai raggi Uva con prudenza, evitando le scottature, il pieghevole realizzato dal reparto diretto dalla professoressa Barba passa a spiegare come effettuare una diagnosi precoce, che rimane il modo migliore per curare i tumori della pelle. Ogni sei o al massimo dodici mesi è bene osservare attentamente ed in piena luce la propria pelle, avvalendosi dell'aiuto di specchi o di un familiare per controllare la schiena o il retro collo, delle braccia e delle gambe.

Anna Laura Folena

«Per combattere i nevi l'ideale è un check up prima dell'estate»

Ci vuole il bisturi: «I nevi non possono essere trattati con il laser, che non ne assicura la completa rimozione, ma bisogna intervenire chirurgicamente, rimuovendoli del tutto». Così spiega il professor Dino Barisoni, direttore della I Divisione di Chirurgia plastica e Centro Ustioni dell'Ospedale di Borgo Trento.

I nevi sospetti o quelli soggetti ad irritazione continua (per esempio sul viso di un uomo che si fa la barba quotidianamente o sulla pianta dei piedi), e perciò più soggetti a fenomeni degenerativi, vanno asportati con il bisturi, in anestesia locale.

E poi cosa succede?

«Il nevo viene sottoposto ad esame istologico, che stabilisce con certezza se si tratti di una forma benigna o di un melanoma. In presenza di nevo gigante congenito non c'è tempo da perdere: è fondamentale poter intervenire entro le prime tre-quattro settimane di vita. I nevi giganti congeniti sono lesioni pigmentate della cute presenti alla nascita e spesso raggiungono dimensioni notevoli. Indipendentemente dalla grandezza, comunque, possono essere precursori di melanomi e per questo motivo - al di là del fattore estetico - dovrebbero essere rimossi».

«Entro le prime quattro settimane di vita - afferma il professor Barisoni - le cellule nevice sono molto superficiali ed i nevi giganti, possono essere abrasi completamente, sotto anestesia». È importante, quindi, che i neonati con nevi giganti vengano portati tempestivamente dal chirurgo plastico, mentre nei soggetti non più neonati bisogna asportare chirurgicamente il nevo gigante e trapiantare nella zona la pelle precedentemente prelevata da un'altra parte del corpo e coltivata in vitro. Da pochi centimetri di

pelle possiamo ricavare la superficie necessaria per la ricostruzione». Più semplice l'asportazione di grossi nevi non giganti. In questi casi si interviene dopo aver espanso la cute con un sacchettino, chiamato espansore cutaneo, che viene riempito progressivamente fino a rag-



Dino Barisoni

giungere la distensione della cute sana sufficiente a sostituire la superficie occupata dal nevo.

Se il verdetto è di melanoma, come si deve procedere?

«Il nevo si asporta con un piccolissimo margine. Nel caso, poi, l'esame istologico ci dica che ci troviamo di fronte ad un melanoma, è necessario allargare questo margine. Inter-

40 anni di professione ed incarichi prestigiosi

Dino Barisoni si laurea nel 1964 in Medicina all'Università di Padova. Successivamente lavora per tre anni in Inghilterra come assistente ed aiuto.

Si specializza in Chirurgia plastica e ricostruttiva all'Università di Torino e in Ortopedia all'Università di Verona.

Dal 1970 opera presso l'Ospedale Civile maggiore di Verona.

Liberò docente in Chirurgia plastica dal 1971, pubblica numerosi articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Autore del libro "Il trattamento delle ustioni", partecipa in qualità di relatore a numerosi congressi e master a livello internazionale.

Si occupa di chirurgia estetica.

Nella chirurgia ricostruttiva si è dedicato in particolare alla ricostruzione mammaria, alla cura dei tumori cutanei e agli esiti di trauma (volto ed arti).

Attualmente è primario della I Divisione di Chirurgia plastica e Centro Ustioni dell'Ospedale Civile maggiore Borgo Trento di Verona. Già presidente della Società italiana di Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, dal 2000 è anche Presidente della Società Europea delle Ustioni. (A.L.F.)

veniamo nuovamente, asportando i tessuti attorno, perché alcune cellule potrebbero già essere in fase di migrazione attraverso le vie linfatiche in direzione delle linfoghiando-le regionali. In presenza di melanomi che superino un certo spessore tumorale (1 mm) all'esame istologico, oltre ad asportare altro tessuto attorno alla lesione, dobbiamo individuare il linfonodo sentinella".

Che cos'è?

"Il linfonodo sentinella, primo dei linfonodi di una stazione linfatica che drena una determinata regione cutanea, sembra essere la sede più probabile di metastasi precoci da melanoma. Il linfonodo sentinella è identificato tramite linfoscintigrafia, che noi effettuiamo con la collaborazione del Servizio di Medicina nucleare. Un tracciante radioattivo viene iniettato nella zona del tumore primitivo. Il primo linfonodo ad assumere il materiale radioattivo è il linfonodo sentinella, che viene isolato, esciso e inviato per l'esame istologico".

Se l'esame risulta negativo, cioè assicura l'assenza di cellule cancerose nel linfonodo sentinella, non saranno necessarie ulteriori terapie?

"Son sufficienti controlli periodici".

E in caso di positività?

"Se l'esame istologico rileva cellule tumorali nel linfonodo sentinella, è necessario procedere all'asportazione di tutte le linfoghiando-le della regione interessata. Fra i controlli periodici da effettuare in seguito, ci sarà la ricerca della proteina S100 nel sangue, che indica la presenza della ripresa della malattia".

Per prevenire tutto questo, quand'è che è consigliabile far controllare i propri nevi ad uno specialista?

"Bisognerebbe effettuare un check up in tutto il corpo prima dell'estate, cioè prima di esporsi al sole".

E poi occhio alle scottature! Si possono evitare, scegliendo gli orari giusti da dedicare alla tintarella ed utilizzando protezioni adatte al nostro fototipo di pelle.

Anna Laura Folena

NUOVO TEST PER IL SENO



Christopher Price

C'è una nuova speranza per annientare i tumori al seno, scovando i geni malati prima che questi decidano di attivare i meccanismi di crescita delle cellule cancerogene.

Arriva in particolare da una serie di ricerche concentrate sull'antigene "neu Her-2" (Her-2 sta per Human Epidemial growth factor Receptor 2, conosciuto anche come neu Her-2). Se ne è parlato lo scorso 19 febbraio al Centro Marani in occasione di un convegno durante il quale è stato proposto un nuovo test diagnostico per il tumore alla mammella. Organizzato dal Laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche e con la Divisione clinicizzata di Oncologia dell'Ospedale Civile maggiore, l'incontro ha visto la partecipazione del professor Christopher Price, massimo esperto a livello internazionale nella diagnostica molecolare. "Abbiamo messo a punto un nuovo test diagnostico sierologico capace di monitorare in maniera molto più efficace le pazienti affette da carcinoma meta-

statico della mammella, tumore che rappresenta oggi la seconda causa di morte per le donne tra i 50 e i 65 anni - spiega Price -. Il punto di partenza della nostra ricerca è stata la conoscenza indispensabile dei meccanismi di proliferazione delle cellule tumorali di questo tipo di tumore. Grazie a questo test, già oggi è possibile ottenere una diagnosi precoce e soprattutto individualizzata, riconoscendo in anticipo la progressione della malattia e l'eventuale risposta alla terapia".

"È stato dimostrato che una elevata concentrazione dell'oncogene Her-2/neu nelle cellule costituisce un fattore di rischio obiettivo per una prognosi sfavorevole - prosegue lo scienziato -. Il test messo a punto consente proprio l'individuazione del recettore Her-2 presente sulla membrana di molte cellule. È questo, assieme ad altri fattori, a scatenare una crescita anomala di molte cellule dell'epitelio della mammella. In condizioni normali le cellule epiteliali della mammella possiedono da 20 a 50.000 recettori Her-2. In certe situazioni questo numero aumenta considerevolmente nell'arco di pochi mesi, causando una crescita incontrollata delle cellule. Il 25 per cento delle donne con carcinoma della mammella è positivo all'Her-2, fatto che indica lo sviluppo di un tumore più aggressivo". Fare il test in fase precoce o addirittura durante l'intervento di asportazione del tumore stesso, e non solo quando si scopre una metastasi, è per questo assolutamente fondamentale. Dal punto di vista farmacologico si sta ora tentando di tradurre l'esperienza del test in un farmaco che sappia inibire lo sviluppo dell'oncogene Her-2. (A.Azz.)

Infezioni, Verona come gli Usa

di Luciano Flor *

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona i casi di "infezione ospedaliera" si attestano fra il 4 ed il 5 per cento, con una percentuale del 3,13% nell'area chirurgica, del 3,85% nell'area medica e di poco superiore al 20% nell'area intensiva. Questi dati confortanti sono emersi dal primo monitoraggio sulle infezioni ospedaliere condotto in sette strutture del Veneto, tra cui gli ospedali Ocm e Policlinico di Verona, su iniziativa della Regione Veneto nell'ambito del progetto Sisiov (Sistema integrato sorveglianza infezioni ospedaliere), avviato due anni fa a cura del Servizio epidemiologico regionale. Lo studio, che progressivamente verrà allargato a tutti gli ospedali del Veneto, ha evidenziato un'incidenza media delle infezioni ospedaliere di circa il 6,8%, in perfetta linea con quanto accade anche in famosi ospedali europei o nordamericani, dove la percentuale del rischio è compresa tra il 5 ed il 10 per cento (mediamente il valore rilevato è pari al 7%).

A livello regionale lo studio ha interessato 102.187 pazienti, ricoverati in 17 diverse specialità. La frequenza relativa, cioè la percentuale di infezioni registrate per specialità sul totale delle 5.848 infezioni riscontrate, ha evidenziato un 23% nelle medicine generali, 11% nelle geriatrie, 9% nelle chirurgie generali, 8% nelle terapie intensive, 7% nelle pediatrie, 5% nelle neurologie, 3% nelle pneumologie, nelle malattie infettive e nelle malattie endocrine, 2% nelle ortopedie, nelle neurochirurgie, nelle ostetricie-ginecologie, nelle urologie, nelle nefrologie, nelle gastroenterologie, nelle oncologie e nelle cardiologie.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona lo studio ha esaminato 1.147 pazienti ricoverati in 17 diverse specialità riscontrando 56 casi di infezioni. In particolare presso l'Ospedale Civile Maggiore la frequenza relativa di infezioni ospedaliere è pari al 4,6% (2,01% nell'area chirurgica, 3,4% in quella medica e 27,2% in quella intensiva). Per quanto riguarda, invece, l'Ospedale policlinico G. Rossi la percentuale di infezioni ospedaliere è risultata essere del 5,3% (4,6% nell'area chirurgica, 4,76% nell'area medica e 30,0% nell'area intensiva).

Uno studio rileva che i casi rilevati negli ospedali cittadini sono contenuti tra il 4 e il 5%

Come si può notare, quindi, quasi tutti i valori riscontrati rientrano nella media regionale o sono, addirittura, inferiori alla stessa.

Le infezioni ospedaliere (Io) sono definite come le infezioni di pazienti ospedalizzati, non presenti in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale; rientrano in questo capitolo anche le infezioni successive alla dimissione che, in base al tempo di incubazione, sono riferibili al ricovero e le infezioni che il personale ospedaliero può contrarre nell'assistenza ai malati.

Quanto sopra giustifica ampiamente la grande attenzione che deve essere posta al tema delle infezioni ospedaliere quale rilevante problema di sanità pubblica. Si aggiunga che il rischio di infezione è in aumento in quanto legato al maggior utilizzo di tecniche invasive (interventi chirurgici o accertamenti diagnostici), all'assistenza in terapie intensive per il trattamento delle fasi critiche delle malattie, all'aumentata sopravvivenza di pazienti affetti da gravi patologie (pazienti ustionati, trapiantati, diabetici ed oncologici), alla crescente quota di pazienti anziani ricoverati e da ultimo, ma non per importanza, per l'utilizzo talora inappropriato della terapia antibiotica (gli antibiotici non curano l'influenza!) ed alla conseguente comparsa di microrganismi resistenti.

Si tratta quindi di un problema le cui dimensioni ed il cui impatto sugli esiti e sui costi, sia dal punto di vista del paziente che del sistema sanitario richiede non solo interventi a livello di singolo reparto od ospedale, ma anche la messa a punto di strategie e programmi su vasta scala per promuovere la prevenzione ed il

controllo degli eventi infettivi ad insorgenza ospedaliera.

Il successo ottenuto da Verona nella lotta alle infezioni ospedaliere è un importante traguardo, che la nostra Azienda è riuscita a conseguire grazie all'impegno con cui da anni affronta e combatte questo fenomeno, essendo consapevole delle sue ripercussioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

A tale scopo, infatti, è istituito un "Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere" (Cio) che vede impegnate le Direzioni sanitarie ed i rappresentanti (medici, infermieri, farmacisti) delle diverse aree di attività, nel definire le strategie di lotta alle infezioni ospedaliere (sorveglianza, misure di controllo, diffusione delle informazioni), valutare gli interventi attuati ed avviare programmi di formazione rivolti al personale sanitario.

L'attuazione del programma di interventi definito dal Cio è affidata ad un "Gruppo operativo per le infezioni ospedaliere" (Gio) composto da personale medico ed infermieristico con preparazione specifica per quanto riguarda aspetti epidemiologici, organizzativi, diagnostico-assistenziali e formativi; tale gruppo si coordina con i diversi Servizi dell'Azienda al fine di raccogliere ed evidenziare la distribuzione dei determinanti delle patologie nosocomiali.

Per definire e attuare efficaci strategie di prevenzione è necessario disporre anche di sistemi informativi in grado di produrre conoscenze tempestive e affidabili: in tale contesto si inquadra il prossimo progetto dell'Azienda ospedaliera che prevede in primis l'organizzazione di un sistema permanente di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e l'implementazione di un programma di informazione e formazione rivolto al personale sanitario. I buoni risultati fin qui ottenuti sono motivo di soddisfazione, ma non rappresentano un punto di arrivo, anzi, sono il punto di partenza per una nuova azione di miglioramento, ben sapendo quanto sia difficile non solo raggiungere ma anche mantenere livelli elevati di qualità del servizio.

***Direttore sanitario
Azienda Ospedaliera di Verona**

SQUADRA ANTI-CANCRO

Quando una persona scopre di essere affetta da un cancro, tra tutte le angosce e le preoccupazioni che la assalgono ve ne è una che riguarda la ricerca di un interlocutore medico, a cui potersi affidare.

Per come è organizzata oggi la Sanità, con la proliferazione di diverse figure di specialisti, infatti, il paziente spesso non sa a chi rivolgersi per avere una maggior definizione della diagnosi e delle indicazioni terapeutiche, per essere seguito nei diversi momenti della cura e magari per essere "accompagnato" quando le cure non sono più possibili.

La cura delle neoplasie polmonari trova appropriata collocazione nella costruzione di una rete di competenze basata sulla creazione di gruppi di lavoro integrati dedicati alla patologia d'organo, comprendenti chirurgo toracico, pneumologo, oncologo, radioterapista, patologo, radiologo, riabilitatore respiratorio, psiconcologo ed infermiere specializzato. Tale modalità organizzativa è particolarmente necessaria in relazione all'inserimento dei protocolli oncologici anche negli stadi iniziali del cancro del polmone operabile. L'impegno che ne consegue richiede di applicare tutte le risorse disponibili senza dispersione ed in modo tempestivo e trova quindi una soluzione adeguata nella costituzione di strutture funzionali dedicate alla patologia d'organo.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria operano da tempo differenti specialisti dedicati alla patologia polmonare e toracica, in grado di offrire servizi sanitari utili al paziente affetto da patologie toraciche.

Partendo da questo patrimonio di competenze e strutture organizzative esistenti, opera un Ambulatorio multidisciplinare, il Givop (Gruppo interdisciplinare veronese di Oncologia polmonare), che si rivolge espressamente ai pazienti con

tumore al polmone. L'integrazione tra specialisti diversi, oltre ad assicurare al paziente una chiarezza ed una continuità del processo diagnostico e terapeutico, ha anche un'importantissima valenza sul piano dei risultati clinici.

Allo stato attuale delle conoscenze, infatti, la via che produce i migliori risultati in termini di aumento delle speranze di vita dei malati di cancro al polmone è la diagnosi tempestiva, associata ad un riduzione dei tempi del percorso diagnostico e terapeutico. Il carcinoma polmonare ha, infatti, dei tempi di sviluppo molto rapidi e la tempestività di intervento, una volta confermata la diagnosi, può essere discriminante ai fini dell'esito delle cure. Lo screening di massa su popolazione a rischio con l'intento di giungere ad una diagnosi precoce (fumatori,

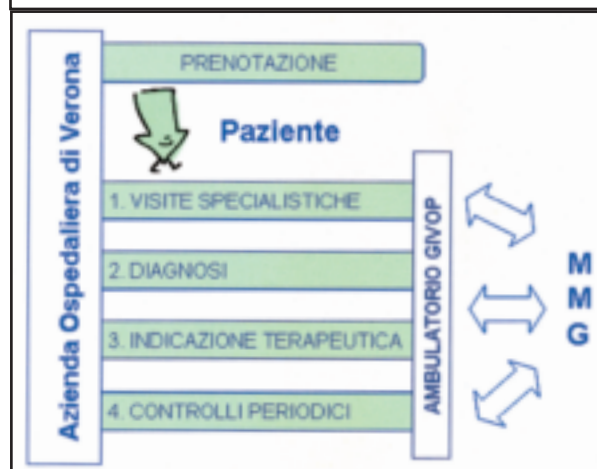
finanziare una ricerca presentata dalla Chirurgia toracica, a durata biennale, dal titolo: *Lo sviluppo di un ambulatorio multidisciplinare per la cura del paziente affetto da neoplasia polmonare*. È nell'ambito di tale ricerca che è attualmente in fase di approntamento una prima verifica sull'efficacia organizzativa della struttura. Tale verifica condurrà ad un puntuale riscontro dei tempi di azione anche al fine di valutare eventuali modifiche dei percorsi definiti e sarà effettuata in collaborazione con il Dipartimento di Economia aziendale della Facoltà di Economia dell'Università di Verona. All'interno di questo contesto, l'Azienda Ospedaliera e l'Università degli Studi di Verona organizzano il convegno dal titolo: "Patologie Complesse: tra specializzazione e coordinamento - Il caso delle neoplasie

polmonari" (22 maggio nell'Auditorium di GlaxoSmithKline, via Fleming 4 -Verona).

La scelta del convegno come strumento di comunicazione si giustifica alla luce del suo maggiore impatto, in quanto evento, sui mezzi di comunicazione di massa e sui destinatari (medici di Medicina generale e specialisti dedicati alla patologia polmonare e toracica). Rispetto ad una pubblicazione, il convegno gode indubbiamente di una maggiore visibilità.

Inoltre è idea degli organizzatori quella di predisporre una parte della giornata secondo la tecnica del teatro d'impresa, strumento di comunicazione innovativo che consente di trattare in modo efficace temi che potrebbero essere considerati "scabrosi" o retorici, come il rapporto medico-paziente.

Servizi e prestazioni del Givop



esposizione ambientale a cancerogeni), nel cancro del polmone non si è rivelato purtroppo efficace come accaduto per il cancro dell'utero e della mammella.

Inoltre il modello organizzativo multidisciplinare prevede, in particolare, la possibilità di integrazione con i medici di Medicina generale. L'importanza dell'esperienza Givop ha indotto la Regione Veneto a

PREVENZIONE DONNA

È una malattia affrontabile e curabile, ma che miete ancora troppe vittime.

Il cancro al collo dell'utero nel 2002 ha provocato in Italia 1.800 decessi, mentre nello stesso anno sono stati diagnosticati 3.800 nuovi casi di tumore alla cervice uterina. A Verona, a partire dal '97, l'Azienda Ospedaliera e l'Ulss 20 hanno avviato, per prime in Veneto, il programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, al quale aderisce il 56-57% della popolazione bersaglio, costituito dalle circa 130mila donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni. Sono oltre



Da sinistra Gaetano Nardo ed Ermenegilo Signori

80mila quindi le signore che hanno risposto all'invito ad effettuare il pap-test gratuito, offerto nell'ambito della campagna di prevenzione. Il ruolo trainante di Verona nella prevenzione del tumore del collo dell'utero è stato ribadito dal Congresso che la città ha ospitato dal 28 al 30 aprile al Polo "Giorgio Zanotto". Si è trattato di un incontro scientifico nazionale tra ginecologi e patologi sul pap test anormale e l'Hpv. Il pap test è a tutt'oggi lo strumento più diffuso per prevenire il tumore al collo dell'utero, anche se sono ancora troppe le donne che non si sottopongono con regolarità all'esa-

In futuro un vaccino sbarrerà la strada al virus che determina il carcinoma alla cervice

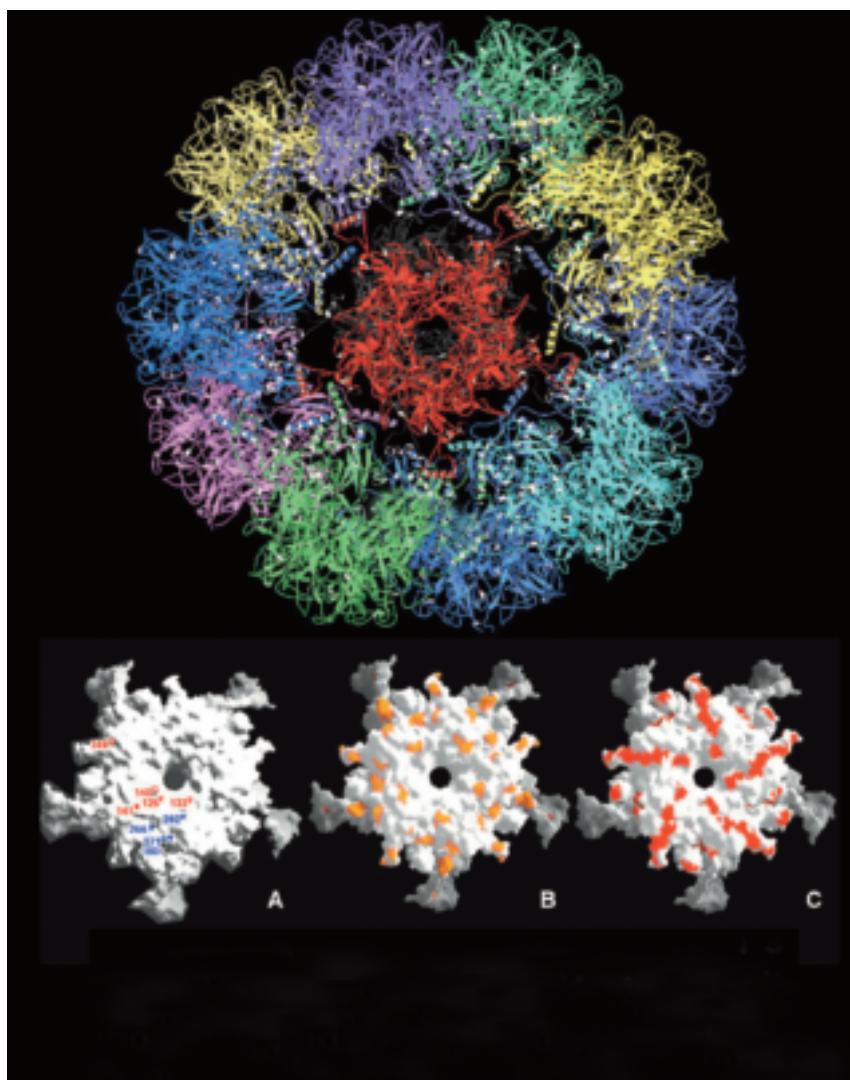
Il papillomavirus umano (Hpv) causa il 99,7 per cento dei tumori del collo dell'utero. È un virus molto comune, spesso passeggero che si trasmette per via sessuale. Numerosi studi hanno dimostrato come il carcinoma alla cervice uterina sia strettamente associato all'attività sessuale. I principali fattori di rischio, secondo la letteratura scientifica a disposizione, sono: precoce attività sessuale (prima dei 16 anni), part-

ner sessuali multipli (curioso è il concetto di partner sessuali multipli adottato nei diversi Paesi: superiore a tre in Italia, superiore a sei nei Paesi anglosassoni, superiore a 10 negli Stati Uniti), storia di infezioni da Hiv o malattie sessualmente trasmesse, fumo, basse condizioni socio-economiche, immunodepressione. Solo 10 tipi su oltre

70 classi diverse di questo virus sono responsabili del tumore alla cervice uterina. La maggior parte delle donne contrae prima o poi un'infezione da Hpv e si libera spontaneamente del virus. Solo se l'infezione persiste può dare origine al tumore al collo dell'utero. Tuttavia, se diagnosticata in tempo, l'infezione è curabile al 100 per cento e non c'è possibilità che degeneri in tumore. Il test necessario ad individuare la presenza del virus non è ancora entrato nei programmi di screening nazionali. Tanto che neanche i medici di medicina gene-

rale sono adeguatamente informati e raramente prescrivono il test alle loro pazienti. Un test che del resto viene eseguito in pochi centri iperspecializzati e che è ancora oggetto di studio e sperimentazione. In ogni caso è oramai evidente che il solo pap test non è sufficiente a garantire una prevenzione completa. L'esame infatti rileva solo la presenza di anomalie cellulari, ma non del virus. Per effettuare il test Hpv il medico preleva un campione di cellule dal collo dell'utero esattamente allo stesso modo che per fare il pap test. In laboratorio il materiale prelevato verrà analizzato dal punto di vista molecolare utilizzando un'apposita strumentazione in grado di riconoscere il Dna virale e quindi di segnalare la presenza del virus. Alla luce delle conoscenze finora acquisite il test Hpv non sostituisce il pap test perché hanno obiettivi diversi: il pap test è studiato per identificare le lesioni pretumorali, mentre il test Hpv identifica l'eventuale presenza del virus che è indice di un aumentato rischio di sviluppare una precancerosi. In attesa che test da Hpv venga adottato nei programmi di screening nazionali, associato o meno al pap test (la ricerca del dottor Nardo in corso in nove città italiane tra cui Verona ha anche l'obiettivo di far luce su questo aspetto), le grosse multinazionali farmaceutiche stanno già lavorando ad una ipotesi di prevenzione ancor più radicale e cioè ad un vaccino che possa sconfiggere il papilloma virus. Nel giro di 5-7 anni si potranno vaccinare le bambine contro il virus che colpisce in età adulta.

(V.Zan.)



me. Intanto la ricerca finalizzata a sconfiggere il tumore alla cervice della parete uterina continua per assicurare una prevenzione ancora più efficace e ha portato ad individuare il responsabile della seconda tipologia di cancro più frequente tra la popolazione femminile, cioè il virus del papilloma umano o Hpv, all'origine di un'infezione trasmissibile sessualmente.

Esiste un test che scopre la presenza dell'infezione prima ancora che le cellule dell'utero producano un cambiamento visibile. Il test consente quindi di scoprire in anticipo le donne a rischio di cancro al collo dell'utero.

Ma la possibilità di sostituire il pap test con l'Hpv test è legata anche ai risultati di una ricerca in corso in nove città italiane, tra le quali appunto Verona. Ad occuparsi nella nostra città del progetto di sperimentazione, coordinata a livello nazionale dall'epidemiologo Guglielmo Ronco, sono il dottor

Tra le donne occidentali quello all'utero rappresenta la seconda più diffusa forma di tumore

Il tumore del collo dell'utero è la seconda forma di tumore riscontrabile tra la popolazione femminile che vive in Occidente, dopo il carcinoma alla mammella. In media l'età di insorgenza è di 51 anni per le forme invasive, media che scende a 32 anni per le forme intraepiteliali, cioè preinvasive e quindi più facilmente guaribili con interventi conservativi e non mutilanti per la donna. Nonostante il cancro al collo dell'utero sia una malattia prevenibile, se identificata e trattata per tempo, ogni anno in Europa vengono riscontrati oltre 26mila nuovi casi e si registrano 12mila decessi. Il tasso di mortalità, provocato in Europa da questa neoplasia è superiore al tasso di mortalità per Aids ed epatite B. L'incidenza in Italia è di

circa 3 mila 800 casi ogni anno con 1.804 decessi sicuramente evitabili. Nel Veneto ogni anno sono 200 i nuovi casi. La sopravvivenza a cinque anni dall'intervento si attesta intorno al 64% dei casi, contro una sopravvivenza a cinque anni dell'82% delle donne colpite ed operate di tumore della mammella. Un aspetto importante di questa malattia è il lungo tempo di progressione della lesione da una situazione preinvasiva di basso grado verso una lesione di alto grado o verso il carcinoma invasivo. Insomma occorrono anni prima che il tumore si sviluppi. Succede, infatti, che nel 57% dei casi le lesioni a basso grado regrediscano e che solo nel 11% dei casi progrediscano verso una situazione più grave.

Gaetano Nardo, dell'Unità operativa autonoma di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Borgo Trento ed il dottor Maurizio Lestani dell'Unità di Anatomia patologica del Policlinico di Borgo Roma, che insieme ai colleghi di Torino, Firenze, Padova, Bologna, Imola, Ravenna, Trento e Viterbo, è tra i responsabili nazionali del progetto di screening. "Nuove tecnologie di prevenzione dei tumori della cervice uterina" è il titolo della sperimentazione, giunta a Verona nel pieno della seconda fase e della quale sarà possibile tirare le fila solo tra tre anni. "Obiettivo del lavoro è sostituire il pap test con il nuovo test, diradando i controlli che potranno essere effettuati ogni cinque anni e non più ogni tre, frequenza indicata dai protocolli sanitari per il pap test", spiega il dottor Nardo.

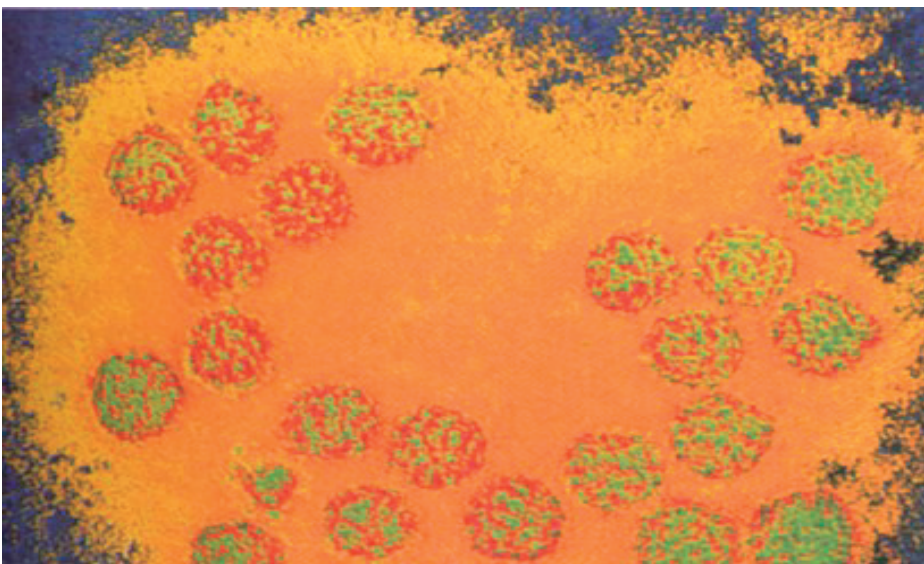
Ma ecco, più in dettaglio, come si sviluppa la sperimentazione, che coinvolgerà circa otto mila donne venete, la metà delle quali veronesi. La prima fase del progetto iniziata nel 2002 e conclusa nel 2003 ha

S creening

interessato oltre 2000 donne, destinatarie della campagna di prevenzione tradizionale, quella organizzata per offrire gratuitamente il pap test. Alle signore è stato chiesto il consenso a sottoporsi ad un doppio controllo, il pap test appunto ed il test Hpv.

In pratica per le donne non è cambiato niente, perché entrambi i test si basano sul prelievo di campione di cellule sulla parete uterina che poi vengono analizzate in modi diversi.

Attualmente è invece in corso la seconda fase della sperimentazione che si concentra unicamente sulla somministrazione del test Hpv, per scoprire i fattori di rischio presenti nella donna. Solo in caso di esito positivo, si passa al secondo livello di indagine, cioè alla colposcopia che può dare esito negativo, nel qual caso il test Hpv verrà ripetuto a distanza di un anno per vedere come sta reagendo l'organismo alla



presenza del virus. In caso positivo invece si deve concludere per l'esistenza di una lesione pretumorale. Al termine della sperimentazione si potranno anche trarre conclusioni sulla necessità di proporre i due test (pap test e test Hpv) in modo combinato, per garantire, come è già ipotizzato una protezione del 100% contro lo sviluppo del tumore del collo dell'utero, oppure se sarà sufficiente il ricorso al solo test Hpv.

Ciò sarà possibile comparando i risultati ricavati nel corso delle due fasi di sperimentazione.

Alla sperimentazione in corso sta lavorando un gruppo di esperti formato da ginecologi e patologi. Intanto, sempre al pool di ricercatori veronesi, è stata appena affidata dalla Regione una ricerca sanitaria finalizzata, incentrata sulla prevenzione del cancro uterino.

Valeria Zanetti

All'ospedale di Borgo Trento presto al via una ricerca regionale Punta a definire le strategie operative nei confronti dei soggetti a rischio

L'Unità operativa autonoma di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Borgo Trento sarà il fulcro di una ricerca regionale appena autorizzata dalla giunta di Palazzo Balbi che vedrà coinvolte anche l'unità operativa di Oncologia medica e di Anatomia ed istologia patologica del Maggiore, il Dipartimento di Patologia generale del Policlinico di Borgo Roma, il Centro per la diagnosi precoce dei tumori ginecologici dell'Ulss 20, le unità operative autonome di Ostetricia e Ginecologia e di Anatomia ed istologia patologica di Conegliano Veneto, oltre al Centro di prevenzione oncologica di Torino. Il progetto che avrà una durata di due anni sarà coordinato dal dottor Gaetano Nardo.

La ricerca si propone di trovare strategie operative per individuare i soggetti con possibile evoluzione delle lesioni a basso grado della cervice uterina (Cin 1) verso lesioni ad alto grado fino al carcinoma. L'ambito è dunque quello della lotta contro il cancro al collo dell'utero finalizzata a scoprire strategie orientate alla prevenzione, alla diagnosi, ed alla cura. Collaboreranno alla ricerca 12 esperti, in prevalenza medici specializzati in ostetricia e ginecologia, in anatomia ed istologia patologica o in oncologia, tra i quali anche la dottoressa Gioia Montanari, ricercatrice del Centro di prevenzione oncologica della Regione Piemonte. In pratica a 200 donne che partecipano a Verona o a Conegliano alle campagne

di prevenzione sottoponendosi al pap test sarà chiesto di aderire al progetto. Il prelievo di cellule effettuato sul collo dell'utero sarà indagato in parte con il metodo del pap test, in parte con quelli del Hpv test. Le donne risultate positive saranno sottoposte a colposcopia e, se quest'ultima risulterà positiva, a biopsia. Il materiale prelevato sarà trattato con particolari sostanze, che potrebbero costituire la base di una terapia futura. Infine queste signore saranno nuovamente sottoposte alla stessa serie di accertamenti nel giro di un anno. Data la lenta evoluzione di questo tipo di neoplasia non si corre infatti alcun rischio che le lesioni a basso grado si trasformino a breve in cancro. Obiettivi della ricerca sono: ridurre il numero degli approfondimenti diagnostici invasivi nelle donne che si sottopongono agli screening, riconoscendo per tempo la presenza dell'infezione e curandola prima che degeneri in cancro. Se raggiunto, questo obiettivo potrebbe abbattere anche i costi sanitari delle cure necessarie alle donne colpite da tumore all'utero.

Altri aspetti sono poi squisitamente scientifici e organizzativi e riguardano la possibilità di costruire archivi digitali delle immagini e colposcopici per utilizzare in varie sedi e in tempo reale i referti delle pazienti. Ciò consentirebbe anche diagnosi a distanza o consultazioni tra vari specialisti.

(V. Z.)

Tutto quello che è bene sapere prima, durante e dopo il Pap test

A CHI VIENE OFFERTO GRATUITAMENTE IL PAP TEST

Lo screening del tumore dell'utero, con la possibilità di effettuare gratuitamente un Pap test ogni 3 anni, è offerto gratuitamente a tutte le donne di età compresa tra i 25 e 64 anni, residenti a Verona e nei comuni dell'Ulss 20. L'esame si effettua nelle sedi dei distretto sociosanitari.

COS'È

Questo esame citologico indaga le alterazioni delle cellule e deve il suo nome al medico greco-americano George Papanicolaou. Papanicolaou ideò una particolare tecnica di colorazione che consente di diagnosticare in modo rapido e precoce la presenza di un tumore del collo dell'utero.

Per capire l'importanza di questo test, messo a punto cinquant'anni fa, basti dire che nel mondo il tumore del collo dell'utero è secondo per diffusione soltanto al tumore della mammella.

COME VIENE ESEGUITO

L'esame si effettua prelevando con una piccola spatola alcune cellule del collo dell'utero che verranno strisciate su un vetrino ed analizzate nel laboratorio di citologia. L'utilizzo di materiale monouso garantisce la sicurezza igienica.

QUALI I POSSIBILI RISULTATI

Se non risulta nessuna alterazione la donna riceverà la comunicazione del risultato per lettera.

A volte, anche se il prelievo è stato effettuato accuratamente, è necessario ripetere il test.

Questo accade:

- quando il numero delle cellule prelevate è insufficiente;
- quando c'è una infiammazione che impedisce una corretta lettura del vetrino.

In entrambi i casi la lettera di risposta fornirà tutte le informazioni necessarie per la ripetizione dell'esame.

Se con il Pap test si evidenziano invece delle alterazioni cellulari, la donna sarà contattata telefonicamente per eseguire ulteriori approfondimenti gratuiti come la ripetizione del test o la colposcopia. La colposcopia è un'esame semplice ed indolore che permette la visione ingrandita del collo dell'utero per mezzo di un microscopio. L'esame evidenzia le eventuali zone del collo dell'utero sospette sulle quali è necessario fare un piccolo prelievo (biopsia), che renderà possibile una diagnosi certa.



CONSIGLI IMPORTANTI

Per una buona riuscita dell'esame è necessario non aver avuto rapporti sessuali o aver eseguito lavande interne o usato farmaci per via vaginale nei 3 giorni precedenti l'esame.

Inoltre il giorno dell'appuntamento non deve coincidere con il flusso mestruale, né con i 3 giorni che lo precedono o lo seguono.

CONSIGLI PARTICOLARI

Possono effettuare il test anche le donne in gravidanza o che hanno subito l'intervento di asportazione parziale dell'utero.

In questi casi è importante avvisare della propria situazione prima dell'esecuzione del test.

In alcuni casi può essere utile effettuare il Pap test anche a donne al di fuori della fascia di età 25-64 anni.

PERCHÈ CONVIENE ESEGUIRE L'ESAME QUANDO SI STA BENE

Il Pap test riesce a riconoscere il tumore del collo dell'utero anche quando non ci sono sintomi e quelle lesioni che non sono ancora un tumore, ma lo potrebbero diventare. Questo permette di utilizzare terapie semplici, quasi sempre effettuate in ambulatorio e con maggiori probabilità di successo.

PERCHÈ È MEGLIO FARE UN ESAME OGNI TRE ANNI

La frequenza di un esame ogni tre anni è consigliata dalle linee guida europee e dalla Commissione Oncologica Nazionale.

Va sottolineato che quando sono garantiti rigorosi controlli di qualità del prelievo cellulare e della lettura del vetrino, come nell'ambito degli screening organizzati, una ripetizione più frequente dell'esame non comporta un significativo miglioramento.

PICCOLI "PESI-MASSIMI"



Antonio Luciano visita un piccolo paziente utilizzando un plicometro per misurare lo spessore dell'adipe

Inutile tentare di nutrire con equilibrio i figli, se la dispensa è stracolma di merendine che i loro stessi genitori non disdegnano. Per prevenire sovrappeso ed obesità nei bambini e nei ragazzi è infatti indispensabile per prima cosa educare ad una sana alimentazione l'intera famiglia.

Ed, evidentemente, le famiglie non sembrano, per ora, recepire il messaggio, visto che "l'obesità è il disturbo nutrizionale più frequente in età pediatrica", come spiega il dottor Antonio Luciano, dirigente medico del Servizio di Auxologia, Endocrinologia Pediatrica e della Cattedra di pediatria dell'Università e Divisione di Pediatria dell'Ospedale civile maggiore di Verona.

Ma che problemi comporta l'obesità in età pediatrica?

"I bambini e adolescenti obesi sono più a rischio di aumento della pres-

sione arteriosa, alterazioni del profilo lipidico, diabete mellito, lesioni aterosclerotiche precoci ed altri problemi".

Sei regole d'oro contro l'obesità

- *I genitori diano il buon esempio*
- *Attenzione agli spuntini fuori pasto*
- *Quando lo stomaco brontola fuori orario, è meglio farlo tacere con un frutto*
- *Non tenere a portata di mano tentazioni pericolose, come merendine e bibite gasate.*
- *Si può sgarrare una volta ogni tanto per... non avvilirsi e riuscire a rinunciare ai peccati di gola nella quotidianità*
- *Aumentare l'attività fisica*

L'obesità è riconosciuta come fattore di rischio di mortalità nell'adulto. Lo è anche per i bambini?

"Recenti studi dimostrano che anche nei bambini e nei ragazzi può rappresentare un fattore di rischio di mortalità. Inoltre, spesso il bambino obeso diventerà un adulto obeso. La correlazione fra l'obesità infantile e la sua persistenza in età adulta è indubbia. I bambini obesi, per l'80% saranno adulti obesi".

Ma come si fa a tenere a dieta un bambino?

"Il bambino obeso, nell'età della crescita, non si può sottoporre a dieta ipocalorica. Si deve educare ad una alimentazione più sana. Se impara a mangiare meglio, la sua situazione migliorerà. Un ottimo risultato sarebbe che il ragazzo mantenesse il proprio peso, crescendo però nel contempo di statura. Ma già vederlo

Tavole, indici e curve grafiche aiutano a capire se il piccolo è in sovrappeso

Come stabilire se un bambino è obeso? Pesata idrostatica, determinazione del potassio marcato, Dual energy X ray Absorptiometry, Total Body Electrical Conductivity, Bioelectric Impedance Analysis, plicometria: questi ed altri paroloni comprensibili sono agli "addetti ai lavori" indicano altrettanti metodi per la determinazione della composizione corporea.

Le tecniche più precise ed attendibili sono particolarmente costose e alla portata di pochi.

I ricercatori che quotidianamente si occupano di obesità infantile, quindi, si impegnano nel fornire tecniche ed indici di riferimento semplici per definire l'obesità e stabilirne il grado.

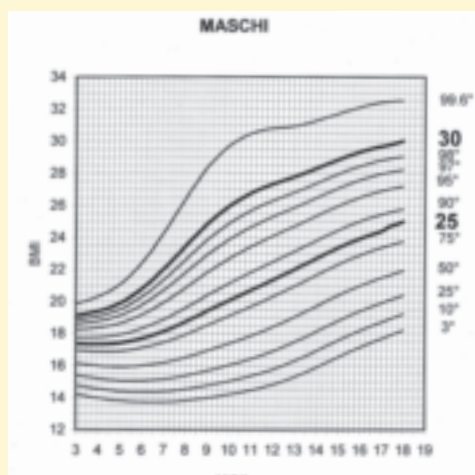
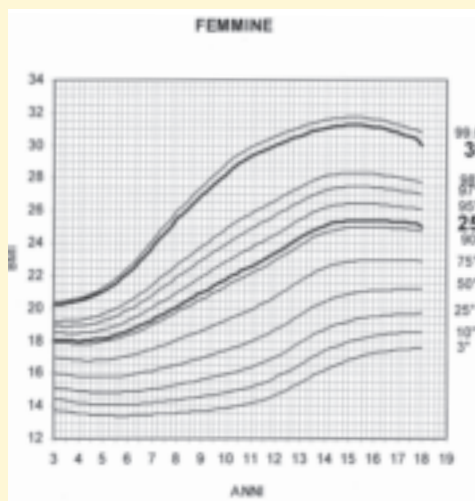
Di sicuro, il peso e l'altezza sono i parametri fondamentali per la valutazione della crescita del bambino, e le tavole dei percentili, che tutti i genitori moderni conoscono bene, sono utili. Non forniscono, però, riferimenti precisi. Le tabelle risalgono spesso a troppi anni

fa. Sono redatte, insomma, in base ai ritmi di crescita di "bambini di una volta" che ormai sono adulti e che erano diversi dai bambini di oggi.

Per colmare questa lacuna, il dottor Antonio Luciano ha condotto uno studio particolarmente all'avanguardia, che è tenuto in grande considerazione dall'Oms (Organizzazione mondiale della Sanità). La ricerca ha fornito curve di riferimento per il Body mass index (il Bmi, l'Indice di massa corporea, che si calcola dividendo i kg del proprio peso per il quadrato della propria altezza, espresso in metri) in età pediatrica.

Il Bmi è un indice di adiposità largamente utilizzato nell'adulto. Ma "mentre nell'adulto il Bmi non presenta sostanziali modificazioni legate all'età, per cui il suo valore esprime bene il grado di eccesso di grasso corporeo - spiega il dottor Luciano -, nei bambini si modifica in modo consistente in base all'età. Per questo motivo, i valori di Bmi devono essere utilizzati come percentili". La ricerca si preoccupa proprio di stabilire - attraverso la registrazione dell'Bmi di un campione di bambini - tabelle di percentili del Bmi adeguate e il più possibile attendibili.

"Il Bmi in età pediatrica - precisa il dottor Luciano - presenta ancora parecchi limiti, soprattutto nell'adolescenza, quando il valore è influenzato dall'etnia, dall'inizio dello sviluppo, dal sesso e da altri fattori. Tenendo presenti queste variabili, però, possiamo affermare che le curve del Bmi rappresentano il mezzo più semplice per definire un soggetto obeso, ma soprattutto permettono di monitorare l'eccesso di peso durante l'età pediatrica, valutando la risposta al tipo di trattamento intrapreso, sia preventivo, che dietetico-comportamentale".



Bambini

41

aumentare in un anno di due chili anziché di cinque, sarebbe un primo, significativo successo. Ripeto: l'importante è cominciare a migliorare la sua situazione".

Ma per educare un bambino ad alimentarsi nel modo giusto, da dove si comincia?

"Ovviamente si comincia dai genitori. Se loro mangiano in maniera sbagliata, quasi sicuramente, i figli tenderanno a seguirne l'esempio".

A cosa bisogna stare attenti?

"Si deve prestare attenzione soprattutto ai fuori-pasto, alle merendine, agli stuzzichini dolci o salati, alle bibite zuccherate e gasate. Sono la causa più frequente di sovrappeso e obesità in età pediatrica".

Ma se un bambino ha fame fuori orario, come si fa?

"Per gli spuntini si scelga frutta a volontà. E la bevanda "ufficiale" deve essere l'acqua naturale".

E alle feste?

"Alle feste si può sgarrare. I bambini obesi devono sentirsi uguali ai loro amichetti. Patatine fritte, dolci e bibite devono essere l'eccezione, vanno associati ad occasioni particolari. Non devono diventare la regola, non possono essere abitudini quotidiane".

Ma i bambini obesi lo come diventano? sono bambini che si abbuffano?

"No. Il più delle volte sono bambini che non mangiano tantissimo, ma che ogni giorno, costantemente assumono quel qualcosa di troppo o di sbagliato. Introducono con la dieta un po' di più di quello che consumano".

L'obesità infantile è in aumento. Come mai?

"Perché mangiamo sempre peggio. Dobbiamo cominciare a riempire nel modo giusto il carrello della spesa al supermercato".

Come dire che la parola d'ordine, deve essere: non lasciarsi sedurre da invitanti confezioni colorate di biscotti e merendine o di surgelati impanati da friggere velocemente in padella. Il reparto frutta e verdura ci aspetta.

Anna Laura Folena

L'età media è 84 anni per le donne, 80 per gli uomini
Il dottor Luigi Grezzana spiega come rimanere attivi



Luigi Grezzana

VIVERE MEGLIO E PIÙ A LUNGO

Dieci "comandamenti" per mantenersi in forma

1. *Avere un amore, anche piccolo, di cui occuparsi (dall'orto, al gatto, alla cucina)*
2. *Avere pensieri*
3. *Muoversi sempre, anche se il tempo è brutto*
4. *Prendere pochi farmaci*
5. *Leggere il giornale invece di guardare la televisione*
6. *Stimolare la mente*
7. *Imparare qualcosa di nuovo*
8. *Emozionarsi sempre*
9. *Coccolarsi un po'*
10. *Mangiare in modo semplice e senza esagerare*

Gli uomini hanno imparato dalle donne a vivere più a lungo. Se fino a qualche anno fa la differenza tra l'età media dei due sessi era di circa sette anni, ora questo scarto si è colmato. Oggi l'età media delle donne è di 84 anni e quella degli uomini di 80 anni. Con il risultato che se gli ultra sessantacinquenni sono il 25 per cento della popolazione veronese, gli ultraottantenni rappresentano l'8 per cento di questa percentuale. E il numero è destinato a salire.

"Per vivere bene bisogna sempre mantenersi attivi - sottolinea Luigi Grezzana, direttore della terza Geriatria dell'ospedale di Borgo Trento -. Le donne lo sanno da tempo. Loro non vanno mai in pensione, hanno sempre un motivo per essere dinamiche ed è quello che stanno imparando a fare anche gli uomini. Rispetto ad alcuni anni, fa gli anziani sono più autonomi e l'inizio della vecchiaia si è spostato molto più avanti. Ricordo quando, al quarantesimo compleanno di Brigitte Bardot, *Le Figaro* scrisse in modo sarcastico "Brigitte Bardot è morta". Oggi per fortuna l'adolescenza si è allungata e la vecchiaia si è spostata: i sessantenni di oggi sono i quarantenni di ieri".

Il motivo? Presto detto: un'usura del corpo meno accelerata. "Grazie al benessere abbiamo vinto la fatica e abbiamo smesso di consumare il fisico", spiega Grezzana. "Un tempo si sprecavano moltissime energie, anche solo per andare a prendere l'acqua, ad esempio. Oggi abbiamo il riscaldamento d'inverno, l'aria condizionata d'estate, abbiamo mille comodità che una volta non c'erano".

Ma per vivere a lungo non bisogna adagiarsi, perché la pigrizia non è una buona compagnia e porta con sé altri problemi, come l'indolenza e l'apatia. "La vera vittoria non è allungare la vita, ma riuscire ad avere un'esistenza attiva fino all'ultimo" riprende il geriatra. Per farlo bisogna imparare tre semplici regole che Grezzana ha riunito nell'acronimo "Ama": Affettività, movimento e autostima.

Partiamo dall'affettività. "Bisogna avere qualcosa da amare, qualsiasi cosa, anche un gatto, una pianta di gerani, l'orto, la cucina -, spiega lo specialista -. Inutile cercare amori impossibili, bisogna trovare, invece, quelli possibili. Deve essere un amore anche piccolo, ma deve esserci".

Secondo punto: il movimento. "È il

farmaco più importante che abbiamo a disposizione -, precisa il geriatra -. E non parlo della fatica che usura, ma del movimento che dà benessere. Non invito gli anziani ad iscriversi alle marce, ma li sprono a vincere la pigrizia e a muoversi: qualsiasi movimento va bene. Bisogna uscire sempre, anche se piove. Ci si infila un paio di scarpe vecchie e via. Ricordiamo che il rischio di cadere è molto più elevato in casa che fuori. La *cyclette* fa bene, ma è triste: meglio uscire, il movimento deve diventare uno stile di vita. Purtroppo abbiamo un po' il "difettino dell'apriscatole", come lo chiamo io: vogliamo tutto pronto, tutto comodo, tutto facile. Ma gli integratori non bastano, è l'esercizio che mantiene in funzione il corpo. Bisogna mantenere l'allenamento".

E veniamo al terzo punto: l'autostima. "Bisogna volersi bene -, sottolinea Grezzana -. Il vero dramma nasce quando si crede di non avere più nulla da dare agli altri. Non è così. Gli anziani sono dei maestri, perché hanno l'esperienza dalla loro parte. Quando arrivano all'ospedale hanno più grinta e più coscienza di sé di un tempo, ma ne devono avere ancora di più. Devo-

no credere più in se stessi e nella loro "ricchezza".

Grezzana dice di stupirsi ogni giorno per l'attaccamento alla vita che hanno i suoi pazienti. "Sono aggrappati alla vita in un modo che spesso mi sorprende e mi commuove -, spiega -. E mi piace stupirmi anche ogni volta che incontro tra i ricoverati un maestro di vita. L'ultimo l'ho conosciuto pochi mesi fa. È un vecchio sapiente di quasi ottant'anni. Ha una grandissima cultura, ma in reparto mi ha confessato che l'unica cosa che ha imparato durante la sua vita è questa: "L'unica cosa che so è il bene che ho avuto e quello che ho dato", mi ha detto. Sono rimasto senza parole. Poi l'abbiamo dimesso e per alcune settimane non l'ho più visto, ma un giorno mi ha telefonato per invitarmi a casa sua a vedere gli oggetti che aveva raccolto durante i suoi viaggi. Alla fine mi ha portato in cantina e lì c'era una mongolfiera. Mi ha detto che lui ci saliva spesso, chiudeva gli occhi e sognava. Non aggiungo altro. Chi pensa che gli anziani non abbiano nulla da dire e da insegnare sbaglia davvero molto".

Sull'argomento Grezzana ha scritto



un libro, intitolato *Andare pensando. Riflessioni di un geriatra*, giunto alla seconda edizione, nel quale ha raccolto le sue riflessioni nate dal grande amore per il suo lavoro. "Ho avuto la fortuna di fare ciò che ho sempre sognato", spiega Grezzana, che da quasi vent'anni insegna

all'Università della Terza Età, registrando sempre il "tutto esaurito". Il suo entusiasmo è infatti contagioso. Oltre ad occuparsi dei suoi pazienti e dei suoi allievi, da anni si dà anche da fare per organizzare le lezioni della Scuola medica ospedaliera e del Corso superiore di Geriatria giunto quest'anno alla sedicesima edizione. Grezzana, fra l'altro, è vicepresidente della Società italiana geriatri ospedalieri. Da quando se ne occupa trovare un posto libero in sala è pressoché impossibile. "Abbiamo bisogno degli anziani più di quanto crediamo - afferma -. E loro hanno bisogno di restare vicini ai loro cari e nel loro ambiente. Basta vedere cosa succede alle piante per accorgersene. Nel giardino qui fuori ci sono due cedri del Libano apparentemente uguali, ma uno è sostenuto dai pali, mentre l'altro si regge perfettamente da solo. Il motivo? Dieci anni fa il primo è stato trapiantato qui per lasciare spazio alla pista per l'elicottero. Sono passati dieci anni da allora. Non è morto e non morirà, ma per vivere ha bisogno di essere puntellato. E se agli alberi succede questo, figuriamoci alle persone".

Chiara Tajoli



L'etica nel terzo millennio

di Giovanni Bonadonna *

Crescono le attese dei malati, mentre le relazioni tra medici e pazienti rischiano di impoverirsi

Etica dal greco "ethos" che vuol dire costume, sta ad indicare l'insieme dei valori o delle norme di comportamento che una persona o un gruppo di persone seguono nella vita o nella loro attività professionale. "Modelli etici per una nuova medicina" è il titolo del convegno organizzato il 13 marzo scorso dall'Ordine dei Medici chirurghi ed odontoiatri della provincia di Verona, per discutere dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nei rapporti tra medico e paziente.

Negli ultimi anni i grandi progressi della scienza e della tecnologia hanno messo a disposizione mezzi di diagnosi e di cura impensabili fino a poco tempo fa; questo, unito alle maggiori conoscenze dei pazienti, anche se talora tali conoscenze sono frutto di campagne di informazione sensazionalistiche ed approssimative, ha portato ad un grande aumento delle aspettative dei malati. Si pensi alla medicina predittiva, che con l'analisi genetica predice le future malattie, o alla trapiantistica ed alla medicina rigenerativa che possono alimentare una "sottile, latente ed accattivante domanda di eternità".

Più in generale potremmo dire che si va oggi diffondendo una "cultura" che porta gli utenti a pretendere dal medico la guarigione ad ogni costo e in alcuni casi non solo a pretendere la salute, ma anche la bellezza e la felicità (vedi ad esempio la grande domanda di medicina estetica).

D'altra parte, lo sviluppo notevolissimo

delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche ha portato alla suddivisione della cura tra molti specialisti; tale frammentazione unita spesso alla burocratizzazione derivante dalla tendenza aziendalistica ed economicistica della sanità, ha contribuito all'impoverimento della relazione tra medico e paziente e ha portato alla "spersonalizzazione" di tale rapporto.

Al convegno sono intervenuti autorevoli relatori e ha partecipato un pubblico numeroso ed attento. Al mattino, dopo l'introduzione del presidente Pietro Marcello Fazzini, il professor Giuseppe Bon, docente di deontologia all'Università di Padova, ha tenuto una relazione sui "Fondamenti etici del gesto di cura". Una citazione tratta dal *Carmide* di Platone: "...non si possono curare gli occhi senza prendere in esame la testa, né la testa indipendentemente dal corpo, così neppure il corpo senza l'anima, ma è necessario prendersi cura della totalità dell'uomo", riassume bene il messaggio fondamentale della relazione del professor Bon, che ha ricordato che l'espressione "etica" del gesto di cura si alimenta da una parte della indispensabile conoscenza e competenza tecnico-operativa, ma dall'altra richiede necessariamente anche una "competenza in umanità", per essere vicini al paziente e prendersi cura delle sue sofferenze. Il professor Sandro Spinsanti dell'Istituto Giannini di Roma ha poi trattato il tema "Le stagioni dell'etica" ed ha illustrato il capovolgimento del modello di relazione medico-paziente che si è manifestato negli ultimi anni (nell'era cosiddetta della bioetica). Mentre per secoli il principio guida del medico è stato il "principio di beneficenza" secondo il modello di Ippocrate, il medico greco a cui i medici si ispirano nel loro giuramento, che vede il medico come un buon padre che prende le decisioni in "scienza e coscienza" nell'interesse del paziente, in anni

più recenti si è andato affermando il "principio del rispetto dell'autonomia del paziente". Secondo questa visione, il medico deve essere rispettoso dei valori e dell'autonomia del paziente, il paziente deve essere informato e partecipare nelle decisioni che riguardano la sua salute (consenso informato) e il medico ed il paziente devono realizzare un processo di vera e propria partnership.

È comunque il caso di precisare che in questa prospettiva moderna il paziente non ha solo il diritto di essere curato bene, ma ha anche la "scomoda responsabilità" di partecipare al processo decisionale e condividere con il medico da una parte l'incertezza che è propria di ogni decisione clinica e dall'altra la responsabilità per quelle decisioni che non riguardano solamente il medico ed il paziente, ma talora altri soggetti o più in generale la società. A conclusione della mattinata, il professor Luciano Vettore presidente della società italiana di pedagogia medica, ha delineato il profilo del "medico futuro" sottolineando la necessità che i futuri professionisti siano formati sia sul piano delle competenze tecnico-scientifiche, ma anche delle *humanities*, vale a dire delle capacità umane e di relazione. Dalle relazioni e dalla discussione seguita alla tavola rotonda è risultato evidente che il processo del "consenso informato", che è stato anche definito come "consenso partecipato", o ancora meglio come processo di "decisione consensuale", non deve essere considerato solo un noioso atto burocratico o come un obbligo deontologico necessario a scopo di "medicina difensiva", ma deve essere visto come uno "strumento per creare un forte legame tra chi offre le cure e chi le riceve" utile per creare una relazione di fiducia tra medico e paziente.

**Consigliere dell'Ordine dei Medici
chirurghi e degli odontoiatri**

La scomparsa dello stimato radiologo
ha lasciato un doloroso vuoto nell'azienda ospedaliera

Ritratti

45

L'IMPRONTA DI PROCACCI

Il 2004 si è aperto con un inatteso lutto per l'Azienda Ospedaliera e per l'Università veronesi. Una malattia affrontata con fermo coraggio ha strappato alla vita il radiologo professor Carlo Procacci. Il suo impegno per la Radiologia veronese è stato forte. Procacci aveva avviato un importante rinnovamento, inserito nel solco della grande tradizione radiologica veronese. I progetti avviati con tanta pas-

sione saranno ora portati avanti dai colleghi che lo ricordano con affetto e rimpianto. L'Unità operativa di Radiologia dell'ospedale Policlinico è temporaneamente affidata al professor Marco Federghini.

In queste pagine il professor Gian Franco Pistolesi racconta la nascita dell'istituto di Radiologia e, qui sotto, il dottor Giacomo Gortenuiti traccia il profilo del collega scomparso.

Il primo gennaio 2004, stroncato da un male atroce ed inesorabile rivelatosi dieci mesi prima, è scomparso il professor Carlo Procacci.

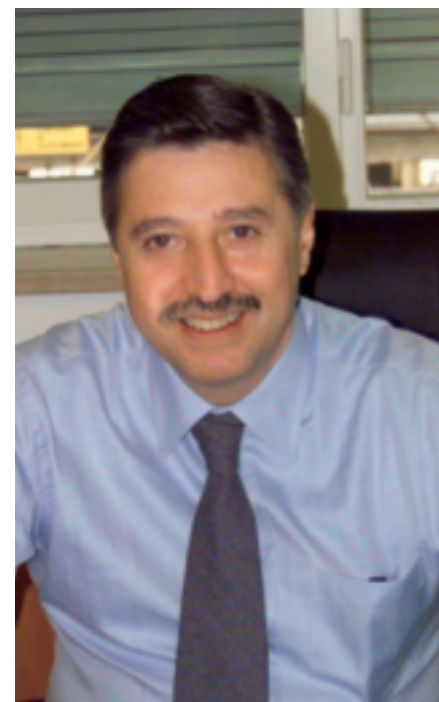
Lucido fino al giorno prima di morire, il collega ha passato gli ultimi mesi lavorando, come sempre, nel suo Istituto, lottando stoicamente contro il male fisico e contro il dolore per dover abbandonare la sua famiglia e l'Istituto universitario di Radiologia a cui si è dedicato con appassionata dedizione.

Nato a Corato in provincia di Bari nel 1950, Procacci si laureò a Bari

nel 1974 col massimo dei voti. Seguì nel 1977 la specializzazione in Radiologia a Verona, attenuta con lode, discutendo la tesi di specializzazione con il professor Gian Franco Pistolesi.

Procacci entrò nell'organico dell'Istituto di Radiologia dell'Università di Verona nel giugno del 1975. Superò il giudizio di idoneità a Professore Universitario nel 1994. Nel febbraio 1998 venne nominato professore ordinario di Anatomia Radiologica e dal novembre 1999 venne chiamato come Direttore dell'Istituto di Radiologia del Policlinico "G.B. Rossi". A partire da tale data venne nominato Direttore della Scuola di Radiodiagnostica.

Dal primo dicembre 2002 era stato eletto Direttore del Dipartimento di Scienze morfologiche Biomediche



dell'Università degli Studi di Verona e nell'Anno accademico 2002/03 è stato nominato presidente del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia medica per Immagini e Radioterapia.

Procacci fu socio e membro attivo delle più accreditate società scientifiche, consigliere della Società italiana di Radiologia medica, dal gennaio 2000 fu presidente dell'Associazione "Corsi Radiologici Veronesi".

In tale veste organizzò numerosi incontri scientifici fra cui due corsi di aggiornamento a carattere internazionale, uno dal titolo "Imaging dei dotti, vasi e volumi", tenutosi a Verona nel maggio 2001 e l'altro "Il nuovo Imaging del tenue e del colon" tenutosi sempre a Verona nel maggio 2003.

Fu referente del *Journal of Computed Assisted Tomography (U.S.A.)*, *European Radiology*, *Pancreatology*, *La Radiologia Medica*, *Italian Current Radiology* e fu autore di 120 lavori originali, 60 contributi a libri, 200 atti od abstracts, pubblicati in larga parte su riviste e libri internazionali, e di due monografie: *Vademecum alla Tomografia assiale computerizzata del torace*, (premio "Luigi Pigorini" per la Radiologia Toracica) e *Imaging of the pancreas-cystic and*



rare tumors (2003). Infine egli tenne più di 260 relazioni e conferenze, spesso a carattere internazionale.

Il suo interesse di studioso si accentrò soprattutto sulle nuove tecniche di *Imaging* - in particolare la Tomografia computerizzata e la Risonanza magnetica - e sulla patologia toracica ed addominale, con particolare riguardo a quella pancreatica. Settore quest'ultimo in cui era conosciuto in tutto il mondo.

Il professor Procacci non va solo ricordato per la sua brillante carriera accademica e professionale interrotta a soli 53 anni, età in cui ancora si ha molto da dare, ma anche per la sua personalità forte e generosa e per l'equilibrio e la saggezza che aveva saputo dimostrare, una volta diventato direttore di Istituto, nei rapporti con i colleghi, con i collaboratori e con gli studenti.

Persona di intelligenza vivissima animata da una forte volontà, egli ha saputo cogliere tutte le opportunità che l'Istituto di Radiologia, fondato da Pistolesi, gli ha saputo offrire. Sotto la guida del professor Pistolesi ha imparato la professione di radiologo e, cosa più importante, la professione di ricercatore e di docente non solo limitata al Policlinico, ma estesa su scala nazionale e internazionale.

Fino all'ultimo giorno ha sempre lavorato moltissimo con serietà e serenità.

Una volta gli chiesi se non era stanco, mi rispose sorridendo che il lavoro non solo lo appassiona, ma lo divertiva e l'unica cosa che lo distoglieva dalla vita dell'Istituto era la dedizione che aveva per la sua splendida famiglia.

Ciao Carlo, sei stato, senza dubbio, non me ne vogliano gli altri, il più brillante allievo della nostra Scuola di Radiologia, purtroppo con Te si interrompe un ciclo che era iniziato a Padova molti anni fa. Mi auguro che il tuo successore sia all'altezza tua e del nostro maestro.

Giacomo Gortenucci

*Direttore di Radiologia diagnostica
Ospedale civile maggiore*

Gli avvenimenti che, dal novembre 1969, hanno caratterizzato uno dei reparti più dinamici

Radiologia, 35 anni sempre all'avanguardia

di Gian Franco Pistolesi *



L'attività dell'Istituto universitario di Radiologia, nell'Ospedale Policlinico di Borgo Roma, ha avuto inizio circa 35 anni or sono, nel novembre 1969. In quella data si erano infatti conclusi i lavori di edificazione e di arredamento tecnologico del nuovo Ospedale Policlinico, oggi giustamente dedicato alla memoria di Giambattista Rossi, presidente della allora amministrazione degli Istituti Ospitalieri che - avendo fermamente voluto l'imponente opera di cui aveva lucidamente preconizzato il ruolo di Polo Universitario Medico in Verona - aveva saputo portarla a termine in tempi eccezionalmente brevi, pochissimi anni.

Volendo qui brevissimamente ricordare gli avvenimenti che hanno ritmato un trentennio di vita dell'Istituto (1969-1999), è presumibilmente opportuno considerare separatamente gli obiettivi che caratterizzano le Istituzioni mediche universitarie, da un lato la attività prettamente clinica, dall'altro quella elettivamente didattica-scientifica.

La concezione dell'Ospedale "monoblocco" (che in quello di Borgo Roma contava circa 900 posti letto) rendeva indubbiamente più facile prevedere anticipata-

mente il carico lavorativo atteso (ciò a dire il numero e la tipologia delle prestazioni radiologiche che sarebbero state presumibilmente richieste) sul quale modellare le dimensioni, le dotazioni strumentali e la forza lavoro da assegnare al futuro Servizio centralizzato di Radiologia. Malauguratamente, il progetto edilizio iniziale aveva sottostimato la prevedibile domanda radiologica. Il presidente Rossi - notoriamente irremovibile decisionista, ma sensibile alle osservazioni dei propri consulenti - non esitò a procedere alla completa ristrutturazione dell'area di circa 2000 metri quadrati, già approntata per l'Istituto di Radiologia, così da renderlo del tutto rispondente alle esigenze di assistenza radiologica che gli sarebbero pervenute con ospedale funzionante a pieno regime.

Un ulteriore punto di vantaggio per la potenzialità operativa del futuro Istituto era rappresentata dalla fortunata evenienza di dover provvedere - in un tempo solo - alla sua completa dotazione tecnico-strumentale; ciò che rese possibile garantire fin dall'inizio l'acquisizione delle apparecchiature radiologiche omogeneamente più sofisticate fra quelle allora disponibili. Fuor di dubbio, nel decennio '70 - '80, quello veronese costituiva la più moderna e funzionale Istituzione radiologica nel Paese, venendo a rappresentare, per conseguenza, punto di riferimento per i progetti in corso di realizzazione nelle altre sedi ospedaliere ed universitarie.

Per altro, la Radiologia - proprio in quel periodo - viveva la propria rivoluzione epocale: la comparsa di impreviste metodiche di indagine (in successione cronologica: Ecografia, Tomografia assiale computerizzata, Risonanza magnetica) stava trasformando la gloriosa Radiologia di Wilhelm Roentgen nella nuova diagnostica mediante Immagini, correntemente *Imaging*.

Urgeva tempestivamente adeguare l'Isti-



Lo staff di radiologia con il professor Marco Federghini. Nell'altra pagina, Gian Franco Pistolesi

tuto all'importante allargamento dello "spettro" radio-diagnostico, dovendosi precisare che l'acquisizione delle nuove apparecchiature di *Imaging* rappresentava un problema facilmente risolvibile per l'Amministrazione Ospedaliera: in effetti, le prime macchine Tac installate in un pubblico ospedale in Italia furono le due veronesi, quella "dedicata" all'encefalo (Divisione di Neurochirurgia dell'Ospedale Maggiore) e quella "total body" (Ospedale Policlinico). Per l'Istituto di Radiologia di Borgo Roma il problema assillante era invece costituito dalla necessità di disporre di ulteriori spazi operativi, dove per l'appunto installare le nuove apparecchiature. In sintesi, l'Istituto doveva praticamente raddoppiare gli iniziali 2000 metri quadrati: tale obiettivo non era di agevole conseguimento in un complesso ospedaliero a "monoblocco". Ancora una volta, l'amministrazione ospedaliera veronese (allora presieduta dall'avvocato Donato Bragantini) seppe recepire le valutazioni dei propri consulenti, concretizzandole in maniera tempestivamente esaustiva. A "tamburo battente", nei primi anni '80, venne realizzato il "Satellite" dell'Istituto di Radiologia, complessa opera edilizia di sopra-elevazione, che permise al rinnovato complesso radiologico dell'Ospedale Policlinico (globalmente, circa 4000 metri quadrati) di rispondere da un lato all'aumento massiccio della domanda assistenziale e dall'altro di mantenere la propria posizione di preminenza tecnologico-funzionale nel Paese.

Peraltro, come si è detto, le Istituzioni universitarie mediche hanno - oltre a quelli assistenziali - anche precisi compi-

ti didattico-scientifici che vedono in primo piano la formazione professionale dei futuri medici italiani. È evidente che gli anni trascorsi nella Scuola di specializzazione sono cruciali per la più completa formazione degli allievi. Al proposito, è merito della Regione Veneto (assessore alla Sanità era allora il senatore Giambattista Melotto) avere istituito, per la prima volta in Italia, borse di studio riservate ai medici specializzandi in Radiologia ed in Anestesiologia, nelle sedi universitarie di Padova e di Verona. Obiettivamente, la formazione dei medici Radiologi presso l'Istituto di radiologia dell'Ospedale Policlinico parrebbe essere stata bastevolmente valida, considerando che fra gli allievi colà diplomatisi circa venti sono divenuti primari ospedalieri di Radiologia e tre sono stati chiamati a dirigere cattedre universitarie di Radiologia (a Brescia, Varese, Verona). Si è già ricordato come l'Istituto si fosse garantito un ruolo preminente, in campo nazionale, grazie alla raggiunta eccellenza tecnologico-funzionale.

Parve allora possibile accarezzare il progetto di farne volano per l'aggiornamento culturale dei radiologi italiani, già in attività professionale, anche alla luce degli allora recentissimi apporti conoscitivi forniti dalle nuove metodiche di *Imaging*, ciò che non poteva essere stato acquisito dai radiologi più maturi durante il loro corso di specializzazione, effettuato in epoca *pre-Imaging*. Con tale intento, a partire dal 1974 iniziarono a svolgersi in Verona corsi di aggiornamento a cadenza biennale (denominati corsi "P. Perona"), della durata di 3-4 giorni, con la caratteristica della scrupolosa mono-tematicità

(del tutto inusuale a quell'epoca) e con la garanzia di "Faculty" costantemente eccellenti, i cui "Speakers" di regola esprimevano la più elevata competenza a livello internazionale.

Ad ogni corso faceva seguito un cospicuo volume di Atti (700 - 900 pagine), ciascuno dei quali garantiva che le informazioni acquisite dai radiologi italiani potessero essere sempre disponibili nella loro attività professionale.

L'iniziativa ebbe immediato successo, mantenutosi costante nelle successive 13 edizioni dei Corsi "P. Perona", talché - considerando che all'epoca in Italia operavano circa 7000 radiologi e che a ciascun Corso partecipavano circa 600-1000 radiologi - si può presumere che la totalità della Radiologia italiana sia venuta almeno una volta a "sciogliere i panni" in riva all'Adige.

Fortunata coincidenza aveva voluto vi fosse in quell'epoca stretta assonanza fra l'Istituto e la Società italiana di Radiologia medica e medicina nucleare, tanto che nei primi anni '80 la Società decise di avviare - proprio sulla base della favorevole risposta dei Soci ai corsi veronesi - il proprio programma di aggiornamento professionale continuativo in Radiologia, dovendosi con soddisfazione ricordarne la primogenitura in campo europeo.

È da aggiungere che - accanto ai corsi "P. Perona" - l'Istituto organizzava, con periodicità assai più ravvicinata, molteplici iniziative di aggiornamento professionale. Si è volutamente "glissato" sulla pur cospicua produzione scientifica dello "staff" medico dell'Istituto (in trent'anni, oltre 4000 pubblicazioni a stampa ed innumerevoli relazioni congressuali, in Italia ed all'estero) proprio per mettere in evidenza che - in tutte le umane intraprese - costituisce saggia procedura rassodarne innanzitutto le basi.

Nel suo primo trentennio di vita, l'Istituto ha indubbiamente enfatizzato due dei tre pilastri che sottendono l'attività universitaria (impeccabile attività clinica e generosa disponibilità didattica), con la presunzione di avere acquisita solidità bastevole a costituire sicuro trampolino di lancio per gli ulteriori ed ancor più ambiziosi progetti che gli si volessero in futuro affidare.

** Professore emerito di Radiologia dell'Università di Verona*

La malattia come viaggio

di Lorenzo Gobbi

La malattia e la salute ritrovata sembrano avere spesso, nella nostra percezione, una dimensione fisica, spaziale: come le caratteristiche di un viaggio o di un esilio, di un vagare e poi di un giungere. La malattia cambia il significato e l'uso degli spazi domestici, e apre ambienti sconosciuti; l'iter della cura è fatto anche di molti spostamenti, del recarsi a più riprese in luoghi peculiari: le visite, la diagnostica, il ricovero, i trattamenti, il day hospital - si entra e si esce dalla propria casa, nell'apprensione o nel sollievo.

Quali che siano le vicende degli spazi fisici, l'anima sente di essere entrata in un territorio vasto, sconosciuto e inquietante: sa di doverlo attraversare, di doversi muovere in esso.

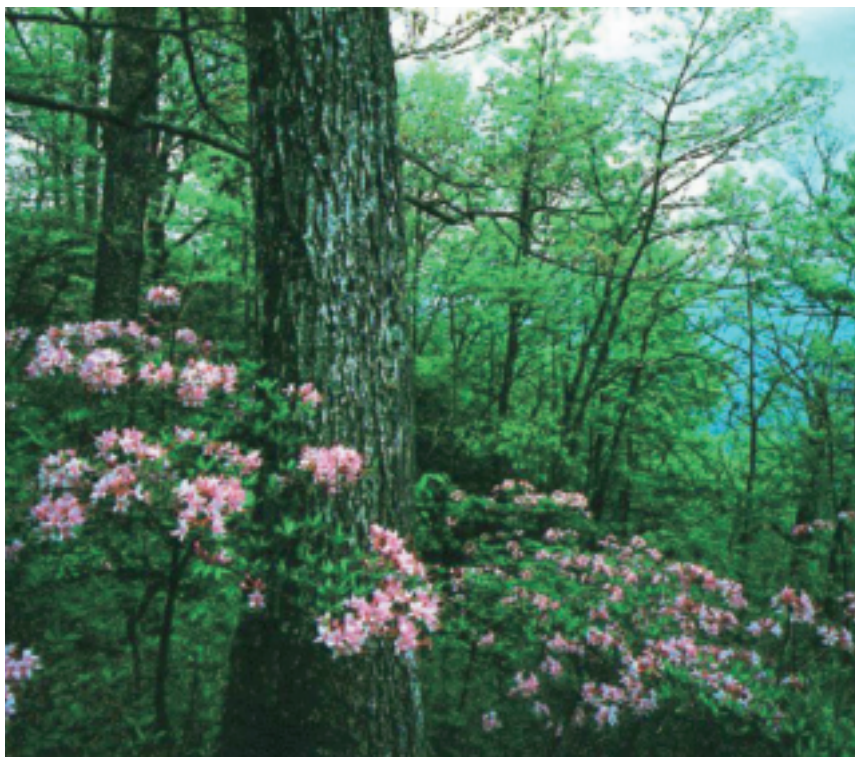
Le presenze intorno - i medici, gli infermieri, i familiari - possono sembrarle, in un primo momento o a lungo, esseri venuti da un altrove: da ciò l'estraneità, a volte, dei malati, e l'imbarazzo dei sani, le conversazioni su nulla, i silenzi lunghi, le spalle alla porta e il viso al muro. È come se la vita di chi si ammala avesse a un certo punto seguito una strada propria, divergente dal gruppo delle altre, via via più stretta e aspra, silenziosa e minacciata - sempre più lontana dal cammino dei sani che ancora si possono scorgere nella lontananza, tutti nelle proprie occupazioni.

E loro, i sani, quando vengono al malato si sentono come chi debba fare la spola tra due mondi: ospiti

anch'essi del paese della cura e della malattia, ma come su un sentiero parallelo, ad altra quota - anch'essi, comunque, nell'asperità. Il miracolo accade quando entrambi, il malato e il familiare, alzano gli occhi in un atto di volontà e tornano a pensare al plurale, a dire "noi": e guardano a ciò che vogliono trovare al di là della cura, una volta

Sarà un mondo di quiete finalmente ottenuta dopo tanto vagare, di incontro nuovo con gli oggetti e le persone; una stagione nuova al di là di una soglia irreversibile. È Paul Celan, un poeta ebreo rumeno di lingua tedesca (1920-1970), scampato alla Shoah, a dare voce a questo pensiero - e sembra di udire le parole dei due che finalmente si ritrova-

no, nella malattia uno e nella salute l'altro, ma anch'egli, per amore, immerso nelle vicende della cura, nella vicinanza: "Anche noi vogliamo essere / dove il tempo dice la parola di soglia, / il millennio giovane si alza dalla neve, / l'occhio errante / si calma nella propria sorpresa / e capanna e stella / stanno nel blu da vicini di casa / come se la strada fosse già percorsa" (Paul Celan, *Conseguito silenzio*, a cura di M. Ranchetti, Einaudi, Torino 1998).



Dopo la sofferenza la salute ritrovata dà un nuovo significato all'esistenza

attraversata la malattia. Difficilmente sarà il mondo di prima: tutto sarà nuovo - sia che la casa possa tornare uguale a se stessa, sia che debba essere modificata per le esigenze della salute rinnovata, forse diversa da com'era.

Che siamo noi - di nuovo noi - a guardare là, a volere questo, è già un miracolo: e grande. Là vogliamo essere, anche noi come chissà quanti altri, là dove una parola sarà come una soglia oltrepassata: "Lei è guarito..." - e inizierà per noi un'epoca nuova del mondo. Là, una sorpresa ci farà calmare, e riposeremo in una pienezza mai posseduta prima.

Ogni cosa sarà in armonia: la capanna, cioè l'intimo legame della familiarità, così spoglio adesso e semplice tra tutto; e la stella, lei che forse ha guidato dall'alto i nostri passi. Sarà amica, là, come una buona vicina: non più estranea né lontana.

PER E CON IL BAMBINO

di Paolo Biban, Amabile Bonaldi e Gaetano Trabucco *

Il reparto di Patologia neonatale e Terapia intensiva pediatrica, della Divisione di Pediatria di Borgo Trento, è ormai attivo dal 1997. Con 18 posti letto disponibili, di cui 4 di terapia intensiva e 14 di semi-intensiva, e con una media di circa 600 ricoveri all'anno, il reparto si offre come punto di riferimento per i pazienti di età neonatale e pediatrica che necessitano di manovre di stabilizzazione dei parametri vitali, e della gestione di cure intensive medica ed infermieristica in fase pre e post-operatoria. Il bacino d'utenza è rappresentato non solo da Verona, ma anche da altre province e regioni.

Il reparto dispone dei più moderni e sofisticati sistemi di monitoraggio, e si avvale di varie consulenze ad alta specializzazione, tra cui la Cardiologia, la Cardiochirurgia, la Neurochirurgia, la Chirurgia pediatrica, la Neuropsichiatria infantile, la Psicologia clinica, l'Oncoematologia pediatrica, la Radiologia, la Neuro-radiologia, l'Otorinolaringoiatria, e di un servizio di Laboratorio di analisi chimico cliniche all'avanguardia. Le patologie più frequentemente trattate comprendono gravi malattie respiratorie, patologie cardiache congenite e acquisite, patologie neurochirurgiche, traumi, infezioni, prematurità.

Per sua caratteristica, il reparto di Terapia intensiva pediatrica implica la necessità di dover gestire bambini di età molto diverse, dall'epoca neonatale fino all'adolescenza inoltrata. Questi pazienti, affetti spesso da gravi patologie acute o da patologie croniche in fase di riacutizzazione, pongono rilevanti problematiche non solo di tipo puramente terapeutico, ma anche sulla gestione assistenziale in senso più ampio. Va sottolineata ad esempio l'importanza della difficoltà di comunica-



Da sinistra Gaetano Trabucco, Amabile Bonaldi e Paolo Biban

zione e di collaborazione con il bambino, il ruolo cruciale dei familiari, le barriere organizzative che spesso impediscono la presenza costante ed un adeguato coinvolgimento dei genitori, e infine la forte e naturale immedesimazione del personale sanitario, con i numerosi riflessi psicologici che questo fenomeno può comportare.

Di fronte ad un ricovero in terapia intensiva, il soggetto più vulnerabile ed indifeso, a prescindere dalla sua età, resta comunque il paziente-bambino. È ormai ben dimostrato che lo sviluppo fisico ed emozionale del bambino può essere negativamente influenzato da malattie o eventi traumatici. In particolare, anche una ospedalizzazione per una patologia relativamente non grave rappresenta un evento stres-

sante. In maniera amplificata, un ricovero in terapia intensiva, per quanto breve, aumenta ulteriormente il livello di stress non solo per il bambino, ma per tutto il contorno familiare, a partire dai genitori e non solo. La capacità di ridurre al minimo il disagio emotivo e psicologico del ricovero fa strettamente parte delle competenze degli operatori sanitari che hanno la responsabilità di accudire questi pazienti e gestire tutte le varie problematiche connesse; essi pertanto, accanto alle competenze tecniche devono possedere anche adeguate abilità psicologiche e relazionali.

Esiste una sindrome cosiddetta "da terapia intensiva", meglio nota nella popolazione adulta, che riguarda tutti gli effetti che un ricovero in rianimazione comporta sul paziente



e sui familiari. Nel paziente adulto le manifestazioni di tale sindrome comprendono sensazioni di paura, ansia, angoscia, depressione, allucinazioni, fino al delirio. Nel bambino il quadro è molto più variabile, essendo influenzato da vari fattori quali ad esempio l'età, le fasi di sviluppo, il grado di supporto familiare, pregressi episodi di malattia con necessità di ricovero, la presenza di una malattia cronica.

Nonostante gli sforzi del personale medico ed infermieristico e l'immancabile devozione dei genitori, questi bambini presentano comunque segni di sofferenza e di disagio emozionale, con atteggiamenti talora esasperati e spesso di segno opposto. Alcuni rispondono passivamente e senza reagire a manovre o procedure dolorose, altri si disperano per una semplice misura della febbre o di fronte al classico "camicie bianco". A volte si manifestano episodi di rabbia da parte del bambino verso la propria madre o altri familiari, con periodi di mutismo e di totale rifiuto di comunicazione.

Più frequente è invece la totale dipendenza del bambino nei confronti del genitore, con l'intolleranza assoluta a rimanere senza

mamma o papà, se non per pochi minuti. Nei bambini più piccoli, infine, non è raro osservare una sorta di regressione delle loro tappe di sviluppo.

Esistono diverse modalità nel cercare di aiutare i bambini e le loro famiglie a gestire il difficile momento del ricovero in terapia intensiva, ma tutte hanno gli stessi obiettivi, quelli cioè di ridurre al minimo il forte disagio psicologico del paziente e dei suoi familiari durante la fase di ricovero, e di limitare le conseguenze negative di tale esperienza sullo sviluppo psicologico successivo.

Gli infermieri ed i medici della terapia intensiva neonatale e pediatrica trascorrono molto tempo con i piccoli pazienti e le loro famiglie, e sono spesso in grado di valutare adeguatamente il livello di disagio e difficoltà psicologica e sociale che ogni singolo caso, sempre in modo diverso, può presentare così come sanno valutare il momento più opportuno per avvalersi anche dall'aiuto di uno psicologo.

La presenza di un'infermiera capace di sviluppare una buona relazione empatica ha sempre un forte impatto positivo nel ridurre lo

stress e l'ansia del piccolo paziente, e di conseguenza, dei suoi genitori. Non è raro sentire qualche mamma dire "vado via tranquilla, perché so che con voi mio figlio è in buone mani": molto spesso non si tratta solo di una fiducia sulle capacità professionali degli operatori, ma anche sulle loro capacità di trasmettere calore umano, affetto, comprensione, empatia.

Pertanto, la possibilità di garantire la presenza di almeno uno dei due genitori sempre al fianco del bambino, anche in terapia intensiva neonatale o pediatrica, è ormai considerata fondamentale se non obbligatoria in tutto il mondo.

L'importanza di tale aspetto è confermata anche dall'esperienza vissuta nel nostro reparto, dove i genitori possono stare accanto al loro bambino 24 ore su 24, compatibilmente con la situazione clinica. Il genitore rappresenta una risorsa spesso insostituibile per garantire una adeguata assistenza emotiva e affettiva del bambino, specie se di età maggiore di due o tre anni e se cosciente.

Questo fatto si è dimostrato vero anche nel neonato e nel piccolo lattante, dove il semplice sentire la

La collaborazione con il Servizio di Psicologia clinica di Neurologia assicura un supporto a medici e pazienti

P ediatría

51

voce della mamma, o la possibilità di essere preso in braccio quando l'evoluzione del quadro clinico lo permette, rappresentano dei momenti "magici" per il piccolo paziente, spesso sufficienti a tranquillizzarlo e a dargli benessere.

Dall'altra parte, i medici e gli infermieri della terapia intensiva non hanno solo il compito di favorire il contatto del bambino con i suoi familiari, quando le condizioni cliniche lo consentano, ma oltre a prendersi cura del paziente, devono allo stesso tempo cercare di "rispettarlo".

Ad esempio, le manipolazioni devono essere delicate, gentili e meno frequenti possibili. Le varie procedure invasive, ad esempio il prelievo di sangue o l'intubazione tracheale, dovrebbero essere raggruppate, se possibile, in modo da sfruttare un singolo trattamento in anestesia e sedazione. Sono infine da impiegare come routine i vari dispositivi e farmaci per attenuare il dolore e lo stress patito durante qualsiasi manovra o procedura invasiva. Il sonno del paziente, il ritmo dei pasti, le abitudini igieniche vanno assecondati, mentre i rumori evitabili vanno limitati al minimo, regolando al meglio gli allarmi dei monitors, parlando a bassa voce, maneggiando con delicatezza la termocuccia o il lettino. Vanno inoltre regolate le luci della stanza, cercando di interferire il meno possibile con il ritmo sonno-veglia del paziente, qualora fosse cosciente.

Un altro aspetto importante che riguarda l'attività della Terapia intensiva neonatale e pediatrica per alleggerire l'ansia e lo stress legati al ricovero è certamente quello di una adeguata e puntuale comunicazione, sia sulle caratteristiche della malattia sia sul suo decorso. Tale compito viene svolto da parte dei medici e degli infermieri nei confronti del bambino, qualora sia in grado di comprendere, e dei suoi familiari.

Se per un bambino piccolo questo forse assume meno rilevanza, per

un bambino più grande o per un suo genitore è importante sapere in modo preciso a che punto è la situazione della malattia, e quali sono le speranze su cui ci si può appoggiare.

Nei casi più disperati, la trasparenza della comunicazione, e ancor più la capacità di vicinanza del personale al bambino e alla sua famiglia, assumono un'importanza ancora maggiore.

L'importanza del ruolo svolto dalla comunicazione, dalla relazione terapeutica, dagli aspetti emotivi e dalla capacità di infondere la speranza anche nelle situazioni più difficili, ha reso tutti noi più consapevoli della necessità di dotarci di abilità e strumenti anche sul piano relazionale. Infatti, nel lavoro con una popolazione ad alto rischio quale quella del neonato e del bambino ricoverati in condizioni critiche, risulta evidente il ruolo cruciale che un intervento psicologico integrato



può svolgere sia nei confronti del bambino e dei suoi familiari, sia sugli operatori sanitari coinvolti in prima linea nell'assistenza.

Nel reparto di Terapia intensiva pediatrica della Divisione di Pediatria di Borgo Trento, è in atto da circa 7 anni una collaborazione col Servizio di Psicologia clinica della Neurologia che ha proposto un modello di supporto psicologico "integrato" che consente di coniugare in un unico progetto assistenziale, la formazione psicologica degli operatori medici ed infermieri, l'assistenza ai bambini-pazienti e ai loro genitori, e l'organizzazione di percorsi assistenziali sempre più coerenti col bisogno di tutela dei bambini e dei loro familiari.

Questo stile assistenziale che contraddistingue la Patologia neonatale e Terapia intensiva pediatrica dell'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento, risulta efficace non solo nei casi, che sono la maggior parte, che si risolvono nel giro di giorni o settimane, ma lo è ancor più in quelli più problematici nei quali, oltre a garantire la sopravvivenza del bambino, l'obiettivo è quello di offrirgli una qualità di vita che sia degna di essere vissuta.

In conclusione, la difficile esperienza di un bambino ricoverato in Terapia intensiva è costellata da tante problematiche diverse, che non riguardano solo la sua malattia, ma coinvolgono anche altri delicati aspetti di tipo psicologico, relazionale, di comunicazione e di rapporto con i familiari.

I medici e gli infermieri di questi reparti hanno quindi una duplice responsabilità, quella di cercare di garantire le cure migliori, ma allo stesso tempo quella di mettere in atto ogni iniziativa possibile per favorire una reale umanizzazione dell'assistenza.

***Paolo Biban, responsabile Uo Patologia neonatale
Amabile Bonaldi, caposala Uo Patologia neonatale
Gaetano Trabucco, responsabile Psicologia clinica Ocm borgo Trento**

Certificazione già raggiunta da 70 unità operative
Altre 24 otterranno il riconoscimento per settembre



Lo staff dell'Ufficio Qualità. Da sinistra Alessandra Monese, Valeria Bragantini, Franca Sighele e Laura Verici

Il progetto di certificazione dell'Azienda Ospedaliera di Verona nasce dalla convinzione che per migliorare la qualità dei servizi sanitari un ospedale deve essere in grado di saper rispondere adeguatamente a tutte le esigenze dei pazienti e, in particolare, deve poter garantire delle prestazioni efficaci e appropriate. La certificazione, infatti, consiste nel rilascio di un attestato da parte di un Ente terzo accreditato nel quale si dichiara che l'Azienda sta applicando un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma ISO 9001:2000, vale a dire che adotta un modello di organizzazione del lavoro che consente di migliorare con continuità le proprie prestazioni e di accrescere la soddisfazione dell'utente. Il percorso di certificazione dell'Azienda Ospedaliera di Verona è iniziato nel gennaio del 2002 con la predisposizione di un progetto che ha portato alla costruzione di un Sistema di Gestione per la Qualità aziendale che si applica ai processi assistenziali dell'area medica, chirurgica e d'urgenza, a quelli diagnostici, sanitari e amministrativi di supporto ai processi assistenziali, oltre che a quelli direzionali di pianificazione, programmazione e controllo. Attualmente le Unità operative coinvolte sono 94 (pari al 80% del totale azienda-

OSPEDALE CERTIFICATO

di Alessandra Monese e Laura Verici *

le) di cui 66 certificate nel dicembre 2002, 4 certificate in maggio 2003 e altre 24 in corso di certificazione entro settembre 2004. Oltre alla definizione di sistemi di gestione per la qualità locali nelle singole Unità Operative indicate, sono stati conseguiti significativi risultati anche a livello aziendale distribuiti su più livelli:

- Si è creato un sistema di controllo e di ascolto dal basso verso l'alto che permette alla direzione di svolgere periodicamente un check up sull'organizzazione interna alle Unità operativa, sullo stato delle relazioni tra Unità operative (processi trasversali) e sulla soddisfazione degli utenti. Tutto questo si costituisce come un elemento di ingresso utilizzato per pianificare delle azioni di miglioramento.
- Sono state stese procedure documen-

tate per tutti i processi mappati che permettono di garantire l'autonomia operativa, la tipicità e la continuità del patrimonio informativo di ogni singola Unità operativa. Inoltre è stato avviato il censimento dei documenti prescrittivi e normativi, delle linee guida e dei protocolli medici e infermieristici in uso per arrivare a definire standard operativi e organizzativi indispensabili per il potenziamento della qualità tecnico-professionale.

- Sono stati avviati dei controlli mirati a ridurre gli sprechi, gli errori e ad aumentare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate. (esempio: controlli sui fornitori, utilizzo della ricevuta ritorno per le proprietà del paziente, indicatori di qualità, controlli sui carrelli emergenza, controlli sulle apparecchiature in uso, ecc.).

- Sono state identificate le interazioni tra processi e strutture con lo scopo di avviare il miglioramento della gestione dei percorsi diagnostici, assistenziali e organizzativi integrati.

- Il sistema qualità sta rafforzando le capacità gestionali dell'Azienda. La certificazione, infatti, è stata colta come un'occasione che ha permesso di poter utilizzare degli strumenti e dei metodi di lavoro consolidati per attivare delle iniziative di miglioramento ritenute necessarie dagli operatori.

- Si sta progressivamente diffondendo un sistema aziendale di gestione delle comunicazioni che garantisce ai mittenti la certezza della ricezione e ai destinatari la certezza dell'aggiornamento. Ne deriva una progressiva eliminazione dell'uso improprio di documentazione superata e la garanzia del recepimento delle informazioni (comprese le normative) estensibile anche ai processi attualmente non inclusi nel sistema qualità.

Questi aspetti rappresentano da un lato i punti di forza della certificazione aziendale, ma dall'altro costituiscono anche gli ambiti sui quali si rende necessario continuare a lavorare per accrescere il valore del sistema qualità in termini di utilità sia per gli operatori che per i pazienti. I risultati finora conseguiti sono solo i primi passi che si inseriscono in un percorso per il miglioramento della qualità che non si ferma mai e si profila ancora lungo, complesso, ma anche ricco di risultati concreti e tangibili. Con più il sistema qualità si trasforma da appendice delle strutture a sistema radicato nell'organizzazione delle attività, più cresce l'opportunità di portare l'Azienda a un vero e proprio salto di valore sia in termini di qualità percepita dai pazienti che di qualità organizzativa e tecnico-professionale. I progetti per il futuro, quindi, prevedono per il 2004 il consolidamento del sistema gestione qualità in tutta l'Azienda e, successivamente, il confronto con altre esperienze al fine di orientare lo sviluppo verso modelli di eccellenza adeguati alle peculiarità di una struttura sanitaria.

***Unità operativa
Qualità e Accreditamento**

IL SOCIALE IN UNA GUIDA

È stata pubblicata dalla Caritas diocesana veronese, la terza edizione della *Guida ai Servizi sociali di Verona e provincia*, un manuale di pronta informazione che l'organismo ecclesiale, in collaborazione con il Comune di Verona, la Provincia, l'Ulss 20, 21, 22, l'Azienda Ospedaliera e il Centro Servizi per il Volontariato, elabora periodicamente con l'obiettivo di fornire agli operatori del settore socio-assistenziale e ai cittadini un insieme d'indicazioni precise e aggiornate, anche in tempo reale, attraverso la guida informatica consultabile al sito www.gesec.it, relative ai bisogni e alle povertà presenti all'interno del territorio. Uno strumento essenziale di coordinamento e informazione e un'ulteriore occasione per affermare la cultura della solidarietà e della carità. I gruppi del volontariato sociale privato censiti sono ben 984, un numero sempre in continuo sviluppo, che fa di Verona una delle città italiane più ricche d'energie e risorse. Il progetto, si pone vari obiettivi che vanno dal fornire una metodologia standard nella raccolta delle informazioni sugli utenti bisognosi che necessitano di servizi sociali, al mantenere sempre aggiornato il "registro anagrafico" dei bisognosi e le richieste che questi esprimono.



È un impegno che Caritas si è assunta già da dieci anni - spiega il direttore don Giovanni Biondaro - con lo scopo di monitorare tutte le risorse che operano nell'ambito socio-assistenziale nella città, in diocesi e nella provincia di Verona.

La forza di questa guida sta nella collaborazione con gli enti del pubblico. Sono otto i soggetti impegnati a gestire sia il supporto cartaceo, ma soprattutto, la guida che l'utente può "sfogliare" sulla rete telematica. Insomma, un quadro puntuale di quelli che sono le offerte per i veronesi nel settore socio-assistenziale. La nostra fertile provincia, conta anche 420 associazioni onlus, più le proposte offerte dai servizi pubblici. Tutte rintracciabili nelle 200

pagine del manuale, consultabile per indirizzi, utenze, servizi prestati. Primo partner della Caritas nel progetto editoriale d'informazione, il Comune di Verona, ideatore della Guida. "Il più grosso affare del Comune di Verona - ha tenuto a sottolineare l'assessore ai Servizi Sociali del Comune di Verona, Tito Brunelli, durante la presentazione della Guida alla stampa - riguarda proprio la collaborazione con tutti gli enti che realizzano questo strumento. Un investimento che ci ha permesso di realizzare tante iniziative a costi limitatissimi e vantaggi enormi. Un'irrinunciabile garanzia per i poveri".

Nel manuale 2004, che aggiorna la guida del 2000, è possibile trovare un'enorme quantità d'informazioni sugli enti che operano nel sociale, dislocati su tutto il territorio provinciale e rappresenta una vera e propria metodologia per gestire la complessità degli interventi e dei servizi socio-assistenziali, assicurando la flessibilità, l'adattabilità e la coesione tra i vari elementi dei sistemi organizzativi. "È uno strumento di e per l'integrazione - ha concluso il dottor De Cristian, direttore dei Servizi sociali dell'Ulss 20 - con cui siamo riusciti a creare orientamenti per il cittadino che ha bisogno d'indicazioni semplici e immediate".

LA SPERANZA A VERONA



È la prima volta che mi capita di scrivere un articolo in prima persona. Mi sono sempre occupato, e continuo a farlo, di quello che mi accade intorno, di una realtà nemmeno troppo lontana, di una quotidianità da vivere e da raccontare. Ma questa volta metto fuori la mia esperienza diretta, soprattutto perché l'Ospedale di Verona-Borgo Trento ha costituito per me un punto di riferimento e allo stesso tempo uno splendido esempio di "buona sanità".

Alla fine dell'anno scorso dalla mia città, Bitonto, in provincia di Bari, dove svolgo l'attività professionale, sono approdato non certo per caso al nosocomio veronese. Mia moglie aveva un problema abbastanza delicato alle vertebre cervicali, con interessamento del canale dove passa il midollo spinale.

Qualche conoscente, che in precedenza si era sottoposto ad intervento chirurgico, mi aveva dato ottime referenze sul Dipartimento di Neurochirurgia di Borgo Trento.

In momenti così particolari, in cui sai di dover affrontare una specie di salto nel buio, ti aggrappi al tenue filo della speranza e cerchi la migliore soluzione possibile. Io e

mia moglie abbiamo riposto tutta la nostra fiducia nel reparto di Neurochirurgia III d'Urgenza e Terapia intensiva del dottor Carlo Vivenza.

È stato soprattutto il contatto diretto, lo scambio di notizie con la collega Maria Fiorenza Coppari, che oltre ad occuparsi dell'ufficio stampa dell'Azienda Ospedaliera, è direttore responsabile del periodico *La Salute e la Città*, a rendere più agevole il percorso di avvicinamento ad una struttura sanitaria che non conoscevo. La diagnosi, le spiegazioni, la chiarezza delle indicazioni forniteci dal dottor Luciano Cristofori, che ha preso in esame il caso, sono state per certi versi rassicuranti.

La prima cosa che un paziente vuole e cerca è la disponibilità del medico; un rapporto che si costruisce pian piano lungo il sentiero della reciproca fiducia.

A Verona abbiamo trovato tutto questo, non solo da parte del personale medico, ma anche di quello infermieristico della Neurochirurgia femminile. Un passaggio importante per sentirsi a proprio agio in un ambiente dove si tocca con mano la sofferenza.

Il giorno dell'intervento è stato duro

e difficile da affrontare; ma io e mia moglie sapevamo di essere in "mani sicure". Il dottor Cristofori e la sua équipe hanno mostrato grande professionalità e soprattutto senso del dovere. Un paziente e certosino lavoro di microchirurgia svolto con una tecnica di prim'ordine e con una esperienza consolidata. La "scuola" di Neurochirurgia di Borgo Trento, d'altronde, è tra le migliori in Italia; così come la struttura operativa e sanitaria si dimostra funzionale in ogni sua componente, con standard qualitativi elevati.

È inutile dire che quando mia moglie era in sala operatoria ho vissuto momenti di alta tensione emotiva; ma sapevo anche che l'operazione sarebbe andata come previsto. La speranza e l'ottimismo non mi hanno mai abbandonato. E il dottor Cristofori, insieme ai suoi assistenti, ha lavorato alacremente, portando a termine nel migliore dei modi l'intervento sull'ernia cervicale con relativa ricostruzione del disco.

Abbiamo potuto, tirare così, un sospiro di sollievo. La degenza non è durata molto, ma anche in quella fase, pur sempre delicata, ho potuto apprezzare la disponibilità dei medici, delle infermiere che hanno garantito assistenza e calore umano. Più che un ospedale sembra una casa, dove, tra le altre cose, l'igiene e la pulizia hanno un valore importante.

Sono stati giorni difficili che mia moglie ed io abbiamo superato dopo tante traversie e difficoltà di ogni genere.

Oggi siamo qui a poter raccontare un'esperienza che si è conclusa positivamente. Non possiamo che essere grati a quanti si sono impegnati affinché un'altra dura prova venisse superata. In fondo sono loro che ci hanno regalato di nuovo un piccolo, prezioso sorriso.

Nicola Lavacca

Tutto quello che è bene sapere
prima e durante il soggiorno ospedaliero

Qui Urp

55

IN CASO DI RICOVERO...

Quali e quante sono le tipologie di ricovero?

D'URGENZA E D'EMERGENZA

Il ricovero urgente del paziente avviene attraverso il Servizio di Pronto soccorso ed accettazione medica dell'Ospedale Civile Maggiore e dell'Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi".

La proposta di ricovero può essere predisposta dal medico di medicina generale o dalla Guardia medica con apposita documentazione che viene presentata dal paziente al medico di Pronto soccorso.

Spetta al medico di guardia del servizio di Pronto soccorso ed accettazione medica effettuare ogni valutazione rispetto all'indicazione di ricovero anche avvalendosi di consulenze specialistiche di altre unità operative e servizi dell'Ospedale.

ORDINARIO O PROGRAMMATO

Il ricovero non urgente avviene di consueto su consiglio del medico specialista secondo le modalità seguenti: dopo che il paziente sia stato sottoposto a visita ambulatoriale divisionale; per effettuare controlli programmati dopo precedente ricovero; su richiesta del medico curante; su richiesta di altra struttura sanitaria; dopo precedente ricovero in day hospital.

Affinché siano iniziate le pratiche di ricovero non urgente in regime programmato o ordinario, il paziente deve essere dotato dell'apposito foglio di richiesta di ricovero recante la firma del medico dell'Unità operativa che prescrive il ricovero e la data del giorno presunto del ricovero. L'accesso al ricovero ordinario avviene in base alla valutazione clinica della gravità della patologia da cui è affetto il paziente. A parità di gravità, il criterio determinante per l'accesso al ricovero ordinario è l'ordine cronologico di inserimento del paziente nel registro prenotazione.

IN REGIME DI "DOZZINANTE ALBERGHIERO"

Dopo visita ambulatoriale o dopo accordi tra il medico curante ed il medico ospedaliero, l'utente può segnalare il proprio desiderio di essere ricoverato in regime di dozzinante alberghiero, vale a dire usufruendo a pagamento di camere di degenza con maggiore comfort.

Per tale evenienza è fondamentale il contatto tra l'utente e il/la caposala dell'unità operativa dozzinanti per chiarire le modalità e i tempi di ricovero, per essere iscritti nel registro delle prenotazioni e per indicare il tipo di trattamento alberghiero scelto. Per quanto riguarda il ricovero in regime dozzinante alberghiero è d'obbligo segnalare che tale modalità di ricovero non può essere di carattere urgente e quindi avviene normalmente su prenotazione.

NEL REPARTO DOZZINANTI IN "LIBERA PROFESSIONE"

Dopo la visita ambulatoriale (effettuata non necessariamente in libera professione), il paziente segnala il proprio desiderio di essere ricoverato in regime di libera professione, vale a dire scegliendo il medico curante nell'ambito dell'équipe, dietro pagamento delle tariffe previste. Anche questa modalità di ricovero avviene normalmente su prenotazione.

PROGRAMMATO A CICLO DIURNO (DAY HOSPITAL)

Si tratta di una forma di ricovero che non prevede il pernottamento presso l'Ospedale. L'accesso al day hospital avviene secondo l'ordine cronologico di inserimento del paziente nel registro di prenotazione per un ben definito problema clinico per il quale il paziente necessita di prestazioni complesse da concentrare in una sequenza ravvicinata di atti diagnostici/terapeutici. Il ricovero non può avere carattere d'urgenza e, quindi, può avvenire solo programmato.

CHIRURGIA DI GIORNO (DAY SURGERY)

Gli interventi erogati in regime di ricovero diurno (day surgery) sono riservati a pazienti con quadri clinici più complessi rispetto a quelli normalmente trattati in ambulatorio; le caratteristiche del paziente e dell'intervento praticato consentono la dimissione del paziente entro alcune ore dall'atto operatorio, senza necessità di pernottamento.

In day surgery vengono praticati solo interventi in regime di ricovero programmato.

Quali sono i documenti necessari per il ricovero?

Per consentire l'accettazione in Ospedale è necessario avere i seguenti documenti:

- la tessera sanitaria personale;
- un documento di riconoscimento (per gli stranieri, se cittadini della Comunità Europea è necessario il passaporto e/o la carta d'identità; se cittadini extra comunitari il passaporto e il permesso di soggiorno);
- il Codice Fiscale.

È molto importante portare con sé eventuali cartelle cliniche di ricoveri precedenti, tutti gli esami medici e gli accertamenti diagnostici già eseguiti e comunicare ai medici notizie relative ai farmaci assunti a domicilio.

Che cosa si deve portare in ospedale per il ricovero ?

Vengono assegnati a ciascun malato oltre al posto letto, un armadietto ed un comodino per riporre il vestiario e gli oggetti di uso personale.

Poiché le dimensioni di questi arredi sono limitate, è necessario ridurre all'essenziale il bagaglio personale. Non vengono forniti gli asciugamani e quanto necessario all'igiene personale. Si consiglia, inoltre, di non tenere con sé durante il ricovero in Ospedale oggetti di valore o denaro.

a cura di **Giovanna Pirana**

Felini... felici per casa

di Graziano Galbero *

Bastano piccoli accorgimenti per garantire ai gatti la salute

Il cambiamento della società dal dopoguerra ai giorni nostri ha fatto sì che il gatto, felino particolarmente affascinante e dai comportamenti ancor oggi imperscrutabili, si sia trasformato da tipico animale da cortile ad uno dei più importanti "amici dell'uomo".

Qui di seguito forniremo alcune informazioni essenziali relative a cura, prevenzione e rapporto tra questo "pet", come gli inglesi definiscono un piccolo animale da compagnia, e l'uomo.

Cura

Particolare attenzione deve essere dedicata alla cura del pelo spazzolandolo almeno una volta al giorno, soprattutto se il gatto è di varietà a pelo lungo. Per quanto riguarda l'igiene dell'ambiente di vita, considerato che il gatto è un animale molto pulito, sarà indispensabile rinnovare costantemente la lettiera.

Le cure alimentari sono molto semplici. Il gatto, infatti, è un animale essenzialmente carnivoro che si ciba frequentemente nell'arco della giornata con piccoli pasti. Sarà perciò necessario lasciare a disposizione sia acqua fresca che cibo (secco o umido), cercando di scegliere alimenti bilanciati e di qualità.

Prevenzione

Bisogna distinguere tra una prevenzione di tipo vaccinale ed una di tipo antiparassitario.

Per quanto riguarda la prima, è consigliabile per la salute dell'animale stesso, sottoporlo a vaccinazione nei confronti delle principali malattie (herpesvirus, calicivirus, panleucopenia e leucemia felina) considerando, comunque, che questi microrganismi determinano patologie specie-specifiche.

Per quanto riguarda la seconda, è necessaria una prevenzione mirata nei confronti di tutti quei parassiti (pulci, zecche, ecc.) che possono albergare nel pelo del nostro amico. Non meno importante è il controllo

dei parassiti intestinali che può essere effettuato con un semplice esame coprologico nell'ambulatorio del proprio veterinario curante.

Inoltre, poiché ormai esiste una stretta promiscuità tra uomo e gatto, bisogna ricordare che il nostro micio può essere trasmettito-

scerato, in quanto l'etogramma del gatto è ancora in fase di studio; alcune recenti ricerche italiane e straniere ne hanno già in parte codificato un codice linguistico.

Da un punto di vista comportamentale bisogna necessariamente considerare la necessità della sterilizzazione sia del maschio (per evitare forme di ipersessualità rappresentate da aggressività e frequenti urinazioni per marcare il territorio) sia della femmina (per evitare le manifestazioni estrali e gravidanze indesiderate, contribuendo alla limitazione del randagismo e degli abbandoni). In conclusione, il gatto è tuttora un animale che presenta molti aspetti non ben conosciuti e nel



re di antropozoonosi (malattie trasmissibili all'uomo e viceversa), quali toxoplasmosi, chlamidiosi, tigna, demodicosi, patologie che, peraltro, risultano facilmente diagnosticabili e curabili mediante metodiche routinarie a disposizione del veterinario.

Rapporto uomo/animale

È un argomento di grande interesse e ancora non completamente svi-

contempo stimolanti per gli studiosi di etologia. Quello che è certo è che negli anni l'immagine del gatto si è trasformata da animale fortemente opportunisto ed individualista, a soggetto in grado di vivere in società complesse e di stabilire un rapporto fortemente affettivo con l'amico uomo.

**Presidente dell'Ordine dei Medici Veterinari di Verona*