

La Salute e la Città

anno 5 - numero 1
Marzo 2007
Registrazione n. 1567 del
11.11.03 del Tribunale di Verona

Editore

Azienda ospedaliera di Verona
Piazzale Stefani, 1 37126 Verona

Direttore responsabile

Maria Fiorenza Coppari

Direttore editoriale

Valerio Alberti

Comitato editoriale:

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

Giornalisti collaboratori

Paola Arosio, Alessandro
Azzoni, Anna Laura Folena,
Ilaria Noro, Valeria Zanetti,
Carlotta Zavattiero,
Elena Zuppini

Copertina

Giancarlo Zucconelli

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

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

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

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

La Salute

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

e la Città

Sommario

EDITORIALE

L'ospedale si rinnova
di *Valerio Alberti* pag. 2

ENDOCRINOLOGIA

Questione di ormoni
di *Elena Zuppini* pag. 3

ORTOPEDIA

A schiena dritta
di *Anteo Tomasso* pag. 6

DOSSIER

A tavola da saggi pag. 9

PREVENZIONE

In gamba con... stile pag. 15

INNOVAZIONI

allergologi in rete pag. 16

DONNE

Dove abita la paura
di *Paola Arosio* pag. 17

OCULISTICA

Cinquant'anni al top
di *Carlotta Zavattiero* pag. 18

VOLONTARIATO

La piaga della cecità
di *Carlotta Zavattiero* pag. 19

SPORT E SALUTE

In moto con giudizio
di *Carlotta Zavattiero* pag. 21

EVENTI

Un ateneo che cresce
di *Alessandro Mazzucco* pag. 23

CONVEGNO

L'intestino in crisi
di *Valeria Zanetti* pag. 26

FOCUS

Se la notizia fa male
di *Mauro Paissan* pag. 27

ATTUALITÀ

La sanità che cambia
di *Paola Arosio* pag. 30

L'INTERVENTO

L'ospedale e la città
di *Simona Agger* pag. 36

OSPEDALE E ARTE

Il Mantegna rubato
di *Valeria Zanetti* pag. 39

TRAPIANTI

Una coppia speciale
di *Elena Zuppini* pag. 41

IN PRIMO PIANO

Per non dimenticare
di *Elena Zuppini* pag. 42

ATTIVITÀ

A scuola in ospedale pag. 44

INIZIATIVE

Archimedi in azienda
di *Elena Zuppini* pag. 45

COOPERAZIONE

Ngozi chiama Verona
di *Ilaria Noro* pag. 47

L'INTERVISTA

Una risata vi guarirà
di *Giovanna Pirana* pag. 51

ASSOCIAZIONI

Un aiuto prezioso
di *Fabiana Bussola* pag. 53

PERSONAGGIO

Una vita per i malati
di *Fabiana Bussola* pag. 54

RUBRICHE:

IL PUNTO

Un altro premio, grazie a voi
di *M. F. Coppari Del Giglio* pag. 5

INCONTRI

Accettare la fragilità
di *padre G. Bonaventura* pag. 20

INFERMIERI

Delicato come un prematuro pag. 32

DIALOGO SUI FARMACI

Tra errori e contraffazioni pag. 34

MEDICO DI FAMIGLIA

La stagione degli affanni
di *Gelmino Tosi* pag. 38

LISTE D'ATTESA

Una questione aperta
di *L. Flor e G. Bisoffi* pag. 49

URP

Domande e risposte
di *S. Toscano e T. Perusi* pag. 55

ANIMALI

Anche un rettile vuole cure
di *Anna Laura Folena* pag. 53

L'ospedale si rinnova

di Valerio Alberti*

L'ospedale di Verona sta vivendo un momento di particolare rilievo per il suo futuro. Negli anni passati abbiamo approfondito l'analisi delle sue peculiarità per valutarne sia l'attuale collocazione nel panorama dell'offerta sanitaria provinciale, regionale e nazionale sia i possibili sviluppi futuri. Sono stati anni di lavoro molto intenso che, tuttavia, probabilmente non sempre è stato percepito nella sua complessità, nonostante la nostra attenzione per il coinvolgimento a trecentosessanta gradi di tutte le componenti professionali in quello che è stato in effetti una sorta di "forum" in seno alla nostra Azienda. Abbiamo cercato il confronto interno con varie modalità, intensificando il coinvolgimento della componente clinica nelle scelte dell'Azienda, interpretando in questo modo l'evoluzione di un processo di ospedalizzazione sempre più orientato alla qualità delle prestazioni.

Da questo ampio confronto sono emerse importanti indicazioni recepite dai programmi aziendali, in parte ricomprese nel Documento di programma, frutto del nostro impegno a definire con chiarezza e trasparenza gli obiettivi del nostro operato.

Il nostro ospedale è in evidente evoluzione. Lo è per quanto riguarda le strutture e per quanto attiene i nuovi modelli organizzativi che prevedono, quando sia possibile, un minor ricorso al ricovero e l'erogazione di cure diurne in regime ambulatoriale. Ma le nuove cure ambulatoriali si discostano profondamente dal tradizionale modo di concepirle. L'ambulatorio era percepito in passato come luogo di "transito veloce" del paziente, per una consulenza specialistica o un controllo che non comportassero particolari problemi. Non appena vi fosse il sospetto della necessità di un approfondimento diagnostico o si riscontrasse una patologia importante, scattava il ricovero. Oggi siamo, invece, in grado di farci effettiva-



mente carico di problemi di salute anche importanti, come le patologie oncologiche, "gestendo" in modo appropriato il paziente con cure diurne e strutturando il suo percorso diagnostico-terapeutico con nuove modalità che gli assicurano il tempestivo coinvolgimento di tutti gli specialisti.

Il tema dell'appropriatezza ci riporta alla necessità di pensare l'ospedale all'interno della rete assistenziale. È un processo ancora in corso e non completato, al quale vogliamo dare tutto l'apporto necessario, continuando la collaborazione avviata con l'Ulss 20, i medici di Medicina generale e gli specialisti ambulatoriali. Appare sempre più urgente governare la domanda di prestazioni offrendo al cittadino modalità di accesso tali da rispondere alle sue esigenze con tempestività, rapportata al livello reale d'urgenza della prestazione richiesta e di allargare la possibilità di scelta a tutte le strutture in grado di fornire la prestazione. Su questa logica del resto è impostato il Cup provinciale che ha cominciato a funzionare l'anno scorso ed è questa la modalità più razionale per aggredire le liste d'attesa sulle quali vigiliamo come richiesto dalla Regione, monitorandole costantemente per cercare di sbloccarle le criticità. Va però anche detto che la loro "den-

sità" è certamente frutto anche della qualità che i cittadini riconoscono alle nostre cure, qualità peraltro verificabile: quello di Verona è l'ospedale con il maggior numero di unità operative certificate Iso d'Italia.

Si accennava alle strutture. All'interno dell'ospedale di Borgo Trento il nuovo Polo chirurgico sta affacciandosi in tutta la sua imponenza. Ormai si stanno approntando i solai del secondo piano e il cantiere non conosce soste. Entro quest'anno avremo pronto anche il progetto per la radicale ristrutturazione e riorganizzazione dell'ospedale policlinico di Borgo Roma. Al termine degli interventi la città avrà due sedi ospedaliere finalmente adeguate anche sotto il profilo strutturale al prestigio delle professionalità che vi operano. Non possiamo poi non accennare alla trasformazione in atto anche sotto il profilo dell'assetto giuridico dell'Azienda. Come è noto ospedale ed Università si stanno confrontando per giungere a definire la nuova fisionomia dell'Azienda ospedaliero-universitaria integrata che vedrà fondersi i due attori in un "unicum" in cui ricerca, didattica ed assistenza vivranno in una sorta di simbiosi mutualistica.

Questa intensa attività di "ripensamento" organico dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona ha fatto della nostra città un caso-pilota, un laboratorio che anche quest'anno ospiterà un convegno nazionale organizzato d'intesa con il ministero della Salute, Regione Veneto e Fiaso. Si terrà in giugno e porterà a Verona esperti nazionali ed internazionali che approfondiranno vari aspetti del delicato rapporto ospedale-città-territorio, da un punto di vista sia urbanistico che funzionale, anche in relazione ai modelli organizzativi in rapida e continua evoluzione.

*** Direttore generale
dell'Azienda
ospedaliero-universitaria**

La tiroide è una ghiandola che regola molte funzioni del nostro organismo. Le patologie più comuni

Endocrinologia

3

QUESTIONE DI ORMONI

Pesa solo dai 20 ai 25 grammi, ma quando non funziona provoca problemi non indifferenti. È la tiroide, la ghiandola endocrina che si trova davanti alla laringe, proprio al di sotto del "pomo di Adamo", come una sorta di scudo di protezione. L'immagine ecografica riproduce quella di una farfalla, con due lobi, destro e sinistro, uniti da un lembo sottile chiamato istmo. Essa sintetizza principalmente due ormoni: la T4 (tetraiodotironina) e in minore misura la T3 (triiodotironina). Questi ormoni, che contengono iodio, controllano gran parte del nostro metabolismo. In pratica sono gli ormoni tiroidei a regolare "il ritmo di lavoro" del corpo e a dire come usare l'energia disponibile. «Il T3 e T4 – spiega Roberto Castello, dirigente medico dell'Unità operativa di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'ospedale maggiore, diretta dal professor Michele Muggeo – sono ormoni molto importanti. La loro azione più nota è l'aumento del consumo di ossigeno e la produzione di calore, attraverso l'attivazione della respirazione cellulare e del metabolismo. Sul cuore T4 e T3 determinano azione tachicardizzante e di incremento di pompa, sul tubo digerente aumentano la motilità ma riducono l'assorbimento. Hanno un ruolo fondamentale, infatti, regolano i livelli di colesterolo, il peso corporeo, la massa muscolare, l'elasticità della pelle, il ciclo mestruale ed altro. Sono inoltre molto importanti per lo sviluppo del sistema nervoso del feto. In passato l'assenza di ormoni tiroidei causava cretinismo, una malattia che si manifestava soprattutto in zone povere di iodio, componente essenziale per la produzione di T3 e T4 e che noi assumiamo con l'acqua e gli alimenti. «Il nostro paese ha reso obbligatorio dal 1957 il prelievo di sangue da cordone ombelicale per la determinazione degli ormoni tiroidei: se viene accertata una carenza di questi ormoni, ne



Il gozzo, classico rigonfiamento della tiroide

viene avviata la somministrazione, subito dopo la nascita del bambino. I casi di cretinismo sono praticamente scomparsi», sottolinea il dottor Castello.

La tiroide nel suo prezioso lavoro è guidata dall'ipofisi (una ghiandola situata alla base del cervello), che invia alla tiroide dei messaggi tramite l'ormone TSH (tireostimolante) e comanda quando e quanto produrre di T3 e T4. «Il TSH è una sorta di spia – prosegue l'endocrinologo – che indica il malfunzionamento della tiroide, ancora prima della variazione degli ormoni tiroidei. Non a caso nel nostro Servizio di diagnostica rapida per le malattie della tiroide (vedi box) prima verifichiamo il TSH (definito TSH reflex) e poi, solo se questo presenta anomalie, procediamo con il dosaggio di FT4. Tutto utilizzando la stessa provetta di sangue. In due anni questo ha permesso di evitare esami inutili, con un risparmio economico non indifferente».

LE PATOLOGIE

Si calcola che siano 7 milioni gli italiani, di cui 500mila nel Veneto e 30mila a Verona, che soffrano di patologie legate alla tiroide, soprattutto donne in età dai 25 ai 50 anni. Sei milioni le persone portatrici di gozzo, mentre ogni anno il tumore alla tiroi-

de ne colpisce circa 9 mila.

Ipertiroidismo: è la condizione in cui la tiroide produce una quantità eccessiva di ormoni. «La forma più comune di ipertiroidismo è il Morbo di Basedow – spiega il dottor Castello –. È una malattia autoimmune dove la presenza di anticorpi antitiroidei hanno come effetto finale quello di far produrre alla tiroide ormoni in

eccesso. Le cause sono ancora sconosciute. Colpisce soprattutto le donne (la proporzione è 8 a 2)». Un'altra forma di ipertiroidismo è il morbo di Plummer (o adenoma tossico). «Mentre nel morbo di Basedow tutta la ghiandola è iperattiva, in quello di Plummer vi è la presenza di un nodulo o noduli che lavorano in eccesso rispetto al resto della tiroide», precisa il medico. I sintomi dell'ipertiroidismo sono soprattutto stanchezza, eccessivo senso di calore, tremore agli arti inferiori e superiori, irritabilità, perdita di peso nonostante l'aumento dell'appetito, tachicardia, diarrea, aumento della pressione arteriosa.

Ipotiroidismo: «In questo caso siamo in presenza di una tiroide che lavora poco e quindi produce una quantità insufficiente di ormoni. Ciò comporta un rallentamento generale del metabolismo: quindi intolleranza al freddo, astenia, stipsi ostinata, aumento di peso. Il paziente parla anche più lentamente e con voce roca, ha riduzione della memoria, può essere depresso».

Gozzo semplice: «Si tratta di un aumento del volume della tiroide più o meno accentuato, in genere a causa del ridotto apporto di iodio. Quando il 5% della popolazione adulta di una determinata zona è colpita da gozzo,

DIAGNOSI RAPIDA: UN CENTRO MULTIDISCIPLINARE

Si entra alle 7.30 del mattino e poche ore dopo, verso le 13, si esce con diagnosi e terapia in mano per “mettere la testa a posto” alla capricciosa tiroide. Si tratta del Servizio di Diagnostica Rapida per le malattie tiroidee, presso l’Unità operativa di Endocrinologia dell’Ospedale Maggiore diretta dal professor Michele Muggeo. Al Servizio collaborano, oltre all’Endocrinologia, il Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche ed Ematologiche (diretto dal dottor Paolo Rizzotti), la Medicina nucleare (dottor Pier Giorgio Giorgetti), la Radiologia (dottor Giacomo Gortenuiti), l’Anatomia e istologia patologica (professor Antonio Iannucci) e la prima Chirurgia generale (Umberto Tedeschi). Un giorno la settimana (il giovedì), si accede tramite appuntamento richiesto direttamente dal medico di medicina generale e con il solo pagamento del ticket. «È un servizio che ha carattere d’urgenza – sottolinea il dottor Roberto Castello – riservato pertanto a quei pazienti che necessitano di una prima diagnosi. Per i controlli di routine invece, si



Nella foto di équipe da sinistra a destra: Marco Cinquino, Paolo Moghetti, Romolo Dorizzi, Querino Piubello, Umberto Tedeschi, Roberto Castello, Antonio Iannucci, Piergiorgio Giorgetti, Zeno Franchini

accede agli ambulatori divisionali». Un vantaggio indiscutibile per gli utenti (dai 5 a 7 accessi ogni settimana), che in poche ore sono sottoposti a tutti gli esami – dalla visita, alle analisi del sangue, all’ecografia, all’agoaspirato, eventualmente, alla scintigrafia, invece di essere costretti a tour interminabili tra i vari reparti ospedalieri con dispersione di risorse anche economiche. Tutto questo costituisce un modello organizzativo unico in Italia che dal 1996 ha consentito di ottimizzare i

rapporti fra medicina di primo livello e medicina di secondo livello, integrando le funzioni del medico di medicina generale e dello specialista.

«Le malattie della tiroide non sono in aumento – conclude Castello –. Noi registriamo più casi rispetto al passato perché oggi molte più persone svolgono accertamenti ecografici o ematici per altre patologie o per screening. Chernobyl non c’entra, se, non purtroppo per le popolazioni che il disastro lo hanno avuto in casa».

E. Zup.

l’Organizzazione mondiale della sanità la definisce malattia endemica, che può essere prevenuta banalmente introducendo nella dieta il sale iodato».

Un normale sale da cucina fortificato con 30 grammi di iodio per chilo. Dal 2005 questo tipo di sale è in vendita in tutti i supermercati e negli alimentari, e non solo nelle farmacie. «L’uso di sale iodato è una buona abitudine per tutti. Esclusi coloro che soffrono di ipertiroidismo perché potrebbe indurre la tiroide a lavorare ancora di più», chiarisce Castello Gozzo nodulare: «Studi hanno rilevato che in oltre il 50% delle ecografie della tiroide si trovano noduli. Tale percentuale aumenta se i pazienti, soprattutto donne, hanno superato i 70 anni. Si tratta, pertanto, di una patologia molto diffusa. Va ricordato che solo il 3-5% dei “noduli freddi”

(cioè quelli che sottoposti ad esame scintigrafico, non captano la sostanza radioattiva iniettata) sono maligni».

LA DIAGNOSI

Con un normale prelievo di sangue si evidenzia una variazione di TSH, FT3 e FT4. Le indagini successive prevedono l’ecografia, l’agoaspirato ed eventualmente la scintigrafia.

LA TERAPIA

«Al paziente ipotiroideo viene somministrato, per un certo periodo il metimazolo in compresse che blocca la sintesi degli ormoni tiroidei. Una tiroide iperattiva ha una tendenza a recidivare, pertanto potrebbe rendersi necessario ricorrere ad una soluzione definitiva, quale quella chirurgica, cioè l’asportazione totale della tiroide, o quella con iodio radioattivo. Quest’ultima è una terapia già in uso

dagli anni quaranta, che consiste in un’unica somministrazione di una compressa di iodio 131. I risultati sono paragonabili a quelli dell’intervento, ma a differenza di quest’ultimo non ha effetti immediati (deve passare del tempo prima che la tiroide cessi di funzionare) e in alcuni casi la terapia deve essere ripetuta. Nonostante l’aggettivo “radioattivo”, l’assunzione di iodio non comporta conseguenze per il resto del corpo», conclude Castello. Nel caso dell’ipotiroidismo le cose sono più semplici: è sufficiente che il paziente assuma per tutta la vita una preparazione sintetica di tiroxina, che sostituisce gli ormoni naturali senza effetti collaterali.

Elena Zuppini

(Nel prossimo numero affronteremo la terapia chirurgica della tiroide)

Un altro premio, grazie a voi

di Maria Fiorenza Coppari Del Giglio

Cari lettori, è successo di nuovo! Dopo il riconoscimento del concorso "L'addetto stampa dell'anno" meritato qualche tempo fa, la nostra rivista ha ricevuto un nuovo premio. La sua importanza è superiore a quella del precedente che era stato assegnato da una giuria di giornalisti "addetti ai lavori", in quanto a designarmi vincitrice del Premio operatori "Health and social", nella sezione dedicata alla comunicazione, sono stati proprio i lettori della rivista che hanno votato compilando una scheda distribuita da "Cittadinanza attiva onlus". L'iniziativa ha avuto il patrocinio del Comune e della Regione Veneto ed è nata per dare ai veronesi la possibilità di segnalare medici, infermieri, operatori d'assistenza, assistenti sociali, giornalisti e quanti altri si distinguono per buoni comportamenti nell'ambito sanitario, sociale e della comunicazione. Il premio, insomma, è venuto da una giuria popolare, il che ne accresce il valore.

Confesso che ricevere il riconoscimento nella Sala degli Arazzi dalle mani del sindaco Paolo Zanotto e dell'assessore regionale alle Politiche sanitarie Flavio Tosi è stata una grande emozione che ho condiviso con il direttore generale dell'Azienda



L'Assessore Fabio Tosi consegna il premio a Maria Fiorenza Coppari

da ospedaliero-universitaria Valerio Alberti, nelle vesti del direttore editoriale della pubblicazione. È stato certamente il modo più bello per concludere il quarto anno di vita della rivista e proseguire con la nostra "impresa" che ogni tre mesi vi parla di salute con tanti servizi e rubriche che "raccontano" il nostro ospedale e l'esperienza dei suoi medici ed infermieri. Siamo molto grati a "Cittadinanza attiva" ed al suo presidente Flavio Magarini non

solo per averci offerto questa opportunità, ma soprattutto per aver offerto un'opportunità di ribalta anche alla "sanasanità". E sono molto felice di non essere stata l'unica a ritirare un premio per il nostro ospedale. Nella sezione "Sanità e Sociale" è stata, infatti, premiata Rina Bocchin, infermiera professionale in servizio nella Terza geriatria. Molto commossa la nostra infermiera è riuscita a darci la misura della sua sensibilità, dote che le ha evidentemente meritato il riconoscimento. Il fattore umano, non è la prima volta che lo ripetiamo, è risorsa preziosa ed indispensabile, senza la quale anche le cosiddette "eccellenze", ovvero le attività sanitarie di maggior rilievo per la perizia degli operatori e le tecnologie disponibili, perderebbero di significato. Sotto questo profilo possiamo dire che l'ospedale di Verona è sostenuto da una grande tradizione che i nuovi orizzonti aperti dall'innovazione introdotta in vari settori d'attività non hanno fatto venir meno. Ringraziando quanti ci hanno dato la loro preferenza, non ci resta che proseguire con l'impegno di sempre.



La consegna del premio all'infermiera Rina Bocchin

A SCHIENA DRITTA

di Anteo Tomasso*

Il "mal di schiena" è una malattia frequentissima, a volte effimera, spesso ribelle, che ha accompagnato il genere umano nella sua evoluzione da animale quadrupede ad individuo bipede.

La scienza medica ha sviluppato negli ultimi anni nuove metodiche specifiche nella diagnosi e cura della lombalgia e della sciatica per consentire trattamenti più mirati e personalizzati.

Per meglio inquadrare e curare i malati affetti da lombosciatalgia è in funzione, nella Divisione ortopedica dell'ospedale civile maggiore, un'attività ambulatoriale per tale patologia, a cui si accede con impegnativa, previa prenotazione specifica tramite il Cup.

Dal 1997 chi è affetto dal mal di schiena può contare su un ambulatorio specifico per il trattamento dei pazienti affetti da lombosciatalgia. Esso è stato voluto dal dottor Massimo Marcer, primario della Divisione ortopedica dell'ospedale civile maggiore, per l'elevata richiesta di prestazioni sanitarie per tale patologia, ma anche per coltivare l'eredità culturale e della tradizione chirurgica nella cura dell'ernia del disco lombare lasciate dal professor Mario Gandolfi.

Tale attività, subito accolta favorevolmente dai medici di base della provincia di Verona, è stata utilizzata sinora da circa 4.000 pazienti, sofferenti di lombalgia nel 70% dei casi e di sciatalgia nel rimanente 30%.

In questo ambulatorio, valutate le condizioni cliniche del paziente, l'ortopedico specialista in tale settore potrà richiedere gli approfondimenti diagnostici più idonei, consigliare la cura medica e fisioterapica più adatta, eseguire personalmente una specifica terapia infiltrativa o attuare le eventuali tecniche chirurgiche invasive e mini-invasive che si rendesse-



Massimo Marcer e Anteo Tomasso

ro necessarie. In un ambulatorio così concepito l'ammalato può essere adeguatamente ed attivamente guidato, sempre dallo stesso specialista, nel suo percorso diagnostico-terapeutico verso la soluzione della sua patologia lombosciatalgica.

La lombalgia

Con il termine "lombalgia" si indica una sintomatologia dolorosa, localizzata posteriormente tra le ultime coste e le pieghe glutee, che viene aggravata dai movimenti della colonna.

Nel 50% dei casi da noi trattati, essa è dovuta all'usura e deformazione artrosica delle superfici articolari intervertebrali ed all'osteoporosi che colpisce tali malati, tutti di età superiore ai 60 anni.

Queste alterazioni strutturali modificano profondamente la meccanica vertebrale con conseguente dolore ed infiammazione cronica delle componenti articolari lombari.

Nei pazienti giovani, invece, la maggioranza delle lombalgie è dovuta ad abitudini di vita sbagliate con atteggiamenti posturali scorretti.

Tutti noi, stando in piedi o seduti e muovendoci in modo non coordinato, sottoponiamo quotidianamente i nostri dischi intervertebrali a sovraccarichi di lavoro minimali ma ripetuti, che ne possono alterare non solo la funzionalità ma addirittura l'integrità anatomica.

Le strutture più importanti per i movimenti della schiena sono i dischi intervertebrali, che ammortizzano continuamente gli stress meccanici dei movimenti tra le vertebre: il disco si abbassa e si allarga come una molla compressa, tornando elasticamente alla forma iniziale quando cessa lo stimolo meccanico.

L'elasticità del disco è proporzionale al suo contenuto di acqua (idrofilia) ed è condizionata dall'entità e tipologia del lavoro svolto dalla colonna.

Anche da seduti, se manteniamo una posizione prolungata senza modificare la tensione dei muscoli della schiena, compromettiamo l'idrofilia discale.

Quando questa diminuisce eccessivamente, il disco deve sopportare pressioni e stiramenti abnormi con irritazione delle sue terminazioni

nervose periferiche e conseguente dolore lombare.

Ormai è unanimemente riconosciuto che la lombalgia è dovuta soprattutto a movimenti banali e scorretti che alterano l'idrofilia nucleare, piuttosto che ad impegni meccanici gravosi della colonna: questi infatti vengono effettuati quasi sempre con un idoneo impegno muscolare.

Il trattamento della lombalgia

La miglior forma di trattamento di una patologia è la sua prevenzione.

Prevenire l'insorgenza o la ricomparsa della lombalgia è possibile evitando posizioni scorrette durante le normali attività quotidiane, ed utilizzando quotidiani esercizi ginnici di riequilibrio muscolo-scheletrico.

Nella lombalgia acuta la terapia farmacologica prevede l'uso, per periodi limitati, di farmaci analgesici e soprattutto anti-infiammatori.

Il riposo a letto deve essere limitato solo all'episodio acuto, eventualmente associando applicazioni fredde e calde (termoterapia lombare), che hanno un effetto analgesico per un'azione diretta sulle fibre nervose e decontratturante attraverso stimoli vasomotori muscolari.

L'uso di una cintura lombare di sostegno può essere utile in fase acuta, ma ancor di più nel periodo della convalescenza, per evitare una articularità vertebrale incongrua che potrebbe vanificare il recuperato equilibrio muscolo-scheletrico.

In caso di mancata o ridotta risposta

farmacologica generale, possono essere necessarie infiltrazioni con corticosteroidi a livello delle strutture articolari vertebrali infiammate per una più diretta e mirata azione terapeutica.

Risolve la fase acuta, o nelle lombalgie croniche, ulteriori vantaggi clinici si ottengono con la fisioterapia, ma soprattutto con un'adeguata ginnastica riabilitativa muscolo-scheletrica e con esercizi per il riallineamento posturale vertebrale.

La sciatalgia

Con il termine "sciatalgia" o "sciatica" si indica una sintomatologia dolorosa localizzata all'arto inferiore, che partendo a livello del gluteo può arrivare al ginocchio o sino alle dita del piede.

Nel 90% dei pazienti da noi trattati essa è dovuta alla presenza di un'ernia discale lombare.

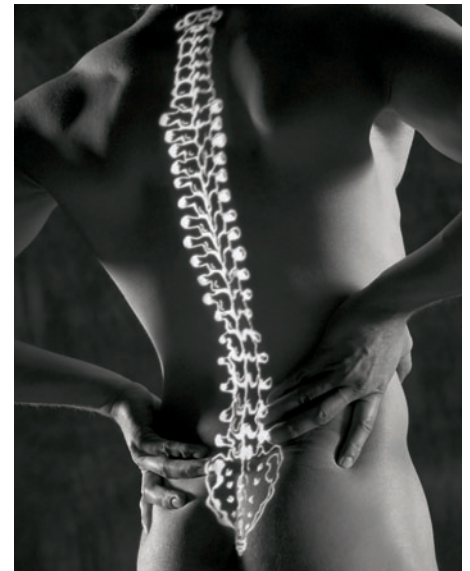
Gli squilibri meccanico-funzionali del disco intervertebrale, causa di lombalgia, se prolungati nel tempo, possono provocare deformazioni/rotture del profilo anatomico del disco con eventuale conflitto spaziale o compressione tra il disco stesso e la radice nervosa ad esso adiacente.

Se il disco è solo deformato o fessurato abbiamo un'ernia contenuta (protrusione), se invece il disco si rompe completamente abbiamo un'ernia espulsa.

La sintomatologia dolorosa è inizialmente caratterizzata da un episodio di gravissima lombalgia, spesso con blocco completo della motilità rachidea: il famigerato "colpo della strega", dovuto al cedimento della struttura discale.

Se la radice nervosa viene compressa o stirata dall'ernia, il quadro clinico è invece prevalentemente caratterizzato a seguire dalla sciatica, cioè da irradiazioni dolorose lungo l'arto inferiore in corrispondenza dei tessuti innervati dalla radice nervosa colpita.

Tali disturbi possono essere accentuati dai movimenti della colonna e delle gambe, ma anche dai colpi di tosse, dagli starnuti ed addirittura



dagli sbadigli, tutti fattori che aumentano ulteriormente la pressione tra radice e disco deformato.

Se la sofferenza radicolare è elevata possono comparire alla gamba formicolii, parestesie, diminuzione della forza muscolare, sino alla paralisi di alcuni muscoli e deficit del controllo vescicale e rettale; sono queste la sciatiche paralizzanti, le sole che necessitano di un trattamento chirurgico come unica soluzione terapeutica.

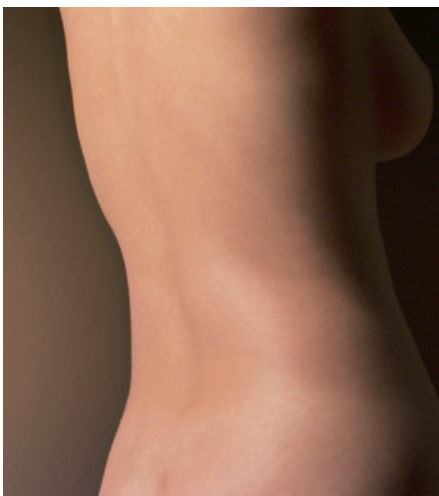
Normalmente invece l'organismo è in grado autonomamente di mettere in atto una fisiologica risposta biochimica anti-infiammatoria ed autoimmunitaria: essa è diretta alla risoluzione del conflitto biologico tra ernia e radice con progressiva riduzione della sintomatologia dolorosa radicolare (guarigione spontanea della sciatica).

L'evoluzione clinica naturale di una sciatalgia da ernia del disco comporta il miglioramento della sintomatologia dolorosa alla gamba con eventuale lombalgia dovuta alle residue lesioni strutturali discali.

Per tale motivo nella maggior parte delle lombosciatalgie un adeguato periodo di cure specifiche conservative è ritenuto unanimemente obbligatorio prima di ricorrere a trattamenti più "drastici".

Il trattamento della sciatalgia

La cura della sciatica senza deficit



TRATTAMENTI PERCUTENI DELL'ERNIA DISCALE

I trattamenti percutanei dell'ernia discale prevedono l'approccio diretto al sito di conflitto disco-radicolare con appositi aghi o cannule che vengono posizionati dentro il disco patologico senza tagliare i piani cutanei e muscolari.

Gli interventi, in regime di day-surgery, sono di minima durata e vengono eseguiti in anestesia locale, con il malato in posizione prona sul letto operatorio, sotto controllo ampliscopico radiologico.

Coblazione discale

Questa tecnica è indicata nei pazienti giovani con sciatica irritativa da protrusione discale, cioè da deformazione-cedimento del margine periferico del disco senza rotture strutturali complete.

Si introduce nel disco una microsonda che, impiegando onde elettromagnetiche ad alta radiofrequenza, provoca una disintegrazione molecolare del tessuto nucleare che viene vacuolizzato con conseguente riduzione del suo volume e quindi della pressione intradiscale.

Ciò consente la spontanea regressione della protrusione, sfruttando l'elasticità residua del disco: il diametro discale si normalizza attenuando l'entità del conflitto



spaziale tra disco e radice che è basilare per il miglioramento della sciatica.

Ozonoterapia intradiscale
Ultimamente in vari ospedali

italiani specializzati nei trattamenti percutanei dell'ernia del disco viene utilizzato l'ozono medicale (O₂/O₃), introdotto sia nel disco patologico che in sede periradicolare, usando un normale ago da spinale sempre sotto controllo ampliscopico.

L'ozono è la forma allotropica dell'ossigeno con molecola triatomica (O₃) che viene utilizzato nella disinfezione delle acque per il suo elevato potere ossidante.

Nella lombosciatalgia l'ozonoterapia medica sembra provocare una disidratazione specifica del tessuto nucleare che diminuisce il conflitto anatomico-spaziale tra ernia e radice, ed una iperossigenazione locale che favorisce la naturale risposta antinfiammatoria tissutale.

neurologici deve essere condizionata e proporzionata all'evoluzione del quadro clinico e della sintomatologia dolorosa, nonché alla risposta terapeutica. È obbligatoria una terapia farmacologica adeguata, non solo utilizzando antiflogistici ed analgesici, ma anche corticosteroidi.

Limitatamente alla sola fase acuta possono essere utili il riposo a letto, la termoterapia lombare e la tutorizzazione ortopedica. Alle volte sono determinanti le infiltrazioni, che hanno il vantaggio di concentrare i farmaci a livello del sito di conflitto disco-radicolare con una risposta anti-infiammatoria più diretta e localizzata: sono tecniche specifiche per tali patologie che spesso favoriscono la naturale risoluzione della malattia.

La stimolazione con agopuntura o mesoterapia delle zone cutanee iperalgiche periferiche può attenuare la sintomatologia con una modificazione nel valore-soglia del dolore locale ed una interferenza neurobiologica dei circuiti dolorifici.

Se la sciatalgia si riduce, il paziente viene indirizzato ad un trattamento fisioterapico e riabilitativo con esercizi mirati di ginnastica posturale.

Se invece la sciatica non regredisce dopo circa tre mesi di una adeguata terapia farmacologica sia sistemica che infiltrativa, è necessario un trattamento che decomprima la radice nervosa: tale soluzione è utilizzata solo nel 40% dei casi.

La terapia chirurgica dell'ernia discale prevede l'aggressione diretta sul disco patologico attraverso le strutture muscolari ed ossee per liberare la radice dal materiale discale che la irrita.

Per eseguire tale intervento si è soliti usare il microscopio operatorio in quanto questa strumentazione permette una gestualità più precisa ed accurata, minimizzando l'invasività chirurgica e riducendo le possibili complicanze.

Tali vantaggi sono molto importanti perché applicabili alle tipologie erniarie più frequenti: la maggior parte dei

pazienti, infatti, ha risolto completamente la sua malattia con tale metodica.

Alle volte però, la cicatrice che naturalmente si forma dopo qualsiasi intervento chirurgico può essere di entità tale da ricomprimere la radice nervosa, con conseguente recidiva sciatalgica.

L'avvento della Tac e della Risonanza magnetica nucleare ha evidenziato inoltre una notevole varietà morfologica di ernie discali, spesso difficilmente correlabile all'entità della sciatica ed alla strategia terapeutica.

Per ovviare alle eventuali recidive cicatriziali e rendere le tecniche più proporzionali alla sintomatologia dolorosa ed alla morfologia erniaria, in sintonia con altri centri ortopedici e neurochirurgici, sin dal 1985 vengono utilizzati nella Divisione ortopedica dell'Ocm trattamenti percutanei specifici per casi selezionati.

***Responsabile ambulatorio studio e cura della lombalgia e sciatica**

In che modo la corretta alimentazione può rallentare l'invecchiamento? Alcuni consigli per vivere meglio

Dossier

9

A TAVOLA DA SAGGI

Il problema della vecchiaia è sempre più attuale e quindi oggetto di grande attenzione da parte di tutti i media. Giornali, riviste e televisione dedicano molto spazio agli anziani e ai molteplici aspetti che ne derivano: medici, sanitari, sociali, politici, etici. In questo contesto, vi è il rischio frequente di portare all'attenzione della gente notizie frammentarie o distorte, speranze che si trasformano in illusioni e, non infrequentemente, vere e proprie "bufale". Assai spesso vengono diffuse notizie del tipo: "scoperta la sostanza che favorisce l'invecchiamento", oppure "trovata la chiave per vivere mille anni". Tutti ricorderanno lo slogan pubblicitario "Chi beve birra campa cent'anni"; simpatico e suggestivo, ma purtroppo, non vero.

Quando si parla di invecchiamento è necessario distinguere, da un lato il fenomeno che ogni organismo vivente subisce, dalla nascita alla morte: questo entra nella sfera di competenza della Gerontologia, la scienza, che studia le modalità e le cause delle modificazioni che si configurano con il passare degli anni. Dall'altro lato vi è la disciplina che assiste l'anziano in molte delle sue problematiche, soprattutto mediche: la Geriatria.

La nostra rivista ospiterà un approfondito dossier dedicato alla nutrizione ed ai suoi riflessi sull'invecchiamento. È un tema interessante per i lettori d'ogni età, dato che, come scopriremo, una vecchiaia serena e attiva deve essere preparata scegliendo stili di vita e abitudini alimentari che possono favorire longevità e salute.

Le più recenti evidenze scientifiche portano alla forte suggestione che i principali fattori che regolano l'invecchiamento siano fondamentalmente tre: la genetica, la competenza immunitaria e l'alimentazione, tra loro strettamente legati.



L'équipe della Clinica geriatrica, con al centro Ottavio Bosello

Lasciando ad altre competenze la genetica, si cercherà in poche pagine di portare all'attenzione di chi legge quanto di reale e di attendibile si conosce oggi sui rapporti tra nutrizione e invecchiamento, in che modo la buona o cattiva nutrizione possono condizionarlo e, anche, se e come la nutrizione può incidere sull'efficienza del sistema immunitario. Si faranno, inoltre, alcuni cenni sugli aspetti malnutrizionali dell'anziano e di come ci si debba comportare in queste situazioni. Infine, si cercherà di proporre un progetto nutrizionale utile al migliorare invecchiamento, sia per chi è già anziano sia per chi ancora vecchio non è.

Come si cambia con il passare degli anni

Oltre ai vari organi e apparati (cuore, fegato, reni, polmoni) l'organismo può essere suddiviso in maniera schematica in tre grandi compartimenti: il tessuto muscolare, il tessuto adiposo e quello osseo, ciascuno dei quali subisce con l'invecchiamento profonde modificazioni.

Nel soggetto anziano si registra innanzitutto la tendenza a progressiva perdita di massa muscolare, fenomeno definito con un termine greco "Sarcopenia", cui si associa aumentato rischio di disabilità e di mortalità. È stato evidenziato che la riduzione del peso corporeo osservato nei soggetti più anziani, sia di sesso maschile che femminile, è in gran parte legato a quello della massa muscolare. Tale decremento sembra essere il risultato di diversi fattori: si configurano modificazioni qualitative del muscolo legate all'età, oltre che quantitative. La responsabilità di questo fenomeno è molteplice: innanzitutto l'effetto cumulativo di diverse condizioni patologiche acute e croniche, nonché del loro trattamento farmacologico. Inoltre, molto importante, è l'atrofia muscolare da disuso. Purtroppo, la progressiva riduzione dell'attività fisica con il passare degli anni, è una caratteristica dell'odierno stile di vita e forse il maggior responsabile della perdita progressiva della nostra massa muscolare. Le cattive abitudini alimentari possono concorrere perché comportano defi-

cit nutrizionali globali o selettivi.

Studi su alcuni modelli di malattie croniche (ad es. Aids) hanno evidenziato che gli episodi di riacutizzazione comportano soprattutto perdita di massa magra. In seguito, essa è scarsamente recuperata con conseguente aumento dell'affaticabilità e della limitazione funzionale. Tale modello può essere applicato alla popolazione in età avanzata, nella quale esacerbazioni episodiche di varie malattie croniche e malattie acute intercorrenti possono interagire tra loro, peggiorando lo stato funzionale. La riduzione delle fisiologiche capacità di risposta allo stress dell'anziano si associa a questi eventi, innescando una spirale perversa dalla quale è difficile uscire, con ulteriore aggravamento del quadro e elevata probabilità di declino funzionale.

Il secondo compartimento corporeo soggetto a modificazioni con l'invecchiamento è quello adiposo: più precisamente si assiste ad aumento relativo ed assoluto della quota di tessuto adiposo corporeo. La percentuale di grasso corporeo tende ad aumentare progressivamente sia nel sesso maschile che in quello femminile, specie dai 40 anni in poi, ritornando a livelli sovrapponibili solo in età molto avanzata, dopo gli ottant'anni. L'incremento età-correlato della massa adiposa è responsabile del fatto che l'anziano risulta "più grasso" dei soggetti di età giovanile o adulto-matura a parità di peso corporeo e di Indice di massa corporea (rapporto tra peso e altezza al quadrato).

Da numerosi studi che hanno utilizzato la tomografia assiale computerizzata (Tac), è emerso che l'invecchiamento si associa, anche, a ridistribuzione in senso centripeto del grasso corporeo in entrambi i sessi. Aumenta così il grasso addominale, quello viscerale, e si riduce quello delle altre zone del corpo, soprattutto sottocutaneo. Il fenomeno è particolarmente rilevante nella donna, che dopo la menopausa tende a "mascolinizzare", aumentando il grasso addominale e riducendo

quello di fianchi e glutei. È ormai ben noto che l'incremento del tessuto adiposo viscerale è un importante fattore di rischio per molte malattie, specie diabete, infarto del miocardio, ipertensione arteriosa ed anche alcuni tumori. Poco ancora si sa sugli effetti della riduzione del tessuto adiposo sottocutaneo. La perdita di questo tipo di grasso corporeo potrebbe essere un fattore prognostico negativo, così come osservato in soggetti affetti da grave perdita di peso, ad esempio nell'anoressia nervosa.

L'invecchiamento si associa anche a modificazioni dell'apparato scheletrico, di cui si tratta più avanti: è suggestivo che tutte le modificazioni età-correlate della composizione corporea (incremento della massa grassa, decremento di quella muscolare ed ossea) siano indipendentemente associate ad aumentato rischio di disabilità fisica.

Tra le conseguenze di questa alterata composizione corporea legata all'invecchiamento, oltre al significato funzionale e all'aumento di varie malattie, vi è da un punto di vista nutrizionale una riduzione del fabbisogno energetico di base di circa 100 calorie ogni decade di età, in quanto il metabolismo basale è espressione soprattutto dell'attività del tessuto muscolare scheletrico. Come si vedrà, l'anziano tende, anche per questo, a mangiare di meno. Con la riduzione dell'introito calorico risulta molto difficile per l'anziano soddisfare con la sola dieta il fabbisogno complessivo di micronutrienti. Di qui il rischio di carenze nutrizionali qualitative di vario tipo: proteico, vitaminico e di alcuni micronutrienti, specie il calcio.

Da quanto detto non può sfuggire l'importanza strategica di uno stile di vita già in età giovanile-adulta adeguato a prevenire i danni dell'invecchiamento, che non sono irreversibili, ma in buona parte "silenti". Comunque, vi è nelle età avanzate la necessità di porre in opera misure adeguate al recupero, per quanto possibile, della massa muscolare e

di quella scheletrica, che dovrebbero comprendere norme nutrizionali e di attività fisica, cicli di riattivazione e riabilitazione e, ove necessaria, adeguata terapia ormonale e supplementazione nutrizionale.

Digestione e assorbimento

L'apparato digerente dell'anziano subisce una involuzione funzionale che può mettere in crisi la capacità di nutrirsi, soprattutto in situazioni critiche come dopo una malattia, quando è richiesto un apporto maggiore di nutrienti. D'altra parte, il mangiare perde con gli anni parte del suo piacere, mentre alterazioni e sintomi, quali ad esempio quelli legati alla stipsi, possono dare preoccupazione negli anziani peggiorandogli la qualità di vita.

La digestione inizia dalla masticazione ed è ben noto quanto poco efficienti possano essere in questo senso molte protesi se non ricontrollate adeguatamente. I cibi tritati possono superare questo inconveniente, ma riducono ulteriormente la voglia di mangiare. Lo stomaco riduce di poco la sua capacità di secrezione acida con l'età, se non è presente gastrite atrofica, ma spesso gli anziani assumono per lungo tempo antisecretori. In tal modo la digestione gastrica è ridotta e molti più batteri possono passare indenni lo stomaco andando a contaminare l'intestino. Lo svuotamento dello stomaco è sicuramente rallentato, come dimostrato inequivocabilmente da studi condotti nel nostro Centro, provocando negli anziani la fastidiosa sensazione di pienezza gastrica per un tempo troppo prolungato. Un pranzo più abbondante così può inibire la voglia di mangiare a cena. Per questo si consiglia di frazionare l'alimentazione in pasti più piccoli e digeribili. La colecisti si contrae meno e quindi ne risente la possibilità di digerire cibi ricchi di grassi. Il pancreas ha una grande riserva funzionale (produce normalmente 10 volte il fabbisogno sufficiente di enzimi), per questo anche se la secrezione pancreatica si riduce con l'invecchiamento, la

vecchiaia di per sé non porta a deficit digestivo pancreatico. Nell'anziano, invece, è probabilmente ridotta la capacità di assorbimento intestinale (ma gli studi in questo senso non sono ancora conclusivi) con possibile deficit di micronutrienti importanti (calcio, vitamina D, vitamina B12) ma anche di nutrienti in generale. Il grosso intestino riduce la sua capacità contrattile contribuendo, insieme allo scarso consumo di fibra e di acqua, alla grande frequenza di stipsi. Al di là delle difficoltà di digestione e di assorbimento che possono provocare malnutrizione, molti anziani perdono peso e massa muscolare, divenendo così più fragili per una riduzione dell'introito alimentare, spesso riferito come ridotta voglia di mangiare rispetto al passato. Osservazioni trasversali e longitudinali hanno dimostrato che con l'invecchiamento si verifica, in effetti, una riduzione dell'introito calorico configurandosi il quadro detto di "anoressia dell'anziano". Alla base di questa anoressia si può ipotizzare uno squilibrio fra lo stimolo all'alimentazione indotto da segnali di fame ("oressizzanti") centrali come il NPY o periferici come la grelina, e segnali di sazietà ("anoressizzanti") a lungo termine, quali leptina e insulina, e a breve termine, come colecistochinina (CCK) e Peptide YY (PYY). Dati in tal senso disponibili nell'anziano erano pochi e contraddittori, in particolare non era noto quale fosse la dinamica postprandiale di grelina e leptina. La nostra esperienza su anziani sani, osservati in confronto con un gruppo di volontari giovani, ha dimostrato che nel soggetto anziano gli stimoli anoressizzanti indotti da leptina, insulina e CCK sono prevalenti su quelli oressizzanti della grelina. Il concorrere di tale ipertonio di base di leptina, insulina e CCK con la eccessiva risposta postprandiale della stessa CCK potrebbe essere il fattore primo dell'anoressia dell'anziano. I nostri studi hanno poi confermato il rallentamento dello svuotamento gastrico, mettendolo in relazione a

prolungata sensazione di sazietà postprandiale e a elevati livelli di PYY postprandiale. Queste alterazioni possono inibire l'assunzione di un secondo pasto e quindi anch'esse contribuire ad un ridotto introito alimentare.

Come valutare lo stato nutrizionale

Giovane o vecchio, sano o malato, è sempre opportuna una corretta valutazione dello stato nutrizionale. Di fronte a un anziano in eccesso di peso, è difficile sbagliarsi; maggiori insidie nasconde la diagnosi di malnutrizione, quella che i medici chiamano "malnutrizione calorico proteica", perché associa la carenza proteica al deficit energetico. Di questa si parlerà più avanti, ora si vuole dare qualche idea di come ci si deve comportare dal punto di vista diagnostico. È, innanzitutto, importante valutare lo stato nutrizionale nel soggetto anziano? È possibile farlo in modo semplice, senza dover ricorrere a indagini troppo complesse o invasive, pur con correttezza e accuratezza?

Alla prima domanda la risposta è, ovviamente, sì, perché l'organismo del soggetto anziano non "tollera" bene deviazioni dello stato nutrizionale, sia per eccesso (cioè il sovrappeso) che per difetto (cioè la malnutrizione). È, innanzitutto, da sfatare la credenza che nelle età più avanzata sia meglio avere qualche chilo in più. Vi sono oramai chiare evidenze che l'eccesso di peso è dannoso per l'anziano così come lo è per il giovane e per l'adulto. Semmai il problema si può configurare se e quando si decide di ridurre il peso corporeo: in questo caso (come, in verità sempre) è richiesta molta prudenza e cautela perché l'organismo dell'anziano può essere seriamente danneggiato da perdite di peso troppo rapide e cospicue. In relazione all'importanza della malnutrizione, purtroppo frequente in molti anziani poveri e soli, va sottolineato che si tratta di una situazione a rischio elevato di molte malattie e anche di mortalità, verosimil-

mente per il tramite della compromissione delle capacità immunitarie che si associano ai deficit nutrizionali responsabili dello stato malnutrizionale.

Per quanto riguarda il secondo interrogativo, se è possibile una valutazione semplice ma accurata, la risposta è un po' più articolata.

Innanzitutto la valutazione clinica. I criteri clinici rivestono importanza diagnostica prioritaria; se non esiste il sospetto clinico, tutti i criteri e le più sofisticate indagini strumentali possono portare a risultati parziali ed anche fuorvianti.

La diagnosi di malnutrizione deve però essere posta già in fase preclinica: l'intervento è sempre troppo tardivo se viene dopo il riconoscimento di segni clinici oramai manifesti di malnutrizione. È necessario valorizzare gli indici precoci di malnutrizione: modificazioni recenti del peso corporeo, alterazioni dell'appetito e mancanza di interesse per il cibo. Dall'analisi di questi semplici parametri clinici è possibile cogliere precocemente spie di incipiente malnutrizione.

Una volta posto il sospetto, è necessario iniziare con la valutazione del bilancio energetico, il quale prevede la stima dell'introito calorico e del dispendio energetico.

Valutazione dell'introito calorico: il sistema più immediato di rilevazione dell'introito alimentare è quello dell'osservazione diretta del soggetto da parte sia dei familiari a domicilio che del personale sanitario, in ospedale o in residenza. In alternativa, si può utilizzare lo strumento dell'anamnesi alimentare, la quale fornisce una buona valutazione delle abitudini alimentari, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti qualitativi, e consente di evidenziare specifici deficit nutrizionali. L'anamnesi alimentare dovrebbe essere effettuata da una dietista esperta. *Valutazione del dispendio energetico:* il medico si confronta spesso con il paziente che perde peso, che deve essere operato o che manifesta una malattia che richiede maggior dispendio energetico. Per assicurare

il giusto apporto, deve essere effettuata una corretta stima della spesa energetica, che può essere misurata con la calorimetria indiretta oppure stimata mediante formule predittive. Una rapida valutazione del fabbisogno energetico giornaliero del paziente si può, anche, ottenere moltiplicando il possibile peso ideale per 25, 35 o 45, a seconda che si presuma una condizione di "stress" metabolico rispettivamente normale, media o grave.

Vi sono poi degli indicatori antropometrici assai semplici quali il peso e l'altezza, che dovrebbero rientrare nella valutazione clinica di tutti i soggetti anziani che si rivolgono ad un medico. Quando la statura non può essere misurata, si può utilizzare un dato anamnestico (altezza a 20 anni) oppure l'altezza al ginocchio (distanza tra il tallone e la rotula), un rilevamento che si effettua in posizione sdraiata: utilizzando un normogramma si può risalire all'altezza. Dal rapporto tra il peso (in kg) e il quadrato dell'altezza (in metri) si ricava l'Indice di Massa Corporea (IMC): si definisce il sottopeso quando l'IMC è minore di 18.5 (si ricorda che quando l'IMC è compreso tra 18.5 e 25, si è nell'ambito della normalità ponderale. Quando è maggiore di 25 il soggetto è sovrappeso; se maggiore di 30 è

obeso). Il rilievo seriato del peso corporeo è misura assai semplice e di notevole importanza clinico-diagnostica. La perdita involontaria maggiore del 10% nei sei mesi precedenti l'osservazione è un forte indice di malnutrizione e risulta altamente predittivo, a esempio, di frattura della testa del femore, disabilità e mortalità.

Le indagini biomorali. Nessuno dei marker biomorali di malnutrizione, proposti negli anni, possiede i requisiti di elevata sensibilità e specificità; essi sono usualmente influenzabili da fattori non nutrizionali, sono scarsamente riproducibili e poco sensibili alla terapia nutrizionale e non risultano dotati di buon valore predittivo relativamente ai rischi presenti o futuri di complicanze attribuibili alla malnutrizione. Per tale motivo, la valutazione dello stato nutrizionale deve avvalersi di un insieme di indicatori. Il più importante tra questi è la concentrazione ematica dell'albumina.

Albuminemia: Presenta il vantaggio della semplicità e del possibile impiego routinario. Vi è accordo sul fatto che la determinazione della sola albuminemia è in grado di fornire sufficienti informazioni per quanto riguarda il grado di malnutrizione proteica; tra tutti i parame-

tri nutrizionali di tipo bioumorale, essa è quella che, in studi di ampi campioni di popolazione, risulta associata con aumento di morbidità e mortalità nell'anziano. In base ai valori di albuminemia è possibile inoltre classificare tre gradi di malnutrizione: lieve ($>3,4$ g/l), moderata ($>2,7$ g/l) e grave ($>2,1$ g/l).

Un limite importante alla sua applicazione è rappresentato dalla lunga emivita (circa 20 giorni), che la rende non adatta a valutare modificazioni dello stato nutrizionale che si configurano in tempi brevi.

La colesterolemia. Può essere indicatore di malnutrizione calorico-proteica quando presenta riduzione maggiore del 25% nell'ultimo anno e quando siano state escluse altre cause di ipocolesterolemia. Una riduzione importante della colesterolemia può associarsi a molteplici stati morbosi, spesso misconosciuti.

L'anemia macrocitica. Può essere un indicatore di malnutrizione, in particolare per la carenza nutrizionale di vitamina B12 e di folati.

Quindi, andamento del peso negli ultimi 6-12 mesi e albuminemia possono da soli indirizzare verso un sospetto di malnutrizione. Si sottolinea la grande importanza di una diagnosi molto precoce, perché quando la malnutrizione è manifesta è difficilmente recuperabile.

La malnutrizione dell'anziano ha cause sia sociali che mediche

Quando si parla di stato di carenza nutrizionale nell'anziano, si vuole innanzitutto riferirsi alla malnutrizione calorico proteica, evento tutt'altro che infrequente e molto pericoloso, perché di difficile soluzione.

Si tratta di un deficit associato di calorie (con perdita di peso) e di proteine, con alterazione dei "parenchimi nobili", cioè dei vari organi e apparati, osso compreso.

La prevalenza della malnutrizione

calorico-proteica aumenta in funzione dell'età in entrambi i sessi: tra i pazienti ospedalizzati essa risulta molto variabile, con valori che oscillano tra 30 e 60% dei casi, sino a 85% nelle strutture di lungodegenza o nelle case di riposo, con gradi di deplezione più grave nei soggetti di sesso femminile o di età più avanzata.

L'eterogeneità dei dati può essere attribuita alla molteplicità dei quadri clinici e degli stati evolutivi di mal-

nutrizione, alla disomogeneità delle casistiche, alla diversa sensibilità, specificità e di potere predittivo degli indici di valutazione nutrizionale utilizzati.

Vi è da sottolineare l'enorme differenza che esiste tra l'accuratezza della diagnosi clinica e il rilievo epidemiologico. In altre parole, quando si svolge una ricerca mirata a tale patologia, il riscontro della malnutrizione calorico-proteica è molto elevata. Quando, invece, si esaminano

le cartelle cliniche la diagnosi risulta riportata molto raramente.

Perché questa discrepanza? Si tratta forse di ignoranza da parte degli operatori?

Il motivo più plausibile è da ricercare nella scarsa considerazione che viene data, in genere, a tutto l'ambito della nutrizione dell'anziano.

Si consideri un esempio. Quando un anziano (non si intende in questo caso un arzilla 65-70enne con una malattia intercorrente, ma piuttosto un 80enne già affetto da polipatologia cronica cui si sovrappone una riacutizzazione o una nuova patologia acuta) viene ricoverato in ambiente ospedaliero, la sua malattia viene affrontata ed aggredita, mentre si dedica poco spazio all'essere umano. In questo spazio vi è anche l'alimentazione quotidiana. Questo "povero vecchio", sbattuto in una corsia tra altri malati, spesso molto gravi, sicuramente confuso da un ambiente fatto di urgenze e sofferenze, già disappetente per suo conto, penserà a tutto tranne che a mangiare. E poco ci pensano anche gli altri. È stato osservato che, delle 1800 calorie calcolate per la dieta standard ospedaliera, l'anziano ammalato ne consuma, usualmente, non più di 1000, con grave progressivo deficit nutrizionale. Come sarà questo paziente alla dimissione? Sicuramente più malnutrito rispetto all'ingresso. Quindi: peggioramento delle sue condizioni generali, anche se la patologia acuta che l'aveva costretto al ricovero è stata risolta, e lui, apparentemente, sta meglio.

Le cause e i fattori di rischio

Le cause di malnutrizione nell'anziano sono numerose e si possono schematicamente suddividere in mediche e sociali; le cause sociali sono molteplici e importanti. È su di esse che bisogna soprattutto intervenire se si vuole svolgere un'efficace azione preventiva. In ambiente ospedaliero o residenziale possono sussistere fattori di malnutrizione del tutto estranei al paziente; anche in questo caso vi è molto da lavorare, perché le nostre responsabilità sono grandi e



non dobbiamo più permettere che certe manchevolezze e superficialità possano accadere. Va precisato che, assai spesso, possono coesistere molteplici fattori causali, configurando quadri clinici di particolare gravità. L'avanzare degli anni comporta alterazioni dei processi di adattamento fisiologico che possono condurre a situazioni di particolare rischio, anche per quanto riguarda l'assunzione dei nutrienti. Si è già detto delle modificazioni del meccanismo di regolazione dell'appetito con conseguente alterata sensazione di sazietà.

Il riconoscimento delle cause di malnutrizione calorico-proteica rappresenta il primo passo per la diagnosi clinica; una attenta storia clinica, con valutazione di aspetti medici e non medici, può fornire valida indicazione al proseguimento di indagini cliniche e strumentali.

Le complicanze

L'importanza clinica del riconosci-

mento precoce della malnutrizione calorico-proteica nell'anziano è legata dalla stretta correlazione tra malnutrizione e rischio di morbidità e mortalità; anche la durata della ospedalizzazione e l'esito dei trattamenti medico-chirurgici risultano condizionati dallo stato nutrizionale. Il recupero di almeno il 5% del peso è in grado di ridurre l'incidenza di morbidità e mortalità, in pazienti anziani istituzionalizzati affetti da malnutrizione.

Morbidità. La malnutrizione risulta fattore di rischio indipendente di morbidità e di riammissione ospedaliera. Si è potuto osservare, in soggetti sottoposti a chirurgia elettiva per cause non neoplastiche, la prevalenza di complicanze nel 48% dei pazienti malnutriti contro il 23% nei soggetti normali; complicanze maggiori, trombosi, infarto del miocardio, deiscenza delle ferite si osservano nel 31% dei soggetti malnutriti e nel 9% dei soggetti normali. Pur tenendo conto di altre variabili pro-

gnosticamente importanti (la diagnosi, l'età del paziente), le alterazioni dello stato nutrizionale sono in grado di predire "di per sé" le complicità della fase post-operatoria.

Durata della degenza. In pazienti anziani ricoverati per frattura del femore si è anche osservato che il periodo di ospedalizzazione e i tempi di riabilitazione sono condizionati dalla presenza di malnutrizione calorico-proteica. In particolare, si è visto che il recupero della mobilità post-operatoria richiede periodi significativamente maggiori nelle donne malnutrite rispetto ai controlli. In soggetti non neoplastici, ricoverati in reparti chirurgici, internistici o di terapia intensiva, la durata del ricovero è significativamente più lunga (circa il doppio) nei soggetti malnutriti (riduzione del peso > del 10% nel mese precedente e albuminemia < 3.5 g/dl) rispetto ai controlli. I predittori del rischio di riammissione precoce in ospedale sono diversi a seconda del momento nel quale viene effettuata la valutazione; al momento del ricovero l'indicatore migliore è la variazione percentuale sul peso abituale; a distanza di un mese dalla dimissione, l'unico indicatore valido è l'albuminemia.

Mortalità. In soggetti anziani ospedalizzati, la mortalità durante il ricovero è correlata a molteplici fattori: la perdita di peso, l'albuminemia, le capacità immunitarie, l'autonomia personale e, ovviamente, il tipo di malattia che ha condotto al ricovero. Quelle maggiormente predittive, ad un anno, sono risultate le variazioni di albuminemia e del peso corporeo: si è visto che bassi valori di albumina ematica, alla dimissione ospedaliera, sono indicatori di rischio di mortalità dopo un anno, secondi per importanza solo alla presenza di un tumore maligno.

In donne anziane ricoverate per frattura del femore, la mortalità risulta cinque volte maggiore in quelle malnutrite rispetto a quelle con peso normale.

La prevenzione

Si è affermato che "un occhio clinico

esperto" e soprattutto aduso a considerare il problema dello stato nutrizionale è in grado di riconoscere prima e meglio la malnutrizione rispetto a ogni indagine antropometrica, laboratoristica e strumentale. L'uso degli elementi clinici supportati dai rilievi laboratoristici, antropometrici e strumentali consente, comunque, una adeguata e accurata diagnosi di malnutrizione.

L'aspetto più delicato è quello di saper valutare il "rischio" di malnutrizione. In questo senso gli elementi clinici possono non essere determinati e altri fattori devono essere considerati.

Sono state proposte tabelle o questionari contenenti variabili cliniche o altri aspetti relativi allo stato nutrizionale; si basano su punteggi numerici, la cui somma corrisponde a un grado di "rischio" malnutrizionale. Ad esempio, il *Mini Nutritional Assessment (MNA)* è uno strumento di valutazione multidimensionale, di facile compilazione che consente un utilizzo semplice e proponibile su vasta scala.

Il MNA comprende 18 quesiti suddivisi in tre settori principali (antropometria e variazioni ponderali, valutazione dell'introito alimentare qualitativo e quantitativo, stato di disabilità e stato cognitivo) e punteggio massimo 30; un punteggio minore di 17 è indicativo di malnutrizione, un punteggio compreso tra 17 e 23,5 è indicativo di rischio di malnutrizione, un punteggio maggiore di 24 indica uno stato nutrizionale nella norma.

L'intervento

Quando vi sia il rischio di malnutrizione è, ovviamente, necessario intervenire tempestivamente per impedire che la situazione evolva negativamente.

È ben evidente che la rimozione della causa può essere risolutiva, ma talora questo può non essere possibile. In questo caso o, comunque, se la malnutrizione è manifesta si deve intervenire per rialimentare il paziente. Assai spesso, può essere risolutivo il solo provvedere alla

gestione di una corretta alimentazione. Talora, però, questo non è sufficiente: bisogna allora pensare ad un tipo di alimentazione artificiale, come la nutrizione parenterale (cioè somministrazione per via venosa) oppure la nutrizione enterale (cioè, la somministrazione di nutrienti, tramite sonda introdotta nel tratto intestinale).

Vi è accordo sul fatto che in presenza di un intestino funzionante i nutrienti vanno somministrati attraverso la via enterale perché più fisiologica rispetto a quella parenterale. Oltre al rifornimento di energia e proteine all'organismo, la nutrizione enterale è in grado di garantire anche i substrati necessari a mantenere l'integrità dell'intestino, a modulare la risposta immunitaria e a prevenire la crescita della flora batterica intestinale patogena.

È stato evidenziato che la nutrizione parenterale e/o il digiuno in caso di trauma o interventi chirurgici si associano con maggiore probabilità di infezioni.

La nutrizione enterale è, invece, controindicata in tutte le situazioni in cui venga a mancare una adeguata capacità di assorbimento intestinale o vi sia compromissione del transito intestinale.

In questi casi, garantita la nutrizione parenterale, vanno prioritariamente affrontate le cause che hanno provocato i danni intestinali: successivamente si potrà riconsiderare la possibilità di attuare la nutrizione enterale.

In definitiva, la malnutrizione calorico-proteica è una grave, misconosciuta e sottovalutata patologia dell'anziano. Essa si instaura lentamente e subdolamente e, quando manifesta, è difficilmente risolvibile. È, perciò, fondamentale individuare la situazione e le condizioni che possono comportare il rischio di malnutrizione prima che questa si sia configurata.

**a cura della Clinica geriatrica
dell'Azienda ospedaliera
di Verona - Università di Verona**

- continua -

Un video per aiutare gli anziani ad adottare comportamenti che prevengano l'osteoporosi

Prevenzione

IN GAMBA CON... STILE

L'osteoporosi, di cui l'invecchiamento è la principale causa, è un serio problema di economia sanitaria. Il numero delle persone colpite è destinato certamente ad aumentare, per l'allungamento dell'aspettativa di vita. Si stima che oltre 4,5 milioni di Italiani ne siano affetti. La malattia colpisce le donne 4 volte più degli uomini.

Le fratture di femore nell'anziano derivanti dalla fragilità ossea conseguente all'osteoporosi sono gravate da un pesante impatto, sia sulla salute del singolo che della società. Le cadute, per lo più in ambiente domestico, sono la più frequente causa di disabilità, con necessità di assistenza, di ricoveri ospedalieri e mortalità nell'anziano. La perdita di massa ossea rende progressivamente lo scheletro più fragile, manifestandosi, purtroppo, solo quando è abbastanza grave da determinare fratture dei corpi vertebrali, con dolore e deformità, o fratture di femore e polso per cadute. La buona salute dell'osso inizia dallo stile di vita e combattere la sedentarietà è d'obbligo. Muoversi è importante come mangiare e dormire! In realtà, soltanto una persona su tre pratica attività fisica, per arrivare a una persona su quattro oltre i 65 anni. Sono sufficienti 30 minuti al giorno di esercizio fisico regolare, in base le proprie forze, senza esasperazioni, per godere dei numerosi benefici, a livello fisico (prevenzione e control-

lo di malattie cardiovascolari, diabete, osteoporosi, neoplasie, miglioramento della forma fisica in generale), psicologico (riduzione di depressione, ansia, aumento dell'autostima) e sociale (aumento di occasioni d'incontro di persone ed interessi, prevenzione d'isolamento e solitudine). Non è indispensabile praticare un vero e proprio sport per fare attività fisica.

Un'iniziativa di educazione sanitaria innovativa è il video "Stili di vita per la prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute", un programma audiovisivo ideato dal drottor Bruno Brigo, responsabile dell'Unità operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale del Policlinico "G.B. Rossi" e dalla dottoressa Loreta Tasson, medico specialista fisiatra, realizzato con il contributo della Fondazione Cariverona.

L'obiettivo è mettere a fuoco l'importanza di modificare lo stile di vita per prevenire e controllare l'osteoporosi

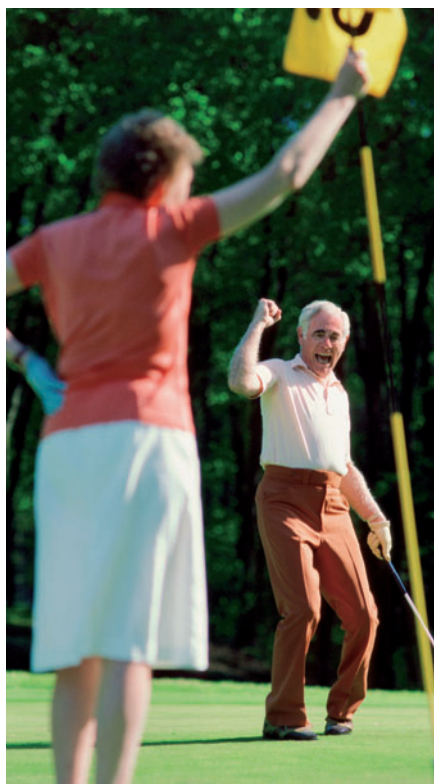


Bruno Brigo e Loreta Tasson

e le sue rovinose conseguenze: le fratture. Il video è stato ideato per raggiungere e stimolare l'attenzione di persone affette o a rischio.

Il filmato, in distribuzione gratuita e privo di messaggi pubblicitari e promozionali, sarà distribuito a farmacie, sale di attesa di medici, circoli, associazioni, gruppi, luoghi di aggregazione per anziani della città di Verona e provincia, attrezzati per la visione di DVD, CD o VHS.

Il video illustra molteplici occasioni utili a svolgere movimento nella vita quotidiana, sottolineandone i dimenticati piaceri e soddisfazioni. Oltre agli aspetti di prevenzione, è presentata una semplice e chiara analisi del rischio per le cadute, in particolare in ambiente domestico. È necessario, infatti, sviluppare la capacità di saper vedere i pericoli e modificare, di conseguenza, gli atteggiamenti e i comportamenti che aumentano la probabilità di cadere. Si tratta di semplici accorgimenti nella sistemazione dell'arredo, negli spostamenti in casa, nella cura di se stessi, per diventare più responsabili e sicuri. Il progetto, inoltre, non si esaurisce con la distribuzione del filmato, ma prevede la spedizione a tutti i Centri che hanno ricevuto lo stesso video, di un breve questionario per raccogliere considerazioni circa l'iniziativa e suoi possibili effetti sugli atteggiamenti e comportamenti delle persone.



Le associazioni, i circoli frequentati da persone di età superiore a 50 anni, a cui non sia stato spedito il video "Stili di vita per la prevenzione dell'osteoporosi e delle cadute" possono farne richiesta a: Vincenzi Audiovisivi, via della Siderurgia 4, Verona: telefono 045 8510951, fax 045 8510485.

ALLERGOLOGI IN RETE

Come già accade da qualche anno l'inverno è stato particolarmente mite e breve. Arrivano le prime tiepide giornate di sole, ma per un veronese su tre la primavera è complicata dalla fastidiosa comparsa dei primi disturbi causati dalle pollinosi, un problema importante non solo per la sua rilevanza numerica ma anche per le ripercussioni sulla qualità della vita di chi ne soffre. All'improvviso e senza causa apparente, il respiro incomincia a mancare, il naso si ostruisce e cola, gli occhi si arrossano, lacrimano e non sopportano più la luce del giorno.

L'esplosione della patologia allergica nel mondo occidentale che, secondo un recente articolo pubblicato sul britannico *Guardian* nel 2015 interesserà il 50% della popolazione europea, non si limita ad un incremento numerico ma anche qualitativo. Infatti le modificazioni ambientali, argomento di grande attualità, hanno importanti ripercussioni anche a livello allergologico. L'incremento medio della temperatura favorisce stagioni polliniche prolungate (quest'anno ad esempio secondo dati Arpav la pollinosi del nocciolo ha segnalato un anticipo di 2 settimane) e al tempo stesso caratterizzate da un maggiore carico pollinico. Un'altra importante correlazione fra le modificazioni climatiche e la rinite allergica da pollini è rappresentata dall'incremento numerico dei temporali. Infatti i campi elettromagnetici che creano i fulmini determinano la polverizzazione del polline e la formazione di particelle di alcuni micron di diametro che raggiungono facilmente le vie aeree bronchiali scatenando episodi di grave broncospasmo. Questo fenomeno, scientificamente chiamato "thundestorm asthma", è stato identificato dalla correlazione fra la presenza di fenomeni temporaleschi in una determinata zona e l'incremento di ricoveri

ospedalieri d'urgenza per asma. Quindi un buon consiglio per i polinosici è quello di rimanere possibilmente in ambienti chiusi se minaccia un temporale. Inoltre, nella complessa interazione ambiente-allergia non dobbiamo dimenticare il ruolo dell'inquinamento atmosferico che, come è stato documentato, peggiora la sintomatologia allergica respiratoria e al tempo stesso favorisce le sensibilizzazioni allergiche. Infatti le particelle incombuste prodotte dai motori diesel complessandosi con il pol-



line presente nell'atmosfera ne potenziano l'attività allergizzante. Non va inoltre sottovalutata l'allergia al veleno di imenotteri (api e vespe), che pur numericamente inferiore a quella respiratoria è responsabile di gravi reazioni anafilattiche che purtroppo durante la scorsa estate hanno portato al decesso di tre persone nella nostra regione. La complessità e la rilevanza numerica delle allergopatie impone, come adeguata risposta medica, modelli gestionali nuovi ed innovativi non solo mediante il coinvolgimento di più figure specialistiche ma soprattutto attraverso un'ampia e condivisa collaborazione con il territorio (Distretti e Medici di medicina generale) e al tempo

stesso una più capillare e scientificamente corretta informazione alla popolazione. In quest'ottica stiamo lavorando ad un progetto volto a valorizzazione il mezzo informatico per un contatto rapido con le realtà territoriali e con i pazienti. Abbiamo identificato nel sito web www.allergyverona.it il punto di più facile accesso sia per i colleghi del territorio (ai quali dedicheremo un'area riservata) che per i pazienti già in terapia presso la nostra Unità operativa. Inoltre verrà implementata la parte informativa per la popolazione. Ma il dato che ci sembra più pregnante sarà rappresentato dalla possibilità da parte dell'utente di utilizzare questionari standardizzati per l'autovalutazione della severità della patologia allergica. Per quei soggetti che raggiungeranno punteggi critici si suggerirà l'inizio di un percorso terapeutico specialistico in collaborazione con il proprio medico. La criticità più ovvia di questo progetto è l'identificazione del mezzo informatico come elemento essenziale di contatto fra il medico del territorio o il paziente ed il centro specialistico. Tuttavia la progressiva diffusione e disponibilità di mezzi informatici nella popolazione e la maggiore prevalenza della patologia allergica in classi di età (giovani e adulti) che utilizzano nella quotidianità tale approccio possono garantire una significativa adesione al progetto, come integrazione dell'irrinunciabile approccio clinico. Un'altra fonte di informazione interessante per il paziente allergico è il sito dell'Arpa del Veneto (<http://www.arpa.veneto.it/bollettini/htm/allergenici.asp>) che è in grado di fornire il bollettino pollinico di Verona e provincia, oltre che di tutta la nostra Regione.

**a cura
del Servizio di Allergologia
dell'ospedale civile maggiore**

È nato a Verona l'Osservatorio nazionale sulla violenza domestica. Coinvolti i Pronto Soccorso cittadini

Donne

17

DOVE ABITA LA PAURA

Verona è sede dell'Osservatorio nazionale sulla violenza domestica, nato dall'accordo tra l'Università scaligera e l'Osservatorio epidemiologico nazionale dell'Ispesl (istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro). È la prima struttura in Italia mirata a monitorare scientificamente il fenomeno. Tanti i suoi scopi: valutare quantitativamente gli episodi, individuare strumenti di intervento, supportare gli organi competenti per inserire nel codice penale una tipo-

logia di reato specifica. Sono molte le realtà del territorio che si trovano a fare i conti quotidianamente con la violenza domestica e che collaborano perciò con l'Osservatorio: dall'Azienda ospedaliera al Comando provinciale dei carabinieri, dalla Questura alla Procura della Repubblica. In particolare, per quanto riguarda l'ospedale, sono stati coinvolti il dottor Francesco Buonocore, primario del Pronto soccorso dell'Ospedale maggiore, e il dottor Claudio Pistorelli, primario al Pronto soccorso del Policlinico. Allarmanti i dati veronesi sul fenomeno: in sei mesi, infatti, mille sono stati i casi di violenza documentati, sette le persone morte tra le mura domestiche e due i tentati omicidi. Oltre il 70 per cento delle violenze sono a carico delle donne e l'emerso è il 20 per cento circa del totale. A spiegare le funzioni e gli scopi dell'Osservatorio è la professoressa Marina Bacciconi, che dal 2002 ha iniziato un capillare lavoro di monitoraggio del fenomeno sul territorio veronese: «Bisogna aiutare le donne vittime di violenza a trovare un lavoro e ad acquisire autonomia».

«Questa nuova struttura svolge un ruolo rilevante per conoscere gli atti di violenza in modo metodologicamente corretto ed esaustivo - le ha fatto eco il professor Antonio



Moccaldi dell'Osservatorio -. Fondamentale è avviare iniziative di prevenzione primaria per contenere il fenomeno e limitarne le conseguenze. Infatti è soltanto rimuovendo le motivazioni di fondo che le violenze potranno nel tempo ridursi o cessare. Per questo è importante conoscere la violenza domestica attraverso dati mirati e appropriati, che descrivano il fenomeno sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo». Moccaldi prosegue spiegando che «dall'indagine del 2005 sono emersi alcuni dei fattori che di solito caratterizzano l'accaduto. Interessante è, ad esempio, l'andamento delle violenze domestiche per sesso nella fascia d'età 0-17 anni: fino a 5 anni non risultano differenze numeriche tra i due sessi, dai 6 ai 13 anni gli atti violenti sono soprattutto a carico dei maschi, dai 14 anni in su sono invece le femmine a risultare più esposte».

Il ministro della Salute Livia Turco, intervenuta all'incontro di presentazione dell'Osservatorio, ha sottolineato che è importante l'alleanza tra i tre ambiti di salute, giustizia e ricerca scientifica nel comune intento di contrastare il fenomeno. «Vogliamo realizzare una normativa ad hoc - ha dichiarato - e sviluppare processi conoscitivi per comprendere e prevenire la violenza domesti-

ca, che sappiamo essere uno dei maggiori problemi di salute pubblica». Secondo il procuratore della Repubblica Guido Papalia, «spesso la violenza domestica nasce all'interno della relazione di coppia. Le aggressioni più preoccupanti sono quelle ripetute nel tempo che si trasformano in ingiurie, minacce, percosse e lesioni. Lo scopo è quello di limitare la libertà della vittima per ridurre la capacità di autodeterminazione e sottoporla ai propri voleri». Papalia ha sostenuto

che «gli strumenti repressivi oggi a disposizione sono del tutto inadeguati. I comportamenti assillanti e persecutori, infatti, non consentono l'adozione di misure cautelari personali. Solo in alcuni casi, non facili da individuare, si può efficacemente intervenire, contestando il reato di maltrattamenti. A mio parere, un intervento legislativo efficace deve assicurare una tutela anticipata con la previsione di un reato di pericolo, strutturato come i delitti di attentato».

A porre l'accento sulla gravità del fenomeno a livello locale è stato anche l'assessore regionale alla Sanità Flavio Tosi: «A Verona i casi di violenza tra le mura domestiche hanno registrato un notevole aumento. È perciò fondamentale comprendere le cause di questo incremento, attribuibili ai cambiamenti del modo di vivere e alla crisi dei valori morali oppure a una maggiore maturità e coscienza nel denunciare. Occorre agire con decisione su due fronti: prevenzione e repressione. La Regione è pronta a fare la sua parte organizzando una rete che, attraverso i medici di medicina generale e la Psichiatria territoriale, possa fare emergere le situazioni problematiche prima che degenerino».

Paola Arosio

CINQUANT'ANNI AL TOP

Mezzo secolo di trapianti alla cornea. Un intervento necessario per combattere una degenerazione della capacità visiva non correggibile con gli occhiali. La degenerazione della cornea colpisce il 2 per mille della popolazione: la metà è giovane (per lo più affetta da Cheratocono) mentre il resto, di età più avanzata, è afflitta da "degenerazione corneale senile".

La cornea è la parte anteriore e trasparente dell'involucro più esterno dell'occhio: quando è sana è trasparente e ha curvatura regolare. Se la cornea diventa opaca oppure assume la forma anomala di un cono, o ancora viene danneggiata da traumi o infezioni, la vista non è più la stessa e non c'è occhiale che tenga: serve operare. In Italia il primo trapianto corneale si deve al primo donatore di cornea: don Carlo Gnocchi. Nel 1956 le sue cornee furono trapiantate su due ragazzi non vedenti che poi riacquistarono la vista. Il gesto del sacerdote, il successo dell'intervento chirurgico scossero l'opinione pubblica a tal punto che all'acceso dibattito scaturito seguì il varo della prima legge che disciplinava il trapianto di organi.

Miracoli del cuore e della scienza: don Carlo Gnocchi fu sottoposto ad un trapianto perforante; un metodo usato ancora oggi ma destinato ad essere sostituito dal trapianto lamellare. A spiegarci la differenza tra queste diverse tecniche chirurgiche corneali è il dottor Roberto Bellucci, dell'Unità operativa di Oculistica dell'Azienda ospedaliera di Verona: "La cornea ha un diametro di circa 11 mm: con il trapianto perforante si sostituisce a tutto spessore un bottone centrale che ha un diametro che varia dai 7 ai 9 mm. Ciò significa sostituire tutti gli strati della cornea. Se invece si interviene solamente sugli strati ammalati, si fa chirurgia lamellare". I trapianti lamellari sono stati applicati con successo una decina di anni fa dall'olandese Melles, che ha perfezionato una tecnica già usata a Vienna nel 1904. I due



Da sinistra Giorgio Marchini e Roberto Bellucci

trapianti (il perforante e il lamellare) hanno altre differenze. Le illustra il professor Giorgio Marchini (direttore della Clinica oculistica dell'ospedale di Borgo Trento): "Premessa essenziale: un trapianto alla cornea (sia di tipo perforante che lamellare) richiede comunque una riabilitazione di alcuni mesi. Tuttavia con le tecniche lamellari, con le quali si asporta solo la parte malata della cornea, la riabilitazione è meno lunga, si hanno meno forme di rigetto e i risultati durano più a lungo". Nel trapianto di cornea, che è un tessuto privo di vasi, il rigetto è raro. Però quando si verifica può rendersi necessario sostituire anche la cornea trapiantata. È il dottor Bellucci a precisare che "il successo dell'operazione si dimezza ad ogni intervento: da un iniziale 95% si passa ad un 50%, poi a un 25%. Quando entrambe le cornee devono essere sostituite, si opera un occhio alla volta, con un anno di distanza fra la prima e la seconda operazione. I pazienti sono sottoposti a narcosi (ad anestesia generale)".

Il progresso tecnico non è finito. L'ultima novità in tema di trapianti corneali è il trapianto endoteliale, applicato sui pazienti anziani: si recupera la capacità visiva in meno di due mesi. Gli eccellenti risultati raggiunti si devono non solo a maggiori conoscen-

ze e a tecniche d'avanguardia, ma anche ad una maggiore snellezza legislativa. Nel 1993 la legge sulla regolamentazione del trapianto di cornea (prima equiparata agli altri organi) ha sbloccato una situazione che di fatto impediva la crescita e l'operatività delle strutture italiane scalzate dalla concorrenza di altri centri stranieri. Una concorrenza burocratica, non scientifica, visto che nelle Unità operative dell'azienda ospedaliera di Verona si effettuano trapianti alla cornea in linea con le più avanzate metodologie applicate in altri paesi. A ribadirlo è il professor Marchini: "Da noi gli interventi di chirurgia corneale sono al più alto livello, non abbiamo nulla da invidiare agli altri centri". Una eccellenza supportata anche dalla strategica vicinanza di Verona con Mestre, dove esiste la Fondazione Banca degli Occhi del Veneto (FBOV) che detiene il primato europeo per la qualità e l'efficienza organizzativa con cui opera. La Banca degli occhi fornisce cornee da trapianti, membrane amniotiche (per curare traumi, infezioni e causticazioni, cioè ustioni da calce), cellule staminali amplificate. Non va dimenticata la generosità delle donazioni. Grazie ad una scelta di grande altruismo le cornee trapiantate a Verona nel 2006 sono state 104.

Carlotta Zavattiero

**Nel mondo 124 milioni di persone sono ipovedenti
L'esperienza i Africa di alcuni medici veronesi**

Volontariato

19

LA PIAGA DELLA CECITÀ

Ignorare i problemi equivale un po' alla cecità. Molti dei pazienti di Adriana Bonora, dirigente medico della Clinica oculistica dell'Azienda ospedaliera di Verona invece, dopo la visita rimangono colpiti dalle fotografie appese alle pareti dello studio: ritraggono la drammatica situazione dei paesi africani del Togo e del Tanzania che la dottoressa ha iniziato a conoscere dal lontano 1989, portando il suo aiuto a quanti hanno problemi di vista. Viaggi e spese tutti sostenuti a titolo personale, ma grande supporto ricevuto dai contributi dei pazienti del suo servizio di Immunopatologia che a seconda delle disponibilità arrivano a versare in un anno anche migliaia di euro da devolvere alle strutture ospedaliere missionarie africane in cui opera. Sono milioni, invece, le persone con seri problemi alla vista. Balzano agli occhi le recenti cifre dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità: 124 milioni di persone nel mondo vivono in un limbo indefinito di luci ed ombre, la cosiddetta ipovisione che nella maggior parte dei casi è l'anticamera della cecità, ossia il buio totale. Per un quarto degli ipovedenti basterebbe un paio di occhiali per avere una vita normale e uscire dall'isolamento e dall'emarginazione sociale che la cecità può comportare se si nasce in Paesi poveri. I non vedenti attualmente sono 37 milioni che potrebbero raddoppiare e raggiungere i 75 milioni nel 2020. Un milione e 443mila sono bambini. Il dato significativo è che il 90% delle persone non vedenti vive nei Paesi in via di sviluppo. Sono dieci le possibilità in più che un individuo di tali Paesi possa perdere la vista rispetto a chi vive in una nazione industrializzata. Il motivo è facilmente intuibile: malnutrizione, assenza di medicine e di cure adeguate. Senza contare la carenza di oculisti: in Africa, ad esempio, ce n'è uno per ogni milione di abitanti. Vi

sono però molti medici specialisti che mettono a disposizione la loro professionalità come volontari. La dottoressa Bonora partirà il prossimo maggio per il Tanzania, uno Stato a sud del Kenia. Destinazione: l'ospedale di Ikonda, gestito dai missionari della Consolata di Torino. In due settimane affronterà un centinaio di operazioni. «Gli interventi più frequenti sono per cataratta - spiega Bonora - poi traumi oculari e perforazioni. Ma ci sono anche casi in cui è necessaria la asportazione dell'occhio a persone già cieche che soffrono di dolori lancinanti e insopportabili. A costoro forniamo delle protesi estetiche che inviamo dall'Italia». Molti dei pazienti sono bambini che vengono sottoposti ad operazioni oftalmoplastiche in seguito ad ustioni causate dalle condizioni in cui vive la maggior parte di essi. La dottoressa dice che vivendo in capanne di fango e paglia in cui si cucina su pietre capita spesso che le abitazioni prendano fuoco o che i piccoli si avvicinino pericolosamente ai "fornelli" riportando bruciature. Condizioni di vita impensabili per noi occi-

dentali confermate drammaticamente anche dal dottor Emilio Pedrotti, ricercatore universitario della Clinica oculistica, un altro italiano "volenteroso" che ha fatto la prima esperienza intercontinentale proprio sotto la guida della dottoressa Bonora. La sua prossima destinazione sarà la Guinea-Bissau, Africa occidentale, a sud del Senegal, dove a Bor, nell'omonima clinica pediatrica, è in fase di completamento una sala operatoria che sarà funzionante a tutti gli effetti nel 2008. Dice Pedrotti che «molto spesso si opera la cataratta. Un'opacizzazione del cristallino dovuta in genere all'età ma che in Africa colpisce individui già a 40-45 anni. E persino i bambini non ne sono immuni, visto che la stessa può essere congenita o una conseguenza di traumi. L'intervento è relativamente semplice e, una volta operata, si prescrivono delle gocce da mettere per qualche settimana». Pedrotti si sta occupando dell'organizzazione del reparto oculistico del polo ospedaliero in Guinea.

Carlotta Zavattiero



La foto "Ad occhi chiusi sul mondo" di Stefano De Luigi vincitrice del concorso "Obiettivo uomo" 2006 patrocinato da Fondazione Toniolo di Verona nell'ambito del premio Ucsi. Lo scatto riprende il piccolo Abdu orfanello cieco di Kigali in Ruanda aggrappato alle vesti di un'assistente sociale

Accettare la fragilità

di padre Giacomo Bonaventura*

Dal mio punto di osservazione vedo diverse facce dell'esperienza del "perdere la salute".

Persone che fino a qualche giorno prima non avevano problemi e poi tutto ad un tratto si trovano in sala operatoria o in un letto delle cure intensive di Cardiologia. Altre che da piccoli segnali di disturbi iniziano una serie infinita di esami per poi scoprire malattie gravi. Altri ancora che convivono da anni con malattie croniche che li costringono a cure mai finite e a forti limitazioni. In tutti, anche se con modalità diverse vi è la presa di coscienza a volte drammatica di una fragilità che prima non riconoscevano come propria e di conseguenza la scoperta dell'importanza della salute "persa".

Possiamo dire: niente di nuovo sotto il sole! È l'esperienza che da sempre ogni uomo di ogni latitudine del pianeta fa quando sbatte contro il limite della malattia.

Quello che è cambiato rispetto ad un passato recente è la nostra reazione di fronte al limite e alla malattia. Se fino a qualche decennio fa prevaleva un senso di rassegnazione, che a volte diventava fatalismo passivo, oggi vedo un marcato senso di incredulità che diventa rabbia e pretesa. Non è solo "come mai è successo a me", ma "non doveva succedermi". I motivi di questa diversa reazione sono tanti: dalla maggior capacità di intervento da parte della medicina alle migliorate possibilità economiche, dalla sicurezza acquisita rispetto al futuro alle più precise conoscenze dei meccanismi umani. È cambiata la nostra reazione alla malattia ed è cambiata la nostra idea di salute. La pensiamo e la viviamo come "qualcosa" che ci appartiene, la cui gestione dipende totalmente da noi, dalle cure che prodighiamo, dallo stile di vita che assumiamo e non possiamo tollerare che sia abitata dalla fragilità. Come Prometeo abbiamo rubato il fuoco agli dei e ci illudiamo di essere eterni, o se non



eterni almeno in grado di gestirci con le nostre forze e la nostra tecnologia medica. Abbiamo conquistato sicurezza, autonomia, capacità di combattere le malattie, abbiamo però perso per strada equilibrio e senso del limite.

È ancora possibile scoprire significato in ciò che non dipende totalmente da noi? Vale ancora la pena cercare un senso nella vulnerabilità e nelle ferite dell'esistenza? O bisogna solo fuggire lontano da esse perché non fanno parte della nostra esperienza e ci risultano ostacoli incomprensibili?

Non voglio fare il saccente anche perché non so come reagirò io di fronte a malattie e al dolore. Quello che vedo, però, sono i cammini di molte persone che incontro, che hanno il coraggio di lasciar parlare la loro esperienza.

Così Marco, un ragazzo di 17 anni, quasi morto a causa di un incidente in motorino. È stato in coma per una settimana, poi si è risvegliato. Adesso, per le numerose fratture, deve stare fermo per tre/quattro mesi e poi lentamente recuperare. Mi ha raccontato che sta capendo tante cose da quel letto, che la voglia di rialzarsi è tanta ma che è cambiato lui. Un modo diverso di vedere la realtà, gli amici, i genitori, la fidanzata, Dio. Fa ancora lo spaccone e non so dove lo porterà questa situazione, ma il suo sguardo è diventato risoluto e fa domande che prima non avrebbe mai fatto.

**La salute non
è fatalismo e
nemmeno pretesa
È l'umile
accoglienza
di un'esistenza
bella ma fragile**

Così Anna e Fausto, due giovani sposi che improvvisamente hanno dovuto fare i conti con una malattia del loro figlio appena nato, una malattia che rischia di lasciare problemi neurologici permanenti. Tanta paura, confusione, angoscia, ma anche ricerca di aiuto, di preghiera, di condivisione. Mi ha colpito in loro la lucidità di riconoscere le paure e contemporaneamente di non lasciarsi sopraffare da esse. Non si nascondono niente, si appoggiano l'uno sull'altro e cercano insieme possibilità, soluzioni per sé e per il loro bimbo.

Così Amedeo un anziano che da più di 20 anni è in dialisi. Ha una carica umana e spirituale che spezza ogni resistenza di chi lo incontra. Un buon umore e una profondità che ti mette a tuo agio e ti fa domandare come è possibile essere così. Ti racconta senza fronzoli di come Dio è stato buono con lui e come lui lo ringrazia continuamente. Non è facciata, neanche retorica, ma il suo aver fatto i conti con la vita e le sue fragilità e trovarla ancora gustosa.

Sono solo alcune persone che mi hanno raccontato che la salute non è solo fatalismo, non è neanche pretesa. È invece l'umile accoglienza di un'esistenza bella ma tanto fragile, è il lasciare parlare l'esperienza, anche quella che fuggiremmo volentieri, e scoprire il suo senso per noi, nuove possibilità, un equilibrio diverso.

* Cappellano dell'ospedale

Il Centro medico-sportivo di Borgo Trento è un punto di riferimento per chi vuole iniziare un'attività

Sport e salute

IN MOTO CON GIUDIZIO

Buona abitudine quella di oliare lo strumento corpo con la stessa cura con cui si lucidano gli sci o si gonfiano le ruote di una bicicletta. Lo sport fa bene, ma prima passate da un medico. Torna la primavera e con lei i buoni propositi. Si rispolverano biciclette, racchette da tennis o scarpe da ginnastica. Poi compaiono dolori articolari o muscolari che, persistendo nel "fai da te" possono anche peggiorare. Chi si vuole bene fa sport e prima di qualsiasi attività fisica dovrebbe fare un controllo in un Centro medico sportivo. Nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona c'è una struttura completa, il Servizio di traumatologia e medicina dello sport. Nato alla fine degli anni Ottanta, nel tempo il Centro si è guadagnato anche la stima di squadre rinomate come il Chievo (che si appoggia qui per il settore giovanile) e la Marmi Lanza la squadra di pallavolo di serie A che dalla metà del dicembre scorso gli ha affidato il coordinamento della parte sanitaria. Un punto di riferimento per le società sportive professionistiche e amatoriali, ma soprattutto per tutti gli sportivi "della domenica". A spiegare i compiti istituzionali del centro è il dottor Gian Maria Giulini, specialista in Medicina dello sport come gli altri tre membri dello staff medico della struttura: Mariano Bertaiola, Roberto Zanon e Marina Masiero. «Offriamo assistenza medica a tutti quelli che fanno sport, non solo a professionisti. È più importante seguire chi pratica sport a livello amatoriale perché a differenza dei professionisti o degli iscritti ai gruppi federali non ha nessun controllo. E sono tantissimi, una base molto ampia per fasce di età e tipologie di sport praticato». Giulini, anche ortopedico, insiste sull'importanza della visita: «Il test potrebbe rivelare problematiche ignorate da chi fa sport, che si crede sano mentre non lo è: recentemente è venuto un podista di



L'équipe del Servizio di Traumatologia e medicina dello sport con al centro Gian Maria Giulini

50 anni, che è sempre stato bene. Abbiamo scoperto invece che aveva una seria patologia cardiaca». Emerge a questo punto l'unicità della struttura: se in fase di test compaiono problemi il Centro, essendo integrato nel tessuto aziendale ospedaliero di Borgo Trento, può fornire ulteriori controlli (di tipo cardiologico, nefrologico, pneumologico o altro) grazie all'accesso rapido a tutte le competenze e specificità dei reparti di cui necessita lo sportivo: un aggancio diretto che altri centri medico-sportivi non possono garantire. A partire dai 35 anni i controlli sanitari diventano "doverosi": è a questa età che possono iniziare a comparire problemi cardiorespiratori diventa allora obbligatorio il test da sforzo al ciclo ergometro. Si pedala su una bicicletta portando cuore e polmoni ad uno stato di fatica simile a quello dell'attività sportiva. Il resto dell'esame è costituito per tutti da un test da sforzo (lo "step test" in cui il cuore è messo sotto sforzo per tre minuti) preceduto e seguito da un elettrocardiogramma basale. Poi la spirometria (si valuta la capacità polmonare), l'esame urine, l'esame della vista, la misurazione della pressione arteriosa. Tutto dura una mezz'ora. Il certificato di idoneità sportiva rilasciato è valido in media un anno. Inoltre grazie a particolari macchinari si studia l'atleta dal

punto di vista cardiorespiratorio per migliorarne le performance. Chiunque abbia un obiettivo di rendimento si può rivolgere al Centro che, dopo il rilascio del certificato, studia un programma di allenamento personalizzato, stabilendone l'intensità, la frequenza e la durata. Nonostante la scarsa "cultura dello sport" del nostro paese (statistiche del Coni del 2006, rilevano che gli italiani che svolgono regolare attività fisica sono circa il 30%) il Centro ha visto un incremento dei suoi utenti. Conclude Giulini: «Negli ultimi due anni gli sportivi che si sono rivolti a noi per i nostri servizi, sono aumentati in modo costante e continuo. Se prima i nostri utenti erano soprattutto giovani fino ai 18 anni, ora invece sono più coinvolte altre fasce di età che vogliono una maggiore sicurezza personale. E questo è un segnale positivo».

Carlotta Zavattiero

www.medicinadellosportverona.it

Orario segreteria: dal lunedì al venerdì (dalle 8.30 alle 16)

Segreteria: 045 812.2721, fax: 045.812.2699

Visite di idoneità: dal lunedì al venerdì (dalle 10 alle 16)

Consulenza nutrizionale: il martedì (dalle 10 alle 12)

Visite di traumatologia sportiva: il lunedì (dalle 15 alle 17)

MEDICINA DI LABORATORIO E MEDAGLIE OLIMPICHE

Qualsiasi attività sportiva o fisica che richieda impegno muscolare, determina modificazioni dell'organismo, nel corso e per effetto dell'allenamento specifico. Nella moderna concezione dello sport competitivo, le tecniche d'allenamento ed il continuo monitoraggio fisico e biochimico delle prestazioni occupano un ruolo determinante per il raggiungimento dei vertici prestazionali e dei successi nelle competizioni. Le attività sportive devono essere analizzate in base al tipo di impegno muscolare che esse determinano ed alle relative richieste energetiche. In questo ambito si colloca l'attività che il Laboratorio di Biochimica clinica, ematologia e biologia molecolare clinica dell'ospedale policlinico diretto dal Professor Gian Cesare Guidi svolge da anni in ambito di medicina dello Sport. L'attività prevede una serie di strette collaborazioni con i vertici dello sport nazionale, sancite da un accordo in essere con la Federazione ciclistica italiana (Fci) e la Federazione nazionale sport invernali (Fisi). Dal 2001, data di inizio delle convenzioni, il Laboratorio del Policlinico ha analizzato con frequenza quasi mensile, i campioni di sangue ed urine di oltre 70 atleti appartenenti alla nazionale di sci di fondo, 20 atleti appartenenti alla nazionale di pattinaggio su ghiaccio ed oltre 250 ciclisti professionisti e dilettanti. In molti casi i campioni da analizzare sono stati prelevati direttamente nella sede del ritiro degli atleti, dalla Valle d'Aosta all'Emilia Romagna, dal personale medico del Laboratorio, il dottor Gian Luca Salvagno in primis. Tra altre attività sussidiarie che il personale del Laboratorio svolge a titolo personale, il prof. Guidi ed il prof. Giuseppe Lippi sono responsabili del monitoraggio biochimico ed ematologico di atleti professionisti e dilettanti tesserati con l'Unione ciclistica internazionale (Uci) e con la Federazione ciclistica italiana (Fci) e membri della Commissione



Il trionfo azzurro nella staffetta 4x10 di fondo: atleti seguiti dal laboratorio del Policlinico

medica della Fisi (Federazione italiana sport invernali). Lippi è inoltre membro della Commissione per la tutela della salute che fa capo al Comitato olimpico nazionale italiano (Coni) e che dovrà emanare le nuove regole per i controlli sugli atleti professionisti e dilettanti aderenti alle federazioni medico-sportive del Coni.

Il monitoraggio biochimico ed ematologico degli atleti ha il principale significato d'associare le variazioni dei parametri in esame ai risultati di allenamenti e competizioni, al fine di individuare le strategie più idonee per conseguire i migliori risultati. Con gli esami di laboratorio, ad esempio, è possibile definire se un particolare carico di lavoro, realizzato in una determinata località (livello del mare, altitudine) sia in grado di elevare le performance di base di un atleta professionista o di comprometterne i risultati. Nello specifico caso degli atleti della nazionale di sci di fondo, essi sono stati periodicamente sottoposti a variazioni della tipologia di allenamento, che hanno consentito d'i-

dentificare la strategia più efficace per incrementare le prestazioni senza compromettere il recupero.

La collaborazione con il gruppo coordinato dal professor Federico Schena (direttore del Cebism di Rovereto e Responsabile medico della squadra nazionale di sci nordico) ha consentito di raggiungere traguardi sportivi d'assoluto rilievo. Nelle recenti Olimpiadi invernali di Torino gli atleti seguiti dal Laboratorio dell'ospedale Policlinico hanno vinto 4 medaglie d'oro e 3 d'argento. Altri successi di prestigio sono stati conseguiti dai ciclisti professionisti, tra i quali s'annoverano gli innumerevoli successi parziali nelle competizioni di maggior rilievo nazionale ed internazionale (oltre 15 vittorie parziali a Giro d'Italia e Tour de France), le molteplici vittorie del ciclista spezzino Alessandro Petacchi nel 2001, il primo ed il terzo posto assoluti di Paolo Savoldelli e Pietro Caucchioli al Giro d'Italia del 2002, il titolo nazionale in linea di Enrico Gasparotto nel 2005.

L'intervento del rettore Alessandro Mazzucco nel corso dell'inaugurazione dell'anno accademico 2006-2007

E venti

UN ATENEEO CHE CRESCE

di Alessandro Mazzucco*

Investimento per migliorare la didattica universitaria; sviluppo delle attività di ricerca scientifica, con una specifica apertura alla cooperazione con il territorio; realizzazione del piano edilizio finalizzato alla costruzione del Campus Universitario di Veronetta.

Sono questi i tre punti programmatici dell'Università degli Studi di Verona per il prossimo triennio che ho richiamato all'inaugurazione dell'anno accademico, lo scorso gennaio, alla presenza del ministro dell'Economia, Tommaso Padoa-Schioppa, e dei rappresentanti delle istituzioni veronesi e regionali, oltre che del mondo economico, produttivo, finanziario, sanitario e sociale.

Grazie alla manovra finanziaria del 2006 e agli interventi previsti nel 2007 - con una quota destinata ad investimenti per spese discrezionali di 18.470.000 euro, pari all'11,93% del totale degli stanziamenti di spesa - questi punti programmatici hanno avuto una realizzazione che riteniamo possa essere considerata esemplare.

La didattica

I nostri obiettivi sono l'incentivazione della qualità dell'offerta formativa attraverso il raggiungimento di requisiti qualificanti e l'avvio di processi di valutazione interna della didattica; l'incremento dei corsi in lingua straniera e l'avvio di insegnamenti ufficiali anche in lingua inglese; il consolidamento delle dotazioni di Facoltà; la previsione di fondi per l'acquisizione di materiale e di attrezzature per i laboratori didattici, per le biblioteche e l'apertura di queste anche nei giorni prefestivi e festivi; la promozione dell'attività di formazione continua e dell'e-learning; la chiamata di studiosi dall'estero; l'asse-



Il rettore dell'università di Verona, Alessandro Mazzucco

gnazione in sede di manovra finanziaria 2006 di ulteriori fondi per l'importo di un milione di euro finalizzati alla programmazione di nuovi posti di ruolo. Il nostro Ateneo ha oggi, fra personale docente e ricercatore, 861 unità e 694 dipendenti dell'area tecnico-amministrativa. Si tratta di risorse indispensabili per un'Università, qual è quella di Verona, in costante crescita come risulta anche dall'aumento del 7% delle immatricolazioni.

Nell'azione di miglioramento della didattica si è inoltre investito in servizi agli studenti: l'apertura festiva e serale delle biblioteche centralizzate; l'incremento delle attività di orientamento e di tutorato; ma soprattutto una serie di iniziative sviluppate dal Servizio informatico di Ateneo che hanno consentito di produrre in anteprima nazionale un forte programma di e-governement, denominato **e-Univr**, che ci pone all'avanguardia nella gestione informatica e telematica di una serie di servizi agli iscritti all'Ateneo e agli studiosi.

La ricerca

L'Università è la sede fondamentale della attività di ricerca di un Paese; questa specifica competenza va difesa e rivendicata. Lo strumento migliore per ottenere tutto ciò è misurarla nella sua qualità.

In questa direzione sono già state avviate alcune iniziative: il riconoscimento del ruolo della ricerca nella programmazione degli organici del personale, anche tecnico; la costituzione dell'anagrafe della ricerca e la costruzione di un appropriato sistema di valutazione dei prodotti scientifici e dei risultati; l'avvio delle scuole di dottorato e l'attivazione di posti di dottorato con programmi internazionali.

Testimone del significato attribuito al ruolo della ricerca è il peso del finanziamento a questo capitolo che è passato dagli 8,5 milioni di euro del 2005 ai 9 milioni di euro del 2006, ai 10,5 milioni di euro del 2007.

Sono stati incrementati del 5% le risorse disponibili destinate a studi e ricerche finanziate dall'Ateneo,

del 25% il finanziamento degli assegni di ricerca a carico dell'Ateneo che ammontano ora a 2.270.000 euro, e di ben il 30% il co-finanziamento dei progetti di ricerca di interesse nazionale e di interesse strategico per l'Ateneo. Particolarmente significativo è l'impegno dell'Università degli Studi di Verona per i dottorati di ricerca. Inoltre, sempre a favore delle strutture di ricerca, è previsto un ulteriore investimento in "Grandi Attrezzature Scientifiche", per il quale già in sede previsionale è stata attribuita una quota di 500.000 euro.

Va inoltre sottolineato il successo dell'iniziativa per la realizzazione di progetti di ricerca congiunti con enti ed imprese del territorio "Joint Projects". Questa innovativa proposta aveva l'obiettivo di valorizzare la diffusione dei programmi e il trasferimento dei risultati delle attività di ricerca condotte dall'Università di Verona alle imprese, nonché di avviare sistematici rapporti con il tessuto economico e in particolare con le piccole e medie imprese. "Joint Projects" ha visto il co-finanziamento, stanziato dall'Università degli Studi di Verona con un fondo di 500.000 euro, valorizzato ad un totale complessivo pari a 2.246.244 euro in progetti di ricerca. In considerazione della strategicità e del successo dell'intervento, dall'anno 2007, il bando "Joint Projects" sarà finanziato ordinariamente in sede previsionale con 500.000 euro.

D'altra parte, l'intero territorio regionale va manifestando una forte richiesta di potenziamento delle attività di natura scientifica prevalentemente nei settori a dominante contenuto tecnologico che sono, purtroppo, in qualche modo disertati dagli studenti. L'industria ha un immenso bisogno di innovazione e ricerca, le aziende hanno bisogno di tecnici. Anche il territorio veronese ha sottolineato la richiesta di sviluppare laboratori di ricerca ed iniziative formative in grado di rispondere alle peculiarità del tessuto produttivo ed economi-

TUTTI I NUMERI DELL'UNIVERSITÀ

L'Università degli studi di Verona continua a crescere. Nell'anno accademico in corso l'ateneo scaligero conta 21.779 studenti iscritti, 465 in più rispetto al 2005/2006. Un significativo aumento è stato registrato anche per quanto riguarda le immatricolazioni, che sono passate dalle 5.077 dell'anno 2005/2006 alle 5.358 di quest'anno. Con le sue otto facoltà, i 36 corsi di laurea triennali, i 29 corsi di laurea specialistica, il corso di laurea magistrale a ciclo unico in Giurisprudenza e quelli di laurea specialistica a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e protesi dentaria, l'Università di Verona offre un'ampia scelta formativa che spazia da Economia, a Lettere e filosofia, a Lingue e letterature straniere, a Scienze della formazione fino ad arrivare a Scienze matematiche fisiche e naturali, Medicina e Scienze motorie. A questa già ricca offerta devono essere aggiunti 35 master, 9 corsi di perfezionamento e 41 scuole di specializzazione.

A scegliere l'Università di Verona sono soprattutto le donne, dato che dei 21.779 iscritti nell'anno accademico 2006/2007 ben 14.169 sono studentesse, mentre gli studenti di sesso maschile sono "soltanto" 7.610.

Ad un forte incremento degli studenti è corrisposto anche un aumento del personale docente, passato da 690 a 779 unità, e di quello tecnico amministrativo, salito da 552 a 641 persone.

Negli ultimi anni, inoltre, l'ateneo scaligero ha dimostrato di essere molto sensibile al collegamento tra i



propri studenti e il mondo del lavoro. Ben 1.501 sono stati gli stage attivati nel 2006, contro i 1.352 dell'anno precedente, e 3.520 i tirocini, contro i 2.674 del 2005. Nell'ambito della mobilità studentesca, inoltre, l'Università di Verona conta 210 università partner ed è collegata con 34 Paesi tra cui Danimarca, Malta, Lettonia, Norvegia tra quelli europei e Argentina, Burundi e Stati Uniti tra quelli extraeuropei. Nell'anno in corso sono 331 gli studenti che si trovano all'estero, mentre sono 243 quelli stranieri che attualmente stanno trascorrendo un periodo di studio a Verona.

Vera punta di diamante dell'ateneo scaligero è la facoltà di Medicina e Chirurgia, passata dai 3.462 iscritti del 2005/2006 ai 3.558 del 2006/2007. Lo scorso anno il Comitato di indirizzo per la valutazione della ricerca ha indicato quella scaligera come migliore facoltà di Medicina italiana. Ad essere premiata è stata la qualità della ricerca, che ha così superato altre università come quelle di Napoli e Milano.

co. Su questo ci stiamo muovendo con gli altri atenei veneti e con la Regione.

Il programma edilizio

Il piano edilizio è una creatura già in vita, frutto di un accordo di programma stipulato con il Ministero dell'Università, la Regione Veneto ed il Comune di Verona, ed è già progredito al punto di aver ottenuto

l'approvazione del progetto esecutivo e avviato l'appalto per l'esecuzione dei lavori sul Silos della caserma Santa Marta, dove sorgerà il polo didattico di Economia, la cui completa realizzazione è prevista nel giro di circa tre anni.

Con l'acquisizione e la ristrutturazione della Caserma Santa Marta, ha inizio la prima fase di una complessa opera che prevede l'estensio-

ne verso la vastissima area dell'ex caserma Passalacqua per la costruzione di un "Campus aperto": un campus all'interno del quale la presenza dell'Università (aule, laboratori, studi docenti, servizi) si integri con la creazione di spazi cittadini finalizzati allo sviluppo di un polo urbano della cultura. Nel campus, l'integrazione tra vita del quartiere e vita dell'Università dovrebbe realizzare un centro di grande pregio, piena vivibilità ed attrazione.

Su di un altro versante della città, nella cosiddetta Cittadella del Diritto, è in via di definizione un accordo con il Comune di Verona per la consegna di una porzione del Palazzo Verità-Montanari, in modo da avviarne - e concludere entro giugno 2007 - la progettazione per il suo completo restauro che andrà a completare l'attuale prestigiosa, ma assai costretta, sede rappresentata dall'adiacente palazzo ex-Zitelle. Compatibilmente con gli aspetti

tecnici, l'Ateneo si propone di avviare entro il 2007 i lavori per la parte di immobile consegnata dal Comune, così da mettere al più presto a disposizione della facoltà di Giurisprudenza ulteriori spazi indispensabili per le sue esigenze didattiche e scientifiche.

Il fabbisogno finanziario per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano edilizio ammonta a 71.510.207 di euro, dei quali 26.430.236 sono già stati da noi accantonati. Per l'attuazione del Piano edilizio 2007/2011 restano da acquisire 45.079.969 euro, da reperire mediante il ricorso a finanziamenti esterni a titolo di contributo, a fondi governativi attraverso un atto aggiuntivo all'Accordo di Programma Mur/Università già esistente e a un prestito finanziario dalla Banca Europea degli Investimenti.

Nei piani dell'ateneo non voglio

dimenticare i rapporti con l'Azienda ospedaliera, ormai di diritto qualificabile come Azienda ospedaliero-universitaria integrata, anche se non ne è ancora stata formalizzata giuridicamente la costituzione, ma è stata approvata la parte generale del protocollo d'intesa che ne prevede la costituzione dal Consiglio di amministrazione dell'Università e dal Consiglio regionale del Veneto. La rivisitazione dei rapporti tra università e ospedale si è iniziata sotto le direttive del preside della Facoltà di Medicina, professor Michele Tansella, e del direttore generale, dottor Valerio Alberti, con spirito costruttivo, coscienti di avere il mandato per edificare una nuova struttura che da una appropriata integrazione tragga maggior forza, non solo sotto il profilo professionale ma anche del peso politico.

*** Rettore dell'Università
degli Studi di Verona**

UN CENTRO PER STUDIARE LA SOCIETÀ MULTICULTURALE

In una società multiculturale caratterizzata dalla presenza di cittadini immigrati di origine straniera e dagli effetti della globalizzazione dei mercati, non poteva mancare nell'Università degli studi di Verona un centro che si occupasse di ricerca e didattica "interculturali" mirate al mondo della scuola, delle imprese, del sociale e della salute. Ecco allora il Centro studi interculturali, diretto da Agostino Portera (*nella foto*), direttore del Dipartimento di Scienze dell'educazione della facoltà di scienze della formazione. Il Centro studi interculturali organizza quest'anno due Master universitari: il Master, con formazione a distanza, in "Comunicazione interculturale e gestione dei conflitti" (il primo in Italia che impieghi l'e-learning) dove vi è anche un insegnamento dedicato alla medicina e al suo rapporto con pazienti stranieri; e il Master Fse-Regione Veneto, per

laureati disoccupati o inoccupati, in "Comunicazione interculturale nelle organizzazioni e nelle relazioni internazionali". Entrambi i Master si inizieranno questa primavera.

«Miriamo allo studio e alla ricerca in ambito interculturale, nonché alla qualificazione dei percorsi scolastici ed extrascolastici, agli interventi educativi, di consulenza psicopedagogica, di formazione e di specializzazione professionale», spiega Agostino Portera, professore ordinario di Pedagogia interculturale. «Scuola, imprese, mondo del sociale, mass media, istituzioni: il nostro ruolo è di aiutare a comprendere una società multiculturale e sempre più complessa, trasformando i problemi della globalizzazione e dell'immigrazione in risorse».

Il Centro studi interculturali ha sede al Dipartimento di Scienze dell'Educazione, nella facoltà di



Scienze della formazione dell'Università degli studi di Verona, in via Vipacco 22, ed è dotato di una sezione di biblioteca con testi scientifici e materiale didattico. Per contattarlo: 045.8028147 (dal martedì al venerdì, ore 10-12.30), email: csi.intercultura@univr.it. Sito Web: <http://fermi.univr.it/cshint>

L'INTESTINO IN CRISI

Come diagnosticare e curare le malattie infiammatorie croniche dell'intestino come ad esempio la colite ulcerosa ed il morbo di Crohn? Alle novità diagnostiche, terapeutiche ed alle modalità di gestione di questi pazienti da condividere tra medici specialisti e medici di medicina generale, è dedicato il convegno organizzato dalla Divisione di gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento, diretta dal dottor Arrigo Battocchia. «Malattie infiammatorie croniche dell'intestino. Nuove soluzioni per vecchi problemi» è il titolo accattivante dell'appuntamento scientifico in sala Marani articolato in tre sessioni riguardanti l'inquadramento clinico, le possibilità di cura e la gestione dei pazienti nel tempo.

«Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino sono rare, ma non rarissime, tanto che ogni medico di medicina generale conta tra i suoi assistiti alcuni di questi pazienti - spiega il dottor Silvio Caliarì, referente del Servizio di fisiopatologia digestiva dell'ospedale e coordinatore del convegno -. Colpiscono soprattutto giovani adulti, dai 20 anni, e durano tutta la vita, caratterizzate da periodi di quiescenza clinica e da fasi di riacutizzazione». La diagnosi risulta complessa perché il quadro clinico è molto eterogeneo ed è quindi spesso necessario ricorrere ad indagini strumentali invasive come la colonscopia o la gastroscopia per giungere alla diagnosi. Nelle fasi in cui la malattia si riacutizza, talvolta occorre ricoverare il paziente. «Nel caso della colite ulcerosa, all'esordio, i sintomi sono spesso simili a quelli del colon irritabile - aggiunge lo specialista - Nel caso del morbo di Crohn, invece, tutto il tratto gastrointestinale, compreso l'esofago, può essere interessato in maniera segmentaria, alternando tratti esenti da malattia ad altri con



Arrigo Battocchia

infiammazione a tutto spessore della parete intestinale».

La causa delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino non è nota, ma in persone geneticamente predisposte l'infiammazione, esistente a livello della mucosa intestinale per la presenza di microbi patogeni e non, di allergeni e tossine che dal lume intestinale premono sulla mucosa, non è più controllata, diventa clinicamente evidente e dura tutta la vita. La patologia finora si diagnosticava con metodi invasivi come la gastroscopia, la colonscopia, il clisma opaco ed il clisma del tenue. «Nel convegno sarà fatto invece il punto sui metodi di diagnosi meglio tollerati dai pazienti come l'ecografia, la risonanza magnetica e la tac con mezzo di contrasto, alle quali si ricorre soprattutto in sostituzione alla colonscopia e alle metodiche radiologiche tradizionali. Inoltre ci si confronterà sull'utilizzo della videocapsula o enteroscopia capsulare, in uso a Verona da quattro anni», prosegue il dottor Caliarì. Il paziente assume una capsula delle dimensioni di una grossa compressa. Dalla capsula, dotata di una piccola telecamera e di una radio trasmittente, arrivano per circa otto ore immagini del tratto gastrointestinale dallo stomaco al colon: lo specialista può così visionare nel dettaglio la situazione dei tratti dell'apparato digerente esplo-

rati. La capsula viene poi espulsa dal paziente con le feci.

Infine nel corso del convegno, al quale parteciperanno i rappresentanti dell'associazione Amici, che riunisce questi pazienti a livello nazionale, saranno presentate le novità terapeutiche per trattare le malattie infiammatorie croniche dell'intestino in sostituzione all'utilizzo del cortisone, usato con efficacia nelle fasi acute della malattia, ma non privo di effetti collaterali. «Sempre più spesso vengono invece utilizzati farmaci biologici, prodotti di ingegneria chimica che hanno come obiettivo specifiche molecole pro-infiammatorie e agiscono modulando lo stato infiammatorio alla base di queste malattie», sottolinea lo specialista. In alcuni casi, soprattutto per i pazienti affetti dal morbo di Crohn, quando la terapia medica



Silvio Caliarì

non è sufficiente, può rendersi necessario l'intervento chirurgico con piccole asportazioni del tratto gastrointestinale o con la plastica dei tratti ristretti senza che sia necessario asportarli. In ogni caso la cura del paziente affetto da malattie infiammatorie croniche intestinali è complessa, necessita di un intervento multidisciplinare e di un attento follow-up, con una stretta collaborazione tra lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale.

Valeria Zanetti

Media e salute: la dignità della persona ammalata ha sempre la precedenza sul diritto di cronaca

FOCUS

SE LA NOTIZIA FA MALE

di Mauro Paissan*

L'informazione può far male in generale, e ne abbiamo avuto esempi anche recenti in materia di cronaca giudiziaria, soprattutto in occasione della diffusione dei testi di intercettazioni quando persone nemmeno indagate hanno visto divulgate circostanze relative ad aspetti della propria vita privata senza nessun interesse per la pubblica opinione.

Ma l'informazione sulle persone malate può far ancor più male. Non ci si riferisce, ovviamente, all'informazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria o i problemi del Ssn, ché anzi questi dovrebbero stare sempre e più spesso sotto i riflettori dei mass media e all'attenzione della classe politica. Mi riferisco invece alla diffusione di informazioni e di dati sanitari di singole persone, che in quanto malate si trovano spesso in una condizione di debolezza o comunque di difficoltà psicologica. La diffusione di informazioni sanitarie può non solo aumentare il disagio che la condizione di malato porta normalmente con sé, alimentando la curiosità spesso morbosa del proprio ambiente sociale e professionale. Può anche diffondere paura, repulsione, stigmatizzazione sociale, discriminazione a danno del malato. (Per le stesse ragioni il Garante ha chiesto garanzie forti nel trattamento di quei particolarissimi dati personali che sono i dati genetici, capaci anche di rivelare lo stato di salute, attuale e futuro, delle persone).

Prima ancora della legge sulla privacy altre leggi hanno impedito la diffusione di informazioni sulle persone che contraggono alcune particolari malattie (in particolare l'Aids) o che si sottopongono a determinati trattamenti sanitari o terapeutici (es. aborto) o che sono vittime di reati contro la libertà sessuale.

La disciplina sulla riservatezza tutela in modo particolare le informazioni personali sulla salute anche nei con-



Mauro Paissan

fronti del diritto di cronaca, tentando di trovare un temperamento tra due diritti fondamentali, riconosciuti entrambi dalla nostra Costituzione.

GLI OBBLIGHI DEL GIORNALISTA

La diffusione dei dati sanitari può essere vista dal versante dei mezzi di informazione che decidono di pubblicare dati sulla salute e da quello degli operatori sanitari o anche delle forze di polizia che comunicano o diffondono ciò di cui sono venuti a conoscenza per ragioni di ufficio. Ovviamente i due aspetti sono in concreto collegati, perché i giornalisti traggono le informazioni spesso e volentieri proprio dagli ospedali e dai poliziotti. Però gli obblighi posti dalla legge sono diversi. Il giornalista può diffondere informazioni sulla salute di una persona anche senza il consenso di quest'ultima solo se questo è essenziale per realizzare il suo compito nei confronti dell'opinione pubblica, per perseguire cioè la finalità informativa. È dunque nella responsabilità del giornalista valutare volta per volta l'esistenza o meno dell'essenzialità dell'informazione sanitaria rispetto a notizie di interesse pubblico.

Ma il dato deve essere stato comunque raccolto in modo legittimo, senza sotterfugi e dichiarando la propria identità. Il Garante è intervenuto di recente contro la trasmissione le Iene,

che appunto con sotterfugi avevano raccolto dati sulla tossicodipendenza di alcuni deputati e dei frequentatori di una discoteca. Pratiche illegittime. Cos'è essenziale nell'esercizio del diritto di cronaca e cosa non lo è? In alcuni casi il discrimine è molto semplice: anche se l'insorgere della malattia o la circostanza che una persona sia malata e bisognosa di cure sono di interesse per la pubblica opinione, non è essenziale pubblicare il nome della persona malata, renderla riconoscibile.

Alcuni esempi, al riguardo, di provvedimenti del Garante.

CASI DI PERSONE CONTAGIATE DAL MORBO DELLA MUCCA PAZZA

Nel 2002 una ragazza siciliana contrae il morbo della mucca pazza: anche se non viene pubblicato il nome e cognome vengono diffuse una quantità di notizie (luogo di residenza, scuole frequentate, particolari su congiunti) che la rendono (seppur indirettamente) del tutto riconoscibile. Peraltro in questo caso furono molto probabilmente medici e ospedale a diffondere la notizia. La legge sulla privacy tutela anche la identificabilità indiretta. Il Garante dispone il divieto del trattamento.

Nel 2005 viene diffuso il nome di un uomo affetto dallo stesso morbo da parte di alcune agenzie di stampa (in un caso anche tramite sms), quotidiani e relativi siti web, cosa quest'ultima di particolare gravità data la difficoltà a cancellare dati personali dalla rete internet. Anche qui divieto di ulteriore diffusione, anche tramite siti web, delle generalità ed altri dati idonei ad identificare il malato.

CASO DELL'INVALIDO CIVILE MULTATO ALL'INTERNO DI UN NOSOCOMIO

Su un quotidiano è pubblicata la notizia di una multa elevata e poi cancellata dai vigili urbani all'interno di un

ospedale, a carico dell'auto guidata da un invalido civile di cui sono indicate generalità, età e comune di residenza e il fatto che l'invalido era lì per accompagnare la moglie al day hospital oncologico. Blocco dei dati. Ma l'interesse pubblico (che non va confuso con la semplice curiosità) non è l'unico criterio da seguire, perché il codice deontologico dei giornalisti pone in posizione centrale la tutela della dignità della persona malata.

La dignità e il decoro personale devono essere sempre rispettati, "specie in casi di malattie gravi o terminali" (art. 10 cod. deont.). E in ogni caso non possono essere pubblicati "dati analitici di interesse strettamente clinico": il codice ha qui fatto una valutazione preventiva, ritenendo che la pubblicazione di questi dettagli non corrisponde all'interesse pubblico e sacrifica intollerabilmente la dignità e in alcuni casi anche il decoro del malato.

CASO LADY DIANA



Un settimanale pubblica foto di Diana mentre arrivano i primi soccorsi e altri dati personali risultanti dall'autopsia. Sono anche pubblicati documenti sanitari con dettagli clinici, compreso un modulo prestampato dove il medico legale ha indicato le ferite riscontrate sul corpo di Diana. Il giornalista deve, poi, acquisire le informazioni rispettando norme specifiche che proteggono l'identità di persone colpite da particolari malattie (ad es., come già ricordato, dall'Aids) o che hanno subito menomazioni della salu-

te a causa di particolari condizioni, si pensi alle vittime di reati (soprattutto in caso di reati contro la libertà sessuale o se la vittima è un minore di età).

"MI HAI TRASMESSO L'AIDS..."

Riportando la notizia di una condanna un quotidiano pubblica le generalità della persona offesa e il contenuto dell'offesa stessa, dalla quale si deduce l'esistenza della grave malattia.

GIOVANE SIEROPOSITIVO ARRESTATO

Un quotidiano pubblica le generalità e la fotografia di un giovane arrestato precisando che è sieropositivo. L'obbligo per il giornalista di acquisire lecitamente le informazioni significa anche astenersi dal diffondere dati ottenuti con violazione del segreto professionale, da parte di sanitari o appartenenti alle forze di polizia.

CASO DELLA STUDENTESSA DI GRAVINA

Di una giovane assassinata vengono diffusi dati sanitari coperti dal segreto professionale oltre a informazioni su vicende intime, abitudini personali, convinzioni religiose, non essenziali rispetto all'interesse della pubblica opinione ad essere informata.

DATI SULLA SALUTE DI MINORI

Se poi i dati riguardanti le condizioni di salute sono riferiti a minori l'attenzione del giornalista deve essere ancora maggiore. Nel sistema del Codice deontologico dei giornalisti, infatti, l'interesse del minore alla riservatezza è sempre considerato come primario rispetto al diritto di cronaca e di critica. Non solo la dignità del minore di età deve essere preservata nel modo più ampio possibile ma è necessario astenersi dal diffondere informazioni che potrebbero compromettere lo sviluppo equilibrato della sua personalità.

CASO COGNE

Un settimanale pubblica, anche in copertina, le immagini (cruente)

della scena del delitto di Cogne dove fu ucciso un bambino. Il Garante giudica le immagini lesive del principio di dignità dell'individuo e non essenziali rispetto all'interesse pubblico.

CASO DELL'ASSASSINO MINORENNE E DELLA SUA PERIZIA PSICHIATRICA

Un quotidiano pubblica i dati identificativi di un ragazzo minorenne che ha ucciso la sua fidanzata, minore anche lei. Vengono altresì divulgati ampi stralci della perizia medico psichiatrica disposta dal giudice minorile. La pubblicazione dei dati identificativi del minore e della perizia è illegittima, anche alla luce delle norme specifiche che vietano di identificare minorenni coinvolti in procedimenti penali (oggi la norma è stata estesa dal Codice privacy a tutti i procedimenti giudiziari).

LA PERSONA NOTA MALATA

Le persone note al grande pubblico, o perché ricoprono incarichi istituzionali o perché personaggi dello spettacolo, dello sport, etc., hanno, in linea generale, una tutela attenuata della propria sfera privata. Ma anche coloro che pagano il prezzo della notorietà dovendo esporre alla luce dei riflettori parte della propria sfera intima, hanno diritto di tenere riservate tutte quelle informazioni che non hanno alcun rilievo sul loro ruolo o sulla loro vita pubblica (art. 6, comma 2, Cod. deont.).

Il criterio generale è applicabile anche alle informazioni sulla salute e fermo restando che anche in questo caso è pubblicabile ciò che viene reso noto direttamente dall'interessato, sempre che notizie e immagini rese pubbliche in questo modo non ledano la dignità della persona, perché sarebbe responsabilità del giornalista astenersi dal diffonderle. (Caso di Silvio Berlusconi che annunciò di aver sconfitto un tumore). A volte può essere semplice applicare nel caso concreto questi delicati distinguo, altre volte meno.

Nel 2004 il noto politico Umberto Bossi, allora ministro della Repubblica, fu colpito da ictus e per un lungo periodo la famiglia chiese ed ottenne

il silenzio stampa sulle sue condizioni di salute e sugli effetti del male a breve e lunga scadenza. Con il passare del tempo da più parti si obiettò che si dovesse invece rendere noto se per l'uomo politico sarebbe stato possibile mantenere incarichi istituzionali (era candidato alle elezioni europee). Un conto è indulgere nel dettaglio sugli effetti della malattia, altro conto è la responsabilità nei confronti delle istituzioni e degli incarichi assunti, che si esprime anche nel rendere noto se si potrà ancora far fronte ai propri impegni, se le decisioni prese in costanza della malattia provengono effettivamente dalla persona cui l'incarico è stato affidato oppure da chi gli sta vicino.

Questo sembra proprio un caso in cui il ruolo pubblico di una persona consente, anzi in una certa misura impone, la diffusione di informazioni sulla salute, anche se non nel dettaglio.

A diversa soluzione si è giunti invece nel caso in cui un quotidiano locale (gennaio 2000) diede ampio risalto alla malattia di un politico della regione, diffondendo informazioni dettagliate sulle caratteristiche della grave malattia. Ben si sarebbe potuto informare sullo stato di salute dell'uomo senza riportare aspetti dettagliati della specifica patologia.

Anche a livello europeo si sono posti gli stessi problemi. La Corte europea dei diritti dell'uomo nel 2004 ha stabilito che la pubblicazione di un libro sulla salute dell'ex presidente francese Mitterrand era stata legittimamente bloccata subito dopo la sua morte ma a distanza di diversi mesi il divieto di distribuzione del libro non era più giustificato.

In Inghilterra la top model Naomi Campbell, dopo essere stata ritratta sul *Daily Mirror* mentre usciva da una clinica di riabilitazione per tossicodipendenti, ha ottenuto, oltre ad un risarcimento in denaro, di non poter essere più fotografata dal quotidiano inglese.

Decorso del tempo e pubblicazione di dati sanitari

Il trascorrere di un ampio periodo di tempo può far venire meno le ragioni che avevano giustificato la pubblica-

zione di informazioni sulla salute. Questo in applicazione del principio generale in base al quale i dati personali possono essere utilizzati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per raggiungere lo scopo iniziale.

CASO DELLA DOTTORRESSA VITTIMA DI UN'AGGRESSIONE

Una donna viene aggredita nel 2001 da uno sconosciuto che le provoca gravissime lesioni con un acido. A distanza di due anni alcuni quotidiani pubblicano nuovamente i dati identificativi della vittima, la sua immagine, la sua residenza e particolari sul suo stato di salute. Il Garante vieta l'ulteriore trattamento dei dati identificativi compresa l'immagine e ne dispone anche la cancellazione dai siti web delle testate giornalistiche.

GLI OBBLIGHI DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli operatori sanitari hanno specifici obblighi di segretezza sull'identità dei loro pazienti, le loro condizioni di salute e le terapie prestate. Sono infatti tenuti al segreto professionale dal Codice penale e dal Codice di deontologia medica, mentre il Codice privacy del 2003 obbliga gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici a trattare i dati personali sulla salute solo con il consenso dell'interessato (e in alcuni casi, con l'autorizzazione del Garante). Il consenso deve essere davvero consapevole e informato su tutte le possibili conseguenze derivanti dalla divulgazione di informazioni sulla salute.

CASO RAGAZZE ANORESSICHE

Un settimanale pubblica un'inchiesta sull'anoressia, con foto di ragazze malate. L'informazione che precede il consenso alla diffusione non può essere meramente formale, deve tener conto delle condizioni psicofisiche dei malati e della reale consapevolezza degli effetti derivanti dalla diffusione dei dati e delle immagini. Nel caso concreto secondo il Garante il centro di Neurologia pediatrica aveva agito correttamente.

In molti casi non è facile provare che la "fuga di notizie" proviene dall'interno della struttura sanitaria. Oppure la stessa direzione sanitaria non riesce ad evitare che dal proprio interno qualcuno riesca a far filtrare notizie all'esterno.

CASO DELLA DONNA INCINTA IN COMA

Un quotidiano pubblica informazioni che rendono riconoscibile una donna ricoverata in ospedale in stato di gravidanza e in coma irreversibile. Vengono riportati dati clinici della paziente e il contenuto delle conversazioni avvenute tra il personale medico ed il marito e il fratello della donna sulla decisione di provare a portare a termine o meno la gravidanza. La direzione sanitaria afferma di aver rispettato la riservatezza della donna e della sua famiglia e di non aver potuto identificare la fonte interna che ha fornito le informazioni al giornalista. Il Garante prescrive all'Azienda ospedaliera di adottare misure più efficaci anche sulla sicurezza dei dati trattati. Ad esempio: nel caso di cui si è già parlato, della ragazza siciliana contagiata dal morbo della mucca pazza, il provvedimento del Garante afferma che la diffusione delle notizie "ha verosimilmente la sua origine nella violazione di specifici obblighi di segretezza da parte di soggetti pubblici e di esercenti la professione medica".

IN FINE

Negli ultimi anni la sensibilità sia dei giornalisti che degli operatori sanitari nei confronti della riservatezza e della dignità della persona malata è molto aumentata. Ma non abbastanza, come dimostrano i casi in cui siamo stati costretti ad intervenire anche di recente, casi in cui la vicenda della malattia è ancora oggetto di spettacolarizzazione. La comune riflessione di giornalisti e medici sui temi del rispetto della dignità della persona ma anche del diritto dei cittadini ad essere informati, indica un metodo utile e fruttuoso.

*** componente del Garante privacy**

LA SANITÀ CHE CAMBIA

Come cambia l'ospedale di Verona: se n'è parlato approfonditamente nell'appuntamento annuale della Conferenza dei Servizi, inserito nel ciclo di incontri "Dire e fare per la salute" organizzato dal Coordinamento della Comunicazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria per offrire sia ai cittadini che agli "addetti ai lavori" il quadro delle attività e delle strategie di sviluppo dell'ospedale. L'edizione 2006 ha presentato un'importante novità: l'accreditamento per l'Educazione continua in medicina (Ecm) che ha sottolineato la valenza formativa della comunicazione. Tre le parole chiave dell'incontro: innovazione, ristrutturazione, interazione. Lo spunto è stato l'occasione per un ampio excursus del direttore generale Valerio Alberti sugli aspetti più salienti della vita dell'ospedale inserito nella rete assistenziale della Regione.

È sempre più necessario pensare l'ospedale nel contesto della programmazione veneta: lo ha affermato il segretario regionale alla Sanità e Sociale Giancarlo Ruscitti che nel suo intervento ha invitato alla collaborazione necessaria per ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e per far in modo che ciascun attore del sistema possa valorizzare il suo ruolo sinergicamente agli altri, in un contesto di obiettivi condivisi. La peculiarità degli ospedali di Verona e Padova, destinati a diventare Aziende integrate, è di rappresentare il top dell'assistenza ospedaliera veneta: ospedali per malati acuti che mettono a loro disposizione cure d'eccellenza, derivanti dal mix di assistenza, ricerca e didattica che esse esprimono.

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Verona, con le sue due sedi, è una realtà di riferimento per il Veneto ed è riconosciuta a livello nazionale come Centro sanitario di alta specializzazione per le attività



Un momento della Conferenza dei Servizi

di ricerca, assistenza e formazione. Tante le attività di eccellenza: dai trapianti alla Neurochirurgia, dalla Cardiocirurgia alla Chirurgia toracica, dal Centro ustioni alla Oncematologia. L'ospedale è anche un importante centro d'attrazione per pazienti che giungono da altre regioni. Le percentuali sono alte: quasi l'84% per la Fibrosi cistica, 70% per la Radiocirurgia stereotassica, 50,67% per la Cardiocirurgia, 58,10% per la Neurochirurgia, 59,01% per la Neuropsichiatria infantile, 48,2% per l'Oculistica. Fra le attività d'eccellenza i trapianti. Nel 2006 sono stati effettuati 17 trapianti di cuore, 52 di rene, 22 di fegato. Al top anche le tecnologie. Dallo scorso anno sono infatti attivi l'acceleratore mobile di elettroni per la Radioterapia intraoperatoria (Iort) e la risonanza magnetica tre Tesla. Quest'anno saranno invece installate la tac multislice a 64 strati per le radiologie e la Pet, la tomografia a emissione di positroni che riconosce le cellule tumorali. In arrivo anche la nuova Gamma Knife Perfexion, la radioterapia stereotassica

per la cura mini-invasiva di tumori, malformazioni vascolari e nevralgia trigeminale. Oltre alle tecnologie, sono all'avanguardia anche le procedure, come la Chirurgia mini-invasiva, la tecnica del linfonodo sentinella, l'utilizzo della biologia molecolare nella diagnostica, nuovi farmaci contro i tumori e le malattie autoimmuni. Fondamentali i concetti di multidisciplinarietà e pluriprofessionalità che si concretizzano nel Gruppo interdisciplinare veronese di Oncologia polmonare (Givop), nell'Unità multidisciplinare diagnostico-terapeutica di senologia, nell'Ambulatorio integrato di oncologia ginecologica, nel Gruppo interdisciplinare melanoma, nel Ambulatorio integrato di pneumo-allergologia e di dermatologia-allergologia. «Stanno evolvendo i modelli operativi - ha commentato Alberti - e un tema strategico è la formazione, sia di base che permanente. L'uso corretto delle risorse, che vanno utilizzate in modo appropriato, è una questione etica». Forte è la cooperazione dell'azienda con la Regione, per quanto

riguarda la rete di trapianti, con la provincia, per quanto riguarda il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento interaziendale di medicina trasfusionale e di radiologia, la Rete ictus, la Distribuzione diretta dei farmaci, il Progetto Alzheimer e la Telemedicina, e con il territorio, per quanto concerne la continuità assistenziale e in particolare la dimissione protetta, la ventilazione meccanica assistita, la nutrizione artificiale domiciliare e l'assistenza per le piaghe da decubito. Buona anche l'accessibilità dei servizi. Ottimi i tempi di attesa per la visita ginecologica o dermatologica oppure per la risonanza magnetica della colonna. Alcune criticità, sulle quali, come dice Alberti, «si sta lavorando», riguardano l'ecocolordoppler cardiaco, la visita cardiologica, la visita oculistica e la mammografia bilaterale. In primo piano la ristrutturazione dei due ospedali cittadini, che nel 2005 ha comportato l'investimento di oltre 10 milioni di euro per l'ospedale di Borgo Trento e di oltre 18 milioni di euro per il Policlinico. All'ospedale civile maggiore è aperto il cantiere per la costruzione del polo chirurgico e sono state completate le opere tecnologiche. L'opera, che terminerà a fine 2008, è finanziata con 50 milioni di euro dalla Regione e con 100 milioni dalla Fondazione Cassa di risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona. Per il Policlinico il finanziamento complessivo è di 75 milioni di euro, di cui 55 stanziati dalla Regione e 20 dalla Fondazione. «L'entità dei cambiamenti che stanno avvenendo è sorprendente – sottolinea il direttore generale – abbiamo pensato i lavori di ristrutturazione delle due sedi in modo unitario. Si tratta non solo di un adeguamento alberghiero, ma di un ripensamento progettuale che dia risposte alle nuove esigenze e ai cambiamenti di oggi, con lo sguardo rivolto al domani». Importante, in questo contesto, la collaborazione tra ospedale e università, che fa sì che assistenza, didattica e ricerca risultino integrate e che i processi diagnosti-

ci e terapeutici siano di continuo innovati, aggiornati e affinati.

Ne è persuaso Giovanni Pizzolo, direttore dell'Unità operativa di Ematologia al Policlinico. «Ricerca significa innanzitutto eccellenza assistenziale che passa attraverso l'innovazione e dovrebbe consentire al paziente di guarire nel modo migliore, senza distinzione di camici fra medici ospedalieri ed universitari. Significa studi clinici, soprattutto di fase 3 e 4; verifica dei risultati attraverso le pubblicazioni, che nel 2005 sono state 476 di cui 327 recensite su riviste con *impact factor*; infine la formazione, che consente di trasmettere quotidianamente il sapere. In proposito, è stato valutato che la facoltà di Medicina raggiunge livelli di eccellenza». A trattare i nuovi orizzonti tecnologici nella diagnostica è stato il direttore dell'Unità operativa di Neuroradiologia, Alberto Beltramello. Nella sua relazione ha sviluppato la tesi che lo sviluppo tecnologico oggi consente di disporre delle più sofisticate apparecchiature diagnostiche, ma che il loro utilizzo deve essere sempre sottoposto al criterio dell'appropriatezza.

I nuovi modelli assistenziali proiettano l'ospedale verso un futuro in cui l'ospedale si orienterà al potenziamento delle cure diurne. Lo ha spiegato direttrice del Dipartimento igiene, organizzazione e gestione ospedaliera, Emanuela Zandonà, sostenendo che «è opportuno che l'ospedale sia riservato a pazienti in fase acuta e post-acuta e che la permanenza dei malati sia il più breve possibile. Attualmente si sta passando da un modello per funzioni a un modello per processi, con la riduzione dei ricoveri ordinari e l'aumento del day surgery. Le piattaforme organizzative consentono la condivisione di risorse umane, spazi e tecnologie. Importante è il concetto di cure graduate sulla base dell'intensità assistenziale».

Significativa è l'interazione dell'Azienda con la rete territoriale dell'Ulss 20. Un puzzle composito che le due realtà stanno costruendo



Giancarlo Ruscitti

insieme. A parlare dei progetti comuni è il direttore sanitario dell'Ulss 20, Gianni Tessari, assieme a quello dell'Azienda Luciano Flor. Ne è uscito un quadro in evoluzione che già presenta esperienze interessanti come gli screening oncologici (di cervice uterina, seno e colon retto) coordinati da un apposito ufficio con sede a Marzana. Due importanti strutture territoriali di supporto all'ospedale sono gli hospice di Marzana e di Cologna Veneta, creati per migliorare la qualità di vita dei malati oncologici con cure palliative e terapia del dolore. Sono stati attivati anche numerosi accordi con i medici di medicina generale per omogeneizzare l'attività sul territorio. L'obiettivo comune ad Ulss 20 e ospedale di Verona è mettere il paziente al centro del sistema. Ne sono un esempio anche i protocolli per le dimissioni protette che favoriscono la continuità assistenziale nel passaggio del paziente dall'ospedale al territorio e la creazione della rete per il trattamento dell'infarto miocardico acuto in emergenza che coinvolge diversi attori: Suem 118, Pronto Soccorso, cardiologie e di quella per il trattamento dell'ictus encefalico.

Paola Arosio

Delicato come un prematuro

Il neonato prematuro, dopo la nascita, deve rispondere rapidamente ad una grande varietà di richieste fisiologiche che includono respirazione, assorbimento di nutrienti, perdita di liquidi e termoregolazione.

In queste pagine cercheremo di spiegare quanto sia delicato questo periodo di adattamento, cioè quanto sia importante dare le giuste cure ai piccoli neonati che al momento della nascita non hanno completato a pieno il loro sviluppo.

Il neonato interagisce con l'ambiente attraverso i sistemi autonomo, motorio, comportamentale, ed ogni agente destabilizzante rispetto ad uno di essi, va a compromettere anche la stabilità degli altri, in quanto strettamente correlati tra loro. Nel neonato a termine questi sistemi vanno incontro ad una sincronizzazione nei primi giorni di vita. Per quanto riguarda la nascita prematura, invece, il sistema sinattivo è meno organizzato e va incontro facilmente a destabilizzazione. Di conseguenza eventi che per un neonato a termine sono considerati normali possono facilmente essere fonte di stress per il neonato pretermine.

Il neonato prematuro, inoltre, non è

in grado di manifestare sintomi come il dolore, ed è completamente incapace di autoregolarsi e proteggere i suoi organi da insulti esterni. Questo spiega come qualsiasi pratica assistenziale (rilevazione del peso, applicazione di sonde ed elettrodi, igiene..) se eseguita senza considerare la vulnerabilità del sistema nervoso centrale del prematuro, possa risultare stressante.

Il neonato prematuro, a differenza del bambino a termine, presenta molteplici problemi anche per quanto riguarda la barriera epidermica. Infatti, mentre nel neonato a termine questa ha funzioni protettive simili a quelle di un adulto, nel prematuro essa è ancora in fase di sviluppo, quindi non in grado di assolvere alla sua funzione protettiva. Alla 24a settimana di gestazione l'epidermide ha sviluppato i suoi strati intermedi, tuttavia lo strato corneo, a diretto contatto con l'ambiente esterno, è ancora in fase di sviluppo.

Questo significa che la funzione di barriera, che dovrebbe essere esercitata dall'epidermide, è al minimo stadio. Circa alla 30a settimana di gestazione si completa la formazione di tutti gli strati dell'epidermide,

ma questo non è sufficiente e il rischio di infezioni e di trauma è molto elevato.

In pratica, si considera che la pelle inizi ad essere, dal punto di vista funzionale, matura intorno alla 33a - 34a settimana di gestazione, mentre alcuni studi hanno dimostrato che dopo alcune settimane dalla nascita (circa tra le 2 e le 4 settimane postnatali) si completa la formazione dello strato epidermico, indipendentemente dall'età gestazionale.

Nel periodo che intercorre tra la nascita prematura di un neonato e la completa maturazione della sua cute è quindi molto importante tutelare il piccolo da ogni possibile insulto ambientale e ridurre al minimo gli interventi terapeutici che possono essere fonte di grande stress e causare, inoltre, danni a carico degli organi sensoriali.

I principali fattori di rischio sono la perdita di liquidi attraverso la traspirazione cutanea (TEWL), l'assorbimento dei farmaci, la rimozione di adesivi, ed i traumi da pressione. Il Trans Epidermal Water Loss è la quantità d'acqua che, in forma di vapore, riesce ad attraversare lo strato corneo. Si tratta di un flusso pressoché continuo. Ogni danneggiamento della barriera epidermica può comportare una maggior perdita d'acqua, e l'applicazione di sostanze impermeabilizzanti (unguenti, oli) può essere dannosa perché impedisce la normale traspirazione.

Esistono due modi per contrastare l'eccessiva perdita di liquidi per via transcutanea: aumentare l'impermeabilità della barriera epidermica attraverso l'applicazione di membrane, tessuti o fogli impermeabili e modificare l'ambiente in cui vive il neonato, mantenendovi un'umidificazione superiore al 70%.

L'epidermide delicata del neonato prematuro è facilmente danneggiabile anche attraverso dei traumi che potrebbero sembrare trascurabili, ma che si sono rivelati essere molto deleteri per la cute dell'infante. Il fattore principale e più comune che incrementa il rischio di danno cuta-





neo è la rimozione di adesivi. Questi sono utilizzati per il fissaggio di tubi, sonde, vie endovenose.

Al momento della rimozione degli adesivi, una parte dell'epidermide viene trattenuta e strappata via con loro, più questi sono resistenti ed efficaci, maggiore sarà il danno causato alla cute. La prevenzione di questi traumi è perciò molto importante e per ottenere un buon risultato è essenziale ridurre al minimo l'utilizzo di sonde per il monitoraggio del bambino e di adesivi che le mantengano aderenti alla pelle.

Durante una degenza nelle unità di cura intensiva neonatale, il prematuro viene disturbato pressoché costantemente, si arriva infatti a manipolarlo una media di 132 volte al giorno, una delle procedure che viene quotidianamente eseguita e che può rappresentare una notevole

fonte di stress è l'igiene.

Questa è però molto importante, poiché la pelle del neonato pretermine, entro le 24 ore dalla nascita, viene colonizzata da microrganismi. Le prime aree ad esserne colonizzate sono le ascelle, l'ombelico, l'addome, i genitali e l'inguine. Si considera che la colonizzazione preceda l'infezione e alcuni studi hanno esaminato i metodi volti a prevenire le infezioni paragonando la presenza di microrganismi sulla superficie cutanea prima e dopo il bagno e evidenziando che l'igiene permette di ridurre la presenza di microrganismi sulla superficie cutanea.

Per quanto riguarda l'utilizzo di saponi e detergenti, profumati o a base alcolica è dimostrato che essi possono causare ustioni alla pelle dell'infante, ed inoltre non risultano essere più efficaci dell'acqua, nella

riduzione della carica batterica sull'epidermide del neonato prematuro. Ecco perché è indispensabile utilizzare unicamente prodotti a base acquosa. L'utilizzo o meno di unguenti è anche un argomento tuttora molto dibattuto. Recentemente è stata pubblicata una revisione della letteratura a tale riguardo. La revisione, da un lato dimostra che gli unguenti sono utili per il miglioramento dello stato epidermico del neonato, dall'altro che essi sono correlati ad un incremento del rischio di infezioni. Di conseguenza se ne sconsiglia l'utilizzo nei piccoli prematuri.

Da ultimo, la frequenza con la quale andrebbero effettuate le cure igieniche viene trattata da più di qualche studioso, e l'intento è quello di capire se sia necessario disturbare quotidianamente il neonato pretermine per sottoporlo allo stress del bagno. È stato dimostrato che la carica batterica a livello dell'epidermide dopo le prime 48h dall'igiene della cute si stabilizza. Questo significa che non è necessario eseguire questa procedura quotidianamente. Da una ricerca emerge che sarebbe sufficiente eseguire l'igiene del prematuro ogni 4 giorni. Non viene, tuttavia, considerata in questi studi l'importanza del bagno per quanto riguarda il rapporto tra madre e bambino, che trova in questi momenti uno delle prime reazioni di interazione dopo il parto.

Il neonato prematuro è dunque un particolare tipo di paziente che necessita di molte attenzioni, di particolari cure per il suo essere impreparato al momento della nascita. È molto importante cercare di sostenerlo fino al completamento del suo sviluppo, aiutarlo nelle prime settimane di vita cercando di garantirgli un ambiente confortevole e un'assistenza adeguata. Queste cure perciò, svolgono un ruolo non meno importante di ogni altra pratica medico-assistenziale e richiedono una uguale attenzione e competenza.

**Tratto dalla tesi di Chiara Tosin
infermiera presso la Terapia
intensiva pediatrica
dell'ospedale civile maggiore
relatrice AFD Amabile Bonaldi**

Tra errori e contraffazioni

L'informazione sulla salute è fondamentale ed è parte indispensabile delle cure. Assumere farmaci a dosi appropriate, per un periodo di tempo definito, prima piuttosto che dopo/lontano dai pasti, da soli o in associazione con altre medicine, sono aspetti importanti per ottenere i benefici attesi e ridurre il rischio di effetti collaterali o di interazioni. Le difficoltà ad interpretare correttamente il contenuto dei foglietti illustrativi dei farmaci e le scarse informazioni che generalmente vengono date dal medico o dal farmacista al momento della prescrizione sono spesso fonte di ansia, apprensione e paure che possono portare ad un uso non corretto delle medicine.

Alla necessità di essere informati, si risponde cercando notizie da amici, conoscenti o riviste, programmi televisivi e siti internet che non sempre sono garanzia di qualità, affidabilità e indipendenza. Tra tante informazioni, a volte anche contrastanti, si può rimanere confusi, disorientati.

Esistono numerose e rilevanti fonti d'informazione sulla salute per i cittadini, sia in Europa che a livello internazionale, ma non sono abbastanza conosciute. Per distinguere le fonti autorevoli da quelle che non lo sono, viene in aiuto una dichiarazione congiunta realizzata da alcune organizzazioni europee e recentemente inviata ad istituzioni, industrie farmaceutiche ed associazioni dei cittadini. ("Joint Declaration on the position of health information to citizen" in www.isdbweb.org e box1). L'obiettivo è individuare criteri specifici per poter valutare la qualità dell'informazione sanitaria corretta che dovrebbe essere:

- affidabile: basata sulle evidenze (cita le fonti/studi clinici), obiettiva e aggiornata con completa trasparenza e autorevolezza su autori e finanziamento (lasciando la possibilità di rifiutare l'informazione influenzata da conflitti d'interesse);
- comparativa: in grado di evidenziare benefici e rischi di tutte le opzioni terapeutiche disponibili



(includendo, se appropriata, anche la scelta del non trattamento), oltre ad una spiegazione della storia naturale della malattia o condizione;

- adatta agli utenti: comprensibile, accessibile ed adatta al livello culturale di chi assume il farmaco.

Cosa possiamo già fare

Un primo passo per uscire da questo labirinto è prestare attenzione alla fonte da cui attingiamo l'informazione. Medico e farmacista restano figure di riferimento per un uso corretto dei farmaci. Se si inizia a navigare in altri lidi, non solo internet, potrebbe essere utile distinguere le fonti indipendenti/ istituzionali, da quelle con qualche interesse/commerciale perché sponsorizzate più o meno direttamente da aziende farmaceutiche. Ecco alcuni suggerimenti per un uso più consapevole dei farmaci.

- *Leggere il foglietto illustrativo*

L'industria farmaceutica ha un

ruolo specifico: deve fornire per legge, all'interno delle confezioni dei medicinali, informazioni chiare ed attendibili. La direttiva 2004/27/CE richiede che il foglietto illustrativo sia valutato dai pazienti. Questo è un passo particolarmente importante e necessario visto che le schede informative all'interno delle scatole di medicinali sono ancora un po' difficili da interpretare. Da un'indagine pubblicata su *Dialogo sui Farmaci* 6/2006, foglietti informativi personalizzabili dal medico sul singolo paziente, potrebbero aumentare il successo della terapia.

- *Chiamare i farmaci per nome*

Ogni medicina è tale per la presenza di uno o più

principi attivi, cioè sostanze che svolgono un'azione terapeutica. Se abbiamo la febbre e prendiamo una compressa di Tachipirina® (nome commerciale/di fantasia della specialità), in realtà l'effetto di abbassare la temperatura è dovuto ai 500mg di Paracetamolo, che è il principio attivo. Per ogni farmaco esiste un nome che è uguale in tutto il mondo, corrisponde al principio attivo espresso secondo la Dci (Denominazione comune internazionale). Creata nel 1953 dall'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) grazie alla Dci in qualsiasi farmacia del mondo, se chiediamo "paracetamolo 500mg", riceveremo sempre con certezza questo farmaco, cosa non così ovvia se usiamo il nome della specialità che lo contiene. Riconoscere la Dci dei farmaci più comuni, che assumiamo regolarmente o a cui siamo allergici garantisce una maggiore chiarezza e continuità terapeutica anche in caso di viaggi all'estero ed evita rischi dovuti alla confusione tra

nomi commerciali simili ma relativi a principi attivi completamente diversi. Chiedere al medico di prescrivere per Dci, cioè per principio attivo, è un modo per capire meglio come ci stiamo curando ed essere più consapevoli della nostra salute.

• *Evitare acquisti di farmaci su Internet*

La rete internet oltre ad offrire un numero enorme di siti di informazione sui medicinali è anche opportunità di acquisto diretto di prodotti e quindi anche farmaci. L'acquisto on line di farmaci non richiede garanzie su origine e provenienza dei farmaci, tanto che una stima dichiara che il 50% dei medicinali venduti in internet sono contraffatti. Il termine contraffatto si riferisce a farmaci o prodotti farmaceutici uguali nella confezione esterna, ma con alterazione nella concentrazione del principio attivo e quindi con risvolti su efficacia e salute. Il fenomeno della contraffazione dei farmaci, secondo l'Oms, ha raggiunto il 10% del mercato mondiale (pari a 35 miliardi di dollari/anno), con differenze notevoli a seconda delle aree geografiche. Nella maggior parte dei Paesi sviluppati, dove ci sono agenzie regolatorie e di controllo efficienti, il fenomeno si

stima attorno all'1%, in quelli in via di sviluppo varia dal 10 al 30%, con picchi allarmanti del 70%.

La maggior parte dei farmaci contraffatti sembra provenire dal Sud-Est asiatico e dall'Est Europa.

Nei Paesi ricchi sono contraffatti farmaci costosi che riguardano le "lifestyle drugs" (farmaci legati allo stile di vita): per la disfunzione erettile, contro l'obesità, dopanti (eritropoietina), antibiotici/antivirali e abortivi (misoprostolo).

Nei Paesi in via di sviluppo, con proporzioni allarmanti, sono contraffatti vaccini e farmaci necessari al trattamento di malattie comuni, quali malaria, tubercolosi e Hiv/Aids.

In questo contesto il ministero della Salute italiano ha istituito il progetto "Tracciabilità del farmaco". Ogni confezione è individuata da un codice unico, per cui è possibile seguire ogni passaggio della singola confezione di medicinale in tutta la catena distributiva, dalla sintesi alla farmacia.

Il fenomeno dell'e-commerce, in continua espansione è solo un'espres-



sione della complessità dei nostri tempi. Diffidare degli acquisti in internet e l'assunzione di prodotti o integratori per migliorare le performances fisiche, di cui non si conosce la provenienza sono regole base per evitare problemi di salute. La farmacia resta il luogo di riferimento e garanzia di qualità non solo di farmaco, ma anche per l'informazione e il confronto.

**a cura della redazione
di Dialogo sui farmaci**

ALLE FONTI DELL'INFORMAZIONE SUI FARMACI

Istituzioni/Enti che hanno firmato la dichiarazione congiunta "Joint Declaration on the position of health information to citizen". Il Testo completo è disponibile in www.isdbweb.org.

HEALTH ACTION INTERNATIONAL (HAI Europa)
Rete internazionale indipendente per l'accesso e l'uso razionale dei farmaci.
www.haiweb.org

INTERNATIONAL SOCIETY OF DRUG BULLETINS (ISDB)
Società Internazionale dei Bollettini sui Farmaci indipendenti dall'industria farmaceutica.
Dialogo sui Farmaci appartiene a

questa società dal 1999.
www.isdbweb.org

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITE (AIM)

Assicurazioni sanitarie e previdenziali autonome con orientamenti non commerciali.
www.aim-mutual.org

BUREAU EUROPEEN DES UNIONS DE CONSOMMATEURS (BEUC)

Associazione europea di consumatori www.beuc.org

MEDICINES IN EUROPE FORUM
Rappresenta pazienti, consumatori, sistemi assicurativi e professionisti

sanitari europei.

Numero Verde Unità d'Informazione sul Farmaco. Regione Veneto
800 51 83 18

FONTI NAZIONALI D'INFORMAZIONE SUI FARMACI PER IL CITTADINO

Dialogo sui Farmaci
www.dialogosuifarmaci.it
AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)
www.agenziafarmaco.it

Partecipa Salute
www.partecipasalute.it

Salutest
www.altroconsumo.it

L'OSPEDALE E LA CITTÀ

di Simona Agger*

Un ambito urbano europeo, e ancora più italiano, non è un insieme di edifici, di strade, di piazze su cui si affacciano palazzi storici e monumenti antichi. È un insieme di attività e funzioni che a quei luoghi hanno dato pregnanza di significato nel tempo. È soprattutto una stratificazione di significati e valori culturali e sociali, che fanno di quell'ambiente fisico "città" la "madre" dei cittadini, che continuano a plasmarla e ad arricchirne il significato, ma a cui essa dà in cambio il senso di appartenenza, un contributo alla definizione di una propria identità. Per altro le strutture sanitarie ospedaliere assommano una molteplicità di contenuti. Sono luoghi di lavoro e di produzione economica, come viene sempre più riconosciuto anche in ambito europeo, ma sono anche luoghi educativi e di integrazione sociale.

Se consideriamo il sistema urbano come una serie di elementi funzionali, avvertiamo subito che per capire questo "sistema" non possiamo soffermarci solo all'analisi degli elementi, siano essi la scuola, il teatro o le residenze, ma dobbiamo guardare anche alle loro relazioni. Proprio questa lettura ci porta subito ad avere il senso dell'importanza delle strutture sanitarie e ospedaliere.

Quale struttura, proprio per quello che si evidenziava sopra, è più ricca possibilità di interazioni con la propria comunità che l'ospedale?

Qualche anno fa in una intervista apparsa su *Ca' Granda*, il giornalista milanese Ferruccio De Bortoli sottolineava questo concetto affermando che l'ospedale è il luogo che nella sua città meglio di ogni altro "racchiude in sé, esaltandoli, i valori della cura, della ricerca, della solidarietà, del rispetto per il prossimo...Nel luogo in cui si guarisce si stipula con la comunità una sorta di



Simona Agger

contratto sociale". Queste affermazioni potrebbero apparire ovvie, ma in realtà ovvie non sono.

Dal dopoguerra e soprattutto a partire dagli anni Sessanta sono iniziati in Italia gli interventi nell'edilizia ospedaliera, molto spesso di sostituzione di quelli localizzati in edifici antichi e storici ed in condizioni fatiscenti. La finanziaria del 1988, con l'articolo 20 ben noto, ha autorizzato "l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti per l'importo complessivo di 30.000 miliardi di lire". Lo stanziamento era previsto in tre tranches triennali ridefinite in 9.400 miliardi ciascuna, cioè circa 5 miliardi di euro. Il programma ha poi avuto ulteriori finanziamenti, incluso quelli del cosiddetto art. 71 per i maggiori centri metropolitani. Si è trattato e si tratta del maggior programma di interventi nell'edilizia sanitaria di tutti i paesi europei. Gli interventi, sia quelli derivanti dai finanziamenti dell'art. 20 che i precedenti, hanno avuto in comune la tendenza prevalente alla realizzazione di nuove strutture, con un cambiamento sostanziale anche dal punto di vista tipologico.

L'ospedale, infrastruttura urbana, era rimasto tale nel tempo. Supera-

ta la localizzazione in una struttura edilizia antica, che apparteneva più al concetto di assistenza caritativa durata molti secoli, agli inizi dell'800 era nato l'ospedale a padiglioni sulla base di ormai evolute concezioni mediche e sanitarie. Benché richiedesse vaste aree, esso continuava ad essere concepito come una struttura urbana. Ma già agli inizi del '900 aveva cominciato a svilupparsi la nuova tipologia definita poi dal razionalismo "monoblocco". Si trattava di una tipologia finalizzata a superare le diseconomie della tipologia a padiglioni sviluppandosi in altezza. È con questa nuova forma spaziale-organizzativa, definita anche da un numero notevole di posti letto e con rilevante concentrazione di specializzazioni, che l'ospedale comincia ad essere localizzato in posizioni periferiche, in ambiti di scarsa urbanizzazione. In tempi recenti, non solo nel nostro paese, sono andate sviluppandosi e diffondendosi due tipologie di ospedali, che potremmo definire anti-urbani.

Si tratta da un lato di ospedali che pur essendo "a servizio di un determinato ambito urbano" vengono posizionati lontano da questi, oppure, caso frequente in questi ultimi anni e soprattutto in Italia, si tratta di nuovi ospedali che, sostituendo due o più inadeguate strutture esistenti, vengono posizionati "nel territorio", cioè in ambito agricolo, distanti dagli stessi insediamenti urbani che servono, in nome di una baricentricità, elevata a criterio fondamentale di equità nei riguardi dei "campanili".

All'ospedale, concepito come "aperto", di fatto si finisce per attribuire la funzione di "nucleo di condensazione" per lembi di aggregazione urbana, quasi come quelle grandi "mall", consolidate cittadelle del consumo, che hanno così efficace-



Una panoramica del cantiere del nuovo polo chirurgico di Borgo Trento

mente contribuito allo svuotamento della città americana. Insomma è come se funzioni commerciali e terziarie in genere, potessero riportare attorno all'ospedale quel tessuto urbano, che è rimasto altrove. Questo processo, o diciamo proposta di modello, è ben evidenziato nel famoso meta - progetto di ospedale elaborato dall'architetto Renzo Piano, con i relativi "comandamenti", di cui il secondo recita appunto "urbanità". L'ospedale non è la città-della della malattia, in orizzontale o in verticale, ma pezzo di città. Ecco quindi che il discorso ci riporta agli inizi ed alle affermazioni da cui siamo partiti.

Il rapporto ospedale-città, non è solo un problema di prossimità spaziale, quanto piuttosto di "condivisione", di integrazione funzionale, di presenza di valori culturali e sociali, e di facilità alla loro continua alimentazione, per i quali la vicinanza spaziale ha comunque un suo ruolo.

Non si vuole certo sostenere a priori che i progetti di rinnovamento ed adeguamento dell'edilizia sanitaria debbano sempre ed in ogni caso

portare al "dove era e come era", come per il campanile di San Marco, ma si vuole innanzitutto sostenere che in passato si è con troppa facilità fatto la scelta opposta di abbandonare le localizzazioni urbane delle strutture ospedaliere, senza averne capito il valore. Nessuno vuole negare l'importanza di aspetti quali l'accessibilità, anche per le emergenze e urgenze, le possibilità di parcheggio per chi vuole o deve raggiungere con mezzi propri l'ospedale, ma si vuol puntare l'attenzione al fatto che le soluzioni di allontanamento degli ospedali dai centri storici sono spesso state prese come le scelte più facili, senza tenere in considerazione relazioni tra città e strutture ospedaliere, che fanno di queste una risorsa nell'ambito della pianificazione strategica urbana.

Sarebbe utile al riguardo aggiungere a queste affermazioni, derivanti da alcuni studi in altri paesi europei e da considerazioni personali, dati derivanti da approfondimenti fatti ad hoc. Sono state realizzati, come ricordavo sopra, decine di nuovi ospedali collocati in contesti extra

urbani, si sono compiute e si stanno compiendo decine di ristrutturazioni, anche se spesso parziali. Uno studio approfondito può dare "evidenza empirica" ad aspetti quali: il costo delle localizzazioni extra urbane, anche solo in termini di garantire ai cittadini l'accesso ad ospedali periferici, il grado di integrazione fra contesto sociale ed urbano e quegli ospedali. Viceversa per gli ospedali rimasti in ambito urbano sarebbe importante determinare quanto la pianificazione urbana ne ha fatto proprie le esigenze.

La "simbiosi mutualistica" è stata trovata, bisogna dirlo, solo in pochi casi ed è importante, per non dire fondamentale, che proprio a Verona si parli di dar vita ad un "osservatorio sui rapporti città-territorio-strutture sanitarie" che, approfondendo questi temi, ci possa anche indicare le strategie appropriate per sviluppare tutte le sinergie potenziali, a beneficio di entrambi e soprattutto delle comunità.

***architetto, componente del Nucleo di Valutazione del ministero della Salute**

La stagione degli affanni

di Gelmino Tosi*

**Con la primavera
la natura si risveglia
Ma per alcune
persone si
manifestano dei
fastidiosi acciacchi.
Sole e cambiamento
di clima diventano
fonte di stress**



descrivono alcune di queste situazioni: abbiamo così la sindrome dello scirocco, quella del fion, del fronte ciclonico,

quella dei periodi temporaleschi. La primavera è la stagione più instabile e questi fenomeni meteorologici sono più frequenti che in ogni altra stagione dell'anno.

Le persone più frequentemente colpite da queste manifestazioni sono particolarmente sensibili perché spesso affette da malattie croniche che riducono la loro capacità di adattamento: persone affette da malattie sistemiche come artrosi, artriti, neuropatie (ad esempio diabetici), oppure con situazioni psichiche labili, ansiose, con pregressi episodi di depressione. È difficile ricercare una causa precisa che possa giustificare l'insorgere di tali sintomi e disturbi, c'è chi invoca un deficit del sistema di termoregolazione a livello dell'ipotalamo.

Vorrei aggiungere un'altra idea. Al nostro risveglio ogni mattina, per iniziare la nuova giornata siamo stimolati da un picco ormonale che favorisce il nostro metterci in moto

e iniziare i numerosi impegni. La primavera rappresenta un po' il mattino dell'anno, molti mammiferi si risvegliano per davvero dopo il letargo invernale.

L'impegno di ricominciare per alcune persone può essere vissuto come troppo gravoso, così come un depresso si sente peggio il mattino, quando si vede una nuova giornata da iniziare, con tutti i suoi impegni ai quali teme di non essere in grado di far fronte.

Dopo una stagione di stasi climatica, seppur fredda come l'inverno, la primavera si presenta come una mattinata frenetica con le sue variazioni di luce, con i suoi venti, i suoi temporali repentini, i suoi sbalzi di temperatura e questi fatti possono turbare alcune persone particolarmente sensibili, favorendo il riaccendersi anche di sintomi organici come dolori alle articolazioni.

Che fare allora, come contrastare queste spiacevoli situazioni? Non c'è una soluzione sicura e precisa. I fautori della teoria della compromissione del sistema di termoregolazione propongono frequenti bagni caldi e freddi per stimolare il sistema e favorire la circolazione sanguigna. Provare per credere.

Io credo che la cosa migliore sia parlarne con il proprio medico e cercare delle strategie per alleviare i sintomi più fastidiosi, ma soprattutto per comprendere il problema nella sua giusta dimensione, senza sottovalutarlo né sopravvalutarlo. Una buona presa di coscienza è il primo passo per aumentare la propria resistenza e capacità di adattamento. Poi ci sono i consigli di sempre: attività fisica soprattutto all'aperto, la luce stimola le funzioni vitali; idratazione (bere molto); favorire le relazioni umane, parlare e parlarne è sempre un'ottima terapia!

*** Medico di famiglia
e psicoterapeuta**

La primavera, com'è noto, è la stagione del risveglio, della ripresa. Per gli antichi Romani, prima della riforma del calendario introdotta da Giulio Cesare, marzo era il primo mese dell'anno, era infatti dedicato a Marte il Dio della guerra. Con la bella stagione essi potevano ricominciare a menar le mani e riprendere le numerose guerre che tutti abbiamo studiato sui libri di scuola.

Insomma dopo un lungo inverno è tempo di darsi da fare, di uscire di casa, intensificare le attività, in sintonia con la natura che in poche settimane esplode sotto i nostri occhi increduli e sorpresi di tanto sfolgorio di colori e di eccitazione. Tuttavia per gli esseri umani non è sempre così, qualcuno non regge questo ritmo naturale vertiginoso e, come un motore diesel troppo freddo, stenta a ripartire: per queste persone la primavera non rappresenta un evento stimolante e felice come dovrebbe essere.

I sintomi che manifestano sono soprattutto di tipo neuropsicologico e comprendono: ansia, difficoltà a sopportare stress emotivi, irrequietezza, senso di affaticamento, depressione, insonnia o stanchezza eccessiva, ipotensione. Non mancano però anche sintomi più organici come dolori alle ossa, alle articolazioni, muscolari, cefalea, sudorazioni, pesantezza di stomaco, difficoltà a digerire, tachicardia, senso di oppressione toracica.

Sono situazioni che possono essere iscritte nel più vasto capitolo delle metropatie e riguardano soggetti che hanno difficoltà ad adattare il loro organismo a repentini cambiamenti climatici, coloro che nel gergo popolare si dice "sentono il tempo", anzi spesso lo anticipano. Spesso questi sintomi sono altamente invalidanti, rendendo penose o addirittura impossibili per qualche periodo le normali attività quotidiane.

I termini tecnici dei meteorologi

La storia del rocambolesco furto di una parte del Trittico su cui veglia da secoli l'Azienda ospedaliera

Ospedale e arte

IL MANTEGNA RUBATO

Pagare il riscatto o perdere per sempre un gioiello d'arte di inestimabile valore? In questo dilemma si dibattevano il Vescovo di Verona, monsignor Giuseppe Carraro, l'Abate di San Zeno, don Martinelli, il direttore dei Musei civici di Verona, Licisco Magagnato, la soprintendente Cuppini, e Giambattista Rossi, presidente del Consiglio di amministrazione degli Istituti Ospitalieri insieme al capo dell'Ufficio legale e patrimoniale dell'ente, Giulio Olivi, nel corso degli incontri che si tennero nel giugno del 1973, in Vescovado, in seguito al furto di una parte del Trittico del Mantenga dall'altare della basilica di San Zeno. Uno dei più straordinari gioielli del patrimonio artistico cittadino, cuore della mostra "Mantenga e le sue arti a Verona", allestita alla Gran Guardia fino al 28 gennaio scorso, nella tarda primavera di 34 anni fa fu smontato e l'anta sinistra fu sequestrata da un gruppo di banditi, che la restituirono dopo pochi giorni in seguito al pagamento di un riscatto. Le vicende che portarono alla restituzione dell'opera sono state ripercorse da Giulio Olivi, che per la prima volta rivela come, per riottenere la parte del Trittico, venne pagato un cospicuo riscatto. «Io e Rossi ci eravamo ripromessi di mantenere il segreto almeno per trent'anni», ammette l'ex responsabile dell'ufficio legale e patrimonio degli Istituti Ospitalieri.

Tutto cominciò la mattina del 16 giugno, quando l'abate Martinelli, accortosi del furto, diede l'allarme. Sul posto, Rossi e Olivi, convocati in rappresentanza degli Istituti Ospitalieri, ente "tutore" (vedi box) della preziosa pala, trovarono i carabinieri impegnati nei rilievi. Neppure il tempo di prendere coscienza dell'accaduto ed ecco la telefonata dei ladri che minacciavano di distruggere l'opera se non avessero ricevuto entro tre giorni otto milioni di lire,

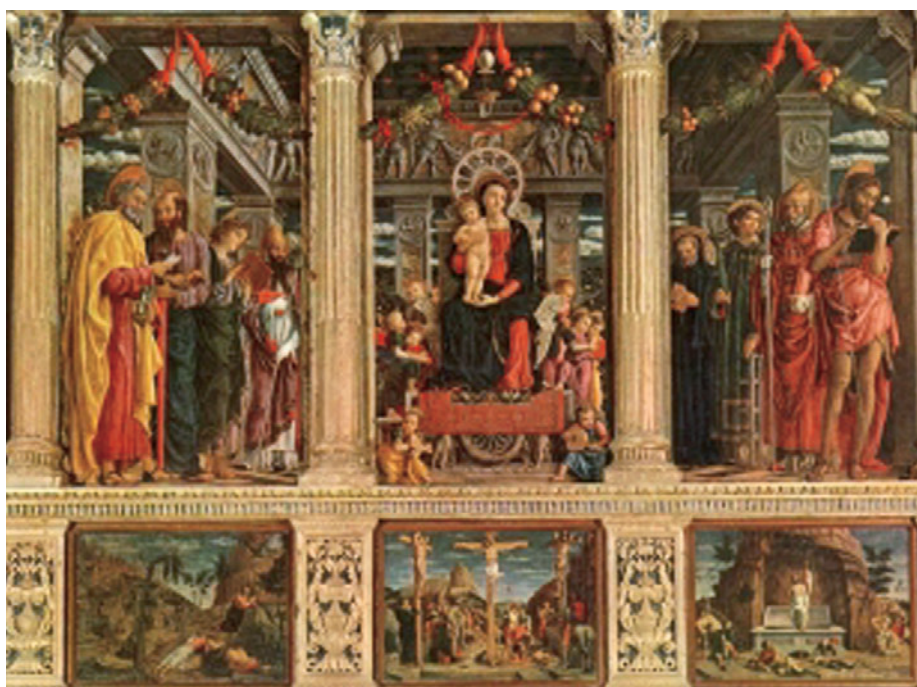


Un particolare della Pala di S. Zeno

pari alla cifra di 100 mila euro attuali. Una somma considerevole, difficile da mettere insieme. Così, mentre i carabinieri erano alle prese con le indagini, che ripercorrevano il filone dei furti di opere d'arte in Veneto, già numerose e culminate alcuni mesi prima con il sequestro della pala del Giorgione dal Duomo di Castelfranco, proseguivano in Vescovado le riunioni per elaborare la strategia da seguire. I carabinieri, infine, chiesero di assecondare le richieste dei malviventi per tentare di incastrare la banda. A questo punto, però, occorre procurarsi il denaro per il pagamento del riscatto. Rossi ed Olivi erano alle prese con un autentico rebus: dove trovare i soldi dal momento che né il Comune, né gli Istituti Ospitalieri avrebbero potuto adottare una delibera ad hoc per prelevare otto milioni dai rispettivi bilanci, da destinare a dei ladri? Si trovò una soluzione cercando tra le donazioni di privati destinate all'ospedale. Si sapeva che l'ingegner Giuseppe Balconi, professionista facoltoso, aveva depositato dal notaio un testamento che nominava l'ospedale erede dei suoi beni.

L'ingegnere, ultranovantenne e ormai costretto a letto, accettò volentieri di rendersi utile alla collettività firmando l'assegno, che venne consegnato ai carabinieri, i quali, a loro volta, lo cambiarono in contante.

Oramai era il momento per i militari di prendere accordi con i banditi sulle le modalità di consegna del riscatto e la restituzione dell'anta della pala del Mantenga. Su richiesta della stessa banda, Rossi fu incaricato della consegna del denaro: il presidente avrebbe dovuto recarsi con la propria auto fino all'uscita autostradale di Padova Ovest, dove avrebbe trovato la persona a cui affidare il contante. Olivi, invece avrebbe guidato il camioncino dell'ospedale, usato per il trasporto della biancheria con la scritta Istituti Ospitalieri, fino all'uscita dell'autostrada, a Mestre, e lì avrebbe atteso, in un bar, una chiamata per ricevere ulteriori indicazioni. L'operazione scattò alle nove di sera. «Nessuno a parte io, Rossi e i carabinieri doveva sapere nulla della missione che ci accingevamo ad intraprendere - ricorda Olivi -. Quella sera io e mia moglie eravamo invitati ad una festa. La convinsi a precedermi da sola; inventai che mi dovevo assentare per un'oretta per un'incombenza urgente ed imprevista, promettendo che l'avrei raggiunta subito dopo. Per rendere più credibile la promessa indossai lo smoking. Partii invece per il recupero dell'opera, vestito da sera, ben sapendo che non sarei tornato se non la mattina seguente e mettendo nel conto una sfuriata». Il corteo si mise dunque in moto da Verona: Giambattista Rossi apriva la strada con la propria vettura, seguito da Olivi, con il furgoncino, a propria volta tallonato da un'altra auto con a bordo quattro carabinieri in borghese. All'uscita di Padova Ovest, come concordato, la vettura del presidente lasciò l'autostrada. Poco dopo fu raggiunta da



Il trittico di Andrea Mantegna

una signora bionda che, parlando con accento straniero, lo invitò a seguirla a bordo della sua auto, parcheggiata più avanti. Rossi con la valigetta con il denaro salì a bordo; la donna guidò fino allo stadio padovano, accostò, controllò il denaro, fece scendere Rossi e ripartì verso Vicenza. Al presidente non restò che percorrere qualche chilometro a piedi, fino all'uscita autostradale dove aveva lasciato l'auto, raggiunta la quale attese altre quattro ore la conclusione dell'operazione.

Olivi intanto era arrivato al bar di Mestre indicato dai banditi. La chiamata attesa arrivò dopo la mezzanotte: i malviventi indirizzarono Olivi sulla strada per Castelfranco Veneto, dove avrebbe dovuto fermarsi nel piazzale davanti ad un'osteria, aperta tutta notte e dotata di telefono, lasciare il furgone aperto con le chiavi inserite, entrare nel locale per attendere una nuova telefonata. I banditi avrebbero ritirato il mezzo, lo avrebbero portato via per caricare la pala e avrebbero poi segnalato, telefonando all'osteria, dove era possibile ritrovarlo con il prezioso carico. I carabinieri disposero che a quel punto alla guida del furgoncino degli Istituti

Ospitalieri Olivi fosse sostituito da un militare dell'arma. Quindi il dirigente continuò il viaggio nell'auto che seguiva il furgone fino all'osteria. Lì si riunirono al carabiniere che aveva guidato il camioncino. Solo dopo un'ora e mezza «interminabile, in cui temevamo di aver perso sia il denaro del riscatto che l'opera» arrivò la telefonata che indicava dove trovare l'anta del Trittico del Mantegna, lasciata a tre chilometri di distanza a bordo del mezzo degli Istituti Ospitalieri, vicino ad un distributore. Non appena raggiunto il punto descritto dai malviventi ed individuato il furgone, Olivi controllò che sotto l'involucro di iuta di protezione si trovasse davvero il capolavoro. Fu tuttavia un controllo molto rapido.

I carabinieri tentavano di acciuffare i banditi, esplosero dei colpi, il dirigente avviò subito il camioncino e fuggì, scontrandosi in retromarcia con la pompa dell'impianto. «Non mi fermai, ma fino a Verona temetti di aver danneggiato il dipinto», rammenta. Nel buio anche i ladri riuscirono a far perdere rapidamente le loro tracce. Olivi guidò tutto d'un fiato fino a Padova Ovest, lì uscì per riabbracciare Rossi e poi di

UN'ANTICA VICENDA

Antiche vicende storiche hanno creato un rapporto speciale fra l'ospedale di Verona, la basilica di San Zeno e le opere d'arte che custodisce, compreso il Trittico di Andrea Mantegna. In particolare, nel settembre 1801 il nuovo governo francese decise di trasferire parte delle risorse di San Zeno all'ospedale Casa della Misericordia che svolgeva attività di beneficenza e assistenza sanitaria ed aveva bisogno di mezzi di sostentamento. Furono dunque trasferiti alla Casa di Misericordia i beni fruttiferi in origine spettanti all'abate commendatario, ma in cambio l'opera pia fu investita del compito di sostenere manutenzione e officinatura della chiesa e la conservazione dei suoi arredi e tesori artistici. È una “sopraveglianza” che, attraverso altri avvenimenti che intrecciarono le vicende della Casa della Misericordia con quelle che portarono alla nascita degli Istituti Ospitalieri, ancor oggi spetta all'Azienda ospedaliero-universitaria, erede di una antica e nobile tradizione.

nuovo via fino a Verona, dove si concessero di esaudire un solo grande desiderio: osservare la pala da vicino.

Il particolare del Trittico entrò così nel salotto di Olivi, per essere ammirato per una manciata di minuti «una delle più grandi emozioni della mia vita», aggiunge. Già verso le quattro del mattino Rossi ed Olivi tornarono all'Abbazia di San Zeno e riconsegnarono la parte di pala all'abate Martinelli. Il giorno dopo, ai cronisti fu raccontato che l'anta era stata ritrovata in un casolare vicino a Bussolengo, in seguito ad una telefonata anonima.

Valeria Zanetti

Dorina e Giambattista Andreoli a distanza di nove mesi hanno ricevuto un fegato nuovo. Un caso eccezionale

T rapianti

UNA COPPIA SPECIALE

Nella buona e nella cattiva sorte, in salute e in malattia... Non si può dire che i coniugi Andreoli di Salò non abbiano tenuto fede alla promessa pronunciata trentaquattro anni fa nel giorno del loro matrimonio. Si sono ammalati entrambi di una patologia epatica e a distanza di nove mesi hanno ricevuto, entrambi, un fegato nuovo. Prima Giambattista, trapiantato nel marzo del 2005; poi Dorina Goffi che il 15 dicembre del 2006 ha "festeggiato" il primo anno della sua nuova vita. Se non un record da Guinness dei primati (di quelli che si vorrebbe fare a meno), almeno un fatto eccezionale. «Me lo ha confermato anche il presidente dell'Aido lombarda – racconta Dorina, 57 anni –. Non si hanno notizie di un marito e di una moglie trapiantati nello stesso anno».

Al Centro trapianti di fegato dell'Azienda ospedaliero-universitaria – che si trova presso la prima Chirurgia clinicizzata dell'ospedale di Borgo Trento – gli Andreoli ci sono arrivati dopo un estenuante calvario. Giambattista era ammalato di epatite C, forse (non è possibile stabilirlo esattamente) a causa di una trasfusione di sangue dopo un incidente in motorino che risale a più di vent'anni fa, quando non era stato ancora isolato il virus dell'epatite C (scoperto nel 1989), e il sangue non era sicuro come lo è oggi. Anche Dorina poco dopo scoprì di essere ammalata, ma di epatite B. Anche lei probabilmente per una trasfusione, subito durante un intervento. Per Giambattista le terapie farmacologiche si dimostrarono con il passare degli anni inefficaci, compreso l'interferone, le proteine che stimolano il sistema immunitario e aiutano in tal modo l'organismo a combattere le infezioni virali. «Mio marito iniziò ad entrare e uscire in continuazione dall'ospedale di Gavardo (nel bresciano ndr) in cui eravamo



Dorina e Giambattista Andreoli con al centro Matteo Donataccio

assistiti – prosegue la signora –. Ormai non poteva più dormire per il forte prurito che lo tormentava durante la notte. I medici ci prospettarono allora il trapianto, indirizzandoci a Verona, nel reparto del professor Claudio Cordiano. Qui, l'équipe-trapianti, fatti tutti gli esami necessari, mise Giambattista in lista per l'intervento. Mio marito continuò però a peggiorare tanto che un giorno entrò in coma». Insufficienza epatica: la corsa verso il Policlinico di Borgo Roma, il reparto di Rianimazione, poi finalmente il trapianto eseguito dal dottor Matteo Donataccio. «Ricordo esattamente quando me lo portarono in Borgo Trento con l'ambulanza – racconta il responsabile dell'équipe trapianti –. Non era esattamente quello che si dice un campione...».

Ma per Giambattista e Dorina il destino non aveva finito di giocare brutti scherzi. «Proprio nei giorni in cui mio marito era in ospedale, sono scivolata su un gradino. Io, purtroppo, ci vedo poco a causa di una retinopatia. Le pareti dello stomaco, rese delicatissime per la malattia del fegato, non hanno retto alla caduta sviluppando una forte emorragia. Così mi sono ritrovata nello stesso reparto di mio marito». Una doccia fredda che andava ad aggra-

vare una situazione di per sé già complicata. Infatti i controlli di routine avevano già rilevato nella donna due noduli al fegato. «Sono stata sottoposta prima ad alcolizzazione, poi alla chemioembolizzazione. Ma senza risultato. L'unica via possibile rimase il trapianto. Fui sottoposta all'intervento il 15 dicembre del 2005».

Oggi Dorina e Giambattista stanno bene. Sono "rinati", come scrivono nella lettera che hanno inviato alla redazione de *La Salute e la città*. Poche righe, perché la loro straordinaria storia diventi patrimonio di tutti, soprattutto di coloro che oggi si trovano a dover affrontare lo stesso duro percorso. Ma anche l'occasione per testimoniare che la sanità pubblica vanta eccellenze professionali e umane. «Vorremmo tramite il vostro giornale ringraziare i familiari dei donatori, l'Aido, il grande dottor Donataccio e suo figlio Dino. Tutta l'équipe trapianti e le infermiere del day hospital della prima Chirurgia centralizzata, soprattutto Francesca e Alba. Grazie a tutti». «Lo confermo, stanno bene – conclude il dottor Donataccio –. Vanno in giro per boschi in cerca di funghi. Sono una bella coppia». Nel bene e nel male.

Elena Zuppini

PER NON DIMENTICARE

A Verona oggi "San Giacomo" ricorda ai veronesi solo una via. Quel lungo stradone che taglia in due Borgo Roma e porta al Policlinico. Ma fino al 1968, prima che sulla stessa area sorgesse l'ospedale universitario, per tutti San Giacomo della Tomba era una città nella città, abitata da coloro che nella società non potevano starci perché, si diceva, pericolosi per se stessi e per le altre persone: i matti. Della struttura manicomiale rimane ben poco. Le vecchie abitazioni dei medici, ristrutturate, oggi ospitano il Centro di Salute mentale di Verona-Sud. L'università di Verona ha occupato l'area Gavazzi con la vecchia chiesetta delle suore. Mentre l'ex palazzina di osservazione maschile, che risale ai primi del '900, è attualmente la sede del Servizio di Psicologia medica e del Centro dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Quasi a rappresentare un'esperienza da dimenticare, quella del manicomio, rimane il monumentale ingresso della struttura: ormai completamente in rovina, come fatiscante è l'antica chiesetta di San Giacomo e Lazzaro, l'unico simbolo rimasto dell'ospizio di origine medioevale di San Giacomo della Tomba. Mura e mattoni che rischiano di andare distrutti definitivamente portando con sé i ricordi di quei luoghi. Lo stesso rischio avrebbero corso le testimonianze cartacee: atti amministrativi e cartelle cliniche compilate fin dal lontano 1880, quando sorse il manicomio. Non tanto perché potrebbero essere distrutte, ma perché essendo state collocate in diversi luoghi sono di difficile accesso per gli studiosi, per chi con il suo lavoro contribuisce a mantenere viva la memoria di San Giacomo e di coloro che vi hanno vissuto. Per evitare tutto questo l'Università, l'Ulss 20 e l'Azienda ospedaliera con la collaborazione della Provincia e del Comune di Verona hanno



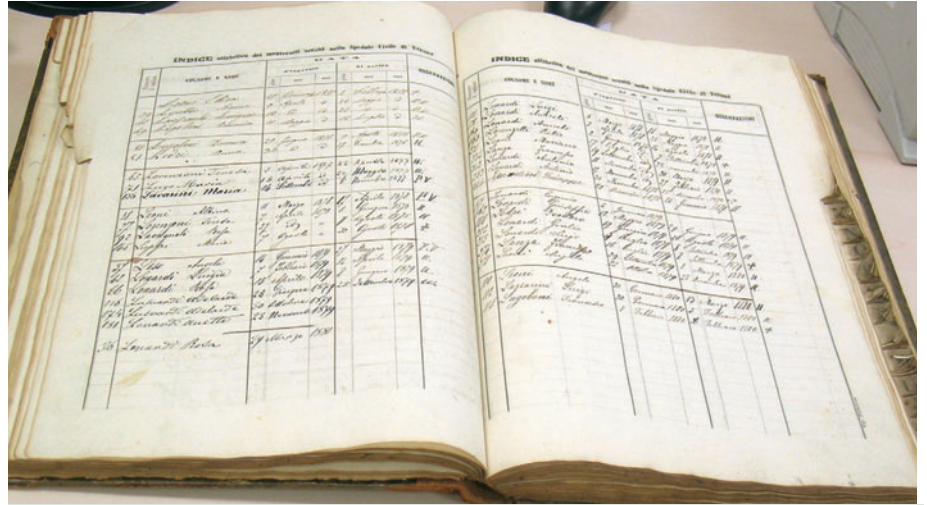
La sede dell'archivio. Un tempo la palazzina ospitava l'Osservazione maschile del manicomio

dato vita all'Archivio storico della Psichiatria veronese, che è stato presentato lo scorso novembre durante un convegno. «Verona ha una tradizione scientifica di grande portata nell'ambito della Psichiatria – ha esordito il rettore, Alessandro Mazzucco –. Prima con il manicomio di San Giacomo e poi con una Clinica ospedaliera. Non dimentichiamo che oggi a capo della Facoltà di Medicina c'è un illustre psichiatra, Michele Tansella. L'Archivio storico – ha ripreso Mazzucco – è un'iniziativa fondamentale, perché per guardare al futuro bisogna essere radicati nel passato ed essere consapevoli della propria storia». «Sono orgoglioso che si sia dato vita a questo progetto – ha proseguito Tansella –. Il compito che abbiamo davanti è quello non solo di recuperare la documentazione, ma anche di renderla accessibile con le modalità che la tecnologia oggi ci offre. Per organizzarla e renderla disponibile per lo studio». Il recupero della documentazione è iniziato nel 2004. «Non è stato facile – ha illustrato Renato Fianco, che si

occupa attivamente dell'Archivio –. Una parte della documentazione si trovava all'Archivio provinciale, che conservava tutto il materiale amministrativo dalle origini del manicomio alla sua chiusura. Questa parte è stata successivamente trasferita ad Occhiobello, in provincia di Rovigo, dove si trova tuttora. L'altra parte significativa dei documenti apparteneva all'Archivio dell'ospedale di Marzana, che possedeva le cartelle cliniche dal 1880 in poi. Infine al Centro Marani erano conservati e catalogati circa 500 volumi provenienti dalla vecchia biblioteca di San Giacomo». Ora le cartelle cliniche, dal 1880 al 1920, assieme ad alcuni registri d'ingresso, sono stati trasferiti da Marzana, dove ricordiamo fu aperto un manicomio dopo la chiusura di San Giacomo, alla nuova sede dell'Archivio, che è stata realizzata nell'ex palazzina dell'osservazione maschile. Una sorta di ritorno a casa. Come sono ritornati a casa i volumi, in gran parte ottocenteschi, dell'ex biblioteca. «Questa è solo una prima fase – ha sottolineato Fianco –. C'è ancora tanto da

fare. Bisognerà infatti procedere all'ordinamento e alla descrizione archivistica del materiale. In particolare delle cartelle cliniche, utilizzando il programma "Arcanamente", nell'ambito del progetto "Carte da legare" del ministero dei Beni culturali. A questo progetto hanno aderito anche altre istituzioni (Santa Maria della Pietà di Roma, San Servolo a Venezia..), in modo da inserire i dati delle cartelle cliniche storiche, rispettando le terminologie dell'epoca per quanto riguarda la diagnosi, i mestieri, le località. Altro obiettivo - ha proseguito - sarebbe quello di recuperare la parte amministrativa dell'Archivio provinciale». Molto preziose diventerebbero anche la raccolta delle testimonianze orali di tutti coloro, medici, infermieri e pazienti che hanno trascorso la loro vita a San Giacomo.

A differenza di quanto è successo a Verona - dove la chiusura del manicomio ha coinciso con la dispersione di arredi, strumenti diagnostici e di lavoro, le fotografie, i mezzi di contenzione - a Roma «mentre smantellavamo i padiglioni dell'ospedale S. Maria della Pietà ci ponevamo il problema di come conservarli nella memoria della gente». A raccontarlo, nel corso del convegno, è stato Tommaso Lo Savio, psichiatra e direttore del Centro Studi e ricerche dell'Als di Roma E. Oggi al



Antichi registri degli internati del manicomio

posto di S. Maria sorge "un museo laboratorio della mente" che contiene 120mila cartelle e molte strumentazioni. Sulle fragilità di oggi e in particolari degli anziani effetti da demenza ha parlato Marco Trabucchi, ordinario di Farmacologia dell'Università di Roma Tor Vergata. «L'anziano colpito da depressione è privato di suoi fondamentali diritti, come quello del riconoscimento della sua fragilità e il diritto all'intervento: si liquida il tutto con "sei vecchio"». Una excursus sulla Psichiatria veronese, dal 1945 alla riforma sanitaria, è stato affidato a Luciano Bonuzzi, psichiatra e storico della Psichiatria dell'Università di Verona. Mentre ha concluso il

convegno Patrizia Guarnieri, ordinario di Storia contemporanea all'Università di Firenze, che ha parlato di cosa si cerca e di cosa si può trovare nelle carte manicomiali. Particolarmente coinvolgente è stato l'intervento del professor Vittorino Andreoli con il suggestivo titolo: "San Giacomo della Tomba: l'archeologia della mente". È stata una testimonianza toccante che ha gettato luce, fra l'altro, sulle cosiddette terapie della "morte" come: elettroshock e shock insulinico. «Come è possibile - si è chiesto Andreoli - che noi medici non avessimo colto l'altissima dimensione inumana del manicomio?»

Elena Zuppini

RICONOSCIMENTO DELLA REGIONE PER IL CENTRO OMS DI VERONA

Il Centro veronese di Ricerca sulla Salute mentale, Centro collaboratore dell'Oms, Organizzazione mondiale della sanità che ha sede nell'area del Policlinico di Verona, è stato invitato a collaborare con la Regione Veneto alla revisione del piano socio-sanitario per quanto concerne la salute mentale. Il Centro metterà a disposizione le metodologie ed i dati delle ricerche condotte a Verona negli ultimi anni. Molte di queste ricerche sono finalizzate alla valutazione degli esiti degli interventi, dei costi dell'assistenza psichiatrica, dell'epidemiologia dell'uso degli psicofarmaci e dei sistemi per razionalizzarne l'uso, della comunicazione medico-paziente e dei training per renderla più efficace.

I risultati di questi studi possono quindi essere utilizzati per migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure. L'invito alla collaborazione è stato espresso dal segretario regionale alla Sanità e Sociale Giancarlo Ruscitti durante una visita al Centro, alla quale hanno partecipato anche Dirigente Piani e programmazione socio-sanitaria Giampietro Rupolo e il dirigente del Servizio rapporti socio-sanitari internazionali Luigi Bertinato. Nel Centro lavorano circa 50 ricercatori (psichiatri, psicologi clinici, statistici, fisici, informatici, geografi sanitari, oltre a personale tecnico ed amministrativo). Durante il meeting sono stati presentati i risultati dei principali progetti di ricerca in corso nel Centro veronese.

A SCUOLA IN OSPEDALE

La scuola in ospedale è un ponte che permette al bambino di pensarsi "non tutto malato" senza dover sopportare da solo il peso della sua malattia.

È un ponte che insegnanti e bambini devono attraversare insieme anche quando il dolore è così grande che verrebbe voglia di scappare. Fare scuola in ospedale significa: rapportarsi quotidianamente con il personale medico e paramedico; tener conto delle esigenze dei genitori che sono presenti, mentre le insegnanti lavorano con i loro figli; entrare in relazione con bambini sofferenti e spaventati; tener contatti continui con: le scuole di provenienza degli alunni, l'amministrazione ospedaliera e scolastica, con le altre scuole in ospedale del territorio regionale e nazionale; incontrarsi settimanalmente con le psicologhe dell'Azienda ospedaliera.

Sul sito aziendale: www.cfcverona.it è possibile accedere a tutte le informazioni sulla scuola in ospedale di Verona (sezione servizi-scuola).

Gli insegnanti della scuola in ospedale, presente nei reparti di Pediatria e di Fibrosi cistica dell'ospedale civile maggiore e nel reparto di Pediatria dell'ospedale policlinico, desiderano, d'accordo con i bambini e ragazzi ricoverati, dare visibilità ai lavori realizzati nei vari periodi dell'anno scolastico.

Da questo numero della rivista, i ragazzi ci affidano i loro pensieri e le loro emozioni, tramite i loro elaborati scritti, i disegni fatti in aula, gli oggetti realizzati durante i laboratori di arte, musica, informatica. È per noi una grande gioia ospitarli.

Concorso disegna il Natale

La scuola in ospedale e l'Associazione veneta per la lotta alla Fibrosi cistica di Verona hanno indetto il concorso "Disegna il Natale", rivolto unicamente agli alunni-pazienti che hanno frequentato, per cure e/o



I disegni di Camilla Ballerin, Valentina Varotto e Silvia Marchiri

controlli medici, il Centro regionale di Fibrosi cistica di Verona. Ogni partecipante ha completato il disegno in modo autonomo senza aiuto e/o interferenza di adulti, parenti e genitori comunque presenti. Gli elaborati non dovevano riportare firme, note o simboli identificativi. La commissione giudicatrice, composta da personale dell'Azienda ospedaliera, non operante presso il Centro di Fibrosi cistica, ha esaminato gli elaborati dei 20 alunni partecipanti e proceduto alla scelta dei

vincitori. Sono stati così premiati i primi tre disegni giudicati migliori, ma a tutti i partecipanti è stato assegnato un simpatico dono. I primi tre classificati sono stati: Camilla Ballerin, 10 anni, Valentina Varotto di 13 e Silvia Marchiori di 9.

a cura di **Paolo Biasin**,
Responsabile docenti Scuola
Media Statale
c/o ospedale civile maggiore
Giovanna Pirana,
Ufficio Coordinamento
comunicazione

POETI IN ERBA SUL NATALE

PER ME IL NATALE È...

Allegria
Natale è compagnia.
È un giorno di festa
in cui tutti si scambiano doni
e tutti si sentono buoni.
Il giorno di Natale tutti festeggiano
Anche chi è in ospedale festeggia
il Natale
L'importante è fare un regalo con il cuore: così passa il dolore
È un sorriso contagioso quello che viene dal cuore,
così anche la persona più infelice
il giorno
di Natale è felice!!!

*Veronica, 13 anni
ospedale civile maggiore*

UN REGALO FATTO DAL CUORE

Questa mia poesia,
non avrà un inizio come le altre,
sarà un po' speciale.
Un regalo formidabile sotto l'albero
che splende meravigliosamente
sotto le luci incantate.
Il Presepe con Maria,
Madre di Gesù e
Giuseppe suo marito
che accolgo insieme con gioia
il piccolo Gesù appena nato.
Vicino al Presepe si trova
il regalo più bello, che può essere
semplice o complicato
ma per tutti resterà
sempre un regalo fatto dal cuore.

*Sara G. 12 anni prima media,
ospedale Policlinico*

All'edizione 2006 di "Idee in corso" hanno partecipato 48 progetti. La serata di premiazione al Teatro Nuovo

I niziative

ARCHIMEDI IN AZIENDA

È solo alla seconda edizione, ma il Premio "Idee in corso" è già cresciuto sia per la quantità che per la qualità dei lavori presentati. L'iniziativa dell'Azienda ospedaliero-universitaria ha visto in gara, nel 2006, 48 progetti, presentati dal personale medico, infermieristico e tecnico-amministrativo dei due ospedali cittadini e finalizzati al miglioramento delle cure, dell'accoglienza, della relazione con il paziente e della ricerca. A presiedere la giuria il commissario straordinario per la programmazione sanitaria della Regione Veneto, Giancarlo Ruscitti, che assieme al professor Paolo Benussi, al professor Giorgio Marchini, alla signora Maria Grazia Cencia, al direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera Augusto Parato hanno selezionato sette progetti vincitori suddivisi in tre sezioni (sinergie, miglioramento e innovazione) per un montepremi complessivo di diciannovemila euro. Le premiazioni del concorso, che viene realizzato in collaborazione con la Banca Popolare di Verona, si sono svolte venerdì 1 dicembre al Teatro Nuovo, in un clima natalizio che ha anticipato le imminenti festività. "Ci incontriamo ogni giorno duran-



Momenti della serata di premiazione al Teatro Nuovo

te il lavoro – ha esordito il direttore generale, Valerio Alberti -. È giusto che, almeno una volta l'anno ci ritroviamo assieme anche senza pensare alle fatiche del quotidiano". Nella stessa serata – ideata e presentata da Maria Fiorenza Coppari, coordinatrice della comunicazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria – si è voluto salutare con un piccolo dono i dipendenti che nel 2005 sono andati in pensione. "Perdiamo

il grande bagaglio di esperienza che queste persone hanno costruito durante tanti anni di lavoro – ha sottolineato Alberti -. Un lavoro prezioso e silenzioso che non sempre viene riconosciuto dalla comunità. La quale deve essere consapevole che se la sanità di Verona vanta punte di eccellenza è anche merito di questi neo-pensionati". Un concetto ribadito anche dall'assessore regionale alle Politiche sanitarie, Flavio Tosi, introducendo le premiazioni del concorso che l'Azienda ha ideato al fine promuovere l'ingrediente più importante per una sanità di alto livello: la risorsa umana e professionale. "La Banca Popolare è radicata nel territorio – ha sottolineato il vicepresidente del Banco Popolare di Verona e Novara, Alberto Bauli -. L'Azienda ospedaliero-universitaria è una delle istituzioni più efficienti della nostra provincia, pertanto non possiamo non partecipare allo sviluppo di questa realtà anche contribuendo a concorsi come questo". Tutti i protagonisti del concorso sono stati a lungo applauditi e si sono dimo-



I PROGETTI PREMIATI E MENZIONATI

SEZIONE SINERGIE

1° premio: progetto "Cruscotto indicatori" proposto dall'Unità di Controllo di Gestione in collaborazione con l'Unità di statistica (referenti: Valeria Perilli e Giulia Bisoffi). Si tratta di uno strumento di facile fruibilità per fornire informazioni tempestive ed aggiornate sull'andamento della gestione aziendale.

2° premio: progetto Picos proposto dal dottor Antonio Lasalvia dell'Unità operativa di Psichiatria-Gruppo Picos Veneto per uno studio multicentrico sul ruolo dei fattori clinico-sociali, genetici e morfofunzionali cerebrali nel predire l'esito dei nuovi casi di psicosi nella regione Veneto.

3° premio: progetto "Trauma team" proposto dall'Unità operativa di Radiologia dell'ospedale civile maggiore. Il lavoro, coordinato dal dottor Andrea Bricolo, tratta del ruolo dell'Imaging nell'ambito della gestione interdisciplinare del paziente politraumatizzato.

SEZIONE MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

Per l'area tecnico-amministrativa il premio è stato vinto dal progetto "Tessere" dell'équipe dell'Unità controllo di gestione costituita da Paola Bonizzato, Valeria Perilli, Daniela Abba, Roberta Beverari, Andrea Ferrarese, Emanuela Ederle, Fiorella Gottardi, Nadia Marchi, Giorgio Piccoli e Andrea Nota. Si tratta di uno sportello telematico a disposizione di tutti i dipendenti per la risposta a quesiti di carattere gestionale. Una menzione di merito è andata al progetto proposto da Giampaolo Masini e Tiziano Perusi per la realizzazione di una segnaletica direzionale interna presso l'ospedale policlinico "G.B. Rossi".

Per l'area sanitaria ha vinto il progetto per il Centro di sorveglianza della terapia anticoagulante orale: un

esempio di integrazione assistenziale per migliorare il servizio ai pazienti. A presentarlo i dottori Roberto Facchinetti, Paolo Rizzotti, Mauro Negri, Marco Nicoli del Laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche dell'ospedale di Borgo Trento. Per l'area tecnico-infermieristica il premio è andato all'Unità operativa di Anestesia e Terapia intensiva neurochirurgica con un progetto per la prevenzione delle infezioni associate all'utilizzo del catetere venoso centrale. A proporlo Zeno Poli, Caterina Marzotto, Laura Zampicinini, Silvia Valvassori, Ilaria Bressanelli e Luca Lavarini.

A questa sezione sono state assegnate anche tre menzioni. La prima al progetto per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico, presentato da Viviana Melotti, Nicoletta Paon, Clio Ogheri, Antonella Lavaco, Micaela Montolli, Fabrizia Bassotto e Elena De Biasi. La seconda menzione è andata al manuale per i traumatizzati *Di nuovo in gamba*, ideato da Alessandra Chiecchi, Giovanna Pirana e dal dottor Guido Rocca dell'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia. Infine è stata assegnata una menzione per un progetto sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, presentato da Lucia Sgreva della sala parto ospedale civile maggiore.

SEZIONE RICERCA

Il premio è stato vinto dal progetto "Multimarker strategy for risk stratification of chest pain in emergency department" realizzato dalla dottoressa Paola Perfetti del Pronto soccorso dell'ospedale di Borgo Trento. Si tratta di un lavoro relativo alla selezione dei pazienti che devono essere seguiti dall'Unità di emergenza radiologica.

E.Zup.

strati molto emozionati.

La serata è poi proseguita tingendosi di giallo. Sul palcoscenico del "Nuovo" si è scoperto un delitto: al commissario il compito di risolvere il caso, con l'aiuto del pubblico in sala. Alla fine l'assassinio ha dovuto confessare. Bravissimi gli attori di Zelig cabaret Cesare Gallarini, Fabrizio Canciani, Toni Rucco e Viviana Porro. E complimenti alla dottoressa Annamaria Bonetti, dell'Ufficio staff-direzione generale, che con acume da



Sherlock Holmes ha consegnato alla giustizia l'autore del misfatto. Vincendo un bel viaggio di una settimana sul Mar Rosso, per due persone, gentilmente offerto dall'Agenzia Maryland.

La colonna sonora della serata è stata affidata alle belle interpretazioni di Pietro Caviglia. Magiche atmosfere sono state create dai clowns delle Associazioni VIP, Will Clown e Ridoridò.

Elena Zuppini

I medici veronesi impegnati nel progetto Burundi per la preparazione dei paramedici africani

Cooperazione

NGOZI CHIAMA VERONA

Il lavoro dei docenti e dei medici dell'Azienda ospedaliero universitaria di Verona in Burundi prosegue a ritmo serrato. Da oltre quattro anni, infatti, continua la collaborazione con l'Università di Ngozi e l'impegno dei docenti veronesi nelle principali discipline del corso di laurea breve per paramedici.

L'attività di insegnamento e di supporto didattico dei medici scaligeri si è arricchita dell'esperienza sul campo; il monte ore complessivo è notevolmente aumentato: dalle 250 annuali del 2002 alle quasi 900 dello scorso anno. Maggiori ancora sono quelle che verranno conteggiate a fine 2007.

I docenti dell'università e i medici dell'Azienda ospedaliera che si stanno alternando in Burundi, per la formazione professionale dei neoparamedici, sono oltre trenta e tengono circa i due terzi degli insegnamenti totali. Tra loro vi è, con particolare impegno, il professor Filippo Rossi, ordinario di patologia generale, ideatore del progetto e delegato del rettore dell'università di Verona per la sua realizzazione sul campo.

Durante questi anni di impegno attivo e costante sul territorio, con la collaborazione e i fondi donati anche dalla Fondazione pro-Africa del cardinale Ersilio Tonini e dalla fondazione Cariverona, sono stati sciolti i nodi più urgenti riguardanti l'organizzazione pratica di un progetto tanto ambizioso e complicato. La scorsa estate, inoltre, grazie al dottor Massimo Marcer, direttore del l'Unità operativa di Ortopedia e traumatologia dell'ospedale Maggiore che ha messo a disposizione degli studenti la sua professionalità, è stato tenuto il primo corso di ortopedia. Quindici giorni di full immersion nella materia, che è stata insegnata tenendo conto dei limitati strumenti a disposizione. «Manca il gesso, ad esempio. Il primo giorno di lezioni mi sono reso conto che avrei



dovuto rivedere tutto il programma e adattarlo meglio alle esigenze che ho incontrato. Ho ripercorso con i ragazzi i fondamentali e i concetti base della disciplina. Così il giorno lo trascorrevi con gli studenti, mentre la sera preparavo gli argomenti per la giornata successiva», commenta il dottor Marcer.

Ad oggi le priorità sono focalizzate sul perfezionamento dei metodi didattici, sulla possibilità di offrire dei supporti e delle strutture allo studio idonei agli oltre cento laureandi di Ngozi. A tal proposito sono ormai a buon punto i lavori di costruzione di un centro didattico polifunzionale di tremila metri quadri, che sarà inaugurato nei prossimi mesi. Come da progetto, nei tremila metri quadri del complesso, troveranno spazio sale di lettura, aule, biblioteche, laboratori didattici e informatici.

«Le abitazioni spesso non hanno la corrente elettrica e, dato che il buio cala presto la sera, non è possibile per i ragazzi studiare oltre le sei del pomeriggio – spiega il professor Ezio Maria Padovani – inoltre fino a questo momento gli universitari hanno studiato solo ed esclusivamente su dispense procurate loro dai docenti e sugli appunti delle lezioni. La fre-

quenza è obbligatoria, ma non è sufficiente, e ora manuali e libri di testo sono diventati indispensabili».

Ma tra le novità più importanti c'è sicuramente quella della teledidattica. Lezioni, cioè, che potranno essere impartite in videoconferenza, permettendo agli studenti africani di seguire alcune lezioni attraverso il computer e al docente di insegnare direttamente dall'Italia, ottimizzando così tempi e costi. L'iniziativa è ancora in fase sperimentale, tuttavia alcune prove, Italia-Africa, sono già state fatte, ottenendo risultati più che buoni e promettendo decisamente bene per l'anno scolastico che sta per iniziare. Per poter fare pratica su quanto appreso durante le lezioni, oltre che manichini e simulatori, per gli studenti si prospettano dei tirocini veri e propri nel vicino ospedale di Ngozi, anche se il progetto si presenta ambizioso.

La particolare struttura sanitaria a blocchi è stata infatti ristrutturata e riabilitata dalla Banca mondiale nei scorsi mesi.

L'embrionale progetto di una futura collaborazione dei docenti veronesi al corso di laurea in Medicina rimane quindi subordinato alla funzionalità dell'ospedale di Ngozi. «In un territorio tanto povero e devastato da molti problemi, un approccio medico sanitario di base e la figura professionale del paramedico sono forse più utili ancora rispetto a quella del medico stesso – spiega il professor Padovani, tuttavia la realizzazione della facoltà di Medicina, correlata alla funzionalità dell'ospedale recentemente riabilitato, rappresenta un traguardo molto importante».

Il rinnovamento della gestione dell'ospedale, iniziato nel marzo 2006 con l'arrivo del dottor Loris Mirri, capomissione per la realizzazione del progetto, ha ottenuto già alcuni risultati significativi. I principali reparti sono attivi, i medici in servizio una ventina, quasi tutti originari



Ezio Maria Padovani con gli allievi e nella foto accanto Massimo Mercer



del posto, mentre di 180 persone è composto l'organico di infermieri e assistenti. La struttura è diventata un punto di riferimento per tutto il Paese non solo dal punto di vista sanitario ma anche culturale e formativo, e la capienza di 200 degenti è già stata superata. «Questa è una grande soddisfazione, tuttavia complica le difficoltà gestionali, amministrative e assistenziali», commenta Padovani.

Il progetto Burundi rappresenta un'esperienza che si prefigura speri-

mentale per un modello applicabile in futuro anche ad altre realtà e a situazioni differenti. «La nostra finalità è quella di formare sul territorio figure professionali complete e di fornire loro gli strumenti per potersi aggiornare, mettendoli in comunicazione attraverso, i supporti informatici, con il resto del mondo. Saranno questi professionisti, poi, a formarne a loro volta di altri, diventando così autonomi. E riteniamo che questi siano interventi di politica sanitaria estremamente efficaci», spiega Pado-

vani. Ma secondo un'opinione condivisa, un ritorno forte e concreto c'è anche per la realtà veronese e l'approccio alla medicina dei medici, docenti e specializzandi che hanno vissuto alcuni mesi o addirittura un anno, in Burundi. «È un modo per mettere in contatto due culture diverse, creare maggior comprensione, e un dialogo che porti ad una collaborazione e a uno scambio reciproco sia sul piano medico che su quello sociale e culturale», conclude Padovani.

Ilaria Noro

AMAHORO, L'ASSOCIAZIONE CHE LAVORA PER LA PACE

Amahoro significa pace nella lingua parlata in Burundi e Ruwanda. E *Amahoro* è anche il nome scelto per l'associazione onlus di cultura e formazione per la pace e la cooperazione dei paesi in via di sviluppo, nata dall'idea di alcuni dei docenti che hanno partecipato al progetto Burundi. Scopo di *Amahoro*, quello di affiancare all'insegnamento e alla realizzazione dei corsi formativi per paramedici all'università di Ngozi, altre iniziative di supporto a questo travagliato Paese.

Tra le priorità dell'associazione, al momento, c'è quella di ultimare nelle vicinanze del centro studi, una residenza che servirà ad ospitare i docenti e i medici durante la loro permanenza in Burundi. Un complesso di 500 metri quadri per un totale di 12 stanze. Inoltre, raccogliere fondi per istituire borse di studio per studenti bisognosi e meritevoli, e per contribuire alla spesa per il materiale didattico, quali dispense, cd, libri e sussidi informatici, è un'altra delle iniziative complementari ed integrative al progetto Burundi. L'area d'intervento dell'associazione comprende, tuttavia, progetti di sostegno ad ampio spettro che toccano le proble-

matiche più drammatiche del Paese, sostenendo attivamente alcune persone che operano da anni sul territorio, e garantendo il passaggio diretto delle risorse raccolte ai volontari. Come suor Bruna che da tre anni si occupa di dare un tetto e un'istruzione ai bambini di strada, numerosissimi in Burundi, ospitandoli nel centro *Giriteka*, letteralmente "ritrova la tua dignità".

O i pigmei di padre Efrem. I pigmei rappresentano l'1 per cento della popolazione che causa della recente deforestazione del territorio, che li ha privati del loro ambiente di vita naturale, sono tra le minoranze più povere e senza prospettive future. Il progetto di padre Efrem, ora sostenuto anche da *Amahoro*, prevede un contributo a circa 50 famiglie di pigmei, fornendo loro i mezzi per svolgere un'attività agricola che li renda autonomi. Non ultimo, infine, il sostegno alla scolarizzazione delle bambine di Rwangabo, una tra le zone rurali più povere. Maggiori informazioni sulle finalità e sui progetti aperti dell'associazione onlus, si possono trovare nel sito internet www.amahoro.it. (i.n.)

Una questione aperta

di Luciano Flor*, Giulia Bisoffi**

Il problema delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri non è solo italiano. Ogni Paese industrializzato in cui l'assistenza sanitaria è estesa a tutti i cittadini, si trovano ad affrontare la questione di come governare il fenomeno. Non solo l'Italia, quindi, ma anche la Gran Bretagna, l'Australia, il Canada, la Danimarca, la Finlandia, l'Irlanda, l'Olanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Spagna, la Svezia sono alle prese con il tentativo di portare i tempi di attesa a livelli accettabili. Questo problema è meno evidente negli stati in cui la sanità si basa su sistemi assicurativi, siano essi volontari come negli Usa o obbligatori come in Francia e in Germania (in questi Paesi i tempi di attesa non vengono nemmeno rilevati).

Tra gli aspetti legati ad un incremento dei tempi di attesa nei paesi maggiormente industrializzati, con sistemi sanitari estesi a tutti i cittadini, vi sono l'allungarsi della vita media che accresce il numero di anziani rispetto al totale della popolazione e quindi delle persone che maggiormente necessitano di prestazioni sanitarie; il miglioramento delle condizioni socio-economiche che si associano ad una maggiore informazione ed attenzione al proprio stato di salute; il progresso nella prevenzione e nella cura, che necessita di maggiori risorse umane e tecnologiche ed incide quindi sui costi della sanità.

Alcuni Paesi hanno da tempo iniziato ad affrontare il problema, cercando di migliorare la situazione agendo sia sull'offerta (aumentando il numero di prestazioni erogate, accrescendo il numero di medici, mettendo a disposizione risorse aggiuntive), sia sulla domanda (regolamentando l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, per preservare l'equità).

La cosa più difficile è agire in modo adeguato sulla domanda, la cui gestione riguarda temi molto com-



plici e non univocamente accettati come l'appropriatezza e la priorità di accesso.

Migliorare l'appropriatezza significa agire su due diversi aspetti del fenomeno, quello clinico e quello organizzativo. Per appropriatezza clinica si intende erogare le prestazioni che l'evidenza scientifica ha dimostrato essere efficaci per determinate condizioni cliniche. Appropriatezza organizzativa significa erogare le prestazioni secondo la modalità più corretta dal punto di vista organizzativo (ad esempio un intervento che si può erogare in regime di ricovero diurno è inappropriato se effettuato in regime di ricovero ordinario).

Agire sulla priorità di accesso significa individuare un insieme di regole che permettono, sulla base di evidenze cliniche, di stabilire la gravità e l'urgenza con cui una prestazione deve essere erogata e quindi il tempo di attesa per essa appropriato. La gravità clinica, come indicatore di urgenza, ha la funzione di guidare la decisione nel definire la priorità di un paziente rispetto ad una determinata prestazione. La definizione della priorità di accesso sulla base della gravità porta a maggiore trasparenza e a maggiore

equità nell'erogazione delle cure. Ma come valutare la gravità? Si possono avere ampi margini di soggettività da parte dei medici che prescrivono le prestazioni.

I diversi Paesi con Sistema sanitario simile all'Italia hanno agito in diversi modi sul fronte dell'offerta e della domanda, ma comune a tutti è l'azione sui criteri di priorità.

L'Inghilterra, tra i primi Paesi ad affrontare il problema dei tempi di attesa, è riuscita dal 1994 ad oggi a ridurli, ma non certo ad eliminarli. Per quanto riguarda i ricoveri, quelli chirurgici sono il settore più critico; quanto invece alle prestazioni ambulatoriali, le situazioni più difficili sono in Cardiologia, Neurologia, Ortopedia e Chirurgia generale.

Di recente il Sistema sanitario inglese ha aumentato l'offerta aprendo dei "Centri di diagnosi e trattamento", di fatto poliambulatori forniti anche sale operatorie per interventi di day-surgery; ha inoltre affidato al settore privato predeterminati volumi di prestazioni e ha avviato un programma di individuazione delle priorità per le prestazioni in regime di ricovero.

Il Canada nel 1998 ha iniziato un progetto per il contenimento dei

50 tempi di attesa. In una prima fase l'obiettivo è stato quello di individuare dei criteri di priorità per alcune prestazioni. Attraverso dei gruppi di lavoro costituiti da medici, cittadini, manager delle strutture, rappresentanti dei governi locali e nazionali sono stati individuati i criteri di priorità clinica che, associati a criteri sociali legati alla capacità lavorativa e all'autosufficienza, definiscono l'urgenza della prestazione. Dal 2002 è stata avviata la seconda fase del progetto con l'obiettivo di diffondere i criteri di priorità individuati, verificare che fossero stati realmente introdotti e monitorarne l'accettabilità sia da parte dei cittadini che degli operatori sanitari.

Anche in Nuova Zelanda è stato fatto uno studio a livello nazionale mirato ad individuare i criteri di priorità per la chirurgia di elezione, con l'intento di trovare sintomi, problemi fisici ed altri fattori che permettano di sviluppare una valutazione condivisa di tempi di attesa ragionevoli. Il tentativo è stato quello di stabilire criteri standardizzati per specificare soglie di gravità numeriche sotto le quali le condizioni dei pazienti non sono valutate sufficientemente gravi da dare diritto a ricevere prestazioni chirurgiche pubbliche entro una certa soglia temporale definita. I pazienti sotto-soglia possono, se lo vogliono, stipulare assicurazioni private per avere le prestazioni senza attendere. Posto che cure considerate adeguate sono accessibili per tutti, il

sistema Neozelandese considera eticamente corretto che chi vuole avere cure "più che adeguate" paghi assicurazioni private. Il problema dell'oggettività dell'assegnazione del punteggio di priorità secondo le reali condizioni dei pazienti (per evitare che i medici che prescrivono un intervento esagerino la gravità perché il loro paziente possa accedere alla prestazione gratuitamente) è stato affrontato affidando ad un clinico neutro l'assegnazione della classe di gravità.

Un'altra iniziativa adottata in Nuova Zelanda per accorciare i tempi di attesa, attraverso un miglioramento della produttività, è stato quello di formare assistenti infermieri particolarmente esperti che sostituiscono i medici per le procedure più semplici (in Oftalmologia ad esempio per la misurazione della pressione dell'occhio, la misurazione della vista, il trattamento del glaucoma ed altre prestazioni), modalità comune negli Stati Uniti e che anche il Canada sta pensando di adottare.

In nessuno di questi Paesi però gli interventi attuati sono stati risolutivi. Qualche piccolo miglioramento vi è stato, ma esistono ancora molte criticità.

Il rapporto dell'Oecd (Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica) del 2003 confronta i dati relativi ai tempi di attesa per la chirurgia di elezione dei Paesi ad essa appartenenti (nella tabella sottostante vengono riportati alcuni

dati di raffronto: non vi è la situazione Italiana perché all'epoca dello studio non vi era ancora una registrazione centralizzata dei tempi di attesa dei ricoveri). Alcuni Paesi Oecd non rilevano alcun dato riferito ai tempi di attesa (Austria, Belgio, Francia, Germania, Giappone, Lussemburgo, Svizzera e Stati Uniti) e informalmente dichiarano che il problema non esiste. Da un'analisi comparativa dei Paesi componenti l'Oecd emerge che esiste una relazione negativa tra tempi di attesa e capacità, intesa come numero di medici o come numero di letti. A parità di altre condizioni, inoltre, più elevata è la spesa per la sanità, minori risultano essere i tempi di attesa.

Alla luce delle esperienze maturate non sembra possibile affrontare il tema agendo su un solo versante sia esso clinico o organizzativo; attualmente lo sforzo sia a livello nazionale che regionale è focalizzato su due temi: introduzione di criteri di priorità per accedere alle prestazioni, con il coinvolgimento sia di chi chiede che di chi eroga la prestazione, e la facilitazione nell'accesso alle prestazioni attraverso i Centri unificati di prenotazione. Entrambe le iniziative hanno il pregio di andare incontro alle esigenze dei cittadini che, a parità di tempo di attesa, vedono soddisfatte prioritariamente le situazioni di maggiore urgenza.

* **Direttore sanitario**

** **Responsabile Unità statistica**

TEMPO MEDIO DI ATTESA PER PROCEDURE CHIRURGICHE DI ELEZIONE (GIORNI) - ANNO 2000

	Protesi d'anca	Protesi ginocchio	Intervento per cataratta	Vene varicose	isterectomia	Prosta- tectomy	Cole- cistectomy	Ernia inguinale e femorale	By pass aorto- coronarico	Angio- plastica coronarica
Australia	163	201	179	216	54	69	83	87	44	
Danimarca	112	112	71	99			75	73		
Finlandia	206	274	233	280	100	81	159	125	42	30
Norvegia	133	160	63	142	64	75	103	109	46	53
Olanda	96	85	111	107	61	60	71	75		18
Spagna	123	148	104	117	102	62	107	102	39	81
Svezia			199							
Inghilterra	244	281	206	227	159	52	156	150	213	80

Fonte OECD Health Working Papers - Explaining Waiting Time Variations for elective surgery across OECD Countries

Il clown dottore Hunter Patch Adams che ha fatto del buon umore elemento fondamentale della terapia

L 'intervista

UNA RISATA VI GUARIRÀ

Hunter Patch Adams esiste davvero, non solo sullo schermo cinematografico che l'ha reso celebre grazie all'interpretazione di Robin Williams. Il famoso medico statunitense lo scorso 8 ottobre ha partecipato al Centro Marani al laboratorio "Con-tatto clown" corso propeudeutico per formare clowndottori organizzato dall'associazione Will-clown Project, fondata dal mimo e attore Francis Calsolaro.

Patch Adams è considerato il padre della comicoterapia. Oggi ha superato la soglia dei sessanta anni e va in giro per il mondo a fare visita ai bambini negli ospedali.

La sua storia reale comincia proprio da un ospedale psichiatrico, dove Patch, ancora adolescente, viene ricoverato dopo aver tentato il suicidio. Anche su di lui si è abbattuto il male oscuro della depressione. Qui aiuta un malato, suo compagno di stanza, a superare le fobie ricorrendo a un gioco divertente. Improvvisamente capisce di avere un dono: sa aiutare chi soffre creando un rapporto fatto di allegria e complicità. Decide allora di studiare medicina al Medical College in Virginia, da cui esce con il diploma nel 1971. Sono anni difficili per lui quelli universitari, perché il mondo accademico non accetta il modo rivoluzionario con cui Patch Adams intende curare i pazienti.

Animato dalla volontà di mettere in pratica questo suo ideale, Patch Adams dopo la laurea trasforma la casa dove vive in una clinica aperta a chi soffre. Assieme a un gruppo di volontari riesce, in dieci anni, a prestare cure gratuite a circa 15.000 malati e nel '77 compra un terreno nel North Carolina dove progetta di costruire una clinica vera e propria.

Vista dall'alto la costruzione, nelle intenzioni di Patch Adams, deve riprodurre la sagoma di un clown. A questo scopo fonda l'associazione



Il medicoclown Patch Adams

"Gesundheit" (in tedesco significa salute) Institute, che raccoglie fondi destinati alla realizzazione della clinica. Si tratta di un progetto ambizioso, anche dal punto di vista economico, 15 milioni di dollari il costo previsto. Patch non si arrende, perché si sente investito di una missione da compiere: viaggiare in tutto il mondo per far conoscere la teoria sul potere terapeutico del sorriso e il suo progetto di un ospedale che di essa sia veicolo concreto.

Tra i suoi obiettivi, ci ha detto, c'è anche "Clown One", un aereo pronto ad atterrare laddove ci sia un'emergenza umanitaria.

«La medicina è uno scambio d'amore, non un business. L'antidoto a tutti i mali è l'umorismo» ha iniziato così la sua relazione questo medico certamente molto singolare, un po' New Age, generoso, instancabile, idealista e che nelle sembianze assomiglia al grande pittore Salvador Dalì o a un Don Chisciotte in vesti da clown.

«Purtroppo molte persone invece che guardare dentro loro stessi, preferiscono prendere farmaci per combattere la loro tristezza interio-

re. Il vero segreto, la vera medicina sta nell'amicizia tra uomini, tra donne, vivere la vita nella sua vera integrità, per quello che è l'uomo nel suo lato più buono ed intimo: ecco quello che cerco di trasmettere. Quando io parlo in giro per il mondo non lo faccio solo per la clownterapia, ma per la pace, la giustizia nel senso più interiore, mi sento di parlare a nome di quei trentamila bambini che ogni giorno muoiono di fame sulla terra. Io sono solo me stesso e trasmetto quello che mi ha insegnato mia madre e cioè ad essere una persona buona, allegra, cercando di aiutare il prossimo, tutto qui».

Quale consiglio darebbe per vivere meglio?

«Io dico: siate cristiani, comportatevi da cristiani secondo gli insegnamenti di Gesù e Maria. Io non sono cristiano, ma cerco di seguire tutti i giorni nella mia esistenza i valori dell'amore, dell'altruismo, della gioia».

Qual è il valore del buon umore?

«Che ridere faccia buon sangue si

dice da lungo tempo, ma negli ultimi decenni vi posso assicurare che è stato scientificamente provato. Gli effetti psicologici e biologici del riso sono tutti positivi. Ridere infatti è un esercizio muscolare e respiratorio, che permette un fenomeno di purificazione e liberazione delle vie respiratorie superiori. Una buona risata apporta: benefici generali al corpo, alla mente e all'intelletto (confermati da diversi setting di ricerca in particolare grazie alla riduzione dell'ormone dello stress). Dà senso di benessere e di leggerezza; favorisce il controllo della pressione alta e dei problemi cardiaci (come è confermato da una ricerca condotta su persone reduci da infarto del miocardio: mezz'ora al giorno di umorismo riduce il rischio di ricadute). Migliorano anche le difese immunitarie, aumenta il livello delle

endorfine e il controllo del dolore. Vi sono benefici legati alla respirazione, in particolare per chi soffre di bronchite e di asma; e aumenta il livello di ossigeno nel sangue. Vi è miglior controllo del linguaggio per attori e cantanti, effetto di ringiovanimento e maggior durata della vita per tutti. Miglioramento delle relazioni interpersonali e maggiore consapevolezza di sé. Aumento della creatività».

Cos'è un sorriso?

«Il sorriso è un biglietto da visita che racconta di come ti rapporti agli altri, della misura in cui riesci a entrare in sintonia con i tuoi interlocutori, ma non solo. Ridere è molto di più, è sintomo di un benessere psicofisico e può rivelarsi uno strumento efficace nel processo di guarigione da una malattia. La comicità parte proprio

da questo principio. Chiunque può sperimentare la terapia del sorriso, a qualsiasi età si può imparare a giocare. Non dobbiamo essere necessariamente tutti clowns, ma avere lo spirito clown, quello spirito che ci spinge a scoprire le cose belle che si hanno dentro per comunicarle in un abbraccio universale che ci permette di migliorare la qualità della nostra vita».

Patch è un diluvio di parole e di impegni, è un poeta che sa esorcizzare il male con una risata, che sa recuperare, al di là di ogni barriera, l'anima di una persona. Il mondo della medicina ha bisogno di lui. E se di fronte a tanto furore ottimistico ci si può sentire spaesati e forse un po' scettici, una parte di noi è comunque felice che possa esistere un funambolo della vita e dell'amore come lui. Provaci ancora Patch!

Giovanna Pirana

IL CUORE GRANDE DI GIANNI CHESTA

Gianni Chesta, presidente dell'Aido per quattro anni ci ha lasciati. Era una personalità generosa e vulcanica, un uomo entusiasta che si spendeva senza risparmio per la causa. Chesta sapeva bene qual è il valore della donazione di organi, avendo subito egli stesso un trapianto di cuore che gli aveva consentito di tornare a vivere serenamente. Questa esperienza lo ha spronato a fare della sensibilizzazione alle finalità dell'Aido un impegno personale quotidiano, presentando la sua esperienza con uno spirito positivo e ottimista.

Gianni Chesta è stato la dimostrazione che una persona che ha subito un trapianto può riprendere a vivere normalmente. Nonostante il trapianto ha continuato a praticare il suo hobby preferito, un'attività molto impegnativa come l'alpinismo. Chesta era consapevole di aver ricevuto un dono meraviglioso e provava una profonda gratitudine che lo ha spronato a non lasciarsi mai andare e a fare della sua testimonianza un insegnamento utile ad altri, come ha scritto lui stesso nel libro intitolato *De bando, la mia incredibile storia con il cuore di un'altra persona*, un autentico inno alla gioia di vivere. «Grazie Gianni per avere scritto, con la tua esistenza e soprattutto in questi ultimi mesi di tenace attaccamento



alla vita, una bellissima pagina di vero scoutismo, di profonda umanità e anche di profonda fede cristiana»: è stato questo il saluto dei suoi amici scout. «I tuoi scout ti ricorderanno sempre per la tua bontà e per la tua disponibilità, per la tua affabilità e per il tuo forte senso del dovere e dell'amicizia sincera, ma soprattutto vedranno in te un modello da seguire e da imitare. Gianni Chesta non sarà dimenticato. Migliaia di soci Aido continueranno la sua battaglia, come lui avrebbe desiderato. È il modo più bello per ricordarlo. La prima iniziativa sarà un convegno che si terrà il 16 aprile con inizio alle ore

14 al centro "G. Marani" adiacente all'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento. È stato promosso dall'Aido e dal Coordinamento trapianti d'organo e tessuti dell'Azienda ospedaliero-universitaria ed ha il patrocinio della Regione Veneto. Il tema è: "Donazione e trapianto: il rapporto tra mondo sanitario e associazioni di volontariato". L'iniziativa è stata fortemente voluta dal presidente provinciale Aido Celso Da Campo che ha trovato ampia sintonia nel responsabile del Coordinamento trapianti Francesco Calabrò. È prevista la partecipazione di Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti.

I volontari che operano all'interno dei due ospedali sono un valido supporto per la cura dei pazienti

Associazioni

UN AIUTO PREZIOSO

Un inizio a suon di festa per il volontariato ha dato avvio alla Conferenza dei servizi dell'Azienda ospedaliera di fine anno. Si è infatti parlato di associazioni, di servizio di supporto all'interno dei reparti e di formazione in sala Marani, il 22 novembre 2006. Una scelta per dare particolare visibilità ad un servizio prezioso ed indispensabile, che contribuisce al miglioramento della qualità della vita del malato. «La presenza dei volontari è una testimonianza silenziosa e fondamentale che meritava di essere valorizzata con un evento speciale – spiega Maria Fiorenza Coppari, responsabile Coordinamento comunicazione –. Per questo abbiamo organizzato «Tutti insieme» per ringraziare i volontari ed ascoltare le loro esperienze». «I volontari ogni giorno stanno accanto ai pazienti, alle loro famiglie ed al personale sanitario – ha spiegato Michela Azzini, portavoce dei referenti delle associazioni convenzionate di volontariato –. Sono uomini e donne che si offrono con grande sensibilità in servizi di assistenza e supporto anche dopo il decorso della malattia. Si tratta di per-



Michela Azzini

sone che hanno scoperto ciò a cui sono state chiamate e lo fanno appassionatamente». Una «passione» conosciuta da più di 300 persone impegnate nei due nosocomi cittadini: professionisti e casalinghe, studenti, operai, dai 18 ai 30 anni; i giovani, insieme ad una nutrita schiera di over 45.

«Le associazioni in questi ultimi anni sono diventate un apporto prezioso – ha continuato Michela Azzini –. Favoriscono l'apertura di nuovi reparti, comprano strumenti, pagano borse di studio e sostengono la ricerca. Senza essere un tecnico né un parente, privo di riconoscimenti economici o

professionali, il volontario vive della gratificazione di uno slancio personale per uno sconosciuto, ne condivide la sofferenza e lo sostiene anche nei momenti più difficili. Perciò è fondamentale il rapporto con gli operatori sanitari, così da fungere da ponte tra paziente, medico, famiglia ed occupare uno spazio vuoto che il personale sanitario, per il grande impegno lavorativo, non sempre riesce a coprire. La fiducia si costruisce anche con una buona formazione e non dando risposte al paziente che potrebbero essere inesatte, inducendo così a percezioni errate e distorte. È questo il nostro impegno».

Fabiana Bussola



MA NON CI SI IMPROVISA VOLONTARI OSPEDALIERI

Un grande aiuto d'assistenza per il malato ed un collaboratore prezioso per gli operatori sanitari. Questi i cardini entro cui si sviluppa la generosità del volontario in ospedale, uno slancio che però ha avuto bisogno di essere regolamentato, come ha ben descritto Gianluigi Tarondi, coordinatore del gruppo di lavoro sul volontariato dell'azienda ospedaliera. «È stato necessario produrre nel 2004 un regolamento di garanzia per l'azienda, i volontari ed i pazienti – afferma il dirigente medico –, perché accanto ad alcune associazioni conosciute all'interno dei reparti sono nate nel tempo altre realtà. Dopo aver chiesto ai responsabili, medici e infermieri, dei reparti le loro necessità reali, si sono individuate, in collaborazione con le associazioni interessate, le tipologie di supporto al paziente, disciplinando la presenza in reparto anche con la registrazione giornaliera dei volontari presenti». L'iniziativa ha ricevuto anche una segnalazione particolare al forum della Pubblica amministrazione, in cui il

modello veronese è stato riconosciuto come valido sistema per disciplinare i rapporti tra struttura sanitaria e volontariato. Il programma di formazione è stato poi un passo dovuto ed ha avuto una massiccia adesione da parte delle associazioni. Ad un primo ciclo formativo sulla fisiologia del reparto, il rapporto con gli operatori, gli ambiti di attività e degli incontri di psicologia del volontario a contatto con il malato, quest'anno ci sarà un modulo facoltativo, elaborato sulle richieste specifiche dei volontari. «Ci sono ambiti in cui un volontario deve sapere come rapportarsi con le persone e gli operatori – conclude Tarondi –, soprattutto se si trova ad operare con i malati terminali od i bambini oncologici. Per questo, se qualcuno desiderasse diventare volontario, la strada migliore è rivolgersi al nostro Ufficio relazioni con il pubblico, dove troverà le informazioni sulle associazioni convenzionate».

F. Bus.

UNA VITA PER I MALATI

Non si può pensarla in pensione. E infatti è lei la prima a smentire chi la immaginasse con le mani in mano. "Ora sono a servizio della mia comunità, le Sorelle della misericordia di Verona" spiega suor Luisidia Casagrande a chi le chiede che cosa farà adesso, lontana dal laboratorio di analisi chimico-cliniche e di ematologia dell'ospedale di Borgo Trento. Viene in realtà più da chiedersi che cosa faranno i colleghi, i medici, ed i tecnici che hanno perso il loro punto di riferimento. Se lo domanda anche il primario Paolo Rizzotti. "Ha organizzato tutto per favorire un passaggio organizzato e tranquillo. Ma resta lo stesso un vuoto: ci vorranno tante mani per raccogliere il suo testimone". L'unica a non scomporsi è proprio lei, 89 anni e 68 passati in ospedale come infermiera di laboratorio prima nella struttura in via Marconi, poi a Borgo Trento. Sono stati in molti a volerla abbracciare l'ultimo giorno di servizio. Il Direttore Generale Valerio Alberti le ha consegnato una targa per ringraziarla per la sua vita interamente spesa per i sofferenti, con dedizione assoluta, forza d'ingegno e solerte carità. La vita di suor Luisidia è piena di record e non solo



Il medicoclown Patch Adams

perché, come ha sottolineato Rizzotti, ha sopportato ben sette primari. Porta con sé infatti l'esperienza di chi ha aperto un laboratorio di analisi con solo due donatori di sangue, mentre la storia scriveva pagine tragiche anche per la nostra città. Iniziato il servizio nel settembre del 1938, pochi anni dopo la religiosa, originaria della provincia di Treviso, ha combattuto la sua guerra, tra bombardamenti ed occupazione nazista. "Nel 1943 le truppe requisirono l'ospedale e vi ricoverarono i soldati feriti - ricorda suor Luisidia -. Poi il 5 luglio 1944 ci fu un bombardamento che causò gravi danni alla struttura e fece diverse vittime. Dei 300 ricoverati ne morirono 36,

oltre al personale. Pensai quindi che forse eravamo vicini alla fine della guerra, quindi si doveva pensare al dopo, specie per i civili. Cominciai allora a nascondere nel grembiule, di nascosto dal personale tedesco, della vetreria, qualche microscopio. Mettevo poi tutto in una cesta di vimini nel mio alloggio e, in seguito, in quattro casse da morto. Le feci trasferire poi da un carro funebre all'ospedale militare e in un rifugio ho nascosto il materiale. Dopo pochi giorni dalla fine della guerra siamo andati a prenderlo con un furgoncino e subito abbiamo potuto riaprire il laboratorio". Premiata per il suo atto eroico, da 50 anni all'interno del Collegio degli infermieri professionali, suor Luisidia di tanta storia ha creato un piccolo, significativo museo all'interno del laboratorio, che forse continuerà a seguire in futuro. Ma tra quei cimeli non si vede tutto del suo servizio, a volte difficile, ma con sempre al centro l'interesse del malato. "Sono venuta con niente e voglio andar via con niente" ha detto a chi l'ha salutata. Non è stato un addio ma un arrivederci Suor Luisidia sarà sempre di casa nel "suo" laboratorio.

Fabiana Bussola

CUORE, CONVEGNO A VERONA

Dal 19 al 21 giugno Verona ospiterà il quarto convegno internazionale sulla sindrome coronaria acuta. È organizzato dall'Unità operativa clinicizzata di Cardiologia diretta dal professor Corrado Vassanelli. I lavori si terranno al palazzo della Gran Guardia e comprenderanno una convention riservata agli infermieri delle Unità di cure intensive coronariche. Il Convegno sarà un'interessante opportunità per fare il punto sulle più innovative terapie e strategie d'intervento per il trattamento dell'infarto e dello scompenso cardiaco, compresa la nuova frontiera aperta dall'utilizzo delle cellule staminali. Informazioni sono disponibili nel sito www.cuoredi.verona.it

FARMACI: I GIUSTI DOSAGGI

Nel numero precedente della nostra rivista, nell'ambito di un servizio dedicato alla disfunzione erettile, a pagina 23, è stata pubblicata una tabella sui dosaggi dei farmaci utilizzati per la cura della patologia che, per un problema di composizione, riportava alcuni dati errati relativi alla durata di efficacia del farmaco. La ripubblichiamo, scusandoci con i lettori per l'inesattezza.

	Sildenafil (Viagra®)	Vardenafil (Levitra®)	Tadalafil (Cialis®)
Dosaggi	25, 50, 100 mg	5, 10, 20 mg	10, 20 mg
Tempo di reazione	da 30'-40'	20'-30'	20'-4 ore
Durata efficacia	5-8 ore	5-8 ore	24-36 ore

Domande e risposte

di Salvatore Toscano*, Perosi**

Mi sono rivolto al centro di prenotazione per prenotare una radiografia e non è stato possibile effettuare l'operazione per la mancanza dell'impegnativa. Ho proposto di consegnarla all'atto della prestazione, ma l'operatore ha sostenuto che l'impegnativa è necessaria anche per effettuare la prenotazione.

Nel corso del 2005 il modulo della ricetta in uso da più anni è stato sostituito da un nuovo ricettario che prevede l'acquisizione di maggiori informazioni rispetto al precedente. L'adozione del nuovo ricettario fa parte di un progetto promosso dal ministero dell'Economia e delle Finanze per il monitoraggio e controllo della spesa sanitaria per prestazioni ambulatoriali e farmacologiche e, nel contempo, realizza il disegno di semplificazione burocratica dell'apparato amministrativo, poiché riduce ad un unico ricettario tutti i formulari del Servizio sanitario nazionale. Il nuovo ricettario è destinato quindi ad essere utilizzato per prescrivere prestazioni sanitarie a tutti i cittadini che accedono al Servizio sanitario nazionale, siano questi iscritti e non iscritti - italiani, comunitari e stranieri, compresi gli stranieri non in regola con norme sul soggiorno, (Stp) -. A tale riguardo la Direzione aziendale ha disposto con circolare interna che, all'atto dell'utilizzazione di una ricetta medica recante la prescrizione di prestazioni specialistiche, le strutture di erogazione dei servizi sanitari devono rilevare i codici a barre relativi al numero progressivo regionale della ricetta e il codice a barre della tessera sanitaria. Ai sensi della medesima legge e delle direttive della Regione Veneto, è stato disposto che tutti gli operatori all'atto del contatto con il paziente inseriscano obbligatoriamente il numero della ricetta e il codice fiscale del paziente quando non presente o errato nell'archivio anagrafico. Si ricorda anche che possono essere poste a carico del Servizio sanitario naziona-



le, soggette quindi al versamento della sola quota di partecipazione alla spesa (ticket) o al regime di esenzione, solo le prestazioni prescritte su "ricetta rossa" del Servizio sanitario nazionale. Il paziente che all'atto dell'erogazione della/e prestazione/i sarà sprovvisto di ricetta rossa dovrà essere informato che dovrà versare il valore dell'intera tariffa relativa. Per evitare possibili errori nell'acquisizione telefonica del numero della ricetta, i servizi di erogazione e gli Uffici cassa controllano la correttezza del numero della ricetta ed eventualmente provvedono a correggere le inesattezze. Lo stesso controllo viene effettuato per il codice sanitario individuale, la tessera sanitaria e il codice fiscale. L'attuale normativa prevede che non è necessaria l'impegnativa per le prestazioni specialistiche di: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, e oculistica (solo per la misurazione della vista).

Ho ritirato degli esami di laboratorio e con stupore l'impiegato dell'Ufficio cassa ha richiesto il versamento del ticket nonostante io sia esente per patologia. Ho mostrato il tesserino rilasciato dall'Ulss che attesta l'esenzione dal ticket. Poiché sull'impegnativa il medico di base non ha indicato il codice di esenzione, ho dovuto di nuovo recarmi dal medico di base con la ricevuta di pagamento e il medico, sulla medesi-

ma ricevuta, ha dovuto attestare e sottoscrivere il diritto all'esenzione, con il codice di riferimento e io ho dovuto ritornare all'Ufficio cassa per ottenere il rimborso.

Con l'introduzione del nuovo ricettario, la ricetta

diventa il documento che consente non solo l'accesso alle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) del Servizio sanitario regionale, ma anche la principale fonte di dati. Appare evidente quindi l'importanza di rispettare le regole della corretta compilazione della ricetta così da permettere una rapida e precisa registrazione dei dati in essa contenuti.

Pertanto tutti i medici prescrittori coinvolti nella compilazione (medici di Medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri) sono tenuti a rispettare la compilazione della ricetta in ogni sua parte, compresa l'area dell'eventuale esenzione, riportando nell'apposito spazio riferito al "codice esenzione" il codice regionale di esenzione apponendovi i relativi caratteri. Nella Regione Veneto sono presenti due ambiti di possibili esenzioni: l'esenzione per motivi patologiche, status di invalidità, intervento di prevenzione, e per motivi di reddito. Con riferimento a quest'ultima ipotesi l'assistito si autodichiara esente su formulazione esplicita e sottoscritta compilando in ogni sua parte il modello da sottoscrivere.

***Responsabile Ufficio
Relazioni con il Pubblico**

****Referente Ufficio Relazioni
con il Pubblico Ospedale
Policlinico "Giambattista Rossi"**

Anche un rettile vuole cure

di Anna Laura Folena

Non abbaia, non ti sveglia la domenica mattina alle 6 con il guinzaglio in bocca per farsi portare a spasso, non ti mangia le salsicce ai ferri che hai lasciato per un attimo incustodite sul tavolo di cucina, non miagola e non ti riduce a brandelli le tende del salotto. È vero, ma non per questo ha bisogno di meno dedizione di un cane o di un gatto. L'iguana è un animale che richiede attenzione, necessita dell'ambiente adatto e di un'alimentazione appropriata. Inoltre, «è docile, ma guai a farlo arrabbiare – spiega il dottor Paolo Scalvi, a nome dell'Ordine dei Medici veterinari di Verona – perché può mordere e graffiare pesantemente e può utilizzare la coda come frusta».

Stupendo sauro, scelto di solito per il suo aspetto affascinante, l'iguana costa poco. La vera spesa è rappresentata dall'attrezzatura che gli serve per vivere bene. E se chi ha un cane deve passeggiare a lungo insieme a lui, chi ha un'iguana deve spendere tempo e pazienza per la corretta manutenzione del suo habitat artificiale.

Originaria dell'America centro-meridionale, può essere acquistata dagli allevamenti, ma non "rapita" dal suo ambiente naturale ed importata in Italia, perché è una specie protetta. In natura arriva misurare anche due metri. Uno e mezzo in cattività, ovvero dieci volte la grandezza di quando si acquista e si porta a casa. Se tenuta bene, vive una quindicina d'anni. Ma come tenerla bene?

«Innanzitutto – risponde il dott. Scalvi – è necessario ricreare un habitat il più possibile vicino all'originale, e, visto che si tratta di un animale arboricolo, il terrario dovrà essere sviluppato anche in altezza, con rami fissati a terra. Il primo terrario potrà essere lungo un metro, profondo 70 centimetri ed alto 50. In seguito dovrà crescere in base alle dimensioni dell'iguana, perché non è vero che tenendo l'animale in un ambiente piccolo rimane piccolo anche lui».



Per il pavimento vengono spesso venduti truciolati o cortecce che possono far male all'iguana che tende ad ingerirli andando incontro a blocchi intestinali. «L'ideale – suggerisce il veterinario – sarebbe la carta di giornale, che non è il massimo, però, dal punto di vista estetico. Io, quindi, consiglio l'erba finta, come quella che si trova ai bordi di certe piscine, morbida e non putrescibile, e soprattutto che non perda molti fili».

Animale a sangue freddo, l'iguana mantiene la temperatura corporea spostandosi a una zona calda ad una più fredda e viceversa, in base alle necessità.

Il terreno, perciò, non deve avere un'unica temperatura. Un terzo del terrario deve essere riscaldato con serpentine sotto il pavimento o lampade riscaldanti dall'alto, in modo che la temperatura vari di giorno dai 30 ai 25, con *hot spot* fino a 35 e di notte dai 23 ai 25.

L'illuminazione è importantissima, perché non riescono a sintetizzare la vitamina D3, che viene prodotta grazie ai raggi UVB ed è fondamentale per il metabolismo del calcio.

Sono quindi necessarie all'interno del terrario delle lampade specifiche UVB 5.0, senza vetro, che devono restare accese in orario diurno e che ogni sei mesi devono essere rinnovate.

«Nel periodo estivo – aggiunge Scalvi – sono consigliabili veri e propri bagni di sole, perché in realtà nulla può davvero sostituire il sole».

Da non dimenticare una vasca da lasciare a disposizione dell'iguana per il bagno, ricordando di cambiare l'acqua molto spesso.

Quanto all'alimentazione, una volta si pensava che le iguane fossero carnivore, perché nelle autopsie erano stati trovati insetti nei loro apparati digerenti. In realtà, si trattava di ingestioni accidentali, perché le iguane sono erbivore. La loro alimentazione deve essere costituita per il 90 per cento da verdure e per il 10 per cento da frutta. Ci si può sbizzarrire dalle cicorie alle coste, dal radicchio alle carote, dai fagiolini al pomodoro. Le iguane sono ghiotte in particolare di banana con la buccia, di melone e pesche. Poi si può integrare con mangimi specifici in pellet. Inoltre, una volta alla settimana è raccomandabile infarinare la frutta con carbonato o lattato di calcio. Una raccomandazione: non sottovalutare, come spesso accade – i controlli veterinari.

«Le iguane – conclude Paolo Scalvi – sono animali primitivi, progettati per "funzionare" fino all'ultimo. Per questo, quando i sintomi di manifestano è il più delle volte troppo tardi per curarle». Una visita preventiva dal veterinario può salvarle