

La Salute

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

e la Città



NUOVA RISONANZA
Il cervello senza segreti

PREVENZIONE
Vaccinazioni
per viaggiare ok



principi in cui credere



L'esperienza

"Credete a chi ha provato"

(Virgilio)



L'innovazione

**"Lo scienziato non
è l'uomo che
fornisce le vere
risposte; è quello
che pone le vere
domande"**

(Claude Lévi-Strauss)



La qualità

**"Eccellente!" esclamai.
"Elementare", rispose.**

(Arthur Conan Doyle)

La Salute e la Città

anno 4 - numero 4
 Novembre 2006
 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, Giovanna Billeci, Fabiana Bussola, Anna Laura Folena, Romina Gobbo, Ilaria Noro, Valeria Zanetti, Elena Zuppini

Fotografie

Luigi Pecora

Grafica e videoimpaginazione

Gemma Editco - Verona

Stampa

Offset Print Veneta s.r.l.
 via Schiaparelli 10
 37135 Verona
 Tel. 045.8200811

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

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

La Salute

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

e la Città

Sommario

EDITORIALE

Fine anno, tempo di bilanci
 di *Valerio Alberti* pag. 2

LABORATORIO

Esami più sicuri
 di *Fabiana Bussola* pag. 3

ASSOCIAZIONI

Un gesto d'amore
 di *Elena Zuppini* pag. 5

EVENTO

Il Papa tra noi
 di *Giovanna Ghirlanda* pag. 6

EPIDEMIOLOGIA

Prevenire l'influenza
 di *Maurizio Solbiati* pag. 7

PREVENZIONE

Il seno al microscopio
 di *Valeria Zanetti* pag. 9

ONCOLOGIA

Insieme per le donne

NEUROCHIRURGIA

Superare il trauma
 di *Alessandro Azzoni* pag. 13

NEURORADIOLOGIA

Cervello senza segreti

TERAPIE

Un "wafer" killer

GERIATRIA

In ospedale di giorno
 di *Elena Zuppini* pag. 19

ANDROLOGIA

Un problema tabù
 di *Luigi Comunale, Filippo Migliorini*
 e *Romeo Pianon* pag. 21

NEONATOLOGIA

Bimbi in emergenza
 di *Paola Arosio* pag. 26

FORMAZIONE

Cinema e psichiatria
 di *Alessandro Norsa,*
Roberto Florio
 e *Nicola Garzotto* pag. 30

VACCINAZIONI

Viaggiare in salute

a cura della redazione
 "Dialogo sui farmaci" pag. 31

INNOVAZIONI

Helpic per farsi capire
 di *Valeria Zanetti* pag. 34

OCULISTICA

Un trapianto ad hoc
 di *Elena Zuppini* pag. 38

DIAGNOSTICA

Raggi con prudenza
 di *Fabiana Bussola* pag. 41

SICUREZZA

Errori imperdonabili
 di *Michele Nespoli* pag. 46

FOCUS

La privacy: un valore
 di *Valeria Zanetti* pag. 48

RUBRICHE:**MEDICO DI FAMIGLIA**

Il rapporto con gli adolescenti
 di *Gelmino Tosi* pag. 18

LISTE D'ATTESA

Ogni prestazione una risorsa
 di *Luciano Flor* e *Giulia Bisoffi* pag. 24

LO PSICOLOGO

Il piacere di essere se stessi
 di *Lidia del Piccolo* pag. 33

ORDINE DEI MEDICI

Il triage in Pronto soccorso
 di *Franco Colletta* pag. 36

SALUTE E DIRITTI

La vita: diritto indisponibile
 di *Lucia Poli* pag. 40

IN PRATICA

Cuore e terapie alternative
 di *Elena Dal Corso* pag. 43

AMICI ANIMALI

Il canarino "canterino"
 di *Anna Laura Folena* pag. 52

URP

TS, più di una carta d'identità
 di *Salvatore Toscano*
 e *Tiziano Perusi* pag. 54

Fine anno, tempo di bilanci

di Valerio Alberti*

Cari lettori, il 2006 volge al termine ed è tempo di bilanci. La nostra rivista si avvia al quinto anno di vita e si è dimostrata un modo gradito per mantenere aperto costantemente un canale di comunicazione con la comunità.

Per un'Azienda come quella ospedaliera il tema della comunicazione è una priorità determinata dal particolare tipo d'attività che un ospedale è chiamato a svolgere. Il rischio maggiore in una struttura come l'ospedale di Verona è la spersonalizzazione dei pazienti. Noi siamo abituati ad operare sui grandi numeri, ma nessuno dei nostri pazienti deve sentirsi un numero. I dati statistici sono importanti: ogni giorno oltre quattrocento persone si presentano nei Pronti soccorsi di Borgo Trento e Borgo Roma, mille e quattrocento sono ricoverate in regime ordinario e circa cento sono assistite in day-hospital, novanta persone vengono sottoposte ad intervento chirurgico, la day-surgery, duemila pazienti usufruiscono dei servizi ambulatoriali. Sono cifre impressionanti che siamo tenuti a "semplificare" per ritrovare l'"unicità" di ogni singolo paziente che ha bisogno delle nostre cure.

Le occasioni di dialogo sono dunque preziose e cerchiamo di moltiplicarle. Con questo obiettivo, ad esempio, abbiamo sdoppiato in due eventi l'annuale Conferenza dei servizi, dedicando il 22 novembre un incontro alle associazioni di volontariato convenzionate con il nostro ospedale che portano nelle corsie la linfa vitale di oltre cinquecento volontari. Sappiamo quanto il fattore umano possa essere determinante per attivare nel malato una risposta più positiva alle cure. Chi è sostenuto dall'affetto di familiari e amici trova più energie e coraggio. I volontari sono preziosi perché si affiancano ai malati più soli e stabiliscono con loro un ponte di solidarietà che rende più agevole anche il rapporto con il personale ospedaliero.

Il secondo evento è la conferenza del 13 dicembre intitolata: "Dire e fare per



la salute: come cambia l'ospedale di Verona". Le parole chiave di quest'anno sono: innovazione, ristrutturazione e interazione. L'innovazione scientifica, tecnologica ed organizzativa è il propellente di un ospedale dove interagiscono l'attività assistenziale e quelle di ricerca e didattica peculiari della presenza universitaria. Come è noto stiamo per trasformarci in un'Azienda integrata ospedale-università. Il livello di interazione già raggiunto "sul campo" dalla componente medica ospedaliera ed universitaria può già garantire ai cittadini che la trasformazione porterà un valore aggiunto alla qualità del sistema-ospedale. Ci attendiamo ricadute positive per la qualità delle cure che già oggi fa di Verona la meta dei "viaggi della speranza" un tempo indirizzati all'estero.

Sul fronte dell'innovazione tecnologica quest'anno abbiamo inaugurato la Iort - radioterapia intraoperatoria - tecnica d'avanguardia per la cura dei tumori e la Risonanza 3Tesla con la quale, come leggerete proprio in questo numero, il cervello svela i suoi più intimi segreti. Per il 2007 abbiamo in serbo l'installazione di due Tac *multislice* a 64 strati per le Radiologie di entrambe le sedi ospedaliere. Perfezioneremo anche la procedura per l'acquisto della Pet, la tomografia ad emissione di positroni che riesce a riconoscere le cellule che si dividono

rapidamente, come le cellule tumorali, nel contesto di altre cellule, quelle normali, a basso indice di proliferazione.

Per le ristrutturazioni possiamo dire che l'anno si conclude più che positivamente. Il cantiere del nuovo Polo chirurgico di Borgo Trento lavora a pieno ritmo nel rispetto dei tempi previsti e, cosa che più ci sta a cuore, riuscendo a contenere sia i disagi interni sia quelli che alcuni temevano per la città. L'anno prossimo vedremo salire la costruzione che assumerà a poco a poco l'aspetto definitivo.

Ma non ci siamo limitati a questo intervento. A Borgo Trento, ad esempio, stiamo ristrutturando il Pronto soccorso ed abbiamo dato nuova sistemazione all'area chirurgica. A Borgo Roma stiamo ristrutturando l'area della Rianimazione (per il momento ospitata nello stesso edificio Sud) dove ricaveremo anche la nuova Terapia intensiva cardiologica. È imminente anche il trasferimento dell'Anatomia patologica nell'edificio chiamato "Chiocciola", dove sarà inaugurato in febbraio il nuovo grande ambulatorio odontoiatrico con diciotto riuniti. Sempre in Borgo Roma sarà in funzione entro l'anno prossimo la Banca per la crioconservazione del sangue da cordone ombelicale, utilizzato per la produzione di cellule staminali emopoietiche. Sia a Borgo Trento che a Borgo Roma proseguono anche i lavori di ristrutturazione dei reparti di degenza per aumentarne il *comfort*.

Entro gennaio 2007 vogliamo anche potenziare il call center del Cup, il Centro unico per la prenotazione di visite ed esami ambulatoriali che ogni giorno viene letteralmente preso d'assalto da migliaia di telefonate - e il loro numero ha largamente superato quello prevedibile -, costringendo molti a lunghe attese a cui vogliamo porre rimedio.

Non aggiungiamo altro per il momento. Saprete quanto faremo anche leggendo la rivista. Buone Feste!

***direttore generale
Azienda ospedaliera**

Moderne tecnologie, professionalità e attenti controlli garantiscono l'affidabilità delle analisi cliniche

Laboratorio

3

ESAMI PIÙ SICURI

L'automatizzazione delle analisi di laboratorio, grazie ai robot ed ai computer, ha certamente migliorato risultati e servizi, ma se si pensa in termini di efficienza e sicurezza, la professionalità del personale è imprescindibile. Ne è fermamente convinto Paolo Rizzotti, direttore del Laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche all'ospedale maggiore di Borgo Trento.

«Oggi un terzo del personale tecnico è laureato, la formazione interna è una prassi e lavoriamo molto sul perfezionamento delle procedure – spiega il dirigente, che coordina 90 persone tra medici, biologi, tecnici, infermieri ed amministrativi –. Una voce che assorbe la metà dei 7,5 milioni di euro l'anno necessari alla gestione della struttura. Il resto è investito in tecnologia e materiale diagnostico. Il problema non è solo "quanto", ma "come" si spende – prosegue Rizzotti –. Perciò, per migliorare la qualità, miriamo alla sobrietà diagnostica. Nel 2005 abbiamo ottenuto un contenimento delle richieste interne del 5,5 per cento, ma non abbiamo ridotto i test di alta specialità. A noi fanno capo 40 reparti diversi, con 1.200 letti in ricovero ordinario, 100 nelle aree di cure intensive e 90 delle Neurochirurgie, eseguendo 250 tipologie di esami».



Paolo Rizzotti, direttore del Laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche all'ospedale maggiore di Borgo Trento. Sotto, il laboratorio

Volumi di urgenza che l'anno scorso hanno assorbito il trenta per cento dell'attività del laboratorio, operativo ogni giorno 24 ore su 24. E la domenica si forniscono in media esami per 550 pazienti, con un tempo di risposta che va da un'ora per le urgenze a quattro ore per i prelievi di routine. Un servizio che riguarda gli ospedali della provincia veronese e, per alcuni esami specialistici, anche

quella trentina.

Offrire standard alti di affidabilità, rapidità e sicurezza, però, significa ridurre richieste diagnostiche superflue, aspetto che riguarda sia la domanda dalle Unità operative e di degenza, sia quella degli utenti esterni.

«Il consulto con i medici di reparto ed i colleghi clinici ci consente di attuare una prima razionalizzazione, verificando la necessità di ogni prescrizione – prosegue Rizzotti –. Nel 1996, inoltre, il laboratorio ha ottenuto l'accreditamento dal *Clinical pathology accreditation*, organismo inglese di riferimento internazionale per la valutazione delle strutture sanitarie. Sia nel 2001 sia quest'anno il Cpa ha attestato l'efficienza del servizio e riconosciuto la tendenza del laboratorio a migliorare negli anni». Un'attestazione che ha rilevato anche punti da perfezionare, le cosiddette "non conformità non critiche", specie nella gestione di alcune procedure interne e nella dislocazione dei servizi per gli utenti, come l'accettazione per le prenotazioni.

«I problemi di spazio per l'utenza esterna sono il cruccio dell'unità operativa, soprattutto l'ambulatorio per i prelievi che ogni giorno riceve in media 350 pazienti – sottolinea il direttore –. Intanto è stata creata una specifica sala di attesa per chi si sottopone a terapie anticoagulanti. Sono infatti circa 700 i pazienti a rischio infarto, ictus o trombosi, che vengono qui per monitorare la fluidità del sangue, 60-70 persone ogni mattina che attendono circa un'ora per leggere i loro parametri, su cui poi il medico del laboratorio modula la posologia dei farmaci. Ma appena attiveremo la telemedicina anche questo problema si assorbirà. Siamo pronti da tre anni ad introdurre la firma elettronica, con cui siglare ogni esame e poi spedirlo direttamente al paziente via fax, posta elettronica o sms. Tutto dovrebbe realizzarsi entro



fine anno, quindi molti risultati arriveranno al diretto interessato, senza attese in ambulatorio».

Guardarsi indietro, sbirciando fra alambicchi e microscopi, esposti nel piccolo museo realizzato nei corridoi del laboratorio dalla caposala suor Luisidia Casagrande, memoria storica del reparto, fa davvero un certo effetto. E non è solo merito della tecnologia: i grandi professionisti che si sono succeduti negli anni, ponendo le basi di una struttura efficiente, non hanno lavorato invano.

Fabiana Bussola



Foto storica del laboratorio di analisi chimico-cliniche ed ematologiche

Uniti è meglio: l'accorpamento del laboratorio incentiva la ricerca

Una coabitazione che porterà vantaggi sul piano della ricerca e della progettazione in campo di biologia molecolare avanzata. La condivisione degli spazi del Laboratorio di analisi chimico-cliniche con quello di patologia molecolare non è quindi solo il risultato di un necessario trasloco, ma una prospettiva molto interessante per l'Azienda ospedaliera.

In 200 metri quadri, ricavati al terzo piano del monoblocco servizi, operano dal luglio scorso ricercatori medici, biologi, biotecnologi e tecnici impegnati non solo nella diagnosi molecolare del gene della fibrosi cistica e, per tutta la regione Veneto ed il Trentino Alto Adige, nello screening neonatale, ma anche nella ricerca nel campo della genetica e della patologia molecolare.

«Proveniamo dal Centro fibrosi cistica – afferma Giulio Cabrini, dirigente medico e responsabile del Laboratorio di patologia molecolare –, ed il nostro trasferimento ha risposto innanzitutto al bisogno di ristrutturare il Centro, che sarà così in grado di creare più stanze per i pazienti. Ma questa scelta ha portato anche dei vantaggi sul piano della razionalizzazione logistica. L'interazione tra le due strutture ci permette di sviluppare per il futuro dei progetti di grande

interesse, con possibili applicazioni nel campo della biologia molecolare e della diagnostica».

L'accorpamento dei laboratori dovrebbe mantenersi anche in futuro, una volta che la costruzione del nuovo ospedale di Borgo Trento sarà ultimata. «Abbiamo competenze diverse, e proprio questa differenza porterà dei risultati di sicuro vantaggio per i pazienti – prosegue Cabrini –. Soprattutto perché si potranno sviluppare aree della diagnostica molecolare non ancora coperte da altri laboratori dell'Azienda ospedaliera, con potenziali ricadute in campo biotecnologico».

Per la cura della fibrosi cistica e delle patologie correlate è fondamentale la necessità di investire nella ricerca di terapie innovative, in particolare per la patologia polmonare. «Quasi la totalità dei pazienti colpiti da fibrosi cistica ha affezioni che coinvolgono l'apparato respiratorio. Ne deriva un serio condizionamento della qualità e dell'aspettativa di vita – continua il responsabile del laboratorio –. Di conseguenza urgono terapie nuove, che ora sono al centro della nostra ricerca sperimentale. Stiamo conducendo infatti nove progetti in collaborazione con istituti italiani, europei e nordamericani ed insieme stia-

mo studiando come agire su questo aspetto cruciale per i pazienti».

Il Centro fibrosi cistica è diventato inoltre punto di riferimento italiano per lo studio della sindrome di Shwachman-Diamond, che in Italia riguarda circa 60 casi segnalati al Registro nazionale e la cui incidenza è alquanto variabile. Un'affezione che coinvolge direttamente il Laboratorio di patologia molecolare, che sta conducendo ricerche mirate.

«Quando si parla di malattie rare dobbiamo ricordare che non si tratta di patologie secondarie – chiarisce Cabrini –. Ancora non è possibile dare un servizio di diagnostica per le famiglie che si rivolgono a noi. Ad esempio, non si può fare l'indagine prenatale per i genitori che già avessero avuto un figlio affetto da questa sindrome, e fossero in attesa di un secondo bambino. Non c'è ad oggi nemmeno una terapia adeguata, per cui non siamo ancora un Centro che può rispondere alle domande più urgenti per i pazienti. Ma ci aspettiamo che i progetti di ricerca, che stiamo conducendo in collaborazione con un gruppo canadese, daranno presto utili ricadute per la diagnosi e la terapia, così da poter passare alla loro applicazione».

(fa.bu.)

L'Aido di Verona ha festeggiato i trent'anni dalla fondazione e ha raggiunto i 45mila soci

Associazioni

5

UN GESTO D'AMORE

Sono passati trent'anni da quel 1976, quando l'Aido (Associazione italiana donatori di organi) provinciale ha iniziato la sua attività. Prima timidamente con solo pochi iscritti, che presto divennero 400, guidati da Giulio Bertelli e supportati dal professor Piero Confortini, uno dei pionieri in Italia del trapianto di rene. Oggi i soci dell'Aido veronese sono 45mila, distribuiti in 54 gruppi organizzati in tutta la provincia.

Bastano questi pochi numeri per dare un'idea di quanta strada ha fatto l'associazione in questo trentennio di lavoro dedicato a sensibilizzare la popolazione verso uno dei gesti d'amore più grandi che una persona possa fare nei confronti di un altro essere umano, quello della donazione degli organi. Incontri nelle scuole, giornate trascorse nelle varie piazze, conferenze tenute all'università della terza età e in altre associazioni. Sono solo alcuni degli impegni dell'Aido in questi anni.

Un'abnegazione costante che ha contribuito a far raggiungere al Veneto il record italiano di 35 donatori ogni milione di abitanti, una media che supera di gran lunga quella italiana (22,8) e vicinissima a quella del Paese principe nel campo delle donazioni, cioè la Spagna con 35,1 donatori ogni milione di abitanti. «I trent'anni sono un traguardo molto importante – esordisce il presidente provinciale Celso Da Campo – che abbiamo voluto ricordare il 19 novembre con una messa in Cattedrale, presieduta dal vescovo padre Flavio Roberto Carraro, e un gemellaggio con il gruppo Aido di Pantelleria. Un connubio nato grazie alla generosità di due genitori siciliani che hanno dato l'assenso alla donazione degli organi del loro figlio morto nella nostra città».

Una tragedia da cui è passato alcuni anni fa anche lo stesso Celso Da Campo. «Dire sì alla donazione non colma il vuoto creato dalla perdita di un figlio – sottolinea – ma conforta il



Celso Da Campo, presidente provinciale Aido veronese

pensiero di aver ridato la vita a uomini e donne destinate a morire». Persone, afferma il presidente, «che pensiamo sempre lontane da noi. Convinti che la malattia, soprattutto se grave, capita ad altri. Invece non fa differenze. Questo dobbiamo ripeterci quando nutriamo dei dubbi sulla donazione degli organi o quando guardiamo con indifferenza al problema».

Per iscriversi all'Aido basta essere maggiorenni. Non c'è un limite massimo di età perché per esempio la donazione delle cornee è possibile anche da parte di persone molto anziane. «In occasione delle nostre iniziative di sensibilizzazione inseriamo negli opuscoli che distribuiamo una scheda di adesione – spiega Da Campo – oppure ci si può rivolgere presso la nostra sede centrale di via Pacinotti 16 (tel. 045.585682) o nelle sedi comunali». I nomi degli iscritti sono poi inseriti, nel rispetto di tutte le norme della privacy, nei registri dei Centri regionali e interregionali per i trapianti. Ai quali la rianimazione che ha in carico un possibile donatore può collegarsi per verificare se la persona ha espresso o meno la volontà di donare i propri organi. «I medici però non procedono mai senza aver consultato la famiglia – sottolinea – e raramente quest'ulti-

ma si oppone di fronte ad una tessera dell'Aido».

In Italia nel 1999 è stata approvata dalla due Camere la legge 91 che stabilisce le modalità di donazione e trapianto di organi. Il principio cardine è quello del silenzio-assenso, ma la norma non è ancora vigente poiché manca per il momento un'anagrafe informatizzata dei cittadini assistiti dal Servizio sanitario nazionale che permetta la notifica a ciascuno di un modulo per la dichiarazione di volontà.

Nella fase transitoria, perciò, la legge stabilisce il principio del consenso o dissenso esplicito. Che si può dichiarare tramite il tesserino blu inviato dal ministero della Salute nel maggio 2000 da portare sempre con sé; la registrazione della volontà sulla banca dati del ministero della Salute effettuata presso gli sportelli Ulss abilitati; una dichiarazione di volontà alla donazione di organi e tessuti scritta su un comune foglio bianco che riporti nome e cognome, data e luogo di nascita, e naturalmente la tessera dell'Aido. Se manca l'esplicita dichiarazione fatta in vita, i familiari possono presentare opposizione scritta al prelievo durante il periodo di accertamento di morte.

«Noi vorremmo che si arrivasse all'applicazione della legge del silenzio-assenso – afferma Da Campo – perché si incrementasse la donazione di organi. L'invito ad iscriversi all'Aido è dovuto anche a questo: più siamo più possiamo fare pressione presso le istituzioni affinché entri in vigore la legge 91».

Ma non solo per questo. «Con l'iscrizione all'Aido s'infonde speranza a chi è in attesa di un organo. L'iscrizione è un atto d'amore. Io dico sempre: quando veniamo al mondo riceviamo un dono grandissimo, che è la vita. Quindi è giusto che quando moriamo restituiamo questo dono a chi rischia di perderla».

Elena Zuppini

IL PAPA TRA NOI

di Giovanna Ghirlanda*

Dal 16 al 20 ottobre scorso si è celebrato a Verona il 4° Convegno sul tema: "Testimoni di Gesù risorto, speranza del mondo". I cinque giorni sono stati molto intensi ed hanno visto la partecipazione di oltre 2.700 delegati da tutte le chiese d'Italia. Il 19 ottobre papa Benedetto XVI ha personalmente partecipato alla conclusione del Convegno.

I lavori sono stati incentrati su cinque dimensioni costitutive della sfera individuale, familiare e sociale dell'uomo: *l'affettività; il lavoro e la festa*, come capacità di vivere il tempo; *la fragilità* dell'esistenza umana; *la tradizione*, come trasmissione dei valori culturali e di fede; *la cittadinanza*, nel senso di appartenenza civile e sociale.

Il quadro socioculturale che ne è emerso mette in evidenza il periodo attuale come un contesto differenziato e problematico, contrassegnato dal rischio e dall'incertezza, segnato da profonde trasformazioni culturali.

Un tempo strano, caratterizzato dalla fiducia nelle potenzialità della ricerca scientifica e delle applicazioni tecnologiche, ma anche dalla profonda incapacità a gestire tutto ciò, senza mai sentirsi autenticamente felici.

Questo stesso contesto non sollecita solo la Chiesa ma, per alcuni ambiti più pertinenti, anche la sanità. Il primo fra tutti l'ambito della fragilità. Nel corso dei lavori è stato sottolineato come esistano molte fragilità, che in varie situazioni e condizioni tipicamente umane possono coinvolgere ciascuno di noi ed essere così diffusamente rappresentate tanto da apparire la "cifra" che definisce i tempi in cui viviamo. È stato richiamato come anche in ambito sanitario emergono locuzioni – che indicano per noi veri e propri ambiti di lavoro – ormai comunemente condivise e diffuse: *soggetti a rischio, disagio, pre-*



Giovanna Ghirlanda mentre presenta i lavori del Convegno ecclesiale a papa Benedetto XVI

venzione, che sono di fatto termini indicativi di incertezza, di carenza o di bisogno insoddisfatto di sicurezza. Anche l'invecchiamento della popolazione e il calo della natalità sono stati evidenziati come elementi che rendono più precario l'orizzonte futuro e sappiamo bene quali interrogativi questi pongono sull'allocatione delle risorse e l'orientamento delle scelte programmatiche in sanità.

Ma quali elementi di speranza sono emersi nel corso dei lavori del convegno ecclesiale su questo tema? Primo fra tutti ribadire la dignità dell'uomo in tutte le condizioni di vita e difendere i valori che la determinano, con l'atteggiamento di colui che sta vicino, che sostiene e accompagna. Nella sintesi di questo ambito, a conclusione del convegno, sono stati individuati alcuni percorsi di lavoro e

impegni di formazione che intersecano anche il nostro fare, ne evidenzierò solo alcuni:

- potenziamento dei luoghi di studio sulle questioni antropologiche e sociali, come momento propedeutico all'intervento sociale ed all'esercizio responsabile della cittadinanza civile;
- il riconoscimento dei limiti della supplenza rispetto alle istituzioni, ma anche la necessità di formare e valorizzare un volontariato competente e motivato che sappia agire e relazionarsi negli ambiti dove è più urgente l'impegno, come quello dell'assistenza domiciliare e del sostegno all'anziano e al portatore di handicap grave;

- l'istituzione di un coordinamento delle strutture di servizio e promozione umana per una rete di cooperazione, con altri soggetti e istituzioni, verso situazioni di maggior disagio sociale.

Nelle conclusioni si è disegnato un volto di Chiesa sempre più attenta alla dimensione culturale della fede, al dialogo autentico, al discernimento sulle sfide che toccano oggi la stessa identità dell'uomo. È emersa anche, con chiarezza, la simpatia della Chiesa per l'uomo, in tutte le situazioni e in tutte le stagioni della vita.

***responsabile Direzione medica
Ospedale Policlinico
di Borgo Roma
e membro della Presidenza
del 4° Convegno nazionale
della Chiesa italiana**

La vaccinazione rimane il più efficace e sicuro mezzo di protezione contro la patologia stagionale

Epidemiologia

7

PREVENIRE L'INFLUENZA

di Maurizio Solbiati*

Anche per quest'anno il ministero della Salute e, conseguentemente, la Regione Veneto, hanno approntato la campagna di vaccinazione contro l'influenza per la stagione 2006-2007. Per quanto riguarda il rapporto finale sull'epidemia influenzale della stagione 2005-2006, si è evidenziato l'esiguo numero di casi di sindromi influenzali sia in Italia che nella nostra regione, per cui in nessuna fascia di età è stata superata la soglia epidemica.

Tali dati emergono dalle rilevazioni di una rete di medici sentinella (medici di Medicina generale e pediatri di libera scelta) denominata *Influnet*, coordinata dal ministero della salute e concordata con le Regioni. Tale sorveglianza, in atto dal 1999, ha mostrato un ripetuto ciclo biennale di intensità epidemica: infatti ad un anno con elevata incidenza delle sindromi influenzali regolarmente segue un anno a bassa incidenza. La stagione epidemica 2005-2006 è stata quella a più bassa incidenza negli ultimi sei anni ed è quindi verosimile che la prossima stagione sarà ad alta incidenza.

Nel Veneto sono state praticate 911.000 dosi di vaccino antinfluenzale nella recente campagna con un incremento del 13% rispetto alla precedente. Il ricorso alla vaccinazione è stato dettato anche dal timore dell'influenza aviaria nei confronti della quale, tuttavia, tale vaccinazione non è attiva.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta il mezzo più efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze. I vaccini, la cui composizione può variare di anno in anno a seconda delle caratteristiche dei ceppi di virus influenzali circolanti, hanno una evidenza di efficacia, in soggetti sani adulti, variabile dal 70 al 90%, e negli anziani riducono la mor-



Lo staff di Maurizio Solbiati, responsabile Osservatorio epidemiologico di Infettivologia (secondo da sinistra).

talità legata all'influenza del 45-75% (Organizzazione mondiale della Sanità 2005).

Le modalità di azione della vaccinazione sono dupplici:

- protezione individuale: la vaccinazione è finalizzata alla prevenzione delle complicanze della malattia, specialmente nei soggetti per i quali le complicanze dell'influenza possono essere particolarmente gravi (soggetti ultrasessantacinquenni e soggetti affetti da patologie croniche);
- prevenzione collettiva: la vaccinazione conferisce protezione individuale, riducendo il numero di soggetti ammalati, rallentando la diffusione e la circolazione del virus, con ricadute che riguardano sia il vaccinato che i contatti.

Gli obiettivi della campagna antinfluenzale sono pertanto i seguenti:

- riduzione del rischio individuale di morbosità e mortalità dovute alle epidemie stagionali;
- riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità;
- riduzione dell'assenteismo nei servizi essenziali per la collettività;
- riduzione dei rischi connessi con l'attività lavorativa.

La composizione del nuovo vaccino è stata determinata dalle informazioni derivate dai ceppi circolanti e dai trend epidemiologici che sono stati raccolti dall'Oms e le quantità antigeniche sono standardizzate come stabilito dalla Commissione dell'Unione Europea.

***responsabile Osservatorio epidemiologico di Infettivologia dell'Azienda ospedaliera di Verona**

RACCOMANDAZIONI PER L'IMPIEGO DEL VACCINO ANTINFLUENZALE

Il periodo consigliato per la somministrazione del vaccino antinfluenzale va da metà ottobre a fine novembre.

Il vaccino va somministrato a:

- soggetti di età pari o superiore ai 65 anni
- bambini di età superiore a sei mesi, affetti da malattie croniche respiratorie a carico dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato cardio-circolatorio, diabete mellito, malattie metaboliche, malattie renali con insufficienza renale, malattie degli organi ematopoietici ed emoglobinopatie, immunosoppressione, malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali, patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- bambini affetti da patologie neurologiche e neuromuscolari
- adulti affetti da patologie croniche quali malattie dell'apparato respiratorio e cardio-circolatorio, diabete mellito, patologie oncologiche, malattie renali con insufficienza renale, malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali, malattie degli organi ematopoietici ed emoglobinopatie, immunosoppressione, patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici
- donne che saranno nel secondo e



- terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica
- individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti
- medici e personale sanitario di assistenza
- contatti familiari di soggetti ad alto rischio
- soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo
- personale che per motivi di lavoro è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da

virus influenzali non umani.

Il vaccino non va somministrato a:

- lattanti al di sotto dei sei mesi
- soggetti che hanno manifestato reazioni di tipo anafilattico alle proteine dell'uovo o ad altri componenti del vaccino
- soggetti che hanno sviluppato severe reazioni al vaccino antinfluenzale nel passato
- soggetti che hanno manifestato sindrome di Guillain Barré entro sei settimane dalla somministrazione di vaccino antinfluenzale.

Maggior rischio di infezione per il personale sanitario

Il personale sanitario è a maggior rischio di infezione perché vi sono condizioni di maggiore esposizione dato l'elevato numero di persone in un ambiente confinato e per lunghi periodi di tempo ed è elevato il numero delle fonti di infezione in particolare durante la stagione epidemica che vede un significativo aumento del numero di ricoveri di persone con influenza.

Va rammentata, inoltre, la possibilità di trasmettere l'influenza ai pazienti ricoverati: tale evenienza, data la tipologia delle patologie trattate, potrebbe avere gravi conseguenze sulla salute degli utenti.

Per tale motivo, il ministero della Salute ha posto come obiettivo una copertura vaccinale del personale sanitario di almeno il 40%, ma i dati evidenziano come solo l'8,2% di tale popolazione è ricorsa alla vaccinazione.

Nel Veneto vi è stata una maggiore adesione, in particolare per quanto riguarda l'Azienda ospedaliera di Verona. Grazie alla campagna di informazione che annualmente viene condotta, quasi il 35% fra medici e personale di assistenza è stato vaccinato, dimostrando un forte senso di comune responsabilità.

(ma. so)



Dal 2004 in Veneto opera il gruppo regionale dei patologi per lo screening della mammella

Prevenzione

9

IL SENO AL MICROSCOPIO

Diagnosi precoce ed approccio multidisciplinare per scoprire e curare la malattia. Il cancro al seno si combatte efficacemente attraverso i programmi di screening e grazie al lavoro congiunto di radiologo, patologo, chirurgo ed oncologo. Dal 2004 in Veneto, grazie allo stanziamento di fondi regionali specifici per lo screening di popolazione, opera il gruppo regionale dei patologi per lo screening della mammella, coordinato dal professor Franco Bonetti, docente ordinario, coadiuvato dalla dottoressa Erminia Manfrin, ricercatore universitario, entrambi operanti all'Istituto di anatomia patologica dell'Università-Azienda ospedaliera di Verona, diretto dal professor Fabio Menestri-
na.

Professor Bonetti, come è organizzato a Verona il programma di screening alla mammella?

«Alle donne residenti nel territorio dell'Ulss 20, di età compresa tra i 49 ed i 69 anni, ogni due anni arriva una comunicazione da parte dell'Unità sanitaria per effettuare una mammografia al centro integrato di screening di Marzana, una struttura d'eccellenza, unica in Veneto. Qui la donna che risponde all'invito trova accettazione, sala d'attesa, sala per la mammografia, che rappresenta l'indagine più importante per scoprire eventuali anomalie alla mammella, ma anche sala citologica per effettuare, nel caso si rendesse necessario un approfondimento diagnostico, l'ago aspirato, con prelievo citologico. Le signore che rispondono all'invito dell'Ulss trovano concentrati in uno stesso centro tutti i servizi necessari ad una diagnosi di I e di II livello, senza bisogno di spostarsi o di fare code. Il radiologo legge in tempo reale l'esame mammografico e il 90% delle donne lascia il centro senza bisogno di ulteriori approfondimenti, rassicurate sul loro stato di salute.

In molte altre strutture sanitarie



Franco Bonetti, coordinatore del gruppo regionale dei patologi per lo screening della mammella, ed Erminia Manfrin, ricercatore universitario

invece la donna lascia la sala mammografie senza una lettura contestuale dell'esame, effettuata in un secondo momento, mentre la risposta è disponibile solo nel giro di parecchi giorni, a volte di mesi. In questi casi l'attesa crea spesso tensione e preoccupazione per l'assistita.

Per un 10% di signore è indispensabile invece procedere con un approfondimento radiologico, che prevede di solito anche un'ecografia della mammella, effettuata sempre dal radiologo, il quale, nella metà dei casi accerta la presenza piccole anomalie del tessuto mammario, prive di rilievo diagnostico, ad esempio di un nodulo adiposo.

Anche l'approfondimento ecografico si effettua subito nella sala accanto alla sala mammografie e si prolunga in media una quindicina di minuti. La metà delle donne, dopo l'ecografia, torna alla propria vita quotidiana senza pensieri e senza dover prenotare l'esame a distanza di giorni.

Resta un altro 5% di popolazione

femminile per cui è necessario proseguire con ulteriori approfondimenti diagnostici....

«Se anche l'ecografia evidenzia situazioni di dubbio, il radiologo, guidato dall'immagine ecografica, effettua subito l'ago aspirato, con prelievo citologico nella zona della lesione. La sostanza prelevata passa ora di mano, viene infatti indagata dall'anatomico patologo. Siamo al II livello diagnostico: si osservano al microscopio le cellule e, se la lesione è benigna, in tempo reale si è in grado di licenziare anche la signora, per la quale sono stati necessari gli approfondimenti più lunghi ed articolati. Solo per una piccolissima minoranza, inferiore all'1% circa delle donne che ogni anno si presentano allo screening, è indispensabile passare ad un ulteriore approfondimento, eseguendo un prelievo istologico».

Di che prelievo si tratta?

«Si può effettuare una microbiopsia, per la quale è sufficiente utilizzare un ago più grosso di quello usato per

l'ago aspirato. Oppure può essere utile ricorrere al mammotone, un esame più complesso, che si effettua da circa sette anni, e consiste nel praticare più prelievi istologici nella stessa mammella. Una volta completata la fase dei prelievi, l'anatomopatologo deve analizzare i tessuti per individuare la natura delle lesioni mammarie.

Occorre sottolineare che anche la storia familiare della paziente può evidenziare i fattori di rischio cui è esposta. La possibilità di ammalarsi di cancro alla mammella è 10 volte superiore in chi ha familiarità per la malattia, quindi è consigliabile che le signore con nonne, mamme o zie che sono state colpite da neoplasia al seno si controllino con assiduità, anche prima di raggiungere l'età del target dello screening.

In che percentuale mediamente si riscontra il cancro al seno?

«L'esame istologico rivela la presenza di neoplasie in una donna su cento sottoposte a screening mammografico. È importante sottolineare che ora vengono individuati noduli sempre più piccoli, che misuriamo in milli-

metri, mentre solo vent'anni fa si misuravano in centimetri.

Anche il compito del chirurgo in questo senso è profondamente diverso, perché non viene più richiesto di togliere la mammella per intero come accadeva una volta. Il chirurgo interviene solo nell'area circoscritta in cui il cancro è stato riscontrato e personalizza l'intervento sulle reali esigenze della paziente. Contemporaneamente procede a prelevare il linfonodo sentinella che si trova nella zona ascellare. Quest'ultimo, se raggiunto da metastasi, può infatti rapidamente trasmettere il cancro ad altri organi. Dunque è necessario esaminare le condizioni del linfonodo sentinella per accertare il livello di propagazione della neoplasia».

Chi esamina il linfonodo?

«Ancora una volta viene coinvolto l'anatomopatologo, che deve esamina-



Centro senologico "Marzana"

re le condizioni del linfonodo. Se il linfonodo sentinella è "pulito", cioè privo di metastasi, anche il chirurgo ha concluso il suo lavoro. L'80% dei cancri è privo di metastasi linfonodali.

Quando invece accade che la metastasi si è diramata fino al linfonodo, il chirurgo deve procedere allo svuotamento ascellare, che consiste nell'asportazione dei linfonodi contenuti sotto l'ascella. Dopo l'intervento chirurgico il team di specialisti che si occupa della paziente vuole essere sicuro che non ci sia tumore residuo, così spesso si procede con la radioterapia locale.

La terapia post chirurgica è personalizzata e si adatta al tipo di tumore asportato ed al tipo di paziente, che deve sottoporsi a controlli anche negli anni successivi. Se è vero che il cancro al seno si affronta con successo nell'80% dei casi, è altrettanto innegabile che occorre sottoporsi alle cure prescritte con scrupolo, senza sottovalutare mai la situazione. L'azienda ospedaliera affronta e cura il cancro del seno con specialisti di alto livello che dal '75 lavorano in team. Qui è stato costituito il registro tumori ospedaliero che riporta tutta la casistica e tutte le terapie con cui è stato affrontato il cancro al seno tra le ricoverate al Policlinico di Borgo Roma. Ci sono dunque tutte le condizioni e le professionalità per combattere efficacemente il cancro al seno».

Valeria Zanetti

I patologi veneti a convegno

Le attività di radiologo ed anatomopatologo si integrano all'interno del programma di screening mammografico: il radiologo riconosce le aree mammograficamente sospette e l'anatomopatologo esamina il materiale prelevato in queste aree diagnosticando se si tratta di una lesione benigna o maligna.

I patologi veneti, in rappresentanza di circa venti Ulss regionali, sono impegnati dal 2004 nella diagnostica da screening per il carcinoma della mammella, e hanno dato vita a gruppi di lavoro con l'intento di uniformare a livello regionale i protocolli diagnostici, in modo che in tutti i centri per lo screening parlino la stessa lingua. Il risultato del lavoro effettuato ha portato alla pubblicazione delle linee guida regionali

per l'anatomia patologica in ambito di screening mammografico e ad un programma di controllo di qualità diagnostica patologica intra-regionale. L'obiettivo è stato di offrire alle utenti della regione omogeneità ed alta qualità della prestazione diagnostica ovunque esse eseguano il controllo.

Della complementarietà del lavoro del radiologo e dell'anatomopatologo, in particolare nelle campagne di screening, si è discusso a Verona, lo scorso ottobre nel corso del convegno "Lesioni mammarie screen-detected, approccio multidisciplinare alle problematiche diagnostico-terapeutiche", che ha riunito i più illustri specialisti impegnati nella diagnosi e nella cura dei tumori al seno.

(v.z.)

Il GIGOVER dà risposte a coloro che sono affette da tumori ginecologici offrendo la consulenza necessaria

Oncologia

11

INSIEME PER LE DONNE

Insieme per curare meglio i tumori ginecologici. Potrebbe essere questo lo slogan del GIGOVER, il Gruppo interdisciplinare di ginecologia oncologica veronese. Creato nel 2002, comprende anatomopatologi, ginecologi, oncologi, radiologi, radioterapisti che lavorano nelle Aziende sanitarie pubbliche e private di Verona. Oltre all'Azienda ospedaliera, tante altre strutture fanno parte del progetto: l'Ulss 20 con l'ospedale di S. Bonifacio, l'Ulss 21 con gli ospedali di Legnago e Zevio, l'Ulss 22 con gli ospedali di Bussolengo e Isola della Scala, gli ospedali di Negrar e la Casa di cura "Pederzoli" di Peschiera del Garda.

Un'iniziativa utile ed importante, questa, dato che i tumori ginecologici sono la seconda causa di neoplasia nelle donne. In particolare, in Italia ogni anno sono diciassettemila le donne colpite da tumori della sfera genitale e spesso le probabilità di cura e guarigione dipendono proprio dalla tempestività e dall'adequazione dei trattamenti.

A spiegare le funzioni e le finalità del GIGOVER è la dottoressa Claudia Griso, oncologa e coordinatrice del gruppo. «Dal 2002 sono state create occasioni di incontro per i medici



delle diverse discipline che nella loro attività quotidiana operano con donne affette da tumori ginecologici. È stata così organizzata una rete oncologica di Verona – città e provincia – per i tumori ginecologici, costituita dai gruppi operativi multidisciplinari delle varie strutture sanitarie, ciascuno rivolto al proprio bacino di utenza, ma tutti impegnati a favorire la collaborazione tra i diversi poli oncologici».

L'integrazione delle diverse competenze è il fattore che condiziona il successo della cura: l'utilizzo appropriato e personalizzato di trattamenti integrati può infatti portare alla guarigione un numero sempre maggiore di donne.

Quali sono dunque gli scopi del gruppo? «Garantire su tutto il territorio un'assistenza ottimale e un'uniforme

gestione clinica delle pazienti lungo tutto il percorso della malattia. Un gruppo oncologico interaziendale come il nostro permette di superare i rischi della dispersione di risorse umane e di mezzi, della eterogeneità di trattamenti, rischi legati alla complessità della patologia neoplastica e alla non elevata incidenza delle singole neoplasie ginecologiche», risponde Griso. L'oncologa prosegue spiegando che «uno dei principali obiettivi è proprio la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici e la razionalizzazione e standardizzazione dei controlli periodici. Molti dei nostri incontri sono stati dedicati alla elaborazione di linee comportamentali comuni, analizzate e maturate sulla base di dati recenti e validati

della letteratura scientifica, pur tenendo conto del contesto locale.

Questo lavoro ha favorito una formazione professionale comune e ha portato alla produzione di alcuni documenti: le linee guida per la diagnosi e il trattamento dei diversi tumori ginecologici, le schede della diagnosi anatomo-patologica, le modalità di conduzione delle visite di controllo. Sono ancora tanti gli obiettivi da realizzare nel prossimo futuro: la partecipazione a studi clinici e a progetti di ricerca, l'istituzione di un archivio comune, la creazione di un sito web con un forum che consenta di condividere protocolli ed esperienze e di discutere in tempo reale casi clinici. «Dall'inizio ad oggi il gruppo è cresciuto di numero con l'adesione dei ginecologi dei distretti sanitari e di medici libero professionisti – aggiun-



La dottoressa Claudia Griso, oncologa e coordinatrice del GIGOVER.

ge la dottoressa -. È fondamentale che il gruppo sia inserito nel territorio per poter essere di reale utilità alle donne. Per questo è necessaria la collaborazione dei medici di Medicina generale e dei ginecologi, che spesso sono i primi a venire in contatto con donne che presentano dei sintomi e a sospettare una malattia neoplastica».

Come fare allora per rendere semplice e rapida la comunicazione tra gli operatori sanitari del territorio e quelli degli ospedali? «Il medico curante o lo specialista che fa diagnosi di neoplasia ginecologica, o la sospetta, può indirizzare la donna al gruppo interdisciplinare ginecologico rivolgendosi a una delle unità opera-

Convegno dei ginecologi-oncologi

Le attività del GIGOver sono in armonia con quanto sta proponendo la Società italiana di Ginecologia oncologica, di cui è segretario nazionale il professor Massimo Franchi, direttore della Clinica di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Verona; ovvero stabilire uno standard di qualità per il trattamento dei tumori ginecologici su tutto il territorio nazionale.

Al prossimo Congresso nazionale, che si terrà nel gennaio 2007 a Mila-

no, verranno presentati i "Requisiti Minimi", nell'intento di fornire ai ginecologi oncologi i requisiti essenziali della diagnosi/cura di questa complessa patologia. Il GIGOver quindi fin da ora, nella nostra area, attuerà questo progetto che non solo identifica i trattamenti più adeguati per singola patologia ma fornisce un innovativo percorso clinico-organizzativo/strutturale allo scopo di una presa in carico globale della paziente affetta da neoplasia ginecologica.

tive che ne fanno parte e che prenderà subito in carico la paziente assi-

curando tempi rapidi per la diagnosi e la terapia».

DALL'ABEO UN NUOVO ENDOSCOPIO NEUROCHIRURGICO

Recentemente l'Azienda ospedaliera ha provveduto all'acquisto per la Neurochirurgia di una nuova colonna per endoscopia. È un importante strumento tecnologico moderno e sofisticato che consente delle prestazioni di maggiore qualità e soprattutto di maggiore sicurezza per i malati.

L'endoscopia è una tecnica ormai in uso presso molte specialità, come l'ortopedia, la chirurgia generale, l'urologia e consente di praticare interventi cosiddetti "minimamente invasivi". In pratica, invece di praticare un'incisione chirurgica più o meno ampia, si pratica un piccolo foro attraverso il quale si inserisce l'endoscopio che altro non è che una cannula con una telecamera, una sorgente luminosa e dei microstrumenti chirurgici (coagulatore, pinza, forbice ecc.). A questo punto, seguendo le immagini della telecamera su uno schermo televisivo, si possono eseguire gli interventi chirurgici.

Anche in Neurochirurgia da alcuni anni si è diffuso l'impiego dell'endoscopio, inizialmente per il trattamento dell'idrocefalo, poi le indicazioni si sono allargate ed oggi si operano gli adenomi dell'ipofisi, certe lesioni all'interno dei ventricoli



Carlo Mazza, direttore dell'Unità operativa di Neurochirurgia pediatrica, con la presidente dell'Abao Maria Grazia Milani-Viapiana

li cerebrali, oppure si può provvedere al trattamento di alcune situazioni conseguenti ad emorragie intraventricolari o infiammazioni cerebrali neonatali. L'endoscopio inoltre può essere utilizzato in combinazione con interventi neurochirurgici convenzionali, per accrescere la sicurezza della procedura chirurgica.

Gli endoscopi, la sorgente luminosa e gli strumenti chirurgici sono differenti secondo i differenti impieghi. In Neurochirurgia pediatrica, per esempio, l'endoscopio dev'essere naturalmente molto sottile per non

creare traumi al cervello quando lo si inserisce per eseguire l'intervento. L'Abao (Associazione nambino ematologico-oncologico) ha generosamente donato alla Neurochirurgia pediatrica, diretta dal dottor Carlo Mazza, un endoscopio pediatrico del diametro esterno di soli 3 millimetri. Lo strumento all'avanguardia, che consente di praticare procedure chirurgiche anche su bambini molto piccoli, è stato personalmente consegnato dalla presidenza dell'associazione, Maria Grazia Milani-Viapiana.

Bisogna diffondere la cultura del “dopo rianimazione”, con strutture sanitarie preposte all’inserimento sociale

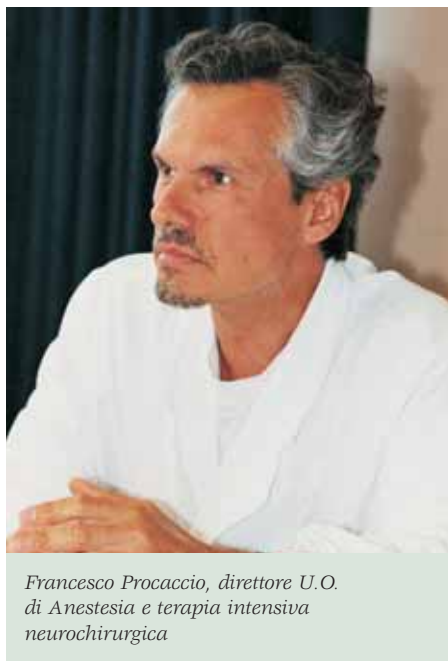
Neurochirurgia

13

SUPERARE IL TRAUMA

Il problema della cura e riabilitazione dei pazienti con grave trauma cranico e con ictus cerebrale è e sarà sempre più una questione centrale nelle politiche di pianificazione dell'assistenza sanitaria, considerato anche il numero elevatissimo di questi pazienti, il loro costo sociale e i buoni risultati terapeutici oggi raggiungibili. Si tratta di sviluppare una cultura volta a creare strutture sanitarie e sociali nelle quali mettere in atto tutte quelle procedure riabilitative successive alla fase acuta, cioè dopo la rianimazione, che permettano al paziente il migliore reinserimento sociale. Una cultura che a livello nazionale è decisamente carente.

Nella provincia di Verona le strutture per la riabilitazione dei traumatizzati cranici ci sono e di ottimo livello, ma sono dimensionate per un bacino provinciale, mentre la Neurochirurgia ha un ampio bacino extraprovinciale ed extraregionale. In più, la nostra città fa da collettore per altri bacini geografici come il Trentino e il Mantovano, prive di Neurochirurgia. Dopo il primo soccorso, infatti, nel caso di un evento come il trauma cranico o l'ictus cerebrale, il paziente deve essere immediatamente trasferito in un centro con Neurochirurgia e Rianimazione. Tra i più avanzati a livello nazionale, a Verona è presente il Dipartimento di Neurochirurgia dell'ospedale di Borgo Trento, con il reparto di terapia intensiva dedicata



Francesco Procaccio, direttore U.O. di Anestesia e terapia intensiva neurochirurgica

al trattamento dei pazienti vittime di trauma cranico ed emorragie cerebrali oltre alle altre patologie acute del sistema nervoso centrale.

La casistica vede per due terzi il trattamento dei traumi cranici e delle emorragie cerebrali, cui si affiancano pazienti sottoposti ad interventi neurochirurgici maggiori: in totale il reparto di terapia intensiva si occupa di circa mille pazienti all'anno. È d'altra parte uno dei più grossi reparti dedicati d'Europa, con 18 posti letto sempre occupati e una degenza media di 6-8 giorni, anche se per alcuni pazienti può superare il mese. Per il dottor Francesco Procaccio, direttore dell'Unità operativa di anestesia e terapia intensiva neurochirurgica, «il problema si pone in particolare per quei pazienti vittime di gravi traumi cranici o di ictus cerebrale che hanno superato la fase acuta e per i quali la neurorrianimazione ha terminato il proprio lavoro – spiega –. Mi riferisco soprattutto a quella categoria di degenti tra la terza settimana e il secondo mese dall'evento, entrati quindi in una fase subacuta.

Sono pazienti autosufficienti dal punto di vista respiratorio, anche se spesso con tracheotomia, ma che non hanno ancora un buon recupero della coscienza o che permangono in stato “vegetativo”, con la necessità di essere alimentati attraverso un sondino naso-gastrico e spesso con molteplici problemi che richiedono un'assistenza medica e infermieristica intensiva. Vi sono, poi, complicanze tipiche dei pazienti più gravi, come crisi di ipertono, sudorazione, tachicardia e iniziali retrazioni muscolo-tendinee e calcificazioni articolari che richiedono un'attenta opera preventiva, soprattutto basata su un nursing e una fisioterapia intensive. Il reparto di rianimazione non è il posto ideale per favorire la ripresa della coscienza, la riabilitazione e la vicinanza dei familiari e, inoltre, si mantengono occupati letti per altri casi urgenti».

Dal punto di vista clinico, il trauma cranico è spesso associato a traumi extracerebrali. «Nel caso frequente degli incidenti stradali abbiamo a che fare infatti con pazienti “politraumatizzati”, vista la frequente associazione del trauma cranico con lesioni della colonna dorsale e altre lesioni ossee ed interne anche diffuse – prosegue il dottor Procaccio –. Dopo la fase di primo soccorso, il trattamento neurorrianimatorio è finalizzato soprattutto al controllo dell'edema cerebrale e della pressione intracranica e alla protezione del cervello da ulteriori danni, grazie anche a sofisticati monitoraggi cerebrali. Di fronte ad un trauma cranico la cosa più importante è il mantenimento dell'omeostasi, cioè l'equilibrio respiratorio e circolatorio. Intubato e ventilato, il paziente in coma viene mantenuto sedato con una attentissima protezione da eventuali problematiche anossiche o legate all'ipotensione arteriosa.

Riacquistato un assetto vitale costante e stabilizzata la pressione arteriosa, si procede rapidamente con la fase



QUANDO IL TRAUMA CRANICO PORTA ALLA MORTE O AL DANNO CEREBRALE

Nel mondo si verifica un trauma cranico ogni 15 secondi. Per la stessa causa muore una persona ogni 24 minuti. In Italia si contano circa 300 traumi cranici all'anno ogni 100 mila abitanti, un numero simile se non leggermente superiore alla media europea. Più o meno il 67% è conseguente ad un incidente stradale. La mortalità è di norma elevata, fino al 50% del totale con una buona metà dei decessi constatati prima che il paziente raggiunga l'ospedale.

Il 30-40% dei traumi cranici è invece dovuto ad incidenti di altra natura, in particolare incidenti sul lavoro, domestici o sportivi. La fascia di età più colpita è infatti compresa tra i 15 e i 30 anni. Il danno cerebrale viene spesso causato da lesioni lacero contusive, da ematomi o da un danno diffuso dell'encefalo, ma non è sempre così.

I traumi più gravi si osservano nel contesto di un politrauma, spesso con compromissione della respirazione e della ossigenazione e circolazione cerebrale per il calo della pressione arteriosa. Questi due fattori, insieme all'età e al ritardo della diagnosi di un ematoma cerebrale chirurgico, sono le variabili che più marcatamente incidono sul recupero dei traumatizzati cranici in coma.

Una volta soccorso sulla strada o in un primo ospedale, il

paziente con trauma cranico deve assolutamente essere trasferito nella più vicina Neurochirurgia e Unità di rianimazione dopo aver ripristinato e stabilizzato le funzioni vitali per l'individuazione di eventuali lesioni con indicazioni chirurgiche e per un trattamento specialistico neuroranimatorio.

Durante la fase acuta già in rianimazione può iniziare un percorso riabilitativo con la fisioterapia respiratoria e neurologica e con la prevenzione delle complicanze (decubiti, rigidità articolari, disturbi respiratori).

All'uscita dal reparto di rianimazione con autonomia respiratoria (con o senza tracheotomia) e stato emodinamico stabile, il paziente deve essere trasferito in una struttura nella quale effettuare la terapia riabilitativa più efficace a seconda delle esigenze del paziente.

Gli obiettivi a lungo termine guardano al ritorno alla totale autonomia del paziente e se possibile al suo reinserimento familiare, sociale e infine lavorativo. Autonomia non significa tuttavia separazione né tantomeno isolamento, giacché ogni paziente vittima un evento tanto grave può tornare autonomo soltanto grazie a forti legami sociali e interpersonali.

(al.az.)

diagnostica. Il primo passo sta nell'accertamento in breve tempo di un'eventuale lesione cerebrale con annesso ematoma da asportare rapidamente in Neurochirurgia».

Di casi del genere, con ampio vantaggio di gravità, a Verona se ne presenta qualche centinaio all'anno. Il notevole miglioramento delle tecniche di primo soccorso porta poi in ospedale pazienti molto gravi che fino a vent'anni fa sarebbero morti sulla strada. Se poi ci addentriamo nel percorso riabilitativo dell'ictus, tutte le problematiche relative al recupero di una lesione cerebrale spesso si associano a quelle tipiche dell'anziano. E per effetto dell'allungamento della vita media, questi pazienti sono sempre più numerosi.

Il problema principale della rianimazione veronese, come del resto di tutte le altre, sta nei lunghi tempi di degenza in reparto per talune categorie di pazienti.

«Questo perché a livello nazionale manca, o è mancata, la programmazione di un numero adeguato di letti intermedi tra la neuroranimazione e

la riabilitazione, cioè strutture semi-intensive specializzate con assistenza infermieristica adeguata e possibilità di dare comunque inizio al percorso riabilitativo più precocemente possibile – prosegue Procaccio -. Anche considerazioni economiche spingerebbero alla creazione di queste strutture: perché favoriscono un recupero migliore dei pazienti diminuendone l'invalidità residua e perché permettono alla rianimazione stessa di diminuire i costi, in assoluto i più elevati tra i reparti ospedalieri, rendendola più efficiente per la cura dei pazienti acuti».

Un reparto o una struttura di degenza subintensiva, insomma, con una cultura specialistica e un reale approccio riabilitativo per il paziente. «Dovrebbe essere deputata alla copertura di un arco temporale che nei pazienti più gravi può essere di parecchie settimane – afferma Procaccio -. La rianimazione non è l'ambiente ideale per il recupero della coscienza e per l'inizio della riabilitazione. Per ovviare in parte a queste difficoltà, nel nostro reparto possiamo contare su

fisioterapisti esperti e dedicati alla neuroranimazione che praticano sin dai primissimi giorni fisioterapia sia respiratoria che neurologica. La possibilità di trasferimento precoce al momento si basa quasi esclusivamente sui pochi letti subintensivi del reparto di Riabilitazione dell'ospedale di Negrar con cui esiste una consolidata e stretta collaborazione. Di un maggior numero di letti subintensivi specializzati si gioverebbe moltissimo il nostro reparto di Neuroranimazione dell'ospedale di Borgo Trento, oltre a Neurochirurgia e a Neurologia – conclude -, oggetto di una notevole pressione per le urgenze e per una attività neurochirurgica con richieste provenienti da tutta Italia e anche dall'estero ma spesso nell'impossibilità di trasferire pazienti in fase subacuta non trattabili al meglio in normali reparti di degenza. Chiedere per i pazienti la possibilità di continuare al meglio e nei tempi giusti il trattamento dopo la fase acuta è per me rianimatore tra le cose più importanti in assoluto».

Alessandro Azzoni

Con la nuova risonanza magnetica 3Tesla è possibile rilevare in fase precoce le malattie degenerative

Neuroradiologia 15

CERVELLO SENZA SEGRETI

Il Dipartimento di Neurochirurgia, uno dei Centri leader in Italia per le malattie del cervello e dell'apparato neurologico, è stato dotato di una nuova risonanza magnetica 3Tesla (3T), presentata ufficialmente lo scorso 25 settembre.

È un'apparecchiatura ad elevato campo magnetico di ultimissima generazione, capace di indagare le strutture più intime degli apparati. È stata collocata nella nuova ala che ospita l'Unità operativa di Neuroradiologia diretta dal dottor Alberto Beltramello al piano terra del padiglione Geriatrico dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento (lato Adige). L'Unità è inserita nel Dipartimento di Neurochirurgia diretto dal dottor Sergio Turazzi, dove, per l'elevatissimo standard professionale, supportato dalle più moderne tecnologie, afferiscono pazienti che, nel 50% dei casi, provengono da ogni parte d'Italia e anche dall'estero.

Medici e chirurghi sono abituati ad affrontare i casi più difficili e patologie rarissime: se si ipotizzasse di ambientare nell'ospedale di Verona un episodio della popolarissima *fiction* televisiva di cui è protagonista il dottor Greg House, non c'è dubbio che questa sarebbe la *location* più appropriata.



Alberto Beltramello, direttore dell'Unità operativa di Neuroradiologia



Un'immagine della nuova risonanza magnetica 3Tesla

«Con la 3Tesla si passa dalla semplice rappresentazione morfologica della struttura cerebrale all'analisi delle funzioni cerebrali normali o alterate – ha spiegato il dottor Beltramello –. Possiamo arrivare sino al livello molecolare. La macchina servirà in via prioritaria per approfondire la nostra possibilità di diagnosi e per poter agire con la massima precisione in sala operatoria, essendo in grado di identificare con esattezza i confini delle aree aggredite dalla neoplasia, salvaguardando dal bisturi quelle sane.

Altri vantaggi della RM ad alto campo includono la minor durata dell'esame, la possibilità di produrre immagini (anche angiografiche: visualizzazione dei vasi con iniezione del mezzo di contrasto) in altissima risoluzione spaziale, un più efficace uso dei mezzi di contrasto».

I vantaggi per i pazienti sono notevoli. È possibile, ad esempio, rilevare precocemente l'insorgere di un'ischemia cerebrale, sia nell'ambito degli accidenti trombo-embolitici, sia nel caso di complicanze da spasmo vasale in corso di emorragia subaracnoidea. Si

potranno effettuare angiografie di elevate qualità e minor invasività, rilevare in fase precoce malattie degenerative quali sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer e la sclerosi multipla.

La risonanza 3T è stata installata a fianco delle altre apparecchiature TAC e di Angiografia digitale e alla preesistente risonanza 1T (potenziata in occasione dell'acquisto della 3T). Ciò consente il massimo vantaggio in termini di operatività diagnostica ed efficienza gestionale.

Il suo acquisto ha comportato un investimento di oltre sette milioni di euro (comprese le opere edili e l'installazione), con un rilevante contributo di un milione e ottocentomila euro della Fondazione CariVerona, rappresentata all'inaugurazione dal vicepresidente Eugenio Caponi.

Grazie all'altissimo livello di professionalità di medici, fisici, biologi, matematici, psicologi e del personale tecnico, la nuova apparecchiatura è utilizzata anche per importanti attività di ricerca, in collaborazione con importanti strutture italiane ed estere.

IN CHE COSA CONSISTE LA RISONANZA MAGNETICA

Un'apparecchiatura per la risonanza magnetica (RM) con magnete 3Tesla o 3T è definita ad alto campo magnetico e consente di potenziare sensibilmente l'attività di Diagnostica per immagini.

Il Tesla (simbolo T) è un'unità di misura derivata del sistema internazionale (SI) e viene utilizzata per esprimere la densità del flusso magnetico o l'induzione magnetica. Alla *Conference General des Poids et Mesures* (CGPM) tenutasi a Parigi nel 1960, venne dato il nome tesla all'unità di misura, in onore dell'inventore ed ingegnere elettronico serbo-americano Nikola Tesla, che in vita diede molti importanti contributi nel campo dell'elettromagnetismo. Abbiamo chiesto al veterano dei radiologi veronesi, il professor Gianfranco Pistolesi, radiologo di fama internazionale, di spiegare come funziona l'apparecchiatura.

«La risonanza magnetica è una sofisticata tecnica di *imaging* basata sul principio della tomografia (immagini di "strati" multipli). Semplificando, si può dire che l'immagine RM è ottenuta facendo emettere da una particolare sonda una "lama energetica" che, erogata con carattere pulsante, viene a



Gianfranco Pistolesi, radiologo di fama internazionale.

tagliare il volume corporeo esaminato in molteplici "fette" fra loro adiacenti. Dall'interazione che la "lama energetica" viene ad avere con le strutture corporee prendono origine dei "segnali" di risposta che – raccolti dalla sonda emittente – vengono poi avviati all'elaboratore per essere trasformati in immagini RM. Nel caso della RM l'impulso della "lama energetica" è rappresentato dalle onde di radiofrequenza trasmesse dalla sonda che stimolano i nuclei dell'idrogeno (chiamati anche protoni) presenti nel volume corporeo.

Per poter recepire lo stimolo della sonda i protoni devono essere però adeguatamente preparati perché, invece d'essere disposti "disordinatamente", vengano fra loro allineati. Per ottenere ciò, il paziente è introdotto nel tunnel della RM (nel caso di indagini neuroradiologiche è introdotta solo la testa) le cui pareti sono costituite da un'enorme magnete in grado d'influire sui debolissimi campi magnetici intrinseci a ciascun protone: questi ultimi si comportano quindi come se fossero tanti aghi di bussola. L'allineamento dei protoni persiste finché il paziente permane nel tunnel della RM, senza che ciò gli provochi alcun danno o sensazione dolorosa. Così allineati i protoni possono essere sollecitati dagli impulsi pulsati della radiofrequenza (la "lama energetica") che li obbliga a modificare il loro allineamento.

L'interazione fra gli impulsi di radiofrequenza e i protoni allineati dipende dalla composizione strutturale (normale o patologica) dei volumi corporei di cui i protoni fanno parte. Cessato il singolo impulso di radiofrequenza, i protoni corporei – sempre sollecitati dal magnete del tunnel – riacquistano immediatamente il loro allineamento. Durante tale riassestamento – che si svolge in tempi infinitesimali: millisecondi – l'energia ceduta dalla radiofrequenza viene restituita sotto forma di radiazioni elettro-magnetiche la cui energia dipende dall'entità e dal tipo dell'inclinazione impressa sui protoni. Tali segnali di ritorno vengono convogliati verso la sonda: quest'ultima, in tale fase, svolge pertanto la funzione di ricevitore. L'elaborazione elettronica dei singoli segnali e la loro attribuzione spaziale in ciascuna delle "fette" corporee viene infine a concretizzare l'immagine RM, quale appare al radiologo sul monitor. La qualità delle immagini ottenute dipende dalla densità di flusso magnetico utilizzato».



Il giorno dell'inaugurazione, con taglio del nastro, della nuova risonanza magnetica 3Tesla

Una chemioterapia intraoperatoria per contrastare i tumori cerebrali di particolare aggressività

Terapie

17

UN “WAFER” KILLER

Una nuova strategia terapeutica d'avanguardia per contrastare i glioblastomi, tumori cerebrali di particolare aggressività, è da poco a disposizione dei neurochirurghi veronesi. È una chemioterapia intraoperatoria che viene effettuata utilizzando dei “wafer”, piccole e sottili cialde costituite da polimeri imbevuti di carmustina (BCNU), una delle più note e potenti nitrosouree, antiblastico da decenni protagonista dei trattamenti neuro-oncologici per la sua dimostrata azione sui tumori cerebrali.

La Commissione terapeutica dell'Azienda ospedaliera su richiesta del neurochirurgo Massimo Gerosa, condivisa dalla direttrice del dipartimento di Farmacia Giovanna Scroccaro, ha dato il nullaosta all'utilizzo ed i primi interventi sono stati già effettuati sia dall'équipe del professor Gerosa sia da quella del dottor Sergio Turazzi.

«Uno dei motivi che permettono ai glioblastomi di riprodursi e di recidivare rapidamente dopo essere stati asportati è legato al carattere infiltrante della neoplasia – spiega Gerosa –. Nuclei a volte minuscoli di cellule maligne, non facilmente rilevabili al microscopio operatorio e spesso neppure identificabili con la risonanza magnetica, si insinuano nei tessuti cerebrali che circondano la massa tumorale principale, arrivando fino ad alcuni centimetri di distanza da essa. Questi infiltrati, vista la criticità della sede, non possono essere “preventivamente rimossi” se non provocando danni neurologici e la radioterapia difficilmente riesce a “sterilizzarli”, trattandosi di cellule molto resistenti alle radiazioni. Infine la chemioterapia per via generale ha per lo più scarsa efficacia soprattutto per difficoltà di diffusione in queste sedi cerebrali».

Oggi si può fare di più. Per il neurochirurgo c'è una *chance* innovativa.

«Ricorrendo alla nuova metodica – continua il professore –, dopo aver eseguito la resezione tumorale, si provvede a collocare nella cavità ope-



Il neurochirurgo Massimo Gerosa, direttore U. O. Neurochirurgia clinica, mentre studia un caso clinico

rioria una serie di *wafers* contenenti la carmustina, in modo da tappezzare perfettamente le pareti dell'area da cui è stato asportato il tumore. Le cialde vengono quindi immobilizzate in sede da sottili bande di cellulosa per impedirne gli spostamenti. La dura madre sovrastante viene infine suturata ermeticamente per favorire la concentrazione di effetto sul focolaio tumorale.

Il nuovo approccio terapeutico con l'utilizzo dei *wafers* è stato a lungo sperimentato negli anni Novanta e studi prospettici randomizzati multicentrici, pur evitando miracolismi fuori luogo, hanno documentato l'efficacia della tecnica (aumento del 30% della sopravvivenza media) ed escluso problematiche di tossicità. Lo scorso anno, équipe europee ed americane hanno congiuntamente esteso l'efficacia della metodica anche ad altri tumori endocranici maligni, sia primi-

tivi che metastatici.

Questo innovativo tipo di chemioterapia è molto costoso ed i livelli di efficacia sono ancora oggetto di discussione, perciò essa non rientra ancora nei prontuari farmaceutici di alcune Regioni italiane.

In considerazione della delicatezza delle condizioni dei pazienti colpiti dalla patologia che abbiamo descritto, la Regione Veneto, in data 7 agosto 2006, ne ha, invece, autorizzato l'impiego per un ristretto numero di malati accuratamente selezionati. Le stesse indicazioni cliniche per questo nuovo approccio terapeutico sono nell'insieme abbastanza limitate, non solo per la rarità delle neoplasie in questione, ma anche perché tale tipo di chemioterapia intraoperatoria è riservato ai casi nei quali si sia ottenuta una rimozione macroscopicamente radicale del tumore, il volume cavitario sia contenuto, non vi siano lesioni multifocali.

Il rapporto con gli adolescenti

di Gelmino Tosi*

Il ragazzo vive forti trasformazioni del proprio corpo e si avvia alla vita adulta. A causa di tutto questo spesso entra in crisi. Ecco perché si parla di “periodo critico”

Alcuni mesi or sono ho partecipato con altri colleghi ad un seminario sull'adolescenza. L'ottimo docente che ci intratteneva ci chiese, prima di iniziare, se consideravamo pertinente l'argomento, se in altre parole, gli adolescenti si rivolgevano al medico di famiglia. La risposta, un po' a sorpresa, fu unanimemente affermativa: i ragazzi e le ragazze si rivolgono al proprio medico più di quanto immaginasse il nostro docente.

Di questi tempi c'è molta attenzione nei confronti di questo periodo della vita: ci sono “sportelli” nelle scuole, nelle Ulss; parrocchie, circoli sportivi e altri gruppi si dedicano ai ragazzi con particolari attenzioni. L'adolescenza si configura come quel periodo più o meno lungo della vita in cui un individuo abbandona l'infanzia, cioè uno stato di completa dipendenza dalla famiglia, per avviarsi alla vita adulta, quindi alla completa indipendenza, indipendenza soprattutto psicologica, cioè separazione dalle figure genitoriali. In questo periodo, com'è noto, gli adolescenti subiscono delle forti trasformazioni del loro corpo, che diventa anch'esso adulto.

Tutti questi fatti contribuiscono a mandarli in crisi, essi vivono complessi sentimenti di paura e di solitudine, che fanno di questa età un periodo critico. Io credo che per relazionarsi adeguatamente con un adolescente bisogna aver chiuso in qualche modo i conti con la propria adolescenza: ciò non significa né rinnegare le paure, le angosce, le insicurezza di

quel periodo, né tanto meno farsi travolgere dalla nostalgia e rivisitare sentimenti e sensazioni che un adulto deve aver superato. Questo ci permetterà di comprendere le forti emozioni dell'adolescente in una situazione di mezzo: senza troppo distacco, senza troppo coinvolgimento.

Analizzando i “casi” di adolescenti che frequentano il mio ambulatorio, i motivi del loro venire da me, ho cercato di trarre alcune riflessioni. Innanzi tutto il medico di Medicina generale è spesso il medico di tutta la famiglia dell'adolescente, conosce bene i genitori, i fratelli, spesso anche i nonni, per cui in quel processo critico di separazione di cui si accennava, può divenire un buon intermediario. Ricordo una ragazza che mi chiese la prescrizione della pillola anticoncezionale. Dopo un lungo colloquio in cui le spiegai tutto quello che era

importante conoscere alla fine mi chiese: «Secondo lei lo devo dire ai miei genitori?» «Non lo so – risposi –, sicuramente io non lo dirò». Penso che l'angoscia per il suo atto di “emancipazione” (la pillola), sia stata mitigata dalla mia posizione intermedia come dire: “tu dottore rappresenti un mediatore tra la mia voglia di distacco e la mia paura del distacco, loro non lo sanno, ma tu sì. È una specie di compromesso”.

I cambiamenti del corpo inducono grandi angosce anche per “banalità” alle quali solo il medico può dare una risposta professionalmente adeguata. Una ragazza un giorno venne in studio disperata per una macchia rossa che le era comparsa sulla pancia. Si trattava di un piccolo angioma, una “voglia” in gergo comune. Oppure ci sono i maschietti angosciati dallo sviluppo e le dimensioni degli organi sessuali.

Il “non ti preoccupare” del medico di Medicina generale è rassicurante perché investito di una competenza tecnica sanitaria universalmente riconosciuta: egli ti ha curato anche in altre occasioni, quando eri più piccolo con la tonsillite e ti ha sempre risolto il problema. Il termine tecnico di queste paure è “dismorfofobie” e sono molto comuni negli adolescenti. Tra l'altro devo annotare, con una certa soddisfazione, che gran parte degli adolescenti mi dà del tu. Questo fatto forse farà scuotere il capo a certi psicologi e in tempi passati anche a chi scrive. Dopo anni di professione ho cambiato idea, come dicevo mi sento soddisfatto e felice di questa confidenza, mi sento una persona alla loro portata, non proprio un amico, ci mancherebbe altro, ma magari uno zio (sono ancora abbastanza giovane per poter dire nonno). Le figure di mediazione nelle crisi familiari con gli adolescenti sono molto importanti, siano esse parenti o altre persone significative, esse possono far comprendere agli uni (i genitori) le ragioni dell'altro (i figli) e viceversa, favorendo quanto meno un dialogo.

***medico di famiglia
e psicoterapeuta**



Al Centro residenziale "Al Parco" opera da trentatré anni una struttura ospedaliera diurna per anziani

Geriatria

19

IN OSPEDALE DI GIORNO

Un occhio dell'Azienda ospedaliera sul territorio. Potrebbe essere definito così l'ospedale diurno del Centro residenziale "Al Parco", la casa di riposo dell'Istituto assistenza anziani un tempo chiamata "Villa Monga".

Nel complesso di via Baganzani è attiva da trentatré anni una struttura a carattere ospedaliero, rivolta agli anziani che non necessitano di ricovero, ma che comunque hanno bisogno di una serie di accertamenti ed interventi specialistici. Il servizio è aggregato alla prima Divisione di Geriatria diretta dal dottor Gaetano Zavateri.

«Credo di non esagerare definendo l'ospedale diurno un fiore all'occhiello della nostra Azienda – esordisce il geriatra –, purtroppo non è molto valorizzato, forse perché poco conosciuto dai medici di Medicina generale, soprattutto da quelli delle generazioni più giovani. Invece – sottolinea –, dovrebbe costituire un valido punto di riferimento per i loro pazienti più fragili sia per l'aspetto laboratoristico, sia clinico, sia per il mantenimento e il recupero dell'autonomia».

Il Centro svolge, infatti, un'attività geriatrica ad indirizzo prevalentemente riabilitativo, caratteristica che lo differenzia dagli altri day hospital esistenti. «Puntiamo soprattutto al mantenimento e alla riattivazione



Gaetano Zavateri, direttore dell'Unità operativa di Geriatria I

delle cosiddette autonomie residue dell'anziano – prosegue il dottor Zavateri –, in modo che resti il più possibile nel suo ambiente e si allontani di conseguenza il ricovero in una casa di riposo». Il che non significa solo fisioterapia, per coloro che, per esempio, sono stati inattivi per alcune settimane a causa di una polmonite o di qualsiasi altra patologia.

«L'approccio alla persona è globale – sottolinea il medico –. Ci avvaliamo di

tutte le specialistiche dell'Azienda, della professionalità di due fisioterapisti della riabilitazione, ma anche dell'assistente sociale, in quanto la salute dell'anziano dipende pure da aspetti che esulano dalla medicina, come il reddito, se vive da solo o con qualche familiare». Fra le varie opportunità che offre il Centro negli ultimi tempi si sono aggiunte quelle della "valutazione dell'autonomia dell'anziano" attraverso test e esami strumentali e quella di riferimento per gli ammalati parkinsoniani e extrapiramidali nell'intento di rallentare il più possibile la perdita di autonomia.

Ma come si accede all'ospedale diurno di via Baganzani? A farne richiesta deve essere il medico di Medicina generale. Quindi il paziente viene accompagnato al Centro da un familiare, ma può avvalersi anche di un pulmino dell'Amt, lo stesso che trasporta gli anziani che frequentano l'ospedale nel centro residenziale "Al Parco" al mattino e ritornano nelle loro case al pomeriggio. Nell'ospedale diurno il paziente viene visitato da uno dei due geriatri presenti, che fissa gli accertamenti medici e strumentali, e quindi programma una serie di interventi riabilitativi.

«Il vantaggio per il paziente è enorme – continua Zavateri –. In poco tempo può accedere a visite specialistiche e

UN CENTRO AGGREGATO ALLA PRIMA GERIATRIA

Era il 23 giugno 1973 quando l'ospedale diurno dell'allora "Villa Monga" aprì le porte ai pazienti. Veniva inaugurato così il primo ospedale diurno in Italia, diventando punto di riferimento per la realizzazione di altre strutture analoghe in molte regioni della penisola. A volerlo fu il dottor Aldo Pasqualicchio e l'Amministrazione ospedaliera di quegli anni come servizio di cura e di riabilitazione, aggregato alla quarta Geriatria. Fin dall'inizio è stato organizzato come alternativa al ricovero ospedaliero ordinario, nel caso in cui il paziente non avesse la necessità assoluta di un

posto letto e potesse essere curato ugualmente in modo completo: dalla diagnosi di malattia alla prevenzione fino alla riabilitazione. Dal 1995 l'ospedale diurno è stato aggregato alla prima Geriatria dell'ospedale di Borgo Trento diretta dal dottor Gaetano Zavateri. Attualmente vi prestano servizio due medici geriatrici, personale infermieristico adeguato e due fisioterapisti della riabilitazione. Nel 2006 (fino al 12 luglio) le cartelle di day hospital aperte sono state 221, mentre quelle di Amid 321, per un totale di 343 cartelle.

(e.z.)



esami diagnostici, senza dover prenotare e aspettare molte settimane a causa delle lunghe liste di attesa». Infatti l'ospedale diurno dell'ex "Villa Monga" si avvale della formula Amid (Ambulatorio integrato diagnostico), cioè il paziente gode delle corsie preferenziali per visite ed esami come se fosse ricoverato; inoltre ad occuparsi del tutto è il geriatra di riferimento. «Alla conclusione di questo percorso viene stesa una relazione scritta da consegnare al medico di medicina generale che potrà servirsene per avere un quadro completo del suo paziente e proseguire nel migliore dei modi l'assistenza. L'ospedale diurno si pone così – precisa Zavateri – come anello di congiunzione tra le divisioni ospedaliere, soprattutto di Geriatria,

ed i servizi sanitari territoriali in un'ottica di stretta e continua collaborazione».

Secondo il primario la struttura «avrebbe ulteriori possibilità di sviluppo e di utilità per un mondo di anziani sempre più complesso e a rischio di emarginazione. Pensiamo ad esempio alle estati caldissime che viviamo in questi ultimi anni – conclude il medico –. Gli anziani prevalentemente soli, andando con facilità incontro a pericolose situazioni di disidratazione, disappetenza, squilibri psico-organici potrebbero trovare nell'ospedale diurno un'adeguata e completa risposta alle loro necessità, riducendo così pure gli afflussi ai Pronto soccorso».

Elena Zuppini

GLI ITALIANI SONO I PIÙ LONGEVI, SECONDI SOLO AGLI SVEDESI

In fatto di longevità gli italiani non sono secondi a nessuno. O meglio, solamente alla Svezia, Paese in cui un neonato alla nascita ha maggiore aspettativa di vita rispetto ai suoi coetanei del resto del mondo.

In Italia si vive quindi bene e a lungo, in particolar modo a Firenze, città che detiene il record italiano in materia. È quanto risulta dalle ultime statistiche Istat sulla mortalità (www.istat.it), le quali individuano il 2003 come "l'anno nero" in fatto di speranza di vita sia per gli uomini, 72,2 anni, sia per le donne, 82,8 anni, con un guadagno per i primi, rispetto al 2002, di soli 0,1 anni, mentre per le seconde si registra una perdita di 0,2 anni. Il motivo di tale flessione è da ricercarsi, secondo gli esperti, non in un'inversione di tendenza, ma in cause congiunturali che hanno caratterizzato proprio il 2003.

«Quell'anno, infatti, è stato contraddistinto da difficili condizioni climatiche (un inverno assai rigido e un'estate torrida) che hanno condotto ad una mortalità molto accentuata, soprattutto tra gli anziani, e, in particolare, tra le donne che ne rappresentano la maggioranza – spiegano all'Istituto di statistica –. A fronte di 557 mila decessi registrati nel 2002, ne 2003 se ne sono verificati ben 586 mila, il 5,2% in più. Tra le donne l'incremento annuale è stato del 6,6%, con un picco particolarmente significativo ad agosto (+32,4%)».

Non sono ancora disponibili informazioni statistiche definitive per gli anni successivi al 2003, tuttavia, secondo l'Istat, è possibile fare alcune ipotesi per gli anni 2004 e 2005. Nel 2004 l'aspettativa di vita per gli uomini dovrebbe salire a 77,7 anni e per le donne a 83,7 anni. Un'ipotesi formulata in base ad un "effetto selezione" dei soggetti più deboli prematuramente scomparsi nel

2003. Nel 2005, invece, la crescita dovrebbe ritornare regolare come nel recente passato. Infatti gli uomini dovrebbero raggiungere i 77,7 anni, quindi solo 0,1 anni in più rispetto all'eccezionale 2004, ma ben 0,7 anni se confrontato con il 2002. Per le donne, invece, l'aspettativa raggiungerebbe gli 84,4 anni (rispettivamente meno 0,3 e più 0,4 anni).

Ma per capire quanta strada ha percorso l'uomo in fatto di aspettative di vita basta ritornare al 1974: un neonato nato in quell'anno poteva contare su una aspettativa di vita di 7 anni inferiore ad un suo coetaneo del 2003. Un traguardo raggiunto non tanto grazie ai progressi della medicina ma con grandi interventi sanitari: l'aumento delle calorie della dieta, la salubrità delle acque e degli ambienti, le vaccinazioni... E, secondo gli esperti, non è nemmeno una questione di geni: la condizione biologica dell'anziano dipende solo per il 30% dal corredo cromosomico, mentre il restante 70 è data da ambiente e da stili di vita. A cominciare dall'alimentazione.

Una dieta ideale prevede il 25% di proteine (privilegiando pesce e carni bianche), il 25% di grassi (con una forte quota di oli vegetali) e il 50% di carboidrati. È indispensabile anche ridurre l'apporto calorico: sopra i sessanta anni bastano, giornalmente, 1.700-2.200 calorie, mentre per idratarsi è necessario bere 2-3 litri di acqua al giorno, compresa quella contenuta nella frutta. Da abolire, invece, del tutto la vita sedentaria.

La forma fisica è soggetta ad un declino medio dell'8-9% per decade di vita. I soggetti che praticano attività sportiva a livello amatoriale riducono questo declino a un 5%, quelli allenati fino al 3%. Secondo uno studio, l'esercizio moderato e continuativo ridurrebbe pure il rischio di ammalarsi di Alzheimer del 38%.

La disfunzione erettile oggi si può curare con farmaci di cui a volte, però, si fa un uso inappropriato

Andrologia

21

UN PROBLEMA TABÙ

di Luigi Comunale*, Filippo Migliorini*, Romeo Pianon*

Il consumo indiscriminato dei farmaci per la cura della disfunzione erettile è in crescente aumento. Le pillole "colorate" sono assunte senza controllo medico anche da giovani che non soffrono di alcuna disfunzione, ma cercano emozioni forti, correndo gravi rischi soprattutto quando fanno uso anche di sostanze stupefacenti. In questo servizio l'équipe dell'ambulatorio di Andrologia dell'U.O. di Urologia dell'ospedale di Borgo Trento fa il punto sul problema.

La disfunzione erettile (DE) viene definita come "l'incapacità a raggiungere e/o mantenere un'erezione sufficiente a condurre un rapporto sessuale soddisfacente". Si tratta di una patologia tuttora sottostimata e dal crescente impatto sociale, che può comportare una riduzione dell'autostima, incidendo negativamente nei rapporti affettivo-sociali e provocando un declino del senso generale di benessere. La DE, inoltre, è da considerarsi un campanello d'allarme, in quanto spesso è associata a altre patologie come malattie cardiovascolari, diabete mellito ed ipertensione. Con la commercializzazione, dal 1998, degli inibitori della fosfodiesterasi-5 (PDE-5), Sildenafil in primis (Viagra®), quindi Vardenafil (Levitra®) e Tadalafil (Cialis®), si sono aperte nuove ed importanti prospettive nel



Luigi Comunale, direttore dell'Unità operativa di Urologia di Borgo Trento

trattamento della DE.

Epidemiologia della DE

La prevalenza della DE è difficile da stimare, in quanto solo una piccola percentuale (circa 10%) dei pazienti si rivolge al medico, riuscendo a superare il disagio ed il "senso di vergogna" che tale patologia spesso comporta. Secondo lo studio statunitense *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) pubblicato nel 1994, il tasso di prevalenza totale della DE nelle sue varie forme, da lieve a severa, era del 39% a 40aa, del 48% a 50 aa e del 67% a 70 aa (fig 1), risultando significativamente correlata con il diabete mellito e le patologie cardiovascolari.

In base a questi dati è stato stimato che i disturbi dell'erezione possano colpire più di 100 milioni di uomini nel mondo.

Classificazione

La classificazione della DE è piuttosto complessa, tuttavia

può essere semplificata riconoscendo dal punto di vista patogenetico tre principali forme:

- organica: dovuta a patologie vascolari, neurologiche, ormonali o del tessuto erettile del pene (corpi cavernosi)
- psicogena: dovuta ad una inibizione centrale dei meccanismi dell'erezione in assenza di una causa organica rilevabile
- mista (organica + psicogena): dovuta ad una combinazione di fattori organici e psicogeni.

Quest'ultima rappresenta la forma di più frequente riscontro, in quanto la patologia organica si associa inevitabilmente ad una patologia psicogena secondaria.

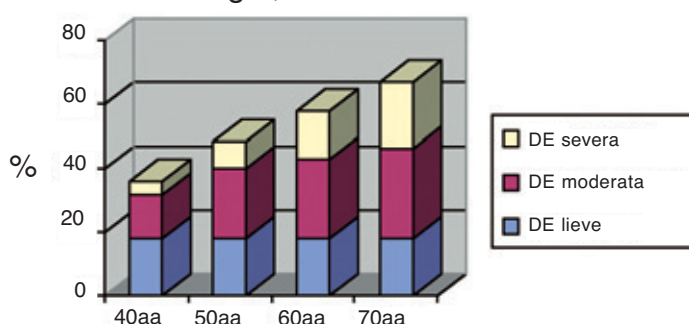
Fisiologia dell'erezione

L'erezione è un evento emodinamico che consiste nell'iperafflusso e sequestro di sangue a livello dei corpi cavernosi, mediato da complessi sistemi di regolazione sia a livello del sistema nervoso centrale sia a livello periferico nel tessuto erettile. Nello stato di flaccidità, l'innervazione simpatica mantiene la costante contrazione tonica della muscolatura liscia delle arteriole e dei sinusoidi dei corpi cavernosi. Stimoli psicogeni centrali e/o sensoriali periferici, provenienti dal pene, riducono l'attività simpatica ed aumentano quella parasimpatica con conseguente rilassamento delle arteriole e della muscolatura liscia dei corpi cavernosi.

Ne consegue l'espansione e la compressione del tessuto erettile contro la tunica albuginea del pene, con progressiva riduzione del deflusso venoso (meccanismo veno-occlusivo) e erezione rigida (fig. 2).

In realtà il meccanismo neurofisiologico dell'erezione appena descritto è più complesso, perché la riduzione del tono simpatico e l'aumento di

Fig.1, MMAS



quello parasimpatico determinano la liberazione di ossido nitrico (NO) da parte dell'endotelio e di altre fibre nervose non adrenergiche non colinergiche a livello del tessuto erettile. L'NO, diffondendo nelle cellule muscolari lisce del corpo cavernoso, attiva l'enzima guanilato ciclastasi che trasforma il GTP in cGMP. Quest'ultimo determina la riduzione della concentrazione di calcio citoplasmatico con conseguente rilassamento delle fibre muscolari lisce ed iperafflusso di sangue (fig. 3).

Diagnosi

La diagnosi di DE si basa su un'accurata anamnesi medica e psicosessuologica. In particolare bisogna inquadrare le eventuali patologie sistemiche frequentemente associate quali l'ipertensione, l'aterosclerosi, il diabete, l'iperlipidemia, le malattie cardiovascolari, l'insufficienza renale e/o epatica. Andranno poi indagate le eventuali terapie farmacologiche in corso, le abitudini di vita voluttuaria (fumo, alcool, droghe), le sindromi depressive associate ed i rapporti affettivi con la partner, condizioni tutte che possono interferire con la funzione sessuale. Per definire con un punteggio l'entità della DE, si può ricorrere all'utilizzo di specifici questionari come l'IIEF o l'IIEF5 (international index of erectile function).



Da sinistra: Filippo Migliorini e Romeo Pianon del Servizio di Andrologia dell'Unità operativa di Urologia

L'esame obiettivo prevede una valutazione accurata dei genitali esterni (volume testicolare, alterazioni dei corpi cavernosi) e della prostata (volume, dolorabilità), nonché una valutazione neurologica di base (riflesso bulbo cavernoso, sensibilità). Gli accertamenti di primo livello sono bioumorali e prevedono la glicemia, il profilo lipidico, il dosaggio di Testosteronemia e Prolattinemia, ormoni implicati soprattutto nel desiderio sessuale. Le indagini strumentali, usualmente considerate di secondo

livello, devono essere riservate a casi più selezionati. L'esame strumentale più diffuso è l'ecocolordoppler penieno dinamico, ossia lo studio funzionale del distretto vascolare del pene con erezione indotta dall'iniezione intracavernosa di farmaci vasoattivi (prostaglandina PGE-1 Caverject® e Viridal). Altre indagini sono il test per valutare le erezioni spontanee notturne (NPT-test) che può aiutare nel distinguere un DE di origine psicogena da quella organica e la cavernosimetria per lo studio delle pressioni e deflussi venosi del pene.

Trattamento della DE con inibitori della fosfodiesterasi-5 (PGE-5).

Con la commercializzazione degli inibitori della fosfodiesterasi -5, ossia il Sildenafil (Viagra®) il Vardenafil (Levitra®) e Tadalafil (Cialis®), è nata una nuova era nel trattamento orale della DE sia su base organica che psicogena. Questi farmaci favoriscono l'erezione inibendo la PDE-5, che degrada il cGMP in GMP con conseguente riduzione della concentrazione di calcio intracitoplasmatico e il rilassamento delle cellule muscolari lisce del tessuto erettile (fig. 3). Questa terapia è spesso efficace, in quanto il 70%-80% dei pazienti si ritiene altamente soddisfatto in termini di erezione completa e possibilità di



I TRE FARMACI CHE FAVORISCONO L'EREZIONE

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

ottenere un valido rapporto sessuale. I tre farmaci, sostanzialmente equiparabili per efficacia, differiscono tra loro nel dosaggio, nelle modalità di assunzione e nei tempi di durata della risposta terapeutica (*vedi tabella*).

Le controindicazioni all'utilizzo degli inibitori della PDE-5 possono essere assolute o relative. Le prime sono rappresentate più frequentemente dall'utilizzo contemporaneo di nitroderivati per la terapia della cardiopatia ischemica. In questi casi possono verificarsi gravi crisi ipotensive, a volte fatali. Altra controindicazione assoluta molto rara è rappresentata dalla retinite pigmentosa, una malattia ereditaria oculare. Controindicazioni relative che invitano alla precauzione nella prescrizione dei farmaci sono l'insufficienza epatica-

renale gravi e tutte le condizioni di patologia cardiovascolare nelle quali l'attività fisica di per sé può rappresentare un rischio di aggravamento acuto della patologia di base.

I principali effetti collaterali legati all'uso di questi farmaci sono: cefalea (15% circa), vampate di calore (10% circa), dispepsia (6-7% circa), congestione nasale (4% circa), diarrea (2-3% circa), vertigini (2,2% circa), artralgie (2% circa), alterazione del visus (rara). Tali effetti collaterali in buona parte scompaiono o si riducono dopo alcune assunzioni.

Dati di consumo ed abuso delle PDE5

Attualmente i consumi di PDE-5 aumentano di circa il 15-20% all'anno, ed il giro di affari in Italia nell'anno 2005 per il solo Sildenafil è

stato di 42 milioni di euro.

Queste cifre sono espressione anche di un uso spesso non appropriato dei farmaci da parte di persone che in realtà non necessitano di alcun trattamento. Particolarmente vulnerabili sono in tal senso gli adolescenti che, abbagliati dal mito di avere migliori prestazioni sessuali, possono facilmente reperire i prodotti farmaceutici via internet o tramite distribuzioni abusive. Ancora più pericolose per l'abuso degli inibitori della PDE5, sono le associazioni con sostanze stupefacenti come cocaina ed ecstasy.

Conclusioni

Gli inibitori della PDE-5 hanno fornito un'adeguata risposta terapeutica alla maggior parte dei casi di DE, sia organica che psicogena, permettendo di risolvere un gran numero di problematiche sessuali che prima del 1998 non erano in realtà suscettibili di trattamenti efficaci. Questi farmaci, se utilizzati in modo appropriato, si sono dimostrati sicuri e con scarsi effetti collaterali. Tuttavia per trattare in maniera adeguata la DE è necessario promuovere una costante e capillare campagna di informazione sulla popolazione generale, al fine far emergere una problematica spesso mantenuta nascosta per motivi etico-culturali. Al contempo è importante contenere la diffusione e la distribuzione indiscriminata dei farmaci, in modo che le prescrizioni possano essere controllate strettamente in ambito medico.

**Servizio di Andrologia
Unità operativa di Urologia
Ospedale civile maggiore
Borgo Trento**



Ogni prestazione una risorsa

di Luciano Flor*, Giulia Bisoffi**

Gli Stati in cui esiste un sistema sanitario che offre a tutti i cittadini un livello di assistenza avanzato si trovano ad affrontare il problema dei tempi di attesa, fenomeno ineliminabile che bisogna gestire a tutti i livelli, ciascuno secondo le proprie responsabilità. Per come il problema ci viene spesso posto dai media si ha l'impressione che per risolvere la questione basterebbe escogitare una "giusta" normativa ad hoc. Ciò non è vero.

Il problema delle liste d'attesa va affrontato soprattutto con il lavoro di organizzazione delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie, l'impegno a prescrivere tali prestazioni in modo corretto e l'impegno dei cittadini nel non abusare delle risorse. Senza queste azioni qualsiasi iniziativa a livello legislativo sarà destinata a fallire.

A dimostrazione di ciò può essere utile un excursus della legislazione al riguardo degli ultimi dodici anni. La Legge 23 dicembre 1994 n.724 istituisce il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari e prevede che tali registri possano essere oggetto di verifica ed ispezione da parte dei soggetti abilitati per legge e che tutti i cittadini che vi abbiano interesse possano richiedere notizie su prenotazioni e rispettivi tempi di attesa.

Il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 19 maggio 1995 (Carta dei servizi) riguardo al ricovero programmato prevede che gli ospedali predispongano un "registro dei ricoveri ospedalieri ordinari contenente l'elenco delle attività svolte e i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e per le principali patologie" e obbliga a motivare l'eventuale mancato rispetto dei tempi di attesa. Con questo provvedimento si introduce il concetto di tempo di attesa come dato pubblico e da pubblicizzare.

Con il Decreto Legislativo 29 aprile 1998 n.124 viene dato ai direttori generali delle Aziende sanitarie il

Per snellire le liste d'attesa serve l'impegno di medici e cittadini con l'obiettivo di evitare prescrizioni inappropriate

compito di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data di richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse e di dare pubblicità di questi tempi. Viene per la prima volta presa in considerazione la libera professione intramoenia (cioè fatta a favore dell'Azienda sanitaria) come intervento organizzativo per diminuire i tempi di attesa.

Il Decreto del presidente della Repubblica 23 luglio 1998 (Piano sanitario nazionale 1998-2000) investe le Regioni e le Aziende sanitarie del compito di elaborare programmi per abbattere i tempi di attesa per i ricoveri e per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in particolare attraverso il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili ed il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni (Linee guida, coinvolgimento dei medici prescrittori, adeguata informazione ai cittadini).

Il Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229, per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale, stabilisce che l'attività libero professionale non può superare il numero di prestazioni effettuate in ambito di Servizio sanitario nazionale.

Il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 27 marzo 2000 per assicurare che l'attività libero professionale comporti una riduzione dei tempi di attesa, prevede che il direttore generale concordi con i singoli

medici o con le équipe il numero di prestazioni in regime di Servizio sanitario nazionale istituzionale che devono essere assicurate in rapporto all'attività di libera professione, con particolare riferimento alle prestazioni non differibili per gravità e complessità della patologia. I direttori generali hanno il compito di controllare le liste di attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative, tecnologiche e strutturali che ne consentano la riduzione. Anche in questo provvedimento si sottolinea come l'attività libero professionale debba essere finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa.

Il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 16 aprile 2002 (criteri di priorità di accesso alle prestazioni) fissa i tempi massimi di attesa per alcune prestazioni, selezionate sulla base di alcune particolari patologie e prevede vengano concordate alcune linee guida sulle modalità di accesso (ad esempio: criteri di priorità di accesso sulla base di appropriatezza ed urgenza, iniziative volte a responsabilizzare i medici prescrittori, aggiornamento dei tempi massimi di attesa per le prestazioni). Con questo decreto viene inoltre stabilito di attivare sistemi di monitoraggio dei tempi di attesa che possano fornire i dati al ministero della Salute. Viene ripreso il tema delle prestazioni libero professionali fatte per l'Azienda, che si ribadisce debbano essere espletate al di fuori dell'orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime di Servizio sanitario nazionale.

La Legge 27 dicembre 2002, n.289 (Legge finanziaria 2003) prevede finanziamenti aggiuntivi per le Regioni se attuano nel proprio territorio un'estensione della copertura dei servizi diagnostici fino a sette giorni su sette, diminuendo le giornate di ricovero.

Il Decreto del presidente della Repubblica 23 maggio 2003 (Piano sanitario nazionale 2003-2005) tra i diversi obiettivi ha quello di "Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di

assistenza" e di ridurre le liste d'attesa mediante una corretta gestione degli accessi. Tra gli obiettivi strategici di detto Piano sanitario vi è quello di rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, oltre che di attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute.

Il Decreto ministeriale 18 maggio 2004, prevede l'avvio nelle singole Regioni della segnalazione della priorità delle prestazioni.

Da ultimo la Legge 23 dicembre 2005, n.266 (Legge finanziaria 2006) prevede che le Regioni formulino l'elenco delle prestazioni per le quali devono essere fissati i tempi massimi di attesa, con l'indicazione delle strutture pubbliche e private presso le quali tali tempi devono essere assicurati. È inoltre previsto che i tempi di attesa siano periodicamente inviati al ministero della Salute e che questo costituisca un obbligo per le Aziende sanitarie.

L'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 ha approvato il Piano di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, sviluppando quanto previsto nella legge finanziaria 2006, considerando che il fenomeno delle liste di attesa è

comune a tutti i Paesi che offrono un livello di assistenza avanzato e che la ricerca di soluzioni al problema deve essere attuata attraverso la collaborazione di tutti.

Da una parte occorre eliminare l'eccesso di domanda inappropriata, dall'altro è necessario che vengano erogate tutte quelle prestazioni indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Il Piano fissa l'elenco delle prestazioni che vanno erogate ai fini di assicurare i livelli essenziali di assistenza e per le quali le Regioni devono fissare i tempi massimi di attesa, prevede una quota di risorse per realizzazione di Cup (Centro unico di prenotazione) e determina le modalità di attivazione di uno specifico flusso informativo verso il ministero della Salute riguardante i tempi di attesa.

Questo è in ordine cronologico l'ultimo intervento a livello nazionale, in via di recepimento a livello regionale, per gestire il fenomeno in modo razionale. Sicuramente non è quello che è stato proclamato, cioè "provvedimento taglia-code".

Si tratta però di un provvedimento che mette in campo tutte le armi possibili affinché il sistema pubblico continui a garantire a tutti i cittadini

la stabilità delle condizioni di salute, fornendo a ciascuno la prestazione corretta al momento opportuno. Troppo spesso gli esami sono eseguiti inutilmente. Si ripetono al ricovero esami a cui il paziente è già stato sottoposto prima di entrare in ospedale, segno di malaorganizzazione e di mancata integrazione e comunicazione tra settori e strutture. Molti referti di esami, inoltre, non vengono ritirati dai pazienti che li hanno effettuati e prestazioni che si sono prenotate, ma che non si ha più bisogno di effettuare non vengono disdettate, impedendo ad altri di usufruirne.

Al di là delle leggi è richiesto un grande senso di responsabilità da parte di tutti, in particolare dai medici e dai cittadini: gli uni devono prescrivere solo ciò che realmente serve, senza cedere alle pressioni dei pazienti (anzi cercando di educarli al riguardo), gli altri devono capire che ogni prestazione è una risorsa preziosa perché rappresenta una potenziale risposta ad un concreto problema di salute che non può essere sottratto a chi ne ha veramente bisogno.

***Direttore sanitario**

****responsabile Unità**

REALIZZATO L'ARCHIVIO STORICO DELLA PSICHIATRIA VERONESE

L'Archivio storico della Psichiatria veronese è ormai una realtà. Il progetto è stato avviato su iniziativa del rettore dell'Università Alessandro Mazzucco che ha nominato i componenti del Comitato che sta curando tutte le fasi della realizzazione. Il progetto è partito da un'intuizione del professor Michele Tansella, attuale preside della facoltà di Medicina, per riunire e conservare il patrimonio documentale dell'antico manicomio di San Giacomo.

Non molti, soprattutto fra i giovani, ricordano che nell'area di Borgo Roma dove oggi sorge l'Ospedale policlinico fino a pochi decenni fa c'era l'Ospedale psichiatrico e, prima ancora, il manicomio provinciale di San Giacomo, istituito nel 1880. Vi furono ricoverati migliaia di pazienti nella provincia di Verona che prima venivano inviati a Venezia, nelle due isole di San Servolo e San Clemente. Il manicomio era una piccola città che chiudevà fra le sue mura la sofferenza di malati relegati a vivere nell'isolamento, accuditi da medici ed infermieri. La malattia mentale non era accettata. La società preferiva nascondere i malati, compatendone la sorte, ma tracciando un confine invalicabile fra la "normalità" e la malattia.

Cosa resta di questa lunga storia? Il nome di una via, il monumentale ingresso del vecchio manicomio in rovina,

l'antica chiesetta dei santi Giacomo e Lazzaro anch'essa bisognosa di restauro, il lungo muro di cinta in ciottoli di fiume costruito dai "matti", la palazzina del reparto di osservazione maschile recentemente restaurata e gli alberi dell'antico parco.

Oggi non c'è alcun rimpianto per l'istituzione manicomiale in sé, com'è ovvio, ma è importante salvare dalla dispersione una documentazione di alto interesse storico e culturale, composta di cartelle cliniche, testi e materiale cartaceo di vario genere attualmente dislocato in varie sedi. Azienda ospedaliera, Ulss 20, Provincia e Comune di Verona, oltre all'Università, hanno aderito al progetto e la sede per l'Archivio è stata organizzata all'interno della palazzina dell'Ospedale policlinico di Borgo Roma che ospita il Centro Oms di Ricerca sulla salute mentale ed il Servizio di Psicologia medica e psicosomatica.

Il Comitato per l'Archivio storico si propone di conservare e valorizzare i documenti rendendoli disponibili per gli studiosi. La prima iniziativa pubblica è stata il convegno del 16 novembre nell'aula magna del Policlinico: "L'archivio storico della Psichiatria veronese: uno sguardo al passato per capire il presente?". Far tesoro delle tracce del nostro passato è il primo passo per costruire il futuro.

BIMBI IN EMERGENZA

Fiocchi azzurri e rosa. Un bambino che nasce è sempre una gioia. Anche quando qualcosa non va per il verso giusto e magari ci sono dei problemi. Proprio per questo, nel 2000 è stato creato il Servizio di trasporto del neonato critico. A spiegare cos'è e come funziona è il professor Ezio Maria Padovani, responsabile dell'Unità operativa di patologia e terapia intensiva neonatale e trasporto del neonato critico.

«Il trasporto del neonato critico si inserisce nello schema organizzativo della regionalizzazione delle cure perinatali. Il Servizio ha come obiettivo di fare in modo che il neonato, che alla nascita sviluppa una grave patologia, possa ricevere le cure più idonee e quindi essere trasferito in modo sicuro in un centro di terzo livello. Il nostro bacino di utenza comprende i centri nascita della provincia di Verona e Vicenza. Gli altri centri nascita della regione fanno invece capo all'ospedale di Padova.

Il servizio di trasporto d'emergenza neonatale rappresenta quindi l'anello di congiunzione tra i diversi punti nascita appartenenti all'area di riferimento e i centri di terapia intensiva, in



Ezio Maria Padovani, responsabile Unità operativa di patologia e terapia intensiva neonatale e trasporto del neonato critico

un sistema finalizzato ad assicurare migliore assistenza e utilizzo ottimale delle risorse».

In realtà, il trasporto, anche se effettuato nel rigoroso rispetto di regole e procedure, è sempre uno stress per il neonato, tant'è che i bambini nati all'interno di una struttura attrezzata presentano una percentuale di malattia più bassa rispetto a coloro che sono nati fuori e necessitano poi di essere trasportati. Per questo, quando è possibile, è bene trasferire la madre prima del parto, anche se ciò non azzerà comunque i rischi. La responsabilità di trasferire la donna che dovrà partorire o di dichiararne l'intrasportabilità compete al medico ostetrico della struttura trasferente.

In generale, dovrebbero comunque afferire al centro di terzo livello le madri che presentano particolari condizioni di rischio, come minaccia di parto pretermine sotto le 32 settimane, previsione di parto gemellare prima di 34 settimane, grave ritardo di crescita fetale intrauterina, anomalie congenite fetali che richiedono procedure diagnostiche specialistiche o immediati trattamenti chirurgici post-natali, pree-

clampsia grave, idrope fetale, grave isoimmunizzazione, pregresse morti fetali o neonatali per cause metaboliche o da cause non note, gravi patologie materne come insufficienza renale e ipertensione.

Nonostante ciò, alcune situazioni rendono di fatto impossibile il trasferimento della madre. Inoltre, circa il 10-20 per cento dei problemi gravi che avvengono in sala parto non possono essere prevedibili in anticipo.

Per questo, qualora il trasferimento della madre non fosse possibile prima del parto, è necessario organizzare il trasporto del neonato, un paziente delicato che ha bisogno di strumenti particolari e di personale specializzato. Medici e infermieri devono avere, infatti, una specifica preparazione in terapia intensiva neonatale per poter mettere in pratica le procedure diagnostiche e assistenziali necessarie, soprattutto quelle di rianimazione cardiorespiratoria. «Questo lavoro richiede una formazione particolare sia per il personale interno che per i centri nascita esterni – precisa Padovani –, perciò abbiamo attivato corsi di formazione specialistici e periodici incontri di aggiornamento rivolti al personale medico e paramedico, mirati soprattutto alla presa in carico del neonato in sala parto e alla sua stabilizzazione in attesa dell'arrivo dell'équipe medica che deve effettuare il trasporto».

Il trasporto del feto in utero presso un centro di gravidanze a rischio collegato con un reparto di neonatologia di terzo livello in caso di gravidanza patologica e il trasporto del neonato che ha sviluppato una patologia alla nascita mediante un servizio dedicato hanno contribuito a diminuire negli ultimi dieci anni la mortalità neonatale in modo significativo soprattutto per i neonati prematuri o di peso molto basso alla nascita. Per il trasporto del neonato, due sono i modelli organizzativi più sperimentati: il servizio dedicato e il servizio



TIPOLOGIE DEI CENTRI DI NASCITA

Le strutture che operano sul territorio si differenziano in base al livello di cure che sono in grado di erogare. Diversità legate soprattutto alla disponibilità di attrezzature e servizi, alle competenze medico-infermieristiche e all'esperienza. Il livello esprime, dunque, l'insieme delle caratteristiche disponibili per l'assistenza, il parto e il periodo neonatale.

Attualmente i centri perinatali sono differenziati in tre livelli di cura. Primo livello: rientrano in questa categoria le maternità che effettuano non meno di 300 parti all'anno, attrezzate per l'assistenza a gravidanze fisiologiche e a neonati normali o con patologia minima. Anche in questi casi si possono però presentare complicanze inattese perciò deve essere garantita la presenza del neonatologo in sala parto, la possibilità di effettuare la rianimazione primaria e l'assistenza ai neonati con gravi patologie in attesa di trasferimento. Il numero dei posti letto necessari è di 15 ogni 1.000 nati nel bacino di utenza.

Secondo livello: i centri di Patologia neonatale sono situati in ospedali che drenano un bacino di utenza più ampio, con almeno 1.000 parti all'an-



no. Possono essere assistiti neonati di peso uguale o superiore ai 1.500 grammi o età gestazionale maggiore o uguale a 32 settimane con patologie di gravità media, che non necessitano di assistenza intensiva. Deve essere comunque assicurata una guardia neonatologica attiva 24 ore su 24. Terzo livello: questo livello identifica i centri di Terapia intensiva neonatale, che devono essere inseriti in strutture

in cui vengono effettuati almeno 1.500 parti all'anno e in cui siano disponibili i servizi necessari per l'approfondimento diagnostico e per gli interventi specialistici, come laboratori, radiologia, cardiologia, neurologia, chirurgia, nefrologia e dialisi. Deve essere possibile fornire cure adeguate anche ai neonati con patologie complesse.

(p.a)

attivabile su richiesta.

Il primo è costituito da una o più unità operative, con personale medico e infermieristico che svolge attività di trasporto neonatale in turni dedicati e che fa parte di un centro di terapia intensiva. Questo modello consente tempi di attivazione molto rapidi, elevata specializzazione operativa, organizzazione periferica capillare e uniforme, ma ha costi molto elevati. È utile nel caso di 300-500 trasporti annui minimo ed è di solito presente nelle grandi città, come Milano, Roma.

Il secondo tipo di servizio utilizza invece personale del centro di terapia intensiva neonatale, che viene temporaneamente distaccato per l'attività di trasporto e che agisce su aree

geografiche più limitate.

Ha costi inferiori ed è idoneo per 150-200 trasporti annui.

Di solito, con questo modello organizzativo, occorre potenziare il personale infermieristico e medico presente nel reparto con uno-due unità in più rispetto all'organico. «Da noi è attivo il servizio su richiesta – chiarisce Padovani –. Tre sono le strutture collegate tra loro, che lavorano in sinergia: la nostra Unità operativa che fornisce il personale e il materiale tecnico, la Croce Bianca che fornisce il mezzo di trasporto e l'autista, il 118 che fa da collegamento e mette a disposizione l'elicottero. Il nostro modello organizzativo prevede che entro trenta minuti dalla chiamata il servizio sia pronto per partire, garantendo un'assistenza

tempestiva ed efficace. Arrivati presso il centro nascita che ha richiesto l'intervento, il neonato viene stabilizzato per garantirgli un trasporto il meno stressante possibile, quindi trasferito presso il nostro centro di terapia intensiva neonatale o altri centri in rapporto alla patologia o alla disponibilità di posti letto».

Il professore aggiunge che «in qualche caso la disponibilità di posti letto di terapia intensiva neonatale, non consente di far fronte a tutte le richieste e si devono così trovare soluzioni alternative, anche fuori regione. Pure in questi casi il bambino viene preso in carico per la stabilizzazione delle condizioni cliniche e seguito finché non viene trovata una soluzione adeguata per il suo trasporto».

IL PROBLEMA DELLA SCELTA DEL MEZZO DI TRASPORTO

La scelta del mezzo di trasporto deve rispondere alla necessità di trasportare i neonati a rischio con sicurezza, comfort, rapidità. Il trasporto può essere eseguito con un solo mezzo oppure con la combinazione di due mezzi.

Ambulanza

Offre garanzie di rapido cambio di destinazione in caso di necessità, di possibilità di trattamenti durante il trasferimento e di assistenza. L'ambulanza, che deve essere dotata di almeno un'incubatrice neonatologica, ha costi contenuti e le limitazioni, come traffico o vibrazioni, sono poche. È possibile attrezzare il veicolo in modo da dotarlo di attrezzature per la madre e per il neonato, di sicuri sistemi di ancoraggio, di isolamento termoacustico e climatizzazione, di fonti di gas medicali, di strumenti di comunicazione con la cabina di pilotaggio e con l'autista.

Eliambulanza

Il vantaggio dell'elitransporto risiede nella rapidità di trasferimento su grandi distanze o nel superamento di percorsi su strade poco agibili. A ciò si contrappone però la necessità di equipaggi molto addestrati e la discontinuità del servizio per avverse condizioni atmosferiche o visibilità non sufficiente. Oltre al costo elevato, i principali limiti del mezzo sono abitacolo piccolo e ancoraggi che limitano le possibilità di assistenza attiva, rumorosità, forti vibrazioni, climatizzazione poco stabile, effetti di pressione.

Aereo

Usato soltanto per il trasferimento a grande distanza verso centri con competenze professionali particolari, ha costi molto elevati.

Nave-traghetto

Il trasferimento in navi o traghetti, per lo più dalle isole,



L'ambulanza neonatale offre garanzie di rapido cambio di destinazione in caso di necessità, di possibilità di trattamenti durante il trasferimento e di assistenza. Dev'essere dotata di almeno un'incubatrice neonatologica



Ambulanza neonatale

è simile al trasporto in ambulanza. Questo mezzo è però limitato da avverse condizioni atmosferiche o di navigazione.

Treno

Il trasferimento con le linee ferroviarie risponde soltanto a rare esigenze ed è giustificato da condizioni cliniche particolari, che necessitano di tecnologie che richiedono ampi spazi. Il vincolo degli orari, infatti, limita moltissimo questo tipo di trasporto.

(p.a.)

Per quanto riguarda la tipologia dei trasferimenti effettuati, il servizio dell'ospedale Policlinico interviene in tre tipi di trasporto: trasporti primari, effettuati da centri di primo o secondo livello, non in grado di fornire le cure necessarie, verso centri di secondo o terzo livello; trasporti interterziari, effettuati tra centri di terzo livello per

eseguire accertamenti diagnostici e interventi di particolare rilievo; *back transport*, cioè trasferimenti di ritorno di bambini, in condizioni ormai stabilizzate, al centro di provenienza. Quando giustificato dalla necessità di intervenire rapidamente o dalla distanza, il trasporto viene effettuato mediante eliambulanza usufruendo

dell'elicottero di Verona Emergenza. «Il servizio rappresenta una delle numerose attività di valenza sovraprovinciale dell'Azienda ospedaliera – dichiara Padovani –, e richiede alta specializzazione da parte del personale, una perfetta organizzazione e coordinamento tra le strutture che vi partecipano. Il fatto che la Regione

Veneto abbia scelto l'Azienda di Verona come una delle due sedi regionali per il trasporto neonatale rappresenta un riconoscimento di alta qualità per le nostre strutture e motivo di orgoglio. L'attività del servizio è aumentata progressivamente dall'anno della sua istituzione nel 2001.

Dal 2001 al 2005 i trasporti primari sono aumentati da 46 a 140, quelli di neonati critici da 79 a 166, il *back transport* da 78 a 120, mentre gli interterziari sono passati da 33 a 26. Lo scorso anno, i bambini trasportati sono stati in totale 309». Tra le patologie per cui viene richiesto il trasporto ci sono in primo luogo le malattie respiratorie e le patologie malformative, tra le quali spiccano le cardiopatie congenite. Seguono le infezioni, l'asfissia neonatale, la prematurità, la patologia neurologica.

«I risultati complessivi anche paragonati con quelli di altri centri sono buoni – conclude Padovani –. Tutti i bambini trasferiti hanno mostrato all'arrivo condizioni stabili, che si sono mantenute nelle 24 ore successive».

Paola Arosio

L'INFERMIERE, UN AIUTO PREZIOSO

L'infermiere. Una figura importante e utile. Fondamentale quando si tratta di trasporto di neonato critico.

«Siamo sempre a contatto diretto con il paziente – racconta Giuliana Mosele, infermiera dell'Unità operativa di Patologia e terapia intensiva neonatale e trasporto del neonato critico –, perciò bisogna essere all'altezza della situazione sia dal punto di vista tecnico che operativo. Si vive con ansia e tensione perché si lavora pur sempre su un terreno sconosciuto e non si conoscono le condizioni cliniche del bambino. E poi possono esserci avvenimenti imprevisti che comportano delle tempistiche da rispettare. Al momento della partenza portiamo con noi lo zaino con farmaci e presidi e la termoculla con cardio-monitor, aspiratore, pompe infusionali, ventilatore in modo da poter essere completamente autosufficienti e in grado di fare qualsiasi tipo di intervento sul



neonato presso il centro nascita che ha richiesto il nostro intervento oppure anche in ambulanza durante il tragitto di trasferimento. Per ottenere questi obiettivi è necessaria un'alta qualificazione del personale e molta esperienza. Tutto il sistema organizzativo deve essere efficiente 24 ore su 24 e il materiale sempre funzionante e sotto controllo.

Ci si mette in gioco e questo dà molta soddisfazione e ripaga dei sacrifici compiuti».

GIOVANNA SCROCCARO NEL CONSIGLIO SUPERIORE DELLA SANITÀ



Giovanna Scroccaro, direttore Dipartimento interaziendale di Farmacia e direttore U.O. di Farmacia Ospedale Policlinico

Importante riconoscimento per la dottoressa Giovanna Scroccaro, direttore del dipartimento interaziendale Azienda ospedaliera-Ulss 21 di Farmacia e responsabile dell'Unità per la valutazione dell'efficacia del farmaco.

Il ministro della Salute Livia Turco l'ha designata nel Consiglio superiore della Sanità.

Nel presentare il nuovo Consiglio, formato da cinquanta componenti, il ministro ha affermato di aver operato le scelte «sulla base della professionalità, della competenza nelle diverse discipline di interesse per la sanità pubblica italiana ed anche con attenzione alla valorizzazione delle donne in questo alto consesso che rappresenta il momento più alto di consu-

lenza scientifica in campo sanitario al Governo nazionale del nostro Paese». Nelle intenzioni del ministro il Consiglio non sarà impegnato soltanto nell'espressione dei diversi pareri obbligatori previsti dalle leggi ordinarie su specifiche materie e provvedimenti.

«Il Consiglio – ha dichiarato Livia Turco – sarà chiamato anche ad esaminare delicate ed importanti questioni di interesse sanitario a partire dalle grandi innovazioni scientifiche e terapeutiche, ma si esprimerà anche su aspetti connessi all'evoluzione del sistema sanitario ed alla necessità di dare risposte ai nuovi bisogni d'assistenza ed alle nuove istanze provenienti dalla società su aspetti di grande interesse bioetica».

CINEMA E PSICHIATRIA

di Alessandro Norsa*, Roberto Fiorio**, Nicola Garzotto***

La discussione su temi della cinematografia, esperienza che il 1° Servizio psichiatrico del dipartimento di salute mentale ha introdotto fin dal 2001, va fatta rientrare nell'ambito dei percorsi formativi specificamente dedicati al personale infermieristico con lo scopo di promuovere l'approfondimento culturale e possibilmente favorire il miglioramento qualitativo professionale.

La relazione tra cinema e Psichiatria è da sempre intensa, affascinante, ed il cinema, potente amplificatore dell'immaginario, spesso rappresenta una realtà che ragionevolmente può influenzare l'atteggiamento delle persone verso la psichiatria reale.

Il film offre quindi l'opportunità nello stesso momento e nello stesso luogo, di avere un elemento comune su cui riflettere e quindi da parte dell'operatore di confrontare la propria soggettività rispetto ad uno stimolo condiviso unitariamente. Ricordiamo che in un reparto di Psichiatria convivono diverse impostazioni formative (infermiere psichiatrico con licenza di terza media e dottore in Scienze infermieristiche laureato), ma non solo, anche le caratteristiche di personalità dell'infermiere stesso, e la sua esperienza, possono condizionare la percezione e quindi la valutazione dei problemi.

Queste considerazioni non hanno soltanto un valore teorico o metodologico: nella pratica clinica la carenza di informazioni aggiornate, la personalità e la soggettività esperienziale possono portare ad una soggettività nella valutazione e nella presa in carico del paziente con possibile conseguente eccessiva personalizzazione dell'intervento.

Cosa succede allora in un reparto di Psichiatria, dove la valutazione dell'atteggiamento e del comportamento del paziente sono variabili imprescindibili per la formulazione dell'intervento? Potranno nascere pareri molto sogget-



tivi dettati, come già accennato, dall'esperienza, dalla formazione e dalle personali capacità di gestione delle proprie emozioni e dello stress derivati dal contatto con i problemi, in sostanza dalle proprie abilità di coping; ecco allora che per una questione di leadership, l'infermiere con più esperienza, competenza o capacità decisionale potrà determinare una sorta di corrente di pensiero; nessun problema quando la situazione è sufficientemente obiettiva e condivisibile anche dagli altri operatori, che si adegueranno a questo modo di intendere i fatti, ma se qualcun altro con altrettanta determinazione proporrà un modello interpretativo differente è facile immaginare la nascita di conflittualità. Dalla nostra esperienza ed in accordo con la letteratura, riteniamo che in queste dinamiche siano centrali due fattori: la nascita del giudizio (Gergen K., J. Gergen M. *Psicologia Sociale*. Il Mulino, Bologna, 1985) ed il ricordo (Cornoldi C. *Apprendimento e memoria nell'uomo*. Utet, Torino, 1986).

Nella pratica clinica, per una condizione di modificazione nel tempo del ricordo e per la formazione nel singolo o nel gruppo di giudizi, potranno non solo nascere pareri differenti ma anche considerazioni non del tutto obiettive riportate poi sulle cartelle infermieristiche, che sono lo strumento principale per la trasmissione alle altre figure professionali dell'anda-

mento clinico del paziente.

Il film pertanto, in questa ottica, dà la possibilità di "rimettere la palla al centro" nella discussione, poiché riduce gli aspetti di modificazione personale del giudizio, creando invece un clima più esteso di confronto di gruppo; riduce il doversi rifare alla memoria poiché il materiale scenico è sempre disponibile e può essere visto nuovamente per dissipare eventuali dubbi riguardanti scene e parole utilizzate.

Nella pratica con il gruppo di "Cinematografia e Psichiatria", il tempo che abbiamo deciso di riservare all'illustrazione dei sintomi e delle dinamiche presenti nei protagonisti del film è relativo; maggiore è invece l'attenzione dedicata al momento di confronto tra gli operatori ed eventualmente allo snodare le tensioni che nascono e si sviluppano dalle posizioni legate alla soggettività.

In conclusione possiamo ritenere positiva l'esperienza fin qui condotta; abbiamo infatti potuto constatare come la cinematografia offra una buona opportunità di confronto con scene e situazioni riconducibili alla pratica clinica, favorendo un clima di gruppo positivo nel promuovere e migliorare le relazioni interpersonali tra gli operatori. In questa direzione si inserisce il concetto di *empowerment*, capacità di praticare e rendere operative le proprie risorse, che contribuisce al percorso individuale di crescita professionale.

La diminuzione delle tensioni, la possibilità dell'operatore di non sentirsi isolato di fronte al paziente e la sua maggiore professionalizzazione, sono inoltre a nostro avviso condizioni significative per ridurre il rischio del verificarsi del *Burn Out*.

*psicologo psicoterapeuta

**medico psichiatra

***direttore Unità operativa di Psichiatria I

Soggiorni in Paesi con climi e realtà sanitarie diversi dall'Italia espongono al rischio malattie infettive

Vaccinazioni

31

VIAGGIARE IN SALUTE

Un turista su quattro torna a casa con problemi di salute perché non sufficientemente informato su vaccinazioni, precauzioni e norme di profilassi da seguire prima e durante il viaggio. Soggiorni in Kenya, Brasile, India, e altri Paesi con realtà climatiche (altitudine, siccità, temperature troppo elevate), ambientali (presenza di parassiti o insetti infetti) e sanitarie (scarse condizioni igieniche) profondamente diverse da quelle a cui siamo abituati, espongono al rischio di gravi malattie infettive che si possono prevenire. I rischi variano in base alle caratteristiche del viaggiatore (età, stato di salute) e del viaggio. Un turista che si reca in Kenya per alcune settimane in strutture alberghiere di standard occidentale, richiede precauzioni sanitarie diverse da un operatore umanitario che vive per mesi o anni in situazioni precarie.

Un aiuto per districarsi tra vaccinazioni obbligatorie, raccomandate e chemioprolifassi è disponibile all'ambulatorio Viaggiatori internazionali della propria Asl, al quale bisogna rivolgersi almeno un mese prima della partenza, al fine di scegliere la strategia di prevenzione più opportuna in base all'età, lo stato di



salute ed al tipo di viaggio che si desidera intraprendere.

Un mese prima della partenza, recandosi all'ambulatorio specializzato, si ha il tempo necessario perché vaccini come quelli antiepatite A e anti-febbre gialla, rendano già immuni al momento della partenza. Queste sono tra le vaccinazioni più consigliate perché prevengono infezioni che si trasmettono attraverso alimenti ed acqua contaminati.

L'epatite A, malattia virale acuta che colpisce il fegato, è diffusa in tutto il mondo, specie dove le condizioni igieniche sono scarse. In chi soffre già di malattie epatiche croniche, il contagio aumenta di molto il rischio di epatite fulminante. La possibilità di contrarre la malattia dipende dalla durata e dalle condizioni del viaggio, compresa l'esposizione a cibi e bevande contaminati. Il vaccino antiepatite A conferisce una protezione del 94-100% un mese dopo la singola dose. La seconda dose, somministrata dopo 6-12 mesi protegge per almeno 10 anni, ma non si esclude che possa essere efficace anche per 20-25 anni. Esiste anche un vaccino combinato antiepatite A+B, che protegge anche nei confronti dell'epatite B, malattia del fegato che si trasmette per contatto con sangue infetto.

Questo vaccino combinato è utile soprattutto per coloro che risiedono per lungo tempo in aree endemiche, cioè dove la malattia è diffusa nella popolazione (Africa e America Latina ed Asia).

La vaccinazione antitifica, per la quale sono disponibili due tipi di vaccino (iniettabile ed orale), protegge dall'infezione trasmessa per via feco-orale ed è efficace a 10 giorni dalla somministrazione. L'incidenza è

PROFILASSI CHIMICA PER LE PUNTURE DI ZANZARA

REPELLENTI

I prodotti in commercio hanno un'azione limitata nel tempo e vanno applicati più volte. I repellenti cutanei più efficaci sono a base di N,N-dietiltoluammide (DEET) (Off Scudo®) e Icaridina anche nota come KBR o "Bay-repel" (Autan®). La maggiore o minore concentrazione non influisce tanto sull'attività quanto sulla durata d'azione (in media 2-3 ore).

INSETTICIDI

Alcuni piretroidi di sintesi, come la permetrina Biokill® e la deltametrina, possono essere impiegati per impregnare indumenti e biancheria contro zanzare ed altri artropodi ematofagi, ottenendo una lunga azione residua. La permetrina rimane attiva per circa quattro mesi.

molto elevata (10 casi ogni 100.000 viaggiatori per settimana di permanenza) in India e Pakistan, più contenuta in Africa nord-occidentale (esclusa la Tunisia) e Perù. Partendo per il Kenya, accanto alla proposta di ammeperite A e antitifica, potrebbe essere consigliata la vaccinazione contro la febbre gialla, una febbre emorragica virale trasmessa da zanzare infette del genere *Aedes* o *Hemagogus* che pungono nelle ore diurne e sono presenti fino a 2.500 metri d'altitudine. L'efficacia del vaccino è del 99% entro 30 giorni dalla somministrazione.

Per un'altra malattia, la malaria, diffusa soprattutto nell'Africa sub-sahariana, nel subcontinente indiano, nel Sud-Est Asiatico ed in parte dell'America centro-meridionale, non esiste attualmente un vaccino efficace. La trasmissione avviene in seguito alla puntura di zanzare *Anopheles* infette che colpiscono dal tramonto all'alba ad altitudini inferiori ai 2.500 metri. In questo caso è importante seguire misure che prevengano il contatto con la zanzara: indossare vestiti, meglio di colore chiaro, visto che le zanzare sono attratte dai colori scuri e che coprano integralmente



le zone esposte. Oltre a dormire sotto zanzariere integre e di colore chiaro è utile l'applicazione ogni 2-3 ore di insettopellenti a base di DEET e KBR o Bayrepel direttamente su pelle, indumenti ed impregnare tende e zanzariere con insetticidi (piretroidi di sintesi).

Anche l'assunzione di farmaci può proteggere dalla malattia: la chemioprolissi antimalarica varia in funzione del Paese di destinazione. Per le donne in età fertile sono indicati solo alcuni farmaci, avendo cura di evitare la gravidanza per 10 settimane dal completamento della terapia. La chemioprolissi antimalarica, utile per chi si reca in Paesi dove la patologia è diffusa nella popolazione (endemica), come Kenya ed India, potrebbe non essere necessaria andando nella zona orientale del Brasile.

In questo Paese, come in altri del sud est Asiatico, dell'Africa, dell'Oceania, dell'America Centrale e Meridionale, è endemica la dengue, malattia virale, acuta, febbrile, trasmessa da una zanzara che punge prevalentemente nelle ore diurne. Anche in questo caso sono valide le precauzioni consigliate per la malaria, ma non è disponibile la chemioprolissi.

Viaggiatori particolari

Nel caso in cui a viaggiare siano bambini, anziani, donne in gravidan-

za e persone con malattie croniche ci sono delle particolari precauzioni da considerare. I bambini, più suscettibili a patologie infettive o traumatiche e meno attenti alle norme igienico-alimentari, possono presentare quadri clinici più severi.

Alcune vaccinazioni, come l'anti-febbre gialla, antiepatite A e antitifica sono controindicate nei primi mesi di vita, per questo è consigliato effettuare viaggi in zone a rischio almeno dopo aver completato il ciclo vaccinale del primo anno. Per le persone anziane viene consigliato il vaccino combinato antidifterite + anti-tetano. Nel caso di soggiorni lunghi in zone dove la poliomielite è endemica, può essere considerata anche la vaccinazione combinata con anti-polio (IPV). In gravidanza è generalmente controindicata la vaccinazione anti-febbre gialla.

Dopo il rientro

La comparsa al ritorno da un viaggio internazionale di sintomi come febbre, diarrea persistente, dolori addominali, manifestazioni cutanee o infezioni genitali, non deve essere sottovalutata, per questo è necessario, in tempi brevi, un controllo medico presso il centro specializzato in malattie infettive e/o tropicali della propria Asl di appartenenza.

**A cura della redazione
di Dialogo sui Farmaci**

ALCUNI SITI CHE SI OCCUPANO DI MEDICINA DEI VIAGGI

– WHO. International Travel and Health: <http://www.who.int/ith>
– Center for Disease Control and Prevention:
<http://www.cdc.gov/travel>
– International Society for Infectious Diseases:
<http://www.promedmail.org/>
– Ministero Affari Esteri in collaborazione con l'ACI: <http://www.viaggiareassicuri.mae.aci.it/>
– Ministero della Salute:
<http://www.ministerosalute.it/promozione/malattie>
– Società Italiana di Medicina dei viaggi e delle Migrazioni:
<http://www.simvim.it>

Il piacere di essere se stessi

di Lidia del Piccolo*

L'assertività è la qualità di chi è in grado di far valere le proprie opinioni e i propri diritti pur rispettando quelli degli altri

Quante volte vi è capitato di non riuscire a replicare di fronte all'atteggiamento aggressivo di qualcuno? Oppure di sentire il desiderio di esprimere delle emozioni piacevoli o di disagio e di non trovare il modo per farlo? Quante volte avete desiderato essere all'altezza delle situazioni?

Lo Zingarelli (1986) descrive l'assertività come "la qualità di chi è in grado di far valere le proprie opinioni ed i propri diritti pur rispettando quelli degli altri". Si potrebbe definire come quel punto d'equilibrio fra uno stile comunicativo passivo ed uno aggressivo, caratterizzato da un atteggiamento positivo verso se stessi e verso gli altri.

Lo stile comportamentale "passivo" si distingue per una serie di comportamenti ed atteggiamenti interiori che conducono la persona a subire gli altri provando disagio: per esempio il dover subire costantemente soprusi ed umiliazioni sul lavoro o il non essere in grado di rifiutare un favore ad un amico (...avrei voluto andare al mare oggi, ma poi A. mi ha chiesto se gli davo una mano e...dai, come facevo a dirgli di no...).

Lo stile aggressivo è caratterizzato da una serie di atteggiamenti e modi di pensare che violano i diritti altrui e mostrano noncuranza per i loro stati d'animo (È come ti dico io!! O fai così o...). Spesso l'Aggressivo non si rende conto di esserlo, perché riesce ad ottenere sempre quello che vuole con la prepotenza. Gli effetti del suo comportamento li si può notare a lungo termine, quando il suo costante considerare gli altri degli inetti ed il volerli piegare al proprio volere lo conduce a isolarsi: sarà emarginato o finirà per circondarsi di persone passive.

Essere circondati da individui senza personalità, che dicono sempre «Sì, Signore!», non è appagante, eppure egli lavora proprio in questa direzione, mettendosi in contrasto con gli Aggressivi e gli Assertivi.

L'Assertivo, che non raccoglie la "sfida" lanciata dall'Aggressivo e non infierisce sul Passivo, gestisce in modo efficace le relazioni umane negoziando in modo appropriato tra

le esigenze altrui e le proprie. L'atteggiamento adottato dalla persona assertiva si caratterizza per: la capacità di accettare il punto di vista altrui senza giudicare; non inferiorizzare o colpevolizzare gli altri; ascoltare le persone ma decidere in modo autonomo; ricercare l'altrui collaborazione; la capacità di comunicare le proprie emozioni o stati d'animo autovaleutando in modo adeguato. Dire «mi piace/non mi piace» è assertivo. Dire «è buono/non è buono» è aggressivo perché stiamo giudicando anche per gli altri con i nostri parametri.

A livello comunicativo, lo stile assertivo è l'unico dei tre che consente la circolarità nella trasmissione del messaggio, mentre sia l'Aggressivo che il Passivo la bloccano, l'uno non consentendo repliche, l'altro abbandonando il campo o lasciandosi manipolare.

L'assertività è un approccio che ci mette in condizione di gestire in modo positivo e costruttivo i rapporti interpersonali. È un modo d'essere che può essere appreso e, con la pratica, diviene una capacità che può essere migliorata. Per raggiungere tale libertà emotiva e razionale nei rapporti interpersonali è essenziale imparare ad applicare per se stessi alcuni diritti fondamentali (M. J. Smith, *When I Say No I Feel Guilty*, p.1):

1) *Tu solo hai il diritto di giudicare il tuo comportamento, i tuoi pensieri e le tue emozioni, e di assumerti la responsabilità di realizzarli, accettandone le conse-*

guenze. Tale diritto riguarda la libertà di scegliere e implica l'assunzione di responsabilità nei confronti delle scelte.

2) *Tu hai il diritto di sbagliare e di assumertene la responsabilità.* Se l'errore non è intenzionale, non dovrebbe generare senso di colpa. Concedersi la possibilità di sbagliare e procedere per tentativi ed errori è una modalità di apprendimento molto comune.

3) *Tu hai il diritto di essere illogico nel prendere decisioni.* Spesso certe azioni possono apparire illogiche, ma possono venir comprese se vengono indagate le motivazioni sottostanti.

4) *Tu hai il diritto di dire: «Non capisco», a chi non dice chiaramente che cosa si aspetta da te.*

5) *Tu hai il diritto di dire: «Non so», quando ti si chiede una competenza che non hai.*

6) *Tu hai il diritto di dire «no» senza sentirti in colpa.* Questi tre diritti sottolineano che spesso le persone modulano il proprio comportamento o perché troppo sensibili al giudizio degli altri o perché sopraffatti da sensi di colpa che nascono dal conflitto tra la nostra volontà e le aspettative e le richieste altrui.

Diventare assertivi implica il raggiungimento di vari obiettivi personali:

1) l'autonomia emotiva (attraverso il riconoscimento delle emozioni);

2) la libertà espressiva (attraverso la capacità di esprimere emozioni e sentimenti);

3) il rispetto di sé e degli altri (attraverso la consapevolezza dei diritti della persona);

4) la stima di sé (attraverso la disponibilità ad apprezzare se stessi e gli altri);

5) l'immagine positiva di sé (attraverso la capacità di autorealizzarsi).

Dunque, essere assertivi non significa cambiare la propria personalità ma scoprire, attraverso un cambiamento di abitudini, il significato ed il piacere di essere spontanei, naturali e insieme socialmente competenti: armonia tra abilità sociali, emozioni e razionalità.

***ricercatore in Psicologia clinica
Università degli studi di Verona**

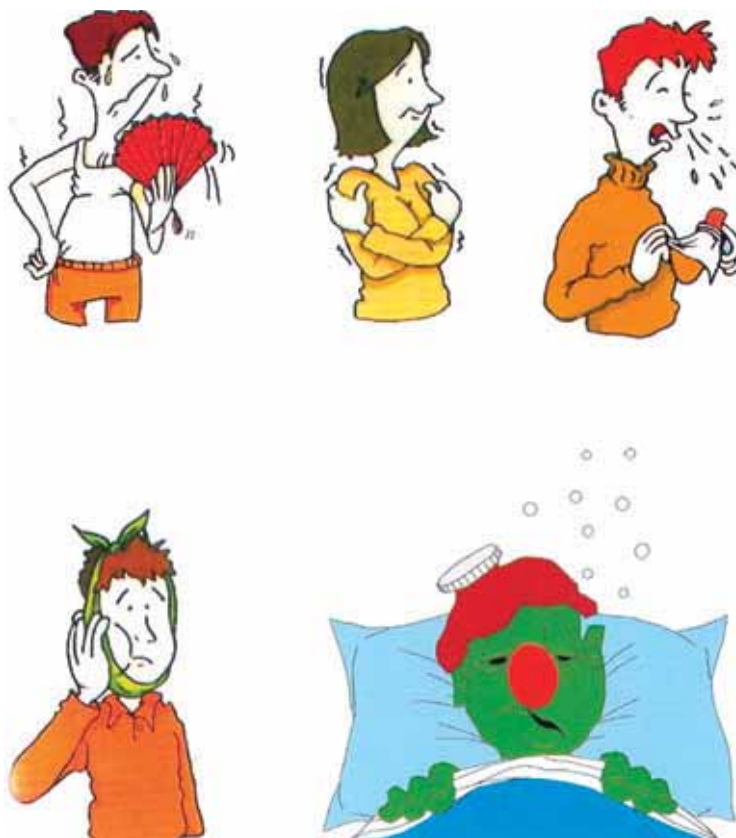
HELPIC PER FARSI CAPIRE

Comunicare con le immagini quando la lingua rappresenta un ostacolo anziché offrire un contributo per relazionarsi agevolmente. Con questo obiettivo il personale infermieristico dell'Unità operativa trapianti renali dell'ospedale Maggiore di Borgo Trento ha ideato uno strumento nuovo, finalizzato a migliorare la comunicazione con i ricoverati stranieri.

«Si tratta di un opuscolo strutturato a capitoli, che contiene poche parole e molte immagini riferite alla situazione del malato, alle attività ospedaliere, all'alimentazione o agli oggetti utili nel corso del ricovero», spiega Angelica Spinamano, caposala del Centro per i trapianti renali, che effettua in media ogni anno una cinquantina di interventi, alcuni dei quali su pazienti stranieri. Questi ultimi provengono dai Paesi più diversi: sono russi, cinesi, rumeni, nord africani.

«Si tratta di pazienti che vivono nelle nostre città, che arrivano dall'estero, ospiti di parenti in grado di garantire loro assistenza, o ancora attraverso organizzazioni di volontariato – aggiunge –. Nel caso per loro si presenti la possibilità di effettuare un trapianto da vivente c'è sempre un parente cui fare riferimento, a partire dai potenziali donatori pronti a sottoporsi ai test di compatibilità. Tuttavia nella maggior parte dei casi i pazienti stranieri sono soli nel periodo in cui attendono di effettuare il trapianto e anche durante la degenza».

Per accedere alla lista d'attesa, il malato straniero deve ottenere l'autorizzazione del Ntpt (*Nord Italian transplant*) di Milano. Le condizioni che favoriscono il suo inserimento in lista riguardano la possibilità di vivere in Italia per un lungo periodo, magari da parenti, per essere immediatamente reperibile appena si presenta la disponibilità dell'organo, di trovare nel luogo di residenza i far-



Una pagina del manuale Helpic

maci post intervento, necessari ad evitare il rigetto, che in alcuni casi vengono inviati da Verona, e ancora di sottoporsi alle visite di controllo post trapianto.

«Quando il rene è disponibile il paziente viene ricoverato per l'intervento e per una degenza che si prospetta lunga circa un mese – aggiunge la caposala –. Il personale infermieristico deve quindi relazionarsi con lui per un periodo piuttosto lungo e, nonostante la presenza ad orari concordati di mediatori culturali dell'Azienda ospedaliera, che fanno da interpreti e ci guidano nella comprensione di usanze alimentari, igieniche e sulle tradizioni dei luoghi d'origine di ognuno, gran parte del tempo questi degenti sono soli e quindi impossibilitati a comunicare». Così partendo dalle difficoltà concrete e quotidiane l'infermiera profes-

sionale Caterina Filippin e la caposala hanno progettato *Helpic*, in dotazione da tre anni e vincitore lo scorso anno del Premio dipendenti dell'Azienda ospedaliera, istituito con il contributo del Banco Popolare di Verona.

«Lo strumento potrebbe essere adottato, con qualche modifica, anche da molti altri reparti in cui i ricoveri di stranieri sono numerosi o particolarmente lunghi. *Helpic* viene consegnato all'ingresso in reparto al malato straniero e presentato anche al mediatore culturale che lo accompagna in modo che ne illustri funzionamento ed obiettivi», aggiunge Spinamano. Lo strumento è strutturato in modo da poter essere sottoposto a modifiche o ad aggiornamenti: consiste infatti in un raccoglitore ad anelli che tiene insieme le pagine contenenti soprattutto immagini.

La prima sezione è dedicata al chi sei: il paziente indica la propria nazionalità evidenziando il paese di origine sulla riproduzione di una carta geografica.

Attraverso le immagini rappresentative di vari mestieri può segnalare che lavoro faceva. «L'informazione è utile perché al momento delle dimissioni, è necessario segnalare che dopo il trapianto in alcuni casi sarà necessario limitare la propria attività», evidenzia la caposala.

Attraverso il disegno che riproduce i documenti è possibile acquisire informazioni sulla disponibilità di passaporti, carte di identità, permessi di soggiorno o tessere sanitarie. Sempre attraverso immagini si può spiegare al paziente che il dottore e gli infermieri si prenderanno cura di lui e quali terapie verranno effettuate: iniezioni, somministrazioni di compresse o pastiglie, trasfusioni, medicazioni. Il paziente, a propria volta può segnalare se sente qualche disturbo: dal mal di testa, alla febbre. Ci sono immagini che servono a spiegare al malato che gli infermieri si apprestano a provare la sua pressione, ad eseguire un prelievo di sangue o che è necessario cambiare reparto per sottoporlo a radiografia o ad altri esami. «Il nostro sforzo è di rendere il paziente partecipe soprattutto delle terapie e delle abitudini da assumere nel periodo successivo all'intervento,

per questo viene consigliato attraverso le immagini di pesarsi ogni giorno o di assumere liquidi», aggiunge.

«Una delle difficoltà nel realizzare Helpic ha riguardato il reperimento proprio delle immagini, che siamo riusciti a trovare grazie a ricerche su raccolte in cd, libri dai contenuti semplici, come quelli utilizzati dai bambini nei primi anni di scuola, mentre nei casi più complessi è stato necessario rivolgersi a disegnatori e grafici per creare disegni elementari e di immediata comprensione da inserire nel book», ricorda Spinamano.

Un capitolo importante è riservato all'alimentazione. «I pazienti che spesso appartengono ad altre culture e ad altre religioni possono manifestare consuetudini alimentari completamente diverse da noi. Capita ad esempio che siano abituati a colazioni abbondanti e a pranzi piuttosto scarsi. O che non assumano certi tipi di carne per divieto religioso – illustra la caposala –. Per un infermiere si rivelava impossibile farsi dettare un menù da un paziente straniero e per il ricoverato era frustrante non riuscire a comunicare le proprie abitudini alimentari per tutto il lungo periodo del ricovero». Attraverso la riproduzione grafica dei principali alimenti è possibile migliorare la comunicazione anche in questo senso. L'opuscolo contiene inoltre

pagine che consentono di spiegare la condizione sanitaria di una donna: se ha avuto gravidanze, se ha allattato, se assume anticoncezionali, se ha ancora il ciclo mestruale.

Infine le ultime sezioni sono dedicate ai tempi e alle attività della giornata scandita dalle terapie, ai consigli utili da seguire anche dopo il ricovero, mentre una carrellata di immagini aiuta il paziente a spiegare cosa può essergli utile durante la degenza per la sua igiene personale: ad esempio il pettine, il rasoio, il dentifricio...

«Dati i tempi del ricovero l'opuscolo può essere consultato ripetutamente e anche i consigli possono essere memorizzati già durante la degenza. Il testo contiene indicazioni su cosa è meglio evitare: occorre cioè non aumentare il proprio peso corporeo dopo l'intervento, nonostante i farmaci assunti contro il rigetto incrementino l'appetito, non portare pesi, non fare sforzi, ma piuttosto riposare, non frequentare luoghi troppo affollati, dove aumentano le possibilità di contrarre malattie, non esporsi al sole, non bere alcolici, caffè e non fumare, non consumare alimenti grassi o fritti», conclude Spinamano. L'utilizzo di *Helpic* non sostituisce il lavoro dei mediatori culturali, ai quali spetta comunque il compito di rendere partecipe il paziente di messaggi più complessi.

Valeria Zanetti

Cresce il numero di richieste al Centro trapianti renali di Verona

I trapianti di rene da vivente rappresentano la minoranza. Ma cresce il numero di richieste inoltrate al centro trapianti renali di Verona, diretto dal professor Claudio Cordiano, in stretta collaborazione con il dottor Luigi Boschiero, non sempre soddisfabili a causa delle difficoltà legate alla compatibilità dell'organo anche tra parenti. In genere la compatibilità è elevata tra madre e figlio, ma occorre che il trapianto venga effettuato quando l'organo materno è ancora giovane. Se la necessità di trapianto si presenta quando la madre è già anziana difficilmente l'intervento si può eseguire. Meno frequente è la compatibilità riscontrabile tra fratelli, eccezion fatta per i gemelli. Aumentano sensibilmente anche le offerte di donazione tra coniugi, anche se l'incompatibilità spesso non consente di effettuare il trapianto. Nel caso ci sia la disponibilità di un parente a

donare il proprio rene, malato e potenziale donatore vengono sottoposti agli esami clinici che verificano le condizioni di salute del potenziale donatore e l'eventuale compatibilità. Se ci sono le condizioni sanitarie, si passa a valutare le motivazioni psicologiche che inducono un soggetto sano alla donazione ad un congiunto. In genere il reparto di Borgo Trento si affida per questa indagine al Centro di psicologia clinica dell'Azienda ospedaliera. Infine occorre il nulla osta del Tribunale chiamato a valutare che il soggetto donatore non abbia subito alcuna costrizione a donare l'organo. Solo al termine di questo percorso è possibile effettuare una donazione da vivente, che comporta, per il donatore, un ricovero post intervento di una settimana circa. Mentre il trapiantato, dopo l'intervento dovrà prolungare la degenza per circa un mese.

Il triage in Pronto soccorso

di Franco Colletta*

Il Pronto soccorso è il Servizio che dovrebbe prestare assistenza immediata ai pazienti in condizioni più o meno critiche o che necessitano di intervento medico, traumatologico-chirurgico in condizioni di emergenza-urgenza.

Il paziente che si reca in Pronto soccorso in genere accusa un insieme di sintomi o elementi traumatologici che forniscono una "soggettività di malattia" che spesso è una condizione psico-fisica, percepita come "gravemente alterata".

È per questa ragione che nelle strutture di Pronto soccorso viene attuato il cosiddetto "TRIAGE", ossia l'assegnazione di un ordine di priorità assistenziale che privilegia i casi più gravi.

Già nel 1992 le Linee guida sull'emergenza emanate dal governo esprimevano il concetto di triade, ma solo nel dicembre 2001 l'argomento fu recepito e precisato nell'Atto di intesa fra Stato-Regioni e ministero della Salute ed il triage comparve quale obbligo di ogni Pronto soccorso italiano con l'obiettivo di ridurre al minimo possibile il ritardo dell'intervento sul paziente urgente e di regolare il flusso di pazienti.

Va chiarito che l'attivazione di un tale sistema non comporta una riduzione totale dei tempi di attesa, ma opera una ridistribuzione a favore di chi è più grave, chiaramente a svantaggio di chi non avrà comunque danno da un tempo maggiore di attesa.



Il triade è quindi un processo mediante il quale un infermiere "esperto" seleziona e categorizza il paziente secondo il tipo di sintomo e l'urgenza della sua condizione clinica. I codici di "gravità" vengono identificati con "codici colore".

CODICE ROSSO: è la situazione di emergenza. Tale codice è assegnato ai pazienti in pericolo di vita, con parametri vitali fortemente alterati. Tali pazienti hanno accesso immediato.

CODICE GIALLO: è la situazione di urgenza: tale codice è assegnato ai

pazienti in "potenziale" pericolo di vita, con minaccia di compromissione dei parametri vitali. Tali pazienti avranno "accesso immediato" compatibilmente con altre emergenze in atto ed il tempo medio non dovrebbe superare la decina di minuti.

CODICE VERDE: è assegnato a quei pazienti che necessitano di una prestazione medica differibile, quindi non presentano compromissione dei parametri vitali e per i quali è improbabile un peggioramento clinico. Tali pazienti avranno accesso dopo i codici rossi e gialli ed i tempi di attesa non sono facilmente quantificabili.

CODICE BIANCO: è assegnato ai pazienti che non presentano sintomi significativi o rischio di evoluzione, o condizioni e "sintomi minori" presenti da più tempo o cronici, per i quali sono normalmente previsti percorsi alternativi anche extraospedalieri. Tali pazienti avranno accesso con tempi di attesa difficilmente quantificabili.

È da sottolineare che il codice di priorità non è immutabile, infatti durante l'attesa della visita medica le condizioni del paziente potrebbero modificarsi ed in particolare in senso peggiorativo: il triage prevede quindi anche la "rivalutazione" con la possi-



I DANNI DEL FUMO SULLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

Diminuisce il numero di fumatori tra gli uomini adulti e i giovani, ma resta ancora elevato tra le donne adulte, attratte dalla falsa immagine della fumatrice come donna emancipata e con più charme. La verità è che il fumo, anziché aumentare il fascino della donna, provoca seri danni non soltanto alla salute, ma anche alla bellezza. Le rughe compaiono più velocemente, le dita e i denti ingialliscono, i capelli perdono vitalità e lucentezza. Il fumo è nemico anche della gravidanza, perché oltre ad esporre la donna direttamente ai rischi della sigaretta mette a repentaglio anche la salute del nascituro, vittima del fumo passivo.



Nonostante gli aspetti nocivi del fumo in gravidanza e sul feto siano ormai ben noti, manca una reale consapevolezza da parte delle donne delle conseguenze negative che esso comporta, soprattutto in relazione alla fertilità ed alla procreazione. Le donne fumatrici, infatti, hanno maggiore difficoltà a rimanere incinte. La nicotina altera la contrattilità delle tube, ostacolando il trasporto degli ovociti l'incontro con gli spermatozoi. Il fumo di sigarette, inoltre, causa una diminuzione dei livelli di progesterone e rende difficile l'annidamento dell'uovo fecondato nella mucosa uterina, alterandone la maturazione. Una volta instaurata la gravidanza il fumo continua a esercitare un effetto dannoso. Alcuni studi internazionali, condotti già negli anni '60, documentano una più alta incidenza di aborto spontaneo tra le fumatrici rispetto alle non fumatrici. Studi più recenti hanno confermato questi risultati, arrivando a stimare un rischio aumentato di circa il 50% di aborto spontaneo nel primo trimestre per le forti fumatrici. Esiste inoltre una documentata associazione tra fumo di sigarette e gravidanze extrauterine con un aumento di rischio riportato nelle fumatrici rispetto alle non fumatrici che varia dal 30% al 200%. È stato



anche osservato che anche le ex fumatrici sono ad aumentato rischio di gravidanza extrauterine. È opportuno, infine, ricordare che le donne fumatrici vanno in menopausa più precocemente delle non fumatrici e, più in generale, che la nicotina influenza l'equilibrio endocrino centrale della donna, con alterazioni del ciclo ovarico.

(Fonte: Ministero della Salute))

bilità di attribuzione successiva di un codice di priorità diverso dal precedente e ciò in base ad un riesame delle condizioni del paziente (purtroppo, spesso in sala d'attesa) da parte dell'infermiere addetto al triage. Un numero significativo di pazienti fa riferimento al Pronto soccorso per condizioni che non sono dovute né ad incidenti, né a situazioni di emergenza-urgenza e relativamente pochi di questi necessitano di trattamenti ospedalieri specifici.

Se come dimostrano i dati del 2005 tra il 30% e il 40% degli accessi al Pronto soccorso è rappresentato da codici bianchi, questo significa che circa 50.000 cittadini all'anno chiedono di usufruire in maniera impropria del Pronto soccorso. Il tutto con la

conseguenza di creare lunghe attese (anche ore) prima di ottenere le prestazioni distraendo mezzi e personale da attività effettivamente urgenti e creando inutile sovraccarico di lavoro e stress a medici ed infermieri.

Questo è tanto più grave in quanto l'offerta di disponibilità da parte della medicina del territorio è sempre maggiore e sempre più qualificata (medicina di gruppo, associazionismo, accordo con le Asl per l'urgenza differita...).

Non si vuole qui sostenere che il sistema della Medicina del territorio non abbia i suoi nei. Tutto è perfezionabile, e su questo si sta lavorando. Giunge quindi spontaneo da queste colonne invitare la cittadinanza ad usufruire del Pronto soccorso solo in

caso di effettiva urgenza, servendosi per le piccole patologie degli studi dei medici di Medicina generale o della Guardia medica.

Con la collaborazione di tutti nascerà un sistema migliore.

È da sottolineare che il codice di priorità non è immutabile, infatti durante l'attesa della visita medica le condizioni del paziente potrebbero modificarsi ed in particolare in senso peggiorativo: il triage prevede quindi anche la "rivalutazione" con la possibilità di attribuzione successiva di un codice di priorità diverso dal precedente e ciò in base ad un riesame delle condizioni del paziente (purtroppo, spesso, in sala d'attesa) da parte dell'infermiere addetto al triage.

UN TRAPIANTO AD HOC

Non gode della ribalta delle prime pagine, ma tra tutti i trapianti è quello che negli ultimi anni ha percorso una maggiore evoluzione. Si tratta del trapianto della cornea, una delle due lenti principali dell'occhio – l'altra è il cristallino – quella che permette alla luce di entrare nel bulbo oculare. Purtroppo questo elemento fondamentale per la nostra vista può danneggiarsi così seriamente – a causa di traumi o di malattie – che è impossibile intervenire dal punto di vista medico, se non con la sostituzione della cornea stessa, quindi con il trapianto. «Fino a pochi anni fa il trapianto di cornea significava la sostituzione dell'intera "lente" qualsiasi fosse la patologia di cui era affetta (trapianto perforante) – spiega il professor Giorgio Marchini, direttore della Clinica oculistica universitaria di Borgo Trento, che si trova al secondo piano dell'ospedale geriatrico –. Poi l'affinarsi delle tecniche ha permesso di praticare la cheratoplastica lamellare, cioè la sostituzione solo della parte malata, mentre veniva salvato l'endotelio, che è lo strato più interno della cornea».

Anche l'endotelio può però ammalarsi. Per un difetto genetico o un impoverimento delle cellule dovuto ad



Al centro, il professor Giorgio Marchini, direttore della Clinica oculistica universitaria di Borgo Trento con la sua équipe

interventi chirurgici importanti, perde la sua capacità di arrestare l'umor acqueo che penetra così nella cornea. Quest'ultima diventa opaca, non più in grado, quindi, di svolgere le sue funzioni. «In questi casi si procede con una tecnica nuova: l'endokeratoplastica – sottolinea Marchini – che la nostra Clinica pratica dal 2005. È un intervento che sostituisce solo il tessuto endoteliale, lasciando intatto il resto della lente». Il paziente

ha un recupero molto rapido che va da alcune settimane ad un massimo di due mesi. «L'affinarsi delle tecniche – prosegue il chirurgo – non consente solo di trovare soluzioni adatte per ogni tipo di patologia, ma ha ridotto notevolmente il rischio di rigetto, perché meno si sostituisce, più l'intervento ha possibilità di riuscita».

Per il 3% dei pazienti che presentano la cornea gravemente danneggiata non è possibile però ricorrere al tra-

L'ATTIVITÀ DEL SERVIZIO DI PATOLOGIA CORNEALE

Il Servizio di patologia corneale della Clinica oculistica dell'Università di Verona è specializzato nella cura di un vasto numero di patologie oculari dovute a cause degenerativo-distrofiche, infettive e traumatiche. Questo Centro, diretto dal dottor Emilio Pedrotti, a cui affluiscono in media 50 pazienti la settimana, può avvalersi di strumentazioni all'avanguardia per l'approfondimento diagnostico come la topografia corneale, la pupillometria, la pachimetria, l'esame della conta delle cellule endoteliali e la citologia

a impressione per citarne solo alcuni. Il paziente in un'unica seduta di visita può godere di un'attenta diagnosi o di un valido monitoraggio senza dispendio ulteriore di tempo. Questi requisiti fanno del Centro scaglierlo un punto di riferimento in tutto il Triveneto ed è in linea anche a livello internazionale con le più avanzate tecnologie di diagnosi e terapia. L'équipe clinica che vi lavora mantiene costante l'aggiornamento partecipando attivamente a congressi nazionali e internazionali e producendo pubblicazioni su riviste

di alto livello scientifico.

Ogni anno presso la Clinica oculistica dell'Università di Verona vengono effettuati circa 50 trapianti di cornea, tramite cheratoplastica perforante, cheratoplastica lamellare, e, la più recente, endokeratoplastica.

Si eseguono interventi anche di cheratoplastica perforante, assieme ad estrazione di cataratta e impianto di cristallino artificiale.

Nel 2005 è stata introdotta la tecnica di innesto di cellule staminali limbari autologhe.

pianto, di nessun tipo. «Si tratta di persone colpite da gravi malattie della parte esterna della "lente", causate da infiammazioni particolari o da infortuni come le causticazioni da calce – rileva il professor Marchini –. In questi casi sull'occhio, una volta guarito, si forma una spessa cicatrice che compromette la vista.

Il trapianto di cornea è destinato a fallire, perché ad essere danneggiato è anche il "limbus", un serbatoio di cellule staminali che si trova al confine tra la cornea e la congiuntiva. Privata di questa fonte rigenerativa anche la nuova cornea si ammalerebbe».

La ricerca sulle cellule staminali ha però permesso risultati sorprendenti. «Oggi preleviamo, in anestesia locale, un piccolissimo tassello di limbus dall'occhio sano e lo consegniamo al Centro regionale per la ricerca delle cellule staminali della Fondazione Banca degli occhi del Veneto, che si trova a Mestre – spiega ancora Marchini –.

Qui il lembo è messo in coltura e quando raggiunge un numero sufficiente di cellule viene innestato, sempre in anestesia locale, sull'occhio malato». Con questa tecnica non esiste praticamente rischio di rigetto, poiché le cellule staminali sono dello stesso ricevente, il quale «in alcuni casi riacquista la vista anche senza ricorrere al trapianto».

Il numero maggiore dei trapianti di cornea è dovuto al cheratocono, una malattia che, si stima, colpisce 50 persone ogni 100mila abitanti (una ogni 2.000). Si tratta di una patologia della cornea che insorge quando la parte centrale della "lente" inizia ad assottigliarsi e ad incurvarsi progressivamente verso l'esterno, divenendo, appunto, conica. Si verifica più frequentemente nelle donne e sembra legata a disfunzioni delle ghiandole endocrine (ipofisi, tiroide). Influisce di certo una predisposizione ereditaria e colpisce i giovani dai 20

ai 40 anni.

Il paziente all'inizio lamenta una visione confusa sia da vicino che da lontano, provocata dalla curvatura irregolare della cornea che distorce le immagini. Sono gli stessi sintomi di una grave miopia associata ad astigmatismo. Dopo qualche anno, però, si manifesta la presenza del cheratocono: l'occhio diviene più brillante, gli oggetti che si riflettono sulla cornea appaiono deformati. L'occhio, visto di profilo, mostra la cornea sporgente, nettamente, a cono.

Lo strumento per la diagnosi di questa patologia è la topografia dell'occhio, che evidenzia, in una mappa chiaramente interpretabile, la deformità della cornea.

Per correggere le forme lievi vengono utilizzate lenti a contatto rigide. Le forme più gravi, necessitano di intervento chirurgico come il trapianto della cornea.

Elena Zuppini

A VERONA NASCE LA "RETE PER L'INFARTO"

Verona è la prima città del Veneto a creare una "Rete per l'infarto". L'esperienza nasce dalla collaborazione fra Unità operativa clinicizzata di Cardiologia dell'ospedale di Borgo Trento, diretta dal professor Corrado Vassaneli, Croce Verde e Suem Verona Emergenza. Le malattie cardiovascolari sono ancora la causa più frequente di morte in Europa per gli uomini al di sotto dei 65 anni e la seconda più frequente per le donne e si ritiene che lo rimarranno nei prossimi 15 anni, anche per l'aumento di malattie come obesità e diabete.

La mortalità per infarto miocardio acuto si può diminuire attraverso: la riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento; una maggiore diffusione dell'uso della trombolisi precoce; l'aumento del numero complessivo delle rivascolarizzazioni coronariche, in particolare garantendo l'accesso alla angioplastica per la maggior parte dei pazienti con infarto complicato e nei casi di controindicazioni alla trombolisi ed in generale aumentando il numero di angioplastiche eseguite nei pazienti ad alto rischio e nei pazienti anziani; l'aumento del numero dei pazienti che può usufruire del miglior trattamento per la sua malattia, in qualsiasi area geografica si trovi.

L'obiettivo del progetto è l'ottimizzazione del sistema di soccorso e dell'utilizzo delle strutture, creando una rete che permetta di offrire all'infartuato il tempestivo ricove-

ro nel reparto cardiologico più idonea ed attrezzato ad accoglierlo in base alle sue condizioni, sottoponendolo alle cure più idonee per riaprire le coronarie colpite dall'infarto, come la trombolisi o l'angioplastica. Come funziona il nuovo assetto organizzativo?

La persona che avverte il dolore anginoso deve chiamare tempestivamente il 118. Ogni dolore toracico che duri oltre 20 minuti deve essere considerato un sintomo importante: bisogna chiamare il 118. La centrale operativa invia un'ambulanza (o automedica) con personale di soccorso composto da un medico ed un infermiere che possono eseguire un elettrocardiogramma a 12 derivazioni (completo) al letto del paziente utilizzando un palmare. Il "palmare/cellulare" dà una risposta automatica dell'Ecg che permette agli operatori un'orientamento sulla patologia del paziente, l'invio dell'elettrocardiogramma alla centralina localizzata nell'Unità coronaria dell'ospedale di Borgo Trento. Inviato l'Ecg, attraverso una linea telefonica dedicata, si mettono in contatto: il medico soccorritore, il 118 ed il cardiologo presente in Unità coronaria. Inizia un colloquio a più voci, in cui, seguendo dei protocolli precedentemente discussi ed accettati, e che si evolvono nel tempo, si stabilisce qual è il trattamento migliore per quel singolo paziente. Si recupera così tempo vitale per il salvataggio del muscolo cardiaco.

La vita: diritto indisponibile

di Lucia Poli*

La notizia è di quelle che periodicamente riempiono le prime pagine dei giornali e che sollevano valanghe di interrogativi estremamente complessi.

Ancora una volta, infatti, un malato terminale ha chiesto con un appello pubblico che gli sia consentito di porre fine alle sue sofferenze disattivando le apparecchiature dalle quali viene tenuto forzatamente in vita.

Immedie le reazioni e lo spaccarsi dell'opinione pubblica tra favorevoli e contrari. Immediata anche l'apertura del dibattito su temi che vanno dall'eutanasia al suicidio assistito, al testamento biologico per finire, immancabilmente, sul tema dell'accanimento terapeutico, con l'inevitabile conseguenza di accomunare nelle medesime categorie questioni in realtà diverse e assai serie e delicate. L'informazione moderna, con la sua inveterata tendenza al sensazionalismo e i tempi ristretti, anzi talvolta fulminei, che la contraddistinguono non sarebbe probabilmente la sede più idonea per ospitare un dibattito che richiede, invece, riflessione, equilibrio, approfondimento e senso di responsabilità, oltre a competenze importanti in campi diversi: dal diritto, all'etica, alla filosofia, alla morale. L'unico assunto che appare evidente sembra essere il fatto che, a seguito dei progressi tecnico-scientifici, sono venute meno nella loro stessa tradizionale essenza le categorie fondamentali che definivano la vita nella nostra cultura e nel diritto e cioè i concetti stessi di nascita e morte.

Va anche osservato che tutta la tradizione giuridica del nostro, come di molti altri Paesi occidentali, si basa sulla qualificazione dei diritti alla vita e all'integrità fisica, come diritti indisponibili.

Indisponibile è il diritto che è sottratto alla libera disponibilità di chi ne è il titolare. Questo è il motivo giuridico che sta alla base ad esempio, del reato definito come omicidio del consenziente.

In altre parole il consenso alla propria uccisione (là dove la rinuncia al diritto è una delle varie forme di disposi-



zione dello stesso) non fa venir meno il reato, proprio a motivo del fatto che tale diritto non può essere validamente rinunciato.

Ed è parimenti per lo stesso motivo che il riconoscimento della validità del consenso alla sottoposizione a pratiche sanitarie invasive è circondato di tante cautele e si atteggia in modo tutt'affatto peculiare rispetto alla generalità della disciplina del consenso a valenza puramente negoziale.

Questo aspetto, che a tutta prima potrebbe sembrare un semplice tecnicismo, invece è molto importante perché si configura come la traduzione giuridica dell'assunto etico filosofico dell'intangibilità della vita umana che è stato finora il cardine sul quale si è sviluppata tutta la nostra cultura sociale e statuale, oltreché l'ordinamento giuridico vigente.

In altre parole il carattere intangibile e indisponibile del diritto alla vita, non è legato nel nostro ordinamento ad un dogma di fede religioso (solo Dio è il padrone della vita umana), ma è una convinzione "laica", un punto di partenza assoluto cui la cultura, prima ancora del diritto, non ha voluto ammettere eccezioni, temendone le conseguenze devastanti e le ancor più terrificanti strumentalizzazioni.

Il corretto approccio alle tematiche accennate, quindi non deve in alcun modo risentire del facile fraintendimento fra impostazione confessionale e valori cristiani posti alla base della teorica dei diritti umani.

Il fatto che la religione cristiana molto abbia fatto e faccia sul tema dei diritti umani, sulle tematiche etiche legate alla vita umana e ai suoi molti aspetti,

non deve far dimenticare che gran parte di quelle stesse convinzioni costituiscono il substrato della disciplina che in materia il legislatore di uno stato laico e di diritto come il nostro si è dato, e continuano ad essere i lineamenti di una difesa di principi cui nessuno, credente o meno, può in coscienza affermare di rinunciare con facilità.

È quindi partendo da questa certezza, che appare corretto procedere sulla via di una riflessione sulla definizione o ridefinizione di quelle che ad oggi appaiono delle categorie tradizionali in via di superamento.

Sicuramente non si può ignorare la sempre più pressante necessità di compiere uno sforzo colossale sul piano filosofico e culturale prima ancora che giuridico, per tentare di fornire risposte alle nuove emergenze rese sempre più drammatiche dal progresso tecnologico.

Dobbiamo però augurarci che le risposte siano il frutto di grande lucidità di giudizio e di capacità di visione prospettica, e che non si accontentino di muoversi nella visione limitata del particolarismo individualista, legato esclusivamente al concetto di autodeterminazione, perché tutti noi, non solo coloro che si professano cattolici, devono avere a cuore la tutela piena dei fondamenti dei diritti umani.

In altre parole, occorrerà porre la massima attenzione a non ridurre il dibattito nell'ottica individualistica del solo diritto all'autodeterminazione e alla scelta delle cure, perché dalla soluzione istituzionale che sarà data al problema posto dal tema di quella che potremmo definire "sopravvivenza assistita" non dipende soltanto il destino dell'individuo interessato dal problema, ma coinvolge lo status di tutti coloro che appartengono alla specie umana, poiché investe il principio stesso, il ruolo che al concetto di vita (e al suo speculare correlativo) vogliamo dare nella nostra società.

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

È importante valutare col medico l'esame diagnostico più indicato bilanciando il rischio-beneficio

D **iagnosticsca**

41

RAGGI CON PRUDENZA

Già il termine incute un certo timore: la radioattività, se ha rivoluzionato la diagnostica, aprendo prospettive di assoluto vantaggio in campo medico, è d'altro canto un tema che spaventa. Chiarire quindi a cosa servano le radiazioni ionizzanti nella diagnostica, che cosa siano e che precauzioni adottare non è affatto scontato, soprattutto per imparare ad utilizzarle con debita prudenza.

«La paura per le radiazioni è cresciuta dopo il disastro di Chernobyl – afferma Giorgio Chierago, direttore dell'Unità operativa di Fisica sanitaria –, ma è dal 1925 che esistono a livello internazionale delle direttive sull'impiego delle radiazioni ionizzanti. Da quelle indicazioni si è giunti poi ad una serie di leggi specifiche per il lavoratore, il soggetto più a rischio perché vi è giornalmente a contatto, e nel 2000 l'Italia ha recepito le disposizioni europee per la protezione del paziente. Una tutela che è garantita sia dalle tecnologie oggi impiegate, che limitano di molto i rischi da esposizione, sia dal rispetto del principio della giustificazione clinica. Ovvero, prima di esporre il paziente ai raggi X, l'équipe radiologica valuta l'opportunità di eseguire o meno quel tipo di accertamento».

Ma se questo approccio in parte è garantito al paziente ricoverato, diversa è la situazione per gli utenti esterni. «Il medico di famiglia è la figura che instaura un rapporto di fiducia con l'assistito e quindi è maggiormente in grado di indirizzare verso un esame od un altro – continua il direttore –. Quindi la scelta di non sottoporre gratuitamente il paziente alle radiazioni dipende molto da lui. Ma spesso la mancanza di specifiche conoscenze non aiuta, per cui ci dovrebbe essere maggiore collaborazione tra medico di base e specialista radiologo. Oltre ad una maggiore consapevolezza dell'uten-



Giorgio Chierago, direttore dell'Unità operativa di Fisica sanitaria

te, che non dovrebbe più chiedere: «Dottore, mi prescrive una lastra?», bensì «Dottore, che esame è opportuno fare per il mio problema?».

Ad incrementare il carico delle radiazioni sulla popolazione, inoltre, ci sono anche le indagini radiologiche degli studi dentistici. «Un altro punto debole – sottolinea Chierago –. Si pensi che nel solo Veneto ci sono oltre novemila apparecchiature per le radiografie dentali, un numero che eleva la possibilità di essere sottoposti ai raggi X».

Se non è possibile dire con certezza in che misura le radiazioni possano cagionare dei danni, vale il calcolo statistico, secondo cui quanto più ci si sottopone agli esami radiografici, tanto più la percentuale di rischio cresce. «Spesso ci si affida ad una

radiografia scavalcando altre possibilità di indagini cliniche come un'ecografia od una risonanza magnetica, che non emettono radiazioni ionizzanti – evidenzia lo specialista –. Certo, l'aspettativa del paziente, specie se si reca al pronto soccorso, è di accertare il danno presunto di una caduta od un urto violento con una radiografia, ma un'attenta visita del malato già potrebbe escludere fratture o danni gravi. Magari posticipando l'eventuale Tac alle ventiquattro ore successive».

Una certa prudenza è soprattutto necessaria nei soggetti giovani, dai bambini ai ragazzi di vent'anni, per la sensibilità dei tessuti e la speranza di vita maggiore rispetto ad un adulto o ad un anziano. «Ad esempio, le emissioni di una Tac cerebrale, se spesso ripetuta, potrebbero in un paziente giovane incidere sul cristallino od influire sulla crescita della struttura ossea – chiarisce il direttore –. Probabilità che non si misurano nell'immediato, ma in un ampio lasso di tempo. Ed è difficile allora collegare gli effetti nocivi alle radiazioni».

Un'attenzione particolare, infine, per le donne in età fertile che dovrebbero, nel limite del possibile, osservare la cosiddetta “regola dei dieci giorni”, evitando di esporsi a radiografie dopo il decimo giorno dall'inizio della mestruazione. È il periodo di massima fertilità in cui potrebbe essere in corso una gravidanza ancora non accertata, e sottoporre il feto alle radiazioni non è consigliato. Con un appunto: è dovere del tecnico radiologo domandare se la paziente sia incinta. Una richiesta che spesso mette a disagio le giovanissime e le mamme che le accompagnano. Nessuna indagine sulla vita privata, però, bensì una imprescindibile precauzione a cui è prudente rispondere.

Fabiana Bussola

RADIAZIONI IONIZZANTI: COSA SONO E A COSA SERVONO

Si definiscono ionizzanti tutte le radiazioni che hanno una lunghezza d'onda pari o superiore agli ultravioletti e le particelle elementari cariche elettricamente, capaci quindi di caricare gli atomi di elettricità (ionizzazione). Quando penetrano nei tessuti dell'organismo alterano l'equilibrio elettrochimico delle cellule danneggiandole.

Quali usa la medicina

La storia della diagnostica medica per immagini cominciò nel 1895, quando il fisico tedesco Wilhelm Conrad Roentgen mise a punto il primo apparecchio per la visione dell'interno del corpo umano, grazie ai raggi X. La diagnostica ha quindi continuato ad impiegare queste radiazioni, accanto alle gamma, alfa e beta, che hanno una differente capacità di penetrazione.

Anche in campo terapeutico si utilizzano i raggi X, specie nella radioterapia per la distruzione delle cellule tumorali. Le radiazioni beta, cento volte più penetranti delle alfa, sono impiegate invece nella radioterapia dei tumori nei tessuti superficiali. Roentgenterapia, curieterapia, isotopoteria sono le tecniche oggi più conosciute.

Rischi e benefici

Le moderne tecniche radiologiche che usano i raggi X hanno diminuito al minimo la penetrazione dei raggi, con un conseguente ridotto assorbimento da parte degli organi interni. L'elevata velocità dei raggi impiegati, inoltre, porta ad esami di minore durata e ad emissione sempre inferiore di radioattività. La tecnologia consente inoltre di mirare con più precisione la parte da esaminare e di gestire l'immagine attraverso una sequenza computerizzata. In linea generale, durante un esame radiologico, ogni persona si espone ad un irraggiamento di entità pari a circa venti milliroentgen. In confronto, raggi ultravioletti, uranio presente nel terreno ed altre fonti radioattive nel nostro ambiente possono in media raggiungere i cento milliroentgen, a cui siamo sottoposti ogni giorno senza saperlo.

Con quali esami si rischia di più.

Sono soprattutto la tomografia assiale computerizzata (Tac), la mammografia e l'angiografia le tecniche a cui prestare particolare attenzione, perché sono indagini che richiedono tempo di esecuzione, quindi il paziente si espone per più tempo alla radiazione. La Tac permette di evidenziare sezioni trasversali del corpo, in profondità e larghezza, molto sottili, espresse in millimetri. È in grado quindi di esplorare scheletro, organi interni, cervello con grande precisione. È la tecnica più utilizzata per localizzare ictus e infarti cerebrali.

Pur non essendo esami cui ci si sottopone spesso, la diagnostica per immagini sta favorendo l'impiego di tecniche prive di radiazioni, come l'ecografia, che utilizza gli ultrasuoni, o la risonanza magnetica nucleare.



L'apparecchiatura per l'angiografia digitale

Anche le indagini endoscopiche, sebbene più fastidiose per il paziente, spesso suppliscono con efficacia all'impiego dei raggi X.

Cos'è e quando serve il mezzo di contrasto

L'esame radiografico può essere eseguito con o senza l'aggiunta del mezzo di contrasto, una sostanza, somministrata per bocca o per via endovenosa, che serve a tracciare il percorso da esplorare. Vi si ricorre in genere per indagare l'impronta degli organi interni, che altrimenti sarebbero radiotrasparenti e non riproducibili sull'immagine radiologica. Può essere quindi necessaria l'immissione di mezzo di contrasto nelle radiografie per la diagnosi delle calcolosi, come nell'urografia renale e dell'apparato urinario e nella colecistografia. L'angiografia digitale, altra tecnica di indagine radiologica, consente la visualizzazione di arterie, vene e cavità cardiache e necessita di un mezzo di contrasto a base di iodio. Serve a diagnosticare stenosi, aneurismi, traumi, trombosi, ischemie, insufficienze cardiache e valvolari, oltre ad identificare la vascolarizzazione che si crea attorno o all'interno di masse tumorali benigne e maligne.

Radiazioni che... prevengono

Lo screening per la prevenzione dei tumori femminili ricorre da anni alla mammografia: il protocollo è rivolto in particolare a donne che superati i quarant'anni si sottopongono ogni due anni all'accertamento, mentre per le cinquantenni l'esame è consigliato ogni anno. Tale forma preventiva sta riducendo sensibilmente il rischio di morte per i tumori mammari. Per patologie tumorali del colon, che hanno una grande incidenza sulla popolazione, le indagini endoscopiche sembrano dare invece migliori risultati.

(fa.bu.)

Cuore e terapie alternative

di Elena Dal Corso*

Perché porsi un problema riguardo all'uso di terapie alternative, farmaci di erboristeria, integratori e farmaci da banco nel paziente con scompenso cardiaco? Il punto è che l'assunzione di trattamenti non prescritti dal medico, sia esso il medico di Medicina generale o lo specialista, non è priva di pericoli, soprattutto in un paziente critico come quello affetto da scompenso cardiaco. Tale fenomeno non rappresenta un'abitudine relegata a nicchie di consumatori, se l'indagine Istat Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000 stima che nove milioni di italiani (pari al 15.6% della popolazione) facciano ricorso ad almeno un tipo di terapia non convenzionale. Gli utilizzatori sono soprattutto famiglie con alto status socio-culturale (39.6%) e l'uso è più diffuso nelle regioni del Nord-Est (40.5%).

Lo scompenso cardiaco

Per inquadrare correttamente il problema, definiamo lo scompenso cardiaco, o insufficienza cardiaca, come una sindrome clinica in cui un'anomala funzione cardiaca è responsabile dell'incapacità del cuore di pompare una quantità di sangue sufficiente alle richieste metaboliche dei tessuti. La prevalenza e l'incidenza dello scompenso cardiaco sono in crescita costante, anche a motivo dell'invecchiamento della popolazione. Il netto decremento di mortalità nella fase acuta dell'infarto può però comportare a lunga distanza, se i danni cardiaci sono rilevanti, il rischio dell'insorgere dello scompenso.

La persona affetta da scompenso cardiaco viene trattata, ai sensi delle Linee Guida, con un numero elevato di farmaci, che nella sperimentazione clinica hanno dimostrato di migliorare la sopravvivenza, di ridurre le ospedalizzazioni, e di migliorare la qualità di vita. Ne deriva tuttavia un problema di polifarmacoterapia, rilevante nella pratica clinica, in quanto spesso si verificano problemi di aderenza alla terapia, ai trattamenti prescritti e alla dose suggerita, e di interazione con altri farmaci.



Erbario

Le medicine alternative e la terapia cardiologica

Il Comitato nazionale per la Bioetica ha definito medicine alternative "quelle pratiche diagnostico-terapeutiche poste in essere da medici, che si basano su concetti, teorie e principi attualmente irriducibili alle conoscenze scientifiche consolidate nella e dalla tradizione epistemologica occidentale e le cui pretese di efficacia e di sicurezza, pur ampiamente rivendicate e da molti in diverso modo argomentate, non sono sostenute a parere della maggioranza dei membri del Comitato nazionale per la Bioetica (o comunque non sono sostenute in modo soddisfacente) da prove effettuate con metodologie rigorose e sperimentalmente attendibili".

Esistono definizioni diverse, quali medicine complementari, parallele, dolci, naturali, olistiche, integrate, verdi, non convenzionali, non scientifiche, "altre", ecc., dizioni tutte, in un modo o nell'altro, espressive di aspetti significativi di un diverso modo di pensare la medicina.

In genere le terapie alternative non

presentano un rischio di interazione con la terapia cardiologica; è tuttavia insito nel loro uso il rischio di sostituirle alla terapia di comprovata efficacia.

I farmaci di erboristeria e la terapia cardiaca

Molti pazienti credono alla nozione, scientificamente errata, che ogni trattamento erboristico, basandosi su principi naturali, sia del tutto sicuro. Inoltre, molti utilizzatori giurano sull'efficacia di tali rimedi ma, non di rado, quando vengono sottoposti a prove secondo metodo scientifico, non si ha dimostrazione di effetto.

Ma il problema principale in relazione all'uso di farmaci di erboristeria è costituito dalle interazioni farmacologiche con la terapia assunta per lo scompenso. Il sito internet sulla Farmacovigilanza include una pagina su interazione erbe/farmaci: ad esempio l'*Angelica Sinensis*, il *Ginkgo biloba*, il ginseng interferiscono con la terapia anticoagulante con warfarin, la camomilla e la Centella (*Hydrocotyle asiatica*) possono interferire con il metabolismo delle statine, l'iperico (*Hypericum perforatum* o Erba di San Giovanni) riduce i livelli plasmatici di digossina, il ginseng può favorire crisi ipoglicemiche nei diabetici e dare crisi ipertensive...

Tutto ciò è molto lontano dall'immagine di "naturale, quindi sicuro! Un altro esempio può essere l'aglio che può causare aumentato sanguinamento in pazienti trattati con anticoagulanti orali o aspirina. Occorre comunque ricordare che l'uso dell'aglio nell'ipercolesterolemia è convalidato dal mondo scientifico, ma l'entità dell'effetto ottenibile (15.7 mg/dL) è inferiore a quello ottenibile con un rigoroso approccio dietetico.

Per citare altre interazioni, il tarassaco, contenuto anche in molti composti per curare la stitichezza, può interagire con la ciprofloxacina e ridurre l'efficacia del trattamento antibiotico; la camomilla (*Matricaria chamomilla*) intesa come prodotto di erboristeria, e non come il semplice infuso, è quasi l'icona di un prodotto innocuo,

ma può avere la capacità di ridurre il metabolismo ed aumentare la concentrazione sierica ed il rischio di tossicità di farmaci quali i calcio-antagonisti e le statine, e potrebbe interferire con la terapia anticoagulante. Anche il *Chrysanthemum Parthenium*, una composita simile alla camomilla, che viene usata per la profilassi dell'emicrania, va evitata in associazione a terapia anticoagulante o antiaggregante piastrinica.

Da ultimo è importante ricordare che il decalogo di piante medicinali fornito all'utilizzatore, sottolinea che "erbe e preparati vegetali possono interagire con molti farmaci" e ribadisce, tra l'altro, che "le erbe medicinali, in quanto contenenti sostanze biologicamente attive, vanno assunte sotto il controllo del medico o del farmacista".

Gli integratori e la terapia cardiaca

Gli integratori o complementi alimentari sono prodotti che costituiscono una fonte concentrata di nutrienti o sostanze ad effetto fisiologico, sia mono che pluricomposti, destinati ad integrare o a complementare la dieta. Sono presentati in forma di tavolette, capsule, compresse, flaconcini e simili per fornire un apporto predefinito di nutrienti e/o di sostanze ad effetto fisiologico. Benché la maggior parte di essi non sia suscettibile di interferenze farmacologiche, molti integratori contengono sali di potassio, che possono aumentare i livelli plasmatici di potassio, il che può essere pericoloso in un paziente con scompenso che assuma ACE-inibitori o antialdosteronici. Anche il contenuto di magnesio può causare problemi, visto che l'ipermagnesemia può causare la comparsa di blocco atrio-ventricolare

I farmaci da banco e la terapia cardiaca

In ogni farmacia è possibile acquistare tutta una serie di medicinali denominati "prodotti da banco" (OTC): si tratta di sostanze per la cui vendita non è richiesta ricetta medica. Un farmaco viene classificato come OTC quando è ritenuto avere dosaggio e modalità di somministrazione semplici, effetti avversi non seri e generalmente reversibili, rischio minimo



di abuso o dipendenza.

Erroneamente alcuni pensano che si tratti di prodotti innocui, ma tali non sempre sono. Nelle società ad elevato indice di sviluppo culturale e tecnologico il ricorso all'automedicazione è un fenomeno in continua espansione. Tra i farmaci da banco maggiormente utilizzati, i FANS (anti infiammatori non steroidei) possono dare luogo a vari tipi di interazioni farmacodinamiche, ma sono assunti di fre-

quente come antidolorifici. E' dimostrato che l'uso di FANS aumenta il rischio di ospedalizzazione nel paziente con scompenso cardiaco con aumento del rischio di insufficienza renale acuta.

Un altro esempio è rappresentato dall'interazione dei FANS con il warfarin. Infatti alcuni di essi sommano la loro azione antiaggregante piastrinica a quella anticoagulante del warfarin determinando un significativo aumento del rischio di reazioni avverse di tipo emorragico. La nimesulide, ad esempio, è al terzo posto delle segnalazioni di farmacovigilanza nel Veneto.

I lassativi sono un'altra categoria molto ampia di farmaci utilizzati spesso in maniera inappropriata. Nel caso dei lassativi osmotici, possono insorgere stati di ipermagnesemia con rischio di comparsa di blocco atrio-ventricolare e possibilità anche di comparsa di fenomeni depressivi a carico del sistema nervoso centrale soprattutto nei soggetti con insufficienza renale. Molto pericoloso può essere l'uso inappropriato di lassativi stimolanti, i quali possono provocare disidratazione e perdita di potassio, con rischio grave di aritmie cardiache e possono anche stimolare l'insorgenza di processi infiammatori a carico della parete intestinale.



Tra i prodotti medicinali da banco anche quelli anti-tosse sono molto utilizzati. Generalmente la composizione di questi prodotti comprende un derivato oppioide, il destrometorfano, che rappresenta il vero e proprio farmaco anti-tosse, in associazione con un antistaminico (clorfeniramina, doxilamina, dexbromofeniramina), e un decongestionante (pseudoefedrina). Nel prodotto anti-tosse possono essere presenti anche altri farmaci, quali paracetamolo e guaifenesina. Se non utilizzato in maniera appropriata, il destrometorfano può indurre depressione dell'attività respiratoria contribuendo ad aggravare la sintomatologia di pazienti con sindromi asmatiche o broncopneumopatie ostruttive.

Alcuni pazienti manifestano episodi di confusione, psicoeccitazione, nervosismo e irritabilità in seguito all'assunzione di questo derivato oppioide. Gli antistaminici possono indurre sedazione come effetto avverso maggiore, e la guaifenesina può causare nausea, vomito, dolore addominale, diarrea, cefalea e vertigini.

I decongestionanti nasali vengono

ampiamente utilizzati come prodotti da banco per il trattamento sintomatico di varie forme di rinite. Alcuni di questi sono somministrati per via topica (fenilefrina, ossimetazolina, nafazolina, efedrina etc.), mentre altri vengono assunti per via sistemica (pseudoefedrina, fenilpropanolamina, efedrina). L'uso inappropriato di questi farmaci a dosaggi elevati e/o per periodi di tempo prolungati può provocare l'insorgenza di rinite medicamentosa. Ma soprattutto essi possono indurre effetti avversi sistemici a causa delle loro proprietà simpaticomimetiche: infatti, quasi tutti i decongestionanti nasali sono agonisti dei recettori adrenergici alfa, e alcuni sono anche in grado di stimolare i recettori adrenergici beta.

L'uso scorretto di questi farmaci può quindi promuovere reazioni ipertensive, crisi tachicardiche e altre forme di aritmia cardiaca, particolarmente pericolose nel paziente con scompenso cardiaco. In alcuni casi si sono verificati incidenti vascolari ischemici o emorragici, con aumento del rischio di ictus cerebrale o colite ischemica.

In conclusione alcuni studi hanno cer-

cato di determinare quale sia il grado di consapevolezza dei pazienti in merito ai rischi potenzialmente connessi all'automedicazione con farmaci da banco. Dopo aver esaminato le abitudini di un vasto gruppo di pazienti per mezzo di specifici questionari, hanno osservato che la maggior parte dei soggetti mostra uno scarso grado di conoscenza dei possibili effetti avversi derivanti dall'uso di farmaci da banco.

Nel caso dei farmaci soggetti a prescrizione, il paziente si preoccupa quasi sempre di interrogare il medico circa i rischi associati al trattamento e legge con attenzione le informazioni riportate nel foglietto illustrativo. Il prodotto da banco non viene invece considerato come un farmaco vero e proprio, per cui il paziente tende a non acquisire informazioni sui rischi connessi alla sua assunzione.

È perciò importante chiedere consiglio al medico curante prima di assumere qualsiasi preparato non prescritto.

***infermiera**

Cure intensive Neurochirurgia

(tratto dalla tesi di laurea)

SUOR FLAMINIA, QUARANT'ANNI DEDICATI AI "SUOI" MALATI

Sorridente nell'atto d'offrire un caffè ad un paziente. La foto coglie la naturale cordialità di suor Flaminia Montolli, la storica caposala che, dopo quaranta anni di servizio dedicati ai malati oncologici dell'ospedale civile maggiore di Borgo Trento, è stata chiamata ad una nuova responsabilità.

Sono stati anni di attività intensa, appassionata, volati in un attimo, perché votati senza risparmio di energie ai malati, per creare attorno a loro un'atmosfera il più possibile serena. Suor Flaminia ha fatto della buona accoglienza il suo stile di vita e di lavoro. È stata infermiera e amica, ma per alcuni ha finito per essere qualcosa di più, quasi una parente. Ha saputo incoraggiare e, quando necessario, si è spesa per consolare. Ha dimostrato che il sorriso, l'amore per la vita, la capacità di apprezzarne ogni istante e il dono di sé sono una vera terapia.

Resteranno famose le sue volate in bicicletta, le merende e gli aperitivi offerti ai malati, la terrazza arredata con gli ombrelloni in stile piazza delle Erbe, i mille espedienti con i quali ha cercato di trasformare il reparto in una casa.

Da qualche settimana suor Flaminia, lasciato l'ospedale dove era entrata nel 1962, è la Madre superiora dell'infermeria dell'Istituto Sorelle della Misericordia di via Serenelli, 2 a San Michele Extra. Continua ad essere



affaccendata e di buon umore e si dedica con rinnovato entusiasmo alla comunità che conta circa un centinaio di consorelle.

Grazie suor Flaminia, l'ospedale non la dimenticherà.

Ogni anno nel comune di Verona dalle quindici alle venti persone rimangono vittime degli incidenti stradali

ERRORI IMPERDONABILI

Nei Paesi industrializzati, una tra le prime cause di morte è l'incidente stradale, e anche l'Italia, con i suoi 5-6.000 decessi l'anno non è da meno. La dimensione del fenomeno lascia increduli, tanto che chi non ne è a contatto tende a non credere a questi numeri. Eppure è proprio così: ogni anno nel comune di Verona scompare un intero palazzo, 15-20 persone, spesso appartenenti ad altrettante famiglie. Così le vite rovinate sono molte di più.

Tra le altre cose, tali eventi sono un costo pesante per la collettività, circa un'intera finanziaria: tra danni, risarcimenti e spese si sono impiegati 33,7 miliardi di euro per il 2004, il 2,5% del prodotto interno lordo di quell'anno. Miliardo più miliardo meno, la manovra del Governo Prodi per il 2007.

Progetti, attività e iniziative in atto sembrano insufficienti a far rientrare l'emergenza, e anche la patente a punti, introdotta nell'estate 2003, sta ormai esaurendo il suo effetto deterrente.

Ma siamo veramente di fronte ad una emergenza, alla somma di singoli episodi imprevedibili ed incontrollabili? Forse c'è dell'altro.

Conosciamo molto dell'incidente



stradale, una delle più gravi "malattie" mortali nella fascia d'età 18-35. Grazie ai dati raccolti durante i rilievi delle forze di polizia sappiamo cosa succede, quando e perché. Dati Istat alla mano, nel 2004 i centri urbani sono responsabili del 76% dei sinistri. È in città che si registra il 41% dei morti e il 72% dei feriti totali.

A Verona la Polizia municipale interviene nella maggior parte degli incidenti, in modo che Polizia stradale e Carabinieri possano coprire il territorio extracomunale, dedicandosi anche ad altre attività più delicate.

Nel 2005 gli incidenti stradali rilevati sono stati 2.229. E se la situazione

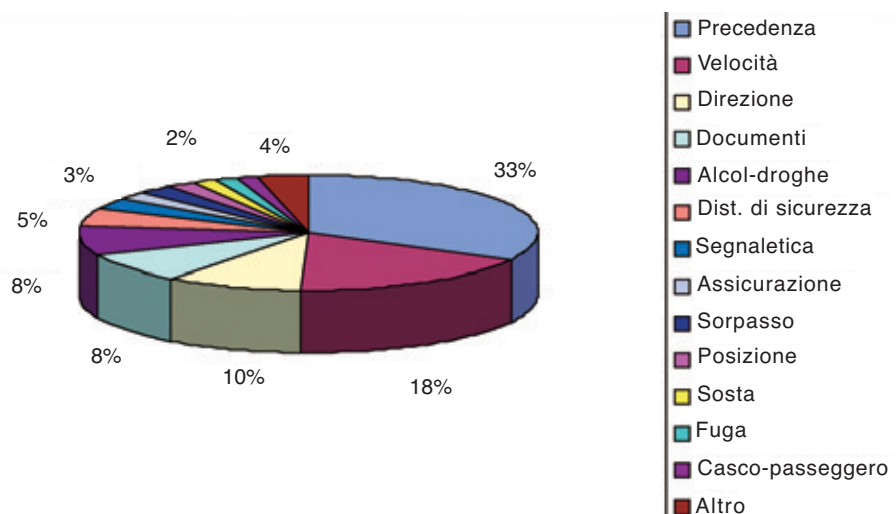
del 2006 sembra sostanzialmente allineata, così non si può dire per le conseguenze. I decessi sono leggermente in aumento. Questo a causa della particolare dinamica di tre sinistri, accaduti in viale Nazioni, viale Piave e via Forte Tomba, che hanno provocato complessivamente sei decessi.

Delle 17 persone decedute dall'inizio dell'anno, 10 viaggiavano a bordo di motocicli, 4 su autocarri, 2 su biciclette e solo una in auto.

L'auto è il mezzo forse più utilizzato per gli spostamenti, quello più frequentemente coinvolto negli incidenti stradali. Il 67% dei veicoli coinvolti negli incidenti 2005 sono auto. Nonostante questo essa sembra assicurarci una certa tranquillità. È percepibile, infatti, che viaggiare all'interno di un guscio in ferro quasi indistruttibile, saldamente legati ad un morbido sedile, protetti da - quasi - tutto ciò che accade all'esterno è una buona sicurezza. Infatti, solo per uno dei 2.239 automobilisti coinvolti, l'incidente ha avuto l'esito peggiore. Ben distante dai 10 motociclisti su 344.

Non sono necessari molti calcoli per capire quale tra i due mezzi sia più pericoloso, secondo i rilievi della Polizia municipale. E pensare che sulla guida di questi mezzi abbiamo un atteggiamento stravagante in fatto di protezione: fino a qualche anno fa il casco non era obbligatorio

Violazioni a norme di comportamento accertate durante i rilievi



PRUDENZA: A VOLTE EVITARE L'INCIDENTE SI PUÒ

Essere consapevoli del mezzo che si utilizza per muoversi: non tutti i veicoli garantiscono la stessa protezione, alcuni non ne forniscono nessuna e chi li utilizza viaggia alla mercé delle situazioni e degli altri utenti. Tenerne conto significa predisporre in un "atteggiamento difensivo" anziché spensierato. Valutare correttamente le situazioni: le strade sono sempre più trafficate, percorse da migliaia di persone con le loro preoccupazioni, i loro tempi, le loro esigenze. Molte sono anche le distrazioni possibili: cellulari che squillano, radio e cd da ascoltare, cartelli pubblicitari che attirano l'attenzione, passeggeri da gestire. Diventa essenziale interpretare le intenzioni degli altri e nel contempo rendere il proprio comportamento prevedibile, segnalando con anticipo gli spostamenti ad esempio. Solo così ciascuno ha la possibilità di accorgersi in tempo di quel che sta accadendo. E guidare ubriachi o dopo aver consumato sostanze, non è il modo migliore per valutare correttamente... qualsiasi cosa. Avere a cuore la nostra salute: proteggerci, sapere che viaggiare in

auto significa viaggiare alla velocità dell'auto, anche se a noi sembra esser fermi. Una frenata violenta o un urto possono addirittura scaraventare gli occupanti fuori dall'abitacolo, se non sono assicurati. È un attimo sbattere contro il vetro o contro gli airbag, che non sono soffici cuscini. Per un ciclista, è un attimo sbattere la testa a terra. Allacciare casco e cinture, indossare abbigliamento adeguato sui due ruote – non ciabattine, microvestiti... – e assicurare gli oggetti che viaggiano con noi è il modo migliore per limitare le conseguenze di un incidente. Che può sempre accadere. Moderare la velocità negli incroci: è una previsione specifica del Codice della strada, che non chiarisce però di quanto debba essere ridotta. Sembra perciò che anche chi viaggia a 50 km orari, il limite cittadino, nell'avvicinarsi all'incrocio debba ridurre leggermente il gas. È intuitivo: da una via laterale potrebbe uscire un'auto, qualcuno potrebbe svoltare senza attendere il nostro passaggio... Meno velocità significa più tempo per riflettere e maggiore spazio per reagire. Maggiore spazio

di frenata, anche. Moderare la velocità significa, implicitamente, che quando il semaforo diventa arancione possiamo passare: ne abbiamo il tempo senza accelerare. Ma se il semaforo è già arancione, schiacciare a tavoletta significa rischiare di venire colpiti al centro dell'incrocio da chi parte dall'altro lato, appena scatta il suo verde. Accade ogni giorno!

Usare un po' di buon senso, che spesso è tradotto nelle norme che dobbiamo rispettare: complessivamente le leggi rendono più disciplinato quel caotico ambiente che è la società, piena di individualismi e dove spesso ciascuno antepone – comprensibilmente – i propri bisogni a quelli degli altri. La strada è, della società, il modello peggiore, visto che è sufficiente un piccolo sgarro a farci strombazzare, insultare, minacciare. Comprendere che le norme servono per disciplinare questa arena significa anche predisporre ad atteggiamenti più rilassati alla guida, scegliendo ambienti più protetti per dimostrare le proprie abilità o scaricare le proprie frustrazioni.

(m.n.)

e oggi c'è ancora qualcuno che crede esso sia un accessorio quasi superfluo.

Indossarlo significa invece proteggere il centro di controllo più importante di cui l'uomo dispone, quello per il quale non sono stati ancora scoperti né creati ricambi.

Il casco non è comunque stato sufficiente per quei 10 motociclisti: tutti lo avevano, eppure hanno comunque avuto la peggio. È accaduto perché la testa è sì ben protetta, ma altre parti ugualmente delicate non lo sono. Il collo, ad esempio, durante l'impatto è chiamato ad assorbire una gran quantità di energia. E può capitare che non riesca a scaricarla tutta senza subire delle lesioni. O la

fronte e il viso, spesso particolarmente esposti se si utilizzano caschi jet. Gli organi interni, pericolosamente a rischio in caso di impatto contro manufatti, strutture, pali della luce.

Anche per i ciclisti l'incidente può essere una "malattia" mortale: su 127 coinvolti, due sono deceduti. Il rischio è metà rispetto a quello dei motociclisti, ma è comunque molto più alto di ogni altro utente della strada. Anche qui basta poco per capirne le ragioni: il ciclista è l'utente più debole del contesto nel quale viaggia, generalmente in mezzo agli altri veicoli a motore e privo di obblighi in merito ai dispositivi di protezione. Il ciclista non deve per

legge indossare il casco o a vestire in colori ad alta visibilità. Fortunatamente molti lo fanno ugualmente. Per tutti, il contesto ambientale più pericoloso rimane l'incrocio. È qui che si verifica oltre la metà degli incidenti. Al termine dei rilievi, è la mancata precedenza la prima violazione accertata. Seguono poi la velocità eccessiva o non adeguata e i cambiamenti repentini di direzione. Assieme queste tre categorie rappresentano oltre il 60% delle violazioni accertate dalla Polizia municipale al termine dei rilievi. Complessivamente 2.516 nel 2005, su 2.229 incidenti.

**Michele Nespoli portavoce
Polizia municipale di Verona**

LA PRIVACY: UN VALORE



Mauro Paissan, giornalista componente del Garante per la protezione dei dati personali

Un bambino, una malattia, un ricovero all'ospedale cittadino di Borgo Trento. Un'esperienza comune a molte famiglie, ma che si trasforma in un evento molto delicato da affrontare se la diagnosi è di meningite e a scuola è necessario sottoporre i compagni alla profilassi, chiedendo la collaborazione delle famiglie dei piccoli e informando nell'immediatezza anche i loro pediatri. Un'esperienza difficile da gestire se il papà del bambino è un giornalista conosciuto a Verona, e quindi si trova a vivere da una parte il dramma della malattia del figlio, a rischio di morte, e dall'altra, nelle stesse ore, a fare i conti con la necessità da parte dei colleghi di sapere, di avere notizie sul caso per informare la collettività sullo stato di salute del bimbo ricoverato, ma anche sulle possibili evoluzioni della malattia nella comunità infantile.

Come si tutela la privacy di quel bambino e della sua famiglia? Come si può informare correttamente sulla

malattia e sul caso in particolare? Come coniugare, in una parola, il diritto di cronaca con la tutela della privacy? Casi e testimonianze dirette sono stati protagonisti del seminario di aggiornamento "La salute in cronaca, nella rete della privacy", che si è tenuto a Verona il 12 ottobre scorso, organizzato dall'Ordine dei giornalisti del Veneto in collaborazione con l'Azienda ospedaliera di Verona ed il sostegno di Pfizer Italia.

A questi casi ha fatto cenno in apertura dei lavori il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Valerio Alberti, presentando l'iniziativa riservata a giornalisti, operatori della comunicazione, personale sanitario di strutture pubbliche e private, come un'occasione per aprire un confronto necessario per le ripercussioni che questi problemi hanno sulla vita dei cittadini.

All'incontro formativo hanno aderito il Gruppo uffici stampa (Gus) del Sindacato giornalisti del Veneto e l'Asso-

COSA DICE IL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, noto come il "Codice in materia di protezione dei dati personali" differenzia il trattamento svolto dal sanitario sui dati sensibili del paziente dal trattamento svolto dal giornalista, sui dati sensibili riguardanti la salute del soggetto coinvolto in un fatto di cronaca. «Il codice, all'art. 81, prevede che solo i medici possano acquisire il consenso anche oralmente. Per permettere al personale sanitario ospedaliero di orientarsi meglio – ha riferito Claudio Filippi, dirigente del Dipartimento libertà pubbliche e Sanità del Garante per la protezione dei dati personali – sarebbe raccomandabile far compilare al paziente, al momento del ricovero una scheda dalla quale

emerge il livello di controllo richiesto nella circolazione di ogni notizia riguardante la sua salute».

Il Codice della privacy dispone che siano trattati dai sanitari solo i dati sensibili indispensabili secondo i criteri della pertinenza e non eccedenza. Fuori dalle strutture ospedaliere, l'informativa al trattamento dei dati sanitari da parte del medico di Medicina generale o del pediatra di libera scelta e l'acquisizione del consenso (art. 78 del Codice della privacy) rappresentano i pilastri fondamentali della comunicazione tra medico e paziente, ma anche tra medico e terzi, indicati dal paziente.

Nel luglio scorso, il Garante ha emanato un modello di informativa

semplificata che può essere usata da tutti i medici e pediatri. Secondo quanto dispone l'art. 82 del Codice, l'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire successivamente alla prestazione nel caso "di emergenza sanitaria o di igiene pubblica, di impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere e di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato in caso di rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato".

NOTIZIE FALSE POSSONO COMPROMETTERE LA FIDUCIA NELLA SANITÀ

Una serata con gli amici, l'uscita dal locale e in pochi secondi è tragedia. Una giovane ragazza veronese viene travolta da un'auto pirata. I soccorsi arrivano il più rapidamente possibile, immediato segue il ricovero nella rianimazione dell'ospedale di Borgo Trento.

«La situazione della ragazza appare subito gravissima – ha raccontato nel corso del seminario la dottoressa Marilena Casartelli Liviero, coordinatrice del team trapianti dell'Azienda ospedaliera di Verona, presentando un caso in cui l'informazione dei media ha pesantemente condizionato il comportamento dei familiari della vittima –, in poco tempo si arriva alla diagnosi di morte cerebrale. Non resta che convocare i genitori per chiedere la disponibilità alla donazione degli organi della figlia». La madre della ragazza però non vuole arrendersi all'evidenza e chiarisce che il padre per impegni non potrà raggiungere la famiglia e recarsi all'ospedale



Marilena Casartelli Liviero, coordinatrice del team trapianti dell'Azienda ospedaliera

prima del giorno seguente. «È evidente che sconcerto ed incredulità avevano preso il sopravvento – prosegue il medico –, Il giorno successivo entrambi i genitori raggiungono il reparto visibilmente alterati. Hanno letto il giornale. C'è scritto che la ragazza è morta e che i genitori hanno già acconsentito alla donazione degli

organi della figlia, cosa al momento impossibile, dato che noi del team trapianti incontravamo entrambi per la prima volta solo quella mattina. La pubblicazione aveva fortemente infastidito i genitori della giovane. Il padre ha affermato che, anche nel caso in cui avesse preso in considerazione l'ipotesi della donazione, la lettura di quella notizia aveva compromesso la possibilità di acconsentire», conclude Casartelli.

Riproporre questa situazione ha permesso di mettere l'accento sull'importanza del ruolo dei media nel raccontare eventi drammatici e sull'essenzialità del rispetto della privacy delle persone coinvolte in tragedie personali e chiamate, proprio in momenti tanto delicati e dolorosi, a decidere di temi importanti come la donazione di organi. Nel caso riportato, il rapporto di fiducia tra i genitori della giovane e la struttura ospedaliera si è spezzato per colpa di una notizia data senza le opportune verifiche.

ciazione stampa medica.

La giornata è stata strutturata in due parti, una dedicata all'aspetto più squisitamente normativo, l'altra al confronto tra diverse esperienze e modalità d'approccio, moderato dal giornalista Rai Orazio Carruba. Hanno partecipato, tra gli altri, Mauro Paissan, giornalista componente del Garante per la protezione dei dati personali, e Carlo Gargiulo, consulente medico della trasmissione Rai "Elisir", oltre a Giancarlo Ruscitti, commissario straordinario per la programmazione sanitaria della Regione Veneto. E da Mauro Paissan al termine dei lavori è giunto l'invito ad elaborare una carta dei diritti del malato condivisa da giornalisti e medici.

Il rispetto della privacy è di peculiare interesse non solo per la professione giornalistica, ma anche per quella medica e più in generale per tutte le professionalità del settore sanitario

ed amministrativo cui è deputata l'organizzazione delle strutture di ricovero e cura. Leggi e norme deontologiche chiariscono sia ai giornalisti sia agli operatori del sanitario i principi ispiratori della privacy: tuttavia sul terreno del diritto di cronaca il confronto non si rivela sempre agevole. «La salute in cronaca» – ha spiegato Maria Fiorenza Coppari, vicepresidente dell'Ordine dei Giornalisti del Veneto e responsabile dell'Ufficio stampa dell'Azienda ospedaliera – è un'iniziativa di formazione nata tre anni fa con l'obiettivo d'incentivare la collaborazione tra giornalisti degli uffici stampa delle aziende sanitarie e colleghi delle testate giornalistiche. Ai primi infatti è affidata la particolare responsabilità di essere fonte della notizia, rispondendo all'esigenza dei colleghi dei media di trovare nelle aziende sanitarie un riscontro tempestivo e credibile. Un compito delica-

tissimo che i giornalisti degli uffici stampa sono chiamati quotidianamente a svolgere nonostante il loro lavoro sia a tutt'oggi privo di riconoscimento: la legge 150/2000 non è infatti stata ancora attuata e i colleghi operano in una situazione di sostanziale precariato.

La privacy è un aspetto particolarmente delicato della professione giornalistica – ha continuato Coppari –, Protagonisti di gravi episodi di cronaca sono spesso persone vittime di traumi o violenza ricoverate in ospedale. In queste occasioni agli addetti alla comunicazione o direttamente a medici e personale sanitario giungono da parte dei media pressanti richieste di notizie sullo stato di salute dei ricoverati: fino a che punto e con quali criteri possono essere evase? E qual è l'interesse del cittadino in questi casi? Per trattare a fondo il tema, abbiamo pensato di coinvol-

gere anche le altre figure professionali che sono chiamate a difenderla, come, in primo luogo, i medici».

A tutelare la privacy del cittadino, tanto più se malato e quindi in una situazione di particolare debolezza e vulnerabilità, ci sono norme internazionali, articoli della Costituzione italiana, il Codice della privacy (decreto legislativo 196/2003), altre leggi nazionali e ancora codici deontologici e carte etiche, in particolare la Carta di Perugia su "Informazione e malattia" del 1995.

Una selva di norme che il giornalista fatica ad applicare con correttezza, spinto dalla necessità di informare con sempre maggiore tempestività (si pensi ad esempio ai notiziari radio che si susseguono numerosi nel corso della giornata o ai tg di Sky). «Gli articoli dal 136 al 139 del Codice della

privacy – ha sottolineato Giorgio Bataglini, consulente legale dell'Ordine dei giornalisti del Veneto – proprio per garantire il diritto di cronaca, prevedono che i giornalisti iscritti all'Ordine, che trattano i dati sensibili, in questo caso sanitari, non siano soggetti all'autorizzazione del Garante, né all'acquisizione del preventivo consenso dell'interessato. Restano tuttavia fermi ed inderogabili i limiti del diritto di cronaca, in particolare in riferimento all'essenzialità dell'informazione, evitando riferimenti a congiunti o ad altri soggetti non interessati ai fatti. La violazione delle disposizioni contenute nel codice rende il trattamento dei dati illecito». Di particolare importanza per orientare il cronista nel lavoro quotidiano è anche il codice deontologico per il trattamento dei dati personali. Il testo

specifica all'art. 2 che il giornalista nella raccolta di dati rende esplicita la propria identità; è tenuto al rispetto del domicilio e degli altri luoghi di cura (art. 3), corregge senza ritardo errori ed inesattezze (art. 4), è tenuto inoltre a tutelare la personalità del minore (art. 7) al punto da dover valutare, pur in presenza del consenso dei genitori, se la notizia sia di oggettivo interesse al bambino, come prevede anche la Carta di Treviso.

«L'obiettivo comune del legislatore e del Garante è di evitare che l'informazione possa fare male, violando il privato del singolo – ha esordito Paisan –. Quindi è essenziale che, nel momento in cui raccoglie i dati sensibili, il giornalista si qualifichi come tale e specifichi per quale media lavora, a differenza di quanto è accaduto per il servizio realizzato dagli inviati

NORME CHE REGOLANO LA RISERVATEZZA IN AMBITO SANITARIO

Quali sono le basi normative a fondamento del principio di riservatezza in ambito sanitario? O meglio quali informazioni sanitarie può o non può diffondere un medico a proposito di un paziente?

«I riferimenti più importanti sono costituiti dall'art. 622 del Codice penale, dal Decreto legislativo n. 196, del 30 giugno 1993 e dagli articoli 9, 10 ed 11 del Codice di deontologia medica del 1998 – ha chiarito Franco Alberton, medico legale –. In particolare quest'ultimo testo dispone che il medico mantenga il segreto su tutto ciò che gli è confidato, (segreto professionale, ndr) e che può conoscere in ragione della sua professione, non diffonda attraverso la stampa o altri mezzi di informazione notizie che possano permettere l'identificazione della persona curata, infine, per emettere bollettini medici acquisisca preventivamente il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti». Sempre secondo l'art. 9 del Codice, la rivelazione del segreto professionale è autorizzata se a richiederla sono l'assistito o un suo



Franco Alberton, medico legale

legale rappresentante, preventivamente informati sulle conseguenze o sull'opportunità della rivelazione stessa o se si presenta l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di altri, nel caso in cui l'interessato non sia in grado di prestare tempestivamente e contestualmente il proprio consenso.

Infine il segreto professionale può essere sempre rivelato, anche

contrariamente al parere dell'interessato, ma su autorizzazione del Garante, in caso sia necessario a salvare la vita o la salute a terzi (si pensi ai casi di ipotetica trasmissione del virus da Hiv). Ancora il Codice di deontologia medica dispone all'art. 31 che, in caso il paziente sia ricoverato, il medico debba raccogliere gli eventuali nominativi delle persone indicate a ricevere la comunicazione dei dati sensibili, ovvero le informazioni sullo stato di salute del malato. A questo scopo il dottor Alberton ha sottolineato che al paziente all'ingresso in ospedale dovrebbe essere proposta la compilazione di una scheda in cui sia indicato se vuole o meno essere informato sul proprio stato di salute; e se vuole che eventuali visitatori o richiedenti ricevano informazioni riguardo la propria presenza nell'ospedale o nel reparto in cui è degente; se, infine, desidera che le notizie relative al proprio stato di salute siano comunicate a tutti, a nessuno, ai soli familiari o solo ad alcuni familiari da elencare.

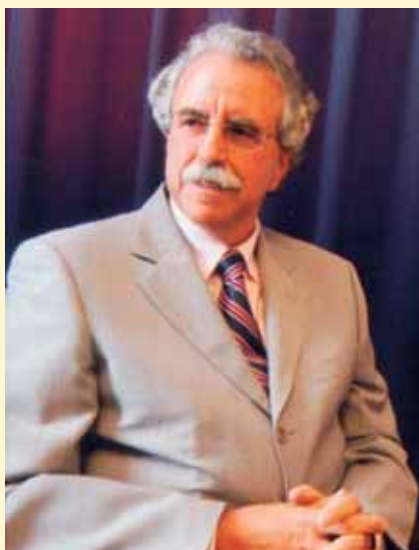
TUTELA PSICOLOGICA PER I FAMILIARI DELLE VITTIME DI INCIDENTI

“Tragedia nella notte. Massacra la moglie e si uccide. Camionista ammazza la moglie e la bambina, altri due figli gravissimi”; “Terribile schianto: famiglia distrutta: drammatico tamponamento sulla tangenziale tra Affi e Peschiera innescato da un rallentamento. È morta la mamma con due bambini schiacciata tra due camion, il papà è grave”; “Attentato di Giakarta, “Manny” rischia la paralisi. La bimba ferita nell’esplosione resta grave. Offensiva diplomatica per riportarla a Verona”.

Titoli di giornale che registrano la cronaca di tre tragedie entrate nella memoria dei veronesi. Tragedie familiari enormi, che rientrano nella categoria dell’impensabile.

«Spesso accade che in conseguenza di questi eventi i sopravvissuti vengano ricoverati negli ospedali ed in particolare nelle terapie intensive – ha spiegato Gaetano Trabucco, responsabile del Servizio di psicologia clinica di Borgo Trento –.

Mentre i familiari, dal canto loro sono consapevoli dell’accaduto, faticano a contenere le emozioni hanno



Gaetano Trabucco, responsabile del Servizio di Psicologia clinica di Borgo Trento

bisogno di condividere il dolore e di gestire le loro angosce, obiettivi raggiungibili con l’aiuto di esperti, in tempi relativamente lunghi. Tempi che si scontrano invece con l’urgenza della cronaca».

Per sostenere i familiari coinvolti in grandi tragedie, il Servizio di psico-

logia clinica ha elaborato un progetto di tutela psicologica denominato “Pensare l’impensabile”, che si rivolge a pazienti, familiari ed operatori sanitari. Con i familiari, in particolare, il progetto si propone di creare una rete di tutela e supporto per prevenire le crisi e arginare gli effetti delle emozioni, regolare i rapporti con la stampa, tutelare la privacy dell’intera famiglia e gestire gli effetti delle informazioni.

«Tutto ciò aiuta a superare l’angoscia ed il dolore introducendo la dimensione del pensare all’accaduto, anche quando l’accaduto, sintetizzato dai titoli di cronaca, si presenta come impensabile – ha concluso Trabucco –. Il progetto si completa grazie alla sinergia con l’ufficio stampa e comunicazione dell’Azienda ospedaliera, che funzionando da interfaccia tra ciò che accade dentro e fuori dall’ospedale, tutela il diritto di cronaca, la privacy e la salute dei pazienti e dei familiari, consente di non esporre direttamente gli operatori alle pressioni dell’informazione».

delle Iene, trasmissione di Italia 1, che il Garante ha bloccato e nel corso del quale sono stati raccolti dati sensibili in modo illegittimo. Gli inviati infatti si erano qualificati come una troupe di una Tv americana e il sudore dei parlamentari, dato sensibile, sul quale è stato eseguito il test per verificare il consumo di stupefacenti, è stato prelevato con l’inganno».

Ma al di là del caso specifico ed eclatante, ci sono una miriade di situazioni in cui il garante è chiamato ad intervenire in difesa dei diritti dei cittadini. «Ad esempio, abbiamo sancito il diritto all’oblio relativamente ad un fatto di cronaca, accaduto qualche anno fa in Trentino: una donna, medico, era stata rovinata dall’acido spruzzatole in viso e sulle mani da uno squilibrato, di cui si sono perse

le tracce. I giornali locali ad ogni anniversario dell’accaduto ricordavano l’evento denunciando che l’autore del gesto non era stato ancora assicurato alla giustizia – ha raccontato Paissan –. Dopo qualche anno la donna ha chiesto che il fatto, che a distanza di anni la turba ancora moltissimo, non venga più ricordato. Siamo intervenuti stabilendo che la donna aveva il diritto di dimenticare e di non sentir più ricordato il suo caso.

Si tratta di una delle tante situazioni che il Garante è chiamato a disciplinare per garantire a tutti i cittadini il diritto alla riservatezza, che i più ricchi e famosi possono “comprare” scegliendo di isolarsi per lunghi periodi o di curarsi in cliniche blindatissime, magari all’estero».

«Diritto all’informazione e diritto alla salute sono entrambi sanciti dalla Costituzione e sono pregnanti per tutela della vita e della libertà e del cittadino – ha concluso Maria Fiorenza Coppari –. Alla base della professione del giornalista e di quella del medico non può che esservi il rispetto per l’individuo, soprattutto quando la sua condizione esistenziale è resa fragile dalla malattia e da situazioni di disagio fisico e morale. Si sottolinea spesso la necessità di “umanizzare” l’assistenza sanitaria, ma la centralità della persona ed il rispetto dei suoi diritti sono anche la base di un’informazione sana».

Nel prossimo numero della nostra rivista pubblicheremo il testo integrale dell’intervento di Mauro Paissan.

Valeria Zanetti

Il canarino “canterino”

di Anna Laura Folena

Il segreto del cantante perfetto? La giusta dose di moto, mangiare poco e spesso seguendo una dieta bilanciata, curare l'igiene, evitare le correnti d'aria. Perfette per un famoso tenore, queste semplici regole descrivono in realtà le abitudini del canarino, il più diffuso tra tutti gli animali da compagnia.

Gli uccelli domestici superano in Italia i dodici milioni e, tra questi, otto milioni sono i discendenti canori di un uccellino selvatico verde-griastro originario delle isole Canarie.

«A dispetto delle dimensioni – spiega il dottor Paolo Scalvi, a nome dell'Ordine dei Medici veterinari di Verona – sono animali che hanno esigenze particolari e non sono sempre così facili da gestire, per lo meno se si vogliono tenere in modo corretto. A cominciare dalla gabbia, la cui forma ideale è a base rettangolare. Maggiore sarà lo spazio a disposizione, maggiore sarà il comfort per il canarino, soprattutto se avrà la possibilità di compiere qualche piccolo volo».

Perciò le dimensioni della gabbia devono essere sviluppate più in senso orizzontale che nel senso dell'altezza. Ed è meglio scegliere modelli pratici senza accessori e senza decorazioni inutili, che complicherebbero le operazioni di pulizia.



«Anche la collocazione della gabbia è molto importante – aggiunge il dott. Scalvi –. I canarini, infatti, hanno un maggior senso di sicurezza

se è posta relativamente in alto. Deve essere un luogo tranquillo, luminoso, ma non colpito dalla luce diretta del sole».

Occorre, infatti, lasciare sempre a disposizione una zona d'ombra, in cui l'uccellino possa ripararsi dalla calura eccessiva.

Attenzione anche a qualsiasi esalazione o spray che per loro possono essere molto tossici, e ad ogni tipo di fumo, a partire da quello di sigaretta.

La cucina non è una stanza indicata, perché l'apparato respiratorio degli uccelli è molto più delicato e sensibile del nostro. Vapori come ad esempio quelli dei prodotti per pulire il forno o delle pentole antiaderenti surriscaldate possono essere molto dannosi per loro, così come la vicinanza con frigoriferi ed altri elettrodomestici.

I canarini hanno bisogno di un ade-

UNA SIMPATICA LEGGENDA

Il canarino inizialmente era allevato dagli abitanti delle isole omonime e in seguito da monaci spagnoli, che nel Cinquecento detenevano il monopolio del suo commercio vendendo solo esemplari maschi, per impedirne la riproduzione fuori dalla Spagna e in considerazione del fatto che anche per i canarini, come nella maggior parte degli uccelli, il canto è una prerogativa dei maschi, mentre le femmine si limitano ad emettere qualche cinguettio. Come finì questo monopolio

iberico? Secondo la leggenda, un vascello spagnolo carico di canarini, naufragò al largo dell'Isola d'Elba e gli uccelli liberati dall'equipaggio o dalla rottura delle gabbie, volarono via, alcuni verso la costa italiana della Toscana, altri verso l'Isola d'Elba e le coste della Provenza. Alcuni di questi canarini, maschi e femmine, furono catturati. Se il naufragio è leggenda, è invece storia accertata ciò che accadde nei secoli successivi: l'allevamento di questi uccellini canori si diffuse rapidamente in tutta Europa.

ATTENZIONE ALLA DIETA DELL'AMICO PENNUTO

Come avvelenare un canarino? Basta offrirgli la cioccolata. Non è un invito a compiere il delitto perfetto ai danni di un povero volatile indifeso, ma un modo efficace per spiegare soprattutto ai bambini che non è il caso di far assaggiare un po' di tutto ai loro piccoli amici alati. In particolare, appunto, la cioccolata per i canarini è tossica. Questi uccellini sono considerati granivori, «Tuttavia – spiega il dott. Paolo Scalvi, veterinario – la dieta naturale degli uccelli granivori molto raramente è rappresentata da semi secchi, che, invece, rappresentano molto spesso la dieta di base dei canarini in cattività. Se fossero in libertà si nutrirebbero di semi freschi, con maggiore valore nutritivo e di proteine animali sotto forma



di insetti».

Quindi bisognerà fornire, oltre ad

una buona miscela di semi, tutti i vegetali adatti al consumo umano (broccoli, radicchio, carote grattate, eccetera...) tranne l'avocado e le parti verdi delle foglie di patate e pomodori. Importanti anche i carboidrati (pane secco e grissini integrali...) le proteine (uovo sodo, formaggio grattugiato, tonno al naturale, oppure l'apposito pastoncino in commercio), osso di seppia o guscio d'uovo sterilizzato.

In alternativa, si possono proporre al canarino gli alimenti formulati (pellettati), pratici e completi, avendo, però, la precauzione di non effettuare in modo brusco il passaggio dalla tradizionale alimentazione a base di semi e pastoncino ad una esclusivamente in pellet.

guato numero di ore di sonno tranquillo. Quindi, se e non è possibile sistemare la gabbia in una stanza buia, la sera deve essere coperta con un panno e collocata in una zona più silenziosa possibile, fino alla mattina successiva.

Ci sono poi alcuni accessori indispensabili nella gabbia, e raramente si presta la giusta attenzione ad alcuni particolari: «I posatoi che si trovano nelle gabbie sono quasi

sempre di diametro nettamente insufficiente. I canarini non dovrebbero riuscire a circondarli completamente con le dita. In alternativa si possono utilizzare anche dei rametti naturali, evitando le piante resinose».

In ogni caso vanno tenuti ben puliti, perché se si ricoprono di escrementi potrebbe risentirne la salute delle zampette. E, a proposito di igiene, fare il bagno è un gran pia-

cere per il canarino, che ne trae benefici per le penne e la pelle.

«Esistono apposite vaschette da pendere nella gabbia – spiega Paolo Scalvi –, ma è sufficiente un semplice recipiente basso con un centimetro d'acqua, da collocare sul fondo della gabbia. Ovvio che l'acqua deve essere sempre pulitissima, rinnovata quotidianamente. Non viene mai posta sufficiente enfasi sull'importanza dell'igiene per mantenere sani i canarini».

Le operazioni di pulizia sono notevolmente facilitate se si utilizza una griglia sul fondo della gabbia, e sotto di questa, appoggiato sul fondo, un semplice foglio di giornale, da sostituire quotidianamente. Ogni giorno, inoltre, occorre lavare la griglia ed i recipienti del cibo e dell'acqua.

«Una disinfezione globale settimanale con varechina diluita risciacquata con molta cura, è sicuramente una buona abitudine», consiglia il dott. Scalvi, che conclude segnalando una precauzione da seguire d'estate: «Cercate di impedire agli insetti di accedere ai locali dove è alloggiato l'amico pennuto, utilizzando zanzariere per non limitare un salutare ricambio d'aria».

La semplice puntura di zanzara, infatti, può lesionare la pelle del canarino e trasmettergli malattie per lui molto gravi.



TS, più di una carta d'identità

Salvatore Toscano*, Tiziano Perusi**

La tessera sanitaria (TS) certifica l'associazione del codice fiscale con i dati primari ivi indicati per cui sostituisce il tesserino sanitario di codice fiscale verde.

La TS e la Carta nazionale dei servizi (CNS):

- riportano nel lato posteriore le informazioni da usare come TEAM (Tessera europea di assistenza malattie) nei paesi dell'Unione Europea;

- sono lo strumento per acquisire il codice fiscale del paziente da indicare nella ricetta per il monitoraggio della spesa sanitaria;

- permettono l'acquisizione del codice fiscale ivi riportato con strumenti ottici (barcode) o magnetici (banda magnetica o chip);

- hanno ordinariamente validità cinque anni dalla data di emissione per i cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari in possesso di carta di soggiorno, mentre vengono emesse con scadenza inferiore al quinquennio per i cittadini extracomunitari in possesso di permesso di soggiorno;

- hanno valenza nazionale e mantengono la loro validità anche nell'ipotesi in cui il cittadino venga assistito da un'Azienda sanitaria di altra regione (con l'eccezione della Regione Lombardia la quale sostituisce la TS e la CNS con propria carta regionale dei servizi);

Il tesserino sanitario regionale di cartone deve essere per ora conser-

vato in quanto contiene informazioni utili all'assistenza sanitaria (codice medico, vaccinazioni, esenzioni ecc.).

Cosa bisogna fare

se non si è ricevuto la TS

Puoi verificare lo stato di emissione della tua TS:

- contattando il numero verde 800030070: con il tuo codice fiscale l'operatore verifica se la tessera è in stato di emissione, in via di spedizione o non risulta essere stata emessa;

- sul sito www.agenziaentrate.it nella sezione servizi, cliccando la voce "Codice fiscale-tessera sanitaria": inserisci il codice fiscale e ottieni informazioni sulla tua tessera;

- sul sito www.sistemats.it selezionando la parte bassa della pagina alla voce "informazioni per l'assistito": clicca sull'icona.

- agli uffici distrettuali dell'Azienda Ulss di assistenza, presentando la carta di identità (valida), il tesserino sanitario regionale (di cartone) e il codice fiscale (tesserino plastificato verde).

L'ufficio dell'Azienda Ulss verifica la posizione anagrafica e sanitaria e provvede alla richiesta di emissione della TS. Inoltre rilascia una stampa della TS che certifica il codice fiscale in esse contenuto, ai fini della compilazione delle ricette per prestazioni specialistiche e farmaceutiche. La TS verrà recapitata all'indi-

rizzo di residenza nei quindici, venti giorni successivi alla richiesta di emissione.

- agli uffici dell'Agenzia delle entrate presentando la carta di identità (valida), il tesserino sanitario regionale (di cartone) e il codice fiscale (tesserino plastificato verde).

L'ufficio dell'Agenzia delle entrate provvede a verificare la regolare presenza dei dati anagrafici nell'Anagrafe sanitaria nazionale e procede alla richiesta di duplicato, qualora la tessera sia stata emessa ma non recapitata; se invece non è mai stata emessa, invita a recarsi presso gli uffici dell'Azienda Ulss di assistenza per la prima emissione.

Cosa fare per ottenere la TS per un bambino appena nato

Si deve richiedere il codice fiscale e iscrivere il bambino presso l'Azienda Ulss.

Per il rilascio del codice fiscale, molti Comuni provvedono ad effettuare direttamente la richiesta all'Agenzia delle entrate in via telematica al momento della presentazione da parte dei genitori della dichiarazione di nascita del neonato; in tal caso si può chiedere al Comune la stampa del codice fiscale attribuito. Qualora il Comune non effettui tale comunicazione, è necessario recarsi presso gli uffici dell'Agenzia delle entrate.

Per l'iscrizione presso l'Azienda Ulss, ci si deve recare presso gli uffici

ALCUNE PRECISAZIONI A PROPOSITO DI TICKET

Nel precedente numero della rivista abbiamo parlato di esenzioni dai ticket. Alcune informazioni hanno bisogno d'essere aggiornate.

Invitiamo i nostri lettori a prenderne nota, scusandoci per le inesattezze sfuggiteci.

Per chi usufruisce dell'assegno sociale (ex pensione sociale) è prevista l'esenzione dal ticket per il titolare ultrasessantacinquenne, nonché per i

familiari a carico. L'esenzione non è subordinata al reddito. Infatti l'assegno sociale è una prestazione di natura assistenziale riservata ai cittadini italiani che hanno sessantacinque anni di età, risiedono stabilmente in Italia e che hanno redditi inferiori ai limiti previsti dalla legge.

Per l'anno 2006 i limiti di reddito sono di 4.962,36 euro se il richiedente non è coniugato e di 9.924,72 euro

annui (cioè 4.962,36 x 2) se il richiedente è coniugato.

Per quanto riguarda l'esenzione relativa al reddito, per poterne usufruire è necessario aver compiuto sessantacinque anni d'età e non avere superato nell'anno precedente il limite complessivo lordo del nucleo familiare di 36.151,98 euro.

Giorgio Piccoli
referente Ufficio mobilità e spedalità

ci distrettuali dell'Azienda Ulss di assistenza, con il codice fiscale del bambino regolarmente rilasciato dall'Agenzia delle entrate o la documentazione provvisoria rilasciata dal Comune, il certificato di nascita o dichiarazione sostitutiva di certificazione secondo la vigente normativa, la carta di identità (valida) di un genitore.

Per i bambini stranieri è necessario un documentato di identità valido del genitore. Passaporto, carta di identità o altro documento di identità rilasciato dal Paese di appartenenza, il certificato di residenza del genitore o dichiarazione sostitutiva di certificazione secondo la vigente normativa, il permesso di soggiorno del genitore o carta di soggiorno o ricevuta della Questura comprovante l'avvenuta richiesta della carta di soggiorno e del rinnovo del permesso di soggiorno.

L'ufficio dell'Azienda Ulss iscrive il neonato e provvede alla richiesta di emissione della TS che verrà recapitata all'indirizzo di residenza.

Cosa fare se si è ricevuto la tessera con dati anagrafici non corretti

Ci si può recare presso gli uffici dell'Agenzia delle entrate per chiedere la correzione dei dati, nonché l'emissione di una nuova tessera.

In vista della carta di identità elettronica, i Comuni stanno procedendo a verificare i dati presenti nella banca dati dell'Agenzia delle entrate, certificando le posizioni dei singoli cittadini.

Se i dati anagrafici risultano certificati, la posizione anagrafica non può essere rettificata dagli uffici dell'Agenzia delle entrate. In tal caso si viene invitati a recarsi presso il Comune di residenza per sistemare la posizione.

Cosa fare se si sono ricevute più TS

Se si sono ricevute più TS, si deve conservare e utilizzare l'ultima ricevuta. La tessera da non utilizzare dev'essere consegnata agli uffici dell'Agenzia delle entrate.

Cosa fare se si è smarrito la TS o se i dati non sono leggibili

Si può chiedere il duplicato della TS sul sito web www.agenziaentrate.it, cliccando alla voce "Codice fiscale-tessera sanitaria";

- presso gli uffici dell'Agenzia delle entrate muniti di documento di identità in corso di validità;
- presso gli uffici distrettuali della propria Azienda Ulss di assistenza, sempre con un documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Cosa fare se il titolare della TS è deceduto

I familiari devono recarsi con la TS presso gli uffici dell'Agenzia delle entrate e richiedere l'annullamento.

***responsabile Ufficio relazioni con il pubblico**

Azienda ospedaliera di Verona

****referente Ufficio relazioni con il pubblico Ospedale Policlinico "Giambattista Rossi"**

BUONE FESTE CON IL SORRISO DELLA SIGNORA AUGUSTA

Per augurare buone Feste e felice anno nuovo ai nostri lettori abbiamo scelto il sorriso di una signora che non ha paura di confessare la sua età, anzi può rivelarla con legittimo orgoglio. Augusta Adda di anni ne ha, infatti, ben 106 e li porta con straordinaria disinvoltura, al punto che in ottobre ha superato anche una disavventura purtroppo frequente fra i "grandi anziani": la frattura di un femore. Caduta accidentalmente alzandosi dalla poltrona nella casa dove vive con una delle quattro figlie, la trisavola Augusta – la signora ha più di trenta nipoti e pronipoti – è stata ricoverata nel reparto di Ortopedia diretto dal dottor Massimo Marcer dove è stata operata dal dottor Paolo Savonitto per ridurre e sintetizzare la frattura. La foto li ritrae insieme nei giorni della convalescenza che Augusta ha trascorso nella I Geriatria diretta dal dottor Gaetano Zavateri. L'intervento è durato solo mezz'ora in anestesia spinale ed è stato sopportato molto bene dalla paziente. In passato si sarebbe parlato di



una guarigione "miracolosa", oggi difficilmente ci stupiamo di fronte alle possibilità di cura che il progresso scientifico e la professionalità dei medici mettono a disposizione dei

malati. La storia di Augusta però desta la nostra ammirazione. È una storia che ispira speranza e ci invita ad attendere con ottimismo il 2007. Auguri a tutti i lettori!

Tuttasalute, una buona notizia per la salute di tutti

Da Cattolica Assicurazioni, la polizza con liquidazione veloce, anche senza spese mediche

Tuttasalute nasce per dare tutta la serenità e la sicurezza necessarie intorno al bene più prezioso: la salute. Come? Dal momento in cui si manifesta la malattia, Tuttasalute offre un concreto e reale sostegno economico e assistenziale, assicurando un capitale immediato per le tutte le spese, anche quelle indirette.

Questo capitale viene liquidato rapidamente e rappresenta una somma utile per coprire le spese sull'intero percorso: diagnosi — cura — riabilitazione — convalescenza. Con Tuttasalute è facile immaginare un futuro più sereno: grazie a soluzioni specifiche tutela il single e la famiglia, nella vita di tutti i giorni o in viaggio, anche quando non si ha la possibilità di svolgere le normali attività quotidiane.

Tuttasalute è la soluzione ideale di chi, in caso di necessità, vuole la certezza di potersi permettere tutta la libertà di scelta di medici e strutture.

Inoltre, grazie all'innovativo servizio chiamato "secondo parere medico", la polizza offre l'opportunità di ricevere un'ulteriore valutazione medica su diagnosi già effettuate, all'interno di strutture ospedaliere altamente qualificate.

Tuttasalute. 360 gradi di sicurezza.

Quando c'è Tuttasalute, c'è la serenità necessaria per affrontare qualsiasi evenienza. Oltre ad offrire un indennizzo in caso di intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e una diaria in caso di ricovero, tutela l'assicurato anche nell'eventuale comparsa di malattie particolarmente gravi, garantendo un capitale anche nel caso di un evento particolarmente grave come l'invalidità permanente da infortunio. Accompagna l'assicurato con una ricca serie di servizi flessibili e innovativi. Soluzioni efficaci, come l'invio di un infermiere a domicilio o in ospedale, di una baby sitter per i figli in caso di ricovero di un genitore, di un interprete per chi è in cura all'estero. O come l'assistenza completa a chi ha subito un lungo ricovero anche a seguito di un intervento. Prevede inoltre l'invio di personale medico e paramedico, e garantisce la soluzione dei piccoli problemi quotidiani come una bolletta da pagare, la sorveglianza di un figlio e altro ancora.

Le garanzie di Tuttasalute.

- Malattia primaria (critical illness)
- Indennitaria
- Protezione legale
- Assistenza

Garanzia malattia primaria (critical illness)

Garantisce un capitale fino a 150.000 Euro quando viene diagnosticata all'assicurato una delle seguenti gravi patologie:

coma, ictus cerebrale, infarto miocardico, insufficienza renale, malattia dei motoneuroni, malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, trapianto d'organi, tumore maligno.

è prevista inoltre la garanzia per invalidità permanente da infortunio (pur non essendo una patologia), proprio per offrire all'assicurato una copertura contro tutti i grandi rischi invalidanti.

(Tutte queste patologie sono descritte dettagliatamente all'interno delle condizioni di polizza)

Anziché il rimborso delle spese mediche, questa garanzia prevede il pagamento di un capitale per far sì che l'assicurato possa scegliere in libertà le cure, o eventualmente utilizzare il capitale per garantire un sostegno alla propria famiglia.

Garanzia indennitaria

Tuttasalute garantisce in caso di infortunio, malattia e parto un indennizzo quando c'è un

intervento chirurgico, anche solo ambulatoriale e un ricovero senza intervento chirurgico.

Sono previste 5 classi di interventi, ordinati a seconda della gravità: "classe 1" meno grave, "classe 4" più grave, con una "classe 5" intermedia, per gli interventi non elencati nelle classi precedenti.

L'indennizzo è fisso in funzione della combinazione scelta e del tipo di intervento chirurgico.

Assistenza base

Garantisce durante la cura:

- consigli medici telefonici generici e specialistici;
- invio di un medico generico a domicilio o di una ambulanza;
- invio di medicinali urgenti;
- assistenza infermieristica presso l'istituto di cura e altro ancora.

Durante la convalescenza:

- invio di un infermiere a domicilio;
- invio di un fisioterapista a domicilio.

Durante un viaggio:

- rientro sanitario (anche dall'estero);
- prolungamento del soggiorno all'estero;
- viaggio di un familiare e spese di soggiorno;
- anticipo spese mediche e altro ancora.

Ai single:

- invio di un infermiere per l'assistenza di un familiare non autosufficiente;
- pensione per animali domestici.

Alla famiglia:

- accompagnamento di minori;
- baby sitter;
- collaboratrice familiare;
- consulenza pediatrica.

Secondo parere medico

Prestazione che fornisce un servizio innovativo: un'ulteriore valutazione medica su una diagnosi già effettuata, grazie a strutture ospedaliere altamente qualificate, con servizi di tele diagnosi e teleconferenza.

Assistenza domiciliare integrata

In caso di un lungo ricovero offre:

- ospedalizzazione domiciliare (prosecuzione del ricovero in forma domiciliare);
- prestazioni professionali a domicilio;
- aiuto nella gestione dei problemi quotidiani (es.: la spesa, il pagamento delle bollette, ecc.).

Tuttasalute. Firmato Cattolica Assicurazioni.

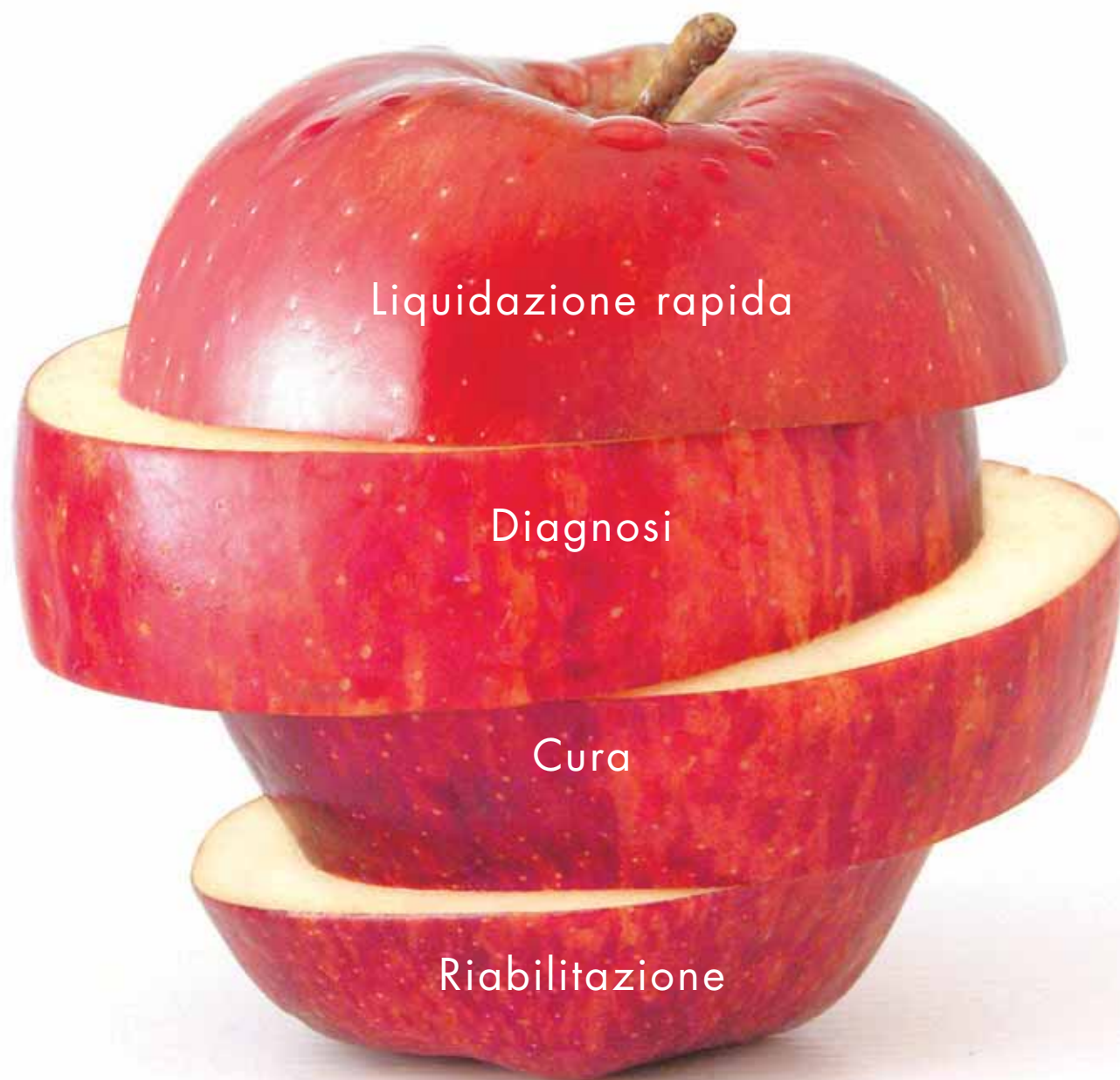
Nata nel 1896, Cattolica Assicurazioni è l'unica cooperativa del settore in Italia.

La struttura fortemente radicata al territorio e la spiccata specializzazione nelle differenti esigenze assicurative le consentono di creare soluzioni su misura, in grado di risolvere esigenze specifiche.

Questa vicinanza alle persone fa di Cattolica Assicurazioni un vero e proprio punto di riferimento per una serenità vera e concreta.

Quando c'è Tuttasalute c'è tutto. E subito.

Tuttasalute: la polizza con liquidazione veloce, anche senza spese mediche.



Nasce Tuttasalute, il piano assicurativo che, all'occorrenza, garantisce tutto e subito. Dal momento del bisogno, Tuttasalute mette immediatamente a disposizione dell'assicurato un concreto sostegno economico e un'efficace supporto in termini di assistenza. A cominciare dalla liquidazione immediata del capitale, per coprire le spese da sostenere dalla diagnosi alla cura, dalla riabilitazione alla convalescenza. Tuttasalute: la scelta di oggi che rende più sereno il tuo domani.



costruire salute

**Il contributo di Pfizer Italia
per migliorare la qualità della salute
e della vita delle persone.**