VENEZIA IN SALUTE

VèS

GENNAIO / FEBBRAIO 2014 - NUMERO 7

ALL'INTERNO

Diabete infantile. Aumentano i casi dovuti a sovrappeso e cattiva alimentazione. Un bambino su 200 in Veneto è in condizione di notevole rischio

UN NUOVO PATTO COI MEDICI DI FAMIGLIA

sommario

PRIMO PIANO

Malattie professionali e correlate al lavoro. Percorsi di prevenzione, individuazione e sorveglianza.
Di Maria Nicoletta Ballarin, referente scientifico del progetto regionale "Miglioramento di sorveglianza delle malattie professionali e correlate al lavoro" e medico SPISAL Ulss 12

FOCUS ULSS 12 / SERVIZI INNOVATIVI

La Centrale Operativa Territoriale. Infermieri attivi per favorire la "dimissione protetta" dei pazienti.
A cura di Claudio Beltrame, Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale Ulss 12 e di Luigino Schiavon, Project Manager Centrale Operativa Territoriale Ulss 12

SPECIALE / MEDICINA GENERALE

La proposta: "Un manifesto della medicina del territorio con operatori sanitari, Ulss 12 e Comune di Venezia".
Intervista a Giulio Bergamasco, medico di medicina generale al Lido

L'obiettivo: "Meno burocrazia per realizzare al meglio il proprio compito in sinergia con gli altri operatori sociosanitari".
Intervista a Franco Fabbro, medico di medicina generale a Marghera

Lo strumento: "Una comunicazione ed uno scambio di dati costanti tra i professionisti della salute".
Colloquio con Cristina Biondi, Raffaella Michieli e Sandro Severi, medici di famiglia a Mestre

PUNTI DI VISTA / CONFRONTO SUI SERVIZI SOCIOSANITARI

L'evoluzione della sanità veneziana. Quale presa in carico della persona tra ospedale e territorio?
Di Piero Marchini, medico

OSSERVATORIO / PEDIATRIA

Diabete infantile. Aumentano i casi dovuti anche a sovrappeso ed obesità. L'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce.
Intervista a Michela Chirico, pediatra all'ospedale dell'Angelo di Mestre

PREVENZIONE E STILI DI VITA

Dieta mediterranea. Ottimo regime alimentare anche per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.
Intervista a Claudia Agnoli, ricercatrice Unità di Epidemiologia e Prevenzione Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

SPAZIO ASSOCIAZIONI

La Lega italiana Lotta ai Tumori (Lilt) di Venezia. Attività a sostegno delle donne operate al seno e per la diagnosi precoce dei tumori più frequenti

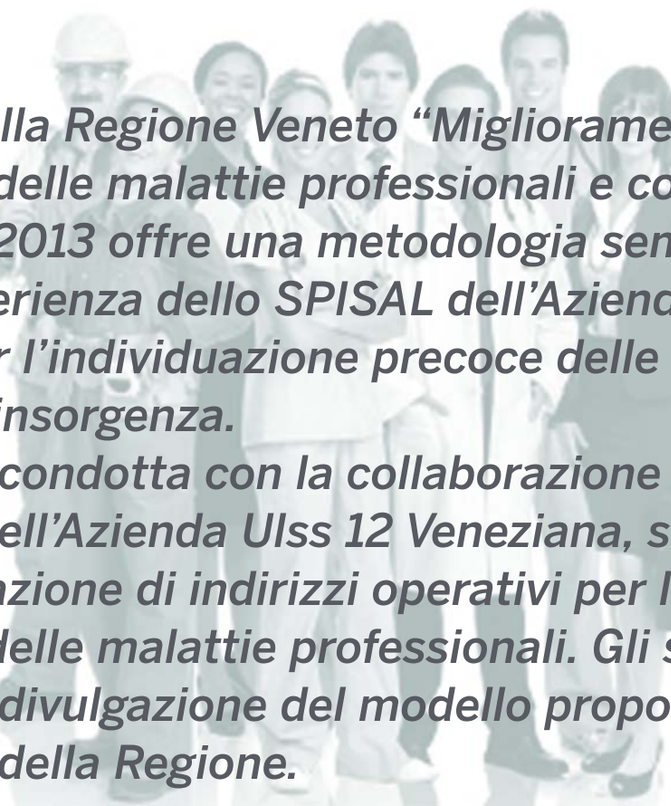
L'A.V.A.P.O. Mestre. Nel 2013 assistiti più di 600 nuclei familiari e erogate quasi 20mila prestazioni di professionisti e volontari

L'A.V.AP.O. Venezia. Un gruppo di 120 volontari dediti all'assistenza ai pazienti oncologici

Medicina occupazionale

Malattie professionali e correlate al lavoro. Percorsi di prevenzione, individuazione e sorveglianza

Di **Maria Nicoletta Ballarin**,
referente scientifico del progetto *Miglioramento di sorveglianza delle malattie professionali e correlate al lavoro* inserito nel Piano Regionale per la Prevenzione del Veneto 2010-2012, medico del lavoro dello SPISAL Azienda Ulss 12



Il Progetto della Regione Veneto "Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie professionali e correlate al lavoro", concluso nel 2013 offre una metodologia semplice basata sulla concreta esperienza dello SPISAL dell'Azienda Ulss 12 Veneziana per l'individuazione precoce delle malattie da lavoro fin dalla loro insorgenza.
L'esperienza, condotta con la collaborazione delle strutture ospedaliere dell'Azienda Ulss 12 Veneziana, si è concretizzata nella pubblicazione di indirizzi operativi per l'emersione e la prevenzione delle malattie professionali. Gli sviluppi futuri prevedono la divulgazione del modello proposto a tutte le Aziende Ulss della Regione.

IL PROBLEMA DELLA SOTTONOTIFICA

Molti paesi europei (tra cui anche l'Italia) hanno sistemi di registrazione di malattie professionali. La registrazione può avvenire tramite un sistema di registrazione assicurativo pubblico, una registrazione con sistemi indipendenti (registri di malattia) oppure con entrambi i sistemi (Italia, Francia e Inghilterra). Le malattie professionali che maggiormente sfuggono all'osservazione degli addetti ai lavori sono soprattutto le patologie neoplastiche, si tratta di un fenomeno che è registrato nella maggioranza dei paesi europei, compresa l'Italia. La stessa cosa avviene anche per le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico.

La difficoltà di ricostruire la causa delle malattie professionali

Le malattie professionali, a differenza degli infortuni sul lavoro, hanno alla loro origine una causa diluita nel tempo. Ciò comporta una difficile ricostruzione delle esposizioni lavorative avvenute molto tempo prima del manifestarsi della malattia, in particolare il tempo, la durata, le modalità di lavoro e l'intensità delle esposizioni a sostanze nocive. Un ulteriore problema per la corretta valutazione dell'eziologia professionale di una malattia (cioè della sua causa) è il fatto che in molti casi più fattori di rischio sono presenti e si associano all'esposizione lavorativa a sostanza tossica: abitudini voluttuarie, inquinamento ambientale, predisposizioni genetiche.

COSTI DELLE MALATTIE PROFESSIONALI E CORRELATE AL LAVORO

L'86% delle morti sul lavoro è dovuto a malattie correlate al lavoro

Nell'ultimo rapporto dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro per la Giornata Mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro (28 aprile 2013) è riportato che nel mondo avvengono ogni anno oltre 2 milioni di morti a causa dell'occupazione lavorativa: l'86% di queste morti sono da attribuire alle malattie correlate al lavoro. Il costo in euro per l'Europa è stimato essere intorno ai 145 miliardi/anno.

ATTORI COINVOLTI NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

Gli enti coinvolti in prima linea nella tutela delle malattie professionali sono i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL), l'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) ed i patronati sindacali. Un ulteriore gran contributo è quello costituito dal mondo del lavoro con la sorveglianza sanitaria aziendale a cura del Medico Competente. Lo SPISAL, riassumendo tutte le competenze in materia, contribuisce alla nuova diagnosi di malattie di origine lavorativa, alla valutazione dell'andamento del fenomeno nel territorio di competenza e alla prevenzione prescrivendo la correzione dei fattori di rischio presenti in azienda. L'INAIL è prioritariamente coinvolto nella compensazione economica della malattia professionale, oltre agli aspetti di riabilitazione e reinserimento lavorativo. I patronati sindacali offrono assistenza ed informazione ai lavoratori per il riconoscimento delle malattie professionali. I medici competenti nelle aziende sono responsabili della sorveglianza sanitaria dei lavoratori e conoscitori dei fattori di rischio ed hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione. I medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri, pur avendo un ruolo strategico per la diagnosi e cura di tutte le malattie fin dal loro esordio, in genere sono stati finora poco coinvolti.

STRUMENTI IN VIGORE PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE MALATTIE PROFESSIONALI A FINI DI PREVENZIONE

La tutela delle malattie professionali si è evoluta nel tempo con l'adozione di numerose norme che vincolano il medico a precisi obblighi d'informazione dell'Autorità Amministrativa, Sanitaria o Giudiziaria.

Obbligo di denuncia per la diagnosi di malattia professionale

L'obbligo di denuncia al momento della diagnosi di una nuova malattia professionale deriva dalla principale normativa sull'argomento il DPR 1124/65 (Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali). L'obbligo di segnalazione comporta la consapevolezza che esiste una correlazione tra la malattia appena diagnosticata e uno o più fattori di rischio professionali. L'identificazione dovrebbe essere facilitata dal reperimento della malattia e dello specifico fattore di rischio correlato in un elenco pubblicato con il D.M. 14/01/2008 e successive modifiche (DM 11-12-2009). Tale elenco è costituito da 3 liste principali:

-lista 1, malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità

-lista 2, malattia la cui origine lavorativa è di limitata probabilità

-lista 3, malattie la cui origine professionale è possibile.

Le malattie elencate soggette ad obbligo di segnalazione/denuncia ai sensi dell'art. 139 del DPR 1124/65 sono oltre 500 e questo rende piuttosto complessa la sua consultazione.
Le segnalazioni sono destinate alle ASL (SPISAL), al Registro Nazionale delle Malattie Professionali (INAIL) e alla Direzione Territoriale del Lavoro.

Obiettivi sono l'attendibilità e la completezza dei dati epidemiologici

L'attività di denuncia dei medici ha precise finalità preventive e persegue il fine di rendere completa e attendibile la raccolta dei dati epidemiologici occorrenti per integrare, su basi obiettive e con celerità, l'elenco delle malattie professionali. Ciò consente sia di approfondire le patologie la cui origine lavorativa è già nota, che intraprendere ricerche su patologie ancora poco conosciute.
A tale elenco si affianca quello delle malattie professionali tabellate aggiornate con il DM 9-4-2008 (85 per l'industria e 24 per l'agricoltura) per le quali l'assicurazione è obbligatoria e per le quali esiste la presunzione legale di origine.

ANALISI DEL CONTESTO

In aumento le patologie osteoarticolari e le patologie tumorali

L'epidemiologia delle malattie professionali evidenzia, negli ultimi anni, un rilevante incremento delle denunce e dei riconoscimenti di queste patologie che può essere ricondotta, prevalentemente, all'entrata in vigore delle nuove tabelle assicurative dell'INAIL (DM 9 aprile 2008), che hanno introdotto nell'elenco nuove patologie tra cui alcune, come le patologie osteoarticolari, a elevata diffusione sociale ed altresì al fatto che tra l'esposizione al rischio lavorativo e la manifestazione clinica delle patologie intercorrono anni e a volte decenni come nel caso delle patologie neoplastiche. Sono proprio le malattie tumorali e le patologie osteoarticolari quelle che evidenziano un incremento più significativo.

In diminuzione le broncopatie e le affezioni polmonari da inalazione di polveri

Negli ultimi decenni d'altra parte si è verificata una marcata riduzione delle ipoacusie, delle broncopatie e la pressoché totale scomparsa delle gravi affezioni dei polmoni provocate

dall'inalazione di polveri (pneumoconiosi), risultato delle azioni di prevenzione realizzate per contenere i tradizionali rischi da agenti fisici e chimici che, un tempo, rappresentavano, per intensità di esposizione, la principale causa di malattia tra i lavoratori di molti cicli produttivi.

In Italia 2mila casi l'anno di tumori professionali da amianto, polveri di legno e di cuoio, ma potrebbero essere sottostimati

In questo momento in Italia le malattie professionali di tipo neoplastico rappresentano un importante problema di salute, infatti, si superano i 2.000 casi/anno di tumori occupazionali, soprattutto da amianto, da polveri di legno e da polveri di cuoio. Anche se questa dimensione del fenomeno è di per se stessa notevole, va rimarcato che si tratta tuttavia di una sottostima, in quanto la frazione di tumori di origine professionale, sulla base di accreditati studi epidemiologici, dovrebbe essere compresi tra il 2 e l'8 per cento di tutti i tumori e, quindi, nel nostro paese dovremmo attenderci da un minimo di 3.000 ad un massimo di 12.000 casi all'anno.
Il fenomeno della sottonotifica è osservato in tutta Europa e appare collegato alla mancata conoscenza ed informazione tra i medici della possibile eziologia professionale della patologia che hanno diagnosticato o che stanno trattando, il loro scarso interesse alle procedure di registrazione e soprattutto alla complessità di tali procedure.

L'ESPERIENZA DELLO SPISAL DELLA ULSS 12 VENEZIANA

Nell'attività di ricerca e di stima del fenomeno della sottonotifica, sono giunti all'osservazione dello SPISAL prevengono casi in cui, nella pratica clinica, non è approfondita la genesi della malattia sottovalutando gli elementi anamnestici che consentono l'attribuzione della patologia a fattori di rischio lavorativo.
Si rilevano anche casi in cui il sanitario, pur acquisendo il ragionevole sospetto che la patologia possa essere correlata al lavoro, non informa l'Autorità Giudiziaria o lo SPISAL. Ne consegue che alcune malattie professionali non sono poste all'attenzione di chi ha il compito di valutarle per intraprendere le successive azioni a carattere preventivo, giudiziario e assicurativo.

A Venezia una collaborazione consolidata tra SPISAL, direzioni mediche ospedaliere, Procura della Repubblica e INAIL

Si è sviluppata negli anni su questo tema una proficua collaborazione tra gli SPISAL, le direzioni mediche ospedaliere, la Procura della Repubblica e l'INAIL della Provincia di Venezia per ricercare soluzioni idonee a ridurre il fenomeno della sottonotifica di alcune patologie professionali.

Le modalità operative fissate nei protocolli d'intesa del 2007 e del 2010: la segnalazione dagli ospedali allo SPISAL

È stato necessario introdurre specifiche modalità operative tramite protocolli d'intesa (nel 2007 e nel 2010) per rendere efficiente l'interazione tra l'ospedale e lo SPISAL.
In particolare si è convenuto, in accordo con la direzione medica ospedaliera, che nel caso di diagnosi di patologie che possono essere associate a determinate esposizioni professionali, sia effettuata dallo specialista una prima semplice verifica, su base anamnestica, dell'associazione tra patologia e attività lavorativa svolta. Al riscontro di una possibile patologia correlata al lavoro, il medico ospedaliero inoltra, tramite la direzione medica, segnalazione allo SPISAL.

L'intervento dello SPISAL

Quest'ultimo provvede agli approfondimenti del caso eseguendo, se sussistono le motivazioni, un'indagine di malattia professionale. Se l'indagine si conclude con l'accertamento del nesso eziologico tra esposizione professionale e patologia, il medico dello SPISAL adempie agli obblighi di legge, esonerando da tale impegno il medico del reparto di diagnosi e cura.

Il flusso informativo dal medico ospedaliero ai medici dello SPISAL e il ritorno dei dati dallo SPISAL alla direzione medica dell'ospedale

Si è così consolidato un flusso informativo che inizia dalla segnalazione di sospetta malattia professionale da parte del medico ospedaliero attraverso la compilazione di specifiche schede. Queste sono trasmesse alla direzione medica, la quale provvede poi a registrare e inviare i casi allo SPISAL. Il flusso informativo termina con un ritorno di informazione sull'esito degli accertamenti effettuati da parte dello SPISAL alla direzione medica ed al medico segnalatore.

Un progetto della regione Veneto per replicare il modello veneziano da replicare su scala regionale

Allo scopo di sperimentare ipotesi di lavoro basate sull'esperienza dell'Azienda ULSS 12 Veneziana da replicare su scala regionale, la Regione del Veneto, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2010–2012, ha finanziato il progetto "Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie professionali e correlate al lavoro" affidandone la sua realizzazione al Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL).

METODOLOGIA

Il progetto è stato indirizzato all'emersione delle patologie professionali scarsamente segnalate (patologie cutanee, neoplasie laringee e dei seni nasali e paranasali, della vescica, patologie respiratorie non neoplastiche) diagnosticate in regime di ricovero.

Le fasi del progetto

Le principali fasi del progetto sono state le seguenti:
- Creazione di un piccolo gruppo di lavoro (SPISAL, INAIL, Patronato) per la elaborazione dei contenuti dei seminari di approfondimento e delle linee operative per l'emersione delle malattie professionali.
- Organizzazione di seminari monotematici insieme agli specialisti ospedalieri.

- Condivisione dei risultati e sensibilizzazione sul riconoscimento della possibile eziologia professionale delle malattie oggetto di ricovero ospedaliero.
- Presentazione materiale informativo e modulistica di segnalazione.
- Attivazione flusso informativo.
- Monitoraggio e consolidamento flusso informativo.

INDIRIZZI OPERATIVI PER L'EMERSIONE DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

Le difficoltà dei medici ospedalieri nel segnalare le malattie professionali

Nella complessità della normativa in materia di segnalazione di malattia professionale e nel particolare contesto territoriale in cui si trova ad operare, lo SPISAL ha dedicato particolare attenzione ad alcune e più rilevanti patologie con possibile genesi professionale.
Sono quindi stati analizzati negli anni i principali punti critici nel flusso informativo. Considerando che il fine primo degli specialisti ospedalieri è la diagnosi e cura delle patologie, inevitabilmente l'anamnesi lavorativa e la ricerca di un eventuale nesso di causa con il lavoro diventano aspetti secondari che difficilmente possono essere approfonditi in regime di ricovero e ancor di più in corso di visita ambulatoriale.
Un medico ospedaliero può anche incontrare difficoltà nel riconoscere le malattie correlate al lavoro, in particolar modo, quelle a genesi multifattoriale per le quali è necessaria un'attenta valutazione dei fattori di rischio lavorativi e quelli extralavorativi. Per le malattie oncologiche non è sempre facile attribuire un'esposizione a cancerogeni professionali sulla base della conoscenza della sola mansione lavorativa.

La collaborazione con i medici ospedalieri

Per risolvere gran parte dei problemi citati, si è provveduto inizialmente a sensibilizzare gli ospedalieri sulla problematica delle malattie professionali realizzando incontri di gruppo per i reparti interessati e in seguito organizzando seminari su patologie polmonari, osteoarticolari, gastrointestinali e dermatologiche nel corso dei quali, oltre all'epidemiologia e all'analisi dei rischi lavorativi, sono stati forniti strumenti semplificati e condivisi per la segnalazione di malattia professionale.
La Direzione medica ha svolto sempre il ruolo istituzionale d'interfaccia tra le Unità Operative ospedaliere e lo SPISAL. Ha contribuito, inoltre, alla stesura di protocolli operativi e relativa modulistica, alla gestione/archiviazione dei casi segnalati, alla vigilanza sull'obbligo di segnalazione all'Autorità Giudiziaria ex D.Lgs 502/92 art. 4 e s.m.i.

RICERCA ATTIVA DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI

Analisi delle schede di ricovero

L'analisi delle schede di dimissione dei ricoveri ospedalieri tramite l'accesso al sistema informativo aziendale, ha consentito di individuare i soggetti affetti da alcune patologie che per una rilevante frazione eziologica potevano essere di origine professionale quali: asma bronchiale, tumori cutanei, ernia discale lombare, discopatia del tratto lombare, sindrome della cuffia dei rotatori, sindrome del tunnel carpale.

La ricerca attiva dei tumori professionali a vescica, laringe, seni nasali e paranasali

Nel 2013 è stata condotta la ricerca attiva sui tumori vescicali, tumori della laringe e dei seni nasali e paranasali. Tale analisi ha permesso di selezionare i soggetti residenti nell'azienda ULSS di competenza che sono stati poi contattati telefonicamente per essere sottoposti ad una breve intervista sui rischi lavorativi. Nei casi in cui è stato evidenziato un possibile rischio professionale il soggetto è stato sottoposto a indagine di malattia professionale.

Indagini di prevenzione e vigilanza

Un'altra modalità di ricerca attiva è stata effettuata tramite la pianificazione di attività di vigilanza in aziende che con alta probabilità presentano rischi lavorativi in grado di causare specifiche patologie professionali. Ad esempio, partendo dai dati di letteratura che indicano l'asma da farina come la forma di asma professionale più frequente, si sono ricercati insediamenti produttivi che utilizzano farina nel ciclo lavorativo.

ESPERIENZE SUL CAMPO: LE PATOLOGIE STUDIATE

Tumori polmonari e mesoteliomi

I tumori del polmone ed il mesotelioma pleurico sono segnalati da parecchi anni dalle strutture ospedaliere dell'Azienda Ulss 12 Veneziana e recentemente anche dalle strutture convenzionate.
I casi così segnalati, corredati dalla sintetica anamnesi lavorativa effettuata in reparto, sono stati confrontati con i dati presenti negli archivi SPISAL (elenchi ex esposti, archivio malattie professionali) e successivamente approfonditi con specifica indagine.
Il confronto tra i casi attesi e le segnalazioni pervenute fa ritenere che per le patologie neoplastiche asbesto-correlate segnalate allo SPISAL dell'Azienda Ulss 12 Veneziana non esista una significativa sotto notifica e che il sistema di flusso informativo abbia raggiunto una discreta efficienza.

Malattie osteoarticolari

Nella provincia di Venezia le segnalazioni agli SPISAL di malattia professionale osteoarticolare sono inferiori alla media regionale, vedi anche l'analisi delle segnalazioni/denunce di patologie professionali da rischi di natura ergonomica pervenute agli SPISAL (CRREO 2012).

La ricerca attiva partita nel 2010

Lo SPISAL dell'Azienda Ulss 12 Veneziana ha intrapreso fin dal 2010 la ricerca attiva dei casi di ernia discale lombare, sindrome del tunnel carpale e della cuffia dei rotatori, tramite consultazione del data base dei ricoveri ospedalieri. La ricerca, condotta sui 334 ricoveri del 2009 e 2010, ha permesso di identificare 134 casi di ernia discale lombare, 187 casi di tunnel carpale e 13 casi di sindrome della cuffia dei rotatori. Tra questi sono stati selezionati 74 soggetti residenti nel territorio di competenza dell'Azienda Ulss 12 e per 50 di costoro è stato possibile eseguire una breve intervista telefonica con anamnesi lavorativa che ha portato all'individuazione di 24 casi di sospetta patologia professionale.

I rischi professionali per le malattie osteoarticolari

I rischi lavorativi individuati sono stati la movimentazione manuale dei carichi senza ausili efficaci per la patologia lombare, le posture incongrue a carico degli arti superiori per i casi di sindrome del tunnel carpale e la presenza di vibrazioni, microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori nell'unico caso individuato di sindrome della cuffia dei rotatori,.
In tre aziende è stata riscontrata una valutazione non corretta del rischio lavorativo, a seguito di prescrizione, i datori di lavoro hanno provveduto alla rielaborazione del DVR e a intraprendere azioni per ridurre il rischio dei lavoratori.
A seguito delle iniziative di sensibilizzazione, è iniziato un modesto flusso di segnalazione dall'ospedale allo SPISAL che non è sembrato rispecchiare però il reale andamento del fenomeno tecnopatico. Questo può essere verosimilmente attribuito alla gestione sempre più conservativa dei casi di ernia discale che ha portato alla riduzione del numero dei soggetti ricoverati. Per le altre patologie osteoarticolari, la causa della sotto segnalazione è da attribuirsi alla modalità di gestione, ambulatoriale o in regime di day hospital, che non permette il tempo necessario per un adeguato approfondimento anamnestico.

Tumori cutanei

Nel periodo 1995-2011 sono state segnalate allo SPISAL solo 4 neoplasie cutanee pur in presenza di un territorio ricco di attività lavorative con rischio di esposizione a radiazioni solari (pesca e trasporti marittimi).
Anche per queste patologie si è proceduto dapprima alla ricerca attiva sui dati di ricovero e day hospital e successivamente alla sensibilizzazione degli specialisti ospedalieri dermatologi. I dati sui ricoveri e day hospital (2010-2011) hanno evidenziato 101 casi trattati per tumore cutaneo. A seguito di intervista breve telefonica con anamnesi lavorativa effettuata a 39 soggetti, sono stati identificati 4 casi di sospetta patologia professionale. Di questi si sono presentati a visita 3 soggetti per i quali si è confermata l'origine professionale della malattia con conseguente compilazione del primo certificato. Sebbene i dati ottenuti non permettano di evidenziare l'effettiva numerosità di patologie tumorali cutanee professionali, si ritiene che la ricerca attiva abbia permesso di individuare rischi lavorativi, in settori tipici del nostro territorio, sui quali finora non era stata prestata una specifica attenzione quali il comparto pesca e trasporti marittimi.

Allergopatie respiratorie e cutanee

Le segnalazioni/notifiche pervenute allo SPISAL nel periodo 1995-2011 di eczemi/orticaria sono state 53 e 12 di asma professionale.

Si è potuto verificare che anche in questo caso il numero di casi attesi è molto basso confrontando i dati di incidenza per tali patologie della letteratura internazionale.

Nel tentativo di far emergere i casi non segnalati, si è intrapresa la ricerca attiva attraverso diverse metodologie. Un primo tentativo è stato fatto selezionando e intervistando telefonicamente i casi di asma bronchiale sottoposti a ricovero ospedaliero. Tale approccio, però, non ha portato all'emersione di alcuna patologia professionale. È stato condotto un nuovo tentativo partendo invece dall'elenco dei soggetti iscritti all'anagrafe dell'Ulss 12 Veneziana con esenzione della spesa sanitaria per asma bronchiale (codice 007.493 DM 329/99) costituito da 2095 soggetti in età lavorativa, ma la numerosità dei casi da indagare non ha consentito ulteriori approfondimenti.

Lo studio sull'asma da farina

A questo punto si è proceduto in altro modo scegliendo di studiare la presenza direttamente in azienda di una patologia ben conosciuta da tempi remoti e statisticamente ben rappresentata, ovvero l'asma da farina.

A tal fine sono stati condotti sopralluoghi nelle aziende con presenza di esposizione lavorativa a farina del territorio di competenza allo scopo di verificare se vi fossero lavoratori affetti da asma bronchiale professionale. Con questa strategia sono stati identificati tre nuovi casi ad elevata probabilità eziologica professionale anche se non sempre è stato possibile completare l'iter diagnostico/assicurativo per mancanza di collaborazione dei soggetti interessati. Tuttavia sono stati portati a termine interventi di prevenzione tramite prescrizioni o azioni di miglioramento.

Alcune criticità riscontrate

L'esperienza, sebbene abbia confermato la presenza di patologie allergologiche in lavoratori a rischio, a fronte di una mancata segnalazione, non può essere adottata in maniera routinaria considerando il notevole dispendio di risorse e tempo.

Nel complesso, la prevenzione delle patologie dermatologiche e pneumologiche a carattere allergologico ha presentato diverse criticità. È difficile sviluppare linee d'intervento comuni quando le indagini sono condotte su singoli casi ed in aziende molto diverse tra loro e di piccole dimensioni. Inoltre, la quasi totalità dei lavoratori ha dovuto necessariamente cambiare mansione e/o azienda con forti ripercussioni sia in ambito lavorativo sia familiare a fronte di un indennizzo INAIL di modesta entità e che non prevede una rendita di passaggio.

AMBULATORIO OSPEDALIERO

Un ambulatorio dello SPISAL all'ospedale dell'Angelo

Recentemente è stato attivato un servizio ambulatoriale di medicina del lavoro a cura dei medici dello SPISAL, presso l'Ospedale dell'Angelo, con l'obiettivo di fornire all'utenza un servizio di migliore qualità grazie alla possibilità di accrescere la collaborazione con i colleghi dei reparti di diagnosi e cura. Ciò ha consentito di agevolare l'individuazione di sospette patologie professionali tra gli utenti dell'ospedale e di assicurare un iter più veloce per l'espletamento delle attività di medicina del lavoro e le incombenze medico-legali. Per i degenti, specie se affetti da patologie oncologiche, si è ridotto al minimo il disagio compiendo la maggior parte degli accertamenti di competenza SPISAL durante il ricovero stesso.

Si è scelto di dare la priorità alle seguenti patologie: tumore polmonare, mesotelioma, tumore epatico, angiosarcoma.

ANALISI E RISULTATI

Nella nostra esperienza la modalità operativa nella ricerca di malattie professionali non note non può prescindere dalla tipologia di malattia in studio.

Iter per le patologie neoplastiche

Nel caso di patologie neoplastiche a sospetta origine professionale lo schema operativo proposto è il seguente:

- ricerca attiva preliminare tramite schede di dimissione ospedaliera (SDO);
- sensibilizzazione degli specialisti ospedalieri attraverso riunioni, audit e seminari tematici;
- condivisione di un protocollo di scambio informativo con relativa modulistica;

- visite di medicina del lavoro in regime di ricovero (se possibile);
- monitoraggio del flusso informativo ed incontri periodici con gli specialisti.

In questo caso il medico che formula la diagnosi è lo specialista ospedaliero, il quale, opportunamente sensibilizzato sulle possibili cause professionali, nel corso dell'anamnesi può raccogliere gli elementi di base per effettuare una prima correlazione tra patologia ed esposizione lavorativa e quindi effettuare la segnalazione allo SPISAL.

Iter per le altre patologie

Per patologie di tipo non neoplastico (malattie osteoarticolari, allergopatie, ecc.) appare più fruttuoso intraprendere una ricerca attiva con sopralluoghi nelle aziende a rischio. Queste devono essere individuate partendo dall'analisi della letteratura scientifica che va confrontata con le realtà produttive del territorio. Ciò permette sia l'emersione di patologie professionali disconosciute che l'effettuazione di azioni correttive del rischio in azienda completando l'azione di prevenzione. È necessario rilevare, però, che tale approccio condotto di routine è molto oneroso in termini di risorse, a fronte del ruolo prioritario del medico competente e del medico di medicina generale come fonte di segnalazione di malattia.

I soggetti coinvolti e da coinvolgere

La strategia del progetto realizzato è stata incentrata sulla figura del medico specialista ospedaliero individuato come principale soggetto segnalatore di sospetta malattia professionale. L'esperienza condotta ha fatto emergere anche l'importanza del ruolo del medico di medicina generale. Quest'ultimo potrebbe fornire un notevole contributo all'emersione delle malattie a sospetta origine professionale, essendo depositario sia dei dati sanitari e lavorativi dei propri assistiti che punto di riferimento per ogni lavoratore residente nell'Ulss.

Un'altra figura di professionista medico legato a filo diretto alla problematica delle patologie professionali è quella del medico competente. Questi avrebbe un ruolo di primo piano nel segnalare possibili patologie professionali sia per la sua formazione specifica in materia che per la conoscenza dei dati sanitari dei lavoratori e dei fattori di rischio presenti in azienda. In questa situazione, il medico competente si trova spesso a gestire e conciliare interessi e doveri contrastanti. Il non notificare può apparire talvolta la scelta migliore.

L'unica strada percorribile in questi casi è la vigilanza in azienda. Nella nostra esperienza condotta con i sopralluoghi, è stato riscontrato che spesso il documento aziendale di valutazione dei rischi non prende in considerazione tutti i rischi lavorativi, oppure a volte questi sono sottostimati, con la possibile conseguenza sia del mancato riconoscimento da parte dell'INAIL di una eventuale malattia professionale sia del protrarsi dell'azione patogena in azienda.

L'incremento delle segnalazioni ospedaliere negli ultimi tre anni

A conclusione dell'esperienza condotta in questo triennio, si è riusciti a ottenere un incremento di segnalazioni ospedaliere intorno al 30 per cento rispetto a quanto osservato nel 2010, anno considerato di riferimento. Le segnalazioni pervenute hanno riguardato prevalentemente patologie con esposizioni remote pertanto ai fini della vigilanza si è potuti intervenire solo nei casi in cui l'attività produttiva era ancora attiva con rischio lavorativo presente.

Persiste tuttora il divario tra la segnalazione delle patologie neoplastiche, ben rappresentate, e quelle non neoplastiche che sembrano essere ancora sottostimate.

Medici ospedalieri e medici di medicina generale fondamentali per far emergere i casi

È emerso con chiarezza che, per ovviare alla criticità della sottonotifica, è necessario prima di tutto sensibilizzare le principali categorie di medici coinvolti nella diagnosi di malattie a sospetta origine lavorativa ovvero medici ospedalieri e medici di medicina generale. La sensibilizzazione è indirizzata a evidenziare l'importanza di eseguire almeno una breve anamnesi lavorativa e fare una prima correlazione tra esposizione lavorativa e malattia fin dal suo esordio.

La tempestività di riconoscimento della possibile eziologia professionale permette una più completa raccolta d'informazioni e documentazioni che agevola il successivo iter di riconoscimento assicurativo.

La difficoltà di far emergere i rischi in azienda

Un'altra criticità osservata è la difficoltà dell'emersione di patologie in attualità di lavoro. I lavoratori possono avere il timore di incorrere in possibili contenziosi con il

datore di lavoro e i possibili rischi connessi a giudizi di inidoneità lavorativa in caso di denuncia della malattia.
Opinione comune è che debbano essere attuati interventi legislativi di miglior tutela dei lavoratori affetti da patologie professionali, sia per quanto riguarda la conservazione del posto di lavoro, ove compatibile, sia per la possibilità di reimpiego dei lavoratori. Un altro punto critico è la qualità e l'appropriatezza del documento di valutazione dei rischi (DVR) elaborato dalle aziende. Spesso i rischi lavorativi sono sottostimati o non considerati. Le conseguenze sono un mancato riconoscimento assicurativo per impossibilità di dimostrare il rischio nell'ambiente di lavoro e il possibile protrarsi dell'esposizione dei lavoratori all'azione patogena in azienda.

Il ruolo dello SPISAL e la necessità di un impegno istituzionale

Lo SPISAL in questo contesto può, come organo di vigilanza, intervenire sul luogo di lavoro per valutare sul campo la presenza e l'entità del rischio e la congruità di quanto riportato nel DVR aziendale. In caso di inosservanze delle norme di igiene e sicurezza sul lavoro può agire concretamente tramite lo strumento della prescrizione.
La complessità delle criticità rilevate porta a ritenere che sia necessario un forte impegno istituzionale per il miglioramento del sistema di tutela delle malattie professionali. Potrebbero essere introdotti fattori incentivanti la segnalazione (ad esempio direttive regionali d'indirizzo alle Ulss), la tutela in termini di conservazione del posto di lavoro e possibilità di reimpiego e la realizzazione di iniziative di prevenzione su tematiche prioritarie.

Hanno collaborato
Giorgio Carradori e Annalisa Virgili, SPISAL (Servizio Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) Azienda Ulss 12

Bibliografia

- CRREO. Analisi delle segnalazioni - denunce di patologie professionali da rischi di natura ergonomica pervenute agli SPISAL, 2012.
- INAIL. (2012). Rapporto Annuale.
- Regione Veneto. Analisi di contesto produttivo 2010.
- *The prevention occupational diseases International Labour Organization* 2013.
- *Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC* (Marzo 2013).

PER INFORMAZIONI
Sito www.ulss12.ve.it
Tel. 041 2608471 - fax 041 2608445
Indirizzo Email spisal@ulss12.ve.it oppure protocollo.ulss12@pecveneto.it

Servizi innovativi

La Centrale Operativa Territoriale. Infermieri attivi per favorire la "dimissione protetta" dei pazienti

A cura di **Claudio Beltrame**,
Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale Ulss 12 Veneziana
e di **Luigino Schiavon**,
Project Manager Centrale Operativa Territoriale,
Infermiere coordinatore SID-ADI Distretto 3, Ulss 12 Veneziana

Da sempre uno degli elementi critici del sistema salute è quello di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza tra ospedale e territorio in entrambe le direzioni di flusso; si tratta, in poche parole, di tutelare la sicurezza dei pazienti qualunque sia l'ambito (ospedale, assistenza domiciliare, residenza intermedia, centri servizi ecc.) in cui il bisogno di salute trova espressione. In questa cornice di riferimento la Centrale Operativa Territoriale può rappresentare un elemento cardine di congiunzione e integrazione, superando anche la suddivisione distrettuale e funzionando, di fatto, da perno unico di comunicazione.

LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale nasce su indicazione della Regione Veneto (Piano Socio Sanitario e DGR n. 975 del 18 giugno 2013) e della direzione Generale della Azienda Ulss 12 (con deliberazione del Direttore Generale n. 902 del 21 maggio 2013). Questa deliberazione istituisce ed avvia la Centrale Operativa Territoriale (COT) all'interno della Ulss 12 con importanti obiettivi:
- ridurre i tempi di presa in carico dei pazienti;
- semplificare le procedure;
- ottimizzare le risorse.

Le attività

La Centrale non eroga direttamente servizi ma raccoglie le segnalazioni dai vari servizi.
A seguito delle segnalazioni raccolte, la Centrale :
- classifica il problema/bisogno;
- rileva ulteriori necessità attraverso il contatto diretto (intervista telefonica) con il paziente o suoi familiari;
- attiva il servizio competente;
- informa contestualmente il medico curante (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta);

- programma l'intervento che viene attuato dai servizi di riferimento.

Gli obiettivi
La Centrale Operativa Territoriale è stata attivata nella azienda Ulss 12 veneziana dal 1 luglio del 2013. L'avvio è avvenuto in sordina, ma con l'obiettivo chiaro di migliorare ulteriormente servizi territoriali attraverso la continuità delle cure e dell'assistenza, portando l'attività di coordinamento, in questa prima fase di sperimentazione, a risultati positivi.
Il primo obiettivo è stato quello di indirizzare e canalizzare tutte le comunicazioni dei diversi servizi ed interlocutori: operatori sanitari ospedalieri, territoriali, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ecc. verso un unico centro di raccolta delle segnalazioni ed informazioni, superando la parcellizzazione dei vari servizi.

Modalità operative
Con l'avvio di questo nuovo servizio, gli avvisi di dimissione dagli ospedali regionali ed extra-regionali non vengono più inviati ai diversi distretti o servizi ma direttamente alla Centrale Operativa. Ciò comporta modalità di comunicazione più dirette, rapide ed efficienti.
All'avviso di dimissione, gli infermieri, che costituiscono il personale di riferimento della COT, effettuano di routine una telefonata "strutturata" ai familiari o a chi garantisce l'assistenza, allo scopo di rilevare ulteriori necessità specifiche o bisogni particolari correlati alla cura ed all'assistenza.

La cartella personale del paziente
Per ogni richiesta viene aperto un fascicolo elettronico per l'assistenza territoriale (cartella), depositata nel server centrale. Un avviso di apertura della stessa viene trasmesso al distretto o servizio di competenza e, contestualmente, al medico di base via Email. In questo modo prima ancora che il paziente sia dimesso i servizi interessati ed il medico di medicina generale vengono avvisati delle prossime dimissioni. Il servizio competente programmerà ed eseguirà in questo modo l'intervento, riducendo al minimo i tempi necessari per l'analisi dei bisogni e l'erogazione della risposta.
Un'altra modalità di attivazione è quella che nasce direttamente da pazienti in cui il bisogno di assistenza emerge quando sono a domicilio; in questo caso il medico di medicina generale invia, attraverso fax o Email, una richiesta di attivazione di servizio domiciliare. Gli infermieri responsabili della COT verificano, come nel caso precedente, i bisogni ed inviano la richiesta e le relative notizie al servizio di competenza.

Informazioni utili per "dimissioni protette"
Da queste due prime fattispecie si comprende subito che il cittadino, i parenti o chi garantisce l'assistenza viene sollevato dall'onere di recarsi personalmente presso i servizi, dato che tutta la fase istruttoria viene garantita in modo indiretto, attraverso fax o Email, riducendo significativamente gli spostamenti dei cittadini all'interno del dedalo dei servizi.
Un ulteriore elemento di semplificazione ed efficienza è rappresentato dal fatto che, a prescindere dal reparto in cui il paziente è ricoverato, dal distretto di residenza o dal medico di base, tutti gli operatori fanno riferimento ad un unico numero telefonico, di fax o indirizzo di posta elettronica, per la condivisione delle informazioni e l'attuazione degli interventi.

Casi seguiti nei primi sei mesi del 2013
Nei primi 6 mesi di attività, dal 1 luglio al 31 dicembre 2013, gli infermieri della COT hanno garantito 636 attivazioni così suddivise:
55% provenienti dagli ospedali di Mestre e Venezia;
25% dai medici di medicina generale
18% dagli ospedali convenzionati
2% da ospedali extra Ulss 12
Sono state inviate 583 Email ricevendone 890.
Questi primi dati rappresentano con evidenza un positivo risultato; è auspicabile che una maggiore efficienza di rete dei servizi sanitari consenta più facilmente l'estensione della rete a tutti i servizi che garantiscano al cittadino non solo la risposta ai bisogni sanitari, ma anche la giusta attenzione ai bisogni socio sanitari. Questa è una scommessa che è necessario vincere, superando ogni resistenza a tutto favore dei cittadini.

PER INFORMAZIONI
Indirizzo Email della centrale operativa
cot@ulss12.ve.it

LA SEQUENZA DELL'ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE			
Sequenza	Descrizione	Responsabile	Strumento
FASE 1 Attivazione	L'UO di degenza ospedaliera, se paziente ricoverato, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso dello stesso e/o dei suoi famigliari, invia alla COT la segnalazione di dimissione protetta	**Medico Coordinatore Infermiere Ospedalieri**	**Informatico Telefono Fax**
	Il MMG/PLS, se paziente a domicilio, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso dello stesso e/o dei suoi familiari, invia alla COT il modulo di attivazione	**MMG/PLS**	
	L'utente/famiglia/caregiver, in presenza di bisogno non programmato o non differibile , attiva telefonicamente la centrale operativa		
FASE 2 Accertamento	La COT verifica se il paziente è già in carico alla rete dei servizi territoriali e rileva le nuove problematiche socio-assistenziali.	**COT Coordinatore Infermiere ADI Coordinatore Infermiere**	**Scale di valutazioni**
	La COT effettua un primo accertamento(intervista telefonica strutturata) per selezionare il tipo di bisogno quindi attiva il servizio deputato a fornire la relativa risposta assistenziale		
	La COT attiva immediatamente il servizio di riferimento per situazioni non programmate e/o no differibili		

Medicina generale

La proposta: “Un manifesto della medicina del territorio con operatori sanitari, Ulss 12 ed enti locali”. Intervista a Giulio Bergamasco, medico di medicina generale al Lido

“Esiste uno scollamento tra la programmazione regionale e quella delle aziende Ulss. Ma anche tra gli operatori sanitari dell'ospedale e del territorio e ancora tra medici di famiglia, medici di Distretto e pediatri di uno stesso territorio. Per questo potrebbe essere utile sottoscrivere un 'Manifesto della medicina del territorio' da sottoporre a puntuali verifiche”.
Sono queste alcune delle considerazioni di Giulio Bergamasco, medico di famiglia al Lido di Venezia e presidente della SIMG (società italiana medicina generale) di Venezia, che abbiamo intervistato nella panoramica che la rivista “Venezia in salute” dedica in questo numero alla medicina di base.

Dottor Bergamasco, lei opera al Lido di Venezia, può descriverci la popolazione dei suoi assistiti?
La medicina di gruppo di cui faccio parte è composta da 7 medici di medicina generale. Attualmente ho in carico 1200 pazienti circa; di questi una quarantina sono ospiti della casa di riposo Stella Maris. L’età media dei pazienti è di 59 anni, quindi molto elevata. La maggior parte dei miei assistiti è costituita da pensionati che presentano patologie multiple. Tra i soggetti meno anziani vi è una nutrita rappresentanza di extracomunitari, in prevalenza provenienti dall’Europa dell’Est: moldavi, romeni, ucraini.

Quali sono le patologie prevalenti tra i suoi pazienti?
I pazienti diabetici sono circa il 10% della popolazione locale. Il dato è ricavato dalle nostre

cartelle cliniche e soddisfa criteri diagnostici rigorosi. Ma va detto che il dato ufficiale, a livello regionale e di ulss, è abbondantemente sottostimato. Se consideriamo che il paziente diabetico è ad alto rischio cardiovascolare, come dicono tutti gli studi clinici e le più accreditate agenzie sanitarie mondiali, ci si domanda con quali criteri si stabiliscono le ripartizioni di spesa per questi pazienti.

Ed è previsto un percorso particolare per i pazienti diabetici?

Recentemente è stato approvato dalla nostra ulss 12 un Protocollo diagnostico terapeutico assistenziale diabetologico, ma non è ancora chiaro come applicarlo e con quali verifiche a posteriori. Un ruolo importante potrebbe svolgerlo il Distretto, che rappresenta il fulcro della medicina territoriale, ma al momento il Distretto non svolge attività programmatoria e/o collaborativa in tal senso.
I pazienti con rischio cardiovascolare rappresentano il 15-20 per cento complessivo e sono soggetti che andrebbero seguiti con particolare rigore ed attenzione, ma come medici di famiglia non abbiamo risorse tali da prevedere, per esempio, la collaborazione di un infermiere professionale che potrebbe essere molto utile.
Per il resto posso confermare che la prevalenza delle diverse tipologie di malattie croniche nella nostra città può essere desunta dai rapporti del progetto COMEFARE che ha visto la collaborazione tra alcuni medici di medicina generale ed il Comune di Venezia.

Lo stile di vita in quale modo può essere causa o concausa di varie patologie? Quali sono le attività di prevenzione primaria e secondaria che lei suggerisce come medico di famiglia?

Indubbiamente gioca un ruolo fondamentale la genetica, ma questa condizione viene sicuramente "facilitata" da stili di vita sbagliati e tra questi sicuramente la sedentarietà gioca un ruolo molto importante e determinante. Per quanto ne sappia non esistono studi clinico-epidemiologici in ambito cittadino, a parte i dati forniti all'Amministrazione Comunale dal progetto COMEFARE.
Esistono altri studi "a macchia di leopardo" in ambito nazionale ed internazionale.
Per quanto riguarda la malattia diabetica, considerati i dati di prevalenza e le proiezioni epidemiologiche future, oggi si dà molta importanza al cosiddetto "empowerment" del paziente, cioè la sua capacità di gestire, debitamente informato e supportato, la propria patologia (vedi progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità).
Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche più importanti (diabete, ipertensione, dislipidemia, ecc.) il dato più importante che sembra emergere dai pochi studi a disposizione, sottolinea l'importanza di un'opera di appoggio continua del paziente che va opportunamente motivato ed informato. I dati sulla gestione tramite la telemedicina di molte patologie croniche, invece, sono deludenti, quanto a risultati. L'impressione è che le istituzioni sanitarie preposte fatichino molto a richiedere collaborazione alla medicina operante sul territorio.

Anche per quanto riguarda la diagnosi precoce ed alcuni screening di massa, dobbiamo dire che la mammografia ed i Pap test fanno parte del programma di screening regionale ma i medici di medicina generale non vengono direttamente coinvolti nell'iniziativa. Vi è maggiore collaborazione per quanto riguarda lo screening delle neoplasie intestinali. Va ricordato invece che l'ulss 12 veneziana ha sottolineato più volte l'importanza strategica degli screening anche negli incontri periodici organizzati dai Distretti con i medici di famiglia.

Quali sono le maggiori difficoltà che trovate nel vostro lavoro?
La maggiore difficoltà nasce dallo "scollamento" tra la programmazione sanitaria regionale e quella delle azienda ulss, specie per quanto riguarda gli aspetti organizzativi della medicina del territorio. Faccio un esempio: i medici che operano all'interno del territorio di un distretto – medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, ecc. – non si incontrano mai per discutere i problemi organizzativi e di confronto tra loro e con il paziente. La sensazione comune tra tutti gli operatori è che "i decisori" non siano interessati a caldeggiare simili incontri. Molti medici di famiglia della nostra generazione sono ormai in età pensionabile, ma nessuno sembra preoccuparsi del passaggio di testimone tra una generazione e l'altra; sono personalmente convinto che questa occasione perduta peserà sul sistema dell'assistenza sanitaria primaria che verrà.

Quanti sono i pazienti che presentano problemi di alcolismo, tossicodipendenza e altre dipendenze o che mostrano turbe psicologiche?
A parte i dati sulle tossicodipendenze che ci sono completamente sconosciuti (i SerT dell'ulss non avvertono il medico curante della presa in carico di un nuovo paziente), i casi di alcolismo sono quasi sempre svelati dal ritiro della patente. Per l'alcolismo l'aspetto diagnostico infatti è di per sé complesso, anche se in rari casi può essere il paziente a richiedere aiuto. Il servizio alcologico dell'ospedale Fatebenefratelli funziona positivamente, anche sul piano collaborativo ed è a questo servizio che i pazienti vengono inviati in consulenza.

Nella vostra attività registrate casi di violenza sulle donne?
Nel 2009 i medici di famiglia del progetto COMEFARE hanno collaborato con il Comune di Venezia e con la ulss 12 ad una rilevazione dati sulla violenza domestica (vedi articolo de il gazzettino del 25.11.2009; ndr). Il rilevamento da parte nostra dei casi di violenza sulle donne non è frequente. Le poche volte che viene rilevato, ci si trova di fronte a storie di violenza cronicizzata nel tempo.

Come è possibile sostenere il vostro lavoro e renderlo più efficace?
Attualmente a livello istituzionale sembra che non sia una priorità sostenere il lavoro dei medici di famiglia: non c'è progettualità in questo senso, non risulta evidente un interesse al problema, non vi sono costituzioni di tavoli tecnici in merito, a parte quelli sindacali. C'è un grande impegno invece l'impegno da parte della SIMG (società italiana di medicina generale) per diffondere la cultura della medicina generale; personalmente una buona fetta del mio tempo libero lo dedico a queste iniziative.

Quali sono gli elementi della crisi che registrate anche nella vostra attività?
Aumenta il carico burocratico a livelli mai raggiunti in precedenza. E contemporaneamente aumentano le esigenze assistenziali da parte dei pazienti che, tra l'altro, nella maggior parte dei casi non riusciamo a sostenere: Sono anche molte le problematiche sociali che non sono di nostra competenza, ma che ci coinvolgono comunque molto da vicino.
Sarebbe utile la sottoscrizione comune di un impegno etico e programmatico con una sorta di "Manifesto della medicina del territorio" tra noi operatori, ulss 12 e Comune di Venezia. Dovrebbero essere individuati degli obiettivi ed il percorsi per realizzarli con periodici incontri di verifica.

PER INFORMAZIONI
Dott. Giulio Bergamasco
Lido di Venezia
Email bergamascogiulio@gmail.com

Medicina generale

L'obiettivo: "Meno burocrazia per realizzare al meglio il proprio compito in sinergia con gli altri operatori sociosanitari". Intervista a Franco Fabbro, medico di medicina generale a Marghera

Vicinissimi ai pazienti, i medici di medicina generale sono la prima frontiera della salute. I medici di famiglia sono i primi sensori in grado di dirci quali sono le patologie più diffuse e quali sono i problemi di salute pubblica emergenti.
Abbiamo intervistato Franco Fabbro, medico di medicina generale di Marghera, attivo anche all'Ordine dei Medici di Venezia soprattutto nel settore dell'informazione.
Del suo territorio, il dottor Fabbro dice: "La popolazione di Marghera ha pagato un grande tributo in termini di patologie (soprattutto cancro) e di vite spezzate che l'inquinamento e un dissennato modo di produrre hanno causato. Ed ora a colpire è la crisi economica che toglie il lavoro e la speranza e fa diminuire la possibilità per i cittadini di sostenere spese per esami e farmaci a volte davvero necessari".

Dottor Fabbro, lei fa parte di una medicina di gruppo di Marghera, può descriverci i suoi assistiti?

Faccio parte della medicina di gruppo, nata nel 2008, e denominata "Al centro la salute". È un gruppo costituito da 7 medici di medicina generale che assistono complessivamente circa 10mila persone.

Ho 1500 assistiti, di questi 450 hanno più di 65 anni. La percentuale degli assistiti stranieri è di circa il 15 per cento, tutti giovani o giovani adulti.

Quali sono le patologie prevalenti tra i pazienti: diabete, problemi cardiovascolari, sofferenza psichiatrica, ecc.?

La mia popolazione di assistiti non si discosta dalle percentuali nazionali suddivise per vari tipi di patologie. Al primo posto troviamo i problemi cardiovascolari, soprattutto ipertensione arteriosa.

Quale peso hanno gli errati stili di vita come alimentazione ricca di grassi, fumo, scarsa attività fisica, ecc. rispetto alle patologie prevalenti tra i pazienti?

Non sono un epidemiologo e rispondo con "prudenza" a questo quesito. Sono convinto che uno stile di vita poco salutare sia fonte di patologie. Per questo, ogni giorno, faccio educazione sanitaria: correggo, invito, ammonisco, dialogo con il mio assistito o assistita per fargli recuperare una maggior consapevolezza riguardo al bene prezioso rappresentato dalla salute. La nostra salute è un tesoro unico, non la troviamo in svendita nei negozi...è un bene che va preservato con la massima cura.

Ci sono delle patologie specifiche che si riscontrano a Marghera, per esempio rispetto a esposizioni lavorative o inquinamento ambientale?

Posso affermare, proprio a partire dalla mia esperienza, quale sia il grande tributo in termini di patologie (soprattutto cancro) e di vite spezzate che l'inquinamento e un dissennato modo di produrre hanno causato alla popolazione di Marghera. Potrei citare nome e cognome dei miei assistiti morti per cancro al polmone o al fegato per colpa del CVM (cloruro di vinile monomero, sostanza riconosciuta cancerogena; ndr), o gli innumerevoli malati cronici all'apparato respiratorio per l'esposizione lavorativa a polveri o ad altri inquinanti.

E la situazione socioeconomica influisce sulla salute? Si sentono gli effetti della crisi anche tra i pazienti?

Ora c'è una nuova sofferenza che, come medico di famiglia, devo affrontare quotidianamente: l'angoscia di chi perde il lavoro, di chi non riesce più a portare a casa un salario decente per vivere, la frustrazione di chi trova sbarrata la porta d'ingresso al lavoro, soprattutto se giovane. Quanto dolore ci viene espresso, quanta rabbia, quanta rassegnata impotenza nelle parole e nei volti dei miei assistiti. Non c'è famiglia che non

viva questo dramma del lavoro. Ed è difficile anche per me trovare parole di condivisione e di speranza.
Altra conseguenza della crisi economica è che i nostri assistiti ci chiedono meno esami e meno visite specialistiche. Questo può essere un aspetto positivo, se pensiamo che talvolta c'è una sorta di consumismo anche nelle prestazioni sanitarie. Ma c'è anche un aspetto negativo: meno esami, meno diagnosi precoce e poi quando si scoprono i problemi, diventa più difficile intervenire.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, i pazienti accettano i suggerimenti del medico? Li mettono in pratica?

Il medico di famiglia ha una ricchezza che nessun altro medico possiede, conosce il proprio assistito, conosce la sua famiglia, il suo percorso di vita. Gli è più facile perciò trovare le parole giuste per decidere insieme cos'è meglio fare per quel problema, per quella malattia. Mi sento profondamente toccato ogni volta che un paziente viene da me e mi dice: "dottore, mi faccio operare o no? Il chirurgo mi voleva ricoverare subito, ma io gli ho risposto: prima sento il mio medico di famiglia".

Quali sono le maggiori difficoltà che un medico di medicina generale trova nella sua attività quotidiana?

La piaga che spero sia possibile guarire prima o poi è la burocrazia. Dobbiamo riempire moduli, ri-prescrivere esami, adempiere ad una marea di incombenze spesso inutili o ripetitive Il risultato negativo è che tempo prezioso da dedicare alle visite viene sottratto dalla burocrazia. Inoltre il paziente talvolta rischia di identificarci come impiegati della salute e non come attori della salute. Ed anche per noi medici, infine, è inaccettabile perdere tempo per le carte piuttosto che per le persone.

Quanti sono in percentuale i pazienti che presentano problemi di alcolismo, tossicodipendenza ed altre dipendenze o con disturbi psichiatrici?

Siamo nella media. Non ci discostiamo dai dati nazionali. Ci tengo a sottolineare invece come vi sia nel nostro territorio una consolidata, efficace azione di prevenzione operata dai servizi del Comune di Venezia. Questa attenzione rivolta ai problemi degli "emarginati", degli "ultimi", dei sofferenti, ci è di grande aiuto. Non sempre infatti questi problemi si possono risolvere prescrivendo un farmaco o un esame di laboratorio o con un breve colloquio. Nel caso dell'alcolismo un grande e insostituibile supporto viene dato dai gruppi di auto aiuto (Alcolisti anonimi, Acat). Per il resto basta pensare alle ultra-trentennali battaglie contro le tossicodipendenze che fanno parte della storia dei servizi sociali del Comune di Venezia.

Nella sua attività ha avuto modo di registrare casi di violenza sulle donne?

Se devo essere sincero, nella mia vita professionale ho visto pochi casi di violenza contro le donne (o quantomeno pochi sono i casi di cui io sia giunto a diretta conoscenza). Quando ho dovuto affrontare il problema, ho trovato un decisivo aiuto nel Centro Donna o nelle assistenti sociali del Comune di Venezia. Ricordo un caso a cui ho anche collaborato per proteggere una donna ed i suoi figli da un marito alcolista, violento e manesco. Il marito un pomeriggio torna a casa e non trova più moglie e figli: spariti. Erano stati trasferiti in una casa alloggio del Comune. Per lui è stato uno shock. Ma ha finalmente aperto gli occhi, ha riflettuto sui suoi errori e ha iniziato un percorso di cambiamento e di riconciliazione.

Come è possibile sostenere il vostro lavoro per renderlo più efficace?

Bisogna eliminare o ridurre il più possibile gli aspetti burocratici. La scommessa è soprattutto potenziare i servizi sul territorio. Non è possibile che per un esame del sangue a domicilio il paziente debba aspettare settimane! L'infermiere del territorio è una risorsa fondamentale. Se noi medici di medicina generale potessimo contare su una congrua presenza di infermieri, potremmo lavorare con loro fino alle otto di sera e potremmo migliorare la qualità del nostro servizio: dimissioni protette, terapie infusive a domicilio, medicazioni, sorveglianza attiva delle persone anziane e/o sole, malati terminali assistiti a domicilio, ecc.

In quale modo l'Ulss 12 potrebbe aiutare il vostro lavoro? E il Comune di Venezia?

Una richiesta secca: metteteci a disposizione gli spazi per fare le medicine di gruppo integrate. Dateci una vecchia scuola o un edificio dismesso o sottoutilizzato di proprietà del Comune o della Ulss per fare una vera cittadella della salute, che sia punto unico di riferimento per tutti i cittadini: di giorno con la presenza dei medici di famiglia e di notte con la guardia medica. Medici, infermieri, assistenti sociali, tutti assieme in una sede unica a collaborare per dare nuovo slancio e concretezza al necessario rinnovamento della assistenza sociosanitaria.

PER INFORMAZIONI
dottor Franco Fabbro
indirizzo Email: docfaber@virgilio.it

Medicina generale

Lo strumento: “Una comunicazione ed uno scambio di dati costanti tra i professionisti della salute”. Colloquio con Cristina Biondi, Raffaella Michieli e Sandro Severi, medici di famiglia a Mestre

Una delle questioni centrali della sanità contemporanea è la comunicazione delle informazioni cliniche tra paziente ed operatori sanitari e tra i diversi operatori sanitari di ospedale e territorio – spiegano Cristina Biondi, Raffaella Michieli e Sandro Severi, medici di famiglia a Mestre, che abbiamo incontrato per discutere dell'evoluzione della medicina di base. Come già previsto dalla Regione Veneto, risulta strategica la realizzazione del progetto di fascicolo elettronico contenente tutti i dati sanitari del paziente. Si tratta di uno strumento efficace per permettere a tutti i medici di avere un quadro completo della situazione del paziente, senza che vengano tralasciati elementi cruciali.

Perché la trasmissione delle informazioni tra operatori sanitari è una questione strategica?
Dottor Severi: “È dimostrato che la gestione delle informazioni è strategica anche per ottimizzare la spesa oltre che a tutela di una corretta presa in carico del paziente. Dopo decenni dall'avvio del sistema sanitario nazionale la comunicazione diretta tra medici specialisti e medici di famiglia è un nodo ancora irrisolto. Ma come è facile comprendere, non si tratta di una questione banale. La mancanza di comunicazione comporta a volte la ripetizione di esami anche costosi, con decisioni che potrebbero essere più efficaci, se ogni operatore potesse disporre del quadre clinico completo, a partire da quello che i medici di famiglia hanno già nel loro archivio. Oggi infatti è proprio il paziente che trasmette i propri dati ai medici specialisti che lo vedono e non sempre ne deriva una descrizione completa ed appropriata. La Regione Veneto è impegnata

per superare il problema con la realizzazione del fascicolo elettronico sulla storia sanitaria di ogni paziente. Si tratta di un progetto cruciale. Voglio segnalare anche che è entrata in funzione da alcuni mesi la Centrale Operativa Territoriale, anche questo potrebbe diventare uno strumento interessante per la presa in carico globale del paziente, ma per ora siamo all'inizio dell'attività. Tra i miei pazienti, per esempi, i casi trattati sono ancora pochi"".

L'aumento del numero di pazienti anziani e stranieri comporta nuove problematiche?

Dottoressa Biondi: "Noi facciamo parte di una medicina di gruppo che comprende 8 medici ed anche alcuni specialisti, non possiamo invece ancora contare su un infermiere. Abbiamo anche una segreteria organizzativa, questo per favorire al massimo l'accesso dei nostri pazienti, tra i quali sono in aumento gli anziani e gli stranieri. La comunicazione è fondamentale sia per i pazienti anziani, che spesso soffrono di molteplici patologie e assumono diversi tipi di farmaci, sia per gli stranieri, che hanno problemi di lingua e di orientamento nel sistema socio sanitario. Si può facilmente intuire come la comunicazione tra medico di famiglia, medici specialisti del territorio e dell'ospedale, e i vari operatori socio sanitari, sia una questione cruciale per potenziare l'efficacia dell'intero sistema".

Come possiamo descrivere la comunicazione tra specialisti di distretti ed ospedale e medico di famiglia?

Dottoressa Michieli:"Ognuno di noi ha in carico circa 1400, 1500 pazienti. Malgrado la nostra medicina di gruppo sia ben affiatata e ben organizzata, la burocrazia ci sommerge e i pazienti presentano richieste sempre più complesse. In una situazione del genere, la mancata trasmissione delle informazioni complica non poco il nostro lavoro. Da alcuni mesi, come abbiamo già ricordato è entrata in funzione la Centrale Operativa territoriale, il progetto era stato anche presentato ufficialmente agli incontri della Ulss con i medici di medicina generale. Sono pochi i casi dei miei pazienti che hanno avuto necessità di essere trattati finora dalla Centrale Operativa. Si tratta di una iniziativa potenzialmente molto utile, che però non coinvolge gli altri ospedali convenzionati della provincia. Inoltre la mancanza di una condivisione dei dati tra ospedale e territorio è ancora un nodo in gran parte irrisolto. Per ora infatti dobbiamo ricordare che è il paziente che volontariamente viene da noi e ci trasmette l'esito di una visita, di alcuni esami o di un ricovero. Questo comporta delle grosse difficoltà anche nelle dimissioni protette poiché non siamo avvisati in tempo reale ed a volte i pazienti sottovalutano l'importanza di riferirsi subito a noi dopo il ricovero per la continuità delle cure. Purtroppo le persone ritengono naturale che noi conosciamo quello che avviene in ospedale e si aspettano che sappiamo già tutto. Alcuni di noi hanno un rapporto più consolidato con il Laboratorio Analisi dell'ospedale ed allora avvengono dei contatti per alcuni casi particolarmente gravi, ma non vi è nessuna prassi sistematica. Soprattutto con il distretto, inteso come struttura, manca uno scambio di informazioni e una collaborazione costante. Il distretto dovrebbe essere il nostro punto di rifermento ed invece tutto è lasciato all'iniziativa personale".

Stiamo andando verso una nuova organizzazione della medicina di base?

Dottor Severi: "La nostra medicina di gruppo copre un orario di 12 ore, dalle 8 alle 20, ci sono sempre due, tre medici presenti oltre ai turni previsti per i propri pazienti. Facciamo parte anche dell'Aggregazione Funzionale di Territorio (AFT). Di ogni AFT fanno parte varie medicine di gruppo, ma non ci sono rapporti strutturati tra noi. L'organizzazione attuale del Sistema Sanitario Nazionale ha superato definitivamente la figura del medico isolato, ma i rapporti tra le diverse medicine di gruppo sono ancora da costruire. Probabilmente l'AFT diventerà cruciale nel momento in cui scatterà il servizio di assistenza per le 24 ore proposto dalla Regione: dovrebbe scomparire il servizio di continuità assistenziale (Guardia Medica) e questa funzione dovrebbe essere assorbita dai medici di famiglia".

Quanto conta la presa in carico globale del paziente?

Dottoressa Biondi: "I decisori della sanità pubblica dovrebbero però sempre ricordarsi che l'obiettivo finale del sistema è la presa in carico globale del paziente. Mettere in condizione il medico di famiglia di lavorare al meglio, significa dare slancio a questo risultato. Il medico di famiglia ha il rapporto diretto con il paziente, lo conosce. Se oggi l'emergenza riguarda anche gli stili di vita scorretti, è il medico di famiglia che può intervenire approcciando il paziente in modo da tentare di provocare un cambiamento positivo. Ma per aiutare un paziente a smettere di fumare o a dimagrire, se è obeso o in sovrappeso, bisogno trovare il momento giusto, cogliere la disponibilità della persona. Il nostro lavoro non può essere invaso dalla burocrazia, è un lavoro sulle persone e con le persone".

È utile l'intervento del medico di famiglia per promuovere stili di vita corretti?

Dottoressa Michieli: "L'intervento breve da parte del medico di famiglia ha sempre un valore. La segnalazione di uno stile di vita da correggere, il consiglio di smettere di fumare, ecc. è efficace in un certo numero di casi. Ma ciò che rafforza la

nostra azione è sicuramente la relazione consolidata con il paziente, una relazione in grado di avere effetti davvero terapeutici. I nostri pazienti presentano una incidenza delle diverse patologie in linea con i dati generali: al primo posto ipertensione arteriosa e problemi cardiovascolari, seguono diabete e tumori. In molti casi uno stile di vita corretto è utile anche per la prevenzione. Il diabete resta una malattia complessa in cui la responsabilità del paziente è fondamentale per tentare di ridurre nel tempo pesanti complicanze. Riguardo ai tumori, dobbiamo dire che sta aumentando in genere la sopravvivenza dopo la diagnosi, anche in casi in cui la malattia non era allo stadio iniziale".

Siete impegnati anche nella formazione continua e nel sostegno all'apprendistato dei giovani medici?

Dottor Severi: "L'impegno quotidiano è talmente pressante che non è sempre facile aggiornarsi, visti anche i continui progressi della medicina. È anche per questo motivo che, insieme alla dottoressa Michieli, abbiamo accettato di dare la disponibilità alla formazione dei giovani medici che trascorrono con noi un anno del loro praticantato per l'ingresso nella professione. È un'occasione per ricevere dai colleghi più giovani ulteriori aggiornamenti su nuovi studi ecc. e per trasmettere la nostra esperienza sia dal punto di vista medico sia dal punto di vista umano. Riteniamo fondamentale la formazione delle nuove generazioni di medici".

Quale impatto può avere la collaborazione tra medici per affrontare i casi più complessi?

Dottoressa Biondi: "Il lavoro in équipe è sempre prezioso in medicina. Nel nostro gruppo spesso ci troviamo a sostituire i colleghi e quindi abbiamo l'occasione di esaminare anche i pazienti degli altri medici e in questo modo diventa spontaneo talvolta scambiarsi pareri e segnalazioni specifiche. È buona prassi comunque tra noi discutere con i colleghi i casi più importanti o che presentano una diagnosi incerta o una terapia particolarmente complessa. Vanno tenute in conto anche le specializzazioni di ogni medico del gruppo che può portare il proprio contributo anche in qualità della propria formazione specifica".

In una società sempre più in crisi, come cambia il ruolo del medico di famiglia?

Dottoressa Michieli: "Penso che potrebbe essere interessante per i decisori della sanità pubblica ed anche per i colleghi specialisti dei distretti e dell'ospedale passare qualche ora nei nostri studio di medicina generale per comprendere meglio il lavoro che facciamo. Oggi le persone somatizzano anche i problemi della crisi economica, della mancanza di lavoro e la sofferenza psicologica è sempre in aumento. Alcuni pazienti ritardano visite, esami ed acquisto di farmaci per problemi economici. Uno degli impegni per i quali mi sto battendo personalmente è anche per far emergere eventuali casi di violenza sulle donne tra le nostre pazienti. Il medico di famiglia è sempre in prima linea. Vorremmo continuare a farlo al meglio".

PER INFORMAZIONI
dottoressa Raffaella Michieli
Email: michieli.raffaella@simg.it

Confronto sui servizi sociosanitari

L'evoluzione della sanità veneziana. Quale presa in carico della persona tra ospedale e territorio?

a cura di **Piero Marchini**,
medico

In questo numero della rivista Venezia in salute *apriamo un confronto sull'evoluzione della sanità veneziana. Si tratta di un confronto aperto che vuole essere costruttivo e propositivo e che speriamo continui nei prossimi numeri.*

Secondo le indicazioni contenute nel Piano Sanitario regionale diffuso nel 2013, la Regione Veneto prevede la chiusura di oltre 100 posti letto ospedalieri nell'Ulss12, la maggior parte di questi all'ospedale civile di Venezia. L'obiettivo dichiarato della Regione è ridurre la centralità dell'ospedale per puntare ai servizi sul territorio.
Privilegiare l'assistenza sanitaria sul territorio è senza dubbio una scelta condivisibile, si tratta infatti di puntare ad un sistema di assistenza più vicino alla persona che permane, durante la cura, comunque nel suo domicilio.
Vale la pena di rendersi conto però che siamo di fronte ad una evoluzione radicale del sistema sanitario nazionale così come è stato finora inteso e sostenuto. E questa evoluzione comporta possibili esiti positivi ed anche potenziali gravi rischi riguardo le nuove forme dell'assistenza sanitaria nel suo complesso e la presa in carico della persona.

IL SISTEMA SANITARIO PREVISTO DALLA LEGGE 833 DEL 1978

Vediamo senza pregiudizi di analizzare la situazione partendo dalla legislazione vigente.
La legge, che ha istituito in Italia il Sistema Sanitario Nazionale, la legge 833 del 1978, prevede che gli ospedali siano i luoghi di cura, mentre lascia ai servizi territoriali i compiti della prevenzione e della riabilitazione.
Ne deriva che il paziente si rivolgerà alle strutture territoriali per fare accertamenti radiologici, ematologici, visite specialistiche, ecc. Ma verrà curato in ospedale e, non appena possibile, dimesso per fare nel territorio la riabilitazione.

I COMPITI DEL TERRITORIO TRA MEDICINA GENERALE E DISTRETTI

Le strutture territoriali deputate alle funzioni di prevenzione e riabilitazione sono i "Distretti sociosanitari, dove dovrebbe realizzarsi anche l'integrazione tra I servizi socio sanitari, anche a domicilio".
Ben diverso invece è il compito del medico di famiglia, a cui spetta la presa in carico dei propri pazienti e, in linea generale, l'assistenza rispetto ad alcune tipologie di prestazioni per codici bianchi (pazienti che non presentano nessuna urgenza).
Per i medici di base risulta attualmente difficile, se non impossibile, poter dare punti o mettere cateteri vescicali, poiché si pone la questione della sterilizzazione degli strumenti. I medici di base non sono messi in grado di fare elettrocardiogrammi ed anche fare un semplice esame del sangue in ambulatorio è un problema, visto che gli autoanalyser costano e abbisognano di tarature e manutenzione continua. Al momento c'è poi il problema del personale infermieristico di supporto che sarebbe necessario inserire accanto ai medici di famiglia.

LA MEDICINA DI BASE H 24 TRASFORMA LA FIGURA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

La Regione Veneto sta lavorando in questi mesi alla realizzazione di medicine di gruppo (consorzi di medici di famiglia) aperti anche 24 ore su 24.
Queste strutture dovrebbero sostituire anche la funzione esercitata dal servizio di Continuità Assistenziale (l'attuale Guardia Medica attiva dalle 20 alle 8 e nei giorni festivi). Ne risulta però che, visto che in ogni medicina di gruppo si alterneranno vari medici in orari differenti, il paziente che si presenta in un certo momento non troverà necessariamente il proprio medico, che ne conosce la intera storia sanitaria e sarà valutato comunque da altri medici di famiglia. Risulta infine evidente che i medici di base in ogni caso non in grado di intervenire adeguatamente quando si sospettano emergenze o patologie acute.

E I DISTRETTI, QUALE RUOLO AVRANNO?

E veniamo ai Distretti, che dovrebbero poter contare su medicini specialisti, infermieri ecc in grado di fornire anche prestazioni di un certo livello di specificità vista la dotazione tecnologica di macchine per esami ecc a loro disposizione.
A Venezia sono previsti due Distretti – uno all'ex ospedale G.B. Giustinian e un altro all'ex Ospedale al mare al Lido – ma per la loro locazione non sembra dunque che questi servizi possano essere facilmente accessibili a tutti i cittadini in un territorio come quello della città lagunare che comprende diversi quartieri e varie isole della laguna. L'accesso potrebbe essere ancora più complicato per pazienti anziani o pluripatologici che necessitano di lunghi periodo di riabilitazione.

UN RISCHIO TAGLIARE 100 POSTI LETTO NELL'ULSS 12, MENTRE I SERVIZI SUL TERRITORIO NON SONO ANCORA STATI POTENZIATI

Bastano i pochi elementi qui citati per mostrare in quale quadro complesso si colloca la decisione della Regione Veneto di tagliare più di 100 posti letto negli ospedali dell'ulss 12. Mentre in altre ulss del Veneto, e all'interno della stessa provincia di Venezia, i posti letto vengono mantenuti fino a che non entreranno in funzione le strutture intermerdie e tutte le altre previste sul territorio, nell'ulss 12 veneziana la Regione pensa di procedere ai tagli aprendo di fatto una fase di grave incertezza rispetto alla reale e concreta presa in carico del paziente.
Fanno riflettere i tagli previsti all'ospedale civile di Venezia dove dovrebbero essere ridotti a 4 i posti letto dell'Oncologia, e dovrebbero essere tolti 4 posti letto anche ai reparti di Malattie Infettive e Cardiologia. Inoltre dovrebbero essere chiusi tutti i 10 posti letto della Reumatologia. E questo solo per fare degli esempi.
La rassicurazione da parte della Regione è che saranno potenziati i servizi sul territorio.

ESEMPI DI TAGLI E LE CONTRADDIZIONI CHE NE DERIVANO PER UNA CONCRETA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Ma non serve essere medici per comprendere come siano delicate alcune questioni.
Un paziente malato di cancro che inizia una chemioterapia non può essere dimesso subito, va monitorato dagli specialisti e seguito per vedere come tollera la terapia (chemio o radio), ed inoltre va supportato con una alimentazione parenterale adeguata, ecc. Quindi l'oncologia è gravemente penalizzata e l'assistenza ai pazienti oncologici potrebbe non essere adeguata alle effettive necessità.
Un paziente anziano e cardiopatico cronico che faccia un infarto non può essere subito dimesso, va seguito per qualche giorno in Unità Coronarica, va stabilizzato con una nuova terapia e infine va valutato dal cardiologo che lo ha curato in ospedale.
Il reparto di Malattie Infettive comprende anche il Centro Regionale di Prevenzione e Cura della Tubercolosi. I posti letto sono sempre occupati e le previsioni sono di un aumento delle patologie infettive con l'arrivo di nuovi ceppi e il rischio di nuove epidemie. Incredibilmente si pensa di togliere 4 posti letto all'ospedale Venezia e di togliere i posti letto attuali all'ospedale dell'Angelo.

ALTRI POSTI LETTO NELLE STRUTTURE INTERMEDIE, MA QUESTE NON SONO ANCORA REALIZZATE

Questi ovviamente sono solo alcune considerazioni riguardo all'ipotesi di taglio dei posti letto. Ciò che vorrei fosse chiaro è che davvero molti pazienti non possono essere trattati, se non in ospedale. Ma se in ospedale i posti non ci sono più, dove andranno a finire questi pazienti? Dove si cureranno? Alcuni rischiano di rimanere scoperti. Altri potrebbero rivolgersi ad Ulss meno penalizzate dai tagli e a strutture private accreditate.
Per fronteggiare il problema, la Regione Veneto ha previsto anche una cinquantina di letti in "strutture intermedie". In queste strutture non è ancora certo su quale organico di medici - con formazione in medicina generale o specialisti - si potrà contare, né quali pazienti potranno esservi ricoverati e con quale assistenza.
La Regione dice che non verrà chiuso un solo letto prima di aver potenziato il territorio e prevede un anno di tempo per risolvere la questione. Personalmente ho molto stima del direttore generale dell'ulss 12 veneziana, Giuseppe Dal Ben, ma mi rendo conto che siamo di fronte ad una missione molto difficile da realizzare in tempi così brevi.

UNA SANITÀ VENEZIANA DAL FUTURO INCERTO

Siamo dunque di fronte ad un periodo delicato e di grande incertezza in cui molti degli elementi che ho qui descritto non devono essere trascurati. Certamente non è pensabile che siano indispensabili 4 ospedali con identiche funzioni a Mirano, Mestre, Venezia e San Donà nel panorama di una moderna sanità fatta di eccellenze.
È evidente che la Regione deve fare un Piano Sanitario individuando negli ospedali le eccellenze e su quelle fare un investimento forte in modo da far divenire quella struttura un polo importante e per la sanità pubblica. E nel contempo ogni ospedale deve poter naturalmente continuare a svolgere le varie attività di base. Non è un obiettivo semplice da raggiungere in generale, ma soprattutto nel prendere decisioni dalle pesanti ricadute sociali, sanitarie ed assistenziali, la Regione non deve dimenticare la complessità del contesto e la priorità della presa in carico globale della persona dal punto di vista socio sanitario stimolando anche la collaborazione con i comuni. In particolar modo in un momento di grave crisi economica ed istituzionale.
Quelle che ho fatto sono ovviamente osservazioni di un medico.
Non ho tutti gli elementi di contesto e di analisi che sono a disposizione normalmente di un dirigente della sanità pubblica o di un politico. Le osservazioni che ho fatto derivano dalla mia esperienza di medico e di cittadino veneziano. Ho considerato alcuni aspetti che mi sembrano importanti. Spero che servano per un dibattito aperto e costruttivo che affronti tutti gli aspetti in gioco fondamentali per benessere della nostra comunità.

Piero Marchini, ora in pensione, è stato primario di Nefrologia all'ospedale civile di Venezia, Direttore dipartimento di medicina specialistica della ulss 12 e vicepresidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Venezia.

PER INFORMAZIONI
Dottor Piero Marchini
Indirizzo Email: piero.marchini@gmail.com

Pediatria

Diabete infantile, in aumento anche a causa di sovrappeso e obesità. L'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce. Intervista a Michela Chirico, pediatra all'ospedale dell'Angelo di Mestre

Il diabete è una malattia che presenta il rischio di gravi complicanze per i pazienti e di ingenti costi sociali. È per questo che è fondamentale, ancor più in bambini e adolescenti, intervenire con una diagnosi tempestiva nei casi di diabete di tipo 1, di origine autoimmune, e prevenire i casi di diabete di tipo 2, con uno stile di vita sano.
Oggi un bambino su 200 in Veneto è ad alto rischio di sviluppare il diabete di tipo 2, a causa di sovrappeso o obesità.
Uno stile di vita sano è anche necessario per permettere la migliore gestione delle diverse forme di diabete, riducendo le complicanze.
Abbiamo intervistato la dottoressa Michela Chirico, pediatra dell'ospedale dell'Angelo di Mestre, esperta di diabete infantile.

Dottoressa Chirico, quali sono i sintomi di un possibile diabete in un bambino o in un adolescente? Come possono essere colti tempestivamente questi sintomi da genitori e medico curante?
Ancora oggi il diabete mellito di tipo 1 (DMT1) è riconosciuto tardivamente in una elevata percentuale di casi, con evidenti rischi per il paziente e costi per il Servizio Sanitario. Al contrario, una diagnosi precoce di DMT1 riduce il rischio della comparsa di chetoacidosi diabetica, con tutte le conseguenze di rischio di mortalità e grave morbilità ad essa associata. Essa garantisce anche un follow-up della malattia più agevole. Il ritardo diagnostico è imputabile principalmente al tardivo ricorso alla consultazione medica da parte dei genitori che

sottostimano la presenza di segni della malattia (scarsa informazione) o, talvolta, al percorso diagnostico non ottimale proposto dal medico curante. I segni inequivocabili e costanti di un diabete tipo 1 all'esordio sono: un aumento smodato della sete, un aumento importante della diuresi con spesso ripresa a bagnare il letto di notte e calo ponderale.
Possono essere gli insegnanti stessi che si accorgono che il bambino chiede spesso di andare in bagno ed è quindi molto importante sensibilizzare le scuole su questo argomento. La condizione di pre-diabete (intolleranza al glucosio) e di diabete mellito di tipo 2 (DMT2) viene spesso non diagnosticata nel bambino-adolescente obeso.

Quando un bambino presenta una sospetta diagnosi di diabete, quali esami clinici occorre fare?
Semplicemente fare un esame urine (sarebbe opportuno che il medico avesse in ambulatorio un semplice stick per evidenziare la presenza di glucosio urinario) e associare una glicemia (anche capillare).
Importante è non perdere tempo per cui, nel dubbio, piuttosto che inviare il bambino in laboratorio per eseguire gli esami ed avere magari la risposta dopo qualche giorno, sarebbe opportuno inviare il bambino in Pediatria (abbiamo contatti continui e reciproci con tutti i Pediatri del territorio) per ottenere una diagnosi veloce e un rapido inizio della terapia.

Come si arriva ad una diagnosi certa di diabete? E come deve essere seguito un bambino diabetico?
La diagnosi di diabete mellito è già fatta quando si trova un valore di glicemia superiore o pari a 200 mg/dl in qualsiasi momento della giornata venga misurato. La conferma della natura autoimmune del diabete è di solito ipotizzata dal quadro clinico di esordio che è sempre caratteristico e poi dimostrata dalla presenza degli autoanticorpi che possono venire dosati nel sangue. Questa ricerca, insieme alla dimostrazione della predisposizione genetica (ricerca di sequenze di DNA predisponenti allo sviluppo di malattie autoimmuni come diabete e celiachia) fa parte di una serie di esami a cui viene sottoposto il bambino a cui è stato appena diagnosticato un diabete mellito.
Durante il ricovero il paziente e la sua famiglia vengono istruiti all'autogestione del diabete (stile di vita, terapia insulinica sottocute, alimentazione, importanza dell'attività fisica ecc). In seguito il bambino diabetico viene sottoposto ad una valutazione trimestrale di alcuni parametri metabolici come l'emoglobina glicata che è un indice dell'andamento glicemico medio e circa una volta all'anno vengono valutate le funzioni dei vari organi ed apparati (reni, vista, ecc...). È chiaro che, soprattutto i primi giorni dopo la dimissione, c'è ampia disponibilità da parte del Pediatra diabetologo a rispondere a domande, dubbi e paure che spesso accompagnano queste famiglie.

Cosa succede quando il diabete è diagnosticato in età adolescenziale?
Il DMT1 in età evolutiva (0-17 anni) presenta caratteristiche che lo distinguono dalla malattia in età adulta, inserendosi nel più ampio contesto dello sviluppo intellettivo, psichico e relazionale del bambino, coinvolgendo famiglia, scuola, mondo sportivo, amicizie. Il bambino con diabete è innanzi tutto un bambino e come tale ha bisogno dell'assistenza e del supporto che solo l'area pediatrica può offrire. I soggetti affetti da DMT1 in età evolutiva, come per altre forme di cronicità, hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri, soprattutto per ricovero ordinario, ma necessitano di adeguate risposte di assistenza territoriale: ambulatori, attività formative residenziali (campi scuola), assistenza domiciliare e extramurale (famiglia e scuola). Purtroppo, ad oggi, non tutte le varie forme di diabete sono gestite in area pediatrica. Inoltre, l'approccio esclusivamente bio-medico non è più sufficiente ed adeguato alla gestione di ogni condizione di cronicità, che sollecita notevolmente gli aspetti psico-sociali del paziente e della famiglia.

Possono esserci forme di diabete silenti? Vale la pena di attivare monitoraggi mirati su bambini nati in famiglie in cui la malattia è già presente?
Data la patogenesi autoimmune del diabete 1, in realtà non esistono delle forme silenti ma dei cosiddetti pre-diabete: cioè la fase in cui il soggetto inizia a produrre autoanticorpi (diretti contro le cellule pancreatiche produttrici di insulina) ma in cui i valori glicemici sono ancora nella norma.
In questa fase fare degli screening glicemici non ci porterebbe alcun vantaggio. Dovrebbero essere eventualmente fatti degli esami specifici: la ricerca di assetti genetici predisponenti, ricerca di autoanticorpi specifici, il dosaggio dell'emoglobina glicosilata, che ci potrebbero mettere in allarme, ma questi esami sono molto specifici e ha senso farli solo in caso di parenti di primo grado di soggetti diabetici tipo1 (ad esempio nei fratelli). Teniamo comunque conto che, anche sapere che un soggetto è predisposto ad avere il diabete autoimmune o già presenta gli anticorpi, non ci permette di impedire il naturale sviluppo della malattia, poiché non abbiamo ancora strumenti per arrestare il processo autoimmunitario e quindi la distruzione delle cellule pancreatiche.
Il monitoraggio dei soggetti a rischio però ci potrebbe aiutare ad evitare l'esordio sintomatico della malattia e l'inizio molto precoce della terapia con probabilmente anche l'opportunità di

rendere più lento il processo di esaurimento dell'attività pancreatica del soggetto diabetico.

Quali sono i rischi che comporta il diabete infantile? Cosa significa soffrire di diabete fin dall'infanzia?

La conoscenza del diabete del bambino è poco diffusa nella popolazione.
Le conseguenze sono:
- ritardo diagnostico all'esordio;
- rischi di complicanze metaboliche acute e a lungo termine;
- sottovalutazione delle esigenze terapeutiche e sociali;
- rischio di discriminazione sociale.

Le complicanze a lungo termine del DMT1, legate a persistenti valori di iperglicemia e a frequenti sbalzi glicemici che determinano un danno vascolare, sono molto rare in età evolutiva e consentono una qualità di vita di buon livello. La genesi delle complicanze è legata al controllo glico-metabolico, ma anche allo stile di vita (nutrizione e attività motoria). Un approccio biomedico e psico-sociale integrato consente il raggiungimento di un buon controllo glicometabolico, che in genere si mantiene nel tempo, riducendo la frequenza e la gravità delle complicanze a lungo termine.

Quali sono le complicanze più pericolose?

Le complicanze acute sono rappresentate dalla cheto acidosi e dalle ipoglicemie.

Chetoacidosi

Il diabete si può scompensare per diverse cause ed evolvere rapidamente verso la chetoacidosi. Le cause principali sono legate a malattie intercorrenti o ad una cattiva gestione della terapia come talvolta accade in certe fasce d'età (soprattutto nel periodo adolescenziale). L'educazione dei familiari e dei ragazzi all'autogestione della malattia permette di gestire questi episodi, senza la necessità di ricorrere al ricovero ospedaliero.

Ipoglicemia grave

L'educazione dei familiari e dei ragazzi all'autogestione della malattia permette la prevenzione ed il trattamento efficace dell'ipoglicemia grave. I familiari, gli operatori scolastici ecc. educati nei centri pediatrici, sono in grado di gestire un'ipoglicemia grave anche ricorrendo alla somministrazione di glucagone. L'incidenza delle ipoglicemie gravi nella letteratura pediatrica, grazie anche ad insuline più efficaci e sicure, è al di sotto di 2 episodi/100 pazienti/anno.

Quanto conta l'approccio psicologico nella efficace gestione del diabete da parte di paziente e familiari?

Da quanto descritto, si può capire quanto pressante sia l'impegno nel gestire questo tipo di patologia anche se i ragazzi possono svolgere una vita del tutto simile ai coetanei. È chiaro che alla lunga risulta pesante l'obbligo di doversi sottoporre a continui controlli e a iniezioni pluriquotidiane, cercando di mantenere uno stile di vita il più possibile sano, soprattutto in questa società dove i modelli proposti si stanno dirigendo in senso diametralmente opposto. Io cerco di motivare i ragazzi e le famiglie facendo loro notare che, avere il diabete in giovane età, può essere visto come l'opportunità di seguire degli stili di vita sani che impediranno le

complicanze a lungo termine, a cui andranno sicuramente incontro tutti quelli che oggi non pensano alla loro salute. Non sempre è facile far accettare queste motivazioni ed ecco che diventa importante, soprattutto per non far comparire disturbi comportamentali, il supporto di un team diabetologico costituito anche da figure professionali, quali lo psicologo e il dietista esperto, che possano completare il supporto dei ragazzi e delle loro famiglie. Purtroppo tale tipo di organizzazione, ormai riconosciuta irrinunciabile dalla letteratura internazionale per la cura dei bambini e ragazzi diabetici, non è ancora presente in tutti i Centri diabetologici pediatrici.

Qual è lo stile di vita più indicato per un bambino o ragazzo diabetico?

Per la cura del diabete in età evolutiva i maggiori protagonisti sono il paziente e la famiglia che, ancora di più rispetto a quanto accade per altre malattie, sono i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza. Le basi della terapia sono:
una corretta terapia insulinica adattata alla fisiologia e alla quotidianità del bambino/adolescente, che presenta variazioni spesso imprevedibili;

- una corretta alimentazione, intesa non come dieta, ma come alimentazione salutare che consente all'individuo sia un miglior controllo della glicemia che di altri parametri metabolico-clinici;
- una valida attività fisica quotidiana in prevalenza di tipo aerobico;
- un'appropriata autogestione non limitata solo ai controlli glicemici e della glicosuria-chetonuria, ma allargata alla convivenza migliore possibile con la malattia.

Ciò si ottiene attraverso l'educazione terapeutica del paziente e della famiglia
Il rispetto di questi quattro principi consente una qualità di vita accettabile e soprattutto al riparo dalle gravi complicanze a distanza, in attesa di soluzioni terapeutiche semi-definitive o definitive, che appaiono ancora lontane. Il DMT1 è teoricamente guaribile solo con un trapianto di isole pancreatiche (ancora poco efficace e soprattutto rischioso per l'uso obbligato di farmaci anti-rigetto), ma questa è una procedura da riservare a casi particolari. In sintesi il DMT1 è, per il momento, una malattia cronica ma ben controllabile, grazie ad un gravoso impegno quotidiano mirato al rispetto delle indicazioni terapeutiche.

Quali possono essere i futuri rischi di trasmissione genetica della malattia per i bambini e le bambine affetti da diabete?

La probabilità per una donna con diabete di tipo 1 di avere un figlio che potrà sviluppare diabete nel corso della sua vita è tra l'1 e il 4%. Se il figlio è invece di un uomo con diabete tipo 1 la probabilità è leggermente più alta (circa 5%).

Per una donna con diabete di tipo 2 la probabilità di avere figli che svilupperanno diabete di tipo 2 è doppia rispetto alla restante popolazione.
I numeri assoluti sono tuttavia così bassi da non giustificare alcuna limitazione al desiderio di gravidanza e in questo senso le donne debbono essere rassicurate.
Il diabete è una patologia che come abbiamo detto può determinare danni vascolari. Quindi anche la gravidanza risente di eventuali danni vascolari, per cui sarebbe opportuno poterla programmare in un periodo di buon compenso metabolico nella madre diabetica e sicuramente adottare durante la gravidanza stessa un accorto monitoraggio glicemico e una ottimizzazione della terapia. In questo modo i rischi per il bambino sono assolutamente minimi.

Quali sono le correlazioni tra diabete ed altre malattie o situazioni preoccupanti come obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia ecc. anche nei bambini?

Come già detto, purtroppo il diabete tipo 2, legato più strettamente a condizioni di obesità e errato stile di vita, è in aumento anche nei bambini. Sta diventando sempre più una piaga sociale e tra qualche anno ne pagheremo le conseguenze. È per questo che la necessità che ci impone il diabete 1 di seguire un certo modello di vita potrebbe essere visto come opportunità di una vita sana e una prevenzione di quella "sindrome metabolica" (ipercolesterolemia, diabete 2, ipertensione ecc...) di cui tutti noi siamo a rischio.

L'INCIDENZA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 1 (AUTOIMMUNE) NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI

IN AUMENTO ANCHE NELLA FASCIA 0-5 ANNI

Il diabete mellito tipo 1 (DMT1) è la forma di diabete più comune nel bambino e nell'adolescente e rientra nelle malattie autoimmunitarie.
In Italia l'incidenza (numero casi/100.000 soggetti 0-14 anni/anno) del DMT1 presenta un'ampia variabilità geografica:

	Maschi	Femmine
Nord	**12**	**10,4**
Centro	**9,8**	**8,9**
Sud	**6,4**	**6,0**
Sardegna	**43,3**	**30,1**

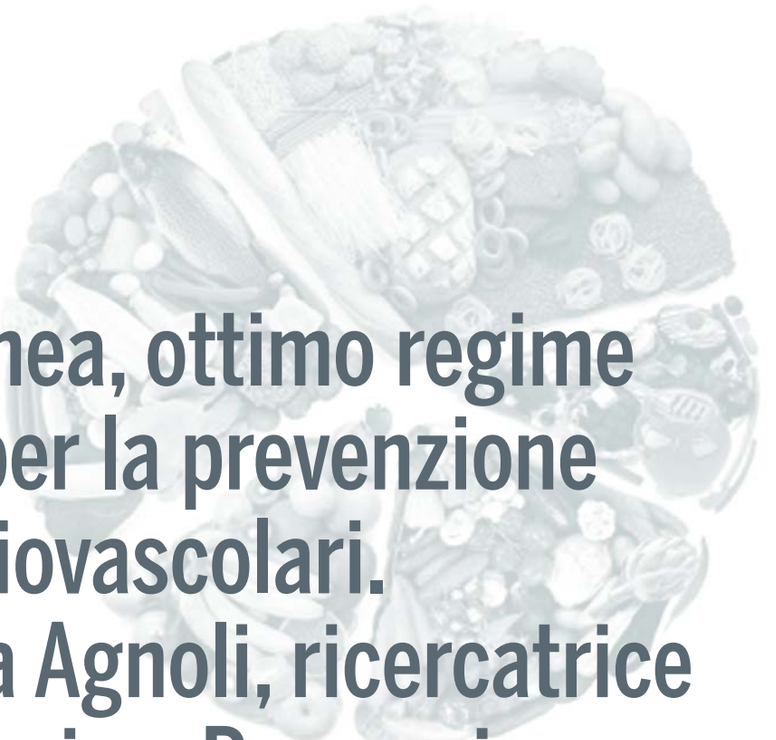
L'incidenza è in costante aumento, stimato in media pari al 3,6%/anno.
L'incidenza è in aumento anche in Europa e soprattutto tra i più piccoli:
0–5 anni + 5.4 % /anno
5-9 anni + 4.3%/anno
10-14 anni + 2.9%/anno.
Se questo trend continua, è prevista una proiezione di aumento del 70% fino al 2020 ed un raddoppio dell'incidenza nella fascia 0-5 anni.
Questo aumento rapido è probabilmente legato a fattori ambientali (alimentazione nella prima infanzia, infezioni virali, ecc.).
Oltre a colpire bambini sempre più piccoli, interessa in modo crescente i figli di immigrati.
Non esistono dati recenti sulla prevalenza del diabete in età evolutiva in Italia.

OBESITÀ E SOVRAPPESO AUMENTANO ANCHE L'INCIDENZA DI DIABETE MELLITO 2

1 BAMBINO SU 200 NEL VENETO È IN CONDIZIONE DI NOTEVOLE RISCHIO

Si stima che in Veneto ci sia una incidenza di diabete tipo 1 di circa il 12%. La popolazione totale in Veneto è di circa 5 milioni di abitanti dove circa 250.000 sono i diabetici noti di cui 7500 sono di tipo 1 mentre la gran parte è rappresentato dal tipo 2.
La prevalenza è in crescita e ci aspettiamo circa 200 nuovi casi/anno di tipo 1 e 20.000 nuovi casi/anno di tipo 2.
Il diabete mellito tipo 2 (DMT2) nell'età evolutiva è raro, ma la sua incidenza sta aumentando.
Come nell'adulto, l'80-90 % dei soggetti con DMT2 è obeso.
L'incidenza degli esordi di DMT2 nei bambini/adolescenti in sovrappeso o obesi aumenta del 2%/anno.
Un bambino/adolescente su tre nel Veneto è in eccesso ponderale ed uno su dieci è obeso.
L'intolleranza glucidica, considerata condizione di prediabete, è presente in circa il 5% dei bambini/adolescenti obesi.
Si può quindi stimare che circa un bambino/adolescente su 200 nel Veneto si trovi già in una condizione di notevole rischio di diabete.

PER INFORMAZIONI
Dottoressa Michela Chirico
indirizzo Email: michela.chirico@ulss12.ve.it



Nutrizione

La dieta mediterranea, ottimo regime alimentare anche per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Intervista a Claudia Agnoli, ricercatrice Unità di Epidemiologia e Prevenzione Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano

L'Unità di Epidemiologia e Prevenzione della Fondazione IRCCS – Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è uno dei 5 centri italiani partecipanti al progetto EPICOR. Lo scopo di questo progetto è valutare l'associazione tra dieta, stato nutrizionale, stile di vita, fattori metabolici, caratteristiche antropometriche, genetiche e insorgenza di malattie cardiovascolari nella coorte italiana dello studio EPIC, un grande studio multicentrico europeo che coinvolge oltre 500.000 volontari e migliaia di ricercatori in dieci nazioni europee e al quale l'Unità di Epidemiologia dell'Istituto di Milano partecipa ormai da quasi venti anni. Lo scopo del progetto è quello di studiare l'associazione tra dieta, stato nutrizionale, fattori ambientali legati allo stile di vita, fattori genetici e l'insorgenza di tumori, avendo a disposizione una coorte eterogenea in termini di abitudini alimentari e incidenza dei vari tipi di tumori.
Abbiamo intervistato la dottoressa Claudia Agnoli, ricercatrice Unità di Epidemiologia e Prevenzione Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano per conoscere meglio gli esiti di questi importanti studi.

Dottoressa Agnoli, ci può raccontare come si è svolta la vostra attività all'interno dello studio chiamato EPICOR? Quali sono stati i risultati riguardo i vantaggi offerti dalla dieta basata sull'indice mediterraneo italiano?

All'interno dello studio EPICOR, che conta oltre 45.000 volontari, il nostro gruppo di ricerca ha creato e validato un pattern alimentare che descrive l'aderenza alla dieta mediterranea italiana, l'Indice Mediterraneo Italiano. Questo pattern è caratterizzato da: un elevato consumo di alimenti considerati tipici della dieta mediterranea italiana, quali verdure (pomodori, verdura a foglia, verdura a frutto, aglio e cipolla), frutta, legumi, olio d'oliva e pesce; un basso consumo di alimenti non tipici della tradizione italiana, quali carne rossa e lavorata, burro, patate e bevande zuccherate; infine, un moderato consumo di alcool, ossia fino a un bicchiere al giorno (nel nostro studio si tratta in prevalenza di vino). Questo indicatore è stato valutato in relazione al rischio di ictus insieme ad altri tre pattern alimentari: Healthy Eating Index 2005, che descrive l'aderenza della dieta alle linee guida americane del 2005; DASH diet score, che descrive l'aderenza ad una dieta considerata protettiva per l'ipertensione e in grado di abbassare i livelli di colesterolo ematico; Indice Mediterraneo Greco, che descrive l'aderenza ad una dieta mediterranea tipica della Grecia. L'aderenza a tutti e quattro questi pattern alimentari risulta protettiva per l'insorgenza di ictus, tuttavia la protezione è più evidente per l'Indice Mediterraneo Italiano, probabilmente in quanto, essendo disegnato sulla popolazione italiana, riesce a cogliere meglio gli aspetti salutari della dieta.

La vostra unità di ricerca ha partecipato anche ad altri studi che analizzavano il rapporto tra dieta mediterranea e mortalità per malattie cardiovascolari?

Oltre allo studio nazionale EPICOR, il nostro gruppo ha partecipato a diversi lavori in ambito internazionale sulla relazione tra aderenza alla dieta mediterranea e prevenzione delle malattie. In particolare, all'interno del progetto EPIC-Europa, è stato condotto lo studio EPIC-Elderly sulla popolazione anziana (oltre i 60 anni) in cui è stata valutata l'associazione tra aderenza alla dieta mediterranea (definita dall'Indice Mediterraneo Greco) e aspettativa di vita. Da questo studio, per il quale sono stati analizzati oltre 70.000 soggetti, è emerso che tanto più la dieta rispecchiava quella mediterranea, quanto più si riduceva la mortalità. Sempre all'interno di EPIC-Elderly, è stato poi valutato l'effetto della dieta mediterranea sull'aspettativa di vita di persone che avevano avuto in precedenza un infarto del miocardio. I risultati emersi sono analoghi: all'aumentare dell'aderenza ad un pattern alimentare di tipo mediterraneo, la mortalità si riduceva in modo significativo.

Quali sono i risultati emersi riguardo la funzione preventiva svolta dalla dieta mediterranea anche per sovrappeso ed obesità ed altre malattie?

All'interno di EPIC vi è poi lo studio PANACEA (Physical Activity, Nutrition, Alcohol Consumption, Cessation of Smoking, Eating Out of Home, and Obesity) un sottoprogetto che ha lo scopo di valutare i determinanti dei cambiamenti del peso corporeo e dell'obesità, una condizione morbosa che rappresenta un fattore di rischio per numerose malattie cronico-degenerative quali malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e cancro. Anche in questo caso i risultati indicano un effetto benefico della dieta mediterranea. Avere uno stile alimentare di questo tipo risulta infatti preventivo nei confronti dell'aumento di peso e dello sviluppo dell'obesità: le persone con un'alta aderenza al pattern alimentare mediterraneo mostrano una riduzione del peso corporeo in un periodo di 5 anni e hanno il 10% in meno di probabilità di sviluppare sovrappeso o obesità. Sembra che gli effetti positivi della dieta mediterranea sul peso corporeo siano dovuti principalmente al basso contenuto di carne rossa di questo tipo di dieta.

Vi sono infine i risultati relativi allo studio INTERACT, un sottoprogetto di EPIC avente lo scopo di valutare come fattori genetici e legati allo stile di vita interagiscono tra loro e influenzano il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2. Da questo studio è emerso come la dieta mediterranea protegga anche dal rischio di sviluppare diabete di tipo 2.

La letteratura internazionale quando ha iniziato a evidenziare i benefici della dieta mediterranea?

Da lungo tempo la dieta mediterranea viene considerata come la dieta ottimale per il mantenimento di un buono stato di salute e per la

prevenzione di numerose malattie cronico-degenerative. I primi studi epidemiologici ad indicare un possibile effetto benefico della dieta mediterranea sulla salute sono di tipo descrittivo e risalgono agli anni '60, quando Ancel Keys, nel "Seven Countries Study", mostrò che la mortalità, sia totale sia per patologie cardiovascolari, era molto minore nei Paesi mediterranei (Italia, ex Yugoslavia, Creta e Grecia) rispetto al Nord Europa, Stati Uniti e Giappone. Queste popolazioni differiscono tra loro per vari fattori, tra i quali sicuramente le abitudini alimentari. Per questo motivo, da allora si è prestata grande attenzione allo sviluppo di metodologie che permettessero di stimare l'aderenza ad un pattern alimentare mediterraneo.

Quali sono gli alimenti su cui si basa il regime alimentare mediterraneo?

Con il termine "pattern alimentare mediterraneo", introdotto per la prima volta nel 1993 in occasione della Conferenza Internazionale sulle Diete del Mediterraneo, si intende il pattern alimentare tipico delle aree geografiche del bacino mediterraneo in cui vengono coltivate le olive, caratterizzato dai seguenti elementi: elevato consumo di frutta, verdura e legumi; elevato consumo di olio di oliva, che rappresenta il principale condimento; consumo medio-alto di pesce; consumo moderato di latticini, soprattutto formaggi e yogurt; moderato consumo di vino durante i pasti; basso consumo di carni rosse e lavorate e di grassi di origine animale. A questo proposito sono stati sviluppati pattern alimentari (es. MedDietScore greco, Mediterranean Adequacy Index, Indice Mediterraneo Italiano) che misurano, attraverso un punteggio, quanto la dieta di una persona rispecchi lo stile alimentare mediterraneo.

Quali sono gli effetti protettivi finora registrati?

Una recente revisione sistematica della letteratura, pubblicata nel 2010, comprendente 18 studi epidemiologici di coorte ha valutato l'effetto dell'aderenza ad uno stile alimentare mediterraneo sul rischio di sviluppare le seguenti patologie: mortalità totale, incidenza o mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari, incidenza o mortalità per tumore, incidenza di malattie neurodegenerative. I risultati di questa revisione confermano che i soggetti con la maggior aderenza ad una dieta di tipo mediterraneo sono significativamente protetti da tutte queste malattie.

Sono stati individuati i meccanismi attraverso i quali si sviluppano gli effetti preventivi sulle malattie cronicodegenerative?

Molteplici potrebbero essere i meccanismi attraverso i quali la dieta mediterranea esplica i suoi effetti benefici sulla prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Numerose malattie cronico-degenerative potrebbero essere associate ad un aumentato stress ossidativo e la dieta mediterranea, che è un'eccellente fonte di composti antiossidanti quali vitamine, minerali e fitochimici (provenienti in particolare da frutta, verdura, legumi e olio extra vergine d'oliva), è stata associata ad un minor livello di marker ossidativi nel plasma. Anche la risposta infiammatoria

costituisce un fattore di rischio per queste malattie e la dieta mediterranea, con il suo apporto di sostanze dalle proprietà antiinfiammatorie quali acidi grassi omega-3 (pesce), fenoli (olio d'oliva) e flavonoidi (frutta e verdura), è stata associata ad un minor livello di marker infiammatori. Infine, studi d'intervento e studi prospettici di coorte hanno trovato un legame tra aderenza alla dieta mediterranea e marker della coagulazione, della disfunzione endoteliale, presenza di dislipidemia, sovrappeso e ipertensione, i principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e altre malattie cronico degenerative.
Il fatto che tutti questi nutrienti vengano assunti all'interno di un pattern alimentare e non come supplementi o da un'unica fonte alimentare permette inoltre di massimizzarne i benefici tramite effetti sinergici e si evita inoltre il potenziale effetto tossico dovuto a concentrazioni troppo elevate.

Esistono anche studi osservazionali che descrivono i benefici sulle popolazioni che adottano la dieta mediterranea?

Tra gli altri studi osservazionali troviamo invece:
ATTICA, studio epidemiologico condotto in Grecia per il quale sono stati arruolati, tra il 2001 e il 2002, circa 3000 volontari. Da questo studio è emerso che le persone con un tipo di dieta mediterranea presentano livelli più bassi dei seguenti marker infiammatori e della coagulazione: proteina C-reattiva, omocisteina, conta dei globuli bianchi e fibrinogeno;
SUN, studio di coorte dinamica di universitari spagnoli iniziato nel 1999. In un'analisi svolta su oltre 9.000 volontari reclutati tra il 1999 e il 2005 è emerso che l'aderenza alla dieta mediterranea è associata ad una riduzione della pressione sistolica e diastolica;
Nurses' Health Study, studio prospettico di coorte iniziato negli Stati Uniti nel 1976 e che ha reclutato oltre 120.000 infermiere. Le donne che al reclutamento presentavano una maggior aderenza ad uno stile alimentare mediterraneo, presentavano anche concentrazioni più basse di marker infiammatori e di disfunzione endoteliale, quali proteina C-reattiva, interleuchina-6, selectina-E e molecola intercellulare di adesione-1;
EPIC. Come citato in precedenza, questo studio multicentrico europeo ha mostrato come seguire un'alimentazione di tipo mediterraneo prevenga dall'insorgenza di sovrappeso e obesità.

Possiamo descrivere l'effetto protettivo esercitato rispetto alle malattie cardiovascolari?

Visti gli effetti benefici che esplica sullo stato di salute in termini di riduzione del peso corporeo e quindi del rischio di sviluppare obesità, abbassamento dei livelli di pressione e quindi del rischio di sviluppare ipertensione, dislipidemia, resistenza insulinica, profilo infiammatorio, della coagulazione e della disfunzione endoteliale, la dieta mediterranea non può che avere un effetto protettivo anche nei confronti delle malattie cardio e cerebrovascolari. Sono infatti questi i principali meccanismi coinvolti nell'insorgenza delle malattie cardio e cerebrovascolari. Questo effetto protettivo è stato confermato dalle ultime revisioni sistematiche della letteratura su aderenza alla dieta mediterranea e rischio/mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari e da studi di intervento, che suggeriscono l'esistenza di interazioni biologiche tra i differenti componenti della dieta mediterranea, piuttosto che un effetto dovuto ad un singolo nutriente o alimento.

Cerchiamo di entrare nello specifico: quale protezione si è riscontrata rispetto alle patologie coronariche?

Per quanto riguarda gli studi osservazionali, i primi risultati sull'effetto di un pattern alimentare mediterraneo sul rischio di malattie cardiovascolari provengono da studi prospettici di coorte eseguite nei Paesi europei del bacino mediterraneo. Nel 1995, un'analisi eseguita sulla coorte greca di EPIC ha mostrato per prima che un'elevata aderenza a uno stile alimentare mediterraneo è associata ad una significativa riduzione del 33% della mortalità per malattie coronariche. Anche lo studio HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe), comprendente una coorte di oltre 2000 anziani (70-90 anni) reclutati tra il 1988 e il 2000 in 11 Paesi europei, ha trovato una significativa riduzione della mortalità sia per malattie coronariche che per malattie cardiovascolari. Nel 2007, l'effetto protettivo della dieta mediterranea sulle patologie cardiovascolari è stato valutato in una coorte statunitense, il NIH-AARP Diet and Health Study: da questo studio, condotto su oltre 350.000 volontari, è emersa una significativa riduzione del 22% di mortalità per malattie cardiovascolari per chi aveva un'elevata aderenza

alla dieta mediterranea. Anche nello studio di coorte Nurses' Health Study, in un'analisi su circa 75.000 infermiere seguite dal 1984 al 2004, è stata trovata una riduzione della mortalità da malattie cardiovascolari per coloro che avevano un'elevata aderenza alla dieta mediterranea, insieme ad una significativa riduzione dell'insorgenza di coronaropatie e ictus. Successivamente, due studi spagnoli hanno mostrato un significativo effetto protettivo della dieta mediterranea sull'insorgenza di malattie cardiovascolari: la sezione spagnola della coorte EPIC e la coorte SUN.

E rispetto all'ictus?

Dallo studio EPICOR, pubblicato nel 2011 e citato in precedenza, emerge che un tipo di dieta che rispecchia quella mediterranea italiana protegge dall'insorgenza di ictus, sia di tipo ischemico che emorragico. Sempre nel 2011, lo studio di coorte multietnico statunitense Northern Manhattan Study ha confermato l'effetto protettivo della dieta mediterranea sul rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari totali (ictus ischemico, infarto del miocardio o morte vascolare) e di morte vascolare. Un altro studio italiano pubblicato nel 2012, condotto su uomini arruolati nel Seven Countries Study, mostra che l'aderenza ad un pattern mediterraneo, definito dal Mediterranean Adequacy Index (rapporto tra il consumo di alimenti tipicamente mediterranei? pane, cereali, legumi, patate, verdura, frutta fresca e secca, pesce, vino, oli vegetali? e quello di alimenti non mediterranei ? latte, formaggio, carne, uova, grassi animali e margarina, bevande zuccherate, dolci, zucchero) è protettiva nei confronti degli eventi coronarici fatali.

Quali sono i risultati più recenti sugli effetti protettivi per tutti i tipi di malattie cardiovascolari?

Nel 2012 i risultati di un'analisi effettuata sulla coorte olandese dello studio EPIC mostrano che anche in questa popolazione alimentarsi secondo un pattern mediterraneo protegge dall'insorgenza di malattie cardiovascolari totali e nello specifico malattie cardiovascolari mortali, infarto del miocardio, ictus ed embolismo polmonare. In questo anno anche dalla coorte greca di EPIC arriva una conferma dell'effetto protettivo della dieta mediterranea sul rischio di insorgenza e mortalità per ictus; questa protezione risulta particolarmente evidente nelle donne e per l'ictus ischemico piuttosto che per quello emorragico.
Le ultime conferme dell'effetto benefico della dieta mediterranea sulle patologie cardiache arrivano dalla coorte danese MONICA, in cui un'alta aderenza ad un pattern alimentare mediterraneo è associata ad una riduzione del rischio di mortalità e insorgenza di malattie cardiovascolari e infarto del miocardio, anche se non emerge una protezione significativa nei confronti dell'ictus.
Le conferme dell'effetto benefico della dieta mediterranea nella prevenzione delle malattie cardiovascolari arrivano anche da un grande studio d'intervento, il già citato PREDIMED. I risultati di questo studio sono stati pubblicati nel 2013: su 7447 persone sane ma ad alto rischio cardiovascolare arruolate, 288 hanno sviluppato una malattia cardiaca (infarto del miocardio, ictus, o morte per malattia cardiovascolare). È emersa una protezione significativa nei confronti di queste malattie in entrambi i gruppi d'intervento (dieta mediterranea supplementata con olio extravergine d'oliva o con frutta secca) rispetto al gruppo di controllo.

Sono stati registrati benefici effetti della dieta mediterranea anche per i soggetti che soffrono già di patologie cardiache?

L'effetto protettivo della dieta mediterranea non si limita alla prevenzione primaria (ossia all'insorgenza della malattia nelle persone sane) delle malattie cardio e cerebrovascolari, ma si estende anche alla prevenzione secondaria (ossia al verificarsi di un secondo evento o alla mortalità dopo un primo evento cardiovascolare).
Fra gli studi osservazionali effettuati vi è il già citato EPIC-Elderly, condotto su 2671 volontari di 60 o più anni che avevano avuto un infarto del miocardio precedente al reclutamento. I risultati mostrano che all'aumentare dell'aderenza al pattern mediterraneo, la mortalità si riduce in modo significativo, mentre l'effetto protettivo esercitato dai singoli alimenti è debole. Proprio quest'anno sono stati poi pubblicati i risultati di un'analisi effettuata su due coorti americane, una di medici e una di infermiere: Health Professionals Follow-Up Study e Nurses' Health Study. Questa analisi comprende oltre 17.000 tra uomini e donne i quali avevano avuto infarto del miocardio, ictus, angina pectoris, bypass coronarico o angioplastica precedentemente al reclutamento; all'aumentare dell'aderenza alla dieta mediterranea, si riducono significativamente la mortalità sia totale sia da malattie cardiovascolari.
Per quanto riguarda gli studi di intervento, vi è il Lyon Heart Study, un trial randomizzato mirato a confrontare l'effetto, su pazienti di età >70 anni che avevano avuto una malattia coronarica (angina pectoris o infarto del miocardio), di due tipi di dieta: una a basso contenuto di grassi totali ed elevato contenuto di acidi grassi omega-6 e una mediterranea con elevato apporto di acido oleico e linolenico. Dopo aver osservato i volontari per circa 4 anni, si è visto che coloro che seguivano la dieta mediterranea avevano un rischio di reinfarto o di morte cardiaca minore del 70% rispetto a chi seguiva la dieta a basso apporto di grassi.

Se alla dieta mediterranea si associa anche l'attività fisica si potenziano i benefici?

Sebbene la dieta mediterranea già di per sé eserciti un effetto benefico sulla salute, i suoi

effetti sono potenziati se essa è accompagnata da altre abitudini salutari, come essere fisicamente attivi e non fumare.
Vi sono studi epidemiologici che hanno mostrato che la combinazione di più comportamenti salutari come un'elevata aderenza alla dieta mediterranea, non fumare, essere fisicamente attivi e consumare una moderata quantità di alcool protegge dal rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e dalla mortalità totale, sia in volontari sani che in persone che avevano già avuto un infarto del miocardio.
Questi effetti protettivi potrebbero essere ricondotti ad un preventivo effetto sull'aumento di peso, ad un miglioramento dei parametri lipidici ematici e ad una maggior capacità antiossidante totale ematica. Vi sono infatti studi che hanno riportato una significativa associazione tra questi fattori e la presenza contemporanea di diverse abitudini salutari.

Sono stati osservati possibili benefici della dieta mediterranea anche per la sindrome metabolica?

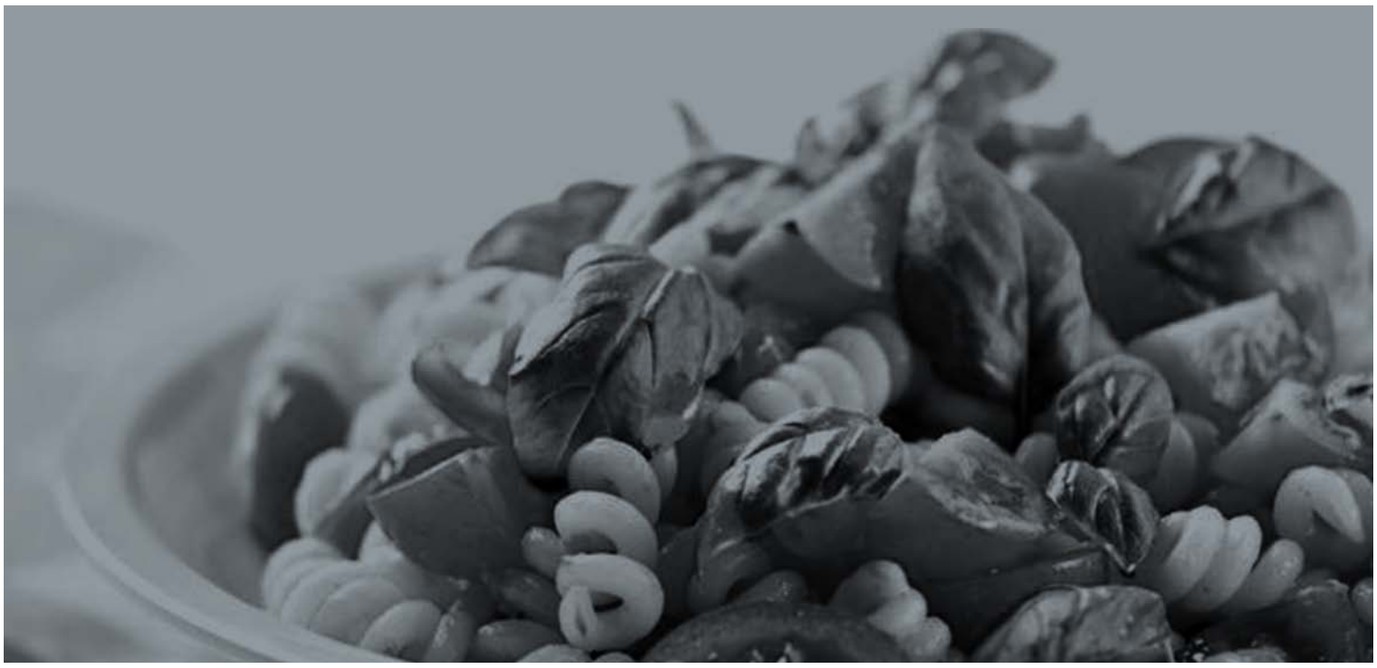
La dieta mediterranea non si è dimostrata protettiva solo per le malattie cardiovascolari, ma anche per numerose altre patologie, tra cui disordini metabolici come la sindrome metabolica e il diabete di tipo 2.
Una recente revisione sistematica della letteratura, pubblicata nel 2011, ha mostrato che l'adozione di un pattern alimentare mediterraneo protegge dall'insorgenza della sindrome metabolica, ossia un aggregato di anomalie metaboliche e fattori di rischio cardiovascolari che si riscontrano nelle persone con ridotta sensibilità insulinica. La sindrome metabolica è definita dalla presenza di almeno tre tra le seguenti cinque componenti: obesità addominale, elevati livelli di trigliceridi ematici, bassi livelli di colesterolo HDL, pressione elevata o assunzione di farmaci antiipertenivi, glicemia elevata o diabete di tipo 2. Essa costituisce a sua volta un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e oncologiche. La revisione ha analizzato i risultati di 50 studi (35 trial clinici, 2 studi prospettici e 13 trasversali) riguardanti l'associazione tra aderenza alla dieta mediterranea e presenza di sindrome metabolica o dei suoi componenti, con i seguenti risultati: combinando le evidenze emerse dagli studi prospettici e d'intervento, seguire una dieta di tipo mediterraneo riduce significativamente il rischio di sviluppare la sindrome metabolica; inoltre, i risultati dei trial clinici rivelano una protezione nei confronti dell'insorgenza di tutte e 5 le componenti della sindrome metabolica.

E anche sul diabete questo regime alimentare ha un effetto positivo?

Per quanto riguarda la prevenzione del diabete di tipo 2, nel 2010 è stata pubblicata una revisione della letteratura su 17 tra studi d'intervento, prospettici e trasversali riguardanti la relazione tra aderenza alla dieta mediterranea e rischio di insorgenza di diabete di tipo 2 e su dieta mediterranea e controllo glicemico in pazienti diabetici. Sebbene non vi sia una stima dell'effetto combinato trovato da tutti questi studi, appare evidente dai singoli risultati come l'adozione di una dieta di tipo mediterraneo aiuti a prevenire l'insorgenza di diabete di tipo 2 e a migliorare i livelli di glicemia, emoglobina glicata e sensibilità insulinica nei pazienti diabetici.

Il meccanismo determinante è quello antinfiammatorio e antiossidativo...

Vi sono diversi meccanismi alla base di questo effetto protettivo. Tra i meccanismi sottostanti all'insorgenza della sindrome metabolica e del diabete vi sono l'infiammazione cronica di basso grado e lo stress ossidativo; è plausibile che l'effetto protettivo della dieta mediterranea su



questa patologia sia dovuto al suo effetto protettivo sulla resistenza insulinica, antinfiammatorio e antiossidante. È stato evidenziato come la dieta mediterranea protegga dallo sviluppo di sovrappeso e obesità e diversi studi hanno mostrato che un peso eccessivo, in particolare in termini di tessuto adiposo accumulato nella zona addominale, sia un fattore di rischio per lo sviluppo di diabete di tipo 2, oltre a costituire una componente della sindrome metabolica. Questo tipo di grasso è infatti associato alla resistenza insulinica, condizione patologica sottostante alla sindrome metabolica e al diabete di tipo 2, attraverso i seguenti meccanismi: rilascio di acidi grassi non esterificati che inibiscono il metabolismo del glucosio nei muscoli e stimolano la gluconeogenesi a livello epatico, aumento della secrezione di Tumor Necrosis Factor · (citochina che danneggia la reazione a cascata determinata dal legame dell'insulina al suo recettore e che ha un effetto proinfiammatorio) e diminuzione della secrezione di adiponectina (citochina che miglior la sensibilità insulinica e che ha un effetto antinfiammatorio). Inoltre la dieta mediterranea è ricca in alimenti al alto contenuto di antiossidanti, che assicurano all'organismo protezione dallo stress ossidativo; ciò è di particolare interesse in quanto sembrerebbe che lo stress ossidativo giochi un ruolo fondamentale nello sviluppo della resistenza insulinica e della disfunzione delle cellule, del pancreas.

E per quanto riguarda altre patologie degenerative, quali benefici sono stati notati?

Stanno emergendo sempre più evidenze che mostrano un effetto protettivo della dieta mediterranea sulle funzioni cognitive. Da una revisione sistematica della letteratura pubblicata l'anno scorso, è emersa una riduzione significativa del rischio di deterioramento cognitivo lieve, Alzheimer, demenza e depressione. Anche in questo caso si ipotizza che i meccanismi protettivi sottostanti siano quelli antinfiammatori e antiossidanti. Non bisogna però dimenticare che un'elevata aderenza alla dieta mediterranea è spesso associata ad abitudini salutari come essere fisicamente attivi e non fumare: anche se gli studi citati tengono conto di questi fattori, vi potrebbe essere un effetto protettivo globale dato dallo stile di vita nelle persone con un pattern alimentare spiccatamente mediterraneo.

PER INFORMAZIONI
Istituto Tumori di Milano
sito web www.istitutotumori.mi.it

PRINCIPALI STUDI SULLA DIETA MEDITERRANEA

Dopo la pubblicazione dei risultati del sopracitato Seven Countries Study, la ricerca epidemiologica ha dedicato sempre più attenzione allo studio della relazione tra adozione di uno stile alimentare mediterraneo e stato di salute della popolazione. Tra gli studi d'intervento troviamo:

PREDIMED, trial multicentrico randomizzato condotto in Spagna, tuttora in corso, su 7447 persone ad alto rischio cardiovascolare per valutare l'effetto di 2 tipi di dieta mediterranea (una supplementata con olio extra vergine d'oliva e una con frutta secca) rispetto ad una dieta a basso contenuto di grassi sul rischio di insorgenza di malattie cardiovascolari. Già dopo 3 mesi dal reclutamento, un'analisi su 722 soggetti ha mostrato che volontari randomizzati nei 2 gruppi di dieta mediterranea hanno mostrato una significativa riduzione della glicemia, della pressione sistolica e del rapporto colesterolo totale/HDL rispetto al gruppo in dieta a basso contenuto di grassi.

DIRECT, trial condotto tra il 2005 e il 2007 in Israele su 322 persone in sovrappeso per valutare l'efficacia e la salubrità di 3 diversi tipi di dieta nella perdita di peso: restrizione calorica con basso apporto di grassi, restrizione calorica con regime mediterraneo, basso apporto di carboidrati senza restrizione calorica. La dieta mediterranea e quella a basso apporto di carboidrati sono risultate le più efficaci nella riduzione del peso, in particolare la dieta mediterranea ha mostrato il miglior effetto sul controllo glicemico;
Trial della Seconda Università di Napoli: trial condotto tra il 2001 e il 2004 su 180 pazienti con sindrome metabolica arruolati presso la Divisione delle Malattie Metaboliche per valutare l'effetto di una dieta di tipo mediterraneo sulla funzione endoteliale e sull'infiammazione vascolare. Rispetto al gruppo di controllo, i pazienti sottoposti a regime alimentare mediterraneo hanno mostrato una riduzione dei parametri ematici associati a infiammazione e disfunzione endoteliale, quali proteina C-reattiva, interleuchina-6, interleuchina-7 e interleuchina-18. Essi mostravano inoltre una diminuita resistenza insulinica.

Medi-RIVAGE, studio d'intervento alimentare svolto su 212 volontari nell'area di Marsiglia (Francia) per valutare gli effetti di una dieta mediterranea rispetto ad una a basso contenuto di grassi sui maggiori fattori di rischio cardiovascolare. Dopo 3 mesi d'intervento, per entrambi i tipi di dieta sono stati riscontrati miglioramenti per i seguenti parametri: indice di massa corporea, insulinemia, glicemia, resistenza insulinica, trigliceridi ematici e colesterolemia.

Servizi alla persona

Lega italiana per la Lotta contro i Tumori (Lilt) di Venezia. Attività per la diagnosi precoce dei tumori più frequenti e a sostegno dei pazienti oncologici

La Lilt, associazione Lega Italiana Lotta ai Tumori, è attiva da 35 anni anche nel veneziano. Fin dall'inizio la sua sede è a Mestre. Tra gli obiettivi principali: la prevenzione e la riabilitazione dei malati oncologici. "Oggi la Lilt collabora gratuitamente con vari medici specialisti per visite mirate alla diagnosi precoce dei tumori più frequenti. Complessivamente le persone che hanno usufruito dei nostri servizi sono state 1300 nel 2013, e di queste ben 120 sono state seguite dalle nostre psicologhe – spiega Maria Grazia Cevolani, la vice presidente di Lilt Venezia –. Ma un grande impegno è stato ed è profuso a sostegno delle donne operate di tumore alla mammella. Molti progressi sono stati fatti: basti pensare che trent'anni fa le donne uscivano dall'ospedale, dopo una mastectomia, con l'ovatta nel reggiseno, mentre oggi grazie ad un unico intervento, viene asportato il cancro e viene inserita la protesi mammaria. Eppure queste donne vanno aiutate e prese in carico comunque globalmente, anche dal punto di vista psicologico, per aiutarle a tornare alla loro vita quotidiana, nonostante il trauma e la malattia, che per fortuna è oggi molto più guaribile di un tempo".

Vice presidente Cevolani, in quale modo siete attivi per la diagnosi precoce? Come è composto il vostro staff?

Da anni collaborano con noi ottimi medici specialisti: Luciano Griggio, Primario Chirurgo e senologo, è Presidente della sezione provinciale della Lilt di Venezia.
Oltre al dottor Griggio, possiamo contare su: Guido Papaccio chirurgo dell'Ospedale dell'Angelo e responsabile della unità di Senologia; Adriano Pallini, oncologo all'Ospedale Civile di Venezia; Carlo Pianon, già Primario di Urologia; Giovanna Dan, Marina Forcione, Chiara Baraldo, dermatologhe.
Noi diamo la possibilità di fissare delle visite con questi medici specialisti per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore alla mammella, della

prostata e del melanoma. La visita è gratuita ma chiediamo un piccolo contributo per sostenere le spese di gestione della associazione.
Poter contare su una visita tempestiva, può salvare la vita perché permette di dare la giusta valutazione ai primi sintomi della malattia o addirittura permette di individuare un tumore in fase iniziale con una maggiore efficacia della terapia e possibilità di guarigione.
Il nostro staff comprende anche le Psicoterapeute Anna Luise, Michela Pavanetto e Piera Inzaina, che si occupano dell'impatto psicologico della malattia tumorale sul malato e la sua famiglia. Da qualche tempo abbiamo avviato anche un programma per il miglioramento dello stile di vita, con un corso per smettere di fumare e i consigli della nutrizionista Eva Milanesi sulla corretta alimentazione.
Ricordo anche l'attività del medico estetico Marzia Carniato e tutte le professioniste che seguono le donne operate al seno: la micropigmentatrice, la truccatrice, la parrucchiera, ecc.

Dottor Griggio, quali consigli possiamo dare alle donne per una efficacia nella diagnosi precoce del tumore al seno?
Innanzitutto comincerei col dare una bella notizia riguardante il tumore mammario : negli ultimi 30 anni l'incidenza di tale malattia è rimasta pressoché invariata (circa 30.000 nuovi casi l'anno) ma la sopravvivenza è raddoppiata.
Alle donne dai 45 ai 65 anni suggerirei di aderire allo screening, che ormai in Italia, è attivo in quasi tutte le Ulss; alle signore, più giovani, dai 30 ai 45 anni, consiglierei una visita clinica con ecografia annuale e soprattutto la pratica mensile, alla fine delle mestruazioni, dell'autoesame.
Ancor oggi le donne giovani scoprono da sole, in circa l'80% dei casi, l'alterazione della ghiandola mammaria che poi viene diagnosticata essere un tumore; da qui il caldo invito, rivolto a tutte le donne, a toccarsi regolarmente il seno, con le modalità suggerite dai medici senologi e dagli opuscoli pubblicati sull'argomento.

Dottor Griggio, la mortalità per tumore al seno negli ultimi trent'anni si è dimezzata: una buona notizia. Quali sono le novità che hanno contribuito a questo successo?
Una parte del merito deve essere attribuita alla "diagnosi precoce" ottenuta con lo screening e con la stretta osservanza delle "linee guida" concordate dalle Società di Senologia; ma la vera novità, che ha cambiato la prognosi del tumore della mammella, è stato l'aver adattato la terapia oncologica alle caratteristiche di aggressività della malattia valutata con il dosaggio dei "marcatori biologici" individuati all'interno dello stesso tumore.
In realtà, il 20-30% dei tumori al seno sono pericolosamente aggressivi, anche se di piccole dimensioni: avere tutte le informazioni utili, grazie ai "marcatori biologici" o "markers tumorali", permette di intervenire in modo più efficace con la chemioterapia sia prima dell'intervento (chemioterapia neo-adiuvante) sia dopo l'intervento (chemioterapia adiuvante) .
Nel trattamento farmacologico del tumore mammario, alla chemioterapia si è aggiunta anche la terapia con "farmaci biologici o anticorpi monoclonali" che colpiscono specifici bersagli della cellula tumorale.
Infine il trattamento chirurgico del tumore della mammella è diventato ancora meno invasivo perchè nei tumori fino a 2 cm di diametro, non solo si salva il seno, ma anche i linfonodi ascellari asportando un solo linfonodo, detto "sentinella", che, se risulta negativo all'esame istologico, permette di risparmiare altre asportazioni.

Vice presidente Cevolani, in questi trent'anni come è cambiato il vissuto della malattia da parte delle donne?
Negli anni Ottanta le donne nascondevano la malattia con vergogna, erano donne mutilate e ne soffrivano enormemente, spesso in silenzio. La prima attività della Lilt puntava già a far uscire allo scoperto la sofferenza di queste donne, costruendo rapporti di fiducia e confronto tra loro ed intorno a loro. Ho ricordato prima, che negli anni passati le donne operate di mastectomia uscivano dall'ospedale con il reggiseno riempito di ovatta. Fa davvero impressione ripensarci oggi

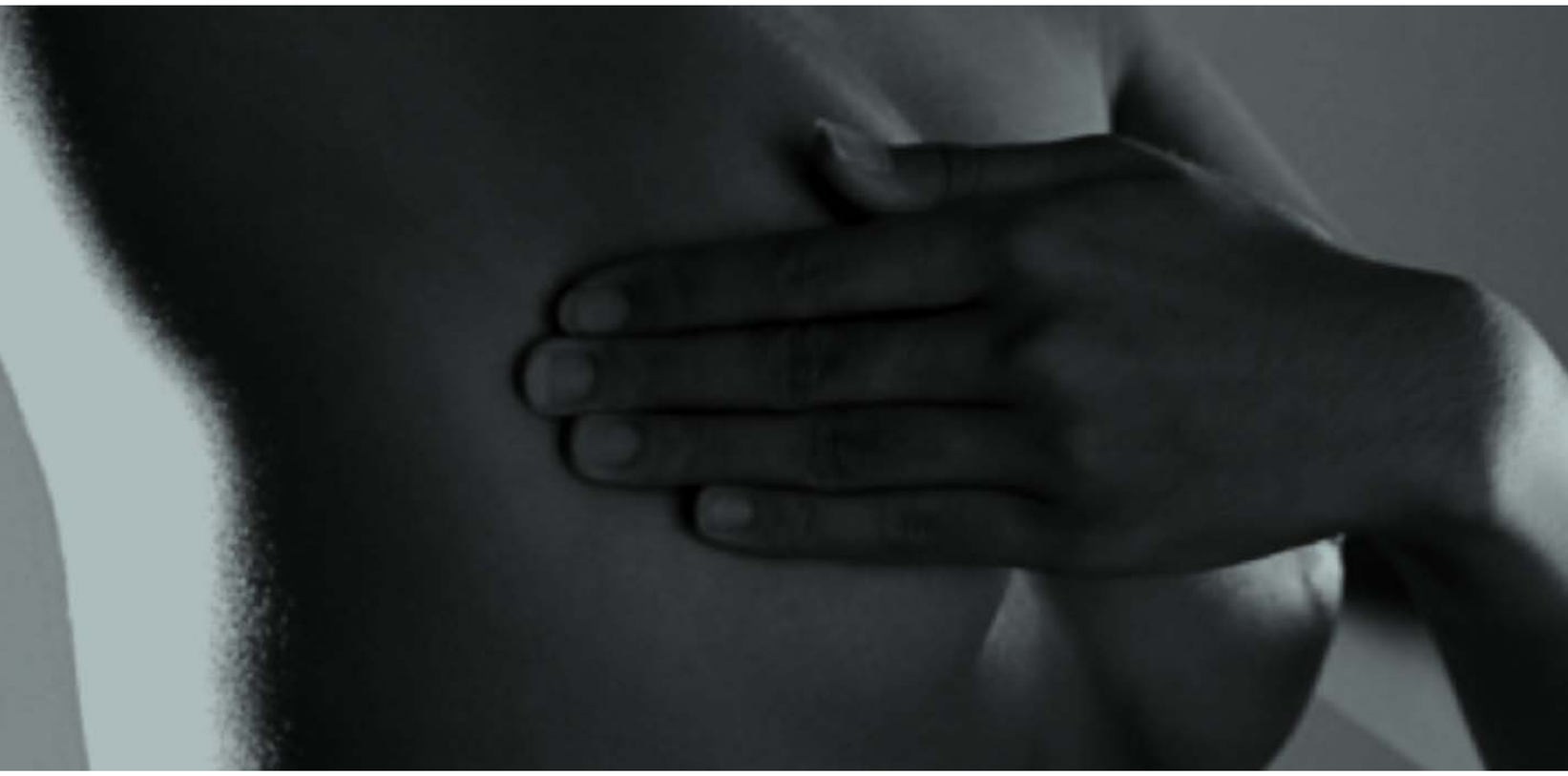
che possiamo contare invece su tanti mezzi che permettono di rendere più leggere le conseguenze fisiche e psicologiche della malattia. Il trauma è sempre grande per una donna operata, ma oggi è possibile trovare sostegno e reagire, tornando presto ad una vita assolutamente normale sotto tutti i punti di vista.

Dottoresse Luise e Pavanetto, quanto conta offrire un sostegno psicologico alle donne operate al seno ed in generale alle persone operate di tumore?

Come psicologhe non possiamo che ribadire che il nodo centrale è l'elaborazione del trauma. Sappiamo che i traumi sono sempre eventi che dipendono da fattori soggettivi e che possono essere elaborati da ogni persona in modo differente. Un sostegno psicologico è sempre utile, anche se ovviamente può essere più necessario e più efficace in un caso piuttosto che in un altro. L'obiettivo è che il paziente o la paziente possano tornare al più presto a proprio agio nella propria vita. Non basta guarire il corpo, la vera guarigione coinvolge anche e soprattutto la mente. Il dolore mentale va elaborato e per quanto possibile, dissolto. A questo proposito noi abbiamo studiato ed ora applichiamo con successo il metodo EMDR (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari). Si tratta di un metodo applicato negli USA anche con i veterani di guerra per la rielaborazione di traumi pesanti. In poche sedute il paziente viene invitato a rievocare il trauma – in questo caso il momento della diagnosi della malattia e le conseguenze che ne derivano – mentre specifici movimenti oculari permettono al cervello di separare i sentimenti dolorosi dal ricordo dell'evento. In questo modo il paziente ricorderà tutto, ma il dolore associato al ricordo, sarà svanito o almeno molto depotenziato.

Dottoressa Carniato, in quale modo invece il medico estetico può aiutare le donne operate al seno?

Abbiamo già detto che l'elemento fondamentale è rappresentato dalla terapia chirurgica e da quella clinica associata. Oggi le donne escono dall'ospedale già con la protesi e soprattutto con ottime prospettive di guarigione. Ma è evidente che la guarigione è un processo complesso che investe tutta la persona. È necessario dunque rielaborare il dolore mentale connesso al trauma, ma anche ritornare ad avere un rapporto libero e sereno con il proprio corpo, serve entrare in relazione con la protesi e rimanere se stesse anche durante alcune fasi delicate della terapia. La Lilt può contare sulla professionalità di una micropigmentatrice, Annarita Minutaglio, in grado di ridisegnare il capezzolo con un tatuaggio sulla protesi mammaria. Non tutti sanno infatti che la protesi non prevede la differente pigmentazione tra seno e capezzolo che, dal punto di vista estetico e psicologico, è invece molto importante. La Lilt offre poi anche un servizio di tricoprotesi che permette di far crescere e curare i propri capelli sotto la parrucca applicata durante il periodo della chemioterapia. Inoltre è da segnalare la disponibilità di una truccatrice professionista che si reca regolarmente nel reparto di Oncologia dell'ospedale di Mestre per migliorare l'aspetto delle donne sottoposte a chemioterapia. Si tratta di strumenti in grado di migliorare la percezione di sé da parte delle pazienti e superare definitivamente le conseguenze della malattia.



Dottoresse Giovanna Dan e Chiara Baraldo, che obiettivo si prefiggono le visite dermatologiche alla Lilt?

La Dermatologia oncologica è l'area della Dermatologia che si interessa di tumori cutanei. I tumori cutanei comprendono tumori originati dai melanociti detti "melanomi" e tumori originati da altre cellule denominati "epiteliomi".
Il melanoma è un tumore in forte aumento negli ultimi 10 anni a causa dell'esposizione solare più intensa e frequente.
La moda delle lampade UV, le vacanze nei paesi esotici, ecc. hanno contribuito ad aumentare esponenzialmente il numero di casi di melanomi ed epiteliomi in età sempre più precoce.
La prevenzione primaria del melanoma e degli epiteliomi comprende tutte le pratiche volte a ridurre l'insorgenza dei tumori della cute: consiste quindi nell'utilizzo delle creme solari ad alta protezione, nell'impiego limitato delle lampade UV, nell'esposizione solare limitata alle prime ore del mattino e al tardo pomeriggio.
La prevenzione secondaria comprende invece tutte quelle procedure atte ad individuare precocemente i tumori cutanei: tutti i pazienti con nevi melanocitici dovrebbero sottoporsi periodicamente ad una visita di controllo e anche chiunque abbia notato un nevo modificarsi o aumentare di dimensioni nel corso di pochi mesi.
Alla Lilt di Mestre è attivo un ambulatorio per la diagnosi precoce del melanoma e degli altri tumori cutanei: qui vengono effettuate visite di controllo dei nevi da medici specialisti in dermatologia.

Dottor Pianon, le visite urologiche sono utili per la diagnosi precoce del tumore della prostata, ma anche del tumore alla vescica in uomini e donne ed infine per la possibile risoluzione di altri problemi della sfera genitourinaria...

Mi preme sempre affermare come una cistite ricorrente, che si presenta con sangue nelle urine, non debba allarmare, ma non vada nemmeno sottovalutata. L'urologo, con la visita e specifici esami, è in grado di stabilire se si tratta di una banalità e di escludere un eventuale tumore ai reni o alla vescica. Si tratta di tumori che colpiscono sia uomini sia donne, anzi il numero delle donne è in aumento.
Per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della prostata, consiglierei una visita urologica a partire dai 45, 50 anni per tutti gli uomini: sarà poi lo specialista a programmare l'eventuale osservazione per i pazienti a rischio, che sono sicuramente quelli che presentano casi di questa malattia in famiglia. Va ricordato che il tumore alla prostata è il primo tra gli uomini per incidenza, ma raramente presenta un'alta aggressività e diventa quindi molto pericoloso. È importante però un monitoraggio personalizzato secondo le caratteristiche e la storia del paziente. Vorrei ricordare poi che l'urologo non serve solo per la prevenzione dei tumori, la nostra competenza può servire anche per risolvere problemi come l'incontinenza urinaria abbastanza frequente nelle donne e spesso molto sottovalutata, malgrado i pesanti effetti che può avere nella vita quotidiana.
Non solo bisogna salvarsi la vita con la prevenzione dei tumori, ma bisogna sempre puntare alla migliore qualità di vita possibile per le persone sane e ancor più per coloro che hanno già subito interventi chirurgici demolitivi.

Vice presidente Cevolani, la Lilt offre servizi a 360 gradi per la riabilitazione dei pazienti oncologici e loro familiari...

Le attività che promuoviamo sono di aggregazione per facilitare i rapporti umani e lo sviluppo dell'espressione artistica o dell'attività sportiva. La Lilt promuove infatti corsi di ginnastica dolce e biodanza, e organizziamo corsi di Nordic Walking.
Un gruppo di donne ormai da tempo ha formato un equipaggio di canoiste dal nome "Trifoglio rosa".
È stato formato un gruppo Teatrale, denominato "Non solo Rosa" composto da Medici, Pazienti e Volontari.
Infine ricordo che tutte le nostre attività sono autofinanziate, soprattutto adesso che i contributi degli enti pubblici sono sempre più limitati: chiedo pertanto ai cittadini di delegarci il loro 5 per mille nella dichiarazione dei redditi; ringrazio già da ora chi vorrà essere generoso con noi .

PER INFORMAZIONI
LILT
Via Carducci 9, 30172 Mestre (VE)
Tel. 041 958443, fax 041 957960
Email LEGATUMORI-VE@libero.it

Servizi alla persona

A.V.A.P.O. Mestre. Nel 2013 assistiti più di 600 nuclei familiari e erogate quasi 20mila prestazioni di professionisti e volontari

Nel 2011 è ricorso il ventennale della costituzione di A.V.A.P.O. Mestre. Nel settembre 1991 infatti, un gruppo di volontarie che prestavano servizio di assistenza nel reparto del Policlinico San Marco, diretto allora dal dottor Lorenzo Menegaldo, diedero l'avvio a questa organizzazione. Il primo presidente fu proprio il dottor Menegaldo che con lungimiranza aveva compreso la necessità di cambiare il modo di porsi nei confronti del malato inguaribile: non bastava curare i sintomi clinici della malattia, bensì era necessario spostare l'attenzione sul prendersi cura in toto del malato, considerando la molteplicità dei suoi bisogni in qualità di persona, includendo anche la sfera emotiva, relazionale, spirituale. Solo offrendo un aiuto che comprenda tutti questi aspetti è infatti possibile far sentire adeguatamente protetto e sostenuto chi si trova a dover convivere con un tumore.

VOLONTARIATO NELLA SANITÀ, UN VALORE AGGIUNTO

Oggi A.V.A.P.O. Mestre è diventata una realtà vitale ed articolata che ha cercato di leggere i cambiamenti che stavano avvenendo all'interno della nostra città, di cogliere i bisogni manifestati soprattutto dalle fasce più deboli e di organizzare la propria attività in modo da rispondere efficacemente alle necessità rilevate.
Da un numero ristretto di volontari che nel 2003 hanno partecipato al primo corso di formazione, ora siamo cresciuti raggiungendo il centinaio: persone comuni, impegnate in ambito lavorativo e/o familiare che mettono a disposizione tempo, passioni, competenze avvertendo questo impegno assunto volontariamente, come un obbligo morale. È stata la loro presenza costante, umile, ma qualificata e pronta ad adattarsi alle esigenze di volta in volta emergenti che ha consentito all'associazione di crescere nel tempo e diventare un "valore aggiunto" per la città. La presenza del volontario nella sanità si sta rivelando quindi, in questo particolare momento storico, elemento portante all'interno di un sistema di Welfare sussidiario, dove il terzo settore si qualifica come "produttore di beni relazionali". Quindi di persone che sanno rivolgere il proprio sguardo verso le molteplici situazioni di disagio e di fragilità presenti nella realtà sociale, mettendo a disposizione tempo, competenze, ma soprattutto umanità.

IL SIGNIFICATO DELLA SIGLA A.V.A.P.O.

La sigla A.V.A.P.O. significa: A come Associazione; V come Volontari; A come Assistenza, in campo socio-sanitario, nello specifico quello che comprende i pazienti affetti da un tumore cioè i Pazienti Oncologici. Accanto ai malati però, ci si prende cura anche di tutto il nucleo familiare poichè quando il componente di una famiglia si ammala, vengono alterati tutti gli equilibri.
Si tratta di una onlus, quindi di un'organizzazione che agisce senza scopo di lucro, in modo gratuito e che mette a disposizione della collettività, sotto forma di servizi, quanto riceve in termini di donazioni.

2013: ASSISTITI PIÙ DI 600 NUCLEI FAMILIARI

A.V.A.P.O. Mestre come recita lo Statuto "ha lo scopo di provvedere all'assistenza diretta ed all'aiuto, sotto qualsiasi forma, degli ammalati di cancro e dei loro familiari". Per il conseguimento di questa finalità organizza servizi che possano dare una risposta a bisogni specifici del malato di tumore in qualsiasi fase di malattia, sostenendo anche chi gli vive accanto. Nel corso del 2013 più di 600 nuclei familiari si sono rivolti ad A.V.A.P.O.-Mestre per ricevere un aiuto.

LA SPECIFICITÀ DEGLI ASSISTITI

Le cure palliative sarebbero previste per la fase terminale della malattia tumorale per una durata complessiva di 90 giorni. L'assistenza media fornita da A.V.A.P.O. si aggira intorno ai 54 giorni, più dell'80 per cento dei decessi avviene a domicilio. L'età dei pazienti è per la metà circa costituito da persone tra i 66 e gli 83 anni; per il 30 per cento da persone di età inferiore ai 65 anni e infine per circa il 20 per cento da persone di età superiore agli 83 anni. La maggior parte dei pazienti è affetto da patologie tumorali dell'apparato digerente e dell'albero respiratorio.

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA

L'A.V.A.P.O. Mestre predispone ed organizza, in convenzione con l'Ulss 12, il servizio di assistenza domiciliare oncologica, grazie ad una équipe costituita da professionisti (medici palliativisti, infermieri, psiconcologa, operatrici socio-sanitarie) e volontari, al fine di consentire ai malati di poter essere curati nella propria casa, con tutti vantaggi umani e psicologici derivanti da questa forma assistenziale.
Nel 2013 assistiti a domicilio 211 pazienti. Le cure erogate sono definite palliative in quanto si prefiggono di garantire al malato e alla sua famiglia la miglior qualità di vita possibile attraverso il controllo dei sintomi, ed interventi diversificati rispondenti alle necessità che nel corso dell'assistenza si presentano.
Lo scorso anno sono stati assistiti 211 i malati che hanno visto garantito il diritto a ricevere le cure di cui necessitavano, rimanendo all'interno della propria abitazione ed avendo accanto le persone più care che hanno potuto accompagnarli.
Un medico di A.V.A.P.O. reperibile 24 ore su 24. Ciò è stato possibile in quanto i familiari sapevano di poter fare riferimento ad un medico del gruppo reperibile 24h/24. Il poter raggiungere un medico dell'équipe ha favorito infatti nei familiari, anche in quelli più dubbiosi all'avvio dell'assistenza, la scelta della permanenza a domicilio fino alla fine.
Un servizio poco costoso: meno di 50 euro al giorno. Si tratta di un servizio il cui costo è molto contenuto. Nel 2012 ogni giornata di assistenza si è attestata su un totale di Euro 47,94. L'Ulss 12 ha erogato un contributo pari a Euro 29,08 ai quali è da aggiungere il costo per farmaci ed esami, mentre A.V.A.P.O. Mestre ha messo a disposizione per ogni giornata di cura a Euro 18,86 utilizzando le donazioni che riceve dai propri sostenitori.
Nel 2013 per ogni giornata di assistenza la spesa è stata di Euro 49,62: l'Ulss 12 ha erogato un contributo di Euro 27,78 esclusi farmaci ed esami, mentre A.V.A.P.O. Mestre ha messo a disposizione per ogni giornata Euro 21,84. Nel 2013 quasi 17mila interventi realizzati dai professionisti e oltre 5000 dai volontari. Gli interventi dei professionisti nel 2013 hanno contato: 11.381 prestazioni medico-infermieristiche, 948 sostegni psicologici, 4544 interventi socio-sanitari. Le consegne domiciliari settimanali di ausili sanitari e di farmaci e l'affiancamento delle famiglie nell'assistenza al malato realizzate dai volontari sono state nel 2013 circa 5.600.

L'IMPEGNO PER LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLE CURE PALLIATIVE

Mestre nel corso degli anni è stata promotrice ed ha partecipato a varie iniziative di sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, tese a far conoscere le problematiche specifiche dei pazienti affetti da tumore e dei loro familiari, così da richiamare l'attenzione della società civile su temi spinosi quali la malattia e la sofferenza, superando la soglia dei soli "addetti ai lavori". L'impegno verso l'aiuto ed il sostegno del malato è simboleggiato dal logo che identifica A.V.A.P.O. Mestre: una casa. L'obiettivo è stato ed è quello di consentire, a chi si trova ad essere colpito da una patologia neoplastica, di vivere nella propria casa fino al termine dell'esistenza.
AVAPO Mestre fa parte della Federazione Cure Palliative, che raduna a livello nazionale più di 70 realtà del mondo del volontariato, impegnate in questo ambito. Ciò include un impegno in termini di predisposizione di materiali: AVAPO Mestre infatti ha collaborato alla stesura del core-curriculum del volontario, e partecipa in modo attivo e propositivo ai Congressi annuali della Società Scientifica di Cure Palliative SICP. Infine AVAPO Mestre partecipa a convegni promossi da Associazioni consorelle ed organizza convegni e varie attività sul tema a Mestre.

L'ACCOMPAGNAMENTO DEI MALATI

Nel 2013 oltre mille accompagnamenti di malati a visite ecc. Nel 2013 sono stati garantiti 1302 accompagnamenti. Non si tratta di un mero "trasporto", bensì di un servizio dalla duplice valenza: per il malato che può contare sulla vicinanza di un volontario disposto ad ascoltarlo, ad accogliere i suoi sfoghi, ad aiutarlo a distogliere la mente dalla preoccupazione per l'esame o la terapia da affrontare, e per i familiari che così evitano di ricorrere a permessi lavorativi per accompagnare il proprio congiunto.

CORSI DI FORMAZIONE, SOSTEGNO PSICOLOGICO ED ELABORAZIONE DEL LUTTO

I volontari di A.V.A.P.O. sono opportunamente formati prima di entrare in attività. Non tutti comunque hanno un contatto diretto con i pazienti, alcuni scelgono attività più pratiche o di sostegno all'amministrazione e alla segreteria. Sono attivi un centinaio di volontari, spesso si tratta di persone che hanno vissuto in famiglia o tra le proprie amicizie, l'esperienza della malattia tumorale ed anche il lutto per la perdita di una persona cara; altri volontari invece hanno superato il cancro e vogliono rendersi utili. Tutti portano con sé una sensibilità particolare che da sola non basta però perché è necessaria una vera e propria formazione anche psicologica che permetta di affrontare con lucidità ed equilibrio una situazione estrema come la fase terminale della malattia e l'inevitabile morte. AVAPO Mestre promuove anche specifici gruppi di elaborazione del lutto per i familiari, per aiutarli a vivere la morte di una persona cara nel modo più sereno possibile. Ma già durante la fase finale della malattia, i familiari possono essere supportati psicologicamente per sostenere il peso delle attività quotidiane di accudimento e per affrontare con maggiore serenità il dolore e la fatica e tutti i sentimenti che derivano da una situazione tanto complessa.

LE TESTIMONIANZE DEI VOLONTARI

SONO I VOLONTARI A DOVER DIRE: "GRAZIE A.V.A.P.O."

Luciano Osello

Ormai mi ci sono abituato. Quando prendo in consegna i farmaci all'ospedale, quando li consegno alle famiglie degli assistiti e quando, al termine, presento il resoconto in segreteria AVAPO, ricevo da tutti grandi e affettuosi ringraziamenti. Prima che io mi rechi all'ospedale per i farmaci, voglio ricordare però che medici ed infermieri si sono recati a casa degli assistiti, li hanno visitati, curati e medicati ed hanno anche ascoltato i problemi dei pazienti e dei loro famigliari. In altri momenti, altri volontari si sono recati a cada dei malati per assisterli in varie pratiche; altri ancora hanno consegnato letti ospedalieri, carrozzine, pali flebo, deambulatori e vari presidi sanitari. Dopo di me ed anche prima di me, la segretaria ed altre persone hanno svolto il compito, essenziale, di organizzare, contabilizzare, classificare e relazionare tutto quanto l'associazione fa. Senza contare il lavoro di grande responsabilità della presidente e della psicologa e quello di tanti altri volontari. Senza tutto il lavoro di chi mi precede e di chi mi segue, io non potrei fare la piccola parte che mi è stata assegnata e che mi restituisce tanta gratitudine. Sono io che devo ringraziare l'AVAPO, non l'AVAPO che deve ringraziare me.

GLI INSEGNAMENTI DELLA ANZIANA SIGNORA C

Luciana Castagnaro

Si pensa che fare la volontaria/il volontario sia semplicemente prestare tempo, disponibilità e competenze (essendo preparati ed anche continuamente aggiornati), oppure che avvenga - quando va bene - un favorevole scambio fra le parti (tu hai una necessità, io ho un bisogno di sentirmi utile alla comunità); in realtà a volte succede che è tanto più grande il dono che la volontaria o il volontario riceve.
In questi ultimi tempi ho dedicato, alternandomi con altre volontarie, un po' del mio tempo settimanale a C., una donna molto anziana, ma con una vitalità ed una energia invidiabili. All'inizio, al momento delle presentazioni, ci ha detto chiaro che ci avrebbe accolte 'per forza', solo per andare incontro alle esigenze dei familiari impegnati con il lavoro; è stata chiara e diretta, ed io mi aspettavo di essere trattata in seguito con freddezza ed ostilità. In realtà si è instaurato un rapporto intenso e, per me, anche molto istruttivo; per esempio lei, che era stata contadina, mi ha re-insegnato ad osservare i fenomeni della natura e del cambio della stagione; la sua abitudine di guardare l'ora al vicino campanile, come ad un punto di riferimento che scandisse i tempi della giornata, della preghiera, dei pasti, dei riti, mi ha ricordato i tempi della mia infanzia nel piccolo paese dove vivevo; l'ascolto dei suoi detti popolari ormai desueti e perduti nel tempo hanno arricchito le mie (poche) ore che trascorrevo con lei; mi ha mostrato la sua generosità nell'aver cura sempre, innanzitutto, prima di me e poi di se stessa; fino all'ultimo giorno in cui ho avuto il piacere di starle vicino si è preoccupata di me.

Una persona così generosa e nobile nell'animo, ha naturalmente generato e allevato figli e nipoti altrettanto generosi e nobili, per cui ho potuto entrare nell'intimità di una bella, grande famiglia e sentirmi per un periodo parte della loro vita come della loro sofferenza, ma mai sentendomi estranea, nemmeno nell'ultimo atto della vita terrena di C., dove il saluto dovutole, nella grande chiesa del campanile amico, è stato uno dei momenti più commoventi che io abbia avuto la fortuna di vivere negli ultimi tempi. Ed anche in quel momento, i familiari di C. ci hanno fatto sentire parte della grande famiglia degli esseri umani, legati tutti e tutte – uno all'altra – indissolubilmente.

NATALE AL REPARTO DI RADIOTERAPIA DI MESTRE

Sonia Semenzato

Ore 7 la sveglia suona. Oggi è la nostra giornata di volontariato presso l'Ospedale Dell'Angelo, reparto Radioterapia.
Si sta avvicinando Natale. Arrivo all'Angelo e mi reco in corsia dove mi aspetta Ileana, anche lei volontaria AVAPO, il suo sorriso è come il sole, sprizza energia. Stefania, la nostra Presidente, ci ha mandato un grande cesto pieno di pacchettini colorati da dispensare ai pazienti con l'augurio di Buon Natale. Per me e Ileana è gioia. Ci avviciniamo alle persone, ci sorridono e accettano con piacere pupazzetti, borsettine, bamboline in pannolenci, dolcetti e in tanti dicono: "per i nipotini". Poi tra un regalino, una caramella e un po' di tè tiepido dispensiamo informazioni sulla nostra associazione. Incontriamo tante persone, alcune anche vengono da lontano, allora approfittiamo e parliamo di tante cose, così nasce familiarità. Spesso ci salutano abbracciandoci, e se qualcuno non desidera parlare con un piccolo sorriso facciamo capire che comprendiamo. Questo è il nostro impegno: far sentire a pazienti e familiari che non sono soli e che, per quanto possibile, c'è qualcuno che tende una mano e li aiuta: insieme a medici, infermieri e a tutto il personale anche AVAPO Mestre.

A.V.A.P.O. È ANCHE LOTTA CONTRO LA BUROCRAZIA E L'EGOISMO

Stefania Bullo ***presidente A.V.A.P.O. Mestre***

Da quanto scritto dai nostri volontari risulta evidente come l'impegno di A.V.A.P.O. Mestre sia cresciuto nel tempo tanto da richiedere una organizzazione al proprio interno puntuale e precisa che non deve perdere mai di vista il proprio obiettivo principale: il servizio al malato.
Nel tempo la nostra associazione ha saputo diventare una sorta di garanzia, una presenza discreta, ma al tempo stesso pregnante al fianco di chi a volte in modo del tutto inaspettato, si ritrova a dover lottare oltre che contro le conseguenze della malattia, anche contro le rigidità e le pastoie burocratiche che spesso complicano la vita dei malati e dei loro familiari.
L'auspicio nel guardare al futuro è che la forza vitale che A.V.A.P.O. Mestre ha saputo sprigionare, possa coinvolgere tutta la nostra città, dimostrando che attraverso il superamento di egoismo ed indifferenza, possiamo ancora sperare in una società che sa affermare il valore dell'essere solidali, oltre che con affermazioni di principio, anche attraverso un impegno continuo ed operoso.

PER INFORMAZIONI
A.V.A.P.O Mestre
viale Garibaldi 56, 30173 Mestre
Tel. 041 5350918; fax 041 2667189
sito internet www.avapomestre.it
indirizzo Email info@avapomestre.it

Servizi alla persona

L'A.V.AP.O. Venezia. Un gruppo di 120 volontari dediti all'assistenza ai pazienti oncologici

L'Associazione Volontari Assistenza Pazienti Oncologici Onlus (A.V.A.P.O.) è nata 25 anni fa nel centro storico veneziano. Si tratta di una delle prime associazioni di assistenza a pazienti oncologici nata nel Veneto.

LA STRUTTURA DELL'ASSOCIAZIONE

La sede dell'associazione è presso l'Unità Operativa di Oncologia Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo a Venezia. L'A.V.A.P.O. è un associazione di volontari e pertanto tutti i servizi sono rigorosamente gratuiti. L'obiettivo dell'Associazione è di migliorare la qualità della vita dei pazienti oncologici e dei suoi familiari. Presidente di AVAPO Venezia onlus è Antonia Gebsattel. L'Associazione che oggi ha circa 120 volontari è gestita da un Direttivo composto da 9 volontari eletti ogni 3 anni.

LE ATTIVITÀ

Le attività dell'A.V.A.P.O. in Venezia sono:
- assistenza in ospedale nei reparti di Oncologia e di Radioterapia;
- assistenza domiciliare;
- assistenza nell'ospedalizzazione a domicilio (ODO) in convenzione con l'ulss 12;
- assistenza alle donne operate al seno;
- assistenza 'day hospital' nel Ospedale Civile a Venezia e nell'Ospedale dell'Angelo a Mestre;
- assistenza in Hospice all'Ospedale Fatebenefratelli a Venezia;
- promozione Ricerca Clinica nel settore Oncologia.

L'OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

L'assistenza nell'Ospedalizzazione a domicilio avviene con 3 medici, 7 infermieri, una psicologa, 5 operatrici sanitarie (a carico del Comune di Venezia) e diversi volontari. Dal 2012 è stata introdotta la reperibilità notturna dei medici. L'assistenza copre tutto il territorio di Venezia incluso tutte le isole da Pellestrina a Burano. L'attività è diretta da due membri del Direttivo. Circa 30 per cento delle spese di questo essenziale servizio sono a carico del A.V.A.P.O. I malati attualmente seguiti a casa da questo servizio sono circa 33.

LE RISORSE

I volontari prima di essere ammessi quale soci dell'A.V.A.P.O. a Venezia svolgono un corso di 9 settimane seguiti poi da un tirocinio di 6 mesi. Le ore attualmente dedicate dai volontari all'attività sono circa 22.000 all'anno e i servizi sono funzionanti 365 giorni all'anno comprese pertanto tutte le feste. L'assistenza che l' Associazione può fornire dipende non solo dal tempo che ciascun volontario può dedicare ma anche dalla possibilità di reperire fondi siano essi donazioni, 5 per mille, rimborsi da convenzione con Enti Pubblici, lasciti testamentari ecc.
La sfida di domani per la nostra Associazione sarà presumibilmente l'incremento della richiesta per l'assistenza a domicilio con tutte le problematiche che tale servizio comporta in termini di logistica, trasporti e tempi di viaggio.

PER INFORMAZIONI

Oncologia Medica Ospedale Civile di Venezia
Tel. e fax 041 5294546, cell 393 8797135
indirizzo Email info@avapovenezia.org

VENEZIA IN SALUTE

VIS è

Rivista ViS "Venezia in Salute"
registrazione al Tribunale di Venezia
numero 12 del 31/03/2012
numero 7 – gennaio/febbraio 2014

direttrice responsabile
Nicoletta Benatelli

editore
Comune di Venezia,
Direzione Affari Istituzionali

segreteria di redazione
Nicoletta Codato, Stefania Barbado
Servizio Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia
Anna Zanetti, Cinzia Trevisan
Segreteria Direzione Affari Istituzionali
Gabinetto del Sindaco

realizzazione grafica di Vis
Elisabetta Cattaneo
Centro Produzione Multimediale
del Comune di Venezia

La rivista VIS è solo on line, pubblicata sul sito
del Comune di Venezia www.comune.venezia.it,
sezione "Mi interessa" e poi sezione "Vivere in salute"
ed infine "Venezia in salute"

per informazioni
cell 347 1332848

EMERGENCY, IL POLIAMBULATORIO DI MARGHERA

Il Poliambulatorio di Emergency a Marghera offre servizi di medicina generale e specialistica e orientamento socio sanitario alla popolazione immigrata residente, con o senza permesso di soggiorno, e a tutte le persone in stato di bisogno. L'ambulatorio è situato in via Varé 6 a Marghera. La struttura è operativa dal 2 dicembre 2010.

PER INFORMAZIONI

Emergency
via Gerolamo Vida 11 – 20127 Milano
Tel. 02 881881, fax 02 86316336
sito www.emergency.it
indirizzo Email info@emergency.it

Poliambulatorio di Marghera
Via G.B. Varè 6 – 30175 Marghera (VE)
Tel. 041 0994114, fax 041 928475
sito www.emergency.it