

V E N E Z I A I N S A L U T E



GIUGNO/LUGLIO 2012 - NUMERO 2

ALL'INTERNO



I servizi di Suem 118,  
emergenza e urgenza,  
anestesia e rianimazione  
e laboratorio analisi  
dell'Ulss 12



# LA SALUTE DEI BAMBINI

# sommario

## PRIMO PIANO

- Appello per la sanità veneziana

## STUDI E RICERCHE

- “Il rapporto tra tumori ed inquinanti cancerogeni”. L'intervento di Patrizia Gentilini, dell'Associazione medici per l'ambiente, tratto dal documento “Tumori ed Ambiente” dell'Associazione Italiana Oncologia Medica edito nel 2011
- L'incidenza di tumori nell'Ulss 12 tra 2003 e 2005.  
L'analisi di Paola Zambon, responsabile del Registro Tumori del Veneto

## FOCUS ULSS 12

- SUEM, nel 2011 oltre 160 mila chiamate e 80 mila interventi.  
Intervento di Paolo Caputo, direttore della Centrale Operativa SUEM 118 della provincia di Venezia, e di Elisa Saccoman, vice coordinatrice
- Pronto Soccorso, 80 mila accessi l'anno. Confronto con Giulio Belvederi, primario del Dipartimento di Urgenza ed Emergenza dell'Ulss 12
- Anestesia e Rianimazione, oltre 20 mila assistenze l'anno in sala operatoria.  
Intervista a Carlo Maggiolo, primario di Anestesia e Rianimazione dell'Ulss 12
- Laboratorio Analisi, oltre 5 milioni di esami l'anno. Intervista a Massimo Gion, primario del Laboratorio Analisi dell'Ulss 12
- La carta dei servizi dell'Ulss 12

## SPECIALE BAMBINI

- L'assistenza a misura di bambino. Confronto con Giovanni Battista Pozzan, primario di Pediatria e Patologia Neonatale dell'ospedale dell'Angelo
- Il progetto “Genitori più”. Le sette azioni per la vita del tuo bambino, a cura di Irmanna Angonese, pediatra di famiglia
- “Evviva la pediatria di oggi”. La testimonianza di due madri di bimbi prematuri nati 30 anni fa

## PROGETTI

- Progetto COMEFARE. Un questionario per il monitoraggio costante del paziente diabetico, a cura di Giulio Bergamasco, presidente società di medicina generale di Venezia

## PREVENZIONE E STILI DI VITA

- Medicina dello Sport. Gli effetti positivi del nuoto, a cura di Rosario Conte, Franco Giada, Federico Munarin, Riccardo Barison, Stefano Baracchi, Bruno De Piccoli, Federazione Medico Sportiva italiana (FMSI), AMSD Veneziana

## PUNTI DI VISTA

- Il nuovo ruolo degli ambulatori infermieristici territoriali, a cura di Annalisa Silvestro, presidente federazione nazionale Collegio Infermieri, e Luigino Schiavon, presidente Collegio Infermieri di Venezia
- La menopausa un'occasione per prendersi cura di sé, confronto con l'ostetrica Diana Lazzari e con la vice presidente del Collegio Interprovinciale delle Ostetriche Barbara Guarinoni
- Benefici e rischi dell'esposizione solare.  
Il decalogo per l'autoprotezione, a cura di Renato Vecchiato, farmacista

## Un'alleanza tra Comune di Venezia e Consiglieri Regionali

# Il Patto per la sanità veneziana

*Il 12 giugno 2012 – su iniziativa di Giorgio Orsoni, sindaco di Venezia e Bruno Centanini, coadiutore del sindaco per la sanità, nonché del consigliere regionale Gennaro Marotta (IdV) – è stato presentato a Ca' Farsetti il Patto per la sanità veneziana che qui pubblichiamo.*

*Con il Sindaco di Venezia, il coadiutore Centanini e il consigliere regionale Marotta hanno condiviso il documento i consiglieri regionali eletti nella circoscrizione di Venezia: Bruno Pigozzo e Lucio Tiozzo (PD), Andrea Causin (Verso Nord), Pierangelo Pettenò (FedSin), Giovanni Furlanetto (Lega), Carlo Alberto Tesserin e Nereo Laroni (PdL).*

*Hanno partecipato all'iniziativa anche Giacomo Guzzo, Presidente della Terza Commissione Consiliare del Comune di Venezia e i Consiglieri componenti della stessa Commissione.*

*Sono stati presenti all'iniziativa anche rappresentanti sindacali, membri delle organizzazioni delle professioni sanitarie e delle associazioni socio sanitarie, nonché di comitati cittadini, ecc.*

Il nuovo Piano Socio Sanitario è lo strumento con cui la Regione Veneto si propone di rivedere la programmazione in materia con l'obiettivo di una revisione del sistema che tenga conto dei cambiamenti della nostra società e porti a una reale innovazione del modello organizzativo che meglio possa rispondere ai criteri ormai sempre più necessari, di efficienza efficacia ed economicità.

In questo quadro, e tenuto conto delle sempre più esigue disponibilità finanziarie, con il Piano Socio Sanitario ci si propone di perseguire anche l'ottimizzazione delle risorse e dei servizi da offrire al cittadino. Ciò a significare che vi sarà una razionalizzazione della rete socio-sanitaria con ridimensionamento e/o cessazione di strutture fino ad ora funzionanti.

### **SALVARE LA "SPECIFICITÀ VENEZIANA"**

Questa situazione interesserà più territori del nostro Veneto ma, nel caso di Venezia, città capoluogo di provincia e regione oltreché patrimonio inestimabile dell'Italia e dell'umanità, si dovrà avere una particolare attenzione onde evitare che si arrivi ad una ulteriore riduzione dei servizi che sono già ad un livello di in comprimibilità se si vuole continuare a garantire una vita sociale normale e decorosa alla comunità lagunare.

### **LE RICHIESTE**

A questo fine i Consiglieri Regionali, che hanno sottoscritto il seguente Patto, si impegnano ad adoperarsi affinché la Città di Venezia possa vedere riconosciute nel Piano Socio Sanitario Regionale le seguenti richieste.

**1** Confermare la specificità di Venezia assicurando con continuità le risorse finanziarie necessarie a garantire standard di servizio adeguati all'effettivo bisogno di salute della sua popolazione.

**2** Garantire e potenziare all'interno dell'Ospedale Civile di Venezia i servizi essenziali previsti per un Ospedale di Rete, partendo dal mantenimento di quelli attualmente esistenti.

**3** Effettuare il confronto tra le performance delle singole Aziende Sanitarie tenendo però conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e morfologiche dei singoli territori, ragion per cui non si ritiene applicabile alla realtà veneziana lagunare il solo concetto di costi standard.

**4** Evidenziare all'interno del Piano l'Ospedale Civile di Venezia tra gli esempi di strutture a vocazione turistica.

**5** Vista la presenza di una popolazione pediatrica consistente nella Venezia storica ed insulare e visto l'alto grado di rischio medico nella gestione delle emergenze sia pediatriche che ostetriche legate alla particolare conformazione geografica del territorio, si propone di investire sui servizi per l'Infanzia assicurando – in particolare – il Punto Nascite in deroga agli standard previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale.

**6** Garantire la copertura e l'attivazione di non meno di 45/50 posti per le cure palliative con servizio hospice ospedaliero ed extraospedaliero sul territorio dell'Azione Ulss 12.

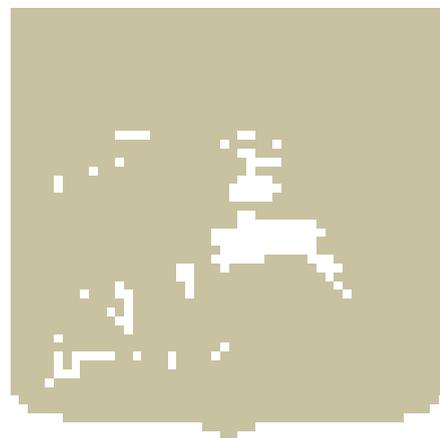
**7** Garantire che il sistema sanitario integrato (pubblico e privato convenzionato) agisca in maniera complementare per garantire e potenziare l'offerta dei servizi, valorizzando le professionalità disponibili e salvaguardando i livelli occupazionali.

**8** Prevedere, in ragione della specificità veneziana, una quota aggiuntiva per il finanziamento di alcune funzioni particolari (trasporto lagunare con funzioni ospedaliere, elisoccorso, ecc.).

**9** Prevedere che i costi dei "project financing" – richiesti ed autorizzati dalla Regione Veneto – si mantengano direttamente a carico dell'istituzione regionale; dati gli alti valori economici sul tavolo, verrà proposta a livello parlamentare una modifica legislativa per l'abbattimento dell'IVA nel quadro dei Project si da portare ad un suo abbattimento su costi di beni, lavori e opere al 10%.

**10** Prevedere la ripartizione dei futuri fondi per la sanità tenendo conto della popolazione effettivamente presente in Città e non solo quella residente e di quanto espresso dai punti 1 al 9.

Il Sindaco di Venezia si impegna a mantenere costante l'attenzione sulla Regione Veneto per la Sanità Veneziana rappresentando i bisogni e le necessità della popolazione oltreché, naturalmente, le esigenze di programmazione e gestione dei servizi in tema facenti capo all'Amministrazione Comunale della città capoluogo di Regione.



## Ambiente e tumori, indagine sugli inquinanti cancerogeni

La pubblicazione dell'Associazione Italiana Oncologia Medica

a cura di **Patrizia Gentilini**  
Associazione Italiana Medici per l'Ambiente

Nel 2011 è stato presentato il volume “Ambiente Tumori”, edito da Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica) e coordinato dal dottor Ruggero Ridolfi.

Il testo è direttamente scaricabile dal sito dell'associazione Aiom <http://www.aiom.it/Attivit%E0+Scientifica/Documenti+AIOM/Position+paper/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,5352,1>.

Il volume raccoglie gli articoli dei più eminenti oncologi italiani che trattano il complesso rapporto tra ambiente di vita e sviluppo dei tumori.

Ogni scienziato analizza in dettaglio un diverso aspetto della delicata questione. In questo numero di ViS, per gentile concessione dell'Associazione Italiana Oncologia Medica, pubblichiamo una sintesi dell'articolo della dottoressa Patrizia Gentilini su “Cancerogenesi ed ambiente”.

Il concetto che i fattori ambientali, intesi come quelli cui ognuno di noi è involontariamente esposto, rappresentino un rischio oncogeno trascurabile appare oggi difficilmente credibile alla luce della crescente incidenza di cancro anche in giovani e giovanissimi e delle più recenti acquisizioni nel campo della cancerogenesi. Vi è infatti una crescente evidenza che l'esposizione anche a dosi basse o bassissime di agenti esogeni, specie in fasi cruciali dello sviluppo, è in grado di modificare l'assetto genetico intervenendo nel processo di cancerogenesi.

Una reale possibilità di contrastare l'insorgenza del cancro non può prescindere da una riflessione sulle cause che lo determinano e, a nostro avviso, da una rivisitazione della Prevenzione Primaria e della modalità con cui è attuata.

Accanto all'indubbio miglioramento dello stato di salute, nei paesi occidentali, per riduzione della mortalità ed aumento della speranza di vita si registra purtroppo un progressivo aumento delle malattie cronico-degenerative e, in primis, delle patologie oncologiche. Questo aumento viene generalmente considerato come l'inevitabile tributo da pagare alla crescita dell'aspettativa di vita, essendo le patologie cronico-degenerative – e in particolare il cancro – malattie tipiche dell'età avanzata. Per il cancro, in particolare, vengono ritenuti responsabili, oltre all'età, fattori legati allo stile di vita (tabagismo, mancato esercizio fisico, obesità, dieta), i miglioramenti diagnostici, e la diffusione dei programmi di screening.

### **La sfida della prevenzione primaria**

I suddetti fattori non spiegano tuttavia compiutamente l'aumento dell'incidenza di specifiche forme tumorali (testicolo, tiroide, mammella, colon retto, prostata) e, soprattutto, dei tumori nei bambini e nei giovani. È necessario pertanto ipotizzare un ruolo eziologico sostanziale anche di fattori ambientali: particolarmente inquietante in proposito è il fatto che nel nostro organismo si ritrovino pericolosi inquinanti trasmissibili al feto. Le attuali strategie per la lotta al cancro, finalizzate in modo prevalente alle scelte personali di vita o alla diagnosi precoce, da sole non appaiono pertanto in grado di contrastare efficacemente la sua diffusione. Se il ruolo svolto da fattori ambientali è preponderante, solo con un approccio sistemico al complesso delle patologie umane e con l'adozione di misure di Prevenzione Primaria capaci di ridurre il carico globale nell'ambiente di agenti cancerogeni, si può ragionevolmente sperare di contrastare il dilagare della malattia.

### **EPIDEMIOLOGIA DEL CANCRO**

A partire dalla seconda guerra mondiale, l'incidenza complessiva di cancro è in crescita in tutto il mondo; si stima che dal 1990 essa sia cresciuta del 19%, con un incremento che riguarda soprattutto i paesi in via di sviluppo. I tassi standardizzati negli ultimi 20 anni sono complessivamente in crescita in tutta Europa. Per quanto attiene l'Italia l'incidenza dei tumori, nel loro complesso, misurata con i tassi standardizzati (quindi depurata del fattore invecchiamento) è in crescita sia fra

gli uomini che fra le donne. La probabilità di ricevere una diagnosi di cancro nell'arco della vita (0-84 anni) in Italia è oggi 1 su 2 sia per i maschi che per le femmine.

### **In Italia in aumento i tumori fra i bambini**

Il dato che però deve maggiormente far riflettere è l'aumento di cancro anche fra adolescenti e bambini: fra 0 a 14 anni si è registrato, nel nostro paese, nel periodo 1988-2002, un aumento medio percentuale annuo di incidenza per tutti i tumori del 2%, quasi doppio rispetto alla media europea che è dell'1.1%; nei primi 12 mesi di vita l'incremento annuo è addirittura del +3.2%. Fra le neoplasie (0-14 anni) in cui si registra il maggior incremento in Italia vs Europa vi sono linfomi (+ 4.6% rispetto a + 0.6%) e leucemie (+1.6% rispetto a + 0.6%). Questi andamenti, non spiegabili né con stili di vita né con miglioramenti diagnostici, devono indurci a riflettere sul rischio rappresentato dalla crescente esposizione dell'infanzia ad agenti tossici, mutageni e cancerogeni presenti nel nostro habitat.

### **INQUINAMENTO AMBIENTALE**

Gli agenti oncogeni presenti nell'ambiente possono essere suddivisi in: biologici, fisici, chimici. Alcuni di essi sono presenti da sempre e costituiscono fattori di rischio "di fondo" a cui però se ne sono aggiunti numerosissimi altri in ogni settore dell'attività umana, specie negli ultimi 50 anni. Prima di analizzare sommariamente i principali agenti oncogeni (fisici, biologici, chimici) riteniamo utile descrivere alcune caratteristiche di fondo dell'inquinamento ambientale.

**1. Molteplicità e variabilità degli agenti:** inquinanti molteplici e di diversa natura sono presenti contemporaneamente e gli individui sono esposti a veri e propri "cocktail" che variano tanto nel tempo che nello spazio.

**2. Interazioni e sinergie fra agenti anche di diversa natura:** queste interazioni sono spesso difficilmente prevedibili e non sempre note, è emerso ad es. che la clorazione dell'acqua, di per sé non cancerogena, comporta in presenza di contaminanti organici la formazione di agenti quali trialometani ed acido aloacetico dotati di azione mutagena e cancerogena in vitro ed in animali.

**3. Persistenza e ubiquitarità degli inquinanti:**

numerosi inquinanti, sia inorganici che organici, sono estremamente persistenti e propagandosi per mezzo dell'aria, dell'acqua o delle specie migratrici, possono ritrovarsi anche a migliaia di chilometri di distanza dal luogo in cui sono state rilasciate; esempio emblematico è quello del DDT, che, anche se messo al bando da decenni si ritrova ancora nel grasso degli orsi polari.

**4. Bioaccumulo e biomagnificazione di inquinanti attraverso la catena alimentare:** la persistenza di certi inquinanti è alla base del fenomeno del bioaccumulo: contaminando gli ecosistemi terrestri e acquatici questi agenti entrano nella catena alimentare e, di passaggio in passaggio, trattandosi prevalentemente di sostanze lipofile, si accumulano, concentrandosi in particolare nei tessuti grassi; in particolare nell'uomo possono raggiungere concentrazioni anche centinaia di migliaia di volte più elevate rispetto all'ambiente circostante.

**5. Molteplicità delle azioni biologiche esercitate da singoli agenti:** numerosi agenti cancerogeni (radiazioni, virus, sostanze chimiche) esercitano anche un'azione di immunodepressione, che concorre ad amplificare la loro azione oncogena.

### LA DIFFICOLTÀ DI STABILIRE NESSI CAUSALI

Le caratteristiche, sopra sommariamente descritte, rappresentano altrettante difficoltà per indagini epidemiologiche che intendano stabilire nessi di causalità tra inquinanti ambientali ed effetti patologici sulle popolazioni esposte, in particolare per le patologie tumorali caratterizzate da una origine multifattoriale, da lunga latenza, dall'importanza di esposizioni precoci e a piccole dosi.

Nonostante queste difficoltà l'epidemiologia rimane comunque uno strumento indispensabile, specie quando viene utilizzata in situazioni di esposizioni ben caratterizzate per intensità, durata e tipo di inquinanti presenti e qualora usufruisca di altri strumenti quali tossicologia, epidemiologia molecolare, tossicogenomica.

### PRINCIPALI AGENTI CANCEROGENI AMBIENTALI E LORO MODALITÀ D'AZIONE

Per una trattazione più completa e dettagliata dell'intero argomento, in particolare per quanto riguarda gli agenti, si rimanda alla tabella 1.

**Agenti biologici.** Ricordiamo che complessivamente il 16% di tutti i tumori riconosce una eziologia virale: più precisamente il 25% dei tumori in Africa e circa il 10% nei paesi industrializzati. Non essendo di origine antropica, la loro trattazione esula dagli intenti del presente articolo, tuttavia il loro ruolo non può essere trascurato perché, pur non potendo ragionevolmente ritenerli responsabili dell'aumento di incidenza del cancro, essi, agendo in concomitanza e sinergia con i cancerogeni ambientali di origine antropica, ne amplificano gli effetti, svolgendo il ruolo di co-fattori.

**Agenti fisici.** Per quanto riguarda gli agenti fisici, l'esposizione a radiazioni, sia ionizzanti che non, sarà trattata in altra sede.

### Inquinamento chimico e Xenobiotici

Con il termine xenobiotici si intendono molecole chimiche artificiali, estranee ai processi naturali e sconosciute per le specie viventi, direttamente connesse con le attività umane, prodotte sia volontariamente che non ed immesse in quantità massiccia nel nostro habitat; purtroppo solo una minima parte degli oltre 100.000 composti chimici immessi sul mercato è stato testato per quanto attiene gli effetti sulla salute umana e si valuta che solo il 2% delle sostanze chimiche attualmente in commercio sia stato sottoposto a test di cancerogenicità. Ricordiamo che fra le 935 sostanze e/o attività esaminate dalla Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC), oltre 400 sono risultate agenti cancerogeni certi, probabili o possibili. La sintesi di nuovi prodotti chimici è poi spesso accompagnata dalla formazione – voluta o accidentale – di sottoprodotti, la cui tossicità può, in certi casi, essere anche estremamente più elevata rispetto a quella del prodotto finito (un esempio eclatante è quello ad es. della diossina).

### Le quantità di sostanze inquinanti emesse

Per avere un'idea approssimativa della quantità di sostanze tossiche e cancerogene che vengono immesse ogni anno in aria ed acqua nel nostro paese, si è consultato in data 8 giugno 2009 il registro INES (Inventario Nazionale delle Emissioni e loro Sorgenti), che contiene informazioni su emissioni in aria ed acqua di specifici inquinanti provenienti dai principali settori produttivi e da stabilimenti di grossa taglia e capacità

presenti sul territorio nazionale, i dati sono riportati in Tabella 2. I quantitativi riportati in tabella rappresentano tuttavia solo una piccola parte di quelli complessivamente prodotti dalle attività antropiche in quanto non contemplano quelli provenienti da attività industriali, energetiche, artigianali e produttive di minor taglia, dai trasporti, dall'agricoltura e dallo smaltimento dei rifiuti. Sempre maggiore preoccupazione destano poi agenti, denominati endocrin disruptor o interferenti endocrini, per il ruolo cruciale che possono rivestire anche sul versante della trasformazione tumorale.

### **Il ruolo degli Interferenti Endocrini (IE)**

Con questo termine si indica un gruppo ampio, eterogeneo e non completamente noto di sostanze persistenti di varia natura che, secondo la definizione dell'UE: "sono in grado di alterare la funzionalità del sistema endocrino, causando effetti avversi sulla salute di un organismo, oppure della sua progenie o di una sottopopolazione"; esaurienti informazioni su di essi si hanno dal sito apposito dell'Istituto Superiore di Sanità. Fra gli Interferenti Endocrini rientrano composti

organici (diossine, policlorobifenili), metalli quali Arsenico, Cadmio, ftalati, fitoestrogeni e molti pesticidi, che verranno affrontati più in dettaglio. L'esempio degli Interferenti Endocrini appare, pur fra i molti possibili, particolarmente interessante in quanto essi agiscono lentamente e a dosi minimali creando uno stress epigenetico che, nel corso di anni o decenni, tende a tradursi in una alterazione dei programmi di proliferazione-differenziazione-morte cellulare.

### **Pesticidi e tumori**

Dai dati ISTAT 2009 si ricava che sono state distribuite in Italia per uso agricolo 153,4 mila tonnellate di prodotti fitosanitari, che corrispondono ad un quantitativo medio 5,64 kg per ettaro. I principali gruppi di tali prodotti – organoclorurati, organofosfati, carbamati, carbinoli – sono stati classificati come cancerogeni probabili o possibili dalla IARC ed alcuni come cancerogeni certi. Quasi tutti hanno una struttura che li avvicina agli endocrine disruptors ed agiscono sia come promotori che come mutageni. Una recente revisione di 28 studi condotti su una ampia coorte di agricoltori americani ha evidenziato per esposizione a 19 composti 66 incrementi di rischio per cancro, di cui 49 statisticamente significativi. I rischi indagati hanno riguardato tutti i tumori: polmone, pancreas, colon, retto, vescica, prostata, melanoma, cervello, leucemie, tutti i tumori del sistema emopoietico, mieloma multiplo. Le neoplasie che con maggiore evidenza sono correlate con l'esposizione a questi agenti sono comunque quelle del sistema emopoietico (linfomi, leucemie e mieloma multiplo). Un recente studio, condotto in Francia, ha fatto luce sui meccanismi molecolari che mettono in relazione l'esposizione ai pesticidi con le malattie del sangue dimostrando una drammatica espansione di cloni di linfociti con la traslocazione primo passaggio per la successiva evoluzione linfomatosa in un gruppo di agricoltori esposti. In definitiva se la relazione fra pesticidi/fitofarmaci e tumori umani è stata ormai dimostrata per gli agricoltori o per i lavoratori esposti la dimostrazione che l'esposizione a dosi "ambientali" sia parimenti pericolosa è certamente più ardua, tuttavia è difficile "assolvere" queste molecole date le loro caratteristiche biologiche.



**TABELLA 1**  
**CLASSIFICAZIONE**  
**DI ALCUNI AGENTI**  
**AMBIENTALI IN BASE**  
**ALL'AZIONE**  
**CANCEROGENA**  
**E ALL'ASSOCIAZIONE**  
**CON ORGANI**  
**BERSAGLIO**  
**E PATOLOGIE**  
**TUMORALI**

**Sintesi da Tabelle**  
**di Belpomme e Clapp**

| AGENTI<br>CANCEROGENI                         | TUMORI ASSOCIATI / EVIDENZA   |   | MUTAGENI (M)<br>PROMOTORI (R)<br>CO-CANCEROGENI (C)   |
|---|---|---|---|
|   | FORTE <sup>1</sup>  | SOSPETTA <sup>2</sup>   |   |
| <b>MICROORGANISMI</b>                         |   |   |   |
| EBV (virus Epstein-Barr)                      | Naso-faringe, Linfomi   |   | Mutageni  |
| HBV (virus epatite B) e HCV (virus epatite C) | Fegato  |   | Mutageni  |
| HIV (virus dell'Aids)                         | Sarcoma di Kaposi, Linfoma a cellule B  |   | Promotori   |
| HTLV-1 Virus T Linfotropico dell'uomo         | Leucemia, Naso-faringe  |   | Mutageni  |
| HPV (Papilloma virus)                         | Cervice uterina   |   | Mutageni  |
| Helicobacter Pylori                           | Stomaco   |   | Co-cancerogeni  |
| <b>RADIAZIONI</b>                             |   |   |   |
| Radioattività                                 | Ossa, Cervello e Sistema Nervoso Centrale, Mammella, Leucemie, Fegato, Polmone, Mieloma Multiplo, Sarcomi Tessuti Molli, Pelle, Tiroide | Vescica, Colon, Naso e Naso-faringe, Ovaio, Stomaco           | Mutageni, Promotori   |
| UV (raggi ultravioletti)                      | Pelle   |   | Mutageni, Promotori   |
| CEM (campi elettromagnetici)                  |   | Cervello, Mammella, Leucemia                                  | Mutageni, Promotori   |
| <b>PARTICOLATO E XENOBIOTICI</b>              |   |   |   |
| Particolato fine                              |   | Polmone   | Co-cancerogeni  |
| Amianto                                       | Polmone, Laringe, Mesotelioma   |   | Mutageni, Co-cancerogeni  |
| Coloranti azoici                              | Vescica   | Prostata  | Mutageni  |
| β-Naftilamina                                 | Vescica   |   | Mutageni  |
| Benzene e derivati                            | Leucemie, Linfoma Non Hodgkin   | Vescica, Colon, Naso e Naso-faringe, Ovaio, Stomaco           | Mutageni  |
| Formaldeide e derivati                        |   | Naso e Naso-faringe   | Co-cancerogeni  |
| <b>METALLI</b>                                | Arsenico  | Vescica, Polmone, Pelle, Sarcomi tessuti molli (Angiosarcoma) | Cervello/Sistema Nervoso Centrale, Rene, Fegato e vie biliari, Prostata Sarcomi Tessuti Molli                       |
|   | Berillio  | Polmone   |   |
|   | Cadmio  | Polmone   | Pancreas, Rene, Prostata  |
|   | Cromo   | Polmone, Naso, Naso-faringe                                   |   |
|   | Piombo  |   | Cervello/Sistema Nervoso Centrale, Rene, Stomaco  |
|   | Mercurio  |   | Cervello/Sistema Nervoso Centrale   |
|   | Nichel  | Polmone, Naso, Naso-faringe                                   | Laringe, Pancreas, Stomaco, Cervello/Sistema Nervoso Centrale   |
| <b>COMPOSTI N-NITROSO *</b>                   |   |   |   |
| <b>ORGANO-CLORURATI</b>                       | Diossine  | Linfoma Non Hodgkin, Sarcomi Tessuti Molli, Polmone           | Mammella, Mieloma Multiplo, Prostata  |
|   | Pesticidi   | Linfoma Non Hodgkin, Sarcomi Tessuti Molli, Leucemie          | Cervello/Sistema Nervoso Centrale, Mammella, Mieloma Multiplo, Linfoma Non Hodgkin, Sarcomi Tessuti Molli, Leucemie |
|   | PCB (policlorobifenili)   | Fegato e Vie biliari  | Mammella, Linfoma Non Hodgkin   |
|   | Clorazione acque  |   | Vescica, Colon-retto, Leucemia  |
|   | Idrocarburi policiclici aromatici (IPA) **  | Polmone, Pelle  | Vescica, Laringe, Prostata  |
| Cloruro di vinile                             | Fegato/Vie biliari, Sarcomi Tessuti Molli, (Angiosarcoma)   |   | Mutageni  |

**1** Da Clapp (7) pag 22: la forte evidenza di associazione causale si basa principalmente sulla classificazione nel Gruppo 1 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC).

**2** Da Clapp (7) pag 22: la sospetta evidenza si basa su risultati di studi epidemiologici non sempre concordi, in cui comunque la presenza di studi ben disegnati con risultati positivi, già giustifica l'adozione di misure precauzionali.

\* Nitrati, Nitriti, Nitrosammine, Nitrosammidi

\*\* Idrocarburi policiclici aromatici (IPA) di alto peso molecolare (5-7 anelli) inducono potenziali processi di adduzione del DNA e perciò sono mutageni, mentre IPA con basso peso molecolare (3-4 anelli) sono promotori genotossici (Trosko e Upham, 2005).

## TABELLA 2 - ALCUNI DEGLI INQUINANTI IMMESSI IN ARIA ED ACQUA IN ITALIA NEL 2005

Fonte: Inventario Nazionale delle Emissioni e loro Sorgenti (INES)

| Inquinanti a effetto cancerogeno secondo la IARC | Unità di misura | Emissioni in aria | Emissioni in acqua | Emissioni totali |
|--|-----------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Arsenico (As) e composti                         | kg/a            | 1981,3            | 6035,3             | 8016,6           |
| Cadmio (Cd) e composti                           | kg/a            | 825,5             | 2207,5             | 3033,0           |
| Cromo (Cr) e composti                            | kg/a            | 11063,5           | 128963,1           | 140026,6         |
| Nichel (Ni) e composti                           | kg/a            | 37217,3           | 43365,8            | 80613,1          |
| Benzene, toluene, etilbenzene, xileni (BTEX)     | kg/a            | 540499,6 *        | 175067,8           | 715567,4         |
| Mercurio (Hg) e composti                         | kg/a            | 2821,2            | 1065,9             | 3887,1           |
| Piombo (Pb) e composti                           | kg/a            | 97063,6           | 17903,5            | 114967,1         |
| Diossine (PCDD) + Furani (PCDF)                  | g/a             | 103,0             | -                  | 103,0            |

### LA RELAZIONE TRA AMBIENTE E CANCRO

In uno studio del 1997 realizzato in Veneto si esprimeva in forma suggestiva la relazione fra degrado ambientale e cancro: era stato infatti notato che le aree di “deserto lichenico”, ossia i territori in cui queste forme di vita, estremamente sensibili all'inquinamento aereo, specie da metalli pesanti, scompaiono, coincidono di fatto con le aree di maggior mortalità per cancro al polmone. Oggi la correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro si deve considerare acquisita, dato che ad ogni incremento di 10 µg/m<sup>3</sup> di PM 2.5 corrisponde un incremento di morte per cancro al polmone del 13%.

### Le possibili correlazioni tra modificazioni dei geni e cancerogeni ambientali

Nuove conferme della relazione fra ambiente e cancro vengono da recenti discipline quali la epidemiologia molecolare, la metabolomica, ed in particolare dalla tossico-genomica che offre la possibilità di studiare migliaia di geni in contemporanea e monitorarne l'espressione in conseguenza di specifiche esposizioni. Una recente ed ampia indagine è stata condotta in 398 individui residenti da almeno 5 anni in 8 distretti delle Fiandre caratterizzati da insediamenti industriali/produttivi di vario tipo (chimico, metallurgico, raffinerie di petrolio, inceneritori, agricoltura intensiva). Lo studio ha indagato livelli ematici ed urinari di biomarker (Cea e PSA), agenti esogeni (metalli pesanti, diossine, policlorobifenili, metabolici di idrocarburi policiclici aromatici, ecc) e, su leucociti periferici, l'espressione di geni che regolano attività metaboliche, risposta immunitaria, proliferazione e differenziazione.

Lo studio ha dimostrato che esistono molteplici e significative correlazioni fra espressione genica e cancerogeni ambientali ritrovati in sangue od urine e rappresenta un innovativo ed interessante approccio per indagare la relazione fra ambiente e tumori.

### Incremento di mortalità per cancro nei siti inquinati

Numerosi studi epidemiologici comunque confermano la relazione tra ambiente e cancro specie in presenza di particolari criticità del territorio: già in una indagine condotta del 2002 su 15 aree del nostro paese identificate ad alto rischio di crisi ambientale era stato evidenziato un incremento del 37% del rischio di morte per tutti i tumori e del 30% per cancro al polmone (21). Ancora, in 196 Comuni della Campania interessati da sversamento illegale di rifiuti tossici, suddivisi in 5 classi di rischio crescente sulla base di un indice connesso al livello di inquinamento dovuto ai rifiuti si è registrato un trend statisticamente significativo di aumento della mortalità sia generale che per tutti i tumori al crescere dell'indice di esposizione.

### Informazione e certezza dei rischi

In tema di rischi ambientali un problema di cruciale importanza è rappresentato dall'informazione; Devra Davis afferma: “il modo con cui si confezionano le conoscenze sui rischi ambientali ha poco a che fare con i casi della scienza. Ogniqualvolta si solleva una questione di salute pubblica che ha ripercussioni per miliardi di dollari sulla vendita di un determinato tipo di beni, l'onere della prova imposto a chi esamina i rischi, può diventare tanto elevato da risultare insostenibile”.

Di fatto si registrano ritardi anche di decenni dal momento del riconoscimento della pericolosità di una sostanza, a quello in cui vengono adottate misure di protezione per la salute pubblica ed anche gli studi epidemiologici non sono esenti dai condizionamenti che la grande industria può esercitare offuscandone obiettività e scientificità.

### **Minor inquinamento, maggior salute**

Di fatto l'esposizione delle popolazioni ad una miriade di agenti che agiscono anche a basse dosi e spesso in modo sinergico non può più essere considerata ininfluenza sullo stato di salute specie della componente più fragile, quali donne, bambini, neonati, feti. Viceversa l'adozione di misure di prevenzione primaria comporta anche in tempi rapidi, un miglioramento ragguardevole dello stato di salute: una recente ri-analisi su sei città americane ha dimostrato come una diminuzione dell'inquinamento urbano da particolato fine comporta, dopo soli 3 anni, una diminuzione anche del rischio di carcinoma polmonare; un'altra conferma proviene, dalla Svezia dove, grazie a Lennart Hardell, negli anni '70 furono messi al bando alcuni pesticidi: ora, a distanza di trenta anni, in quel paese si sta registrando una diminuzione nell'incidenza dei linfomi. Questo tema meriterebbe una trattazione ben più dettagliata di quanto il carattere del presente articolo consenta.

### **Un modello di sviluppo ecocompatibile per le presenti e future generazioni**

“Il nostro ecosistema è ormai un esperimento chimico-biologico su larga scala, in cui siamo contemporaneamente coloro che sperimentano e coloro che lo subiscono, solo il tempo dirà se questo esperimento è ben condotto, come noi speriamo”. Questa frase presa dalla prestigiosa rivista scientifica “Nature” ben riassume la complessità delle modificazioni indotte, per azione antropica, nel giro di pochissime generazioni, nel nostro habitat e le preoccupazioni che tutto ciò potrà comportare per la salute umana, come abbiamo cercato di sintetizzare in questo articolo.

In conclusione possiamo affermare che la relazione fra ambiente-cancro è da considerarsi associata, anche se la frazione attribuibile ai singoli agenti inquinanti è

difficile da quantificare. Questo problema tuttavia è di secondaria importanza, se non addirittura fuorviante perché è il momento di mettere in pratica ciò che già sappiamo: se l'efficacia della Prevenzione Primaria è universalmente accettata per quanto attiene l'abitudine al fumo e come dimostra la riduzione dell'inquinamento aereo o dell'esposizione a pesticidi, perché allora non estenderla ed applicare il medesimo impegno nel ridurre drasticamente l'esposizione delle popolazioni ai tanti agenti cancerogeni noti e presenti nel nostro habitat cui noi, e soprattutto i nostri bambini, siamo sempre più massicciamente esposti?

### **PER INFORMAZIONI**

Il volume “Ambiente Tumori”, edito da Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e direttamente scaricabile dal sito dell'associazione <http://www.aiom.it/Attivit%EO+Scientifica/Documenti+AIOM/Position+paper/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,5352,1>.

Aiom - Associazione Italiana di Oncologia Medica  
Via E. Nöe, 23  
20133 Milano, Italy  
Tel: +39 02 70632097  
Fax: +39 02 2360018  
email: [aiom@aiom.it](mailto:aiom@aiom.it)  
[www.aiom.it](http://www.aiom.it)

Patrizia Gentilini  
International Society Doctors for Environment (Italy)  
email: [patrizia.gentilini@villapacinotti.it](mailto:patrizia.gentilini@villapacinotti.it)

## Registro Tumori del Veneto

# L'incidenza di cancro nella Ulss 12 tra il 2003 e il 2005. Nel Veneto in aumento il tumore al seno



a cura di **Paola Zambon**  
Responsabile Registro Tumori del Veneto

*La registrazione dei tumori è attiva nella Ulss 12 veneziana dal 1987.*

*Questa pubblicazione presenta i principali indicatori epidemiologici della malattia neoplastica: il numero dei nuovi casi di tumore che si verificano ogni anno (incidenza), l'andamento temporale della malattia, il numero dei soggetti che hanno avuto, in un qualsiasi momento della vita, una diagnosi di tumore e sono vivi ad una certa data (soggetti prevalenti).*

## Analisi dell'incidenza 2003-2005 nella Ulss 12 veneziana

Nel periodo 2003-2005 si osservano, come valore medio, 1.217 nuovi casi di tumore nei maschi e 1.104 nelle donne ogni anno; i decessi per tumore sono rispettivamente 608 e 512.

Nella tabella 1 è riportato il numero medio di casi, che si verificano ogni anno, per le principali sedi neoplastiche, cioè per gli organi colpiti dalla malattia.

La distribuzione del tipo di neoplasia cambia in base all'età.

### Tabella 1

**Numero medio di casi incidenti che si verificano nella Ulss 12 veneziana ogni anno, distinti per organo. Periodo 2003-2005**

| Sede (ICD-X)                               | Maschi | Sede (ICD-X)                               | Femmine |
|--|--------|--|---------|
| Prostata (C61)                             | 257    | Mammella (C50)                             | 349     |
| Polmone (C33-34)                           | 185    | Colon retto (C18-21)                       | 151     |
| Colon retto (C18-21)                       | 166    | Polmone (C33-34)                           | 79      |
| Vescica (C67)                              | 110    | Utero (C53-55)                             | 55      |
| Fegato (C22)                               | 65     | Linfomi non Hodgkin (C82-8, C96)           | 44      |
| Vie aereodigestive (C01, C09-14, C32)      | 64     | Pancreas (C25)                             | 39      |
| Rene e vie urinarie (C64-66, C68)          | 49     | Fegato (C22)                               | 35      |
| Pancreas (C25)                             | 37     | Vescica (C67)                              | 33      |
| Stomaco (C16)                              | 36     | Stomaco (C16)                              | 32      |
| Linfomi non Hodgkin (C82-8, C96)           | 35     | Rene e vie urinarie (C64-66, C68)          | 29      |
| Altre sedi                                 | 213    | Altre sedi                                 | 258     |
| Tutte le sedi escluso epitelomi della cute | 1.217  | Tutte le sedi escluso epitelomi della cute | 1.104   |

**Gli uomini più giovani sono colpiti maggiormente dal cancro del testicolo e dal melanoma; dopo i 45 anni più frequenti il cancro della prostata, del colon retto e del polmone.**

I tumori che colpiscono di più i maschi giovani (0-44 anni) sono quelli del testicolo e il melanoma della pelle; per i soggetti di età superiore le tre sedi tumorali più frequenti sono prostata, colon retto e polmone.

**Per tutte le donne il cancro più frequente è quello della mammella; le giovani sono colpite di più anche da melanoma; dopo i 45 anni i tumori più frequenti sono quelli del colon, dell'utero e del polmone**

Nelle donne il tumore della mammella è il più frequente in tutte le fasce di età, seguito, nelle più giovani (0-44 anni), dal melanoma della pelle. Il colon retto è la seconda sede tumorale per frequenza nelle donne dai 45 anni, seguito, nella classe di età 45-64 anni, dal tumore dell'utero e, in quelle più anziane, dalla neoplasia polmonare.

### **Rispetto al resto del Veneto, si registra un lieve eccesso complessivo di tumori tra le donne nella Ulss 12**

Confrontando i tassi standardizzati 2003-2005 del totale tumori e delle singole sedi dell'Ulss di Venezia con il dato medio dell'intera area di registrazione (2.300.000 residenti, circa metà della popolazione regionale), si osserva che nei maschi l'incidenza complessiva è simile a quella media del Registro, mentre nelle donne l'incidenza dell'Ulss 12 è più alta, anche se la differenza non è statisticamente significativa.

Nelle donne, si osserva un rischio ridotto per il tumore dell'utero e, al contrario, un incremento di rischio per colon retto, fegato, polmone e mammella; come per i maschi nessuna delle differenze è significativa.

### **Rispetto al resto del Veneto, si registra un lieve eccesso di tumori delle vie aerodigestive, del colon e fegato tra gli uomini nella Ulss 12**

Analizzando nei maschi le singole sedi, si osserva un rischio ridotto per i tumori dello stomaco, prostata, rene e vie urinarie e Linfomi non Hodgkin; è invece più alta della media di registro l'incidenza per i tumori delle vie aerodigestive superiori, colon retto e fegato. Nessuna di queste differenze, sia deficit che eccesso, è statisticamente significativa.

### **Andamenti temporali, in decremento l'incidenza tra gli uomini, in leggero aumento tra le donne**

Rispetto ai dati complessivi del Registro, nei maschi dell'Ulss 12 l'incidenza dei tumori è andata aumentando fino al 2001, data in cui si osserva un'inversione di tendenza, con un decremento medio annuo superiore ai tre punti percentuali. Nel complesso del Registro l'arresto della crescita dell'incidenza si è verificato prima, nel 1997, anch'esso seguito da una fase di decremento.

Nelle donne dell'Ulss 12 l'incidenza è andata aumentando nel tempo, analogamente a quanto si riscontra nel totale del Registro.

### **In significativa crescita tra gli uomini il cancro della prostata**

Considerando le cinque sedi tumorali più frequenti nei maschi (prostata, polmone, colon retto, vescica e fegato) risultano in significativa crescita l'incidenza del tumore della prostata e quella del colon retto che, però, si stabilizza a partire dal 1993. In calo significativo risultano il tumore del polmone il cui trend decrescente si accentua dal 2002, il tumore della vescica e quello del fegato dal 1996.



## In significativa crescita tra le donne il tumore della mammella

Nelle donne per le cinque sedi più frequenti (mammella, colon retto, polmone, utero e Linfomi non Hodgkin) le variazioni significative riguardano solo il tumore della mammella, caratterizzato da un aumento significativo, in linea con quanto si osserva in tutta l'area coperta dal Registro. Il tumore della vescica non presenta variazioni temporali dell'incidenza.

## Stima dei casi prevalenti

La stima del numero di soggetti residenti nell'Ulss 12, che nel corso della loro vita hanno avuto una diagnosi di tumore e sono vivi al 2010 (casi prevalenti), è pari a 15.723 (6.979 maschi e 8.744 femmine – Tabella 2).

La quota di persone che ha avuto la diagnosi di tumore da meno di 2 anni è pari al 21%; sono le persone che hanno bisogno degli interventi sanitari per la diagnosi e il trattamento della neoplasia. I soggetti la cui diagnosi risale ad almeno 15 anni prima sono considerati guariti e rappresentano il 20% del totale.

## Figura 1

### I tumori più frequenti per fascia d'età. Periodo 2003-2005. ASL 12 veneziana

|   | MASCHI   |  |   | FEMMINE                                       |  |  |
|---|--|--|---|---|--|--|
|   | 0-44   | 45-64  | 65+                                     | 0-44  | 45-64  | 65+                                      |
| 1 | <b>Testicolo</b> 19.6%<br>10 casi/anno         | <b>Prostata</b> 21.3%<br>70 casi/anno          | <b>Prostata</b> 22.3%<br>187 casi/anno  | <b>Mammella</b> 47.8%<br>37 casi/anno         | <b>Mammella</b> 40.8%<br>128 casi/anno         | <b>Mammella</b> 25.8%<br>184 casi/anno   |
| 2 | <b>Melanoma</b> 11.5%<br>6 casi/anno           | <b>Colon retto</b> 13.6%<br>45 casi/anno       | <b>Polmone</b> 17.1%<br>144 casi/anno   | <b>Melanoma</b> 9.6%<br>7 casi/anno           | <b>Colon retto</b> 13.6%<br>45 casi/anno       | <b>Colon retto</b> 11.8%<br>37 casi/anno |
| 3 | <b>Linfoma non Hodgkin</b> 8.1%<br>4 casi/anno | <b>Polmone</b> 12.2%<br>40 casi/anno           | <b>Colon retto</b> 14%<br>118 casi/anno | <b>Linfoma di Hodgkin</b> 6.5%<br>5 casi/anno | <b>Polmone</b> 12.2%<br>40 casi/anno           | <b>Polmone</b> 8.6%<br>62 casi/anno      |
| 4 | <b>Leucemia</b> 7.4%<br>4 casi/anno            | <b>Vie aereodigestive</b> 9.6%<br>31 casi/anno | <b>Vescica</b> 9.7%<br>82 casi/anno     | <b>Utero</b> 6.1%<br>5 casi/anno              | <b>Vie aereodigestive</b> 9.6%<br>31 casi/anno | <b>Pancreas</b> 4.5%<br>32 casi/anno     |
| 5 | <b>Colon retto</b> 6.8%<br>3 casi/anno         | <b>Vescica</b> 7%<br>25 casi/anno              | <b>Fegato</b> 5.1%<br>25 casi/anno      | <b>Tiroide</b> 6.1%<br>5 casi/anno            | <b>Vescica</b> 7%<br>25 casi/anno              | <b>Fegato</b> 4.3%<br>31 casi/anno       |

## Conclusioni: per gli uomini una incidenza simile al resto del Veneto, per le donne in aumento il tumore della mammella

Per i maschi si riconferma un rischio complessivo analogo a quello medio stimato nell'intera area della Regione in cui è attivo il Registro; l'andamento è decrescente e, in particolare per il polmone, che risultava in eccesso fino al 2002, si osserva una importante riduzione dell'incidenza.

Nelle donne dell'Ulss 12, come nel resto del Registro, l'incidenza complessiva è in aumento e, in particolare, quella della mammella. L'incremento, pur diversificato a seconda delle singole sedi, è maggiore nell'area complessiva di registrazione di quello osservato nell'Ulss 12. Risulta quindi una riduzione dell'eccesso di incidenza rilevato nelle precedenti analisi sia per tutti i tumori che per sedi specifiche come polmone, vescica e mammella.

## Per informazioni

Analisi più dettagliate sono disponibili nel sito [www.registrotumoriveneto.it](http://www.registrotumoriveneto.it)

## Centrale operativa 118 della Provincia di Venezia

---

# Nel 2011 oltre 160mila chiamate e 80mila interventi

a cura di **Paolo Caputo**  
 direttore della Centrale Operativa Suem di Venezia  
 e di **Elisa Saccoman**  
 vice coordinatrice

*La Centrale Operativa 118 per la Provincia di Venezia, è il sistema di gestione dell'emergenza e dell'urgenza sanitaria e, comprende tutte le strutture definite dal DPR 27/3/92 come "sistema di allarme" e "sistema di intervento territoriale".*

*Le sue finalità sono:*

- *Garantire una pronta ricezione di tutte le richieste sanitarie indifferibili;*
- *Pianificare lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle risorse;*
- *Attivare le risorse sanitarie più adeguate in base alle specifiche necessità dell'utente;*
- *Garantire il soccorso medico extraospedaliero avanzato a tutti i pazienti critici;*
- *Organizzare un efficiente sistema di gestione delle emergenze sanitarie;*
- *Coordinare i servizi di trasporto secondario urgente e non urgente;*
- *Garantire il trasporto intraospedaliero protetto;*
- *Organizzare un sistema di intervento per le grandi emergenze sanitarie, anche di natura non convenzionale;*
- *Promuovere ed organizzare la formazione del personale addetto all'emergenza;*
- *Elaborare piani di intervento e di assistenza sanitaria;*
- *Promuovere l'educazione al primo soccorso nei confronti dell'utenza;*
- *Organizzare e disciplinare il concorso del volontariato all'attività di istituto;*
- *Garantire al personale la tutela della salute e della sicurezza in base al decreto legislativo del 9 Aprile 2008 n. 81 che ne disciplina la materia.*



Nell'ambito di queste finalità, è obiettivo di primaria importanza lo sviluppo omogeneo del sistema, che deve essere in grado di garantire pari livello di assistenza sanitaria a tutti gli utenti su tutto il territorio della Provincia di Venezia.

Il sistema deve sforzarsi di garantire il perfetto trattamento di ciascun paziente mediante il coordinamento di tutte le risorse interne ed esterne.

Al sistema deve essere garantita un'autorità commensurata alla responsabilità di garantire il servizio di emergenza, il sistema deve essere in grado di stabilire gli standard strutturali, operativi e clinici, di negoziare i finanziamenti specifici, di avviare programmi di formazione e miglioramento della qualità. Il sistema deve essere sensibile alle istanze avanzate dai fruitori del servizio e rilevare con continuità le reali esigenze della popolazione servita.

#### **I COMPITI DELLA CENTRALE OPERATIVA**

I compiti della Centrale Operativa 118 della Provincia di Venezia sono:

- Ricevere le richieste di soccorso sanitario
- Mantenere i collegamenti tra tutti gli enti del sistema
- Assicurare i collegamenti telefonici e radio-telefonici
- Gestire tutti gli interventi sul territorio della Provincia di Venezia
- Raccordarsi con il Centro di Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza
- Raccordarsi con la Prefettura per gli interventi di Protezione Civile
- Mantenere i contatti con i Vigili del Fuoco e le Forze dell'Ordine
- Coordinare e gestire le richieste di trasferimenti secondari urgenti e non urgenti
- Pianificare un sistema di coordinamento provinciale dei servizi interospedalieri programmati.

#### **IL FUNZIONAMENTO DELLA CENTRALE OPERATIVA**

La Centrale Operativa è gestita da personale infermieristico adeguatamente formato, il cui lavoro è supervisionato da un Medico di Centrale, che garantisce le competenze mediche di appoggio ed è, in caso di assenza, immediatamente consultabile.

Il bacino di utenza per la Centrale Operativa 118 della Provincia di Venezia è di circa 900 mila persone e comprende varie aziende sanitarie: l'Ulss 12 veneziana; l'Ulss 10 di san Donà, Portogruaro e Jesolo; l'Ulss 13 di Dolo e Mirano; l'Ulss 14 di Chioggia e Cavarzere.

Occorre considerare che al bacino di abitanti si aggiungono i milioni di turisti in transito a Venezia durante l'anno ed in tutto il litorale adriatico da Sottomarina a Bibione nella stagione estiva da aprile a settembre.

#### **ALCUNI DATI: 450 CHIAMATE OGNI GIORNO E NEL 2011 OLTRE 71MILA INTERVENTI**

La Centrale Operativa 118 di Venezia è attiva 24 ore su 24 per rispondere alle richieste di soccorso sanitario attraverso il numero telefonico 118 ed intervenire tempestivamente in ogni situazione di emergenza/urgenza.

Ogni giorno, nell'arco di 24 ore, riceviamo in media 450 chiamate. Nel 2011 le chiamate sono state complessivamente 163.445.

Nel 2011 abbiamo portato a termine 71.710 interventi: 11.659 codici rossi; 30.366 codici gialli; 28.289 codici verdi; 1396 codici bianchi.

## CODIFICA DELLE URGENZE-EMERGENZE

Le domande poste dall'operatore all'utente, devono seguire una sequenza logica che ha lo scopo preciso di individuare prioritariamente le situazioni a rischio più elevato e, man mano altre di minore gravità. Secondo protocolli medici decisi dal responsabile di Centrale Operativa e riferimenti bibliografici precisi, il livello di risposta a situazioni di gravità crescente è indicato dai seguenti codici colore stabiliti dal DPR 27/3/92:

- **Codice rosso:** emergenza assoluta. Paziente con funzioni vitali compromesse in imminente pericolo di vita.
- **Codice giallo:** emergenza relativa; situazione a rischio, intervento non differibile. Paziente con funzioni vitali mantenute ma, per le quali non si può escludere la compromissione delle stesse; ovvero con danni funzionali potenzialmente rilevanti.
- **Codice verde:** non emergenza; situazione differibile ma prioritari rispetto al codice bianco. Paziente con funzioni vitali mantenute, con patologia acuta presente ma stabile.
- **Codice bianco:** non emergenza; situazione di intervento differibile e/o programmabile. Paziente indenne o con patologia poco rilevante.

I codici di gravità vengono tradotti con l'attivazione e il coordinamento dei mezzi di soccorso sulla base delle risorse disponibili e del loro grado di qualificazione ( Ambulanza di tipo A; ambulanza di tipo B; automedica; elicottero; mezzi speciali, ecc.).

## UN SISTEMA DI TELECOMUNICAZIONI AVANZATO

Per espletare le molteplici attività direttamente o indirettamente correlate alle emergenze/urgenze la Centrale Operativa 118 dispone di un sistema di telecomunicazione avanzato (sistema radio-telefonico) che consente di ricevere sia le chiamate su normali linee urbane che, in seconda istanza, quelle provenienti da altre Centrali Operative (112,113,115 etc.) consentendo il collegamento con i principali sistemi di emergenza non sanitaria ( Vigili del Fuoco, Polizia, Carabinieri, ecc.). Il numero di linee telefoniche a disposizione e l'organizzazione del servizio permettono una rapida risposta alla richiesta di soccorso.

## MODALITÀ DI CHIAMATA AL NUMERO TELEFONICO 118

Il richiedente deve fornire il maggior numero di notizie riguardanti l'episodio per cui necessita l'intervento del 118, l'operatore a sua volta richiede alcune informazioni specifiche necessarie a valutare la chiamata, comprenderne le reali necessità ed individuare la risposta più corretta al caso attraverso l'attivazione di risorse più adeguate: istruzioni pre-arrivo che permettono, in attesa dell'arrivo del mezzo sanitario, di fornire un primo supporto delle funzioni vitali dell'infortunato senza perdere del tempo prezioso che, a volte, significa, vita: l'invio dell'ambulanza; l'invio dell'automedica; l'invio dell'elicottero.

Valutate la necessità secondo le indicazioni ricevute da chi ha effettuato la chiamata, l'operatore di Centrale Operativa 118 prende in carico il caso ed invia il mezzo più idoneo sul luogo dell'evento, comunicando all'equipaggio tutte le notizie relative all'intervento.

## MODALITÀ DI INTERVENTO DELLE UNITÀ DELLA CENTRALE OPERATIVA

Arrivato sul posto l'equipaggio assiste l'infortunato portando le prime cure e ne dispone, se necessario, il trasferimento in ospedale, informando via radio al Centrale Operativa 118.

I mezzi di soccorso con personale medico ed infermieristico a bordo, hanno inoltre la possibilità di teletrasmettere un eventuale elettrocardiogramma effettuato al paziente all'Unità Coronarica dell'Ospedale di riferimento per una diagnosi/trattamento precoce.

Durante il trasporto in ospedale vengono comunicate le condizioni del paziente soccorso per far sì che possano essere allertati tutti gli specialisti più idonei alla gestione della patologia presente.



## **CENTRALE OPERATIVA 118: ISTRUZIONI PER L'USO**

Il 118 è un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, coordinato da una centrale operativa che gestisce tutte le chiamate per necessità urgenti e di emergenza sanitaria, inviando personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno. Alla centrale operativa 118 devono rivolgersi i cittadini che ritengono di trovarsi in presenza di un problema, insorto improvvisamente, che necessiti di un intervento sanitario di urgenza, con eventuale trasporto presso un presidio ospedaliero.

L'attività della Centrale Operativa non è in alcun modo sostitutiva di quella svolta dai medici di Medicina Generale e/o di Guardia Medica, attività con le quali si integra su specifica richiesta di intervento da parte di detti medici.

### **1 DOVE È SUCCESSO COSA**

Per riuscire ad operare correttamente la Centrale Operativa 118 ha la necessità di capire DOVE è successo COSA.

È per questo motivo che all'utente che contatta la Centrale Operativa vengono poste alcune semplici domande. Identificare la gravità dell'evento permette infatti di inviare il mezzo di soccorso con le capacità assistenziali adeguate a quell'intervento. Solo attraverso informazioni precise fornite da chi contatta la Centrale questa può essere veramente efficace ed efficiente nel fornire la risposta sanitaria.

Fornire dati completi ed esaurienti non significa perdere tempo prezioso, ma significa guadagnarlo. A volte equivale a salvare una vita.

Si ricorda che chi risponde al 118 non è chi giungerà sul luogo dell'incidente/malore.

### **2 DOV'È SUCCESSO**

È fondamentale per la Centrale Operativa 118 capire esattamente dove è richiesto l'intervento. Si ricorda che la Centrale Operativa 118 per la Provincia di Venezia risponde per tutte le chiamate provenienti dalla provincia di Venezia da Portogruaro a Chioggia.

L'identificazione precisa del luogo dell'evento è, infatti, il primo fondamentale elemento che permette il buon fine dell'intervento necessario.

Il numero telefonico del chiamante viene sempre visualizzato e tutte le telefonate sono registrate.

La Centrale 118 ha la possibilità, nella maggioranza delle richieste, di avere immediate informazioni sulla localizzazione della linea del chiamante se fissa.

In ogni caso la precisione da parte di chi chiama relativamente al luogo in cui si è verificato l'evento è assolutamente determinante!

### **3 COS'È SUCCESSO**

“...ma perché quando telefono per avere un'ambulanza, mi fanno tutte quelle domande? Io ne ho bisogno subito e quelli stanno a perdere tempo! Cosa gli interessano tutte quelle informazioni? Che mi mandino l'ambulanza e basta!”

Questo modo di pensare è legato al concetto che tanto le ambulanze sono tutte uguali, servono solo per trasportare in fretta chi sta male, un malato in ospedale troverà l'assistenza idonea di cui ha bisogno... **NON È VERO!!**

Non è vero che tutte le ambulanze sono uguali.

Vi sono ambulanze dedicate a trasporti non urgenti; ambulanze con personale, volontario e dipendente, addestrato e preparato professionalmente al soccorso; ambulanze con infermieri formati per l'emergenza extraospedaliera; un'automedica con a bordo un medico, un infermiere in grado di affrontare e risolvere i casi più gravi e, un servizio di elisoccorso su base regionale.

Non è vero che basta trasportare in fretta il paziente in ospedale. Vi sono pazienti che possono trovare il livello di assistenza necessario per la loro condizione solamente in ospedali particolarmente attrezzati, e non nell'ospedale semplicemente più vicino.

Non è vero che l'assistenza può essere erogata solo in ospedale, ma può e deve iniziare immediatamente se le condizioni del paziente sono particolarmente gravi.

Rispondere a poche e semplici domande fornite dall'operatore di Centrale Operativa 118 può essere determinante per la vita di una persona, quindi deve essere ascoltato.

## PUNTI DI ECCELLENZA CENTRALE OPERATIVA 118 DI VENEZIA

- Gestione e coordinamento delle emergenze maggiori a livello regionale, coordinamento delle Centrali Operative Provinciali.
- Gestione delle emergenze convenzionali e non di tipo NBCR (Nucleare Batteriologico Chimico e Radiologico)
- Coordinamento con Vigili del Fuoco ed altre Forze dell'Ordine (Carabinieri, Polizia, ecc.) nella gestione delle emergenze maggiori
- Gestione del servizio di elisoccorso
- Gestione del trasporto sanitario protetto
- Attivazione del trasporto neonatale
- Gestione delle scorte di antidoti e del materiale NBCR (Nucleare Batteriologico Chimico e Radiologico)
- Teletrasmissione elettrocardiogramma dal territorio all'Ospedale

### Tabella 1

#### TEMPI DI PERCORRENZA AMBULANZE, IDROAMBULANZE, ELICOTTERO CENTRALE OPERATIVA 118 DI VENEZIA

##### IDROAMBULANZA IN LAGUNA PIÙ AMBULANZA IN TERRAFERMA:

|   |              |
|---|--------------|
| Pellestrina > ospedale dell'Angelo            | 40/45 minuti |
| Lido > ospedale dell'Angelo                   | 30/35 minuti |
| Venezia centro storico > ospedale dell'Angelo | 25/30 minuti |

##### SOLO AMBULANZA IN TERRAFERMA:

|   |              |
|---|--------------|
| San Donà > ospedale dell'Angelo           | 25/30 minuti |
| da Portogruaro a Mestre                   | 40/45 minuti |
| Ospedale dell'Angelo > Ospedale di Padova | 25/30 minuti |
| Ospedale dell'Angelo > Treviso            | 20/25 minuti |

##### ELICOTTERO CON PARTENZA DALLA BASE DI TREVISO:

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Treviso > Mestre         | 5 minuti  |
| Treviso > San Donà       | 7 minuti  |
| Treviso > Jesolo         | 10 minuti |
| Treviso > Portogruaro    | 12 minuti |
| Treviso > Caorle         | 13 minuti |
| Treviso > Bibione        | 16 minuti |
| Treviso > Punta Sabbioni | 7 minuti  |
| Treviso > Mirano         | 7 minuti  |
| Treviso > Dolo           | 9 minuti  |
| Treviso > Chioggia       | 13 minuti |



## Tabella 2 ATTIVITÀ DELLA CENTRALE OPERATIVA SUEM 118 DI VENEZIA

- Ogni giorno, nell'arco di **24 ore**, in media vengono gestite **450 chiamate**
- Nel **2011** le chiamate sono state complessivamente **163.445**
- **71.710** interventi di soccorso, di cui
  - **11.659** codici rossi
  - **30.366** codici gialli
  - **28.289** codici verdi
  - **1.396** codici bianchi

per informazioni: [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it)



## A confronto con Giulio Belvederi, direttore del Dipartimento di Emergenza e Urgenza dell'Ulss 12 Veneziana

# Al Pronto Soccorso di Mestre, ogni anno in media 80mila accessi Oltre mille codici rossi e 13mila codici gialli

a cura di  
**Nicoletta Benatelli**

*L'imponderabile. È questa la sfida quotidiana che devono affrontare medici e infermieri del Pronto Soccorso dell'ospedale dell'Angelo, polo di riferimento per l'intera provincia di Venezia.*

*Incidenti stradali che coinvolgono varie persone ferite gravemente, fughe di gas tossico nel polo industriale di Porto Marghera, cadute degli operai nei cantieri edili, persone colpite da patologie improvvise che possono portare anche alla morte, vittime di violenze: sono questi alcuni esempi delle difficili situazioni che deve affrontare il Dipartimento di Emergenza, di cui fa parte anche la sede in centro storico all'ospedale civile di Venezia.*

### **Le persone in pericolo di vita: in media ben oltre mille "codici rossi" l'anno**

"Quando arriva un codice rosso, cioè una persona in immediato pericolo di vita, il Pronto Soccorso deve accoglierla facendo tutto il possibile e finanche l'impossibile per salvarla", spiega Giulio Belvederi, direttore del Dipartimento di Emergenza ed Urgenza.

La gestione del "codice rosso", cioè di un paziente che ha uno o più parametri vitali (respiro, battito cardiaco, ecc.) compromesso o fortemente instabile, è la sfida di ogni Pronto Soccorso.

Il fantasma temibile scatta nel momento in cui arriva la chiamata di emergenza, sapendo che in pochi

minuti bisogna entrare in azione come una squadra compatta, affrontando con procedure e protocolli collaudati il paziente che arriva e che porta con sé però inevitabilmente ogni volta una situazione assolutamente particolare. Nessun caso è uguale a un altro e ogni volta c'è in gioco una vita.

I "codici rossi" trattati dal Pronto Soccorso dell'Angelo sono stati complessivamente 1380 nel 2008, 1454 nel 2009, 1148 nel 2010, 1117 nel 2011. Una media di tre al giorno.

### **Strappare il paziente alla morte**

Dietro le procedure attuate nell'immediato, dietro operazioni standard messe in atto in pochi

minuti, se non in pochi secondi, con abilità tecnica ed esperienza collaudata, per medici ed infermieri, c'è in gioco, oltre che il loro dovere deontologico e giuridico, anche la sfida incessante nell'affrontare e vincere quell'evento imponderabile che improvvisamente mette a repentaglio la vita di una o più persone. Dietro i nervi d'acciaio, anche medici e infermieri sperano sempre umanamente di farcela, di sconfiggerla quella morte che tra le loro mani trova fortunatamente ostacoli e spesso deve arretrare per lasciare finalmente ancora spazio alla vita. Ogni vita strappata alla morte è per gli operatori dell'Emergenza una soddisfazione profonda, che va conservata con cura, magari anche senza parlarne apertamente, qualcosa da portare a casa e da godere in silenzio.

### **La complessa gestione del “codice rosso” per ristabilizzare il paziente**

Il Dipartimento di Emergenza ed Urgenza è di per sé una frontiera tra la vita e la morte in cui si combatte ogni giorno la battaglia più classica del medico e dell'infermiere che non si arrendono all'imponderabile.

“Gestire al meglio un “codice rosso”, significa essere consapevoli che nel frattempo il Pronto Soccorso può accogliere anche altre situazioni critiche e soprattutto che, oltre a fronteggiare con tutti i mezzi la grande emergenza, occorre continuare costantemente nel monitoraggio anche dei pazienti entrati come “codici gialli”, e cioè al momento non gravi, ma che potrebbero presentare improvvisamente un peggioramento serio delle proprie condizioni – continua il direttore Belvederi –. Bisogna dunque fare il massimo per il “codice rosso” e contemporaneamente continuare a seguire i “codici gialli”. Anche per questo motivo in caso di incidenti o altre situazioni che presentino più persone in pericolo di vita, si cerca di distribuire i pazienti nei vari centri provinciali per dare la possibilità agli operatori di intervenire al meglio in ogni singolo caso. Noi operiamo in stretta collaborazione, in queste situazioni, con i centri degli ospedali di Padova e Treviso”.

Il “codice rosso” impone il tentativo di ristabilire, per quanto possibile e nel minor tempo possibile, un equilibrio accettabile dei parametri vitali del paziente. Ma contemporaneamente occorre anche attivare tutte le procedure per arrivare ad una diagnosi definitiva: fratture, lesioni, patologie, compromissione di organi e funzioni, devono essere rilevate e definite per poter arrivare al percorso terapeutico necessario. È dal Pronto Soccorso infatti che i “codici rossi” sono poi inviati ai vari reparti secondo le diverse diagnosi: Cardiologia e Cardiochirurgia per i problemi cardiaci; Stroke Unit di Neurologia per gli ictus; Chirurgia per gli interventi immediati; Terapia Intensiva e Rianimazione per le persone in coma; ecc.

### **La valutazione dei “codici gialli” per accertare o escludere possibili gravi patologie**

“I pazienti accolti come “codici gialli”, che sono molto più numerosi dei “codici rossi”, presentano anch'essi una complessa gestione, perché occorre verificare nel più breve tempo possibile se i sintomi che fanno sospettare una possibile grave patologia, sono o meno confermati – afferma il dottor Belvederi –. Il paziente con “codice giallo” può essere dimesso serenamente dopo attente valutazioni o può presentare aggravamenti improvvisi che lo fanno diventare un “codice rosso”. In questi casi si mettono in atto monitoraggio cardiaco, esami del sangue, visite accurate, ecc. che permettono di verificare in dettaglio quali sono le effettive condizioni del paziente”.

Il Triage è la valutazione di accesso fatta già sul territorio dal personale del SUEM se il paziente arriva in ambulanza e comunque sempre dal personale dello stesso Pronto Soccorso, anche nel momento in cui la persona si presenta spontaneamente. È con il Triage che, secondo procedure e regole standard, si valutano parametri vitali e sintomi del paziente per la definizione del codice di accesso. Una volta ottenuto il codice di accesso, si attua il percorso diagnostico definito dai protocolli: i “codici rossi” hanno assoluta priorità, i “codici gialli” devono essere valutati comunque entro breve tempo.

### **Ogni anno in media sono trattati tra 13mila e 14mila “codici gialli”**

I “codici gialli” trattati dal Pronto Soccorso dell'ospedale dell'Angelo sono stati complessivamente: 13098 nel 2008; 12878 nel 2009; 14176 nel 2010; 14699 nel 2011.

“Quando sono arrivato in questo servizio, mi è stato consegnato un principio base: mai dare nulla per scontato – confessa un giovane infermiere –. I pazienti che possono sembrare all'inizio potenzialmente gravi, poi magari si ristabiliscono in fretta. Altri pazienti che sembrano meno gravi, possono peggiorare improvvisamente”. Una regola che spiega la difficoltà di gestire ed intervenire rispetto ai “codici gialli” che sono numerosi e vengono tenuti in osservazione per qualche ora nella area critica, in attesa di arrivare ad una diagnosi precisa.

“L'esempio classico è quello del dolore al torace – riprende il direttore Belvederi –. Si tratta di un sintomo che di per sé non può mai essere sottovalutato perché può essere campanello d'allarme per un infarto. Ma ovviamente la percentuale di infarti collegata effettivamente a questo sintomo è molto più bassa del numero delle persone che qui si presentano con questo disturbo preoccupante. Dobbiamo essere noi a valutare in breve tempo se la situazione è davvero grave oppure no o se possono esserci comunque segnali di allarme da sottoporre al medico curante del paziente. Il fatto è che il nostro compito è

escludere patologie di immediata gravità, non arrivare sempre e comunque ad una diagnosi definitiva. Ci sono sintomi complessi da interpretare che possono essere segnale di varie patologie e il compito di definirle spetta al medico di medicina generale in collaborazione con i medici specialisti. Non sempre i pazienti comprendono che non siamo noi a dover fare diagnosi definitive per patologie che richiedono una valutazione clinica che può durare settimane o magari dei mesi, con varie consultazioni specialistiche ed esami approfonditi”.

#### **La squadra di medici ed infermieri addestrati all'emergenza**

Al Pronto Soccorso di Mestre operano una ventina di medici e 45 infermieri professionali addestrati per la gestione delle emergenze.

I medici più anziani provengono per la maggior parte da una formazione specialistica di Chirurgia Generale ed i medici più giovani invece da una formazione specialistica di Medicina Interna con indirizzo in Medicina di Urgenza.

I turni notturni sono di 12 ore di seguito, mentre di giorno i turni possono essere di 6 o di 12 ore.

Ai turni lavorativi seguono poi turni di riposo.

È chiaro che si tratta di un lavoro molto stressante che sottopone anche gli operatori ad una notevole fatica psicofisica.

#### **La sede in centro storico all'ospedale civile di Venezia: nel 2011 gli accessi sono stati 35255**

Al Dipartimento di Emergenza ed Urgenza, diretto dal dottor Belvederi, fa capo anche il Pronto Soccorso dell'ospedale civile di Venezia, diretto dal dottor Michele Alzetta.

I protocolli e le procedure d'intervento ovviamente sono simili; le differenze sono dovute alla differenza dei ritmi lavorativi e talora della tipologia di pazienti.

Nel 2011 gli accessi complessivi sono stati 35255 e di questi 482 codici rossi, 6454 codici gialli, 11947 codici verdi e 16239 codici bianchi. Nel 2011 sono stati 6115 i ricoveri nell'ospedale del centro storico, mentre sono stati 9661 i ricoveri all'ospedale dell'Angelo.

#### **La gestione dei “codici verdi” e dei “codici bianchi” per patologie non urgenti**

Più raramente si parla sui giornali e in televisione degli interventi di successo effettuati dal Pronto Soccorso e sempre più spesso invece si denunciano le lunghe attese, anche di mezza giornata o di una giornata. Perché?

“Noi cerchiamo di fare del nostro meglio, ovviamente siamo esseri umani e possiamo fare sempre degli errori, soprattutto nella frontiera delicatissima in cui operiamo – riprende il direttore Belvederi -. Ma l'impressione è che la gente non comprenda esattamente quale è la funzione prioritaria del nostro servizio. Noi operiamo per legge dando la precedenza ai “codici rossi” ed ai “codici gialli”. Siamo e dobbiamo restare attivi al massimo sul fronte della emergenza e delle urgenze. Ci sono quindi priorità, definite dai codici di accesso che non ci permettono di operare in modo diverso. A volte tra i pazienti che hanno accesso con “codici verdi” o “codici bianchi” si crea l'aspettativa di trovare una risposta diagnostica da parte nostra, ma questo non è sempre il nostro compito.

Certamente noi dobbiamo intervenire rispetto ai





“codici bianchi” per piccole suture, per il riscontro di eventuali piccole fratture, per l’invio veloce a visite specialistiche per disturbi fastidiosi o sospetti, ecc., ma non possiamo essere utilizzati come mangiacode, come una sorta di scorciatoia rispetto alle purtroppo lunghe liste d’attesa per visite ed esami o in assenza del medico di medicina generale di riferimento”.

**Cresce il numero dei “codici bianchi” trattati: nel 2008 sono stati 33mila e nel 2011 oltre 50mila**

Il numero dei “codici verdi” e “codici bianchi” trattati dal Pronto Soccorso di Mestre è indicativo della pressione quotidiana sul servizio da parte di persone che presentano problematiche tra le più svariate. E siccome è anche vero che a nessuno piace aspettare ore in un sala d’attesa del Pronto Soccorso, questo fenomeno, presente in tutto il mondo industrializzato, è anch’esso un sintomo sociale che va indagato.

I “codici verdi” trattati sono stati: 30395 nel 2008; 19394 nel 2009; 15418 nel 2010; 16383 nel 2011.

I “codici bianchi” trattati sono stati: 33114 nel 2008; 45354 nel 2009; 50884 nel 2010; 51916 nel 2011.

**Le motivazioni che portano migliaia di persona a rivolgersi al Pronto Soccorso anche per richieste cosiddette “improprie”**

Dal 2008 al 2011 i codici bianchi trattati sono quasi raddoppiati. Come spiegare un fenomeno di questa portata? Si tratta di fatto di un fenomeno sociale studiato ed indagato dagli esperti in tutto il mondo industrializzato in cui sia presente un sistema di welfare organizzato.

“C’è da dire che aumentando il numero degli accessi e degli stessi “codici bianchi”, cambiano alcune regole del Triage, per cui, per protezione, si tende, da un lato, alla sovrastima dei “gialli”, dall’altro alla sottostima dei pazienti a minor rischio cioè dei “codici verdi” e dei “codici bianchi” – commenta il direttore Belvederi –. È un cane che si morde la coda”.

Inoltre fino alla primavera del 2008 al vecchio ospedale di Mestre, l’Umberto I, c’era un ambulatorio dei “codici bianchi”, gestito dai medici di Medicina Generale, che, al di là dei costi, evidentemente non ha dato i risultati sperati.

“Dato per scontato che almeno la metà dei “codici bianchi” che si rivolgono a noi sono assolutamente

di nostra piena competenza, la domanda resta aperta per altre migliaia di accessi che possiamo considerare “impropri”, cioè si tratta di accessi in cui il Pronto Soccorso è utilizzato in modo improprio e si potrebbe invece rivolgersi al proprio medico di medicina generale. Mi sono recato personalmente a visitare il Pronto Soccorso di ospedali importanti di grandi città negli Stati Uniti e, pure in un sistema di welfare completamente diverso, ho visto la stessa pressione sociale che si registra qui da noi – conclude il direttore Belvederi –. È un fenomeno generalizzato, le cui motivazioni sono molteplici e complesse”.

Aumenta la richiesta di assistenza, un bisogno esasperato anche da precarietà ed insicurezza derivate dalla crisi sociale ed economica. Proviamo a fare delle riflessioni. Per diverse tipologie di visite specialiste ed esami strumentali la lista d’attesa è di qualche settimana, se non, talvolta, di qualche mese, e questo certamente incentiva la scelta dei cittadini di rivolgersi al Pronto Soccorso anche per patologie non gravi, con l’obiettivo di saltare le code ed ottenere in tempi rapidi la prestazione di cui si ha bisogno.

Per molti pazienti il rapporto con il medico di medicina generale è vissuto in modo problematico: si tratta anche in questo caso di rispettare i turni di ricevimento del medico, di fare la coda, di discutere con il professionista del proprio bisogno e del possibile iter diagnostico. Una procedura che alcuni vivono con insofferenza rischiando però di intasare così il Pronto Soccorso con la richiesta di prestazioni che dovrebbero essere svolte nel Distretto sanitario di appartenenza.

Ma occorre cercare di capire anche cosa si nasconde soprattutto dietro l’aumento enorme della domanda negli ultimi due, tre anni, che segnano anche contemporaneamente l’inasprimento della crisi economica e sociale. È possibile che le persone vivano il Pronto Soccorso come un punto di riferimento sicuro e facilmente individuabile per la tutela della propria salute. Un punto di riferimento immediatamente raggiungibile e dall’accesso relativamente semplice rispetto ad altri tipi di strutture e servizi.

Per informazioni [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it)

## Intervista a Carlo Maggiolo, primario di Anestesia e Rianimazione dell'Ulss 12

# Oltre ventimila assistenze in sala operatoria all'ospedale civile di Venezia e all'ospedale all'Angelo

“Ogni mattina, per quanto riguarda i nostri pazienti, facciamo quello che nel linguaggio tecnico è definito “l’audit”, cioè un confronto all’interno della nostra équipe per verificare i casi trattati – spiega Carlo Maggiolo, primario di Anestesia e Rianimazione dell’Ulss 12 –. È una analisi dettagliata dei casi per verificare e riverificare insieme, passo passo, l’assistenza prestata ad ogni singolo paziente. Nella nostra professione abbiamo a che fare spesso con gravità anche estreme e con situazioni difficilissime, in cui il confine tra la vita e la morte è fragilissimo. Il nostro compito, in scienza e coscienza, è fare tutto il possibile. Sempre. Ci sono pazienti, arrivati in situazioni di grave compromissione, rispetto ai quali era difficile nutrire speranze, che dopo qualche tempo si riprendono e tornano a vivere. Quando questi pazienti vengono a ringraziare me e la mia équipe per noi è una soddisfazione infinita che ci ripaga di tutta la fatica del nostro lavoro”.

### **Dottor Maggiolo può illustrarci la composizione delle sue équipe?**

I medici anestesisti e rianimatori sono 42 all'ospedale dell'Angelo a Mestre e 18 all'ospedale civile di Venezia. Nel complesso tra gli ospedali di Venezia e di Mestre gli infermieri professionali, che fanno capo al nostro reparto, sono un centinaio. All'ospedale civile di Venezia il nostro reparto comprende otto posti letto di Terapia Intensiva generale.

All'ospedale dell'Angelo, che è polo di riferimento provinciale anche per i pazienti gravemente traumatizzati, ci sono tre diverse Rianimazioni specializzate in altrettanti settori: la Terapia Intensiva di Neurochirurgia con sei posti letto attivi su otto disponibili; la Terapia Intensiva di

Cardiochirurgia con otto posti letto su otto disponibili; la Terapia Intensiva tradizionale con sei posti letto su otto disponibili.

I nostri pazienti sono in situazioni critiche per importanti interventi di Neurochirurgia o Cardiochirurgia, ecc. oppure per ictus, infarti o gravi traumi. Si tratta dunque di pazienti intubati e sottoposti a costante monitoraggio dei parametri vitali, che hanno bisogno, 24 ore su 24, della presenza e dell'assistenza costante di personale infermieristico specializzato. Un infermiere segue non più di due pazienti, talvolta anche un solo paziente.

Inoltre le nostre équipe devono anche garantire le guardie mediche: un anestesista e un rianimatore sono sempre presente all'ospedale civile di

Venezia per possibili interventi urgenti; tre anestesisti sono sempre presenti all'ospedale dell'Angelo per interventi urgenti di Neurochirurgia, Cardiochirurgia o Chirurgia generale. A questi medici di guardia si sommano i medici anestesisti a turno reperibili.

### **I medici anestesisti sono attivi in tutte le sale operatorie dei due ospedali, a quanti interventi chirurgici prestate assistenza ogni anno?**

All'ospedale civile di Venezia gli interventi chirurgici sono complessivamente circa 7 mila l'anno; all'ospedale dell'Angelo abbiamo circa 15 mila interventi chirurgici l'anno. Praticamente per ognuno di questi interventi c'è una valutazione del paziente da parte dell'anestesista e poi l'assistenza in sala operatoria, dove accanto ad un nostro medico c'è anche un nostro infermiere. Abbiamo medici ed infermieri opportunamente formati per settori specifici come Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Chirurgia Pediatrica. Ogni procedura di anestesia varia secondo il tipo di patologia trattata e secondo le condizioni del paziente.

Gli interventi di Neurochirurgia possono durare anche 6, 7 ore; gli interventi di Cardiochirurgia anche 4, 5 ore. Alcuni tipi di interventi di Chirurgia Oncologica possono durare diverse ore.

Ovviamente questi interventi richiedono una assistenza particolare ed un impegno notevole da parte dei medici anestesisti e dei nostri infermieri. Anche per l'assistenza in Chirurgia Pediatrica offriamo una particolare formazione, in genere si applica l'anestesia periferica e si somministra al bambino una sedazione, perché non abbia alcun turbamento, né sofferenza anche lieve.

All'ospedale dell'Angelo noi forniamo assistenza di anestesia anche per interventi di Chirurgia d'urgenza, toracica, ortopedica, maxillo facciale, plastica, vascolare, oculistica, otorinolaringoiatrica, ostetrico- ginecologica, urologica e Day Surgery. Offriamo assistenza anche per altre tipologie di intervento come le embolizzazioni percutanee di aneurismi cerebrali (che non necessitano di un intervento neurochirurgico tradizionale); varie procedure cardiologiche di Emodinamica come ablazioni; ecc.

### **La Rianimazione è una frontiera delicata della medicina, quali sono gli scenari ed i bisogni peculiari che dovete affrontare all'ospedale civile di Venezia?**

Io sono veneziano, abito in centro storico. Ogni mattina quando sono a piazzale Roma, vedo arrivare il fiume di lavoratori pendolari che fa la spola dalla terraferma a Venezia. Poi bisogna considerare i milioni di turisti, secondo il sindaco Orsoni, sono 20 milioni all'anno (Roma, la prima meta turistica italiana ne ha 26) che visitano la nostra città ogni anno. Sempre più spesso dobbiamo ricoverare pazienti stranieri colpiti da infarto o emorragia cerebrale mentre sono in vacanza a Venezia. Sono

perciò fermamente convinto che sia importante che all'ospedale civile del centro storico siano presenti ed attivi reparti di Rianimazione, Emodinamica, Chirurgia d'urgenza, ecc. per poter offrire a veneziani, pendolari e turisti, i servizi necessari in caso di grave malore improvviso o di incidenti. Altri servizi, secondo me indispensabili in centro storico, sono la lungodegenza e l'ortopedia. Venezia è una città abitata prevalentemente da anziani, soggetti purtroppo alla rottura del femore. Inoltre gli stessi anziani, una volta sottoposti ad interventi chirurgici a seguito della rottura del femore o ad interventi di tipo cardiologico, ecc., non possono essere dimessi immediatamente, ma hanno bisogno di rimanere ricoverati più a lungo perché magari il loro appartamento si trova al quarto piano senza ascensore o non hanno familiari che possono seguirli. Per queste persone occorre pensare con gli enti competenti anche a piani di assistenza sociale, non solo sanitaria.

### **Le peculiarità dell'ospedale dell'Angelo quali sono?**

Come abbiamo già detto, l'ospedale dell'Angelo è polo di riferimento provinciale per i pazienti che hanno subito gravi traumi e per tutti gli interventi acuti di diverse tipologie chirurgiche. Credo che sarebbe ottimale poter contare anche su una Terapia che possiamo definire SubIntensiva per i pazienti che, dopo interventi chirurgici importanti, non hanno più bisogno della Terapia Intensiva tradizionale, ma non possono nemmeno essere trasferiti in corsia.

È fondamentale per noi poter liberare velocemente dei letti perché siano disponibili per eventuali nuovi pazienti nel periodo post chirurgico, nonché per eventuali urgenze ed emergenze.

La degenza in Terapia Intensiva è di solito breve, di uno o due giorni, in fase post operatoria, ma il paziente può essere reinviato in corsia solo se è perfettamente stabilizzato.

A volte abbiamo pazienti in coma che restano ricoverati in Rianimazione anche un mese, ma si tratta di casi particolari.

Ci sono infine pazienti che presentano gravissimi danni cerebrali, ma non morte cerebrale, per i quali dopo sei mesi in questo stato, senza nessuna variazione, si arriva alla diagnosi di "coma vegetativo persistente". Questi pazienti rappresentano casi estremamente gravi e drammatici anche dal punto di vista umano e sono destinati a strutture specializzate.

Nella nostra professione, oltre alle competenze, conta anche l'umanità non solo verso il paziente, ma anche verso i suoi familiari a cui tocca talvolta di vivere drammi indicibili.

Per informazioni [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it)

## Intervista a Massimo Gion, Direttore del Laboratorio Analisi dell'Azienda Ulss 12 Veneziana

# Ogni anno circa 5 milioni di esami di 500 differenti patologie

L'Unità Operativa Complessa "Laboratorio Analisi" della Ulss 12 Veneziana, certificata UNI EN ISO 9001/2008, fa parte del Dipartimento di Patologia Clinica ed è costituita dai due Laboratori dell'Ospedale dell'Angelo a Mestre e dell'Ospedale Civile a Venezia, cui è aggregato il Centro Regionale Specializzato per i Biomarcatori e dall'Unità Dipartimentale di Microbiologia. La struttura, diretta dal dottor Massimo Gion, è uno dei laboratori di analisi cliniche più efficienti e tecnologicamente più avanzati del Veneto, ed è in grado di eseguire oltre 5 milioni di esami all'anno per circa 500 differenti tipologie di analisi.

Lo staff del Laboratorio è composto da 17 tra medici, biologi e chimici, 4 tecnici coordinatori, una sessantina di tecnici di laboratorio biomedico, personale amministrativo, infermieri e personale ausiliario. A questi vanno ad aggiungersi una decina di ricercatori afferenti al Centro Regionale Biomarcatori.

Oltre alle attività diagnostiche di base e di approfondimento, il Laboratorio della Ulss 12 fa anche attività di ricerca.

### **Dottor Gion, il Laboratorio analisi dell'Ulss 12 è un modello avanzato anche dal punto di vista della ricerca? Quale valore aggiunto offre?**

Da sempre amo ripetere che i pazienti sono curati meglio negli ospedali dove si fa anche ricerca. In effetti, numerosi studi mostrano che la ricerca permette di portare più rapidamente nella pratica clinica tecnologie e farmaci innovativi, ma soprattutto mette a disposizione dei medici e dei sanitari una metodologia di lavoro rigorosa, capace di identificare i margini di miglioramento e di perseguire risultati di eccellenza. In questo senso si muove il percorso di miglioramento continuo di qualità del Laboratorio, che dal 2002 supera ogni anno, a pieni voti e con lode, la visita ispettiva degli enti certificativi.

### **Possiamo fare degli esempi di progetti innovativi realizzati dal Laboratorio Analisi da lei diretto?**

Un esempio recente del trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica è rappresentato dalla riorganizzazione delle cosiddette analisi decentrate, quegli esami cioè che sono eseguiti direttamente dagli infermieri nei reparti di cura con piccoli apparecchi automatici. Nel 2004 sono stato nominato referente per il telelaboratorio all'interno di un progetto di ricerca europeo di telemedicina, denominato HEALTH OPTIMUM (HEALTHcare delivery OPTIMisation throUgh teleMedicine), cui oltre alla Regione Veneto, partecipavano regioni di altre nazioni (Finlandia, Spagna). Durante i cinque anni di progetto, la Ulss 12 Veneziana, grazie alla propria posizione di

coordinamento del gruppo di lavoro europeo, ha potuto sviluppare una metodologia specifica per la gestione degli esami eseguiti su apparecchi al di fuori del Laboratorio, collaudando in particolare la trasmissione informatica dei dati, il controllo di qualità ed i programmi di formazione degli operatori.

### **Quali ricadute porta il progetto di ricerca in telemedicina sulle “analisi decentrate” nella pratica quotidiana?**

Oggi, queste competenze e questa esperienza, maturate in un progetto di ricerca, possono essere rapidamente ed efficacemente trasferite nella pratica: ed è esattamente quanto sta avvenendo negli Ospedali di Mestre e Venezia, nei quali il Laboratorio sta coordinando il percorso di collegamento in rete, la formazione del personale e l'ottimizzazione dei processi relativamente all'installazione nei reparti clinici di circa trenta apparecchiature per la determinazione di esami critici in urgenza (percentuale di ossigeno nel sangue, glicemia, ecc). Tale metodologia di gestione da parte del Laboratorio degli esami, ovunque essi siano eseguiti, si presta ad applicazioni molto interessanti sul territorio in una realtà logisticamente complessa come l'area insulare veneziana, che potrebbe diventare un primo esempio in Italia di “Laboratorio diffuso”.

### **L'Ulss 12 ospita anche un importante Centro Regionale Biomarcatori, possiamo spiegare di cosa si tratta?**

Un altro esempio emblematico di integrazione fra ricerca e applicazione clinica in medicina di laboratorio è offerto dal Centro Regionale Biomarcatori, struttura di ricerca aggregata al Laboratorio, ben conosciuta a livello internazionale e unanimemente legittimata in Italia come centro di riferimento. Fondato nel lontano 1979 come laboratorio pioniere nel settore, allora sostanzialmente sconosciuto, della ricerca di trasferimento sui marcatori tumorali, venne successivamente riconosciuto dalla Regione, dalla Organizzazione Europea contro il Cancro e dall'Istituto Oncologico Veneto. Nel 2009 è stato confermato dalla Regione Veneto come Centro Regionale Specializzato con caratteristiche di eccellenza per lo studio dei Biomarcatori Diagnostici, Prognostici e Predittivi.

### **Quali obiettivi ha raggiunto il Centro Regionale Biomarcatori?**

Per quanto riguarda il trasferimento tecnologico, l'attività del Centro Regionale ha permesso alla Ulss 12 di essere fra le prime istituzioni in Italia a poter utilizzare nella pratica clinica nuovi marcatori tumorali, quali ad esempio il CEA, il CA15.3 per il tumore della mammella, il PSA per la prostata. Inoltre, agli albori della terapia ormonale per il tumore della mammella

(il tamoxifene era stato appena introdotto nell'uso clinico) il Centro Regionale mise a punto fra i primi in Italia il dosaggio per i recettori ormonali. In seguito a questo risultato di ricerca, il Laboratorio di Venezia fu in grado di eseguire il dosaggio dei recettori ormonali in campioni tumorali di oltre 12.000 donne provenienti da più di trenta ospedali della regione. Oggi il Centro è all'avanguardia nella ricerca di biomarcatori innovativi sia in oncologia che in altre malattie degenerative.

Inoltre, la ricerca, condotta dal Centro Regionale, ha avuto anche importanti ricadute sul piano della qualità e dell'appropriatezza, collaborando in linee guida nazionali ed internazionali, nonché producendo e diffondendo periodicamente una “Guida per l'uso dei marcatori”. L'ultima edizione, preparata nel 2010, in collaborazione con 7 società scientifiche, è stata già formalmente utilizzata da due regioni (Lombardia e Liguria) per predisporre atti finalizzati all'uso appropriato degli esami di laboratorio.

Il Laboratorio della Ulss12 è quindi un esempio concreto di felice integrazione fra ricerca e applicazione clinica.

### **Approfondiamo ora gli aspetti più puramente clinici, qual è il ruolo della Medicina di Laboratorio?**

Diversamente da altre specialità, il ruolo della Medicina di Laboratorio è meno direttamente percepito dal paziente, in quanto le decisioni cliniche vengono mediate dal medico curante che si rapporta con il paziente. Tuttavia, senza il Laboratorio, la Medicina oggi sarebbe “orfana”. La Medicina di Laboratorio, e in senso più estensivo la Patologia Clinica includendo l'Anatomia Patologica, contribuiscono infatti in modo determinante alla prevenzione, allo screening, alla diagnosi, all'inquadramento biologico, alla scelta dei trattamenti ottimali, al monitoraggio ed allo studio epidemiologico delle malattie. La comunità scientifica è concorde nel riconoscere che il laboratorio contribuisce a più dell'80% delle diagnosi condotte dal medico clinico. Basti pensare alle malattie infettive, alle malattie ematologiche come le leucemie, alle malattie autoimmuni o delle ghiandole endocrine, al monitoraggio dei farmaci, come gli anticoagulanti o gli antiepilettici, alle decisioni sui trattamenti ottimali in oncologia, per rendersi conto del ruolo fondamentale e insostituibile del laboratorio in medicina.

### **Ci sono bisogni specifici che si registrano nel territorio della nostra Ulss?**

Per quanto riguarda nello specifico i bisogni sanitari dell'area di Venezia e Mestre, vi sono alcune caratteristiche che hanno avuto un impatto significativo sull'orientamento strategico del Laboratorio, con un preciso posizionamento del Presidio Ospedaliero verso le malattie acute,

un orientamento a decentrare sul territorio la gestione delle patologie croniche ed un programma di integrazione progressiva con realtà di ricerca e formazione in ambito regionale e interregionale.

Sul piano pratico, ci occupiamo di gestire e coordinare in modo efficiente ed efficace le analisi di laboratorio, avvalendoci delle più moderne tecnologie analitiche ed informatiche. Forniamo prestazioni diagnostiche di eccellenza, offriamo un servizio permanente di consulenza sulla diagnostica di laboratorio, gestiamo e coordiniamo un programma permanente di formazione.

Sul piano dell'innovazione, offriamo in tutti i settori diagnostici le più aggiornate ed innovative tipologie di analisi per le quali vi siano prove di efficacia e di utilità e, attraverso la ricerca condotta dal Centro Regionale Biomarcatori, mettiamo a punto metodologie per il miglioramento continuo delle conoscenze, per il trasferimento tecnologico e per l'ottimizzazione continua dell'appropriatezza.

#### **Di quale strumentazione vi avvalete?**

La strumentazione utilizzata per le determinazioni analitiche è di altissima tecnologia ed adeguata a tipologia e quantità delle richieste; per gli esami eseguiti in entrambe le sedi di Mestre e Venezia la strumentazione è identica per garantire all'utente la massima confrontabilità dei risultati, dovunque essi siano eseguiti nell'ambito dell'azienda Ulss12.

#### **Come funziona il vostro sistema informatico?**

Il Laboratorio è gestito da un unico sistema informatico, collegato al sistema informatico generale dell'Azienda Ulss 12 e, attraverso questo, all'anagrafica del Comune. Tutti i punti prelievi e le apparecchiature di laboratorio sono connesse e gestite dallo stesso sistema informatico. Al momento del prelievo, dovunque esso venga eseguito, le provette vengono contrassegnate con una etichetta con codice a barre individuale che consente di tracciarne in modo univoco il percorso fino al referto. Questa modalità, una volta che la provetta sia stata correttamente etichettata dall'addetto al prelievo, rende virtualmente impossibile lo scambio di risultati.

#### **I numeri complessivi delle analisi svolte dal vostro Laboratorio si aggira sui 5 milioni l'anno, una mole straordinaria di attività...**

Il Laboratorio Analisi esegue esami sia per gli utenti esterni che per i pazienti ricoverati della Ulss 12, ma anche per altre Ulss e altri ospedali; ad esempio, facciamo tutti gli esami microbiologici per la Ulss 14 di Chioggia ed abbiamo assorbito tutta l'attività di laboratorio dell'ospedale Fatebenefratelli di Venezia. Fra i servizi offerti, vale la pena di ricordare anche

l'ambulatorio di prelievi per infezioni sessualmente trasmesse, seguito dall' Unità Dipartimentale di Microbiologia che vede oltre 500 pazienti per anno. Il Laboratorio è attivo su entrambi gli Ospedali di Mestre e Venezia 365 giorni all'anno, giorno e notte, coprendo senza discontinuità per 24 ore il servizio di urgenza. Complessivamente, fra esterni ambulatoriali e ricoverati, afferiscono al Laboratorio approssimativamente 650mila persone ogni anno (oltre 2100 al giorno). In totale vengono effettuati oltre 5,4 milioni di esami ogni anno (più di 18.000 per giorno lavorativo) relativi a circa 450 diverse tipologie di analisi. Per dare un'idea del volume di attività, si pensi che in ogni ora di lavoro vengono eseguiti più di 2800 esami!

#### **Cosa significa poter svolgere quasi 500 diverse tipologie di esami?**

Significa poter dare una molteplicità notevole di risposte ai bisogni dei cittadini e dei pazienti. Diciamo che il nostro è uno dei pochissimi laboratori a proporre nello stesso centro una quantità così diversificata di esami. Eseguiamo infatti analisi: di chimica clinica; di ematologia; di farmacologia e tossicologia (per verificare la concentrazione di farmaci o la presenza di sostanze d'abuso); di liquidi biologici (urine, feci, versamenti, liquido seminale); di citogenetica, genetica, biologia molecolare; di immunochimica generale e specialistica (per es. dosaggi ormonali della tiroide ed altri esami di endocrinologia); di proteine normali e patologiche, di sierologia delle malattie infettive (per i virus delle epatiti, dell'Hiv, della rosolia, dell'Herpes, ecc.); di allergia e di autoimmunità (ad es. esami per allergie specifiche o per malattie come la celiachia, ecc.); di coagulazione generale e specialistica; di citofluorimetria (per la caratterizzazione dei globuli bianchi in malattie oncoematologiche o in malattie infettive); di microbiologia (ricerca di batteri, parassiti, miceti e analisi della sensibilità agli antibiotici); di virologia.

Il valore aggiunto dato dalla possibilità di eseguire molte tipologie di esami in un unico Laboratorio è rappresentato dal fatto che i risultati di tutte le diverse linee diagnostiche, prima di rilasciare il referto al paziente, vengono esaminati contemporaneamente ed in modo integrato da un unico laureato del laboratorio, che ha quindi la possibilità di confrontarli e verificarne la plausibilità.

#### **Le vostre sono analisi molto delicate, svolte sempre su richiesta dei medici: in caso di esiti allarmanti, come vi comportate?**

Noi eseguiamo quanto prescritto dal medico richiedente. Se l'esito degli esami lo suggerisce, concludiamo l'iter diagnostico con gli esami di approfondimento necessari (ad esempio, l'antibiogramma quando l'esame colturale

mostra la crescita di un dato microorganismo). In altri casi, suggeriamo al medico l'opportunità di richiedere un approfondimento, lasciando a lui la scelta se procedere o meno nella richiesta. Infatti è il medico che ha in cura il paziente che può valutare il risultato in relazione alla situazione clinica, agli esiti di esami di altro tipo (radiologici, ad esempio) o ad esiti di precedenti esami di laboratorio, magari fatti in altre sedi. Vi sono però alcuni esami particolari per i quali valori fortemente anomali, se non tempestivamente comunicati, possono comportare rischi per la salute del paziente. Per questi esami, selezionati in collaborazione con i medici clinici, sono stati definiti dei valori di allarme che, quando riscontrati dal Laboratorio, innescano una procedura che porta a rintracciare al più presto il paziente, i familiari o il medico curante. Questo "contatto urgente" avviene anche quando il risultato anomalo è inatteso, si riscontra cioè in un paziente che è stato sottoposto a prelievo per un normale controllo. L'immediata comunicazione all'interessato offre la possibilità di porre rimedio ad un problema non conosciuto e potenzialmente grave.

**Per il ritiro dei referti ora c'è anche la possibilità di accedere on line dal sito dell'Ulss12, una semplificazione per molti cittadini...**

Tutti i referti, dopo il controllo analitico da parte del tecnico e la validazione clinica da parte del laureato del Laboratorio, sono sottoposti a firma digitale, procedura che certifica la univocità e la integrità del documento "referto". Così i referti possono essere trasmessi per via informatica con la certezza della loro integrità. Grazie a questa innovazione, frutto di un progetto europeo di ricerca che ha visto il Veneto leader, i referti possono oggi essere scaricati dai cittadini direttamente da internet accedendo al sito dell'Ulss 12 [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it) e seguendo le istruzioni indicate. Questa innovazione, comoda per tutti in quanto consente un significativo risparmio di tempo, ci sembra particolarmente importante per le persone anziane o malate, che, in una realtà logistica complessa come quella del Veneziano, possono, autonomamente o aiutati da chiunque abbia un computer, scaricare i referti dei propri esami senza tornare nella sede di prelievo.



# Laboratori di analisi ULSS 12 veneziana - Anno 2010

## ATTIVITÀ SVOLTE PER TIPOLOGIA DI ESAMI E APPLICAZIONI CLINICHE

| DIAGNOSTICA                         | TOT. ESAMI 2010<br>(Vanzini+Medica) | ESEMPLI DI ESAMI   | ESEMPLI DI APPLICAZIONI CLINICHE   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Ematologia                          | 387.634                             | Emocromo, VES, emoglobine patologiche, ...   | Diagnosi e monitoraggio delle anemie<br>Diagnosi delle emoglobinopatie genetiche (talassemia, anemia falciforme, sfecrotilosi, ...)  |
| Citofluorimetria                    | 3.957                               | Tipizzazione linfocitaria (per ottenere i 3.957 referti sono stati misurati 21.411 antigeni), ...  | Diagnosi e monitoraggio delle leucemie<br>Valutazione dello stato immunitario in malattie infettive  |
| Coagulazione                        | 406.047                             | INR (tempo di Quick), D-dimero, fibrinogeno, ...   | Monitoraggio della terapia anticoagulante<br>Diagnosi e monitoraggio delle trombosi  |
| Coagulazione Specialc               | 12.045                              | Fattori della coagulazione (protina S, proteina C coagulativa, Fattore V di Leiden ...)  | Diagnosi delle malattie della emostasi e della coagulazione  |
| Chimica Clinica                     | 3.447.141                           | Glicemia, azotemia, creatinina, transaminasi, ioni, marcatori cardiaci, omocisteina, ...   | Diagnosi e monitoraggio di tutte le patologie di organo (rene, fegato, ...)<br>Diagnosi e monitoraggio delle principali malattie metaboliche (diabete, dislipidemie, ...)<br>Diagnosi e monitoraggio delle principali malattie cardiovascolari (infarto, scompenso cardiaco, ipertensione, ...)<br>Diagnosi e monitoraggio dello stato generale del paziente critico (per malattie infettive, traumi, ustioni, neoplasie, ...) |
| Urine e Liquidi biologici diversi   | 279.910                             | Esame urine, esame feci, esame del liquido cefalorachidiano, esame del liquido seminale  | Diagnosi e monitoraggio di numerose patologie di organo (rene, fegato, ...)<br>Diagnosi e screening dei tumori del colon e del retto<br>Diagnosi delle meningiti<br>Valutazione della fertilità maschile   |
| Farmac                              | 6.529                               | Farmac antiplateletici, antivirali, antibiotici, soppressori immunitari, digossina, ...  | Monitoraggio del trattamento antiplateletico<br>Monitoraggio del trattamento immunosoppressivo per ridurre il rischio di rigetto nei trapianti<br>Monitoraggio della terapia antibiotica   |
| Tossicologia                        | 153.456                             | Dosaggio cannabinoidi, cocaina, ...  | Ricerca e determinazione nei liquidi biologici a scopo diagnostico (non medico legale) delle principali droghe d'abuso (alcol, oppiacei, cannabinoidi, cocaina, metadone, amfetamine, Ecstasy, ...)  |
| Funzionalità Tiroidea               | 103.822                             | T4, TSH, anticorpi anti tireoperossidasi, ...  | Diagnosi e monitoraggio di ipertiroidismo, ipotiroidismo, tiroidite, ...   |
| Endocrinologia e metabolismo        | 32.425                              | FSH, LH, cortisolo, ACTH, ormone della crescita, estrogeni, progesterone, testosterone, vitamina D, vitamina B                                       | Diagnosi e monitoraggio delle malattie delle ghiandole endocrine (malattie surrenali, ipertiroidismo, ...)<br>Studio della infertilità e monitoraggio della terapia<br>Diagnosi delle avitaminosi e monitoraggio della terapia<br>Studio e monitoraggio del metabolismo osseo<br>Monitoraggio della gravidanza   |
| Marcatori Oncologici                | 89.111                              | CEA, PSA, CA125, CA15.3, alfa-fetoproteina, ...  | Monitoraggio delle principali neoplasie (cancro del colon, della prostata, della mammella, dell'ovaio, ...)<br>Diagnosi di alcune neoplasie (testicolo, tumori neuroendocrini, ...)<br>Monitoraggio della terapia per tutte le neoplasie<br>Predizione della risposta alle terapie e per alcune neoplasie (tumore della mammella)  |
| Allergologia                        | 6.404                               | Per ottenere i 6.404 referti sono stati misurati 34.109 allergeni caratterizzanti polveri, acari, piante, alimenti, ...                              | Diagnosi e monitoraggio delle allergie alimentari e inalatorie (orticaria, asma, ...)  |
| Proteine                            | 102.672                             | Elettroforesi delle proteine, dosaggio delle immunoglobuline, ...  | Diagnosi e monitoraggio del mieloma<br>Ricerca di proteine collegate a specifiche malattie (amiloidosi) ...  |
| Autoimmunità                        | 38.937                              | Autoanticorpi anti nucleo, Autoanticorpi anti transglutaminasi, Autoanticorpi anti DNA, Autoanticorpi anti gliadina                                  | Diagnosi e monitoraggio delle malattie autoimmuni (artrite reumatoide, Lupus eritematoso sistemico, sclerodermia dermatomiosite, ...)<br>Diagnosi della celiachia  |
| Citogenetica                        | 11.352                              | Analisi del cariotipo (numero, forma e anomalie del cromosomi)   | Diagnosi delle anomalie cromosomiche della coppia prima del concepimento finalizzate alla identificazione del rischio di malattie genetiche<br>Analisi genetica della fibrosi cistica<br>Analisi delle anomalie cromosomiche correlate a diagnosi e prognosi delle leucemie  |
| Biologia molecolare                 | 22.284                              | Determinazione acidi nucleici di virus (cpaliti, HIV, citomegalovirus, herpes, ...)<br>Determinazione di geni correlati a fattori della coagulazione | Diagnosi delle epatiti virali, delle malattie erpetiche, di HIV<br>Monitoraggio efficacia della terapia per cpaliti, HIV<br>Analisi di alterazioni genetiche correlate a diagnosi e prognosi delle leucemie<br>Analisi delle alterazioni genetiche correlate alla coagulazione   |
| Sierologia per epatite e HIV        | 93.292                              | Marcatori dell'epatite, marcatori di HIV   | Diagnosi e monitoraggio delle epatiti virali<br>Diagnosi e monitoraggio della immunodeficienza acquisita   |
| Sierologia generale e specialistica | 69.507                              | Marcatori di rosolia, parotite, toxoplasmosi, herpes, citomegalovirus  | Diagnosi e monitoraggio delle malattie infettive (rosolia, parotite, herpes, mononucleosi, malattia di Lyme, toxoplasma, malattie sessualmente trasmesse, ...)<br>Monitoraggio stato di immunizzazione dopo vaccinazioni (epatite, tetano, ...)  |
| Batteriologia                       | 147.780                             | Ricerca, riconoscimento e coltura di batteri, miceti (funghi) e parassiti, analisi della sensibilità o resistenza ai farmaci antimicrobici           | Diagnosi e monitoraggio delle malattie batteriche, delle micosi e delle malattie da parassiti<br>Diagnosi della tubercolosi<br>Determinazione della sensibilità agli antibiotici e antimicotici  |
| TOTALE                              | 5.414.305                           |  |  |

## LA CARTA DEI SERVIZI SOCIOSANITARI DELL'AZIENDA ULSS 12

Pubblichiamo anche nel numero 2 di ViS una nuova sintesi della versione aggiornata della Carta dei servizi sociosanitari dell'Ulss 12. Nei prossimi numeri della rivista continueremo a pubblicare altre sintesi del documento. La guida contiene le informazioni di base che aiutano ad orientarsi nel sistema dell'azienda sanitaria veneziana per trovare l'immediata risposta o l'indirizzo giusto secondo le varie esigenze dei cittadini.

Troverete una versione più ampia e aggiornata di questa guida nel sito [www.ulss12.ve.it](http://www.ulss12.ve.it).

### L'EMERGENZA

#### SUEM 118

Numero di telefono 118 operativo 24 ore su 24, per tutte le situazioni in cui è a rischio la vita

#### PRONTO SOCCORSO

Ospedale dell'Angelo a Mestre  
Ospedale civile di Venezia

- attivo 24 ore su 24 per tutti i pazienti in condizioni critiche
- i codici bianchi devono pagare il ticket

### GUARDIA MEDICA

(Servizio di continuità assistenziale)

#### Come contattare la guardia medica

La guardia medica – ora Servizio di continuità assistenziale – si contatta telefonicamente. Il servizio garantisce l'assistenza medica per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante. Il servizio è attivo:

- da lunedì a domenica dalle 20 alle 8
- festivi dalle 8 alle 20
- prefestivi dalle 10 alle 20

### SEDE GUARDIA MEDICA

### INDIRIZZO

### TELEFONO

|                              |   |              |
|------------------------------|---|--------------|
| MESTRE MARGHERA              | Ospedale dell'Angelo – Via Paccagnella 11 | 041 238 5631 |
| MARCON QUARTO D'ALTINO       | Via Tagliamento 5 – Quarto d'Altino       | 041 238 5642 |
| CAVALLINO TREPORTI CA' SAVIO | Piazza SS Trinità 5 – Treporti            | 041 238 5678 |
| PELLESTRINA                  | Sestiere Scarpa 946                       | 041 238 5653 |
| LIDO MALAMOCCO ALBERONI      | Lungomare D'Annunzio                      | 041 238 5668 |
| CENTRO STORICO, GIUDECCA     | Dorsoduro 1454 (Ex Giustinian)            | 041 238 5648 |
| BURANO                       | Via San Mauro 212                         | 041 238 5659 |
| MURANO SANT'ERASMO           | Corte Bigaglia                            | 041 238 5661 |

## VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI

Le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio vengono eseguiti negli ambulatori dei Distretti socio-sanitari e degli ospedali, nei centri privati convenzionati. È necessaria la prescrizione del medico curante su ricetta "rossa". Si può prenotare direttamente agli sportelli dei Distretti, nelle farmacie convenzionate oppure telefonicamente attraverso il Cup, chiamando il numero verde 800 50 10 60 da lunedì a venerdì (dalle 7 alle 20) e sabato (dalle 7 alle 12). Prenotazioni da cellulare allo 041 8897908. Attraverso il numero verde è possibile procedere alla disdetta di prestazioni ricorrendo al servizio automatico operativo 24 ore su 24. Il referto delle prestazioni specialistiche deve essere ritirato entro 30 giorni dalla data della prestazione. Altrimenti l'utente, anche se esente, dovrà pagare l'intero costo della prestazione.

## REFERTI ANALISI DI LABORATORIO ON LINE

Il servizio evita al cittadino spostamenti e code. Gli esami di laboratorio effettuati nei vari punti prelievo possono essere consultati, scaricati e stampati direttamente dal sito internet dell'Ulss 12 entro 30 giorni dalla data di pubblicazione senza più la necessità di ritirarli allo sportello. Chi non ha accesso a internet, può chiedere a familiari, medico curante o farmacista di fiducia di scaricare i referti, fornendo i parametri richiesti.

Per scaricare e stampare il risultato delle analisi, basta digitare  
**<https://serviziweb.ulss12.ve.it/referti>**



# speciale bambini

Colloquio con Giovanni Battista Pozzan,  
primario di Pediatria all'ospedale all'Angelo

---

**Specialisti e prestazioni a misura dei più piccoli  
Oltre 10mila consulenza per il pronto soccorso,  
700 ricoveri e 300 osservazioni brevi all'anno**

*È una piccola grande rivoluzione quella di questi anni in cui la relazione madre e bambino è al centro di ogni intervento e prestazione pediatrica.*

*“La relazione del bambino con la madre e comunque con i genitori è fondamentale per il suo equilibrio – spiega il primario Giovanni Battista Pozzan –. La presenza della madre tranquillizza il bambino e lo aiuta a vivere un minor disagio soprattutto quando è in difficoltà come durante un ricovero ospedaliero. Il rispetto del benessere globale del bambino è l'impegno prioritario della nostra équipe, formata da 13 medici e una trentina di infermieri”.*

*Ma c'è di più. La Pediatria dell'ospedale dell'Angelo, che comprende anche il Servizio di Terapia Intensiva Neonatale, è polo di riferimento per tutta la provincia di Venezia e offre servizi pediatrici specialistici ambulatoriali per diversi settori: allergologia, nefrologia, cardiologia, dermatologia, diabetologia, neurologia, endocrinologia, chirurgia pediatrica, ecc. Solo per l'oncologia i piccoli pazienti vengono inviati ai centri di riferimento specializzati di Padova.*

*“Lavoriamo a misura di bambino per accoglierlo globalmente, curandolo però in modo specifico secondo i diversi bisogni”, conferma il primario Pozzan.*

Sono 10mila le consulenze annue di Pronto Soccorso pediatrico realizzate dall'equipe diretta dal dottor Pozzan. Da qualche tempo infatti non è più attivo, il sabato e la domenica, il Servizio di Continuità Assistenziale per i bambini fino ai 14 anni fornito dai Pediatri di libera scelta. Così ogni urgenza pediatrica è accolta al Pronto Soccorso dell'ospedale dell'Angelo e inviata poi al reparto di Pediatria.

La stessa procedura è applicata anche a Venezia al Pronto Soccorso dell'ospedale civile di Venezia dove i bambini sono accolti ed inviati poi direttamente al reparto di Pediatria.

### **Al Pronto Soccorso solo in caso di necessità anche per evitare inutili traumi al bambino**

“Il servizio di consulenza pediatrica per il Pronto Soccorso è molto impegnativo per il nostro reparto perché le richieste sono molto numerose, soprattutto d'inverno, nei periodi di picco influenzale – sottolinea il primario Pozzan –. Spesso i genitori si allarmano e talvolta portano il loro piccolo al Pronto Soccorso, anche se non vi è una concreta urgenza. È una sorta di richiesta preventiva dei genitori che vogliono essere rassicurati. Certamente l'assistenza sanitaria fornita ai bambini e l'attenzione dei genitori sono molto cambiate negli ultimi anni; un tempo si sarebbero applicati principi pratici come tenere il bambino a letto con un impacco freddo sulla testa aspettando l'effetto dell'antipiretico. Adesso saper di poter contare su un accesso immediato al Pronto Soccorso facilita l'utilizzo del nostro servizio di consulenza anche in modo inappropriato. Noi siamo a disposizione dei bambini, ma mi sento di dire anche ai genitori che è importante non vivere con eccessiva preoccupazione le piccole patologie dei propri figli. A volte per un bambino essere portato nel cuore della notte al Pronto Soccorso per una visita pediatrica urgente, può essere un vero e proprio trauma. I bambini risentono delle ansie dei genitori e ne soffrono perciò: anche per questo è corretto rivolgersi al Pronto Soccorso prioritariamente in caso di reale urgenza o emergenza”.

### **Ogni anno 700 ricoveri e 300 osservazioni brevi**

All'ospedale dell'Angelo, polo di riferimento a livello provinciale, i ricoveri ordinari sono circa 700 l'anno, della durata media di tre, quattro giorni, per classiche patologie acute: interventi chirurgici, polmoniti, gastroenteriti, ecc. A questi si aggiungono circa 300 osservazioni brevi cioè ricoveri della durata di alcune ore, per bambini che necessitano di un monitoraggio o di terapia non effettuabile a domicilio (per es. osservazione dopo un trauma cranico, terapia reidratante in caso di diarrea, ecc. Quest'ultima forma di ricovero ci permette di ridurre i tempi di degenza con tutto vantaggio per il paziente e per la struttura ospedaliera.

### **Misurare il dolore ed alleviare ogni sofferenza dei bambini**

“Il nostro obiettivo è ridurre al minimo la permanenza del bambino in ospedale e ridurre al minimo anche la possibile sofferenza – spiega il dottor Tommaso Malusa, responsabile del progetto –. Il nostro reparto offre prestazioni, esami strumentali e piccoli interventi mettendo al centro i bisogni del bambino ed evitando in ogni modo quello che possiamo definire il dolore inutile. Anche un semplice prelievo sanguigno viene per lo più eseguito applicando sul braccio del bimbo una pomata anestetica che non fa percepire la puntura dell'ago. Allo scopo di valutare la presenza di dolore, utilizziamo delle scale di misurazione del dolore adattabili alle varie età. Per esempio ad un bambino di quattro anni vengono proposte una serie di faccette con espressioni che vanno dalla gioia intensa al dolore intenso e rispetto alle quali il bimbo è invitato a esprimere la propria sintonia: il bambino se prova dolore o sta male, spontaneamente indicherà la faccetta sofferente. È un modo per dialogare con i bambini interpretando le loro sofferenze e i loro disagi” e per applicare correttamente la terapia più adeguata.

### **Farmaci contro il dolore o il disagio di prestazioni ed esami invasivi**

Il dottor Malusa ha messo a punto negli anni protocolli per l'applicazione di vari farmaci analgesici, in dosi studiate specificatamente per i piccoli pazienti che devono affrontare una gastroscopia, una biopsia o altri prelievi dolorosi, ecc. Anche in caso di esami strumentali difficili da sopportare per i bambini, come una risonanza magnetica che richiede l'immobilità assoluta, ai piccoli vengono somministrati farmaci che consentono di eseguire l'esame in piena sicurezza ed con una sedazione che permette inoltre di escludere la memoria e l'ansia legata alla procedura. Procedure per alleviare ogni possibile dolore sono praticate anche a seguito di interventi chirurgici.

### **L'amore della madre è per il bambino la forza per affrontare qualsiasi disagio**

Il migliore antidoto alla sofferenza resta comunque per il bambino la vicinanza della mamma. Visite, esami, piccoli interventi, sono realizzati tutti sul bambino in presenza della madre. Il rapporto con la madre, e più in generale con i genitori, è la più grande rassicurazione che un bambino malato possa avere, anche in ospedale. Le madri infatti sono sempre vicine anche ai bambini ricoverati 24 ore su 24.

### **I bambini risentono dei disagi dell'ambiente in cui vivono e manifestano spesso disturbi psicosomatici**

“Di recente assistiamo sempre più spesso anche

a casi di malattie psicosomatiche nei bambini – afferma il primario Pozzan. - Abbiamo casi di sintomi a cui non troviamo una corrispondenza con una specifica patologia ma che rendono evidente un disagio ed una sofferenza globale del bambino. Dobbiamo sempre ricordare che una relazione d'amore tra madre e figlio, tra genitori e figli, è la migliore ricetta per la salute psicofisica dei bambini”.

In tempi difficili come questi, separazioni coniugali, problemi di precarietà lavorativa ed economica, ecc. si abbattono anche sui più piccoli che percepiscono le sofferenze degli adulti e tendono a somatizzare così il proprio disagio ed il proprio dolore psichico.

I bambini infatti hanno meno filtri psicologici e fisici al dolore e quindi sono più fragili. Un grave errore poi è pensare che anche i bambini piccolissimi non percepiscano l'atmosfera dell'ambiente che li circonda. I bambini sono in grado di provare dolore e piacere fin dai primi minuti di vita, anche se nascono fortemente prematuri.

**In Patologia Neonatale sono ricoverati piccoli nati anche a 30 settimane di gestazione o prima e di peso inferiore a un chilogrammo**

La Pediatria dell'ospedale dell'Angelo comprende anche il reparto di Patologia Neonatale dove vengono ricoverati i neonati prematuri. “Una gravidanza normale è di 40 settimane, noi assistiamo bambini nati anche fino dalla

trentesima settimana gestazionale che possono avere un peso inferiore ad un chilogrammo – racconta Paola Cavicchioli, responsabile della Terapia Intensiva neonatale –. Di norma questi piccoli dovrebbero essere dimessi poi quando compiono le 36 settimane, ma noi facciamo valutazioni individualizzate per ogni singolo neonato in base al suo complessivo stato di salute e li dimettiamo quando li consideriamo pronti per andare a casa”.

**Ogni anno quasi 200 ricoveri di neonati prematuri**

Nel 2011 i neonati ricoverati in Patologia Neonatale sono stati 174 (di cui 39 nati a 32 settimane o prima e di peso pari o inferiore a un chilo e mezzo) su 1435 nati; nel 2010 sono stati 181 (di cui 42 nati a 32 settimane o prima e 37 di peso pari o inferiore a un chilo e mezzo) su 1351 nati; nel 2009 sono stati 184 (di cui 36 nati a 32 settimane o prima e 26 di peso pari o inferiore ad un chilo e mezzo) su 1282 nati.

Sono diverse le cause che portano ad un parto prematuro: innanzi tutto oggi sono sempre più frequenti i casi di neonati, anche di bassissime età gestazionale, che riescono a sopravvivere grazie ad una avanzata tecnologia: nei nostri centri di riferimento sopravvivono neonati anche di solo 24 settimane di età gestazionale.

L'avanzamento dell'età della madre, il frequente ricorso a tecniche di fecondazione assistita con conseguente aumento delle gravidanze



plurigemellari, rappresentano altri fattori favorevoli l'aumento dei prematuri che abbiamo osservato in questi anni. La sopravvivenza dei prematuri più piccoli e la riduzione delle sequele di una grave prematurità rappresentano una delle sfide più importanti per la nostra società.

### **Assistenza e monitoraggio del neonato prematuro**

“I progressi tecnologici ed assistenziali ci permettono oggi un livello alto di sopravvivenza per neonati fortemente prematuri, talvolta nati anche prima dalla venticinquesima settimana di gestazione – continua la dottoressa Cavicchioli –. Questi piccoli vanno seguiti con particolare attenzione, sono sottoposti a monitoraggio cardiaco continuo, ventilazione assistita, valutazione costante del livello di ossigeno presente nel sangue, alimentazione per via venosa o per mezzo di sondino naso gastrico. L'assistenza migliore è necessaria per supportare il neonato e limitare i possibili danni di una nascita prematura cercando così di evitare patologie croniche, problemi respiratori, handicap neurologici ecc. Un settore nel quale ci siamo molto impegnati è il monitoraggio e il controllo del dolore e dello stress del neonato prematuro. C'è per esempio una valutazione attenta del tipo di pianto del neonato per riconoscere segnali tipici che possono rivelarci che il piccolo sta soffrendo. Anche per questi neonati vengono applicate le procedure contro il dolore inutile, somministrando analgesici in quantità adatta al loro organismo. Poniamo attenzione anche per le manovre dolorose “più banali” come i prelievi sanguigni effettuati sul tallone dei piccoli, applicando il metodo della saturazione sensoriale cioè somministriamo al neonato del saccarosio, lo poniamo in posizione di contenimento, applichiamo stimoli tattili e uditivi,

fattori tutti che “distraggono” dal dolore della puntura dell'ago”.

### **Le emozioni dei neonati, una scoperta continua**

Gli studi più recenti dimostrano che i neonati hanno percezioni nette di piacere, disagio e dolore e la presenza fisica della madre li calma e li rassicura sempre. Un tempo si pensava che i neonati non fossero in grado di provare dolore ed ora si sa invece che i neonati non solo provano dolore fisico, ma lo memorizzano. Inoltre riescono a riconoscere l'odore del latte della propria madre fra molti altri. I neonati in culla termica hanno con sé una bambola di pezza, che posizioniamo prima sul seno della madre, in modo che sia impregnata dell'odore materno e che i piccoli lo possano percepire – prosegue la dottoressa Cavicchioli –. Non appena possibile, i neonati prematuri entrano in contatto fisico con la madre rimanendo qualche ora appoggiati al suo petto e iniziano a prendere il latte materno, prima tramite il biberon e poi tramite allattamento al seno. Facciamo tutto il possibile perché la relazione madre e neonato non sia mai interrotta, ma si sviluppi il più serenamente possibile”.

### **Attività per il sostegno al bambino in ospedale**

È in via di riconoscimento per l'ospedale dell'Angelo lo stato di “ospedale amico del bambino” dall'Unicef per l'impegno nella promozione della cultura dell'allattamento al seno. In Pediatria è presente anche una maestra inviata dal Provveditorato di Venezia per aiutare i piccoli pazienti ricoverati nei loro studi anche durante i ricoveri in ospedale. Inoltre sono attive nel reparto varie associazioni di volontariato e varie attività di animazione. I piccoli pazienti possono usufruire anche di una sala giochi colorata e ricca di proposte di gioco e distrazione.



## PEDIATRA DI LIBERA SCELTA FINO AI 14 ANNI

### SERVIZI TUTELA PRIMA INFANZIA

|                        |   |                            |  |
|------------------------|---|----------------------------|--|
| <b>Venezia</b>         | Dorsoduro 1454<br>Castello 986 (Gruppo mamme)   | 041 5294067<br>041 5287914 | dal lunedì al giovedì 13-14<br>martedì 9.30-12   |
| <b>Murano</b>          | Corte Bigaglia 9<br>Giudecca 936 (Gruppo mamme) | 041 739853<br>???          | martedì 8.30-9<br>mercoledì 9.30-12  |
| <b>Lido</b>            | Piazzale Ravà                                   | 041 5295137                | martedì e giovedì 12-13  |
| <b>Pellestrina</b>     | Via Scarpa 950                                  | 041 5295137                | martedì e giovedì 12-13  |
| <b>Burano</b>          | San Mauro 315                                   | 041 739853                 | martedì 8.30-9.00  |
| <b>Ca' Savio</b>       | Via Concordia 29                                | 041 5301556                | martedì e mercoledì 11.30-12.30  |
| <b>Favaro Veneto</b>   | Via Triestina                                   | 041 634471                 | appuntamento e informazioni<br>da lunedì a giovedì 13-14<br>Sedute vaccinali:<br>da lunedì a mercoledì 13-14<br>giovedì 14.30-17 |
| <b>Mestre</b>          | Via Cappuccina 129<br>Viale San Marco 115       | 041 2608177<br>041 5317637 | martedì, mercoledì e giovedì<br>12.30-13.30<br>martedì 17-18<br>mercoledì 12.30-13.30  |
| <b>Chirignago</b>      | Via Cavanis 54                                  | 041 2608230                | mercoledì e giovedì 12-13  |
| <b>Zelarino</b>        | Piazzale Giustiniani 11/D                       | 041 2608912                | informazioni e appuntamenti:<br>lunedì e martedì 12-13   |
| <b>Marghera</b>        | Via Tommaseo 7                                  | 041 2608677                | lunedì e martedì 12.30-13.30<br>mercoledì 13-14  |
| <b>Marcon</b>          | Viale San Marco 76                              | 041 5957116                | lunedì e mercoledì 13-14   |
| <b>Quarto d'Altino</b> | Via Tagliamento 5                               | 0422 824957                | martedì 12.30-13.30  |

### PREVENZIONE E RIABILITAZIONE PER L'ETÀ EVOLUTIVA (EX NEUROPSICHIATRIA INFANTILE)

È un servizio specializzato che per soggetti da 0 a 18 anni con attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sia in ambito neurologico, che psichiatrico, psicologico e riabilitativo. Il servizio collabora con la scuola per l'inserimento dei minori portatori di handicap.

Il servizio è aperto dal lunedì al venerdì, si accede per appuntamento attraverso il Centro unico prenotazioni (Cup).

#### SEDI

|                                  |                                |                          |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>Distretto 1 Venezia</b>       | Dorsoduro 1454 (Ex Giustinian) | 041 5294037, 041 5294933 |
| <b>Distretto 2 Lido</b>          | Padiglione Friuli              | 041 5295439, 041 5295353 |
| <b>Distretto 3 Mestre</b>        | Riviera XX Settembre 68        | 041 5040285, 041 5040766 |
| <b>Marghera</b>                  | Via Tommaseo 7                 | 041 930078, 041 927785   |
| <b>Distretto 4 Favaro Veneto</b> | Via Altinia 7                  | 041 631519               |

apertura al pubblico e ricevimento telefonico dal martedì al venerdì dalle 8 alle 10, 041 631523

#### SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA

041 5295705 (Informazioni)

### PEDIATRIA DI COMUNITÀ

È un'equipe di distretto costituita da medico e assistenti sanitari che interviene in asili nido, scuole dell'infanzia, elementari e medie. Svolge sorveglianza sanitaria, consulenza igienico-ambientale e si fa carico di alunni in difficoltà (disabili, soggetti con patologia, famiglie multiproblematiche).

#### SEDI

|                                  |                                  |             |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------|
| <b>Distretto 1 Venezia</b>       | Dorsoduro 1454 (Ex Giustinian)   | 041 5294037 |
| <b>Distretto 2 Lido</b>          | Padiglione Friuli                | 041 5295207 |
| <b>Distretto 3 Mestre</b>        | Via Cappuccina 129               | 041 2608176 |
| <b>Distretto 4 Favaro Veneto</b> | Via Triestina (Ex Scuola Fucini) | 041 634471  |

**VACCINAZIONI** (vedi servizi tutela prima infanzia)

### RICOVERO IN OSPEDALE

- Pediatria ospedale dell'Angelo Mestre
- Pediatria ospedale civile di Venezia

# speciale bambini

## Promuovere la salute nei primi anni di vita: Progetto GenitoriPiù 7 azioni di vita per il tuo bimbo

a cura di **Irmanna Angonese**

Pediatria di libera scelta – Federazione Italiana Medici Pediatri Venezia

*La Campagna “GenitoriPiù”, avviata nel 2006 nel Veneto e promossa poi a livello Nazionale nel 2007 dal Ministero della Salute, è nata dalla stretta collaborazione fra Regione Veneto (Regione Capofila), Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP) ed UNICEF Italia, con il patrocinio di numerose importanti associazioni culturali e scientifiche.*



## Scopo del Progetto

Il progetto vuole concorrere ad incrementare l'informazione e le competenze dei futuri e neo-genitori affinché possano attuare scelte di salute attraverso l'acquisizione di consapevoli, praticabili ed efficaci stili di vita prima del concepimento, dopo la nascita e nei primi mesi del loro bambino. Fondamentale la stretta collaborazione fra i vari operatori sanitari e con i genitori affinché le risorse di salute di ogni famiglia possano esprimersi attraverso l'attuazione autonoma di "Sette semplici azioni" di dimostrata efficacia, che dipende dalla capacità di iniziativa, dalla sensibilità e dalla consapevolezza acquisita dai genitori grazie alle informazioni chiare, omogenee, basate su evidenze scientifiche ricevute.

## Il compito degli operatori

Gli operatori dovranno saper trasmettere queste conoscenze attraverso uno stile comunicativo adeguato ed essere in grado soprattutto di "sostenere senza sostituirsi", facendo una rinuncia al narcisismo del proprio fare per accompagnare la crescita della famiglia nel trovare il coraggio di esprimere le proprie potenzialità di "produrre salute" (empowerment).

## Centrale la figura del Pediatra di Famiglia

La Federazione Italiana dei Pediatri (FIMP) ha fatto propria questa mission sancendola nel "Progetto Salute infanzia" previsto nell'Accordo Collettivo Nazionale dei Pediatri di Famiglia e riconfermandola negli Accordi Regionali. Gli obiettivi di salute del Progetto sono inoltre coerenti con le priorità espresse dal Piano Sanitario Nazionale ed il Piano Nazionale per la Prevenzione, rientrano nel programma del Ministero della salute "Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari"; le azioni promosse sono raccomandate in diversi documenti delle principali Organizzazioni internazionali (OMS, UNICEF, Accademia Americana di Pediatria ecc.) e sono riprese in tutti i piani programmatici a livello europeo, nazionale e regionale.

## Importanza degli interventi precoci

Ancor oggi le principali cause di mortalità e morbilità nei primi anni di vita sono rappresentate da: malformazioni, prematurità, "morte in culla", incidenti e patologie infettive. Le prime epoche della vita sono cruciali per lo sviluppo del bambino, dei suoi vari organi ed apparati, e tutto quanto accade in questo periodo è in grado di influenzare lo stato di futura salute generale (rischio cardio-vascolare, metabolico, respiratorio, di tumori, di patologie autoimmuni ed allergie) ma anche mentale (sviluppo cognitivo, relazionale; rischio di sviluppare patologie dell'umore, dipendenze). Ciò con ovvie ricadute sullo stato di più ampio benessere generale durante tutta la vita di un soggetto.

## 7 AZIONI PER LA VITA

In base ad importanti ricerche internazionali e nazionali 7 azioni, promosse nel Progetto GenitoriPiù, sono risultate prioritarie in quanto di maggior efficacia ed impatto come "determinanti comportamentali" sulla salute dei bambini:

- 1 l'assunzione di adeguate dosi di acido folico nel periodo periconcezionale**
- 2 l'astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino**
- 3 l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita**
- 4 la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita**
- 5 l'utilizzo di appropriati mezzi di protezione per il trasporto del bambino in automobile e l'attuazione di misure di sicurezza nell'ambiente domestico ed extradomestico**
- 6 l'esecuzione di tutte le vaccinazioni**
- 7 la lettura ad alta voce ai bambini già dal primo anno di vita.**

Dalla loro attuazione simultanea derivano effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto all'attuazione dei singoli interventi finalizzati a modificare singoli fattori.

## 1 ACIDO FOLICO E PREVENZIONE DEI DIFETTI DEL TUBO NEURALE E DI ALTRE MALFORMAZIONI CONGENITE

Le malformazioni congenite (MC) colpiscono 1 su 30-50 nati. Due gruppi di esse, gravi e comuni come i difetti del tubo neurale (DTN) e le cardiopatie congenite, sono responsabili di circa la metà delle morti infantili da malformazioni congenite.

Un adeguato apporto di acido folico (AF) durante il periodo peri-concezionale riduce sensibilmente il rischio di avere un bambino affetto da DTN (anencefalia e spina bifida) ed anche altre malformazioni congenite, in particolare alcune cardiopatie, labiopalatoschisi, difetti del tratto urinario, ipo/agenesie degli arti.

La supplementazione peri-concezionale con AF rappresenta quindi uno strumento importante per la prevenzione dei difetti congeniti.

## La dieta e la supplementazione

Oltre all'assunzione attraverso una dieta ricca in frutta (es. arance, mandarini, clementine, succhi freschi di agrumi, kiwi) e verdura (es. spinaci, cavolfiori, indivia, bietta, broccoli, cavoli, fagioli) è raccomandato un supplemento vitaminico a base di AF alla dose di 0.4 mg al giorno (5 mg per alcune categorie a rischio) dal momento in cui una donna desidera o non esclude la possibilità di una gravidanza, fino alla fine del terzo mese di gravidanza. È noto infatti che le MC si possono sviluppare durante il periodo di formazione degli



organi (organogenesi) che comprende le prime 8 settimane di sviluppo embrionale, calcolate dal giorno del concepimento, ovvero le prime 10 calcolate dalla data dell'ultima mestruazione. L'AF pare avere anche un effetto protettivo su alcune neoplasie infantili, quali leucemie ed alcuni tumori cerebrali (in particolare il neuroblastoma). Grazie alla supplementazione peri-concezionale in AF è attesa una riduzione globale di tutte le malformazioni di circa il 10-20% che per l'Italia, considerando una prevalenza del 2% di malformazioni più gravi, di traduce in circa 1200-2400 casi l'anno.

## **2** **PROTEGGERE IL BAMBINO DALL'ESPOSIZIONE AL FUMO DI TABACCO IN GRAVIDANZA E DOPO LA NASCITA**

L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali e post-natali.

### **Effetti prenatali (fetali) e perinatali**

Il fumo ha effetti negativi sulla capacità riproduttiva sia maschile che femminile. Durante la gravidanza si associa ad aumentata frequenza di gravidanza ectopica e di aborto (5-70% in più rispetto alle non fumatrici), riduzione della crescita intrauterina (riduzione del peso alla nascita di circa il 10%) ed aumento del rischio di mortalità perinatale (20-40% più alto per i figli di madri fumatrici rispetto ai bambini di madri non fumatrici, per tutte le categorie di peso).

### **Effetti postnatali**

Esiste una forte associazione fra esposizione al fumo passivo (FP) prenatale e postnatale (spesso associate) e Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS). Il FP aumenta di 2-3 volte il rischio SIDS, con una maggior importanza del fumo prenatale (correlazione diretta con il numero di

sigarette fumate) rispetto a quello post-natale. È dimostrata poi un'associazione dose-dipendente fra FP post-natale e malattie respiratorie (bronchiti, polmoniti, tosse, dispnea; aumento di 1.5-2.5 volte) soprattutto nel primo anno di vita, otiti medie (sotto i 5 anni) e riacutizzazione di asma. Alcune evidenze suggeriscono anche che l'esposizione ai prodotti di fumo di tabacco (almeno 42 di questi classificati come cancerogeni) possono determinare un aumento del rischio di cancro nei bambini.

### **La raccomandazioni**

Queste le raccomandazioni dei Progetto GenitoriPiù e Mamme libere dal fumo:

- non fumare, in particolare in gravidanza e durante l'allattamento al seno;
- non esporre la donna in gravidanza al fumo passivo;
- non fumare in casa e nei luoghi dove si è assieme ai bambini;
- non fumare in auto, mai quando si trasportano dei bambini;
- chiedere a chiunque frequenti la casa di astenersi dal fumare;
- non portare i bambini in ambienti dove si fuma;
- esercitare vigilanza affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini (strutture ludiche, educative, ambulatori, ecc.).

Queste raccomandazioni assumono ancor più valore alla luce di alcuni dati epidemiologici (ISTAT 2005): il numero delle giovani donne fumatrici è in aumento in Italia (circa il 20% fuma) ed un'uguale prevalenza è riscontrabile anche tra le donne che avviano una gravidanza; sempre in Italia il 71% delle donne fumatrici cessa di fumare durante la gravidanza ma di queste il 70-80% riprende a fumare dopo il parto. Infine circa il 50% dei bambini ha almeno un genitore fumatore.

### **3 PROMUOVERE, PROTEGGERE E SOSTENERE L'ALLATTAMENTO MATERNO**

L'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi, come raccomandato dall'OMS, assicura una crescita, uno sviluppo psicofisico ed una salute ottimali e dopo questo periodo, con l'aggiunta di alimenti complementari appropriati, continua a contribuire ad uno sviluppo psicofisico ottimale del lattante e del bambino.

I benefici, supportati da robuste evidenze scientifiche, sono numerosi e molti altri probabilmente rimangono ancora inesplorati.

#### **I vantaggi**

Dal punto di vista di salute pubblica tra i vantaggi dell'allattamento materno troviamo:

- **per i bambini:** fornire un'alimentazione completa ed equilibrata (benefici nutrizionali), ridurre infezioni gastrointestinali e respiratorie (immunizzazione), SIDS, obesità e, nell'età adulta diabete, problemi cardiovascolari ed alcuni tipi di tumore; rafforzare il legame madre-bambino (bonding) con diminuzione delle difficoltà cognitive e relazionali.

- **per le madri:** riduzione del rischio di emorragie dopo il parto, dell'incidenza di depressione post-partum, e nel lungo periodo, del rischio di tumore al seno e all'utero e di osteoporosi.

L'allattamento al seno ha poi vantaggi economici per le famiglie (costi del latte formulato), per il sistema sanitario (riduzione significativa di ricoveri e cure specialistiche) e per l'ambiente (consumi energetici antiecológicos del ciclo produttivo del latte formulato).

Fondamentale la sua promozione e supporto dal periodo pre-concezionale, durante tutta la gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino,

rivolti alla donna, al partner ed all'intero nucleo familiare.

### **4 POSIZIONE NEL SONNO E RIDUZIONE DEL RISCHIO DI MORTE IMPROVVISA DEL LATTANTE (SIDS)**

La SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) è definita come la morte inattesa di un bambino di età inferiore ad un anno, che si verifica apparentemente durante il sonno e che resta inspiegabile (Pediatrics: luglio, 2004).

La prima causa di morte nei paesi industrializzati Nei Paesi industrializzati rappresenta la prima causa di morte (40%) nel primo anno di vita dopo il periodo neonatale (1 e 12 mesi). Nel 90% dei casi si verifica sotto i 6 mesi con incidenza massima fra i 2 e 4 mesi di vita. Ha un'incidenza pari a 0.2-0.7 casi ogni 1000 nati vivi.

Essa si correla a una serie di fattori di rischio non modificabili (sexo maschile, razza nera, madri "teenagers", multiparità, prematurità, tossicodipendenza, basso livello socioeconomico) e di altri modificabili (posizione prona nel sonno, esposizione al FP, surriscaldamento, condivisione del lettone, tipo di allattamento, non impiego del succhiotto).

#### **Le raccomandazioni**

Queste le raccomandazioni sostenute nel Progetto GenitoriPiù:

- 1)** I neonati ed i lattanti devono essere messi a dormire SEMPRE E SOLO IN POSIZIONE SUPINA "A PANCIA SU" (la posizione prona aumenta di dieci volte il rischio SIDS, quella di fianco di tre). Inoltre: materasso rigido, no cuscino, no oggetti morbidi; coperte e lenzuola ben rimboccate sotto



il materasso; i piedi del bambino dovrebbero toccare il fondo del lettino/culla per evitare che possa accidentalmente scivolare sotto le coperte.

**2) EVITARE IL FUMO** in gravidanza e non esporre il bambino al FP. La combinazione di posizione prona nel sonno e FP determina un aumento del rischio di 55 volte.

**3) La TEMPERATURA AMBIENTALE DEVE ESSERE COMPRESA FRA 18 E 20° C.** Inoltre: no indumenti, coperte e piumini troppo pesanti, soprattutto se il bambino ha la febbre (in particolare no surriscaldamento della testa).

**4) I bambini debbono DORMIRE NELLA LORO CULLA O LETTINO**, preferibilmente nella stessa stanza dei genitori; no su divani e sofà insieme ad altri bambini o adulti, no nel lettone con i genitori.

**5) SOSTENERE L'ALLATTAMENTO AL SENO** che, sia esclusivo che anche parziale, ha un effetto proteggente (esclusivo ad un mese di vita dimezza il rischio di SIDS).

**6) Utile PROPORRE L'USO DEL SUCCHIOTTO** che pare ridurre il rischio di circa il 50%.

## **5 PROMUOVERE LA SICUREZZA**

Gli incidenti rappresentano la principale causa di morte nella fascia di età 0-19 anni nei paesi più ricchi della Comunità Europea. In Italia rappresentano il 19.3% dei decessi per questa fascia di età e costituiscono il 39% di tutti i decessi di bambini e adolescenti per la fascia 1-19 (ISTAT, 2009). In Europa ogni anno muoiono quasi 42.000 bambini e ragazzi per lesioni non intenzionali che, in ordine di frequenza, sono rappresentate da incidenti stradali, annegamenti, avvelenamenti, ustioni e cadute.

In Italia (ISTAT, 2006) gli incidenti stradali rappresentano il 75% e le cadute il 4% di tutti i decessi per traumi accidentali. Due sono i picchi: 6-36 mesi e  $\geq 10$  anni.

I decessi sono solo la punta de "l'iceberg incidenti", dove il dato sommerso ben più elevato è costituito dagli accessi in Pronto Soccorso, dai ricoveri ospedalieri (in acuto e per le disabilità temporanee/permanenti) e dall'assistenza ambulatoriale e familiare derivanti dall'infortunio.

### **Le raccomandazioni**

**PROMOZIONE DELLA SICUREZZA IN CASA** attraverso la prevenzione di:

- **CADUTE** (letto, fasciatoio, seggiolone, seggiolino; balconi e finestre; scale e dislivelli)
- **USTIONI** (bagnetto; biberon; fuochi; fiammiferi e accendini. Non bere bevande calde con il bambino i braccio)
- **AVVELENAMENTI**: farmaci, tossici domestici; coloranti tossici su giochi
- **SOFFOCAMENTI**: oggetti o loro porzioni di piccole dimensioni; giochi frammentabili, scheggiabili o con parti staccabili di dimensioni  $\leq 3$  cm
- **ANNEGAMENTI**: un bambino annega anche in poca acqua. Attenzione a vasche da bagno, bidet,

catini, mastelli, vasche da giardino, gioco vicino a fossati, pozze d'acqua, stagni e pozzi

• **ALTRO**: LESIONI DA TAGLIO (coltelli, forbici, punteruoli, stoviglie non infrangibili ecc.), LESIONI DA SCHIACCIAMENTO (librerie, scarpriere, scaffali non fissati al muro) LESIONI CONNESSE ALL'ELETTRICITÀ (prese elettriche; phon ecc.).

**PROMOZIONE DELLA SICUREZZA IN AMBIENTE EXTRA-DOMESTICO** attraverso:

- **PROTEZIONE DEL BAMBINO DURANTE IL TRASPORTO IN AUTO**: Non è a tutti noto il dato che un bimbo di 10 Kg in un impatto a 50 Km/h acquista una forza pari a 200 Kg, impossibile per chiunque da trattenere. Il bambino perciò deve essere trasportato sempre assicurato ad un seggiolino adeguato all'età ed al peso
- **SICUREZZA NEL TRASPORTO ED UTILIZZO AUTONOMO DI BICICLETTE MOTO E SCOOTER**
- **SICUREZZA AL PARCO GIOCHI**: verificare sicurezza, integrità e adeguatezza dei giochi per l'utilizzo da parte del proprio bambino, anche in rapporto all'età.
- **SICUREZZA ED ACQUA**: imparare presto a nuotare; mai solo in acque libere, giubbotto salvagente in barca. Attenzione a fiumi e laghi (più pericolosi del mare), pozzi, stagni, fossati, vasche.
- **SICUREZZA ED ELETTRICITÀ**: far comprendere i rischi connessi a elettricità, acqua-elettricità; attenzione a fili scoperti, cabine elettriche incustodite ecc...

Tutti gli operatori, e i Pediatri di Famiglia in particolare, hanno anche l'importantissimo compito di rammentare ai genitori che le competenze motorie dei loro figli sono in continua rapida evoluzione, che per loro la comprensione del pericolo non è un fatto ovvio o innato, che la loro curiosità è in costante aumento mentre attenzione di fronte alle situazioni di pericolo è sempre o spesso inadeguata. E soprattutto che **PREVENZIONE** vuol dire "arrivare prima che...".

## **6 PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI**

Le vaccinazioni sono uno degli interventi di maggior efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive, prioritarie per la salute dei bambini. Le malattie per le quali esse vengono raccomandate sono a rischio di gravi complicazioni e/o sequele, spesso si tratta di malattie per le quali non esiste terapia (infezioni virali) o che hanno un'evoluzione rapida per cui anche la terapia adeguata non risulta efficace. I tanto temuti effetti collaterali delle vaccinazioni sono di gran lunga meno frequenti e di minor entità rispetto alle possibili complicazioni della malattia evitata. Emblematico l'esempio del confronto fra le possibili complicazioni della malattia Morbillo e dei possibili eventi avversi della vaccinazione anti-Morbillo (vedi Tabella 1).

**Tabella 1**

| Possibili complicanze del morbillo   | Possibili eventi avversi della vaccinazione  |
|--|--|
| <b>Mortalità:</b> 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia  | <b>Mortalità:</b> osservata solo nell'immunodepresso   |
| <b>Encefalite:</b> 1 ogni 1.000-2.000 casi di malattia   | <b>Encefalite:</b> <1 caso ogni 1.000.000 di vaccinati   |
| <b>PESS:</b> 1 ogni 10.000   |  |
| <b>Trombocitopenia:</b> 1 ogni 3.000 casi  | <b>Trombocitopenia:</b> 1 ogni 30.000 vaccinati  |
| <b>Altre complicazioni</b><br><b>Otite media:</b> nel 7-9% dei casi<br><b>Polmonite:</b> nell'1-6% dei casi<br><b>Diarrea:</b> nel 6% dei casi | <b>Altre complicazioni</b><br><b>Otite media:</b> nel 7-9% dei casi<br><b>Polmonite:</b> nell'1-6% dei casi<br><b>Diarrea:</b> nel 6% dei casi |

La corretta, omogenea e capillare informazione ai genitori assume un particolare rilievo in questo momento in cui numerose voci contrarie alle vaccinazioni, se accolte, rischiano di comportare pesanti conseguenze in termini di morbosità e mortalità in particolare nella Regione Veneto, dove, in virtù dell'alto tasso vaccinale raggiunto, dal 1 gennaio 2008 l'obbligo vaccinale è stato sospeso.

#### Rapporto rischio e beneficio

È necessario evidenziare ai genitori il rapporto rischio/beneficio delle vaccinazioni poiché manca la memoria storica di alcune malattie (rese rare proprio dalle vaccinazioni) e, per

contro, l'elevata copertura vaccinale fa sì che anche rari effetti collaterali vengano enfatizzati e non considerati tollerabili. Va inoltre sottolineato che una riduzione della copertura vaccinale farebbe comparire entro pochi anni epidemie che erano scomparse. Significativo quanto si è verificato in Russia circa 10 anni fa con la Difterite, e in Pakistan, Afganistan e Bangladesh dove nel 2011 si sono registrati focolai di epidemia di Poliomielite.

In Italia il nuovo calendario vaccinale in vigore (vedi Tabella 2) raccomanda tutte le vaccinazioni, indipendentemente dai tradizionali obblighi di legge.

**Tabella 2 - CALENDARIO VACCINALE**

| Vaccino                                       | Nascita | 3° mese | 5° mese | 13° mese | 14° mese  | 15° mese | 6 anni | 11 anni | 12 anni   | 15 anni |
|---|---------|---------|---------|----------|-----------|----------|--------|---------|-----------|---------|
| DTP - Difterite-Tetano-Pertosse               |         | DTaP    | DTaP    | DTaP     |           |          | DTaP   |         |           | DTaP    |
| IPV - Polio (vaccinazione Salt, intramuscolo) |         | IPV     | IPV     | IPV      |           |          | IPV    |         |           |         |
| Epatite tipo B                                | HB      | HB      | HB      | HB       |           |          |        |         |           |         |
| HIB - Haemophilus Infl. tipo B                |         | HIB     | HIB     | HIB      |           |          |        |         |           |         |
| MPR - Morbillo-Parotite-Rosolia               |         |         |         |          | MPR1      |          | MPR2   |         |           |         |
| PCV - Pneumococco                             |         | PCV     | PCV     |          |           | PCV      |        |         |           |         |
| Men C - Meningococco tipo C                   |         |         |         | Men C    |           |          | Men C  |         |           | Men C   |
| Varicella                                     |         |         |         |          | Varicella |          |        |         | Varicella |         |
| Papilloma virus                               |         |         |         |          |           |          |        | HPV     | HPV       |         |

## **7 LETTURA AD ALTA VOCE FIN DAI PRIMI MESI DI VITA**

Leggere ad alta voce ai bambini accresce le capacità genitoriali, la fiducia dei genitori nelle proprie capacità; rappresenta un'occasione di contatto fisico ed emotivo fra bambino e genitore. Ha inoltre un effetto calmante, rassicurante e consolatorio per i bambini. Essa favorisce la creazione di una "intimità speciale": il bambino piccolo ha bisogno di affetto e tenerezza come di conoscenza.

La lettura precoce, fin dai 6 mesi, favorisce lo sviluppo cognitivo, migliora lo sviluppo del linguaggio recettivo ed espressivo, accresce l'attenzione, la capacità di ascolto, l'abitudine ai tempi lenti, la creatività e la fantasia, fornisce opportunità di sviluppo emotivo e promuove l'amore per il libro e la lettura.

Nella sfera del linguaggio la lettura ad alta voce favorisce il riconoscimento delle lettere, la conoscenza dell'alfabeto, lo sviluppo delle sintassi e della semantica, la consapevolezza fonologica, amplia il vocabolario e favorisce la capacità di de-contestualizzazione del linguaggio. Esiste una relazione fra lettura precoce interattiva ad alta voce da parte di un adulto e successo scolastico del bambino: abilità nel linguaggio verbale prescolare, successivo successo nella lettura, apprendimento della letto-scrittura e motivazione il bambino all'apprendimento hanno ovvie influenze positive sul successo scolastico.

Il racconto di fiabe e filastrocche (anche per brevi momenti purché intensi, dedicati e ripetuti) è estremamente importante; ugualmente anche il solo porgere un libro lasciando che il bambino lo manipoli e lo fruisca come meglio desidera o riesce. Da tutte queste considerazioni emerge l'importanza che i genitori vengano sensibilizzati, istruiti e sostenuti in questa pratica da parte di tutti gli operatori (sanitari, insegnanti e bibliotecari ecc.). I Pediatri di famiglia, in particolare, rivestono un ruolo fondamentale

grazie allo stretto rapporto in termini di frequentazione e di fiducia che possono instaurare con i genitori, fin dai primi mesi della vita, in un momento così "fertile" e determinante per il futuro di ogni bambino.

### **Il progetto "Nati per leggere"**

"Nati per leggere" è un progetto nazionale che nasce in Italia nel 1999 e che coinvolge genitori, scuole, biblioteche e pediatri con l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni.

Il progetto nazionale ha tra le finalità la tutela più ampia del bambino in nome del suo diritto di essere protetto non solo dalla malattia e dalla violenza ma anche dalla mancanza di adeguate occasioni di sviluppo affettivo e cognitivo, in un ambito perciò di tutela globale della salute fisica e psichica dei bambini.

E' noto che, a parità di fattori di rischio socio-economico, la mortalità complessiva risulta significativamente correlata al livello di educazione scolastica e che condizioni socio-economiche disagiate si associano spesso ad un ridotto curriculum scolastico dei bambini. E' pertanto intuibile l'importanza di tutte le iniziative che facilitano l'approccio al mondo della scuola, e quindi favoriscono l'incremento del livello di educazione.

Il valore di questo Progetto, che si inserisce a pieno titolo nella più ampia Campagna GenitoriPiù è stato riconosciuto anche dalla Regione Veneto, che sostiene e patrocina l'iniziativa.

### **Per informazioni**

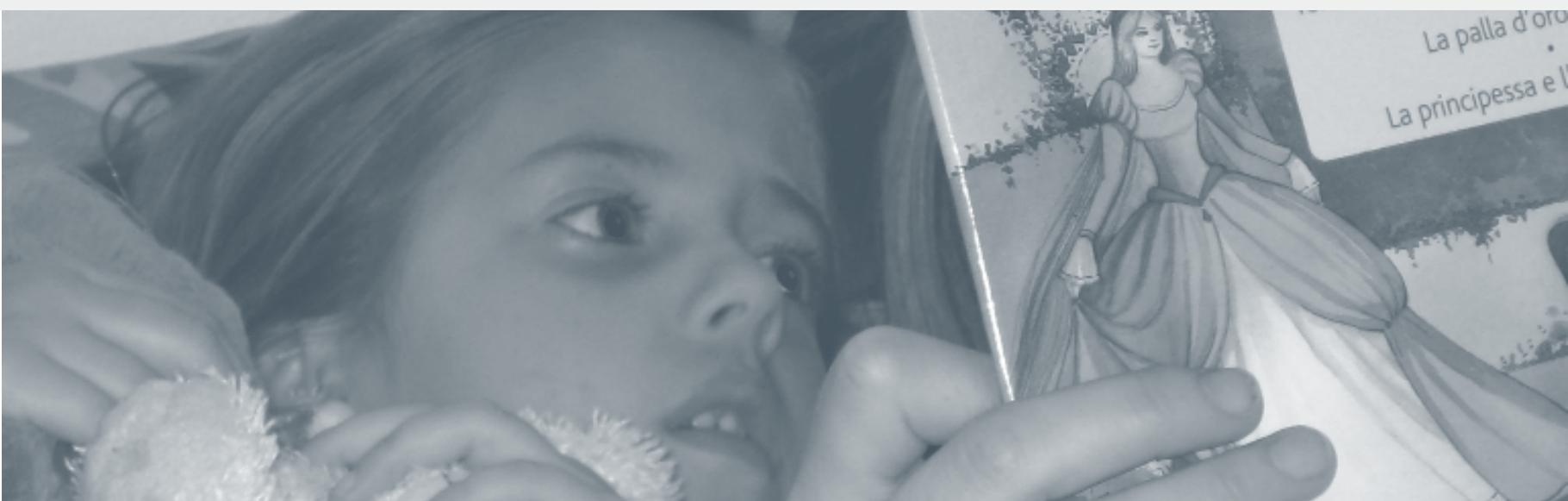
Potete rivolgervi al vostro pediatra di famiglia

[www.genitoripiu.it](http://www.genitoripiu.it)

[www.ministrosalute.it](http://www.ministrosalute.it)

[www.natiperleggere.it](http://www.natiperleggere.it)

Manuale con materiale informativo per gli operatori (dettagliati riferimenti bibliografici) disponibile anche on-line sul sito del progetto



La testimonianza delle madri  
di neonati prematuri nati trent'anni fa

---



## Evviva la pediatria di oggi!

Dall'incontro di presentazione della rivista on line “Venezia in Salute” alle associazioni della Consulta per la Salute del Comune di Venezia, è nata l'idea di creare dei forum aperti in cui il confronto possa essere focalizzato sui bisogni primari e globali delle persone nella loro soggettività più autentica: donne, bambini, anziani, disabili, malati psichici, ecc. Un tentativo di entrare in ascolto dei bisogni originali e originari delle persone.

Il 26 aprile scorso si è tenuto un incontro sul tema “Salute e bisogni globali dei bambini” in cui sono state raccolte le testimonianze di due madri di bambini nati prematuri 30 anni fa. Queste madri hanno colto ed evidenziato la grande differenza di approccio tra la Pediatria contemporanea, che rimette al centro la relazione madre e bambino, e la Pediatria di 30 anni fa, in cui i piccoli pazienti erano tenuti separati dalle madri e, seppure curati nel migliore dei modi dal punto di vista tecnico, non erano compresi nei loro bisogni globali. Le testimonianze che abbiamo raccolto sono di due madri che fanno parte delle associazioni della Consulta per la Tutela della Salute: **Leda Cossu**, associazione VeneziAmbiente, ed **Elia Barbiani**, associazione Metabolé.

### **Diario di una gravidanza ad altissimo rischio, il legame madre e bambino**

“La manina di mio figlio era grande quando l’unghia del mio dito pollice – ricorda Leda Cossu –. Una piccolissima creatura nata al settimo mese di gravidanza, dopo molte difficoltà. Nel mio utero a doppio fagiolo, lo spazio vitale per il feto era la metà di quello normale e quindi il mio piccolo si trovava ristretto ed è stato fatto nascere prima per questo motivo con parto cesareo. Mi sono affidata completamente, con grande fiducia, alla competenza della professoressa Daria Minucci, ancor oggi professore emerito di Ginecologia all’Università di Padova. La relazione con questa donna, medico di grande valore, mi ha profondamente aiutata a portare avanti una gravidanza considerata ad altissimo rischio. Posso testimoniare che tra madre e figlio, soprattutto in situazioni difficili, si crea un legame inscindibile. Io sentivo lo stato d’animo di mio figlio dentro al mio ventre. Avrei tanto voluto che nascesse in casa, ma non era prudente per entrambi, ho chiesto allora che nel nascere, pur in ambiente ospedaliero, fosse accolto con dolcezza perché vedevo nel monitoraggio che, ad ogni contrazione, il suo battito cardiaco accelerava e pensavo che avesse paura e che bisognasse proteggerlo visto che nasceva prima del termine normale della gravidanza e comunque si era trovato fin dal concepimento ad affrontare delle difficoltà”.

### **Madri e bambini trent’anni fa erano tenuti separati**

Adesso sembra normale che una madre si riferisca al proprio bambino fin dalla gravidanza e che si preoccupi perché vi sia una accoglienza adeguata alla nascita della propria piccola creatura. Ma qualche decennio fa gli ospedali fornivano certamente migliori competenze tecniche rispetto al passato, ma non ancora adeguate competenze nell’accoglienza globale della persona ed in particolare non vi era un’attenzione consolidata alla tutela del rapporto madre e bambino. Madri e neonati erano tenuti separati, le creature stavano nel Nido durante la degenza delle madri e non si comprendevano a fondo bisogni ed emozioni dei neonati. L’approccio attuale – descritto anche nell’articolo che presentiamo in questo numero di “Venezia in salute” sulle attività della Pediatria dell’ospedale dell’Angelo – ora sembrano scontate, ma anni fa non lo erano per niente.

### **Meraviglioso che oggi si pensi a tutelare i bambini dal dolore di esami e prestazioni**

“Mio figlio è stato ricoverato a un anno e mezzo per una affezione respiratoria – riprende Leda Cossu –. In una stanza d’ospedale c’erano vari bambini con diverse patologie. La presenza delle

madri non era prevista certamente 24 ore su 24 come adesso. Ricordo di aver portato alcune foto del cane e dei giocattoli che il mio bambino amava molto, perché si sentisse a suo agio, anche se ricoverato in ospedale. I medici erano competenti, ma l’attenzione ai bisogni anche emotivi del bambino dipendeva dalla sensibilità dei singoli professionisti, non era scontata. Oggi comunque sarebbe inconcepibile che un piccolo ricoverato, non avesse la madre sempre accanto. Inoltre allora non c’era la sensibilità di oggi anche rispetto al dolore del bambino. Mio figlio aveva memoria di prelievi e prestazioni che gli erano stati rivolti fin dalla sua nascita, aveva perciò paura dei camici bianchi e tremava quando il medico si avvicinava. Ora tutto è cambiato e trovo meraviglioso che si pensi al dolore che un prelievo sanguigno può fare ad un neonato prematuro, distraendolo con somministrazioni appropriate di saccarosio. È una attenzione bellissima a creature così piccole ed indifese, che lascerà un segno positivo anche nella crescita futura di questi bambini”.

### **Fondamentale aiutare i genitori a sentirsi meno soli**

“Anch’io ho partorito prima del termine naturale della gravidanza e ricordo benissimo l’angoscia mia e di altre madri – sottolinea Elia Barbiani –. C’era soprattutto una grande incertezza sul futuro dei nostri bambini, su come sarebbero potuti crescere. Mi pare bello che oggi un neonato nato prematuro possa poi continuare ad essere seguito dallo stesso reparto lungo la sua nascita, in questo modo diventa un soggetto conosciuto e tutto diventa familiare. Nel mio caso, trent’anni fa, ho scelto io il pediatra da cui far seguire mia figlia ed in ogni caso mi sono sentita molto sola. Con mio marito leggevamo tantissimo, ci aggiornavamo su tutti i libri che uscivano sulla cura dei bambini, ma ogni tanto lui si domandava perché, nessuno fosse lì con noi ad aiutarci e a farci sentire meno soli di fronte ad una responsabilità così grande. Per fortuna poi i bambini crescono e le cose vanno bene, ma trovo fondamentale che oggi si guardi al rapporto madre e bambino come ad una relazione di per sé terapeutica e che i medici ne abbiano profondo rispetto, collaborando con le famiglie. Significa che abbiamo fatto dei passi avanti (anche se il percorso è lungo e non va interrotto per motivi economico-finanziari) e che i bambini vengono accolti con l’attenzione che meritano, comprendendoli sempre più profondamente nei loro bisogni essenziali”.

## Comune di Venezia e medici di famiglia in rete Un questionario per pazienti diabetici



a cura di **Giulio Bergamasco**  
presidente Società italiana di Medicina Generale di Venezia

*Il Comune di Venezia in collaborazione con alcuni medici di famiglia, aderenti al Progetto COMEFARE, Comune e Medici di famiglia in rete e con il patrocinio dell'Azienda Ulss 12 Veneziana e dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Omceo) di Venezia, ha deciso di somministrare ad un campione casuale di pazienti diabetici di tipo II, un breve questionario sulla conoscenza della propria malattia.*

*L'obiettivo del gruppo di progetto era duplice: da una parte responsabilizzare il paziente, dall'altra fornire al medico un riscontro sulla propria capacità di accompagnare l'assistito nel percorso della malattia diabetica.*

*I questionari sono stati somministrati dai Medici di Famiglia, ricercatori del progetto COMEFARE, nel mese di marzo ai pazienti diabetici che si recavano nei loro ambulatori.*

Il confronto tra medico di famiglia e paziente diabetico:  
237 questionari somministrati

Il paziente compilava in modo autonomo il questionario e il medico rispondeva ai quesiti del paziente, dopo che il questionario veniva restituito: questo ha permesso ai pazienti che lo desideravano di ricevere subito informazioni.

Il questionario ha aiutato i pazienti ad esternare dubbi,

preoccupazioni e ha stimolato il colloquio con il medico di famiglia.

Sono stati somministrati 237 questionari, il 10% del campione ha meno di 60 anni, il 68% ha un'età compresa tra 61 e 80 anni e il 18% ha più di 80 anni.

Ma ora presentiamo i principali risultati emersi dall'indagine.

## LE DOMANDE RIVOLTE AI PAZIENTI

### IL DIABETE È UNA MALATTIA...

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| <b>CRONICA</b>               | <b>73,4 %</b> |
| <b>ACUTA</b>                 | <b>05,5 %</b> |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b> | <b>21,1 %</b> |

#### Il diabete è una malattia cronica

Il diabete coinvolge il sistema ormonale. È purtroppo cronica perché non si può guarire, ma può essere tenuta sotto controllo.

Il Medico ha la responsabilità decisionale sulle terapie da adottare, ma al paziente deve essere affidata la responsabilità di controllare direttamente l'andamento della propria patologia attraverso controlli periodici e l'assunzione di stili di vita corretti.

### IL DIABETE È UNA MALATTIA...

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| <b>DEL PANCREAS</b>          | <b>47,3 %</b> |
| <b>DELL'ETÀ</b>              | <b>24,1 %</b> |
| <b>DEI GRANDI MANGIATORI</b> | <b>22,4 %</b> |
| <b>NON RISPONDE</b>          | <b>6,2 %</b>  |

#### Il diabete è una malattia del pancreas

Si tratta di una patologia che si sviluppa dopo i 45 anni, spesso in presenza di ereditarietà e stili di vita poco corretti (sedentarietà, sovrappeso, ecc.).

Il pancreas è un organo addominale che secreta un ormone chiamato insulina. L'insulina si lega, come una chiave ad una serratura, alle cellule per permettere l'ingresso dello zucchero nelle stesse. Quando l'organismo comincia ad esaurire l'insulina si manifesta il diabete: lo zucchero ha difficoltà ad entrare nelle cellule, si accumula nel sangue ed innalza la glicemia.

#### TRA I MIEI PARENTI PIÙ PROSSIMI (GENITORI, FRATELLI, SORELLE, FIGLI) VI SONO CASI DI DIABETE DIAGNOSTICATO:

|               |               |
|---------------|---------------|
| <b>SI</b>     | <b>54,9 %</b> |
| <b>NO</b>     | <b>27,0 %</b> |
| <b>NON SO</b> | <b>18,1 %</b> |

Soprattutto in presenza di familiari con malattia diabetica è importante sottoporsi a controlli periodici. Nella maggior parte dei casi il diabete viene diagnosticato casualmente durante esami di routine prescritti dal medico di famiglia.

#### La diagnosi: riscontro per due volte di superiori ai 125 mg/dl di glicemia

Per la diagnosi di diabete mellito è necessario il riscontro di almeno 2 valori (anche non sequenziali) di glicemia > 125 mg/dl.

Un valore di 105 mg di glicemia può essere un sintomo premonitore di suscettibilità alla malattia, ma non di malattia in atto.

Sintomi che devono allertare e che devono essere condivisi con il medico sono un dimagrimento

inspiegabile, una continua sensazione di sete (polidipsia) e quando si urina più del solito (poliuria).

### IL DIABETE È UNA MALATTIA AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE?

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| <b>SI</b>                    | <b>68,0%</b>  |
| <b>NO</b>                    | <b>5,9 %</b>  |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b> | <b>25,3 %</b> |

#### Il diabete è una malattia associata ad alto rischio cardiovascolare (infarto, ictus)

Se non controllata, questa malattia può comportare facilmente invalidità (dialisi per insufficienza renale, insufficienza cardiaca, amputazioni, cecità).

Il rischio cardiovascolare si associa al concetto di aterosclerosi. L'aterosclerosi consiste in una profonda e pericolosa alterazione delle arterie.

Le arterie trasportano l'ossigeno ai tessuti e, se si ammalano, possono ostruirsi e determinare danni gravissimi al territorio che nutrono.

#### Valutazione del rischio cardiovascolare per il paziente diabetico

Il paziente diabetico deve stare quindi particolarmente attento anche agli altri fattori di rischio cardiovascolare:

##### Colesterolo

Nel paziente diabetico il livello di colesterolo "cattivo" (LDL) deve essere inferiore a 100, deve essere controllato 2 volte l'anno e se gli esami non fossero ottimali, possono essere eseguiti ulteriori controlli

##### Fumo

Il fumo ostruisce le arterie attraverso il meccanismo di vasocostrizione. Aumentando la coagulabilità del sangue facilita l'insorgenza di trombi che ostruiscono le arterie

##### Ipertensione arteriosa

Quando la pressione arteriosa aumenta, il cuore e le arterie sono sottoposte ad un forte stress lavorativo. La pressione arteriosa si cura modificando lo stile di vita, riducendo l'apporto di sodio (sale da cucina), incrementando l'attività fisica ed assumendo con regolarità i farmaci prescritti dal proprio medico di famiglia

##### Sedentarietà

È forse il peggior nemico per le arterie assieme al fumo ed il colesterolo. Comporta facilmente aumento di peso e l'aumento del grasso addominale rappresenta un fattore di rischio per il diabete.

L'uomo non deve avere una circonferenza addominale superiore ai 93 cm e la donna non deve superare i 79 cm

##### Obesità

Facilita il manifestarsi del diabete e dell'ipertensione e rappresenta un sovraccarico di lavoro per il muscolo cardiaco.

Viene valutata in base all'indice di massa corporea che viene calcolato così: (peso in kg)/(altezza in metri)<sup>2</sup>

Esempio: Peso: 80 Kg Altezza: 1,75 m

Indice di massa corporea:  $80/1.75 \times 1.75 = 26$

Se l'indice di massa corporea è maggiore di 25, il paziente è in sovrappeso, se è maggiore di 30 è obeso

## IL COMPENSO METABOLICO È...?

|  |             |
|--|-------------|
| <b>È UN VALORE PERSISTENTE DI GLICEMIA INFERIORE A 110 MG/DL</b> | <b>26 %</b> |
| <b>È UNA DIETA POVERA DI ZUCCHERI</b>                            | <b>30 %</b> |
| <b>È UN VALORE DI EMOGLOBINA GLICATA INFERIORE A 7</b>           | <b>22 %</b> |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b>                                     | <b>22 %</b> |

Ogni 3-4 mesi il paziente diabetico deve controllare l'emoglobina glicosilata, un esame del sangue che fornisce la media della glicemia dell'ultimo trimestre. Il valore ottimale della emoglobina glicosilata in un diabetico di tipo II in terapia è inferiore al 7% ed esprime il concetto di compenso metabolico. Un diabete mellito ben controllato (compenso metabolico) riduce drasticamente la possibilità di complicanze tipiche della malattia.

## ESEGUO ESAMI PER IL DIABETE...

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| <b>OGNI MESE</b>             | <b>3,4 %</b>  |
| <b>OGNI TRIMESTRE</b>        | <b>26,6 %</b> |
| <b>OGNI SEMESTRE</b>         | <b>43,5 %</b> |
| <b>UNA VOLTA L'ANNO</b>      | <b>25,8 %</b> |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b> | <b>1,7 %</b>  |

Il paziente diabetico deve controllare la propria emoglobina glicosilata una volta ogni 3 mesi per la valutazione del compenso metabolico. Il controllo del colesterolo e dei lipidi nel sangue va fatto almeno una volta all'anno, ma il medico di famiglia può prescrivere questi esami più volte nei 12 mesi soprattutto se il soggetto diabetico presenta un LDL colesterolo in terapia farmacologica non ottimale (il valore non ottimale è maggiore di 100).

## ESEGUO L'AUTOMONITORAGGIO CON APPARECCHIO E STRISCE...

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>TUTTI I GIORNI</b>                | <b>19,4 %</b>  |
| <b>ALMENO UNA VOLTA LA SETTIMANA</b> | <b>40,9 %</b>  |
| <b>MENSILMENTE</b>                   | <b>0,8 %</b>   |
| <b>MAI</b>                           | <b>37,13 %</b> |

### L'automonitoraggio

Significa controllare da soli il proprio livello glicemico. I pazienti dediti all'automonitoraggio seguono meglio le prescrizioni del medico ed hanno minori complicanze.

## ESEMPIO DI DIARIO DI AUTOMONITORAGGIO DIABETICO

| data       | risveglio | 2 ore dopo colazione | prima di pranzo | 2 ore dopo pranzo | prima di cena | 2 ore dopo cena | note |
|------------|-----------|----------------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------------|------|
| 10/03/2012 |           |                      |                 |                   |               |                 |      |
| 11/03/2012 |           |                      |                 |                   |               |                 |      |
| 12/03/2012 |           |                      |                 |                   |               |                 |      |
| 13/03/2012 |           |                      |                 |                   |               |                 |      |

L'automonitoraggio può essere sostenuto e rinforzato dall'impiego quotidiano di un diario:

I pazienti devono assumere un ruolo attivo nel piano di cura, formulato come un'alleanza terapeutica personalizzata tra il paziente, la sua famiglia e i membri del team diabetologico.

## QUALE DELLE SEGUENTI NON È UNA COMPLICANZA TIPICA DEL DIABETE?

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| <b>MALATTIA CORONARICA</b>   | <b>22,8 %</b> |
| <b>MALATTIA DELLA RETINA</b> | <b>8,4 %</b>  |
| <b>INSUFFICIENZA RENALE</b>  | <b>14,8 %</b> |
| <b>GLAUCOMA</b>              | <b>40,9 %</b> |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b> | <b>13,1 %</b> |

Il glaucoma non è una complicanza del diabete; la malattia coronarica in primis, seguita da malattia della retina e dell'insufficienza renale rappresentano complicanze tipiche del diabete e vanno quindi prevenute.

Le complicanze vascolari rappresentano il danno più frequente e visibile delle complicanze della malattia diabetica, possono colpire le arterie di grande calibro o piccole arterie di alcuni organi e/o apparati (rene, retina, nervi periferici...)

## PER IL MIO DIABETE IL MEDICO MI HA PRESCRITTO...

|   |               |
|---|---------------|
| <b>SOLO DIETA</b>                           | <b>17,7 %</b> |
| <b>SOLO FARMACI PER BOCCA</b>               | <b>67,1 %</b> |
| <b>TERAPIA INSULINICA</b>                   | <b>3,0 %</b>  |
| <b>TERAPIA INSULINICA+FARMACI PER BOCCA</b> | <b>11,8 %</b> |
| <b>NON SO / NON RISPONDE</b>                | <b>0,4 %</b>  |

È importante sottolineare che nei pazienti diabetici l'attività fisica è importante tanto quanto la terapia farmacologica.

### L'importanza dell'attività fisica

Il muscolo durante l'attività fisica brucia zuccheri e grassi e questo ha effetti benefici sul livello degli zuccheri e sul colesterolo. Lo sport produce una riduzione marcata dell'aterosclerosi che rappresenta la complicanza più frequente ed invalidante del diabete.

I pazienti diabetici, ma in generale chiunque, possono per preservare la salute: fare lunghe passeggiate, andare in bicicletta, portare a spasso il cane, evitare l'ascensore, parcheggiare l'automobile a due isolati di distanza, fare una nuotata in spiaggia, ecc.

### **Il progetto in collaborazione con Municipalità del Lido e Roche diagnostici**

L'Istituto Superiore di Sanità raccomanda una gestione integrata del paziente diabetico e la programmazione di attività educativo-formative dirette ai pazienti.

Il progetto risponde a questa raccomandazione: grazie alla collaborazione della Municipalità di Lido Pellestrina che ha messo a disposizione la sala consiliare, a maggio alcuni medici di famiglia, hanno illustrato e commentato i risultati dell'indagine a pazienti diabetici e familiari.

Grazie alla collaborazione della Roche Diagnostici è stato possibile fare dei test glicemici ai presenti ed è stata un'importante occasione di confronto sul tema della responsabilità individuale che i pazienti hanno nei confronti della propria salute.

### **PER INFORMAZIONI**

#### **Progetto Igea**

[www.epicentro.iss.it/igea/](http://www.epicentro.iss.it/igea/)

#### **Epicentro portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica**

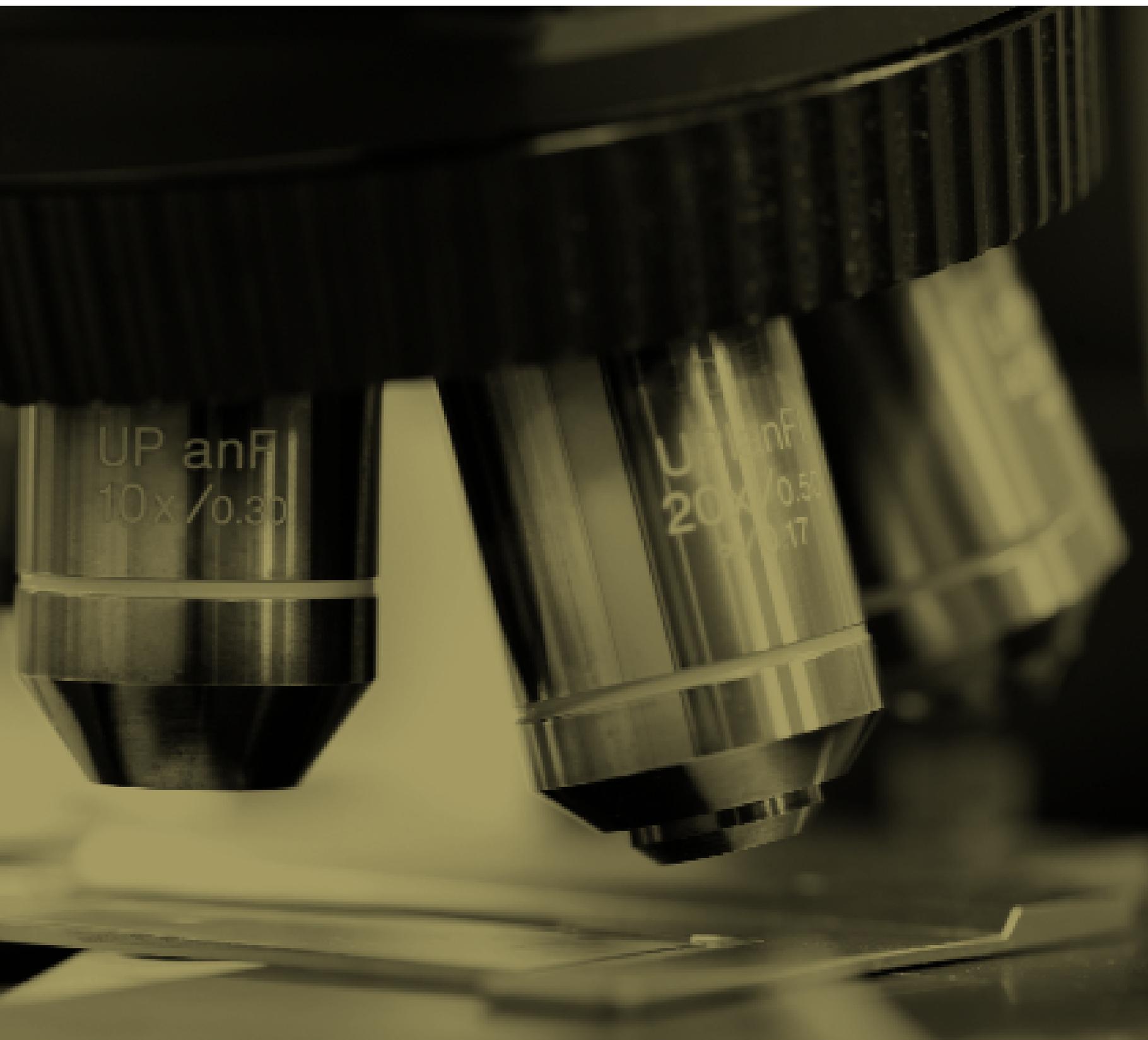
[www.epicentro.iss.it/problemi/diabete/Gmd2010.asp](http://www.epicentro.iss.it/problemi/diabete/Gmd2010.asp)

#### **Diabete Italia**

[www.diabeteitalia.it/Default.aspx](http://www.diabeteitalia.it/Default.aspx)

#### **Diabete.Net Portale italiano sul diabete**

[www.diabete.net/](http://www.diabete.net/)



## Al mare o in piscina il nuoto fa bene Favorisce salute globale e socializzazione

a cura di **Rosario Conte, Franco Giada, Federico Munarin,  
Riccardo Barison, Stefano Baracchi, Bruno De Piccoli,**  
Federazione Medico Sportiva italiana (FMSI), AMSD Veneziana

*Esiste da tempo la consapevolezza che il nuoto sia, tra gli sport, quello considerato più utile e completo.*

*Si ricorda, per esempio, l'allenatore della squadra femminile americana di nuoto, che interrogato durante le Olimpiadi di Tokio (1964) su quali fossero le controindicazioni al nuoto, rispose: "Controindicazioni? Ma non ce ne sono. Al contrario ogni volta che in un bambino non quadra qualche cosa, il medico ce lo manda in piscina!".*

*Con questo articolo vogliamo approfondire in modo più dettagliato perché e come questo sport influisce sul nostro benessere fisico.*



## **BENEFICI CARDIOVASCOLARI**

Il nuoto, in particolare quello non agonistico, è per sua caratteristica un esercizio di resistenza, cioè si pratica solitamente con uno sforzo di durata e regolare, favorevole per tutto l'apparato cardiovascolare. Grazie a questo tipo di lavoro che si viene a costituire, definito aerobico, si registra un vantaggio sul consumo energetico del cuore, il quale viene allenato a consumare meno ossigeno e meno energie. Questo effetto si traduce in una efficace protezione da parte del nuoto contro le malattie cardiovascolari. Molti studi hanno dimostrato che il nuoto come tutti gli sport aerobici è in grado di ridurre significativamente l'incidenza di eventi coronarici, ovvero infarto od episodi di angina pectoris. In particolare questo processo di allenamento avviene solo se si pratica il nuoto con una certa regolarità (2-3 volte la settimana e per almeno una trentina di minuti).

### **Utile anche ai cardiopatici**

Ma l'utilità è stata dimostrata anche in coloro che sono già cardiopatici in quanto l'attività aerobica ha la capacità di determinare un allargamento dei vasi che esistono già. Contemporaneamente si assiste all'apertura di nuovi vasi e lo sviluppo di connessioni (anastomosi) grazie alle quali un dato territorio non

viene più irrorato da un solo vaso sanguigno, ma almeno due. Tale condizione permette la riduzione di aritmie sia a riposo sia durante sforzo e soprattutto un aumento della soglia ischemica che protegge dalla possibilità di nuovi infarti.

## **BENEFICI SUI FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARI**

È noto inoltre che le malattie cardiovascolari sono spesso l'effetto di molteplici fattori di rischio. Il nuoto è in grado di agire contro questi fattori di rischio. È ampiamente dimostrato che questa attività determina un'azione positiva sui livelli di colesterolo e trigliceridi.

Previene e cura l'ipertensione riducendo sensibilmente i valori di pressione minimi e massimi.

### **Notevole dispendio calorico**

Il dispendio calorico che l'attività natatoria e la termoregolazione corporea in acqua comporta permette un importante consumo di acidi grassi e di controllare il peso corporeo. Si ottiene in questa maniera la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in generale. È importante ricordare che il consumo calorico dipende dall'intensità, dalla durata e dalla frequenza degli allenamenti e nel nuoto è importante ricordare che anche lo stile e la tecnica della nuotata



incide su questo dispendio. Pertanto non è facile un calcolo esatto. Per semplificare, nello stile libero vengono consumate circa 7 KCal per ogni chilogrammo di peso corporeo per ogni ora di attività. Invece nel dorso si sale a circa 8 kcal/kg/ora. A rana e farfalla si spendono rispettivamente circa 10 e 11 kcal/kg/ora. Allo stesso modo, il rischio di sviluppare diabete di tipo 2, cioè quello tipico dell'età adulta e caratterizzato dall'incapacità dell'insulina a far entrare il glucosio nelle cellule può essere ridotto attraverso la pratica regolare di nuoto. L'esercizio natatorio, infatti, aumenta la sensibilità periferica all'insulina da parte dei muscoli. In tal modo il glucosio può entrare nelle cellule evitando l'iperglicemia. Pertanto siamo in grado di migliorare il controllo metabolico nel soggetto diabetico riducendone il fabbisogno terapeutico.

### **BENEFICI POLMONARI**

Il nuoto impone una respirazione regolare e profonda che si traduce in una ginnastica respiratoria correttiva. Migliora la capacità ventilatoria sia per aumento della profondità sia per la frequenza. I soggetti allenati con il nuoto ventilano con una bassa frequenza rispetto ai non allenati (ridotta iperventilazione) e poiché l'iperventilazione è tra le cause principali dell'asma e in particolare dell'asma da sforzo, questo adattamento, associato agli ambienti caldo umidi delle piscine, viene sfruttato dai pneumologi che utilizzano il nuoto quale importante elemento terapeutico per la cura di questa diffusissima patologia cronica.

### **BENEFICI MUSCOLOSCHIELETRICI**

Ma questo non è tutto. I benefici del nuoto riconosciuti da tutti anche dai non medici è soprattutto a livello muscoloscheletrico. Basta osservare un nuotatore e notiamo come le sue caratteristiche fisiche siano particolarmente

gradevoli: le spalle sono larghe, il rapporto torace-bacino è armonioso, gli arti ben sviluppati.

La muscolatura impegnata è pressoché totale, da qui il concetto per il nuoto di sport completo. I muscoli maggiormente sollecitati sono i dorsali e le braccia, mentre le gambe sono utilizzate di meno. Anche gli addominali sono particolarmente esercitati.

### **MUSCOLI MORBIDI, AFFUSOLATI ED ELASTICI**

Nel nuoto la forza sviluppata dai muscoli non è massimale, nemmeno per le gare più brevi, e questo è dovuto al fatto che l'acqua non fornisce un appoggio fisso dove potersi ancorare e "tirare" con tutta la propria forza. Inoltre l'atleta non deve vincere la forza di gravità, ma deve "scivolare" dentro a un fluido in assenza di gravità. Pertanto i muscoli di un nuotatore non diventano grossi e definiti come quelli di un centometrista, che deve vincere la forza di gravità ed esprime la sua forza contro una superficie indeformabile. I muscoli di un nuotatore sono morbidi, elastici e affusolati. Questo aspetto della nuotata si traduce in un ridotto stress a carico di tutte le strutture articolari impegnate e pertanto riduce il rischio di lesioni sia acute sia croniche.

### **I VANTAGGI DELLA FISIOTERAPIA IN ACQUA**

Al punto che in Fisioterapia da tempo si sfruttano i movimenti in acqua per la cura e il recupero delle lesioni muscolari e articolari, consentendo fin da subito, l'esecuzione di movimenti impensabili a secco ed evitando di danneggiare tessuti in via di guarigione. In acqua il corpo perde quasi il 97% del suo peso determinando un vero e proprio rilassamento della colonna vertebrale. L'associazione con l'aumento del tono e trofismo muscolare porta un beneficio globale per questa delicata struttura corporea che nel 25-30% dei soggetti adulti è colpita da dolori che sono la principale causa di assenza dal lavoro sotto i 45 anni.

## IL NUOTO IN ETÀ EVOLUTIVA

Nell'età evolutiva, grazie al nuoto, si possono correggere gli atteggiamenti scorretti del rachide. Ma il nuoto è veramente uno sport correttivo come spesso si sente dire? Bisogna innanzi tutto chiarire che cosa si intende per atteggiamento scorretto. L'atteggiamento scorretto è una posizione della colonna vertebrale (scoliotica, cifotica, lordotica eccetera) reversibile che, se non viene modificata in tempo, può trasformarsi in scoliosi, cifosi, lordosi, vere affezioni patologiche irreversibili. L'uso del termine "correttivo" nel nuoto non sta a significare l'opera di correzione nei confronti di queste gravi affezioni, per le quali è indispensabile una ginnastica e una terapia specifica, ma s'intende come azione correttiva e modificatrice di tutti gli atteggiamenti corporei molto frequenti nei bambini. In particolare è molto utile per modificare le deviazioni antero-posteriori del rachide, cioè gli atteggiamenti lordotici e cifotici, e per le deviazioni laterali della colonna, cioè gli atteggiamenti scoliotici, e non per la scoliosi intesa come malattia che evolve per proprio conto. È inoltre particolarmente indicato per i bambini ipotrofici, cioè quelli con peso insufficiente e piccola morfologia.

## ALTRI BENEFICI: ANTISTRESS

Vero naturale anti-stress, il nuoto è spesso un momento di puro piacere. L'ambiente acquatico richiama quello intrauterino, permette un rilassamento totale della mente e allontana lo stress quotidiano. Come ogni sport, il nuoto provoca la secrezione di endorfine, sostanze dotate di funzioni antidolorifiche e antidepressive che devono il loro nome al fatto di assomigliare appunto, negli effetti, alla morfina. Sono in grado di combattere la depressione, l'ansia e altri disturbi dell'umore. Si è rivelato particolarmente utile nel combattere i dolori e attenuare i malesseri della sindrome premestruale.



## **BENEFICI PER LA DISABILITÀ**

Il nuoto era già presente alle prime Paralimpiadi di Roma 1960. Infatti l'ambito in cui il nuoto esprime al massimo i suoi benefici e assume veramente il significato di sport-terapia è quello delle disabilità: la maggior parte di questi handicap sono caratterizzati da livelli inadeguati della funzionalità muscolo-scheletrica e cardio-respiratoria.

Il nuoto, purché opportunamente impostato, è in grado di ridurre l'incidenza e la gravità di tutta una serie di patologie che molto spesso si associano a quella principale. Soprattutto nei più giovani, l'esercizio fisico, effettuato almeno due o tre volte alla settimana con intensità adeguata permette induce enormi miglioramenti, in tutti gli organi e gli apparati. Recenti studi al pari delle nostre osservazioni hanno dimostrato che i nuotatori paraolimpici ottengono ripristini funzionali generali pari o addirittura superiori a quelli di coetanei sani.

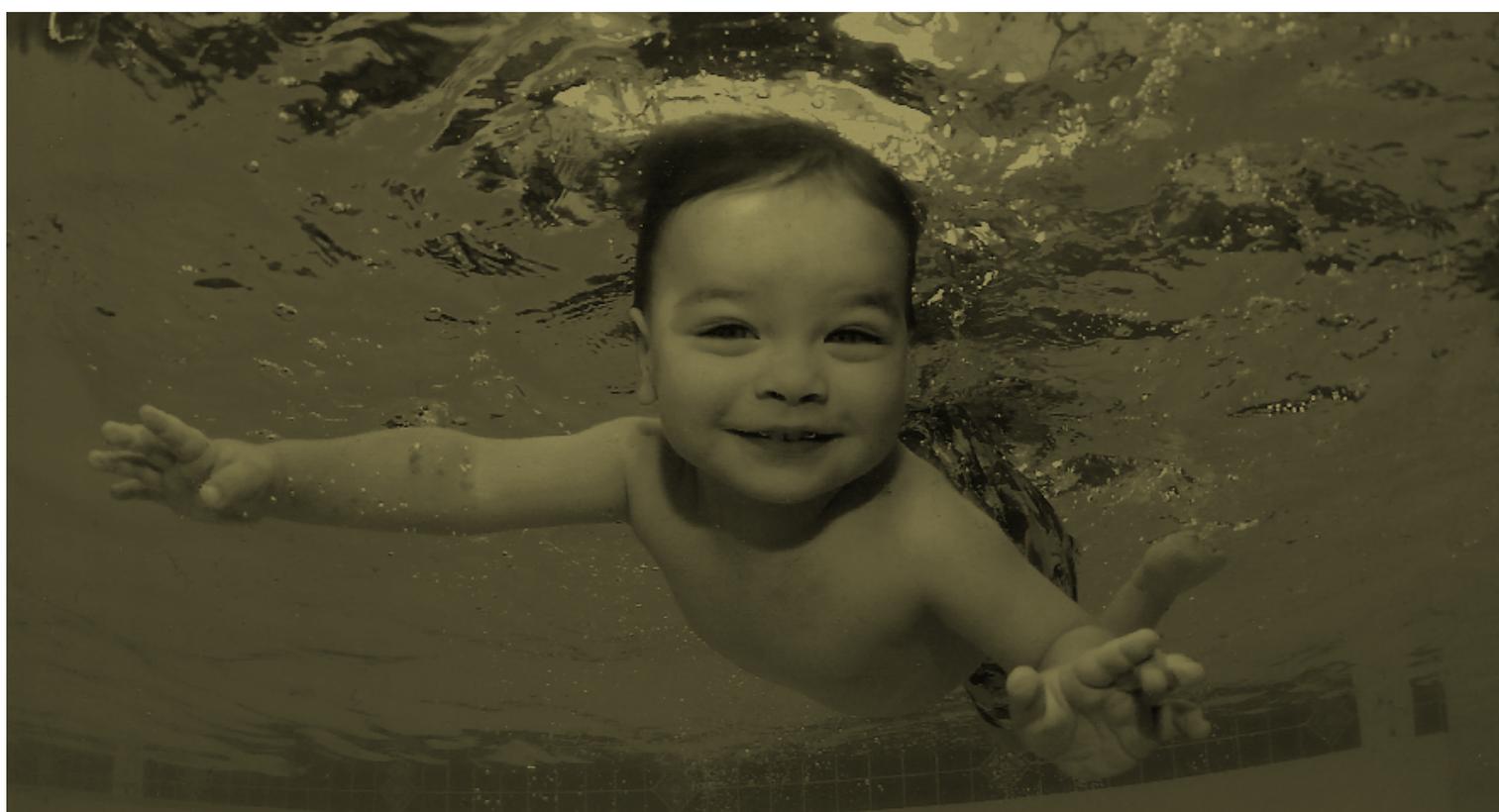
## **EFFETTI POSITIVI ANCHE PER LE PERSONE ANZIANE**

Nella popolazione anziana uno stile di vita sedentario costituisce una minaccia di riduzione

dell'indipendenza e dell'autosufficienza. La partecipazione a corsi di attività fisica come a corsi di nuoto, senza dimenticare il fenomeno sempre più crescente dell'agonismo masters, può aiutare a rafforzare la salute e la personalità degli individui anziani e di assisterli nell'assumere un ruolo più attivo nella società. Tutto ciò si traduce in una aumentata integrazione sociale, al mantenimento del ruolo ed acquisizione di nuovi ruoli che passa attraverso in un ampliamento dei rapporti sociali e formazione di nuove amicizie. Sulla collettività determina effetti che al giorno d'oggi si rivelano sempre maggiormente importanti. Ovvero la riduzione dei costi di assistenza sanitaria e sociale, l'aumento della produttività degli anziani e la promozione di una immagine dell'anziano positiva ed attiva.

## **PER INFORMAZIONI**

Rosario Conte, Medicina dello Sport  
Distretto 3 – Azienda ULSS 12 Veneziana  
Via Tommmaseo, 7 – Marghera-Venezia  
Tel 041/2608657; fax 041/2608304  
[ams.venezia@fmsi.it](mailto:ams.venezia@fmsi.it)



Collegio degli infermieri



## L'assistenza infermieristica nelle cure primarie Il nuovo ruolo degli ambulatori territoriali

a cura di **Annalisa Silvestro**,  
presidente federazione nazionale Collegio Infermieri,  
e **Luigino Schiavon**,  
presidente Collegio Infermieri di Venezia

In questi ultimi anni, il progresso culturale e scientifico della medicina e delle scienze sanitarie, associati ad una rilevante evoluzione tecnologica, hanno profondamente ridefinito gli spazi di intervento dei servizi sanitari e reso sempre più evidente il raggiungimento di importanti “guadagni di salute”. Contestualmente si è verificato un costante aumento delle malattie a carattere cronico degenerativo e un riposizionamento altrettanto rilevante dei bisogni di cura e assistenza dei cittadini; cittadini che oltre a tutto rivendicano con sempre più forza il diritto di essere coinvolti nei processi di cura e di assistenza e di poter scegliere e decidere ciò che incide direttamente sulla loro qualità e aspettativa di vita.

### **Le cure primarie come risposta ai bisogni globali della persona**

In un tale quadro contestuale i sistemi sanitari e i professionisti sono proattivamente coinvolti nella ricerca di modelli organizzativi e assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti e che ruotino sulla centralità della persona assistita e dei bisogni che manifesta.

Le cure primarie rappresentano il primo livello di risposta alla domanda dei cittadini e delle

comunità rispetto alla richiesta di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora.

### **L'efficacia dell'assistenza territoriale**

In Europa i processi di assistenza territoriale stanno ricevendo un forte impulso basato sull'impegno che i diversi sistemi sanitari pongono in essere affinché i professionisti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.) possano

positivamente assumere le specifiche e peculiari responsabilità correlate al mantenimento della salute e del benessere delle persone che assistono. Anche nel nostro Paese si manifesta un sempre maggiore impegno nel progettare e nel prepararsi a modalità di erogazione delle cure e dell'assistenza che siano basate sulla continuità, sulla multiprofessionalità, sull'interazione dei professionisti e sull'integrazione dei processi, oltre che sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative.

### **L'evoluzione delle Scienze Infermieristiche**

L'evoluzione e l'innovazione delle Scienze infermieristiche che si riferiscono sia alla specificità delle malattie sia, e soprattutto, ai problemi che esse determinano sulle persone, rendono l'infermiere un professionista capace di fornire un contributo specifico e peculiare, all'interno delle cure primarie, nei modelli di gestione della malattia cronica, delle fragilità e delle disabilità.

Gli interventi infermieristici, rivolti a gruppi di pazienti o alla comunità per il supporto e il buon controllo della malattia, possono essere agiti in modo trasversale nei diversi setting assistenziali sia attraverso interventi di tipo intra o iter professionale, sia garantendo la continuità assistenziale, sia agendo il ruolo di "case manager" per il singolo assistito.

### **La formazione dell'infermiere dedicato alle cure primarie**

In quest'ottica i percorsi formativi infermieristici dovranno essere indubbiamente rivisti e ripensati per poter fornire ai futuri professionisti o agli infermieri già impegnati nei diversi luoghi di cura e assistenza quelle competenze, scientificamente avanzate e basate sull'evidenza, che permettano loro di agire il proprio e ridefinito ruolo professionale e di porsi con una progettualità specifica ed un proprio sapere nell'ambito dei team socio-sanitari.

### **Le peculiarità dell'assistenza primaria**

Le peculiarità dell'assistenza primaria e gli orientamenti organizzativi assunti per garantire la corretta risposta alla domanda di salute dei cittadini inducono a ritenere che l'infermiere, supportato dalla sua organizzazione professionale, organizzativa e formativa dovrà approfondire e sviluppare ulteriori competenze tecnico scientifiche, educative e relazionali che lo mettano in grado di porre in essere azioni inerenti:

- la prevenzione e la promozione della salute;
- la valutazione, l'identificazione e la decodifica dei bisogni degli assistiti;
- l'assistenza diretta comprensiva della gestione dei disturbi cognitivi e del rischio derivante dalle condizioni di lunga assistenza, soprattutto di tipo complesso;
- l'assistenza nella terminalità di vita

(cure palliative);

- l'educazione terapeutica orientata a supportare l'autoassistenza per il mantenimento dell'autosufficienza;
- la comunicazione e l'utilizzo di modalità di lavoro integrate e di partnership;
- l'utilizzo dei dati epidemiologici a supporto delle decisioni proprie e dell'équipe.

### **La grave carenza di infermieri sul territorio**

Attualmente, la presenza di infermieri nelle attività territoriali risulta gravemente carente e ciò inficia significativamente ogni innovazione coerente con i reali bisogni della collettività e le ipotesi progettuali che vengono presentate. Il problema derivante dallo scarso numero di infermieri impegnati nel territorio o comunque nelle cure primarie deve essere rigorosamente affrontato pena l'inevitabile mancata realizzazione di tutte le ipotesi presentate e l'aumento delle criticità ampiamente manifestate dai singoli cittadini, dalle famiglie e dai servizi socio sanitari territoriali che non riescono a dare risposte soddisfacenti alle fasce più fragili e deboli della società. Inutili sarebbero tutte le riflessioni, i propositi e i progetti per modificare e implementare l'attuale sistema delle cure territoriali con particolare riferimento alle cure primarie.

### **Le funzioni dell'infermiere secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms)**

Nell'ambito delle cure primarie, comunque, l'orientamento della collettività professionale infermieristica italiana è di adoperarsi affinché l'infermiere possa assumere le funzioni previste dall'Oms con l'attivazione della figura dell'infermiere di famiglia.

L'Oms, infatti, definisce l'infermiere, insieme al medico, il "perno della rete dei servizi". Il ruolo dell'infermiere di famiglia è quello di un professionista che "aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo al domicilio dei pazienti con le loro famiglie. Può facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio e agire da tramite tra la famiglia e il medico di base".

### **Le attività infermieristiche individuate dall'Oms**

Le attività che l'infermiere di famiglia potrà porre in essere in stretta collaborazione con il medico di medicina generale e per gruppi di famiglie vengono individuate nell'ambito:

- della prevenzione dei fattori di rischio;
- dell'assistenza diretta;
- della continuità assistenziale;
- dell'orientamento per l'uso ottimale dei servizi sanitari;
- della formazione e addestramento all'autocura;
- del counselling.

## **L'infermiere di famiglia**

L'infermiere di famiglia, in base alle necessità dagli assistiti in carico e alla tipologia dei processi curativo assistenziali attivati, potrebbe inoltre svolgere, per quanto inerente la continuità assistenziale e l'adesione al progetto di cura e al piano di assistenza predefinito e costantemente personalizzato, la funzione di case manager e di attivatore, insieme al medico di medicina generale, degli altri professionisti sanitari e dell'area del sociale il cui inserimento nel progetto di cura e assistenza potrebbe essere necessario.

Il case manager (coordinatore del caso), professionista della valutazione del bisogno, è secondo la letteratura e le esperienze internazionali l'infermiere che, per le sue caratteristiche generali e specifiche, appare il professionista sanitario più idoneo ad esercitare quel ruolo, stante la sua visione assistenziale olistica e globale.

## **Le funzioni di coordinatore del "caso"**

Nella sua funzione di coordinatore del caso e di responsabile complessivo del percorso/progetto progetto di assistenza, l'infermiere potrebbe inoltre impegnarsi a:

- aiutare non solo l'assistito in condizioni di fragilità/cronicità ma anche la sua famiglia;
- garantire il mantenimento e l'implementazione della rete dei servizi presenti in quel territorio;
- facilitare il raccordo e l'intervento anche delle associazioni di volontariato o comunque delle "risorse" presenti in quel territorio.

## **Il ruolo degli infermieri nei Distretti**

È evidente che, in coerenza con l'ipotesi presentata, sarebbe necessario disporre all'interno del Distretto/Dipartimento delle cure primarie di infermieri formati sulla valutazione del bisogno (la valutazione multidimensionale) in grado di raccogliere anche la domanda di non autosufficienza, sia a livello di territorio che di

ospedale (dimissione protetta) e di risolverla con le strutture/servizi del distretto o, comunque, della più ampia rete di macrostruttura sanitaria e sociale.

## **Mettere al centro la persona**

In questa logica e secondo la proposta dell'infermiere di famiglia, l'intervento assistenziale infermieristico dovrebbe inoltre essere finalizzato a far sì che l'assistito assuma un ruolo centrale nella gestione della propria patologia attraverso il trasferimento concordato di informazioni a sostegno del processo di autocura e nell'acquisizione delle abilità necessarie per ridurre e/o migliorare i problemi quotidiani derivanti dalla cronicità. Problemi che potrebbero essere: il controllo dell'alimentazione; la gestione delle condizioni di acuzie; la gestione della terapia farmacologica; lo sviluppo di stili di vita adeguati ecc.

Inoltre, la capacità dell'infermiere di fornire le indicazioni utili per accedere ai diversi servizi e per trovare e utilizzare le giuste informazioni potrebbe essere un ulteriore valore aggiunto in quanto è fondamentale, in interventi assistenza li di questo tipo, dare all'assistito e alla famiglia la certezza di punti di riferimento precisi all'interno dell'équipe da poter contattare in caso di necessità.

## **Già attive esperienze a livello nazionale**

Esistono sul territorio nazionale esperienze così impostate già in atto; il loro studio, la disseminazione degli strumenti, delle modalità e dei percorsi utilizzati potrebbero essere assolutamente di generale interesse anche per uscire dalle ideologie, da ruoli stereotipati e modelli ormai inadeguati e avvicinarsi davvero alle esigenze dei singoli cittadini, delle famiglie e di quelle collettività sociali che vivono con sempre maggiore disagio e frustrazione le difficoltà di dare un'adeguata risposta ai bisogni manifestati dai loro appartenenti.



## GLI AMBULATORI INFERMIERISTICI

*La diffusione degli ambulatori infermieristici rappresenta un nodo strategico del sistema delle cure primarie perchè, operando in connessione funzionale con i medici di medicina generale e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo ambito assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.*

### **Funzionamento degli ambulatori infermieristici**

Gli Ambulatori Infermieristici prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica). Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multi Dimensionale (VMD), contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

### **Caratteristiche e linee di indirizzo.**

Per ambulatorio Infermieristico si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposto alla erogazione di cure e assistenza infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile ai sensi del DMS 739/94 e della legge 251/00, articolo 1, commi 1 e 3, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

### **Obiettivi**

- Migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto Unico di Accesso sociosanitario (PUA).
- Costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini, specialistica ambulatoriale e Medici di Medicina Generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale.
- Garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati.

- Promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute.

### **Compiti**

- Riconoscono la piena assunzione di responsabilità e l'autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza secondo quanto previsto dalla normativa che regola l'esercizio professionale (DMS 739/94, Patto Infermieristico-Cittadino 1996, L. 42/99, Codice Deontologico 1999, Legge n. 251/00, Legge n°1/2002, Ordinamenti Didattici delle Classi di Laurea/02).
- Nell'ambito delle proprie funzioni, gli ambulatori infermieristici promuovono nelle persone i processi di self-care, anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale, contribuendo così ai processi di empowerment del cittadino, che costituiscono uno degli elementi chiave dello sviluppo del Sistema Sanitario.
- L'ambulatorio infermieristico di primo livello ad accesso diretto è stato istituito in molte Regioni ed in alcune aziende sanitarie nel Veneto, non vi sono indicazioni chiare da parte del legislatore e delle Direzioni Generali che ne prevedano l'istituzione. È evidente come, trattandosi di attività di primo livello, i comuni e le conferenze dei sindaci abbiano un ruolo essenziale nel promuovere e richiedere l'attivazione degli ambulatori infermieristici quali risposte ai bisogni di salute dei cittadini.

### **PER INFORMAZIONI**

Collegio Infermieri della provincia di Venezia  
P.le Leonardo da Vinci, 8 scala f  
Mestre (Venezia)  
Tel 041 5055951 – fax 041 5040882  
[www.ipasvive.it](http://www.ipasvive.it)

## Collegio Interprovinciale delle Ostetriche

# La menopausa, un'occasione per prendersi cura di sé

A colloquio con le ostetriche Barbara Guarinoni e Diana Lazzari

*La menopausa? Una nuova epoca per la donna, una possibilità per reinventarsi. “In alcune culture africane o orientali la donna acquista un nuovo potere quando entra in menopausa – spiega Barbara Guarinoni, vice presidente del Collegio Interprovinciale delle Ostetriche –. Finalmente libera dall'impegno delle gravidanze, dei parti e dell'allevamento dei figli, la donna, in queste società, che possiamo definire matriarcali, diventa un soggetto importante della società in cui incarna il ruolo di punto di riferimento per saggezza e ricchezza di esperienze. Una visione del tutto diversa e quasi opposta rispetto al mondo occidentale, che tende ad avere una visione maschilista e consumistica del corpo femminile e della donna in generale”. Invece la menopausa è soltanto uno dei tanti passaggi epocali della vita, si chiude un ciclo perché se ne apre un altro. È dunque un'opportunità di rinascita che potrebbe (e dovrebbe) per questo anche essere festeggiata.*

### **A 50 anni una donna è più libera e sa cosa vuole**

Nella nostra società la menopausa è quasi un tabù e può significare la perdita di senso da parte della donna, perché non più feconda e potenzialmente meno attraente, ma occorre che le donne prendano coscienza di sé e rovescino completamente questo stereotipo.

“Oggi le donne passano più di un terzo della vita in menopausa e possono spendere in questa fase esistenziale una soggettività più matura e feconda sul piano della creatività e della saggezza – riprende Guarinoni –. È vero che qualcosa sta cambiando anche da noi, perché spesso perfino in televisione sono affidati ruoli importanti a donne attraenti che

hanno compiuto e magari oltrepassato i 50 anni e che però godono di una bellezza speciale, quasi più completa. A 50 anni una donna sa cosa vuole ed ha l'occasione di liberarsi dai cliché per manifestare la propria autenticità. È un messaggio che deve permeare sempre più la nostra cultura perché apre per le donne nuovi spazi di libertà”.

### **L'ostetrica si occupa di tutte le varie fasi della vita femminile**

Anche il ruolo delle ostetriche va compreso in pieno perché queste figure professionali, che portano avanti un sapere antico, intriso di sapienza femminile, non si occupano soltanto di

gravidanza, parto e puerperio, ma di ogni fase della vita della donna.

“Il nostro mestiere ci pone accanto alle donne in ogni fase della vita – continua l'ostetrica Diana Lazzari –. Sicuramente dal menarca, la comparsa della prima mestruazione, fino alla menopausa. Non ci occupiamo solo di gravidanze e di parti. La nostra figura non si compie solo nelle competenze tecniche, ma comprende un sapere più complessivo dell'evoluzione del corpo e dell'anima della donna”.

### **La menopausa, un evento assolutamente fisiologico**

“La menopausa fisiologica compare tra i 45 ed i 55 anni – riprende l'ostetrica Lazzari –. L'età media attuale è tra i 51 ed i 53 anni. Possiamo dire che, a partire dai 35 anni, però il ciclo mestruale comincia a cambiare. Una donna entra in menopausa dopo un anno di amenorrea, cioè dopo un intero anno di assenza consecutiva di mestruazioni. Ogni donna comunque ha un suo percorso fisiologico individuale. Va anche ricordato che nel periodo in cui le mestruazioni non sono più regolari, bisogna lo stesso utilizzare una contraccezione, perché non si può escludere che vi siano comunque delle ovulazioni che possono permettere una fecondazione. La menopausa va conosciuta più profondamente, perché solo così può essere accettata fino in fondo e vissuta con pienezza dalla donna, come una nuova fase della sua vita”.

### **Un'occasione per la donna di fare il punto sulla propria salute**

“La società occidentale ci impone oggi un modello di super efficienza produttiva e di immagine pubblica in cui ci sono poca sostanza e poco significato – continua Lazzari –. C'è perfino un aumento delle anoressiche in età perimenopausale perché alcune donne hanno il terrore di ingrassare. Bisogna dire invece alle donne che questo è il momento in cui pensare a se stesse e prendere in mano la propria salute, curando il proprio benessere globale. I sintomi della menopausa sono simili spesso alla sindrome premestruale: vampate, sudorazione, insonnia, irritabilità, ecc. Si tratta comunque di sintomi soggettivi, ma assolutamente fisiologici che vanno accettati e vissuti con serenità. I 50 anni possono essere un'ottima occasione per fare il punto sul proprio stato di salute con alcuni esami e visite che valutino lo stato globale della donna: esame della tiroide, visita ginecologica ed ecografia, mammografia, esami del sangue più specifici. È opportuno parlarne ovviamente con il proprio medico di medicina generale e con il proprio ginecologo”.

### **Il controllo dei sintomi con alimentazione corretta, attività fisica e integratori naturali**

Va considerato che l'età attorno alla menopausa è a maggior rischio per tumore dell'utero,

dell'ovaio e della mammella, poiché ci possono essere squilibri ormonali.

“Per il controllo dei sintomi, sconsiglierei la terapia sostitutiva con l'utilizzo di ormoni sintetici, poiché si è visto che in alcune donne può portare ad un aumento del rischio per cancro al seno o altre patologie – afferma Lazzari. - Negli Usa questa terapia è stata pressoché bandita. Consiglierei invece una alimentazione a base di fitoestrogeni, cioè di legumi con associazione di cereali, meglio se integrali, e limitato consumo di carne rossa, zuccheri raffinati, ecc. Possono anche essere utilizzati integratori naturali a base di agnocado, salvia, alchemilla, ecc. In questo caso conviene farsi consigliare da medici naturali oppure dal proprio farmacista”.

Anche l'attività fisica fa molto bene perché aiuta a socializzare e fa produrre endorfine, l'ormone naturale del piacere. Una costante e moderata attività fisica aiuta a prevenire malattie degenerative come diabete e ipertensione e rafforza la muscolatura contrastando gli effetti dell'osteoporosi.

### **Un nuovo equilibrio allarga le modalità d'amare e rinforza la passione per la vita**

Una preoccupazione delle donne riguarda un possibile calo del desiderio sessuale in menopausa. “Mi sento di dire che il desiderio sessuale, soprattutto quello femminile, non è strettamente legato all'età, ma piuttosto ad una serie più complessa e vasta di motivazioni psicologiche e relazionali – precisa Lazzari –. Per certi versi la menopausa può essere l'occasione per alcune donne anche per una maggiore libertà sessuale. Dipende dalla singola persona. Certamente il sesso è vissuto in modo diverso rispetto a quando si aveva 20 o 30 anni. Ci sono tempi e modalità diverse, ma può esserci l'occasione per scoprire elementi diversi del proprio essere e del partner. Vi è talvolta una maggiore secchezza delle mucose e quindi può essere utile utilizzare prodotti anche contro la secchezza vaginale. Ogni donna deve trovare da sé un nuovo equilibrio, possono essere utili anche agopuntura, massaggi, ecc. Consiglio anche una ginnastica con specifici esercizi per tonificare il perineo e prevenire prolapsi di vescica e utero o altri disturbi fastidiosi. Il cedimento del perineo non è legato solo all'età, ma può essere conseguenza di gravidanze, parti, posture sbagliate, attività fisiche (ginnastica) sbagliate, obesità. La prevenzione, con appositi esercizi, va applicata fin dalla gioventù”.

### **Per informazioni**

Collegio Interprovinciale delle Ostetriche  
via Montegrappa 26  
Mestre (Venezia)  
Tel 041 5316722

Ordine dei Farmacisti di Venezia

## Il sole, effetti benefici ed effetti nocivi Consigli per proteggere la pelle

a cura di **Renato Vecchiato**,  
farmacista



Il sole è una stella e come molti altri corpi celesti disperde nello spazio grandi quantità di energia, frutto delle complesse reazioni nucleari che avvengono al suo interno.

Senza i raggi del sole, adeguatamente filtrati, sulla terra non ci sarebbe la vita.

Le radiazioni emesse dal sole hanno diversi livelli di energia: dalle onde radio poco energetiche fino ai raggi X, i raggi gamma e cosmici estremamente ricchi in energia e incompatibili con la vita.

Noi analizzeremo le radiazioni ultraviolette UVA e UVB con lunghezza d'onda compresa tra i 400 e i 200 nano metri ed i loro effetti sulla nostra cute in quanto le radiazioni inferiori a 200 non vengono filtrati dall'atmosfera.

**Raggi ultravioletti:** le radiazioni ultraviolette (UV) emesse dal sole si dividono in tre tipi secondo la lunghezza d'onda.

**1) Raggi ultravioletti A (UVA):** hanno la lunghezza d'onda maggiore (400-320 nanometri).

Attraversano lo strato corneo e l'epidermide e arrivano al derma. Sono in parte responsabili però della produzione di melanina (meno degli UVB) e quindi dell'abbronzatura. Provocano l'invecchiamento della pelle e col tempo possono causare alterazioni nel DNA (codice genetico) delle cellule e provocare quindi tumori della pelle.

**2) Raggi ultravioletti B (UVB):** hanno una lunghezza d'onda compresa tra 320 e 290 nanometri; arrivano fino all'epidermide, ma non nel derma. Sono responsabili delle scottature, ma anche dell'abbronzatura, che costituisce la più importante difesa naturale nei confronti del sole. Provocano ispessimento della pelle e, a lungo termine, anche invecchiamento e tumori.

**3) Raggi ultravioletti (UVC):** sono fortunatamente bloccati dallo strato di ozono che circonda la terra e perciò non raggiungono la pelle, dove potrebbero fare gravi danni.



Tutti sappiamo che senza il sole non ci sarebbe la vita sulla terra, tuttavia elenchiamo schematicamente alcuni effetti positivi ed alcuni effetti nocivi

### **Effetti benefici**

Indispensabile alla vita  
Produzione di calore  
Azione antidepressiva  
Azione antirachitismo: mineralizzazione insufficiente delle ossa per carenza di vitamina D dovuta all'assenza di esposizione solare. Sono sufficienti 10 minuti al giorno di esposizione solare per evitarlo.

### **Effetti nocivi**

Fotoinvecchiamento cutaneo  
Tumori cutanei  
Scottature "colpi di sole"  
Fotosensibilizzazione  
Foto-allergie  
Foto-tossicità.

## **EFFETTI NOCIVI DELL'ESPOSIZIONE AL SOLE**

### **Fotoinvecchiamento della cute**

Il fotoinvecchiamento è un complesso di modificazioni biochimiche e istologiche della cute causate dalla continua esposizione alla luce e che determinano un particolare tipo di invecchiamento precoce.

I danni dei raggi UV sono già presenti nell'età giovanile dato che il 70-80% dei raggi UV vengono assunti entro 21 anni. Il fotoinvecchiamento si manifesta come secchezza, desquamazione, indurimento, ingiallimento e approfondimento della tramatura, comparsa di rughe.

La cute fotoinvecchiata appare infiammata e irregolare per la presenza di molte lesioni benigne, premaligne o maligne indotte dalla fotosposizione.

Gli UV trasmettono la propria energia alle molecole nelle cellule provocando la formazione di radicali liberi, tale azione induce una sequenza di eventi che provocano il danno cellulare. La produzione e la propagazione di "radicali liberi" determina l'ossidazione delle molecole coinvolte.

### **Degenerazione delle cellule a precancerose o cancerose: ogni anno 7mila casi melanoma di cui l'80% dovuto a prolungata esposizione solare**

Malgrado la pelle possieda capacità autoriparatrice, a seconda della gravità del danno apportato al DNA dall'interazione con i raggi UVB, la cellula può andare incontro alla necrosi, fino a degenerare in cellule precancerose o cancerose. I raggi UVB costituiscono un fattore di rischio di cancro maggiore rispetto gli UVA. In Italia si registrano ogni anno 7000 casi di melanoma cutaneo di cui l'80% causato da una prolungata esposizione ai raggi solari. Le ricerche indicano inoltre che un'eccessiva esposizione ai raggi solari influisce sul sistema immunitario del corpo.

### **I bambini sono a maggior rischio**

Dati epidemiologici correlano l'insorgenza del melanoma cutaneo a un'intensa esposizione solare durante l'infanzia. Un bambino può ricevere mediamente in un anno il triplo di raggi UV di un adulto e l'uso di una protezione media (IP 15-20) durante i primi 18 anni di vita si riduce di circa l'80% la frequenza di tumore cutaneo. La prevenzione in età infantile influisce sulla salute di una vita intera. Ecco alcuni consigli specifici:

- 1 Non esporre al sole i bambini al di sotto dei 3 anni**
- 2 Usare prodotti solari UVA e UVB, fotostabili, resistenti all'acqua, IP>30**
- 3 Applicare il prodotto solare più volte**

(ogni 2-3 ore)

- 4 **Proteggere il bambino con occhiali, maglietta, cappello**
- 5 **Attenzione alle superfici riflettenti (acqua, sabbia, ecc.)**
- 6 **Non sottovalutare il sole sotto nuvole (i raggi filtrano attraverso di esse)**
- 7 **Far bere spesso il bambino per compensare la traspirazione**
- 8 **Predisporre una dieta ricca di frutta (Vitamina C, betacarotene, ecc.)**
- 9 **Usare prodotti doposole per idratare e lenire la pelle.**

### **Il fenomeno dell'eritema solare e della fotostione**

L'eritema solare o la fotostione sono da attribuire quasi esclusivamente all'azione dei raggi UVB . Se l'esposizione è prolungata si verifica la morte del cheratinocita per distruzione della membrana cellulare con liberazione di massicce quantità di fattori chemiotattici e vasoattivi. Quindi essudazione e formazione di distacchi bollosi.

L'eritema fotoindotto deve essere considerato quindi come un fenomeno di tossicità acuta a carico principalmente dei cheratinociti.

### **Le reazioni di fotosensibilità**

Alcune sostanze chimiche o farmacologiche possono causare reazioni cutanee avverse quando esposte alle radiazioni UV. Le principali reazioni da luce sono la fotoallergia e la fototossicità.

Le reazioni di fotosensibilizzazione stanno divenendo sempre più frequenti e non solo d'estate, sia perché il desiderio di abbronzarsi seguendo la moda induce ad esporsi al sole e/o a lampade abbronzanti senza alcuna prudenza, sia per l'aumentato numero di sostanze fotosensibilizzanti tra i farmaci e tra i componenti dei prodotti cosmetici.

Mentre le reazioni fotoallergiche possono interessare tutta la cute, le reazioni fototossiche sono confinate nella sede di fotoesposizione. Il tema è molto complesso e avrebbe bisogno di più ampi spazi di commento: ci limiteremo a dare





alcune indicazioni sui farmaci fotosensibilizzanti.

### **Farmaci fotosensibilizzanti**

L'elenco dei farmaci per i quali sono stati segnalati effetti di fotosensibilizzazione è molto lungo e via via si arricchisce di nuove molecole per cui non potrà mai essere esaustivo.

Indichiamo, perciò, i gruppi terapeutici a cui appartengono i principi attivi per i quali esistono segnalazioni più frequenti:

### **Contraccettivi orali**

Etinilestradiolo + gestodene (es. *Fedra*),  
etinilestradiolo + desogestrel (es. *Mercilon*)

### **FANS**

Nimesulide (es. *Aulin*), diclofenac (es. *Voltaren*),  
piroxicam (es. *Feldene*)

### **Antiarritmici**

Amiodarone (es. *Amiodar*, *Cordarone*),  
chinidina (es. *Ritmocor*)

### **Alcune classi di antibiotici**

Tetracicline (es. doxiciclina, *Bassado*),  
sulfamidici (es. sulfametossazolo, *Bactrim*)  
chinoloni (es. ciprofloxacina, *Ciproxin*)

### **Ipoglicemizzanti orali**

Glibenclamide (es. *Euglucon*),  
gliclazide (es. *Diamicron*)

### **Antistaminici**

Clorfenamina (es. *Trimeton*),  
desclorfeniramina (es. *Polaramin*)

### **Retinoidi**

Isotretinoina (es. *Roaccutan*)

### **Fenotiazine**

Clorpromazina (es. *Largactil*),  
perfenazina (es. *Trilafon*)

### **Antimicotici**

Griseofulvina (es. *Fulcin*)

### **Immunosoppressori**

Ciclosporina (es. *Sandimmun*),  
tacrolimus (es. *Prograf*)

## **RACCOMANDAZIONI PER PROTEGGERE LA PELLE**

### **I filtri solari**

È opportuno premettere che anche i prodotti per la protezione solare che risultano assai efficaci e che proteggono tanto dai raggi UVB quanto da

quelli UVA non sono in grado di garantire una protezione totale dai rischi per la salute derivanti dai raggi UV. Nessun prodotto per la protezione solare riesce a filtrare la totalità dei raggi ultravioletti (UV).

I filtri solari sono utilizzati per contrastare gli effetti indesiderati della radiazione solare.

Sono distinti in chimici (organici) e fisici (inorganici), fotoinstabili e fotostabili:

- filtri organici fotoinstabili: i filtri sono molecole scelte tra quelle in grado di assorbire e convertire l'energia delle radiazioni ultraviolette.
- filtri organici fotostabili: il filtro dopo l'eccitazione torna allo stato fondamentale senza perdere la propria capacità assorbente.
- filtri fisici sono preparazioni formulate con derivati di metalli (ossido di zinco, biossido di titanio) che hanno proprietà riflettenti ai raggi UV: i raggi UV non sono assorbiti ma riflessi dalla pelle.

### **Fattore di protezione e tempo di esposizione**

Il Fattore di Protezione Solare (FPS) indica quante volte aumenta la capacità di protezione naturale della pelle verso la radiazione solare che è valutabile tipicamente 10-15 minuti.

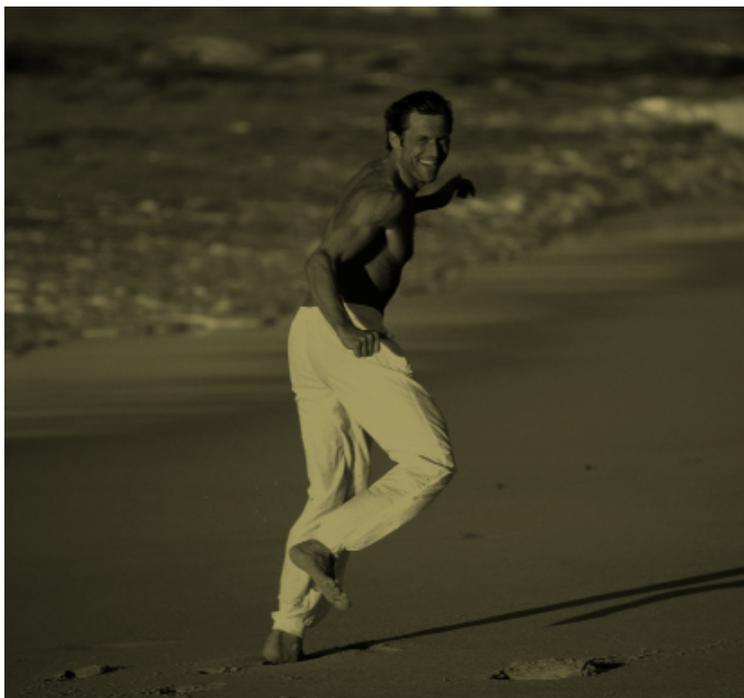
Per esempio un filtro con indice FPS (Fattore Protezione Solare) 10, offre una "protezione" prolungata a 100, 150 minuti (Fattore Protezione Solare 10 x10=100 minuti).

A scopo orientativo possiamo definire un filtro con SPF 2-7 a bassa protezione, con SPF 8-11-7 a media protezione, sopra 12 SPF sono prodotti ad alta protezione.

Un prodotto con valore SPF 30 o superiore, è erroneamente considerato come protezione totale.



L'applicazione dovrà essere ripetuta ogni 2 ore, specialmente dopo il bagno al mare o se si pratica attività fisica, perché il sudore lava via la crema. Le stesse precauzioni vanno prese anche in caso di cielo nuvoloso, dal momento che l'azione dei raggi solari è analoga. Tali valori possono subire variazioni a seguito di convenzioni internazionali



### **Quanto ti devi proteggere: scopri a quale fototipo appartieni**

Per convenzione, la comunità scientifica ha individuato sei fototipi (per "fototipo" s'intende la capacità di reazione della cute all'esposizione solare) al fine di facilitare da parte del cittadino il filtro più appropriato per la propria pelle.

#### **Fototipo 1**

Carnagione color latte, occhi chiari, capelli rossi, ha una scarsa capacità di abbronzarsi.

**È consigliabile protezione totale.**

#### **Fototipo 2**

Carnagione chiara, occhi chiari, capelli biondi, bassa capacità di abbronzarsi.

**È consigliabile protezione alta.**

#### **Fototipo 3**

Carnagione chiara, capelli castani, buona capacità di abbronzarsi.

**È consigliabile protezione alta.**

#### **Fototipo 4**

Carnagione scura, occhi e capelli neri, ha un'alta autoprotezione, alta capacità di abbronzarsi.

**È consigliabile protezione bassa.**

#### **Fototipo 5 e 6**

Tipo mediorientale. Resistenza al sole molto alta.

**Consigliabile protezione bassa.**

La pelle ci protegge dalle sostanze esterne ma ha anche una relativa capacità di assorbirle: attraverso il sangue tali sostanze arrivano agli organi interni per essere metabolizzate. Quando acquisti una crema non dimenticare la qualità.

### **Gli antiossidanti sono un valido aiuto**

Gli antiossidanti hanno la proprietà di inattivare i radicali liberi bloccando così la catena radicalica e l'ossidazione e il danno cellulare, ne ricordiamo alcuni: frutti di bosco mirtilli, lamponi, more, ribes rosso, ribes nero, l'uva rossa e l'arancia rossa), pomodori maturi, Vitamina C, Vitamina E, Vitamina A, Omega-3, Licopene, Selenio, Acido Alfa-Lipoico, Coenzima Q10, Melatonina, ecc. Utile, in una grossa percentuale di casi, è la terapia preventiva con preparati a base di Beta-carotene o nicotinamide (vitamina PP), assunti alcune settimane prima della esposizione solare.

### **IL DECALOGO PER UNA CORRETTA ESPOSIZIONE AL SOLE**

- Un'esposizione eccessiva al sole costituisce un grave rischio per la salute. Nessun prodotto filtra tutti i raggi UV, ma l'uso di solari appropriati protegge dai rischi del cancro della pelle, evita arrossamenti ed eritemi e previene il fotoinvecchiamento della pelle.
- Non esporsi al sole troppo a lungo anche se si utilizza un prodotto per la protezione solare UVA+UVB. Nessun prodotto protegge totalmente.
- Evitare comunque le ore più calde (11.00-15.00) ricordando però che alberi, ombrelloni e tettoie proteggono parzialmente dalle radiazioni solari.
- Cercate di non scottarvi mai. Soprattutto quando il sole è al suo picco è consigliabile indossare una t-shirt, un cappello a falda larga e gli occhiali da sole.
- È importante scegliere e confrontare i solari in base al tipo di pelle (fototipo), e all'esposizione e al luogo (neve, mare, piscina, sabbia, ecc.). Utilizzare prodotti solari che offrono una protezione sufficiente, chiedendo consiglio, in caso di dubbio, al medico o al farmacista.
- Ricordatevi di avere una particolare attenzione per i bambini. Tenere i neonati e i bambini piccoli lontani dalla luce diretta del sole. Proteggeteli sempre utilizzando maglietta e cappello.
- Applicare il prodotto per la protezione solare prima di ogni esposizione al sole. Il fatto di essere già abbronzati non costituisce una protezione sufficiente.
- Non dimenticare di applicare il prodotto solare su tutte le parti del corpo esposte al sole.
- Le superfici riflettenti (acqua, neve) aumentano la quantità di raggi che colpiscono la pelle
- Utilizzare prodotti che proteggono sia dai raggi UVA che UVB. Usare prodotti solari che offrono almeno una protezione "media", ossia un SPF (Fattore di Protezione Solare) di 15 o 20 o 25.

#### **Per informazioni**

Ordine dei Farmacisti di Venezia

Tel. 041 5385506

[www.farmacistivenezia.it](http://www.farmacistivenezia.it)



**Rivista ViS “Venezia in Salute”**

registrazione al Tribunale di Venezia  
numero 12 del 31/03/2012  
numero 1 – aprile/maggio 2012

**direttrice responsabile**

**Nicoletta Benatelli**

**editore**

**Direzione Affari Istituzionali  
del Comune di Venezia**

**comitato editoriale**

**Luigi Bassetto**

direttore Affari Istituzionali e vice direttore generale del  
Comune di Venezia

**Bruno Centanini**

coadiutore del Sindaco di Venezia  
per la Sanità

**segreteria tecnica della rivista**

**Valentina Verioli**

Segreteria Coadiutore del Sindaco per la Sanità  
segreteria di redazione

**Nicoletta Codato, Veronica Vento**

Servizio Programmazione Sanitaria  
del Comune di Venezia

**Anna Zanetti, Cinzia Trevisan**

segreteria Direzione Affari Istituzionali  
Gabinetto del Sindaco

inserto speciale FOCUS ULSS 12

in collaborazione con l'azienda Ulss 12

**comunicazione**

**Maria Grazia Raffe**

**realizzazione grafica di Vis**

**Elisabetta Cattaneo**

Centro Produzione Multimediale  
del Comune di Venezia

La rivista ViS è solo on line, sul sito

[www.comune.venezia.it](http://www.comune.venezia.it) alla sezione “Mi interessa” e poi  
sezione “Vivere in salute”; link diretto alla pagina  
[www.comune.venezia.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/54689](http://www.comune.venezia.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/54689)

**Per contatti con la rivista**

[bruno.centanini@comune.venezia.it](mailto:bruno.centanini@comune.venezia.it)

Tel. 041 2747874

# 21/22 OTTOBRE 2012

## VENEZIA IN SALUTE

### Parco di San Giuliano

La seconda edizione di VIS “Venezia in Salute”  
si svolgerà il 21 e 22 ottobre 2012, sempre  
al Parco di San Giuliano.

Il tema centrale dell'evento sarà:  
i percorsi dell'invecchiamento attivo  
Continua il nostro impegno per responsabilizzare  
la nostra Comunità sui temi della Salute.

La rivista VIS, strumento editoriale di informazione  
ed educazione, pubblicherà tutte le notizie utili  
per la partecipazione alla manifestazione.

**Per informazioni**

**Segreteria Coadiutore del Sindaco per la Sanità**

Tel. 041 2747874

[bruno.centanini@comune.venezia.it](mailto:bruno.centanini@comune.venezia.it)

**Segreteria ARS Medica**

Tel. 041.989479

[info@ordinemedicivenezia.it](mailto:info@ordinemedicivenezia.it)